

Kan ulik pasientsammensetning forklare forskjeller i tvangsinnleggelser?



Medisin
og vitenskap

Det er store variasjoner i andel tvangsinnleggelser ved norske sykehus. Vi tester påstanden om at forskjeller mellom sykehusene skyldes ulik pasientsammensetning. Vi sammenlikner den faktiske forekomsten av tvangsinnleggelser i voksenpsykiatriske sykehus i 1999 med det man kunne forvente ut fra pasientsammensetningen predikert etter vår modell.

Materialet er basert på en punktregistrering av heldøgnspatienter innen voksenpsykiatrien per 1.11. 1999, der 1500 pasienter inngår. Data fra 32 sykehus er med, det vil si alle som tok imot tvangsinnleggelser.

Analysene viser at en god del av forskjellene mellom sykehusene i forekomst av tvangsinnleggelser skyldes ulik pasientsammensetning, målt ved pasientenes kjønn, alder, tidligere innleggelser og diagnose. Spesielt ser det ut til at pasientsammensetningen er egnet til å forklare variasjonen i bruk av § 5. Prosessene som utløser bruk av § 3 og § 5 er sannsynligvis så ulike at de bør behandles som separate kategorier. Samtidig viser analysene at det er forskjeller utover det som kan tilskrives ulik pasientsammensetning.

«Bosted avgjør bruk av tvang i psykiatrien» lød overskriften i Aftenposten 13.1. 2001 (1). Reportasjen viste til en tabell hentet fra rapporten *Samdata Psykiatri*, hvor ulike sykehus er presentert med svært forskjellig forekomst av tvangsinnleggelser (2). I denne artikkelen ser vi nærmere på temaet, og vi analyserer om ulik pasientsammensetning ved sykehusene kan forklare slike forskjeller.

Tvangsinnleggelse forekommer relativt hyppig i Norge. I den grad man kan sammenlikne med andre land, ligger Norge høyt, både målt som andel av det totale antall innleggelser og målt som befolkningsbaserte rater (3, 4). I tidligere undersøkelser er det påvist store forskjeller mellom fylker og sykehus i bruken av tvangsparagraf ved innleggelse i Norge (3, 5, 6).

Lov om psykisk helsevern fra 1961 hjemlet muligheten for å legge inn og holde til-

Johan Håkon Bjørngaard

johan.h.bjorngaard@unimed.sintef.no

Torhild Heggstad

SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning
7465 Trondheim

Bjørngaard JH, Heggstad T.

Can case-mix explain differences in involuntary admissions to Norwegian psychiatric hospitals?

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 3369–74.

Background. The proportion of patients admitted involuntarily varies considerably among Norwegian psychiatric hospitals. We tested the hypothesis that these variations are the result of differences in case-mix.

Material and methods. The observed differences in involuntary admissions to Norwegian psychiatric hospitals were compared to those expected on the basis of their case-mix, as predicted by our multivariate model (multinomial logistic regression). The material was based on a cross-sectional registration of hospitalized patients in Norwegian psychiatric hospitals as of 1 November 1999. Thirty-two hospitals (all Norwegian hospitals that take involuntary admissions) supplied data on a total of 1,500 patients.

Results. The analysis shows that a large amount of the observed variation in involuntary admissions is related to differences in case-mix. However, for patients involuntarily admitted for observation, the case-mix was found to have less explanatory effect. Age, sex, previous admissions and diagnoses were used to operationalize hospital case-mix.

Interpretation. The analysis also indicated that other explanatory factors should be explored, such as differences in admission threshold and in medical decision in explaining variation in involuntary psychiatric admissions.

☞ Se også side 3365

bake pasienter uten deres samtykke (7). Etter denne loven, som var gyldig til 1.1. 2001, ble § 3 og § 5 gjerne omtalt som tvangsparagrafer, mens § 4 ble betraktet som frivillig innleggelse. Hovedkriteriet for å anvende § 5 var alvorlig sinnslidelse. Innleggelse måtte begjæres av pasientens nærmeste eller av offentlig myndighet, og paragrafen hadde som tilleggskriterium at sykehusets overlege «... finner at innleggelse er nødvendig for å hindre at han lider overlast, eller at utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring forspilles, eller at den syke er til vesentlig fare for seg selv eller andre» (7).

Hvis det var usikkerhet om hvorvidt betingelsene etter § 5 var til stede, kunne pasienten begjæres innlagt til observasjon i tre uker uten samtykke (§ 3). I den nye loven om psykisk helsevern, som gjelder fra 1.1. 2001, er vilkårene for tvunget psykisk helsevern noe endret (8).

Bare pasienter der det var mistanke om alvorlig sinnslidelse eller pasienter som hadde alvorlige sinnslidelser kunne med andre ord innlegges under tvang dersom de også oppfylte tilleggskriteriene. Hvis det var forskjeller mellom sykehusenes andeler av tvangsinnlagte pasienter, er det nærliggende å tro at dette kan skyldes at de hadde forskjellige pasienter, for eksempel målt ved diagnose. For å teste denne påstanden tok vi utgangspunkt i den faktiske forekomsten av tvang ved innleggelser i voksenpsykiatriske sykehus i 1999, og sammenliknet denne med det man kunne forvente ut fra pasientsammensetningen. Nærmere bestemt har vi sett på betydningen av pasientenes kjønn, alder, tidligere innleggelser og diagnose. I tillegg har vi kontrollert for om pasienten var lagt inn i en akutenhet eller ikke.

