



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

---

---

REDUSERT OG RIKTIG BRUK AV TVANG I PSYKISK HELSEVERN -  
POLICYNOTAT



## REDUSERT OG RIKTIG BRUK AV TVANG I PSYKISK HELSEVERN

Psykologforeningens policynotat om tvang etter Lov om psykisk helsevern

Psykologforeningen mener redusert og riktig bruk av tvang kan oppnås ved å legge til rette for

- Alternativer til akutte tvangsinnleggelse
- Alternativer til tvangsmidler
- Behandlingsformer som forebygger tvang
- Tilstrekkelig ressurser, tid og kompetanse
- Egne pasientforløp
- Kvalitetssikring av lovforståelsen

### Problembeskrivelse og begrunnelse

Formålet med tvang er å kunne hjelpe mennesker med alvorlig sinnslidelse fordi de

- Er til fare for seg selv eller andre
- Står i fare for alvorlig forverring av lidelsen
- Risikerer å gå glipp av viktige behandlingstiltak

Det er et samlet ønske fra brukere, fagfolk og myndigheter om at tvang ikke skal brukes unødvendig. Når tvang ansees som nødvendig for å sikre forsvarlig helsehjelp, må kunnskapsgrunnlaget være godt og tiltakene kvalitetssikret.

Antall tvangsinnleggelse ser ut til å være stabile, varigheten av tvungent vern og bruken av skjerming øker. I 2014 ble om lag 5 600 pasienter tvangsinnlagt til sammen 8 000 ganger (Hdir). 2 400 pasienter hadde vært under tvang uten døgnopphold (TUD). Det var 7 100 tvangsmiddelvedtak og 4 500 skjermingsvedtak. Helsedirektoratet oppgir at det fortsatt er mangelfull innrapportering i form av tall på tvang uten døgnopphold og vedtak under gjennomføringen av vernet (Hdir. 2016). Våren 2016 avdekket også media at tvangstallene er betydelig høyere enn det som rapporteres inn til Norsk Pasientregister (VG, 2016). Det kan derfor ikke utelukkes at tvangsbruken øker.

Det kan være ulike årsaker til at tallene eventuelt kan tenkes å øke. Norsk befolkning er ikke den samme i dag som for 50 år siden. Den er preget av økende migrasjon, befolkningsmobilitet og løsere sosiale strukturer hvor ikke individet er like tydelig forankret i storsamfunnet. Normen går kanskje trolig mer i retning av individualisme, vektlegging av betydningen av retten til å gjøre egne valg m.m, noe som endrer opplevelsen av tilhørighet og forpliktelse, mulige strukturer som før bidro til større grad av stabilitet og tilknytning. Når dette er i endring, kan det tenkes at sykkeligheten øker/ender seg. Det er blant annet funnet betydelig forhøyet forekomst av sykkelighet blant flyktninger (Slagstad 2016). Migrasjon utfordrer ved at vår kunnskap om ulike folkeslag og deres måte å «være syk på» kanskje ikke er god nok. Det er også et økt omfang av rusmisbruk som igjen øker risiko for psykoselidelser og andre alvorlige lidelser.

Ressurshensyn spiller også inn, nedbygging av døgnplasser siste 30 år, betydelig redusert kapasitet gir høy terskel for å henvise frivillig dvs. før tilstanden er betydelig forverret, er høyere nå enn før. Avdelingene som utøver TPH kan ha sin virksomhet i gamle, nedslitte og særdeles dårlig sikrede bygg, trange korridorer, uoversiktlige. Dette kan øke bruken av tvang gjennom opplevelse av for dårlig kontroll, selvsagt også kombinert med «uvaner» om at «sånn gjør vi det her». Nedbyggingen av norske sengeposter innen psykisk helsevern har ført til at mange får bedre polikliniske tjenester, men også at terskel for å henvise noen til innleggelse er så høy at man må være så svært «syk» før man blir henvist, slik at tvang da kanskje blir den eneste løsningen.

