

FORORD

Tvangsbruk i psykisk helsevern er et tema jeg har interessert meg for og vært engasjert i over lengre tid. Jeg har selv jobbet på steder med hjemmel for tvangsbruk og sett hvordan dette kan påvirke pasienten på både godt og vondt. Arbeidet med denne hovedoppgaven ble således påbegynt med en nysgjerrighet i forhold til å få vite mer om tvang og hvordan best forholde seg til en så vanskelig og kompleks tematikk. At tvangsbruk er et komplekst fenomen fikk jeg tydelig erfare i løpet av skriveprosessen, da jeg stadig opplevde å bli sittende igjen med forvirring og flere spørsmål enn det jeg kunne finne svar på.

Det er flere personer som har bidratt underveis i arbeidet med denne hovedoppgaven. En takk kan rettes til min veileder, Roger Hagen, som hele veien har hatt tro på oppgaven, samt kommet med konstruktive tilbakemeldinger og innspill. Takk til leder i Norsk Psykiatrisk forening, Jan Olav Johannessen, representant for Rådet for Psykisk Helse, Olav Nytingnes og fagsjef i Norsk Psykologforening, Anders Skuterud for gode faglige innspill og spennende betraktninger. En takk også til leder av Mental Helse Trondheim, Dag Øyvind Antonsen, for inspirerende og tankevekkende samtale om tvang fra et brukerperspektiv. En hjertelig stor takk til min kjære mor, som har brukt flere sene kvelder på korrekturlesning, samt hele tiden bidratt med oppklarende spørsmål og oppløftende tilbakemeldinger. Sist, men ikke minst vil jeg takke min tålmodige samboer, som har vist stor overbærenhet med meg i (den lange) tiden med oppgaveskriving og støttet meg på alle mulige måter.

2 En kritisk gjennomgang av tvangsbegrepet, forekomst og effekter av tvangsbruk

SAMMENDRAG

Tvangsbruk i psykisk helsevern er et kontroversielt og omdiskutert tema, og tidvis bærer debatten preg av å være nokså unyansert og polarisert. Utgangspunktet for debatten har i stor grad vært basert på det tilsynelatende høye tvangstallet vi har i Norge kontra andre land, og på mangelfull kunnskap om en mulig positiv effekt av tvang. Denne hovedoppgaven er ment å være et bidrag i denne diskusjonen, ved å presentere en kritisk gjennomgang av tvangsbegrepet, samt statistikk og forskning på henholdsvis forekomsten og effekter av tvangsbruk.

Litteraturen og forskningen som er gjennomgått peker på flere utfordringer rundt tvangstematikken. For det første er formell tvang, opplevd tvang og faktisk tvang tre ulike former for tvang, og det å ha en forståelse av tvangsbegrepets kompleksitet anses som en viktig forutsetning for en ryddig debatt om tvangsbruk. For det andre er det knyttet stor usikkerhet til tallene som legges til grunn for statistikk og forekomst av tvangsbruk, noe som gjør sammenlikninger mellom land og regioner i seg selv lite nyttige. Mangelfull forskning, samt sprikende og usikre forskningsresultater på effekten av tvang er en tredje utfordring, blant annet som følge av flere metodologiske svakheter. Av resultatene som finnes indikerer de at tvangsbruk kan ha både positiv og negativ innvirkning, avhengig av definisjonen på tvang i studien og hvilke behandlingsmål som benyttes.

Diskusjonen om tvang i psykisk helsevern er altså svært omfattende og kompleks. Psykologer og tilsvarende profesjoner har således et viktig ansvar for å formidle kunnskap på en så objektiv og nyansert måte som mulig.

4 En kritisk gjennomgang av tvangsbegrepet, forekomst og effekter av tvangsbruk

INNHold

1. INTRODUKSJON.....	9
1.1 Bakgrunn	9
1.2 Disposisjon og problemstillinger	11
2. REDEGJØRELSE AV TVANGSBEGREPET	13
2.1 Det juridiske grunnlaget for tvang	13
2.1.1 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.	13
2.1.1.1 Tvunget observasjon eller tvunget psykisk helsevern.....	14
2.1.1.2 Kriteriene ved bruk av tvang.....	16
2.1.1.3 Behandling uten eget samtykke.....	17
2.1.1.4 Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold.....	19
2.1.1.5 Andre former for tvangsbruk.....	20
2.1.1.6 Hvem har myndighet til å treffe tvangsvedtak?.....	21
2.1.2 Andre relevante lovverk.....	22
2.2 Ulike former for tvang	23
2.2.1 Formell tvang.	23
2.2.2 Opplevd tvang.	25
2.2.3 Faktisk tvang.	28

3. FOREKOMST OG EFFEKTER AV TVANGSBRUK.....30

3.1 Forekomst og statistikk30

3.1.1 Datakilder for omfang av formell tvang.30

3.1.1.1 Totale andel henvisninger og innleggelser.....32

3.1.1.2 Pasientgrupper og tilleggsvilkår.....33

3.1.1.3 Bruk av tvangsmidler, behandling uten eget samtykke og TUD.....34

3.1.1.4 Opplevd tvang.....35

3.1.2 Variasjoner i tvangsbruk.35

3.1.2.1 Norge kontra andre land.....36

3.1.2.2 Variasjoner i Norge.....38

3.2 Mulige effekter av tvangsbruk.....40

3.2.1 utfordringer i forskningen på tvang41

3.2.1.1 Symptommål.....42

3.2.1.2 Mål på bruk av helsetjenester.....44

3.2.1.3 Subjektive effektmål.....46

3.3 Holdninger til tvang50

3.3.1 Helsepersonell.51

3.3.2 Pasienter og pårørende.....53

4. DISKUSJON OG OPPSUMMERING.....56

4.1 Tvangsbegrepet meningsfullt?.....56

4.2 Et tall på tvang – hva sier det oss egentlig?.....	57
4.3 Hvordan kan man forstå tvangsforskningen?	60
4.4 Veien mot en nyansert og konstruktiv debatt, samt kvalitetssikret bruk av tvang?.....	63
5. KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER.....	66
6. REFERANSER.....	67

1. INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn

Synet på hvordan psykisk syke bør behandles og tas hånd om, har variert i tråd med hvordan man har definert psykiske lidelser opp gjennom historien. De ulike definisjonene har igjen påvirket oppfatningen om hvorvidt bruken av tvang er legitimt, og i hvilken grad tvang kan anvendes i psykisk helsevern. Et av målene som tilstrebes innen dagens psykisk helsevern er at mest mulig av behandlingen skal gjennomføres frivillig og i samarbeid med pasienten. Dette målet er i overensstemmelse med helsevesenets ideologiske grunnlag om at helsetjenester skal være et utvetydig gode, som tilbys de som søker og ønsker hjelp (Høyer & Dalgard, 2002). Målet om frivillighet er også juridisk forankret i pasientrettighetsloven (1997) sammen med en rekke andre bestemmelser, som bl.a. retten til å motta nødvendig helsehjelp.

Utgangspunktet for arbeidet med tvang de senere år kan blant annet spores tilbake til Stortingsmelding 25 (St. meld. nr. 25) "Åpenhet og helhet". Den konkluderte med følgende; a) kapasiteten i tilbudene til mennesker med psykiske lidelser er for liten, b) terskelen for å motta behandling er for høy, c) utskrivning skjer for hurtig, d) oppfølgingen i etterkant er for dårlig, e) kapasiteten i kommunene er for liten, og f) kvalitetssikring av tilbudene er generelt dårlig. Dette betyr at selv om individet ønsker seg behandling på et bestemt tidspunkt, er det ikke gitt at dette ønsket innfris slik man ønsker. I fravær av ønskede endringer på disse områdene ble regjeringen for noen år siden bedt om å fremme forslag om en forpliktende handlingsplan for psykisk helsevern, herunder en økonomisk forpliktende opptrappingsplan. Dette resultatet ble fremstilt i Stortingsproposisjon. 63 (St.prp. nr. 63) under navnet "Opptrappingsplanen for psykisk helsevern", og hvor mest mulig frivillighet i

behandlingen fortsatt skulle være et uttalt mål, i tillegg til en generell lavere terskel for behandling.

Som et tiltak i forlengelsen av dette arbeidet har Helsedirektoratet i samarbeid med brukerorganisasjoner og deres representanter utarbeidet en "Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern" (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). I tillegg er flere prosjekter der man vurderer og prøver ut alternativer til tvang blitt iverksatt, bl.a. brukerorienterte alternativer til tvang (BAT-prosjektet) (Norvoll, Hatling, & Hem, 2008). Et forskernettverk (Netfort) på temaet tvang i psykisk helsevern (Tvangsforskning.no, 2010) har også blitt dannet med det formål å stimulere til økt forskning og kunnskapsutvikling om bruken av tvang i det psykiske helsevern. Tiltaksplanen fra 2006 vil imidlertid fremover bli erstattet med "Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykiske helsetjenester", der det stilles krav til både regionale og lokale planer. I de senere år har det i tillegg fra politisk vært mye fokus på hvorvidt det juridiske grunnlaget for tvangsbruk (Psykisk helsevernloven - phlsvl., 1999) bør endres, og både en arbeidsgruppe og et lovutvalg har jobbet med denne problemstillingen.

Tvang i psykisk helsevern er altså et fremtredende og viktig tema i dagens Norge. En av grunnene til det betydelige fokuset på tvang er at Norge i flere sammenhenger blir trukket frem som å være på "tvangstoppen" sammenliknet med andre land i Europa. Det ser dessuten ut til å være en påfallende stor variasjon mellom institusjoner i Norge både når det gjelder henvisning til innleggelse med tvang, omgjøring av tvangsinnleggelse til frivillig status ved spesialistvedtak og bruk av tvangsmidler under oppholdet. Dette er forhold som ikke ser ut til å kunne forklares godt nok med forskjeller i pasientsammensetning og representerer derfor en utfordring for både helsemyndigheter, helseforetak og fagfelt. I tiltaksplanen er det et mål at i helseforetak hvor den befolkningsmessige raten av tvangsinnleggelse er høy, skal disse reduseres og forskjeller mellom helseforetak utjevnes (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Økt fokus på pasient- og brukerrettigheter er også en medvirkende årsak til at tvang står høyt på agendaen. Historier om overgrep i det psykiske helsevernet og fortellinger om hvordan folk har opplevd seg krenket som følge av tvangsbruk presenteres stadig i media, men også på faglige og politiske arenaer. I kjølvannet av flere slike avsløringer har den ideologiske debatten om hvorvidt tvang i psykisk helsevern kan legitimeres blomstret opp. Spørsmålet om menneskerettigheter har her stått sentralt, i tillegg til de viktige spørsmålene rundt effektene av tvangsbruk og om tvang over hodet kan ha en positiv effekt. Det er per i dag blitt gjort lite forskning på bruken av tvang, og den forskningen som er gjort er av varierende kvalitet og med lite entydige resultater.

1.2 Disposisjon og problemstillinger

Til tross for mye arbeid med tvangsspørsmålet den siste tiden (i form av diverse nedsatte arbeidsgrupper og utvalg, heftige debatter på diverse diskusjonsfora og et sentralt fokus i fagtidsskrifter og miljøer), ser det imidlertid fortsatt ikke ut til at man har funnet noen felles “fasit” på hva tvang er og hvordan forholde seg til det. Det ser ut til at diskusjonen om tvang i psykisk helsevern er mangeartet og kompleks, og det er derfor behov for en gjennomgang av tvangsbegrepet både i forhold til en begrepsmessig definisjon og til den bakenforliggende empiren.

Ut fra dette har jeg valgt følgende problemstillinger for oppgaven som jeg ønsker å belyse:

1. Hvordan kan man forstå fenomenet tvang innenfor psykisk helsevern?
2. Hva vet vi om forekomst og effekter av tvang innenfor psykisk helsevern

Det er ikke forsøkt i oppgaven å ta en overordnet stilling til hvorvidt bruken av tvang er galt eller riktig, hvorvidt lovverket bør endres eller om hvilket nivå tvangsbruken i Norge bør ligge på. Formålet med hovedoppgaven er å gjennomgå de mange perspektiver tvang kan sees i fra, og om det er mulig å trekke noen konklusjoner fra forskningslitteraturen omkring effekten av tvangsbruk.

I første del av oppgaven presenteres det juridiske grunnlaget for bruken av tvang i psykisk helsevern, samt en analyse av tvangsbegrepet. I del to redegjøres det for forekomsten og variasjonen i bruk av tvang, i tillegg til en gjennomgang av de dokumenterte effektene av tvang på behandlingsforløp og resultat, samt ulike synspunkter og holdninger til bruk av tvang. Den siste delen av hovedoppgaven består av en generell diskusjon med påfølgende konklusjoner.

2. REDEGJØRELSE AV TVANGSBEGREPET

I denne delen redegjøres det for tvangsbegrepet og de to påfølgende kapitlene er således en utforsking av hovedoppgavens første problemstilling. Det juridiske grunnlaget for tvang i psykisk helsevern tillegges hovedvekten i denne oppgavedelen, da det vurderes at den lovmessige forståelsen av begrepet krever forklaringer på detaljnivå for å kunne følge den videre presentasjonen og diskusjonen.

2.1 Det juridiske grunnlaget for tvang

Det kreves rettslige begrunnelser for å kunne gjøre inngrep ovenfor enkeltmennesker; dette må da skje enten gjennom samtykke eller ved lovgivning. Selvbestemmelsesretten kan settes til side ved lovgivning, når det vurderes som nødvendig for å ivareta andre hensyn som liv og helse (Helsedirektoratet, 2009). I Norge er det psykisk helsevernloven (1999) som regulerer alle former for tvang i det psykiske helsevern. Begrepet psykisk helsevern refererer til “spesialisthelsetjenestens undersøkelse og behandling av mennesker på grunn av psykisk lidelse, samt den pleie og omsorg dette krever” (§ 1-2). Loven inneholder detaljerte bestemmelser om både vilkår og fremgangsmåte for etablering og opphør av psykisk helsevern.

2.1.1 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Formålet med psykisk helsevernloven (phlsvl.) er å sikre at “vedtak og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper”. Videre skal loven sikre at de tiltakene som beskrives tar

utgangspunkt i pasientens behov, og ivareta respekten for menneskeverdet (§ 1-1). Det opereres grovt sett med tre ulike former for tvangslovgivning; *tvunget psykisk helsevern*, bruk av *tvangsmidler* og *behandling uten eget samtykke*. Hver av de ulike tvangsbestemmelsene vil kort bli gjort rede for nedenfor, men det understrekes at min fremstilling på ingen måte er noen fullgod gjengivelse eller juridisk fortolkning av lovteksten. Til dette formålet henvises leseren til psykisk helsevernloven og dens forarbeider, samt annen litteratur som går i dybden på sivil rettspsykiatri som for eksempel Høyser og Dalgard (2002).

2.1.1.1 Tvunget observasjon eller tvunget psykisk helsevern.

Tvunget observasjon eller tvunget psykisk helsevern kan fastsettes på bakgrunn av “undersøkelse, pleie og omsorg som nevnt i første ledd, men uten at det er gitt samtykke¹ etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4” (§1-2). Ut fra lovteksten kan man se at det her er tale om hvorvidt pasienten samtykker, som avgjør om helsetjenesten vurderes som tvunget eller ei. Begrepene tvungent psykisk helsevern og tvangsinnleggelse vil for øvrig bli brukt noe om hverandre utover i denne hovedoppgaven. Begjæring om tvangsvedtak må komme fra offentlige myndigheter, som i forskriftet oppgis å være kommunelege eller dennes stedfortreder, sosialtjenesten, politi eller ansvarlig fengselsmyndighet (Forskrift om tvungent psykisk helsevern, 2006 § 4). Standardprosedyren er at innleggende lege (ofte legevakt eller fastlege) personlig vurderer pasientens tilstand og konkluderer med at det foreligger alvorlig sinnslidelse (§ 3-3) eller at det er grunn til å anta at det foreligger (§ 3-6) en alvorlig sinnslidelse. Etter denne vurderingen må den faglig ansvarlige ved den aktuelle avdeling eller institusjon foreta en selvstendig vurdering av pasienten, og dette skal skje innen 24 timer fra begjæringen om tvangsinnleggelse er mottatt (Forskrift om tvungent psykisk helsevern,

¹ Samtykke betyr i sin snevreste form “ikke å nekte”

2006). Hvis det konkluderes med at grunnlaget for tvangsinnleggelse eller tvungen observasjon ikke er til stede, får pasienten reise hjem hvis ikke hun eller han selv ønsker innleggelse. Det er slik i Norge at tvangsbestemmelsen når som helst under oppholdet kan oppheves, men det er derimot ikke mulig å gjøre om en frivillig innleggelse til et tvangsvedtak underveis i behandlingsforløpet.

