

www.sintef.no





SINTEF RAPPORT

SINTEF Helse

Postadresse:
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo/
7465 Trondheim

Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
73 59 63 61 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

TITTEL

**Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden
2001 – 2003**

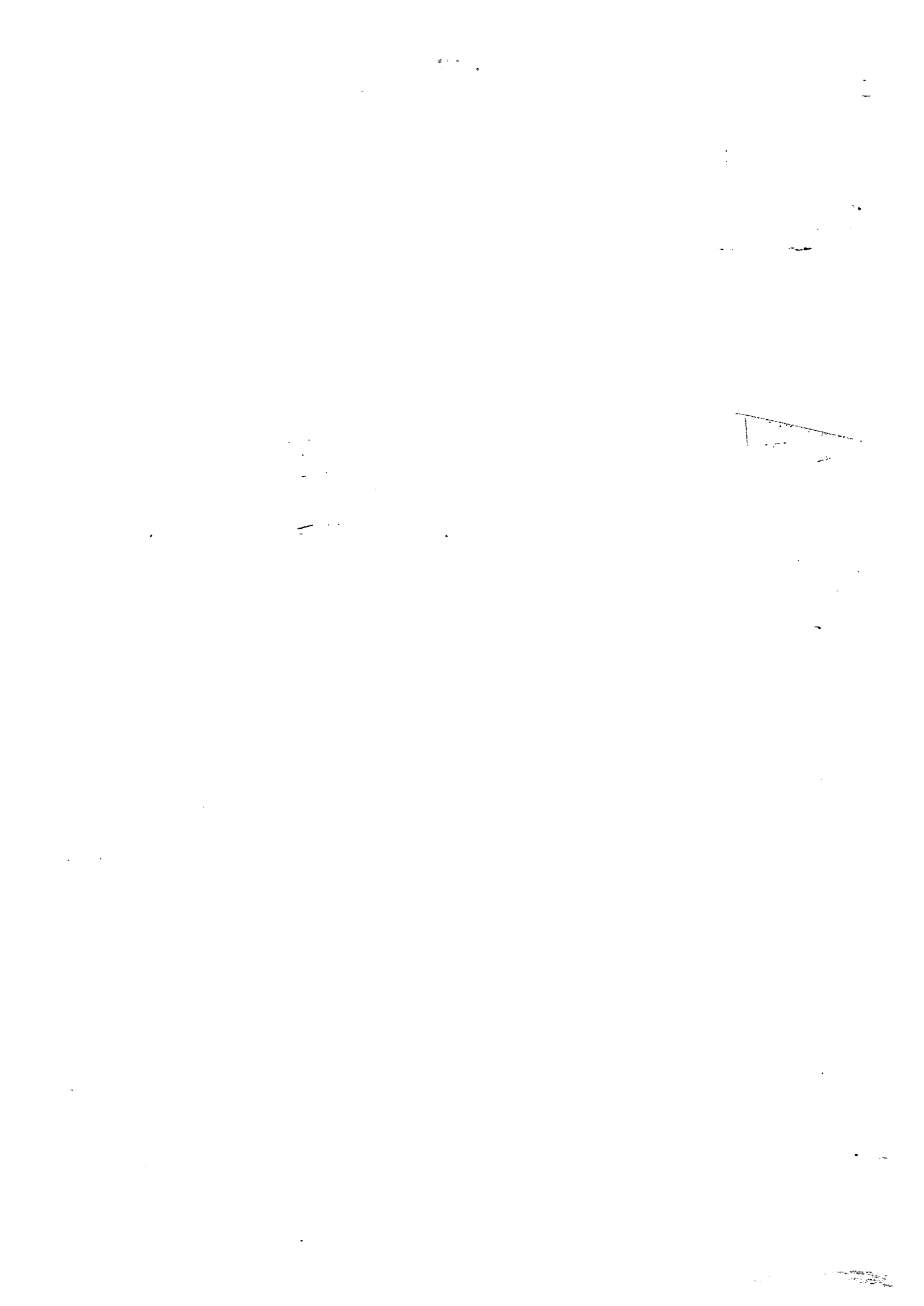
FORFATTER(E)

Johan Håkon Bjørngaard og Trond Hatling

OPPDRAKSGIVER(E)

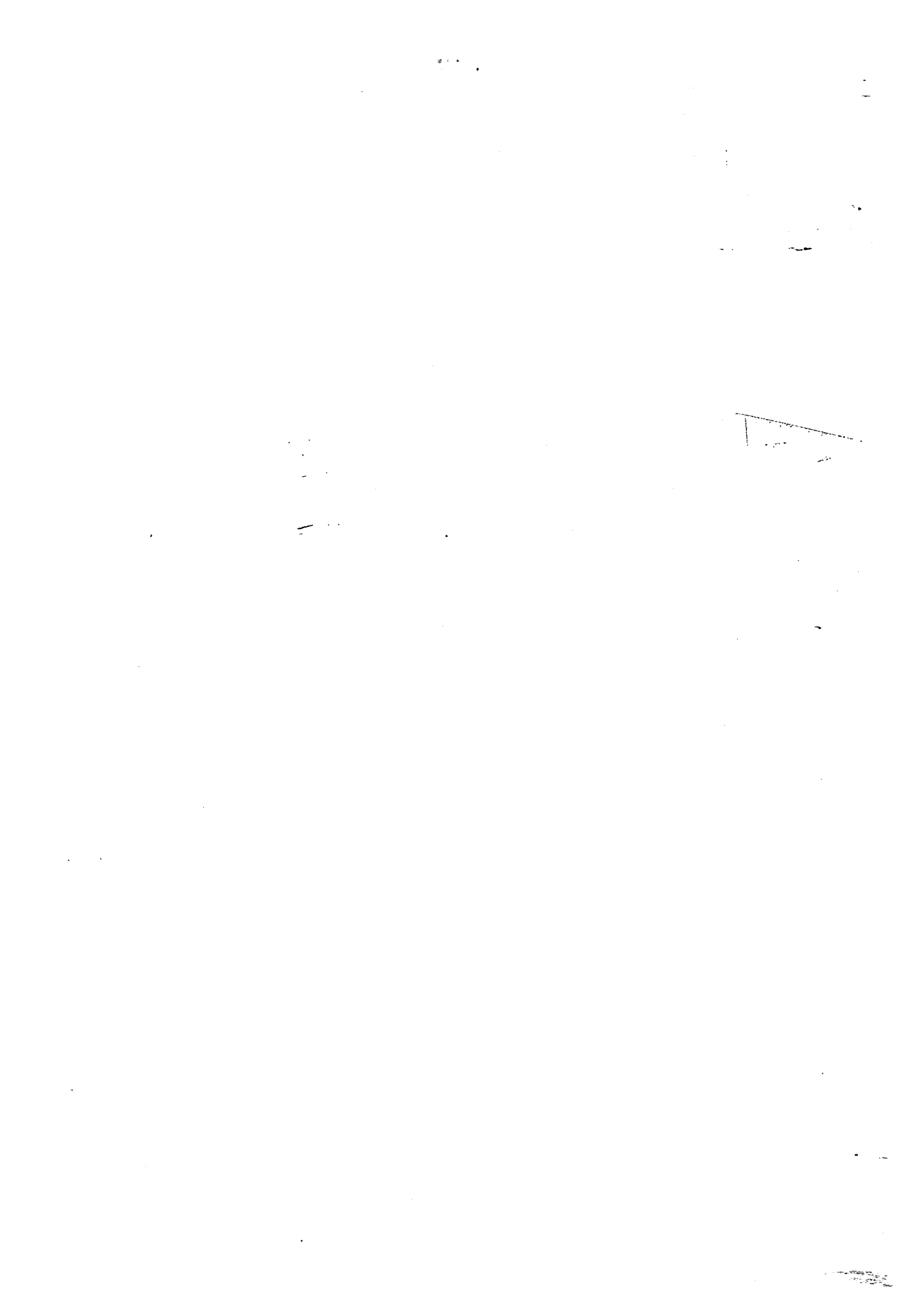
Norges forskningsråd

RAPPORTNR. STF78 A055001	GRADERING Åpen	OPPDRAKSGIVERS REF. Prosjektnr.: 146329/V50	
GRADER. DENNE SIDE Åpen	ISBN 82-14-93674-7	PROSJEKTNR. 785208	ANTALL SIDER OG BILAG 55 inkl bilag
ELEKTRONISK ARKIVKODE IPH\prosjekt\785208\tvangsinnleggelseser		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Johan Håkon Bjørngaard	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
ARKIVKODE	DATO 2005-01-10	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Forskningsjef Torleif Ruud	<i>Jordkalsen</i>
SAMMENDRAG Denne rapporten er den andre av tre 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. 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 tvangsinnleggelseser i det psykiske helsevernet i perioden 2001 til og med 2003. Rapporten peker på flere utfordringer for å bedre kunnskapen om tvangsinnleggelseser i det psykiske helsevernet. For at en pasient skal kunne tvangsinnlegges, må det foreligge en legeerklæring og en begjæring av tvang ved henvisning. Andelen tvangshenvisninger var relativt stabil gjennom perioden 2001 til og med 2003. Selv om andelen tvangshenvisninger har vært stabil har det skjedd en økning i antallet henvisninger til både tvang og frivillighet. Ved tvangshenvisninger skal det fattes et spesialistvedtak i løpet av 24 timer etter at innleggelsen har funnet sted. Andelen frivillige sykehusinnleggelseser ser ut til å ha økt ved at flere tvangshenvisninger er omgjort til frivillige vedtak. Dette ser til å henge sammen med særlig to forhold. For det første har det vært en stor endring i omgjøring av tvangshenvisninger ved to sykehus. For det andre har det også vært en økning i elektive innleggelseser, noe som igjen har gitt seg utslag i lavere andel tvangsinnleggelseser.			
STIKKORD	NORSK		ENGELSK
GRUPPE 1	Helse		Health
GRUPPE 2	Psykisk helsevern		Mental health
EGENVALGTE	Tvangsinnleggelseser		Compulsory detentions
	Statistikk		Statistics



Forord

Denne rapporten er den andre av tre om tvungent psykisk helsevern med døgnomsorg gjennom Opptappingsplanen. Prosjektet inngår som en av tre komponenter i et større prosjekt ved SINTEF Helse om utviklingen i bruk av tvang i psykisk helsevern. Prosjektet er en del av Norges forskningsråds evaluering av Opptappingsplanen 1999-2008 (St. prp 63 1997-98, St. pr nr 1 2003-2004).



Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Innholdsfortegnelse	3
1 Innledning	7
1.1 Problemstillinger.....	7
2 Hva var utfordringene fra forrige rapport?	9
3 Sentrale resultat i årets rapport	11
3.1 Fortsatt en del mangelfulle pasientdata	11
3.2 Omfanget av tvangsinnleggelse.....	11
3.2.1 Tvangsinnleggelse skjer som oftest til sykehus.....	11
3.2.2 Flere henvises ved tvang	12
3.2.3 Store forskjeller mellom sykehus i omfanget av omgjøringer av tvangshenvisninger til frivillige .. vedtak	12
3.2.4 Stor økning i antall frivillige innleggelse på sykehus.....	12
3.3 Tvungent psykisk helsevern begrunnes i de fleste tilfeller med behovet for	13
behandling.....	13
4 Utfordringer videre	15
4.1 Store institusjonsforskjeller	15
4.2 Er tvangsinnleggelse en konsekvens av innleggelsespresset?.....	15
4.3 Hva vet vi om det totale omfanget av tvang og frivillighet?.....	15
4.4 Kunnskapsmangel på arbeidsfordelingen mellom institusjoner.....	15
4.5 Faller noen pasientgrupper mellom flere stoler?.....	16
5 Data og metode	17

Vedlegg	19
6 Utdyping av data og metode	21
6.1 Om lovgrunnlaget for innleggelsesformalitet (tvang og frivillighet).....	21
6.2 Om klassifisering av institusjoner	22
6.3 Datas representativitet.....	22
6.3.1 Datakvalitet ved registrering av tilleggskriterier ved vedtak om tvungent psykisk helsevern ...	23
6.4 Metode og signifikanstester	24
6.5 Oppsummering.....	25
7 Omfang av tvang ved henvisning.....	27
7.1 Henvisning ved tvang – øyeblikkelig hjelp-innleggelse	28
7.2 Multivariat regresjonsanalyse av andel tvang ved henvisning	29
7.3 Oppsummering.....	30
8 Omfang av tvang ved spesialistvedtak.....	31
8.1 Spesialistvedtak ved henvisning til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern	31
8.1.1 Spesialistvedtak ved henvisning til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern – øyeblikkelig hjelp-innleggelse	34
8.1.2 Multivariat regresjonsanalyse av andelen omgjøringer av tvangshenvisninger til frivillige vedtak.....	35
8.2 Tvang og frivillighet etter spesialistvedtaket.....	36
Vedtak om tvang - øyeblikkelig hjelp-innleggelse	38
8.2.2 Multivariat regresjonsanalyse av vedtak om tvang og frivillighet.....	39
8.3 Oppsummering.....	40
9 Spesialistens begrunnelse for tvungent psykisk helsevern - tilleggskriteriene	41
9.1 Oppsummering.....	42
10 Institusjonstabeller.....	43
11 Institusjoner med godkjente pasientdata i 2003	53
Litteratur.....	55

Tabelloversikt

Tabell 6.1	Andel av aktivitet som dekkes av pasientdata med opplysninger om tvang og frivillighet ved innleggelse til døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Estimert andel ut fra institusjonenes aktivitet målt ved oppholdsdøgn. Regionale helseforetak 2003.	22
Tabell 6.2	Antall innleggeler fra eget bosted til døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser. Utvalgte institusjoner med godkjente pasientdata. 2001, 2002 og 2003.	23
Tabell 6.3	Andel av aktivitet som dekkes av pasientdata med opplysninger om tilleggskriterier ved innleggelse til tvungent psykisk helsevern. Estimert andel ut fra institusjonenes aktivitet målt ved oppholdsdøgn. Regionale helseforetak 2003.	24
Tabell 7.1	Antall innleggelser etter henvisningsformalitet. 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser.	27
Tabell 7.2	Antall innleggelser etter henvisningsformalitet. 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent av antall Innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser med godkjente pasientdata for alle tre år.	28
Tabell 7.3	Antall innleggelser etter henvisningsformalitet for pasienter innlagt ved øyeblikkelig hjelp eller elektivt. 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved sykehus godkjent for tvangsinnleggelser med godkjente pasientdata for alle tre år.	29
Tabell 7.4	Logistisk regresjonsanalyse av sannsynligheten for henvisning ved tvang ved innleggelse til institusjon godkjent for tvangsinnleggelser. N =43 822.....	30
Tabell 8.1	Spesialistvedtak for innleggelser henvist for tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern. Innleggelser henvist ved tvang 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent.	32
Tabell 8.2	Spesialistvedtak for innleggelser henvist for tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern ved institusjoner med godkjente pasientdata for alle tre år. Absolutte tall og prosent. 2001, 2002 og 2003	33
Tabell 8.3	Spesialistvedtak for øyeblikkelig hjelp-innleggelser henvist for tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern ved sykehus med godkjente pasientdata for alle tre år. Absolutte tall og prosent. 2001, 2002 og 2003	35
Tabell 8.4	Logistisk regresjonsanalyse av sannsynligheten for omgjøring av tvangshenvisning til frivillig vedtak. N = 14 592	36

Tabell 8.5	Antall innleggelser etter spesialistvedtak. 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser.	37
Tabell 8.6	Antall innleggelser etter spesialistvedtak. 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser med godkjente pasientdata for alle tre år.	38
Tabell 8.7	Antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser på sykehus etter spesialistvedtak. 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved sykehus godkjent for tvangsinnleggelser med godkjente pasientdata for alle tre år.	39
Tabell 8.8	Multinomisk logistisk regresjonsanalyse av sannsynligheten for ulikt vedtak ved innleggelse. Frivillig innleggelse er referanse for utfallsvariabelen. N =43 352.	40
Tabell 9.1	Tilleggs-kriterier ved vedtak om tvungent psykisk helsevern. 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent.	41
Tabell 9.2	Tilleggs-kriterier ved vedtak om tvungent psykisk helsevern. Institusjoner som har levert godkjente pasientdata for 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent.	42
Tabell 10.1	Innleggelser på institusjoner for voksne godkjent for tvangsinnleggelser etter henvisningsformalitet (psykisk helsevernloven). Prosent av antall innlagte fra eget bosted. 2002 og 2003.	44
Tabell 10.2	Innleggelser på institusjoner for voksne godkjent for tvangsinnleggelser etter spesialistvedtak (psykisk helsevernloven). Prosent av antall innlagte fra eget bosted. 2002 og 2003.	48

Figuroversikt

Figur 4.1	Alternative behandlingsforløp mellom institusjoner ved innleggelse fra eget bosted.	16
Figur 8.1	Prosent tvangshenvisninger omgjort til frivillig vedtak ved 14 sykehus godkjent for tvangsinnleggelser med godkjente pasientdata for alle tre år. 2001, 2002 og 2003.	34

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*. Det er i dag store institusjons- og avdelingsvise forskjeller i bruk av ulike tvangsformer, og tilsvarende store variasjoner fra år til år innen de samme institusjoner.