### **Lovrevisjon**

Helsedirektoratet har anbefalt at HOD iverksetter en revisjon av tvangslovgivningen (Hdir, 2015). Bakgrunnen er at bruk av tvang ikke går ned, samt at både nasjonale (blant annet Likestillings- og diskrimineringsombudet) og internasjonale menneskerettighetsaktører har pekt på at norsk tvangslovgivning må endres i lys av CRPD. I september 2017 ble manglende samtykkekompetanse et vilkår for etableringen av tvungent psykisk helsevern. Selv om det foreløpig ikke foreligger noen sikre tall og er for tidlig å konkludere kan det synes som om lovendringen har redusert bruk av tvungent vern og da særlig tvungent vern uten døgnopphold (TUD). Direktoratet ber om at «*revisjonen bør omfatte regler knyttet til etablering og gjennomføring av tvungent vern og spesielt se nærmere på adgangen til tvungen medikamentell vedlikeholdsbehandling*» (Hdir, 2015). Våren 2016 varslet statsråd Høie et endret regelverk slik at samtykkekompetente pasienter får rett til å avslutte tvangsbehandling, og bl.a. rett til å få evaluert bruk av tvang sammen med behandler og fri rettshjelp til klage på tvangsvedtak (HOD 2016). Høie opprettet 17 juni 2016 et utvalg ledet av Bjørn Henning Østenstad som skal vurdere om vi bør ha ett felles regelverk for tvang som skal gjelde alle pasientgrupper og diagnoser i helsetjenesten (HOD 20.6.16.).

### **Barn og unge**

Bruk av tvang i behandling av barn og unge med psykiske lidelser må kunne sies å være særlig alvorlig. Kunnskapsgrunnlaget for hvordan bruk av tvang virker på barn er svært lav. Barneombudet (2016) har pekt på at Psykisk helsevernloven i liten grad ivaretar barns særskilte rettigheter/behov for beskyttelse og sårbarhet for å få krenket sin personlige integritet. Ombudet mener at det juridiske rammeverket for psykisk helsevern barn/unge må utformes slik at barns særlige behov og rett til beskyttelse ivaretas og at barnekonvensjonens grunnleggende prinsipper må synliggjøres i nytt regelverk. Videre at man særlig utreder bruken av tvang utenfor institusjon og at man må vite mye mer om omfang og virkning. Enda mer konkret foreslås det at det utarbeides nye maler for tvangsprotokoller som sikrer barns rett til å bli hørt og at barn får større klagemuligheter og rettigheter i prosessen. Endelig anbefales det at man utvikler en håndbok om forebygging av tvangsbruk mot barn/unge.

I en ny norsk studie fant man at 6,5 prosent av ungdom i akuttavdelinger i psykisk helsevern for barn og unge opplevde tvangsmiddelbruk (Furre et al. 2016). Man har tidligere funnet signifikante forskjeller i sosiale, psykiske og behandlingsmessige karakteristika mellom

ungdom innlagt på tvang. Ungdom som utsettes for tvungen vern har ofte innvandrerbakgrunn, bor på institusjon eller fosterhjem og er under barnevernets omsorg. Ungdommene ble ofte innlagt på tvang, hadde lenger opphold og gjentatte innleggelses (Furre et al. 2014). Til helse- og omsorgskomiteens innstilling om en helhetlig opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (innstilling 346 S) viser Høie til at HOD's pågående arbeid med å vurdere dagens tvangsregelverk også vil inkludere regelverket for barn og unge. I selve mandatet til Østenstadsutvalget står barn særskilt omtalt: «*Utvalget skal vurdere om det er behov for endringer for å tilpasse regulering til ulike pasient- og brukergruppers behov, for eksempel barn og unge. ...se hen til tilstøtende tvangsregelverk og foreslå eventuelle endringer for å bedre mulighetene for god samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene og andre omsorgstilbud, blant annet barnevernet*» (HOD 20.6. 2016) Det pågår et arbeid med revisjon av Barnevernloven og bruk av tvang. Videre skal regjeringen i oktober 2016 rapportere om Norges etterlevelse av barnekonvensjonen til FN's barnekomite.

