

**TVANGSINNLEGGELSER VED EN PSYKIATRISK AVDELING,
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD NORGE**

5. årsoppgave i Stadium IV – medisinstudiet ved Universitetet i Tromsø

Medisinstudent Audun F. Vågan, kull-97

Veileder Vidje Hansen, IKM

Tromsø, september 2002

INNHOLDSFORTEGNELSE

INNLEDNING	3
OM GJENNOMBRUDDSPROSJEKTET	4
Prosjektets overordnede mål.....	4
Avdeling Sør 1's mål.....	5
TVANGSINNLEGGELSER I NORGE	5
LOVVERKET OM TVANGSINNLEGGELSE OG TVANGSOPPHOLD	7
Formålet ved loven	7
INTERVENSJONENE.....	10
FORKLARING TIL INNLEGGELSESMODELL.....	11
Primærhelsetjenesten	11
Mottak.....	11
Innleggelse.....	12
METODER.....	12
Registrering	12
Intervensjoner	13
Perioder.....	13
Statistiske metoder.....	14
RESULTATER.....	14
DISKUSJON AV RESULTATER FRA SØR 1	15
Antallet pasienter søkt inn til tvungen og frivillig helsevern	15
Antall innleggelser.....	15
Lengde av kontroll- og intervensjonsperiodene	16
Pasientsammensetning.....	16
PLANLAGT EMPIRISK KONTROLL AV AVDELINGSRESULTATER.....	17
PROBLEMSTILLINGER.....	17
A: Innleggelser	18
B: Tvangsoppholdenes lengde.....	18
C: Overføringer.....	19
MATERIALE.....	19
DISKUSJON AV PLANLAGT KONTROLL AV INTERVENSJONER.....	20
ETISKE OG MEDISINSKE ASPEKTER VED BRUK AV TVANG.....	21
Kriterier for frivillig psykisk helsevern	23
Helsemessig gevinst med å innskrive/overføre pasienter til frivillighet?	24
KONKLUSJON	25
REFERANSER	26

INNLEDNING

Tvangsbruk innen psykiatri er et "lovhjemlet overgrep" mot pasienten. Man kan finne sterke meninger både for og mot bruk av tvang, men sentralt står hensynet til pasienten. Den norske lægeforening, Statens Helsetilsyn og Norsk psykiatrisk forening gikk sammen om et prosjekt høsten 2000, kalt "Gjennombruddsprosjekt psykiatri". Det overordnede målet med prosjektet var å redusere pasientens opplevde tvang. Dette var et landsomfattende prosjekt der psykiatriske akuttavdelinger fra hele landet deltok. Fra Universitetssykehuset Nord Norge avd. Åsgård deltok akuttavdeling Sør 1. Sør 1 hadde i tillegg som mål gjennom intervensjoner å redusere antall liggedøgn i henhold til tvangsparagraf med 25%.

Avdeling Sør 1 har presentert tallmateriale som viser en reduksjon av liggedøgn på tvang ved avdelingen på 35% etter intervensjon.

Målet med denne oppgaven var i utgangspunktet å evaluere de intervensjoner og resultater Sør 1 oppnådde ved Gjennombruddsprosjektet. Uheldige omstendigheter gjennom denne prosessen førte til at vi ikke fikk noe data for vår egen analyse. Vi er derfor blitt nødt til å presentere avdelingens egne metoder og resultater og diskutere disse, for så å legge frem vår egen planlagte fremgangsmåte.

OM GJENNOMBRUDDSPROSJEKTET

”Gjennombruddsprosjekt psykiatri” høsten 2000 var et prosjekt i regi av den Norske lægeforening, Statens Helsetilsyn og Norsk psykiatrisk forening. Samme type prosjekt har blitt gjennomført to ganger tidligere, da i forhold til keisersnitt og intensivmedisin. Høsten 2000 fokuserte prosjektet på akuttavdelinger innen psykiatri. Gjennombruddsprosjektet ga først og fremst en mulighet til å se systematisk på deler av egen praksis med målsetting om forbedret kvalitet på tilbudet til pasientene. Det ble forsøkt å få med flest mulig akuttavdelinger fra hele landet, og hele 23 akuttposter fulgte prosjektet. Fra Universitetssykehuset Nord-Norge avdeling Åsgård var avdeling Sør 1 med på gjennombruddsprosjektet. Fra avdelingen var det fire ansatte som deltok som prosjektmedarbeidere.

På det nasjonale plan var det tre samlinger der alle deltakere i prosjektet skulle samles og utveksle erfaringer og oppdatere seg selv og hverandre rundt prosjektets tema. I tillegg til dette var det telefonkonferanser der fremdriften til de ulike gruppene ble diskutert. Mellom hver samling skulle avdelingene jobbe med tiltak for å nå hovedmål for hele prosjektet og med mål spesifikke for hver avdeling.

Prosjektets overordnede mål

Fra prosjektets sentrale ledelse ble det definert et hovedmål som alle deltagende avdelinger måtte forholde seg til. Hovedmålet var å redusere pasientenes opplevde tvang med 20%. Registrering av pasientenes opplevde tvang under oppholdet ved avdeling skulle skje i form av intervju med pasienten med et spørreskjema utarbeidet sentralt. Intervjuet skulle finne sted samme dag eller dagen før utskrivelse. I tillegg til hovedmålet skulle hver enkelt avdeling

definere mål som den avdelingen skulle jobbe mot. Resultatene fra Gjennombruddsprosjektet er presentert i et hefte utgitt av Den norske lægeforening (1).

Avdeling Sør 1's mål

Ved Sør 1 valgte man som lokalt mål å ta for seg antall liggedøgn i henhold til tvangsparagraf i Psykisk helsevernloven. Målet var å redusere antall liggedøgn på tvang med 25%. I tillegg ville man prøve å øke pasientenes medvirkning i egen behandling med 50%. Det viste seg etter hvert at registreringen av pasientenes medvirkning i egen behandling ble mer problematisk enn forventet og dette ble derfor kuttet fra målsetningene.

