

# Tvangsinnleggelse i en akuttpsykiatrisk post

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Det foreligger ikke norske empiriske studier av tvangsinnleggelse i akuttpsykiatrisk avdeling etter at ny psykisk helsevernlov trådte i kraft 1.1. 2001. Formålet med undersøkelsen var å kartlegge omfanget av og omstendighetene rundt bruk av tvang ved innleggelse i en akuttpsykiatrisk post.

**Materiale og metode.** I materialet inngår alle pasienter (N = 104) utskrevet eller overført til annen avdeling fra en akuttpsykiatrisk post i Hedmark i første halvår 2005. Det ble registrert opplysninger om pasientene og oppholdene, herunder all bruk av tvang.

**Resultater.** 49 pasienter (47%) ble innlagt etter tvangsparagraf, og 22 av disse (45%) ble overført til frivillig paragraf innen 24 timer. 11 pasienter ble holdt tilbake for observasjon i gjennomsnittlig 4,5 døgn.

**Fortolkning.** Innen 24 timer var antall tvangsinnleggelse omtrent halvert, og observasjonstiden etter tvangsparagraf var kort. Legevakten spilte en større rolle enn fastleger og spesialisthelsetjenesten som innleggende instans, og det bør avklares om dette leder til flere tvangsinnleggelse. Det er nødvendig med studier av selve innleggesituasjonen for å avklare om det er mulig å redusere antallet tvangsinnleggelse.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

## Terje Tørrissen\*

terjeto100@hotmail.com  
Avdeling for akutt- og korttidspsykiatri, Sanderud  
Divisjon psykisk helsevern  
Sykehuset Innlandet

### \* Nåværende adresse:

Avdeling for psykosebehandling og rehabilitering,  
Sanderud  
Divisjon psykisk helsevern  
Sykehuset Innlandet  
Postboks 68  
2312 Ottestad

Det innlegges årlig et stort antall pasienter i norske akuttpsykiatriske poster (1). Noen utskrives etter få timer, mens innleggelsen for andre representerer starten på lengre opphold i psykiatriske institusjoner.

1.1. 2001 trådte ny psykisk helsevernlov (2) i kraft. Loven har som formål at psykisk helsevern skal skje på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. I hovedsak er følgende endringer av betydning: Alle som blir innlagt etter tvangsparagraf skal vurderes av faglig ansvarlig innen 24 timer, mot tidligere på første virkedag. Tidligere var observasjonstiden tre uker ved mistanke om alvorlig sinnslidelse, men denne er redusert til ti dager. Det er imidlertid små endringer i kravene for innleggelse av pasienter med alvorlig sinnslidelse. Tilleggsriteriene ble redusert fra tre til to (behandlings- og/eller farekriteriet). Det er satt strengere krav om regelmessig dokumentasjon. For å styrke rettssikkerheten ytterligere skal innleggelsen være rimelig, hensiktsmessig, og fordelene ved innleggelsen skal beskrives (ramme 1).

Samme dato trådte også lov om helsepersonell (3), pasientrettigheter (4) og spesialisthelsetjenesten (5) i kraft. Pasientrettighetsloven er av særlig betydning og skal være med på å gi større rettslig likestilling mellom pasienter med psykiske og somatiske lidelser.

I en undersøkelse fra en akuttavdeling i Østfold av pasienter som ble innlagt etter den gamle observasjonsparagrafen, ble det blant annet vist at den gjennomsnittlige liggetiden var 23 døgn for dem som fikk opprettholdt vedtak etter § 3, mot 12 døgn for dem som ble overført til frivillig paragraf. Hele 54% av pasientene ble vurdert til ikke å fylle kriteriene for tvungent opphold til observasjon ved den lovbestemte vurderingen dagen etter innleggelsen (6). Tvangsinnleggelse i akuttpsykiatrien i Hedmark fylke og Ullevål sektor er beskrevet i en undersøkelse fra 1997

(7). Andelen tvangsinnleggelse sank fra 58% til 48% i perioden 1987–94 i Hedmark. Tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003 er beskrevet i SINTEF-rapporter (8, 9), og Helsetilsynet (10) beskriver bruk av tvang i psykiatrien basert på tverrsnittstudier gjennomført av SINTEF Helse. I disse undersøkelsene fikk ca. 7% av pasientene vedtak om tvangsmidler eller behandling uten eget samtykke, og andel innlagt på tvang som helhet var 25% ved registreringstidspunktet. Her var alle tvangsinnleggelse i psykisk helsevern slått sammen til én variabel. I tillegg fant man store forskjeller i bruk av tvang mellom helseforetakene.