#### **Evaluering av nasjonal strategi for frivillighet**

Helsemyndighetenes strategi «*Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*» er evaluert (Hdir. 2015). Det signaliseres lav tilfredshet med mange av resultatene. Fire tiltak er ferdigstilt (retningslinjearbeid til fylkesmennene om klagesaksbehandling, rettighetsmaterieil til pasienter, måleinstrument for opplevd tvang og evaluering av forskning- og fagutviklingsnettverk) mens hele ni tiltak er under arbeid og videreføres. De mest sentrale er (opplæring av kontrollkommisjoner, etablere nasjonalt prosjekt for opplevelser ved bruk av tvang, bedre datakvalitet, kartlegge omfang og om frivillighet er forsøkt ved tvang uten døgn (TUD), styrket etikkarbeid, utarbeide veileder, legemiddelfrie behandlingstilbud) videreføres. I evalueringen understrekes det at godt faglig arbeid er det viktigste verktøyet man har for å øke frivillighet og redusere bruk av tvang.

### **Psykologforeningens prioriterte tiltak for å redusere unødig tvang**

#### **Målsetting 1 – Arbeide for tjenester som sikrer at frivillighet er forsøkt først**

Dette gjelder i alle faser av et behandlingsforløp. Før selve innleggelsen, i selve innleggessituasjonen, ved bruk av tvangsmidler og tvangsmedisinering under oppholdet, i det tvungne ettervernet (TUD) og dersom reinnleggelse blir aktuelt. En forhåndsbestemt systematikk med ulike stoppunkter i et forløp, både før og under innleggelse, for hvert vedtak som fattes under oppholdet, og ved evaluering i situasjoner der tvang har vært brukt, vil kunne sikre frivillighet på en annen måte enn en gjør i dag.

Dette kan primært oppnås med bedre forebygging og livsmestring, og bedre behandlingalternativer.

### **Alternative løsninger til akutte tvangsinnleggelse**

I Psykisk helsevernlovens § 3-2 og § 3-3 er det et absolutt krav at: «*Frivillig psykisk helsevern har vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller det er åpenbart formålsløst å forsøke dette*». Hvilke tjenester eller tiltak som skal ha vært gjennomført tilfredsstillende i kommunen eller i helseforetaket for at frivillighet «har vært forsøkt» eller er «åpenbart formålsløst» etter lovens forstand, har vært lite drøftet. I dag oppstår begjæring om tvangsinnleggelse ofte når fastlege eller legevakt står overfor en situasjon der en person har en alvorlig psykisk lidelse og det har utviklet seg en kritesituasjon. Oftest skjer dette utenfor vanlig arbeidstid og det blir gjerne raskt konkludert med at andre tiltak enn begjæring av tvangsinnleggelse «åpenbart er formålsløst». For å kunne praktisere etter lovens intensjon om frivillighet forsøkt først, kreves høy kompetanse og god systemkunnskap

#### *Ambulante akutteam ved DPS*

Et godt alternativ til psykiatrisk legevakt, er at DPS har ambulante akutteam som kan rykke ut til kommunal legevakt/fastlege ved kriser. De ambulante akutteamene har imidlertid utviklet ulike profiler blant annet i forhold til åpningstid, ambulant eller poliklinisk virksomhet og pasientgrupper som mottar tilbud. En multisenterstudie (Ruud m.fl. 2016) viser at teamenes arbeid i mindre grad omfatter mennesker med alvorlig psykisk lidelse (og da forventet bruk av tvang). Psykologforeningen mener at ambulante akutteam må videreutvikles slik at også pasienter som iblant behandles under tvungent vern får gode ambulante tilbud.