Materiale og metode

Materiale

Undersøkelsen bygger på informasjon som er hentet fra den landsomfattende registrering av heldøgns pasienter innenfor voksenpsykiatrien. Det ble innhentet opplysninger om samtlige pasienter som var innlagt ved registreringstidspunktet 1.11. 1999. Sykehusenes avdelingsoverleger var ansvarlige for og koordinerte utfyllingen av skjemaene. Tilsvarende undersøkelser ble gjennomført i 1979, 1984, 1989 og 1994 (5).

Registreringer av en pasientpopulasjon på et gitt tidspunkt gir en høyere andel langtids pasienter enn registreringer basert på antall innleggelser eller opphold i løpet av et år. Dette forholdet gir imidlertid mindre utslag i vår analyse, fordi pasienter med innleggelsestidspunkt før 1999 ikke er inkludert i analysen. For ytterligere å korrigere for betydningen av langtidsopphold har vi kontrollert for om innleggelsen har skjedd ved en akutenhet eller ikke.

Det er innleggelser ved døgnavdelinger i voksenpsykiatriske sykehus som inngår i materialet, og avdelingsoverføringer er ekskludert. Materialet inkluderer heller ikke innleggelser for pasienter under 18 år. Pasientenes diagnosegrupper er avgrenset til hovedkapitlene F0, F1, F2, F3, F4 og F6 innenfor ICD-10 (9). Disse kapitlene dekker 94% av alle pasientene som var innlagt ved voksenpsykiatriske sykehus 1.11. 1999. For disse pasientene er angitt diagnose basert på vurderingen ved tverrsnittstidspunktet.

Materialet består av data fra i alt 32 sykehus. Dette omfatter alle landets psykiatriske sykehus og psykiatriske avdelinger ved somatiske sykehus der tvangsinnleggelser forekommer. Tabell 1 gir en oversikt over hvordan utvalget er definert. Data fra i alt

Tabell 1 Analyseutvalg. Pasienter med diagnoser i hovedkapitlene F0, F1, F2, F3, F4 og F6 i ICD-10

Antall pasienter per 1.1. 1999 i utvalgte sykehus	2 356
Innlagt før 1999	-573
Avdelingsoverføringer	-186
Mangelfulle data	-97
Antall pasienter som inngår i analysen	1 500

1 500 pasienter inngår i analysene. 51% av pasientene ble innlagt frivillig, 20% etter § 3 og 29% etter § 5. Til sammenlikning viste en undersøkelse av innleggelsene ved et utvalg sykehus i 1997 – altså ikke et tverrsnitt – at 46% var innlagt frivillig, 25% etter § 3 og 29% etter § 5 (10).

Analysemodell

Vi kan tenke oss to hovedårsaker til ulike tvangsandeler ved sykehus: ulik pasientsammensetning og ulik lovtolkingspraksis. Ulik pasientsammensetning kan for eksempel være at man har høyere andel innlagte med alvorlige psykiske lidelser og av den grunn høyere andel tvangsinnlagte. En empirisk undersøkelse har for eksempel vist store forskjeller mellom norske sykehus når det gjelder andelen pasienter med schizofreni, paranoid psykose og schizoaffektiv lidelse (11). I tillegg til ulik sykdomsforekomst i befolkningen kan organisatoriske forhold påvirke utvalget av pasienter som kommer til innleggelse ved et bestemt sykehus. Slike forhold kan omfatte funksjonsdeling mellom institusjoner, at noen områder kan ha høy inntakstærskel på grunn av liten sengekapasitet eller at oppfølging av pasienter og kommunale tjenestetilbud varierer mellom områder.

Hvis pasienter med lik alvorlighetsgrad har ulik sannsynlighet for å bli tvangsinnlagt, avhengig av opptaksområde, er det spørsmål om dette skyldes ulik anvendelse og forståelse av den myndighet som er gitt i lovgrunnlaget. Bruk av lovhemmel vil basere seg på en totalvurdering av hva som er mest hensiktsmessig for pasienten og omgivelsene, slik at forskjellig innleggelsesformalitet for pasienter med samme alvorlighetsgrad kan være innenfor lovens rammer. På den annen side kan det også være snakk om ulike skjønsmessige vurderinger som ligger til grunn for hva som er en alvorlig sinnslidelse, ulik risikovurdering eller ulikt skjønn når det gjelder innhold og betydning av tilleggskriteriene for tvangsinnleggelse.

Vår analyse vinkles mot pasientsammensetningen ved sykehusene. Vi tar utgangspunkt i en modell som ble utviklet gjennom analyse av et annet datamateriale (10). Den avhengige variabelen har tre verdier: innlagt etter § 3, § 5 eller § 4. Siden dette er en kate-

gorisk variabel med tre verdier, benytter vi en multinomisk regresjonsmodell (12). I binomisk logistisk regresjon beregnes sannsynligheten for ett av to utfall, 0 og 1. Dette kompliseres når man har flere utfall. Blant annet må man velge en sammenlikningskategori. Vi tar utgangspunkt i frivillig innleggelse som såkalt referansekategori. Sannsynligheten for å bli innlagt etter § 3 eller § 5 sammenliknet med § 4 beregnes som en funksjon av et sett med uavhengige variabler.