Arbeidsmetoden «Gjennombruddsprosjekt i psykiatri – bruk av tvang» ble gjennomført i perioden november 2000–juni 2001. Et viktig delmål var å identifisere forhold ved faget som har et klart forbedringspotensial. Gjennombruddsprosjektet ga en utfordring og en mulighet til å se systematisk på deler av egen praksis. Målet var bedret kvalitet og mindre bruk av tvang, og resultatene var gode for dem som deltok i prosjektet (11, 12).

Undersøkelsene (6–12) gir ingen eller begrenset dokumentasjon omkring bruk av tvang ved innleggelse og hva som skjer med de innlagte etter at den nye loven trådte i kraft.

Formålet med denne undersøkelsen var å kartlegge omfanget av og omstendighetene rundt bruk av tvang ved innleggelse i en akuttpsykiatrisk post. Gjennom å beskrive omfang og omstendigheter ved tvangsinnleggelse kan eventuelle uheldige forhold identifiseres og undersøkes videre.

## Materiale og metode

Hedmark fylke har ca. 188 000 innbyggere (folketelling 2005). Akutt- og korttidspsykiatrisk avdeling ved Sykehuset Innlandet,

## Hovedbudskap

- Legevakten spiller en større rolle enn fastleger og spesialisthelsetjenesten ved innleggelse av pasienter med akutte psykiatriske tilstander
- I løpet av det første døgnet ble 22 av 49 tvangsinnlagte pasienter overført til frivillig paragraf
- Kontrollkommisjonen behandlet få klager

Sanderud, dekker hele fylket. Akuttavdelingen har tre poster uten sektorinndeling. I tidsperioden for undersøkelsen var det to lukkede poster med ni døgnseger hver og en åpen akuttpost med seks døgnseger. Innleggelsene ved en av de lukkede postene for akuttpsykiatriske tjenester ble undersøkt.

Studien ble tilrådd av regional etisk komité.

I materialet inngår alle utskrevne/overførte pasienter fra den undersøkte posten i perioden 1.1. 2005–30.6. 2005 (N = 104). Totalt ble det registrert 126 innleggelse i perioden. For pasienter med flere innleggelse i perioden ble bare første innleggelse registrert. 22 registrerte reinnleggelse ble derfor tatt ut. Personlighetsforstyrrelser og rusdiagnoser ble registrert i 14 av disse 22 oppholdene. En av pasientene hadde hele sju reinnleggelse i perioden.

Opplysninger om pasientene fra behandlingsforløpet ble registrert anonymt. Behandlingsforløpet ble definert som hele prosessen fra og med henvisning/inntak, gjennom utredning og behandling og til og med utskrivning/overføring. Det ble registrert kjønn, alder, innleggende instans, innleggesdiagnoser, innleggesparagraf, om formalia var fulgt, resultat av paragrafvurderingen, tidsperiode for innleggelse på de forskjellige paragrafene, total lengde på oppholdet, anvendelse av nødrett, utskrivning til tvungent psykisk helsevern (§ 3.1-2) og diagnoser ved utskrivningen. Ved mange korte opphold er det ikke grunnlag for å sette psykiatrisk diagnose, og i disse tilfellene er det en kategori i ICD-10 som heter «Kontakt med helsetjenesten for undersøkelse og utredning». Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser (Z03.2) er ett av underpunktene og brukes ved utskrivning av pasienter som man på diagnostiseringstidspunktet ikke anser å fylle kriteriene for en psykiatrisk diagnose.