Å finne alternativer til akuttinnleggelse og forvalte en portvaktfunksjon for akuttinnleggelse (akuttavdeling ved sykehus) vil være et sentralt forebyggende tiltak som krever god bemanning. For å kunne ivareta en slik funksjon, kreves også høy kunnskap om og kompetanse i akuttvurderinger, kriseintervensjon, utredning og behandling, arbeid med pårørende og familier samt kompetanse for å kunne gi rask/umiddelbar veiledning og støtte til primærhelsetjenesten.

#### *Psykiatrisk legevakt*

I de største byene finnes det Psykiatriske legevakter ut over dagtid. Et kriseteam knyttet til legevakt - med psykiatere, psykologer og psykiatriske sykepleiere - kan hjelpe ved psykiske kriser, selvmordsproblematikk og psykosevurdering for å unngå innleggelse i psykiatrisk akuttavdeling. Der forholdene ligger til rette for det mener psykologforeningen psykiatrisk legevakt er et viktig grep for å sikre at frivillighet er forsøkt først.

#### *Primærhelsetjenesten*

Det er viktig at fremtidens primærhelsetjeneste videreutvikles slik at sårbare pasientgrupper som er i risiko for tvang får tilgang på forebyggende tjenester og lett tilgjengelig hjelp, og at de ulike tjenesteaktørens rolle i dette arbeidet beskrives. Lovfesting av psykologer i kommunen vil være en viktig del av grunnlaget for dette arbeidet.

### **Alternative løsninger til bruk av tvangsmidler**

På grunn av mangelfull innrapportering er det usikkerhet knyttet til omfanget av bruk av tvangsmidler og tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Tvangsmidler er definert av Helsedirektoratet som fire tiltak; mekanisk hindre pasientens bevegelse, isolat, injeksjon av bedøvende/beroligende legemidler og fastholding. Skjerming defineres ikke som et tvangsmiddel som sådan, men innebærer at pasienten helt/delvis holdes borte fra alle som ikke deltar aktivt i behandlingen. Til tross for utbredt bruk av skjerming har vi magert kunnskapsgrunnlag for bruk av metoden (Norvoll m.fl. 2015).

BAT-studien (Sintef-Helse 2008) viste tydelig sammenheng mellom god kommunikasjon, konfliktreducerende tiltak, individuell brukerinvolvering og redusert bruk av tvangsmidler. Studien viste også at økt opplæring og kompetanse blant personalet og at lærende og løsningsfokuserede kulturer var avgjørende for implementering av alternativer til tvang. Veland & Jacob (2014) henviser til tre faktorer som synes avgjørende for redusert bruk av tvangsmidler; brukermedvirkning, systematisk gjennomgang av episoder der tvang har blitt brukt, og fysisk plass på avdelinger.

Psykologer har god kunnskap og kompetanse om kommunikasjon, holdning- og endringsarbeid. Kunnskapene bør brukes i systemrettede og konkrete tiltak for å redusere bruk av tvang.

Psykologer vil kunne være endringsagenter på avdelinger hvor det praktiseres tvang. De har god kunnskap om brukermedvirkning, systemkunnskap og kompetanse om relasjon og kommunikasjon.

Behandlingsstrategien komplementær ytre regulering (KYR) har vist gode resultater over tid hva gjelder reduksjon av tvangstiltak (Hammer m.fl. 2016). Metodikken baserer seg på full frihet og ingen kontroll (underregulering) på en langtidsavdeling – helt uavhengig av dysfunksjonelle handlingsvalg, så fremt liv og helse ikke står i fare. Personalet overser og viser respekt for valg og verdier hos pasienten, også der pasienten ikke vil samarbeide. Hensiktsmessige valg derimot som pasienten tar, møtes løsningsfokuseret. Dersom fare for liv og helse oppstår komplementeres behandlingen med instrumentell ytre regulering og personalet griper inn. Når faren er forhindret går man tilbake til underregulering. I tidsrommet fra 2006-2014 ble bruk av antall tvangsvedtak redusert med hele 97 %. Under samme periode ble prosentandel med pasienter på minst ett tvangsvedtak redusert med 74 %, prosentandel pasienter med seks eller flere tvangsvedtak redusert med 100 %. Også bruk av kortidsvirkende legemidler og beltebruk gikk svært mye ned.

