

www.sintef.no



SINTEF Helse

Postadresse:

7465 Trondheim/

Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:

40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)

Telefaks:

22 06 79 09 (Oslo)

930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2006. Sluttrapport.

FORFATTER(E)

Ragnild Bremnes, Trond Hatling og Johan Håkon Bjørngaard

OPPDRAGSGIVER(E)

Norges Forskningsråd

RAPPORTNR. SINTEF A4319	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF. Prosjektnr. 146329/V50	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 978-82-14-04356-3	PROSJEKTNR. 785208	ANTALL SIDER OG BILAG 127 inkl. vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE <small>117853 PSYKISK HAI/Prosjekt1785208 - Tvang, Opptrappingsplanen102. Tvangsinnleggelsen SluttrapportFerdig rapport/Rapport A4319 Tvungent psykiskhelsevern med døgnopphold 2001-2006 Sluttrapport 29 mai 2008.doc</small>		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Trond Hatling 	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE E	DATO 2008-05-28	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Forsknings sjef Britt Venner 	

SAMMENDRAG

Denne rapporten er den tredje og siste om tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg gjennom Opptrappingsplanen. Prosjektet inngår som en av tre komponenter i et større prosjekt ved SINTEF Helse om utviklingen i bruk av tvang i psykisk helsevern, de øvrige omhandler bruk av tvangsmidler/skjerming og tvungent psykisk helsevern uten døgn. Prosjektet er en del av Norges forskningsråds evaluering av Opptrappingsplanen 1999-2008 (St. prp 63 1997-98, St. pr nr 1 2003-2004). Rapporten belyser omfang av tvangsinnleggelse i institusjoner godkjent for tvang i det psykiske helsevernet i perioden 2001 til og med 2006. Prosjektet har to hovedproblemstillinger:

1. *I hvilken grad vil omfanget av tvangsinnleggelse ved døgnopphold reduseres i planperioden?*
2. *Hva kan forklare forskjeller mellom institusjoner i omfanget av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold?*

Mangler ved pasientdata er fortsatt et problem i analysene – men det skjer en bedring gjennom perioden. Det er ikke mulig å si med sikkerhet at det skjer en endring i tvangsinnleggelse ved døgnopphold gjennom perioden. Det er likevel sannsynlig at **antallet** tvangsinnleggelse har økt, mens **andelen** er stabil. Derimot kan vi med stor grad av sikkerhet anslå både antall og andel som ble tvangsinnlagt i 2006.

Det er klare forskjeller i hvilke pasientgrupper som tvangsinnlegges, og forskjeller i pasientpopulasjon bidrar dermed til å forklare institusjonsforskjeller. Særlig faktorer utenfor døgninstitusjonen (kommunale ressurser og poliklinisk aktivitet) korrelerer med bruk av tvangsinnleggelse.

Rapporten peker på flere kunnskapsutfordringer omkring tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet; hvorfor om lag hver fjerde tvangshenvisninger omgjøres til frivillig – med store institusjonsforskjeller, bruk av fare- og behandlingskriteriet, hvordan redusere bruken av tvangsinnleggelse, hvorfor pasienter med en schizofren spektrum lidelse har økt risiko for tvangsinnleggelse over perioden i forhold til andre pasientgrupper og hvorfor vi tross økt poliklinisk og kommunalt tilbud ikke har fått en påviselig reduksjon i tvangsinnleggelse.

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

Forord

Denne rapporten er den tredje og siste om tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg gjennom Opptrappingsplanen. Prosjektet inngår som en av tre komponenter i et større prosjekt ved SINTEF Helse om utviklingen i bruk av tvang i psykisk helsevern. De to øvrige er bruk av tvangsmidler og skjerming samt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Prosjektet er en del av Norges forskningsråds evaluering av Opptrappingsplanen 1999-2008 (St. prp 63 1997-98, St. pr nr 1 2003-2004).

Trondheim, 29. mai 2008

Trond Hatling

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Innholdsfortegnelse	3
Tabelloversikt	7
Figuroversikt	8
1 Innledning	13
1.1 Problemstillinger	13
1.2 Lovgrunnlag	13
1.3 Kunnskap om årsaker til institusjonsforskjeller i bruk av tvungent psykisk helsevern	14
1.3.1 Pasientsammensetning	14
1.3.2 Ressurser og kapasitet i opptaksområdet	15
1.3.3 Lovverk og helsepolitiske satsinger	16
1.4 Oppbygging av rapporten	17
Del I – Utvidet sammendrag	19
2 Hva var utfordringene fra de to forrige rapportene?	21
2.1 Mangelfulle data	21
2.2 Institusjonsforskjeller	21
2.3 Er tvangsinnleggelse en konsekvens av innleggelsespresset?	21
2.4 Hva vet vi om det totale omfanget av tvang og frivillighet?	22
2.5 Kunnskapsmangel på arbeidsfordelingen mellom institusjoner	22
2.6 Faller noen pasientgrupper mellom flere stoler?	22
2.7 Holder den formelle begrunnelsen for tvungent psykisk helsevern?	23

3	Data og metode	25
4	Sentrale funn i årets rapport	29
4.1	Fortsatt mangelfulle pasientdata – men bedring	29
4.2	I hvilken grad vil omfanget av tvangsinnleggelser reduseres i planperioden?	29
4.2.1	Endring i henvisninger	30
4.2.2	Omgjøring av vedtak	30
4.2.3	Utvikling i antall og andel tvangsinnlagt fra 2001 til 2006 – utvalg 3.....	31
4.2.4	Utvikling i bruk av tvangsinnleggelser for årene 2001 til 2006 – høyt og lavt estimat.....	31
4.2.5	Metodisk tilnærming påvirker resultatet	32
4.2.6	Kan man forvente betydelig endring?.....	33
4.3	Tvungent psykisk helsevern begrunnes i de fleste tilfeller med behovet for behandling – men bruk av farekriteriet øker.....	33
4.4	Hva kan forklare forskjeller imellom institusjoner i omfanget av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold?.....	33
4.4.1	Utvikling belyst ved en regresjonsanalyse	33
4.4.2	Institusjonsforskjeller	34
5	Utfordringer videre	35
5.1	Mangelfulle data	35
5.2	Økning i antallet henvisninger til tvang som omgjøres	35
5.3	Tvangsinnleggelser og innleggelsespress	36
5.4	Bruken av kriterier	36
5.5	Hvordan oppnå økt frivillighet?.....	37
5.6	Hvem tvangsinnlegges – behov for et bedre tilbud for pasienter med de alvorligste lidelser?.....	37
5.7	Institusjonseksterne faktorer viktige for tvangsinnleggelse.....	38
Del II – Detaljert gjennomgang av metode og resultat.....		39
6	Utdyping av data og metode	41
6.1	Data	41
6.1.1	Pasientdata	41

6.1.2	Institusjonsdata	41
6.1.3	Kommunedata	41
6.2	Klassifisering av institusjoner og organisering	42
6.3	Datautvalg og datas representativitet	42
6.4	Metode.....	46
6.4.1	Analysen som gjelder endring i omfang av tvangsinnleggelse	47
6.4.2	Logistiske regresjonsanalyser	48
6.4.3	Deskriptive analyser av forskjeller mellom institusjoner	52
7	Omfanget av tvang ved henvisning	55
7.1	Oppsummering.....	56
8	Omgjøring av vedtak	57
8.1	Oppsummering.....	60
9	Omfanget av tvang ved spesialistvedtak.....	61
9.1	Utviklingen i bruk av tvungent psykisk helsevern mellom 2001 og 2006.....	61
9.1.1	Oppsummering	63
9.2	Utvikling i bruk av tvungen undersøkelse/tvungent psykisk helsevern - 2001-2006 – høyt og lavt anslag.....	63
9.2.1	Utvikling i antall	63
9.2.2	Utvikling i andel	65
9.2.3	Oppsummering	71
9.3	Oppsummering utvikling i omfang av tvang ved spesialistvedtak.....	71
10	Spesialistens begrunnelse for tvungent psykisk helsevern – tilleggskriteriene	73
10.1	Oppsummering.....	74
11	Hva kan forklare institusjonsforskjeller i omfanget av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold?.....	75
11.1	Logistiske regresjonsanalyser	75
11.1.1	Relativ endring i risiko for tvangsinnleggelse versus innleggelse med annen type vedtak:	76

11.1.2	Relativ endring i sannsynlighet for innleggelse til tvungent psykisk helsevern versus tvungen undersøkelse gitt tvangsinnleggelse.....	79
11.1.3	Oppsummering	81
11.2	Deskriptive analyser av forskjeller	82
11.2.1	Omfang av tvang og årsverk til psykisk helsearbeid i kommunene, finansiert av øremerkede midler.....	83
11.2.2	Omfang av tvang og årsverk ved sykehusene	86
11.2.3	Omfang av tvang og polikliniske årsverk og konsultasjoner i sykehusenes opptaksområde	89
11.2.4	Omfang av tvang og døgnplasser ved sykehusene	93
11.2.5	Oppsummering	94
	Litteraturliste	95
	Del III - Dokumentasjonsvedlegg.....	101
	Vedlegg 1 – Institusjonsoversikt	103
	Vedlegg 2 – Henvisningsformalitet	107
	Vedlegg 3 – Spesialistvedtak.....	113
	Vedlegg 4 – Estimeringsgrunnlag	121
	Vedlegg 5 – Sykehusområder	125

Tabelloversikt

Tabell 6.1	Antall innleggelser fra eget bosted til døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Utvalgte institusjoner med godkjente pasientdata. Etter type. 2001-2006 (ikke 2004).....	43
Tabell 7.1	Antall innleggelser etter henvisningsformalitet. 2001 og 2006. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Utvalg 3.....	55
Tabell 7.2	Antall innleggelser etter henvisningsformalitet. 2001 og 2006. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved sykehus godkjent for tvangsinnleggelser. Utvalg 3.....	56
Tabell 7.3	Antall innleggelser etter henvisningsformalitet. 2001 og 2006. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved DPS og andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Utvalg 3.....	56
Tabell 8.1	Spesialistvedtak for innleggelser henvist for tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern. Innleggelser henvist ved tvang 2001-2006. Gjelder alle institusjoner godkjent det enkelte år. Absolutte tall og prosent. ..	58
Tabell 8.2	Spesialistvedtak for innleggelser henvist for tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern. Innleggelser henvist ved tvang 2001-2006. Gjelder sykehus godkjent det enkelte år. Absolutte tall og prosent.	59
Tabell 8.3	Spesialistvedtak for innleggelser henvist for tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern. Innleggelser henvist ved tvang 2001-2006. Gjelder DPS og andre døgninstitusjoner utenfor sykehus godkjent det enkelte år. Absolutte tall og prosent.	59
Tabell 9.1	Antall innleggelser etter spesialistvedtak. 2001 og 2006. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Utvalg 3.....	61
Tabell 9.2	Antall innleggelser etter spesialistvedtak. 2001 og 2006. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved sykehus godkjent for tvangsinnleggelser. Utvalg 3.	62
Tabell 9.3	Antall innleggelser etter spesialistvedtak. 2001 og 2006. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved døgninstitusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelser. Utvalg 3.....	62
Tabell 10.1	Tillegskriterier ved vedtak om tvungent psykisk helsevern. 2001, 2002, 2003, 2005, 2006. Utvalg 4.....	73

Tabell 11.1	Logistisk regresjonsanalyse av risiko for innleggelse til tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse til institusjon godkjent for tvangsinnleggelser. 2001-2006.	76
Tabell 11.2	Logistisk regresjonsanalyse av sannsynligheten for innleggelse til tvungent psykisk helsevern i forhold til sannsynlighet for innleggelse til tvungen undersøkelse, gitt at man er tvangsinnlagt ved institusjon godkjent for tvangsinnleggelser. 2001-2006.	79

Figuroversikt

Figur 2.1	Alternative behandlingsforløp mellom institusjoner ved innleggelse fra eget bosted.	22
Figur 3.1	Datagrunnlag og ekskluderingskriterier. 2006.	26
Figur 6.1	Andel vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern ved innleggelser til henholdsvis sykehus og DPS oa institusjoner. Corr =-0,3. Etter sykehusområde. 2006.	53
Figur 8.1	Prosent tvangshenvisninger omgjort til frivillig vedtak ved 11 sykehus godkjent for tvangsinnleggelser med godkjente pasientdata for alle tre år. Utvalg 5. 2003, 2005 og 2006.	60
Figur 9.1	Antall innleggelser etter spesialistvedtak (tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern samlet). 2001 til 2006 (ikke 2004). Høyt og lavt estimat over antall innleggelser ved alle institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser.	64
Figur 9.2	Antall innleggelser etter spesialistvedtak (tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern samlet). 2001 til 2006 (ikke 2004). Høyt og lavt estimat over antall innleggelser ved sykehus godkjent for tvangsinnleggelser.	64
Figur 9.3	Antall innleggelser etter spesialistvedtak (tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern samlet). 2001 til 2006 (ikke 2004). Høyt og lavt estimat over antall innleggelser ved institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelser.	65
Figur 9.4	Høyt og lavt estimat samt observert verdi for andel innleggelser til tvungen undersøkelse ved alle institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. 2001 til 2006 (ikke 2004).	66
Figur 9.5	Høyt og lavt estimat samt observert verdi for andel innleggelser til tvungen undersøkelse ved sykehus godkjent for tvangsinnleggelser. 2001 til 2006 (ikke 2004).	67

Figur 9.6	Høyt og lavt estimat samt observert verdi for andel innleggelser til tvungen undersøkelse ved institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelser. 2001 til 2006 (ikke 2004).....	68
Figur 9.7	Høyt og lavt estimat samt observert verdi for andel innleggelser til tvungent psykisk helsevern ved alle institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. 2001 til 2006 (ikke 2004).....	69
Figur 9.8	Høyt og lavt estimat samt observert verdi for andel innleggelser til tvungent psykisk helsevern ved sykehus godkjent for tvangsinnleggelser. 2001 til 2006 (ikke 2004).	69
Figur 9.9	Høyt og lavt estimat samt observert verdi for andel innleggelser til tvungent psykisk helsevern ved institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelser. 2001 til 2006 (ikke 2004).....	70
Figur 11.1	Antall innbyggere og andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern ved innleggelse til sykehus. Corr = 0,2. Etter sykehusområde. 2006.	82
Figur 11.2	Antall innbyggere og andel vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr=0,2. Etter sykehusområde. 2006.	82
Figur 11.3	Årsverk finansiert over øremerkede midler per 10 000 innbygger og andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern ved sykehus. Corr=-0,6. Etter sykehusområde. 2006.	84
Figur 11.4	Årsverk finansiert over øremerkede midler per 10 000 innbygger og antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern ved sykehus per 10 000 innbygger. Corr=-0,4. Etter sykehusområde. 2006.	84
Figur 11.5	Årsverk finansiert over øremerkede midler per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,7. Etter sykehusområde. 2006.	84
Figur 11.6	Årsverk finansiert over øremerkede midler per 10 000 innbygger og antall vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,5. Etter sykehusområde. 2006.	85
Figur 11.7	Årsverk finansiert over øremerkede midler per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse av alle henvist til tvungent psykisk helsevern ved sykehus. Corr=0,3. Etter sykehusområde. 2006.	85

Figur 11.8	Årsverk finansiert over øremerkede midler per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungen undersøkelse av alle vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,3. Etter sykehusområde. 2006.	85
Figur 11.9	Årsverk totalt ved sykehus per 10 000 innbygger og andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern ved innleggelse til sykehus. Corr=0,1. Etter sykehusområde. 2006.	86
Figur 11.10	Årsverk totalt ved sykehus per 10 000 innbygger og antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=0,2. Etter sykehusområde. 2006.	87
Figur 11.11	Årsverk totalt ved sykehus per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,1. Etter sykehusområde. 2006.	87
Figur 11.12	Årsverk totalt ved sykehus per 10 000 innbygger og antall vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=0,1. Etter sykehusområde. 2006.	87
Figur 11.13	Årsverk til leger og psykologer ved sykehus per 10 000 innbygger og andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern ved innleggelse til sykehus. Corr=0,2. Etter sykehusområde. 2006.	88
Figur 11.14	Årsverk til leger og psykologer ved sykehus per 10 000 innbygger og antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=0,2. Etter sykehusområde. 2006.	88
Figur 11.15	Årsverk til leger og psykologer ved sykehus per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr=0,2. Etter sykehusområde. 2006.	88
Figur 11.16	Årsverk til leger og psykologer ved sykehus per 10 000 innbygger og antall vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=0,3. Etter sykehusområde. 2006.	89
Figur 11.17	Årsverk til poliklinisk personell per 10 000 innbygger og andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,2. Etter sykehusområde. 2006.	90
Figur 11.18	Årsverk til poliklinisk personell per 10 000 innbygger og antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,2. Etter sykehusområde. 2006.	90

Figur 11.19	Årsverk til poliklinisk personell per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr=0,0. Etter sykehusområde. 2006.	90
Figur 11.20	Årsverk til poliklinisk personell per 10 000 innbygger og antall vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,1. Etter sykehusområde. 2006.	91
Figur 11.21	Polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbygger og andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,3. Etter sykehusområde. 2006.	91
Figur 11.22	Polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbygger og antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,4. Etter sykehusområde. 2006.	91
Figur 11.23	Polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,2. Etter sykehusområde. 2006.	92
Figur 11.24	Polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbygger og antall vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,3. Etter sykehusområde. 2006.	92
Figur 11.25	Antall døgnplasser per 10 000 innbygger og andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern ved innleggelse til sykehus. Corr=0,0. Etter sykehusområde. 2006.	93
Figur 11.26	Antall døgnplasser per 10 000 innbygger og antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=0,1. Etter sykehusområde. 2006.	93
Figur 11.27	Antall døgnplasser per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr.=-0,2. Etter sykehusområde. 2006.	94
Figur 11.28	Antall døgnplasser per 10 000 innbygger og antall vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr.=0.0. Etter sykehusområde. 2006.	94

1 Innledning

I det psykiske helsevernet er det rom for behandlingstilbud uten at pasienten selv gir sitt samtykke. Selv om man både fra faglig og politisk hold ønsker at behandlingstilbudet i størst mulig grad skal foregå på frivillig grunnlag er det mange som mottar dette 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*. Alle studier så langt viser at det er 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 2008 for tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold og for bruk av tvangsmidler.

Tema for denne rapporten – som er den tredje om tvungent psykisk helsevern ved døgnopphold - omhandler årene 2001-2006. Den første rapporten omhandlet perioden 01.01.2001 til 30.06.2002 (Bjørngaard & Hatling, 2003) den andre perioden 2001-2003 (Bjørngaard & Hatling, 2005).

1.1 Problemstillinger

Denne rapporten har følgende problemstillinger:

1. *I hvilken grad vil omfanget av tvangsinnleggelse ved døgnopphold reduseres i planperioden?*
2. *Hva kan forklare forskjeller mellom institusjoner i omfanget av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold?*

1.2 Lovgrunnlag

Med hjemmel i psykisk helsevernloven av 2.juni 1999, er det mulig å legge inn og holde tilbake pasienter uten deres samtykke. Denne rapporten studerer tvungent psykisk helsevern ved norske døgninstitusjoner og skiller mellom henvisning og spesialistvedtak.

Henvisning til tvungent psykisk helsevern omfatter en legeerklæring og en begjæring¹ som begge skal være uavhengig av den institusjonen pasienten legges inn til. I løpet av 24 timer etter at innleggelsen har funnet sted, skal spesialist ansvarlig for vedtak vurdere om begjæringen om tvang skal opprettholdes eller om oppholdet skal baseres på frivillighet. Spesialistvedtaket kan bare endres fra tvang til frivillighet og ikke motsatt². Vedtaket er

¹ Etter lovendring gjeldende fra 01.01.2007 er kravet om begjæring bortfalt

² Etter lovendring gjeldende fra 01.01.2007 kan vedtak unntaksvis omgjøres fra frivillig til tvang.

knyttet til to hovedformer: Tvungen undersøkelse, avgrenset til ti dager, for å avklare om kriteriene for tvungent psykisk helsevern er til stede og tvungent psykisk helsevern.

Ved vedtak om tvungent psykisk helsevern må pasienten være alvorlig sinnslidende (jfr. psykisk helsevernlov § 3.3 med merknader). I tillegg må minst ett av to tilleggskriterier være tilstede:

- Tvungent psykisk helsevern kan benyttes dersom dette er nødvendig for å hindre at pasienten enten får sin utsikt til bedring vesentlig redusert eller dersom det er stor sannsynlighet for at pasientens tilstand forverres i nær framtid. Kriteriet omtales ofte som behandlingskriteriet.
- Tvungent psykisk helsevern kan også benyttes med begrunnelse i det såkalte farekriteriet dvs. hvis pasienten utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv.

1.3 Kunnskap om årsaker til institusjonsforskjeller i bruk av tvungent psykisk helsevern

I vår opprinnelige prosjektbeskrivelse skisserte vi ulike forhold som kunne forklare forskjeller i tvangsandeler ved psykiatriske sykehus. Tre av disse vil følges her:

Pasientsammensetning, ressurser og kapasitetsutnyttning i opptaksområdet samt konsekvenser av lovverk og opptrappingsplanen.

1.3.1 Pasientsammensetning

Et forhold framsatt for å forklare institusjonsforskjellene har vært at manglende kapasitet fører til at man må prioritere de sykeste pasientene. Som følge av dette vil enheter med høyere terskel i større grad ta inn sykere pasienter enn de med lav terskel, med høyere andel tvangsinnlagte som resultat.

NPR-meldingen inneholder en rekke opplysninger om pasientens bakgrunn og tilstand (blant annet alder, kjønn, sivilstatus, hovedinntektskilde, omsorgssituasjon, utdanning, yrkesstatus, diagnose og GAF-S og GAF-F). Grunnet datasettets utfordring mht kompletthet har det fra NPRs side ikke vært gjennomført grundige kontroller på flere av disse, og vi har derfor i våre analyser av institusjonsforskjeller tatt utgangspunkt i de antatt mest robuste; alder, kjønn og diagnose. Disse er også de kjennetegn det er publisert mest om internasjonalt, selv om det også finnes noe litteratur på sosiodemografiske variabler og tvangsinnleggelse (Tremblay, King, & Baines, 1994b; Okin, 1986; Webber & Huxley, 2004e; Pokorny, Shull, & Nicholson, 1999; Nicholson, 1986d). På dette siste området er funnene motstridende, både når det gjelder sivilstatus, utdanning og inntekt.

I forhold til vår hypotese om sammenhengen mellom grad av sykkelighet og tvangsinnleggelse er det største problemet at datasettets øvrige mål på sykkelighet (GAF S og GAF-F) ikke ansees rapportert pålitelig.

Tidligere analyser av de såkalte pasienttellingene (Bjørngaard & Heggstad, 2001) har vist at pasientsammensetning (målt som kjønn, alder og diagnose) forklarer relativt mye av variasjonen i tvungent psykisk helsevern mellom institusjoner, men ikke er like egnet til å forklare institusjonsvariasjoner i tvungen undersøkelse.

Mens flere studier finner at menn er hyppigere tvangsinnlagt enn kvinner (Nicholson, 1986c; Riecher, Rossler, Loffler, & Fatkenheuer, 1991a; Hatling, Krogen, & Ulleberg, 2002) finner andre ingen kjønnsforskjeller (Webber & Huxley, 2004d; Singh, Croudace, Beck, & Harrison, 1998a). Likeledes indikerer studier at tvangsinnlagte er yngre (Malla, Norman, & Helmes, 1987; Riecher, Rossler, Loffler, & Fatkenheuer, 1991b; Bauer et al., 2007c), eldre (Pokorny et al., 1999; Nicholson, 1986b) eller at alder er uten betydning (Webber & Huxley, 2004c; Singh, Croudace, Beck, & Harrison, 1998b).

Studier som har identifisert diagnoseforskjeller peker på en overhyppighet av tvangsinnleggelses for pasienter som lider av schizofreni eller psykoser generelt (Craw & Compton, 2006a; Webber & Huxley, 2004b; Bauer et al., 2007b; Hansson et al., 1999), samtidig som (Ishizuka, Nakatani, Morita, & Satoh, 2001; Tremblay, King, & Baines, 1994a) ikke finner noen slike forskjeller.

En rekke forklaringer er framsatt for å forklare disse motstridende resultatene; forskjeller i datainnsamlingsprosedyrer, små eller selekterte utvalg – eksempelvis amerikanske studier av Veteran Administration institusjoner, lovgiving (se senere avsnitt), diagnostisk pålitelighet og forskjeller i tilgjengelighet til psykiatriske tilbud. Selv om vi i denne rapporten, sammenlignet med en rekke internasjonale studier, baserer våre analyser på et representativt nasjonalt utvalg, vil analyser basert på opphold og ikke pasienter lede til en overrepresentasjon av reinnleggelses (Hagen & Lilleeng, 2007). Gitt at denne gruppen avviker fra pasientpopulasjonen generelt, blant annet grunnet overhyppighet av rusproblematikk og manglende behandlingvillighet, må tvangsinnleggelses fortolkes med stor forsiktighet i retning antall individer tvangsinnlagt.

1.3.2 Ressurser og kapasitet i opptaksområdet

I vår opprinnelige prosjektbeskrivelse inkluderte vi ressurser både i sykehusene, øvrige ressurser i spesialisthelsetjenestene (døgntilbud og polikliniske tjenester – begge i all hovedsak knyttet til DPS-nivået) samt kapasitet og kompetanse i førstelinjetjenesten. Vår antakelse var at det ville bli økt sjanse for tvangsinnleggelse ved kapasitetsproblemer.

Noen forfattere (Poulsen, Munk-Jørgensen, & Aggernaes, 1996; Robak, 1997; Wall, Hotopf, Wessely, & Churchill,) har antydning at det er en positiv korrelasjon mellom beleggsprosent og økt bruk av tvangsinnleggelses. (Engberg, 1991) fant blant andre faktorer at lavere tilgjengelighet på institusjonsplasser var assosiert med høyere tvangsinnleggelsesrisiko. Den kraftige nedbyggingen av institusjonsplasser framføres også av (Hotopf, Wall, Buchanan, Wessely, & Churchill, 2000a) for å forklare økningen i tvangsinnleggelses i England over en 12-årsperiode, uten at dette belegges empirisk (jfr. også (Lelliott & Audini, 2003a)). Motsatt finner (Kokkonen, 1993) at de betydelige regionale variasjonene i Finland, fra 8 til 156 tvangsinnleggelses per 100 000 innbyggere, kan forklares med regionale variasjoner i sykehuskapasitet; i regioner med hovedsakelig institusjonelle tilbud og god tilgang på senger er tvangsinnleggelse mer vanlig. (Hansson et al., 1998) ser i en nordisk sammenlignende studie på en lang rekke forhold ved tjenestesystemet og bruken av dette, og finner kun signifikant sammenheng mellom frivillige oppholdsøgn og rate av korttids plasser. Analysen var begrenset til pasienter med en funksjonell psykose. (Høyer, 1985) sammenligner de skandinaviske landene, og antallet senger var høyest i de land hvor bruken av tvangsinnleggelses var høyest. Han finner ingen slik sammenheng når han ser på forskjeller mellom norske fylker. (Kjellin, 1997b) finner at i Sverige hadde de store byområdene proporsjonelt flere senger, og høyere tvangsinnleggelsesrater. Han finner ingen slik sammenheng i de andre fylkene/länene. (Munk-Jørgensen, 1999) viser til at i Danmark har de-institusjonaliseringen ført til en økning i de fleste tvangsområder, men ikke tvangsinnleggelses. Hans forklaring på dette er at tvangsinnleggelses er samfunnets reaksjon på alvorlig mental sykdom, som har vært stabil, og ikke avhengig av endringer i psykiatrien. (Hotopf, Wall, Buchanan, Wessely, & Churchill, 2000b) mener derimot at økningen i tvangsinnleggelses i England delvis kan forklares med mer restriktiv holdning i psykiatrien. Dette hevder de er en konsekvens av den økte offentlige oppmerksomheten rundt risiko – blant annet som en følge av høy mediadekning av ugjerninger gjort av mennesker med psykiske lidelser (se også (Lelliott & Audini, 2003b)). I en av de få undersøkelsene som har belyst befolkningens holdninger til tvangsinnleggelses (Lauber, Nordt, Falcato, & Rossler, 2002) framkommer sterk støtte til psykiatriens praksis (70 % er positive), og det i et land som har høy bruk av denne tvangsformen (Riecher-Rossler & Rossler, 1993c).

En tredje forklaring på forskjeller i pasientsammensetning er organisatoriske egenskaper ved hele tjenestesystemet. Funksjonsdelingen mellom institusjoner vil påvirke hvilke pasienter som innlegges til sykehus, det samme vil kapasitetsforskjeller internt i

spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten. Ifølge (Brabrand & Friis, 1997) er det siste en av hovedårsakene til de store forskjellene i tvangsinnleggelse mellom Hedmark og Oslo, ved at Hedmark har et kvalitativt og kvantitativt bedre utbygd førstelinjetilbud. Høy andel reinnleggelse med tvang i akuttavdeling grunnet kapasitetsmangel ved andre avdelinger støtter dette (Færden, 2001). I en engelsk studie, hvis arbeidsdeling mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten ikke direkte kan sammenlignes med Norge, finner man kun begrenset støtte for en sammenheng mellom tjenestetilbud og tvangsinnleggelse (Bindman, Tighe, Thornicroft, & Leese, 2002). Av 14 tilbudstyper studert (med vekt på systemets responstid) slår bare tre ut (blant annet ventetid på akuttinnleggelse og ventetid på "hostel"). De advarer samtidig mot en kausal tolkning av resultatene, og viser til at de to forholdene slår ut i motsatt retning (lang ventetid akutt gir økt tvangsinnleggelse, motsatt for "hostel"). De har i sin studie ikke inkludert bemanning og døgnplasstilgjengelighet.

Oppsummert er det fortsatt uavklart i hvilken grad ressurser og kapasitet påvirker grad av tvangsinnleggelse. Selv om mange studier peker på en slik sammenheng, er den empiriske underbyggingen så langt beskjeden.

1.3.3 Lovverk og helsepolitiske satsinger

En viktig forklaringsfaktor tidligere framsatt for de betydelige forskjeller mellom land i tvangsinnleggesandeler og -rater en har observert har vært forskjeller i lovverk (Høyer, 1985; Riecher-Rossler & Rossler, 1993b; Christensen, Bengtsson, Kramp, & Rafaelsen, 1990). Her har en både vist til forskjeller i kriterier (farekriteriet, behandlingskriteriet og det såkalte overlastkriteriet) og prosedyren (særlig hvorvidt det er en juridisk eller klinisk prosess som leder fram til innleggelsen). Det finnes etter hvert en del studier hvor en har sett nærmere på konsekvensene av lovendringer, og disse støtter i liten grad lovhypotesen (Appelbaum, 1997). Eksempelvis refererer (Zinkler & Priebe, 2002) både nederlandske og østerrikske studier av lovendringer på tidlig 90-tall hvor en, tross innskjerping av prosedyrer, økt vektlegging av frivillighet og brukerinvolvering, opplevde en rask økning i tvangsinnleggesraten. (Lecompte, 1995) finner den samme utvikling også for Belgia. Tilsvarende finner heller ikke (Röttgers & Lepping, 1999) at de svært forskjellige prosedyrene i England (som involverer klinisk personale og pårørende) og Tyskland (basert på formelle rettsbeslutninger) leder til forskjeller i tvangsinnleggesrater. (Bagby & Atkinson, 1988) gjennomgikk tidligere nord-amerikanske studier av lovendringer og konsekvenser for tvangsinnleggelse. Når lovverket hadde som mål å utvide den medisinske dominansen fikk man en vedvarende økning i tvangsinnleggelse. Når lovgivningen hadde som mål å begrense den medisinske innflytelse ble en umiddelbar reduksjon i tvangsinnleggelse fulgt av en økning de påfølgende år. Det har derimot skjedd en meget kraftig reduksjon i tvangsinnleggesraten, målt som tvangsinnlagte på en bestemt dag, i Sverige fra 80-tallet til midten av 90-tallet (fra 116,0 i 1979 til 19,7 i 1993 (Kjellin, 1997a)). I samme periode ble antallet innlagte halvert (endags prevalens). Pga ulik utvikling i forholdet mellom frivillig innlagte og tvangsinnlagte gjennom perioden sank andelen tvangsinnlagte fra 34 prosent i 1979 til 15 prosent i 1985 og steg til 19 prosent i 1991. Dette siste er et sterkt argument for både å anvende rate- og andelstall i analyser av tvangsinnleggelse (Riecher-Rossler & Rossler, 1993a). Kjellin knytter dette særlig til styrking av både det juridiske innslaget i prosessen og endringer i kriteriene i den svenske loven på begynnelsen av 80-tallet, og på begynnelsen av 90-tallet. En studie av et tilgrensende område – tvangsmidler – støtter på den annen side lovverkets svake betydning; i et finsk studie av utviklingen i bruk av tvangsmidler over en 15-årsperiode at på tross av lovgivers ambisjon om tydeliggjøring og begrenning i bruk skjedde ingen reduksjon (Keski-Valkama et al., 2007). Den grundigste komparative gjennomgangen av lovgivning på området i Europa (Kallert & Torres-González, 2006) konkluderer med at det er stor variasjon i anvendelse av både kriterier og prosedyrer, at det er et sterkt behov for harmonisering av lovverket – og at man samtidig mangler *"clinical evidence that could guide best practice"* (s. 13).

Det har i den perioden denne rapporten omfatter – 2001-2006 – ikke skjedd lovendringer. Lov om psykisk helsevern av 1961 ble revidert i 1999, med iverksettelse 01.01.2001. Det er så vidt vi kjenner til ikke gjennomført større skoleringsopplegg på nasjonalt nivå siden lovens introduksjon for å tydeliggjøre hvordan lovverket bør anvendes for å redusere bruken av tvang. Tiltaksplanen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2006) har hatt kort virketid, og en rekke av tiltakene er ennå ikke gjennomført.

1.4 Oppbygging av rapporten

Resten av rapporten er inndelt i tre hoveddeler; Del I - Utvidet sammendrag – kapittel 2-5, Del II - Detaljert gjennomgang av metode og resultat – kapittel 6-11 og til slutt Del III - Dokumentasjonsvedlegg.

Del I - Utvidet sammendrag

Kapittel 2 gjentar utfordringene formidlet i de to tidligere rapportene, mens kapittel 3 er en kort beskrivelse av datamateriale og metode. I kapittel 4 redegjør for hovedfunnene i årets rapport. I kapittel 5 peker vi på en del kunnskapsutfordringer dette feltet står overfor, basert på funnene fra de tre rapportene samlet. Det utvidede sammendraget er ment å kunne leses selvstendig.

Del II - Detaljert gjennomgang av metode og resultat

Denne delen starter med en utdypende beskrivelse av datamateriale og metode (kapittel 6). I kapittel 7 viser vi utvikling i omfanget av tvang ved henvisning, mens vi i kapittel 8 redegjør for omgjøring av vedtak. Kapittel 9 viser gjennom to alternative tilnærminger utviklingen i spesialistvedtak fra 2001 til 2006, mens vi i kapittel 10 framstiller utviklingen i bruk av tilleggskriterier. I kapittel 11 ser vi først på om pasientkjennetegn kan forklare endringene i tvangsinnleggelse, og deretter nærmere på hva som kan forklare institusjonsforskjeller i omfanget av tvungent psykisk helsevern.

Del III - Dokumentasjonsvedlegg

Det er bakerst i rapporten et omfattende dokumentasjonsvedlegg, hvor vi i fem vedlegg viser Institusjonsoversikt, Henvisningsformalitet og Spesialistvedtak på institusjonsnivå for hvert av årene vi analyserer, Estimeringsgrunnlag for høyt/lavt estimat samt Sykehusområder (sykehus, DPS oa og opptaksområde – kommuner). Særlig vedlegg 2 og vedlegg 3 kan brukes på RHF-, HF- og institusjonsnivå til å følge utviklingen i henvisningsformalitet og spesialistvedtak fra 2001 til 2006, og som et empirisk utgangspunkt for en drøfting av tvangsinnleggelsespraksis i området.

Del I – Utvidet sammendrag

Denne delen er et utvidet sammendrag av rapporten, og er ment å kunne leses selvstendig. Tabeller og figurer som utdyper hovedfunnene finnes i del II (kapittel 6-11).

Kapittel 2 gjentar utfordringene formidlet i de to tidligere rapportene, mens kapittel 3 er en kort beskrivelse av datamateriale og metode. Kapittel 4 redegjør for hovedfunnene i årets rapport. I kapittel 5 peker vi på en del kunnskapsutfordringer dette feltet står overfor.

2 Hva var utfordringene fra de to forrige rapportene?

Vi har tidligere publisert to rapporter fra dette prosjektet (Bjørngaard et al., 2003; Bjørngaard et al., 2005). I dette kapitlet gjentas utfordringene identifisert i disse to rapportene.

2.1 Mangelfulle data

Begge de to tidligere rapportene pekte på klare svakheter ved data. Det var et problem at vi fortsatt ikke hadde komplette opplysninger om omfang av tvang og frivillighet fra mange institusjoner, selv om det for landet samlet hadde skjedd en viss bedring fra 2001. For to av RHF-ene har det skjedd en forverring fra 2002 til 2003. Både overfor institusjonseiere og fagmiljø burde derfor ansvaret for pasientdatas kvalitet tydeliggjøres. Det var fortsatt grunn til å anta at datakvaliteten henger sammen med den lokale bruken av disse opplysningene i kvalitetsutviklingsarbeidet. Det ble derfor anbefalt at fagmiljøet ble ansvarliggjort slik at virksomheten kunne dokumenteres på en god måte. Dette ble ansett som en forutsetning for å ta del i en diskusjon om både forskjeller og optimal bruk av tvungent psykisk helsevern. Norsk pasientregister har siden 2005 hatt et prosjekt hvor en har hatt som målsetting å forbedre kvalitet på pasientdata innen psykisk helsevern, og hvor SINTEF Helse har vært involvert.

2.2 Institusjonsforskjeller

Tilsvarende pekte begge rapporter på betydelige forskjeller mellom institusjoner i bruken av tvangsinnleggelse, og at det var en utfordring å forstå disse forskjellene bedre. Det ble vist til at dette skulle være en sentral problemstilling i foreliggende trappert, men det ble spurt om en burde iverksette prosjekt som ser mer i detalj på denne problemstillingen før dette. Så vidt vi er kjent med er dette ikke gjort.