TVANGSINNLEGGELSER I NORGE

Tvangsinnleggelse forekommer relativt hyppig i Norge. Sammenlignet med andre nordiske land ligger Norge høyt både med tanke på andelen tvangsinnleggelse av det totale antall innleggelse og målt ved befolkningsbaserte rater. (2) Mengden av lovhemlet bruk av tvang innen psykiatrien i Norge har variert over tid og har også store variasjoner geografisk. Det er store variasjoner i andel tvangsinnleggelse ved norske sykehus. Rapporten "Bosted avgjør bruk av tvang i psykiatrien" hentet fra Aftenposten (3) bygger på tabelldata fra rapporten Samdata Psykiatri og presenterer at det er store forskjeller i forekomst av tvangsinnleggelse ved ulike sykehus. Her ble RiTø (nå UNN) trukket positivt frem med andelen tvangsinnleggelse på 35%. Tabellen viste at ved andre sykehus i Norge var andelen tvangsinnleggelse oppe i hele 84%. Denne tabellen har da ikke tatt for seg forskjeller i pasientgrunnlag. Avdelingsoverlege Tjerand Lunde ved Valen sykehus påpekte i samme artikkel i Aftenposten (3) at visse sykehus får overført de sykeste pasientene fra psykiatriske

sykehus i nærliggende områder og får dermed en høy andel tvangsinnleggelse. I tillegg kan befolkningsforskjeller i sykehusets nedslagsfeltet også innvirke. Det er påpekt klare forskjeller mellom urbane og ikke-urbane befolkningsområder. Urbane områder har høyere rate tvangsinnleggelse. Jørgen Brabrand og Svein Friis (4) tar for seg forskjeller i tvangsinnleggelse i akuttpsykiatriske institusjoner mellom Ullevål sektor i Oslo og Hedmark fylke. De konkluderte med at andelen tvangsinnleggelse i Hedmark fylke sank fra 58% i 1989 til 48% fem år senere, mens andelen i Ullevål sektor i samme periode var stabil på om lag 85%. Samme mønster er også blitt omtalt i undersøkelser som sammenligner forskjellige områder i Sverige (2). Det er også blitt pekt på en utvikling over tid. Stein Rønnow og Helge Waal (5) tok i 1995 for seg tvangsinnleggelse i de psykiatriske akuttavdelingene i Oslo og konkluderte med at det var en økning av andelen tvangsinnleggelse fra 30-50% på begynnelsen av 80-tallet til over 80% et tiår senere. Denne undersøkelsen ble foretatt på data hentet fra psykiatriske akuttavdelinger i Oslo. Rønnow og Waal trekker frem flere forklaringer som kunne bidra til en slik utvikling. Hovedforklaringen er etter Rønnow og Waals vurdering at det er blitt en større andel innleggelse av pasienter med psykose-diagnose, som oftere enn andre pasientgrupper innlegges i henhold til tvangsparagraf. Etter vår vurdering er dette i hovedsak en konsekvens av den såkalte deinstitutionaliseringen i Norge, som besto i en nedbygging av sengetallet på psykiatriske institusjoner, og en oppbygging av polikliniske tilbud. I følge Hansens doktorgradsavhandling (6) startet denne prosessen langsomt i 1970, og fram til 1997, som er det siste året det er tilgjengelige data fra, ble sengetallet i Norge redusert med 49 %, fra 281 senger per 100 000 innbyggere, til 138. Hovedreduksjonen skjedde i siste halvdel av 1980-tallet. Dette betyr at terskelen for å bli lagt inn ble betydelig høyere i løpet av 80-tallet, og følgelig er det bare de aller sykeste som blir tatt imot. Innleggende lege velger da gjerne også en tvangsparagraf for å understreke

viktigheten av en innleggelse for denne pasienten. Brabrand og Friis (4) diskuterer blant annet at det synes å være en høyere forekomst av psykiske lidelser i storbyer som Oslo.

LOVVERKET OM TVANGSINNLEGGELSE OG TVANGSOPPHOLD

Psykisk helsevernloven av 2. juli 1999 (7), regulerer blant annet bruken av tvang i norsk psykiatrisk helsevesen. Bakgrunnen for at det finnes et eget lovverk for psykiske lidelser er særlig at en hovedgruppe er psykoser, hvor det er et hovedtrekk ved lidelsen at man har en realitetsbrist. Realitetsbristen hindrer pasientene i å innse sin egen sykdom og de klarer dermed heller ikke innse behovet for behandling.

Formålet ved loven

”§ 1-1. *Formål:* Formålet med loven her er å sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Formålet er videre å sikre at de tiltakene som er beskrevet i loven, tar utgangspunkt i pasientens behov og respekten for menneskeverdet.”

Hva kan tvunget psykisk helsevern omfatte?

§ 3-1. *Hva tvungent psykisk helsevern kan omfatte*

” Tvungent psykisk helsevern kan gis ved døgnopphold i institusjon som er godkjent for dette formål. Pasienten kan holdes tilbake mot sin vilje og hentes tilbake ved unnvikelse, om nødvendig med tvang og med bistand fra offentlig myndighet.”

Tvungent psykisk helsevern kan også gis utenfor institusjon dersom dette er til beste for pasienten.

Vilkår for tvungent psykisk helsevern

§ 3-3 omfatter vilkårene for tvungent psykisk helsevern og sier: ” Tvungent psykisk helsevern kan anvendes overfor en person med alvorlig sinnslidelse dersom dette er nødvendig for å hindre at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten

- a. 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, eller
- b. utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse”

Videre sier loven at tvungent psykisk helsevern kun kan anvendes dersom frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført frem, eller det åpenbart er formålsløst å forsøke det. Tvungent psykisk helsevern kan også kun benyttes dersom det etter en helhetsvurdering framtrer som den klart beste løsningen for pasienten, med mindre han/hun utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv og helse (se § 3-3 punkt b ovenfor).