Veland og Jacob (2016) har vist hvordan de har redusert bruk av belter med 85 %. Ved psykoedukasjon, holdningsendring og forebyggende kommunikasjon hos personalet og økt brukermedvirkning har de endret praksis fra bruk belter til kortvarig fastholding hvor en opprettholder dialog inntil pasienten igjen har tilfredsstillende kontroll på egen atferd. Dette

har vist seg svært hensiktsmessig. De viser også at det er en sammenheng mellom god fysisk plass, lav pasienttetthet og bruk av tvangsmidler.

Psykologforeningen mener at alternative løsninger til bruk av tvangsmidler må benyttes systematisk ved alle institusjoner som er hjemlet for bruk av tvangsmidler.

### **Bruk av behandlingsformer som forebygger tvang i helsetjenestene**

For å sikre frivillighet og reduksjon av tvang, er det viktig å ta i bruk behandlingsformer som reduserer tvangsbruk. I en landsomfattende multisenterstudie (Hustoft et al, 2013) viste det seg at god omsorgsflyt er en sentral prediktor og hovedutfordring for pasienter som legges inn på tvang. En nødvendig forutsetning vil derfor være å sikre en systematisk oppfølging av personer med langvarige og sammensatte hjelpebehov, på tvers av tjenestenivå og tilbud.

Behandlingsformen ACT (Ruud m.fl. 2014) har vist seg svært effektiv for å redusere tvang. Pasienter som deltok i denne behandlingsformen fikk redusert antall døgnopphold med tvang med over 50 % i løpet av en to-årsperiode. ACT-team som foreløpig er prosjektbasert, bør vurderes som et permanent tilbud ved landets DPS'er. Også ambulante tjenestetilbud som FACT-team, ROP-team og AAT-team bør evalueres for å finne ut hvilken effekt de har på tvangsbruk.

I Nederland utvikles det nå et High Intensiv Care (HIC) (Hendrickx 2015) tilbud over hele landet. Samlet sett kan en si at HIC-modellen tar på alvor hvordan tvang skal unngås i alle ledd i et pasientforløp. Den fremhever ni kritiske faktorer for mindre bruk av tvang som isolasjon og tvangsmedisinering. Modellen har en tydelig humanistisk verdiforankring og er en økologisk modell hvor intensiv og høy omsorg foregår innenfor et "helende miljø". Et bærende behandlingsprinsipp i HIC er at man aldri lar en svært syk pasient i krise være overlatt til seg selv. Også ved innleggelse følges pasientens opp tett av fast behandler. Følgforskning med gode resultater gir solid kunnskap om metodikken som bygger på delelementer fra FACT og ACT og kan også være relevant for norske forhold. Modellen er under evaluering, men har foreløpig vist gode resultater.

Modellen bør sees som en forløpsbeskrivelse på prosess og kvalitet - som også kan gi verdifull kunnskap inn i det videre arbeidet om pakkeforløp om tvang i tvungent psykisk helsevern (se s. 8)her i Norge.

I en ny systematisk oversikt fra Folkehelseinstituttet (2017) fant man at bruk av kriseplan i behandlingen trolig reduserer antall pasienter som tvangsinnlegges.