Et vedtak om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan bare finne sted etter at 6 ulike vilkår er tilfredsstilt, gjengitt i § 3-2 og 3-3.

- 1) For det første må frivillig psykisk helsevern ha vært forsøkt, uten at dette har ført fram, eller at det er åpenbart formålsløst å forsøke dette
- 2) Pasienten skal være undersøkt av to leger, hvorav en skal være uavhengig av den ansvarlige institusjon, jf. § 3-1
- 3) Pasienten må ha en alvorlig sinnslidelse, og på grunn av dette enten av a) behandlingmessige årsaker eller av b) hensynet til eget og andres liv og helse, være i behov av tvungent psykisk helsevern. For tvungen observasjon må det være “overveiende sannsynlig” at pasienten fyller disse vilkårene.
- 4) Institusjonen må være faglig og materielt i stand til å gi tilfredsstillende behandling og omsorg, og være godkjent etter § 3-5
- 5) Pasienten må være gitt anledning til å uttale seg jf. § 3-9
- 6) En helhetsvurdering rundt innleggelsen må være utført.

I denne helhetsvurderingen som nevnes i punkt 6 bør det særlig legges vekt på hvor stor belastning det tvangsmessige inngrepet vil medføre for vedkommende (Psykisk helsevernloven - phlsvl., 1999). Det anbefales således å innhente informasjon om pasientens generelle sykehistorie, eventuelle erfaringer med psykisk helsevern generelt og tvungen psykisk helsevern spesielt, samt om pasienten tidligere i livet har vært utsatt for alvorlige

krenkelser (Høyser & Dalgard, 2002). Man bør i tillegg vurdere pasientens konkrete prognose med og uten behandling, samt se på hvilke behandlingstilbud som faktisk kan tilbys og om det aktuelle stedet hvor pasienten vurderes tvangsinnlagt vil være passende for pasienten. Det som er verdt å merke seg er at disse kriteriene for helhetsvurderingen beskrevet ovenfor ikke står nedfelt i lovverket eller i forskriftene i form av en standardisert sjekklste, men at det derimot kun er anbefalinger om hva den ansvarlige for innleggelsen bør ta hensyn til. Helhetsvurderingen baseres på skjønnsmessige vurderinger og antakelser og er således mindre objektiv og konkret enn de første 5 vilkårene i loven.

I Norge, til forskjell fra de andre nordiske landene (foruten Island) kan tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern vedtas både med og uten døgnopphold (jfr. § 3-5). Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) erstatter det som tidligere ble kalt “tvungent psykisk ettervern”, og er hovedsakelig relevant for de som tidligere har vært innlagt ved døgnopphold. TUD er således aktuelt for de som ikke lenger er i behov av døgnbehandling, men som likevel har et uttalt behov for tilsyn og oppfølging i etterkant, spesifikt i form av medisinerings. TUD kan imidlertid også vedtas for pasienter som ikke tidligere har vært døgnpasienter, men der TUD i utgangspunktet anses som det beste alternativet for pasienten.

2.1.1.2 Kriteriene ved bruk av tvang.

For å benytte tvang må det som beskrevet ovenfor foreligge mistanke eller visshet om at individet det gjelder har en alvorlig psykisk lidelse. Det er viktig å være klar over at begrepet alvorlig sinnslidelse i dette tilfelle er et juridisk begrep videreført fra tidligere psykisk helsevernlov (1961), og den kan ikke sidestilles med noen medisinsk diagnose (Høyser & Dalgard, 2002). Begrepet brukes hovedsakelig, dog ikke utelukkende om alvorlig

psykoseproblematikk. I visse tilfeller kan det dreie seg om andre tilstander, som senil demens og ekstreme tilfeller av mani. Det bør imidlertid ligge til grunn at individet har en virkelighetsbrist av betydelig karakter. Det å ha en psykisk lidelse i seg selv kvalifiserer ikke til tvangsinnleggelse eller tvangsbehandling.

Som tidligere påpekt så er det to hensyn i lovverket som er relevante i forhold til bruk av tvang, nemlig farekriteriet og behandlingkriteriet (de såkalte tilleggskriteriene). For å benytte farekriteriet for tvang må pasienten i følge phlsvl. § 3-3, punkt 3 b “utgjøre en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse”. For å kunne benytte behandlingkriteriet for tvang må man anta at pasienten “får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret” dersom vedkommende ikke legges inn (§ 3-3, punkt 3a). Selv om det i noen tilfeller kan være vanskelig å bedømme når farekriteriet skal benyttes, er farekriteriet ofte enklere å begrunne og er mer generelt godtatt enn behandlingkriteriet (Høyser & Dalgard, 2002). Vurderinger relatert til behovet for behandling bygger derimot i stor grad på skjønn, og er vanskelig å etterprøve da det finnes få eller ingen gitte kriterier å ta utgangspunkt i. For at det skal være legitimt med bruken av et slikt behandlingskriterium er det imidlertid nødvendig at man bruker metoder og behandling som er virkningsfulle og som kan dokumenteres.

2.1.1.3 Behandling uten eget samtykke.

Under kapittel 4, gjennomføring av psykisk helsevern, finner vi under § 4-4, vilkårene for behandling av pasienter uten eget samtykke. Ordlyden “behandling uten eget samtykke” og begrepet “tvangsbehandling” vil av praktiske årsaker bli brukt noe om hverandre i denne oppgaven. Behandling uten eget samtykke kan bare utføres på pasienter som er underlagt

tvunget psykisk helsevern, enten med eller uten døgnopphold. I utgangspunktet kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep overfor en pasient, med mindre “slik undersøkelse og behandling klart er i overensstemmelse med faglig anerkjent psykiatrisk metode og forsvarlig klinisk praksis”. Slike behandlingstiltak kan bare igangsettes og gjennomføres når de “med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen”. Det vil si at det i prinsippet er de samme kriteriene som gjelder for vedtak om behandling uten samtykke som for vedtak om tvunget psykisk helsevern. Med behandling uten eget samtykke menes som regel medikamentell behandling. Likevel, når bestemmelsene i dagens lovverk er mer generelle enn i den tidligere lov så er noe av intensjonen bak dette å gjøre det klart at pasienter også kan tvinges til å delta i terapeutiske aktiviteter. En tenker da først og fremst på dagligdagse tiltak som gruppesamtaler, fellesmøter, arbeidsterapi, sosial trening og liknende (Høyser & Dalgard, 2002).

Når det gjelder bruk av legemidler så er det bare preparater som er registrert i Norge som kan brukes i behandling, og kun i ordinært foreskrevne doser. I følge et rundskriv fra Statens helsetilsyn om bestemmelsene rundt bruk av farmakologiske tvangsmidler, vil vanlige depotmedikamenter (injeksjon ved sprøyte, varighet cirka 3-5 uker) ikke være tillatt ved tvangsmedisinering, mens “acutard”-preparater (en blanding av hurtigvirkende og langtidsvirkende medikament med virketid fra 2-4 dager), vil passere innenfor denne grensen. Behandling ved injeksjon skal bare gis når det ikke er mulig å få pasienten til å ta legemiddel oralt (Forskrift om undersøkelse og mv uten samtykke, 2000).

I tillegg til de overnevnte kriterier kan behandling uten eget samtykke med legemidler bare gjennomføres dersom de har en “gunstig virkning som klart oppveier ulempene ved eventuelle bivirkninger”. Dette er knyttet opp til faglig skjønn og innebærer at ansvarlig for tvangsvedtak må foreta vanskelige vurderinger, da målet for behandlingen ofte ligger langt

frem i tid og man ikke umiddelbart kan forvente en gevinst. Utgangspunkt for tvangsmedisineringen kan således like gjerne være en rolig pasient som en utagerende og potensielt farlig person (Høyer & Dalgard, 2002). Kravene satt til selve tidsaspektet er tydelige og konkrete. Et vedtak om bruk av medikamenter kan ikke vare lenger enn 3 måneder, og annen behandling (som f.eks. samtalegruppe) ikke vare lenger enn 3 uker (Forskrift om undersøkelse og mv uten samtykke, 2000).

2.1.1.4 Bruk av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold.

Bruken av tvangsmidler kan i følge lovverket aldri foretas i et behandlingsøyemed. Det kan bare brukes overfor pasienten “når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting” (§ 4-8). Ut fra denne ordlyden foreligger at personer som er frivillig innlagt eller som er i frivillig behandling også kan utsettes for bruk av tvangsmidler. Tvangsmidler skal imidlertid bare brukes når “lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelig” (§ 4-8 første ledd), det vil si at man har prøvd alternative metoder i forkant. Av tvangsmidlene som kan benyttes finner vi mekaniske tvangsmidler, som for eksempel belter og remmer, samt f. eks skadeforebyggende spesialklær. Hensikten med tvangsmidlene er å hindre pasientens bevegelsesfrihet. Andre alternativer er isolasjon (kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede), enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt, eller kortvarig fastholding.

2.1.1.5 Andre former for tvangsbruk.

Utover disse tre hovedkategoriene med tvangsbestemmelser gjengitt ovenfor finnes det andre typer inngrep ovenfor pasienten som er regulert i loven om psykisk helsevern. Skjerming er kanskje det mest omfattende og omdiskuterte av disse tiltakene. Ved skjerming blir pasienten “av behandlingsmessige grunner eller av hensyn til andre pasienter holdt helt eller delvis atskilt fra medpasienter og fra personell som ikke deltar i undersøkelse og behandling av pasienten” § 4-3, første ledd. Ut fra lovteksten kan bruk av skjerming på sett og vis tolkes både som en type tvangsmiddel og som en form for tvangsbehandling eller en kombinasjon av dette, avhengig av hvilke kriterier som ligger til grunn for vedtaket og hvordan skjermingstiltaket gjennomføres. En kan diskutere hvor skillet mellom isolasjon og skjerming går, men rent teknisk faller skjerming utenfor isolasjonsbegrepet fordi man ikke låser døren til pasientens rom (Høyer & Dalgard, 2002).

Gjennom § 4-5 reguleres pasientens forbindelse med omverdenen når det gjelder retten til å motta besøk, benytte telefon, samt sende og motta brev og pakker. Ofte vil de som er under et skjermingstiltak også være underlagt denne paragrafen. Det må være “sterke behandlingsmessige eller sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person” som kan legitimere slike tiltak.

Undersøkelse av rom eller eiendeler, samt kroppsvisitasjon og beslag, regulert i § 4-6 og 4-7, er også tydelige inngrep som kan gjøres ovenfor pasienten “ved begrunnet mistanke om at medikamenter, rusmidler, rømningshjelpemiddel eller farlig gjenstand vil bli forsøkt eller er innført i institusjon for døgnopphold”. Ved funn skal “medikamenter, rusmidler eller farlig gjenstand som vedkommende ikke rettmessig kan inneha tilintetgjøres”.

2.1.1.6 Hvem har myndighet til å treffe tvangsvedtak?

I følge phlsvl. § 3 er det den “faglig ansvarlige” som har mulighet til å treffe vedtak, samt beslutte nærmere angitte tiltak (Forskrift om faglig ansvarlig i phlsvl., 2000 § 3). Med faglig ansvarlig menes her en lege med relevant spesialistgodkjenning (psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri), eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning (klinisk psykologi eller barne- og ungdomspsykologi). Psykologen må dokumentere minst to års relevant praksis fra aktuell institusjon eller avdeling som er godkjent for å ha ansvar for tvungent psykisk helsevern, for å kunne godkjennes som faglig ansvarlig. Det finnes imidlertid visse unntak fra hovedregelen om hvem som kan treffe vedtak og beslutte tiltak. Ved tvangsmedisinering eller bruk av kortidsvirkende medikamenter som tvangsmiddel vil kun psykiater kunne fatte vedtak (§ 3 tredje ledd). Et annet unntak er dersom “en akutt nødssituasjon gjør at umiddelbar kontakt med den faglig ansvarlige ikke er mulig, kan den ansvarlige ved avdelingen vedta bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig fastholding” (Forskrift om tvangsmidler i psykisk helsevern, 2000 § 6 annet ledd). Den faglig ansvarlige skal for øvrig så snart som mulig underrettes og ta stilling til om bruk av tvangsmidler bør opprettholdes. Under forutsetning av faglig forsvarlig tilsyn og veiledning kan dessuten den praktiske gjennomføringen av behandling med legemidler overlates til helsepersonell utenfor det psykiske helsevernet. Dette skjer etter avtale med institusjonen som har truffet vedtaket, dersom dette er hva pasienten selv ønsker (Forskrift om undersøkelse og mv uten samtykke, 2000 § 8, fjerde ledd). Gjennomføring av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) kan være et eksempel på en slik ordning. Hjemmesykepleier eller annen kommuneansatt vil her kunne ha hovedansvaret for den praktiske gjennomføringen av medisineren. Til tross for alle unntak er det i all hovedsak psykologspesialist eller psykiater som sitter med hovedansvaret for å gjennomføre tvangsvedtak og beslutte tiltak.

Vedtaket treffes generelt på grunnlag av foreliggende opplysninger og undersøkelse av pasienten (§ 3-3 tredje ledd).

For pasienter som er underlagt psykisk helsevern, skal den faglig ansvarlige fortløpende og minst en gang hver tredje måned forsikre seg om vilkårene for vernet etter § 3-3 fortsatt er til stede (jf. § 4-9). Kontrollkommisjonen er klageinstans for tvungent psykiske helsevern og bruk av tvangsmidler (jf. § 3-8 og 4-8), mens fylkesmannen er klageinstans når det gjelder tvangsbehandling (jf. § 4-4). Kontrollkommisjonen har også rutinemessige kontrollopgaver, som i første omgang omfatter kontroll og etterprøving av vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern, samt velferdskontroll (jf. 3-8).

2.1.2 Andre relevante lovverk.

Det er også flere andre ulike lovverk som er relevante ved spørsmål om tvang, det være seg pasientrettighetsloven (1997), sosialtjenesteloven (1991), helsepersonelloven (1964), arbeidsmiljøloven (2005) og menneskerettsloven (1999), for å nevne noen. Flere verdier kan sies å være gjennomgående i forhold til den rettslige reguleringsmåten, og kan i noen sammenhenger både overlappe og komme i konflikt med hverandre. Blant disse kan nevnes selvbestemmelsesretten, rett til privatliv, respekt for personens vurderinger, respekt for fysisk og psykisk integritet, beskytte mot skade, plikt til å gjøre det gode, hindre diskriminering, beskyttelse av rettssikkerhet, rettferdighet og beskyttelse av selve livet (Nilstun & Syse, 1997). Det vil i mange situasjoner være vanskelig å avgjøre hvilke hensyn som bør tillegges størst vekt. Selv om menneskerettsloven skal ha forrang fremfor annet lovverk, er imidlertid formuleringene i dette lovverket av mer generell art, slik at man likevel må ta stilling til hva som skjønnsmessig synes mest riktig.

2.2 Ulike former for tvang

Tvangsbegrepet kan defineres og forstås på ulike måter, og en nyttig innfallsvinkel kan være å relatere begrepet til makt. Norvoll (2002) poengterer at bruken av makt og sosial kontroll innenfor psykisk helsevern kommer til uttrykk på flere måter. I tråd med Foucaults forståelse av begrepet er ikke makt en evne noen innehar, men derimot noe som utøves (Foucault, 1994). Makt er således strategisk og dynamisk av karakter. Den mektige kan i enkelte relasjoner og sammenhenger føle seg mektig, men avmektig i andre typer situasjoner. Maktbruk kan ha både en åpen og en skjult side, og kan på sett og vis trekkes som en analog til formell og uformell makt.

En av de mest synlige og åpenbare formene for makt i psykisk helsevern er tvangsinnleggelses og bruk av tvangsmidler. Maktens skjulte sider finner vi derimot i den uformelle avdelingskulturen og i hverdagslivet på postene. Denne formen for makt er ikke nedskrevet og kan ikke kontrolleres eller etterprøves på samme måte som formalisert makt. Makt kan således brukes både i positiv og negativ forstand, alt etter hva som er handlingens middel og intensjon.

I dette kapitlet av hovedoppgaven presenteres tre ulike mål på tvang i psykisk helsevern; *formell tvang*, *opplevd tvang* og *faktisk tvang*. Til grunn for redegjørelsen ligger det juridiske grunnlaget for tvang, samt forskning på fenomenet tvang. Det er forsøkt å fokusere på forskning gjort i Norge under norske forhold, men internasjonal forskning er også blitt benyttet som grunnlag for den empiriske forståelsen av begrepet.