2.3 Er tvangsinnleggelse en konsekvens av innleggelsespresset?

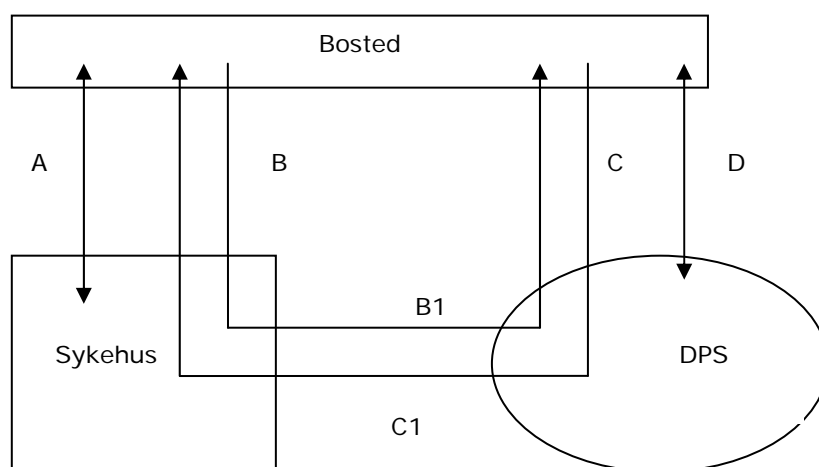
For sykehusene ble det vist til at det på landsbasis skjedde en viss nedgang i andelen tvangshenvisninger og vedtak om tvangsinnleggelse (spesialistvedtak) fra 2001 til 2003. Helsepolitisk var det interessant at denne reduksjonen skjedde samtidig som antallet innleggelse økte betydelig. Det så derfor ikke ut som det er noen direkte sammenheng mellom innleggelsespresset og bruken av tvangsinnleggelse, slik det har vært hevdet fra faglig hold. Hvorvidt denne manglende sammenhengen er et uttrykk for mangelfull kunnskap i fagfeltet eller svakheter ved våre data er et tema som også fordrer økt forskningsinnsats. Vi er ikke kjent med at dette er belyst videre.

2.4 Hva vet vi om det totale omfanget av tvang og frivillighet?

Grunnet datakvalitet (se også neste avsnitt) var det ikke mulig i noen av de to forrige rapportene å si noe sikkert om det totale omfanget av tvangsinnleggelse i Norge, verken når det gjelder rater eller andel.

2.5 Kunnskapsmangel på arbeidsfordelingen mellom institusjoner

Gjennom Opptrappingsplanperioden skal det skje en storstilt utbygging av DPS-nivået. Et interessant spørsmål er hvilken praksis disse institusjonene har i forhold til pasientpopulasjon og tvangsbruk. I figur 2.1 viser vi stilisert de fire viktigste forløp etter en innleggelse fra pasientens eget bosted.



Figur 2.1 Alternative behandlingsforløp mellom institusjoner ved innleggelse fra eget bosted.

For di vi i begge de to forrige rapportene grunnet datakvalitet var nødt til å begrense våre analyser til de innleggelser som skjer fra bosted, fanget vi ikke opp overføringer som skjer mellom institusjonene (B1 og C1). Gitt den tradisjonelle arbeidsdelingen mellom institusjonstypene er særlig hvilket omfang av tvang som ligger i B1 avgjørende for det totale omfanget av tvangsinnleggelse i DPS-ene. Det betydde at vi grunnet kvaliteten på pasientdata så langt ikke var i stand til å belyse hvilken rolle DPS-ene inntar i forhold til bruken av tvungent psykisk helsevern. Datakvaliteten hadde dermed direkte konsekvenser for hvilke analyser som kan gjøres med hensyn til Opptrappingsplanens konsekvenser for bruken av tvungent psykisk helsevern.

2.6 Faller noen pasientgrupper mellom flere stoler?

Et annet forhold knyttet til de data som var tilgjengelig var om noen pasienter taper på denne omstillingen av det psykiske helsevernet. Gjennom forløpsdata over flere år ville en kunne se hvem som kun får et tilbud fra sykehusnivået, hvem som kun får et tilbud fra DPS-nivået, og hvilke pasientgrupper det er som over tid får et tilbud fra begge nivåene. Er det slik at grupper med særlig tyngre lidelser og behov over tid kun får tilbud fra sykehusnivået, uten at DPS-nivået overhodet er inne i bildet? Og i så fall, hvilket tilbud bør disse ha? Det ble videre spurt hvorfor man ikke evnet å få til et frivillig forløp for de 85 prosent av de som i 2003 ble tvangsinnlagt og ikke var til fare for seg selv eller andre? I tillegg til bedre kvalitet på institusjonsoverføringer fordrer analyser av disse problemstillingene også opplysninger på

individnivå som kan koples over år, en mulighet en fram til da ikke hadde hatt. I desember 2007 ble det vedtatt at Norsk pasientregister skal bli personidentifiserbart, men iverksettelsesdato er ennå ikke fastsatt.

2.7 Holder den formelle begrunnelsen for tvungent psykisk helsevern?

Med tanke på at så mange ble tvangsinnlagt med begrunnelse i behovet for behandling stiller dette også krav til tjenesten. Det ble vist til at en har svært lite kunnskap om hvorvidt det tilbudet personer som tvangsinnlegges gis, faktisk fører til at de blir bedre. Det virket dermed underlig at man gir det psykiske helsevernet institusjonell myndighet til frihetsberøvelse til det beste for pasientens bedring, uten at man har kunnskap om hvorvidt dette faktisk er tilfelle.

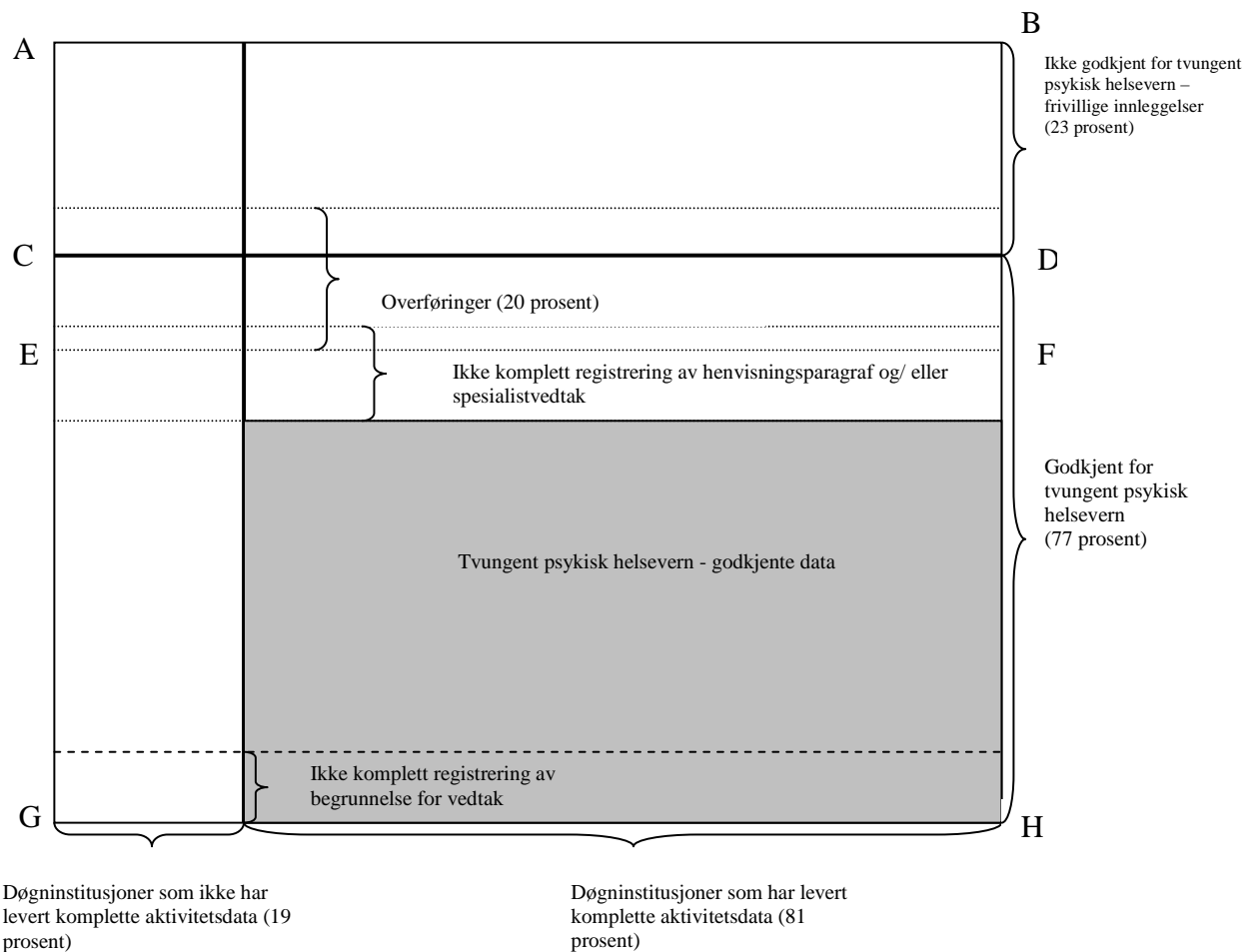
3 Data og metode

Analysene bygger på opplysninger om døgnopphold ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet, innhentet av Norsk pasientregister (NPR). Kvaliteten av pasientdata varierer over perioden, men det har skjedd en klar forbedring. I 2006 hadde vi opplysninger for i alt 78 prosent av aktiviteten, målt som andel av oppholdsdøgn. Dette er en økning på 24 prosentpoeng fra 2001. Fordi data ikke er komplette og registreringspraksis også varierer, er analysene gjort med utgangspunkt i ulike utvalg.

En person kan ha flere opphold i løpet av ett år, eventuelt ved flere institusjoner. På grunnlag av våre aidentifiserte data er det derfor ikke mulig å si eksakt hvor mange individer som ble tvangsinnlagt.

Analysen som gjelder omfang av tvang og frivillighet er avgrenset til å gjelde innleggelse fra eget bosted i perioden 2001 til 2006. Overføringer mellom institusjoner er holdt utenfor, noe som utgjør om lag 20 prosent av innleggelsene. Institusjoner med for høy grad av mangelfull rapportering av aktivitet, opplysninger om henvisningsformalitet og/ eller spesialistvedtak er tatt ut i sin helhet. Opphold ved institusjoner som ikke er godkjent for tvangsinnleggelse er også holdt utenfor.

Figur 3.1 gir en beskrivelse av datagrunnlaget og de mest sentrale ekskluderingskriteriene. Tallfestede størrelser i figuren gjelder for 2006.



Figur 3.1 Datagrunnlag og ekskluderingskriterier. 2006.

Rektangel CABD inngår ikke i analysene. Dette gjelder Institusjoner som ikke er godkjent for tvungent psykisk helsevern og som i 2006 stod for om lag 23 prosent av aktivitet ved døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne, målt ved antall oppholdsdøgn.

Rektangel CDHG inngår i analysene. Dette gjelder institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern og som i 2006 stod for om lag 77 prosent av aktivitet ved døgninstitusjoner i det psykiske helsevernet for voksne, målt ved antall oppholdsdøgn. Institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern og innleggelse til slike institusjoner ekskluderes med begrunnelse i underkjent datakvalitet. Tre ekskluderingskriterier er lagt til grunn:

1. Registrering av døgnaktivitet ved institusjonen er ikke komplett³.
2. Registrering av henvisningsgrunn og/ eller spesialistvedtak ved institusjonen er mangelfull⁴.
3. Innleggelsen gjelder overføring fra annen institusjon⁵.

I analyser som gjelder begrunnelse for vedtak om tvungent psykisk helsevern ekskluderes også institusjoner hvor registrering av begrunnelse for vedtak er mangelfull⁶. Registrering av hvilke begrunnelser som er gitt for tvungent psykisk helsevern varierer mye. Det har vært en klar bedring i registrering av hvilke tilleggskriterier som er brukt ved vedtak om tvungent psykisk helsevern.

Institusjonene som ble ekskludert på grunnlag av manglende datakomplettethet (jfr. 1 og 2) stod i 2006 for 22 prosent av aktiviteten ved døgninstitusjoner *godkjent* for tvungent psykisk helsevern, målt ved oppholdsdøgn. I 2001 var aktivitetsandelen for ekskluderte institusjoner 46 prosent.

Det skraverte området representerer innleggelse fra egen bolig til institusjoner som har levert data som fyller definerte krav til kvalitet (jfr. pkt 1-3). Disse vil være utgangspunkt for de analysene som gjøres. Ved hjelp av estimering, har vi forsøkt å gi et anslag på det totale omfanget av innleggelse til tvungent psykisk helsevern (overføringer holdt utenfor), jfr. rektangelet EFHG. For en grundigere gjennomgang og beskrivelse av ulike utvalg og metode for estimering, henvises det til kapittel 6.

For å belyse årsaker til institusjonsforskjeller i andel tvangsinnleggelse har vi for det første anvendt SSB-innsamlede opplysninger på institusjonsnivå om bl.a. årsverksinnsats og antall døgnplasser ved utgangen av året og om totalt antall oppholdsdøgn siste år. SINTEF Helse har i samarbeid med SSB gjennomført en kvalitetskontroll av disse dataene i forbindelse med tilrettelegging av data for bruk i de årlige Samdata-rapportene. Opplysninger om årsverk, polikliniske konsultasjoner og antall døgnplasser for 2006 inngår i analyser i denne rapporten. Opplysninger om antall oppholdsdøgn i perioden 2001-2006 er også benyttet i arbeidet med å kontrollere andre datakilder som benyttes i analyser i rapporten.

Videre har vi benyttet innrapportert informasjon om kommunale årsverk finansiert over øremerkede midler for kommunalt psykisk helsearbeid i 2006.

Vi har benyttet binomisk logistisk regresjon i analysen av utviklingen i sannsynlighet for tvang og frivillighet i perioden 2001-2006 og for å identifisere faktorer av signifikant betydning for sannsynlighet for innleggelse til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern. I de logistiske analysene studeres hvorvidt pasientegenskaper påvirker sannsynlighet for tvangsinnleggelse. Dersom pasientegenskaper har signifikant betydning for sannsynlighet for tvangsinnleggelse vil forskjeller i pasientsammensetning mellom institusjonene kunne gi forskjeller i omfang av tvang. For ytterligere å kunne forklare forskjeller mellom institusjonene i omfang av tvungent psykisk helsevern presenteres korrelasjonsplott som viser sammenhengen mellom *andel* tvang ved henvisning eller vedtak og indikatorer for kapasitet og ressursituasjonen i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

³ Avviker mer enn 20 prosent fra samleoppgaver levert til SSB.

⁴ Mangler opplysning om henvisningsformalitet og/ eller spesialistvedtak for mer enn 20 prosent av alle innleggelse (fra egen bolig).

⁵ Ekskluderes fordi registreringspraksis varierer betydelig mellom rapporteringsenhetene.

⁶ Mangler opplysning om begrunnelse for vedtak for mer enn 20 prosent av alle innleggelse til tvungent psykisk helsevern.

4 Sentrale funn i årets rapport

I dette kapitlet oppsummeres de viktigste funnene i årets rapport. De detaljerte resultatene finnes i rapportens del II (kapittel 6-11), og det henvises under hvert hovedfunn til det aktuelle kapitlet i del II.

4.1 Fortsatt mangelfulle pasientdata – men bedring

Vi har i de to tidligere rapportene påpekt utfordringene knyttet til mangelfulle pasientdata. Som det framgår av kapittel 6.3 har det skjedd en forbedring over perioden sett under ett. For 2006 hadde man pasientdata av en akseptabel kvalitet for i overkant av 78 prosent av aktiviteten (målt som oppholdsdøgn) (tabell 6.2). Vi vet med andre ord ikke omfanget av tvang og frivillighet for i overkant av 20 prosent av aktiviteten dette året. Dessverre er manglende datakvalitet en betydelig større utfordring når vi skal analysere utvikling over tid. For analyse av komplett tidsserie 2001-2006 inngår i underkant av 30 prosent av all aktiviteten, for utviklingen mellom 2001 og 2006, inkludert estimerte tall, ca 66 prosent (tabell 6.3). Hvis det ved disse institusjonene er svært avvikende omfang av tvangsinnleggelser, kan dette ha betydning for de tallene vi har presentert i denne rapporten. Vi har derfor som del av denne rapporten laget et konservativt estimat for variasjonsbredde det enkelte år for å sannsynliggjøre nivået.

Avidentifiserte opplysninger om opphold gir ikke tilstrekkelig informasjon om omfang og endring av tvungent psykisk helsevern. Data som leveres til Norsk Pasientregister er ikke personentydige, slik at man kan ikke følge behandlingsforløpet til personer som behandles av flere institusjoner (for eksempel overføringer fra sykehus til DPS)⁷. Pasientens formelle status kan settes ved for eksempel sykehusoppholdet og gjelde for DPS-oppholdet. Dette innebærer at informasjon fra ett opphold også gjelder for det neste. Uten personentydige data vil derfor informasjon om tvang og frivillighet ved overføringer mellom institusjoner, være svært usikre. Vi har derfor avgrenset analysene i denne rapporten til å gjelde innleggelser fra eget bosted (om lag 80 prosent av innleggelsene). I en analyse av gjennomgående pasientdata fra åtte helseforetak for 2005 finner (Hagen et al., 2007) en estimert faktor på 1,71 mellom antall døgnopphold og antall pasienter. Disse data er ikke kvalitetskontrollert mht. bruk av tvang, men antyder utvidede analysemuligheter gitt bedre datakvalitet.

4.2 I hvilken grad vil omfanget av tvangsinnleggelser reduseres i planperioden?

Vi skiller i rapporten mellom tvang ved henvisning og tvang ved spesialistvedtak. Henvisning om tvang omfatter en legeerklæring og begjæring som skal være uavhengig av den institusjonen som pasienten legges inn til og er en forutsetning for at pasienten kan tvangsinnlegges. I løpet av 24 timer etter at innleggelsen har funnet sted skal spesialist ansvarlig for vedtak vurdere om begjæringen om tvang opprettholdes, eller om oppholdet skal omgjøres til å baseres på frivillighet. Spesialistvedtaket kan bare endres fra tvang til frivillighet og ikke

⁷ Det ble i desember 2007 vedtatt at Norsk pasientregister skal samle inn personidentifiserbare opplysninger, men tidspunkt for iverksettelse er ennå ikke fastsatt.

motsatt⁸. Vedtaket er knyttet til to hovedformer: (1) Tvungen undersøkelse avgrenset til ti dager, for å avklare om kriteriene for tvungent psykisk helsevern er til stede, og (2) tvungent psykisk helsevern.

Vi har i disse analysene benyttet to hovedstrategier for å redusere betydningen av manglene ved pasientdata; estimering for enkeltinstitusjoner basert på institusjonens rapportering øvrige år (jfr utvalg 3, se kapittel 6.3) og estimering av totaltall basert på rapportering for øvrige institusjoner med høyt/lavt estimat.

Utvalg 3: I tillegg til institusjoner med godkjente pasientdata for 2001 og 2006 har vi også inkludert institusjoner med godkjente data for 2002, men ikke 2001 og/eller 2005, men ikke 2006. For disse har vi estimert tall for henvisningsparagraf og spesialistvedtak for 2001 og 2006. Estimeringen er gjort ved å justere sumtallene for antall innleggelser fra henholdsvis 2001 til 2002 og 2005 til 2006 tilsvarende utvikling i de institusjoner som har levert data av godkjent kvalitet for disse periodene. Den relative fordelingen mellom de ulike paragrafene er imidlertid direkte overført fra observasjonsåret. Estimaten korrigerer dermed for endring i antall innleggelser, men ikke for eventuelle endringer i fordelingen mellom tvang og frivillighet. Utvalg 3 omfatter totalt om lag 2/3 av all aktivitet (målt som oppholdsdøgn) ved døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern.

Høyt/lavt estimat: Vi har også beregnet et høyt og lavt estimat av tvangsinnleggelser for det enkelte år, hvor vi har inkludert aktivitet ved institusjoner uten godkjente pasientdata, basert på gjennomsnittlig marginalfordeling for de fem institusjonene i utvalget med henholdsvis lavest og høyest andel frivillighet det enkelte år. Det er ikke grunn til å anta at det er noen sammenheng mellom dataavlevering og bruk av tvungent psykisk helsevern, ved at institusjoner som ikke har levert data av tilfredsstillende kvalitet har høyere eller lavere grad av frivillighet enn de vi har inkludert i våre analyser. Våre estimat må dermed kunne karakteriseres som konservative, og overestimerer heller enn underestimerer variasjonsbredden og laveste/høyeste andel – og antall - for det enkelte år.

Resultatene gjengitt i de tre første avsnittene under – Endring i henvisninger, Omgjøring av vedtak og Utvikling i andel tvangsinnleggelser – er basert på utvalg 3, mens avsnittet om Utvikling i bruk av tvangsinnleggelser er basert på Høyt og lavt estimat.

4.2.1 Endring i henvisninger

For utvalg 3 har det vært en 54 prosent økning i antall innleggelser mellom 2001 og 2006 (tabell 7.1) (se ellers kapittel 7 for en detaljert framstilling). Andelen henvisninger til tvang har vært stabil, både for alle institusjoner samlet (ca. 35 prosent) (tabell 7.1) og for sykehus (ca 39 prosent) (tabell 7.2), mens det har vært en dobling for institusjoner utenfor sykehus (11 prosent i 2006) (tabell 7.3). Antallet henvist til tvang har økt med om lag 50 prosent for alle institusjoner (ca 6500 i 2006) (tabell 7.1) og sykehus (6200 i 2006) (tabell 7.2), og økt med 336 prosent i institusjoner utenfor sykehus (ca 300 i 2006) (tabell 7.3).

4.2.2 Omgjøring av vedtak

Mens tvangshenvisninger knyttes til aktører utenfor institusjonen – for eksempel fastlege og pårørende – er vurderingen av vedtaket knyttet til mottakende institusjon. Avgjørelsen om tvang skal være mulig er dermed plassert utenfor institusjonen, mens vurderingen av om tvangshenvisningen er riktig er lagt til institusjonen. Vi har i denne rapporten sett på omfanget av omgjøringer av tvangshenvisninger til frivillige vedtak. Dette kan være en indikasjon på i hvilken grad spesialistene har en kritisk vurdering til om de pasientene som henvises ved tvang, faktisk oppfyller kravene til et slikt behandlingstilbud.

⁸ Etter lovendring gjeldende fra 01.01.2007 kan vedtak unntaksvis omgjøres fra frivillig til tvang.

Analyser av tverrsnittet av institusjoner med tilstrekkelig god datakvalitet det enkelte år, viser at om lag hver fjerde tvangshenvi­sing til sykehus ble omgjort til frivillig vedtak i 2003, 2005 og 2006 (tabell 8.2) (se ellers kapittel 8 for en detaljert framstilling). Dette var en betydelig økning fra de to første årene, men som (Bjørngaard et al., 2005) viste skyldes økningen fra 2001 til 2003 i hovedsak en nedgang i bruken av tvungen undersøkelse ved to enkeltsykehus. Figur 8.1 viser høyere økning i andel omgjøringsvedtak for enkeltsykehus også i perioden 2003 til 2006. Vi finner også en økning for institusjoner utenfor sykehus, fra 0-1 prosent de to første årene til 12-16 prosent de to siste årene (tabell 8.3). Samlet sett indikerer dette at ved et stadig større antall innleggelser er pasienten i en kortere periode tvangsinnlagt uten at spesialisthelsetjenesten vurderer at grunnlaget er til stede, men det kan ikke utelukkes at trenden i materialet skyldes utvalgsproblematikk. Vi finner også støtte for at den delvis drives av enkeltinstitusjoner (se ellers kapittel 5.2 for en utdypende drøfting).

Det er svært store forskjeller mellom enkeltsykehus i andelen av tvangshenvi­singene som omgjøres. For de ni sykehusene det har vært mulig å gjøre analyser for årene 2003-2006 varierte dette fra om lag fem prosent til over 50 prosent omgjøringer av tvangshenvi­singene (figur 8.1). Det er også interessant å merke seg at det, med noen unntak, er stort samsvar i andelen omgjøringer av tvangshenvi­singene for enkeltsykehus mellom år. Et spørsmål i kjølvannet av dette er om man har utviklet ulike kulturer for vurdering av tvangshenvi­singene, siden andelen ved de enkelte sykehusene er såpass stabile over tid.

Om lag hver tredje henvi­sing til tvang endte i vedtak om tvungent psykisk helsevern, en andel som har vært stabil gjennom perioden. De fleste som henvises til tvang ved institusjoner utenfor sykehus legges inn med tvungent psykisk helsevern (72 prosent i 2006), men med stor variasjon mellom årene, en variasjon vi også finner for tvungen undersøkelse (fra 26 prosent i 2003 til 12 prosent i 2006).

4.2.3 Utvikling i antall og andel tvangsinnlagt fra 2001 til 2006 – utvalg 3

Vi har i kapittel 9.1 gitt en detaljert framstilling over utviklingen i antall og andel tvangsinnlagte, basert på utvalg 3. Samlet sett for institusjonene i utvalg 3 har antall innleggelser økt med 52 prosent mellom 2001 og 2006, og antallet innlagt til enten tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern har økt med henholdsvis 17 prosent og 41 prosent (samlet 27 prosent).

Det har vært en seks prosentpoengs økning i andel frivillig innlagt (74 prosent i 2006), en fire prosentpoengs reduksjon i andel innlagt til tvungen undersøkelse (14 prosent i 2006) og tilnærmet stabilitet i andel innlagt til tvungent psykisk helsevern (11 prosent i 2006) (tabell 9.1). De to tvangsformalitene utgjorde i 2006 25 prosent av alle innleggelser, en nedgang fra 30 prosent i 2001. Den samme utviklingen finner vi også for sykehus (tabell 9.2). For institusjoner utenfor sykehus innlegges i 2006 mer enn ni av ti frivillig, men andelen er redusert med fem prosentpoeng fra 2001. Andelen innlagt til tvungen undersøkelse har vært stabil (en prosent), mens andelen innlagt til tvungent psykisk helsevern har økt med fire prosentpoeng (åtte prosent i 2006) (tabell 9.3). Som vi redegjør for i metodekapitlet har vi gjennomgått institusjonsklassifiseringen på nytt for å få sammenlignbare enheter over perioden. Selv om disse observerte endringer delvis kan skyldes dette, indikerer de også at opptrappingsplanens ambisjon om å omdanne DPS til lokalsykehus pågår.

4.2.4 Utvikling i bruk av tvangsinnleggelser for årene 2001 til 2006 – høyt og lavt estimat

Som vist i det forrige avsnittet finner vi ved å bruke utvalg 3 en økning i antallet tvangsinnlagt mellom 2001 og 2006, og en reduksjon i andelen tvangsinnlagt. Når vi i kapittel 9.2 beregner et høyt og lavt estimat – basert på de fem institusjoner med lavest og høyest andel frivillige innleggelser for det enkelte år - kan vi derimot ikke med sikkerhet si at

det har vært noen endring i bruk av tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern fra 2001 til 2006, verken når det gjelder antall (figur 9.1) eller andel (figur 9.4).

For institusjoner godkjent for tvang kan vi med høy grad av sannsynlighet fastslå at i 2006 var antallet innlagt til enten tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern mellom ca 6200 og ca 7350 (figur 9.1). Fordi dette estimatet ikke omfatter avdelings-/institusjonsoverføringer er dette minimums- og maksimumsanslag for om lag 80 prosent av all døgnaktivitet for denne institusjonskategorien dette året.

Andelen innlagt til tvungen undersøkelse i 2006 kan med høy grad av sannsynlighet fastsettes til mellom 12 og 14 prosent for institusjonene samlet (figur 9.4), til mellom 16 og 18 prosent for sykehus (figur 9.5) og ca en prosent for institusjoner utenfor sykehus (figur 9.6). Tilsvarende estimater for tvungent psykisk helsevern er i 2006 mellom ni og 11 prosent for institusjonene samlet (figur 9.7), mellom 11 og 12 prosent for sykehus (figur 9.8) og mellom fire og ni prosent for institusjoner utenfor sykehus (figur 9.9). For institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern samlet innebærer dette i 2006 en andel tvangsinnleggelse, uavhengig av formalitet, på mellom 21 og 25 prosent, for sykehus på mellom 27 og 30 prosent og for institusjoner utenfor sykehus på mellom fem og 10 prosent.

Om lag 23 prosent av døgnaktiviteten skjer i institusjoner ikke godkjent for tvungent psykisk helsevern. For å illustrere konsekvensen av å inkludere også innleggelse ved disse institusjonene har vi i et regneeksempel forutsatt lik oppholdsprofil for disse som for institusjoner godkjent for tvang. Ved en slik beregning får vi en andel tvangsinnleggelse i Norge – uavhengig av formalitet – på mellom 16 prosent og 19 prosent. De forutsetninger vi her har gjort bør etterprøves empirisk i senere prosjekt når datakvaliteten er forbedret.

4.2.5 Metodisk tilnærming påvirker resultatet

Vi har i analysen av utvikling fra 2001 til 2006 (jfr. kapittel 9.1 og 9.2) anvendt to ulike innfallsvinkler for å belyse utviklingen i tvangsinnleggelse fra 2001 til 2006, begge avgrenset til innleggelse fra eget bosted. Som det framgår av avsnittene ovenfor kommer vi fram til ulike resultat ved hjelp av de to tilnærmingene. Ved å analysere utviklingen for om lag 2/3 av innleggelsene finner vi at det har skjedd en økning i antall innlagt til tvungen undersøkelse/tvungent psykisk helsevern (27 prosent) og en reduksjon i andel innlagt til tvungent psykisk helsevern (fra 30 prosent til 25 prosent). I den andre tilnærmingen har vi laget et høyt og lavt estimat for tvangsinnleggelse det enkelte år, hvor vi også har inkludert aktivitet ved institusjoner godkjent for tvang uten godkjente pasientdata. Ved denne tilnærmingen kan vi derimot ikke si med sikkerhet at det har vært noen endring i bruk av tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern fra 2001 til 2006, verken når det gjelder antall eller andel. Intervallet vi her påviser avgrenser derimot med høy grad av sannsynlighet variasjonsbredden, en variasjonsbredde som over årene er redusert for de fleste forhold. Gitt fortsatt positiv utvikling i kvalitet på pasientdata vil vi dermed med større visshet kunne fastslå trenden i senere undersøkelser.

De to tilnærmingene viser altså begge en økning i antall, men en reduksjon i andel dersom man studerer estimerte "observerte verdier". Fordi utvalgene som legges til grunn ikke er komplette ved noen av beregningene, kan man likevel ikke konkludere med at resultatet gjelder for det psykiske helsevernet som sådan. De estimerte intervallene gir konservative anslag for maksimalt/ minimalt nivå det enkelte år, og disse viser at usikkerheten i datamaterialet er for stor til at man med sikkerhet kan si at det har skjedd en endring i perioden. Selv om gjennomsnittlig verdi er endret i perioden ligger de estimerte intervallene for 2006 innenfor estimerte intervall for 2001.

Som del av analysen av hva som kan forklare institusjonsforskjeller (jfr. kapittel 11.1) finner vi i en regresjonsanalyse heller ikke signifikante forskjeller i andeler mellom årene, verken med hensyn til sannsynlighet for tvangsinnleggelse eller med hensyn til sannsynlighet for tvungent psykisk helsevern versus tvungen undersøkelse. Ettersom det har skjedd en økning i antallet innleggelse (uavhengig av formalitet) (tabell 7.1) styrker denne stabiliteten i

analysen ved hjelp av utvalg 3; at det har skjedd en økning i antallet tvangsinnleggelse over perioden.

4.2.6 Kan man forvente betydelig endring?

Som vi redegjorde for i kapittel 1.3.3 er det få, men dog noen, indikasjoner på at endring av lovverk i seg selv vil redusere bruken av tvangsinnleggelse. Selv om det fra og med 2001 skjedde noen endringer i og med ny lov, ble både hovedoppbygging og prosesser videreført. Så lenge man ikke har iverksatt ytterligere tiltak målrettet mot å endre praksis er status quo dermed å forvente. Dette følges opp i kapittel 5.

4.3 Tvingent psykisk helsevern begrunnes i de fleste tilfeller med behovet for behandling – men bruk av farekriteriet øker

Kapittel 10 omhandler bruk av tilleggskriterier. I 2006 begrunnes sju av ti vedtak om tvingent psykisk helsevern med behandlingskriteriet alene (tabell 10.1). Kun seks prosent av vedtakene om tvingent psykisk helsevern i 2006 ble begrunnet i farekriteriet alene, mens 23 prosent ble begrunnet i begge kriteriene. Med de nødvendige forbehold om datas representativitet har det skjedd en endring gjennom perioden; mens andelen som helt eller delvis er innlagt med farekriteriet ble redusert med sju prosentpoeng fram til 2003, økte det derfra med 11 prosentpoeng til 2006.

4.4 Hva kan forklare forskjeller imellom institusjoner i omfanget av tvingent psykisk helsevern med døgnopphold?

4.4.1 Utvikling belyst ved en regresjonsanalyse

Det er ikke signifikante forskjeller mellom årene verken med hensyn til sannsynlighet for tvangsinnleggelse (tabell 11.1) eller med hensyn til sannsynlighet for tvingent psykisk helsevern versus tvungen undersøkelse (tabell 11.2) (se kapittel 11.1 for detaljer). Tvangsinnleggelse skjer helst til sykehus, og dette gjelder særlig innleggelse til tvungen undersøkelse. Omfanget av innleggelse til tvingent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse er opp mot fire ganger høyere ved innleggelse for øyeblikkelig hjelp.

Vi presenterer i kapittel 1.3.1 studier som har sett på sammenhengen mellom pasientkennetegn og tvangsinnleggelse. Konklusjonen er at funnene så langt er sprikende. Vi finner i kapittel 11.1 at risiko for tvangsinnleggelse versus innleggelse under annen formalitet (tabell 11.1) og for tvingent psykisk helsevern versus tvungen undersøkelse (tabell 11.2) avhenger signifikant av pasientkarakteristika. Risiko for tvangsinnleggelse er signifikant høyere for pasienter i diagnosegruppen schizofreni spektrum lidelser enn for pasienter i alle andre diagnosegrupper, i tråd med funn av (Craw & Compton, 2006b; Webber & Huxley, 2004a; Bauer et al., 2007a), og for disse pasientene har risikoen for tvang snarere enn for frivillig innleggelse økt i perioden sammenlignet med risiko for tvangsinnleggelse for pasienter i alle andre diagnosegrupper. Risiko for tvangsinnleggelse er også signifikant høyere for pasienter i aldersgruppa 50-59 år sammenlignet med for andre aldersgrupper, og støtter dermed (Pokorny et al., 1999; Nicholson, 1986a). Vi finner ingen kjønnsforskjell.

Gitt at pasienten er tvangsinnlagt er sannsynligheten for tvungen undersøkelse signifikant høyere for pasienter i den yngste aldersgruppa (15-29 år) relativt til for eldre pasienter, men sannsynligheten for tvingent psykisk helsevern er signifikant høyere for pasienter i diagnosegruppa schizofreni spektrum lidelser enn for pasienter klassifisert under alle andre diagnosegrupper. Kjønn har ikke signifikant effekt på sannsynlighet for de ulike vedtakene.

4.4.2 Institusjonsforskjeller

I kapittel 1.3.2 oppsummerte vi kunnskapsstatus så langt med at det er uavklart i hvilken grad ressurser og kapasitet påvirker grad av tvangsinnleggelse. Påstanden framsettes hyppig i litteraturen, men det empiriske belegget er svakt. Vi finner i kapittel 11.2 at omfang av tvang ved både henvisning og vedtak er positivt korrelert med folketall i sykehusområdet (figur 11.1-11.2), men effekten drives i hovedsak av én ekstremobservasjon. Omfanget er negativt korrelert med årsverk til psykisk helsearbeid i kommunene finansiert av øremerkede midler (figur 11.3-11.6) og med polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbygger i sykehusområdet (figur 11.21-11.24). Flere årsverk i kommunehelsetjenesten, finansiert av øremerkede midler, assosieres også med færre omgjorte vedtak og lavere andel tvungen undersøkelse (figur 11.7-11.8). For døgnplasser (figur 11.25-11.28), polikliniske årsverk (figur 11.17-11.20) og årsverk totalt ved sykehusene (figur 11.9-11.12) vises tilnærmet ingen korrelasjon med omfang av tvang verken ved henvisning eller vedtak etter innleggelse. Antall leger og psykologer i sykehus per 10 000 innbygger i opptaksområdet er positivt korrelert med omfang av tvang, men også denne effekten drives i stor grad av en "outlier" i materialet (figur 11.13-11.16).

I tillegg til disse faktorene vil også eventuelle forskjeller i pasientpopulasjon (jfr. pkt. 5.4.1 (Bjørngaard et al., 2001)) mellom institusjoner kunne bidra til å forklare institusjonsforskjeller.

5 Utfordringer videre

I 2006 publiserte Sosial- og helsedirektoratet en tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). De angir her at tiltakene i planen har fire hovedmålsettinger:

- Økt frivillighet
- Kvalitetssikret bruk av tvang
- Økt kunnskap
- Bedre dokumentasjon av tvangsbruk

Planen har hatt kort virketid, og de utfordringer vi påpeker i dette kapitlet kan ses på som en fortsatt aktualisering av disse punktene. De til dels betydelige forskjellene i henvisnings- og innleggelsespraksis samt bruk av tilleggskriterier, impliserer et behov for økt kunnskap om, og kvalitetssikring av, skjønnsutøvelse fra både førstelinjetjenesten, spesialisthelsetjenesten og kontrollkommisjonene.

Utfordringene beskrevet i de to tidligere rapportene – jfr. kapittel 2 – gjelder i stor grad fortsatt, og gjentas derfor ikke her.

Som det framgår av punktene under er det nødvendig å inkludere mange nivåer i oppfølgingen av disse utfordringene, fra politisk nivå (avklaring av lovgrunnlag) til endring av klinisk praksis på enkeltbehandlernivå. Nødvendigheten av å anlegge et slikt bredt perspektiv støttes av (Anfang & Appelbaum, 2006), hvor de i en drøfting av utviklingen i USA hevder at tvungen i psykisk helsevern er influert mer av økonomiske faktorer og sosial persepsjon av mental lidelse enn av endrede legale standarder.

5.1 Mangelfulle data

Det er dessverre fortsatt betydelige utfordringer knyttet til kvaliteten på pasientdata, selv om det har skjedd en gledelig forbedring gjennom perioden. Institusjonsoverføringer er så langt ikke analysert, og trendbeskrivelser vanskeliggjøres som følge av at institusjoner faller ut av analysene for enkeltår. Det pågående arbeidet i Norsk pasientregister med å forbedre datakvaliteten i pasientdata for psykisk helsevern bør derfor intensiveres framover.