For å få en utfallsverdi som kan tolkes som en parallell til oddsratio i binomisk (logistisk) regresjon, har vi valgt å benytte relativ risiko-ratio (*rrr*) i tillegg til koeffisientverdiene β (beregnet som e^β). Tallverdien av *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*.

Vi har beregnet sannsynligheter for ulike paragrafutfall, gitt ulike modellegenskaper. Hver pasient i materialet vil, ut fra sine egenskaper eller variabelverdier, få estimert en forventet sannsynlighet for hver av de tre utfallene – § 3, § 5 og § 4 – der sannsynlighetene summerer seg til én.

Siden vi ønsker å analysere forskjellene på sykehusnivå, er det beregnet gjennomsnittsverdier for hvert sykehus. Disse predikerte verdiene gir uttrykk for den andelen tvang man kunne forvente ut fra sykehusenes pasientsammensetning. Dersom de egenskapene eller uavhengige variablene som tas inn i modellen fanger opp alle forskjellene mellom sykehusenes bruk av tvang, vil andelen predikert tvang ved hvert sykehus være lik den faktisk observerte andelen.

Uavhengige variabler

Kjønn. Tidligere undersøkelser har vist at menn blir hyppigere innlagt etter § 5 enn kvinner (5). Forskjellen kan dels skyldes at menn og kvinner har ulik diagnosefordeling. Dessuten er menn ofte fysisk sterkere enn kvinner, og kan kanskje i større grad knyttes til kriteriet om fare for andre.

Alder og pasienterfaring. En tidligere undersøkelse konkluderte med at pasientens alder har betydning for hvilken paragraf vedkommende blir innlagt etter. Denne effekten av alder ble funnet å være kurvlineær og betinget av diagnose (10). En tolking av dette funnet er at sannsynligheten for å ha en kjent sykehistorie er korrelert med alder. I tilfeller hvor pasientens sykehistorie er kjent fra tidligere, vil man være sikrere på hvilken paragraf som bør benyttes. Særlig kan tidligere kjennskap få betydning for valget mellom § 5 direkte eller § 3 for observasjon. For å følge dette resonnementet nærmere har vi tatt med en variabel som angir om pasienten tidligere har vært innlagt ved en psykiatrisk institusjon eller ikke.

Diagnose. Tilstanden eller sykdommens karakter og alvorlighetsgrad avspeiles i pasientenes diagnose. Diagnosene er delt i seks kategorier, som følger hovedkapitlene for psykiske lidelser i ICD-10 (9):

- F00–F09: Organiske, inklusive symptomatiske, psykiske lidelser
- F10–F19: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som følge av bruk av psykoaktive stoffer
- F20–F29: Schizofrenier, schizotype og paranoide lidelser
- F30–F39: Affektive lidelser
- F40–F48: Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser
- F60–F69: Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne

Avdelingstype. Tidligere undersøkelser har vist at akutenheter har høyere andel tvangsinnleggelse enn andre enheter (5, 10), og vi har derfor kontrollert for dette forholdet. Denne variabelen vil i tillegg fange opp en god del av betydningen av langtidsopphold som kjennetegner en tverrsnittundersøkelse.

Tabell 2 gir en samlet oversikt over hvordan innleggelsesformalitet fordeler seg innenfor ulike pasientgrupper, karakterisert ved de uavhengige variablene i modellen.

Resultater (tab 3)

Betydningen av ulike pasientegenskaper

Under ellers like forhold er det betydelig større sannsynlighet for § 3 enn § 4 ved innleggelse i akutenhet enn i andre typer avdelinger. Det samme gjelder sannsynligheten for innleggelse etter § 5.

Det er ingen signifikant forskjell mellom kvinner og menn i forhold til sannsynligheten for § 3-innleggelse snarere enn § 4. Menn har, under ellers like forhold, heller ikke høyere sannsynlighet for å bli innlagt etter § 5 enn kvinner. Sannsynligheten for bruk av § 3 snarere enn § 4 synker med økende alder. Sannsynligheten for § 5 er ikke i særlig grad påvirket av alder. Vi har ikke funnet støtte for at sammenhengen mellom alder og para-grafbruk er kurvlineær.

Man finner en interaksjonseffekt mellom variabelen som måler om pasienten er innlagt for første gang eller ikke og diagnose. Det er relativt klare forskjeller mellom førstegangsinnlagte pasienter og de som har en tidligere pasienthistorie – forskjeller som altså er avhengig av diagnose. For å lette beskrivelsen av disse sammenhengene er det laget separate grafiske fremstillinger (fig 1, fig 2). Som utgangspunkt for sammenlikningen er andre modellegenskaper holdt konstant, det vil si at utfallet er beregnet for en valgt referansegruppe, nemlig en vel 40 år gammel kvinne (gjennomsnittsalder for utvalget) som er innlagt ved en akutenhet.