2.2.1 Formell tvang.

Formell tvang referer til de vedtakene som er truffet i forhold til lovgivningen om psykisk helsevern (Høyer & Dalgard, 2002), og i Norge dreier det seg hovedsakelig om

vedtak om tvungen observasjon eller innleggelse, behandling uten eget samtykke eller bruk av tvangsmidler. Slike vedtak er skriftlige og kan i utgangspunktet lett etterprøves. Muligheten til ransaking av pasienten, pasientens rom, beslaglegging av eiendeler, redusert forbindelse med omverden og urinprøvetaking, som er hjemlet i kapittel 4 i phlsvl., er også betydelige inngrep i pasientens liv. Siden lovverket som regulerer bestemmelsene for psykisk helsevern varierer fra land til land, vil således kriteriene for formell tvang variere. I vårt nasjonale lovverk har definisjonen av tvangsbegrepet, samt hvilke tilleggskriterier som brukes, en innvirkning på bruken av formell tvang.

Når man som pasient etter psykisk helsevernloven kan legges inn eller få behandling enten på en frivillig basis eller med hjemmel i en tvangsparagraf, illustrerer dette en tydelig juridisk dikotomi. I praksis kan man imidlertid tenke seg at det er en kontinuerlig overgang mellom tvang og klar frivillighet (Høyer & Dalgard, 2002; Nilstun & Syse, 2000). Et slikt kontinuum kan i den ene enden strekke seg fra full frivillighet ved at man selv oppsøker psykisk helsehjelp, til en åpen fysisk tvang i den andre enden. Tolkningen i lovteksten vil avgjøre om man legger et vidt eller snevert tvangsbegrep til grunn for tvangsbestemmelsene, samt hvordan man vurderer eventuelle gråsonetilfeller. En snever definisjon av tvang vil være en tydelig muntlig eller skriftlig motsettelse av behandling, mens en bred definisjon vil si at alt som ikke er tydelig ønsket fra pasientens side må betraktes som tvang. I phlsvl. (§ 1-2) presiseres det (som tidligere nevnt) at “med tvungent psykisk helsevern menes slik undersøkelse, behandling, pleie og omsorg som nevnt i første ledd uten at det er gitt samtykke etter bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 4.” Det er altså hvorvidt pasienten har samtykket i avgjørelsene rundt innleggelse og behandling som juridisk sett avgjør hvorvidt det psykiske helsevernet kan sies å være tvungent eller ei. Samtykke kan i følge pasientrettighetsloven § 4-2 gis “uttrykkelig eller stilltiende”. Sistnevnte anses å foreligge

dersom det ut fra pasientens handlemåte og omstendighetene for øvrig er sannsynlig at hun eller han godtar helsehjelpen". Ut fra disse vilkårene legges det til grunn en nokså bred definisjon av formell tvang i Norge.

Uavhengig av lovverkets utforming og juridiske rammer for øvrig er det noen fellestrekk ved bruk av formell tvang. Den formelle tvangen er per definisjon en juridisk innskrenking i pasientens autonomi og gir andre myndighet til å foreta beslutninger og intervensjoner ovenfor vedkommende uten dennes samtykke. Samtidig som pasienter på tvangsparagraf juridisk sett har mindre mulighet til å påvirke sin egen behandling, har de dog på sett og vis en sterkere rettssikkerhet enn de som formelt har en frivillig formell status. Dette er fordi det her i større grad er krav om jevnlig vurderinger og etterprøving av vurderinger, samt tilrettelegging av mulighet for å klage på vedtak.

2.2.2 Opplevd tvang.

Opplevd tvang kan defineres som pasientens subjektive opplevelse av å bli utsatt for tvang. Flere studier og ulike brukererfaringer har vist at dette er noe annet enn formell tvang. Blant annet har Mac Arthur stiftelsen bidratt til viktig og banebrytende arbeid på dette området. I en studie av Monahan et al., (1999) finner man f. eks. at 10 % av frivillige innlagte på en bestemt institusjon opplevde seg presset til innleggelse, og at 40 % var sikre på at de ville bli tvangsinnlagt dersom de ikke hadde akseptert. En rekke andre studier viser også at flere av de som formelt sett er frivillig innlagt likevel har opplevd grad av press og ufrivillighet knyttet til innleggelsen (Kjellin, Westrin, Eriksson, & Axelsson-Östman, 1993). Motsatt kan formelt tvangsinnlagte pasienter oppleve sin innleggelse som frivillig og medbestemt. I motsetning til den formelle tvangen som er knyttet til enkeltvedtak, vil den

opplevde tvangen hos en pasient kunne være mer eller mindre tilstedeværende gjennom hele perioden, fra en vurderingssamtale til en utskrivelse.

Manglende påvirkningsmuligheter i forhold til beslutninger om egen behandling, samt liten grad av frihet og valgalternativer i behandlingsforløpet er viktige dimensjoner ved opplevd tvang (Bennett et al., 1993), og disse faktorene ser ut til å være universelle. Hvordan et vedtak generelt utføres har vist seg å være viktigere enn selve vedtaket, noe som har sterke implikasjoner for hvordan helsepersonell bør forholde seg til pasienter.

Respekt for pasienten og gjensidig kommunikasjon anses som meget viktig. Bennet et al (1993) undersøkte i en studie sammenhengen mellom pasientens oppfatning av det moralske aspektet bak en tvangsinnleggelse og deres egen opplevelse av tvang. De fant tre hovedtema som var avgjørende; a) mulighet for involvering i innleggesprosessen, b) opplevelse av at de involverte (oftest familie, venner og helsepersonell) hadde et genuint ønske om å hjelpe og c) at pasienten opplevde ærlighet og åpenhet i innleggesprosessen. Det var individuelle forskjeller blant pasientene når det gjaldt i hvilken grad de ønsket å involvere seg, men en fellesfaktor var viktigheten av at de fikk mulighet til å være delaktig. Det å oppleve en viss grad av et press ble dessuten av de fleste ansett som positivt, da dette indikerte at deres egen mening var betydningsfull og at andre brydde seg om dem. I en studie av Sørgaard (2007) fant man at "overtalte" pasienter rapporterte mindre opplevd tvang og negativ opplevelse i innleggesprosessen i forhold til både "rene" frivillige og tvungent innlagte, noe som også muligens kan underbygge denne hypotesen.

Det er ikke bare innleggesprosessen i seg selv som kan oppleves tvangspreget. Institusjonsoppholdet innebærer blant annet at vedkommende må forholde seg til et gjeldende husordensreglement og rammene for øvrig på avdelingen. Dette er prosedyrer en institusjon har for at den skal kunne fungere etter sitt formål, og er således ikke hjemlet i noen lovparagraf. Dette vil av mange pasienter oppleves som tvang, særlig hvis regler som gir lite

rom for skjønn, individuelle hensyn og mulige alternativer blir fulgt opp slavisk av personalet. Det ikke å kunne forlate institusjonen på eget initiativ, disponere egne penger eller personlige eiendeler annet enn til forhåndsbestemte tider, ble i en studie av Haglund et al (2003) opplevd som særlig ydmykende. Slike innskrenkninger kan ses på som en trussel mot selvbestemmelsesretten og opplevelsen av egen identitet.

Ydmykelse og krenkelse av personlig integritet ser ut til å være viktige faktorer knyttet til pasienters opplevelse av tvang. En relativt ny undersøkelse av Bergk, Flammer & Steinert (2010) viser 6 ulike dimensjoner som påvirker opplevelsen til pasienter ved bruk av tvangsmidler. Disse dimensjonene er ydmykelse, fysiske negative konsekvenser, isolasjon, negativt miljø, frykt og fysisk tvang. Ydmykelse var den faktoren som alene kunne forklare den største delen av variansen i pasientopplevelsen. Marit Svindseth (2007) skiller i sin doktorgradsavhandling mellom begrepene tvang og ydmykelse. Hun vurderer ydmykelse som en av de viktigste indikatorene for en negativ opplevelse av innleggelsen, og foreslår at graden av fysisk tvang kan ha en sterk sammenheng med graden av opplevd ydmykelse. De tilfellene der den personlige integriteten blir krenket og man opplever ydmykelse gjennom fysisk tvang eller psykisk nedverdiggelse, ser også ut til i størst grad å kunne relateres til det som oppfattes som overgrep. Utrykking fra uniformert politi og bruk av håndjern i fraktsituasjoner fra legevakt til sykehus er en av de situasjonene som oftest trekkes frem som opplevelse av overgrep. Det samme gjelder tvangsmedisinering ved depot (bl.a. Thune, 2008)

Det er imidlertid ikke gitt at den som ydmyker en annen person har som intensjon å gjøre dette. I slike situasjoner kan vi snakke om tvetydige krenkelser, hvor handlingene ligger i gråsonen mellom hjelp og skade. De fleste av disse handlingene er krenkelser innbakt i hjelpende intervensjoner (Skau, 2003). Det er et viktig poeng hvilke intensjoner vedkommende som utfører maktbruken har, eller i det minste hvilke hensikter pasienten

tillegger vedkommende. Det kan for øvrig virke som om den som utsettes for maktbruken har en ganske god anelse av hva som ligger bak maktbruken. Hvorvidt vedkommende handler ut fra det han eller hun tror er til pasientens beste eller hvorvidt det er maktbrukerens eget sinne eller frustrasjon som kommer til uttrykk, blir dermed avgjørende både i forhold til pasientens opplevelse av tvang og hvorvidt tvangen vurderes som berettiget. En type atferd vil dermed kunne oppfattes forskjellig avhengig av hvem det er som utfører handlingen. En annen observasjon og gjentakende funn er at noen handlinger kan oppleves som krenkende mens de pågår, men bli forstått som nødvendige i ettertid (Norvoll, et al., 2008; Skau, 2003). Det ser dermed ikke til å være graden av tvang eller maktbruk i seg selv, men i hvilken sammenheng det forekommer og hvilken måte det gjøres på som er avgjørende for den totale opplevelsen til pasienten.

2.2.3 Faktisk tvang.

Begrepet “faktisk tvang” er av enkelte blitt definert som den objektive tvangen som faktisk utøves overfor pasienten. Dette vil kunne innebære bruk av tvangsmidler og annen uformell fysisk og psykisk tvang. Fysisk makt er muligens det umiddelbare vi tenker på når vi hører ordet tvang. Dette regnes gjerne som en av de sterkeste og mest direkte formene for makt som kan benyttes i et samfunn og på institusjon (Hatling, 2002). Fysisk tvang er et meget effektivt middel når det gjelder å påvirke en person til å imøtegå en annens ønsker. Ofte er heller ikke bruken av fysisk tvang nødvendig til dette formål, da bare trusselen om dette i seg selv kan føre til at personen føyer seg.

Lidz et al (1997) poengterer at hverken opplevd eller formell tvang alene vil være et fullgodt mål på tvang. Det viser seg ofte å være en stor uoverensstemmelse mellom hva en pasient opplever som tvang og hvorvidt dette kan kalles faktisk eller “objektiv” tvang.

Opplevd tvang ser for eksempel ut til bare å korrelere svakt med rapportering av trusler og fysisk makt (Iversen, Hoyer, & Sexton, 2007). I en studie av Kjellin og Westrin (1998) fant man også at pasienter som ikke hadde vært utsatt for faktisk tvang (her: mekaniske tvangsmidler eller tvangsmedisinering), rapporterte like høy grad av opplevd tvang som de som hadde vært utsatt for faktisk tvang. Videre i en studie av Hoge et al (1998) der man sammenliknet fortolkninger på tvang i innleggelsesfasen, fant man at pasientene opplevde å bli gitt færre lovmessige rettigheter enn det familie og behandlere mente ble gitt.

For å forstå forløperne til opplevd tvang og dermed kunne jobbe mot en reduksjon av dette, er det dermed nødvendig å vite hvorvidt persepsjonen om tvang er realitetsbasert. Den faktiske tvangen er således et viktig aspekt. utfordringen er imidlertid igjen hvordan man skal operasjonalisere og definere tvang på en så objektiv måte som mulig. En mulighet er å observere interaksjoner og kode dem. En annen metode ville være retrospektivt å se etter observerbare "spor" som indikerer at det har blitt utøvd tvang, og en tredje metode å spørre pasienter om å beskrive hva som skjedde (Lidz, et al., 1997). Lidz foreslår for øvrig også en annen tilnærming kalt "most plausible factual account" (MPFC), men som av plassmessige årsaker ikke utdypes nærmere her.

Oppsummering/avsluttende kommentar

Formell tvang, opplevd tvang og faktisk tvang er altså tre relaterte, men ulike former for tvang. I forskningssammenheng anbefales det at man ser på alle disse formene for tvang når man skal studere fenomenet, og at de ulike formene for tvang er kjent og blir benyttet også i klinikken. Før vi ser på den forskningen som er gjort rundt effektene av tvang skal vi se på forekomsten av tvang i Norge de senere år.

3. FOREKOMST OG EFFEKTER AV TVANGSBRUK

Forekomsten og effekten av tvangsbruk er to viktige tema som i stor grad utgjør grunnlaget for debatten om tvang. Disse to momenter vil bli gjort rede for i denne delen av hovedoppgaven, som del av oppgavens problemstilling nr. to. De to første kapitlene tar for seg henholdsvis forekomst av tvangsbruk i Norge, og variasjoner i rapportert tvangsbruk både innad i landet og Norge kontra andre nordiske land. Kapittel tre tar for seg mulige effekter av tvangsbruk, der nasjonal og internasjonal forskning blir presentert. I kapittel fire problematiseres spørsmålet rundt holdninger til tvang.

3.1 Forekomst og statistikk

I dette kapitlet presenteres noen data og beskrivelser på bruken av tvang i Norge. Tallene er ikke spesielt informative isolert sett, men av større viktighet er hva tallene representerer og hvordan de (kan) brukes. Data som presenteres stammer hovedsakelig fra ulike SAMDATA -rapporter og diverse pasienttelling utført av SINTEF Helse. Dokumentasjonen er ment for å gi et innblikk vedrørende noen aspekter i dagens situasjon, og gir nok ikke et fullstendig dekkende bilde og godt nok grunnlag til å trekke endelige konklusjoner.

3.1.1 Datakilder for omfang av formell tvang.

De viktigste kildene til omfang av tvang kommer fra rapportering fra helseforetakenes drift til Norsk pasientregister (NPR) og Statistisk sentralbyrå (SSB). I tillegg har SINTEF Helse siden 1989 utført omfattende pasienttelling. Tallmaterialet for pasienttellingen

rapporteres i stor grad på et nasjonalt nivå (foruten 2003), men NPR og SAMDTA har i senere tid utviklet statistikken over tvangsinnleggelse til også å gjelde geografiske variasjoner (NOU 2011:9). Det stilles krav til at institusjoner i Norge for hvert driftsår skal rapportere opplysninger om tvang til NPR, både når det gjelder tvangsinnleggelse, bruk av tvangsmidler, behandling uten eget samtykke og annen form for tvang. Det har imidlertid vært store problemer med datakvaliteten, da det hvert år registreres manglende og/eller feil rapportering fra en del institusjoner. I Helsetilsynets tilsynsmelding for 2004 oppsummeres situasjonen på landsbasis med at det a) ikke finnes gode data om oppholdstider (liggetid) under tvang, b) ikke finnes gode data om omfanget av tvangsbehandling (f.eks. med legemidler) og c) det er svært mangelfulle opplysninger om bruk av tvangsmidler som belter, isolering og kortidsvirkende legemidler, og store variasjoner mellom de institusjonene det finnes opplysninger fra (Helsetilsynet, 2006).

I motsetning til NPR- registreringene baserer SINTEF's pasienttelling seg på tverrsnittundersøkelser, som kan si oss noe om hvor mange pasienter som er tvangsinnlagt på et bestemt sted på en bestemt dag. Tellingen gir dermed et pålitelig øyeblikksbilde, men tilfeldige forhold eller svingninger denne dagen kan risikere å gi et utypisk helhetlig bilde. Samtidig vil pasienter med lang liggetid veie tyngre i øyeblikksbildet enn innleggelse av kortere varighet. Disse metodologiske utfordringene må tas høyde for ved tolkning av resultatene.

I internasjonal forskning er det vanlig å bruke to ulike mål på omfanget av tvangsinnleggelse; raten og andelen. Raten sier noe om hvor stor andel av befolkningen som tvangsinnlegges, mens andelen refererer til hvor mange av de totale innleggelsene til psykisk helsevern som er hjemlet i tvangsparagraf (Helsedirektoratet, 2009). Dette betyr i praksis at andelen av tvangsinnleggelse et sted kan være høy, mens den totale raten i samme område

kan være lav. Et slikt forhold mellom rate og andel kan indikere en høy terskel for behandling eller det kan være en konsekvens av for eksempel arbeidsfordelingen mellom DPS og sykehus. Men andre ord er andelen tvangsinnleggelse følsomt for forskjeller i tjenestetilbudet både i forhold til organisering og omfang. Ved bruk av tvangsmidler rapporteres dette enten som antall ganger, antall timer eller antall pasienter. Når det gjelder tvangsbehandlingsvedtak rapporteres det totale antall vedtak og antall ganger per pasient.

