Ny forskning på tvangsfeltet av relevans for kommisjoner og statsforvaltere

Faglig rådgiver Trond Hatling (med strålende bistand fra professor Jorun Rugkaasa ☺) «The world»

Kontrollkommisjonskonferansen

Trondheim 17-18/11-22

NAPHA

NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Fire tema – «trøkk»

- Bruker- og pårørendeerfaringer med tvang
- Regionale variasjoner i tvang – hva kan forklare de?
- De kliniske beslutningsprosessene
- TUD – virker det? Effekter av lovendringen 2017

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Hva skal dere sitte igjen med?

- Bruk av tvang er en belastning for mange
  - Særlig for pasienter, men også for pårørende
- Betydelige regionale variasjoner i tvang
  - Det meste er uforklart
- De kliniske beslutningsprosesser er kompliserte – og mange faktorer påvirker de
- TUD virker ikke (?) – og lovendringen 2017 gitt få endringer
- Forskningen gir sjelden (aldri?) svaret 42

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

BJPsych open
BJPsych Open (2019)
5, e37, 1–10. doi: 10.1192/bjo.2019.19

Review

Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis

Syeda Ferhana Akther, Emma Molyneaux, Ruth Stuart, Sonia Johnson, Alan Simpson and Sian Oram

BJPsych open
BJPsych Open (2020)
6, e19, 1–9. doi: 10.1192/bjo.2019.101

Review

Carers' experiences of involuntary admission under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis

Ruth Stuart, Syeda Ferhana Akther, Karen Machin, Karen Persaud, Alan Simpson, Sonia Johnson and Sian Oram

Hovedfunnene – pasienterfaringer
(Akther et al. 2019)

- 56 studier inkludert (1983-2018)
  - 2 fra Norge – er flere – finner det samme
- 5 tema identifiseres
  - Informasjon og involvering i behandlingen
  - Miljøets kvalitet
  - Relasjonens kvalitet
  - Innvirkningen på egenverdi
  - Følelsesmessige innvirkningen av tvang

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Pasienterfaringer …. Hovedfunn på tvers av tema

- Bruk av tvang ble overveiende opplevd som negativt (egenverdi/selvrespekt mv – utløser frykt/sinne/) – også langtidseffekter mht «samfunnsborger» (skam/marginalisering)
  - Selv om man for alle tvangsformer finner studier – og individer – som rapporterer om positive effekter (blir tatt vare på/unngå å skade seg selv eller andre etc)
- Personalets holdninger og handlinger kan til en viss grad moderere de negative effektene
  - Respekt, involvering, relasjonsbygging

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Pasienterfaringer …. Hovedfunn – forts.

- De fysiske intervensjonene («restraint» og isolering) ble opplevd som særlig negativt
  - Mange rapporterer om (re)traumatisering – særlig kvinner

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Pasienterfaringer ….
- (litt mer om ett tema)

- Informasjon om/involvering i behandlingen
  - Hadde stor innvirkning på hvordan tvangsinnleggelsen ble opplevd
  - De fleste studiene rapporterte om dårlige erfaringer med dette (lite informasjon og innvirkning)
  - Den manglende informasjonen/involveringen omkring tvangsmedisinering var særlig plagsom

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Hovedfunnene – pårørendeerfaringer - tvangsinnleggelser

(Stuart et al. 2020)

- Inkluderer 23 publikasjoner (1983-2018)
  - Hvorav 2 fra Norge (er flere – samme funn)
- 5 tema identifisert - gjennomgående
  - De følelsesmessige konsekvensene
  - Tilgjengelighet av støtte til pårørende før og under tvangsinnleggelse
  - Involvering i beslutninger omkring tilbudet
  - Relasjoner til fagpersoner og pasienter under tvangen
  - Opplevelsen av tilbudets kvalitet

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Pårørende …..Hovedfunn

- Tvangsinnleggelsen opplevd som traumatisk, stressende og med motstridende følelser
- Mye sinne mv. knyttet til at hjelpen kom for seint
  - Jfr behovet for å involvere kommunen (ReCoN)
- Motstridende følelser
  - «riktig å tvangsinnlegge» – (både av hensyn til pasient og pårørende) men
  - Potensielt ødeleggende for relasjonen (pasient og personale), dårlig kvalitet på tilbudet – og liten grad av bedring etterpå

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Regionale variasjoner i tvang

- Mellom land

- Innad i land

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID

Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study

Luke Sheridan Rains, Tatiana Zenina, Marisa Casanova Dias, Rebecca Jones, Stephen Jeffreys, Stella Branthonne-Foster, Brynmor Lloyd-Evans, Sonia Johnson

Summary

Background Rising annual incidence of involuntary hospitalisation have been reported in England and some other higher-income countries, but the reasons for this increase are unclear. We aimed to describe the extent of variations in involuntary annual hospitalisation rates between countries, to compare trends over time, and to explore whether variations in legislation, demographics, economics, and health-care provision might be associated with variations in involuntary hospitalisation rates.

Lancet Psychiatry 2019; 6: 403–17

Published Online April 3, 2019
http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2

- Sammenligner forekomst av tvangsinnleggelser over 10 år
  - Rettsmedisinske innleggelser og TUD er utelatt
- 22 land med velutviklede og sammenlignbare tjenester
- Målt ved antall pasienter tvangsinnlagt per 100 000 populasjon per år
  - Median av landene: 106
  - Land med høyeste nivå ligger 19 ganger over det laveste

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Average annual percentage change*
Australia†[11]	..	182·3	181·8	172·9	181·3	187·6	189·3	..	227·3	..	3·44%
Austria[12]	255·0	260·0	265·0	277·0	284·0	281·0	276·2	282·0	..	..	1·48%
Belgium[13]	58·3	60·5	60·9	60·3	60·3	61·1	63·4	63·6	..	..	1·26%
Cyprus†[14]	..	..	..	..	..	..	98·7	..	..	..	..
Denmark†‡	..	..	..	..	61·8	66·1	68·1	73·9	74·6	58·5	−0·42%
England†§[1]	83·7	84·1	87·5	86·3	89·9	92·7	97·0	105·4	114·1	82·2¶	4·00%
Finland†[15]	193·2	181·0	169·3	164·3	156·2	153·6	152·1	152·8	151·4	..	−2·97%
France[16]			108·0	106·0	127·4	138·1	138·4	144·3	140·0	..	4·71%
Germany†[17]	150·6	153·1	155·0	168·5	170·6	170·2	170·8	173·0	..	..	1·93%
Greece[18]	..	..	..	..	..	..	..	..	..	78·9	..
Northern Ireland†[19]	..	38·5	37·8	39·4	41·9	44·4	45·0	46·7	48·4	45·4	2·16%
Italy[20]	..	..	17·9	..	18·0	14·8	14·9	14·5	..	..	−3·86%
The Netherlands†[21]	99·2	114·3	119·9	124·0	127·5	136·1	138·2	143·7	152·0	155·3	5·18%
New Zealand†‖	..	..	..	..	..	70·8	73·2	73·6	71·2	73·3	0·91%
Ireland†§[22]	..	56·1	57·3	53·3	57·7	53·5	53·0	57·5	55·4	..	0·01%
Norway[23]	..	..	162·7	162·1	153·3	151·4	155·3	150·9	..	..	−1·45%
Portugal[24]	..	..	..	..	..	18·2	..	..	..	..	..
Scotland†§[25]	74·9	75·0	74·1	77·6	76·8	80·1	81·7	88·3	91·0	98·4	3·13%
Spain†[26]	..	..	..	..	..	..	96·4	93·6	108·6	121·9	8·45%
Sweden†[27]	..	..	..	117·3	118·7	118·0	123·2	116·5	115·5		−0·25%
Switzerland[28]	..	..	..	..	..	..	131·1	..	..	..	..
Wales†§[29]	43·9	52·1	44·4	55·2	45·9	46·7	54·4	61·7	64·3	56·8	3·96%
UK**	..	81·5	83·8	83·5	86·2	88·6	92·8	100·8	107·9		4·13%