5.2 Økning i antallet henvisninger til tvang som omgjøres

Om lag hver fjerde henvisning til tvang omgjøres til frivillig, og våre tall indikerer økt omgjøring av tvangshenvisninger til frivillig gjennom perioden. Endringene skjer i hovedsak fra 2001 til 2003, og skyldes primært en endring mht. tvungen undersøkelse ved to institusjoner. Selv om det er store forskjeller mellom de ulike institusjonene, innebærer dette at spesialisthelsetjenesten foretar en selvstendig vurdering av tvangshenvisningene fra førstelinjen. Etersom dette innebærer at pasienten i en kortere periode faktisk er tvangsinnlagt (jfr. 24-timersregelen), på tross av at grunnlaget av spesialisthelsetjenesten vurderes til ikke å være til stede, bør en se nærmere på hva dette skyldes. Omgjøring av tvangshenvisning kan for eksempel skyldes manglende kompetanse om psykisk helsevernloven, ulik lovforklning, kapasitetsproblemer både i første- og andrelinjetjenesten

og for restriktiv lovfortolkning i spesialisthelsetjenesten. I tillegg kan vi ikke se bort i fra at det for mange pasienter skjer en endring i helsetilstand etter at innleggelsen har funnet sted, slik at kriteriene for tvang ikke lenger er til stede. At dette siste kan forklare de tilsynelatende store praksisendringene vi observerer er derimot mindre sannsynlig.

5.3 Tvangsinnleggelser og innleggelsespress

Det har gjennom perioden vært en sterk økning i antallet innleggelser, og økningen har vært størst for frivillige innleggelser (utvalg 3 – kapittel 9.1). Selv om vi gjennom våre analyser ikke kan si med sikkerhet at det har vært en økning i antallet tvangsinnleggelser, er det sannsynlig at det har vært en slik utvikling for institusjoner samlet, og med stor grad av sikkerhet for DPS oa. Hva kan så dette skyldes? En sannsynlig forklaring er vårt grove mål på tvang – antallet tvangsinnleggelser. Dette kan godt skjule at den viktigste endringen er at hver pasient tvangsinnlegges oftere, men kortere. Og samtidig at denne utviklingen har vært enda sterkere for frivillige innleggelser. Dette støttes av at liggetiden gradvis er redusert. Begge disse forholdene understreker behovet for mer inngående analyser av tvangsinnleggelser med bedre pasientdata; hvor mange pasienter og hvor lang tid under tvang? Et økt innleggelsespress har i henhold til våre analyser så langt dog hovedsakelig slått ut i økt frivillighet. Hvorvidt det økte antallet tvangsinnleggelser ved DPS skyldes en ønsket utvikling av denne institusjonsgruppen i retning lokalsykehus, og dermed en endret funksjonsfordeling mellom sykehus og DPS, eller skyldes manglende kompetanse ved DPS og dermed økt bruk av tvang "for sikkerhets skyld" bør gjøres til gjenstand for ytterligere studier.

5.4 Bruken av kriterier

Tvang i det psykiske helsevernet gir nok for mange assosiasjoner om farlige personer som omverden må beskyttes fra. Med de nødvendige forbehold om datas representativitet er det en utfordring at andelen som helt eller delvis er innlagt med farekriteriet har økt med 11 prosentpoeng siden 2003. Mens vi i 2005-rapporten påpekte hvor få det i realiteten er som tvangsinnlegges med begrunnelse i farekriteriet, og så på dette som et viktig bidrag til å nyansere oppfatningene om psykiatriske pasienter som farlige, er det grunn til å undersøke siste års utvikling nærmere. Selv om en må anta at i en ikke ubetydelig andel av de tilfellene hvor man benytter farekriteriet er det snakk om fare for seg selv og ikke andre, gir utviklingen grunn til undring. Er det reell endring i pasienters atferd, er det de senere års mediedekning eller er det endringer i fagpersoners vurderinger? Kritikken av det psykiske helsevernets bruk av tvang har i de senere år vært sterk, men fra høyst ulike posisjoner. En posisjon hevder at en ikke tar potensiell fare på alvor, og slipper ut i samfunnet mennesker som av hensyn til seg selv eller andre burde vært sperret inne. Den andre posisjonen hevder at det brukes for mye, og unødvendig, tvang, og at dette både er krenkende og ødelegger behandlingsalliansen. Begge posisjoner gjenfinnes i den pågående debatten i Aftenposten (se <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/article2353290.ece> og tidligere innlegg listet under dette). Et mulig resultat av dette krysspresset er at en i det psykiske helsevernet i større grad anvender farekriteriet, også der en mener behandlingskriteriet er oppfylt. Motsatt kan det hevdes at en del klinikere vil unngå farekriteriet begrunnet i at dette virker stigmatiserende. Det er i henhold til loven ikke noe krav om at man fyller ut begge, selv om man mener at begge er til stede. Det har i perioden ikke skjedd endringer i lovverket, en indikasjon på at området er beheftet med betydelige innslag av skjønn både fra det kliniske miljøet og kontrollkommisjonene. Når vi i et begrenset utvalg finner betydelige praksisendringer gjennom perioden, kan dette godt være en indikasjon på tilsvarende endring også ved institusjoner ikke inkludert i vårt utvalg. Årsakene til endringen, og til forskjellene i vurdering mellom fagmiljøer og kontrollkommisjoner, bør derfor studeres nærmere.

Det er fortsatt grunn til å vurdere behandlingskriteriet kritisk. Med tanke på at sju av ti tvangsinnlegges med begrunnelse i behovet for behandling alene, burde dette stille klare

krav til tjenesten. Per i dag er det svært lite kunnskap om hvorvidt tilbudet personer som tvangsinnlegges gis, faktisk fører til at de blir bedre, selv om (Katsakou & Priebe, 2006) i sin review finner 18 studier (hvorav de kun definerer tre til å være av høy kvalitet) som har belyst dette (ingen norske, men fem svenske). Deres studie påpeker også at selv om en stor andel opplever innleggelsen som nødvendig og nyttig, er det en betydelig andel som ikke opplever dette. Det kan virke underlig at man gir det psykiske helsevernet institusjonell myndighet til frihetsberøvelse til det beste for pasientens bedring, uten at man har kunnskap om dette faktisk er tilfelle. Det er samtidig tankevekkende at en nylig publisert sammenlignende studie av forløp av ubehandlet psykose viser at i områder (primært land) uten et behandlingskriterie er denne signifikant lengre (Large, Nielssen, Ryan, & Hayes, 2007). Denne studien tydeliggjør den politiske dimensjonen i vurderingen av behandlingskriteriets framtid – hva skal i følge lovgiver være alternativet?

5.5 Hvordan oppnå økt frivillighet?

Det er et uttalt mål å øke frivillighet. Med de begrensninger som er i datamaterialet er det ikke mulig å påvise endring gjennom perioden. Vi viste i kapittel 1.3.3 at man mangler kunnskap om hvordan lovverket burde utformes med minst mulig tvang som resultat. Samtidig vet man fra andre områder at å gjennomføre praksisendring via vekt på retningslinjer (herunder lovverk) er en svært lite fruktbar vei å gå (Hatling, Røhme, & Bjørngaard, 2005). Det er derfor et presserende behov for mer kunnskap om hvilke faktorer som påvirker tvangsansvendelse, hvilke aktørgrupper som er sentrale i prosessen og hvilke metoder som er effektive i å endre praksis i retning redusert og kvalitetssikret bruk av tvang.

Kunnskapsutvikling tar tid, samtidig som presset for redusert tvangsbruk øker i den offentlige debatten (inkludert tiltaksplanen). Å vente til man har sikker kunnskap om virksomme metoder er dermed lite ønskelig. En lang rekke tiltak er trukket fram for å oppnå en slik reduksjon (bruk av individuell plan, kriseplan, økt samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten, ambulante tjenester, styrket brukerinvolvering, kulturendring blant personalet mv.), uten at slike tiltaks effekt i forhold til tvang er underbygget empirisk. Å bygge inn konsekvenser mht tvangsbruk som ledd i evaluering av slike tiltak vil styrke vårt kunnskapsgrunnlag, og dermed gi bedre retning i det videre arbeidet.

5.6 Hvem tvangsinnlegges – behov for et bedre tilbud for pasienter med de alvorligste lidelser?

Vi påviser - i likhet med mange andre studier – at pasienter med en diagnose i gruppen schizofreni spektrum lidelse har en signifikant høyere risiko for tvangsinnleggelse. Det har ikke vært mulig å analysere nærmere hvilke andre pasientkjennetegn, ut fra andre studier særlig indikatorer på alvorlighet, som bidrar til dette. Vi vil likevel peke på at for disse pasientene har risikoen for å bli tvangsinnlagt snarere enn frivillig innlagt, økt i perioden, i forhold til andre pasientgrupper. Dette kan vanskelig sies å være i tråd med Opptappingsplanens intensjon om at pasientene med de tyngste lidelsene skulle få et bedre tilbud. Det er behov for styrket forskningsinnsats både om årsaker til denne utviklingen (hypoteser kan være; mer tilbakeholden med bruk av tvangsinnleggelser som ikke åpenbart er psykotisk, endrede arbeidsformer i spesialisthelsetjenesten og uavklarte ansvarsforhold mellom første- og andrelinjetjenesten for denne pasientgruppen har økt sjansen for brudd i kontakten og dermed fare for tilbakefall og reinnleggelse mv.) – for å identifisere relevante innsatsområder, og om virkemidler egnet til å endre denne utviklingen. Det er også i denne sammenheng verd å peke på behovet for forløpsdata på pasientnivå, slik at omfanget av tvangsinnleggelser per pasient kan analyseres.

Som det framgår av tabell 6.8 tvangsinnlegges også et ikke ubetydelig antall pasienter med nevrosediagnose, personlighetsforstyrrelser og andre diagnoser (om lag 5 prosent i hver av gruppene), jfr. også tabell 11.1. Skyldes dette upålitelige diagnoseopplysninger, eller

vrderes også disse tilstandene av klinikere til å oppfylle hovedkriteriet (alvorlig sinnslidelse med nær tilknytning til psykosene), jfr. §3-3 med merknader i Psykisk helsevernloven av 2001⁹ (man vil stå overfor en helhetsvurdering, hvor ikke bare sykdomstilstanden, men også de utslagene den gir seg må tillegges stor vekt. Her drøftes særlig grad av karakteravvik)?

5.7 Institusjonseksterne faktorer viktige for tvangsinnleggelse

En strategi for å redusere bruken av tvang ved å styrke tilbudet utenfor døgninstitusjonene støttes av våre funn i analysen av datamaterialet for 2006. Det er mindre omfang av tvang (både henvisninger og vedtak), jo flere årsverk til psykisk helsearbeid i kommunene finansiert av øremerkede midler. Flere årsverk i kommunehelsetjenesten, finansiert av øremerkede midler, assosieres også med færre omgjorte vedtak og lavere andel tvungen undersøkelse. Tilsvarende er det mindre omfang av tvang (både henvisninger og vedtak) jo flere polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbygger i sykehusområdet. For døgnplasser, polikliniske årsverk og årsverk totalt ved sykehusene vises derimot tilnærmet ingen korrelasjon med omfang av tvang verken ved henvisning eller vedtak etter innleggelse. Våre funn støtter dermed ikke påstanden om at en økning i døgnplassressurser nødvendigvis vil redusere bruken av tvangsinnleggelse. Samtidig er ikke tilføring av institusjonseksterne ressurser nok; for poliklinikkene er arbeidsform (konsultasjonsomfang) viktig, men ikke ressurser (årsverk). Vi vil samtidig understreke at våre analyser er begrenset til korrelasjoner, og må ikke fortolkes som årsakssammenhenger. Det er derfor behov for mer avanserte analyser så snart datamaterialet tillater det, men også studier hvor en ser i dybden på hvordan disse faktorene samhandler. Det er også nødvendig å inkludere et bredt sett av forhold, eksempelvis er antall konsultasjoner en meget grov indikator på hvordan poliklinikker arbeider. Våre funn bør ikke tas til inntekt for klare løsninger – det er grunn til å minne om at vi gjennom opptrappingsplanen har hatt en svært kraftig utbygging av det polikliniske tilbudet og det kommunale psykiske helsearbeidet, uten at dette påviselig har resultert i redusert tvangsbruk på nasjonalt nivå. Det gjenstår derfor mye før vi forstår hvilke mekanismer som virker i denne prosessen.

⁹ Det var denne som gjaldt i 2006

Del II – Detaljert gjennomgang av metode og resultat

I denne delen presenteres både data, metode og resultater i detalj. Både tabeller og figurer er ment brukt for de som ønsker mer inngående kunnskap om de funn som er presentert i del I.

Vi starter med en utdypende beskrivelse av datamateriale og metode (kapittel 6). I kapittel 7 viser vi utvikling i omfanget av tvang ved henvisning, mens vi i kapittel 8 redegjør for omgjøring av vedtak. Kapittel 9 viser gjennom to alternative tilnærminger utviklingen i spesialistvedtak fra 2001 til 2006, mens vi i kapittel 10 framstiller utviklingen i bruk av tilleggskriterier. I kapittel 11 ser vi først på om pasientkjennetegn kan forklare endringene i tvangsinnleggelse, og deretter nærmere på hva som kan forklare institusjonsforskjeller i omfanget av tvungent psykisk helsevern.

6 Utdyping av data og metode

6.1 Data

Det benyttes tre datakilder som grunnlag for denne rapporten: Data på pasientnivå fra Norsk Pasientregister (NPR), data på institusjonsnivå fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) og data på kommunenivå rapportert til Sosial- og helsedirektoratet.

6.1.1 Pasientdata

Analysene som presenteres bygger i hovedsak på opplysninger om døgnopphold ved institusjoner som er godkjent for tvungent psykisk helsevern, i perioden 2001 til 2006. Pasienter til poliklinisk behandling eller dagbehandling omfattes ikke av denne rapporten. Datamaterialet er innhentet av NPR, med registrering for hvert år. Klassifisering av institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern er gjort i henhold til Sosial- og helsedirektoratets oversikter for gjeldende år og omfatter både institusjoner med permanent og midlertidig godkjenning. Med enkelte unntak, er det i hovedsak de samme institusjonene som har godkjenning gjennom perioden.

En person kan ha flere opphold i løpet av ett år, eventuelt ved flere institusjoner. Data som leveres til NPR er ikke personentydige, og man kan ikke følge behandlingsforløpet til personer som behandles ved flere institusjoner, for eksempel ved overføring fra sykehus til distriktpsikiatriske sentra (DPS). Det vil følgelig ikke være mulig å si eksakt hvor mange pasienter som ble tvangsinnlagt det enkelte år eller i perioden. Innleggelses fra andre avdelinger eller institusjoner ekskluderes fra datagrunnlaget på grunn av store ulikheter i rapporteringspraksis for innleggelsesformalitet ved slike overføringer. Grunnlag for analyse av omfang av tvang og frivillighet er derfor avgrenset til å gjelde innleggelses fra eget bosted. Dette utgjør om lag 80 prosent av innleggelsene. Pasientdata for 2004 er mangelfull med hensyn til registrering av hvorfra pasienten legges inn. Data for dette året inngår derfor ikke i analysen. Datasettet inneholder dermed inntil fem årssett per institusjon.

6.1.2 Institusjonsdata

Institusjoner i det psykiske helsevernet rapporterer årlige samleoppgaver til SSB med opplysninger på institusjonsnivå om bl.a. årsverksinnsats og antall døgnplasser ved utgangen av året og om totalt antall oppholdsdøgn siste år. SINTEF Helse har i samarbeid med SSB gjennomført en kvalitetskontroll av disse dataene i forbindelse med tilrettelegging av data for bruk i de årlige Samdata-rapportene (se www.samdata.no). Opplysninger om årsverk, polikliniske konsultasjoner og antall døgnplasser for 2006 inngår i analyser i denne rapporten. Opplysninger om antall oppholdsdøgn i perioden 2001-2006 er også benyttet i arbeidet med å kontrollere andre datakilder som benyttes i analyser i rapporten.

6.1.3 Kommunedata

Kommunene har i hele Opptrappingsplanperioden mottatt midler øremerket for kommunalt psykisk helsearbeid (se (Kaspersen, Ose, & Hatling, 2007)). Midlene deles ut under forutsetning om årlig resultatrapportering til Sosial- og helsedirektoratet. I analyser i denne

rapporten benyttes innrapportert informasjon om totalt antall årsverk finansiert over slike midler i 2006 (Kaspersen et al. 08 – under publisering). Innrapporterte resultat gir ikke fullstendig informasjon om det kommunale tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser, men gir altså informasjon om kommunenes *disponering av de øremerkede kommunale midlene*. I (Ose, 2007) anslås 2/3 av årsverkene i det kommunale psykiske helsearbeidet å være finansiert av de øremerkede midlene på nasjonalt nivå, men med betydelige forskjeller mellom kommunene.

6.2 Klassifisering av institusjoner og organisering

Analysene i rapporten skiller mellom sykehus og DPS og andre døgninstitusjoner.

Det har skjedd til dels omfattende endringer i institusjonsstrukturen i perioden, spesielt i tilknytning til eierskapsreformen. For å kunne analysere endring i omfang av tvang i perioden må enhetene som inngår i datasettet være sammenlignbare over tid. For å ivareta et slikt hensyn er data for en del institusjoner slått sammen slik at institusjonsstrukturen alle år i størst mulig grad skal kunne sammenlignes med gjeldende struktur i 2006. Se vedlegg 1 for en oversikt. Institusjoner slått sammen på denne måten vil videre i teksten omtales som "sammenslåtte institusjoner". Aggregering av data på denne måten er ikke problemfri, spesielt fordi det er utfordrende å skaffe tilstrekkelig informasjon om alle omorganiseringer i perioden. For i størst mulig grad å sikre at institusjonsstrukturen er sammenlignbar fra år til år, er utvikling i innrapporterte oppholdsdøgn kontrollert. I tilfeller der DPS og andre institusjoner er lagt inn under sykehus, defineres alle innleggelser ved den sammenslåtte institusjonen som innleggelser ved sykehus for hele perioden.

6.3 Datautvalg og datas representativitet

Tidligere rapporter om tvungent psykisk helsevern med døgnopphold har avdekket klare svakheter i tilgjengelige pasientdata for mange institusjoner (se for eksempel (Bjørngaard et al., 2005)). Når vi skal vise omfang og endring i bruk av tvangsinnleggelser, må vi avgrense analysen til institusjoner som har gode pasientdata. Kvalitetssikring av data på institusjonsnivå er derfor foretatt for hvert år i perioden, og analysene som er gjort er basert på data innhentet fra et utvalg av institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Generelt gjelder det at utvalgene som ligger til grunn for analysene i denne rapporten avviker noe fra utvalg lagt til grunn i tidligere rapporter for perioden 2001 – 2003. Dette skyldes behandling av de sammenslåtte institusjonene ved kontroll av data.

Institusjoner som ikke har levert data av tilfredsstillende kvalitet er utelatt fra analysen, og data gir derfor ikke informasjon om totalt antall tvangsinnleggelser. Dette gir også noe usikkerhet til resultatenes generaliserbarhet hva gjelder andelen tvangsinnleggelser *det enkelte år* fordi et slikt mål kan være påvirket av hvilke institusjoner og foretak som inngår i materialet. Vi antar imidlertid at utviklingstall for *endring* i omfanget av tvangsinnleggelser fra 2001 til 2006 i større grad er overførbar til utviklingen nasjonalt, siden vi ikke finner grunn til å anta at mangelfulle data skulle være korrelert med henholdsvis økning eller reduksjon i bruk av tvungent psykisk helsevern.

Definisjon av hva som er *gode* data vil nødvendigvis baseres på skjønn. Institusjoner som ikke har levert pasientdata, eller som har levert pasientdata der opplysningene avviker betydelig fra de samleoppgavene institusjonene har rapportert til Statistisk Sentralbyrå (SSB) i samme periode, er utelatt fra materialet. Dette begrunnes i en antagelse om at samleoppgavene er mer komplette enn data på pasientnivå fra NPR. Dette stemmer ikke nødvendigvis for alle institusjoner, noe som representerer en potensiell feilkilde i datamaterialet. Sammenslåtte institusjoner er tatt ut i helhet for år der en eller flere av enhetene som er lagt inn under institusjonen ikke har levert komplette data.

Dersom manglende rapportering av henvisningsformalitet eller vedtak relativt sett forekommer hyppigere ved for eksempel frivillige henvisninger, vil man totalt sett få en

underrapportering av dette utfallet relativt til øvrige utfall ved høy andel med mangelfull registrering. Ved å ekskludere institusjoner med høy andel mangelfull registrering unngår man slike potensielle skjevheter i analysedataet. Datasettet inkluderer derfor ikke rapporteringer fra institusjoner i år hvor det mangler opplysninger om henvisningsformalitet eller spesialistvedtak for mer enn 20 prosent av innleggelsene. Andel mangelfull registrering ved sammenslåtte institusjoner er kalkulert på aggregert nivå. Tabell 6.1 gir en oversikt over antall innleggelser fra eget bosted i datasettet. Tabellen skiller mellom innleggelser til institusjoner som har levert data av godkjent kvalitet for alle år og institusjoner som har levert data av godkjent kvalitet for noen år i perioden 2001-2006. Det er også institusjoner som ikke har godkjent datakvalitet noen av årene.

Tabell 6.1 Antall innleggelser fra eget bosted til døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Utvalgte institusjoner med godkjente pasientdata. Etter type. 2001-2006 (ikke 2004).

Innleggelser fra institusjoner som har levert godkjente data for alle fem år: (15 institusjoner, jfr. utvalg 1 tabell 6.3)	Antall	Prosent
Sykehus	33 304	40,7
DPS	3 063	3,7
Totalt	36 367	44,4
Innleggelser fra institusjoner som har levert godkjente data, men ikke alle fem år: (42 institusjoner, jfr. utvalg 2 tabell 6.3)		
Sykehus	32 749	40,0
DPS	12 790	15,6
Totalt	45 539	55,6
Innleggelser fra eget bosted i analysedataet totalt:		
Sykehus	66 053	80,6
DPS	15 853	19,4
Totalt	81 906	100,0

Datakilde: NPR

Siden flere institusjoner ikke har levert komplette data for ett eller flere år, kan vi ikke si eksakt hvor mange innleggelser det var totalt i perioden. Vi har imidlertid aktivitetsdata fra alle institusjonene fra statistikken i SAMDATA Psykisk helsevern i perioden 2001 - 2006. Som en tilnærming til utvalgenes kompletthet presenteres mål for aktivitet for hvert utvalg relativt til aktivitet ved alle døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Aktivitet er målt ved antall oppholdsdøgn. Døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern genererte ca 1,2 millioner oppholdsdøgn per år i perioden. I 2006 utgjorde dette om lag 77 prosent av alle oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne. Andel oppholdsdøgn generert ved institusjoner uten godkjenning for tvungent psykisk helsevern er noe redusert i perioden. Mer enn 75 prosent av oppholdsdøgn ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern er oppholdsdøgn ved sykehus. De øvrige er i all hovedsak ved DPS.

Tabell 6.2 gir, målt ved oppholdsdøgn, et anslag på for hvor stor andel av innleggelsene vi har opplysninger om tvang ved henvisning og vedtak det enkelte år.

Tabell 6.2 Andel aktivitet som dekkes av totalt utvalg av pasientdata det enkelte år med opplysning om tvang og frivillighet ved innleggelse til døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Estimert andel ut fra institusjonenes aktivitet målt ved oppholdsdøgn. Regionale helseforetak, etter type. 2001-2006 (ikke 2004).

RHF	Prosent				
	2001	2002	2003	2005	2006
Helse Øst	50	79	39	46	89
- Sykehus	56	88	35	49	93
- DPS oa	0	0	70	24	63
Helse Sør	36	61	77	98	92
- Sykehus	30	59	82	100	92
- DPS oa	56	67	65	93	94
Helse Vest	66	73	81	89	95
- Sykehus	65	71	74	89	96
- DPS oa	68	78	100	88	95
Helse Midt-Norge	48	55	58	56	0
- Sykehus	46	45	45	47	0
- DPS oa	52	77	93	81	0
Helse Nord	79	94	60	54	58
- Sykehus	100	100	59	61	62
- DPS oa	19	77	62	0	28
Totalt	54	72	61	68	78
- Sykehus	56	75	55	66	79
- DPS oa	45	64	81	73	74

Datkilde: NPR og SSB

Datakompletthet, målt ved oppholdsdøgn, varierer betydelig i perioden, men det er en tendens til økende kompletthet totalt. Det er også betydelige forskjeller mellom de ulike regionene. Spesielt for 2006 er at datakvaliteten for hele Helse Midt-Norge RHF er underkjent. Fordi bare deler av virksomheten er representert i analyse materialet, vil alle analyseresultater bare kunne være indikatorer. Analysene som presenteres i rapporten er basert på ulike utvalg av institusjoner og innleggelser. Dette er gjort for at det datamaterialet som ligger til grunn for den enkelte analyse i størst mulig grad skal kunne gi et representativt resultat. Tabell 6.3 gir en oversikt over de ulike utvalgene som er benyttet i analysen i rapporten.

Tabell 6.3 Andel aktivitet som dekkes av ulike utvalg fra pasientdata det enkelte år med opplysning om tvang og frivillighet ved innleggelse til døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Estimert andel ut fra institusjonenes aktivitet målt ved oppholdsdøgn. Regionale helseforetak, etter type. 2001-2006 (ikke 2004).

Prosent										
RHF	Alle representerte institusjoner			2001-2006					2003-2006	
	Komplett alle år Utvalg 1	Noen år Utvalg 2	Felles og estimert Utvalg 3	Begrunnelse					Omgjøring Utvalg 5	
				Utvalg 4						
						2001	2002	2003	2005	2006
	Helse Øst	24	37	77	13	20	30	46	64	
- Sykehus	28	37	89						24	
- DPS oa	0	36	0							
Helse Sør	23	49	59	32	58	77	58	54		
- Sykehus	18	53	59						70	
- DPS oa	37	39	59							
Helse Vest	51	30	67	5	32	54	85	89		
- Sykehus	52	25	67						72	
- DPS oa	47	40	67							
Helse Midt-Norge	0	44	53	14	55	44	0	0		
- Sykehus	0	37	46						0	
- DPS oa	0	62	74							
Helse Nord	46	23	51	41	85	55	54	58		
- Sykehus	59	17	59						61	
- DPS oa	0	44	16							
Totalt	29	37	66	19	41	48	53	60		
- Sykehus	31	35	71						41	
- DPS oa	25	43	49							
Ant. institusjoner	15	42	32	8	19	26	24	27	11	

Datakilde: NPR og SSB

Beskrivelse av Utvalg 1

Utvalg 1 inkluderer totalt 15 institusjoner, hvorav ni sykehus, som hadde tilfredsstillende datakvalitet som beskrevet over for alle år. Utvalget representerer mindre enn en tredjedel av aktiviteten ved døgninstitusjonene godkjent for tvungent psykisk helsevern i perioden. Utvalget benyttes i forbindelse med de logistiske regresjonsanalysene som er presentert i rapporten for å teste om disse institusjonene hadde systematisk forskjellig tvangsnivå sammenlignet med institusjonene som ikke har levert godkjente data for alle år i perioden.

Beskrivelse av Utvalg 2

Utvalg 2 inkluderer institusjoner som leverte data med godkjent kvalitet i perioden 2001-2006, men ikke for alle år. Dette gjelder totalt 42 av institusjonene. Sammen med utvalg 1 benyttes dette utvalget i de logistiske regresjonsanalysene.

Utvalg 1 og 2 er gjensidig utelukkende og utgjør sammen alle institusjoner som leverte data av tilstrekkelig god kvalitet minst ett år i perioden 2001 – 2006.

Beskrivelse av Utvalg 3

Utvalg 3 benyttes for å analysere endring i omfang av tvungent psykisk helsevern. Institusjoner som leverte data av godkjent kvalitet i 2001 og i 2006 utgjør kjernen av utvalget. For å øke antall institusjoner som inngår i analyse av endring, er utvalget utvidet ved å estimert institusjonstall for henvisningsparagraf og spesialistvedtak for 2001 ved hjelp av tall fra 2002 og 2006-tall ved hjelp av tall fra 2005 for institusjoner som ikke leverte data av godkjent kvalitet i 2001 og/ eller i 2006, men i 2002 og/ eller i 2005. Estimeringen består i å justere sumtallene for antall innleggelser fra henholdsvis 2002 til 2001 og fra 2005 til 2006 tilsvarende utvikling i de institusjoner som har levert data av godkjent kvalitet for disse årene. Den relative fordelingen mellom de ulike paragrafene er deretter overført fra observasjonsåret (henholdsvis 2002 eller 2005). Estimaten tar dermed hensyn til generell utvikling i antall innleggelser, men korrigerer ikke for eventuelle endringer i fordelingen mellom tvang og frivillighet. Estimering er gjort på denne måten for 10 institusjoner i 2001 og for seks institusjoner i 2006.

Beskrivelse av Utvalg 4

Fordelingen mellom de ulike begrunnelsene for bruk av tvungent psykisk helsevern beskrives i tabell 10.1. Datagrunnlaget det enkelte rapporteringsår er de institusjonene som leverte data av tilfredsstillende kvalitet og består følgelig av forskjellige institusjoner hvert år. Tallene er dermed ikke direkte sammenlignbare mellom årene fordi de påvirkes av hvilke institusjoner som inkluderes og ekskluderes hvert år. Tilfredsstillende datakvalitet defineres som for øvrige utvalg, men i tillegg ekskluderes institusjoner med mer enn 20 prosent mangelfull registrering i rapportering av tilleggskriterium. Dersom det er store forskjeller mellom institusjonene med hensyn til egenskaper og sykkelighet hos tvangsinnlagte pasienter eller i behandlernes vurdering av slike forhold vil det være usikkert om utvalg det enkelte år gir et godt bilde av fordelingen på nasjonalt nivå. I så fall vil fremstillingen heller ikke være egnet til å si noe om utvikling i fordeling mellom tilleggskriterium for tvungent psykisk helsevern i perioden. Utvalgenes kompletthet er kraftig forbedret i løpet av perioden fra 19 prosent av aktiviteten i 2001 til 60 prosent og mer enn tre ganger så mange institusjoner i 2006.

Beskrivelse av Utvalg 5

Utvalg 5 benyttes i analyser som gjelder omgjøring av vedtak. Tidligere rapport gir en fremstilling av dette for perioden 2001 til 2003, se Bjørngaard og Hatling (2005), og i denne rapporten presenteres derfor tall for 2003 til 2006. Utvalget består av sykehus med godkjent datakvalitet for 2003, 2005 og 2006 og er dermed egnet til å si noe om endring i omgjøringsandel i perioden. I alt 11 sykehus tilfredsstiller utvalgskriteriene.

6.4 Metode

Data analyseres ved krysstabeller, korrelasjonsanalyser og binomisk logistiske regresjonsmodeller. Forskjeller som vises i krysstabellene er ikke signifikanstestet. Det er grunn til å anta at sannsynligheten for tvangsinnleggelse henger sammen med hvilken

institusjon pasienten blir innlagt på, og analyseenhetenes verdier er derfor ikke uavhengige av hverandre. Det betyr at en av forutsetningene ved vanlig signifikanstesting er brutt. Derimot testes signifikans ved bruk av regresjonsanalyse der standardfeilestimatene er korrigert for eventuelle klyngeeffekter ved institusjonstilknytning. Det er da mulig å feste lit til signifikanstestene.

6.4.1 Analyser som gjelder endring i omfang av tvangsinnleggelse

Fordi datakvaliteten er variabel i perioden som observeres, er det ikke mulig å si noe eksakt om antall eller andel vedtak om innleggelse til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern eller om andel eller antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern. Det er store forskjeller mellom institusjoner i omfang av tvungent psykisk helsevern og tvungen undersøkelse. Fordi vi ikke har komplette data fra alle institusjoner alle år, men for hvert år velger ut institusjoner med data av godkjent kvalitet, vil totalt omfang av tvang og frivillighet, beregnet for hvert år, avhenge av hvilke institusjoner som inkluderes og ekskluderes.

For å studere endring må vi sikre sammenlignbare utvalg. Vi har gjort dette ved å inkludere de samme institusjonene ved beregning av omfang av tvang for både 2001 og 2006 siden forskjellene er betydelig institusjonene imellom. Av de 57 institusjonene som har levert data av godkjent kvalitet minst ett av årene i perioden 2001-2006, var det bare 17 institusjoner som leverte godkjente data for både 2001 og 2006. Dette utvalget antas å være for lite til å gi et robust bilde av endring i omfang av tvang i perioden. For på en mer robust måte å belyse hvorvidt omfanget er endret benyttes derfor to ulike typer estimeringsmetoder:

- (1) Endring i andeler fra 2001 til 2006 beregnes for et utvalg institusjoner bestående av institusjoner med godkjent datakvalitet begge disse år og av institusjoner som har levert data av god kvalitet i 2002 og/ eller 2005 ved å estimere tall for 2001 og/ eller 2006 (jf. utvalg 3).
- (2) Andel og antall vedtak om innleggelse til tvungent psykisk helsevern og tvungen undersøkelse totalt estimeres innenfor et intervall for hvert år. Dette er, for hvert år, gjort med utgangspunkt i utvalget av institusjoner som leverte data av godkjent kvalitet. *Totalt* antall innleggelse til institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse er alle år estimert med utgangspunkt i kompletthetstall gjengitt i tabell 6.2. Dersom institusjonene med tilstrekkelig gode data dekker eksempelvis 50 prosent av oppholds døgnene, antar vi at observert antall innleggelse i årets utvalg også representerer 50 prosent av innleggelsene. For estimert andel innleggelse med mangelfull rapportering antas videre tre typer fordeling mellom de ulike spesialistvedtakene.
 - i) Høyt estimat: Overfører gjennomsnittlig marginalfordeling for de fem institusjonene i utvalget med laveste andel vedtak om frivillighet det enkelte år.
 - ii) Lavt estimat: Overfører gjennomsnittlig marginalfordeling for de fem institusjonene i utvalget med høyeste andel vedtak om frivillighet det enkelte år.
 - iii) Observert/gjennomsnittlig estimat: Overfører gjennomsnittlig marginalfordeling for alle institusjoner i utvalget det enkelte år.

Dette gir et trepunktsestimat for totalt omfang av vedtak om tvungent psykisk helsevern og tvungen undersøkelse. Dersom institusjonene som ikke leverer data av godkjent kvalitet, i gjennomsnitt, ikke har høyere eller lavere andel vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse enn de fem observerte

institusjonene med henholdsvis laveste og høyeste andel frivillige innleggelse, vil faktisk andel vedtak om tvungent psykisk helsevern og tvungen observasjon ligge innenfor det estimerte intervallet.

De estimerte intervallenes bredde vil avhenge av flere faktorer, men først og fremst av hvor stor andel av innleggelsene vi estimerer data for (jfr. tabell 6.2). Intervallet blir smalere, og estimatet mer presist, når datakomplektheten øker. I tillegg vil estimatets bredde avhenge av hvilke institusjoner som har levert data og gjennomsnittlig¹⁰ maksimalt og minimalt nivå av frivillighet blant de fem med henholdsvis mest og minst frivillighet. Intervallets bredde er større hvis forskjellen mellom institusjoner med mest og minst frivillighet er stor. Se vedlegg 4 for en oversikt over hvilke institusjoner som benyttes for å beregne fordeling mellom ulike typer spesialistvedtak det enkelte år.

I våre beregninger av antall er marginalfordeling av vedtak for fem institusjoner med mest/minst frivillighet overført. Dette betyr at fordelingen mellom tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern varierer. Institusjoner med mest frivillighet har ikke nødvendigvis minst av begge tvangsformaliteter, men eksempelvis minst tvungen undersøkelse og middels tvungent psykisk helsevern. Ved beregninger av antall ga dette som utslag at høy/lavt estimat var lavere/høyere enn observert verdi noen år. I analyse av antall har vi derfor kun gitt sumtall for begge tvangsformaliteter.

6.4.2 Logistiske regresjonsanalyser

Vi har benyttet binomisk logistisk regresjon i analysen av utviklingen i sannsynlighet for tvang og frivillighet i perioden 2001-2006 og for å identifisere faktorer av signifikant betydning for sannsynlighet for innleggelse til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern.

Spesialistvedtak har mer enn to mulige utfall, men fordeler seg i hovedsak mellom frivillig innleggelse, tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern. I de logistiske analysene av omfang av tvang ser vi derfor på disse typene vedtak. Dette gjøres i to trinn:

- (1) Analyse av relativ endring i risiko for innleggelse under tvang versus innleggelse med andre typer vedtak (ikke tvang).
- (2) Analyse av relativ endring i risiko for innleggelse til tvungent psykisk helsevern versus innleggelse til tvungen undersøkelse, gitt at pasienten er tvangsinnlagt.

Første analyse ser på risiko for tvang snarere enn for andre typer vedtak. Tvang er da definert som tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse. "Ikke tvang" omfatter øvrige typer vedtak, i all hovedsak frivillige innleggelse. I analyse 2 studeres risikoen for tvungent psykisk helsevern mot risikoen for tvungen undersøkelse, gitt at pasienten er tvangsinnlagt. Analysegrunnlaget er altså redusert til å gjelde pasienter innlagt til tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse. Standardfeilestimatene er korrigert for eventuelle klyngeeffekter ved institusjonstilknytning i begge modellene.

Effektene av forklaringsvariablene presenteres som odds ratio. Når odds ratio er lik 1, er det ingen effekt av den uavhengige variabelen. Anta en dikotom avhengig variabel Y og en odds ratio som overstiger 1. Odds ratio uttrykker da hvor mye høyere risikoen er for at Y skal

¹⁰ Gjennomsnittet er vektet i forhold til antall innleggelse. Det vil si at fordeling av spesialistvedtak ved institusjoner med flere innleggelse tillegges mer vekt ved beregning av fordeling av spesialistvedtak for det estimerte antall innleggelse uten rapportering enn fordeling av spesialistvedtak ved institusjoner med færre innleggelse.

være 1 snarere enn 0 i én gruppe sammenlignet med i en annen. Omvendt vil odds ratio mindre enn 1 gi et mål på hvor mye lavere dette forholdet i risiko er i den ene gruppen sammenlignet med den andre.

Oftest presenteres koeffisientenes t-verdi i en regresjonsanalyse. I denne rapporten benyttes imidlertid koeffisientenes z-verdi som mål på signifikans. Forskjellen mellom disse målene består i at det ved beregning av z-verdi ikke forutsettes t-fordeling men normalfordeling, med kritisk verdi for fem prosents signifikansnivå lik 1,96.

