

Tvangsinnleggelse til psykiatrisk observasjon – blir de opphevet dagen etter?

Sammendrag

Bakgrunn. I Norge blir et stort antall pasienter tvangsinnlagt til observasjon etter § 3 i lov om psykisk helsevern. Vi ønsket å se om antall tvangsinnleggelse til observasjon samsvarte med antall opphold etter samme paragraf, og om pasientgruppen som ikke fikk observasjonsparagrafen opprettholdt, hadde trekk som skilte dem fra gruppen som fikk observasjonsparagrafen opprettholdt.

Materiale og metode. Materialet omfatter data for 181 pasienter (96 kvinner og 85 menn); gjennomsnittsalder 22 år (SD 17 år) tvangsinnlagt til observasjon i psykiatrisk akuttavdeling i Østfold 1.9. 2000 til 30.11. 2000. Materialet ble delt inn i en gruppe som fikk observasjonsparagrafen vedtatt og en gruppe som ikke fikk paragrafen vedtatt.

Resultater. Gruppen som ikke fikk observasjonsparagrafen vedtatt, bestod av 98 pasienter (54 %) og hadde signifikant kortere oppholdstid, lavere andel selvmordsforsøk og lavere antall selvskadende handlinger før innleggelse enn gruppen som fikk paragrafen vedtatt. Signifikant flere i denne gruppen bodde alene og færre hadde yrkesinntekt. Det var ingen forskjell mellom gruppene i andel alvorlig sinnslidelse.

Konklusjon. I vårt materiale var det lite samsvar mellom antall tvangsinnleggelse til observasjon og antall opphold hjemmet i samme lovparagraf. Det er signifikante forskjeller mellom de to pasientgruppene, men vedtak av observasjonsparagrafen avspeilte ikke forskjell i forekomst av alvorlig sinnslidelse mellom pasientgruppene.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

> Se også side 916

Kari Gjelstad

kari.g@senswave.com
Psykisk helsevern Østfold
Postboks 584 Veum
1612 Fredrikstad

Hans Løvdahl

FOU-enheten
Aust-Agder Sykehus
4809 Arendal

Torleif Ruud

SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning
Postboks 124 Blindern
0314 Oslo

Svein Friis

Avdeling for forskning og undervisning
Ullevål universitetssykehus

Sammenliknet med andre europeiske land er prosentandelen av psykiatriske tvangsinnleggelse i Norge svært høy. En sammenlikning av data fra 21 europeiske land fra 1993 viser at Norge lå nest høyest både vedrørende tvangsinnleggelse per 100 000 innbyggere og prosentandelen av psykiatriske innleggelse som skjer ved tvang (1). Det hevdes samtidig at forskjeller i lovverk, registreringsrutiner og begreper kan gjøre direkte sammenlikninger mellom land vanskelig (1, 2). Uavhengig av sammenlikninger med andre land viser nasjonale data at andelen av psykiatriske tvangsinnleggelse i Norge er høy, og at en vesentlig del av disse er tvangsinnleggelse til observasjon (3).

Det har vært lite fremme i den offentlige debatten at man kan tvangsinnlegges etter to forskjellige lovparagrafer, og at prosessene som fører til tvangsinnleggelse til behandling eller tvangsinnleggelse til observasjon, muligens er svært forskjellige (2). Det har også vært lite fremme at innleggelsesparagrafer etter loven må vurderes av spesialist dagen etter innleggelsen (4, 5) og at langt fra alle pasienter som blir tvangsinnlagt til observasjon i psykiatriske akuttavdelinger, blir holdt tilbake i avdelingen til tvunget observasjon (6). Vi ønsker i denne artikkelen å sette søkelyset på bruken av tvangsinnleggelse til observasjon.

Østfold har vært et fylke med høy andel av innleggelse til tvungen observasjon i akuttavdelingen (3) og burde derfor egne seg til å belyse følgende to spørsmål:

- Er det samsvar mellom antall tvangsinnleggelse til observasjon og antall opphold til tvungen observasjon ved psykiatrisk akuttavdeling i Østfold?
- Hva kjennetegner pasienter som ikke får observasjonsparagrafen vedtatt?