*For each country, the percentage change was first calculated for available years then summarised as a mean. †Annual incidence calculated from the total number of involuntary hospitalisations and population data or other available data. ‡Data received from Danish state police via email. §Not used in demographic, economic, and health-care analyses; data from the whole of the UK was used instead. ¶Excluded because of known underreporting. ‖Data received from the Office of the Director of Mental Health and Addiction Services, New Zealand via email. **Calculated using data for England, Wales, Scotland, and Northern Ireland and population data from the Office of National Statistics.[11]

Table 1: **Annual incidence of involuntary hospitalisation per 100 000 individuals by country**

Henger variasjonene sammen med lovgiving?

	Yes		No		Difference in annual involuntary hospitalisation rates between groups (p value)
	n (%)	Median annual rate of involuntary hospitalisation (IQR)	n (%)	Median annual rate of involuntary hospitalisation (IQR)	
It is a requirement that the individual poses a risk to themselves or others?	16 (76%)	118·7 (68·5–153·4)	5 (24%)	78·9 (58·8–98·7)	0·22
It is a requirement that the individual does not have capacity?	5 (24%)	121·9 (98·4–173·0)	16 (76%)	104·8 (59·5–145·5)	0·36
It is a requirement that the individual's condition should be treatable?	10 (48%)	118·7 (78·9–151·4)	11 (52%)	98·7 (58·8–150·9)	0·78
Should the next of kin or neares relative be involved in the invol hospitalisation process?					
Are separate assessment and treatment orders required?					
It is required that the individual treated once hospitalised?					
Must a legal representative be present?					
Must the longest order be issued by a legal authority?*	15 (71%)	115·5 (73·3–155·3)	6 (29%)	84·9 (55·4–131·1)	0·31

*If a legal authority is not involved, the order is instead issued by a medical authority.

Table 4: **The association between involuntary hospitalisation rates and legislative topic**

- Nei

Men anvendelsen av lovgivning bør undersøkes

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Sammenheng variasjon mellom land og sosioøkonomiske faktorer?

(Svake) sammenhenger mellom høyt nivå av tvangsinnleggelser og:

- Flere senger i psykiatrien
- Høyere BNP
- Høyere nasjonalt forbruk på helse
- Høyere andel av personer født i utlandet
- Lavere nivå av absolutt fattigdom

Ingen sammenheng mellom nivå av tvangsinnleggelser og:

- Relativ fattigdom
- Økonomisk ulikhet
- Andel
- Antall
- Urban

Kun svake sammenhenger i sosioøkonomiske faktorer
Ingen sammenheng med lovgiviningen
→ Det meste av variasjonen er uforklart, vi trenger mer detaljerte analyser

Received: 22 December 2020 | Revised: 24 March 2021 | Accepted: 7 May 2021

DOI: 10.1002/mpr.1881

ORIGINAL ARTICLE

WILEY

Measuring the level of compulsory hospitalisation in mental health care: The performance of different measures across areas and over time

Tore Hofstad[1] | Jorun Rugkåsa[2,3] | Solveig O. Ose[4] | Olav Nyttingnes[2,5] | Tonje L. Husum[1]

© 2021 The Authors. International Journal of Methods in Psychiatric Research published by John Wiley & Sons Ltd.

- Det var relativt store og stabile geografiske variasjoner mellom DPS-områder i Norge 2014-2018
  - Målt i innleggelser opp til 5,6 ganger forskjell mellom områder
  - Målt i pasienter opp til 3,2 ganger forskjell
  - Rangeringen av DPS-områder ganske stabil over tid

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Service Characteristics and Geographical Variation in Compulsory Hospitalisation: An Exploratory Random Effects Within–Between Analysis of Norwegian Municipalities, 2015–2018

Tore Hofstad[1], Jorun Rugkåsa[2,3], Solveig Osborg Ose[4], Olav Nyttingnes[2], Solveig Helene Høymork Kjus[5] and Tonje Lossius Husum[1,6]*

OPEN ACCESS

- Problemstillinger:
  - Sammenhengen mellom tvangsinnleggelser og kjennetegn ved de kommunale tjenestene
  - Hvor stor del av variansen kunne forklares ved grupper av variabler?

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Sammenheng mellom kommunale tjenester og tvangsinnleggelser