6.4.2.1 Avhengige variabler

Avhengig variabel i en binomisk logistisk modell må kategoriseres i to grupper. Ved rapportering til NPR skiller det mellom ulike typer lovhjemler ved vedtak om innleggelse til døgninstitusjon. De hyppigst forekommende er frivillig innleggelse, tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern. I analyse 1 defineres alle vedtak som "tvang" eller "ikke tvang", der den første gruppen inkluderer alle vedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern, mens frivillige og andre typer innleggelse defineres som "ikke tvang". Avhengig variabel er definert som sannsynligheten for "tvang" relativt til sannsynligheten for "ikke tvang".

I analyse 2 inkluderes bare innleggelse til tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse. Den avhengige variabelen er da risikoen for tvungent psykisk helsevern relativt til sannsynligheten for tvungen undersøkelse, gitt vedtak om tvangsinnleggelse.

Tabellene 6.4 og 6.5 gir en oversikt over de avhengige variablene som benyttes i de logistiske regresjonsanalysene.

Tabell 6.4 Fordeling mellom tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse (tvang) og andre spesialistvedtak (ikke tvang) i prosentandeler. 2001-2006.

År	2001	2002	2003	2005	2006	Sum
Tvang	29,3	28,2	23,0	26,0	22,4	25,4
Ikke tvang	69,5	70,8	75,0	72,6	73,9	72,7
Ikke registrert	1,2	1,0	1,6	1,4	3,2	1,9
SUM	100	100	100	100	100	100
N	10 427	14 996	15 231	18 215	23 027	81 906

Datakilde: NPR

Tabell 6.5 Antall vedtak om tvungent psykisk helsevern og tvungen undersøkelse. 2001-2006.

År	2001	2002	2003	2005	2006	Sum
Tvungent psykisk helsevern	40,4	41,9	43,4	45,3	45,2	43,3
Tvungen undersøkelse	59,6	58,1	56,6	54,7	56,7	56,7
SUM	100	100	100	100	100	100
N	3 055	4 226	3 507	4 734	5 164	20 786

Datakilde: NPR

6.4.2.2 Uavhengige variabler

Rapporten søker å belyse årsaker til variasjon i omfang av tvang mellom institusjonene og endring i omfang av tvang i perioden 2001-2006. I de logistiske analysemodellene inkluderes derfor pasientkarakteristika og dummyvariabler for år som forklaringsvariabler. Modellene kontrollerer også for type innleggelse (elektiv eller øyeblikkelig hjelp), institusjonstype (sykehus eller DPS) og for systematisk variasjon mellom institusjoner som har levert data av godkjent kvalitet for alle versus noen år i perioden 2001-2006 (jf. utvalg 1 og 2).

Man kan tenke seg at egenskaper ved pasientene er av betydning for sannsynligheten for ulike typer vedtak. Institusjoner med høye andeler av bestemte pasientgrupper kan dermed forventes å benytte tvang i større omfang. Dette er begrunnelsen for å kontrollere for pasientegenskaper i analysene. Pasientkarakteristika som inkluderes er kjønn, aldersgruppe og diagnose (Bjørngaard og Heggstad, 2001). Tabellene 6.6 til 6.8 gir en oversikt over fordeling av pasienter med ulike egenskaper etter vedtak.

Tabell 6.9 gir oversikt over type innleggelse. Denne viser betydelig høyere andel elektive innleggelser til tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon i 2003 enn øvrige år. Det er uvisst om dette gjenspeiler en reell forskjell eller om årsaken er avvik i registreringspraksis for innleggelsesmåte dette året. Variasjonen må antas å kunne påvirke analyseresultatene. Dersom variasjonen ikke er reell vil derfor heller ikke analyseresultatene være reelle. Det er testet for effekten av variasjon i variabelen ved å ekskludere 2003-materialet fra analysen, uten at dette har endret resultatene substansielt.

2001 benyttes som referansekategori for dummyvariablene for år. Estimaten for disse variablene sier noe om endring i risiko for tvungent psykisk helsevern i perioden 2001-2006, gitt inkluderte pasientkarakteristika, sammensetning av institusjonstyper, type innleggelse og institusjonenes datakvalitet.

Tabell 6.6 Prosentandel menn og kvinner. Etter vedtak ved innskriving. 2001-2006.

	Kjønn	Alle år	2001	2002	2003	2005	2006
Tvang	Menn	50,6	49,5	49,4	52,8	51,2	50,4
	Kvinner	49,4	50,5	50,6	47,2	48,8	49,6
	SUM	100	100	100	100	100	100
Ikke tvang	Menn	44,1	44	44,2	44,6	43,9	43,8
	Kvinner	55,9	56	55,8	55,4	56,1	56,2
	SUM	100	100	100	100	100	100

Datakilde: NPR

Tabell 6.7 Prosentandel i hver aldersgruppe. Etter vedtak ved innskriving. 2001-2006.

		Alle år	2001	2002	2003	2005	2006
Tvang	15-29 år	26,4	26,5	25,5	26,7	25,7	27,6
	30-39 år	23,9	24,3	23,5	24,5	25,3	22,5
	40-49 år	21,3	21,6	21,9	20,6	20,6	21,6
	50-59 år	13,6	12,7	13,9	13,6	14,4	13,0
	60 år og eldre	13,7	14,6	15,0	8,2	14,0	15,3
	Ikke registrert	1,2	0,3	0,2	6,4	0,0	0,0
	SUM		100	100	100	100	100

		Alle år	2001	2002	2003	2005	2006
Ikke tvang	15-29 år	24,1	22,4	23,3	24,9	25,4	23,9
	30-39 år	23,6	25,7	25,4	24,6	22,9	21,6
	40-49 år	21,8	22,0	21,2	22,3	21,5	22,0
	50-59 år	14,4	14,3	13,6	14,1	14,3	15,2
	60 år og eldre	14,8	15,4	16,3	8,3	15,8	17,2
	Ikke registrert	1,3	0,2	0,3	5,9	0,1	0,1
	SUM	100	100	100	100	100	100

Datkilde: NPR

Tabell 6.8 Prosentandel innleggelser i hver diagnosegruppe ved utskriving. Etter vedtak ved innskriving. 2001-2006.

	Diagnose	Alle år	2001	2002	2003	2005	2006
Tvang	Organiske lidelser	4,2	3,9	3,8	4,3	4,1	4,9
	Stoffrelaterte lidelser	11	8,6	11	12,5	12,1	10,4
	Schizofreni spektrum lidelser	31,1	25,8	31,3	30,5	33	32,6
	Affektive lidelser	17,7	17,9	18,4	18,7	16,8	17,2
	Nevrotiske lidelser	4,3	4	4,4	4,2	4,3	4,7
	Fysiske atferdssyndromer	0,3	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4
	Personlighetsforstyrrelser	5	5,4	5,5	4,1	4,8	5,3
	Andre diagnoser	6,8	6,9	8,3	6,3	6,7	5,9
	Mangler diagnose	19,5	27,3	17	19,2	18	18,5
	SUM	100	100	100	100	100	100
Ikke tvang	Organiske lidelser	2,4	2,4	2,6	2,3	2,1	2,4
	Stoffrelaterte lidelser	10,4	7,3	9,6	9,6	11,1	12,1
	Schizofreni spektrum lidelser	15,1	16,4	14,8	15,2	14,8	14,8
	Affektive lidelser	28,5	28,1	29,3	28,5	28,3	28,4
	Nevrotiske lidelser	11,4	10	10,3	11,3	11,9	12,4
	Fysiske atferdssyndromer	0,9	0,7	0,7	0,7	1,1	1
	Personlighetsforstyrrelser	8,7	9,4	9,1	8,8	8,2	8,4
	Andre diagnoser	6,1	3,2	6	6,5	7,4	5,6
	Mangler diagnose	16,7	21,4	17,7	17,1	15,1	14,9
	SUM	100	100	100	100	100	100

Datkilde: NPR

Tabell 6.9 Fordeling mellom elektiv innleggelse og innleggelse for øyeblikkelig hjelp i prosentandeler. Etter vedtak ved innskriving. 2001-2006.

Spesialistvedtak	Innleggelsesmåte	Alle år	2001	2002	2003	2005	2006
Tvang	Elektiv	12,3	3,9	9,4	30,3	12,4	7,4
	Øyeblikkelig hjelp	86,3	86,4	90,6	69,7	87,6	92,6
	Ikke registrert	1,4	9,8	0	0	0	0
	SUM	100	100	100	100	100	100
Ikke tvang	Elektiv	36,2	25,6	39,2	41,5	35,9	35,4
	Øyeblikkelig hjelp	63	67,7	60,8	58,4	64,1	64,6
	Ikke registrert	0,8	6,7	0	0,1	0	0
	SUM	100	100	100	100	100	100

Datakilde: NPR

Det må antas at sannsynlighet for vedtak om innleggelse til tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse avhenger av en rekke faktorer. Når man skal utføre en regresjonsanalyse, må man imidlertid forholde seg til begrensninger i tilgang til datamateriale, og oftest vil ikke alle relevante faktorer kunne inkluderes i en analyse. Dette gjelder også for de analysene som presenteres her. Dersom en variabel utelates fra analysemodellen til tross for at den inngår i den sanne populasjonsmodellen, er modellen underspesifisert. Dette vil gi skjevhet i estimatene dersom de utelatte variablene er korrelert med inkluderte forklaringsvariabler.

6.4.3 Deskriptive analyser av forskjeller mellom institusjoner

Ett av målene for denne rapporten var å forklare variasjon i andelen tvangsinnleggelse ved norske psykiatriske sykehus. Dette kan belyses ved å se på hvordan endring i andel tvang ved den enkelte institusjon følger endring i faktorer som antas å påvirke omfanget av tvang. Dette har vist seg å være problematisk, først og fremst på grunn av manglende kompletthet i pasientdata. 15 institusjoner, hvorav bare ni sykehus, leverte data av god kvalitet for hele perioden. Videre har det skjedd til dels store organisatoriske endringer i institusjonsstrukturen. Dette er det delvis korrigert for gjennom bruk av sammenslåtte institusjoner (se kapittel 6.2), men det antas at endringene er mer omfattende enn det vi har vært i stand til å identifisere slik at institusjonene ikke nødvendigvis er sammenlignbare over tid.

Ressurser og kapasitet i 1. linjen, på sykehusene og i spesialisthelsetjenesten for øvrig antas å kunne forklare variasjon i andelen tvangsinnleggelse ved sykehusene. Ressurser må imidlertid kunne relateres til sykehusenes opptaksområde og pasientgrunnlag for å kunne si noe om kapasitet i tjenestene. Også opptaksområdene har endret seg betydelig i perioden 2001 – 2006. Å identifisere pasientgrunnlag for hvert år ville være en svært tidkrevende oppgave, og analysemulighetene med endringstall har vært begrenset grunnet datakvalitet. Vi har derfor prioritert å tilrettelegge analysegrunnlaget med hensyn til ressurser og kapasitet i 1. linjen, på sykehusene og i spesialisthelsetjenesten for 2006, hvor vi har et langt større antall institusjoner med godkjente pasientdata.

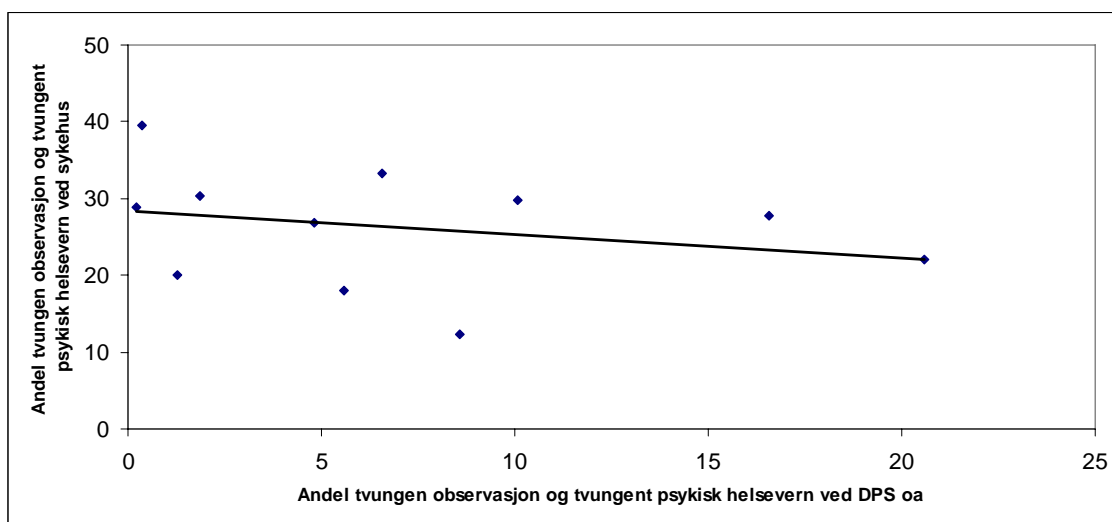
I de logistiske analysene studeres hvorvidt pasientegenskaper påvirker sannsynlighet for tvangsinnleggelse. Dersom pasientegenskaper har signifikant betydning for sannsynlighet for tvangsinnleggelse vil forskjeller i pasientsammensetning mellom institusjonene kunne gi forskjeller i omfang av tvang. For ytterligere å kunne forklare forskjeller mellom institusjonene i omfang av tvungent psykisk helsevern presenteres korrelasjonsplott som

viser sammenhengen mellom *andel* tvang ved henvisning eller vedtak og indikatorer for kapasitet og ressursituasjonen i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Grunnet datakvalitet i perioden 2001-2006, som beskrevet over, er analysene begrenset til å gjelde innleggelse til sykehus i 2006. Sykehusområde benyttes som analyseenhet: Hvert sykehus leverer tjenester til DPS-områder med ansvar for definerte kommuner. I denne rapporten brukes sykehusområde som begrep for sykehus med underliggende DPS-områder og kommuner. Det er ett sykehus i de fleste sykehusområdene, men i noen områder har det ikke vært mulig å skille de enkelte sykehusenes opptaksområder. For disse beregnes gjennomsnittstall. En oversikt over områdene med tilhørende opptakskommuner er gitt i vedlegg 5. Oppsettet er laget med utgangspunkt i oversikt gitt i PV1 på www.samdata.no. Omfang av tvang beregnes også som *rater* per 10 000 innbygger for å sikre at eventuelle forskjeller i andel ikke skyldes forskjellig størrelse på pasientgrunnet relativt til det totale antallet innleggelse i området. Det tas ikke hensyn til omfang av gjestepasienter ved kobling mot data på kommunenivå og rateberegninger.

Også ressursindikatorene beregnes som rater per 10 000 innbygger i sykehusets opptaksområde. Dette gjelder årsverk i det psykiske helsevernet i kommunene som er finansiert av øremerkede midler, årsverk i det psykiske helsevernet for voksne, tilknyttet sykehusene (totalt og årsverk til leger og psykologer), døgnplasser ved sykehusene og polikliniske årsverk i det psykiske helsevernet for voksne totalt ved institusjoner i sykehusets opptaksområde. Tall for spesialisthelsetjenesten er innhentet, tilrettelagt og kontrollert i forbindelse med SAMDATA (2006).

Analysene er – med unntak av betydningen av årsverk i det psykiske helsevernet i kommunene finansiert av øremerkede midler – også gjort i forhold til antall innbyggere over 18 år, uten at dette forandrer resultatene. Disse framstilles derfor ikke.

Innleggelse til institusjoner utenfor sykehusene tas ikke inn i analysene fordi mange sykehusområder ikke har komplette data for slike institusjoner. En slik begrensning vil ikke gi et godt bilde av det totale omfanget av tvang dersom sykehusområdene har forskjellig funksjonsdeling mellom sykehus og DPS-er ved at områder med lave andeler tvang ved sykehusene systematisk har en høyere andel tvang ved DPS'ene og motsatt. Figur 6.1 viser korrelasjon mellom andel innleggelse til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern ved henholdsvis sykehus og DPS og andre institusjoner i sykehusområdene.



Figur 6.1 Andel vedtak om tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern ved innleggelse til henholdsvis sykehus og DPS oa institusjoner. Corr = -0,3. Etter sykehusområde. 2006.

Datagrunnlaget for DPS'ene er dårlig for mange sykehusområder, men figuren viser svak negativ korrelasjon mellom tvangsandel ved ulike institusjonstyper. Hoveddelen av tvangsinnleggelsene skjer til sykehus, og fordi den negative sammenhengen som fremkommer er beskjedent antas tvang målt som andel eller antall ved sykehusene likevel å være en god tilnærming til omfanget av tvang i sykehusområdene.

For sykehusene mangler vi data av tilstrekkelig god kvalitet for åtte enheter i 2006. Fremstillingen vil derfor ikke favne alle sykehus og kommuner. For sykehus som leverte data av godkjent kvalitet i 2005 men ikke i 2006 er tall for 2006 estimert jf. utvalg 3 (se over). Dette gjelder tre sykehus¹¹.

Denne typen fremstilling viser en assosiasjon mellom to variabler som i til dels stor grad kan være påvirket av konfunderende faktorer. Vi har derfor lagt vekt på at dette er deskriptive sammenhenger, og vi har heller ikke benyttet statistiske tester for å se på resultatenes generaliserbarhet. Fremstillingen er gjort med utgangspunkt i hypotesen om en sammenheng mellom andelen tvangsinnleggelse og ressursituasjonen ved institusjonene og i kommunehelsetjenesten. Eventuelle sammenhenger som fremkommer kan imidlertid ikke uten videre forstås som kausale sammenhenger mellom x (ressurser) og y (andel tvang), men kan også skyldes forskjeller mellom sykehusområdene for eksempel mht. egenskaper ved pasientene. Resultatene fra disse analysene må derfor forstås som indikasjoner på sammenhenger det vil være nødvendig å analysere grundigere ved bedre datakvalitet.

¹¹ De fleste sykehus har et eget avgrenset opptaksområde. For sykehus med felles opptaksområde beregnes gjennomsnittlig andel tvang ved henvisning. Det forutsettes da at alle sykehus i området har levert data av godkjent kvalitet. Olaviken alderspsykiatriske sykehus deler opptaksområde med Haukeland universitetssykehus. Institusjonen leverte ikke godkjente tall verken for 2005 eller for 2006. Estimering av antall innleggelse med fordeling av spesialistvedtak er derfor ikke mulig innenfor valgte kriterier. Fordi tall fra 2003 viser at det skjer svært få innleggelse fra eget bosted til denne institusjonen (39 i 2003) inkluderes Bergen likevel som eget sykehusområde i analysene, representert ved Haukeland universitetssykehus.

7 Omfanget av tvang ved henvisning

I hovedsak vil innleggelse til spesialisttjenesten skje i form av en henvisning fra en lege i førstelinjetjenesten. For at tvungent psykisk helsevern skal tre i kraft må det foreligge en legeerklæring og begjæring hvor det er angitt om oppholdet skal være tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern (se gjennomgang av lovverk i kapittel 1.2). Fordi det også åpnes for å henvise til både tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern samtidig, er disse her slått sammen.

Vi skal nå se på henvisningsformalitet for innleggelser fra eget bosted til institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser i perioden 2001 til 2006. Vi skiller mellom innleggelser til sykehus og til andre institusjonstyper (hovedsak distriktpspsykiatriske tilbud).

Det gjøres oppmerksom på at vi i dette kapitlet anvender utvalg 3 (jfr. kapittel 6.3), som omfatter om lag 2/3 av all aktivitet ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern (jfr. tabell 6.3).

Tabell 7.1 viser omfanget av innleggelser fra eget bosted, henvist hhv frivillig og under tvang, for de institusjoner som har levert godkjente data for både 2001 og 2006. For å få større robusthet i anslaget har vi også estimert nivået for de samme år for institusjoner uten godkjente data disse år dersom de har levert godkjente data for 2002 eller 2005 (utvalg 3 - jfr. kapittel 6.3).

Tabell 7.1 Antall innleggelser etter henvisningsformalitet. 2001 og 2006. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Utvalg 3.

	2001		2006		Endring	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	7 688	64	11 888	64	4 200	55
Tvang	4 278	36	6 499	35	2 221	52
Annet	27	0	64	0	38	142
Sum	11 992		18 451		6 459	54
Mangler registrering	349		447			

Datakilde: NPR

Noe over hver tredje innleggelse ble i 2006 henvist til tvang. Det framgår av tabellen at det har vært en økning i antallet innleggelser med om lag 50 prosent fra 2001 til 2006. Det har i perioden ikke vært noen endring i andel henvist til tvang, mens antall pasienter henvist til tvang har økt med ca. 50 prosent.

I tabell 7.2 framstilles utviklingen for sykehus.

Tabell 7.2 Antall innleggelser etter henvisningsformalitet. 2001 og 2006. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved sykehus godkjent for tvangsinnleggelser. Utvalg 3.

	2001		2006		Endring	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	6 317	60	9 453	60	3 136	50
Tvang	4 210	40	6 203	39	1 993	47
Annet	26	0	64	0	39	151
Sum	10 553		15 721		5 168	49
Mangler registrering	282		371			

Datkilde: NPR

39 prosent av henvisningene til sykehus skjedde i 2006 med tvang. Hovedandelen av innleggelser skjer i sykehus, og denne institusjonskategorien har dermed grovt sett samme utvikling som for institusjoner samlet. Det har vært en økning i antallet innleggelser med ca 50 prosent, uten at det har skjedd noen endring i andel henvist til tvang. Derimot har det vært en økning i antall pasienter henvist til tvang på 47 prosent.

I tabell 7.3 vises utviklingen for DPS og andre døgninstitusjoner utenom sykehus.

Tabell 7.3 Antall innleggelser etter henvisningsformalitet. 2001 og 2006. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved DPS og andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Utvalg 3.

	2001		2006		Endring	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	1 371	95	2 434	89	1 064	78
Tvang	68	5	296	11	228	336
Annet	1	0	0	0	-1	-100
Sum	1 439		2 730		1 291	90
Mangler registrering	67		76			

Datkilde: NPR

Om lag hver tiende henvisning til DPS skjedde i 2006 med tvang, en økning fra fem prosent i 2001. For denne institusjonsgruppen har det vært nesten en fordobling i antall innleggelser (90 prosent). Det har i samme tidsrom vært mer enn en firedobling i antall pasienter henvist til tvungen psykisk helsevern/tvungen undersøkelse.

7.1 Oppsummering

Basert på et utvalg institusjoner som dekker 2/3 av aktiviteten ved institusjoner godkjent for tvungen psykisk helsevern, med rapporterte eller estimerte tall for 2001 og 2006, viser analysene at det har vært en 54 prosent økning i antall innleggelser mellom 2001 og 2006. Andelen henvisninger til tvang har vært stabilt, både for alle institusjoner samlet (ca. 35 prosent) og for sykehus (ca 39 prosent), mens det har vært en dobling for institusjoner utenfor sykehus (11 prosent i 2006). Antallet henvist til tvang har økt med om lag 50 prosent for alle institusjoner (ca 6500 i 2006) og sykehus (6200 i 2006), og økt med 336 prosent i institusjoner utenfor sykehus (ca 300 i 2006).

8 Omgjøring av vedtak

Ved henvisning til tvungent psykisk helsevern, skal det i løpet av 24 timer etter innleggelsestidspunktet, fattes et vedtak av faglig ansvarlig spesialist. Spesialisten kan ikke omgjøre en frivillig henvisning til tvang (§2-3)¹². Hvis pasienten er henvist til tvungent psykisk helsevern, står spesialisten fritt i å vurdere videre formalitet. Er pasienten kun henvist til tvungen undersøkelse, krever vedtak om tvungent psykisk helsevern at spesialisten mottar en ny begjæring som omfatter dette fra ansvarlig tutormyndighet¹³.

I dette kapitlet viser vi hvilke vedtak som ble fattet for de som ble henvist til tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern. For å kunne analysere omgjøring av vedtak kreves informasjon på pasientnivå, og utvalg 3, hvor vi har estimerte institusjonstall for om lag halvparten av institusjonene, kan følgelig ikke benyttes. Som en alternativ tilnærming presenteres fordeling av vedtak for pasienter henvist til tvungen undersøkelse og/ eller tvungent psykisk helsevern ved institusjonene som det enkelte år hadde data av tilstrekkelig god kvalitet (jfr. tabell 6.2). I tillegg presenteres utviklingstall for 11 sykehus for perioden 2003 – 2006.

Som vi var inne på i forrige kapittel er det uklart om pasienten er henvist kun til tvungen undersøkelse, tvungent psykisk helsevern eller om begge disse er angitt i begjæringen. Vi har derfor slått sammen henvisningene til tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern.

Tabell 8.1 viser vedtaket for de som ble tvangshenvist i 2001 til 2006 (ikke 2004) for de institusjonene som leverte akseptable pasientdata det enkelte observasjonsår. Her inngår bare innleggelser med registrert henvisningsformalitet lik tvang, og vi studerer fordeling av spesialistvedtak for innleggelser med henvisning om tvungen undersøkelse og/ eller tvungent psykisk helsevern. Fordi utvalget varierer fra år til år med hensyn til hvilke og hvor mange institusjoner som inngår, vil ikke antall omgjøringsvedtak kunne sammenlignes mellom år. Variasjon i andel kan skyldes at ulike institusjoner inngår det enkelte år.

¹² Etter lovendring gjeldende fra 01.01.2007 kan vedtak unntaksvis omgjøres fra frivillig til tvang.

¹³ I og med at tutorkravet er falt bort med siste lovrevisjon vil dette fra 01.01.2007 gjelde legeundersøkelsens vurdering.

Tabell 8.1 Spesialistvedtak for innleggelser henvist for tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern. Innleggelser henvist ved tvang 2001-2006. Gjelder alle institusjoner godkjent det enkelte år. Absolutte tall og prosent.

	2001		2002		2003		2005		2006	
	Antall	Pst.	Antall	Pst.	Antall	Pst.	Antall	Pst.	Antall	Pst.
Frivillig	414	11	738	15	1 071	23	1 584	25	1 704	24
Tvungen undersøkelse	1 964	54	2 460	49	1 979	43	2 590	41	2 938	42
Tvungent psykisk helsevern	1 250	34	1 775	36	1 516	33	2 143	34	2 301	33
Annet	7	0	8	0	9	0	9	0	15	0
Sum	3 635	100	4 981	100	4 575	100	6 326	100	6 958	100
Mangler registrering	35		49		170		123		283	

Datakilde: NPR

For institusjonene samlet ble i 2006 hver fjerde henvisning til tvang omgjort til frivillig innleggelse av spesialisten. Dette er mer enn en fordobling fra 2001. Selv om spesialisthelsetjenesten vurderer at grunnlaget for tvangsinnleggelse ikke er til stede, innebærer dette at et betydelig antall frivillige innleggelser i en kortere periode i realiteten er en tvangsinnleggelse (jfr. 24-timers regelen). De fleste som henvises til tvungen undersøkelse/tvungent psykisk helsevern innlegges til tvungen undersøkelse, og dette har vært tilfelle gjennom hele perioden. Mens dette gjaldt 54 prosent av innleggelsene i 2001, var dette i 2006 redusert med om lag 12 prosentpoeng. Grovt sett hver tredje pasient henvist til tvungen undersøkelse/tvungent psykisk helsevern legges inn til tvungent psykisk helsevern, og denne prosentandelen har vært tilnærmet lik gjennom hele perioden.

Som det framgår av tabellen er det store forskjeller mellom årene, men variasjonene kan altså skyldes at ulike institusjoner inngår det enkelte år. Den store endringen skjer fra 2001 til 2003, og skyldes særlig praksisendring mht. tvungen undersøkelse ved to institusjoner (jfr. Bjørngaard og Hatling 2005).

I tabell 8.2 framstilles utviklingen for sykehus.

Tabell 8.2 Spesialistvedtak for innleggelser henvist for tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern. Innleggelser henvist ved tvang 2001-2006. Gjelder sykehus godkjent det enkelte år. Absolutte tall og prosent.

	2001		2002		2003		2005		2006	
	Antall	Pst.	Antall	Pst.	Antall	Pst.	Antall	Pst.	Antall	Pst.
Frivillig	414	12	736	15	1 039	24	1 534	26	1 643	25
Tvungen undersøkelse	1 949	55	2 437	50	1 925	44	2 493	42	2 892	44
Tvungent psykisk helsevern	1 190	33	1 665	34	1 395	32	1 861	32	2 026	31
Annet	7	0	8	0	9	0	8	0	13	0
Sum	3 560	100	4 846	100	4 368	100	5 896	100	6 574	100
Mangler registrering	20		47		163		119		271	

Datakilde: NPR

Ettersom det aller meste av henvisninger til tvang skjer til sykehus finner vi for denne institusjonskategorien de samme trekk som for institusjoner totalt.

I tabell 8.3 viser vi utviklingen for døgninstitusjoner utenfor sykehus.

Tabell 8.3 Spesialistvedtak for innleggelser henvist for tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern. Innleggelser henvist ved tvang 2001-2006. Gjelder DPS og andre døgninstitusjoner utenfor sykehus godkjent det enkelte år. Absolutte tall og prosent.

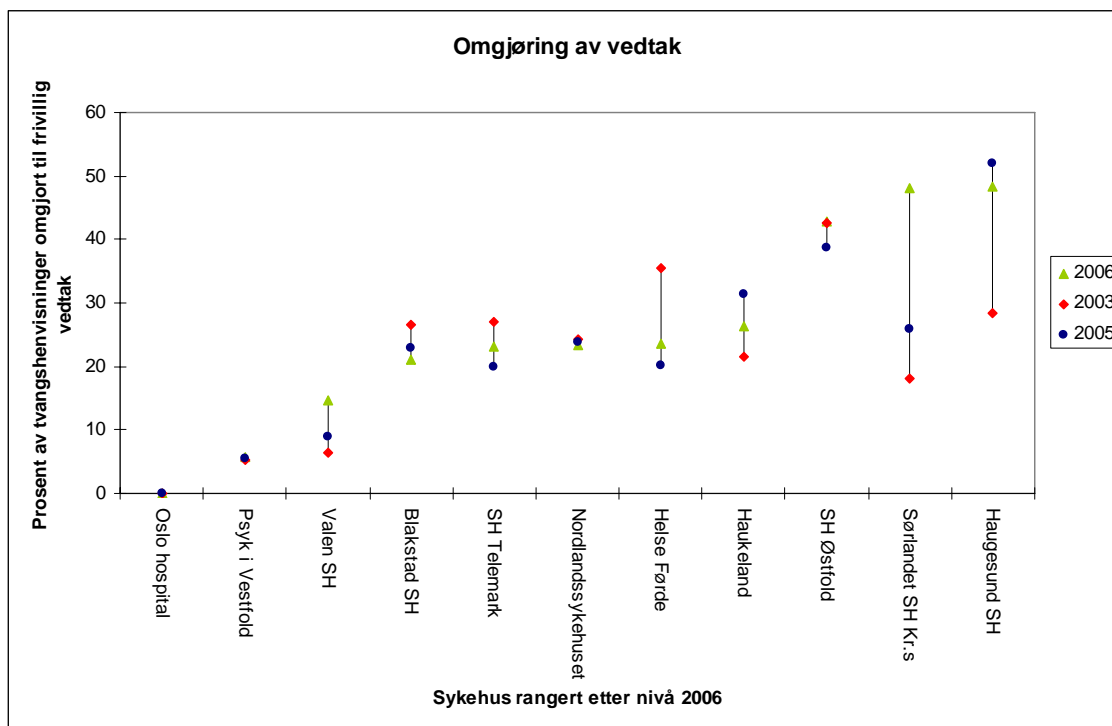
	2001		2002		2003		2005		2006	
	Antall	Pst.	Antall	Pst.	Antall	Pst.	Antall	Pst.	Antall	Pst.
Frivillig	0	0	2	1	32	15	50	12	61	16
Tvungen undersøkelse	15	20	23	17	54	26	97	23	46	12
Tvungent psykisk helsevern	60	80	110	81	121	58	282	66	275	72
Annet	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1
Sum	75	100	135	100	207	100	430	100	384	100
Mangler registrering	15		2		7		4		12	

Datakilde: NPR

Vi viste i tabell 7.3 at det har vært en kraftig økning i antallet henvisninger til tvang i døgninstitusjoner utenfor sykehus. Ved døgninstitusjoner utenfor sykehus som leverte data av tilstrekkelig god kvalitet i 2006 ble 16 prosent av henvisningene til tvungent psykisk helsevern omgjort til et vedtak om frivillig innleggelse, en økning fra 1 prosent i 2002. De fleste henvisninger til tvang i DPS blir videreført som tvungent psykisk helsevern, i 2006 72

prosent. Vi gjør oppmerksom på at det her er visse avvik fra tall oppgitt i 2005-rapporten (Bjørngaard et al., 2005). Dette skyldes at vi i årets rapport har anvendt institusjonsstruktur for 2006 også for de øvrige år.

I figur 8.1 ser vi på utviklingen for sykehus med godkjente pasientdata for alle årene 2003, 2005 og 2006.



Figur 8.1 Prosent tvangshenvisninger omgjort til frivillig vedtak ved 11 sykehus godkjent for tvangsinnleggelses med godkjente pasientdata for alle tre år. Utvalg 5. 2003, 2005 og 2006.

Som for perioden 2001-2003 (Bjørngaard og Hatling 2005) er det, med noen unntak, høyt samsvar i andelen omgjøringer for sykehusene. To institusjoner har forskjeller på godt over 20 prosentpoeng for perioden 2003 - 2006, og for begge institusjoner var det laveste nivået i 2003. Samlet indikerer dette at observert økningen i andel omgjøringsvedtak i perioden 2001 til 2006 delvis kan forklares ved utvikling i enkeltinstitusjoner.

8.1 Oppsummering

For alle institusjoner samlet har det skjedd en tilnærmet fordobling i andel omgjort til frivillig (24 prosent i 2006), og en reduksjon på 12 prosentpoeng i vedtak om tvungen undersøkelse (42 prosent i 2006). Om lag hver tredje henvisning til tvang endte i vedtak om tvungen psykisk helsevern, en andel som har vært stabil gjennom perioden. For sykehus finner vi den samme utviklingen, mens det for institusjoner utenfor sykehus har vært en markant økning i andel omgjort til frivillig (fra 0 prosent i 2001 til 16 prosent i 2006). De fleste som henvises til tvang ved denne institusjonstypen legges inn med tvungen psykisk helsevern (72 prosent i 2006), men med stor variasjon mellom årene, en variasjon vi også finner for tvungen undersøkelse (fra 26 prosent i 2003 til 12 prosent i 2006). Delvis ser den observerte økningen ut til å være drevet av enkeltinstitusjoner.

9 Omfanget av tvang ved spesialistvedtak

I dette kapitlet viser vi hvilket vedtak spesialisten har fattet etter at pasienten er henvist til døgnopphold. Vi har i metodekapitlet dokumentert manglende kompletthet i data. For å komme nærmest mulig et robust anslag over utvikling i omfanget av tvangsinnleggelse, anvender vi i dette kapitlet to tilnæringsmåter. I kapittel 9.1 anvendes opplysninger fra institusjoner med godkjente data for 2001 og 2006. I tillegg inkluderes estimert omfang for 2001 og/eller 2006 for institusjoner med godkjente data for henholdsvis 2002 og 2005 (utvalg 3 - jfr. kapittel 6.3). I kapittel 9.2 har vi beregnet et høyt og lavt estimat for det enkelte år basert på de fem institusjoner med lavest og høyest andel frivillighet (se kapittel 6.4.1 for en beskrivelse av metoden).

9.1 Utviklingen i bruk av tvungent psykisk helsevern mellom 2001 og 2006

Som vist i kapittel 6.3 har vi for utvalg 3 beregnet nivået for 2001 og 2006 for en del institusjoner basert på nivået i 2002/2005. Denne metoden tar ikke høyde for endringer i "paragrafprofil" mellom 2001 og 2002 hhv 2005 og 2006, og dette er dermed en potensiell feilkilde.

I tabell 9.1 presenteres utviklingen for alle institusjoner i utvalg 3 samlet.

Tabell 9.1 Antall innleggelse etter spesialistvedtak. 2001 og 2006. Absolutte tall og prosent av antall innleggelse ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse. Utvalg 3.

	2001		2006		Endring	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	8 295	68	13 696	74	5 401	65
Tvungen undersøkelse	2 233	18	2 618	14	385	17
Tvungent psykisk helsevern	1 485	12	2 098	11	613	41
Annet	186	2	130	1	-55	-30
Sum	12 198		18 542		6 344	52
Mangler registrering	195		386			

Datkilde: NPR

Tabellen viser at det har vært en sterk økning i antallet innleggelse gjennom perioden (52 prosent)¹⁴. Andelen frivillige innleggelse har økt med seks prosentpoeng i perioden, og i 2006 var tre av fire innleggelse frivillig. Det har vært en fire prosentpoengs reduksjon i

¹⁴ I følge tall fra SSB, økte befolkningen med ca 140 000 innbyggere i samme periode. Dette vil kunne forklare en liten andel av økningen i både antall innleggelse og antall innlagt til tvungen undersøkelse/ tvungent psykisk helsevern.

andel innlagt til tvungen undersøkelse (14 prosent i 2006), men samtidig en økning i antallet innlagt med denne formalitet (17 prosent). Som vi viste i Bjørngaard og Hatling (2005) skjedde det en betydelig endring i bruk av tvungen undersøkelse ved to institusjoner mellom 2001 og 2003, som kan bidra til å forklare nedgangen i andel. Vi finner tilnærmet stabilitet i andel innlagt til tvungent psykisk helsevern (11 prosent i 2006), men samtidig en sterk økning i antallet innlagt med denne formalitet (41 prosent).

I tabell 9.2 vises utviklingen for sykehus.

Tabell 9.2 Antall innleggelses etter spesialistvedtak. 2001 og 2006. Absolutte tall og prosent av antall innleggelses ved sykehus godkjent for tvangsinnleggelses. Utvalg 3.

	2001		2006		Endring	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	6 882	64	11 201	71	4 320	63
Tvungen undersøkelse	2 222	21	2 594	16	372	17
Tvungent psykisk helsevern	1 433	13	1 868	12	435	30
Annet	186	2	128	1	-57	-31
Sum	10 722		15 792		5 070	47
Mangler registrering	154		325			

Datakilde: NPR

De fleste innleggelses skjer i sykehus, og vi finner derfor samme utviklingen for denne institusjonstypen særskilt som for alle institusjoner; det har skjedd en økning i andelen frivillig innlagte, en reduksjon i andelen innlagt til tvungen undersøkelse og tilnærmet stabilitet i andelen innlagt til tvungent psykisk helsevern. Vi ser videre at det har vært en sterk økning i antallet innleggelses samlet, og prosentvis har økningen vært sterkest for frivillige innleggelses. Samtidig har det vært en økning i antall innleggelses til tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern på hhv. 17 prosent og 30 prosent.