Fakta

- I Norge utgjør tvangsinnleggelse en stor andel av innleggelsene i psykiatriske avdelinger
- Tvangsinnleggelse i psykiatrisk avdeling kan skje etter to forskjellige paragrafer i loven om psykisk helsevern. Tvangsinnleggelsene kan være tidsavgrenset til observasjon eller med ubegrenset lengde til behandling
- Alle tvangsinnleggelse må vurderes av spesialist dagen etter innleggelsen. Det må gjøres et vedtak om tvangsinnleggelsen skal opprettholdes eller vedtak om opphevelse. Opphevelse kan føre til utskrivning eller videre opphold på frivillig basis
- Det er ikke noe nødvendig samsvar mellom antall innleggelse til tvungen observasjon og antall opphold hjemmet i samme lovparagraf. I klinisk arbeid synes bakgrunnen for eventuell opprettholdelse av observasjonsparagrafen etter innleggelsen å være sammensatt

Materiale og metode

Østfold fylke har 246 000 innbyggere (2000). Voksenpsykiatrisk sektor dekker hele fylket. Akuttavdelingen har fem poster. To poster ligger ved Sentralsykehuset Østfold Fredrikstad, hver med seks senger på lukket avsnitt og 14 senger på åpent avsnitt. På Veum, et psykiatrisk sykehus om lag 7 km utenfor Fredrikstad, er det tre lukkede akuttposter med til sammen 36 senger hvorav en post fungerer hovedsakelig som motakspost. Avdelingen har ikke sektorinndeling og har felles bakvakt.

Undersøkelsen ble foretatt høsten 2000. Da var lovgrunnlaget for tvangsinnleggelse i psykiatrien lov om psykisk helsevern av 1961. § 3 i denne loven åpnet for innleggelse av pasienter uten eget samtykke for observasjon i inntil tre uker. Gyldigheten av observasjonsparagrafen måtte etter loven vurderes av spesialist i psykiatri første ordinære arbeidsdag etter innleggelsen (4). Fra 1.1. 2002 trådte lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 1999 i kraft. I henhold til denne loven kan pasienter tvangsinnlegges til observasjon i inntil ti dager, og paragrafen skal vurderes av spesialist innen 24 timer (5).

Tabell 1 Kjønn, boforhold, hovedinntektskilde siste år, tidligere behandling, innleggelsesgrunn, henviser, diagnose

	§ 3 vedtatt		§ 3 ikke vedtatt		Totalt	
	n = 83	(%)	n = 98	(%)	N = 181	(%)
<i>Kjønn</i>						
Kvinne	50	(60)	52	(53)	102	(56)
Mann	33	(40)	46	(47)	79	(44)
<i>Boforhold</i>						
Bor alene	26	(31)	51	(52)	77	(43)
Med partner og/eller annen familie	54	(65)	40	(41)	94	(52)
Bolig med tilsyn/institusjon	1	(1)	4	(4)	5	(3)
Ukjent	2	(2)	3	(3)	5	(3)
<i>Hovedinntektskilde siste år</i>						
Arbeid/studier/alderspensjon/midlertidig avbrudd pga. sykdom/arbeidsledighet	50	(60)	38	(39)	88	(49)
Rehabilitering/attføring	8	(10)	7	(7)	15	(8)
Uførepensjon	18	(22)	38	(39)	56	(31)
Sosialstønad	2	(2)	10	(1)	12	(7)
Ukjent	5	(6)	5	(5)	10	(6)
<i>Tidligere psykiatrisk behandling</i>						
Psykiatrisk sykehus	35	(42)	65	(66)	100	(55)
Psykiatrisk poliklinikk/annet poliklinisk tilbud	18	(22)	7	(7)	25	(14)
Ingen tidligere behandling i psykisk helsevern	20	(24)	21	(21)	41	(23)
Ukjent	10	(12)	5	(5)	15	(8)
<i>Innleggelsesgrunn</i>						
Rusproblemer	23	(27)	32	(33)	55	(30)
Psykose	12	(14)	16	(16)	28	(15)
Vold/aggresjon mot andre	10	(17)	10	(10)	20	(11)
Selvmoordsforsøk/selvskading	35	(42)	15	(15)	50	(28)
Selvmoordstanker/utsagn uten handling	28	(34)	51	(52)	79	(44)
<i>Henvissende instans</i>						
Primærlege/fastlege	17	(20)	23	(23)	40	(22)
Legevakt /tilfeldig lege	42	(51)	50	(51)	92	(51)
Somatisk sykehus	12	(14)	15	(15)	27	(15)
Psykiatrisk poliklinisk tjeneste	12	(14)	8	(8)	20	(11)
Ikke oppgitt	0	(0)	2	(2)	2	(1)
<i>Hoveddiagnoser kategorisert i henhold til ICD-10</i>						
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	12	(14)	22	(22)	34	(19)
Schizofreni, schizotyp lidelse og paranoide lidelser	7	(8)	9	(9)	16	(9)
Affektive lidelser	13	(16)	18	(18)	31	(17)
Nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser	17	(20)	10	(10)	27	(15)
Personlighets- og atferdsforstyrrelser hos voksne	9	(11)	8	(8)	17	(9)
Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	15	(18)	22	(22)	37	(20)
Annet ¹	10	(12)	9	(9)	19	(10)