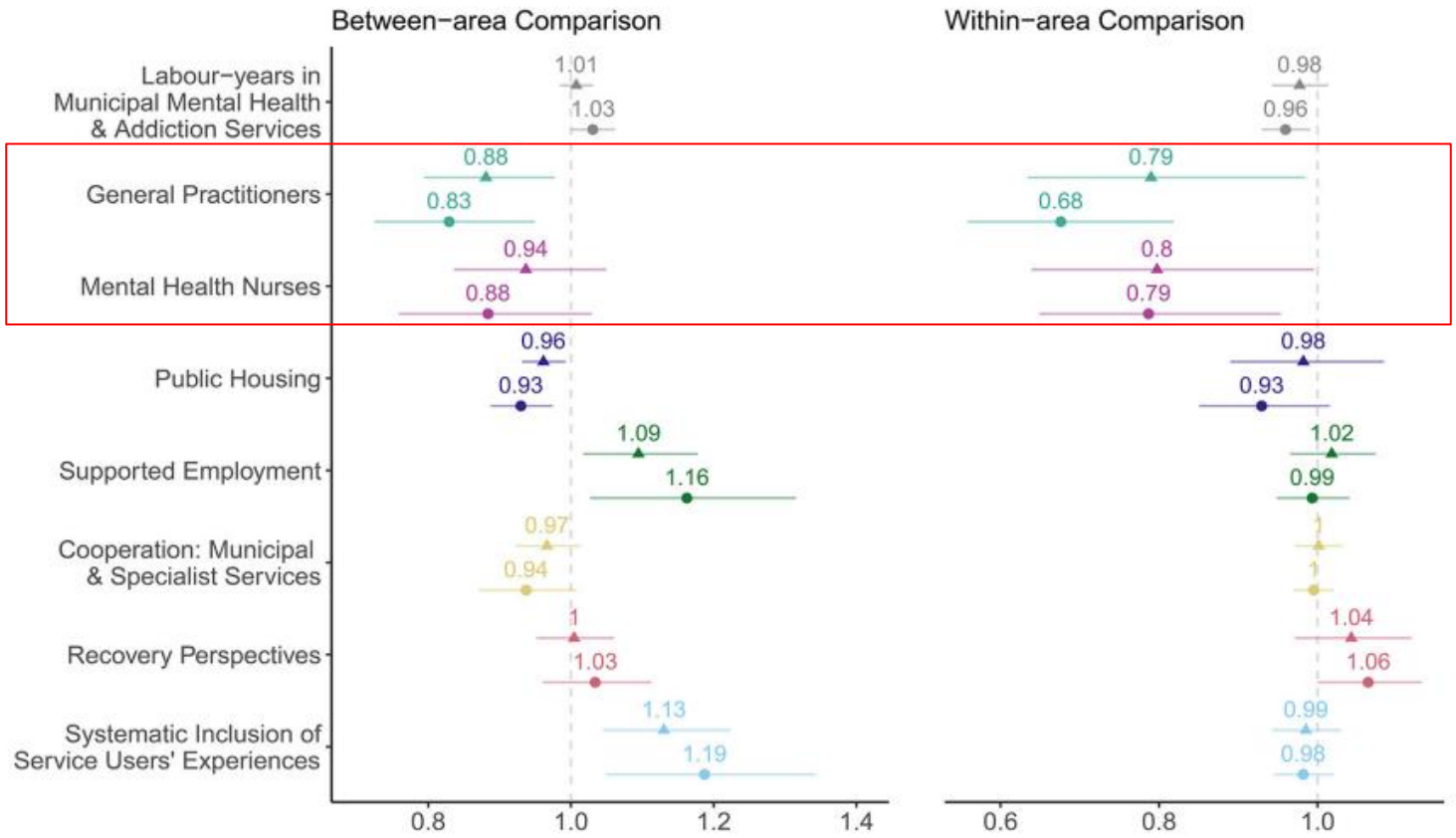


FIGURE 1 | Between- and within-area associations of municipal mental health service in Norway, 2015–2018. ▲, patients; ●, hospitalisations. Rate ratios with 95% Wald confidence intervals.

Hvor mye «forklarer» de ulike elementene?

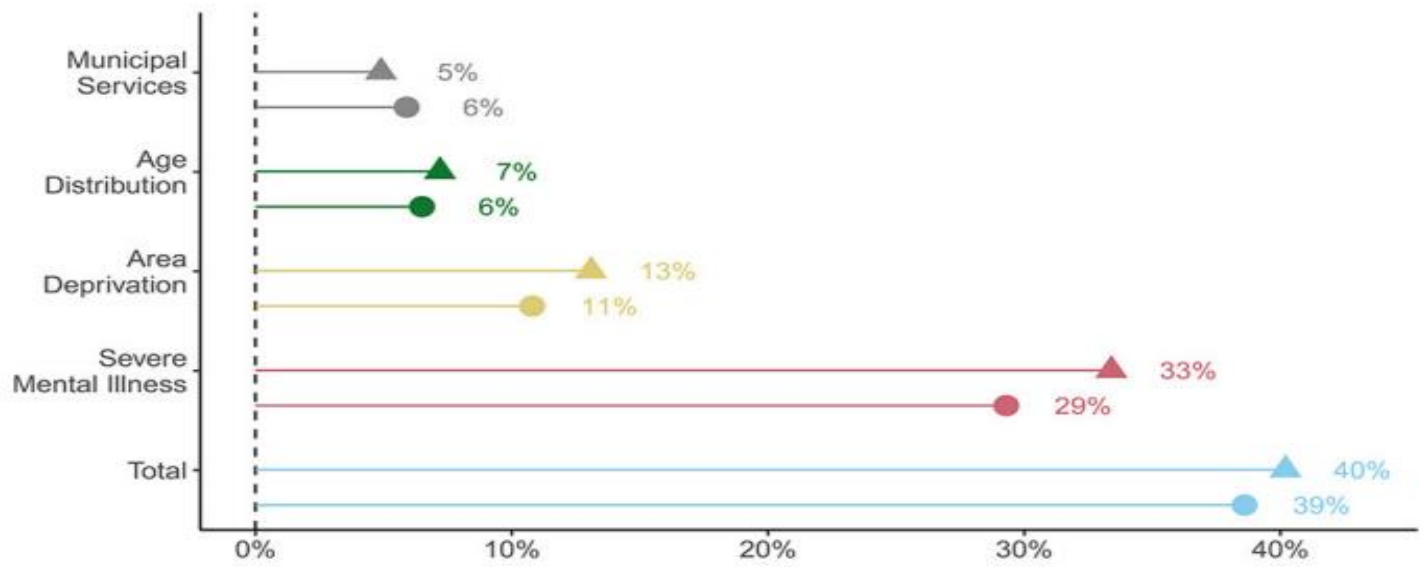


FIGURE 2 | Amount of total variance explained by groups of explanatory variables. ▲, patients; ●, hospitalisations.

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

De kliniske beslutningene – hva påvirker de?

Acta Psychiatrica Scandinavica

Received: 19 October 2021 | Accepted: 20 March 2022

DOI: 10.1111/acps.13429

ORIGINAL ARTICLE

Acta Psychiatrica Scandinavica WILEY

Influence of mental health professionals' attitudes and personality traits on decision-making around coercion: Results from an experimental quantitative survey using case vignettes

Simone Agnes Efkemann[1] | Matthé Scholten[2] | Ronald Bottlender[3] | Georg Juckel[1] | Jakov Gather[1,2]

- Studier på de fleste tvangs
  - Over lang tid
- Komplekst forskningsfelt:
  - Casevignetter, intervjuer, standardiserte instrument (SACS)
- Elementer som påvirker de kliniske beslutninger:
  - Generelle holdninger til tvang
    - Varierer mellom profesjoner/individer/nærhet til tvangsbruk etc etc (rikholdig litteratur

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

De kliniske beslutningene …. Elementer – forts.

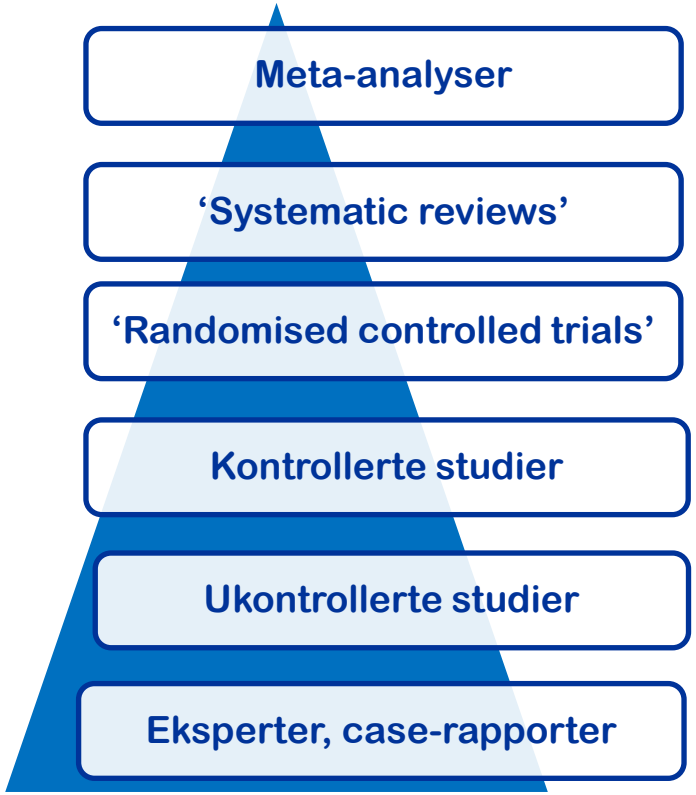
- Holdninger til spesifikke tvangsformer (særlig ulike tvangsmidler)
  - Også store kulturelle forskjeller mellom land
- Kjennskap til/tilgjengelighet til alt. tilnærminger
  - Legevakt – «kjenner bare akuttavdeling»
- Gruppedynamikk i beslutningsprosesser
  - Ønske om second opinion – andre miljøer/andre profesjoner/pårørende (LPP – samtykke)
  - Tverrfaglighet en ressurs (ACT)
- Generelle personlighetstrekk
  - Eks vis åpenhet for eksperimentering