Tabell 9.3 viser utviklingen for døgninstitusjoner utenfor sykehus.

Tabell 9.3 Antall innleggelses etter spesialistvedtak. 2001 og 2006. Absolutte tall og prosent av antall innleggelses ved døgninstitusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelses. Utvalg 3.

	2001		2006		Endring	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Frivillig	1 413	96	2 494	91	1 081	77
Tvungen undersøkelse	11	1	24	1	13	118
Tvungent psykisk helsevern	52	4	230	8	178	341
Annet	0	0	2	0	2	-
Sum	1 476		2 750		1 274	86
Mangler registrering	41		61			

Datakilde: NPR

Vi finner for døgninstitusjoner utenfor sykehus en annen utvikling enn for sykehus. Også i denne institusjonstypen skjer i all hovedsak innleggelsene frivillig. Samtidig har denne andelen gått ned med fem prosentpoeng til 91 prosent i 2006, mens andelen innlagt til tvungen undersøkelse har vært lav og stabil, og andelen innlagt til tvungent psykisk helsevern har økt med fire prosentpoeng til åtte prosent i 2006. Vi ser at det har vært en kraftig økning i antall innleggelser totalt, og for alle formalitetskategorier, men sterkest for innleggelser til tvungent psykisk helsevern hvor antallet er mer enn firedoblet.

9.1.1 Oppsummering

Vi har i dette delkapitlet analysert utviklingen fra 2001 til 2006 for et utvalg av institusjoner, som totalt omfatter om lag 2/3 av all aktivitet (målt som oppholdsdøgn) ved institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Samlet sett for disse institusjonene har antallet innleggelser økt med 52 prosent, mens antallet innlagt til enten tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern har økt med 27 prosent.

Det har vært en seks prosents økning i andel frivillig innlagt (74 prosent i 2006), en fire prosents reduksjon i andel innlagt til tvungen undersøkelse (14 prosent i 2006) og tilnærmet stabilitet i andel innlagt til tvungent psykisk helsevern (11 prosent i 2006). De to tvangsformalitene utgjorde i 2006 25 prosent, en nedgang fra 30 prosent i 2001. Den samme utviklingen finner vi også for sykehus. For institusjoner utenfor sykehus innlegges mer enn ni av ti frivillig, men andelen er redusert med fem prosentpoeng fra 2001. Andelen innlagt til tvungen undersøkelse har vært stabil (en prosent), mens andelen innlagt til tvungent psykisk helsevern har økt med fire prosentpoeng (åtte prosent i 2006). Som vi redegjorde for i metodekapitlet har vi gjennomgått institusjonsklassifiseringen på nytt for å få sammenlignbare enheter over perioden. Selv om disse observerte endringer delvis kan skyldes dette, indikerer de også at opptrappingsplanens ambisjon om å omdanne DPS til lokalsykehus pågår.

9.2 Utvikling i bruk av tvungen undersøkelse/tvungent psykisk helsevern - 2001-2006 – høyt og lavt anslag

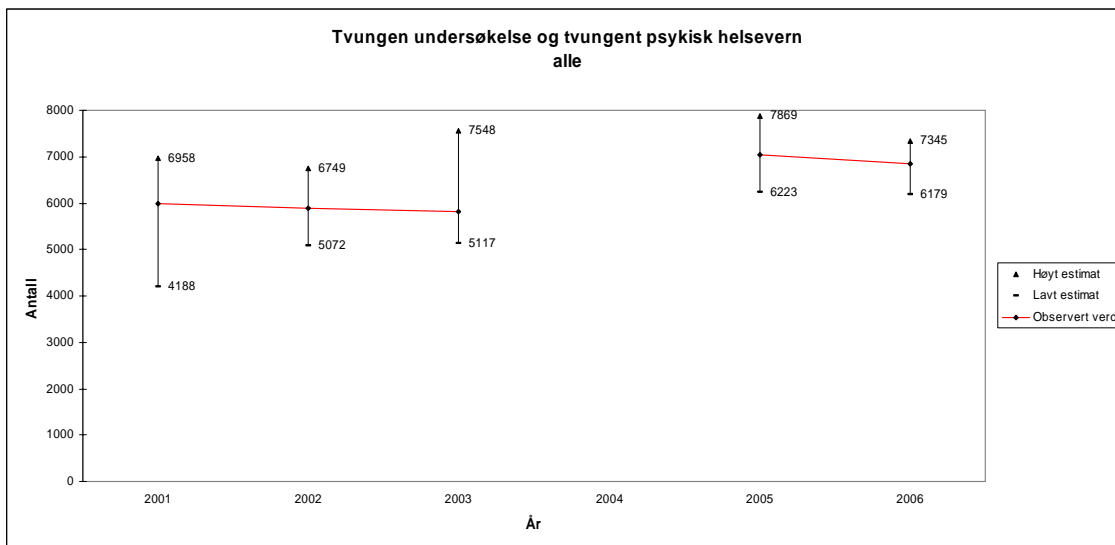
Den manglende kompletthet i data gjør det problematisk å gi et nøyaktig tall på paragrafanvendelse det enkelte år. I dette delkapitlet vil vi derfor presentere et høyt og lavt anslag for tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern for det enkelte år (jfr. kapittel 6.3). Vi gjør oppmerksom på at dette er konservative anslag, som sannsynligvis overestimerer både variasjonsbredden og høyeste/laveste nivå.

I den helsepolitiske debatten omtales både antall og andel tvangsinnleggelser, og vi presenterer først anslag over antall og deretter over andel.

9.2.1 Utvikling i antall

I den helsepolitiske debatten brukes nå tallet 10 000 som et anslag over antallet tvangsinnleggelser årlig. Vi vil i dette avsnittet anslå nivået for perioden 2001 til 2006. Vi viser til kapittel 6.4.1 for en begrunnelse for presentasjon av kun samletall for formalitet.

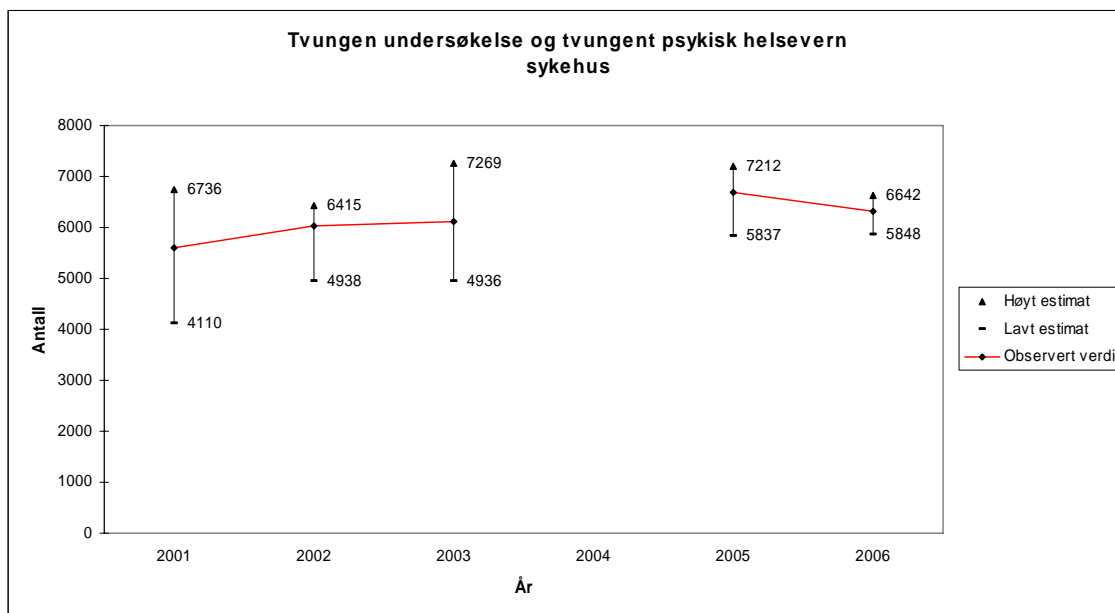
I figur 9.1 presenteres utviklingen for alle institusjoner samlet.



Figur 9.1 Antall innleggelses etter spesialistvedtak (tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern samlet). 2001 til 2006 (ikke 2004). Høyt og lavt estimat over antall innleggelses ved alle institusjoner godkjent for tvangsinnleggelses.

Som figuren viser er det til dels betydelig forskjell mellom årene i variasjonsbredde, og vi kan ikke med sikkerhet si at det har vært endring i antall tvangsinnleggelses gjennom perioden, ettersom intervallet 6223 til 6749 innleggelses inngår mellom høyt og lavt anslag for alle år. Vi kan derimot med høy grad av sannsynlighet fastslå at antallet tvangsinnlagte fra eget bosted i 2006 er mellom ca 6200 og ca. 7350. Vi minner om at dette ikke omfatter innleggelses fra annen avdeling/institusjon. Dette vil vi komme tilbake til.

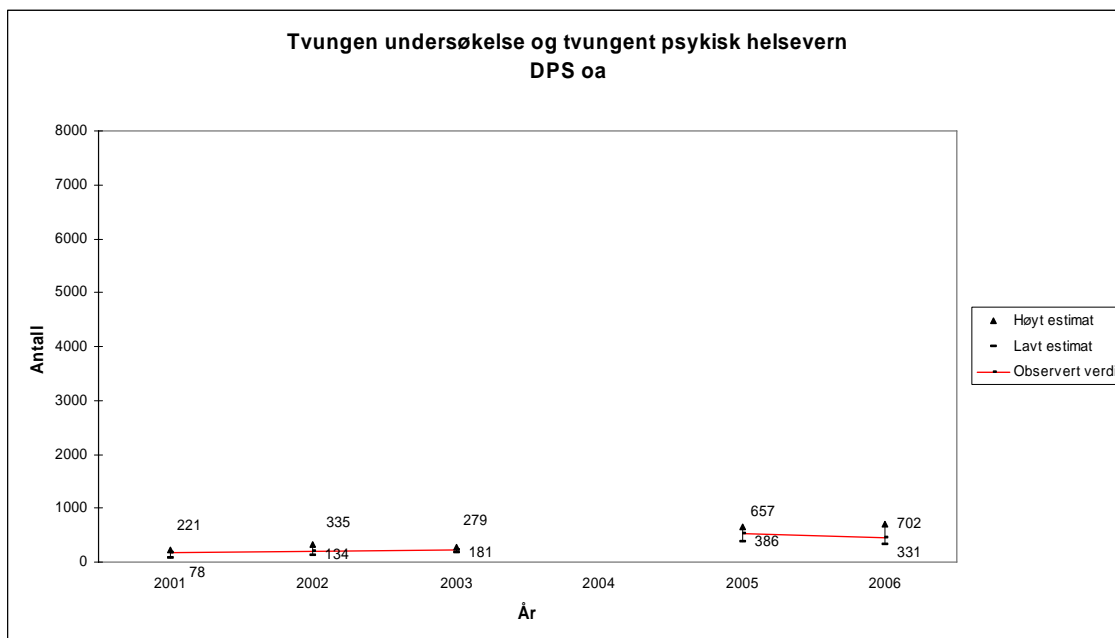
Figur 9.2 beskriver utviklingen for sykehus.



Figur 9.2 Antall innleggelses etter spesialistvedtak (tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern samlet). 2001 til 2006 (ikke 2004). Høyt og lavt estimat over antall innleggelses ved sykehus godkjent for tvangsinnleggelses.

Vi finner de samme tendenser for sykehus som vi finner for institusjoner totalt; til dels stor variasjonsbredde for enkelte år og ingen sikker tendens når det gjelder utvikling over årene (tilnærmet hele variasjonsbredden i 2006 ligger innen nivået for de øvrige år). For sykehus kan vi med stor grad av sannsynlighet si at antallet tvangsinnleggelses i 2006 er mellom ca 5850 og ca 6650.

Figur 9.3 viser utviklingen for institusjoner utenfor sykehus.



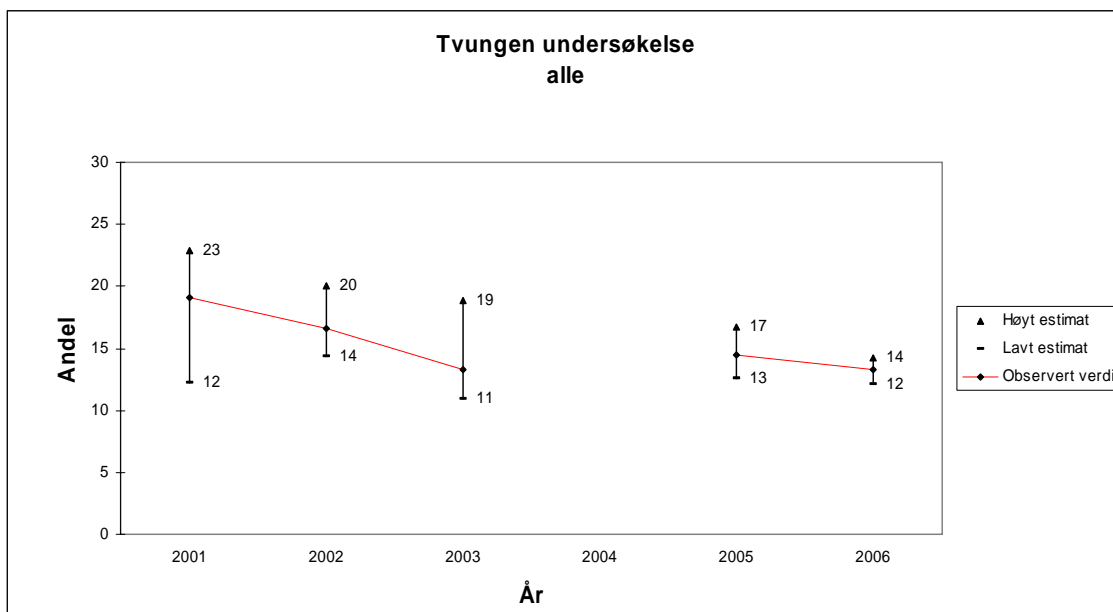
Figur 9.3 Antall innleggelses etter spesialistvedtak (tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern samlet). 2001 til 2006 (ikke 2004). Høyt og lavt estimat over antall innleggelses ved institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelses.

For DPS mv. kan vi med høy grad av sannsynlighet si at det har vært en økning i antall tvangsinnleggelses fra 2001 til 2006. I forhold til sykehus er antallet her lite, men variasjonsbredden – særlig de to siste årene - er prosentvis betydelig større. Antallet tvangsinnleggelses til institusjoner utenfor sykehus er i 2006 mellom 331 og 702.

9.2.2 Utvikling i andel

Vi vil i dette kapitlet først presentere utviklingen i andeler innlagt til tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern, ved å angi et høyt og lavt estimat (jfr. kapittel 6.4.1). I disse analysene inngår kun institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern. Samtidig skjer en rekke innleggelses i institusjoner uten en slik godkjenning – og dermed altså som frivillige innleggelses. I 2006 skjedde om lag 23 prosent av aktiviteten – målt ved oppholds-døgn – i slike institusjoner. Til slutt i delkapitlet drøftes derfor andel totalt.

I figur 9.4 presenteres utviklingen i tvungen undersøkelse, og for alle institusjonstyper.

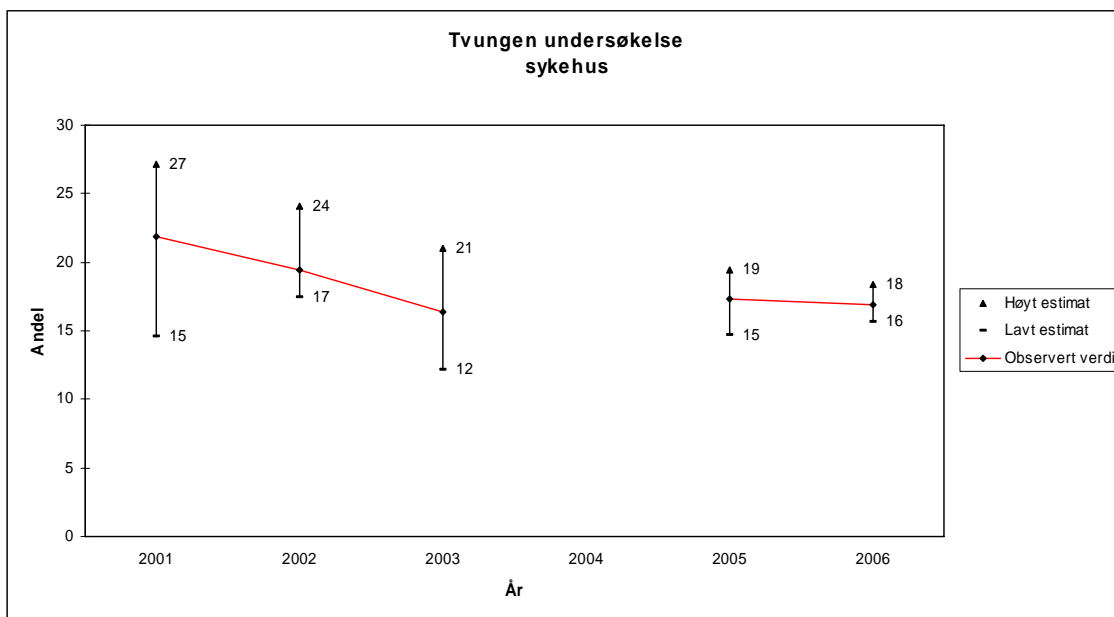


Figur 9.4 Høyt og lavt estimat samt observert verdi for andel innleggelse til tvungen undersøkelse ved alle institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse. 2001 til 2006 (ikke 2004).

Av figuren framgår at det har vært en betydelig reduksjon i forskjell mellom høyt og lavt estimat gjennom perioden, fra 11 prosentpoeng i 2001 til to prosentpoeng i 2006.

Selv om observert verdi er redusert over perioden ligger høyt estimat i 2006 innenfor høyt og lavt estimat for de øvrige år. Vi kan derfor ikke med sikkerhet fastslå at andelen har gått ned gjennom perioden. Andelen innlagt til tvungen undersøkelse i 2006 kan derimot med høy grad av sikkerhet anslås til å ligge mellom 12 og 14 prosent.

I figur 9.5 ser vi nærmere på utviklingen for sykehus.

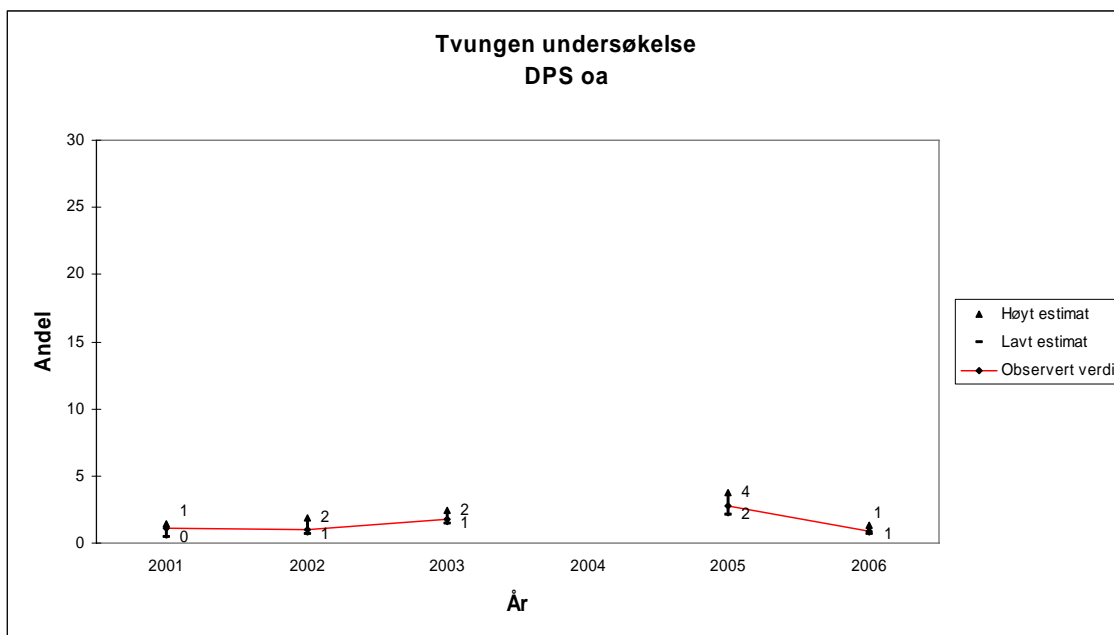


Figur 9.5 Høyt og lavt estimat samt observert verdi for andel innleggelse til tvungen undersøkelse ved sykehus godkjent for tvangsinnleggelse. 2001 til 2006 (ikke 2004).

For sykehus finner vi den samme utviklingen som for institusjoner totalt. Det har for det første vært en betydelig reduksjon i forskjell mellom høyt og lavt estimat gjennom perioden, fra 12 prosentpoeng i 2001 til to prosentpoeng i 2006.

Selv om observert verdi er redusert over perioden er høyt og lavt estimat i 2006 innenfor høyt og lavt estimat for de øvrige år – med unntak av lavt estimat for 2002. Vi kan derfor ikke med sikkerhet fastslå at andelen har gått ned gjennom perioden. Andelen innlagt til tvungen undersøkelse til sykehus i 2006 kan derimot med høy grad av sikkerhet anslås til å ligge mellom 16 og 18 prosent.

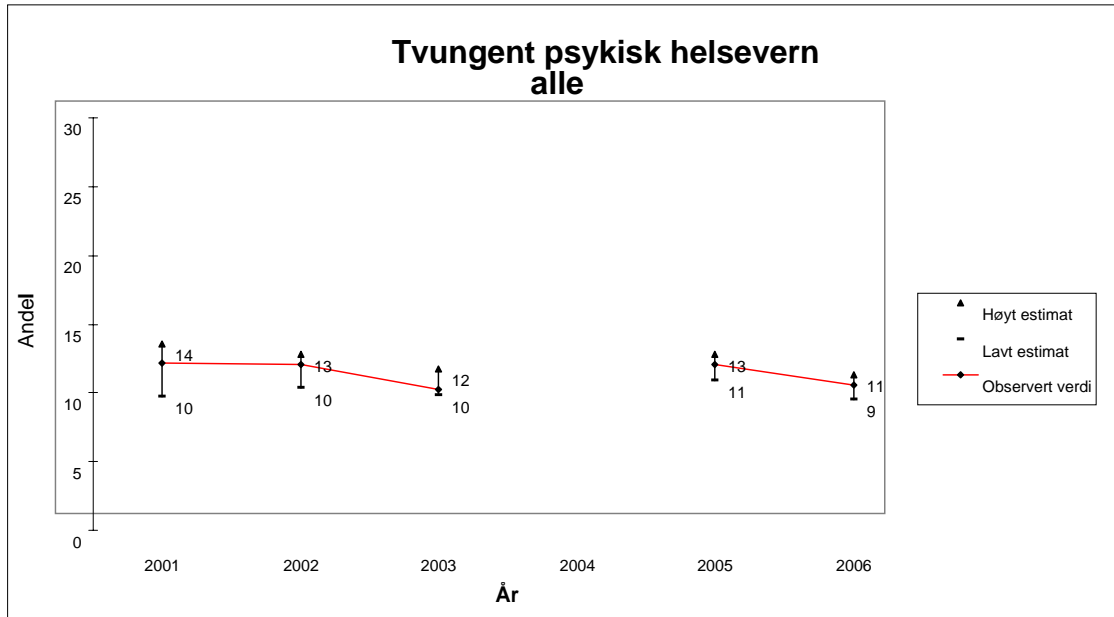
I figur 9.6 framstilles utviklingen for institusjoner utenfor sykehus.



Figur 9.6 Høyt og lavt estimat samt observert verdi for andel innleggelse til tvungen undersøkelse ved institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelse. 2001 til 2006 (ikke 2004).

Tvungen undersøkelse i institusjoner utenfor sykehus har hatt lite omfang alle år. For alle årene er det liten spredning mellom høyt og lavt estimat. 2005 utpeker seg med høyere tall enn øvrige år, men selv her er spredningen på bare to prosent. Perioden sett under ett har det vært en stabil – og lav andel. Andelen innlagt til tvungen undersøkelse i 2006 kan med høy grad av sikkerhet anslås til å være om lag en prosent.

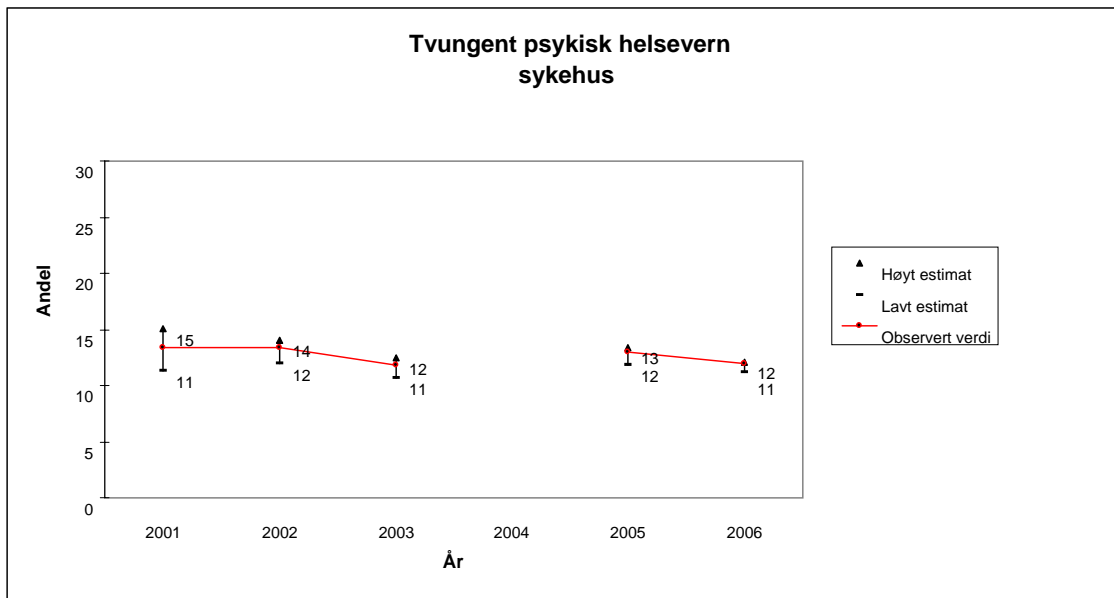
I de tre neste figurene framstilles utviklingen for tvungent psykisk helsevern. Først presenteres i figur 9.7 utviklingen for alle institusjoner under ett.



Figur 9.7 Høyt og lavt estimat samt observert verdi for andel innleggelse til tvungent psykisk helsevern ved alle institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse. 2001 til 2006 (ikke 2004).

Samlet sett har det vært en svak reduksjon i forskjell mellom høyt og lavt estimat gjennom perioden, fra fire prosentpoeng i 2001 til to prosentpoeng i 2006. Selv om observert verdi er redusert over perioden ligger høyt estimat i 2006 innenfor høyt og lavt estimat for de øvrige år. Vi kan derfor ikke med sikkerhet fastslå at andelen har endret seg gjennom perioden. For alle døgninstitusjoner godkjent for tvang kan derimot andelen innlagt til tvungent psykisk helsevern i 2006 med høy grad av sikkerhet anslås til å ligge mellom ni og 11 prosent.

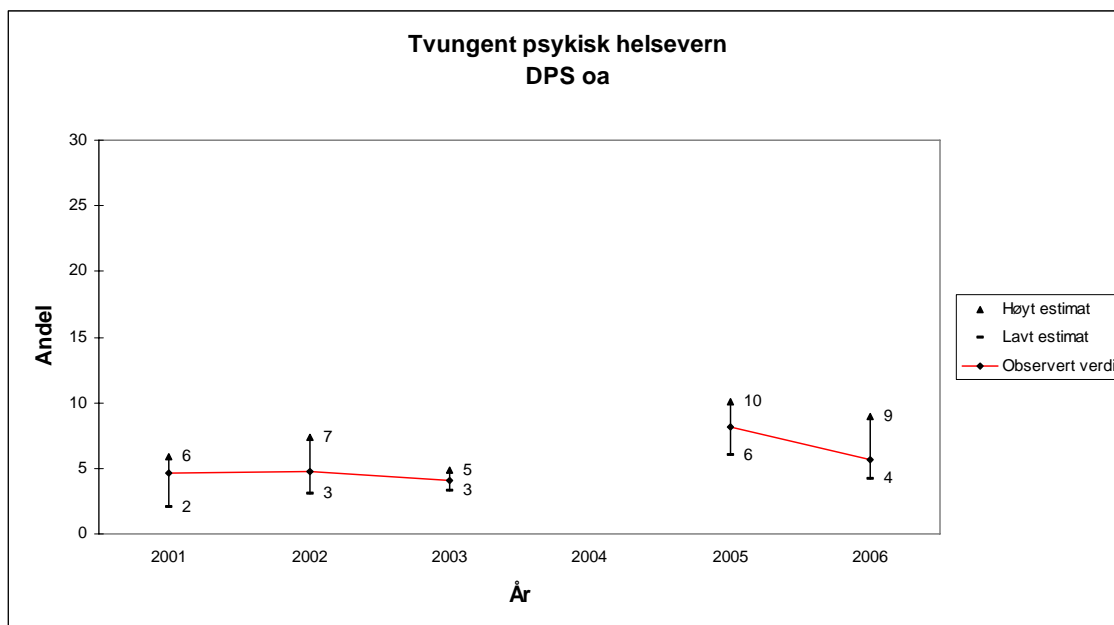
Figur 9.8 viser utviklingen for sykehus.



Figur 9.8 Høyt og lavt estimat samt observert verdi for andel innleggelse til tvungent psykisk helsevern ved sykehus godkjent for tvangsinnleggelse. 2001 til 2006 (ikke 2004).

For sykehus har det vært en svak reduksjon i forskjell mellom høyt og lavt estimat gjennom perioden, fra tre prosentpoeng i 2001 til ett prosentpoeng i 2006. Selv om observert verdi er svakt redusert over perioden ligger høyt estimat i 2006 innenfor høyt og lavt estimat for de øvrige år. Vi kan derfor ikke med sikkerhet fastslå at andelen har endret seg gjennom perioden. Andelen innlagt i sykehus til tvungent psykisk helsevern i 2006 kan derimot med høy grad av sikkerhet anslås til å ligge mellom 11 og 12 prosent.

Figur 9.9 tar for seg utviklingen for institusjoner utenfor sykehus.



Figur 9.9 Høyt og lavt estimat samt observert verdi for andel innleggelse til tvungent psykisk helsevern ved institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelse. 2001 til 2006 (ikke 2004).

Med unntak av 2003 har det for institusjoner utenfor sykehus vært en stabil forskjell mellom høyt og lavt estimat gjennom perioden på 4-5 prosentpoeng.

Det framgår av figuren at det er til dels store forskjeller over årene i både høyt og lavt estimat. Vi kan derfor ikke med sikkerhet fastslå utvikling i andel gjennom perioden. For institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvang er 2006 året med størst forskjell mellom høyt og lavt estimat (fem prosentpoeng), og andelen innlagt til tvungent psykisk helsevern i 2006 kan med høy grad av sannsynlighet anslås til å ligge mellom fire og ni prosent for denne institusjonstypen.

9.2.2.1 Drøfting av andel innlagt til tvungen undersøkelse/tvungent psykisk helsevern i 2006

Hvor stor andel som blir innlagt med tvang er med jevne mellomrom framme i den helsepolitiske debatten. Så langt i denne rapporten har vi grunnet datakvalitet analysert tvang i forhold til døgninstitusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern, og da avgrenset til innleggelse fra eget bosted. Det foregår i tillegg en betydelig døgnaktivitet ved institusjoner uten en slik godkjenning, i 2006 ca 23 prosent av alle oppholdsdøgn, i 2001 ca 32 prosent. Hvis vi forutsetter at avdelings/institusjonsoverføringer og aktivitet ved institusjoner kun godkjent for frivillige opphold har samme profil for oppholdsdøgn som i våre analyser presentert hittil, innebærer det å inkludere institusjoner med kun frivillige innleggelse en redusert andel tvangsinnleggelse i forhold til figurene presentert tidligere i dette avsnittet. Lavt og høyt estimat for tvungen undersøkelse i 2006 går da ned fra 12

prosent og 14 prosent til 9 prosent og 11 prosent, tilsvarende reduseres lavt og høyt estimat for tvungent psykisk helsevern fra ni prosent og 11 prosent til sju prosent og åtte prosent. Samlet tvangsandel reduseres dermed fra mellom 21 prosent (lavt estimat) og 25 prosent (høyt estimat) til mellom 16 prosent (lavt estimat) og 19 prosent (høyt estimat). 2001-nivået reduseres mer. Vårt regneeksempel er ment å vise at det å inkludere institusjoner med kun frivillige opphold innvirker merkbart på andelen tvangsinnleggelse på nasjonalt nivå, men de forutsetninger vi her har gjort bør etterprøves empirisk i senere prosjekt når datakvaliteten er forbedret.

9.2.3 Oppsummering

Observerte verdier for antall og andel viser omtrent samme utvikling i omfang innleggelse til tvungen undersøkelse og tvungen observasjon for perioden 2001 til 2006 som for utvalg 3. Basert på estimatene kan vi likevel ikke si med sikkerhet at det har vært noen endring i bruk av tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern fra 2001 til 2006, verken når det gjelder antall eller andel.

Vi kan med høy grad av sannsynlighet fastslå at i 2006 var antallet innlagt til enten tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern mellom ca 6200 og ca 7350. Fordi dette estimatet ikke omfatter avdelings-/institusjonsoverføringer er dette minimums- og maksimumsanslag for om lag 80 prosent av all døgnaktivitet for denne institusjonskategorien dette året.

Andelen innlagt til tvungen observasjon i 2006 kan med høy grad av sannsynlighet fastsettes til mellom 12 og 14 prosent for institusjoner godkjent for tvang samlet, til mellom 16 og 18 prosent for sykehus og ca en prosent for institusjoner utenfor sykehus. Tilsvarende estimator for tvungent psykisk helsevern er i 2006 mellom ni og 11 prosent for institusjonene samlet, mellom 11 og 12 prosent for sykehus og mellom fire og ni prosent for institusjoner utenfor sykehus. For institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern samlet innebærer dette i 2006 en andel tvangsinnleggelse, uavhengig av formalitet, på mellom 21 og 25 prosent, for sykehus på mellom 27 og 30 prosent og for institusjoner utenfor sykehus på mellom fem og 10 prosent.

Om lag 23 prosent av døgnaktiviteten skjedde i 2006 i institusjoner ikke godkjent for tvungent psykisk helsevern. For å illustrere konsekvensen av å inkludere også innleggelse ved disse institusjonene har vi i et regneeksempel forutsatt lik oppholdsprofil for disse som for institusjoner godkjent for tvang. Ved en slik beregning får vi en andel tvangsinnleggelse i Norge – uavhengig av formalitet – på mellom 16 prosent og 19 prosent. De forutsetninger vi her har gjort bør etterprøves empirisk i senere prosjekt når datakvaliteten er forbedret.

9.3 Oppsummering utvikling i omfang av tvang ved spesialistvedtak

Vi har i dette kapitlet anvendt to ulike innfallsvinkler for å belyse utviklingen i tvangsinnleggelse fra 2001 til 2006, begge avgrenset til innleggelse fra eget bosted. Som det framgår av de to delkapitlene kommer vi fram til ulike resultat ved hjelp av de to tilnærmingene. Ved å analysere utviklingen for om lag 2/3 av innleggelsene finner vi at det har skjedd en økning i antall innlagt til tvungent psykisk helsevern (27 prosent) og en reduksjon i andel innlagt til tvungent psykisk helsevern (fra 30 prosent til 25 prosent). I den andre tilnærmingen har vi laget et høyt og lavt estimat for tvangsinnleggelse det enkelte år, hvor vi også har inkludert aktivitet ved institusjoner godkjent for tvang uten godkjente pasientdata, basert på gjennomsnittlig marginalfordeling for de fem institusjonene i utvalget med henholdsvis lavest og høyest andel frivillighet det enkelte år. Ved denne tilnærmingen kan vi ikke si med sikkerhet at det har vært noen endring i bruk av tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern fra 2001 til 2006, verken når det gjelder antall eller andel. Intervallet vi her påviser avgrenser derimot med høy grad av sannsynlighet variasjonsbredden, en variasjonsbredde som over årene er redusert for de fleste forhold.

De to tilnærmingene viser altså begge en økning i antall, men en reduksjon i andel dersom man studerer estimerte "observerte verdier". Fordi utvalgene som legges til grunn ikke er komplette ved noen av beregningene, kan man likevel ikke konkludere med at resultatet gjelder for det psykiske helsevernet som sådan. De estimerte intervallene gir konservative anslag for maksimalt/ minimalt nivå det enkelte år, og disse viser at usikkerheten i datamaterialet er for stor til at man med sikkerhet kan si at det har skjedd en endring i perioden. Selv om gjennomsnittlig verdi er endret i perioden ligger de estimerte intervallene for 2006 innenfor estimerte intervall for 2001.

Gitt fortsatt positiv utvikling i kvalitet på pasientdata vil vi dermed med større visshet kunne fastslå trenden i senere undersøkelser.

10 Spesialistens begrunnelse for tvungent psykisk helsevern – tilleggskriteriene

Som beskrevet under lovgjennomgangen i kapittel 1.2 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 2006. Tabellen tar utgangspunkt i de institusjonene som det enkelte år har levert akseptable pasientdata. Hvilke og hvor mange institusjoner som inngår vil derfor variere mellom årene. I 2005-rapporten analyserte vi også utviklingen for de institusjoner som hadde levert godkjente pasientdata for alle tre år (2001-2003). En slik analyse har det ikke vært mulig å gjøre for siste del av perioden. Av de 15 institusjonene med godkjente pasientdata for alle år var kun fem igjen når vi også inkluderte kravet om godkjente data mht tilleggskriterier.

Tabell 10.1 Tilleggskriterier ved vedtak om tvungent psykisk helsevern. 2001, 2002, 2003, 2005, 2006. Utvalg 4.