¹ Organiske psykiske lidelser, atferdssyndromer forbundet med fysiologiske forstyrrelser, psykisk utviklingshemning, utviklingsforstyrrelser, atferdsforstyrrelser fra barne- og ungdomsalder, somatiske diagnoser

Pasienter innlagt i akuttavdelingen i tre månedersperioden fra og med 1.9. 2000 til og med 30.11. 2000 var med i undersøkelsen. Ved alle innleggelse ble det fylt ut innkomstskjema med informasjon tilsvarende det minste basis datasettet som det er obligatorisk å registrere i psykisk helsevern for voksne. I tillegg inneholdt undersøkelsen spørsmål om hva henvissende lege oppgav som direkte årsak til innleggelsen: rus, psykose, vold/aggresjon mot andre, selv-

mordsforsøk/selvskadende handling eller selvmordstanker/-trusler. Her kunne angis mer enn en grunn, men for dem med registrert selvmordsforsøk/selvskadende handling ble det ikke samtidig registrert selvmordstanker/-trusler. Utfyllingen av skjema ble gjort av mottakende lege. Diagnoser ble stilt ved utskrivning ved konsensus mellom akuttavdelingens leger og psykologer med minst en spesialist i psykiatri til stede. «Harde» data som paragraf, paragrafvedtak,

diagnose og liknende ble innhentet fra journalen dersom disse manglet på registrerings-skjema. Det ble ikke gjort noen ettervurdering av pasienter eller overprøving av angitte data.

Totalt ble det registrert 368 innleggelse i perioden. Vi ekskluderte 41 som var overføringer fra andre psykiatriske avdelinger samt tre innleggelse der vedtaksparagrafen ikke var tilgjengelig.

For pasienter med flere innleggelse i perioden ble bare første innleggelse registrert. 39 registrerte reinnleggelse i perioden ble derfor tatt ut. Reinnleggelse viste en noe høyere frekvens av tvangsinnleggelse (88%) og en noe lengre gjennomsnittlig oppholdstid enn den som ble registrert for førsteinnleggelse i perioden. Reinnleggelse skilte seg imidlertid ikke fra det inkluderte materialet når det gjaldt demografiske data. Det er her viktig å merke seg at 56% av de inkluderte pasientene hadde hatt minst ett opphold i psykiatrisk døgnavdeling før registreringsperioden begynte.

Etter justeringene satt vi igjen med 285 pasienter innlagt i akuttavdelingen i perioden. Av disse var 181 innlagt i henhold til observasjonsparagrafen. Pasientgruppen er beskrevet vedrørende kjønn, boforhold, hovedinntektskilde siste år, tidligere behandling, innleggelsesgrunn, henviser og diagnose (tab 1). Gjennomsnittlig alder var 40 år (SD 17). Gjennomsnittlig oppholdstid var 17 døgn (SD 24). Vi delte de 181 pasientene som ble tvangsinnlagt til observasjon inn i to grupper; gruppen som fikk paragrafen vedtatt dagen etter innleggelsen (vedtatt-gruppen) og gruppen som ikke fikk paragrafen vedtatt dagen etter innleggelsen (ikke vedtatt-gruppen). Med uttrykket «vedtatt dagen etter innleggelsen» mener vi her at innleggende leges paragrafvalg ble vurdert medisinsk og juridisk holdbar ved den lovbestemte spesialistundersøkelsen første ordinære arbeidsdag etter innleggelsen i henhold til lov om psykisk helsevern (3).

Loven bruker begrepet «alvorlig sinnslidelse» som ligger nær opptil, men som ikke er synonymt med psykosebegrepet. For å se på eventuelle forskjeller i pasientenes sykdomsbilder har vi valgt å definere en diagnosegruppe som «alvorlige sinnslidelser». Denne gruppen dekker grovt sett det juridiske begrepet og inneholder schizofreni og schizofreniliknende lidelser, paranoide psykoser og manisk-depressive lidelser.

