

Vilkår om manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevern; en delrapport til Ekspertutvalget om tvang

Samtykkeutvalget: Analyser fra Ahus

20. april 2023

Axel Davies Vittersø, Forsker, Psykisk helsevern og rus-divisjonen, avdeling FOU, Akershus universitetssykehus HF (Ahus).

Johan Sigveland, Seniorforsker, Psykisk helsevern og rus-divisjonen, avdeling FOU, Akershus universitetssykehus HF (Ahus).

1. Sammendrag

På oppdrag fra leder av ekspertutvalget har vi hentet ut data fra tidligere pasienter ved Ahus for å beskrive mulige konsekvenser av lovendringen knyttet til samtykkekompetanse. Vi analyserte data fra alle innleggelsene på akuttpsykiatrisk avdeling (AKU) på Ahus fra 1. mars 2021 til 30. november 2022. For å evaluere effekten av lovendringen grupperte vi pasientene basert på samtykke og ønske om innleggelse. Vi var spesielt interessert i de pasientene som hadde samtykkekompetanse, men som ikke ønsket innleggelse på AKU. Denne gruppen viste seg å være veldig liten og utgjorde kun 0,6% av alle innleggelsene. Pasientene i denne gruppen var relativt like de som ble frivillig innlagt når det gjaldt alder, kjønn, diagnose og symptombyrde/funksjon. Deretter så vi på innleggelsene hvor farevilkåret var oppgitt. Vi skilte mellom fare for andres liv og helse, og fare for eget liv. Det var en høyere andel F2 diagnoser for innleggelsene når det var fare for andres liv eller helse, og en større andel F3 diagnoser når det var fare for eget liv.

2. Bakgrunn

Leder av utvalget Øystein Mæland ba oss i avdeling FoU Psykisk helsevern og rus-divisjonen på Ahus om å utarbeide et datagrunnlag til ekspertutvalget. Spesifikt er vi bedt om å hente ut data fra tidligere pasienter ved Ahus for å beskrive mulige konsekvenser av lovendringen knyttet til samtykkekompetanse. Vennligst se [Regjeringen.no](https://www.regjeringen.no) for fullt mandat.

Prosjektarbeidet undersøkte to antagelser om følger av lovendringen:

- 1) Noen pasienter kommer senere i behandling og har da mer alvorlige symptomer og lavere funksjonsnivå enn de som kommer tidlig til behandling.
- 2) Siden noen pasienter har mer alvorlige symptomer og lavere funksjonsnivå ved start av behandling, har disse pasientene et lengre behandlingsforløp innen akuttpsykiatri med høyere risiko for bruk av tvang.

Basert på disse antagelse kan man si at jo senere pasienter får behandling, jo dårligere effekt får de av behandling (Drake et al., 2020; Howes et al., 2021) mens tidlig behandling gir bedre effekt (Bauer et al., 2018; Correll et al., 2018).

3. Mål

- [Mål 1] «undersøke eventuelle endringer i pasientforløp på gruppenivå etter lovendringen, herunder hvorvidt pasientene får nødvendig og forsvarlig psykisk helsehjelp og behandling til rett tid»
- [Mål 2] «undersøke hvorvidt rapporterte utfordringer med samtykkevilkåret er særlig knyttet til pasientgrupper med visse diagnostiske kjennetegn»

4. Metode

Vi analyserte retrospektive data fra pasientjournaler i DIPS. Dataene ble hentet ut med hjelp fra analyseavdelingen på Ahus. Vi fikk innvilget fritak fra taushetsplikt fra Helsedirektoratet for gjennomføring av prosjektet (referanse 22/55294-2).

3.1 Variabler

3.1.1 Demografisk og klinisk informasjon

Vi innhentet informasjon om alder, kjønn og ICD –10 diagnose for hver pasient og hver innleggelse, samt type henvisning, bruk av tvangsmidler (se 3.1.2) og informasjon om tidligere innleggelser. For å redusere mengden personopplysninger samlet vi bare inn fødselsår, ikke dag eller måned. Vi gjorde noen tilleggsanalyser hvor vi fokuserte på F1, F2, F3 og F6 grupper (se Tabell 1).