3.1.1.1 Totale andel henvisninger og innleggelser.

På bakgrunn av pasienttellingene i 2007 rapporteres det i 2006 om ca. 6500 henvisninger på tvang i Norge, kontra 4300 i 2001 (Brofoss & Larsen, 2009). Disse data viser en økning på 52 %, men er ikke overraskende da den totale raten innleggelse har steget tilsvarende. Østfold og Sørlandet mottok flest slike begjæringer med 490 og 350 per 100 000 innbyggere i 2007, mens Førde, Innlandet og Buskerud mottok fra 110 til 130 slike begjæringer. Dette tilsier altså en geografisk variasjon på nesten en til fem på hvor ofte fastleger, legevakt og andre vurderer tvungent psykisk helsevern som nødvendig. Blant foretak med godkjente data fra 2007 ble omtrent 30 % (variasjon fra 15-50 %) av henvisningene om tvang avslått (NOU 2011: 9).

I alt 29 % av pasientene i psykisk helsevern hadde vedtak om tvungent psykisk helsevern i 2007, noe som er en svak nedgang i omfanget siden 1999. Dette kan sannsynligvis forklares med at en god del av henvisningene om tvangsvedtak omgjøres til frivillige vedtak, samt at mange av tvangsinnleggelsene skjer på akuttavdelinger og er av relativt kort varighet slik at de ikke vil påvirke tallene ved tverrsnittsundersøkelser. Av geografisk variasjon (blant 18 av 23 helseforetaksområder med ansvar for psykisk helsevern) hadde i 2009 Helse Førde, Sykehuset Innlandet og Helgelandssykehuset færrest tvangsinnleggelse (100 per 100 000

innbyggere), mens Universitetssykehuset i Nord-Norge, Sørlandet sykehus og Helse Finnmark lå fra 40 til 60 % over landsgjennomsnittet (191 per 100 000).

3.1.1.2 Pasientgrupper og tilleggsvilkår.

Til tross for at pasienter i psykisk helsevern som gruppe generelt stiller svakere økonomisk og sosialt enn befolkningen for øvrig, ser man at de sosiodemografiske forskjellene mellom frivillige og tvangsinnlagte ut til å ha økt de siste årene. Tvangsinnleggelse gjelder i større grad menn enn kvinner, over halvparten er yngre enn 40 år, og det er ofte en rusproblematikk involvert (Lilleeng, Ose, Bremnes, Pedersen, & Hatling, 2009). Tvangsinnleggelse er som regel knyttet til de alvorligste diagnosene og inkluderer blant annet schizofreni, paranoide lidelser, psykososer og maniske tilstander. Pasienttelling fra 2009 viser at 57 % hadde schizofreni eller affektiv lidelse, mens 17 % av de tvangsinnlagte var diagnostisert med rusrelaterte lidelser. I tillegg har færre av de tvangsinnlagte en høyere utdanning, flere har uføretrygd som hovedinntektskilde, færre er gift eller er samboende og flere mangler egen bolig (Helsedirektoratet, 2009). Blant de som underlegges tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold er en høyere andel middelaldrende menn (30-50 år) og har i hovedsak diagnosene schizofreni og paranoide lidelser. De pasientene som opplever tvang er altså en sårbar og ressurs svak gruppe.

Hvis man ser på tilleggskriteriene i løpet av perioden 1999-2007 ser det ut til at andelen pasienter som oppfyller farekriteriet har økt, men at antallet har holdt seg relativt stabilt. I 2007 ble behandlingskriteriet brukt ved 78 % av innleggelsene, behandlingskriteriet og farekriteriet ble sammen brukt i 19 % av tilfellene og farekriteriet alene ble benyttet i ca. 5 % av tilfellene (Bjørnegård, 2008). Når farekriteriet har blitt brukt, viser registreringen i 2007 at dette oftest er fordi pasienten vurderes å være til fare for seg selv, mens hver fjerde pasient

på registreringstidspunktet var ansett å være en fare for andre ved innleggelse (Lilleeng, et al., 2009). Det kan dessuten se ut til at omfanget av tvangsinnleggelser nesten er fire ganger så høyt ved øyeblikkelig hjelp innleggelser som ved vanlige innleggelser (Brofoss & Larsen, 2009).

3.1.1.3 Bruk av tvangsmidler, behandling uten eget samtykke og TUD.

Ved bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming utover 48 timer ser man store institusjons- og avdelingsforskjeller. Mulige forklaringer som trekkes frem rundt disse variasjonene er pasientgjennomstrømning, alvorlighetsgrad, bemanning eller kompetanse hos personalet (Bremnes, Hatling, & Bjørngaard, 2008a). Det ser for øvrig ut til totalt å ha vært en betydelig økning i bruk av mekaniske tvangsmidler fra 2001-2005, både når det gjelder frekvens, antall timer og antall pasienter (Bremnes, et al., 2008a). Bruken av kortidsvirkende legemidler ser ut til ha blitt redusert i forhold til antall ganger brukt (15 %), men likeledes økt i forhold til antall pasienter som har blitt utsatt for det (24 %). Bruk av isolasjon er betydelig redusert (79 %), mens skjermingsvedtak har økt betraktelig både målt i antall ganger (202 %) og antall pasienter (171 %) i løpet av den nevnte seksårsperioden. En stor del av vedtakene er imidlertid knyttet til et fåtall av pasienter, og denne formen for tvangsbruk forekommer hyppigst på sikkerhetsavdelinger og akuttposter (Brofoss & Larsen, 2009).

Når det gjelder TUD og behandling uten eget samtykke er rapporteringen særdeles sprikende og tallene således lite pålitelige. Noen mulige tendenser kan man imidlertid se ut fra data. I sluttrapporten til SINTEF Helse estimeres det at omtrent 2600 utskrivinger fra institusjon til tvunget psykisk helsevern uten døgn ble foretatt i 2007, kontra 1700 slike utskrivinger i 2002. 10 % og 54 % av pasienter som var innlagt på henholdsvis vedtak om tvungen observasjon og vedtak om tvungen innleggelse ble i ettertid skrevet ut til tvunget

psykisk helsevern uten døgnopphold. Pasienttellingen fra 2007 viser at 29 % av de tvangsinnlagte på døgnopphold var blitt utsatt for tvangsbehandling de siste tre måneder, og kun litt over halvparten av disse rapporterte at denne behandlingen var ønsket (Helsedirektoratet, 2009).

3.1.1.4 Opplevd tvang.

Ved pasienttellingen ble det både i 2003 og i 2007 utlevert spørreskjema om behandlingen til innlagte ved døgnavdelinger i psykisk helsevern på selve registreringsdagen. Bare få og små endringer vistes mellom de to registreringstidspunktene. Bare hver fjerde formelt tvangsinnlagte pasient besvarte skjemaet, noe som svekker resultatene. 200 av pasientene som mener de er formelt tvangsinnlagt og 300 som ikke ønsket innleggelse har besvart undersøkelsen. 38 % av de tvangsinnlagte opplevde seg krenket i stor eller svært stor grad, og dette er en mye større andel enn for de frivillige innlagte. En fjerdedel av innlagte på tvungen observasjon og en tredjedel av de innlagte på tvungent psykisk helsevern hadde mottatt behandling med medikamenter som de ikke ønsket. Disse resultatene sammen med bl.a. undersøkelser fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, indikerer at et stort mindretall av de tvangsinnlagte på ulike måter opplever seg krenket, tvangsbehandlet, tilbakeholdt eller på andre måter dårlig behandlet (NOU 2011: 9)

3.1.2 Variasjoner i tvangsbruk.

Ved gjennomgang av ulike tallregistreringer på tvang konkluderes det ofte med at bruken av tvang i Norge er høy sammenlignet med en rekke andre land, både i forhold til andelen innleggelse og den totale raten tvangsinnleggelse i forhold til befolkningsgrunnlaget

(Helsetilsynet, 2006). Ved sammenlikning av de nordiske landene ser man for eksempel at de befolkningsbaserte innleggelsesratene varierte fra 25 av 10 000 i Danmark til 195 av 10 000 i Norge i 2002. Danmark og Island ligger lavest på tvang, mens Norge og Finland ligger høyest. I en undersøkelse gjort i 1993 der 22 land er inkludert er det bare et fåtall av landene som rapporterer like stor grad av tvang som Norge (33 %), og de fleste rapporterer en tvangsandel på mindre enn 15 % (Hatling, 2002). Man har også funnet påfallende store variasjoner innad i Norge vedrørende alle former for tvangsvedtak, både mellom helseforetak og delvis også mellom regionale helseforetaksområder. I det neste delen av hovedoppgaven ønsker jeg å se nærmere på mulige årsaker til variasjoner i tvangsbruk, både internt i Norge, og Norge sammenlignet andre land.

3.1.2.1 Norge kontra andre land.

Forskjeller i lovverket, offentlig statistikk, samt organisasjon og utbyggingsgrad av helse- og sosialtjenester brukes ofte som forklaringer på de observerte forskjellene i tvangsbruk mellom land (Høyser & Dalgard, 2002). I de nordiske landene er lovverket som regulerer psykisk helsevern nokså likt, med noen unntak. På Island, hvor det rapporteres om lite tvangsbruk, har man ikke en særskilt lov om psykisk helsevern, men derimot innlemmes bestemmelsene som regulerer psykisk helsevern i umyndighetslovgivningen. I Sverige har man videre sett en stor nedgang i tvangsinnleggelsesrater etter innføring av nytt lovverk i 1992, der det i lovverket var et klart mål å redusere bruken av tvang. Samtidig kan en forklaring på det tilsynelatende høye tvangstallet i Norge være at i land som Sverige og Danmark har de en mye større andel av pasienter som dømmes til tvungen behandling. I Danmark har for eksempel 2000 personer blitt idømt tvungent psykisk helsevern i perioden 2002 til 2006, mens tallet i tilsvarende periode i Norge ligger på rundt 100 personer (Hanger,

2008). Forskjellene i tallet på sivile² tvangsinnleggelseser mellom land, kan dermed altså gjenspeile ulik praksis og ulik ansvarsfordeling mellom helsevesenet og domstolene. Samtidig argumenteres det med at det norske lovverket gjør det relativt “enkelt” å legge inn med en tvangshjemmel, da man i Norge har en observasjonsparagraf som gjør det mulig med tilbakeholdelse før man med sikkerhet vet om personen har en alvorlig psykisk lidelse. I følge Hatling (2002) er det svært få andre land som har denne bestemmelsen inkludert i sitt lovverk. Norge er også det eneste landet med mulighet til å tvangsbehandle utenfor institusjon, samt at man er også det eneste skandinaviske landet som ikke har muligheter for å overføre fra frivillig til tvungent psykisk helsevern, noe som muligens er med på å gjøre terskelen for gjennomføring av tvangsvedtak lavere (Nilstun & Syse, 2000). Samtidig er det hevdet, (særlig for Danmarks vedkommende), at den offentlige statistikken gir et feilaktig bilde av den faktiske bruken av tvang, da konverteringen fra frivillig til tvungen status ikke er inkludert i statistikken. Slik sett kan man tenke seg at det gjøres en del “skjulte tvangsinnleggelseser” (Høyser & Dalgard, 2002).

Flere studier innen internasjonal forskning avviser imidlertid lovverket som forklaringsfaktor på forskjeller i tvangsbruk (Bremnes, Hatling, & Bjørngaard, 2008b). Eksempler på studier gjort i Nederland og Østerrike viser at en lovendring på tidlig 90-tall, som involverte innskjerpede prosedyrer og rutiner, samt mer brukerinvolvering og pasientdeltakelse, etter kort tid likevel førte til et høyere antall tvangsinnleggelseser. I Belgia vises også samme tendens. I England og Tyskland har man ikke sett noe forskjell i tvangsinnleggelsesrate, til tross for deres helt ulike prosessuelle tilnærming til tvangsvedtak. Tallet på tvangsinnlagte har også sunket i perioden rett etter en lovendring, men økt betraktelig etter kort tid. Dette kan muligens indikere at det er andre faktorer enn lovverket i

² Innleggelseser foretatt av helsevesenet

seg selv som innvirker i forhold til forekomsten av formell tvang. På siden av dette peker dessuten flere studier på viktigheten av ikke å overvurdere lovverkets betydning for å sikre gode helsetjenester. Her vises god praksis vel så ofte gjennom at det skapes tilgang til ressurser, organisering og utvikling av profesjonelle normer og verdier (Hatling, 2002). I verste fall kan jussen bidra til å avpolitiserer viktige spørsmål om hvordan det psykiske helsevernet organiseres og fungerer, samt redusere mulighet til kontroll over hvordan tvangen praktiseres.

3.1.2.2 Variasjoner i Norge.

Årsaksforklaringene som gis til den geografiske variasjonen i bruk av tvang innad i Norge er i stor grad sammenfallene med forklaringene man bruker på forskjeller mellom land. Blant annet legges det vekt på a) ulikheter i sykdomsbilde (sykdomspanorama, opphopning av sosiale og helsemessige problemer), b) befolkningssammensetning (flytting, alders- og kjønnsammensetning, og urbaniseringsgrad), c) tilgjengelighet på og organisering av helsetjenester og d) ulike rapporteringsrutiner (Helsetilsynet, 2006).

Til tross for at det i Norge er et felles lovverk som regulerer virksomheten i psykisk helsevern viser studier at også at holdninger til tvangsbruk og en ulik forståelse og tolkning av regelverket på ulike nivåer i helsetjenesten, kan være viktige forklarende faktorer til variasjonene i tvangsbruk (Brofoss & Larsen, 2009). Ulike holdninger til tvangsbruk vil bli drøftet mer inngående senere i oppgaven, og jeg vil i denne omgang fokusere på klinikerens bruk av skjønn vedrørende formelle tvangsvedtak. Det er imidlertid verdt å merke seg at variasjoner i bruk av tvang mellom institusjoner sannsynligvis ikke er noe særnorsk fenomen, da dette er tilfellet også i andre land (Høyer & Dalgard, 2002).

Det at tolkningen av lovverket overlater mye til klinikernes bruk av skjønn, vil definitivt være en viktig medvirkende faktor på ulikheter i innleggelsespraksis. Flere studier der man har sammenliknet klinikerens bruk av skjønn viser stor variasjon i vurderinger gjort i forhold til blant annet pasientens generelle fungering, diagnose og mulige behandlingstiltak (Engleman, Jobes, Berman, & Langbein, 1998; Way, Allen, Mumpower, Stewart, & Banks, 1998). Slike vurderinger synes å være en komplisert prosess påvirket av en rekke ulike faktorer. Utover krav til lovverket er vurderingen avhengig av klinikerens personlige holdninger til en innleggelse. Holdninger er formet av faktorer som f. eks arbeidsplassens retningslinjer, tidligere rollemodeller, effekten av potensielle rettstvister og vedkommendes personlighet (Engleman, et al., 1998). Andre forklarende faktorer for ulike typer av innleggelsespraksis synes å være ulik kapasitet eller tilgang på døgnplasser, og mulige alternative tilbud til døgnplasser.

Noen steder ser det ut til at tvangsparagrafen brukes strategisk, da ingen andre alternativer er tilgjengelige og at pasienten da innlegges på tvang selv om pasienten selv ønsker behandling. Enkelte steder blir bruk av tvang nærmest et inntakskriterium, fordi avdelingen er sterkt presset (Bjørnegård & Heggstad, 2001; Friis, 2001). Andre studier viser til en liknende tendens, der man tydelig ser sammenheng mellom pasientkarakteristikk, karakteristikk til den faglig ansvarlige og tilgjengeligheten av senger i forhold til om fagansvarlige tvangsinnlegger pasienten eller ikke. Samtidig kan en tenke seg at den manglende muligheten på å overføre fra frivillig til tvungen paragraf, vil være en tilleggsfaktor som gjør det mer "praktisk" med en tvungen innleggelse (Sørgaard, 2007). Et betimelig spørsmål til en slik strategisk bruk av tvangsinnleggelse er hvorvidt nedbyggingen av spesialisthelsetjenesten har gått for fort. Flere rapporter som bl.a. "Evaluering av opptrappingsplanen" (Brofoss & Larsen, 2009), peker på det faktum at de distriktspsykiatriske

senterne ennå ikke ser ut til fylle den viktige rollen de er tiltenkt i forhold til akutt syke pasienter, som har behov for en øyeblikkelig hjelp. Som en konsekvens av dette får derfor akuttpostene et økt press på seg.

Oppsummering/avsluttende kommentar.