	2001		2002		2003		2005		2006	
	Antall	Pst	Antall	Pst	Antall	Pst	Antall	Pst	Antall	Pst
Farekriteriet	22	5	45	5	43	3	84	5	117	6
Behandlings- kriteriet	313	75	809	82	1 162	82	1 408	77	1 391	71
Begge	85	20	138	14	206	15	345	19	445	23
Totalt	420	100	992	100	1 411	100	1 837	100	1 953	100
Ikke registrert	16		52		34		7		8	

Datakilde: NPR

Som det framgikk av tabell 6.3 er datakvaliteten blitt sterkt forbedret. Mens vi i 2001 hadde opplysninger om tilleggskriterie for 19 prosent av aktiviteten – målt som oppholdsdøgn - var dette steget til 61 prosent i 2006.

Farekriteriet som eneste kriterie har vært andelsmessig rimelig stabilt gjennom perioden, mens det har vært til dels store forskjeller mellom årene i andel hvor kun behandlingkriteriet har vært anvendt, og tilsvarende også for andel med begge kriterier. Med tanke på den pågående debatten om hvorvidt behandlingkriteriet skal gi anledning til tvungent psykisk helsevern tilsier 2006-tallene at noe over 2/3 av innleggelsene til tvungent psykisk helsevern dette året vil være omdiskutert. Som det framgår av tabell 10.1 er dette samtidig det året hvor dette kriteriet har den laveste andel som eneste kriterie. Fordi utvalget ikke er det samme for hvert enkelt år må det tas forbehold om at utviklingen kan være en konsekvens av utvalgsendring framfor faktisk endring. Henvendelse til to

institusjoner med vesentlig endring i praksis over perioden tilsier at det i hvert fall skjer endringer i enkelte fagmiljøer.

10.1 Oppsummering

De fleste vedtak om tvungent psykisk helsevern begrunnes med behandlingskriteriet alene. Kun seks prosent av vedtakene om tvungent psykisk helsevern i 2006 ble begrunnet i farekriteriet alene, mens 23 prosent ble begrunnet i begge kriteriene. Tvang i det psykiske helsevernet gir nok for mange assosiasjoner om farlige personer som omverden må beskyttes fra. Med de nødvendige forbehold om datas representativitet er det en utfordring at andelen som helt eller delvis er innlagt med farekriteriet har økt med 11 prosentpoeng siden 2003. Mens vi i 2005-rapporten påpekte hvor få det i realiteten er som tvangsinnlegges med begrunnelse i farekriteriet, og så dette som et viktig bidrag til å nyansere oppfatningene om psykiatriske pasienter som farlige, er det grunn til å undersøke siste års utvikling nærmere. Selv om en må anta at i en ikke ubetydelig andel av de tilfellene hvor man benytter farekriteriet er det snakk om fare for seg selv og ikke andre, gir utviklingen grunn til undring. Er det reell endring i pasienters atferd, er det de senere års mediedekning eller er det endringer i fagpersoners vurderinger? Det har i perioden ikke skjedd endringer i lovverket, en indikasjon på at området er beheftet med betydelige innslag av skjønn både fra det kliniske miljøet og kontrollkommisjonene. Når vi i et begrenset utvalg finner betydelige praksisendringer gjennom perioden kan dette godt være en indikasjon på tilsvarende endring også ved institusjoner ikke inkludert i vårt utvalg. Årsakene til endringen, og til forskjellene i vurdering mellom fagmiljøer og kontrollkommisjoner, bør derfor studeres nærmere.

11 Hva kan forklare institusjonsforskjeller i omfanget av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold?

Som det framgår av Dokumentasjonsvedlegg 2 og 3 er det store institusjonsforskjeller i omfanget av henvisninger til tvang og spesialistvedtak om tvungen undersøkelse/tvungent psykisk helsevern. I dette kapittelet vil vi se nærmere på hva som kan forklare forskjeller mellom institusjoner i omfanget av tvangsinnleggelse. Flere forhold kan forklare slike forskjeller, blant annet pasientsammensetning, ressurser og kapasitetsutnytting, lovtolkning og endring som følge av økt oppmerksomhet rundt tvang i det psykiske helsevernet. Endring gjennom årene og pasientegenskapers betydning for sannsynlighet for tvangsinnleggelse belyses gjennom logistisk regresjonsanalyse. Forskjeller mellom institusjonene som skyldes forskjeller i ressurser og kapasitet i 1. linjen og spesialisthelsetjenesten belyses gjennom korrelasjonsanalyser. De logistiske analysene vil også kunne si noe om signifikante endringer i risiko for tvangsinnleggelse i perioden.

11.1 Logistiske regresjonsanalyser

For nærmere å belyse endring i omfang av tvangsinnleggelse i perioden og avdekke mekanismer som gir ulik sannsynlighet for innleggelse til tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse, presenteres logistiske regresjonsanalyser med spesialistvedtak som avhengig variabel. I analyse 1 studeres relativ endring i risiko for tvangsinnleggelse versus innleggelse med annen type vedtak. I analyse 2 studeres relativ endring i sannsynlighet for innleggelse til tvungent psykisk helsevern versus tvungen undersøkelse gitt tvangsinnleggelse. I hver analyse presenteres den bivariate sammenhengen mellom avhengig variabel og hver av forklaringsvariablene (modell 1) og en modell der det kontrolleres for egenskaper ved pasientene, innleggelsesår, institusjonstype, datakvalitet og innleggelsesmåte (modell 2). Disse faktorene vil kunne bidra til å forklare institusjonsforskjeller, gitt forskjeller på institusjonsnivå i pasientsammensetning og innleggelsesmåte. Gjennom dummyvariabler for registreringsår og variabler som kontrollerer for kjennetegn ved pasientene, vil analysene kunne belyse hvorvidt ulike pasientkarakteristika øker eller reduserer risiko for bestemte typer vedtak og om risikoen er endret i perioden 2001-2006. Det vises ellers til tabellene 6.4 – 6.9 for en oversikt over variablene som inngår i analysene. For veiledning i tolkning av resultatene, se kapittel 6.4.2. I arbeidet med modell 2 ble det, for begge forklarte variabler, gjort separate analyser for ulike pasientgrupper (etter kjønn, alder og diagnose), for institusjonstypene og for hvert registreringsår for å kontrollere for eventuelle interaksjonseffekter. På bakgrunn av disse ble interaksjonsledd testet. Dette gav ikke substansielle endringer i resultatene, og resultatene som presenteres i tabellene 11.1 og 11.2 gjelder derfor modeller uten interaksjonsledd. Resultat fra separate analyser vil i noen grad kommenteres i tilknytning til de presenterte modellene.

11.1.1 Relativ endring i risiko for tvangsinnleggelse versus innleggelse med annen type vedtak:

I dette avsnittet ser vi på om risiko for tvang er signifikant forskjellig mellom 2001 og 2002, 2003, 2005 og 2006 og om risiko for tvang er forskjellig avhengig av kjennetegn ved pasientene. Resultatene er gjengitt i tabell 11.1. Modell 1 viser bivariate¹⁵ sammenhenger mellom avhengig og hver av de uavhengige variablene, og viser dermed også endring i perioden, uavhengig av pasientsammensetning. Modell 2 ser på endring over tid og kontrollerer for egenskaper ved pasientene.

Tabell 11.1 Logistisk regresjonsanalyse av risiko for innleggelse til tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse til institusjon godkjent for tvangsinnleggelse. 2001-2006.

	Modell 1	Modell 2
	(bivariate analyser)	
Forklaringsvariabler	Odds ratio	Odds ratio
Institusjonstype		
- DPS oa (referanse)		
- Sykehus	Kontrollvariabel	4,289**
Innleggelsesår		
- 2001 (referanse)		
- 2002	1,005	1,213
- 2003	0,804	1,020
- 2005	0,938	1,119
- 2006	1,137	1,246
Utvalg		
- Institusjoner med godkjente data noen år (referanse, jfr. utvalg 2)	Kontrollvariabel	
- Institusjoner med godkjente data alle år (jfr. utvalg 1)		1,386
Kjønn		
-Kvinne (referanse)		
-Mann	1,127	1,052
Aldersgruppe		
-15-29 år (referanse)		
-30-39 år	1,014	0,905*
-40-49 år	1,028	0,911*
-50-59 år	1,748**	1,456*
-60 år eller eldre	0,676	0,731*

¹⁵ I alle analysene ble det kontrollert for innleggelsestype og kompletthet i data. Vi har likevel valgt å benevne dette som bivariate analyser fordi hensikten er å vise en assosiasjon mellom avhengig variabel og hver av forklaringsvariablene i modell 2.

	Modell 1	Modell 2
(bivariate analyser)		
Diagnose		
- Schizofreni spektrum lidelser (referanse)		
- Organiske lidelser	0,375**	0,590
- Stoffrelaterte lidelser	0,181**	0,159**
- Affektive lidelser	0,245**	0,223**
- Nevrotiske lidelser	0,161**	0,157**
- Fysiske atferdssyndromer	0,116**	0,146**
- Personlighetsforstyrrelser	0,169**	0,169**
- Andre	0,327**	0,331**
- Mangler	0,528**	0,487**
Innleggelsesmåte		
- Elektiv (referanse)		
- Øyeblikkelig hjelp	3,312**	3,587**
N	80 844	79 057

Datakilde: NPR

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$, resultatene er justert for klyngeeffekter ved institusjonstilknytning. I alle de bivariate analysene er det kontrollert for institusjonstype og kompletthet i datamaterialet.

Modellene viser at det ikke er signifikante forskjeller mellom årene for risiko for innleggelse til tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse. Dette gjelder enten man kontrollerer for pasientsammensetning eller ikke. Odds ratio viser at omfanget av tvangsinnleggelse er høyere ved institusjonene med komplette data, men resultatet er ikke signifikant, og de estimerte modellene gir derfor ikke grunn til å anta systematiske forskjeller i andeler mellom institusjoner som har levert data alle år (utvalg 1) og institusjoner som har levert data av god kvalitet noen år (utvalg 2) i perioden som observeres. Videre viser de estimerte resultatene at omfanget av tvangsinnleggelse snarere enn frivillig innleggelse er mer enn fire ganger så høy ved innleggelse til sykehus som ved innleggelse til DPS og andre institusjoner når det kontrolleres for pasientsammensetning, innleggingsår, datakvalitet og innleggelsesmåte. Resultatet er signifikant på en prosent signifikansnivå. Omfanget av tvangsinnleggelse er også signifikant høyere ved innleggelse til øyeblikkelig hjelp enn ved elektive innleggelse.

Modell 2 viser at vedtak om tvang eller ikke tvang avhenger sterkt av type innleggelse. Det må antas at sannsynligheten for innleggelse for øyeblikkelig hjelp varierer mellom diagnosegruppene. For å sikre at innleggelsesmåte som forklaringsvariabel ikke substansielt påvirker estimerte effekter av individuelle kjennetegn, spesielt diagnose, ble en egen analyse uten denne variabelen gjennomført for å kontrollere om dette påvirker resultatene i hovedmodellen. Analysen viser at resultater fra modell 2 holder, med bare små endringer i odds ratio.

Separate analyser for hvert observasjonsår viser at 2003 avviker med hensyn til estimerte effekter av innleggelsesmåte og institusjonstype. For dette året estimeres ingen effekt av innleggelsesmåte, men vesentlig større forskjell i omfang mellom institusjonstypene enn øvrige år. Dette kan, som drøftet i kapittel 6.4.2.2, skyldes datakvalitet for innleggelsesmåte

dette året. Separat analyse av modell 2 der 2003-observasjoner utelates gav imidlertid ingen endring i resultatenes retning eller signifikans, men effekt av innleggelsesmåte ble forsterket ytterligere.

Beregnete odds ratio for pasientkarakteristika i modell 2 viser at egenskaper ved pasienten har signifikant betydning for risiko for innleggelse til tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse. Risiko for tvangsinnleggelse er ikke signifikant forskjellig for menn og kvinner når det også tas hensyn til alder og diagnose, mens risiko for tvangsinnleggelse er høyere for pasienter med en diagnose i gruppen med schizofreni spektrum lidelser enn for pasienter i de øvrige diagnosegruppene. For pasienter med organiske lidelser holder resultatet marginalt ikke på femprosent signifikansnivå, mens for innleggelser som gjelder pasienter med en diagnose i andre diagnosegrupper er resultatet signifikant på enprosent signifikansnivå. Modellen viser at risiko for tvangsinnleggelse er minst for pasienter med en diagnose i gruppene fysiske atferdssyndromer, nevrotiske lidelser, stoffrelaterte lidelser og personlighetsforstyrrelser sammenlignet med risiko for tvangsinnleggelse for pasienter med schizofreni spektrum lidelser.

Pasientens alder har også signifikant betydning for risiko for tvangsinnleggelse i henhold til modell 2. Estimert modell viser at risikoen er høyest i aldersgruppa 50-59 år. Øvrige aldersgrupper har alle lavere risiko for innleggelse til tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse enn referansegruppa 15-29 år. Resultatene holder på femprosent signifikansnivå.

Pasienter med en diagnose i diagnosegruppen schizofreni spektrum lidelser utgjør en betydelig andel av tvangsinnleggelsene, 31 prosent av innleggelser til tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse i det totale utvalget for alle år (rapporterte innleggelser både til institusjoner med komplette data og til institusjoner som bare har levert godkjente data noen år), se tabell 6,8. Modell 2 viser også, som kommentert over, at risikoen for innleggelse til tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse er høyere for pasienter med en lidelse i denne diagnosegruppa enn for pasienter med en diagnose i alle andre diagnosegrupper. På bakgrunn av dette ble det også for denne pasientgruppa gjort en separat estimering av modell 2. Denne viste at risiko for tvangsinnleggelse ikke varierte med alder for pasienter med denne diagnosen og at risikoen for innleggelse til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern var høyere i perioden 2002-2006 enn i 2001, signifikant for 2002 og 2005. Separat analyse for hvert år viser dessuten at sannsynligheten for tvangsinnleggelser reduseres i perioden for alle diagnosegrupper sammenlignet med sannsynlighet for tvangsinnleggelser for pasienter med schizofreni spektrum lidelser (referansegruppe). I sum viser dette en tendens til økt risiko for tvangsinnleggelse i perioden for pasienter med schizofreni spektrum lidelser sammenlignet med pasienter med andre diagnoser.

Separate analyser for menn og kvinner viser at sannsynligheten for innleggelse til tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse reduseres med økt alder for menn (signifikant), men øker marginalt med alder for kvinner (ikke signifikant).

11.1.2 Relativ endring i sannsynlighet for innleggelse til tvungent psykisk helsevern versus tvungen undersøkelse gitt tvangsinnleggelse

I dette avsnittet analyseres sannsynlighet for tvungent psykisk helsevern mot sannsynlighet for tvungen undersøkelse, gitt at pasienten er tvangsinnlagt. Antall innleggelser som inngår i analysene er derfor vesentlig lavere enn i modell for relativ endring i risiko for tvangsinnleggelse. Analysen ser på om sannsynlighet for tvungent psykisk helsevern er signifikant forskjellig fra sannsynlighet for tvungen undersøkelse mellom 2001 og 2002, 2003, 2005 og 2006 og om den relative sannsynligheten for de to utfallene er forskjellig for ulike pasientgrupper. Resultatene er gjengitt i tabell 11.2. Også her vil modell 1 vise endring i perioden, uavhengig av pasientsammensetning og bivariate¹⁶ sammenhenger for øvrig, mens modell 2 ser på endring over tid og kontrollerer for egenskaper ved pasientene.

Tabell 11.2 Logistisk regresjonsanalyse av sannsynligheten for innleggelse til tvungent psykisk helsevern i forhold til sannsynlighet for innleggelse til tvungen undersøkelse, gitt at man er tvangsinnlagt ved institusjon godkjent for tvangsinnleggelser. 2001-2006.

	Modell 1	Modell 2
	(Bivariat analyse)	
Forklaringsvariabler	Odds ratio	Odds ratio
Institusjonstype		
- DPS oa (referanse)		
- Sykehus	kontrollvariabel	0,336**
Innleggelsesår		
- 2001 (referanse)		
- 2002	1,017	0,999
- 2003	1,061	0,950
- 2005	1,079	1,064
- 2006	1,689**	1,179
Utvalg		
- Institusjoner med godkjente data noen år (referanse)		
- Institusjoner med godkjente data alle år	kontrollvariabel	0,866
Kjønn		
-Kvinne (referanse)		
-Mann	1,159**	1,016
Aldersgruppe		
-15-29 år (referanse)		
-30-39 år	1,581**	1,703**
-40-49 år	1,808**	1,939**
-50-59 år	3,289**	2,626**

¹⁶ Som i analyse over kontrolleres det for innleggelsesmåte og datakomplekthet.

	Modell 1	Modell 2
	(Bivariat analyse)	
-60 år eller eldre	1,172	1,571*
Diagnose		
- Schizofreni spektrum lidelser (referanse)		
- Organiske lidelser	0,193**	0,227**
- Stoffrelaterte lidelser	0,061**	0,140**
- Affektive lidelser	0,206**	0,385**
- Nevrotiske lidelser	0,015**	0,024**
- Fysiske atferdssyndromer	0,082**	0,399**
- Personlighetsforstyrrelser	0,050**	0,119**
- Andre	0,104**	0,147**
- Mangler	0,435**	0,526**
Innleggelsesmåte		
- Elektiv (referanse)		
- Øyeblikkelig hjelp	2,580**	2,626**
N	22 238	21 697

Datakilde: NPR

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$. Resultatene er justert for klyngeeffekter ved institusjonstilknytning. I alle de bivariate analysene er det kontrollert for institusjonstype og kompletthet i datamaterialet.

Også med tvungent psykisk helsevern og tvungen undersøkelse som avhengig variabel viser de estimerte effektene av innleggelsesår at sannsynligheten for de to utfallene ikke er signifikant forskjellig mellom årene. I modell 1, hvor det ikke korrigeres for pasientsammensetning, estimeres riktignok en høyere sannsynlighet for tvungent psykisk helsevern i forhold til for tvungen undersøkelse i 2006 sammenlignet med i 2001, men effekten elimineres i modell 2. Ved å innføre en og en variabel for pasientkarakteristika fant vi at det var aldersgruppe som eliminerte effekten av innleggelsesår, noe som tyder på at årsaken til høyere sannsynlighet for tvungent psykisk helsevern i 2006 er aldersfordelingen for de innlagte pasientene.

Videre estimeres lavere omfang av tvungent psykisk helsevern snarere enn tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus enn ved innleggelse til DPS. Med andre ord viser estimatene at undersøkelse først og fremst skjer ved sykehusene. Resultatet er signifikant i begge modeller, men forskjellen mellom institusjonstypene reduseres noe når det korrigeres for pasientsammensetning, noe som tyder på at type vedtak er korrelert med pasientkarakteristika.

Omfanget av tvungent psykisk helsevern er lavere for institusjoner med komplette data for alle år, men som i modeller for risiko for tvangsinnleggelse, er ikke resultatet signifikant.

Kjønn hadde ikke effekt på risiko for tvangsinnleggelse når modellen korrigerer for andre egenskaper ved pasientene. Dette gjelder også for sannsynlighet for tvungent psykisk helsevern relativt til sannsynlighet for tvungen undersøkelse. Separate analyser av de enkelte aldersgruppene viser imidlertid at sannsynligheten for tvungent psykisk helsevern er signifikant høyere for menn enn for kvinner i aldersgruppa 15-29 år. Mens analysen som

bare inkluderer innleggelser av pasienter med en diagnose i gruppen schizofreni spektrum lidelser viser at sannsynligheten for tvungent psykisk helsevern er signifikant høyere for menn enn for kvinner med en lidelse i denne diagnosegruppa.

Sannsynligheten for tvungent psykisk helsevern er signifikant høyere i alle aldersgrupper sammenlignet med for pasienter i alderen 15-29 år, og frem til pasienten er 60 år, øker sannsynligheten for tvungent psykisk helsevern snarere enn for undersøkelse. Kjønnsspesifikke analyser viser at økningen i sannsynlighet er høyere for kvinner enn for menn. Også for pasienter over 60 år er sannsynligheten for tvungent psykisk helsevern høyere enn sannsynligheten for tvungen undersøkelse sammenlignet med referansegruppa. Dette resultatet er rimelig idet man kan tenke seg at undersøkelse er mer aktuelt for unge og ukjente pasienter, mens pasienter med kjent historikk i større grad tvangsinnlegges direkte. Vi vet fra andre studier at pasienter med tidligere tvangsinnleggelser har langt større sannsynlighet for å bli tvangsinnlagt senere (Fennig, Rabinowitz, & Fennig, 1999). Analyser der sykehus og DPS og andre institusjoner behandles separat viser imidlertid at dette ikke gjelder for alle aldersgrupper ved institusjoner utenfor sykehusene. For pasienter i aldersgruppa 40-49 år eller eldre estimeres ikke en signifikant forskjell fra referansegruppa med hensyn til sannsynlighet for tvungent psykisk helsevern relativt til sannsynlighet for tvungen undersøkelse ved slike institusjoner.

Diagnose har også signifikant effekt på type vedtak. Sannsynligheten for tvungent psykisk helsevern er høyere for pasienter med en diagnose i diagnosegruppen schizofreni spektrum lidelser enn for pasienter med en lidelse i øvrige diagnosegrupper. Sannsynligheten for undersøkelse er størst ved innleggelser av pasienter diagnostisert med nevrotiske lidelser, personlighetsforstyrrelser og stoffrelaterte lidelser.

Omfanget av tvungent psykisk helsevern er høyere enn omfanget av tvungen undersøkelse ved innleggelser for øyeblikkelig hjelp i forhold til ved elektive innleggelser. Også for denne modellen er resultatene kontrollert mot modell der tall for 2003 tas ut pga mulig feilrapportering for variabelen innleggelsesmåte. Dette gir utslag for variabelen innleggelsesmåte. Koeffisienten reduseres til 0,453 og resultatet er signifikant på 1-prosent nivå. Resultatene påvirkes ikke substansielt for øvrige forklaringsvariabler når innleggelsesmåte tas ut av modellen (som beskrevet over).

11.1.3 Oppsummering

Det er ikke signifikante forskjeller mellom årene verken med hensyn til sannsynlighet for tvangsinnleggelse eller med hensyn til sannsynlighet for tvungent psykisk helsevern versus tvungen undersøkelse. Tvangsinnleggelser skjer helst til sykehus, og dette gjelder særlig innleggelser til tvungen undersøkelse. Omfanget av innleggelse til tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse er oppimot fire ganger høyere ved innleggelse for øyeblikkelig hjelp.

Risiko for tvangsinnleggelse versus innleggelse under annen formalitet og for tvungent psykisk helsevern versus tvungen undersøkelse avhenger signifikant av pasientkarakteristika. Risiko for tvangsinnleggelse er signifikant høyere for pasienter med en diagnose i diagnosegruppen schizofreni spektrum lidelser enn for pasienter diagnostisert i alle andre diagnosegrupper, og for disse pasientene har risikoen for tvang snarere enn for frivillig innleggelse økt i perioden sammenlignet med risiko for tvangsinnleggelse for pasienter i alle andre diagnosegrupper. Risiko for tvangsinnleggelse er også signifikant høyere for pasienter i aldersgruppa 50-59 år sammenlignet med for andre aldersgrupper.

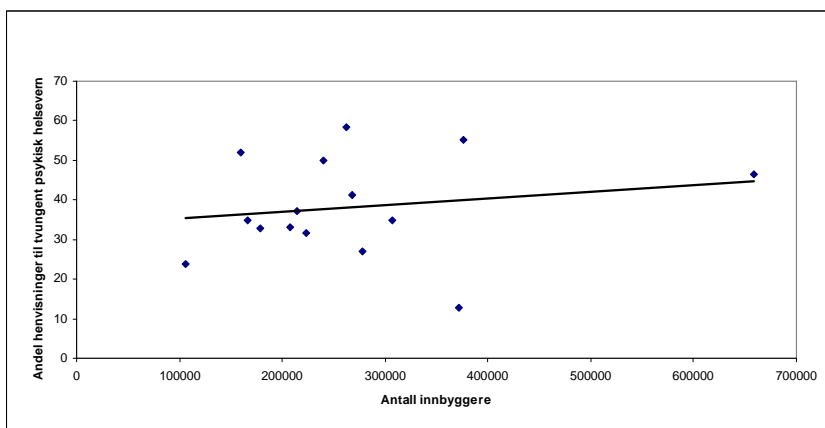
Gitt at pasienten er tvangsinnlagt er sannsynligheten for tvungen undersøkelse signifikant høyere for pasienter i den yngste aldersgruppa (15-29 år) relativt til for eldre pasienter men sannsynligheten for tvungent psykisk helsevern er signifikant høyere for pasienter med en lidelse i diagnosegruppa schizofreni spektrum lidelser enn for pasienter klassifisert under alle andre diagnosegrupper. Kjønn har ikke signifikant effekt på sannsynlighet for de ulike vedtakene.

11.2 Deskriptive analyser av forskjeller

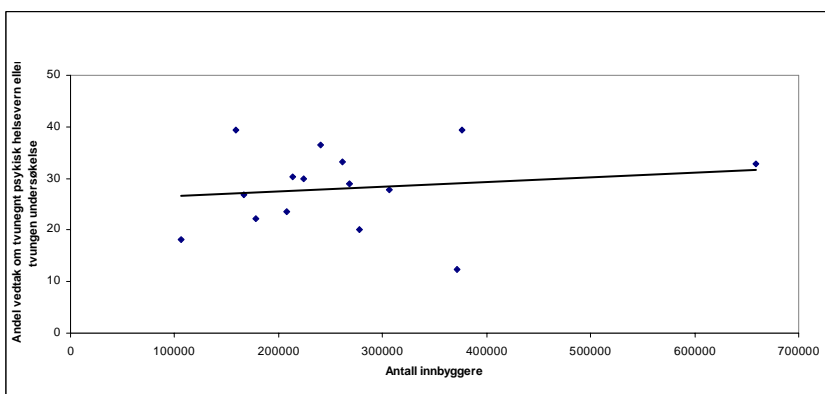
Ressurser og kapasitet i både kommune- og spesialisthelsetjenesten kan tenkes å påvirke omfanget av tvang. Grunnet begrensninger i datamaterialet benyttes ikke informasjon på institusjonsnivå som kontrollvariabler i de logistiske analysene (jfr. kapittel 6.4.3). Korrelasjonsanalyser benyttes som alternativ tilnærming for å belyse en eventuell sammenheng mellom ressurser og omfang av tvang.

Analysene som presenteres gjelder både henvisninger til tvungent psykisk helsevern og vedtak om innleggelse til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern i 2006. Omfang av tvang måles ved andel av alle innleggelse på sykehusområdenivå og som antall innleggelse per 10 000 innbygger i sykehusenes opptaksområde. Tallene som gjengis gjelder sykehusene. Det minnes igjen om at korrelasjonsanalyser kun viser en assosiasjon mellom to variabler som kan være påvirket av konfunderende faktorer, og at eventuelle sammenhenger som fremkommer ikke uten videre kan forstås som kausale sammenhenger. For en nærmere beskrivelse av det metodiske grunnlaget, se kapittel 6.4.3

Figur 11.1 og 11.2 viser korrelasjon mellom antall innbyggere i sykehusområdene og omfang av tvang ved henholdsvis henvisning og spesialistvedtak.



Figur 11.1 Antall innbyggere og andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern ved innleggelse til sykehus. Corr = 0,2. Etter sykehusområde. 2006.



Figur 11.2 Antall innbyggere og andel vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr=0,2. Etter sykehusområde. 2006.

Figurene viser at omfanget av tvang er svakt positivt korrelert med folketall slik at høyere andeler tvang assosieres med mer folkerike områder. Effekten drives imidlertid av en "outlier" i materialet som dekker en svært stor befolkning. Dette gjelder Ullevål og Aker. Dersom denne observasjonen tas ut av materialet er det tilnærmet ingen korrelasjon mellom folketall og omfang av tvang.

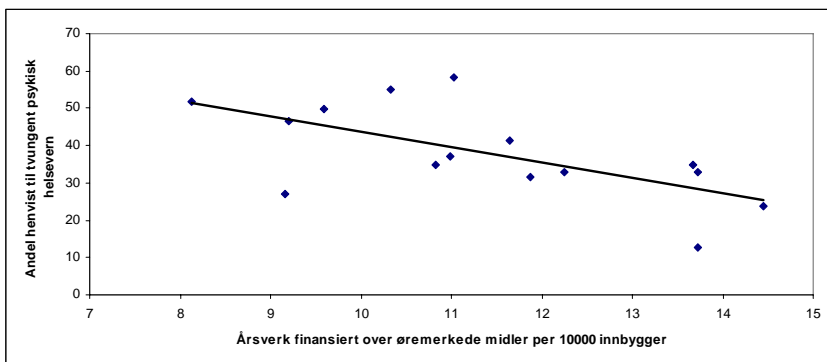
Ressurser og kapasitet måles som rater per 10 000 innbygger på sykehusområdenivå, og det benyttes fire typer mål:

- i) Årsverk til psykisk helsearbeid i kommunene finansiert av øremerkede midler
- ii) Årsverk ved sykehusene¹⁷
- iii) Polikliniske årsverk og konsultasjoner i sykehusområdet
- iv) Døgnplasser ved sykehusene

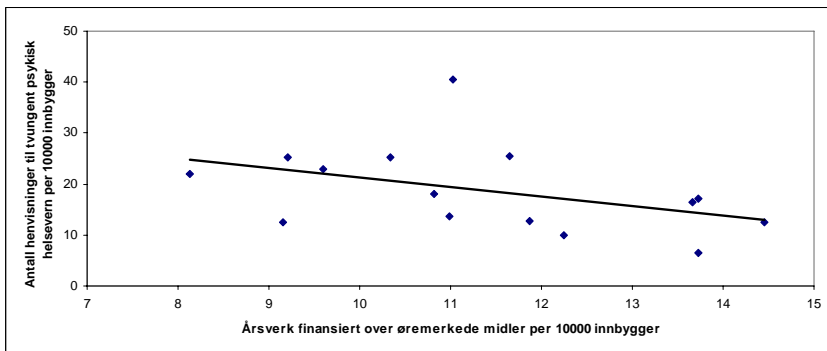
11.2.1 Omfang av tvang og årsverk til psykisk helsearbeid i kommunene, finansiert av øremerkede midler.

Som en tilnærming til kapasitet og ressurser i kommunehelsetjenesten benyttes opplysninger om årsverk finansiert av midler øremerket til psykisk helsearbeid i kommunene. Figur 11.3 og 11.4 viser korrelasjon mellom *henvisninger* til tvungent psykisk helsevern og årsverk finansiert over øremerkede midler. Figur 11.5 og 11.6 viser korrelasjon mellom *vedtak* om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse og årsverk finansiert over øremerkede midler. Figur 11.7 viser korrelasjon mellom *omgjøring av vedtak* og årsverk finansiert over øremerkede midler og figur 11.8 viser korrelasjon mellom *tvungen undersøkelse* og årsverk finansiert over øremerkede midler.

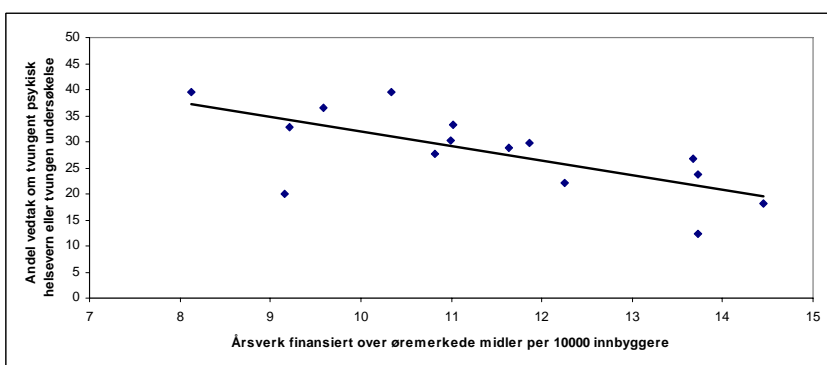
¹⁷ Gjelder årsverk tilknyttet det psykiske helsevernet



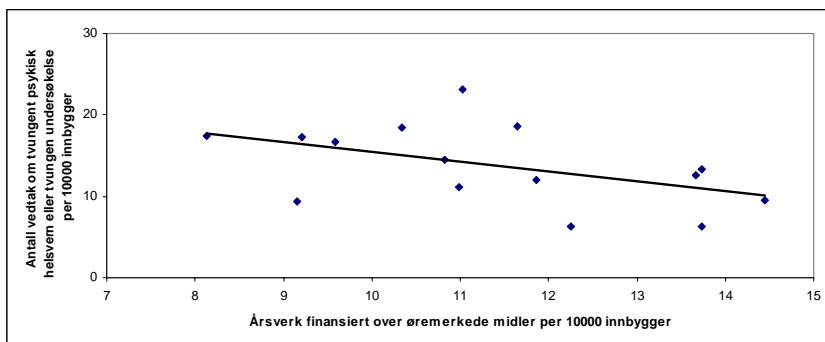
Figur 11.3 Årsverk finansiert over øremerkede midler per 10 000 innbygger og andel henvisninger til tvungen psykisk helsevern ved sykehus. Corr=-0,6. Etter sykehusområde. 2006.



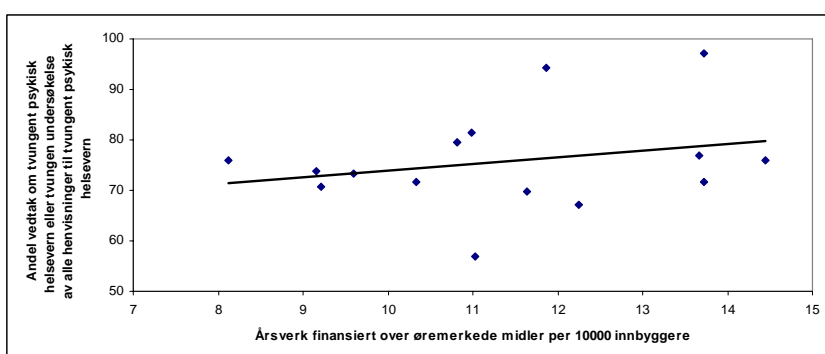
Figur 11.4 Årsverk finansiert over øremerkede midler per 10 000 innbygger og antall henvisninger til tvungen psykisk helsevern ved sykehus per 10 000 innbygger. Corr=-0,4. Etter sykehusområde. 2006.



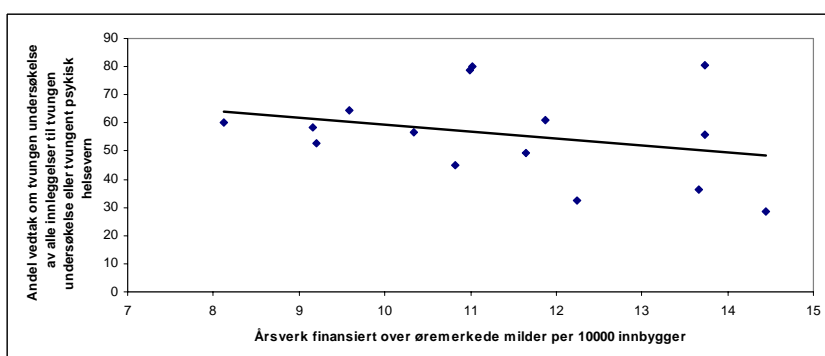
Figur 11.5 Årsverk finansiert over øremerkede midler per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungen psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,7. Etter sykehusområde. 2006.



Figur 11.6 Årsverk finansiert over øremerkede midler per 10 000 innbygger og antall vedtak om tvungen psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,5. Etter sykehusområde. 2006.



Figur 11.7 Årsverk finansiert over øremerkede midler per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungen psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse av alle henvist til tvungen psykisk helsevern ved sykehus. Corr=0,3. Etter sykehusområde. 2006.



Figur 11.8 Årsverk finansiert over øremerkede midler per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungen undersøkelse av alle vedtak om tvungen psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,3. Etter sykehusområde. 2006.

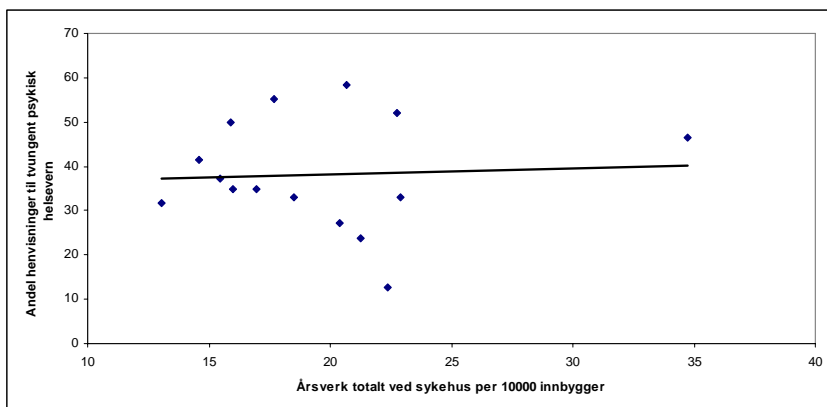
For henvisning og vedtak vises korrelasjon for omfang av tvang målt både som andeler av alle innleggelse og rater per 10 000 innbygger. Resultatene er sammenfallende for begge mål. Både omfanget av henvisning til tvungen psykisk helsevern og omfanget av vedtak om tvungen undersøkelse eller tvungen psykisk helsevern er negativt korrelert med årsverk

finansiert over øremerkede midler per 10 000 innbygger i sykehusområdet, altså assosieres høye andeler tvang med lavere årsverksrater. Flere årsverk per 10 000 innbygger assosieres videre med mindre grad av omgjøring av vedtak fra tvang til frivillighet etter spesialistvurdering og med en lavere andel undersøkelse ved innleggelse.