ICD-10 finnes en kategori «Kontakt med helsetjenesten for undersøkelse og utredning» (7). En av underpunktene er «Z03.2 Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser». Dette er strengt tatt ikke en diagnose, men kategorien blir brukt ved utskrivning av pasienter som man på diagnostiseringstidspunktet ikke anser å fylle kriteriene for en psykiatrisk diagnose. Kategorien er derfor satt inn i tabellen under overskriften «Diagnoser i henhold til ICD-10».

Resultater

Av de 181 pasientene som ble innlagt etter observasjonsparagrafen, ble 98 (54 %) vurdert til ikke å fylle kriteriene for tvunget opphold til observasjon ved den lovbestemte spesialistundersøkelsen dagen etter innleggelsen. Over halvparten av tvangsinnleggelsene til observasjon resulterte derved i opphold på frivillig basis eller utskrivning ved første anledning, dvs. i forbindelse med spesialistvurderingen. Ikke vedtatt-gruppen hadde en vesentlig kortere gjennomsnittlig oppholdstid enn vedtatt-gruppen, 12 døgn (SD 15) mot 23 døgn (SD 31) ($t = 2,92$, $df = 114,50$, $p < 0,005$). Hele 43 (44 %) av pasientene i ikke vedtatt-gruppen hadde oppholdstid < 3 døgn, mens dette bare gjaldt 19 (23 %) av pasientene i vedtatt-gruppen (khikvadrat 7,9, $df = 1$, $p < 0,005$).

I ikke vedtatt-gruppen var det 51 som var innlagt etter selvmordstrusler, bare 15 var innlagt etter utført selvmordsforsøk eller selvskadende handling. I vedtatt-gruppen var 28 innlagt etter selvmordstrusler, hele 35 var innlagt etter utført selvmordsforsøk eller selvskadende handling (khikvadrat 59,9, $df = 2$, $p < 0,001$). Det var små forskjeller mellom gruppene når det gjaldt psykose, rus og vold som innleggelsesgrunn. For 70 pasienter var det angitt mer enn én innleggelsesgrunn. I ikke vedtatt-gruppen hadde 65 (66 %) vært innlagt i psykiatrisk avdeling tidligere mot 35 (42 %) i vedtatt-gruppen (khikvadrat 10,61, $df = 1$, $p < 0,002$).

Det var bare mindre forskjeller mellom gruppene når det gjaldt demografiske data. Den største forskjellen gjaldt inntektskilde siste år. I ikke vedtatt-gruppen hadde bare 38 inntekt fra lønnet arbeid, mot 50 i vedtatt-gruppen (khikvadrat 7,45, $df = 1$, $p < 0,005$). Omtrent halvparten, 51, i ikke vedtatt-gruppen bodde alene i egen bolig mot 26 i vedtatt-gruppen (khikvadrat 9,6, $df = 1$, $p < 0,002$). Det var ikke signifikant kjønnsforskjell mellom gruppene.

Som vist i tabell 2 var det ingen forskjell mellom antall alvorlige sinnslidelser i de to gruppene. Så mange som 27 av dem som ble lagt inn til observasjon og hadde en alvorlig sinnslidelse, ble vurdert til ikke å fylle kravene for tvunget opphold dagen etter innleggelsen. Overraskende fant vi at den største diagnoseforskjellen mellom gruppene var en ikke-signifikant større andel av nevrosediagnoser i vedtatt-gruppen enn i ikke vedtatt-gruppen.

Diskusjon

Hovedfunnet i dette materialet er at under halvparten av tvangsinnleggelsene til observasjon ble opprettholdt av spesialist i psykiatri dagen etter innleggelsen ved at § 3 ble vedtatt.

Paragrafvedtak ble ikke registrert på landsbasis i 2000. Tall fra 2001 tyder på at antall innleggelse til observasjon som blir opphevet dagen etter, er høyere i Østfold enn på landsbasis. Men siden innhenting av

Tabell 2 Diagnostiske hovedgrupper

	Gruppen som fikk observasjonsparagrafen vedtatt		Gruppen som ikke fikk observasjonsparagrafen vedtatt	
	Antall	(%)	Antall	(%)
Alvorlige sinnslidelser	20	(24)	27	(28)
Nevrotiske lidelser	17	(21)	10	(10)
Personlighetsforstyrrelser	9	(11)	8	(8)
Rusrelaterte lidelser	12	(15)	22	(22)
Observasjon ved mistanke om psykiatriske lidelser og atferdsforstyrrelser	17	(20)	22	(22)
Annet	8	(10)	9	(10)
Totalt	83	(101)	98	(100)

data på landsbasis bare har vart ett år, bør man avvente å trekke konklusjoner om eventuelle geografiske forskjeller og årsaker til disse (3). Det er imidlertid klart at antall innleggelse til observasjon ikke gir uttrykk for omfanget av observasjonsopphold ved psykiatrisk akuttavdeling i Østfold.