For førstegangsinnlagte (fig 1) er sannsynligheten for § 5-innleggelse størst for pasienter med organiske lidelser (kapittel F0)

Tabell 2 Innleggelsesformalitet innenfor ulike pasientgrupper. Innleggelse i psykiatriske sykehus 1999. Prosent

Pasientgruppe	§ 4 – frivillig	§ 3	§ 5	Sum	(antall)
<i>Kjønn</i>					
♀	55	20	25	100	(855)
♂	47	19	34	100	(645)
<i>Aldersgrupper (år)</i>					
18–35	50	23	27	100	(641)
36–50	46	19	35	100	(403)
51–65	53	17	30	100	(196)
66 år og over	63	13	24	100	(260)
<i>Pasienthistorie</i>					
Førstegangsinnlagte	64	24	12	100	(448)
Tidligere innlagt	46	18	36	100	(1 052)
<i>Diagnosegruppe etter ICD-10</i>					
Organiske lidelser (F0)	50	16	34	100	(89)
Stoffrelaterte lidelser (F1)	58	24	18	100	(72)
Schizofreni o.l. lidelser (F2)	29	20	51	100	(562)
Affektive lidelser (F3)	66	20	14	100	(521)
Nevrotiske lidelser (F4)	81	14	5	100	(131)
Personlighetsforstyrrelser (F6)	62	23	15	100	(152)
<i>Innlagt ved akutenhet</i>					
Ja	38	29	33	100	(598)
Nei	61	13	26	100	(902)
<hr/>					
Totalt Prosent	51	20	29	100	
Antall	(774)	(295)	(431)	(1 500)	

eller schizofreni og relaterte tilstander (kapittel F2), for de øvrige gruppene er det relativt liten sannsynlighet for at man benytter § 5. Sannsynligheten for § 3-innleggelse er større og jevnere fordelt mellom gruppene, selv om organiske lidelser samt schizofreni og relaterte tilstander skiller seg ut også her. Pasienter med nevrotiske lidelser (kapittel F4) har høyest sannsynlighet for frivillig innleggelse.

For pasienter som har vært innlagt tidligere (fig 2), har de med organiske lidelser eller schizofreni og relaterte tilstander relativt høy sannsynlighet for innleggelse etter § 5, sammenliknet med de førstegangsinnlagte i samme grupper. Sannsynligheten for § 3 er derimot betydelig lavere enn for de førstegangsinnlagte for disse to gruppene. For de andre diagnosegruppene er det en høyere andel av både § 3 og § 5 blant dem som har tidligere pasienthistorie enn hos de førstegangsinnlagte.

Forskjeller mellom sykehusene

Figur 3 viser samsvaret mellom predikert og observert andel § 5-innleggelse ved sykehusene. Fem sykehus med mindre enn 25 innlagte pasienter er av presentasjonsmessige grunner ikke inkludert i figurene. Det er en relativt klar sammenheng mellom sykehusenes faktisk observerte andel § 5-innleggelse og den andelen man kunne forvente, gitt pasientsammensetning ved sykehusene – korrelasjonskoeffisienten er 0,66.

Figur 4 viser det samme forholdet for § 3-innleggelse. Som figuren viser er det et lavere sammenfall mellom faktisk og forventet verdi for sykehusenes bruk av § 3-innleggelse (korrelasjonskoeffisient = 0,44). Ulik pasientsammensetning forklarer altså en relativt mindre andel av forskjellene i bruk av § 3 enn for § 5.

Ved fullt samsvar mellom predikerte og observerte verdier ville «sykehuspunktene» i diagrammet ligge langs diagonalen. Figurene viser at det fortsatt er en del forskjell mellom observert og forventet nivå av tvangsinnleggelse for sykehusene, som et uttrykk for forhold som ikke fanges opp i modellen.

Diskusjon

Analysen viser at en god del av forskjellene mellom sykehusenes bruk av tvangsinnleggelse skyldes ulik pasientsammensetning, målt ved pasientenes kjønn, alder, tidligere innleggelse og diagnose. Spesielt ser det ut til at pasientsammensetningen er egnet til å forklare variasjonen i bruk av § 5. Prosessene som utløser bruk av § 3 og § 5 er sannsynligvis så ulike at de bør behandles som separate kategorier, noe resultatene støtter opp om. Et slikt resultat kom også frem i en tidligere undersøkelse, der materialet bestod av innleggelse i psykiatriske sykehus i løpet av året 1997 (10).

Samtidig viser analysene at det er forskjeller utover det som kan tilskrives ulik

Tabell 3 Resultater fra multinomisk logistisk regresjonsanalyse av sannsynligheten for ulike paragrafbruk ved innleggelse i psykiatrisk sykehus. N = 1500¹. Frivillig innleggelse (§ 4) er referansekategori for utfallsvariabelen