Begjæring

Innleggende lege kan begjære pasienten innlagt etter § 3-6 Begjæring om videre undersøkelse (observasjon), § 3-7 Begjæring om tvungent psykisk helsevern eller § 2-1 Frivillig psykisk helsevern. Innleggende lege kan begjære innleggelse etter § 3-6 (observasjon) dersom han/hun etter personlig undersøkelse er i tvil om vilkårene for tvungent psykisk helsevern er tilstede og anser videre undersøkelse nødvendig. Denne paragrafen innebærer at pasienten blir

begjært inn til observasjon i henhold til tvangsparagraf. Dersom innleggende lege ikke er i tvil om vilkår for tvungent psykisk helsevern er oppfylt kan han/hun begjære pasienten innlagt i henhold til § 3-7. Som tidligere nevnt skal alltid frivillig psykisk helsevern prøves, unntaksvis der det åpenbart er formålsløst å forsøke. Dersom pasienten ønsker innleggelse kan han/hun bli begjært innlagt til frivillig psykisk helsevern i henhold til § 2-1 Frivillig psykisk helsevern.

Innleggelse

Ved mottak av pasienten etter § 3-6, begjæring om videre undersøkelse (observasjon), kan det gjøres en vurdering om pasienten skal innlegges i henhold til § 3-8 (observasjon) eller i henhold til § 2-1 (frivillig psykisk helsevern). Er pasienten begjært innlagt i henhold til § 3-7, begjæring om tvungent psykisk helsevern, kan pasienten innlegges i henhold til § 3-1 (tvungent psykisk helsevern) eller, om spesialist vurderer situasjonen slik, kan pasienten innlegges til observasjon (§ 3-8) eller frivillig innleggelse. Om pasienten er søkt inn etter § 2-1, frivillig psykisk helsevern, kan pasienten kun legges inn i henhold til frivillig paragraf, dvs. § 2-1, dette er hjemlet i § 2-3 Forbud mot overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern. Det kan gjøres en avtale mellom legen og pasienten etter § 2-2 slik at pasienten samtykker å være undergitt reglene i § 3-1 i inntil tre uker fra etableringen av vernet.

Varighet av psykisk helsevern

Dersom pasienten blir innlagt i henhold til § 3-1 er varigheten ubegrenset, men hver tredje måned må vilkårene for innleggelsen opp til vurdering. Ved innleggelse til observasjon i henhold til § 3-8 kan ikke videre undersøkelse vare utover 10 dager fra undersøkelsens begynnelse uten vedkommendes samtykke. Overføring til tvungent psykisk helsevern etter § 3-1 kan skje før eller ved utløpet av denne fristen, dette kun dersom vilkårene til slikt vern er tilstede og det foreligger en begjæring fra offentlig myndighet eller pasientens nærmeste. Om

pasienten innlegges frivillig etter § 2-1.1 kan pasienten selv eller legen skrive ut vedkommende. Det foreligger ingen grense for hvor lenge slik frivillig helsevern kan foreligge. Etter § 2-2 Samtykke til å være undergitt reglene om tvungent psykisk helsevern i § 3-1 kan en pasient som søker psykisk helsevern etter § 2-1.1 samtykke i å være undergitt reglene i § 3-1 i inntil tre uker fra etableringen av vernet. Samtykket omfatter ikke § 4-4 Behandling uten eget samtykke eller § 4-5.2 som er med på å innskrenke pasientens forbindelse med omverdenen.

INTERVENSJONENE

For å nå målet med redusert antall liggedøgn på tvang måtte det settes i gang intervensjoner med dette formål. Intervensjonene måtte innbefatte hele avdelingen slik at intervensjonene fikk mest mulig effekt.

Det første som ble gjort var å avholde et heldagsseminar på avdelingen der fokus var lagt på bruk av tvang i psykiatrien. Dette for å øke bevisstheten rundt temaet tvangsbruk hos hver enkelt ansatt i avdelingen. I tillegg ble temaet diskutert på rapportmøter, undervisning og personalmøter.

Senere ble det endret rutiner på det daglig morgenmøtet hvor alle inneliggende pasienter ble gjennomgått med tanke på tilstand og videre plan. På hvert morgenmøte ble det satt av tid der man diskuterte og vurderte om noen av pasientene inneliggende på tvangsparagraf kunne overføres til frivillighet.

FORKLARING TIL INNLEGGELSESMODELL

Se vedlagt modell.

Primærhelsetjenesten

Pasienten kommer i kontakt med primærhelsetjenesten, enten egen lege eller legevakt. Denne gjør en vurdering av pasientens tilstand og finner det nødvendig med innleggelse. Herfra er det to muligheter. Pasienten kan innlegges frivillig eller det kan benyttes tvang.

Innleggende lege har vanligvis telefonisk kontakt med vakthavende ved psykiatrisk sykehus, der han kan diskutere hvorvidt det foreligger grunnlag for en innleggelse. Dersom de kommer frem til at innleggelse er nødvendig må innleggende lege ta stilling til hvilken paragraf som skal benyttes. Her kan vakthavende ved sykehuset også råde innleggende lege til hvilken paragraf som burde benyttes.