Tvangsbruken i Norge kan inndeles i tre hovedgrupper; tvungent psykisk helsevern, tvangsbehandling og tvangsmiddelbruk. Årsakene som utløser disse er imidlertid ikke nødvendigvis sammenfallende og kan 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 andre av tre om tvungent psykisk helsevern ved døgnopphold - omhandler årene 2001-2003. Den første rapporten omhandlet perioden 01.01.2001 til 30.06.2002 (Bjørngaard og Hatling 2003).

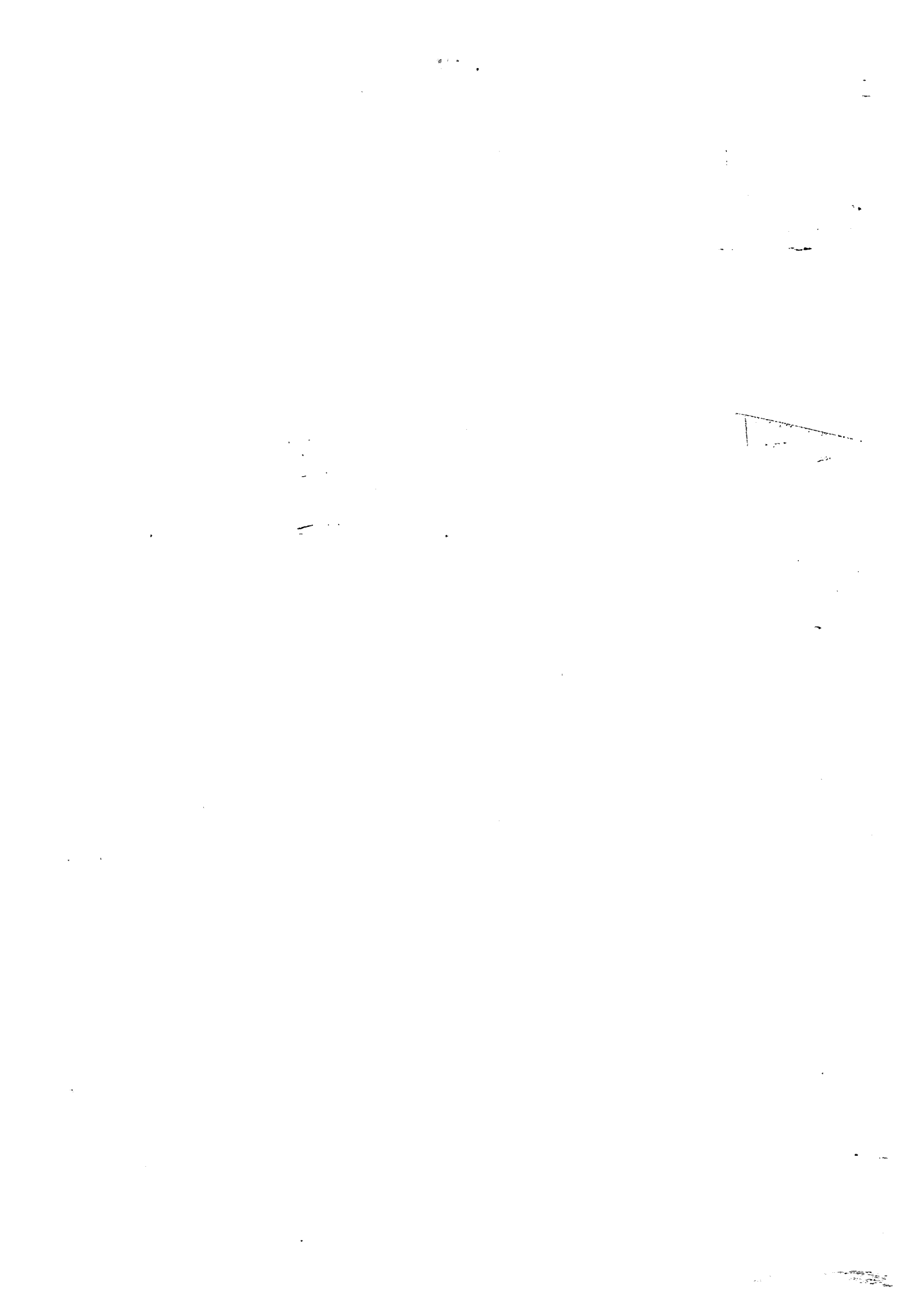
1.1 Problemstillinger

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

Denne rapporten har følgende problemstillinger:

1. *I hvilken grad vil omfanget av tvangsinnleggelser ved døgnopphold reduseres i planperioden?*
2. *Hva har skjedd siden forrige rapport?*

I prosjektets siste år (2007) vil vi også se nærmere hva som skal forklare forskjeller mellom institusjoner i omfanget av tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.

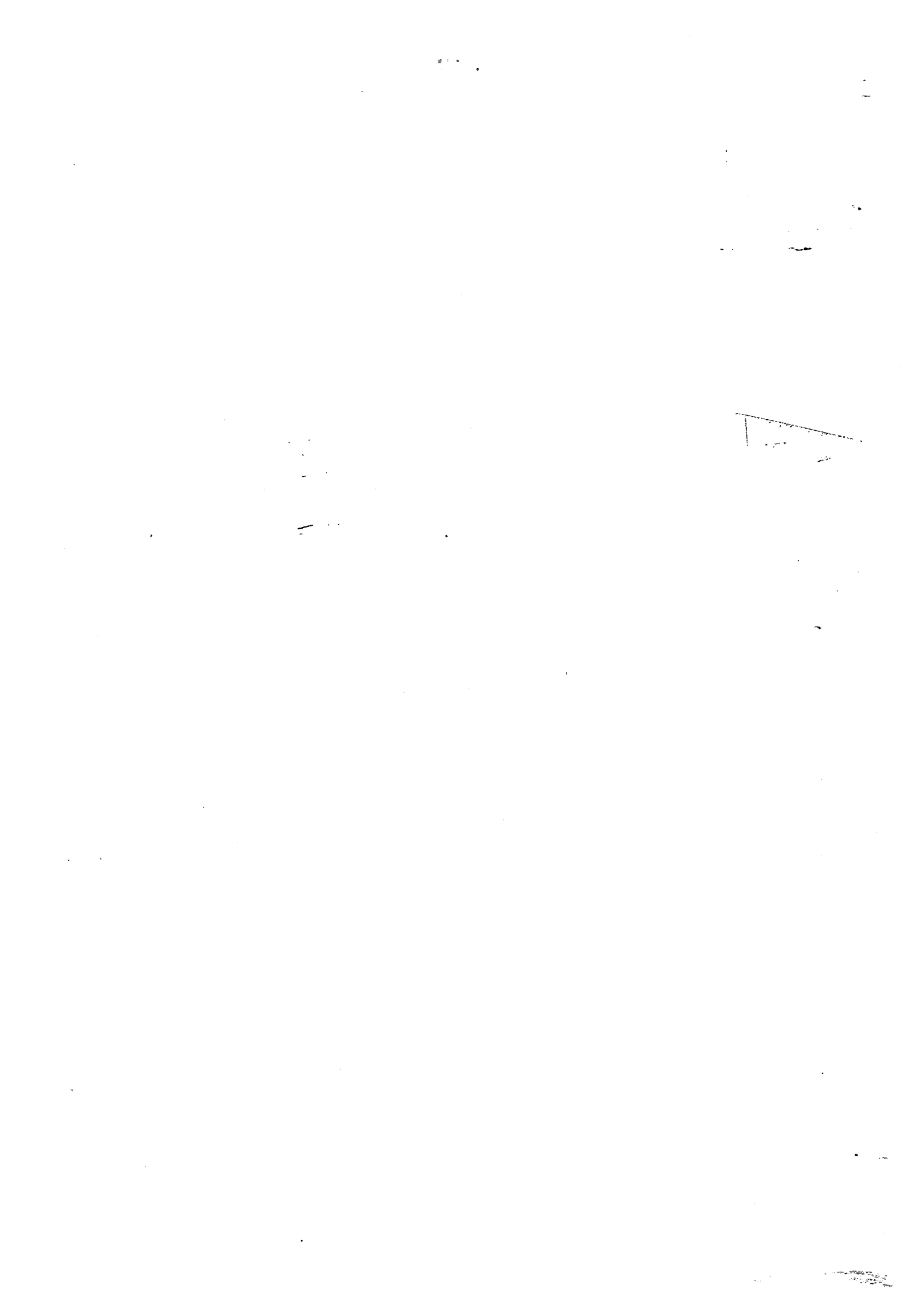


2 Hva var utfordringene fra forrige rapport?

Rapporten fra 2003 viste små endringer i omfang av tvang og frivillighet ved innleggelse til døgnbehandling i norske sykehus i psykisk helsevern, selv om tidsspennet på ett og et halvt år var kort. I perioden 01.01.2001 - 30.06.2002 ble omlag 55 prosent av sykehusinnleggelsene henvist frivillig, og etter spesialistvedtaket var denne andelen økt til i overkant av 60 prosent. Det var vanskelig på grunnlag av de analysene vi gjennomførte å slå fast om det har funnet sted noen endringer fra lengre tid tilbake. Resultater fra tidligere undersøkelser har vært heftet med betydelig usikkerhet, blant annet fordi det ikke har vært klart om det har vært henvisende leges formalitet eller spesialistens vedtak som var lagt til grunn. Denne usikkerhet til tross, omfanget målt ved andelen frivillige innleggelser på sykehus lå stabilt på omlag 53 - 56 prosent i 1994, 1996 og i 2000 (se Heggstad 1996, Løvdahl og Lilleeng 1998, Bjørngaard, Hatling og Heggstad 2001).

Rapporten viste betydelige forskjeller mellom enkeltsykehus i andelen tvangsinnleggelser. Disse forskjellene endret seg svært lite i perioden 2001 til og med første halvdel av 2002. Samtidig var nivået for hvert enkelt sykehus svært stabilt. De enkelte sykehus så altså ut til å ha en praksis som var stabil, men forskjellig, over tid.

Rapporten pekte videre 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. 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.



3 Sentrale resultat i årets rapport

3.1 Fortsatt en del mangelfulle pasientdata

I 2003 hadde man pasientdata av en akseptabel kvalitet for i overkant av 73 prosent av innleggelsene. Vi vet med andre ord ikke omfanget av tvang og frivillighet for i underkant av 30 prosent. Hvis det ved disse institusjonene er svært avvikende omfang av tvangsinnleggelse, kan dette ha betydning for de tallene vi har presentert i denne rapporten.

Aidentifiserte 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). 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 innleggelse fra eget bosted (om lag 80 prosent av innleggelsene). Institusjonsoverføringer er holdt utenfor.

En hovedoppgave for denne rapporten er å se på endring i perioden 2001, 2002 og 2003. Enkelte institusjoner har levert godkjente data for noen, men ikke alle de tre åra (2001 til og med 2003). Ved sammenligning av utvikling ser vi på de institusjonene som har levert godkjente pasientdata for alle tre år. Vi har også sett på resultatene fra de institusjonene som har levert pasientdata av godkjent kvalitet for noen, men ikke alle av åra, uten at dette gir seg vesentlig utslag i resultatene.

3.2 Omfanget av tvangsinnleggelse

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 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 motsatt. 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.

3.2.1 Tvangsinnleggelse skjer som oftest til sykehus

I all hovedsak skjer tvangsinnleggelse til sykehusavdelinger. Innleggelse til institusjoner utenfor sykehus godkjent for tvangsinnleggelse – i hovedsak distriktpsikiatriske sentra – skjedde i all hovedsak ved frivillighet (over 90 prosent i både 2001, 2002 og 2003).

3.2.2 Flere henvises ved tvang

Ved sykehusene har flere blitt henvist til tvang gjennom perioden 2001 til og med 2003. I samme periode har også antallet frivillige økt enda mer, slik at andelen tvangshenvisninger har gått svakt ned. Denne nedgangen i andel henger sammen med en økning i elektive innleggelser i perioden.

I 2003 ble i underkant av 40 prosent av innleggelsene til sykehus godkjent for tvangsinnleggelser, henvist ved tvang. Henvisninger ved tvang skjer som oftest som øyeblikkelig hjelp. Blant slike akuttinnleggelser til sykehus, ble 44 prosent henvist ved tvang. Ved elektive innleggelser til sykehus var 94 prosent frivillig henvist i 2003.

3.2.3 Store forskjeller mellom sykehus i omfanget av omgjøringer av tvangshenvisninger til frivillige vedtak

Mens tvangshenvisninger knyttes til aktører utenfor institusjonen – for eksempel fastlege og pårørende – så 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 trenger et slikt behandlingstilbud.

Nesten hver fjerde tvangshenvisning til sykehus ble omgjort til frivillig vedtak i 2003. Dette var en kraftig økning fra tidligere år, men økningen skyldes i hovedsak en nedgang i bruken av tvungen undersøkelse ved to enkeltsykehus, og er ikke en nasjonal trend. Henvisninger til tvang til andre døgningstusjoner ble i liten grad omgjort.

Det er svært store forskjeller mellom enkeltsykehus i andelen av tvangshenvisningen som omgjøres. I 2003 varierte dette fra om lag fem prosent til over 40 prosent omgjøringer av tvangshenvisninger. Det er også interessant å merke seg at det er stort samsvar i andelen omgjøringer av tvangshenvisninger for enkeltsykehus mellom år. Et spørsmål i kjølvannet av dette er om man har utviklet ulike kulturer for vurdering av tvangshenvisninger, siden andelen ved de enkelte sykehusene er såpass stabile over tid.

Akuttinnleggelser definert som øyeblikkelig hjelp, omgjøres oftere enn elektive innleggelser. Dette henger nok sammen med at situasjonen ved innleggelsestidspunktet er mer uklar ved øyeblikkelig hjelp-tilfeller, enn det som kan være tilfellet ved planlagte innleggelser.

3.2.4 Stor økning i antall frivillige innleggelser på sykehus

Etter at spesialisten hadde gjort sitt vedtak hadde over 70 prosent av innleggelsene fått frivillig status. I perioden har det vært en kraftig vekst i antall innleggelser fra eget bosted. Det er verdt å merke seg at denne økningen fordelte seg noenlunde jevnt mellom henvisninger til tvang og frivillighet. Målt i antall sykehusinnleggelser etter at spesialistvedtaket var gjennomført, økte antallet vedtak om tvungen undersøkelse med kun én prosent og vedtak om tvungent psykisk helsevern med syv prosent. Størst økning var det av frivillige vedtak med 39 prosent. Som følge av dette har andelen frivillige vedtak gått opp i fra 2001 til 2003. Dette henger da sammen med at flere har blitt innlagt. Det faktiske antallet tvangsinnleggelser har vært relativt stabilt over perioden.