Tabell 1. Oversikt over diagnosegrupper fra ICD-10.

F-gruppe	Beskrivelse
F1	Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer
F2	Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser
F3	Affektive lidelser stemningslidelser
F6	Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne

3.1.2 Vedtak

Vedtakene om bruk av tvang dokumenteres i journal. Vi innhentet informasjon om alle vedtakene fattet for pasienter på akuttavdeling fra mars 2021.

3.1.3 Pleiefaktor

I våre analyser bruker vi Pleiefaktor som en proxy for symptombyrde og funksjonsnivå. Siden mars 2021 har pleiebehovet for alle pasienter på akuttpsykiatrisk avdeling (AKU) på Ahus blitt vurdert og tallfestet med Pleiefaktor (Tabell 2). Pleiefaktoren registreres ved innleggelse, daglig under oppholdet, og ved overflyttinger og gir derfor et nyansert og detaljert bilde på pasientenes pleiebehov. Faktoren kan uttrykkes som et gjennomsnitt for hver innleggelse (dvs. summen av Pleiefaktor [gjennomsnitt per dag] delt på antall dager der Pleiefaktor var målt). Pasientene som ikke innlegges får kun en vurdering av pleiefaktor.

Tabell 2. Pleiefaktor (PF) og de forskjellige nivåene er beskrevet.

PF	Beskrivelse	Eksempel
1	Lite behov for sykepleieassistanse. Støttende/undervisende kompensasjonsgrad. Pasienten har innsikt i egen situasjon og har evne/mulighet/vilje til å samarbeide.	Pasienter som utskrives til egen bolig ubemannet og bemannet.
2	Moderat behov for sykepleieassistanse. Støttende/undervisende kompensasjonsgrad. Pasienten har innsikt i egen situasjon og har evne/mulighet/vilje til å samarbeide.	Psykosesyntomer/virkelighetsbrist/mild forvirring/mild angst/svekket hukommelse/svekket stemningsleie.
3	Stort behov for sykepleieassistanse. Delvis kompensasjonsgrad. Identifisere risiko for pasientens eget og /eller andres helse og liv (skade, suicid, vold, rømming, rus). Pasienten har liten sykdomsinnsikt og/eller innsikt i egen situasjon. Liten evne til/mulighet/vilje til å samarbeide.	Pasienter med psykoseproblematikk/moderat forvirring/moderat angst/hukommelsessvikt/hypomani/moderat depresjon.

4	Stort behov for sykepleieassistanse. Delvis/hel kompensasjonsgrad. En viss risiko for pasientens eget og/eller andres helse og liv (hindre personskade, suicid og drap).	Pasienter med høy grad av psykose/indre kaos/fullstendig oppløsning/total virkelighetsbrist/hypomani/forvirring/moderat eller sterk angst/hukommelsessvikt, alvorlige depresjoner.
5	En viss risiko for pasientens eget og/eller andres helse og liv (hindre personskade, suicid og drap). Stort behov for sykepleieassistanse/høy kompensasjonsgrad. Helt kompenserende nivå.	Pasienter med høy grad av psykose/indre kaos/fullstendig oppløsning/total virkelighetsbrist/sterk angst/mani/katatoni, alvorlig depresjon.
6	Stor risiko for pasientens eget og/eller andres helse og liv (hindre stor personskade, suicid og drap). Stort behov for sykepleieassistanse/svært høy kompensasjonsgrad. Helt kompenserende nivå. <i>(Annerledes fra 5: Sviktende impuls kontroll og det er kontinuerlig fare for utagering. Høy farlighetsgrad, høyfrekventert utagerende adferd, lav impuls kontroll, samarbeider lite).</i>	Pasienter med høy grad av psykose/indre kaos/fullstendig oppløsning/total virkelighetsbrist/mani/katatoni, alvorlig depresjon.
7	Svært stor risiko for pasientens eget og/eller andres helse og liv (hindre stor personskade, suicid og drap). Maksimal sykepleieassistanse/svært høy kompensasjonsgrad. Helt kompenserende nivå.	Pasienter med høy grad av psykose/indre kaos/fullstendig oppløsning/total virkelighetsbrist/mani/katatoni og alvorlig depresjon.