Mottak

Når innleggende lege har bestemt seg for hvilken paragraf pasienten søkes inn i henhold til, må pasienten mottas av vakthavende lege ved sykehuset. Her gjør sykehusets vakthavende lege en foreløpig vurdering og bestemmer om pasienten kan legges inn på tvang, frivillig eller om pasienten ikke skal innlegges. Dersom forvakt er i tvil om det er riktig å motta pas i henhold til den paragraf som vedkommende er søkt inn på, kontaktes bakvakt, som gjør det formelle vedtaket. Dette må skje senest 24 timer etter innkomst. Dersom pasienten blir søkt innlagt i henhold til tvangsparagraf kan spesialist i psykiatri eller spesialist i klinisk psykologi legge inn pasienten i henhold til frivillig paragraf. Om pasienten blir søkt inn på frivillig paragraf, er det ikke mulighet for spesialist i psykiatri eller spesialist i klinisk psykologi å legge inn pasienten i henhold til tvang. Søknader i henhold til både tvang og frivillig kan i enkelte sjeldne tilfeller etter vurdering av mottakende lege ikke føre til innleggelse. Pasienten

kan legges inn i henhold til § 2-2 dvs. at det i mottakelsen kan skrives en kontrakt mellom lege og pasient der pasienten innlegges frivillig men der legen kan holde tilbake pasienten ved behov.

Innleggelse

I henhold til Psykisk helsevernloven søker man pasienter til innleggelse og mottar pasientene under gitte paragrafer. Selve innleggelsen til avdelingen skjer i henhold til andre paragrafer.

Pasienter søkt inn og mottatt i henhold til § 3-7 legges inn på avdeling under § 3-1.

Tilsvarende for de som blir søkt inn og mottatt under § 3-6, legges inn på avdeling under § 3-

8. I begge tilfeller der pasienten blir søkt til innleggelse under tvangsparagraf kan mottakende

lege velge å legge pasienten inn på avdeling under frivillig paragraf, § 2-1. Pasienter som

søkes til innleggelse i henhold til § 2-1 kan kun legges inn på avdeling under frivillig

paragraf.

METODER

Registrering

For å evaluere intervensjonene valgte Sør 1 å definere en kontrollperiode *før*

intervensjonsstart og registrere antall liggedøgn totalt i avdelingen. Kontrollperioden ble satt

til å være tre måneder fra 01.08.00 til 31.10.00. Antall liggedøgn på tvang og frivillighet totalt

for alle pasientene som i denne perioden var innlagt ved avdeling Sør 1 ble hentet ut av det

pasientadministrative registeret. Første januar 2001 ble det innført ny lov om psykisk

helsevern med ny benevning av paragrafene. Lov om psykisk helsevern sammenfatter disse

slik at vedtak om videre undersøkelse (observasjon) tidligere var hjemlet i § 3,i den nye loven

er dette blitt § 3-8. Den tidligere tvangsparagrafen, §5 kalles nå § 3-1, mens frivillighetsparagrafen skiftet fra §4 til § 2-1. Kriteriene for bruk av tvang er i hovedsak de samme.

Intervensjoner

Ved avdelingen ble det utført flere intervensjoner som skulle evalueres, men det ble valgt å dele intervensjonene i to:

- Intervensjon 1. Heldags postseminar om tvangsbruk
 Bevisstgjøring på rapportmøter, undervisning og personalmøter
- Intervensjon 2. Endret rutine på daglig rapportmøte om morgenen. Konkret spørsmål om paragraf kan endres. Diskusjon.

Perioder

Kontrollperiode ble valgt slik at den var avsluttet før intervensjonsstart. Man delte opp i to intervensjonsperioder der det totale antall liggedøgn for hver periode, ved avdelingen, ble hentet ut fra pasientregisteret. Data om liggedøgnene ble hentet ut fordelt på de tre paragrafene som nevnt over.

Totalt ble det da tre perioder fordelt slik

Kontrollperiode (01.08.00-31.10.00):	92 dager
Periode 1 (intervensjon 1) (01.12.00-22.01.01):	53 dager
Periode 2 (intervensjon 2) (22.01.01-30.04.01):	97 dager

Statistiske metoder

Tester av statistisk signifikans av forskjeller i antall liggedøgn på tvang versus frivillighet i de forskjellige periodene ble utført med Chi-kvadrat test.

RESULTATER

De resultater som blir gjengitt her er godkjent hentet fra upublisert materiale av overlege Anne Høye, avdeling Sør1. Tabeller vedlagt.

Tabell 1. Antall liggedøgn i kontrollperiode fordelt på paragrafer.

I kontrollperioden var det totalt 680 liggedøgn ved avdelingen, hvorav 76% var i henhold til tvangsparagraf.

Tabell 2. Antall liggedøgn i periode 1 fordelt på paragrafer.

Selv om første intervensjon ble satt i gang i denne perioden ser vi at andelen liggedøgn i henhold til tvang fortsatt er over 70%.

Tabell 3. Antall liggedøgn i periode 2 fordelt på paragrafer.

I periode 2 har begge intervensjonene gjort seg gjeldende. Det totale antall liggedøgn på avdelingen var i denne perioden 690 der kun 45% av liggedøgnene var i henhold til tvangsparagraf.

På bakgrunn av disse data konkluderte avdelingen med en betydelig reduksjon av antall liggedøgn på tvang med 35% og dermed et vellykket gjennombruddsprosjekt.

DISKUSJON AV RESULTATER FRA SØR 1

Det kan påpekes flere grunner til at en slik grov sammenligning av det totale antall liggedøgn i henhold til tvangsparagraf ved samme avdeling i to forskjellige perioder er svært utilstrekkelig for å kunne konkludere med at endringen faktisk kom på grunn av intervensjonen.

Antallet pasienter søkt inn til tvungent og frivillig helsevern

En endring i antallet liggedøgn i henhold til tvangsparagraf kan enten komme på grunn av interne årsaker innen sykehuset eller den kan være et resultat av endringer utenfor sykehuset. For å kunne tilskrive en endring til intervensjon internt i sykehuset må forholdene i primær helsetjenesten være like i kontroll- og intervensjonsperioden. Ved å ikke ta med forhold fra primærhelsetjenesten vil man ikke kunne fange opp endringer derfra som kan ha noe å si for resultatet. Det kan tenkes at antallet pasienter som ble søkt innlagt i henhold til tvangsparagraf var mindre i intervensjonsperioden enn i kontrollperioden. På den måten vil antallet tvangsinnleggelses synke og vil dermed også kunne innvirke på det totale antall liggedøgn på tvang ved avdelingen. Færre pasienter søkt inn i henhold til tvangsparagraf kunne gi en lavere del liggedøgn på tvang ved avdelingen.