God statistikk og analyser over forekomsten av tvangsbruk er viktig i den hensikt å kunne kontrollere og ha oversikt over tvangsbruken. På den måten vil forekomsten av tvang kunne utgjøre et nyttig intervensjonsgrunnlag for forebygging og kvalitetssikring av tvangsbruk. Det knytter seg imidlertid som vi har sett flere problemstillinger og utfordringer til rapporteringsgrunnlaget til bruk av tvang i Norge. Manglende og feil rapportering ser ut til å være gjennomgående og bidrar med dette til å redusere nytten av statistikken. Noen viktige kvalitative tendenser kommer for øvrig til syne; f.eks. at ulike tolkninger av lovverket og bruk av skjønn kan være viktige medvirkende faktorer til variasjonen i tvangsbruk i Norge og mellom land.

Når vi nå har sett på omfanget av og variasjonene i bruk av tvang er det dog hovedsakelig den formelle tvangen det vises til. I det neste delen vil det redegjøres for forskningen på effekter av tvangsbruk.

3.2 Mulige effekter av tvangsbruk

For behandlingseffekter knyttet til tvungen innleggelse eller tvangsbehandling vil jeg hovedsakelig ta utgangspunkt i Georg Høyer sin “Redegjørelse for kunnskapsgrunnlaget i forhold til bruk av tvang i det psykiske helsevern.” (Høyer, 2009). Studiene som er omtalt her er vurdert fra flere hold, og kvalitetsjekkert ut fra kriterier om at; a) tvang/frivillighet må være brukt som uavhengig variabel, b) at studien har definerte utfallsmål og c) at studiene er

publisert etter 1990. Studier om effekten av tvangsmiddelbruk, samt andre mer deskriptive og kvalitative studier er funnet ved hjelp av tvangsnnettverket om forskning på tvang (Tvangsforsk), og ved hjelp av søk i databasene PsychINFO og Medline.

3.2.1 utfordringer i forskningen på tvang

Fenomenet tvang er vanskelig å operasjonalisere og måle, noe som gjør forskningen metodologisk meget krevende. Denne utfordringen er sannsynligvis en av årsakene til at det er gjort lite forskning på området, samt at den forskningen som er gjort er av svært varierende kvalitet. Det å vurdere resultatet av psykologisk/psykiatrisk behandling er komplisert, og en av årsakene er at man ikke nødvendigvis alltid er enige om kriterier for godt behandlingsresultat. Mulige kriterier for effekt kan enten være objektive symptom mål, generelt funksjonsnivå, pasienttilfredshet eller relasjon mellom pasient og behandler. Andre alternativer kan være å se på og vurdere noen andre valgte kombinasjoner. Et annet problem knyttet til bruken av effektmål er de utallige subjektive og objektive faktorer som kan virke inn underveis i behandlingsløpet. Det vil derfor være vanskelig å vite eksakt hva som har gjort et behandlingsopplegg henholdsvis vellykket eller mislykket.

I tillegg til disse metodiske problemer knyttes det også en rekke etiske utfordringer til forskning på tvang. Av etiske grunner er det problematisk å inkludere personer med en alvorlig sinnslidelse i forskningsprosjekter, da det vil være knyttet en usikkerhet til om vedkommende har en samtykkekompetanse. Av sikkerhetshensyn er det også risikabelt å inkludere personer som kan anses som farlige for andre involverte i behandlingsstudier. RCT studier (randomiserte, kontrollerte forsøk) som anses som gullstandarden innenfor behandlingsforskningen vil av etiske årsaker dermed være vanskelig å gjennomføre.

Utvelgelse gjennom loddtrekning der gruppene er pasienter som legges inn på tvang kontra

pasienter som får tvangsvedtak opphevet, er neppe etisk forsvarlig. Ved forskning på TUD vil imidlertid RCT studier innenfor visse rammer la seg gjennomføre. Kasus-kontroll studier kan i denne sammenheng også være en god alternativ metode til dette formålet. I en slik type design sammenlikner man pasienter som har tvangsvedtak med pasienter som er frivillig innlagt, men som likevel har store likheter på sosiodemografiske og sykdomsrelaterede variabler (Helsedirektoratet, 2009). CBA-studier ("Controlled Before and After"), hvor man sammenlikner ulike variabler hos pasienten før og etter en intervensjon kan også være et annet alternativ. Kvalitative studier vil også kunne være viktige bidrag når man ønsker å få en dypere forståelse av enkeltindividets opplevelse av tvangen spesielt og behandlingen generelt.

Det finnes flere ulike effektmål i forskningen omkring bruken av tvang. De vanligste variabler er bruken av symptom- og sykdomsmål, helsetjenestemål, og subjektive effektmål. Mange av studiene som presenteres her har flere problemstillinger og ulike effektmål innbakt i samme undersøkelse, og det blir da vanskelig å gi en systematisk og ryddig presentasjon. Jeg vil likevel forsøke å presentere studiene etter hvorvidt hovedfokuset er på symptommål, helsetjenestemål eller subjektive effektmål.

3.2.1.1 Symptommål.

I de fleste av studiene der symptomer brukes som effektmål (som regel målt ved GAF (Global Assessment of Functioning Scale) eller BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)) rapporteres at tvangsinnlagte eller pasienter på TUD har like stor grad av symptom bedring³ som frivillig innlagte. Dette gjelder også der opplevd tvang er inkludert som en uavhengig variabel (Bindman et al., 2005; Kallert, Glöckner, & Schützwohl, 2008; Wallsten, Kjellin, & Lindstrom, 2006). Pasientenes rapportering av egen bedring viser heller ingen forskjeller

³ Bedring på GAF rapporteres ofte som 10 poengs økning

mellom frivillig innlagte og tvangsinnlagte pasienter i de studier der dette er sammenliknet (Kjellin et al., 2004; Meyer, Taiminen, Vuori, Äijälä, & Helenius, 1999). I noen studier rapporteres symptombedringen underveis å være større for tvangsinnlagte enn for frivillige innlagte (Kjellin, Andersson, Candefjord, Palmstierna, & Wallsten, 1997; Wallsten, et al., 2006). Et slikt funn kan sannsynligvis forklares med at disse pasientene ofte er dårligere enn de frivillig innlagte, og dermed også har et større potensial for bedring. En stor del av disse symptomendringene skyldes mest sannsynlig bruk av medikamenter. Det finnes imidlertid få studier hvor man har sammenliknet tvangsbehandlede pasienter kontra frivillig medisinerte pasienter, og den eneste forskjellen man har funnet er lengre liggetid hos tvangsmedisinerte kontra frivillig medisinerte (Jarrett, Bowers, & Simpson, 2008). Med tvangsbehandling er det i all hovedsak tvangsmedisinering det refereres til, selv om andre tiltak også kan være aktuelle.

Det finnes også studier som har sett på utviklingen av PTSD i etterkant av en tvangsinnleggelse. I en finsk studie fant f.eks. Meyer et al (1999) at 11 % av 46 akuttinnlagte psykotiske pasienter utviklet PTSD i ettertid (målt ved IES-R; Impact of Event Scale Revised) og CAPS; Clinician-Administered PTSD Scale). 69 % av symptomene på traumatisering ble i denne undersøkelsen tilskrevet den psykotiske tilstanden og 24 % tilskrevet innleggelsen. Forfatterne konkluderer med at psykotiske symptomer og vrangforestillinger i seg selv ser ut til å være mer traumatiske enn tvangsintervensjonene som brukes for å få bukt med disse forestillingene. Man kan imidlertid spørre seg om hvor nøyaktig det er mulig å differensiere mellom hvilke faktorer som leder til traumatisering.

3.2.1.2 Mål på bruk av helsetjenester.

Hvordan pasienter benytter seg av helsetjenester etter behandling er et annet vanlig effektmål som brukes i forskningen på tvang. I et slikt forskningsparadigme kan man se på antall gjeninnleggelser, liggetid og formell legal status på de påfølgende innleggelser. Etterfølgelse av anbefalt behandling er også et mye brukt mål, særlig relatert til oppfølging av medisiner etter utskrivelse.

Studier der helsetjenestemål benyttes som effektmål gir ikke et entydig bilde. Noen studier viser at det er større sannsynlighet for gjeninnleggelser hos personer som tidligere har vært tvangsinnlagt og at også disse gjeninnleggelsene med stor sannsynlighet vil skje ved et tvangsvedtak (Feigon & Hayes, 2001; Fennig, Rabinowitz, & Fennig, 1999). Andre studier finner derimot ikke slike forskjeller (Kallert, et al., 2008), og f. eks viser en israelsk undersøkelse at de tvangsinnlagte hadde mindre sjanse for gjeninnleggelse, men deres liggetid var vesentlig lengre enn for de frivillige innlagte (Valevski, Olfson, Weizman, & Shiloh, 2007).

Det finnes etter hvert mye forskning på TUD. Det er skrevet flere oversiktsartikler og det er også gjort en Cochrane⁴ -gjennomgang over denne formen for tvang. Samlet sett kan resultatene fra denne forskningen indikere at TUD ikke nødvendigvis gir bedre behandlingsresultat enn vanlig behandling (frivillig ettervern) i forhold til viktige utfallsmål. (Kisely et al 2007; Steadman et al 2001). I en RCT studie utført av Swartz et al (1999) finner man imidlertid at TUD av lenger varighet (mer enn 6 mnd.) ser ut til å være assosiert med færre innleggelser og antall liggedøgn på institusjon sammenliknet med kortere TUD og kontrollene. Lett tilgjengelige og godt utbygde poliklinikker, samt et forpliktende behandlingstilbud tilknyttet disse (enten i kommunene eller som del av

⁴ Cochrane gruppen er en verdensomfattende gruppe som primært gjennomgår kvaliteten på RCT-studier og har som formål å utvikle oppdatert og presis informasjon om effekt av helsetiltak

spesialisthelsetjenesten), ser samtidig ut til å være en forutsetning for at TUD skal være effektivt (Swartz & Swanson, 2004; Swartz et al., 1999; Winick, 1997). Noen studier har også vist at personer på TUD i større grad benytter seg av polikliniske tjenester enn de som er frivillige brukere (Hiday & Scheid-Cook, 1989; Kisely, Campbell, Preston, & Xiao, 2006; Munetz, Grande, Kleist, & Peterson, 1996; Preston & Kisely, 2002; Swartz, Swanson, Wagner, Burns, & Hiday, 2001). Hvorvidt denne forskjellen skyldes selve tvangsrammen, eller flere tjenester og bedre kvalitet på tjenestene, er imidlertid vanskelig å si noe eksakt om. Kaltiala-Heino (1997) finner at pasienter som opplever en innleggelse som tvunget (uavhengig av den formelle legale statusen) i større grad har dårligere utbytte av behandlingen, rapporterer skadelige og negative effekter av tvangsbruken og i mindre grad oppsøker helsetjenester i etterkant. Årsaken til disse forskjellige funnene kan skyldes ulike opplevelser av tvang, samt at personer på TUD kanskje i større grad enn de som kun har vært innlagt blir fulgt opp av kommunale helsetjenester over tid.

En kvalitativ, fenomenologisk undersøkelse av Watts og Priebe (2002) viser også at pasienter som er i kontakt med ACT team⁵ ikke alltid følger opp denne behandlingen, og at den manglende oppfølgingen like mye er betinget i kulturelle og historiske forhold som et resultat av mangel på innsikt (som man kanskje ofte begrunner det med). Mange av pasientene i dette studiet hadde tidligere erfart å bli avvist av helsevesenet, og alle hadde blitt utsatt for tvangsrelaterte prosedyrer. Dette førte til at de senere kviet seg for å ta kontakt med psykisk helsevern. Relatert til disse funnene beskrevet ovenfor kan man spørre seg om bruk av helsetjenester, gjeninnleggelser eller behandlingsoverholdelse er gode mål for om behandlingen anses som vellykket eller ei.

⁵ Assertive Community Treatment, et tverrfaglig oppsøkende team som skal følge opp og gi behandling til mennesker med alvorlige psykiske lidelser og tilleggslidelser.

3.2.1.3 Subjektive effektmål.

Av subjektive effektmål ser man at opplevd tvang stadig benyttes mer i tvangsforskningen, da både som definisjon på tvang og som effektmål av tvangsbehandlingen. MacArthur gruppens “Mac Arthurs Perceived Coercion Scale” (MAPCS; (Gardner et al., 1993; Lidz et al., 1995) og “The Coercion ladder” (TCL; (Høyer et al., 2002) er de målene som er mest vanlige i kvantitativ forskning. Her måles blant annet graden av påvirkningsmuligheter og medbestemmelse pasienten opplever å ha i innleggelsesprosessen. Innsikt og egenvurdert psykisk helse er andre områder som ofte ønskes vurdert, og her er MacArthur Competence to Consent to Treatment (MACCT; (Grisso, Appelbaum, & Hill-Fotouhi, 1997)) og Hopkins Symptoms Check List (HSCL-90; (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974)) eksempler på instrumenter som måler disse to fenomenene. Hvorvidt pasienter er fornøyd med behandlingen brukes også ofte som et effektmål. Når det gjelder tvang har man særlig fokusert på hvorvidt den tvangsinnlagte i ettertid mener at tvangsbruken var berettiget og om han/hun ønsker å bli lagt inn på tvang på nytt dersom en liknende situasjon skulle skje i fremtiden. Rejection Experience Scale (Link, 1987) og Experience of Stigma Questionnaire (Wahl, 1999) kan brukes til å måle livskvalitet, opplevelse av krenkelse, overgrep eller stigmatiserende og nedverdiggende behandling.

Studier om pasientens opplevelse av tvang ser ut til å bekrefte de funn som tidligere har blitt beskrevet i oppgaven, det vil si at opplevd tvang kvalitativt skiller seg fra formell tvang. Det faktum at flere pasienter ikke en gang kjenner til sin formelle legale status (f.eks. Sørgaard, 2007) illustrerer tydelig behovet for å ta i bruk flere variabler for å måle innvirkningen av tvang. Det viser seg også å være stor forskjell mellom hva pasientene rapporterer som tvangsintervensjoner underveis i oppholdet, og hva personalet selv har dokumentert og rapportert (jamfør forskjellene mellom faktisk og opplevd tvang) (Kjellin & Westrin, 1998; Poulsen & Engberg, 2001; Wallsten, Kjellin, & Sjöberg, 2008). Hvorvidt

pasienter under tvang ser seg tilfreds med behandlingen varierer kraftig og ulike studier presenterer ulike tall. Mellom 39 % og 81 % rapporterer på tvers av studier at innleggelsen har vært til hjelp, og mellom 33 % og 75 % kan i ettertid fortelle at de anser innleggelsen som berettiget (Katsakou & Priebe, 2006). Samtidig ser det ut til at en stor andel har negative opplevelser knyttet til tvangsinnleggelsen (28-48 %), og mellom 6 % og 33 % sier eksplisitt at innleggelsen ikke har vært til hjelp eller har vært direkte skadelig. Et annet interessant funn er at en betydelig andel pasienter i flere studier rapporterer at de ikke ønsker seg samme type behandling igjen, (dvs. fremgangsmåte og tiltak), til tross for at flertallet av respondentene opplevde seg bedre ved utskrivelse. I en studie av Kjelling et al. (2004) sier for eksempel 68 % av pasientene innlagt på tvang at de opplevde seg bedre i etterkant av innleggelsen, men kun 32 % oppga at de ønsket samme behandling på nytt dersom en liknende situasjon skulle oppstå. Det er for øvrig verdt å nevne at heller ikke blant frivillige innlagte i denne studien var alle fornøyde med behandlingen. Totalt rapporterte 67 % av de som formelt var frivillig innlagt om bedring, og totalt 53 % ønsket samme behandling ved en eventuell fremtidig innleggelse. Majoriteten av tvangsinnlagte i ulike studier rapporterer også at de har opplevd å få sin personlige integritet krenket. I Kjellin et al (1997), fant man at 56 % av de tvangsinnlagte som ble vurdert som bedret, og 95 % av de som ikke var bedret rapporterte krenkelse av sin autonomi. Samtidig har man sett i andre studier at også frivillige innlagte rapporterer at de har blitt krenket under innleggelsen. Kjellin, Westrin, Eriksson & Axelsson-Östman (1993) fant f.eks. at 42 % av de frivillige innlagte og 50 % av de tvangsinnlagte rapporterte om slike krenkelser. Mange rapporterer også et mindre negativt syn på tvangsinnleggelsen etter som tiden siden innleggelsen ble fjernere (Katsakou & Priebe, 2006), selv om opplevelsen av tvang ser ut til å holde seg konstant. Det er likevel et konsistent funn

at tvangsinnlagte ser ut til å være generelt mindre fornøyd med behandlingen enn frivillig innlagte.