Journaler og tvangsprotokoller ble gjennomgått for kvalitetssikring av data. For tvangsinnlagte pasienter ble kontrollkommissjonens protokoll gjennomgått for å kontrollere innleggesdokumentasjon (henvisning, begjæring og tutel) og kommissjonens behandling av klager. Utfylling av skjema ble gjort rett etter utskrivning/overføring av pasientene.

Denne studien beskriver innleggelse etter psykisk helsevernloven som gjaldt i perioden 1.1. 2001–31.12. 2006. Fra 1.1. 2007 trådte en ny psykisk helsevernlov i kraft, og det er endringer i paragrafer. For eksempel omhandler § 3.1 i den gamle loven tvungent psykisk helsevern, mens i den nye loven regulerer § 3.1 legeundersøkelsen.

Data ble analysert i statistikkprogrammet SPSS (versjon 14). Det er gjort frekvensanalyser og krystabeller med khikvadrattest, der signifikansnivået er  $p < 0,05$ .

## Resultater

Karakteristika hos pasientene (N = 104) er presentert i tabell 1. I alt 55 pasienter ble fri-

villig innlagt, mens 49 pasienter ble innlagt ved tvang. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller for disse karakteristika.

26 pasienter var ved innleggelsen påvirket av ett eller flere rusmidler. Disse hadde en rusdiagnose som innleggesgrunn. Av disse var det seks kvinner og 20 menn ( $p = 0,002$ ). 55 pasienter ble innlagt med diagnosen psykose og 37 med affektiv lidelse. Av disse var det 26 kvinner og 11 menn ( $p < 0,001$ ), mens det ikke var noen signifikant kjønnsforskjell hva angår dem som ble innlagt med psykose. Selvmordsatferd eller selvskading ble registrert hos 59 pasienter, 32 kvinner og 27 menn. Diagnoser ved utskrivning er presentert i tabell 2. Innleggesparagraf fordelt på de respektive innleggesinstanser er summert i tabell 3.

43 pasienter (66%) innlagt av Legevakten, sju pasienter (30%) innlagt av fastlege og sju pasienter (44%) innlagt av spesialisthelsetjenesten ble utskrevet innen fem døgn.

### Paragrafvurdering innen 24 timer

Av 30 pasienter, 15 av hvert kjønn, som ble lagt inn til observasjon etter § 3.6 med mistanke om alvorlig sinnslidelse, ble 18 (60%) overført til frivillig opphold innen 24 timer. 13 av disse forlot posten samme dag, mens fem valgte å bli i posten, nå som frivillig innlagte. To pasienter ble overført til tvungent psykisk helsevern direkte ved vurderingen (§ 3.1-1), og ni pasienter fikk vedtak om tvungen observasjon (§ 3.8) i tråd med henvisningen. Én pasient ble overført somatisk sykehus uten paragrafvurdering etter nødrettsbetraktninger.

I alt 15 pasienter, hvorav ti menn, kom til tvungent psykisk helsevern etter § 3.7 i psykisk helsevernloven. Fire av disse ble overført til frivillig opphold innen 24 timer. Tre pasienter forlot posten umiddelbart, mens én pasient valgte å være der. To pasienter ble overført til tvungen observasjon (§ 3.8-1). De resterende ni ble overført til § 3.1-1, som er tvungent psykisk helsevern i institusjon. Tre pasienter hadde allerede vedtak om tvungent psykisk helsevern fra før, mens én pasient skrev under en avtale om «frivillig tvang» (§ 2.2) i inntil tre uker og ble holdt tilbake i 11 døgn og deretter utskrevet.

11 pasienter ble vurdert å oppfylle kriteriene for tvungen observasjon (§ 3.8-1). Disse pasientene ble observert i gjennomsnittlig 4,5 døgn. Etter fullført observasjon ble to pasienter overført til tvungent psykisk helsevern (§ 3.1-1), sju ble utskrevet og to forble frivillig i posten.