- Kunnskapshull
  - observasjonsstudier

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

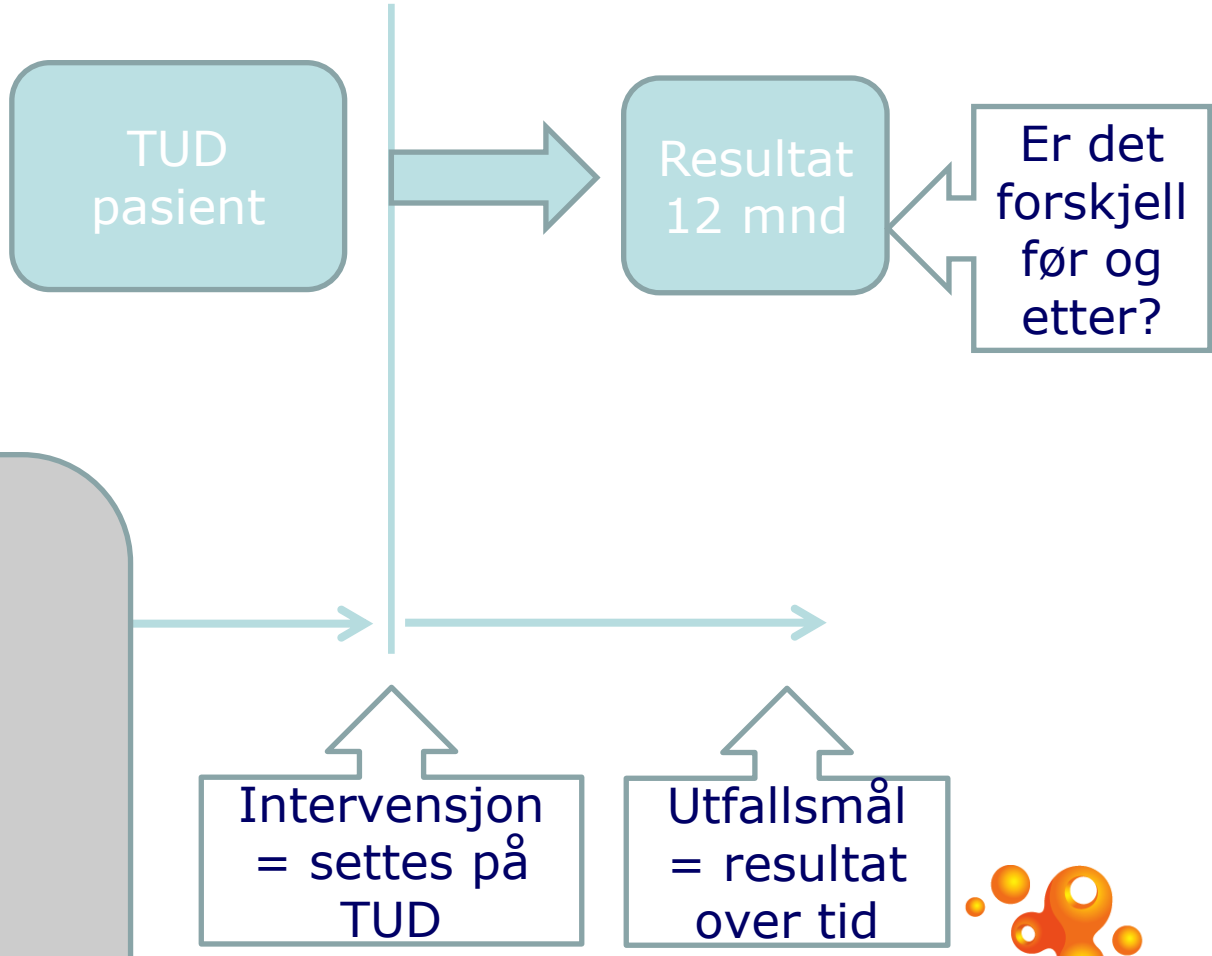
Hva vet vi - effektstudier

Evidenshierarkiet



NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID

Ukontrollert før-etter studie

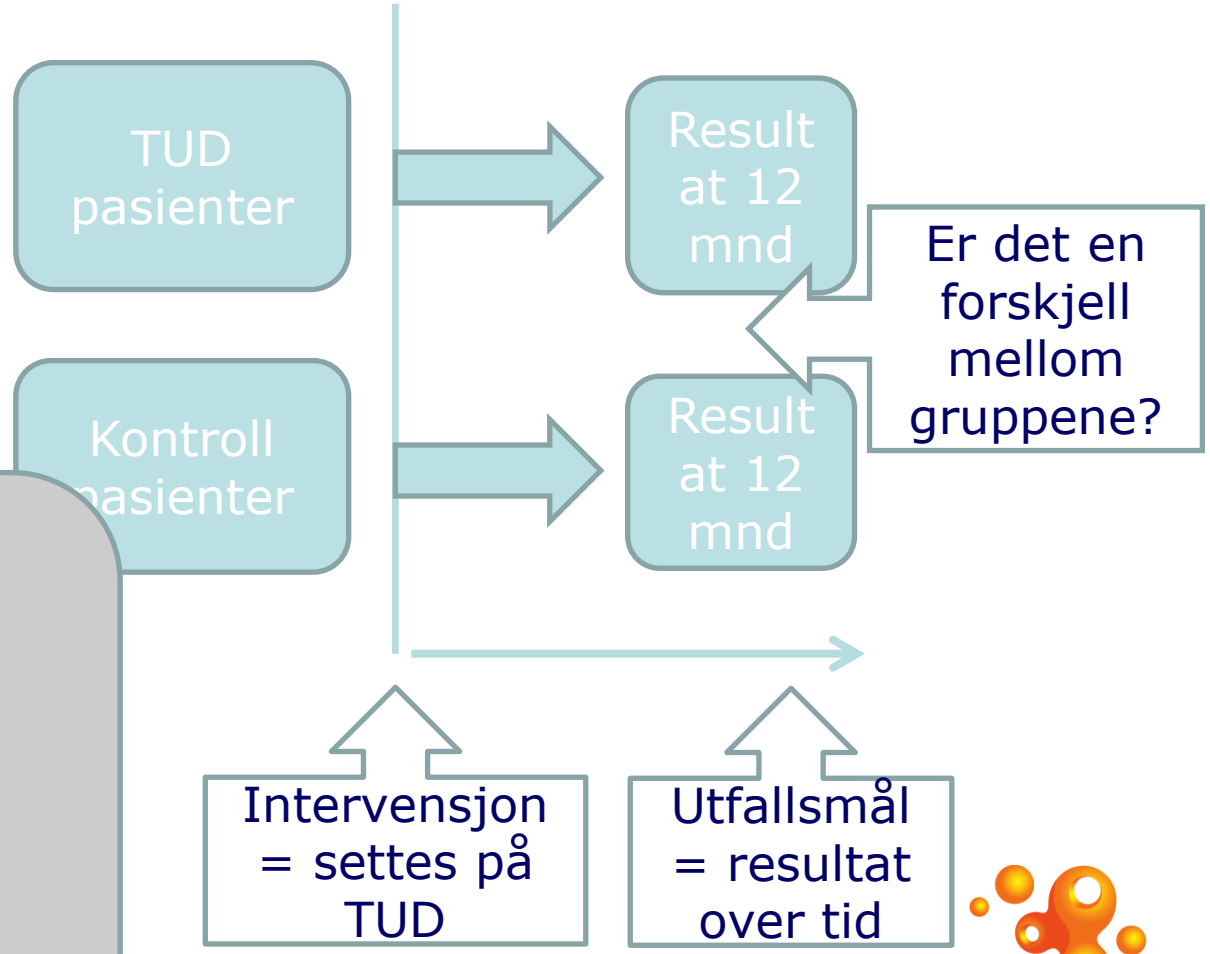


Trøbbel:

- De fleste blir bedre over tid uansett
- Endring i f.eks. tjenestene kan påvirke
- Trenger stor N

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Kontrollert før-etter studie

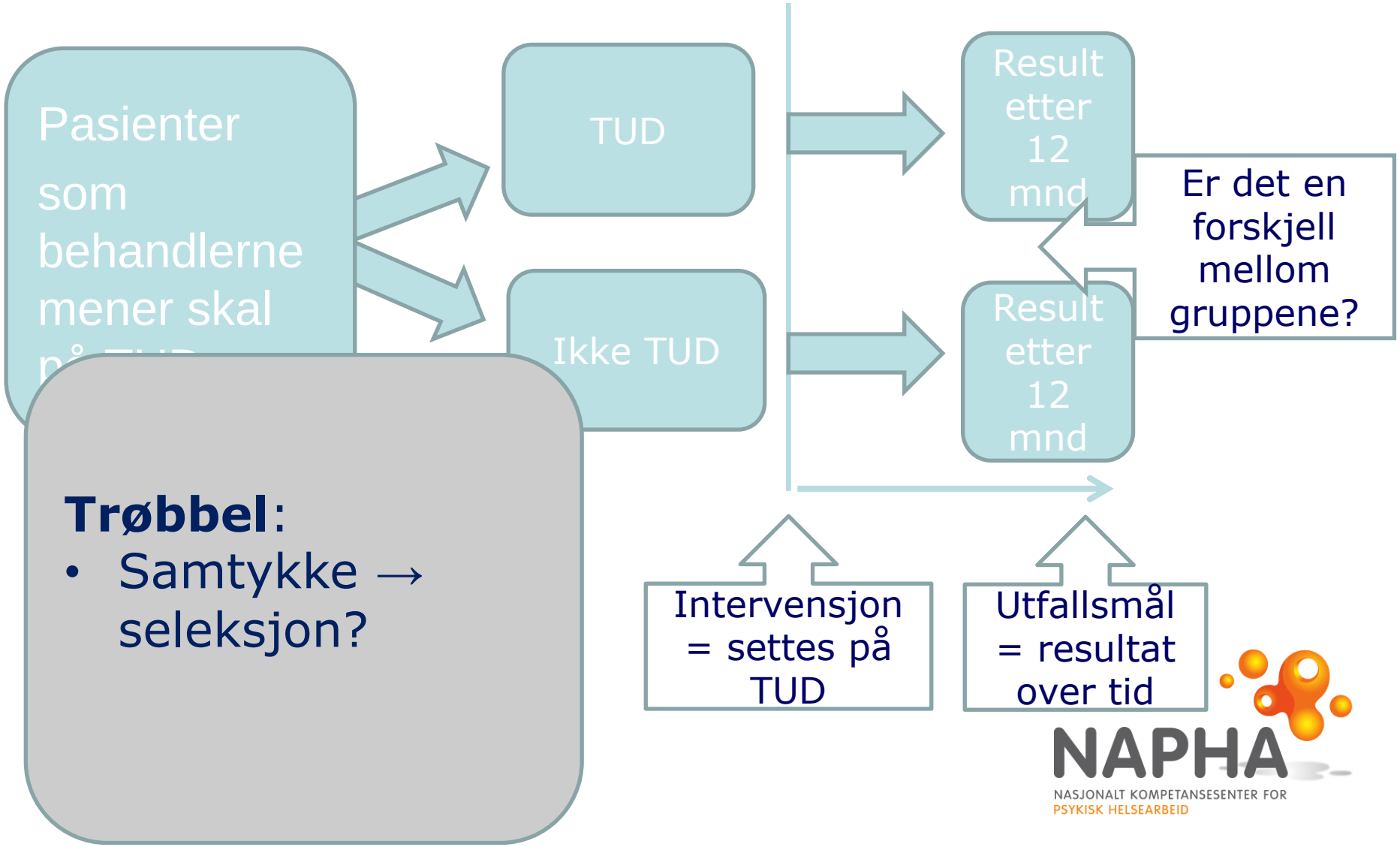


Trøbbel:

- Finner man kontroller som matcher på
  - symptomer
  - tilslutning til behandling

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Randomisert kontrollert studie - RCT



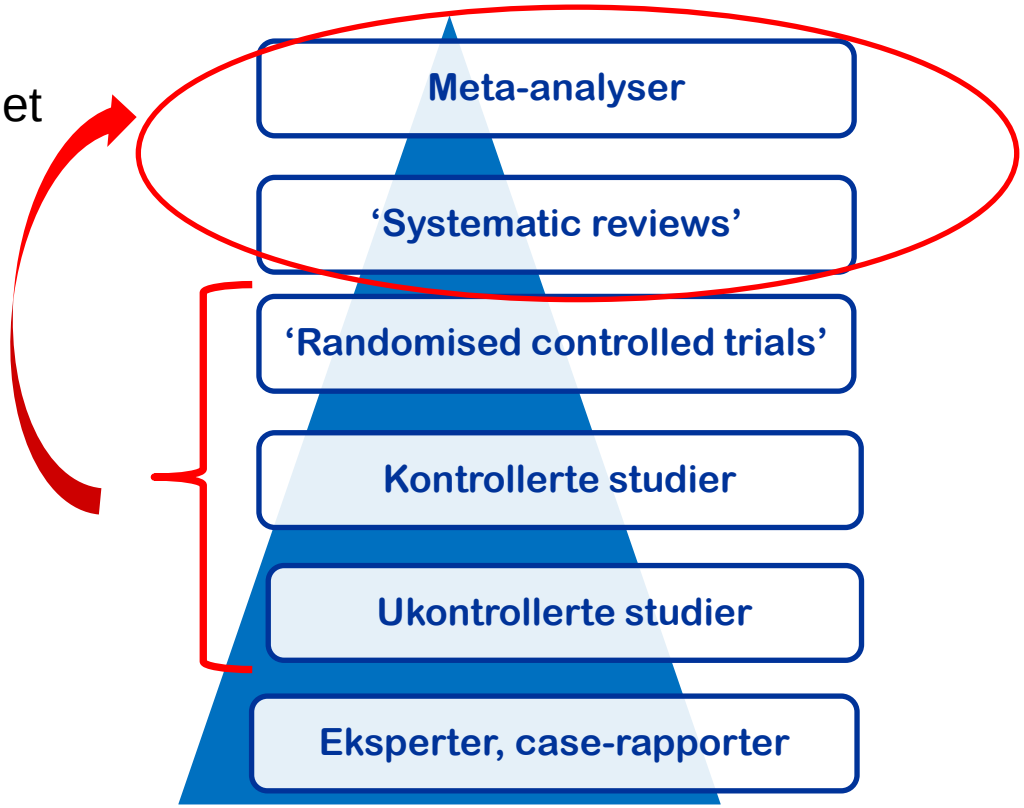
Trøbbel:

- Samtykke → seleksjon?