Vedtaket om tvang og frivillighet for andre døgningstusjoner godkjent for tvangsinnleggelser har holdt seg noenlunde stabilt i perioden, og hovedtrekket der er dette skjer i et lite omfang. Med tanke på den utviklingen som skjer med utbygging og utvikling av DPS-tilbudet er det imidlertid viktig å følge bruken av tvang i disse institusjonene nøye i tida framover.

Andelen frivillige sykehusinnleggelser ser altså ut til å ha økt. Dette ser til å henge sammen med særlig to forhold. For det første har det vært en stor endring i omgjøring av tvangshen-

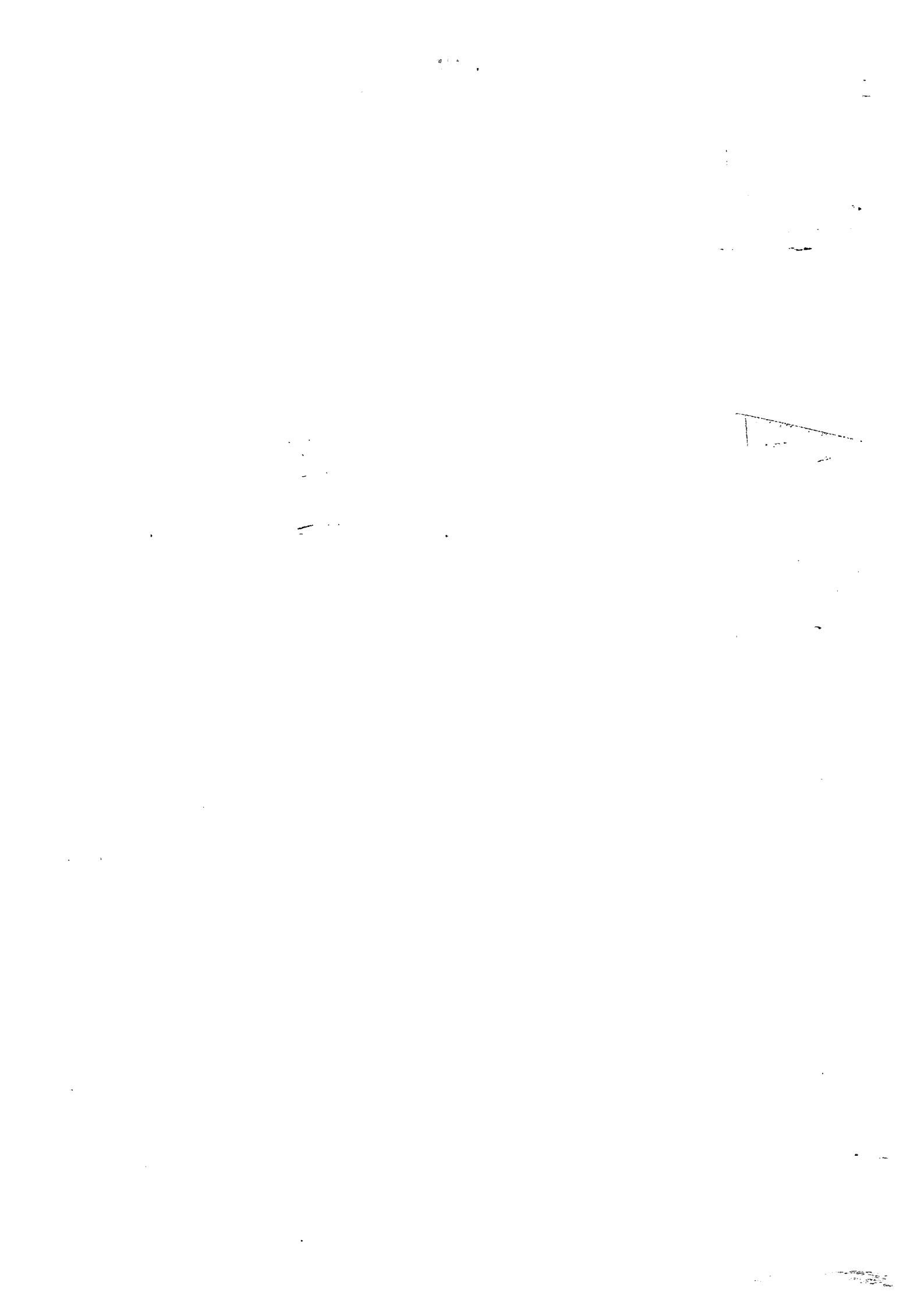
visninger ved to sykehus. For det andre har det også vært en økning i elektive innleggelser, noe som igjen har gitt seg utslag i lavere andel tvangsinnleggelser.

3.3 Tvungent psykisk helsevern begrunnes i de fleste tilfeller med behovet for behandling

Ved vedtak om tvungent psykisk helsevern gjelder hovedkriteriet at pasienten skal være alvorlig sinnslidende (jf psykisk helsevernlovens § 3.3 med merknader). Ett av følgende tilleggskriterier må også være tilstede, dersom dette er nødvendig for å hindre at pasienten på grunn av sin sinnslidelse enten...

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

De fleste vedtak om tvungent psykisk helsevern begrunnes med behandlingskriteriet. Kun to til tre prosent av vedtakene om tvungent psykisk helsevern i 2003 ble begrunnet i farekriteriet alene, mens 15 prosent ble begrunnet i begge kriteriene. Tvang i det psykiske helsevernet gir nok for mange assosiasjoner om farlige personer som omverden må beskyttes fra. Når vi ser hvor få det i realiteten er som tvangsinnlegges med begrunnelse i farekriteriet, kan dette være et viktig bidrag til å nyansere slike oppfatninger. Dette poenget forsterkes ved at man må anta at en ikke ubetydelig andel av de tilfellene hvor man benytter farekriteriet, så er det snakk om fare for seg selv og ikke andre.



4 Utfordringer videre

4.1 Store institusjonsforskjeller

Vi ser av årets rapport at det fortsatt er betydelige forskjeller mellom institusjoner i bruken av tvangsinnleggelse, og det er en utfordring å forstå disse forskjellene bedre. I vårt prosjekt vil dette være et sentralt tema for rapporten i 2007. Det er vel grunn til å spørre om en bør iverksette prosjekt som ser mer i detalj på denne problemstillingen før dette.

4.2 Er tvangsinnleggelse en konsekvens av innleggelsespresset?

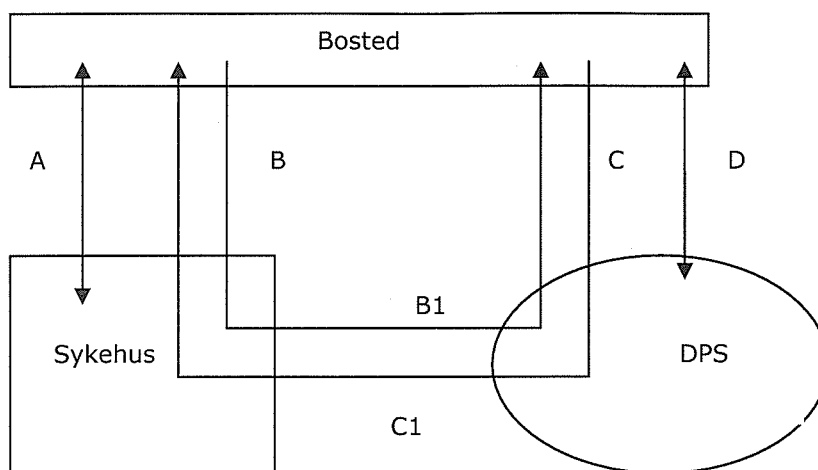
For sykehusene har det på landsbasis skjedd en viss nedgang i andelen tvangshenvisninger og vedtak om tvangsinnleggelse (spesialistvedtak) fra 2001 til 2003. Helsepolitisk er det interessant at denne reduksjonen har skjedd samtidig som antallet innleggelse har økt betydelig. Det ser derfor ikke ut som 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.

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

Fortsatt er datakvalitet en betydelig utfordring for studiet av tvangsinnleggelse, selv om det for landet samlet har skjedd en viss bedring fra 2001. For to av RHFene har det skjedd en forverring fra 2002 til 2003. Både overfor institusjonseiere og fagmiljø bør ansvaret for pasientdatas kvalitet tydeliggjøres. Det er fortsatt grunn til å anta at datakvaliteten henger sammen med den lokale bruken av disse opplysningene i kvalitetsutviklingsarbeidet. Grunnet datakvalitet (se også neste avsnitt) er det fortsatt ikke mulig å si noe sikkert om det totale omfanget av tvangsinnleggelse i Norge, verken når det gjelder rater eller andel.

4.4 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 4.1 viser vi stilisert de fire viktigste forløp etter en innleggelse fra pasientens eget bosted.



Figur 4.1 Alternative behandlingsforløp mellom institusjoner ved innleggelse fra eget bosted.

Fordi vi i denne rapporten grunnet datakvalitet har vært nødt til å begrense våre analyser til de innleggelser som skjer fra bosted, fanger vi ikke opp overføringer som skjer mellom institusjoner (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 DPSene. Det betyr at vi grunnet kvaliteten på pasientdata så langt ikke er i stand til å belyse hvilken rolle DPSene inntar i forhold til bruken av tvungent psykisk helsevern. Datakvaliteten har dermed direkte konsekvenser for hvilke analyser som kan gjøres med hensyn til Opptrappingsplanens konsekvenser for bruken av tvungent psykisk helsevern.

4.5 Faller noen pasientgrupper mellom flere stoler?

Et annet forhold som er knyttet til de data som er tilgjengelig er om det er noen pasienter som taper på denne omstillingen av det psykiske helsevernet. Gjennom forløpsdata over flere år vil vi kunne se hvem det er 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 går tilbud fra sykehusnivået, uten at DPS-nivået overhodet er inne i bildet? Og i så fall, hvilket tilbud bør disse ha? Og videre, hvorfor klarer man ikke å få til et frivillig forløp for de 85 prosent av de som tvangsinnlegges som ikke er 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 nå ikke har hatt.

4.6 Holder den formelle begrunnelsen for tvungent psykisk helsevern?

Med tanke på at så mange tvangsinnlegges med begrunnelse i behovet for behandling stiller dette også krav til tjenesten. Per i dag er det svært lite kunnskap om det tilbudet personer som tvangsinnlegges gis, faktisk fører til at de blir bedre. 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.

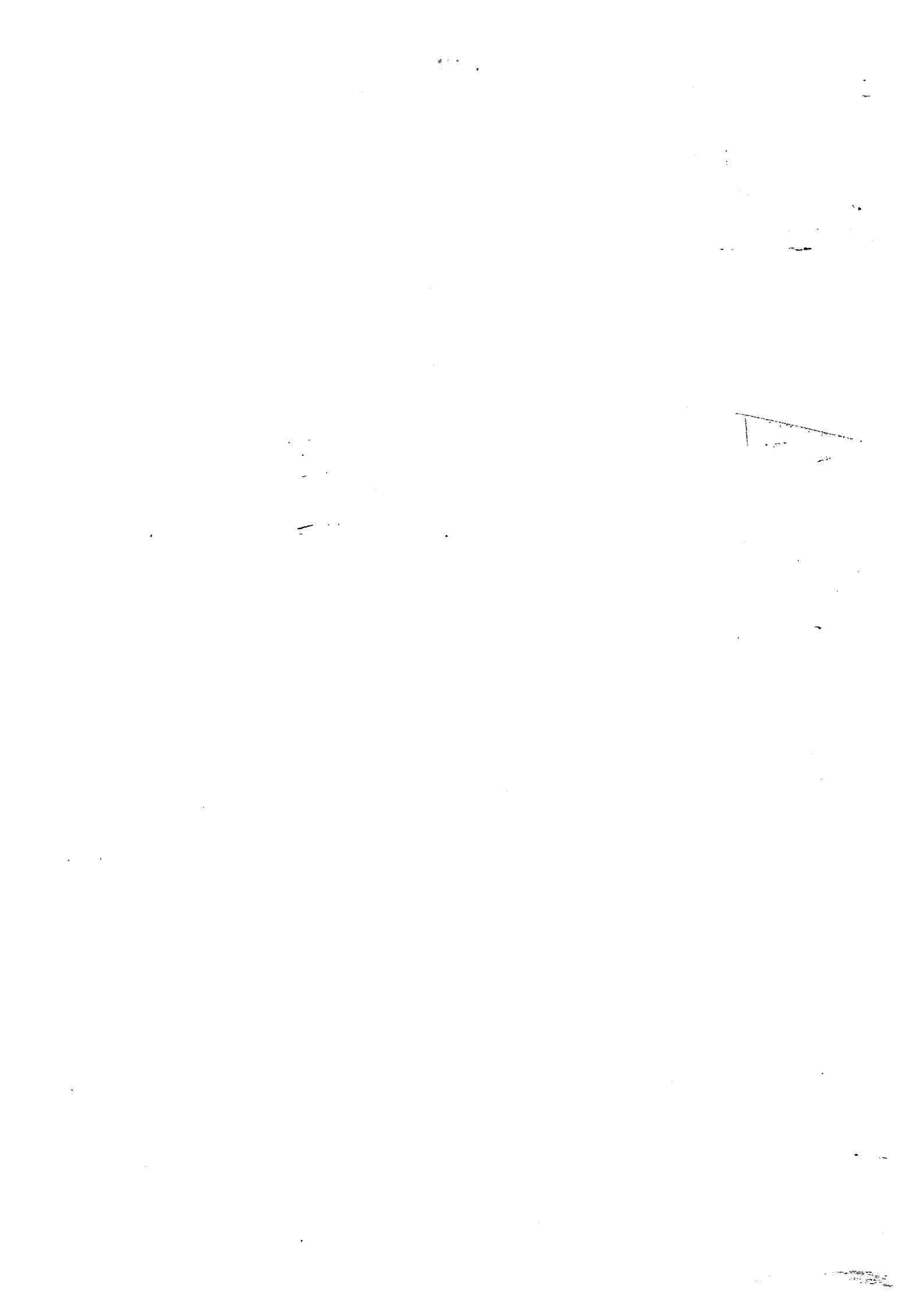
5 Data og metode

Analysene bygger på opplysninger om døgnopphold ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet, innhentet av Norsk pasientregister (NPR). Omfang av tvang og frivillighet er avgrenset til innleggelse fra eget bosted i perioden 2001, 2002 og 2003. Overføringer mellom institusjoner er holdt utenfor, noe som utgjør om lag 20 prosent av innleggelsene.