Medisinfrie behandling prøves nå ut som ett eller flere tilbud ved hvert regionalt helseforetak. Det vil være nødvendig med en evaluering før en kan si om tilbudet bidrar til redusert tvang. En litteraturgjennomgang (Brun, Husum & Pedersen 2017) peker på at det finnes lite empirisk kunnskap om effekten av tvangsmedisinering, og at det er store

forskjeller i hvordan pasienter og behandlere vurderer hjelpen av slik behandling. Brun og medarbeidere konkludere med at det trengs mer ydmykhet fra fagfeltet rundt de uklare resultatene og mer forskning.

Forhåndserklæringer; eksplisitte utsagn om hvilke tiltak en ønsker gjennomført i en situasjon der en ikke lenger er samtykkekompetent – debatteres stadig. Paulsrud utvalget (2011) gav ikke støtte til formaliserte forhåndserklæringer. I stedet pekte de på at pasientens ønsker og meninger skulle vektes tungt ved vurdering av behovet for tvang. Videre at fagfolk ytterligere skulle begrunne dersom pasientens ønsker fravikes. I høringsrunden til NOU'en ønsket både Mental Helse (2012) og Mental helse ungdom (2011) forhåndserklæringer. I Legeforeningens tidsskrift etterlyser bruker Merete Nesset (2017) en lovhjemlet rett til forhåndserklæringer mot nevroleptika. I debatten har Tor Levin Hofgaard (2017) pekt på at fagfolks her-og -nå vurdering må bygge på mer enn fremtidsfullmakter, men at forhåndserklæringer er viktig som beslutningsstøtte. Det gjenstår også å se om de allerede innførte endringen i psykisk helsevern loven (hvor det stilles krav til evaluering etter visse typer tvangsbruk) vil kunne oppfylle lovens formål. Følges evalueringssamtaler og pasientenes tilbakemeldinger opp med handling vil dette kunne oppfylle noe av formålet med forhåndserklæringer.

Psykologforeningen mener at behandlingstilnærminger som har vist seg effektive i å redusere bruk av tvungent psykisk helsevern bør være en del av offentlige tjenestetilbudet over hele landet.

#### **Egne pasientforløp for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern**

Begrunnelsen for innføring av pakkeforløp i psykisk helsevern og TSB dreier seg hovedsakelig om ønsket om å redusere ventetider og uønsket variasjon i behandling. De store geografiske og interne praksisforskjellene både mellom etablering/gjennomføring av tvungent vern, samt bruk av tvangsmidler er en stor utfordring. Det er behov for en omforent forståelse og praksis for å sikre at frivillighet er reelt forsøkt. Ved naturlige start- og stoppunkter i et forløp bør det systematisk innføres rutiner som sikrer iverksetting og gjennomføring av tiltak rettet mot ivaretagelse av frivillighet. Psykologforeningen mener og at det er avgjørende å se nærmere på innholdet i behandlingen som foregår i regi av TUD. Psykologforeningen mener at det i større grad må sikres at pasienter får tilbud om reelle behandlingstilbud til tvang (medikamentfri behandlingstilbud, brukerstyrt innleggelse, kriseplan, livsmestringsgruppe, flerfamiliegrupper etc), og redusere bruk av tvangsmidler.

Psykologforeningen mener at forløp for pasienter under tvungent vern bør prioriteres i arbeidet med pakkeforløp.



### **Ressurser, tid og kompetanse**

Å realisere kravet om at frivillighet alltid skal prøves først, forutsetter nødvendige ressurser til nok og riktig bemanning og drift. Bedre behandlingsformer, mindre bruk av tvangsmidler, undervisning og opplæring og rett kompetanse vil være ressurskrevende. Det er også nødvendig å opprettholde tilstrekkelig antall døgnplasser og brukerstyrte senger slik at terskelen for å bli tilbudt frivillig innleggelse senkes og pasienter kan komme til sykehus på et tidligere tidspunkt, og i flere tilfeller komme frivillig (brukerstyrt seng). Ofte vil materielle forhold ved en del akuttavdelinger forfalle over tid. Når en avdeling ikke lenger er egnet til sitt formål, vil det gå mer ressurser til sikkerhetstiltak og mindre til pasientens individuelle behov.