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Hva vet vi - effektstudier

Evidenshierarkiet



NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis

Phoebe Barnett, Hannah Matthews, Brynmor Lloyd-Evans, Euan Mackay, Stephen Pilling, Sonia Johnson

Summary

Background Compulsory community treatment (CCT) aims to reduce hospital readmissions among people with mental illness. However, research examining the usefulness of CCT is inconclusive. We aimed to assess the effectiveness of CCT in reducing readmission and length of stay in hospital and increasing community service use and treatment adherence.

Lancet Psychiatry 2018
Published Online
October 31, 2018
http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30382-1

- 17 ukontrollerte studier fra 6 land, n ≈ 9400
- 16 kontrollerte studier fra 4 land, n ≈ 180 000
- 3 RCTer fra 2 land, n ≈ 750

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

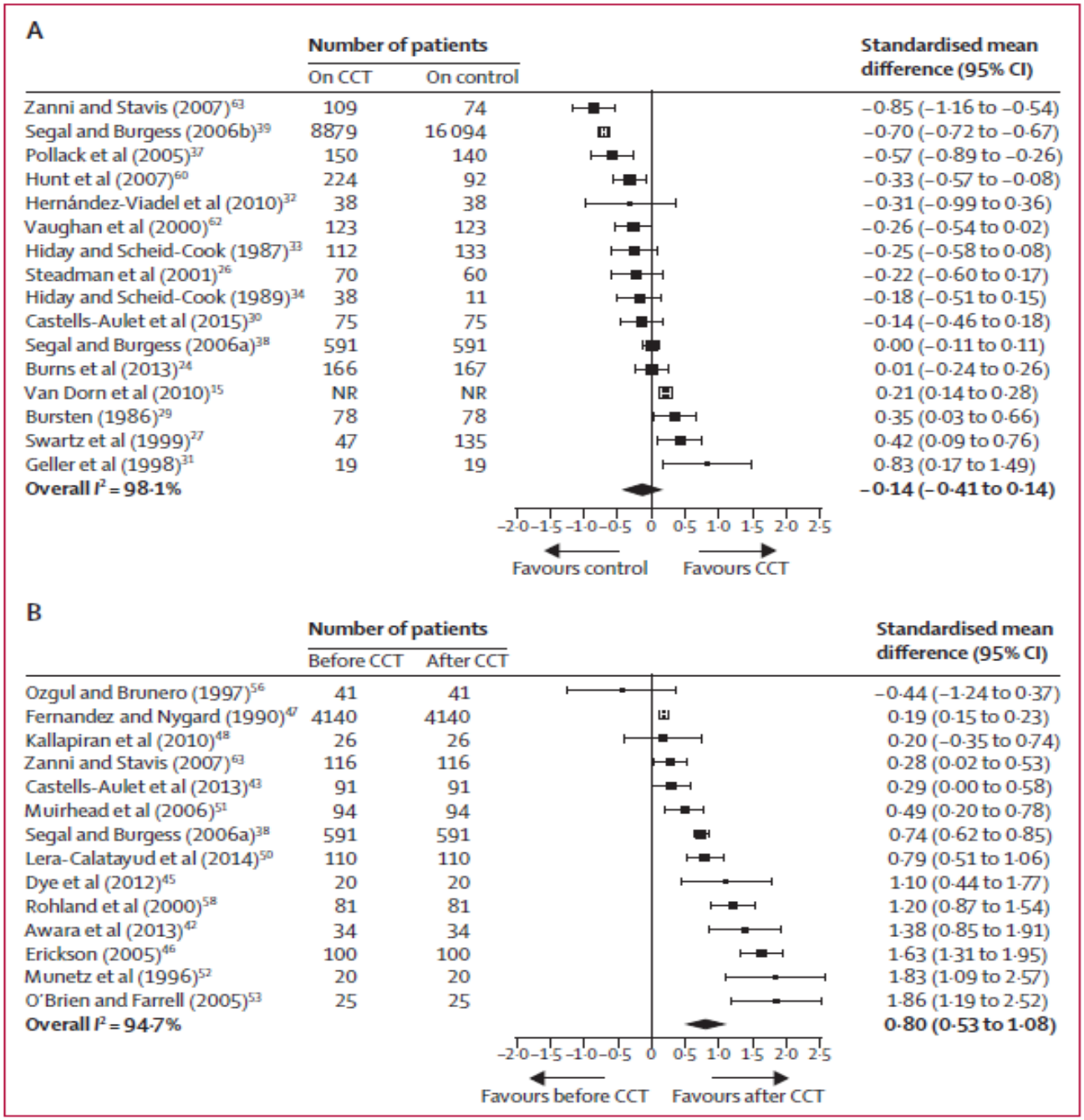


Figure 3: **Effect on readmission to hospital for CCT versus control (A) and for before versus after CCT (B)**
Boxes are point estimates, with error bars for 95% CIs. CCT=compulsory community treatment. NR=not reported.

Reinnleggelser kontrollerte studier/RCT

Reinnleggelser ukontrollerte studier

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Outcomes tested in randomised controlled trials and meta-analyses (Rugkåsa 2016)

RCT OUTCOME	North Carolina RCT n=264	New York RCT n=142	OCTET RCT n= 336
Readmission rate	x	x	x
>1 admission		x	x
Number of days in hospital		x	x
Number of readmissions		x	x
Remaining in contact with services		x	
Service intensity	x		x
Compliance with treatment	x	x	x
Symptoms/mental state		x	x
Functioning (GAF)		x	x
Victim of crime	+		
Accommodation/homelessness	x	x	x
Quality of life	x	x	x
Imprisonment/violence/arrest	x	x	
Employment			x
Alcohol/drugs problems			x
Satisfaction with services			x
Therapeutic relationship			x
Perceived coercion	x	x	x
Experienced treatment leve			x

X= no effect
+ = positive effect

TUD – virker det?

- Nei (i hht «gullstandard)»,
  - Men liker man ikke resultatet går man løs på metoden ☺

«Kun pre - post fanger opp de som ikke ville delta (negativ til behandling) – og dermed også de som sannsynligvis har hatt best utbytte av TUD»

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Open access Original research

BMJ Open

Community treatment orders and associations with readmission rates and duration of psychiatric hospital admission: a controlled electronic case register study

2019

Wikus Barkhuizen,[1] Alexis E Cullen,[1] Hitesh Shetty,[2] Megan Pritchard,[2,3] Robert Stewart,[2,3] Philip McGuire,[1,2] Rashmi Patel [1,2]

- Mye lengre på TUD enn policyforventninger
- Reinnlegges tidligere - enn kontrollgruppen
- Lengre sykehusopphold – enn kontrollgruppen
- Mindre dødelighet
- Men (jfr svakheter v metoden):
  - Ikke kontrollert for symptomtrykk
  - De på TUD
    - Høyere andel fra sikkerhetsavd + mer på depot
- Finner det samme som Barnett
  - Overbeviser neppe tilhengerne ☺

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Lovendringen i 2017 – hvilken effekt?