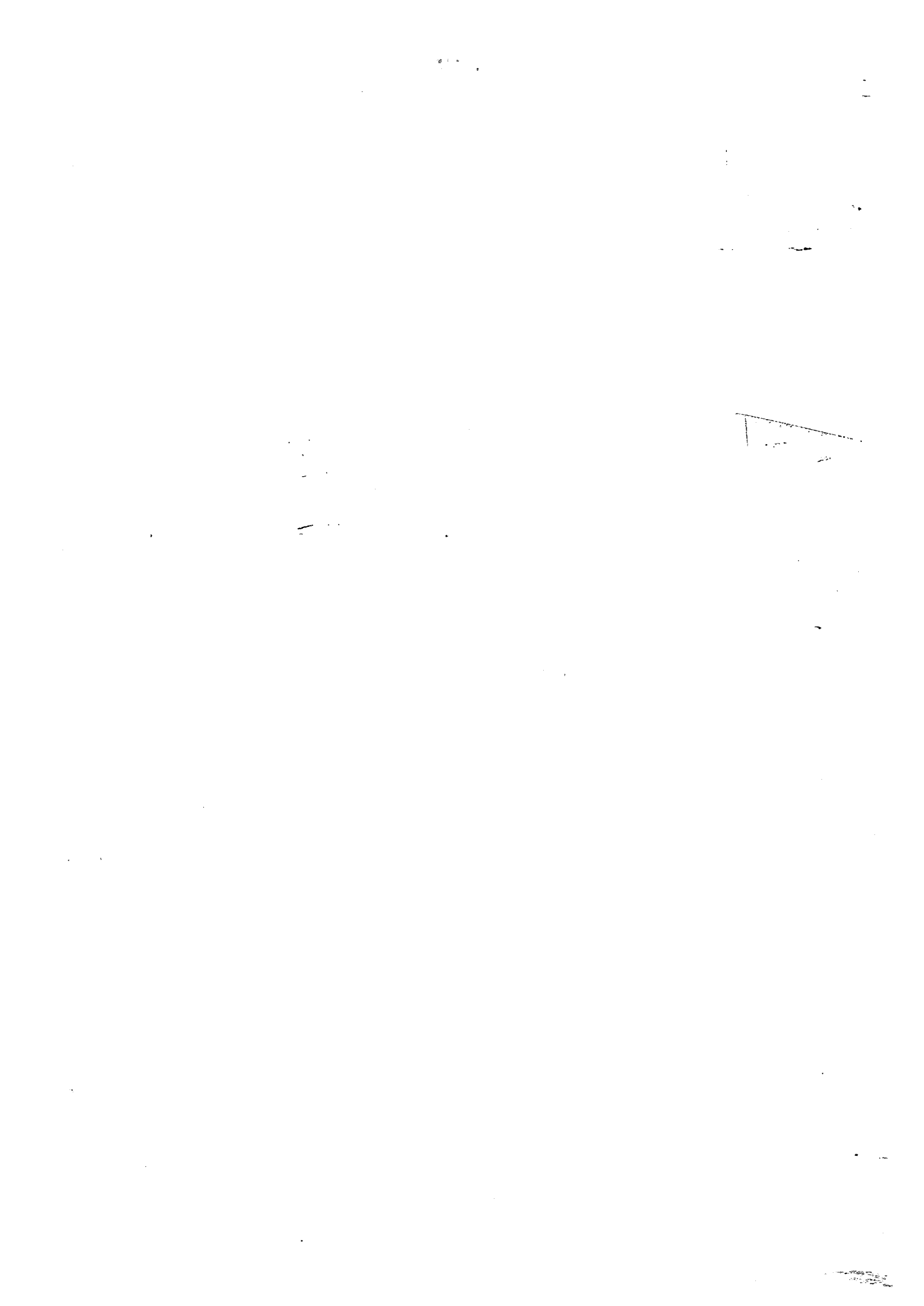
En person kan ha flere opphold i løpet av ett år, eventuelt ved flere institusjoner. På grunnlag av våre aidentifiserte data er det derfor ikke mulig å si eksakt hvor mange individer som ble tvangsinnlagt.

Kvaliteten av pasientdata varierer. I 2003 hadde vi opplysninger om tvangsinnleggelse for i alt 73 prosent. Dette er en økning på ni prosentpoeng fra 2001, mens likevel lavere enn 2002 hvor vi hadde opplysninger om tvangsinnleggelse for i alt 80 prosent.

Registrering av hvilke begrunnelser som er gitt for tvungent psykisk helsevern varierer også mye. Det har vært en klar bedring i registrering av hvilke tilleggskriterier som er brukt ved vedtak om tvungent psykisk helsevern – en økning fra 31 til 63 prosent.



Vedlegg



6 Utdyping av data og metode

Analysene bygger på opplysninger om døgnopphold ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet, innhentet av Norsk pasientregister (NPR). Omfang av tvang og frivillighet er avgrenset til innleggelse fra eget bosted i perioden 2001, 2002 og 2003. Overføringer mellom institusjoner er holdt utenfor i denne sammenhengen, noe som utgjør om lag 20 prosent av innleggelsene. Det er stor variasjon i hvordan man registrerer opplysninger om innleggesformalitet ved overføringer mellom institusjoner og avdelinger. I enkelte tilfeller kan det være snakk om at man ikke registrerer inntaksopplysninger på nytt ved overføringer mellom institusjoner, mens man andre steder registrerer for alle som kommer inn til institusjonen. Forskjellene kan her ligge i graden av faglig samorganisering mellom institusjonene. Det er heller ikke slik at begrepet institusjon er entydig. Det som defineres som institusjon ett sted, kan kalles avdeling et annet. Av disse grunner inngår ikke tvangsinnleggelse som skjer ved henvisning fra en andre institusjoner som del av tallgrunnlaget for denne rapporten.

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.

6.1 Om lovgrunnlaget for innleggesformalitet (tvang og frivillighet)

I denne rapporten viser vi til to typer formaliteter ved innleggelse; henvisningsformalitet og spesialistvedtak. Vi viser til Bjørngaard og Hatling (2003) for en nærmere beskrivelse av formalitetene rundt prosessen som fører til tvang eller frivillighet.

Henvisningsformalitet gjelder vurderingen til henvisende lege/begjærende instans. For henvisningsformalitet viser vi tall for om henvisningen skjer på frivillig grunnlag, om den skjer under tvang eller under henvisning til annet lovgrunnlag. Loven stiller ikke krav om at det skal skilles mellom undersøkelse og tvungent psykisk helsevern, og disse kategoriene er derfor slått sammen til tvungent psykisk helsevern.

Spesialistvedtaket gjennomføres i løpet av 24 timer etter at innleggelsen har funnet sted. Ansvaret for dette vedtaket har spesialist ved institusjonen (psykiater eller klinisk psykolog). I denne rapporten viser vi tall for om dette vedtaket er basert på frivillig opphold, frivillig kontrakt, tvungen undersøkelse, tvungent psykisk helsevern eller annet lovgrunnlag.

Ved vedtak om tvungent psykisk helsevern gjelder hovedkriteriet at pasienten skal være alvorlig sinnslidende (jf psykisk helsevernlovens § 3.3 med merknader). Ett av følgende tilleggskriterier må også være tilstede, der som dette er nødvendig for å hindre at pasienten på grunn av sin sinnslidelse enten...

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

I denne rapporten viser vi omfang og endring av hvilke tilleggskriterier som benyttes ved vedtak om tvungent psykisk helsevern.

6.2 Om klassifisering av institusjoner

Klassifisering av institusjoner godkjent for tvang er gjort i henhold til Sosial- og helsedirektoratets oversikt per juli 2004. Vi benytter data for institusjoner for døgnbehandling.

Pasienter til poliklinisk behandling eller dagbehandling er ikke inkludert i denne rapporten. Vi henviser her til Pedersen, Hatling og Bjørngaard (2004). I så måte er det viktig å huske at vi i denne rapporten ikke sier noe om tvang og frivillighet for alle henvisninger til det psykiske helsevernet, men er avgrenset til de som henvises fra eget bosted til en døgninstitusjon godkjent for tvangsinnleggelse.

Vi viser til to typer døgninstitusjoner godkjent for tvang i dette kapitlet; sykehus og døgninstitusjoner utenfor sykehus som i hovedsak omfatter distriktpspsykiatriske tilbud. I utgangspunktet skal sykehusfunksjonen ha sammenlignbare oppgaver. Sykehusnivået skal omfatte akutt- og øyeblikkelig hjelp-mottak, oppfølgende behandling i døgnavdeling særlig for pasienter innlagt uten samtykke, behandling i sikkerhetsavdeling og ulike spesialavdelinger (St meld nr. 25 1996-97). Distriktpspsykiatriske tilbud omfatter sektorisert behandlingstilbud på lokalsykehusnivå, slik de er beskrevet i den samme stortingsmeldingen.

6.3 Datas representativitet

Førrige rapport om tvungent psykisk helsevern med døgnopphold avdekket klare svakheter i tilgjengelige pasientdata for mange institusjoner (Bjørngaard og Hatling 2003). Når vi skal vise omfang og endring i bruk av tvangsinnleggelse, må vi avgrense analysen til institusjoner som har gode pasientdata. Definisjonen av gode pasientdata vil nødvendigvis baseres på skjønn. Vår dataavgrensing er gjort ved å utelate data fra institusjoner som enten ikke har levert pasientdata, har levert data hvor ikke alle oppholdene er registrert eller at mer enn 20 prosent av innleggelsene ikke har angitt formalitet ved henvisning og vedtak.

Siden enkelte av institusjonene ikke har levert data overhodet, kan vi ikke si noe eksakt om hvor mange innleggelse det var totalt i perioden. Vi har imidlertid data om antall oppholdsdøgn fra alle institusjonene fra statistikken i SAMDATA Psykisk helsevern Tabeller for 2003 (Halsteinli et. al 2004). Med disse kan vi gi et anslag over hvor stor del som er inkludert i analysene.

I tabell 6.1 viser vi estimerte tall for hvor stor del av innleggelsene vi har opplysninger om tvang ved henvisning og vedtak.

Tabell 6.1 Andel av aktivitet som dekkes av pasientdata med opplysninger om tvang og frivillighet ved innleggelse til døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse. Estimert andel ut fra institusjonenes aktivitet målt ved oppholdsdøgn. Regionale helseforetak 2003.

	2001	2002	2003
Helse Øst RHF	54	78	62
Helse Sør RHF	57	77	77
Helse Vest RHF	73	98	100
Helse Midt-Norge RHF	50	54	58
Helse Nord RHF	87	94	63
Landet	62	80	73

Datkilde: NPR og SSB

I 2003 hadde vi opplysninger om tvangsinnleggelse for i alt 73 prosent. Dette er en økning på ni prosentpoeng fra 2001, mens likevel lavere enn 2002 hvor vi hadde opplysninger om tvangsinnleggelse for i alt 80 prosent.

Helse Vest RHF leverte akseptable pasientdata om tvangsinnleggelse fra eget bosted fra alle institusjonene i 2003, mens de leverte for 73 prosent av aktiviteten i 2001. Helse Midt-Norge RHF har gjennom hele perioden hatt lavest dekning av pasientdata.

Enkelte institusjoner har levert godkjente data for enkelte av de tre åra, men ikke alle. I den neste tabellen viser vi hvor mange innleggelse fra eget bosted som utgjør utvalget. Vi har da skilt mellom innleggelse fra institusjoner hvor vi har data for alle tre åra, og innleggelse fra institusjoner som har levert godkjente data for noen, men ikke alle tre år.

Tabell 6.2 Antall innleggelse fra eget bosted til døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse. Utvalgte institusjoner med godkjente pasientdata. 2001, 2002 og 2003.

	2001
Innleggelse fra institusjoner som har levert godkjente data for alle tre år	33 766
Innleggelse fra institusjoner som har levert godkjente data, men ikke alle tre år	11 181
Innleggelse fra eget bosted i utvalget totalt	44 947

Datallide: NPR

I alt 33 766 innleggelse har skjedd ved institusjoner som har levert godkjente data for alle tre åra. Med dette utvalget kan vi sammenligne omfanget av tvang og frivillighet i 2001, 2002 og 2003. I alt 11 181 innleggelse har skjedd ved institusjoner som har levert godkjente pasientdata for noen av de tre åra, men ikke alle. I alt har vi data for 44 947 innleggelse fra eget bosted. Tabeller hvor alle 44 947 innleggelse er inkludert kan benyttes til å vurdere andelen tvang og frivillighet det enkelte år, men kan ikke direkte sammenlignes med nivået mellom åra. I tabeller seinere i rapporten vil det framgå om resultatene er hentet fra institusjoner som har levert godkjente data for alle år, eller om hele utvalget er inkludert.

6.3.1 Datakvalitet ved registrering av tilleggskriterier ved vedtak om tvungent psykisk helsevern

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

Tabell 6.3 Andel av aktivitet som dekkes av pasientdata med opplysninger om tilleggskriterier ved innleggelse til tvungent psykisk helsevern. Estimert andel ut fra institusjonenes aktivitet målt ved oppholdsøgn. Regionale helseforetak 2003.

	2001	2002	2003
Helse Øst RHF	27	34	43
Helse Sør RHF	57	77	77
Helse Vest RHF	16	54	95
Helse Midt-Norge RHF	14	54	44
Helse Nord RHF	54	90	63
Landet	31	55	63

Datallde: NPR og SSB

Det er en klar bedring i registrering av hvilke tilleggskriterier som er brukt ved vedtak om tvungent psykisk helsevern – en økning fra 31 til 63 prosent. Helse Vest RHF har informasjon om tilleggskriterier fra nær all aktivitet i 2003. Helse Midt-Norge RHF og Helse Øst RHF har informasjon om tilleggskriterier ved tvungent psykisk helsevern for omlag 43-44 prosent.

6.4 Metode og signifikanstester

Data analyseres i hovedsak ved krysstabeller. Forskjeller som vises i disse krysstabellene er ikke signifikantstestet. Det er grunn til å anta at sannsynligheten for tvangsinnleggelse henger sammen med hvilken institusjon pasienten blir innlagt på, og analyseenhets verdier er altså ikke uavhengige av hverandre. Det vil igjen si at en av forutsetningene ved vanlig signifikanttesting er brutt. Vi tester derimot, signifikans ved bruk av regresjonsanalyse. I disse analysene er standardfeilestimatene korrigert for eventuelle klyngeeffekter ved institusjonstilknytning og det er av den grunn mulig å feste lit til signifikantstestene.

Avhengig av målenivå benytter vi en binomisk logistisk eller en multinomisk regresjonsmodell. I binomisk logistisk regresjon analyseres sannsynligheten for ett av to utfall, for eksempel frivillig eller tvangsinnlagt. I denne rapporten gjelder dette for der hvor innleggelsen er basert på en frivillig innleggelse eller en henvisning om tvang (tabell 7.4), og der hvor vi analyserer sannsynligheten for at henvisning om tvang omgjøres til frivillig spesialistvedtak (tabell 8.4). I de binomiske regresjonsanalysene viser vi effektene av de enkelte variablene som odds ratio. Når odds ratioen er lik 1, er det ingen effekt av den uavhengige variabelen. La oss tenke oss en dikotom avhengig variabel Y, og en odds ratio som overstiger 1. Da vil odds ratioen uttrykke hvor mye høyere sannsynligheten er for at Y skal være 1 snarere enn null, i én gruppe sammenliknet med en annen. Og omvendt: hvis ratioen er mindre enn 1 gir dette et mål på hvor mye lavere dette forholdet i sannsynlighet er i den ene gruppen sammenliknet med den andre.

Analysene kompliseres når man har flere kategoriske utfall, for eksempel ved analyser av spesialistvedtak som kan ha verdiene frivillig vedtak, tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern. I slike tilfeller kan man benytte en multinomisk regresjonsmodell. Siden vi har flere ikkerangerbare utfall velger vi en sammenlikningskategori. Vi tar utgangspunkt i frivillig innleggelse som såkalt referansekategori. For å få en utfallsverdi som kan tolkes som en parallell til odds ratio i binomisk (logistisk) regresjon, ser vi på effekten av de ulike uavhengige variablene målt som relativ risiko-ratio (*rrr*). Tallverdien *rrr* angir om risikoen for å inneha en gitt utfallsverdi stiger eller synker med en enhets endring i uavhengig variabel x. Hvis *rrr* er lik 2, doubles risikoen for å havne i en gitt utfallskategori snarere enn referansekategorien ved en enhets endring i x.