3.2 Gruppering

For å evaluere effekten av samtykkekompetanse vilkåret på utfallsmålene våre grupperte vi pasientene basert på samtykke og ønske om innleggelse. Vi skilte mellom pasienter med og uten samtykkekompetanse, og mellom pasienter som ønsket innleggelse og de som ikke ønsket det (se Tabell 3). Disse gruppene er ikke statiske, og en pasient kan tilhøre forskjellige grupper i løpet av oppfølgingstiden (f.eks. ved en ny innleggelse). Ved fare for pasientens eget liv og/eller andres liv eller helse er det grunnlag for bruk av tvang uavhengig av samtykkekompetanse. Vi skilte derfor ut innleggelser hvor fare kriteriet er oppfylt (gruppe F).

Tabell 3. Gruppering av type innleggelse basert på samtykkekompetanse, ønske om innleggelse og bruk av fare vilkåret.

	Samtykkekompetanse	Mangler samtykkekompetanse	Fare for liv og helse
Ønsker innleggelse	A1	B	F
Ønsker ikke innleggelse	A2		

Pasienter i gruppe A1 og A2 har samtykkekompetanse. I disse gruppene vil det kun være aktuelt med tvangsinnleggelse ved fare for eget liv og/eller andres liv og helse. Disse gruppene kan derfor lett identifiseres, fordi A1 innlegges uten tvang, og A2 skrives ut i løpet av de første 48 timene. Men i A1

finnes det også en undergruppe av pasienter som kan forveksles med A2, siden de også skrives ut i løpet av de første 48 timene. Disse pasientene er samtykkekompetente og ønsker innleggelse men tilbys ikke innleggelse siden hjelpebehovet ikke er så stort at en akuttpsykiatrisk innleggelse kreves.

For å skille mellom de som ønsket innleggelse, men ikke blir tilbudt det, og de som ikke ønsket innleggelse (A2) gikk vi igjennom epikrise eller journalnotat fra alle innleggelser som møtte følgende kriterier (se 4.1):

- Opphold under 48 timer.
- Ingen bruk av tvangsmidler.
- Ingen tvangsinnleggelse.

3.2 Statistiske analyser

Vi gjorde ordinære deskriptive analyser. Til statistisk inferens bruker vi lineære sammensatte modeller («linear mixed models») og generaliserte lineære sammensatte modeller til å analysere dataene. Denne metoden tar høyde for at en pasient kan ha flere innleggelser i utvalgsperioden, og gjør derfor at vi kan inkludere data fra alle innleggelser i analysene våre. Denne metoden er også robust når det gjelder fordeling av dataene (Schielzeth et al., 2022, *Methods in Ecology and Evolution*). Vi brukte lineære sammensatte modeller til å analysere kontinuerlige utfall og generaliserte lineære sammensatte modeller til å analysere binære utfall. Vi regnet en p -verdi under .05 som signifikant. Vi rapporterer 95 % konfidensintervaller fra analysandene i hakeparentes. Fra hovedanalysene (dvs. 4.2-4.4) rapporterer vi kun på sammenligner mellom A2 og de andre gruppene.

4 Resultater

I tidsperioden 1. mars 2021 til 30. november 2022 var det 4432 innleggelser ved AKU på Ahus fordelt på 2590 pasienter. Totalt var 63,2 % av disse tvangsinnleggelser (§3-2 [48,0 %] eller §3-3 [15,2 %]).

4.1 Gruppering

Av de 4432 innleggelsene var det 558 som møtte kriteriene for journal gjennomgang (se 3.2). Hovedfunnet fra journal gjennomgangen var at det var få innleggelser i dvs. de med samtykkekompetanse som ikke ønsker innleggelse (gruppe A2). Denne gruppen utgjorde omtrent 0,6 % av alle innleggelsene (se Tabell 4).