Antall innleggelser

Antallet totale liggedøgn er forholdsvis likt mellom kontrollperioden og intervensjonsperioden. Det som blant annet ikke fremkommer i materialet er antallet innleggelser og fordelingen av disse mellom tvang og frivillighet. Dersom antallet innleggelser var lavere i intervensjonsperioden måtte det gjennomsnittlige antall liggedøgn pr. pasient øke. Også antallet pasienter søkt inn på frivillighetsparagraf kan ha innvirkning på antall liggedøgn på tvang ved avdelingen. Økt belegg ved avdelingen medfører at behandlerne

får mindre tid til hver pasient. Slik vil også de pasienter inneliggende på tvangsparagraf få mindre tid med behandler og det vil dermed kunne ta lengre tid før de eventuelt blir friske nok til å bli overført til frivillig opphold.

Lengde av kontroll- og intervensjonsperiodene

Kontrollperioden består av 92 dager mens intervensjonsperioden består av 97 dager.

Erfaringsmessig blir det hver uke lagt inn i gjennomsnitt fem pasienter. I løpet av de definerte periodene ville det da vært 60-65 innleggelser. På dette grunnlaget vil lengden av periodene gi godt nok grunnlag for testing. Med en registrering av antallet innleggelser i hver periode kunne man ta høyde for eventuelle forskjeller mellom disse periodene. Dette ble ikke gjort.

Dersom antall innleggelser og antallet inneliggende pasienter sank fra kontrollperioden til de andre periodene, ville hver enkelt pasients antall liggedøgn få relativt mer å si for statistikken.

Dersom pasientgrunnlaget var lite, ville normale svingninger i pasientgrunnlaget kunne utgjøre stor forskjell i slike data over liggedøgn.

Pasientsammensetning

Diagnosespekteret vil innvirke på antallet døgn i henhold til tvangsparagraf. Det vil alltid være individuelle forskjeller, men generelt sett vil det være noen diagnoser der det er felles for pasientene at det må benyttes en større andel tvang. Derfor ville det være en viktig faktor å ta med hvilken diagnose de inneliggende pasientene hadde i de forskjellige periodene. Ved en større mengde pasienter med for eksempel psykose-diagnose i en periode vil dette kunne være med på å trekke opp antall liggedøgn i henhold til tvangsparagraf for denne perioden.

Erfaringsmessig er det enkelte pasienter som kan stå for svært mange liggedøgn i henhold til tvangsparagraf på grunn av deres sykdomstilstand. Dersom det ved en tilfeldighet var flere av disse pasientene i kontrollperioden vil dette også bidra til en synkende utvikling av antall

liggedøgn på tvang. En slik skjev fordeling av typer pasienter og enkeltpasienter vil kunne innvirke positivt for målsettingen uten at dette kommer som følge av intervensjon. Derfor må det metodisk gjøres en analyse av pasientsammensetningen på et personnivå, der man tar høyde for hver enkelt pasient og pasientgrupper.

PLANLAGT EMPIRISK KONTROLL AV AVDELINGSRESULTATER

De refererte resultatene viste en nedgang i antall liggedøgn i henhold til tvangsparagraf etter oppstart av intervensjoner med dette formål. Men for å kunne konkludere med at en slik nedgang kom som en *følge* av intervensjonene er det ikke nok med å se samlet på hele avdelingen under ett. En slik undersøkelse må se på hver enkelt pasient som har registrert liggedøgn ved avdelingen i løpet av en eller begge perioder, og i tillegg til å ta høyde for lovverket. Det ble arbeidet mye med å innhente et materiale som ville gi mer nøyaktige svar, men dette viste seg å ikke kunne overholdes innen tidsfristen. I første omgang prøvde vi å få ut korrekt data fra det pasientadministrative systemet CAPSY og tilsvarende pasientlister på egen hånd, men dette viste seg å gi et altfor usikkert grunnlag for statistisk analyse. Vi forsøkte så å bestille disse data fra IT-tjenesten ved UNN, men IT-tjenesten klarte ikke å foreta et slikt uttrekk av pasientdata fra CAPSY.

PROBLEMSTILLINGER

Generelt skulle vi undersøke om intervensjonen førte til en reduksjon av antall liggedøgn totalt og for hver pasient der vedkommende var innlagt i henhold til en tvangsparagraf. Vi ville sammenligne hele tiden med situasjonen i kontrollperioden som er de siste fem månedene som ledet opp til intervensjonsstart.

A: Innleggelser

Problemstillinger:

Ble det noen endring i antall pasienter som ble søkt inn til *observasjon* fra kontrollperioden til intervensjonsperioden?

Var det endring i antall opphold hvor pasienten ble mottatt på § 3.8?

Ble det noen endring i antall pasienter som ble søkt inn for *ubestemt tid* etter 01.12.00?

Ble det endring i antall opphold hvor pasienten ble mottatt på § 3.1 etter 01.12.00?

Vi hadde også tenkt å ta høyde for at antallet frivillige innleggelser kan ha betydning for resultatet av intervensjonen, på den måten at mange frivillig innlagte pasienter betyr mindre tid til samtale med tvangsinnlagte pasienter. Dermed vil det bli mindre tid til å finne ut om tvangsinnlagte pasienter er tilstrekkelig friske til å kunne overføres til frivillig opphold.

Det fins også mulighet for at vakthavende lege på bakgrunn av intervensjonen i større grad enn tidligere legger frem spørsmål om frivillig innleggelse i telefonisk kontakt med innleggende lege. Vi ville derfor se på om det var endring i antall pasienter søkt inn til og innlagt under frivillig opphold.

B: Tvangsoppholdenes lengde

Problemstillinger:

Var det noen endring i det totale antall liggedøgn på Sør 1 fra kontroll- til intervensjonsperioden?