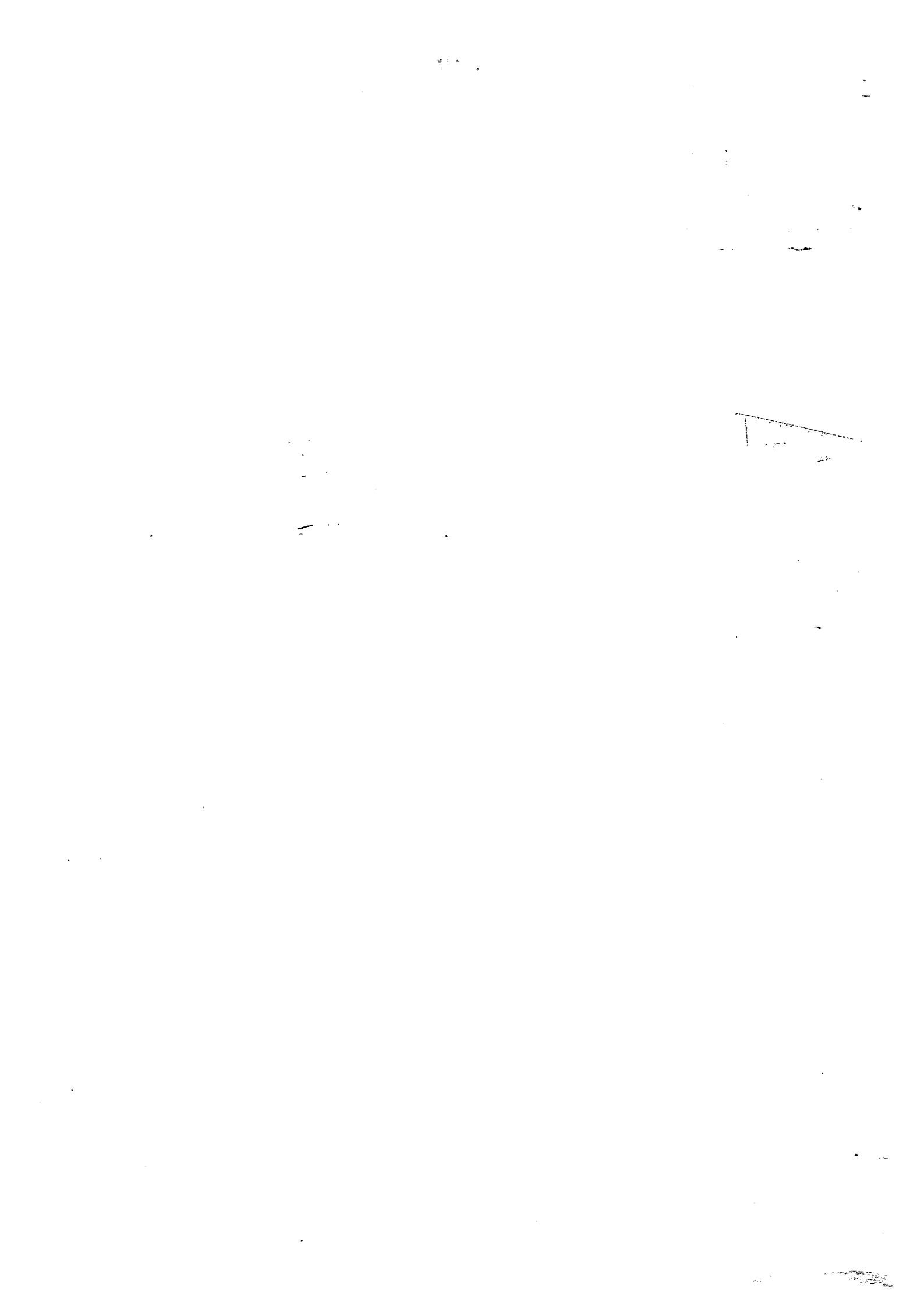
6.5 Oppsummering

Analysene bygger på opplysninger om døgnopphold ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet, innhentet av Norsk pasientregister (NPR). Omfang av tvang og frivillighet er avgrenset til innleggelse fra eget bosted i perioden 2001, 2002 og 2003. Overføringer mellom institusjoner er holdt utenfor, noe som utgjør om lag 20 prosent av innleggelsene.

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.

Kvaliteten av pasientdata varierer. I 2003 hadde vi opplysninger om tvangsinnleggelse for i alt 73 prosent. Dette er en økning på ni prosentpoeng fra 2001, mens likevel lavere enn 2002 hvor vi hadde opplysninger om tvangsinnleggelse fra i alt 80 prosent.

Registrering av hvilke begrunnelser som er gitt for tvungent psykisk helsevern varierer også mye. Det har vært en klar bedring i registrering av hvilke tilleggskriterier som er brukt ved vedtak om tvungent psykisk helsevern – en økning fra 31 til 63 prosent.



7 Omfang av tvang ved henvisning

I hovedsak vil enhver innleggelse til spesialisttjenesten skje i form av en henvisning fra en lege. For at tvungent psykisk helsevern skal tre i kraft må det foreligge en legeerklæring og begjæring hvor det er angitt om oppholdet skal være tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern (se gjennomgang av lovverk i Bjørngaard og Hatling (2003)). I den variabelbeskrivelsen som ligger i datasettet, er enten tvungent undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern angitt. Dette betyr at det er uklart om pasienten er henvist kun til tvungen undersøkelse, tvungent psykisk helsevern eller om begge disse er angitt i begjæringen. Dette er endret i det nåværende datasettet, men er ikke gjeldende for de resultatene vi presenterer i denne rapporten.

Vi skal nå se på henvisningsformalitet for innleggelse fra eget bosted til institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse i perioden 2001 til og med 2003. Vi skiller mellom innleggelse til sykehus og til andre institusjonstyper (hovedsak distriktpsykiatriske tilbud).

Tabell 7.1 viser omfanget av innleggelse fra eget bosted, henvist hhv frivillig og under tvang, fra hele utvalget, det vil si tall for alle institusjoner som har levert godkjente data for alle eller noen av de tre åra (se tabell 6.2).

Tabell 7.1 Antall innleggelse etter henvisningsformalitet. 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent av antall innleggelse ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse.

	2001		2002		2003	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelse						
Frivillig	6 178	59	8 832	62	9 008	64
Tvang	4 219	40	5 420	38	4 993	36
Annen lovhemmel	30	0	38	0	60	0
Sum	10 427	100	14 290	100	14 061	100
Mangler registrering	349		212		212	
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse						
Frivillig	1 023	91	1 674	94	2 127	93
Tvang	92	8	109	6	147	6
Annen lovhemmel	7	1	2	0	10	0
Sum	1 122	100	1 785	100	2 284	100
Mangler registrering	45		36		40	

Datilde: NPR

Tabellen viser fem prosentpoeng høyere andel frivillige henvisninger til sykehus og to prosentpoeng til andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser i 2003 sammenlignet med 2001. Vi vet at det er store forskjeller mellom enkeltinstitusjoner i omfanget av tvangsinnleggelser (se for eksempel Bjørngaard og Hatling 2003). De forskjellene vi ser i tabell 7.1 kan dermed like godt skyldes at institusjoner med lave andeler tvangsinnleggelser er inkludert i slutten av perioden, men ikke i starten. Tabell 7.2 viser endring ved et utvalg institusjoner som har gode pasientdata alle tre år (se tabell 6.2). De aller fleste tvangsinnleggelser skjer ved sykehus. Siden antallet henvisninger til tvang er så lite på andre døgninstitusjoner godkjent for tvang, viser vi kun prosentvise endringstall for sykehusene.

Tabell 7.2 Antall innleggelser etter henvisningsformalitet. 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent av antall Innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser med godkjente pasientdata for alle tre år.

	2001		2002		2003		Endring 2001 - 2003	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	% - endring
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelser								
Frivillig	5 306	60	5 856	60	7 017	61	1 711	32
Tvang	3 549	40	3 863	40	4 349	38	800	23
Annen lovhemmel	25	0	33	0	44	0	19	76
Sum	8 880	100	9 752	100	11 410	100	2 530	28
Mangler registrering	238		121		121			
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser								
Frivillig	841	94	885	90	1 071	91	230	
Tvang	45	5	93	9	105	9	60	
Annen lovhemmel	7	1	2	0	7	1	0	
Sum	893	100	980	100	1 183	100	290	
Mangler registrering	23		4		1			

Datilde: NPR

Andelen frivillige henvisninger fra utvalgssykehusene med pasientdata for alle år, har holdt seg relativt stabilt i perioden 2001 til og med 2003. Om lag seks av ti sykehusinnleggelser fra eget bosted er henvist frivillig, både i 2001, 2002 og i 2003. Over 90 prosent av innleggelsene fra eget bosted til andre døgninstitusjoner, var henvist frivillig.

I samme perioden ble det ved utvalgssykehusene innlagt 30 prosent flere fra eget bosted i 2003 enn tilfellet var i 2001. Økningen var størst av frivillige henvisninger med 32 prosent, mens 23 prosent flere ble henvist under tvang. Dette betyr at målt i faktiske tall så har både antall frivillige og tvangshenvisninger økt i perioden.

7.1 Henvisning ved tvang – øyeblikkelig hjelp-innleggelser

Det har vært stor oppmerksomhet rundt akuttkapasiteten til det psykiske helsevernet. Vi skal nå se nærmere på akuttinnleggelser (øyeblikkelig hjelp) ved sykehus i perioden 2001 til og med 2003. I tabell 7.3 viser vi resultater fra de sykehusene vi har gode pasientdata fra i alle de tre åra.

Tabell 7.3 Antall innleggelser etter henvisningsformalitet for pasienter innlagt ved øyeblikkelig hjelp eller elektivt. 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved sykehus godkjent for tvangsinnleggelser med godkjente pasientdata for alle tre år.

	2001		2002		2003		Endring 2001 – 2003	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	% - endring
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelser								
Øyeblikkelig hjelp-innleggelser								
Frivillig	4 475	56	4 627	55	5 473	56	998	22
Tvang	3 462	44	3 739	45	4 258	44	796	23
Annen lovhjemmel	13	0	26	0	35	0	22	169
Sum	7 950	100	8 392	100	9 766	100	1 816	23
Mangler registrering	134		80		80			
Elektive innleggelser								
Frivillig	831	89	1 229	90	1 543	94	712	86
Tvang	86	9	124	9	91	6	5	6
Annen lovhjemmel	12	1	7	1	9	1	-3	-25
Sum	929	100	1 360	100	1 643	100	714	77
Mangler registrering	104		50		41			

Datilde: NPR

Ved disse utvalgssykehusene økte omfanget av øyeblikkelig hjelp-innleggelser fra eget bosted med omlag 23 prosent, mens omfanget av elektive innleggelser til sykehus økte med hele 77 prosent.

Elektive innleggelser skjer i hovedsak i form av frivillige henvisninger hvor ni av ti innleggelser er henvist frivillig. Nesten hele økningen i elektive innleggelser har skjedd som frivillige henvisninger.

Mellom 44 og 45 prosent av øyeblikkelig hjelp-innleggelser skjer med henvisning om tvangsinnleggelse. Økningen i øyeblikkelig hjelp-innleggelser fordeler seg tilnærmet likt mellom tvang og frivillighet.

7.2 Multivariat regresjonsanalyse av andel tvang ved henvisning

I dette avsnittet ser vi om forskjellene i andel tvang ved henvisning er signifikant forskjellig mellom 2001, 2002 og 2003. For nærmere veiledning i tolkning av modellen, se avsnitt 6.4. Vi presenterer to modeller – uten kontroll for om innleggelsen har skjedd ved øyeblikkelig hjelp eller ikke (modell I) og med kontroll for innleggelsesmåte (modell II). Usikkerheten ved estimatene (Standardfeil SE) er korrigert for eventuelle klyngeeffekter ved institusjonstilknøying.

Tabell 7.4 Logistisk regresjonsanalyse av sannsynligheten for henvisning ved tvang ved innleggelse til institusjon godkjent for tvangsinnleggelse. N =43 822

Variabler	Modell I		Modell II	
	Odds ratio	SE ¹	Odds ratio	SE ¹
<i>År(2001 referanse):</i>				
- 2002	0,94	0,07	1,05	0,08
- 2003	0,82*	0,08	0,97	0,07
<i>Institusjonstype(sykehus referanse):</i>				
- Andre døgninstitusjoner	8,01	2,65	4,38***	1,28
<i>Innleggelsesmåte(elektiv referanse):</i>				
- Øyeblikkelig hjelp			4,44***	0,87
Utvalg A ² (referanse)				
Utvalg B ³	0,75	0,20	0,93	0,24

Datailde: NPR

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

¹ Justert for klyngeeffekter ved institusjonstilknypning

² Innleggelse fra institusjoner som har levert godkjente data for alle tre år

³ Innleggelse fra institusjoner som har levert godkjente data, men ikke alle tre år

Modell I viser en svak signifikant reduksjon i andelen tvangshenvisninger. Modell II viser imidlertid at forskjellen mellom åra blir ikke signifikant når vi kontrollerer for om innleggelsen har skjedd ved øyeblikkelig hjelp eller ikke. I den grad andelen tvangshenvisninger har gått noe ned i perioden, ser dette ut til å henge sammen med en økning i elektive innleggelse i perioden.

7.3 Oppsummering

Resultatene fra dette kapitlet viser at andelen tvangshenvisninger er relativt stabil gjennom perioden 2001 og 2003. Selv om andelen tvangshenvisninger har vært stabil har det skjedd en økning i antallet av både henvisninger til tvang og frivillighet.

8 Omfang av tvang ved spesialistvedtak

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). 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 tutormyndighet.

I avsnitt 8.1 viser vi hvilke vedtak som ble fattet for de som ble henvist til tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern. Deretter viser vi i avsnitt 8.2 omfanget av tvang og frivillighet etter at spesialisten har gjort sitt vedtak.

Vedtaket om tvungent psykisk helsevern må i tillegg til alvorlig psykisk lidelse også være grunnet i at minst ett av to tilleggskriterier er til stede (jf kapittel 6). I avsnitt 8.3 viser vi hvilke kriterier som er anvendt ved vedtak om tvungent psykisk helsevern.

8.1 Spesialistvedtak ved henvisning til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern

Som vi var inne på i forrige kapittel er det uklart om pasienten er henvist kun til tvungen undersøkelse, tvungent psykisk helsevern eller om begge disse er angitt i begjæringen. Vi har derfor slått sammen henvisningene til tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern. Legeerklæringen som grunnlag for begjæringen er gitt av lege som ikke nødvendigvis har spesiell kompetanse om psykiske lidelser. Henvisende lege vil i mange tilfeller stå i en vanskelig situasjon, hvor mange avveininger må gjøres i løpet av kort tid. Dette gjelder vurderingen av tilstanden til pasienten – både diagnose, alvorlighetsgrad, risiko for seg selv eller andre, samt avveiningen av hva som er alternativet til innleggelse.

Tabell 8.1 viser vedtaket for de som ble tvangshenvist i 2001, 2002 og 2003 for de institusjonene som leverte akseptable pasientdata for alle eller noen av de tre åra.

Tabell 8.1 Spesialistvedtak for innleggelser henvist for tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern. Innleggelser henvist ved tvang 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent.

	2001		2002		2003	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Sykehusavdelinger godkjent for tvangsinnleggelser						
Frivillig	533	13	786	15	1 113	23
Frivillig kontrakt	4	0	9	0	6	0
Tvungen undersøkelse	2 177	52	2 724	51	2 170	45
Tvungent psykisk helsevern	1437	35	1 853	34	1 536	32
Annen lovhjemmel	5	0	2	0	1	0
Sum	4 153	100	5 373	100	4 829	100
Ikke registrert	66		47		164	
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser						
Frivillig	1	2	3	3	18	13
Frivillig kontrakt	0	0	0	0	0	0
Tvungen undersøkelse	11	23	28	26	31	22
Tvungent psykisk helsevern	36	75	77	71	91	65
Annen lovhjemmel	0	0	0	0	0	0
Sum	48	100	108	100	140	100
Ikke registrert	44		1		7	

Datilde: NPR

I 2001 og 2002 ble 13 – 15 prosent av tvangshenvisningene omgjort til frivillige vedtak. I 2003 derimot, ble 23 prosent av tvangshenvisningene omgjort til frivillige vedtak. Det har særlig vært en nedgang i spesialistvedtak om tvungen undersøkelse.