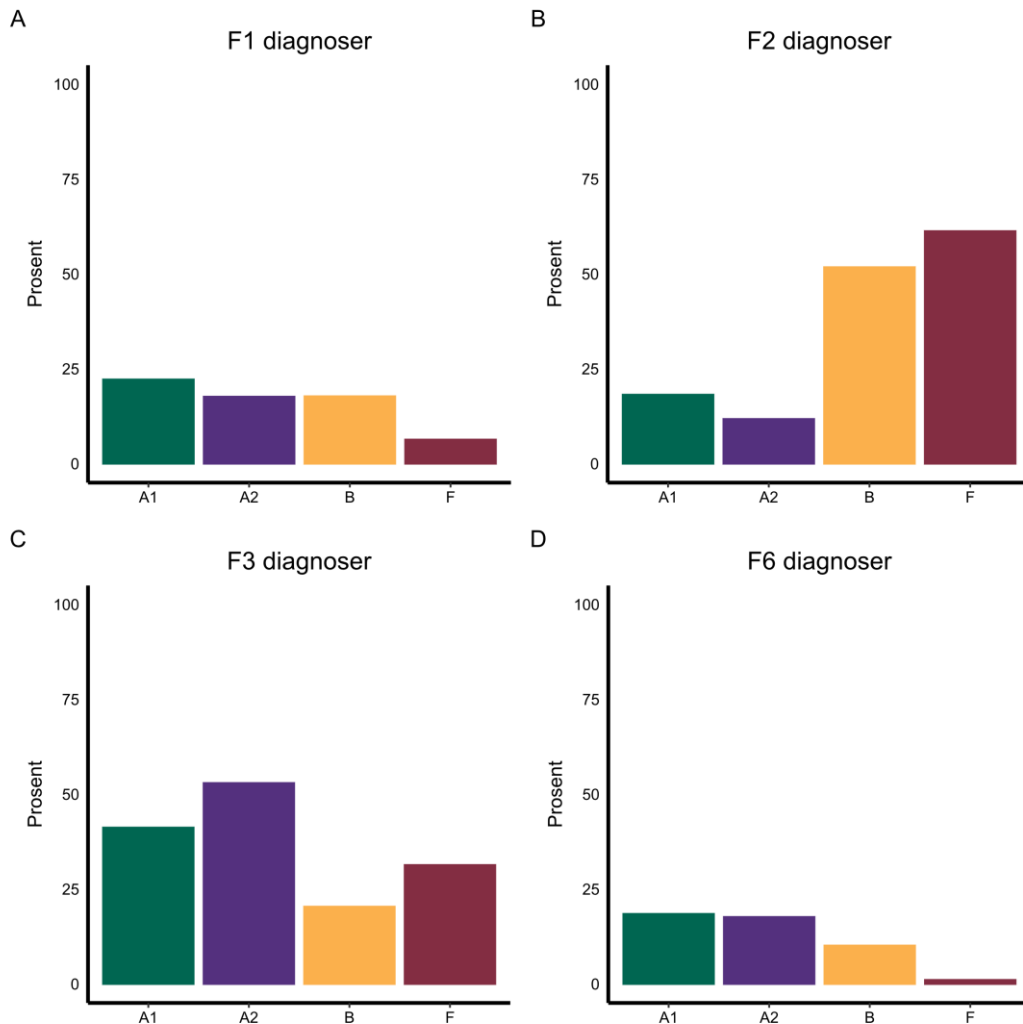
Tabell 4. Fordelingen av antall innleggelser, alder og kjønn i de fire gruppene (A1, A2, B og F).

	Antall	Alder	% Kvinner
A1	1403	39,8	46,7
A2	25	39,4	64,0
B	2347	41,6	45,9
F	384	42,1	34,1

Siden gruppe A2 er veldig liten er det begrenset hvor mye informasjon statistiske analyser kan gi fordi det blir mye usikkerhet knyttet til estimatene. Når det er sagt, så ser vi ingen indikasjon på en forskjell i alder mellom A2 og de andre gruppene. Andel kvinner lot seg ikke modellere.