Kontrollkommissjonen kontrollerte alle tvangsinnleggelsene i perioden. Ved fire innleggelse ble det funnet formelle feil, hvorav to manglet tutorerklæring innen 24 timer, og ved to var begjæring om innleggelse etter § 3.6 og tutel etter § 3.7 og vice versa. Sju pasienter brakte sin sak inn for kontrollkommissjonen. Tre pasienter fikk avslag på sin klage, tre klager ble trukket av pasientene, mens én måtte bero til neste møte. Sist-

## Ramme 1

### Psykisk helsevernloven (1.1. 2001–31.12. 2006)

- Lege skal personlig undersøke pasienten før innleggelse (§ 3-4)
- Legeundersøkelsen kan være tvungen (§ 3-5) etter vedtak av kommunelegen
- Begjæring om videre undersøkelse (observasjon) (§ 3.6) eller begjæring om tvungent psykisk helsevern (§ 3.7) og tutorerklæring fra nærmeste pårørende eller offentlig myndighet kreves
- Ved tvangsinnleggelse skal hovedkravet være oppfylt (det foreligger/er mistanke om alvorlig sinnslidelse)
- Vilkår (frivillighet skal være prøvd og innleggelsen skal være rimelig og hensiktsmessig) og tilleggsriterier (behandlings- og/eller farekriteriet) skal være oppfylt (§ 3-3 a og/eller b)
- Faglig ansvarlig skal vurdere pasienten innen 24 timer (§1-4)
- Følgende vedtak kan fattes: Videre undersøkelse (observasjon) (§ 3.8) i inntil ti dager, tvungent psykisk helsevern (§ 3.1) i inntil ett år, frivillig tvang (§ 2-2) eller frivillig innleggelse (§ 2.1)

nevnte var da utskrevet og møtte ikke kontrollkommissjonen.

Det ble ikke benyttet utskrivning i henhold til § 3.1-2 (tvungent ettervern) i registreringsperioden.

## Diskusjon

Selvmordsatferd/selvdestruktivitet, psykose, affektive lidelser (mani, alvorlig depresjon) og rusmisbruk var hovedproblemstil-

Tabell 1 Pasientkarakteristika (N = 104)

Pasientkarakteristika	
Andel menn (%)	51
Alder (gjennomsnitt; median; standardavvik (SD))	36,4; 34,0; 13,0
Alder variasjon (år)	17–76
Andel pasienter 20–50 år (%)	82
Andel førstegangsinnlagte (%)	32
Variasjon i antall innleggelse	1–57
Variasjon liggetid (døgn)	1–249
Antall innleggelse (gjennomsnitt; median; SD)	8,9; 4,0; 8,9
Liggedøgn alle pasienter (gjennomsnitt; median; SD)	15,5; 5,0; 32,7
Liggedøgn tvangsinnlagte (gjennomsnitt; median; SD)	23,4; 5,0; 45,0
Liggedøgn frivillig innlagte (gjennomsnitt; median; SD)	8,5; 5,0; 11,5

lingene ved innleggelsene (tab 2). Ser man på diagnoser ved utskrivningen blant dem som var tvangsinnlagt i Østfold (6), viser denne at 14% var innlagt med rusrelatert diagnose, 8% med schizofreni, 16% med affektive lidelser, 11% med personlighets- og atferdsforstyrrelser og 18% fikk en observasjonsdiagnose. Materialene er imidlertid ikke direkte sammenliknbare. Vår undersøkelse omfatter alle pasientene, mens Østfold-undersøkelsen kun har med pasienter innlagt etter den gamle § 3 (observasjonsparagrafen).

47% ble innlagt på tvang. Tilsvarende tall finnes i en tidligere undersøkelse fra samme sykehus (7). Landsgjennomsnittet ifølge SAMDATA for 2005 var 41% (9), men i det materialet er ikke interne overføringer tatt med og det omhandler ikke akuttpsykiatrien spesifikt.