Ble det endring i totalt antall liggedøgn for pasienter innlagt til observasjon på tvang?

Ble det endring i totalt antall liggedøgn for pasienter innlagt for ubestemt tid på tvang?

Ble det endring i totalt antall liggedøgn for pasienter som var frivillig innlagt?

En eventuell reduksjon i antall liggedøgn på observasjon vil fra 01.01.01 kunne skyldes lovendring. Til 01.01.01 kunne man holde pasienten til observasjon i opptil 21 dager. Den nye lovendringen begrenset denne observasjonsperioden til 10 dager. Denne endringen vil føre til at man mye tidligere må ta stilling til om pasienten kan skrives ut, overskrives til frivillig opphold eller må overføres til § 3.1. Dermed vil lovendringen føre til en gunstig effekt med tanke på å senke antall liggedøgn på tvangsparagraf, i dette tilfellet observasjon.

C: Overføringer

Det er en del pasienter som overføres mellom avdelingene. Siden vi kun fulgte Sør 1, og ikke hele sykehuset, vil endringer i disse overføringene kunne innvirke på det totale antall liggedøgn på tvang ved Sør 1.

Vi måtte derfor også se på følgende problemstillinger:

Var det endring i antall pasienter overført fra Sør 1 til andre avdelinger?

Var det endring i antall pasienter overført til Sør 1 fra andre avdelinger?

MATERIALE

Utvalget måtte bestå av alle pasienter som hadde registrerte liggedøgn og/eller innskrivelser ved Sør 1, samt alle deres opphold ved Sør 1 i perioden 01.07.00 til og med 30.04.01. For å finne svar på tidligere nevnte problemstillinger måtte våre data inneholde en rekke variabler.

For hvert opphold ved Sør 1 skulle vi ha med variablene:

1. Personnummer
2. Etternavn, fornavn
3. Dato for innleggelse utenfra sykehuset, uansett inntaks-avdeling
4. Dato for overføringer fra andre avdelinger, dersom aktuelt
5. Dato for overføringer til andre avdelinger, dersom aktuelt
6. Dato for utskrivning fra sykehuset
7. Paragraf pasienten ble søkt innlagt på
8. Paragraf pasienten ble mottatt på
9. Dato for overføring til annen paragraf, dersom aktuelt
10. Paragraf pasienten ble overført til, dersom aktuelt
11. Hoveddiagnose ved utskrivelse
12. Eventuell bidiagnose
13. Eventuell bidiagnose 2, eventuelt flere bidiagnoser som flere separate variabler

DISKUSJON AV PLANLAGT KONTROLL AV INTERVENSJONER

Vår planlagte fremgangsmåte for å evaluere effekten av intervensjonene ved avdelingen vil gi en mer korrekt konklusjon enn de resultater som er gjengitt fra avdelingen. Dette på grunn av at vi ville ta høyde for de svakheter som er påpekt i diskusjonen av avdelingens fremgangsmåte.

Den største feilkilden ved den planlagte fremgangsmåten er påvirkning som følge av lovendring av 01. januar 2001. Antall tillatte liggedøgn i henhold til observasjon (tvang) ble redusert fra 21 døgn til 10 døgn. Avdelingens intervensjon startet 01. desember 2000 og

hadde vart i èn måned da den nye loven trådde i kraft. Vi valgte å definere en intervensjonsperiode på fem måneder fra intervensjonsstart. Dette medfører at fire av disse månedene var i henhold til den nye Psykisk helsevernloven. Slik sett kan man ikke konkludere om en eventuell nedgang i antall liggedøgn på tvang var en effekt av intervensjonene eller om denne nedgangen var en direkte effekt av nedsatt lovlig observasjonslengde. Forskjellig lovverk i de forskjellige periodene vil kunne forklare en del av en eventuell reduksjon.

ETISKE OG MEDISINSKE ASPEKTER VED BRUK AV TVANG

”Det finnes ikke noen dokumentasjon på at tvang har positive effekter. Hvordan kan det da ha seg at tvang brukes i så stor grad?” Dette spør Bjørg Njaa, leder av Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri (8). Bakgrunnen for bruk av tvang innen psykiatrien er hensynet til pasienten selv, men hovedgrunnen til at man forsøker å senke andelen av tvangsbruk er jo også nettopp av hensyn til pasienten.

Ved lovhjemlet bruk av tvang gir legen behandling og hjelp mot pasientens vilje og ønske. Den grunnleggende tanken innen medisin er å hjelpe og lindre der det kan gjøres til beste for pasienten. En person kan enten ta imot den hjelp som tilbys eller han/hun kan nekte å ta imot denne hjelpen. Der personen ikke er i stand til å innse sin egen situasjon og lidelse på grunn av sykdom, kan legen starte behandling uten pasientens samtykke. Innen psykiatri er tvang blitt benyttet der pasienten er en fare for seg selv eller andre eller at utsikter til bedring eller helbred forspilles uten behandling. Der selve sykdommen er grunnlaget for at pasienten ikke

har innsikt i sitt eget beste må helsevesenet hjelpe best mulig, også med bruk av tvang, for å helbrede, bedre eller hindre forverring.