4.2 Diagnosegrupper

Diagnosegruppene med høyest forekomst var F1, F2, F3 og F6 og utgjorde henholdsvis 14,5%, 29,3%, 18,1% og 9,3% av alle hoveddiagnosene for hver innleggelse. For innleggelse av type A1 og A2 var F3 diagnoser vanligst, og for B og F var F2 diagnoser vanligst (se Figur 1).

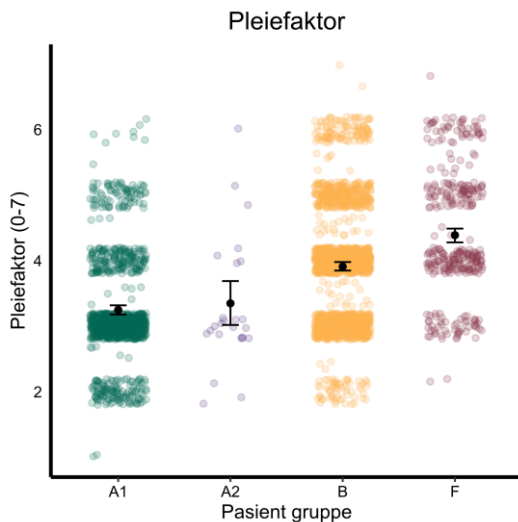


Figur 1. Prosentvis andel av type hoveddiagnose (F1 [A], F2 [B], F3 [C] og F6 [D]) per innleggelse for hver av gruppene (A1 [grønn], A2 [lilla], B [gul] og F [rød]).

Vi fant ingen signifikante forskjeller mellom gruppe A2 og de andre gruppene i andelen F1, F3 eller F6 diagnoser. For F2 diagnoser klarte vi ikke å finne en modell som passet dataene, men vi har heller ingen grunn til å tro at det er en forskjell mellom A2 og A2 når det gjelder F2 diagnoser.

4.3 Pleiefaktor

Pleiefaktor (1 [Lite behov for sykepleieassistanse] til 7 [Maksimal sykepleieassistanse]) blir registrert ved innleggelse, ved overføringer og hvis når nivået endrer seg underveis i behandling. Her analyserer vi pleiefaktor ved innleggelse/tilbud om innleggelse (Figur 2).

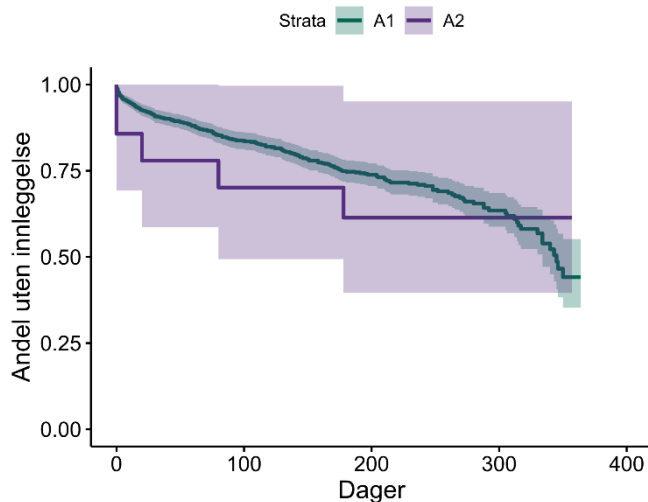


Figur 2. De fargede punktene viser Pleiefaktor (1 [Lite behov for sykepleieassistanse] til 7 [Maksimal sykepleieassistanse]) ved innleggelse/tilbud om innleggelse for hver av gruppene (A1 [grønn], A2 [lilla], B [gul] og F [rød]). De sorte punktene viser det estimerte gjennomsnittet for hver gruppe med 95% konfidensintervall fra en lineær sammensatt modell («linear mixed models»).