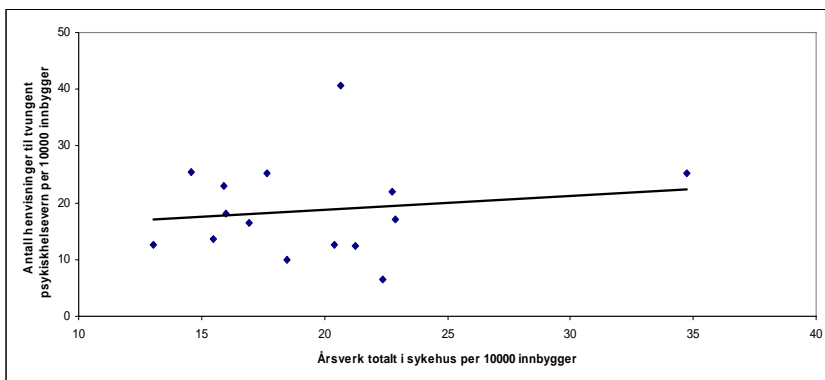
I (Ose, 2007) anslås 2/3 av årsverkene i det kommunale psykiske helsearbeidet å være finansiert av øremerkede midler på nasjonalt nivå, men grad av egenfinansiering varierer betydelig mellom kommunene. Aggregert opp til sykehusområdenivå antas forskjellene i grad av egenfinansiering å være mindre enn på kommunenivå, men det kan ikke utelukkes at områder med lave rater for årsverk finansiert over øremerkede midler har høyere grad av egenfinansiering av årsverk i det psykiske helsearbeidet. Dersom dette gjelder vil ikke dette målet være en god tilnærming til kapasitet i kommunehelsetjenesten. I (Ose, 2007) estimeres totale antall årsverk i det kommunale psykiske helsearbeidet, uavhengig av finansiering (Gap-analysen). Estimatenes baseres på opplysninger fra ca 100 kommuner. For å teste hvor robuste mål årsverk finansiert over øremerkede midler gir, er korrelasjonsanalysene også gjennomført med tall fra Gap-analysen. Dette resulterte i redusert korrelasjon og gir grunn til å tolke analyseresultatene med forsiktighet. Samtidig bør det presiseres at estimat fra Gap-analysen er utarbeidet med tanke på analyser på nasjonalt nivå, og at de dermed ikke anses å være egnet for analyser hvor tall aggregeres på lavere nivå som i vår analyse.

11.2.2 Omfang av tvang og årsverk ved sykehusene

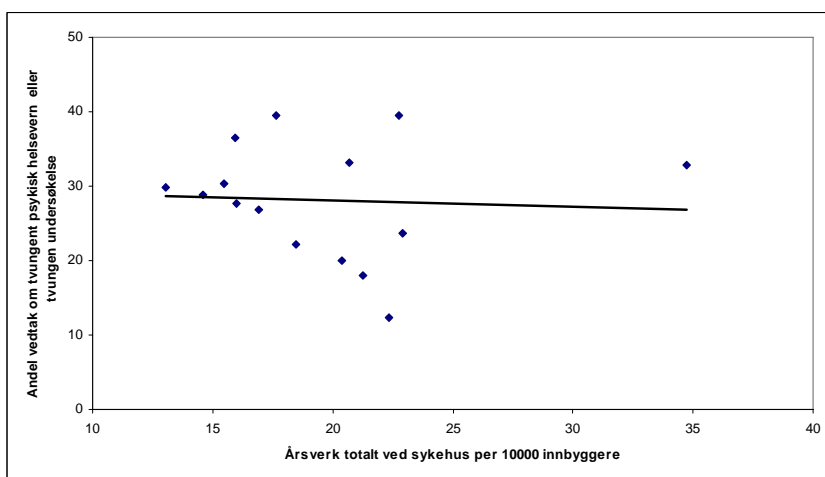
Som ressursindikator ved sykehusavdelingene benyttes årsverk totalt og årsverk til leger og psykologer, begge deler målt som rater per 10 000 innbygger i opptaksområdet. Figur 11.9 og 11.10 og 11.11 og 11.12 viser korrelasjon mellom henholdsvis *henvisning* til tvungent psykisk helsevern og *vedtak* om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse og årsverk totalt ved sykehusene mens figur 11.13 og 11.14 og 11.15 og 11.16 viser korrelasjon mellom henholdsvis *henvisning* til tvungent psykisk helsevern og *vedtak* om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern og årsverk til leger og psykologer.



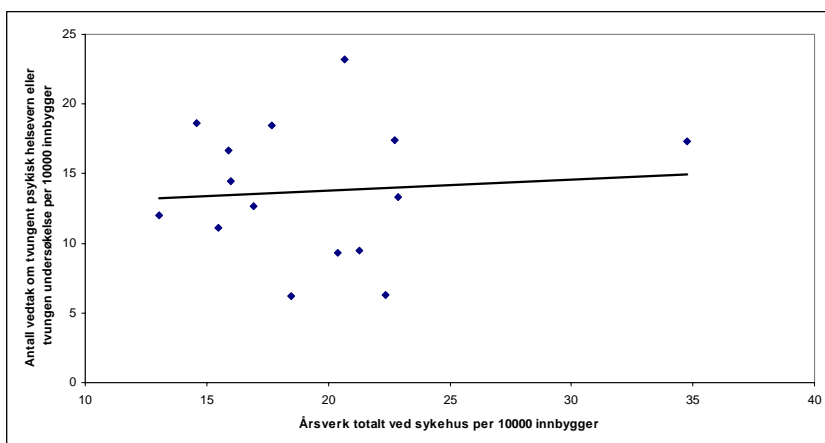
Figur 11.9 Årsverk totalt ved sykehus per 10 000 innbygger og andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern ved innleggelse til sykehus. Corr=0,1. Etter sykehusområde. 2006.



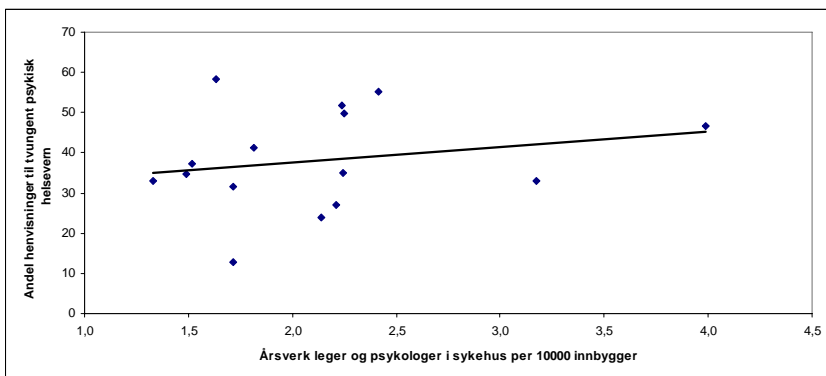
Figur 11.10 Årsverk totalt ved sykehus per 10 000 innbygger og antall henvisninger til tvungen psykisk helsevern per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=0,2. Etter sykehusområde. 2006.



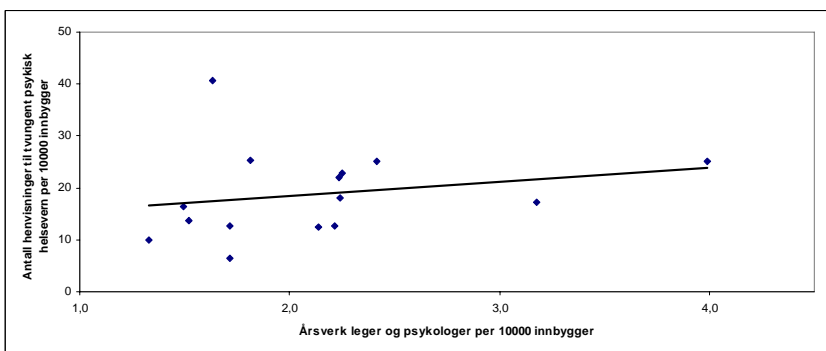
Figur 11.11 Årsverk totalt ved sykehus per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungen psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,1. Etter sykehusområde. 2006.



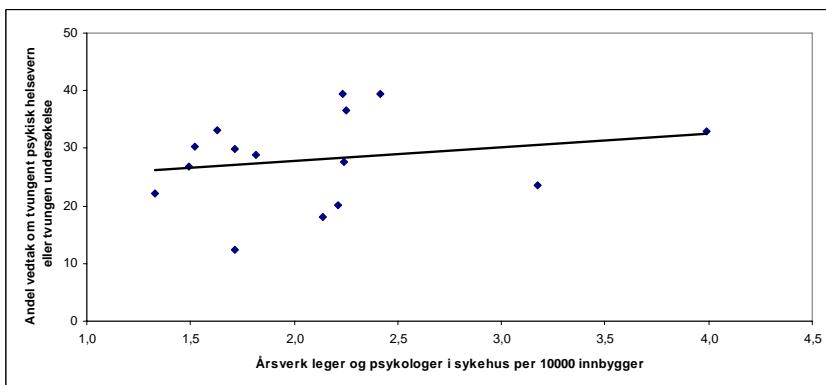
Figur 11.12 Årsverk totalt ved sykehus per 10 000 innbygger og antall vedtak om tvungen psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=0,1. Etter sykehusområde. 2006.



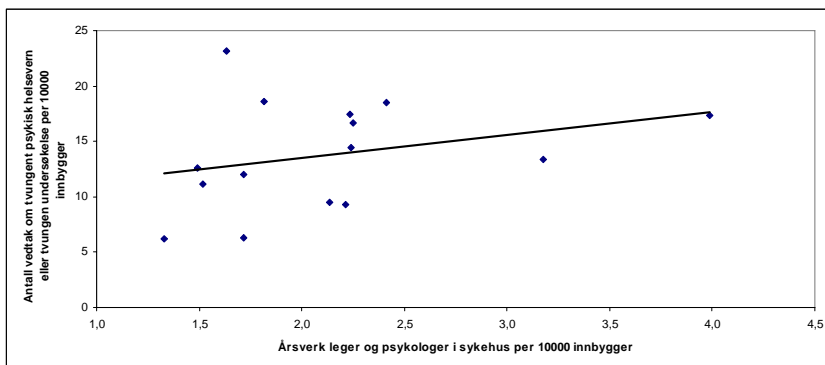
Figur 11.13 Årsverk til leger og psykologer ved sykehus per 10 000 innbygger og andel henvisninger til tvungen psykisk helsevern ved innleggelse til sykehus. Corr=0,2. Etter sykehusområde. 2006.



Figur 11.14 Årsverk til leger og psykologer ved sykehus per 10 000 innbygger og antall henvisninger til tvungen psykisk helsevern per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=0,2. Etter sykehusområde. 2006.



Figur 11.15 Årsverk til leger og psykologer ved sykehus per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungen psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr=0,2. Etter sykehusområde. 2006.



Figur 11.16 Årsverk til leger og psykologer ved sykehus per 10 000 innbygger og antall vedtak om tvungen psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=0,3. Etter sykehusområde. 2006.

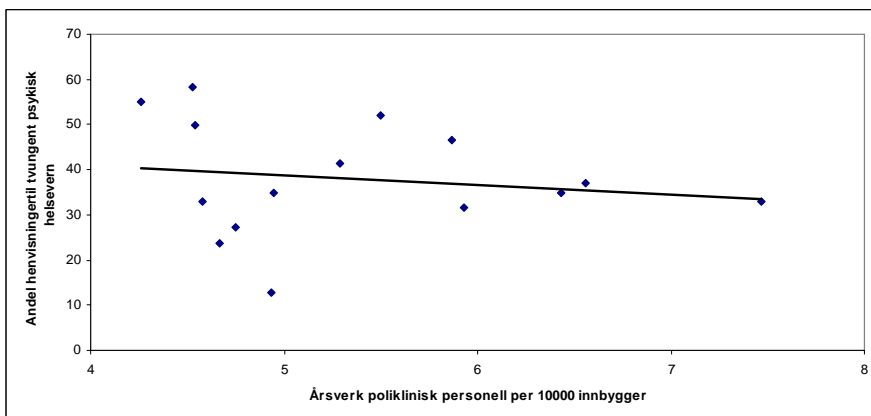
For årsverk totalt vises en svak positiv korrelasjon med omfang av henvisning til tvungen psykisk helsevern, mens korrelasjonen med omfang av vedtak om tvungen undersøkelse eller tvungen psykisk helsevern er tilnærmet lik null. Korrelasjonsplottene viser at én observasjon for antall årsverk per 10 000 innbygger skiller seg vesentlig fra de øvrige. Dette gjelder sykehusområdet Ullevål og Aker som rapporterer langt høyere personelltetthet i forhold til befolkningstall i opptaksområde enn de øvrige sykehusområdene. Når denne observasjonen tas ut av analysene vises negativ korrelasjon både for omfang av tvungen psykisk helsevern ved henvisning og for omfang av vedtak om tvungen undersøkelse eller tvungen psykisk helsevern. Korrelasjonen er imidlertid fortsatt beskjeden, spesielt hva gjelder vedtak.

Flere årsverk til leger og psykologer per 10 000 innbygger er svakt assosiert med høyere omfang av tvang, både ved henvisning og spesialistvedtak. Ullevål og Aker representerer også her en "outlier", og sammenhengen svekkes når denne observasjonen tas ut av analysen.

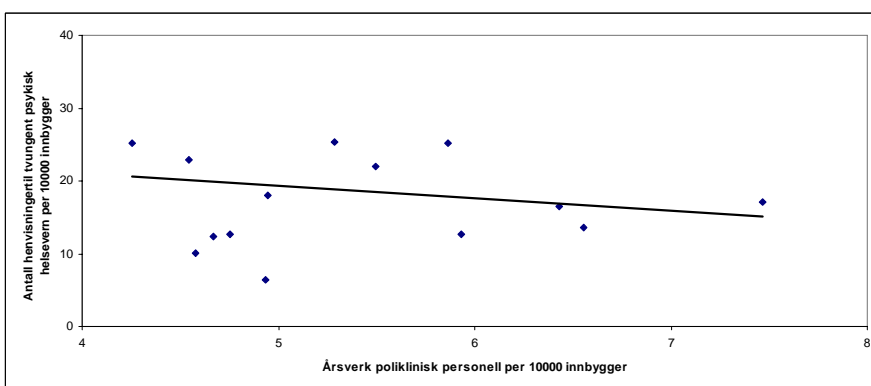
11.2.3 Omfang av tvang og polikliniske årsverk og konsultasjoner i sykehusenes opptaksområde

Årsverk til poliklinisk personell og polikliniske konsultasjoner inkluderes i analysen som indikator for å se på betydningen av kapasitet i spesialisthelsetjenester utenfor døgnavdelingene ved sykehusene.

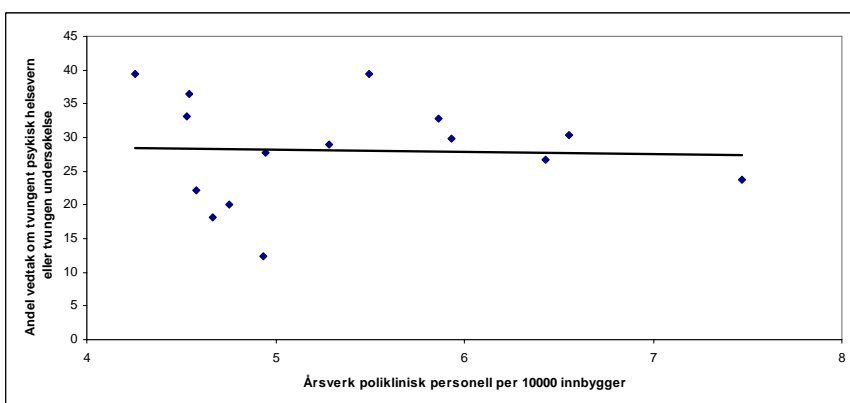
Figurene 11.17 – 11.20 viser korrelasjon mellom årsverk til poliklinisk personell i sykehusområdet og henholdsvis omfang tvungen psykisk helsevern ved henvisning og omfang av vedtak om tvungen undersøkelse og tvungen psykisk helsevern. Figurene 11.21 – 11.24 viser tilsvarende korrelasjon for omfang av tvang og polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbygger i sykehusets opptaksområde.



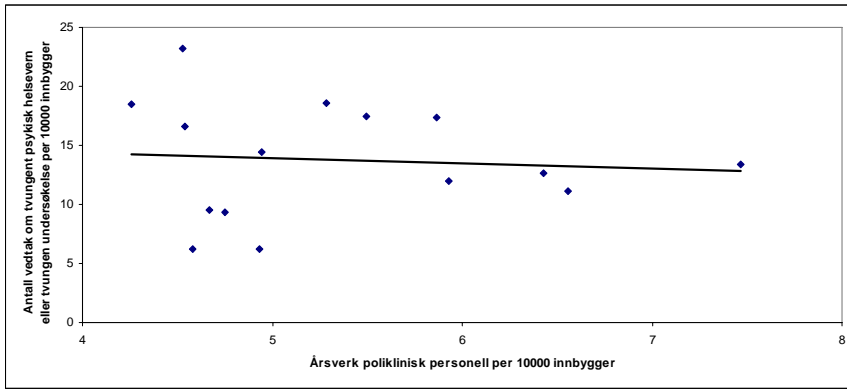
Figur 11.17 Årsverk til poliklinisk personell per 10 000 innbygger og andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,2. Etter sykehusområde. 2006.



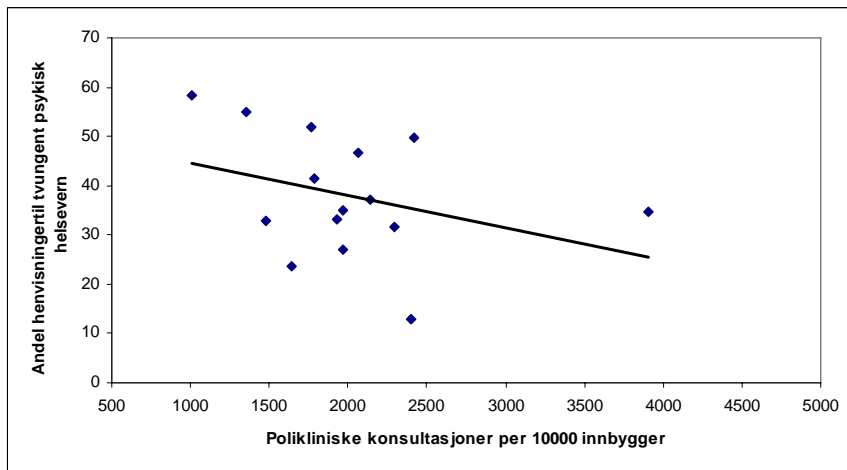
Figur 11.18 Årsverk til poliklinisk personell per 10 000 innbygger og antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,2. Etter sykehusområde. 2006.



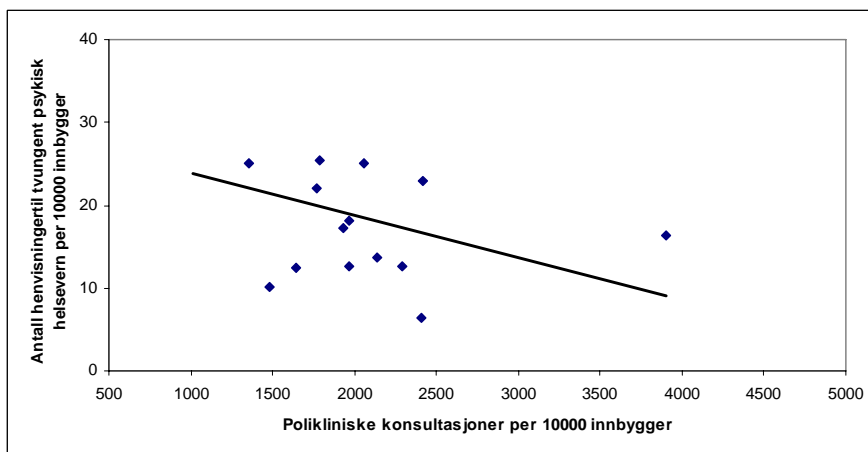
Figur 11.19 Årsverk til poliklinisk personell per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr=0,0. Etter sykehusområde. 2006.



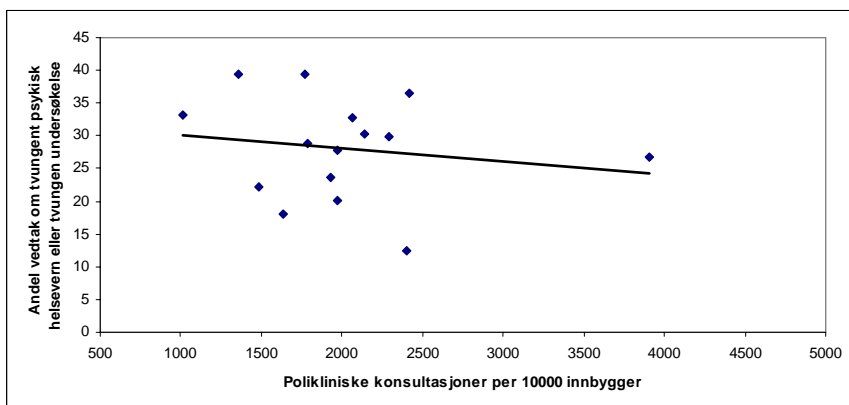
Figur 11.20 Årsverk til poliklinisk personell per 10 000 innbygger og antall vedtak om tvungen psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,1. Etter sykehusområde. 2006.



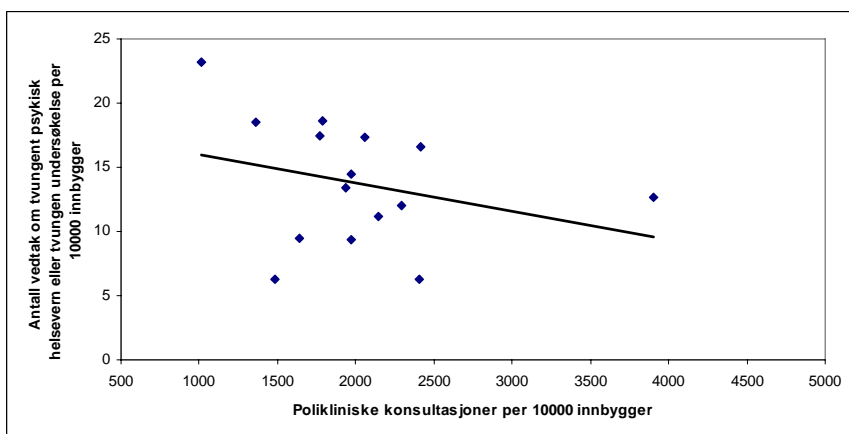
Figur 11.21 Polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbygger og andel henvisninger til tvungen psykisk helsevern ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,3. Etter sykehusområde. 2006.



Figur 11.22 Polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbygger og antall henvisninger til tvungen psykisk helsevern per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,4. Etter sykehusområde. 2006.



Figur 11.23 Polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,2. Etter sykehusområde. 2006.



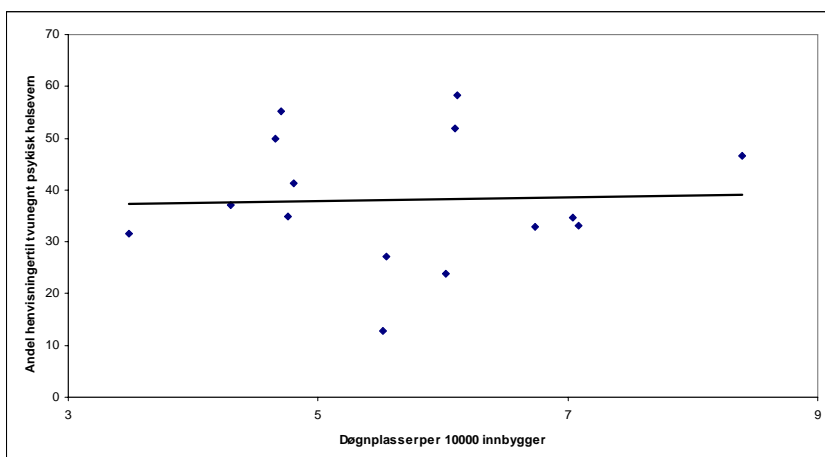
Figur 11.24 Polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbygger og antall vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=-0,3. Etter sykehusområde. 2006.

Årsverk til poliklinisk personell varierer mellom sykehusområdene fra i overkant av fire til i overkant av sju årsverk per 10 000 innbygger. Variasjonen er svakt negativt korrelert med variasjon i omfang av tvang, både hva gjelder henvisninger og spesialistvedtak. Sykehusområder med lave rater for poliklinisk personell assosieres med marginalt høyere andeler og rater henvisninger om tvungent psykisk helsevern og vedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern.

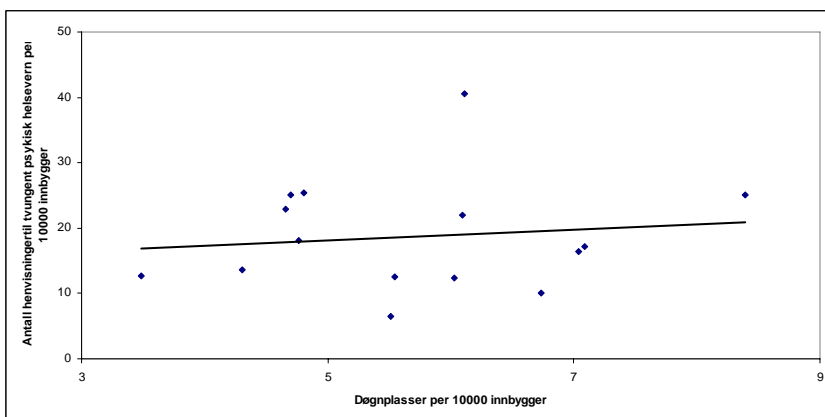
Polikliniske konsultasjoner varierer i hovedsak mellom ca 1000 og 2500 konsultasjoner per 10 000 innbygger i sykehusets opptaksområde. I tillegg observeres oppimot 4000 konsultasjoner per 10 000 innbygger i ett av områdene. Figurene 11.21 – 11.24 viser alle en negativ assosiasjon mellom omfang av tvang og antall polikliniske konsultasjoner i forhold til befolkningsstørrelse. Få polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbygger assosieres altså med større omfang av henvisninger til tvungent psykisk helsevern og større omfang av vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse. Korrelasjonen forsterkes ytterligere dersom "outlieren" tas ut av materialet.

11.2.4 Omfang av tvang og døgnplasser ved sykehusene

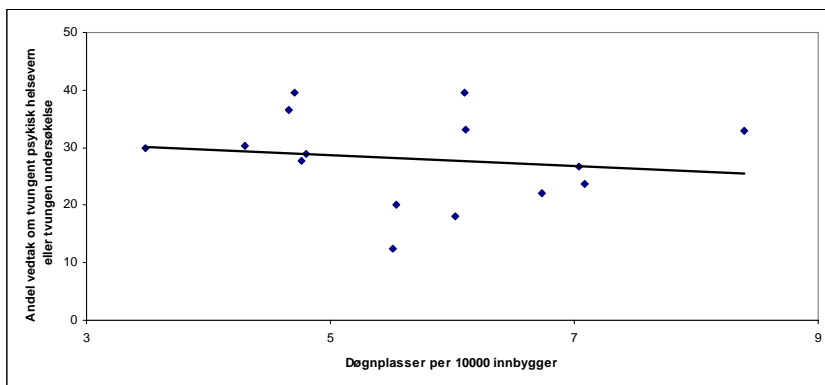
Døgnplasser benyttes som indikator for kapasitet i sykehusenes døgnavdelinger. Institusjonenes kapasitet vil imidlertid også avhenge av tilgjengelig personell og kompetanse. Figurene 11.25 – 11.28 viser korrelasjon med omfang av henholdsvis henvisning til tvungent psykisk helsevern og vedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern.



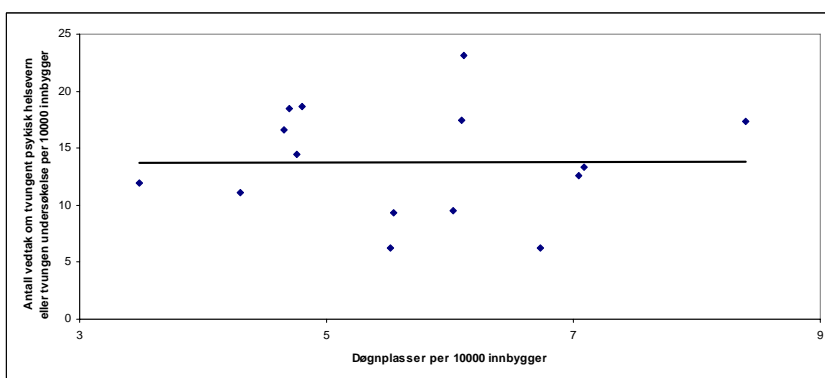
Figur 11.25 Antall døgnplasser per 10 000 innbygger og andel henvisninger til tvungent psykisk helsevern ved innleggelse til sykehus. Corr=0,0. Etter sykehusområde. 2006.



Figur 11.26 Antall døgnplasser per 10 000 innbygger og antall henvisninger til tvungent psykisk helsevern per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr=0,1. Etter sykehusområde. 2006.



Figur 11.27 Antall døgnplasser per 10 000 innbygger og andel vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse ved innleggelse til sykehus. Corr. = -0,2. Etter sykehusområde. 2006.



Figur 11.28 Antall døgnplasser per 10 000 innbygger og antall vedtak om tvungent psykisk helsevern eller tvungen undersøkelse per 10 000 innbygger ved innleggelse til sykehus. Corr. = 0.0. Etter sykehusområde. 2006.

Figurene viser bare svært liten grad av korrelasjon mellom omfang av tvang og antall døgnplasser per 10 000 innbygger i sykehusenes opptaksområder. Assosiasjonen er svakt positiv for henvisninger og svakt negativ for andel spesialistvedtak. Sistnevnte effekt elimineres når det justeres for innbyggertall i figur 11.28.

11.2.5 Oppsummering

Omfang av tvang ved både henvisning og vedtak er positivt korrelert med folketall i sykehusområdet, men effekten drives i hovedsak av én ekstremobservasjon. Omfanget er negativt korrelert med årsverk til psykisk helsearbeid i kommunene finansiert av øremerkede midler og med polikliniske konsultasjoner per 10 000 innbygger i sykehusområdet. Flere årsverk i kommunehelsetjenesten, finansiert av øremerkede midler assosieres også færre omgjorte vedtak og lavere andel tvungen undersøkelse. For døgnplasser, polikliniske årsverk og årsverk totalt ved sykehusene vises tilnærmet ingen korrelasjon med omfang av tvang verken ved henvisning eller vedtak etter innleggelse. Antall leger og psykologer per 10 000 innbygger i opptaksområdet er positivt korrelert med omfang av tvang, men også denne effekten drives i stor grad av en "outlier" i materialet.

Litteraturliste

- Anfang, S. A. & Appelbaum, P. S. (2006). Civil commitment--the American experience. *Isr.J Psychiatry Relat Sci.*, 43, 209-218.
- Appelbaum, P. S. (1997). Almost a revolution: an international perspective on the law of involuntary commitment. *J Am Acad.Psychiatry Law*, 25, 135-147.
- Bagby, R. M. & Atkinson, L. (1988). The effects of legislative reform on civil commitment admission rates: A critical analysis. *Behavioral Sciences and the Law*, 6, 45-61.
- Bauer, A., Rosca, P., Grinshpoon, A., Khawaled, R., Mester, R., Yoffe, R. et al. (2007b). Trends in involuntary psychiatric hospitalization in Israel 1991-2000. *Int.J Law Psychiatry*, 30, 60-70.
- Bauer, A., Rosca, P., Grinshpoon, A., Khawaled, R., Mester, R., Yoffe, R. et al. (2007c). Trends in involuntary psychiatric hospitalization in Israel 1991-2000. *Int.J Law Psychiatry*, 30, 60-70.
- Bauer, A., Rosca, P., Grinshpoon, A., Khawaled, R., Mester, R., Yoffe, R. et al. (2007a). Trends in involuntary psychiatric hospitalization in Israel 1991-2000. *Int.J Law Psychiatry*, 30, 60-70.
- Bindman, J., Tighe, J., Thornicroft, G., & Leese, M. (2002). Poverty, poor services, and compulsory psychiatric admission in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 341-345.
- Bjørngaard, J. H. & Hatling, T. (2003). *Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern 2001-2002* (Rep. No. STF78 A035004). Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Bjørngaard, J. H. & Hatling, T. (2005). *Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2003* (Rep. No. STF78 A055001). Trondheim: SINTEF Helse.
- Bjørngaard, J. H. & Heggstad, T. (2001). Kan ulik pasientsammensetning forklare forskjeller i tvangsinnleggelse? *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, 121, 3369-3374.
- Brabrand, J. & Friis, S. (1997). Tvangsinnleggelse i akuttpsykiatriske institusjoner. *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, 117, 1737-1739.
- Christensen, E. M., Bengtsson, Å., Kramp, P., & Rafaelsen, O. J. (1990). Tvangsindlæggelse i Danmark og Sverige. Forskjeller i hyppighed belyst ved sammenligning af 2 lokalområder i de respektive lande. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 44, 381-387.
- Craw, J. & Compton, M. T. (2006b). Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 981-988.

- Craw, J. & Compton, M. T. (2006a). Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*, 981-988.
- Engberg, M. (1991). Involuntary commitment in Greenland, the Faroe Islands and Denmark. *Acta Psychiatr Scand.*, *84*, 356.
- Færden, A. (2001). Rehabilitering av psykiatriske langtidspasienter. *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, *121*, 3375-3379.
- Fennig, S., Rabinowitz, J., & Fennig, S. (1999). Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future admissions. *Psychiatr Serv*, *50*, 1049-1052.
- Hagen, H. & Lilleeng, S. (2007). *Estimering av antall individer som ble behandlet i psykisk helsevern for voksne i 2005. Tjenestetilbudet til individer - fra epsiodedata til individdata innen psykisk helsevern* (Rep. No. SINTEF A1198). Trondheim: SINTEF Helse.
- Hansson, L., Muus, S., Saarento, O., Vinding, H. R., Gostas, G., Sandlund, M. et al. (1999). The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: rates of compulsory care and use of compulsory admissions during a 1-year follow-up. *Soc.Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, *34*, 99-104.
- Hansson, L., Muus, S., Vinding, H. R., Gostas, G., Saarento, O., Sandlund, M. et al. (1998). The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry: contact rates and use of services for patients with a functional psychosis. *Acta Psychiatr Scand.*, *97*, 315-320.
- Hatling, T., Krogen, T., & Ulleberg, P. (2002). Compulsory admissions to psychiatric hospitals in Norway - international comparisons and regional variations. *Journal of Mental Health*, *11*, 623-634.
- Hatling, T., Røhme, K., & Bjørngaard, J. H. (2005). *Evaluering av Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Sluttrapport*. (Rep. No. STF78 A055014). Trondheim: SINTEF Helse.
- Hotopf, M., Wall, S., Buchanan, A., Wessely, S., & Churchill, R. (2000a). Changing patterns in the use of the Mental Health Act 1983 in England, 1984-1996. *The British Journal of Psychiatry*, *176*, 479-484.
- Hotopf, M., Wall, S., Buchanan, A., Wessely, S., & Churchill, R. (2000b). Changing patterns in the use of the Mental Health Act 1983 in England, 1984-1996. *The British Journal of Psychiatry*, *176*, 479-484.
- Høyer, G. (1985). Tvangsinnleggelser og tvangsretensjon i psykiatriske institusjoner - en sammenligning av regelverk og praksis i de skandinaviske land. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, *39*, 147-157.
- Ishizuka, C., Nakatani, Y., Morita, N., & Satoh, S. (2001). Sociodemographic and clinical characteristics of psychiatric patients coercively brought to hospitals. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *55*, 147-156.
- Kallert, T. W. & Torres-González, F. (2006). *Legislation on Coercive Mental Health Care in Europe*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

- Kaspersen, S., Ose, S. O., & Hatling, T. (2007). *Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av øremerkede midler 1999-2005* (Rep. No. SINTEF A1216). Trondheim: SINTEF Helse.
- Katsakou, C. & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission--a review. *Acta Psychiatr Scand.*, *114*, 232-241.
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A. M., Lonnqvist, J., & Kaltiala-Heino, R. (2007). A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Soc.Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, *42*, 747-752.
- Kjellin, L. (1997a). Compulsory psychiatric care in Sweden 1979-1993. Prevalence of committed patients, discharge rates and area variation. *Soc.Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, *32*, 90-96.
- Kjellin, L. (1997b). Compulsory psychiatric care in Sweden 1979-1993. Prevalence of committed patients, discharge rates and area variation. *Soc.Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, *32*, 90-96.
- Kokkonen, P. (1993). Coercion and legal protection in psychiatric care in Finland. *Medicine and Law*, *12*, 113-124.
- Large, M. M., Nielssen, O., Ryan, C. J., & Hayes, R. (2007). Mental health laws that require dangerousness for involuntary admission may delay the initial treatment of schizophrenia. *Soc.Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rossler, W. (2002). Public attitude to compulsory admission of mentally ill people. *Acta Psychiatr Scand.*, *105*, 385-389.
- Lecompte, D. (1995). The paradoxical increase in involuntary admissions after the revision of the Civil Commitment Law in Belgium. *Medicine and Law*, *14*, 53-57.
- Lelliott, P. & Audini, B. (2003a). Trends in the use of Part II of the Mental Health Act 1983 in seven English local authority areas. *The British Journal of Psychiatry*, *182*, 68-70.
- Lelliott, P. & Audini, B. (2003b). Trends in the use of Part II of the Mental Health Act 1983 in seven English local authority areas. *The British Journal of Psychiatry*, *182*, 68-70.
- Malla, A., Norman, R. M., & Helmes, E. (1987). Factors associated with involuntary admission to psychiatric facilities in Newfoundland. *CMAJ.*, *136*, 1166-1171.
- Munk-Jørgensen, P. (1999). Has deinstitutionalization gone too far? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *24*, 136-143.
- Nicholson, R. A. (1986b). Correlates of commitment status in psychiatric patients. *Psychological Bulletin*, *100*, 241-250.
- Nicholson, R. A. (1986a). Correlates of commitment status in psychiatric patients. *Psychological Bulletin*, *100*, 241-250.
- Nicholson, R. A. (1986c). Correlates of commitment status in psychiatric patients. *Psychological Bulletin*, *100*, 241-250.
- Nicholson, R. A. (1986d). Correlates of commitment status in psychiatric patients. *Psychological Bulletin*, *100*, 241-250.