Det store antall innleggelse etter observasjonsparagraf som ikke ble opprettholdt i dette materialet, reiser spørsmålet om observasjonsparagrafen blir brukt unødig eller om pasientenes tilstand fra innleggelsestidspunkt til vedtakstidspunkt kan være vesentlig endret.

Det er en utbredt erfaring at observasjonsparagrafen brukes for å markere at det er indikasjon for akuttinnleggelse (2, 8–10). Vi kan ikke se bort fra at presset på psykiatriske akuttavdelinger fører til at frivillige innleggelse kan vurderes som mindre nødvendige, noe som gir tvangsinnleggelse prioritet, til tross for at det i loven ikke gjøres en slik distinksjon (11). Dersom dette er medvirkende til høyt bruk av observasjonsparagraf, vil det si at oppmerksomheten må rettes både mot primærhelsetjenestens bruk av paragrafen, akuttavdelingens håndtering av øyeblikkelig hjelp-plikten og samarbeidet og kommunikasjonen mellom disse to tjenestenivåene.

Ved akutte kriser kan situasjonen være så ustabil at en innleggelse etter observasjonsparagraf er relevant selv om pasientens tilstand ikke kvalifiserer for vedtak dagen etter. I gruppen som ikke fikk paragrafen opprettholdt, ble mer enn halvparten innlagt etter å ha gitt uttrykk for selvmordstanker eller selvmordsplaner. Ved vurdering av selvmordsfare utenfor institusjon, særlig av ukjent lege, vil pasientens tilstand og situasjonen kunne oppleves som ustabil, og innleggende lege vil ha behov for å legge inn pasienten for å få situasjonen avklart. Bruken av observasjonsparagraf vil kunne understreke nødvendigheten av innleggelsen og muliggjør en tilbakeholdelse av en ustabil pasient etter innleggelsen. Etter en natt i psykiatrisk akuttavdeling kan situasjonen fortonne seg annerledes både for pasient og spesialist, noe som medfører at vedtak ikke er nødvendig, enten fordi pasient og avdeling

blir enig om et frivillig opphold eller fordi man ikke finner grunnlag for videre innleggelse.

Gjennomsnittlig oppholdstid for dem som ikke fikk paragrafen opprettholdt var svært kort, og 44 % var utskrevet i løpet av tre døgn. Dersom observasjonsparagrafen brukes av primærhelsetjenesten for å få innlagt pasienter som man ellers er redd for ikke vil bli mottatt, synes dette kun å fungere som en kriseløsning, idet pasientene i stor grad blir utskrevet i løpet av få dager. Dersom primærhelsetjenesten ønsker å sikre et lengre opphold for utredning, avklaring og behandling, ser dette ut til å forutsette en felles forståelse med avdelingen om nødvendigheten av paragrafbruk, eller en felles forståelse med pasient og avdeling om at et frivillig opphold er indisert.

Det var ingen forskjell i forekomsten av alvorlige sinnslidelser i de to gruppene. Diagnostisk var den største forskjellen mellom gruppene en ikke-signifikant høyere andel av nevrosediagnoser i gruppen som fikk paragrafen opprettholdt. Vedtak skal gjøres dersom spesialisten mener det foreligger mistanke om behandlingstrengende alvorlig psykisk lidelse. Funnet kan tyde på at vedtak eller ikke vedtak av observasjonsparagrafen etter innleggelse gjøres på grunnlag av en helhetsvurdering av pasientens tilstand og funksjonsnivå. Man må anta at vurdering av selvmordsfare i stor grad vil innvirke på avgjørelsen, noe som gjenspeiles i materialet ved at hele 42 % i gruppen som fikk paragrafen opprettholdt var lagt inn etter selvmordsforsøk eller selvskadende handling. Det er imidlertid en vurderingssak hvorvidt alvorlige selvmordstrusler nødvendigvis medfører mistanke om alvorlig sinnslidelse og derved kvalifiserer for innleggelse eller opphold for tvungen observasjon. I *Legevakthåndboken* av 1997 (12) hevdes det at «selvmordsforsøk eller selvmordsfare vil nesten alltid forsvare innleggelse etter paragraf 3». Et motstridende synspunkt presenteres i boken *Norsk helserett* (13). Forfatteren hevder at tvangstiltak overfor suicidale pasienter som ikke er psykotiske, ikke faller under lov om psykisk helsevern og må, hvis nødvendig, vurderes