Variabler	§ 3			§ 5		
	Koeffisient	95 % KI	rrr ²	Koeffisient	95 % KI	rrr
<i>Kjønn</i>						
♀ (referanse)						
♂	÷0,08	(÷0,38–0,23)	0,93	0,10	(÷0,19–0,38)	1,10
Alder i år/10	÷0,12**	(÷0,21–÷0,03)	0,89	0,05	(÷0,03–0,14)	1,05
<i>Pasienthistorie</i>						
Tidligere innlagt (referanse)						
(A) Førstegangsinnlagt	1,04***	(0,50–1,57)	2,82	÷0,51*	(÷0,99–÷0,02)	0,60
<i>Avdelingstype</i>						
Akuttenhet						
Andre enheter (referanse)	1,22***	(0,93–1,52)	3,40	0,84*	(0,55–1,13)	2,32
<i>Diagnosegruppe i ICD–10</i>						
Organiske lidelser, F0 (referanse)						
(B) Stoffrelaterte lidelser, F1	0,21	(÷0,79–1,22)	1,24	÷0,90*	(÷1,80–÷0,01)	0,41
Schizofreni og relaterte tilstander, F2	0,59	(÷0,18–1,37)	1,81	0,67*	(0,07–1,28)	1,96
(C) Affektive lidelser, F3	0,23	(÷0,60–1,05)	1,25	÷1,12***	(÷1,76–÷0,48)	0,33
(D) Nevrotiske lidelser, F4	÷0,46	(÷1,41–0,50)	0,63	÷2,38***	(÷3,42–÷1,34)	0,09
(E) Personlighetsforstyrrelser, F6	0,24	(÷0,70–1,17)	1,27	÷1,06**	(÷1,88–÷0,25)	0,34
Interaksjonseffekt = A x (B + C + D + E) ³	÷1,32***	(÷1,98–÷0,66)	0,27	÷1,57***	(÷2,46–÷0,68)	0,21
Konstant	÷1,28			÷0,60		

¹Signifikansnivå er angitt ved * = p < 0,05; ** = p < 0,01; *** = p < 0,001

²rrr er forkortelse for relativ risiko-ratio, beregnet som e^β, der β er koeffisienten

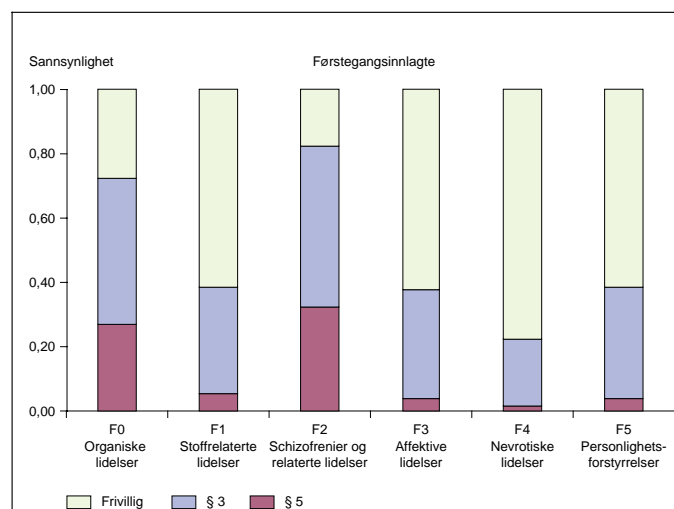
³Variablene som inngår i interaksjonsleddet er angitt ved bokstavene A–E

pasientsammensetning slik dette er operasjonalisert i denne studien. Det finnes altså andre forklaringsfaktorer for variasjonene mellom sykehusene enn de som inngår i vår modell. Det kan for eksempel være forskjeller i organisering, i holdninger og i skjønn i anvendelsen av lovverket.

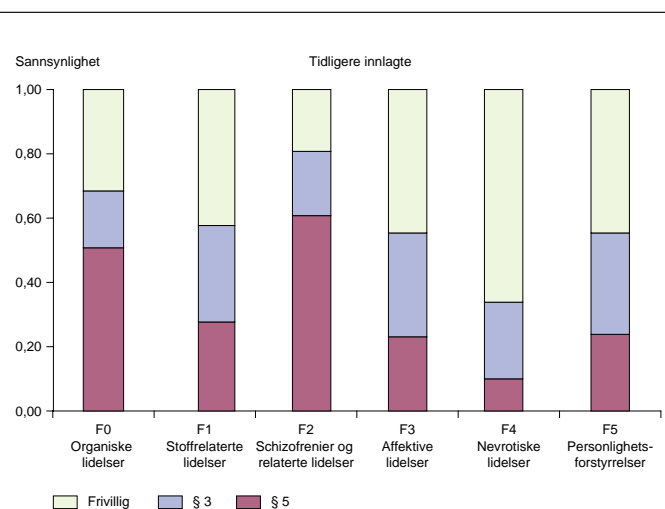
Et sett av pasientegenskaper er testet i vår modell, blant annet kjønn, alder og diagnose. Under ellers like forhold er det ingen sig-

nifikant forskjell mellom kvinner og menn i innleggelsesformalitet. Alder har liten betydning for tvangsinnleggelse i sykehus. Sannsynligheten for § 3-innleggelse synker med økende alder, mens sannsynligheten for § 5 er uendret med økende alder. Tidligere undersøkelser har vist en klar sammenheng mellom alder og innleggelsesformalitet, som var betinget av pasientens diagnose (10). Hovedårsaken til at vi ikke finner en