Impact of introducing capacity-based mental health legislation on the use of community treatment orders in Norway: case registry study

Georg Høyer, Olav Nyttingnes, Jorun Rugkåsa, Ekaterina Sharashova, Tone Breines Simonsen, Anne Høye and Henriette Riley

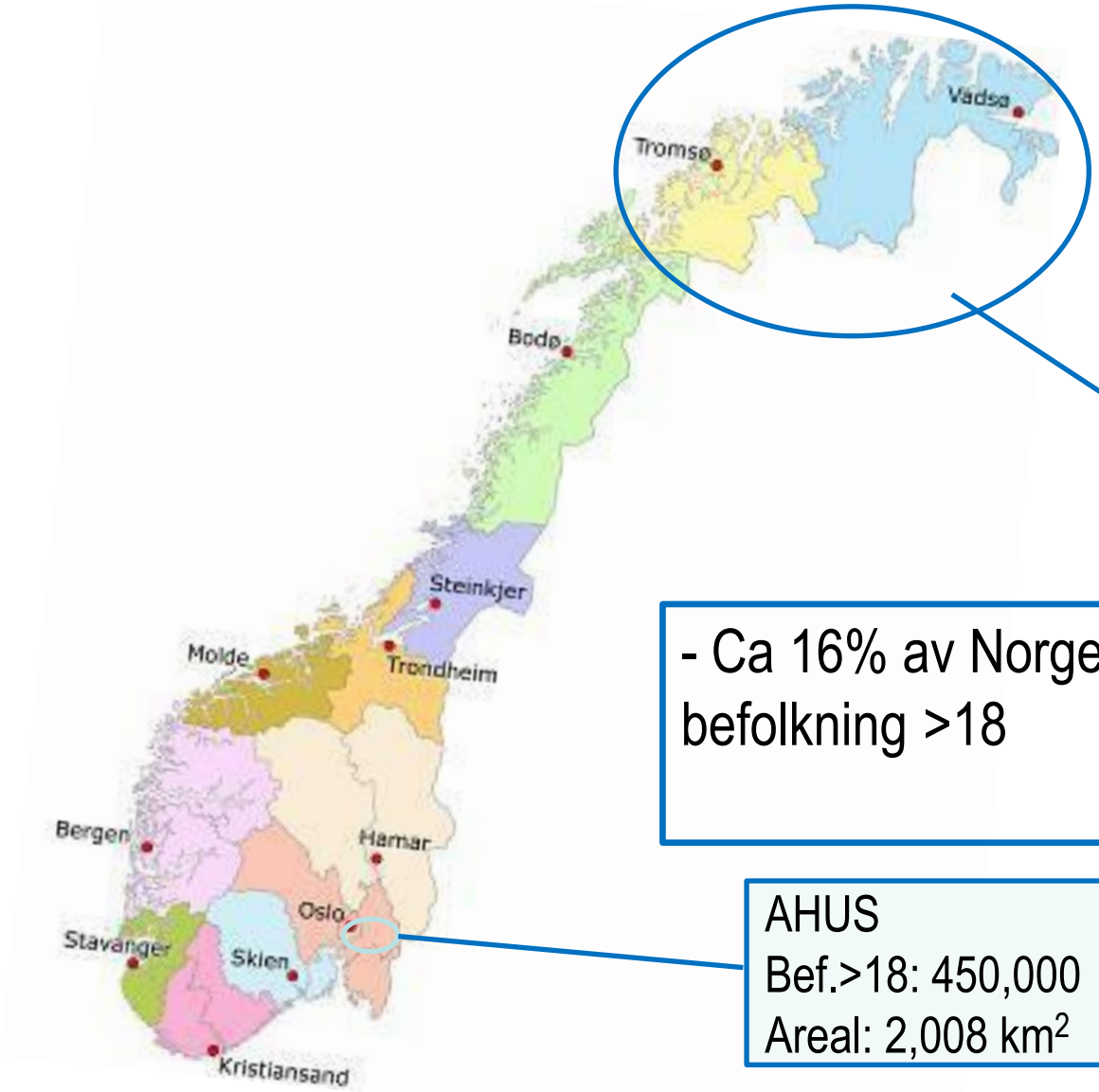
- Ved å sammenligne to år før og etter lovendringen, var det noen endringer i:
  - Incidens og punkt prevalens rater av TUD
  - Varighet av TUD
  - Bruk av tvangsbehandlingsvedtak
  - Klinikeres begrunnelse for å vedta TUD
    - Fare, behandling

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Hva var myndighetens forventninger?
(prop 147 L)

- Reduksjon i
  - Rater og lengde på det tvungne vernet
  - Rater og lengde på vedtak om tvangsbehandling
- Den største effekten forventet på TUD-rater
  - pasienter som kvalifiserer mer sannsynlig har samtykkekompetanse
- Samtidig en frykt for at flere blir vurdert som farlig