Etter at faglig ansvarlig hadde gjort sin vurdering innen ett døgn, var 25% fortsatt innlagt på tvang både i dette materialet og ifølge SINTEF Helse, men SINTEFs undersøkelse omhandler all institusjonspsykiatri (8). Innen 24 timer ble i alt 22 av 49 tvangsinnlagte (45%) overført til frivillig paragraf. 18 av 30 pasienter (60%) som ble innlagt til tvungen observasjon, fikk opphevet paragrafen ved den lovbestemte vurderingen. I Østfold-undersøkelsen (6) fikk 54% av pasien-

tene opphevet paragrafen ved den samme vurderingen. Det faktum at over halvparten av dem som ble innlagt til observasjon ifølge begge undersøkelsene fikk opphevet paragrafen dagen etter, bør lede til systematiske undersøkelser av omstendigheter rundt innleggelsen. Fire av 15 pasienter (27%) innlagt til tvungent psykisk helsevern, fikk opphevet paragrafen ved vurderingen. Dette kan skyldes at grunnlaget for bruk av tvang ikke var til stede, men det kan også skyldes at situasjonen endret seg i løpet av de første 24 timene.

Dersom det er slik at grunnlaget for bruk av tvang ikke var til stede, representerer det et alvorlig problem.

Vi observerer ofte at situasjonen endrer seg det første døgnet i en akuttpsykiatrisk post. Mange av pasientene hadde ved innleggelsen tanker om selvmord, var beruset eller antatt psykotiske. Det er helt sentralt i akuttpsykiatrisk behandling å gi pasientene trygghet, ro, søvn, omsorg og samtaler. Ofte vil dette være tilstrekkelig til at tilstanden endres.

Det er et uttalt mål at psykisk sykdom skal oppdages hos fastleger og behandles på lavest mulig nivå i spesialisthelsetjenesten. Årsaken til at flere legges inn fra Legevakten kan skyldes at symptomtrykket kombinert med eventuelt rusmisbruk er høyere om

kvelden og natten da mulighetene for tiltak er begrenset. Et annet moment kan være at legevaktleger i mindre grad kjenner pasientene. En fast behandler med god allianse og kjennskap til pasienten kan lede til andre løsninger enn innleggelse i sykehus. Det vil også være viktig å se på hvor lang tid legevaktleger bruker i forhold til fastleger og spesialisthelsetjenesten på hver pasient. Flere pasienter hadde kortere innleggelse når de ble innlagt av legevaktlegene, og dette kan kanskje indikere at den tilgjengelige tiden for undersøkelse og behandling var kort. Dette må imidlertid undersøkes videre.

70% av pasientene som legges inn på observasjonsparagraf (§ 3.6), og nesten halvparten av pasienter innlagt til tvungent psykisk helsevern (§ 3.7) innlegges via Legevakten (tab 3). Ville flere pasienter bli innlagt frivillig dersom fastleger og spesialisthelsetjenesten i større grad kunne håndtere akutte tilstander hos pasientene på dagtid? Tilfredsstillende tilgang på psykiatriske sykepleiere i kommunene på kvelds- og nattevakt, tilgang på legetime hos fastleger eller spesialistvurdering neste dag og operativt akutteam bør være gode tiltak for å hindre unødvendig bruk av tvang. Det er viktig å gjøre studier omkring selve innleggelsen, og foreslåtte tiltak må etterprøves empirisk før man kan konkludere med at bruk av tvang ved innleggelse kan reduseres og at foreslåtte tiltak virker etter intensjonen.