Vi så ingen statistisk forskjell i pleiefaktor mellom gruppe A1 og gruppe A2. Både gruppe B og gruppe F hadde en høyere pleiefaktor enn gruppe A2. Denne forskjellen var signifikant.

4.4 Reinnleggelser

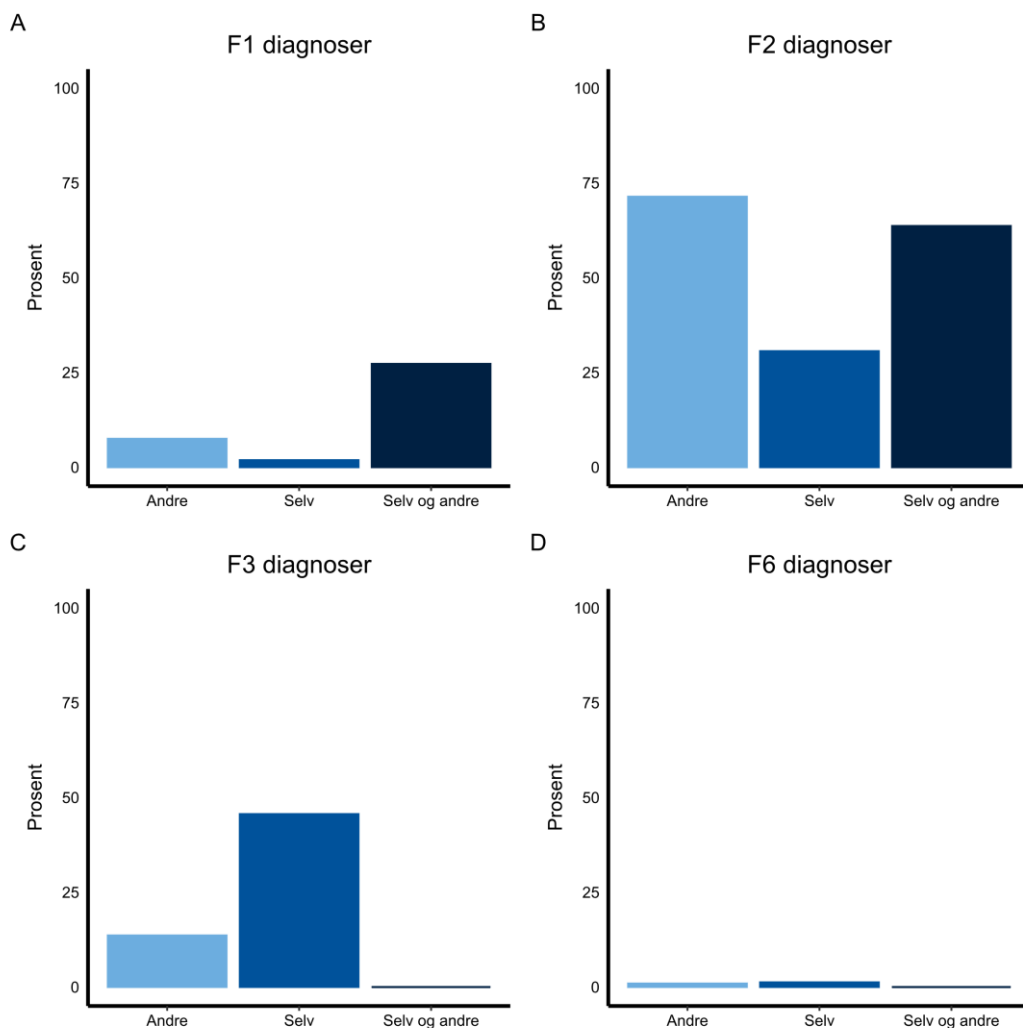
Siden gruppe A2 kun har 25 innleggelser er den for liten for å gjøre statistiske analyser av reinnleggelser. Derfor har vi kun analysert de visuelt (Figur 3). Dette betyr at man kan se numeriske forskjeller, men man kan ikke trekke slutninger om eventuelle forskjeller/likheter er reelle eller tilfeldige.