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID



UNN
Bef >18: ca 230,000
Areal: 74,500 km^2

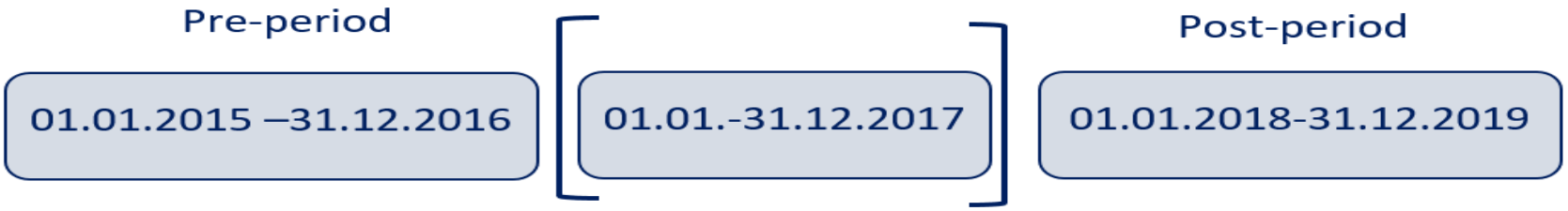
- Ca 16% av Norges befolkning >18

AHUS
Bef.>18: 450,000
Areal: 2,008 km^2

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

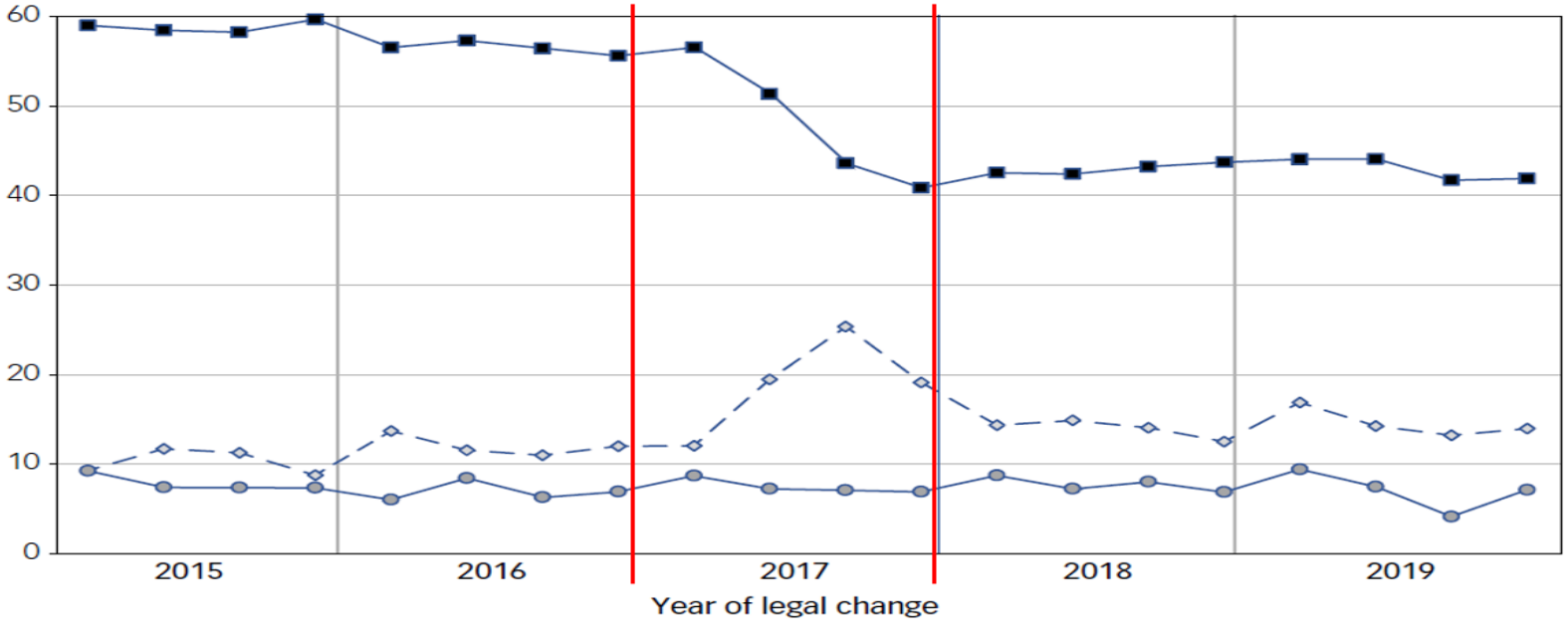
Pre – post sammenligning

- Lov vedtatt tidlig 2017, og trådte i kraft 1. september
  - 2017 sannsynligvis et atypisk år og ikke uttrykk for vedvarende forandring - derfor ekskludert fra sammenligningen



NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Endringer i insidens, punkt prevalens og avvikling av TUD



- Pre-post test av insidensrate: ikke signifikant
- Pre-post test av punkt-prevalens rate: redusert, median 57.8 → 43.0 ($p<.001$)
- Pre-post test av avslutningsrate: økte, median 11.4 →14.1 ($p=.001$)

Endringer i varighet, bruk av tvungent psykisk helsevern, begrunnelse, grunner til avslutning

Table 2 Changes in duration of community treatment orders (CTOs), use of involuntary treatment orders and in justifications for establishing and terminating CTOs after the introduction of the capacity to consent criterion

Variable	New CTOs in each time period				
	2015–2016 (*n* = 362)	2017 (*n* = 186)	2018–2019 (*n* = 373)	Total (*n* = 921)	*P*[a]
Duration of CTOs in days, median (Q1–Q3)[b]	175 (76–353.5)	174 (77–395.5)	158 (65–326.5)	168 (70–354)	0.53
Duration of CTOs in days, mean (s.d.)[b]	235.3 (197.3)	250.0 (198.1)	222.7 (189.5)	233.2 (194.4)	0.38
Having an involuntary treatment order in addition to the CTO, yes: *n* (%)	184 (50.8)	119 (64.0)	259 (69.4)	562 (61.0)	<0.001
Additional criteria justifying the CTO[c]					
The need for treatment on its own, *n* (%)	318 (87.8)	160 (86.0)	322 (86.3)	800 (86.9)	0.54
The dangerousness criterion on its own or combined, *n* (%)	41 (11.3)	25 (13.4)	50 (13.4)	116 (12.6)	0.39
Not documented, *n* (%)	3 (0.8)	1 (0.5)	1 (0.3)	5 (0.5)	0.30
Recorded reason for terminating the CTO[d]					
Need for treatment criterion no longer applies, *n* (%)	4 (1.1)	7 (3.8)	12 (3.2)	23 (2.5)	0.50
Dangerousness criterion no longer applies, *n* (%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	–
Patient cooperates voluntarily, *n* (%)	141 (39.0)	113 (60.8)	148 (39.7)	402 (43.6)	0.84
Patient has capacity to consent, *n* (%)	3 (0.8)	67 (36.0)	118 (31.6)	188 (20.4)	<0.001
CTO lifted by control commission or court, *n* (%)	9 (2.5)	7 (3.8)	24 (6.4)	40 (4.3)	0.01
Patient died, *n* (%)	2 (0.6)	4 (2.2)	6 (1.6)	12 (1.3)	0.17
CTO not terminated by end of period, *n* (%)	178 (49.2)	41 (22.0)	164 (44.0)	383 (41.6)	0.15

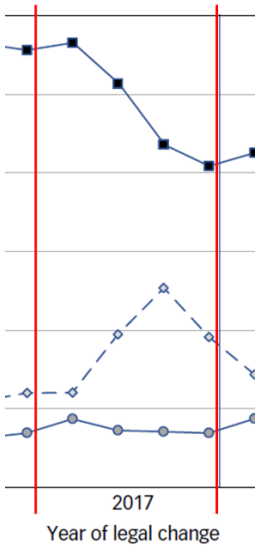
a. *P*-values calculated for differences between 2015–2016 and 2018–2019 using chi-squared and Moods median test and *t*-test for independent samples as appropriate.
b. To ensure comparability between the pre and post reform periods, CTOs that started in 2015–
s date as end-point. For
der (a psychotic disorder
ensure comparability b
ed.

Myndighetenes forventninger ble ikke innfridd

Farekriteriet brukt som eneste kriterium i 1% av tilfellene over årene.

Hvorfor skjedde det?

- Pool'en av potentielle TUD-kandidater krympet, hvorfor ingen reduksjon i incidens-rater?
  - Brukte klinikerne også før lovendringen samtykkekompetanse som kriterium?
- Hvorfor den kraftige økningen i avslutning begrunnet i samtykkekompetanse?
  - Krav om å avslutte tvangsbehandling hvis samtykkekompetent (selv om de ikke motsatte seg)
    - «smittet over på TUD?»
  - ***Vært en utlukingseffekt av de langvarige TUD for pasienter med samtykkekompetanse (særlig 2017)?***
    - Metodologiske implikasjoner for studier av lovendringer
- Hvorfor økningen i bruk av tvangsbehandling?
  - Formaliserte tilbudet til de uten samtykkekompetanse som ikke motsetter seg medisiner (jfr Rundskrivet)



NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

Hva skal dere sitte igjen med?

- Bruk av tvang er en belastning for mange
  - Særlig for pasienter, men også for pårørende
- Betydelige regionale variasjoner i tvang
  - Det meste er uforklart
- De kliniske beslutningsprosesser er kompliserte – og mange faktorer påvirker de
- TUD virker ikke (?) – og lovendringen 2017 gitt få endringer
- Forskningen gir sjelden (aldri?) svaret 42

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR PSYKISK HELSEARBEID

- Takk for meg ☺
  - Trond.hatling@samforsk.no

NAPHA
NASJONALT KOMPETANSESENTER FOR
PSYKISK HELSEARBEID