11 pasienter ble observert med en gjennomsnittlig observasjonstid på 4,5 døgn. Postens målsetning var til enhver tid å vurdere om vilkårene for bruk av tvang var til stede. Gjennomsnittlig liggetid i materialet fra Østfold var 23 døgn for dem som fikk vedtatt observasjonsparagrafen (6). Hvor stor andel av denne tiden som var tvungen observasjon, er ikke angitt, slik at en direkte sammenlikning er vanskelig. Årsakene til kort tvungen observasjon kan skyldes flere forhold, for eksempel ny psykisk helsevernlov (2) med reduksjon i observasjonstid fra tre uker til ti dager og økt oppmerksomhet på å redusere bruk av tvang (11, 12). Tidligere rapporter (8–10) viser også at det mellom de forskjellige helseforetakene er stor variasjon i anvendelse av tvang. Vi har ikke funnet andre studier som ser på lengden av vedtatt observasjon. Etter at observasjonen var fullført, var det relativt få av våre pasienter (16%) som fortsatt var tvangsinnlagt. Dette funnet er det viktig å etterprøve. Det er mulig at en av hensiktene til ny psykisk helsevernlov er oppnådd, nemlig å redusere omfanget av tvungen observasjon. Materialet er for lite til å trekke entydige konklusjoner, og større undersøkelser bør gjennomføres. Det bør vurderes om data som undersøkelsen omhandler, bør registreres obligatorisk i minste basis datasett. En registrering av disse dataene vil gi økt kunnskap om faktisk bruk av tvang i alle landets helseforetak. Det er et problem at alle som er innlagt eller behandlet i psykiatrien, er slått sammen til én gruppe. Bruk av tvang

**Tabell 2** Hoveddiagnoser ved utskrivning kategorisert i henhold til ICD-10

Diagnosegrupper	Innlagt på tvang		Innlagt frivillig		Totalt	
	n = 49	(%)	n = 55	(%)	N = 104	(%)
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer	6	[12,2]	8	[14,5]	14	[13,5]
Schizofreni, schizotyp lidelse, paranoide psykoser og akutte reaktive psykoser	17	[34,7]	11	[20,0]	28	[26,9]
Affektive lidelser	9	[18,4]	23	[41,8]	32	[30,8]
Personlighetsforstyrrelser	7	[14,3]	2	[3,6]	9	[8,7]
Observasjon ved mistanke om psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	6	[12,2]	4	[7,3]	10	[9,6]
Annet <sup>1</sup>	4	[8,1]	7	[12,7]	11	[10,6]

<sup>1</sup> Organiske psykiske lidelser, atferdsforstyrrelser hos voksne, nevrotiske, belastningsrelaterte og somatoforme lidelser, psykisk utviklingshemning, utviklingsforstyrrelser, somatiske diagnoser

**Tabell 3** Antall innleggelse (N = 104) etter paragraf fordelt på innleggelsesinstans (%)

Paragraf	Legevakt	Fastleger	Spesialisthelsetjeneste <sup>1</sup>	Totalt
§ 2.1 (frivillig innlagt)	36 (65)	11 (20)	8 (15)	55 (100)
§ 2.2 (frivillig tvang i inntil tre uker)		1 (100)		1 (100)
§ 3.6 (tvangsinnlagt til observasjon)	21 (70)	6 (20)	3 (10)	30 (100)
§ 3.7 (tvangsinnlagt til tvungent vern)	7 (47)	5 (33)	3 (20)	15 (100)
§ 3.1–2 (innlagt fra tvungent ettervern)		1 (100)		1 (100)
§ 3.1–1 fra annen avdeling (vedtatt tvungent vern)			1 (100)	1 (100)
§ 3.1–1 etter rømming (vedtatt tvungent vern)			1 (100)	1 (100)
Totalt	65 (63)	23 (22)	16 (15)	104 (100)

<sup>1</sup> Inkluderer distriktpsykiatriske sentre (DPS) og somatikk

må vurderes ut fra hvor pasienten er innlagt og med hvilken sykdom.

17 pasienter som forble tvangsinnlagt, hadde alvorlige psykoselidelser. Fem av disse fikk oppfølging ute i kommunene etter behandling og kunne utskrives. De resterende 12 hadde alvorlige psykiatriske sykdommer med tap av ADL-funksjoner (aktiviteter i dagliglivet), som krevde lengre tids behandling i psykose- og rehabiliteringsposter.