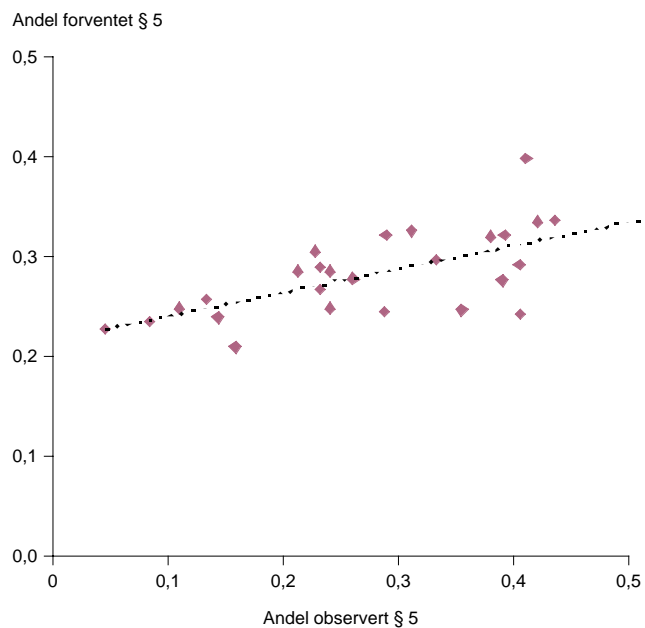
slik sammenheng i denne analysen, ligger i at det er kontrollert for tidligere innleggelse i psykiatriske døgninstitusjoner. Det er altså av større betydning om man tidligere har vært innlagt enn hvorvidt man er ung eller gammel. Pasienter med tidligere opphold har høyere sannsynlighet for å bli innlagt etter § 5 enn de førstegangsinnlagte – dette gjelder for alle diagnosegruppene, men i størst grad for pasienter med organiske lidel-



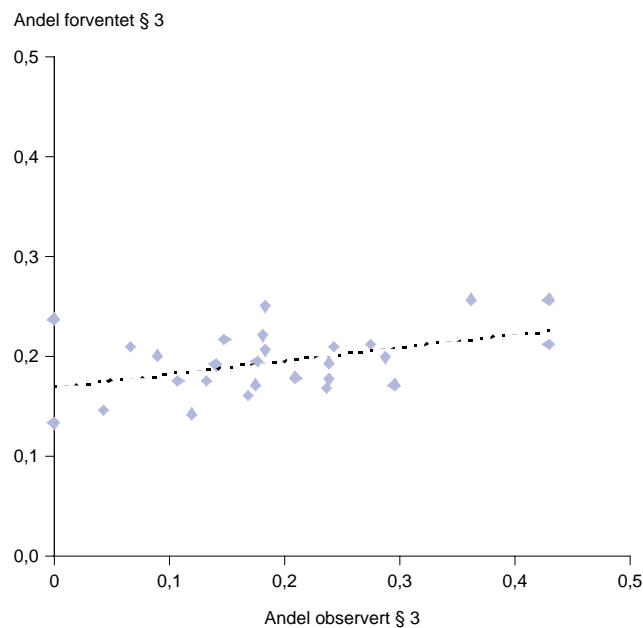
Figur 1 Predikert sannsynlighet for ulike paragrafbruk ved førstegangsinnleggelse, fordelt etter pasientenes diagnosegruppe



Figur 2 Predikert sannsynlighet for ulike paragrafbruk for pasienter som tidligere har vært innlagt ved psykiatrisk institusjon, fordelt etter pasientenes diagnosegruppe



Figur 3 Sykehusenes observerte og forventede andel innleggelser etter § 5. Korrelasjonskoeffisient = 0,66



Figur 4 Sykehusenes observerte og forventede andel innleggelser etter § 3. Korrelasjonskoeffisient = 0,44

ser eller schizofreni og relaterte tilstander. I en israelsk studie av schizofrene der man analyserte i hvilken grad legal status ved første innleggelse predikerte status ved senere innleggelser, fant man en sterk sammenheng mellom å være tvangsinnlagt ved første opphold og sannsynligheten for bruk av tvang også ved senere innleggelser (13).

Sannsynligheten for § 3-innleggelse er omtrent lik for førstegangsinnlagte og for pasienter med tidligere opphold når det dreier seg om personer med organiske lidelser samt schizofreni og relaterte tilstander. Derimot øker sannsynligheten for § 3-innleggelse fremfor frivillig når pasienten er tidligere innlagt og befinner seg innenfor diagnosegruppene stoffrelaterte psykiske lidelser (F1), affektive lidelser (F3), nevrotiske lidelser (F4) eller personlighetsforstyrrelser (F6). Man kan tenke seg at tidligere kjennskap til pasienten, som erfaringer om et problematisk sykdomsforløp, vil påvirke valg av innleggingsformalitet. Det kan også være en seleksjon av pasienter i retning av at de med mest alvorlige lidelser innenfor en gitt diagnosegruppe, også har større sannsynlighet for å bli innlagt flere ganger.

Også tidligere undersøkelser har vist at pasienter med psykosediagnoser har størst andel tvangsinnleggelser (6, 10, 14). En psykosediagnose er også i samsvar med kriteriet for alvorlig sinnslidelse som var benyttet i lov om psykisk helsevern. Samtidig viser resultatene at tvangsinnleggelser forekommer innenfor alle diagnosekapitlene, også ved nevrotiske lidelser (F4).

Sannsynligheten for å bli tvangsinnlagt,

både etter § 3 og § 5, er betydelig høyere i akutteneheter enn i enheter med andre funksjoner. Det er ikke uventet at slike avdelinger i stor grad tar hånd om tvangsinnleggelser.