Pasienter henvist ved tvang til andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser fikk i liten grad omgjort sitt vedtak til frivillighet i 2001 og 2002. I 2003 er det en tendens til at noe flere fikk omgjort henvisningen til tvang til et frivillig vedtak.

I tabell 8.2 viser vi tall for de institusjonene som har levert akseptable pasientdata for alle de tre åra. Siden så få er henvist til tvang ved institusjoner utenfor sykehus, viser vi ikke prosentvise endringer for disse.

Tabell 8.2 Spesialistvedtak for innleggelse henvist for tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern ved institusjoner med godkjente pasientdata for alle tre år. Absolutte tall og prosent. 2001, 2002 og 2003

	2001		2002		2003		Endring	
	Antall	%	Antall	Antall	%	%	Antall	%
Sykehusavdelinger godkjent for tvangsinnleggelse								
Frivillig	429	12	555	14	1 016	24	587	137
Frivillig kontrakt	3	0	5	0	5	0	2	67
Tvungen undersøkelse	1 842	53	2 032	53	1 855	44	13	1
Tvungent psykisk helsevern	1 218	35	1 270	33	1 306	31	88	7
Annen lovhjemmel	5	0	1	0	0	0	-5	-100
Sum	3 493	100	3 862	100	4 186	100	693	20
Ikke registrert	56		1		163			
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse								
Frivillig	0	0	2	2	2	2	2	
Frivillig kontrakt	0	0	0	0	0	0	0	
Tvungen undersøkelse	11	24	28	30	30	30	19	
Tvungent psykisk helsevern	35	76	62	67	68	68	33	
Annen lovhjemmel	0	0	0	0	0	0	0	
Sum	46	100	92	100	100	100	54	
Ikke registrert	13		1	5				

Datailde: NPR

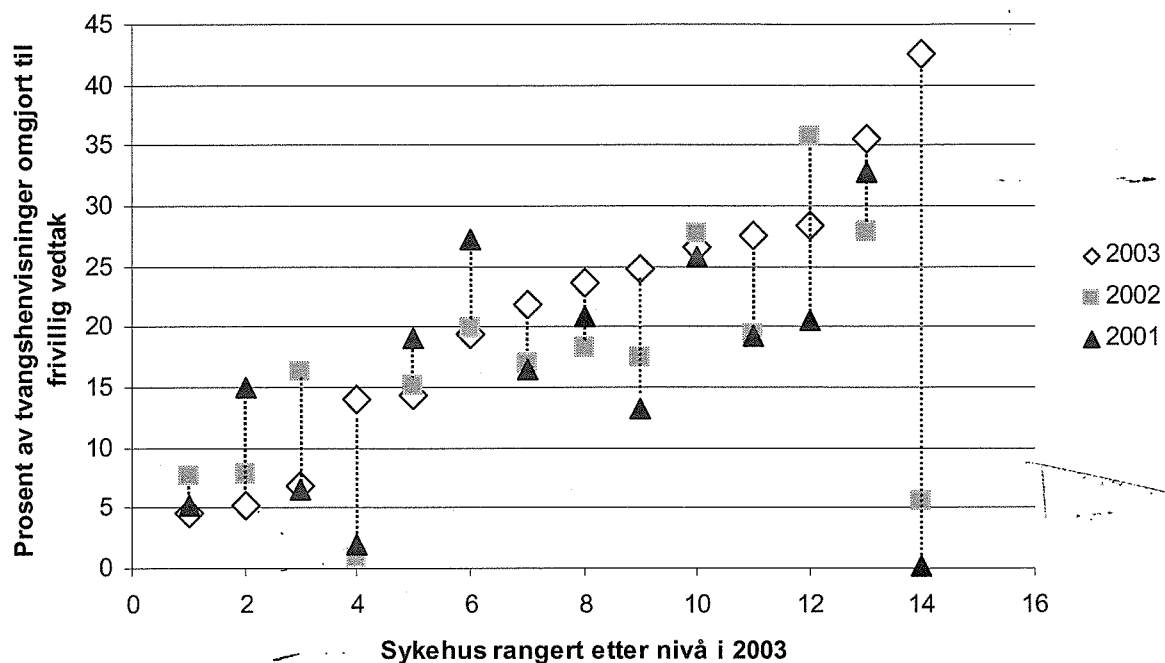
Tabell 7.2 viste en økning på 796 flere sykehushenvisninger til tvang i 2003 sammenlignet med 2001. I tabell 8.2 ser vi hvordan denne økningen fordeler seg mellom tvang og frivillighet ved spesialistens vedtak¹. Selv om det er flere som er henvist til tvang er antallet vedtak om tvang relativt likt ved disse sykehusene. Det var kun 13 flere vedtak om tvungen undersøkelse og 88 flere vedtak om tvungent psykisk helsevern.

Dette innebærer en kraftig økning i endring av henvisningsformalitet fra 2001 til 2003 ved innleggelse til sykehus. I 2001 ble 12 prosent av henvisningene til tvang underkjent, det vil si omgjort til frivillig innleggelse, mens i 2003 ble 24 prosent av tvangshenvisningene omgjort til frivillige vedtak. Andelen vedtak om tvungen undersøkelse viser størst nedgang med syv prosentpoeng lavere i 2003 sammenlignet med 2001.

De som ble henvist ved tvang til andre døgninstitusjoner, fikk i all hovedsak et vedtak om tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern.

Vi kan ikke se av tabell 8.2 om dette er en utvikling som gjelder alle institusjonene eller om det er enkelte institusjoner som skiller seg ut. I figur 8.1 har vi vist utviklingen i prosentandelen av tvangshenvisningene som ble omgjort til frivillige vedtak ved 14 sykehus. Sykehusene er rangert etter det nivået de hadde i 2003.

¹ Tabell 7.2 viser en økning på 796 flere henvisninger til tvang ved disse sykehusene. I tabell 8.2 ser vi at økningen er på 693 noe som skyldes at man ikke har angitt spesialistvedtak for alle tvangshenvisningene (56 i 2001 og 163 i 2003).



Figur 8.1 Prosent tvangshenvisninger omgjort til frivillig vedtak ved 14 sykehus godkjent for tvangsinnleggelse med godkjente pasientdata for alle tre år, 2001, 2002 og 2003

Vi ser at det for de fleste sykehusene er høyt samsvar i andelen omgjøringer av tvangshenvisninger til frivillige vedtak. Unntaket er to sykehus som i liten grad omgjorde tvangshenvisninger i 2001 og 2002, mens de økte kraftig i 2003. For ett av sykehusene ble faktisk ingen tvangshenvisninger endret i 2001, mens over 40 prosent ble omgjort i 2003. Hva som har skjedd ved dette sykehuset er imidlertid ikke mulig å lese ut av denne figuren. Vi vet fra tidligere at dette sykehuset har vært kjennetegnet ved svært høy andel vedtak om tvungen undersøkelse, men at denne andelen er vesentlig lavere for 2003. Om man har gått i gjennom sine rutiner for vedtak om tvungen undersøkelse eller om man har kvalitetssikret sine pasientdata bedre, er vanskelig å si.

Dette indikerer igjen at den store endringen på sykehusnivå i tabell 8.2 ikke gjelder landet generelt, men i hovedsak er knyttet til endringer ved to sykehus.

8.1.1 Spesialistvedtak ved henvisning til tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern – øyeblikkelig hjelp-innleggelse

Dette avsnittet viser hvilke vedtak som ble gjort for pasienter henvist ved tvang ved øyeblikkelig hjelp og ved elektive innleggelse. Vi tar utgangspunkt i de sykehusene som har levert akseptable pasientdata for alle tre år. Vi fokuserer i denne omgang på akuttinnleggelse ved sykehus. Øyeblikkelig hjelp-innleggelse utenfor sykehus er i denne sammenheng ikke inkludert.

Tabell 8.3 Spesialistvedtak for øyeblikkelig hjelp-innleggelse henvist for tvungen undersøkelse og/eller tvungent psykisk helsevern ved sykehus med godkjente pasientdata for alle tre år. Absolutte tall og prosent. 2001, 2002 og 2003

	2001		2002		2003		Endring	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Sykehusavdelinger godkjent for tvangsinnleggelse								
Øyeblikkelig hjelp								
Frivillig	426	13	547	15	1 010	25	584	137
Frivillig kontrakt	3	0	5	0	5	0	2	67
Tvungen undersøkelse	1 803	53	1 971	53	1 813	44	10	1
Tvungent psykisk helsevern	1 174	34	1 216	33	1 265	31	91	8
Annen lovhemmel	5	0	1	0	0	0	-5	-100
Sum	3 407	100	3 739	100	4 097	100	690	20
Ikke registrert	55		0		161			
Elektiv								
Frivillig	3	4	8	7	6	7	3	0
Frivillig kontrakt	0	0	0	0	0	0	0	0
Tvungen undersøkelse	38	45	61	50	42	47	4	11
Tvungent psykisk helsevern	44	52	54	44	41	46	-3	-7
Annen lovhemmel	0	0	0	0	0	0	0	0
Sum	85	100	123	100	89	100	4	5
Ikke registrert	1		1		2			

Datilde: NPR

Av tabell 8.3 ser vi at det i liten grad skjer omgjøring av tvangshenvisninger ved elektive innleggelse. For øyeblikkelig hjelp-innleggelse er bildet omtrent det samme som resultatet fra tabell 8.2.

8.1.2 Multivariat regresjonsanalyse av andelen omgjøring av tvangshenvisninger til frivillige vedtak

I dette avsnittet ser vi om forskjellene i andelen omgjøring av tvangshenvisning til frivillige vedtak er signifikant forskjellig mellom 2001, 2002 og 2003. For nærmere veiledning i tolkning av modellen, se avsnitt 6.4. Vi presenterer to modeller – med (modell II) og uten (modell I) kontroll for om innleggelsen har skjedd ved øyeblikkelig hjelp eller ikke. Usikkerheten ved estimatene (Standardfeil SE) er korrigeret for eventuelle klyngeeffekter ved institusjonstilknytning.

Tabell 8.4 Logistisk regresjonsanalyse av sannsynligheten for omgjøring av tvangshenvising til frivillig vedtak. N = 14 592

Variabler	Modell I		Modell II	
	Odds ratio	SE ¹	Odds ratio	SE ¹
<i>År(2001 referanse):</i>				
- 2002	1,19	0,16	1,27	0,17
- 2003	2,00	0,87	2,24	1,01
<i>Institusjonstype(sykehus referanse):</i>				
- Andre døgninstitusjoner	3,16	2,31	1,07	2,26
<i>Innleggelsesmåte(elektiv referanse):</i>				
- Øyeblikkelig hjelp			2,31***	1,96
Utvalg A ² (referanse)				
Utvalg B ³	0,98	0,25	2,31	1,96

Datailde: NPR

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

¹ Justert for klyngeeffekter ved institusjonstilknytning

² Innleggelser fra institusjoner som har levert godkjente data for alle tre år

³ Innleggelser fra institusjoner som har levert godkjente data, men ikke alle tre år

Ingen av modellene viser signifikant reduksjon i andelen av tvangshenvisinger som omgjøres til frivillig vedtak fra 2001 til og med 2003. Dette skyldes som figur 8.1 viste at endringen i hovedsak skyldtes stor nedgang ved to av sykehusene og ikke gjelder for landet som helhet.

Resultatene fra modell II viser at innleggelser som øyeblikkelig hjelp har større sjans for å omgjøres til frivillig vedtak enn det som er tilfellet for de som innlegges elektivt. Dette er kanskje ikke uventet med tanke på at usikkerheten rundt pasientens tilstand trolig er større ved en akuttinnleggelse enn når innleggelser skjer planlagt.

8.2 Tvang og frivillighet etter spesialistvedtaket

Til nå har vi sett på hvilken formalitet faglig ansvarlig har angitt for henholdsvis henvisninger til tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern. I tabell 8.5 viser vi en oversikt over tvang og frivillighet etter at ansvarlig spesialist har fattet sitt vedtak. Tabellen viser resultat fra alle institusjoner som har levert akseptable pasientdata for alle eller enkelte av åra.

Tabell 8.5 Antall innleggelse etter spesialistvedtak. 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent av antall innleggelse ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelse.

	2001		2002		2003	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelse						
Frivillig	6 827	64	9 546	66	10 136	72
Frivillig kontrakt	128	1	205	1	169	1
Tvungen undersøkelse	2 184	21	2 733	19	2 183	16
Tvungent psykisk helsevern	1 445	14	1 867	13	1 542	11
Annen lovhjemmel	19	0	24	0	31	0
Sum	10 603	100	14 375	100	14 061	100
Mangler registrering	173		211		212	
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse						
Frivillig	1 032	96	1 693	94	2 160	94
Frivillig kontrakt	0	0	0	0	0	0
Tvungen undersøkelse	11	1	28	2	31	1
Tvungent psykisk helsevern	37	3	78	4	96	4
Annen lovhjemmel	0	0	0	0	0	0
Sum	1 080	100	1 799	100	2 287	100
Mangler registrering	87		22		146	

Datailde: NPR

Tabell 8.5 viser at 65 prosent av sykehusinnleggelsene fikk et frivillig vedtak i 2001, mens 73 prosent fikk et frivillig vedtak i 2003. Samme tall for institusjoner utenfor sykehus var hhv 96 og 94.

Tabell 8.6 tar utgangspunkt institusjoner som har levert akseptable pasientdata for alle tre år (se kapittel 6 for beskrivelse av utvalg).

Tabell 8.6 Antall innleggelser etter spesialistvedtak. 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved institusjoner godkjent for tvangsinnleggelser med godkjente pasientdata for alle tre år.

	2001		2002		2003		Endring 2001 - 2003	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	% endring
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelser								
Frivillig	5 789	64	6 431	65	8 074	71	2 285	39
Frivillig kontrakt	113	1	87	1	67	1	-46	-41
Tvungen undersøkelse	1 849	21	2 040	21	1 868	16	19	1
Tvungent psykisk helsevern	1 225	14	1 284	13	1 311	12	86	7
Annen lovhjemmel	18	0	20	0	27	0	9	50
Sum	8 994	100	9 862	100	11 347	100	2 353	26
Mangler registrering	124		91		184			
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser								
Frivillig	914	95	890	91	1 076	91	162	
Frivillig kontrakt	0	0	0	0	0	0	0	
Tvungen undersøkelse	11	1	28	3	30	3	19	
Tvungent psykisk helsevern	36	4	62	6	73	6	37	
Annen lovhjemmel								
Sum	961	100	980	100	1 179	100	218	
Mangler registrering	35		4		44			

Datailde: NPR

Ved disse utvalgssykehusene var det en kraftig økning i innleggelser fra eget bosted. Det er verdt å merke seg at denne økningen fordelte seg noenlunde jevnt mellom henvisninger til tvang og frivillighet (jf tabell 7.2). Etter at spesialistvedtaket var gjennomført økte antallet vedtak om tvungen undersøkelse med kun én prosent (19 innleggelser) og vedtak om tvungent psykisk helsevern med syv prosent (86 innleggelser). Størst økning var det av frivillige vedtak med 39 prosent (2 285 innleggelser). Antallet frivillige vedtak med kontrakt gikk ned i samme periode.

Som følge av dette har andelen frivillige vedtak gått opp fra 65 prosent i 2001 til 72 prosent i 2003. Dette henger da sammen med at flere har blitt innlagt. Det faktiske antallet tvangsinnleggelser har vært relativt stabilt over perioden.

Vedtak om tvang og frivillighet for andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser har holdt seg noenlunde stabilt i perioden, og hovedtrekket der er dette skjer i et lite omfang. Med tanke på den utviklingen som skjer med utbygging og utvikling av DPS-tilbudet er det imidlertid viktig å følge bruken av tvang i disse institusjonene nøye i tida framover.