Psykologforeningen mener at tilstrekkelig ressurser, tilstrekkelig tid og god fagkompetanse er en nødvendig forutsetning for redusert bruk av tvang.

### **Rapportering, styring og ledelse**

Det er klart behov for gode styringsdata som kan gi helseforetakene god feedback på egen praksis. Det er nødvendig at det enkelte foretak ansvarlig gjøres i forhold til tvangsbruk og er soleklart forankret i ledelsen. I dag vektlegges i stor grad økonomisk og administrativ ledelse, mens tvang også fordrer krav til å drive godt faglig.

Psykologforeningen mener at økte krav til rapportering, styring og ledelse er en nødvendig forutsetning for redusert bruk av tvang.

### **Målsetting 2 - Kvalitetssikring av lovforståelsen og utøvelsen av tvang**

Hvorfor velges bruk av tvang så ofte og hva synes å være drivere for dette valget?

Lovens krav til etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern er «alvorlig sinnslidelse». Begrepet er tolket av høyesterett. Mange klinikere, pasienter og pårørende er ikke er kjent med dette, og trolig praktiseres det i en del tilfeller en for løs definisjon av hovedvilkåret iht phvl § 3-3. Høyesterett legger til grunn en snever definisjon, for det meste symptomgivende psykoselidelser med omfattende funksjonssvikt. Det legges fortsatt mange pasienter inn til tvungen observasjon som er ruset og har symptomer som ligner på en psykose. Dette kan være en praksis som fører til høye tvangstall, og feil bruk av tvangshjemlene. Bedre kunnskap om rusmidler og deres virkninger; at flere gir psykoselignende effekter, er et viktig virkemiddel for å redusere antallet av slike tvangsinnleggelser. Dessuten må det i større grad være tilgjengelig egnet tilbud for denne gruppen, som f.eks rusakuttmottak, slik at personene det gjelder får riktig utredning og behandling. For liten kunnskap generelt om rusmidler og deres virkning, kan føre til unødvendige innleggelser til tvungen observasjon.

Studier viser at forståelse og tolkning av tvangslovgivningen kan forklare variasjon i bruk av tvang (Feiring & Ugstad 2014). En tydeliggjøring av tvangslovgivningen og særlig forståelsen av frivillighetsvilkåret hos de som fatter vedtak vil kunne gi gevinst i redusert og riktigere

bruk av tvang. Psykologforeningen mener at kompetanseheving og kontinuerlige øving og «vedlikeholdskurs» er nødvendig.

Psykologforeningen mener det å se nærmere på etablerte rutiner/vurderinger ved kontrollundersøkelser er nødvendig. Etablering av fagetiske refleksjonsgrupper med vedtaksansvarlige vil være et tiltak som i større grad kan sikre nyanserte vurderinger av pasientens behandlingsplan, og således bidra til at alternativer til tvang/bruk av tvangsmidler i større utstrekning blir forsøkt.

#### Litteraturliste:

Barneombudet (2016) *Grenseløs omsorg: Barneombudets fagrapport 2015*

Brun, Husum & Pedersen (2017) «Tvangsmedisinering i psykisk helsevern – en systematisk litteraturgjennomgang» *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2017 s.186-195

Dahm et al. (2015) *Intervention for reducing coercion in mental health for adults: A systematic review and the impact of updating. Journal of Brain Sciences 2015, 1 (1): 1-23.*

Dagens medisin (14.3.16) «Forskere overrasket over tvangsmiddelbruk»

Feiring og Ugstad (2014) *Interpretations of legal criteria for involuntary psychiatric admission: a qualitative analysis. BMC Health Services Research 14:500*

Furre et al (2014) «*Characteristics of Adolescents Subjected to Restraint in Acute Psychiatric Units in Norway: A Case-Control Study*» i *American Psychiatric Publishing Vol 65 p 1367-1372*