En studie utført av Iversen, Høyer & Sexton (2007) viser at graden av opplevd tvang ikke nødvendigvis predikerer pasienttilfredshet. I denne studien var det graden av akkumulert tvang som i størst grad predikerte tilfredshet, og av de enkeltstående målene (formell tvang, opplevd tvang og objektiv tvang) var det kun den faktiske tvangen som hadde prediktiv verdi i forhold til pasienttilfredshet. Kjellin og Wallsten (2010) fant imidlertid ikke noen sammenheng mellom akkumulert tvang og subjektiv eller "objektivt" behandlingsresultat. Flere studier har vist at faktisk tvang, som for eksempel bruk av mekaniske tvangsmidler som belter og remmer, isolasjon og bruk av korttidsvirkende legemidler kan ha alvorlige negative fysiske og psykiske konsekvenser for pasientene (Fisher, 1994). Dette kan relateres til tidligere funn, der fysisk tvang i stor grad knyttes til opplevelse av krenkelse og ydmykelse, i tillegg til eventuelle fysiske skader. Selv om bruken av tvangsmidler i noen tilfeller kan hindre skade og redusere agitasjon hos pasienten, vil det også kunne svekke den terapeutiske relasjonen og øke hyppigheten av voldelige episoder og fysiske skader (Wynn, 2003). Samtidig kan opplevelse av retraumatisering forekomme hos pasienter som tidligere har opplevd fysiske overgrep (Norvoll, 2011).

Pasientens syn på behandlingen den første uka har for øvrig vist seg å kunne ha prediktiv verdi i forhold til langtidsprognose, både i henhold til virkningen av antipsykotiske medikamenter, psykoterapi, bruk av polikliniske tilbud og døgninnleggelse til tvangsinnlagte pasienter. Priebe et al. (2009) fant i sin undersøkelse basert på data fra 22 sykehus i England, at det samme ser ut til å gjelde også for tvangsinnlagte pasienter. De pasientene som hadde et negativt syn på behandlingen den første uken etter innleggelse hadde større sannsynlighet for reinnleggelse et år senere, samt mindre sjanse for å akseptere tvangsinngrepet i ettertid.

Høyere generell fungering (målt ved GAF) var assosiert med mindre tilfredshet med behandlingen og aksept av innleggelsen.

Hva tvangsmedisinering angår ser det gjennomgående ut til at pasienter opplever dette som negativt, til tross for at mange i etterkant har gitt sin aksept (Jarett et al., 2008). I en studie utført av Greenberg, Moore-Duncan og Herron (1996) opplyste 60 % av de tvangsinnlagte i undersøkelsen at de aksepterte tvangsinngrepet i ettertid. Swartz, Vingan og Perez (1988) sammenliknet i sin studie de som ikke aksepterte tvangsmedisineringen med de som i ettertid aksepterte. De fant at førstnevnte pasientgruppe hadde en høyere skår på BPRS (de var dårligere) enn den aksepterende gruppen. Dette funnet kan indikere at disse pasientene i utgangspunktet var dårligere, eller at medisineren ikke hadde fungert optimalt på denne gruppen. Blant mange eksisterer også sterke følelser av sinne, frykt og ydmykelse som en reaksjon på tvangsmedisineringen, og dette til tross for at de i ettertid aksepterer tvangen. Lite fokus på alternativer til tvangsmedisinering fra behandlernes side er også rapportert i en studie utført av Haglund et al. (2003), der sykepleierne gjennomgående fokuserte på bedringsmuligheter ved medisineren, mens pasienten i større grad var opptatt av de negative konsekvensene ved medikamentell behandling. I en undersøkelse av Estroff (1985) finner man også ambivalente holdninger til medisineren blant pasientene, særlig på grunn av bivirkninger og den følelsesmessige påvirkningen bruken av medisiner hadde. Nicholson (1999) rapporterer imidlertid fra noen studier der de fleste pasientene var tilfredse med tvangsbehandlingen og rapporterte at de fikk utbytte av den (som også inkluderer symptomreduksjon). Til tross for at tvangsmedisinering kun kan benyttes i behandlingsøyemed og ikke som et tvangsmiddel, er det likevel glidende overganger og uklare skiller mellom disse to formene for tvangsmedisinering. I en litteraturgjennomgang av Jarett, Bowers og Simpsons (2008) fokuseres det f.eks. kun på tilfeller der tvangsmedisinering

blir brukt som et tvangsmiddel. Dette kan illustrere de noe uklare skillene mellom tvangsmedisinering som tvangsmiddel og i behandlingsøyemed, noe som igjen kan tenkes å skape problemer både i diskusjonen og kunnskapsgrunnlaget om tvang.

Oppsummering/avsluttende kommentar

Det eksisterer altså til en viss grad forskning på effekter av tvangsbruk, men de metodologiske utfordringene er mange og det gjenstår fortsatt mye arbeid før man har utarbeidet en solid kunnskapsdatabase på feltet. Av resultatene som finnes indikerer de at tvangsbruk kan ha både positiv og negativ innvirkning, avhengig av definisjonen på tvang i studien og hvilke behandlingsmål som benyttes.

En annen interessant tilnærming er å se på folks holdninger til og erfaringer med tvangsbruk. Jeg vil i det neste kapitlet sålede se nærmere på pasienters og helsepersonells syn på og holdninger til tvangsspørsmålet.

3.3 Holdninger til tvang

Det umiddelbare inntrykket man får ved å følge diskusjonen om tvang i media er gjerne at bildet er nokså svart-hvitt. Ansatte i det psykiske helsevernet kan i stor grad se ut til å forsvare bruk av tvang, mens f. eks brukerforeningene på den andre side tar den motsatte posisjonen, og argumenterer mot tvang og en “umenneskelig psykiatri”. Debatten favner bredt og føres i det offentlige rom og internt i fagmiljøene, noe som kan gjøre det hele komplisert og uoversiktlig.

For å kunne utforske dette perspektivet nærmere tar jeg i dette kapitlet for meg holdninger til tvang hos helsepersonell og hos pasienter. Referansematerialet er hovedsakelig

hentet fra hovedrapporten til BAT-prosjektet (Norvoll, et al., 2008) og offentlige uttalelser gjort av representanter for ulike aktuelle profesjoner og brukerforeninger.

3.3.1 Helsepersonell.

Holdninger kan være basert på kunnskap og/eller være ervervet gjennom erfaringer, og kan komme til uttrykk gjennom oppfatninger og meningsytringer, som følelsesmessige reaksjoner, og i handlinger (Store norske leksikon, 2011). Det ser ut til å være nokså store variasjoner mellom helsepersonell rundt holdninger til bruken av tvang (Husum, Bjørngaard, Finset, & Ruud, 2010; Norvoll, et al., 2008; Wynn, 2003). Holdningene varierer både på individnivå, samt mellom ulike poster i et sykehus, og mellom sykehus. Det ser ut til å være en betydelig sammenheng mellom holdninger hos helsepersonell og bruk av tvang. Kulturelle holdninger, personalets rolleoppfatninger og holdninger hos sykehusadministrasjonen innvirker f. eks i stor grad på bruken av mekaniske tvangsmidler (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Fra hovedrapporten til prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang (BAT), der 6 sykehus med til sammen 10 akuttposter var representert, fant man at det blant personalet på de avdelingene der ulike alternative tiltakene ble prøvd ut, var det en tydelig spenning i synet både på den formelle og uformelle tvangen (Norvoll, et al., 2008). Noen av personalet la tydelig vekt på regelbruk og regelbasert kontroll, mens andre vektla en mer fleksibel og individuell tilnærming. Det kom også frem at de som jobbet på avdelingene generelt var opptatt av hvordan tvangen utøvdes, og at man måtte gjøre dette mest mulig humant og respektfullt som mulig, i de situasjoner der tvangen ble ansett å være nødvendig. Skepsis i forhold til prosjektet med å redusere bruk av tvang var hovedsakelig relatert til tre områder. Disse var a) egen sikkerhet, b) erfaringer med at pasientene i en del tilfeller selv ønsket å bli beltelagt eller isolert og c) en tanke om at man "ville gjøre det beste for pasientene når de selv

ikke var i stand til dette”. Et gjennomgående funn var dessuten at de aller fleste ønsket å bli sikrere på bruken av tvang og hvordan håndtere vanskelige situasjoner med pasienter, slik at kvalitetssikringsaspektet ved tvang gikk lettere gjennom enn målet om tvangsreduksjon i seg selv (Norvoll, et al., 2008).

Når det gjelder hvorvidt tvangen kan være ødeleggende for pasientens personlige integritet synes det for øvrig generelt å være et større fokus på dette blant leger og psykologer enn blant resten av personalet. En årsaksforklaring til disse forskjellene kan være roller i og erfaringer fra eget praksisfelt, da psykologer og psykiatere har ansvar og yrkesutøvelse rettet mot vedtakene om tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering. For helsepersonell som omgås pasientene gjennom store deler av dagen vil temaet som sikkerhet og trygghet på avdeling være viktigere (Wynn, 2003). Ulikt syn på bruk av tvang mellom psykiatere og psykologer har imidlertid blitt dokumentert i flere studier. En studie av Steinert et al (2005) viser bl.a. at det i fire europeiske land er en mer positiv holdning til ”tvingende prosedyrer” blant psykiatere og sykepleiere enn blant psykologer og sosialarbeidere. Wynn (2003) finner også i sin undersøkelse at psykologer og sosialarbeidere var mer positive til bruk av psykoterapeutiske intervensjoner i den hensikt å redusere tvangen, enn det leger og det øvrige personalet var. Ut fra disse funnene kan det synes som den støtter den noe tradisjonelle fremstillingen av psykiateres primære fokus på medisinerer og symptomendring, mens psykologens rolle er rettet mot det å være en “samtalepartner” med fokus rettet mot tilfredshet. I arbeidsgruppen som arbeidet med vurdering av behandlingvilkåret i psykisk helsevernloven (Helsedirektoratet, 2009) var det hovedsakelig leger og psykiatere som ønsket at både psykisk helsevernloven og behandlingskriteriet burde forbli slik som det er i dag, mens psykologforeningens representant stilte seg mer skeptisk.

Leder i Norsk psykiatrisk forening presiserer i et innlegg på foreningens hjemmeside at argumentet for dette er av både faglig og humanistisk art, og at “*dersom man bare skulle*

stå igjen med farekriteriet alene ville dette innebære og likestille alvorlig psykisk lidelse, tvangsbehandling og farlighet” (Johannessen, 2010). Dette kan man tenke seg vil medføre at man må vente til tilstanden blir av en slik alvorlighetsgrad at det oppstår farlighet til man griper inn og gir behandling. Det er slik sett en nær sammenheng mellom farevilkåret og behandlingsvilkåret, og det argumenteres med at farlighetsvilkåret i seg selv vil være mer diskriminerende enn behandlingsvilkåret.

Psykologforeningen på sin side har vært noe mer kritiske til selve behandlingskriteriet, i alle fall slik det fremgår i psykisk helsevernloven i sin nåværende form. Det var i utgangspunktet Norsk Psykologforening sammen med Mental Helse som oppfordret Helse- og omsorgsdepartementet til å se nærmere på behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven (Helsedirektoratet, 2009). Psykologforeningens representant i denne arbeidsgruppen, fagsjef Anders Skuterud, sier at “dagens behandlingskriterium åpner for større grad av paternalisme enn ønskelig” (Halvorsen, 2009).

3.3.2 Pasienter og pårørende.

Når det gjelder holdninger til tvang generelt ser det ut til å være ganske store variasjoner i synet på tvang blant brukere, selv om det naturlig nok er et felles ønske om å redusere og kvalitetssikre tvangsbruken. I BAT- prosjektet plasserte brukerne seg på et kontinuum fra de som er positive til tvang i enkelte situasjoner, til de som av prinsipp mener at tvang er galt og ikke kan forsvares med mindre det foreligger direkte fare (Norvoll, et al., 2008). En slik posisjonering i holdninger til tvang ser ut til å gjenspeiles også i pasientpopulasjonen for øvrig. Blant de pasientene som hadde opplevd tvang, (som f.eks. tvangsinnleggelse eller tvangsmedisinering), var det både de som opplevde dette som krenkende og traumatisk og de som opplevde dette som betryggende. Variasjonene knytter

seg til hvilke erfaringer pasientene har fått fra å være i situasjonene og hvordan de opplever å ha blitt møtt. Grad av involvering i beslutningsprosessen og hvorvidt tvangen underveis eller i ettertid virker rimelig, er også de faktorene som har blitt relatert til graden av opplevd tvang. Spørsmålet om holdninger og praksis blant helsepersonell er imidlertid viktige faktorer og neves av flere som fundamentale faktorer for at behandling skal ha en positiv effekt. Gode holdninger og trygghet kan således være avgjørende for god behandling og ivaretagelse, og muligens være det nødvendige verktøyet dersom man skal forsøke å redusere bruken av tvangsmidler og andre tvangstiltak.

Med innføringen av pasientrettighetene og økt fokus på brukermedvirkning i psykisk helsevern, har det de senere år blitt etablert en rekke nye organisasjoner for pasienter og pårørende, samt plattformer for utveksling av brukererfaring. Blant de største og mest kjente bruker- og pårørende foreningene for psykisk helse i Norge finner vi Mental Helse, "We Shall Overcome" (WSO) og Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP).

WSO er den organisasjonen som ser ut til å stille seg mest negativ til legitimering av tvangsinleggelse og bruken av tvang generelt. WSO uttrykker generell skepsis til psykisk helsevern slik det fremstår i dag, og organisasjonen kritiserte BAT -prosjektets målsetninger og opplegg. Sammen med lederen av menneskerettighetsutvalget i PPT utgjorde de et mindretall som ønsket både behandlingskriteriet og psykisk helsevernloven fjernet.

Mental Helse er den desidert største brukerorganisasjonen innen psykisk helse Mental Helse stilte seg for øvrig ikke bak ønsket om å oppheve behandlingsvilkåret på tiden da rapporten om behandlingskriteriet ble skrevet. Etter landsmøtet i oktober i fjor gikk imidlertid styret enstemmig inn for å fjerne behandlingskriteriet og aller helst også psykisk helsevernloven. Det er imidlertid ulike meninger om dette innad i foreningen, og en må således være svært forsiktig med å generalisere dette.

LPP ser også ut til å være noe splittet i forhold til behandlingsvilkåret og tvang generelt. Denne splittelsen gjenspeiles i de forskjellige vurderingene deres to representanter i arbeidsgruppen har gjort. En av representantene ønsket hele loven fjernet, mens den andre mente det ikke var behov for endringer. Høringsuttalelser gjort av LLP, samt uttalelse fra leder i LPP gjenspeiler imidlertid enstemmighet i deres landsstyre om at det ikke nødvendigvis er lovverket som må endres, men derimot holdningene og praksisen innenfor psykisk helsevern.

Oppsummering/avsluttende kommentar

Det at pasienter og helsepersonell som individer og grupper sitter med ulik kunnskap og ulike erfaringer tilsier dermed at holdningene vil kunne variere betraktelig, noe som vi tydelig har sett i dette kapittelet. Det kan for øvrig se ut til at det er variasjoner i holdninger til tvang også pasienter og helsepersonell i mellom og ikke bare mellom pasienter og helsepersonell per se. Det presiseres for øvrig at informasjon presentert i dette kapittelet på ingen måte kan konkludere med noen “harde fakta”, men at materialet kan brukes for å illustrere ulike måter å forstå og tilnærme seg tvangsspørsmålet på.

4. DISKUSJON OG OPPSUMMERING

Hensikten med denne hovedoppgaven var å se nærmere på begrepet og fenomenet tvang innenfor rammen av psykisk helsevern, samt å gjennomgå statistikk og forskning på henholdsvis forekomsten og effekter av tvangsbruk. Litteraturen og forskningen som er gjennomgått i denne hovedoppgaven peker på flere utfordringer rundt tvangstematikken. Blant disse utfordringene kan nevnes a) tvangsbegrepets kompleksitet, b) utfordringer rundt registrering og rapportering av tvangsbruk og c) sprikende og usikre forskningsresultater på effekten av tvang. I denne siste delen av hovedoppgaven presenteres og diskuteres disse utfordringene nærmere, samt at jeg vil prøve å trekke noen endelige konklusjoner.

4.1 Tvangsbegrepet meningsfullt?

Tvangsbegrepets kompleksitet og manglende avklarte definisjon er sannsynligvis den viktigste årsaken til at debatten om tvang kan bli uryddig og komplisert. Formell tvang, opplevd tvang og faktisk tvang er tre ulike (men til dels relaterte) former for tvang og begrepene kan lett bli forvekslet med hverandre. Innenfor disse ulike typene av tvang finner man også graderinger og nyanser. Av formell tvang er det bl.a. viktig å skille mellom tvangsinnleggelse (med og uten døgnopphold), tvangsmedisinering og tvangsmiddelbruk, da disse tre tvangsformene kan ha vidt ulikt opphav og konsekvenser. Når man snakker om skillet mellom tvang og frivillighet er det dessuten viktig å huske på at dette ikke er separate kategorier, men derimot to dimensjoner som strekker seg langs et kontinuum, fra full frivillighet ved at man selv oppsøker psykiatrisk hjelp i den ene enden, til en åpen fysisk tvang i den andre enden (Høyer & Dalgard, 2002; Nilstun & Syse, 2000). Selv om ulike former for tvang er godt kjent i fagmiljøene, er det ikke like opplagt at denne terminologien

og bakenforliggende empirien er kjent for allmennheten. En konsekvens av upresis ordbruk i diskusjonen om tvang vil være at samme begrep tillegges ulikt meningsinnhold. Ut i fra dette kan det argumenteres for at tvangsbegrepet i seg selv er lite presist og nyttig, noe som hemmer en konstruktiv debatt.