Figur 3. Kaplan-Meier kurve som viser tid til reinnleggelse for A1 (grønn) og A2 (lilla) innleggelser. De lysere områdene viser 95 % konfidensintervall.

4.5 Farevilkåret: Diagnoser

Videre så vi på de 384 innleggelserne hvor farevilkåret var registrert og hvilke hoveddiagnoser som var registrert (Figur 4). Vi skilte mellom fare for andres liv eller helse (Andre) og fare for eget liv (Selv). Disse gruppene utgjorde henholdsvis 55,5 % (213 innleggelser) og 41,7 % (160 innleggelser) av de 384 innleggelserne. Det var også 11 innleggelser (2,9 %) hvor begge disse vilkårene var oppgitt (Selv og andre), men siden det var såpass få innleggelser så analyserte vi disse dataene kun visuelt, ikke statistisk.



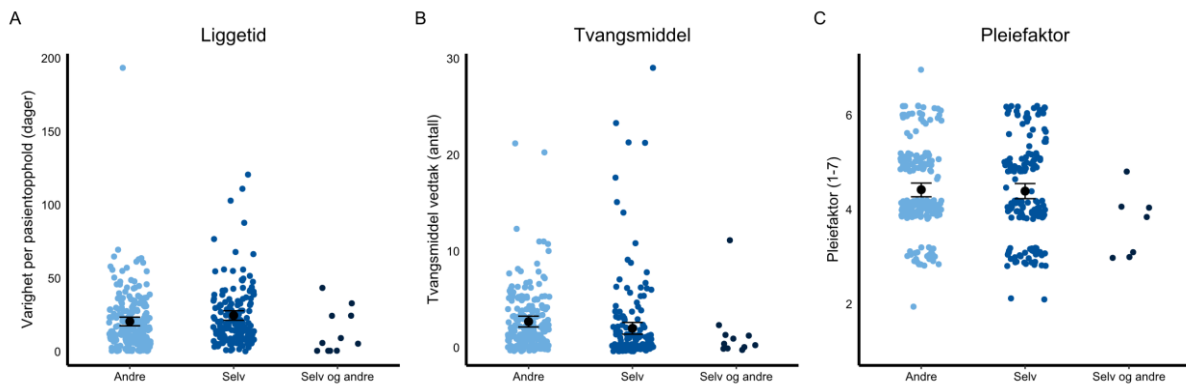
Figur 4. Prosentvis andel av type hoveddiagnose per innleggelse (F1 [A], F2 [B], F3 [C] og F6 [D]) for de forskjellige fare gruppene Andre [mellom blå], Selv [klar blå], Selv og andre [mørk blå]).

Vi fant en høyere andel F2 diagnoser for innleggelser hvor det var fare for andre enn for innleggelser hvor det var fare for eget liv (Figur 4B). I motsetning var det en større andel F3 diagnoser ved innleggelser hvor det var fare for eget liv enn innleggelser hvor det var fare for andre (Figur 4C). Vi fant ingen forskjeller mellom disse to gruppene når det gjaldt F1 diagnoser. For F6 diagnoser klarte vi

ikke å finne en modell som passet dataene, men vi har heller ingen grunn til å tro at det er en forskjell mellom disse to gruppene når det gjelder F6 diagnoser.

4.6 Farevilkåret: Liggetid, Tvangsmiddel bruk, Pleiefaktor

Vi fant ingen signifikante forskjeller i tiggetid, tvangsmiddel bruk eller pleiefaktor for innleggelser i Andre og Selv fare-gruppene (Figur 5). Eventuelle forskjeller mellom fare-gruppene i risiko for reinnleggelse lot seg ikke modellere.