Studien viser at pasientsammensetningen forklarer mer av forskjellen mellom sykehusene for forekomsten av § 5 enn tilsvarende for § 3. Et slikt resultat er som forventet ut fra forutsetningene i loven. Hvorvidt grunnlaget for skjønn innenfor bestemmelsene i lov om psykisk helsevern var for vidt, bør være gjenstand for diskusjon. Dette gjelder kanskje spesielt for observasjonsparagrafen. I det nye lovverket, som trådte i kraft 1.1. 2001, er tilleggskriteriet om overlast tatt ut (8). På den annen side er farekriteriet utvidet til også å gjelde fare for egen helse, slik at man kan stille spørsmålet om denne endringen innebærer en reell innskrenkning av tidligere lovverk eller kun er en omformulering (15). Det er ingen spesifikke innskrenkninger i forhold til observasjon, bortsett fra at tidsperioden for avklaring er forkortet fra tre uker til ti dager.

Analysene omfatter altså alle sykehus i landet som tok imot tvangsinnleggelser. Når det gjelder begrensninger ved studien, er det usikkerhet i forhold til datakvaliteten for enkelte av variablene som inngår i modellen. Det er en viss usikkerhet knyttet til hvordan innleggingsformalitet er registrert ved de ulike sykehusene. Uklarheten er knyttet til om det er innleggende leges vurdering som er lagt til grunn, eller om det er basert på overlevedtak etter at innleggelsen har funnet sted. Videre kan det være variasjon i hvordan rapportering av «tidligere innleg-

gelse» er utført. I teorien skal alle tidligere innleggelser angis, uavhengig av tid og sted. Trolig vil noen bare ha sikker oversikt over tidligere innleggelser ved samme institusjon. Siden materialet baserer seg på en tverrsnittsundersøkelse, vil også diagnoseangivelsen være registrert etter varierende oppholdstid avhengig av pasientens innleggelsestidspunkt.

Vår modell kan heller ikke sies å fange opp forskjeller i pasientsammensetningen på en fullgod måte. Selve diagnosen kan tolkes ut fra et alvorlighetsperspektiv, men det kan være variasjoner i alvorlighetsgrad innenfor en gruppe, særlig i så omfattende diagnosekategorier som inngår i vår analyse. Informasjon om en diagnosegruppe gir heller ikke innblikk i hvilket stadium av sykdomsforløpet pasienten befinner seg i ved innleggelse. Tidlig i utviklingsprosessen mot en krise vil sjansen for å kunne gjøre en avtale på frivillig grunnlag være større. Vi har heller ikke med informasjon om hvilke tilleggskriterier som er benyttet. Sikker eller mistenkt diagnose «alvorlig sinnslidelse» var nødvendig, men ikke tilstrekkelig for bruk av tvang ved innleggelse. Pasientens atferd i tillegg til diagnose skal være utslagsgivende ved valg av innleggingsformalitet.

I denne sammenhengen er det av særlig interesse at registrering av pasientenes funksjonsnivå målt etter global funksjonsskåring (S-GAF) er tatt inn i det nye obligatoriske datasettet som skal rapporteres fra psykiatriske institusjoner fra og med driftsåret 2000 (16). Hvis analysen gjentas med kontroll for forskjeller i S-GAF ved innleggelse og det fortsatt finnes store variasjoner mellom in-

stusjonene, kan man i større grad stille spørsmål ved klinikernes skjønn eller lovforklning.

Vi har ikke analysert årsakene til at pasientsammensetningen varierer etter sykehus og område. Ulik kapasitet eller tilgang på døgnplasser kan medføre ulik henvisningspraksis. Behovet for sykehusinnleggelse vil også være avhengig av alternative tilbud i nærmiljøet. Det har også vært hevdet at mangel på heldøgns plasser har ført til en «strategisk» bruk av tvangsparagraf ved innleggelse (6). Man har tolket det dit hen at innleggende lege nærmest bruker tvang som brekkstang for å få sin pasient inn i et system med dårlig kapasitet. En undersøkelse av relasjonen mellom primærhelsetjenesten og Åsgård sykehus kan gi støtte til en slik tolking. Undersøkelsen viste at flere primærleger nærmest opplevde bruk av tvangsinnleggelse som et krav for å få en pasient inn i sykehus (17). Hvis slike prosesser gjør seg gjeldende ved inntak, må dette betraktes som en tvilsom praksis. Vedtak om frihetsberøvelse skal ikke ha andre rasjoner enn de som er definert i lovverket. Derfor er det avgjørende med nærmere analyser av hvordan inntakssystemet til døgnbehandling fungerer. At situasjon og ytre betingelser virker inn på denne type beslutninger, ble også bekreftet i en studie av Engleman og medarbeidere (18). De analyserte betydningen av pasient- og klinikerkarakteristika samt tilgjengeligheten av senger for beslutningen om å tilbakeholde pasienter. Både tilgjengelighet av senger for denne type pasienter samt omstendighetene (om pasienten var i sykehus eller ved en mobil kriseenhet) viste seg å påvirke sannsynligheten for tilbakeholdelse.