Kontrollkommisjonen skal blant annet etterprøve om den faglig ansvarlige anvender psykisk helsevernloven etter intensjonene, og er således en viktig instans for å sikre pasientrettighetene. Sju brukte retten til å klage, ingen fikk medhold. Noen få valgte å trekke klagen eller la den bero til et senere møte. Det at få pasienter fikk medhold, har flere tolkingsmuligheter. Det kan skyldes at faglig ansvarlig har fattet en beslutning som er i tråd med hvordan kommisjonen tolker lov om psykisk helsevern. Samtidig er materialet lite, og utvalget kan være tilfeldig. Det var få formelle feil ved innleggelsene, noe som kan tyde på at kunnskapen om den nye loven er god.

Styrken til studien er at den omfatter alle pasienter utskrevet i perioden. Den er gjennomført av en person som har gjort de fleste paragrafvurderingene, møtt i kontrollkommisjonen og vært faglig ansvarlig for alle pasientene. Variabelen som omhandler utskrivningsdiagnoser kan representere en feilkilde ved undersøkelsen. Man kan også stille spør-

mål ved om utvalget er representativt for akuttpsykiatriske poster på landsbasis, men noen undersøkelser (6–10) indikerer at den undersøkte posten ikke har et avvikende pasientmateriale. Det bør likevel utføres tilsvarende undersøkelser andre steder, fordi tidligere undersøkelser ikke gir et tilstrekkelig godt bilde av situasjonen rundt om i landet.

### Konklusjon

Svært mange av dem som ble tvangsinnlagt, fikk sin paragraf omgjort til frivillig i løpet av første døgn, og den gjennomsnittlige observasjonstiden ved tvungen observasjon var kort. Legevakten spilte en større rolle enn fastleger og spesialisthelsetjenesten i håndteringen av pasienter med akutte psykiatriske tilstander, og det bør avklares om dette leder til flere tvangsinnleggelses. Flere pasienter hadde kortere innleggelses når de ble innlagt av legevaktlegene. Studien viser ikke om grunnlaget for bruk av tvang ved innleggelsen var til stede. Det er derfor nødvendig å gjøre studier omkring selve innleggelsen og vurderingene til faglig ansvarlig før dette spørsmålet kan besvares.

*Takk til professor Stein Opjordsmoen, Psykiatrisk divisjon, Ullevål universitetssykehus og Institutt for psykiatri, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo for støtte og svært verdifull veiledning i prosjektet. Takk til Sykehuset Innlandet, Forskningsenheten, for økonomisk støtte til slutføring av prosjektet.*

### Litteratur

1. Sosial- og helsedirektoratet. Situasjonen i akutt-tjenesten i psykisk helsevern for voksne. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
2. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 2.7.1999 nr. 62.
3. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2.7.1999 nr. 64 med endringer, sist ved lov av 21. desember 2000 nr. 127.
4. Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 2.7.1999 nr. 63 med endringer, sist ved lov av 21. desember 2000 nr. 127.
5. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2.7.1999 nr. 61.
6. Gjelstad K, Løvdahl H, Ruud T et al. Tvangsinnleggelses til psykiatrisk observasjon – blir de opphevet dagen etter? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 917–20.
7. Brabrand J, Friis S. Tvangsinnleggelses i akuttpsykiatriske institusjoner. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 1737–9.
8. Pedersen PB, Hatling T, Bjørngaard JH. Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003. Trondheim: SINTEF Helse, 2004.
9. Pedersen P, red. SAMDATA psykisk helsevern. Sektorrapport 2005, kapittel 17: 217–25. Rapport 2/06. Trondheim: SINTEF Helse, 2006.
10. Rapport fra Helsetilsynet 4/2006. Bruk av tvang i psykisk helsevern. www.helsetilsynet.no (17.4.2007).
11. Høye I. Lovende fra gjennombruddsprosjektet i psykiatri. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 863.
12. Mathiesen J, red. Rapport fra gjennombruddsprosjekt psykiatri – bruk av tvang. Skriftserie for leger. Oslo: Den norske lægeforening, 2002.

*Manuskriptet ble mottatt 8.11. 2006 og godkjent 17.4. 2007. Medisinsk redaktør Trine B. Haugen.*