Figur 5. De fargede punktene representerer liggetid (døgn; A), antall tvangsmiddel vedtak (B) og Pleiefaktoren (1 [Lite behov for sykepleieassistanse] til 7 [Maksimal sykepleieassistanse]; C) for hver av fare gruppene (Andre [mellom blå], Selv [klar blå], Selv og andre [mørk blå]). De sorte punktene uttrykker det estimerte gjennomsnittet for hver gruppe med 95% konfidensintervall, og er hentet fra lineære sammensatte modeller («linear mixed models»). Gruppen «Selv og andre» ble ikke inkludert i disse modellene og har derfor ikke estimerte gjennomsnitt.

4.6.1 Liggetid

Det var tendens til lengre liggetid for innleggelser i fare-gruppen Selv enn Andre (Figur 5A), estimert gjennomsnittlig liggetid var henholdsvis 24,7 døgn og 20,6 døgn. Men denne forskjellen var ikke signifikant ($p = .065$).

4.6.2 Tvangsmiddel bruk

Det var en tendens mot mere tvangsmiddelbruk for innleggelser fare-gruppen Andre enn i Selv gruppen (Figur 5B), estimert gjennomsnittlig antall tvangsmiddel var henholdsvis 2,7 og 2,9. Men denne forskjellen var ikke signifikant ($p = .091$).

4.6.3 Pleiefaktor

Vi så ingen forskjell i Pleiefaktor ved innleggelse for fare-gruppen Andre enn i Selv gruppen (Figur 5C), estimer gjennomsnittlig Pleiefaktor var henholdsvis 4,4 og 4,4.

5. Oppsummering

Vi analyserte data fra 4432 innleggelser på AKU fordelt på 2590 pasienter. Hovedfunnet var at de med samtykkekompetanse som ikke ønsket innleggelse utgjorde en veldig liten andel av alle innleggelser (ca. 0,6%). Pasientene i denne gruppen var relativt like de som ble frivillig innlagt når det gjaldt alder, kjønn, diagnose og Pleiefaktor.

Samtykkeutvalget: Analyser fra Ahus

Deretter så vi på de 384 innleggelsene hvor færevilkåret var oppgitt. Vi skilte mellom fare for andres liv og helse, og fare for eget liv. Det var en høyere andel F2 diagnoser for innleggelser når det var fare for andres liv eller helse, og en større andel F3 diagnoser når det var fare for eget liv.

Vi var også interessert i de pasientene som tvangsinnlegges og som skriver seg selv ut ved gjenvunnet samtykkekompetanse. Denne gruppen pasienter klarte vi ikke å skille ut fra alle andre som skrives ut tvangsinnleggelser. Derfor kan vi ikke si noe om omfanget eller pasientforløpet til denne gruppen ut i fra våre analyser.

Vi så kun på data fra Ahus. Det betyr at eventuelle endringer i henvisningspraksis vil kunne påvirke datagrunnlaget vårt. For eksempel kan vi ikke si noe om eventuelle endringer i henvisninger fra førstelinjen til AKU, selv om dette vil kunne ha stor påvirkning på datagrunnlaget vårt.

6. Referanser

Bauer, M., Andreassen, O. A., Geddes, J. R., Kessing, L. V., Lewitzka, U., Schulze, T. G., & Vieta, E. (2018). Areas of uncertainties and unmet needs in bipolar disorders: clinical and research perspectives. *The Lancet Psychiatry*, 5(11), 930-939.

Correll, C. U., Galling, B., Pawar, A., Krivko, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., ... & Kane, J. M. (2018). Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA psychiatry*, 75(6), 555-565.

Drake, R. J., Husain, N., Marshall, M., Lewis, S. W., Tomenson, B., Chaudhry, I. B., ... & Birchwood, M. (2020). Effect of delaying treatment of first-episode psychosis on symptoms and social outcomes: a longitudinal analysis and modelling study. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 602-610.

Howes, O. D., Whitehurst, T., Shatalina, E., Townsend, L., Onwordi, E. C., Mak, T. L. A., ... & Osugo, M. (2021). The clinical significance of duration of untreated psychosis: an umbrella review and random-effects meta-analysis. *World Psychiatry*, 20(1), 75-95.

Kingdom, F., & Prins, N. (2016). *Psychophysics: a practical introduction*. Academic Press.