Isolasjon, behandling mot eget ønske, fysisk makt, fratatt myndighet er sterke inngrep som påvirker pasienten. Ofte vil bruk av tvang oppleves som et overgrep. Bruk av tvang vil også kunne medføre at noen pasienter føler seg nedverdige. Avgjørelser angående pasientens eget beste blir tatt uten vedkommendes samtykke. Dersom ikke pasienten samarbeider kan fysisk makt benyttes og medføre et enda større traume i pasientens selvfølelse. Dette kan medføre en uvilje mot å samarbeide blant annet under samtaler med lege, psykiater, psykolog eller annet helsepersonell, som igjen kan ha en negativ effekt på pasientens sykdom. Grunnleggende etiske normer og regler tilsier å begrense tvangsbruk. Bruk av tvang skal ikke benyttes der det ikke er påkrevd. En pasient inneliggende på tvangsparagraf kan overføres til frivillighet og dermed redusere tvang. Men dersom denne pasienten ikke er tilstrekkelig frisk til å innse nødvendigheten av fortsatt behandling vil han/hun kunne skrive seg ut eller nekte medisinerer der behandling burde opprettholdes. Når denne pasienten kommer tilbake til det lokalmiljøet han/hun tilhører vil pasienten kunne oppleve stigmatisering pga. uforståelig oppførsel og miste kontakt med det sosiale nettverk, med sosial isolasjon som et mulig forløp. Dermed vil sykdommen kunne forverres, pasienten bli enda sykere enn ved siste innleggelse og det tar enda lengre tid for å få kontroll over sykdommen. Målet burde være å redusere bruken av tvang til et *optimalt* nivå, hvor det er mest mulig frivillig samarbeid uten at bedring forspilles.

Kriterier for bruk av tvang.

Som nevnt ovenfor blir tvang benyttet der pasienten er en fare for seg selv eller andre eller at utsikter til bedring eller helbred forspilles uten behandling. Det tas hensyn til to aspekter: fare og behandling. Fare-begrepet innebærer at pasienten er eller vil kunne være en fare for sitt eget eller andres liv og helse. Noen pasienter kan uttrykke veldig klart at de har til hensikt å skade seg selv eller andre, mens andre antyder svakt en slik hensikt. Georg Høyer påpeker at et praktisk problem med faremomentet er at ingen kan avgjøre om pasienten i det hele tatt vil komme til å skade verken andre eller seg selv i fremtiden (9). Sannsynligheten for farlig adferd må være stor og bruk av tvang i slike tilfeller må sees på som en "føre var" handling.

Kriterier for frivillig psykisk helsevern

Kapittel 2 i psykisk helsevernloven inneholder regler om frivillig psykisk helsevern. Bakgrunnen er at psykisk helsevern etableres på et frivillig grunnlag og med pasientens eget samtykke. Denne bakgrunnen gjelder også innen det somatiske helsevernet, uten pasientens samtykke kan man ikke behandle pasientens sykdommer. § 2-1 første ledd i psykisk helsevernloven setter det som et absolutt krav for etablering av psykisk helsevern på eget samtykke et vedkommende har fylt 16 år. Dersom vedkommende ikke har fylt 16 år må foreldresamtykke i henhold til psykisk helsevernlovens § 2-1 siste ledd foreligge. Ifølge pasientrettighetsloven §§ 4-1 og 4-2 må pasienten ha fått nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen før samtykke fra pasientens side kan foreligge. Samtykket kan deretter gis uttrykkelig eller stilltiende. Hvordan kan man da vite om pasientens samtykke i visse tilfeller er reelt? Dersom pasienten ikke er i stand til å forstå at han/hun trenger helsevern, kan pasienten heller ikke gi samtykke. Det sentrale i bestemmelsen er at man ikke skal operere med en fiksjon om frivillighet når det er klart at vedkommende

person ikke er i stand til å forstå behandlingsbehovet (7). Psykisk helsevernlovens krav til samtykkeevnen innebærer at det skal være en reell frivillighet.

Helsemessig gevinst med å innskrive/overføre pasienter til frivillighet?

Det finnes per i dag ingen objektive kriterier som avgjør hvorvidt en pasient skal innlegges med tvang eller ikke. Samme pasientkasus vil kunne tolkes forskjellig og vurderingen kan få forskjellig utfall av forskjellige psykiatere. Det vil kunne trekkes frem gråsoner der spørsmål om tvang innebærer stor kompleksitet og behovet tolkes på flere måter. Den største gevinsten ved å få pasienten over på et fungerende frivillig psykisk helsevern er at viljen til å samarbeide hos pasienten kan bli større. Pasienten har sine innspill i behandlingen og kan føle seg mer hørt. Dette gjelder ikke bare samarbeid i avdelingen, men har også betydning for samarbeid i ettervern. En tettere oppfølging og ettervern kan også være med på å begrense eventuelle nye sykdomsperioder.

KONKLUSJON

Materialet og metodene som er lagt til grunn for presentasjonen av avdeling Sør 1's resultater, er for mangelfullt til å kunne trekke de konklusjoner som er blitt gjort ved avdelingen.

Det er mange forhold som det må redegjøres for og diskuteres før man kan trekke en konklusjon angående effekt av intervensjoner. Som redegjort for i diskusjon har det blitt konkludert med for mangelfull informasjon. Man kan ikke med sikkerhet si at den nedgang av antall liggedøgn i henhold til tvangsparagraf som ble observert kom som følge av intervensjonene. Det er blitt påpekt flere faktorer som i varierende grad kan påvirke antall liggedøgn i henhold til tvangsparagraf ved avdelingen. Ved å ta hensyn til disse faktorene vil man kunne komme nærmere en godt nok underbygget konklusjon.