8.2.1 Vedtak om tvang - øyeblikkelig hjelp-innleggelser

I den neste tabellen viser vi utviklingen i vedtak om tvang og frivillighet ved øyeblikkelig hjelp og elektive innleggelser, for de utvalgssykehusene som har levert godkjente pasientdata for alle de tre åra.

Tabell 8.7 Antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser på sykehus etter spesialistvedtak. 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent av antall innleggelser ved sykehus godkjent for tvangsinnleggelser med godkjente pasientdata for alle tre år.

	2001		2002		2003		Endring	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Sykehusavdelinger godkjent for tvangsinnleggelser								
Øyeblikkelig hjelp								
Frivillig	4 877	61	5 171	61	6 497	67	1 620	33
Frivillig kontrakt	104	1	72	1	57	1	-47	-45
Tvungen undersøkelse	1 807	23	1 977	23	1 825	19	18	1
Tvungent psykisk helsevern	1 177	15	1 226	15	1 269	13	92	8
Annen lovhjemmel	7	0	9	0	21	0	14	200
Sum	7 972	100	8 455	100	9 669	100	1 697	21
Ikke registrert	112		88		177			
Elektiv								
Frivillig	912	89	1 260	90	1 576	94	664	73
Frivillig kontrakt	9	1	15	1	10	1	0	0
Tvungen undersøkelse	41	4	63	4	43	3	2	5
Tvungent psykisk helsevern	48	5	58	4	42	3	-6	-13
Annen lovhjemmel	11	1	11	1	6	0		
Sum	1 021	100	1 407	100	1 677	100	656	64
Ikke registrert	12		3		22			

Datailde: NPR

For utvalgssykehusene som har levert akseptable pasientdata for alle tre år fikk 62 prosent av akuttinnleggelsene et frivillig vedtak i 2001. I 2003 fikk 68 prosent et frivillig vedtak. Andelen vedtak om tvungen undersøkelse for denne pasientgruppen gikk fra 23 prosent i 2001 til 19 prosent i 2003. Andelen tvungent psykisk helsevern lå på 15 prosent i 2001 og 13 prosent i 2003. Antallet vedtak om frivillig innleggelse steg med 33 prosent. Antallet vedtak om tvungent psykisk helsevern steg med åtte prosent, mens antallet vedtak om tvungen undersøkelse økte med én prosent. Frivillig kontrakt ble i liten grad brukt gjennom hele perioden og ser faktisk ut til å ha gått ned i antall.

For elektive sykehusinnleggelser fikk 90 prosent frivillige vedtak i 2001, mens i 2003 var samme tall 95 prosent. Antallet frivillige vedtak blant elektive sykehusinnleggelser økte med 73 prosent i perioden. Antall vedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern var omtrent uendret i perioden (reduksjon på til sammen fire innleggelser).

8.2.2 Multivariat regresjonsanalyse av vedtak om tvang og frivillighet

I dette avsnittet ser vi om forskjellene i sannsynligheten for vedtak frivillig innleggelse, tvungen undersøkelse eller tvungent psykisk helsevern er signifikant forskjellig mellom 2001, 2002 og 2003. For nærmere veiledning i tolkning av modellen, se avsnitt 6.4. Vi presenterer

to modeller – med (modell I) og uten (modell II) kontroll for om innleggelsen har skjedd ved øyeblikkelig hjelp eller ikke. Usikkerheten ved estimatene (Standardfeil SE) er korrigert for eventuelle klyngeeffekter ved institusjonstilknytning.

Tabell 8.8 Multinomisk logistisk regresjonsanalyse av sannsynligheten for ulikt vedtak ved innleggelse. Frivillig innleggelse er referanse for utfallsvariabelen. N =43 352.

Variabler	Modell I		Modell II	
	Tvungen unders. (SE ¹)	Tvungent phv(SE ¹)	Tvungen unders. (SE ¹)	Tvungent phv(SE ¹)
	rrr ²	rrr ²	rrr ²	rrr ²
<i>År(2001 referanse):</i>				
- 2002	1,0(0,08)	1,0(0,07)	1,0(0,09)	1,0(0,08)
- 2003	0,7(0,08)**	0,7(0,09)*	0,8(0,10)	0,8(1,10)
<i>Institusjonstype(sykehus referanse):</i>				
- Andre døgninstitusjoner	17,1(13,05)***	4,0(1,11)***	9,3(6,37)***	2,5(0,64)***
<i>Innleggelsesmåte(elektiv referanse):</i>				
- Øyeblikkelig hjelp			4,5(1,20)***	3,0(0,49)***
Utvalg A ³ (referanse)				
Utvalg B ⁴	0,7(0,19)	0,8(0,19)	0,9(0,22)	1,0(0,22)

Datailde: NPR

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

¹ Justert for klyngeeffekter ved institusjonstilknytning

² Relativ risk ratio

³ Innleggelser fra institusjoner som har levert godkjente data for alle tre år

⁴ Innleggelser fra institusjoner som har levert godkjente data, men ikke alle tre år

Modell I viser en signifikant reduksjon i andelen vedtak om tvungen undersøkelse og tvungent psykisk helsevern i 2003, sammenlignet med 2001. Denne forskjellen reduseres og blir ikke-signifikant i modell II som kontrollerer for om innleggelsen har skjedd akutt eller ikke. Den signifikante endringen i modell I kan med andre ord se ut til å henge sammen med økning i elektive innleggelser. Når modellene ikke viser signifikante utslag mellom åra, henger dette også sammen med at vi har korrigerede standardfeil i analysen. Store endringer som skyldes utslag ved enkeltinstitusjoner vil dermed ikke få så stor innvirkning ved signifikanstesting.

8.3 Oppsummering

Andelen frivillige sykehusinnleggelser ser ut til å ha økt ved at flere tvangshenvisninger er omgjort til frivillige vedtak. Dette ser ut til å henge sammen med særlig to forhold. For det første har det vært en stor endring i omgjøring av tvangshenvisninger ved to sykehus. For det andre har det også vært en økning i elektive innleggelser, noe som igjen har gitt seg utslag i lavere andel tvangsinnleggelser.

9 Spesialistens begrunnelse for tvungent psykisk helsevern - tilleggskriteriene

Som nevnt må, i tillegg til alvorlig psykisk lidelse, minst ett av tilleggskriteriene foreligge for at pasienten skal kunne innlegges til tvungent psykisk helsevern. I den neste tabellen viser vi hvilke kriterier som er anvendt ved tvungent psykisk helsevern i perioden 2001 til og med 2003. Tabellen tar utgangspunkt i de institusjonene som har levert akseptable pasientdata for alle eller enkelte år i perioden.

Tabell 9.1 Tilleggskriterier ved vedtak om tvungent psykisk helsevern. 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent.

	2001		2002		2003	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Vilkår 1 *	504	74	945	81	1 213	83
Vilkår 2 **	37	5	63	5	43	3
Vilkår 1 samt vilkår 2	142	21	155	13	210	14
Totalt	683	100	1 163	100	1 466	100
Ikke registrert	15		54		34	

P<0,001 kjikvadrattest

Datailde: NPR

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

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

I 2001 ble 26 prosent av vedtakene om tvungent psykisk helsevern begrunnet med det såkalte farekriteriet. I 2001 var denne andelen 17 prosent. I de fleste tilfeller ble vedtaket om tvungent psykisk helsevern begrunnet med det såkalte behandlingkriteriet alene, 74 prosent i 2001, 81 prosent i 2002 og 83 prosent i 2003.

Det var langt færre institusjoner som leverte tilfredsstillende opplysninger om begrunnelse for tvungent psykisk helsevern i 2001 enn i 2003 (se tabell 6). Utvalget av institusjoner som har levert data for alle tre åra er dermed i betydelig redusert i tabell 9.2.

Tabell 9.2 Tilleggskriterier ved vedtak om tvungent psykisk helsevern. Institusjoner som har levert godkjente pasientdata for 2001, 2002 og 2003. Absolutte tall og prosent.

	2001		2002		2003		Endring	
	Antall	%	Antall	%	Antall	%	Antall	%
Vilkår 1 *	461	76	551	83	537	85	76	16
Vilkår 2 **	23	4	26	4	15	2	-8	-35
Vilkår 1 samt vilkår 2	123	20	86	13	81	13	-42	-34
Totalt	607	100	663	100	633	100	26	4
Ikke registrert	0		4		1			

Datailde: NPR

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

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

I all hovedsak tilbakeholdes pasienter etter behandlingskriteriet. Betydelig færre blir tvangsinnlagt med begrunnelse i at pasienten er til fare for seg selv eller andre. Andelen av tvangsinnleggelsene som er begrunnet med farekriteriet går ned fra 24 prosent i 2001 til 15 prosent i 2003. I disse institusjonene som har levert godkjente data for alle av de tre åra er det en økning i det faktiske antallet med bruk av behandlingskriteriet, mens det er en reduksjon i antallet tvungent psykisk helsevern begrunnet med farekriteriet.

9.1 Oppsummering

De fleste vedtak om tvungent psykisk helsevern begrunnes med behandlingskriteriet. Kun to til tre prosent av vedtakene om tvungent psykisk helsevern i 2003 ble begrunnet i farekriteriet alene, mens 15 prosent ble begrunnet i begge kriteriene. Tvang i det psykiske helsevernet gir nok for mange assosiasjoner om farlige personer som omverden må beskyttes fra. Når vi ser hvor få det i realiteten er som tvangsinnlegges med begrunnelse i farekriteriet, kan dette være et viktig bidrag til å nyansere slike oppfatninger. Dette poenget forsterkes ved at man må anta at en ikke ubetydelig andel av de tilfellene hvor man benytter farekriteriet, så er det snakk om fare for seg selv og ikke andre.

Med tanke på at så mange tvangsinnlegges med begrunnelse i behovet for behandling, burde dette stille klare krav til tjenesten. Per i dag er det svært lite kunnskap om det tilbudet personer som tvangsinnlegges gis, faktisk fører til at de blir bedre. 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.

10 Institusjonstabeller

Tabellene under viser omfanget av tvang og frivillighet i 2002 til 2003. Disse tabellene er i sin helhet tatt fra SAMDATA psykisk helsevern (Halsteinli et. al 2004). Tabell 10.1 viser omfang av henvisningsformalitet, mens tabell 10.2 viser spesialistvedtak.

Tabell 10.1 Innleggelse på institusjoner for voksne godkjent for tvangsinnleggelse etter henvisningsformalitet (psy-
kisk helsevernloven). Prosent av antall innlagte fra eget bosted, 2002 og 2003.

Institusjon	År	Henvisningsformalitet			Prosent- grunnlag	Antall uten angitt hjemmel
		Frivillig	Begjæring om tvang	Annet lov- grunnlag		
Helse Øst RHF						
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelse						
Sykehuset Innlandet Gjøvik	2003	82	18	0	335	20
	2002	85	15	0	369	3
Oslo Hospital	2003	100	0	0	94	0
	2002	100	0	0	54	0
Diakonhjemmet sykehus Vindern	2003	45	54	0	292	2
	2002	49	51	0	316	0
Sykehuset Innlandet Sanderud	2003	84	15	1	1 033	33
	2002	81	18	0	851	45
Sykehuset Innlandet Reinsvoll	2003	82	18	0	385	32
	2002	74	26	0	351	0
Sykehuset Østfold	2003	34	64	2	1 523	21
	2002	34	66	0	1 273	130
Blakstad sykehus	2003	52	48	0	712	0
	2002	52	48	0	667	1
Lovisenberg diakonale sykehus	2003	39	60	1	525	0
	2002	38	62	0	447	1
Lien psyk behandlingssenter	2003	80	20	0	10	1
Diakonhjemmet sykeh. Søndre Borgen	2003	85	15	0	186	1
	2002	84	16	1	160	2
Vor Frue Hospital	2003	65	35	0	46	0
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse						
DPS Fredrikstad	2003	94	6	0	105	0
	2002	100	0	0	94	1
DPS Vinderen	2003	100	0	0	60	1

Institusjon	År	Henvisningsformalitet			Prosent- grunnlag	Antall uten angitt hjemmel
		Frivillig	Begjæring om tvang	Annet lov- grunnlag		
Helse Sør RHF						
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelser						
Sørlandet sykehus Kristiansand	2003	67	32	0	989	37
	2002	68	31	1	908	125
Sykehuset Telemark, sjukehusklinikk	2003	59	41	0	634	5
	2002	56	44	0	592	41
Psykiatrien i Vestfold, Fylkesavdelingen	2003	75	25	0	774	0
	2002	75	25	0	767	0
Sørlandet sykehus Arendal	2003	74	25	1	575	38
	2002	70	29	0	546	28
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser						
Tønsberg DPS	2003	81	19	0	136	0
	2002	90	10	0	82	0
Søndre Vestfold DPS	2003	97	3	0	76	0
	2002	100	0	0	10	0
Larvik DPS	2002	100	0	0	37	0
Nordre Vestfold DPS	2003	100	0	0	18	0
	2002	100	0	0	21	0
DPS Notodden / Seljord	2003	100	0	0	186	14
	2002	100	0	0	174	7
Helse Vest RHF						
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelser						
Olaviken behandlingssenter	2003	49	51	0	39	0
	2002	16	84	0	32	1
Sandviken sykehus	2003	53	47	0	979	0
	2002	53	47	0	747	0
Valen sjukehus	2003	63	37	0	169	0
	2002	71	29	0	156	0
Haugesund sjukehus	2003	71	29	0	433	0
	2002	75	25	0	375	0
Haukeland universitetssykehus	2003	48	52	0	382	0

Institusjon	År	Henvisningsformalitet			Prosent- grunnlag	Antall uten angitt hjemmel
		Frivillig	Begjæring om tvang	Annet lov- grunnlag		
	2002	47	53	0	543	1
Førde sentralsykehus	2003	79	21	0	577	1
Rogaland psykiatriske sjukehus	2003	70	30	0	1 524	12
	2002	66	32	1	704	1
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse						
Jæren DPS	2003	78	22	0	236	0
	2002	77	23	0	179	0
Strand psykiatriske senter	2003	100	0	0	11	0
	2002	100	0	0	10	0
Indre Sogn psykiatrisenter	2003	91	5	4	77	1
	2002	84	16	0	83	0
Varatun psykiatriske senter	2003	97	3	0	59	3
	2002	96	4	0	76	4
Dalane DPS	2003	100	0	0	48	0
	2002	100	0	0	47	0
Nordfjord psykiatriske senter	2003	99	1	0	117	0
	2002	98	2	0	135	6
Helse Midt-Norge RHF						
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelse						
St. Olavs hospital	2003	78	22	0	942	0
	2002	77	23	0	884	4
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse						
Betania Malvik	2003	100	0	0	42	0
	2002	100	0	0	35	1
Halsen psykiatriske senter	2003	98	2	0	50	0
Orkdal DPS	2003	97	3	0	92	0
	2002	100	0	0	93	0
Tiller DPS	2003	100	0	0	79	0
	2002	100	0	0	62	0
Leistad DPS	2003	98	2	0	65	0
	2002	100	0	0	61	7

Institusjon	År	Henvisningsformalitet			Prosent- grunnlag	Antall uten angitt hjemmel
		Frivillig	Begjæring om tvang	Annet lov- grunnlag		
Helse Nord RHF						
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelser						
Nordlandssykehuset, Bodø	2003	66	34	0	903	9
	2002	64	36	0	888	20
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelser						
DPS Midt-Finnmark	2003	96	2	2	184	0
	2002	86	12	1	147	0
DPS Øst-Finnmark	2003	94	6	0	188	0
	2002	95	5	0	199	0
DPS Vest-Finnmark	2003	89	11	0	235	3
Psyk sent Sør-Troms	2003	99	0	1	141	18
	2002	100	0	0	136	8
Røsvik bo- og behandlingssenter	2003	90	10	0	79	0
	2002	85	15	0	80	2

Tallene er basert på data fra institusjoner som har levert data for 2003 eller både 2002 og 2003

Kilde SAMDATA Psykisk helsevern

Tabell 10.2 Innleggelse på institusjoner for voksne godkjent for tvangsinnleggelse etter spesialistvedtak (psykisk helsevernloven). Prosent av antall innlagte fra eget bosted, 2002 og 2003.