- Okin, R. L. (1986). The relationship between legal status and patient characteristics in state hospitals. *Am J Psychiatry*, *143*, 1233-1237.
- Ose, S. O. (2007). *Psykisk helsearbeid. Anslag på antall brukere, personellinnsats og udekket personellbehov*. (Rep. No. SINTEF A1254). Trondheim: SINTEF Helse.
- Pokorny, L., Shull, R. D., & Nicholson, R. A. (1999). Dangerousness and disability as predictors of psychiatric patients' legal status. *Behavioral Sciences and the Law*, *17*, 253-267.
- Poulsen, H. D., Munk-Jorgensen, P., & Aggernaes, K. H. (1996). [The law on involuntary commitment and other detainment in psychiatry. A study of registered involuntary commitments]. *Ugeskrift for Laeger*, *158*, 2687-2691.
- Riecher, A., Rossler, W., Loffler, W., & Fatkenheuer, B. (1991a). Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychological Medicine*, *21*, 197-208.
- Riecher, A., Rossler, W., Loffler, W., & Fatkenheuer, B. (1991b). Factors influencing compulsory admission of psychiatric patients. *Psychological Medicine*, *21*, 197-208.
- Riecher-Rossler, A. & Rossler, W. (1993a). Compulsory admission of psychiatric patients--an international comparison. *Acta Psychiatr Scand.*, *87*, 231-236.
- Riecher-Rossler, A. & Rossler, W. (1993b). Compulsory admission of psychiatric patients--an international comparison. *Acta Psychiatr Scand.*, *87*, 231-236.
- Riecher-Rossler, A. & Rossler, W. (1993c). Compulsory admission of psychiatric patients--an international comparison. *Acta Psychiatr Scand.*, *87*, 231-236.
- Robak, O. H. (1997). Tvangsinnleggelse i psykiatrien. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening*, *117*, 1736.
- Röttgers, H. R. & Lepping, P. (1999). Treatment of the mentally ill in the Federal Republic of Germany. *Psychiatric Bulletin*, *23*, 601-603.
- Singh, S. P., Croudace, T., Beck, A., & Harrison, G. (1998a). Perceived ethnicity and the risk of compulsory admission. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *33*, 39-44.
- Singh, S. P., Croudace, T., Beck, A., & Harrison, G. (1998b). Perceived ethnicity and the risk of compulsory admission. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *33*, 39-44.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern. IS-1370. Sosial- og helsedirektoratet.
Ref Type: Bill/Resolution
- Tremblay, P. F., King, P. R., & Baines, G. R. (1994b). Clinical and demographic characteristics of voluntary and involuntary psychiatric inpatients. *Can.J Psychiatry*, *39*, 297-299.
- Tremblay, P. F., King, P. R., & Baines, G. R. (1994a). Clinical and demographic characteristics of voluntary and involuntary psychiatric inpatients. *Can.J Psychiatry*, *39*, 297-299.
- Wall, S., Hotopf, M., Wessely, S., & Churchill, R. Trends in the use of the Mental Health Act: England, 1984-96.[see comment].

- Webber, M. & Huxley, P. (2004a). Social exclusion and risk of emergency compulsory admission. A case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1000-1009.
- Webber, M. & Huxley, P. (2004b). Social exclusion and risk of emergency compulsory admission. A case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1000-1009.
- Webber, M. & Huxley, P. (2004e). Social exclusion and risk of emergency compulsory admission. A case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1000-1009.
- Webber, M. & Huxley, P. (2004d). Social exclusion and risk of emergency compulsory admission. A case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1000-1009.
- Webber, M. & Huxley, P. (2004c). Social exclusion and risk of emergency compulsory admission. A case-control study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1000-1009.
- Zinkler, M. & Priebe, S. (2002). Detention of the mentally ill in Europe--a review. *Acta Psychiatr Scand.*, 106, 3-8.

Del III - Dokumentasjonsvedlegg

I denne delen viser vi i fem vedlegg Institusjonsoversikt, Henvisningsformalitet og Spesialistvedtak på institusjonsnivå for hvert av årene vi analyserer, Estimeringsgrunnlag for høyt/lavt estimat samt Sykehusområder (sykehus, DPS oa og opptaksområde – kommuner).

Særlig vedlegg 2 og vedlegg 3 kan brukes på RHF-, HF- og institusjonsnivå til å følge utviklingen i henvisningsformalitet og spesialistvedtak fra 2001 til 2006, og som et empirisk utgangspunkt for en drøfting av tvangsinnleggelsespraksis i området.

Vedlegg 1 – Institusjonsoversikt

RHF/ Institusjonsnavn	Type	Omfatter også
Helse Øst RHF		
Sykehuset Østfold	sykehus	
Blakstad sykehus	sykehus	
Diakonhjemmets sykehus	sykehus	Diakonhjemmets sykehus Vinderen Diakonhjemmets sykehus Søndre Borgen Diakonhjemmet sykehus Akuttpsykiatrisk avdeling
Ullevål universitetssykehus	sykehus	Lien psykiatriske behandlingssenter
Akershus universitetssykehus	sykehus	
Sykehuset Innlandet	sykehus	Sykehuset Innlandet Sanderud Sykehuset Innlandet Reinsvoll
Aker universitetssykehus	sykehus	
Oslo hospital	sykehus	
Lovisenberg diakonale sykehus	sykehus	Vor Frue hospital
DPS Fredrikstad	DPS oa	Fredrikstad psykiatriske bo- og behandlingssenter
DPS Gjøvik	DPS oa	DPS Gjøvik-Land-Valdres Sykehuset Innlandet Gjøvik Toten DPS
Helse Sør RHF		
Sykehuset Buskerud	sykehus	
Psykiatrien i Vestfold, fylkesavdelingen	sykehus	
Sykehuset Telemark	sykehus	DPS Skien
Sørlandet sykehus, Arendal	sykehus	
Sørlandet sykehus, Kristiansand	sykehus	
Drammen psykiatriske senter	DPS oa	
DPS Notodden/ Seljord	DPS oa	Seljord psykiatriske senter Psykisk eining, Notodden sykehus
Nordre Vestfold DPS	DPS oa	
Søndre Vestfold DPS	DPS oa	Sandefjord DPS Larvik DPS

RHF/ Institusjonsnavn	Type	Omfatter også
Tønsberg DPS	DPS oa	
DPS Aust-Agder.	DPS oa	DPS Arendal (Aas) Byglandsfjord psykiatriske senter DPS Øst (Mauråsen) DPS Grimstad (Egra)
DPS Solvang	DPS oa	
Helse Vest RHF		
Stavanger universitetssykehus	sykehus	Helse Stavanger, spesialavdelingene Engelsvoll psykiatriske senter Rogaland psykiatriske sykehus
Haugesund sjukehus	sykehus	
Valen sjukehus	sykehus	
Haukeland universitetssykehus	sykehus	Sandviken sykehus
Helse Førde, psykiatrisk klinikk	sykehus	Tronvik psykiatriske behandlingsheim
Olaviken behandlingssenter	sykehus	Klokkergarden psykiatriske senter
Dalane DPS	DPS oa	
Ryfylke DPS	DPS oa	Strand psykiatriske senter
Sandnes DPS	DPS oa	Varatun psykiatriske senter
Stavanger DPS	DPS oa	Lassahagen psykiatriske senter
Folgefonn DPS	DPS oa	Odda psykiatriske senter
Haugaland DPS	DPS oa	Stølen psykiatriske senter Aksdal psykiatriske senter
Bjergvin DPS	DPS oa	Åstveit DPS
Fjell og Årstad	DPS oa	
Indre Sogn psykiatrisenter	DPS oa	
Nordfjord psykiatriske senter	DPS oa	
Randaberg psykiatriske senter	DPS oa	
Jæren DPS	DPS oa	
Helse Midt-Norge RHF		
St Olavs hospital	sykehus	
Leistad DPS	DPS oa	
Orkdal DPS	DPS oa	Haltdalen bo- og behandlingssenter
Tiller DPS	DPS oa	
Betania Malvik	DPS oa	
DPS Stjørdal	DPS oa	Halsen psykiatriske senter
DPS Kolvereid	DPS oa	Psykiatrisk senter Ytre Namdal
Betania psykiatriske senter Sparbu	DPS oa	
Helse Nord RHF		

RHF/ Institusjonsnavn	Type	Omfatter også
Nordlandssykehuset	sykehus	Røsvik bo- og behandlingssenter
Universitetssykehuset i Nord-Norge	sykehus	
DPS Sør-Troms	DPS oa	
Ofoten psykiatriske senter	DPS oa	
Psykiatrisk senter Tromsø og Karlsøy	DPS oa	
DPS Midt-Finnmark	DPS oa	
DPS Vest-Finnmark	DPS oa	
DPS Øst-Finnmark	DPS oa	

Vedlegg 2 – Henvisningsformalitet

Institusjon	År	Henvisningsformalitet			Prosent- grunnlag	Antall uten angitt hjemmel
		Frivillig	Begjæring om tvang	Annet lov- grunnlag		
Helse Øst RHF						
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelser						
Oslo Hospital	2001	100	0	0	48	0
	2002	100	0	0	54	0
	2003	100	0	0	94	0
	2005	88	11	1	161	2
	2006	73	26	1	129	1
Diakonhjemmets sykehus	2002	61	39	0	476	2
	2005	57	43	0	703	4
	2006	58	42	0	700	13
Aker universitetssykehus	2006	50	49	1	741	32
Sykehuset Innlandet	2002	79	21	0	1202	45
	2006	87	13	1	1881	16
Sykehuset Østfold	2001	37	62	1	1109	28
	2002	34	66	0	1273	13
	2003	34	64	2	1523	21
	2005	42	56	2	1616	12
	2006	40	58	2	1823	6
Blakstad sykehus	2001	54	46	0	535	42
	2002	52	48	0	667	1
	2003	52	48	0	712	0
	2005	48	52	0	621	36
	2006	48	52	0	674	29
Lovisenberg diakonale sykehus	2002	43	57	0	525	1
	2003	41	58	1	571	0
	2005	42	58	0	817	4

Institusjon	År	Henvisningsformalitet			Prosent- grunnlag	Antall uten angitt hjemmel
		Frivillig	Begjæring om tvang	Annet lov- grunnlag		
Ullevål universitets- sykehus	2001	50	49	1	788	36
	2002	56	44	0	896	0
	2006	59	41	0	1074	37
Akershus universitets- sykehus	2001	53	47	0	406	7
	2002	49	51	0	379	5
	2005	49	51	0	1000	43
	2006	50	50	0	1105	59
DPS Fredrikstad	2003	94	6	0	105	0
	2005	90	10	0	173	0
	2006	93	7	0	211	3
DPS Gjøvik	2003	87	13	0	474	110
	2006	88	12	0	676	165
Helse Sør RHF						
Tønsberg DPS	2002	90	10	0	82	0
	2003	81	19	0	136	0
	2005	77	23	0	129	0
	2006	81	19	0	177	0
Søndre Vestfold DPS	2001	100	0	0	142	0
	2002	100	0	0	47	0
	2003	97	3	0	76	0
	2005	86	14	0	88	0
	2006	88	12	0	111	0
Nordre Vestfold DPS	2001	100	0	0	32	0
	2002	100	0	0	21	0
	2003	100	0	0	18	0
	2005	96	4	0	26	0
	2006	87	13	0	30	0
DPS Solvang	2006	100	0	0	309	21
Psykiatrien i Vestfold, fylkesavd	2001	71	28	0	699	0
	2002	75	25	0	767	0
	2003	75	25	0	774	0
	2005	67	33	0	769	0
	2006	68	32	0	898	0

Institusjon	År	Henvisningsformalitet			Prosent- grunnlag	Antall uten angitt hjemmel
		Frivillig	Begjæring om tvang	Annet lov- grunnlag		
DPS Notodden/Seljord	2002	100	0	0	174	7
	2003	100	0	0	186	14
	2005	99	1	0	192	24
	2006	98	2	0	182	26
Sykehuset Telemark	2002	56	44	0	592	41
	2003	59	41	0	634	5
	2005	65	35	0	670	1
	2006	65	35	0	785	2
Drammen psyk. senter	2005	99	1	0	355	0
	2006	98	2	0	429	0
Sykehuset Buskerud	2005	61	37	2	709	0
	2006	62	37	1	786	3
Sørlandet sykehus Arendal	2001	80	20	0	514	39
	2002	70	29	0	546	28
	2003	74	25	1	575	38
	2005	66	34	0	492	40
Sørlandet sykehus Kristiansand	2003	67	32	0	989	37
	2005	58	41	1	928	74
	2006	54	45	1	1094	154
DPS Aust-Agder	2006	99	0	0	511	44
Helse Vest RHF						
Jæren DPS	2001	82	18	0	84	0
	2002	77	23	0	179	0
	2003	78	22	0	236	0
	2005	75	24	0	329	0
	2006	76	24	0	424	6
Bjergvin DPS	2005	97	3	0	232	32
	2006	99	1	0	317	49
Ryfylke DPS	2001	100	0	0	38	0
	2002	100	0	0	10	0
	2003	100	0	0	11	0
	2006	99	1	0	105	9

Institusjon	År	Henvisningsformalitet			Prosent- grunnlag	Antall uten angitt hjemmel
		Frivillig	Begjæring om tvang	Annet lov- grunnlag		
Indre Sogn psyk.senter (S & F)	2001	88	12	0	73	3
	2002	84	16	0	83	0
	2003	91	5	4	77	1
	2005	94	6	0	107	0
	2006	90	10	0	107	0
	Stavanger DPS	2005	67	32	1	403
Haugaland DPS	2001	87	13	0	225	16
	2002	88	12	0	215	23
	2003	96	4	0	313	4
	2005	70	30	0	237	0
	2006	75	25	0	380	0
	Sandnes DPS	2003	97	3	0	59
2005		85	15	0	429	3
2006		99	1	0	175	6
Dalane DPS	2001	98	1	1	121	17
	2002	100	0	0	221	0
	2003	99	0	1	172	3
	2005	100	0	0	192	1
	2006	100	0	0	161	2
	Randaberg psykiatriske senter	2003	50	50	0	2
Nordfjord psykiatriske senter	2002	98	2	0	135	6
	2003	99	1	0	117	0
	2005	97	3	0	109	1
	2006	97	3	0	161	0
	Folgefonn DPS	2006	100	0	0	87
Fjell og Årstad DPS	2006	99	1	0	218	35
Olaviken behandlings- senter	2002	16	84	0	32	1
	2003	49	51	0	39	0

Institusjon	År	Henvisningsformalitet			Prosent- grunnlag	Antall uten angitt hjemmel
		Frivillig	Begjæring om tvang	Annet lov- grunnlag		
Valen sjukehus	2001	56	44	0	144	0
	2002	71	29	0	156	0
	2003	63	37	0	169	0
	2005	70	30	0	184	0
	2006	66	34	0	162	0
Haugesund sjukehus	2001	73	27	0	361	7
	2002	75	25	0	375	0
	2003	71	29	0	433	0
	2005	63	37	0	386	0
	2006	67	33	0	381	0
Haukeland universitets- sykehus	2001	41	59	0	1180	5
	2002	51	49	0	1290	1
	2003	51	49	0	1361	0
	2005	47	53	0	1948	14
	2006	45	55	0	1717	52
Helse Førde, psyk klinikk	2001	74	26	0	483	1
	2002	74	26	1	473	5
	2003	79	21	0	577	1
	2005	77	23	0	520	21
	2006	76	24	0	555	7
Stavanger universitetssykehus	2003	70	30	0	1529	12
	2005	69	31	0	601	0
	2006	65	35	0	1589	11
Helse Midt-Norge RHF						
Betania Malvik	2001	98	3	0	40	1
	2002	100	0	0	35	1
	2003	100	0	0	42	0
Halsen psyk. senter	2003	98	2	0	50	0
Betania psyk. senter	2002	100	0	0	18	21
Orkdal DPS	2001	100	0	0	78	2
	2002	100	0	0	93	0
	2003	97	3	0	92	0
	2005	97	3	0	172	2

Institusjon	År	Henvisningsformalitet			Prosent- grunnlag	Antall uten angitt hjemmel
		Frivillig	Begjæring om tvang	Annet lov- grunnlag		
Tiller DPS	2001	100	0	0	36	0
	2002	100	0	0	62	0
	2003	100	0	0	79	0
	2005	97	3	0	197	1
Leistad DPS	2002	100	0	0	61	7
	2003	98	2	0	65	0
	2005	100	0	0	108	5
Psykiatrisk senter Ytre Namdal	2002	83	17	0	23	0
St. Olavs hospital	2001	78	22	0	823	23
	2002	77	23	0	884	4
	2003	78	22	0	942	0
	2005	73	27	0	1149	3
Helse Nord RHF						
Psyk. Senter for Tromsø og Karlsøy	2002	100	0	0	24	0
DPS Midt-Finnmark	2002	86	12	1	147	0
	2003	96	2	2	184	0
DPS Øst-Finnmark	2002	95	5	0	199	0
	2003	94	6	0	188	0
DPS Vest-Finnmark	2003	89	11	0	235	3
Ofoten psyk senter	2001	93	7	0	482	20
	2002	94	4	2	342	2
DPS Sør-Troms	2002	100	0	0	136	8
	2003	99	0	1	141	18
	2006	92	8	0	182	18
Nordlandssykehuset	2001	63	37	0	893	12
	2002	66	34	0	968	22
	2003	68	32	0	982	9
	2005	70	30	0	1136	2
	2006	67	33	0	1078	96
Universitetssykehuset i Nord-Norge	2001	63	37	0	759	75
	2002	63	37	0	929	0

Vedlegg 3 – Spesialistvedtak

	År	Spesialistvedtak				Prosent- grunnlag	Uten angitt hjemmel
		Frivillig	Tvungen obs.	TPH	Annet lovgrunn- lag		
Helse Øst RHF							
Oslo Hospital	2001	100	0	0	0	48	0
	2002	100	0	0	0	54	0
	2003	100	0	0	0	94	0
	2005	88	0	11	1	163	0
	2006	72	0	28	1	130	0
Diakonhjemmets sykehus	2002	73	12	16	0	477	1
	2005	71	11	18	0	701	6
	2006	70	11	18	0	701	12
Aker universitetssykehus	2006	66	21	12	0	756	17
Sykehuset Innlandet	2002	79	14	7	0	1216	31
	2006	87	10	2	1	1880	17
Sykehuset Østfold	2001	38	48	12	2	1137	0
	2002	38	50	12	1	1285	1
	2003	62	28	9	1	1544	0
	2005	63	27	8	2	1621	7
	2006	65	27	7	2	1827	2
Blakstad sykehus	2001	67	18	13	1	577	0
	2002	64	21	14	1	667	1
	2003	64	18	17	0	712	0
	2005	61	23	15	0	657	0
	2006	61	24	16	0	702	1
Lovisenberg diakonale sykehus	2002	52	29	19	1	526	0
	2003	52	33	13	2	571	0
	2005	58	23	18	0	819	2

	År	Spesialistvedtak				Prosent- grunnlag	Uten angitt hjemmel
		Frivillig	Tvungen obs.	TPH	Annet lovgrunn- lag		
Ullevål							
universitetssykehus	2001	61	23	16	0	778	46
	2002	66	20	15	0	866	30
	2006	73	15	12	0	958	153
Akershus							
universitetssykehus	2001	58	23	20	0	413	0
	2002	55	22	22	1	384	0
	2005	59	25	16	0	1024	19
	2006	63	24	13	0	1095	69
DPS Fredrikstad							
	2003	94	1	5	0	105	0
	2005	90	0	10	0	173	0
	2006	93	0	7	0	213	1
DPS Gjøvik							
	2003	89	5	4	2	510	74
	2006	91	3	5	1	676	165
Helse Sør RHF							
Tønsberg DPS							
	2002	90	0	10	0	82	0
	2003	81	0	19	0	136	0
	2005	84	0	16	0	129	0
	2006	92	0	8	0	177	0
Søndre Vestfold DPS							
	2001	100	0	0	0	142	0
	2002	100	0	0	0	47	0
	2003	97	0	3	0	76	0
	2005	89	0	11	0	88	0
	2006	89	0	11	0	111	0
Nordre Vestfold DPS							
	2001	100	0	0	0	32	0
	2002	100	0	0	0	21	0
	2003	100	0	0	0	18	0
	2005	100	0	0	0	26	0
	2006	83	0	17	0	30	0
DPS Solvang							
	2006	100	0	0	0	330	0

	År	Spesialistvedtak				Prosent- grunnlag	Uten angitt hjemmel
		Frivillig	Tvungen obs.	TPH	Annet lovgrunn- lag		
Psykiatrien i Vestfold, fylkesavd	2001	73	13	11	3	699	0
	2002	73	15	8	4	767	0
	2003	75	14	10	2	774	0
	2005	68	20	11	1	769	0
	2006	69	18	12	1	898	0
DPS Notodden/Seljord	2002	100	0	0	0	174	7
	2003	100	0	0	0	186	14
	2005	100	0	0	0	191	25
	2006	98	0	2	0	181	27
Sykehuset Telemark	2002	60	14	18	7	575	58
	2003	63	15	14	7	633	6
	2005	66	14	15	6	670	1
	2006	69	10	17	4	785	2
Drammen psyk. senter	2005	99	0	1	0	355	0
	2006	98	0	2	0	429	0
Sykehuset Buskerud	2005	66	23	8	2	709	0
	2006	69	24	6	1	786	3
Sørlandet sykehus Arendal	2001	86	5	9	1	550	3
	2002	76	9	14	1	574	0
	2003	78	7	12	3	613	0
	2005	77	9	14	0	531	1
Sørlandet sykehus Kristiansand	2003	73	11	15	1	997	29
	2005	68	17	15	1	925	77
	2006	68	17	15	0	1129	119
DPS Aust-Agder	2006	100	0	0	0	550	5
Helse Vest RHF							
Jæren DPS	2001	81	10	10	0	84	0
	2002	77	12	11	0	179	0
	2003	79	11	10	0	232	4
	2005	78	4	18	0	329	0
	2006	78	4	17	0	429	1

	År	Spesialistvedtak				Prosent- grunnlag	Uten angitt hjemmel
		Frivillig	Tvungen obs.	TPH	Annet lovgrunn- lag		
Bjørgvin DPS	2005	98	0	2	0	231	33
	2006	99	0	0	0	325	41
Ryfylke DPS	2001	100	0	0	0	38	0
	2002	100	0	0	0	10	0
	2003	100	0	0	0	11	0
	2006	99	0	1	0	114	0
Indre Sogn psykiatrisenter (S & F)	2001	89	0	11	0	75	1
	2002	87	0	13	0	82	1
	2003	91	0	9	0	78	0
	2005	93	0	6	1	107	0
	2006	89	4	7	1	107	0
Stavanger DPS	2005	70	13	15	2	405	0
Haugaland DPS	2001	89	1	10	0	230	11
	2002	89	0	11	0	224	14
	2003	96	0	4	0	313	4
	2005	71	1	28	0	236	1
	2006	75	0	25	0	379	1
Sandnes DPS	2003	100	0	0	0	57	5
	2005	87	7	6	0	432	0
	2006	99	0	1	0	181	0
Dalane DPS	2001	100	0	0	0	126	12
	2002	100	0	0	0	221	0
	2003	100	0	0	0	171	4
	2005	100	0	0	0	193	0
	2006	100	0	0	0	163	0
Randaberg psykiatriske senter	2003	50	0	50	0	2	0
Nordfjord psykiatriske senter	2002	99	0	1	0	141	0
	2003	99	0	1	0	117	0
	2005	97	0	3	0	110	0
	2006	98	0	2	0	161	0
Folgefonn DPS	2006	100	0	0	0	87	0
Fjell og Årstad	2006	100	0	0	0	218	35

	År	Spesialistvedtak				Prosent- grunnlag	Uten angitt hjemmel
		Frivillig	Tvungen obs.	TPH	Annet lovgrunn- lag		
Olaviken behandlingssenter	2002	21	18	61	0	33	0
	2003	49	13	38	0	39	0
Valen sjukehus	2001	28	33	10	29	144	0
	2002	42	9	19	30	156	0
	2003	38	15	20	27	169	0
	2005	71	9	20	0	180	4
	2006	70	10	20	0	155	7
Haugesund sjukehus	2001	76	12	9	2	368	0
	2002	76	9	11	4	375	0
	2003	79	8	13	0	426	7
	2005	79	9	12	0	333	53
	2006	82	6	13	0	347	34
Haukeland universitetssykehus	2001	42	32	23	2	1180	5
	2002	56	24	19	1	1291	0
	2003	58	24	18	1	1256	105
	2005	63	20	17	1	1957	5
	2006	60	22	17	1	1763	6
Helse Førde, psyk klinikk	2001	82	6	12	0	483	1
	2002	81	4	14	0	478	0
	2003	86	3	11	0	578	0
	2005	82	7	11	0	540	1
	2006	81	5	13	1	559	3
Stavanger universitetssykehus	2003	75	15	9	1	1502	39
	2005	79	11	9	0	600	1
	2006	72	12	15	0	1599	1
Helse Midt-Norge RHF							
Betania Malvik	2001	98	2	0	0	41	0
	2002	100	0	0	0	36	0
	2003	98	0	2	0	42	0
Halsen psyk. senter	2003	98	0	2	0	50	0
Betanien psyk senter	2002	100	0	0	0	25	14

	År	Spesialistvedtak				Prosent- grunnlag	Uten angitt hjemmel
		Frivillig	Tvungen obs.	TPH	Annet lovgrunn- lag		
Orkdal DPS	2001	100	0	0	0	80	0
	2002	100	0	0	0	93	0
	2003	97	0	3	0	92	0
	2005	99	0	1	0	172	2
Tiller DPS	2001	100	0	0	0	36	0
	2002	100	0	0	0	62	0
	2003	100	0	0	0	79	0
	2005	98	0	2	0	197	1
Leistad DPS	2002	100	0	0	0	68	0
	2003	98	0	2	0	65	0
	2005	99	0	1	0	108	5
Psyk. senter Ytre Namdal	2002	83	4	13	0	23	0
St. Olavs hospital	2001	82	11	6	1	846	0
	2002	80	13	6	1	887	1
	2003	84	10	5	0	939	3
	2005	80	12	8	0	1140	12
Helse Nord RHF							
Psyk senter Tromsø og Karlsøy	2002	100	0	0	0	24	0
DPS Midt-Finnmark	2002	88	0	12	0	145	2
	2003	99	0	1	0	183	1
DPS Øst-Finnmark	2002	95	0	5	0	199	0
	2003	95	1	5	0	188	0
DPS Vest-Finnmark	2003	95	0	5	0	238	0
Ofoten psyk senter	2001	94	1	5	0	474	28
	2002	94	0	4	1	342	2
DPS Sør-Troms	2002	100	0	0	0	137	7
	2003	100	0	0	0	147	12
	2006	96	0	4	0	177	23
Nordlandssykehuset	2001	68	19	13	0	890	15
	2002	72	14	14	0	989	1
	2003	76	13	11	0	991	0
	2005	77	11	12	0	1138	0
	2006	76	13	10	0	1172	2

	År	Spesialistvedtak				Prosent- grunnlag	Uten angitt hjemmel
		Frivillig	Tvungen obs.	TPH	Annet lovgrunn- lag		
Universitetssykehuset i Nord-Norge	2001	68	19	11	2	831	3
	2002	71	16	12	1	929	0

Vedlegg 4 – Estimeringsgrunnlag

Sykehus

Sykehus									
År	Tvang				Frivillig				
2001	Sykehuset Østfold				Oslo hospital				
	Ullevål universitetssykehus				Sørlandet sykehus Arendal				
	Akershus universitetssykehus				Haugesund sjukehus				
	Valen sjukehus				Helse Førde, psykiatrisk klinikk				
	Haukeland universitetssykehus				St olavs hospital				
Fordeling av spesialistvedtak					Fordeling av spesialistvedtak				
	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet	
	46	34	17	2	85	5	9	1	
2002	Sykehuset Østfold				Oslo hospital				
	Lovisenberg diakonal sykehus				Sykehuset Innlandet				
	Akershus universitetssykehus				Haugesund sjukehus				
	Olaviken behandlingssenter				Helse Førde, psykiatrisk klinikk				
	Valen sjukehus				St Olavs hospital				
Fordeling av spesialistvedtak					Fordeling av spesialistvedtak				
	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet	
	44	38	16	3	80	11	8	1	
2003	Sykehuset Østfold				Oslo hospital				
	Lovisenberg diakonale sykehus				Sørlandet sykehus Arendal				
	Olaviken behandlingssenter				Haugesund sjukehus				
	Valen sjukehus				Helse Førde, psykiatrisk klinikk				
	Haukeland universitetssykehus				St Olavs hospital				
Fordeling av spesialistvedtak					Fordeling av spesialistvedtak				

Sykehus								
År	Tvang				Frivillig			
	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet
	58	27	13	2	83	7	9	1
2005	Sykehuset Østfold				Oslo hospital			
	Blakstad sykehus				Haugesund sjukehus			
	Lovisenberg sykehus				Helse Førde, psykiatrisk klinikk			
	Akershus universitetssykehus				Stavanger universitetssykehus			
	Haukeland universitetssykehus				St Olavs hospital			
	Fordeling av spesialistvedtak				Fordeling av spesialistvedtak			
	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet
	62	23	14	1	80	10	10	0
2006	Aker universitetssykehus				Sykehuset Innlandet			
	Sykehuset Østfold				Ullevål universitetssykehus			
	Blakstad sykehus				Haugesund sjukehus			
	Akershus universitetssykehus				Helse Førde, psykiatrisk klinikk			
	Haukeland universitetssykehus				Nordlandssykehuset			
	Fordeling av spesialistvedtak				Fordeling av spesialistvedtak			
	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet
	63	24	12	1	81	11	8	0

DPS oa

DPS oa								
År	Tvang				Frivillig			
2001	Jæren DPS				Søndre Vestfold DPS			
	Indre Sogn psykiatrisenter				Nordre Vestfold DPS			
	Haugaland DPS				Ryfylke DPS			
	Betania Malvik				Dalane DPS			
	Ofoten psykiatriske senter				Orkdal DPS			
				Tiller DPS				
Fordeling av spesialistvedtak				Fordeling av spesialistvedtak				
	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet
	91	2	7	0	100	0	0	0
2002	Jæren DPS				Søndre Vestfold DPS			
	Indre Sogn psykiatrisenter				Nordre Vestfold DPS			
	Haugaland DPS				DPS Notodden/ Seljord			
	Psyk senter Ytre Namdal				Ryfylke DPS			
	DPS Midt-Finnmark				Dalane DPS			
				Betania Malvik				
				Orkdal DPS				
				Tiller DPS				
				Leistad DPS				
				Psyk senter for Tromsø og Karlsøy				
				DPS Sør-Troms				
Fordeling av spesialistvedtak				Fordeling av spesialistvedtak				
	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet
	85	4	12	0	100	0	0	0

DPS oa								
År	Tvang				Frivillig			
2003	DPS Gjøvik				Nordre Vestfold DPS			
	Tønsberg DPS				DPS Notodden/ Seljord			
	Jæren DPS				Ryfylke DPS			
	Indre Sogn psykiatrisenter				Sandnes DPS			
	Randaberg psykiatrisenter				Dalane DPS			
					Tiller DPS			
					DPS Sør-Troms			
	Fordeling av spesialistvedtak				Fordeling av spesialistvedtak			
	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet
	86	5	8	1	100	0	0	0
2005	Tønsberg DPS				Nordre Vestfold DPS			
	Jæren DPS				DPS Notodden/ Seljord			
	Stavanger DPS				Dalane DPS			
	Haugaland DPS				Orkdal DPS			
	Sandnes DPS				Leistad DPS			
	Fordeling av spesialistvedtak				Fordeling av spesialistvedtak			
	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet
	78	6	15	0	100	0	0	0
2006	Søndre Vestfold DPS				DPS Solvang			
	Nordre Vestfold DPS				DPS Aust-Agder			
	Jæren DPS				Dalane DPS			
	Indre Sogn psykiatrisenter				Folgefonn DPS			
	Haugaland DPS				Fjell og Årstad DPS			
	Fordeling av spesialistvedtak				Fordeling av spesialistvedtak			
	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet	Frivillig	Tv obs	TPH	Annet
	79	2	18	0	100	0	0	0

Tabellen viser hvilke fem institusjoner i utvalget som har rapportert hhv mest frivillighet (frivillig) og minst frivillighet (tvang) det enkelte år, etter type.

Tabellen viser også samlet fordeling mellom de ulike typene spesialistvedtak for disse institusjonene. Denne fordelingen overføres ved estimering av intervall for totalt omfang av tvang.

For 2001-2003 var det mer enn fem av DPS-ene i utvalget som rapporterte 100 prosent frivillighet.

Vedlegg 5 – Sykehusområder

Sykehusområde	Inkluderte sykehus	Inkluderte DPS oa	Opptaksområde(kommuner)
Østfold	Sykehuset Østfold	Fredrikstad DPS	Halden, Sarpsborg, Aremark, Rakkestad, Fredrikstad, Hvaler, Marker, Trøgstad, Spydeberg, Askim, Eidsberg, Skiptvet, Hobøl, Moss, Råde, Rygge, Våler
Akershus	Akershus universitetssykehus		Rømskog, Aurskog-Høland, Sørum, Fet, Rælingen, Enebakk, Lørenskog, Skedsmo, Nittedal, Gjerdrum, Ullensaker, Nes, Eidsvoll, Nannestad, Hurdal
Blakstad	Blakstad sykehus		Bærum, Asker
Ullevål og Aker	Aker universitetssykehus Ullevål universitetssykehus Lovisenberg Diakonale sykehus* Oslo hospital Diakonhjemmet sykehus		Oslo, Vestby, Ski, Ås, Frogn, Nesodden, Oppegård
Innlandet	Sykehuset Innlandet	DPS Gjøvik	Kongsvinger, Nord-Odal, Sør-Odal, Eidskog, Grue, Åsnes, Hamar, Ringsaker, Våler, Løten, Stange, Elverum, Trysil, Åmot, Rendalen, Tolga, Tynset, Alvdal, Folldal, Os, Stor-Elvdal, Engerdal, Lillehammer, Dovre, Lesja, Skjåk, Lom, Vågå, Nord-Fron, Sel, Sør-Fron, Ringebu, Øyer, Gausdal, Gjøvik, Østre Toten, Vestre Toten, Jevnaker, Lunner, Gran, Søndre Land, Nordre Land, Sør-Aurdal, Etnedal, Nord-Aurdal, Vestre Slidre,

Sykehusområde	Inkluderte sykehus	Inkluderte DPS oa	Opptaksområde(kommuner)
			Øystre Slidre, Vang
Buskerud	Sykehuset Buskerud	Drammen DPS	Drammen, Nedre Eiker, Lier, Røyken, Hurum, Ringerike, Hole, Flå, Nes, Gol, Hemsedal, Ål, Hol, Krødsherad, Modum, Kongsberg, Sigdal, Øvre Eiker, Flesberg, Rollag,
			Nore og Uvdal
Vestfold	Psykiatrien i Vestfold, fylkesavdelingen	Nordre Vestfold DPS Tønsberg DPS Søndre Vestfold DPS	Horten, Holmestrand, Svelvik, Sande, Hof, Tønsberg, Re, Nøtterøy, Tjøme, Sandefjord, Larvik, Andebu, Stokke, Lardal
Telemark	Sykehuset Telemark	Skien DPS DPS Notodden og Seljord	Notodden, Bø, Sauherad, Tinn, Hjartdal, Seljord, Kviteseid, Nissedal, Fyresdal, Tokke, Vinje, Skien, Siljan, Nome, Bamble, Kragerø, Drangedal,
			Porsgrunn
Sørlandet	Sørlandet Sykehus, Arendal* Sørlandet Sykehus, Kristiansand	DPS Solvang DPS Aust-Agder	Risør, Grimstad, Arendal, Gjerstad, Vegårshei, Tvedestrand, Froland, Lillesand, Birkenes, Åmli, Iveland, Evje og Hornnes, Bygland, Valle, Bykle Songdalen, Søgne, Kristiansand,
			Farsund, Flekkefjord, Lyngdal, Hægebostad, Kvinesdal, Sirdal, Mandal, Vennesla, Marnardal, Åseral, Audnedal, Lindesnes
Stavanger	Stavanger universitetssykehus	Dalane DPS Jæren DPS Sandnes DPS Stavanger DPS* Ryfylket DPS	Eigersund, Sokndal, Lund, Bjerkreim, Hå, Klepp, Time, Sola, Sandnes, Gjesdal, Stavanger, Randaberg, Forsand, Strand, Hjelmeland, Finnøy, Rennesøy, Kvitsøy
Valen og Haugesund	Valen sjukesund Haugesund sjukehus	Haugaland DPS Folgefonn DPS	Karmøy, Haugesund, Suldal, Sauda, Bokn, Tysvær, Utsira, Vindafjord, Sveio, Ølen, Etne, Kvinnherad, Jondal, Odda, Ullensvang, Eidfjord, Modalen, Ølen, Bømlo, Stord, Fitjar, Tysnes
Haukeland	Haukeland universitetssykehus	Bjergvin DPS Fjell og Årstad DPS	Sund, Fjell, Askøy, Øygarden, Osterøy, Meland, Radøy, Lindås, Austrheim, Fedje, Masfjorden, Ulvik, Granvin, Voss, Kvam, Vaksdal, Fusa, Samnanger, Os,

Sykehusområde	Inkluderte sykehus	Inkluderte DPS oa	Opptaksområde(kommuner)
Førde	Helse Førde, psykiatrisk avdeling	Indre Sogn psykiatrisenter Nordfjord psykiatrisenter	Austevoll, Bergen Vik, Balestrand, Leikanger, Sogndal, Aurland, Lærdal, Årdal, Luster, Vågsøy, Selje, Eid, Hornindal, Gloppen, Stryn, Flora, Gulen, Solund, Hyllestad, Høyanger, Askvoll, Fjaler, Gaular, Jølster, Førde, Naustdal, Bremanger
St. Olavs hospital	St. Olavs hospital*	Orkdal DPS* Tiller DPS* Leistad DPS*	Trondheim, Hemne, Snillfjord, Hitra, Frøya, Agdenes, Oppdal, Rennebu, Meldal, Orkdal, Røros, Holtålen, Midtre Gauldal, Skaun, Melhus, Klæbu, Ørland, Rissa, Bjugn, Åfjord, Roan, Malvik, Selbu, Tydal
Nordlandssykehuset	Nordlandssykehuset		Vefsn, Grane, Hattfjelldal, Sømna, Brønnøy, Vega, Vevelstad, Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Lurøy, Træna, Nesna, Hemnes, Rana, Rødøy, Bodø, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Saltdal, Fauske, Sørfold, Steigen, Røst, Værøy, Flakstad, Vestvågøy, Vågan, Moskenes, Narvik, Hamarøy, Tysfjord, Lødingen, Tjeldsund, Evenes, Ballangen, Hadsel, Bø, Øksnes, Sortland, Andøy
Tromsø**	Ingen sykehus i utvalget	DPS Sør-Troms	Harstad, Kvæfjord, Skånland, Bjarkøy, Ibestad, Tromsø, Karlsøy, Balsfjord, Lyngen, Storfjord, Gratangen, Lavangen, Bardu, Salangen, Målselv, Sørreisa, Dyrøy, Tranøy, Torsken, Berg, Lenvik, Laivuotna/Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa, Kvæningen, Hammerfest, Alta, Loppa, Hasvik, Kvalsund, Måsøy, Nordkapp, Guovdageaidnu-Kautokeino, Porsanger, Karasjohka-Karasjok, Lebesby, Gamvik, Vardø, Vadsø, Berlevåg, Deatnu/Tana, Unjarga-Nesseby, Båtsfjord, Sør-Varanger