Utover den upresise definisjonen på tvangsbegrepet er det en utfordring at diskusjonen baserer seg på så mange ulike typer av erfaringsgrunnlag og referanserammer. Holdninger, etablert gjennom kunnskap og erfaring, er sannsynligvis styrende for hva slags fokus man har og fra hvilken type av kunnskap man henter sine argumenter fra. Tidligere pasienter som har opplevd krenkelse og overgrep vil sannsynligvis fokusere mer på egenerfaring og forskning som understøtter de negative konsekvensene ved tvang, enn det eksempelvis psykiateren som har opplevd tvangsbehandling med mange positive pasientforløp i form av symptomlette vil gjøre. Slik sett blir enkelte funn isolert fra andre, noe som definitivt vil være med på å skape de skjevhetene og unyanserte diskusjonene vi finner i media, men også i fagmiljøer internt.

Samtidig kan det godt være at man er mer enige i tvangsspørsmålet enn man tror, men at nettopp ulike kunnskapsbaser og språklige referanser kan være opphav til misforståelser. Noen vil for eksempel kunne uttale seg utelukkende på et prinsipp- og verdigrunnlag med abstrakte ideologiske eller filosofiske definisjoner, mens andre konsekvent refererer til empiri og dokumenterte "fakta".

4.2 Et tall på tvang – hva sier det oss egentlig?

Statistikk over forekomsten av tvang benyttes ofte i tvangsdebatten. Bruken av tvang i Norge blir de fleste steder rapportert å være høy sammenliknet med andre land. Ut fra den teori og empiri som er lagt til grunn i denne oppgaven, kan en slik påstand sies å være en sannhet med visse modifikasjoner.

For det første er det vanskelig å sammenlikne tvangsbruk mellom land. Dette skyldes både ulik lovgivning og organisering av helsetjenester i de forskjellige landene.

Observasjonsparagrafen og muligheten til å gjøre om fra frivillig til tvungent vedtak er eksempler på ulikheter i lovgivningen som vil ha en innvirkning. Som nevnt er det for eksempel i Sverige og Danmark vesentlig flere som blir dømt til tvungent psykisk helsevern enn i Norge, men disse tallene blir "kamouflert" når man sammenlikner disse landene hva sivil tvangsinnleggelse angår. På dette grunnlaget har enkelte også argumentert for at bruken av tvang i Norge er lav. Forekomsten av tvang i Norge kan dermed sies å være høy, lav eller moderat, alt ettersom hvilke "briller" man tar på seg for å vurdere dette.

For det andre er tallene på tvangsvedtak og tvangsbruk i Norge svært usikre, da rapporteringen fra de ulike institusjoner og helseforetak er mangelfulle og lite systematiske. Det fremgår heller ikke alltid om den registrerte tvangsparagrafen er knyttet til henvisningen om tvangsinnleggelse eller selve tvangsvedtaket gjort av faglig ansvarlige psykiater eller psykologspesialist ved innleggelse. Disse faktorene er med på å komplisere registreringsprosessen og gjøre det vanskelig å holde oversikt over antall tvangsinnleggelser i landet. Forhåpentligvis kan dette bedre seg i fremtiden, men usikkerheten rundt disse tallene per dags dato tilsier at sammenlikning av den totale tvangsbruken mellom land kanskje ikke er særlig nyttig.

Statistikken over formell tvang sier for øvrig ikke noe om hvor mye tvang som faktisk brukes og hvor mye tvang som oppleves. Selv om det er ønskelig å holde det formelle tvangstallet nede (både av hensynet til rettsikkerheten til individet og samfunnet generelt), så har forskningen vist at formell tvang i seg selv ikke automatisk er forbundet med negative effekter. I pasientellingene for 2003 og 2007 ble for øvrig opplevd tvang også inkludert i spørreundersøkelsen. Det kan argumenteres for at dette bør gjøres rutinemessig sammen med registrering av faktisk tvang (og formell tvang), for å få et helhetlig og realistisk bilde over

bruken av tvang. Det er imidlertid utfordringer knyttet til å måle både opplevd og faktisk tvang, da dette krever deltakelse henholdsvis av pasientene selv og av observatører. Samtidig vil heller ikke en oversikt over forekomsten av opplevd tvang være spesielt nyttig i seg selv, da opplevd tvang ikke er et *enten - eller* fenomen. Opplevd tvang trenger heller ikke nødvendigvis å være assosiert med negative effekter i etterkant, men her trengs det mer forskning for å kunne si noe sikkert. Det virker således mer meningsfullt å se nærmere på de forskjellene som finnes mellom regioner her i landet (på ulike typer av tvang) og hva disse årsakene kan skyldes, fremfor et for stort fokus på de formelle tvangstallene alene. Som vi har sett er det mye rom for skjønn når det gjelder beslutningstaking vedrørende tvangsvedtak, og holdninger hos helsepersonell har vist seg å spille en viktig rolle både når det gjelder bruk av formell og uformell tvang. Det at det (tilsynelatende) i så liten grad eksisterer konkrete retningslinjer, rutiner og sjekklister i forhold til hvordan man skal gjøre slike viktige vurderinger kan således sies å være noe bekymringsverdig.

Samtidig er det viktig å unngå stigmatisering av helseforetak og institusjoner i de områder hvor det tilsynelatende brukes mye tvang. Selv om holdninger og avdelingskultur kan være medvirkende faktorer til variasjon i forekomst, må man ikke glemme at mange tvangsinnleggelseser også er en konsekvens av dårlig eller for sent tilbud i kommunene. Bak tallene om tvangsvedtak finner man at de pasientene som er mest utsatt for tvang er en særskilt sårbar og ressurs svak gruppe, ofte uten utdanning, jobb og sosialt nettverk. Kombinert med funnet om at flest tvangsinnleggelseser skjer i øyeblikkelig-hjelp situasjoner, samt at behandlingskriteriet er det kriteriet som blir hyppigst brukt, indikerer disse kvalitative data at det er fundamentalt at man i større grad satser på oppsøkende og ambulans virksomhet innenfor de psykiske helsetjenestene og at det jobbes for en lavere terskel for behandling av psykiske lidelser generelt. Høyt tvangsbruk er dessuten gjerne et uttrykk for omfattende

systemproblem, der man må plassere ansvaret lenger opp, og ikke legge skylden på enkeltprofesjoner eller enkeltpersoner alene.

4.3 Hvordan kan man forstå tvangsforskningen?

Når det gjelder effekter av tvangsbruk så står vi ovenfor flere utfordringer. Mangel på en avklart definisjon av tvangsbegrepet blir særlig utfordrende i forskningen. De ulike formene for tvang brukes om hverandre som uavhengig variabel, samtidig som det opereres med en rekke ulike effektmål/avhengige variabler. Som vi har sett så er symptom mål, helsetjenestemål og subjektive mål vanlig, men også innenfor disse kategoriene er det en rekke ulike målemetoder og operasjonaliseringer som blir benyttet. Som en konsekvens av dette blir det svært utfordrende å forholde seg til tvangsforskningen som en helhet.

Viktige spørsmål kan stilles rundt hvilke av disse målene som er mest meningsfulle. Argumentene som tidligere i oppgaven ble nevnt av bl.a. Norsk psykiatrisk forening i forhold til behandlingskriteriet baserer seg for eksempel hovedsakelig på studier der man ser på symptomlette som utfallsmål. Når man ser på brukererfaringer og brukerforeningenes synspunkter er det for øvrig mer fokus på andre ting enn symptomlette. Er det kanskje slik at man fra et behandlerperspektiv (og spesielt psykiatrifaglig) i større grad er opptatt av symptomlette, mens pårørende og pasienter (og kanskje også en del psykologer?) i større grad er opptatt av pasientenes tilfredshet og opplevelse av behandlingen? Dette vil således kunne ses i sammenheng med hvilken type tilnæringsmodell man har til psykiske lidelser, hvor den biomedisinske modellen vil stå i kontrast til eksempelvis en mer humanistisk tilnærming. En etterundersøkelse av pasienter behandlet for psykoselidelser ved Nordfjord psykiatrisenter kan i så fall underbygge en slik påstand, der symptomlette kom langt ned på listen for pasientene i forhold til hva de anså som viktig for et godt liv (Strand, 2011). Det at en del

personer oppnår symptomlette og likevel ikke er fornøyd med behandlingen eller ikke ønsker samme behandling på nytt, kan også støtte oppunder argumentet om at symptomfokus ikke bør være det eneste rådende kriteriet. I en tidligere referert studie av Kjelling et al. (2004), sier for eksempel 68 % av pasientene innlagt på tvang at de opplevde seg bedre i etterkant av innleggelsen, men kun 32 % oppga at de ønsket samme behandling på nytt dersom en liknende situasjon skulle oppstå. Det vil derfor her være relevant å supplere med subjektive effektmål.

Det at man fokuserer på ulike deler av et kunnskapsfelt, avhengig av hva som gagnar ens egen overbevisning, er nok ikke noe særegent for tvangsfeltet. Det som for øvrig er spesielt i diskusjonen om tvang kan imidlertid sies å være de totalt ulike erfaringene med tvang, der noen har opplevd tvangen som overgrep, mens andre har opplevd det som behandling. Det vil eksempelvis være en god del pasienter i psykisk helsevern som ikke profitterer på medikamentell behandling, de såkalte “non-responders”. Hvis man da i tillegg har opplevd krenkelser og ydmykelse i forbindelse med behandlingen, samt ubehagelige bivirkninger og stigmatisering som følge av dette, er det nærliggende å anta at mange pasienter har opplevd dette som et overgrep (Estroff, 1985). I Kjellin et al. (1997) fant man for eksempel at 95 % av de som ikke hadde opplevd symptomlette rapporterte om krenkelse av sin autonomi, kontra 56 % av de som ble vurdert som bedret. Også i de tilfeller der pasientene har opplevd seg bedre i etterkant av innleggelse er det som vi har sett ikke alle som ønsker seg den samme behandlingen på nytt (Kjellin, et al., 2004). Dette kan indikere at prosess og resultat ikke nødvendigvis henger sammen.

Når det gjelder helsetjenestemål (som altså kan være bruk av helsetjenester, gjeninnleggelser eller behandlingsoverholdelse), kan man stille spørsmål ved om dette er gode mål på om behandlingen synes vellykket eller ei. Det at pasienten oppsøker polikliniske

tjenester eller blir gjeninnlagt kan både indikere et godt og dårlig behandlingsresultat, ut fra hvordan man fortolker det. Manglende oppfølging av medikamenter kan for eksempel både bety at pasienten ikke har innsikt nok til å skjønne at han eller hun trenger hjelp, eller vedkommende kan ha innsikt men ikke ønsker eller føler behov for å fortsette medisinerings (Watts & Priebe, 2002).

Graden av opplevd tvang tas stadig oftere med i forskningen som ett av flere subjektive effektmål, men det å måle livskvalitet, opplevelse av krenkelse, overgrep eller stigmatiserende og nedverdiggende behandling, ser fortsatt i liten grad ut til å bli gjort. Man kan spørre seg hva dette kommer av, når forskning og brukerkompetanse viser hvor viktig dette er. Samtidig ser det ut til at mye av forskningen som eksisterer på opplevd tvang i større grad er kartlegging av forekomsten av opplevd tvang, samt undersøkelser av fenomenet opplevd tvang, fremfor forskning på individuelle årsaker til og langsiktige effekter av den opplevde tvangen. Det bør i større grad undersøkes sammenhenger mellom personlighetsvariabler, psykisk lidelse, behandlingshistorie og attribueringsstil og pasientens opplevelse av tvang. Alternative og mer spesifikke symptomsmål til GAF foreslås brukt for å kunne identifisere symptomer på depresjon, angst, PTSD o.l. (som mulige effekter av opplevd tvang), samt at subjektive effektmål som kan måle behandlingsallianse og tillit til behandlingsapparatet sannsynligvis i stor grad vil kunne være gode supplement til mål på bruk av helsetjenester. I tråd med bl.a. Monahan et al. (Monahan, Hoge, Lidz, Roth, & et al., 1995) anbefales bruk av longitudinelle forskningsparadigmer med flere informanter og bruk av ulike metoder når man skal forske på opplevd tvang og tvang generelt.

Når man ser overordnet på tvangsforskningen er det også viktig å huske på at dette ikke er ren behandlingsforskning. I den forstand kan det argumenteres for at tvang i seg selv aldri kan kalles for behandling og aldri kan sies å være positivt i seg selv. Denne forskningen ser rett og slett på hvorvidt tvangen som et “verktøy” innvirker på ulike typer av

behandlingsutfall. Man må således vurdere hvorvidt de eventuelle negative konsekvensene ved tvang veier opp for de eventuelle positive utfallene. De eventuelle positive virkningene av tvangsmedisinering bør for eksempel ses i forhold til de sosiale og kulturelle kostnadene for pasienten (f. eks. stigmatisering pga. bivirkninger, og opplevelse av ubehag).

Den forskningen som er gjort på tvang er for øvrig mangelfull, slik at faktum er at vi rett og slett mangler sikker kunnskap til å kunne trekke konklusjoner og anvende resultatene mer konkret. Til dette trengs mer forskning av tilstrekkelig god kvalitet på feltet, og man bør da være forsiktige med å trekke altfor bastante konklusjoner relatert til de funnene som er gjort. I tillegg er mye av forskningen gjort i utlandet og kan ikke uten videre generaliseres til norske forhold. Av resultatene som finnes på feltet så kan det peke i retning av at formell eller opplevd tvang ikke ser ut til å innvirke på symptom mål, men kan innvirke på behandlingstilfredshet og senere bruk av helsetjenester, samt subjektive effektmål.

Tvangsbruk kan dermed ha både positiv og negativ innvirkning, avhengig av definisjonen på tvang i studien og hvilke behandlingsmål som benyttes. En korrekt prosessuell fremgangsmåte, involvering av pasienten i innleggelsesprosessen og det å kunne være delaktig i utforming av egen behandling blir da av stor viktighet. Det å bli møtt med medmenneskelighet, respekt, og en ikke-diskriminerende eller nedlatende holdning er som sagt også avgjørende for en positiv opplevelse av behandlingen, og for at tvangen i ettertid kan oppleves som berettiget.

4.4 Veien mot en nyansert og konstruktiv debatt, samt kvalitetssikret bruk av tvang?

Fra offentlige helsemyndigheter sin side er det som nevnt et uttalt mål både å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i psykisk helsevern. Myndighetene har for øvrig blitt kritisert fra flere hold for å ha foretatt seg lite i forhold til tvangsbruken. På den andre siden

har de også blitt kritisert for å være for feige, og noen påpeker at målet med redusert bruk av tvang er naivt og lite gjennomtenkt (Hanger, 2008). Det hersker imidlertid liten tvil om at politikere har hatt stor innvirkningskraft når det gjelder utvikling av psykisk helsevern. I evalueringen av Opptrappingsplanen utgitt av Forskningsrådet påpekes det at *“teorigrunnlaget for omsorg og behandling av psykisk syke har vært omstridt, og preget kanskje like mye av verdimeslige og ideologiske standpunkt som av forskningsbasert kunnskap”* (Brofoss & Larsen, 2009 s 123). Innslag av domene- og profesjonsstrid har i tillegg sannsynligvis gitt politikerne et større handlingsrom for både helsepolitiske og ideologiske ønsker, enn det man vil finne innen den somatiske helsetjenesten. Til tross for store utbygginger og arbeid med infrastruktur i psykisk helsevern har man ikke fokusert tilsvarende mye på den faglige kvaliteten ved tilbudene. I følge Netfort (2009 s. 4) er tvangsfeltet spesielt preget av slike ideologiske og politiske føringer, der *“det hersker sterke oppfatninger om hva som er riktig praksis, uavhengig av kunnskapsstatus”*.