	År	Spesialistvedtak						Antall ikke registrert
		Frivillig	Frivillig kontrakt	Tvungen undersøkelse	Tvungent psykisk helsevern	Annen lov-hjemmel	Prosent-grunnlag	
Helse Øst RHF								
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelse								
Sykehuset Innlandet Gjøvik	2003	85	2	8	6	0	355	0
	2002	82	5	5	7	0	371	1
Oslo Hospital	2003	100	0	0	0	0	94	0
	2002	100	0	0	0	0	54	0
Diakonhjemmet sykehus Vinderen	2003	61	0	16	22	0	294	0
	2002	67	0	14	19	0	316	0
Sykehuset Innlandet Sanderud	2003	84	0	12	2	0	1 045	21
	2002	81	0	14	4	0	865	31
Sykehuset Innlandet Reinsvoll	2003	86	0	7	7	0	417	0
	2002	74	0	14	12	0	351	0
Sykehuset Østfold	2003	62	0	28	9	1	1 544	0
	2002	38	0	50	12	1	1 285	1
Blakstad sykehus	2003	64	0	18	17	0	712	0
	2002	64	1	21	14	0	667	1
Lovisenberg diakonale sykehus	2003	51	2	35	12	0	525	0
	2002	48	0	33	18	0	448	0
Lien psyk behandlingssenter	2003	80	0	10	10	0	10	1
Diakonhjemmet sykeh. Søndre Borgen	2003	89	0	9	2	0	186	1
	2002	83	0	8	9	0	161	1
Vor Frue Hospital	2003	61	4	2	33	0	46	0
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse								
DPS Fredrikstad	2003	94	0	1	5	0	105	0
	2002	100	0	0	0	0	95	0
DPS Vinderen	2003	100	0	0	0	0	60	1

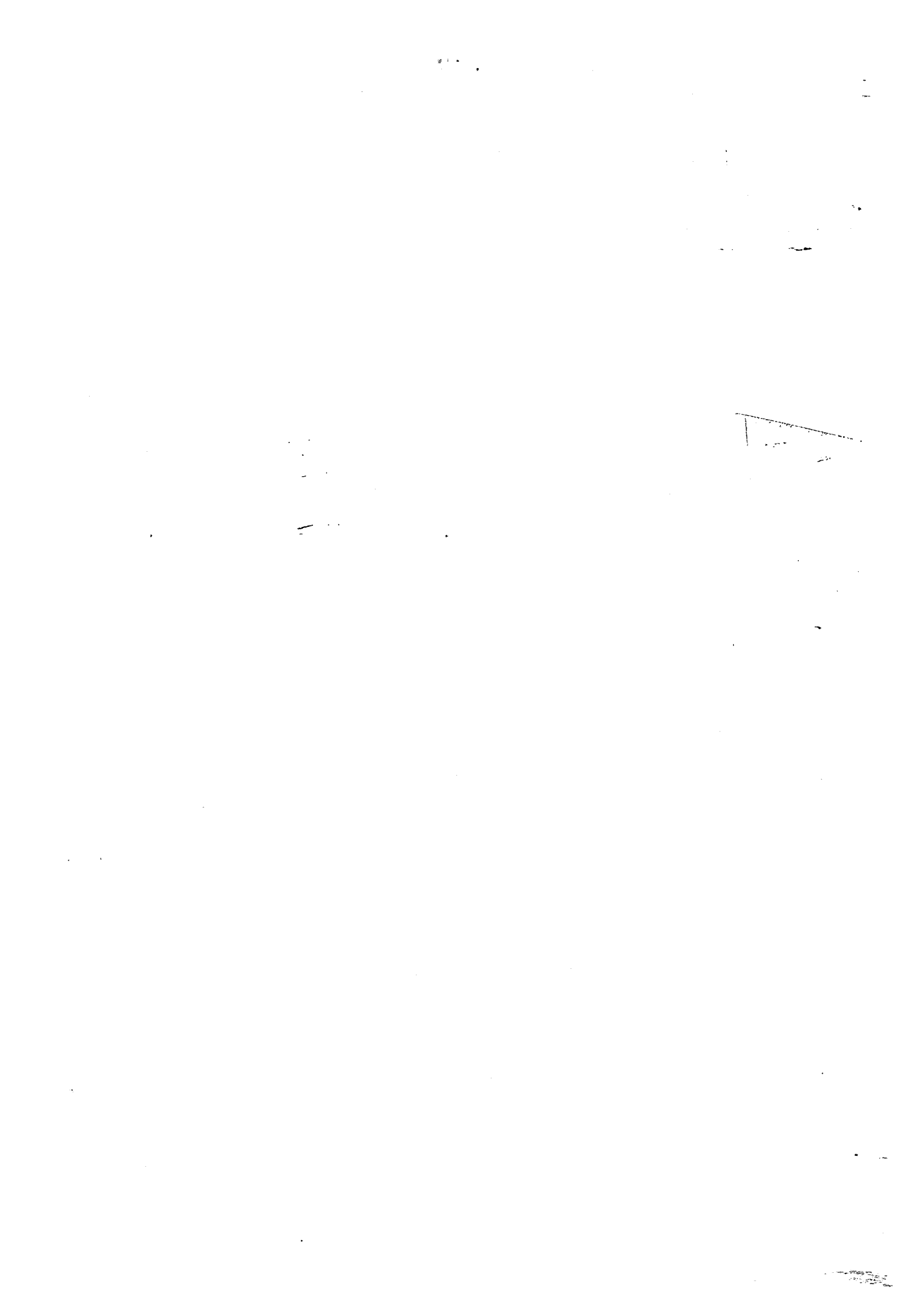
	År	Spesialistvedtak						Antall ikke registrert
		Frivillig	Frivillig kontrakt	Tvungen under-søkelse	Tvungent psykisk helsevern	Annen lov-hjemmel	Prosent-grunnlag	
Helse Sør RHF								
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelse								
Sørlandet sykehus Kristiansand	2003	73	1	11	15	0	997	29
	2002	73	1	11	15	0	947	86
Sykehuset Telemark, sjukehusklinikk	2003	63	7	15	14	0	633	6
	2002	60	7	14	18	0	575	58
Psykiatrien i Vestfold, Fylkesavdelingen	2003	75	2	14	10	0	774	0
	2002	73	4	15	8	0	767	0
Sørlandet sykehus Arendal	2003	78	2	7	12	0	613	0
	2002	76	1	9	14	0	574	0
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse								
Tønsberg DPS	2003	81	0	0	19	0	136	0
	2002	90	0	0	10	0	82	0
Søndre Vestfold DPS	2003	97	0	0	3	0	76	0
	2002	100	0	0	0	0	10	0
Larvik DPS	2002	100	0	0	0	0	37	0
Nordre Vestfold DPS	2003	100	0	0	0	0	18	0
	2002	100	0	0	0	0	21	0
DPS Notodden / Seljord	2003	100	0	0	0	0	186	14
	2002	100	0	0	0	0	174	7
Helse Vest RHF								
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelse								
Olaviken behandlingssenter	2003	49	0	13	38	0	39	0
	2002	21	0	18	61	0	33	0
Sandviken sykehus	2003	60	1	23	17	0	901	78
	2002	60	1	22	17	0	747	0
Valen sjukehus	2003	38	27	15	20	0	169	0
	2002	42	30	9	19	0	156	0
Haugesund sjukehus	2003	79	0	8	13	0	426	7
	2002	76	4	9	11	0	375	0

	År	Spesialistvedtak						Prosent- grunnlag	Antall ikke registrert
		Frivillig	Frivillig kontrakt	Tvungen under- søkelse	Tvungent psykisk helsevern	Annen lov- hjemmel			
Haukeland universitetssykehus	2003	53	1	26	20	0	355	27	
	2002	51	0	26	23	0	544	0	
Førde sentralsykehus	2003	86	0	3	11	0	578	0	
Rogaland psykiatriske sjukehus	2003	75	0	15	9	0	1 497	39	
	2002	65	1	25	8	1	704	1	
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse									
Jæren DPS	2003	79	0	11	10	0	232	4	
	2002	77	0	12	11	0	179	0	
Strand psykiatriske senter	2003	100	0	0	0	0	11	0	
	2002	100	0	0	0	0	10	0	
Indre Sogn psykiatrisenter	2003	91	0	0	9	0	78	0	
	2002	87	0	0	13	0	82	1	
Varatun psykiatriske senter	2003	100	0	0	0	0	57	5	
	2002	95	0	0	5	0	76	4	
Dalane DPS	2003	100	0	0	0	0	48	0	
	2002	100	0	0	0	0	47	0	
Nordfjord psykiatriske senter	2003	99	0	0	1	0	117	0	
	2002	99	0	0	1	0	141	0	
Helse Midt-Norge RHF									
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelse									
St. Olavs hospital	2003	84	0	10	5	0	939	3	
	2002	80	1	13	6	0	887	1	
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse									
Betania Malvik	2003	98	0	0	2	0	42	0	
	2002	100	0	0	0	0	36	0	
Halsen psykiatriske senter	2003	98	0	0	2	0	50	0	
Orkdal DPS	2003	97	0	0	3	0	92	0	
	2002	100	0	0	0	0	93	0	
Tiller DPS	2003	100	0	0	0	0	79	0	
	2002	100	0	0	0	0	62	0	
Leistad DPS	2003	98	0	0	2	0	65	0	

	År	Spesialistvedtak						Antall ikke registrert
		Frivillig	Frivillig kontrakt	Tvungen undersøkelse	Tvungent psykisk helsevern	Annen lov-hjemmel	Prosent-grunnlag	
	2002	100	0	0	0	0	68	0
Helse Nord RHF								
Sykehus godkjent for tvangsinnleggelse								
Nordlandssykehuset, Bodø	2003	75	0	13	12	0	912	0
	2002	71	0	14	15	0	908	0
Andre døgninstitusjoner godkjent for tvangsinnleggelse								
DPS Midt-Finnmark	2003	99	0	0	1	0	183	1
	2002	88	0	0	12	0	145	2
DPS Øst-Finnmark	2003	95	0	1	5	0	188	0
	2002	95	0	0	5	0	199	0
DPS Vest-Finnmark	2003	95	0	0	5	0	238	0
Psyk'sent Sør-Troms	2003	100	0	0	0	0	147	12
	2002	100	0	0	0	0	137	7
Røsvik bo- og behandlingssenter	2003	90	0	5	5	0	79	0
	2002	86	0	7	6	0	81	1

Tallene er basert på data fra institusjoner som har levert data for 2003 eller både 2002 og 2003

Kilde SAMDATA Psykisk helsevern



11 Institusjoner med godkjente pasientdata i 2003

I tabell 11.1. viser vi en oversikt over hvilke institusjoner som har levert pasientdata til NPR av akseptabel kvalitet med opplysninger om tvangsinnleggelse til døgnbehandling i det psykiske helsevernet. Denne tabellen er en revidert versjon hentet fra SAMDATA Psykisk helsevern (Halsteinli et. al 2004).

Tabell 11.1 Oversikt over datagrunnlaget for de ulike døgninstitusjonene som inngår i statistikk over samlet aktivitetsnivå, oppholdstider, diagnose og tvangsinnleggelse. 2003.

Institusjonsnavn	Opplysninger om tvangsinnleggelse
Sykehuset Østfold	NPR
DPS Fredrikstad	NPR
Akershus Universitetssykehus	Data forkastet
Blakstad sykehus	NPR
Aker universitetssykehus	Data forkastet
Grefsenlia alderspsyk BOB	Data forkastet
Skjelfoss psyk senter	Data forkastet
Lien psyk behandlingssenter	NPR
Ullevål universitetssykehus	Data forkastet
Sykehuset Innlandet Gjøvik	NPR
Sykehuset Innlandet Reinsvoll	NPR
Sykehuset Innlandet Sanderud	NPR
Diakonhjemmet sykeh. Søndre Borgen	NPR
Diakonhjemmet sykehus Vindern	NPR
Lovisenberg diakonale sykehus	NPR
Oslo Hospital	NPR
Vor Frue Hospital	NPR
DPS Vinderen	NPR
Sykehuset Buskerud	Data forkastet
Drammen psyk senter	Data forkastet
DPS Notodden / Seljord	NPR
Psykiatrien i Vestfold, Fylkesavdelingen	NPR
Nordre Vestfold DPS	NPR

Institusjonsnavn	Opplysninger om tvangsinnleggelse
Søndre Vestfold DPS	NPR
Tønsberg DPS	NPR
Sykehuset Telemark, sjukehusklinikk	NPR
Sørlandet sykehus Arendal	NPR
Sørlandet sykehus Kristiansand	NPR
Rogaland psykiatriske sjukehus	NPR
Dalane DPS	NPR
Strand psykiatriske senter	NPR
Varatun psykiatriske senter	NPR
Haugesund sjukehus	NPR
Valen sjukehus	NPR
Haukeland universitetssykehus	NPR
Sandviken sykehus	NPR
Førde sentralsykehus	NPR
Indre Sogn psykiatrisenter	NPR
Nordfjord psykiatriske senter	NPR
Olaviken behandlingssenter	NPR
Jæren DPS	NPR
Ålesund sjukehus	Data forkastet
Molde sjukehus, psyk avd.	Data forkastet
St. Olavs hospital	NPR
Betania Malvik	NPR
Leistad DPS	NPR
Orkdal DPS	NPR
Tiller DPS	NPR
Sykehuset Levanger	Data forkastet
Sykehuset Namsos	Data forkastet
DPS Kolvereid	Data forkastet
Halsen psykiatriske senter	NPR
Nordlandssykehuset, Bodø	NPR
Røsvik bo- og behandlingssenter	NPR
Psyk sent Sør-Troms	NPR
Universitetssykehuset i Nord-Norge	Data forkastet
Psyk senter for Tromsø og Karlsøy	Data forkastet
DPS Midt-Finnmark	NPR
DPS Vest-Finnmark	NPR
DPS Øst-Finnmark	NPR

Litteratur

- Bjørngaard J.H., Hatling T, og Heggstad T. (2001). Tvangsinnleggelse. I Pedersen P.B. (red), *Samdata psykisk helsevern rapport. Psykisk helsevern på 1990-tallet. Utviklingstrekk og regionale variasjoner*. Rapport 7/01, Sintef Unimed, Trondheim.
- Bjørngaard J.H. og Hatling T. (2003). Tvangsinnleggelse i psykisk helsevern 2001-2002. Rapport STF78 A035004, Sintef Unimed Helsetjenesteforskning, Trondheim.
- Halsteinli, V. (red) (2004). *Samdata psykisk helsevern Sektorrapport 2003*. Rapport 2/04, Sintef Helse, Trondheim.
- Heggstad T. (1996). Karakteristika ved behandlingen – voksenpsykiatri. I Pedersen P.B. (red), *Samdata psykiatri*. Rapport 1/96, Sintef NIS, Trondheim.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). Se Rundskriv I-10/2001, Sosial- og helsedepartementet.
- Løvdahl, H. og Lilleeng, S. (1998). Pasienter og behandling i voksenpsykiatrien. I Halsteinli, V. (red), *Psykiatritjenesten på 90-tallet, Samdata psykiatri*. Rapport 5/98, Sintef Unimed NIS, Trondheim.
- Ot prp nr 11 (1998-99). Om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.
- Pedersen, P.B., Hatling T, og Bjørngaard J.H. (2004). Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i 2002. Rapport STF78 A045003, Sintef Helse, Trondheim.
- St meld nr 25 (1996-97): Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
- St prp nr 63 (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006.
- St prp nr 1 (2003-2004): Statsbudsjettet 2004, Helsedepartementet.