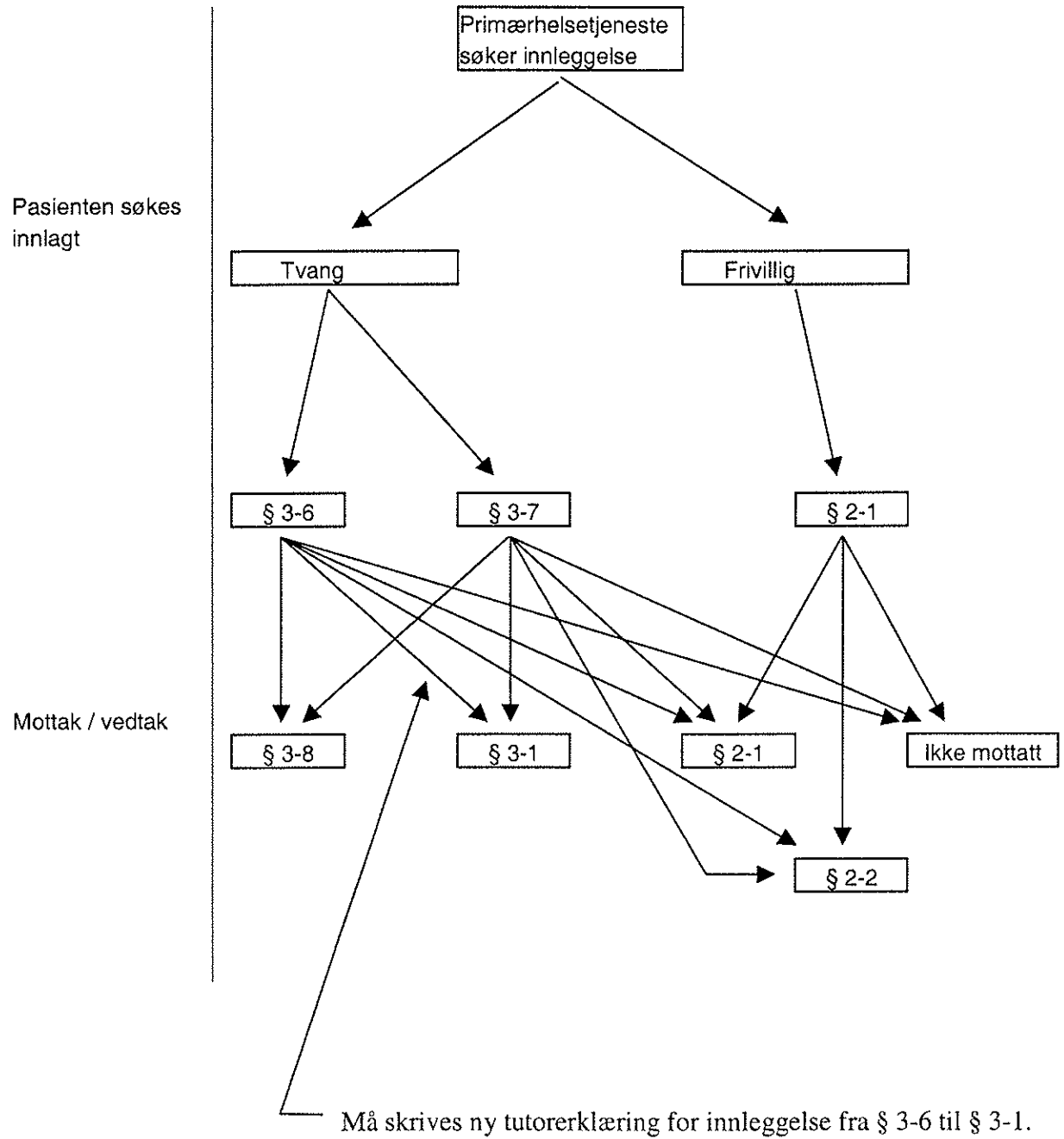
I utførelsen av en undersøkelse er det mange faktorer som spiller inn for til slutt å få et ferdig resultat. Det var planlagt at denne oppgaven skulle være mer statistisk korrekt, og med større sikkerhet kunne verifisere eller falsifisere de konklusjoner som ble foretatt av avdeling Sør 1. Oppgaven ble personlig en erfaring i at utenforstående faktorer kan stoppe fremgangen i en slik studie.

REFERANSER

1. Mathisen JR, Føyn PA (red). Rapport fra Gjennombruddsprosjekt Psykiatri.. Oslo: Den norske lægeforening. Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling 2002
2. Hansson I, Muus S, Saarento O et al. 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 1999; 34:99-104
3. Hultgren J, Enghaug P. Bosted avgjør bruk av tvang i psykiatrien. Aftenposten 13.01.01.
4. Brabrand J, Friis S: Tvangsinnleggelse i akuttpsykiatriske institusjoner. En sammenlikning mellom Hedmark fylke og Ullevål sektor i Oslo. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 2:1997:1737-1739
5. Rønnow S, Waal H. Økende andel tvangsinnleggelse i akuttpsykiatriske institusjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 19:1995:2376-2380
6. Hansen, V. Psychiatric morbidity and mortality in northern Norway in the era of deinstitutionalisation. A case register study. Tromsø, Institute of Community Medicine 2001.
7. Hagen K, Riedl T, Østbøl R. Psykisk helsevernloven med innledning og kommentarer Oslo: Cappelen Akademisk Forlag, 2002
8. Njaa, B. Tvangsbruken må granskes. Psykisk Helse 3. Oslo, Rådet for Psykisk Helse 2002.

9. Høyer G: On the justification for civil commitment. Acta Psychiatr Scand 2000; 101:65-71

INNLEGGELSESMODELL



Tabell 1. Antall liggedøgn i kontrollperiode fordelt på paragrafer.

Paragraf	Liggedøgn	Prosent
§5	409	60 %
§3	110	16 %
§4.1	161	24 %
Totalt	680	100 %

Tabell 2. Antall liggedøgn i periode 1 fordelt på paragrafer.

Paragraf	Liggedøgn	Prosent
§5/§3.1	321	61 %
§3/§3.8	55	11 %
§4.1/§2.1	147	28 %
Totalt	339	100 %

Tabell 3. Antall liggedøgn i periode 2 fordelt på paragrafer.

Paragraf	Liggedøgn	Prosent
§3.8	75	11%
§3.1	234	34%
§2.1	381	55%
Totalt	690	100 %

Tabell 5. Antall liggedøgn på tvang og frivillig før og etter intervensjon.

	Tvang (%)	Frivillig (%)	Sum (%)
Før interv.	519 (76.3%)	161 (23.7%)	680 (100%)
Etter interv.	309 (44.8%)	381 (55.2%)	690 (100%)

$$\chi^2 = 142.49, \quad p < 0.001$$