Furre et al (2016) «*A nationwide study of why and how acute adolescent psychiatric units use restraint*» *Psychiatry Research Vol 237 p 60-66*

Hammer m.fl. (2016) "Effekten av Komplementær Ytre Regulering (KYR) på tvangstiltak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2016 s. 518-528

Helsedirektoratet (2016)«*Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014*» Rapport IS-2452

Helsedirektoratet (2015) vedlegg HOD rapportering den 3.7.15. *Vurdering av videreføring av «bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)»*

Helse-og omsorgsdepartementet (2011) *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern.* NOU:2011:9

Helse- og omsorgskomiteen (31.5.2016) «*Innstilling 346 S (2015-2016)*».

Hendrickx. J (2015) *Presentation HIC.* IPS: The mental health service conference Oct. 8-11, 2015. New York City

High Intensiv Care (HIC) Netherland - <http://hic-psy.nl/about/>

HIC-monitor (2016) *Modell for høy intensiv omsorg (norsk oversettelse)*

**Kommentert [AFJ1]:** Er referansen gjengitt rett?

HOD (2016) Prop 147L *Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettsikkerhet)*

HOD (20.6. 2016) <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/tvangslovutvalget/id2504904/>

Hofgaard, Tor Levin (2017) *Alle må kunne gjøre valg om egen behandling.* Tidsskrift for Den norske legeforening.

Hustoft et al (2013) *“Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry”* International Journal of Law and Psychiatry

Kunnskapscenteret (2012) *Effekt av tiltak or å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne.* Rapport nr 9-2012

Likestillings- og diskrimineringsombudet (2015) *CRDP 2015 – Ombudets rapport til FN's komite for rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne – et supplement til Norges første periodiske rapport.*

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). LOV-1999-07-02-62

Mental Helse (2012) *Høring NOU:2011:9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet*

Mental Helse Ungdom (2011) *Våre syn på forslag til endringer i eksisterende lovverk m.m. som det fremkommer av NOU:2011:9*

Neset, Merete (2017) *Reservasjonsrett, forhåndserklæringer og nødrett.* Tidsskrift for Den norske legeforening.

Neset, Merete (2017) *Hva skal til for at dere forstår?* Tidsskrift for Den norske legeforening

Norvoll, Ruud & Hynnekleiv (2015) *Skjerming i akuttpsykiatrien.* Tidsskrift for Den norske legeforening.

Ruud T. m.fl. (2014) «Utprøving av ACT-team i Norge: Hva viser resultatene?» Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse og Akershus Universitetssykehus.

Ruud T. m.fl. (2016) «1000 pasienter og 25 akutteam. Hvem er de, hva ble gjort og hvordan gikk det? Resultater fra en mulitsenterstuide om utfall i behandlingen ved ambulante akutteam i psykisk helsevern. ». Akershus universitetssykehus & akuttnettverket. Ikke publisert

Sintef Helse (2008) *Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus» (BAT)*. SINTEF rapport A8450

Slagstad (2016) *Flyktninger har økt risiko for psykose*. Tidsskrift for Den norske legeforening, 2016; 136:1344.

Veland, M & Jacob, A (2014) *Jobber for mindre tvang*. Sykepleien nr9-2014.

Veland, M & Jacob, A (2016) *Bruker mindre tvang*. Sykepleien nr3-2016.

VG (2016): <http://www.vg.no/nyheter/innenriks/tvang-i-psykiatrien/vet-ikke-hvor-mange-som-legges-i-belter/a/23665230/>

<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/tvang-i-psykiatrien/har-blitt-varslet-om-darlige-tvangstall-i-18-aar/a/23665347/>

<http://www.vg.no/nyheter/meninger/tvang-i-psykiatrien/vg-mener-kritisk-svikt-i-psykiatrien/a/23667902/>

<https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2015-2016/inns-201516-346/>