I beslutningsprosessen frem til en avgjørelse om bruk av tvangsparagraf er mange dimensjoner åpne for klinikernes skjønn. Det gjelder vurderingen av pasientens tilstand, både diagnose og grad av risiko, samt avveiningen av hvilke tiltak som er å foretrekke i den aktuelle situasjonen. Sammenliknende studier av klinikerens skjønn har bekreftet stor grad av variasjon. I en studie som omfattet et utvalg psykiatere ved akutenheter fant man liten grad av samsvar i kliniske vurderinger og behandlingsforslag. Graden av samsvar var høyest for vurdering av psykoser og stoffmisbruk, lavest for vurdering av impuls kontroll, grad av fare samt forslag til tiltak (19). Vurdering av potensiell behandlingseffekt vil være avgjørende for bruk av tilleggs kriteriet om at utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring forspilles. Høyer påpeker på den ene side at det kan være diskutabelt hvorvidt behandling kan være effektivt når det skjer under tvang (20). På den annen side viser Westrin til en undersøkelse der tvangsinnlagte pasienter ble funnet å ha samme eller endog større bedring enn frivillig innlagte hadde (21).

Størst mulig bruk av frivillig innleggelse er et av de overordnede målene i Stortings-

melding nr. 25 (1996–97). *Åpenhet og helhet* (22). For å nå dette målet er det avgjørende å skaffe kunnskap om hvordan avveiningen mellom tvang og frivillighet ved innleggelse utøves, samt kunnskap om hvilke faktorer som påvirker inntaksprosessene til psykisk helsevern. Det er verdt å merke seg at benevnelse tvang og frivillighet her må tolkes rent formelt. Vilkårene for bruk av § 5 nevner ikke noe om at pasienten må motsette seg innleggelse. Frivillighet og tvang kan derfor ikke tolkes som en valghandling fra pasientens side, men som en innleggesformalitett fattet med eller uten pasientens samtykke.

Under alle omstendigheter er det ut fra et pasientsikkerhetsperspektiv viktig å studere årsakene til forskjellig paragrafanvendelse nærmere, både mellom grupper av pasienter, men også mellom institusjoner. Ulik pasientsammensetning er en av årsakene til variasjoner. Det er videre avgjørende å få klarlagt i hvilken grad ulik inntaksterskel og ulik lovforklning bidrar til forskjellene. Bosted bør ikke avgjøre bruken av tvang.

Litteratur

1. Hultgren J, Enghaug P, Øhman R. Bosted avgjør bruk av tvang i psykiatrien. Aftenposten (morgenutgave) 13.1.2001.
2. Halsteinli V. Samdata Psykiatri. Tabeller 1999. NIS-rapport 5/00. Trondheim: SINTEF Unimed NIS, 2000.
3. Hatling T, Krogen T. Bruk av tvang i norsk psykiatri – en empirisk gjennomgang. NIS-arbeidsrapport SF78 A98506 Trondheim: SINTEF Unimed NIS, 1998.
4. Hansson L, Muus S, Saarento O, Vinding HR, Göstas VG, Sandlund M 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.
5. Hagen H. Pasienter i psykiatriske institusjoner. NIS-rapport 5/97. Trondheim: SINTEF Unimed NIS, 1997.
6. Brabrand J, Friis S. Tvangsinnleggelser i akuttpsykiatriske institusjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1737–9.
7. Lov om psykisk helsevern av 28. april nr. 2 1961.
8. Lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevern-loven).
9. Statens helsetilsyn. ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Universitetsforlaget, 1999.
10. Bjørngaard JH. Tvang og frivillighet ved innleggelse i voksenpsykiatriske institusjoner. STF78 M00501. Trondheim: SINTEF Unimed NIS, 2000.
11. Bjørngaard JH, Pedersen PB. Forskjeller i tilbud til alvorlig sinnslidende. I: Hagen H, red. Samdata Psykiatri. Psykiatritjenesten 1999 – omstilling og vekst? NIS-rapport 4/00. Trondheim: SINTEF Unimed NIS, 2000.
12. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 6.0. College Station, TX: Stata Corporation, 1999.
13. Fennig S, Rabinowitz J, Fennig S. Involuntary first admission of patients with schizophrenia as a predictor of future admissions. Psychiatr Serv 1999; 50: 1049–52.
14. Riecher-Rössler A, Rössler W. Compulsory admissions of psychiatric patients – an international comparison. Acta Psychiatr Scand 1993; 87: 231–6.
15. Sandsberg HJ. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 502–3.
16. Hatling T. Brukerveiledning for minste basis datasett. NIS-arbeidsrapport STF78 A00503. Trondheim: SINTEF Unimed NIS, 2000.
17. Mo TO, Bergsland K, Heggstad T. Åsgård sykehus som samarbeidspartner. STF 81 A91047. Trondheim: SINTEF Unimed NIS, 1991.
18. Engleman NB, Jobs DA, Berman AL, Langbein LI. Clinicians' decision making about involuntary commitment. Psychiatr Serv 1998; 49: 941–5.
19. Way BB, Allen MH, Mumpower JL, Steward TR, Banks SM. Interrater agreement among psychiatrists in psychiatric emergency assessments. Am J Psychiatry 1998; 155: 1423–8.
20. Høyer G. On the justification for civil commitment. Acta Psychiatr Scand 2000; 101 (suppl 399): 65–71.
21. Westrin CG. Compulsory psychiatric care – an area for conflicts and research. Nord J Psychiatry 1997; 51 (suppl 39): 57–61.
22. St.meld. nr. 25 (1996–97). *Åpenhet og helhet*. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudet. ○

Annons