etter nødrettsregelen i straffeloven. Disse to synspunktene synliggjør vel at tolking av lovverket og dermed utøvelse av praksis varierer, og synspunktene vil kunne være preget både av livssyn, profesjon og arbeidssituasjon.

Det var en noe større andel rusrelaterte lidelser i gruppen som ikke fikk paragrafen vedtatt, 22 % mot 15 %. I den grad demografiske data beskriver forskjeller i de to gruppene, tyder funnet på at det var flere som ikke fikk paragrafen vedtatt som var ute av arbeidslivet og som bodde alene. Det er tidligere funnet at demografiske data kan ha innvirkning på vurdering av tvangsbruk, selv om konklusjonene på hvordan det influerer ikke er entydige (6). Rusproblematikk og problemer av sosial art kan gi kriser som fører til innleggelse i psykiatrisk avdeling uten at det foreligger klar psykisk lidelse. Resultatene tyder på at det var en overvekt av denne type problematikk i gruppen som ikke fikk paragrafen vedtatt. Sannsynligvis var det i denne gruppen personer med sammensatte problemer som trengte hjelp. Imidlertid ble det ikke vurdert å foreligge en psykisk lidelse som kvalifiserte for vedtak av observasjonsparagraf, ei heller et problemkompleks som gjorde et frivillig opphold i

en psykiatrisk akuttavdeling til et adekvat tilbud. Det ville vært av interesse å klargjøre hvorvidt pasientene selv bestemte seg for å reise eller om avdelingen bestemte utskrivningen. Det ville også være av interesse å finne ut om vi ville fått en reduksjon av antall pasienter med rus som innleggelsesgrunn dersom det hadde vært alternative tilbud tilgjengelig på kveldstid og om natten, f.eks. akutt rusmottak.

Konklusjon

I vårt materiale gir antall tvangsinnleggelse til observasjon et lite representativt uttrykk for antall tvangsopphold til observasjon. Når data om tvang og tiltak for å redusere tvang innen psykisk helsevern blir brukt i den offentlige debatt, er det viktig at data som brukes er kvalitetssikret og valide i forhold til det man diskuterer. Innleggelsesparagraf ser ut til å bli valgt ut fra vurdering av pasientens atferd og omsorgsbehov, så vel som ut fra vurdering av pasientens psykiske lidelse uttrykt ved diagnose. For en del pasienter kan atferden endre seg vesentlig i løpet av et døgn og derved endre grunnlaget for paragrafvurderingen. Men forskjellen mellom antall tvangsinnleggelse til observasjon og antall vedtak har sannsynligvis flere årsaker.

Den kan ikke minst være et uttrykk for at primærhelsetjenesten og den psykiatriske spesialisthelsetjenesten har forskjellig vurdering av hvilke pasienter som bør ha plass i en psykiatrisk akuttavdeling. Det gjenstår å se om funnene fra Østfold gjenspeiler tilstanden på landsbasis.

Litteratur

Komplett litteraturliste finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

1. Riecher-Rössler A, Rössler W. Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 231–6.
2. Bjørngaard JH, Heggstad T. Kan ulik pasientsammensetning forklare forskjeller i tvangsinnleggelse? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3369–74.
3. Pedersen PB. Psykisk helsevern på 1990-tallet – utviklingstrekk og regionale variasjoner. Trondheim: SINTEF Unimed, 2002.
4. Lov om psykisk helsevern av 28. april nr. 2 1961.
6. Friis S. Hva skal til for å redusere antall tvangsinnleggelse? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3365.
9. Brabrand J, Friis S. Tvangsinnleggelse i akuttpsykiatriske institusjoner. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1997; 117: 1737–9.
10. Kjellin L. Compulsory psychiatric care in Sweden 1979–1993. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 90–6.
11. Lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.
12. Arentz-Hansen C, Moen K. *Legevakthåndboken*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1997: 392.
13. Warberg LA. *Norsk helserett*. Oslo: Tano, 1995.