Sett i lys av denne *“kritikken”* kan man tenke seg at det er avgjørende å utvikle mer kunnskap gjennom behandlingsforskning og at denne kunnskapen anvendes og anerkjennes i psykisk helsevern, sammen med utvikling av mer konkrete handlingsplaner. Psykologer og andre fagpersoner har i denne sammenheng et ansvar for å formidle kunnskap på en så objektiv og nyansert måte som mulig. Ivaretagelse av pasienter og pårørendes rettigheter forutsetter i følge pasientrettighetsloven saklig og veldokumentert informasjon, samt tydelig formidling av fagets kompleksitet (Kjølseth, 2008). Spesielt blir dette viktig i spørsmål om tvang, som er et meget komplekst og verdiladet område. Et absolutt første punkt for feltet blir å spesifisere hva slags tvang man snakker om. I tiltaksplanen presiseres det at:

“grundig skolering i lovverket som regulerer psykisk helsevern, kjennskap til sentrale problemstillinger tilknyttet bruk av tvang (for eksempel kjennskap til forskjellen mellom

formell og opplevd tvang, mulige effekter av tvangsbruk, samt de etiske aspektene ved tvangsbruk) bør inngå som en del av opplæringen til de som skal besitte lederstillinger i institusjoner godkjent for bruk av tvang. Kjennskap til menneskerettighetene og brukerperspektivet anbefales å være et sentralt element både i spesialistutdanningen og utdanningen av helsepersonell generelt” (Sosial- og helsedirektoratet, 2006 s 37).

Holdninger og etiske prinsipper er også som vi har sett også av stor viktighet relatert til tvangsspørsmålet, både for å kvalitetssikre de formelle tvangstiltakene og gjennomføringen av tvangstiltak ute på postene. Samtidig er det ikke nok at hver enkelt sitter med gode holdninger, verdier og ønske om å hjelpe. Man er avhengig av en godt fungerende ledelse, og en organisering av den enkelte institusjon som kan støtte opp en slik trygghet og kompetanse hos personalet.

5. KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER

Diskusjonen om tvang i psykisk helsevern er svært omfattende og kompleks, og antakelig uten noe enkelt og entydig svar. Noen grep kan imidlertid tas for å gjøre debatten mer konstruktiv. Tvang i seg selv er et upresist og svevende begrep, og vurderes dermed fra mitt ståsted som et dårlig begrep å bruke i en så stor og komplisert diskusjon. Presis ordbruk og konkretisering av tvangsbegrepet vil dermed være et viktig første steg mot en felles referanseramme for de som vil delta i debatten.

Samtidig er det viktig at den kunnskapen som finnes om tvang blir allment kjent og tilgjengelig. Fagfolk har et viktig ansvar her for å formidle hva vi har om kunnskap om temaet, samt hvilke begreper, definisjoner og ulike typer av effektmål som benyttes. Samtidig etterlyses mer kvantitativ forskning på tvang av tilstrekkelig god kvalitet, med relevante og tydelige effektmål og godt operasjonaliserte tvangsbegrep. Kvalitativ forskning på tvang, som kan gi de personlige historiene mer vitenskapelig preg og være et viktig supplement til kvantitativ forskning, bør også etterstrebes. Det er dessuten viktig, når man snakker om tvang, at man skiller mellom hva som er empirisk bevist, hva som er ideologiske eller filosofiske argumenter, og hva som er personlige erfaringer.

Utgangspunktet for debatten om tvang har i stor grad vært basert på det tilsynelatende høye tvangstallet vi har her i landet og på mangelfull kunnskap om en mulig positiv effekt av tvang. Undertegnede forslår med utgangspunkt i argumentene nevnt i diskusjonen, et økt fokus på kvalitetssikring av tvang fremfor et for ensidig fokus på tvangsreduksjon i seg selv. Tvangsreduksjon vil forhåpentligvis på lang sikt uansett være en konsekvens av kompetanseheving og kvalitetssikring i psykisk helsevern.

6. REFERANSER

- Arbeidsmiljøloven - aml. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v. 17. juni 2005 nr. 62*. Hentet fra http://www.lovdatabank.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20050617-062.html&emne=ARBEIDSMILJ%D8LOV*&&.
- Bennett, N. S., Lidz, C. W., Monahan, J., Mulvey, E. P., Hoge, S. K., Roth, L. H., & Gardner, W. (1993). Inclusion, Motivation, and Good Faith: The Morality of Coercion in Mental Hospital Admission. *Behavioral Sciences & the Law*, 11(3), 295-306. Hentet fra <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=12147338&site=ehost-live>
- Bergk, J., Flammer, E., & Steinert, T. (2010). "Coercion Experience Scale" (CES) - validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry*, 10(1), 5. doi: 10.1186/1471-244X-10-5
- Bindman, J., Reid, Y., Szmukler, G., Tiller, J., Thornicroft, G., & Leese, M. (2005). Perceived coercion at admission to psychiatric hospital and engagement with follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(2), 160-166. doi: 10.1007/s00127-005-0861-x
- Bjørnegård, J. H. (Red.). (2008). *SAMDATA. Sektorrapport for det psykiske helsevernet 2007 2/08. (SINTEF-rapport A7840)*. Trondheim: Helsedirektoratet. Hentet fra <http://www.sintef.no/project/Samdata/rapporter/Samdata%20sektorrapport%20for%20det%20psykiske%20helsevernet%202007.pdf>

- Bjørnegård, J. H., & Heggestad, T. (2001). Kan ulik pasientsammensetning forklare forskjeller i tvangsinnleggelse? *Tidsskr Nor Lægeforen*, *121*, 3369-3374. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/451913>
- Bremnes, R., Hatling, T., & Bjørngaard, J. H. (2008a). *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007*.(SINTEF-rapport A8231). Oslo og Trondheim: Norges forskningsråd.Hentet fra http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/SINTEF_Rapport_A8231_Bruk_av_tvangsmidler_i_psykisk_HV_2001-2003-2005-2007.pdf.
- Bremnes, R., Hatling, T., & Bjørngaard, J. H. (2008b). *Tvunget psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2006. Sluttrapport*. (SINTEF-rapport A4319). Oslo og Trondheim.: Norges forskningsrådHentet fra http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/Pdf-filer/Rapport_SINTEF_A4319_Tvungent_psykiskhelsevern_med_d%C3%B8gnopphold_2001_2006_Sluttrapport.pdf.
- Brofoss, K. E., & Larsen, F. (2009). *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport - Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Norges forskningsråd. Hentet fra http://www.forskningsradet.no/no/Artikkel/Evaluering_av_Opptappingsplanen_for_psykisk_helse/1219128517836?lang=no.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioural Science*, *19* (1), 1-15. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4808738>

- Engleman, N. B., Jobes, D. A., Berman, A. L., & Langbein, L. I. (1998). Clinicians' Decision Making About Involuntary Commitment. *Psychiatr Serv*, 49(7), 941-945. Hentet fra <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/49/7/941>
- Estroff, S. E. (1985). *Making it crazy*. Berkeley: University of California Press
- Feigon, S., & Hayes, J. (2001). Outcomes for psychiatric patients following first admission: Relationship with voluntary and involuntary treatment and ethnicity. *Psychological Report*, 88, 1012-1014.
- Fennig, S., Rabinowitz, J., & Fennig, S. (1999). Involuntary First Admission of Patients With Schizophrenia as a Predictor of Future Admissions. *Psychiatr Serv*, 50(8), 1049-1052. Hentet fra <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/50/8/1049>
- Fisher, W. (1994). Restraint and seclusion: a review of the literature. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1585 - 1591.
- Forskrift om faglig ansvarlig i phlsvl. (2000). *Forskrift om den faglig ansvarlige for vedtak i det psykiske helsevernet 1. desember 2000*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20001201-1219.html>.
- Forskrift om tvangsmidler i psykisk helsevern. (2000). *Forskrift om bruk av tvangsmidler for å avverge skade i institusjoner for døgnopphold innen det psykisk helsevernet 24. november 2000*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20001124-1173.html>.
- Forskrift om tvungent psykisk helsevern. (2006). *Forskrift om etablering av tvungent psykisk helsevern m. v. 15. desember 2006*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/xo-20061215-1424.html#4>.
- Forskrift om undersøkelse og mv uten samtykke. (2000). *Forskrift om undersøkelse og behandling uten eget samtykke 24. november 2000*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001124-1172.html>.

Foucault, M. (1994). *Essential works of Foucault 1954–1984. Redigert av James D. Faubion.* (Vol. 3). London: Penguin Books.

Friis, S. (2001). Hva skal til for å redusere antall tvangsinnleggelse? *Tidsskr Nor Lægeforen* 121. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/451745>

Gardner, W., Hoge, S. K., Bennett, N., Roth, L. H., Lidz, C. W., Monahan, J., & Mulvey, E. P. (1993). Two Scales for Measuring Patients' Perceptions for Coercion During Mental Hospital Admission. *Behavioral Sciences & the Law*, 11(3), 307-321. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10150233>

Greenberg, W., Moore-Duncan, L., & Herron, R. (1996). Patients' attitudes towards having been forcibly medicated. *Treatment Bull Am Acad Psychiatry Law*, 24 (4), 513-524. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9001749>

Grisso, T., Appelbaum, P. S., & Hill-Fotouhi, C. (1997). The MacCAT-T: A clinical tool to assess patients' capacities to make decisions. *Psychiatric Services*, 48 (11), 1415-1419. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9355168>

Halvorsen, P. (2009). Vil se nærmere på behandlingskriteriet. *Norsk Psykologforening*. Hentet fra <http://www.psykologforeningen.no/pf/Foreningen/Nyheter-og-aktuelt/Aktuelt/Vil-se-naermere-paa-behandlingskriteriet>

Hanger, M. R. (2008). Vil tvangsinnlegge «plagsomme» personer. *Dagens Medisin*. Hentet fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2008/11/28/vil-tvangsinnlegge-plagsom/>

Hatling, T. (2002). Om bruk av tvang innenfor psykisk helsevern. I R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykiske lidelser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet. (2009). *Vurdering av behandlingstilbudet i Psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for kvalitetssikret og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern. (Rapport IS-1370)*. Bergen: Helsedirektoratet. Hentet fra

- http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00121/Vurdering_av_behand_121439a.pdf.
- Helsepersonelloven – hlsp. (1964). *Lov om helsepersonell 7. februar 1964 nr. 64*. Hentet fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>.
- Helsetilsynet. (2006). *Bruk av tvang i psykisk helsevern. (Rapport 4/2006)*. Hentet fra <http://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2006/>.
- Hiday, V. A., & Scheid-Cook, T. L. (1989). A Follow-up of Chronic Patients Committed to Outpatient Treatment. *Hosp Community Psychiatry*, 40(1), 52-59. Hentet fra <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/40/1/52>
- Hoge, S. K., Lidz, C. W., Eisenberg, M., Monahan, J., Bennett, N., Gardner, W., . . . Roth, L. (1998). Family, Clinician, and Patient Perceptions of Coercion in Mental Hospital Admission: A Comparative Study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(2), 131-146. doi: 10.1016/s0160-2527(98)00002-8
- Husum, T., Bjørngaard, J., Finset, A., & Ruud, T. (2010). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-9. doi: 10.1007/s00127-010-0259-2
- Høyer, G. (2009). Kunnskapsgrunnlaget i forhold til bruk av tvang i det psykiske helsevern. *Vedlegg til rapporten "Vurdering av behandlingstilbudet i psykisk helsevernloven"*, 1-80. Hentet fra http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00121/Vurdering_av_behand_121439a.pdf
- Høyer, G., & Dalgard, O. S. (2002). *Lærebok i rettspsykiatri* (1 utgv.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Høyser, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjónsdóttir, M., & Syse, A. K. (2002). Paternalism and autonomy: a presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International journal of law and psychiatry*, 25(2), 93-108. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12071105>
- Iversen, K. I., Hoyer, G., & Sexton, H. C. (2007). Coercion and patient satisfaction on psychiatric acute wards. *International journal of law and psychiatry*, 30(6), 504-511. doi: 10.1016/j.ijlp.2007.09.001
- Jarrett, M., Bowers, L., & Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 538-548. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04832.x
- Johannessen, J. O. (2010). Tvangsinnleggelse og tvangsbehandling i psykiatrien. Behandlingskriteriet og vitenskapelig dokumentasjon. *Norsk psykiatrisk forening*. Hentet fra <http://www.legeforeningen.no/id/161305.0>
- Kallert, T., Glöckner, M., & Schützwohl, M. (2008). Involuntary vs. voluntary hospital admission. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(4), 195-209. doi: 10.1007/s00406-007-0777-4
- Kaltiala-Heino, R., Laippala, P., & Salokangas, R. K. R. (1997). Impact of Coercion on Treatment Outcome. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20(3), 311-322. doi: 10.1016/s0160-2527(97)00013-7
- Katsakou, C., & Priebe, S. (2006). Outcomes of involuntary hospital admission – a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 232-241. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00823.x
- Kisely, S., Campbell, L. A., Preston, N. J., & Xiao, J. (2006). Can epidemiological studies assist in the evaluation of community treatment orders? -- The experience of Western

- Australia and Nova Scotia. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29(6), 507-515. doi: 10.1016/j.ijlp.2006.01.006
- Kjellin, L., Andersson, K., Bartholdson, E., Candefjord, I.-L., Holmstrøm, H., Jacobsson, L., . . . Östman, M. (2004). Coercion in psychiatric care – patients' and relatives' experiences from four swedish psychiatric services. *Nordic Journal of Psychiatry*, 58(2), 153-159. doi: doi:10.1080/08039480410005549
- Kjellin, L., Andersson, K., Candefjord, I., Palmstierna, T., & Wallsten, T. (1997). Ethical benefits and costs of coercion in short-term inpatient psychiatric care. *Psychiatr Serv*, 48(12), 1567-1570. Hentet fra <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/48/12/1567>
- Kjellin, L., Westrin, C.-G., Eriksson, K., & Axelsson-Östman, M. (1993). Coercion in psychiatric care: Problems of medical ethics in a comprehensive empirical study. *Behavioral Sciences & the Law*, 11(3), 323-334. Hentet fra <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-11410-001>
- Kjellin, L., & Westrin, C. G. (1998). Involuntary admission and coercive measures in psychiatric care - registered and reported. *Int J Law and Psychiatry*, 21, 31-42. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9526713>
- Kjølseth, T. K. (2008). Ta etikken med inn i mediene. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 597.
- Lidz, C. W., Hoge, S. K., Gardner, W., Bennett, N. S., Monahan, J., Mulvey, E. P., & Roth, L. H. (1995). Perceived Coercion in Mental Hospital Admission: Pressures and Process. *Arch Gen Psychiatry*, 52(12), 1034-1039. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240052010

Lidz, C. W., Mulvey, E. P., Hoge, S. K., Kirsch, B. L., Monahan, J., Bennett, N. S., . . . Roth, L. H. (1997). The Validity of Mental Patients' Accounts of Coercion-Related Behaviors in the Hospital Admission Process. *Law and Human Behavior*, 21(4), 361-376. doi: 10.1023/a:1024803102017

Lilleeng, S., Ose, S. O., Bremnes, R., Pedersen, P. B., & Hatling, T. (2009). *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2007*. (SINTEF-rapport A9712). Trondheim: Helsedirektoratet. Hentet fra <http://www.sintef.no/uploadpages/219752/Rapport%20A9712%20Pasienter%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20voksne%2020%20november%202007.pdf>.

Link, B. G. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/2095395>

Menneskerettsloven - mnskrl. (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett 21. mai 1999 nr. 30* Hentet fra http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990521-030.html&emne=menneskerettslov*&&.

Meyer, H., Taiminen, T., Vuori, T., Äijälä, A., & Helenius, H. (1999). Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Related to Psychosis and Acute Involuntary Hospitalization in Schizophrenic and Delusional Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(6), 343-352. Hentet fra http://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/1999/06000/Posttraumatic_Stress_Disorder_Symptoms_Related_to.3.aspx

- Monahan, J., Hoge, S. K., Lidz, C., Roth, L. H., & et al. (1995). Coercion and commitment: Understanding involuntary mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18(3), 249-263. doi: 10.1016/0160-2527(95)00010-f
- Munetz, M., Grande, T., Kleist, J., & Peterson, G. (1996). The effectiveness of outpatient civil commitment. *Psychiatr Serv*, 47(11), 1251-1253. Hentet fra <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/47/11/1251>
- Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet (Netfort). (2009). *Forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet 2009-2014*. (Prioriterte anbefalinger utarbeidet av nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet). Hentet fra http://www.tvangsforskning.no/filarkiv/File/Dokumenter/Prioriterte_anbefalinger_19_4_2010.pdf.
- Nicholson, R. (1999). The Effects of Coerced Psychiatric Hospitalization and Treatment. I J. M. Morrissey, J. (Red.), *Coercion in Mental Health Services - International Perspectives, Research in Community and Mental Health* (Vol. 10). Stamford, Connecticut: JAI Press Inc.
- Nilstun, T., & Syse, A. (1997). Ulike regler – lik lovforståelse? Om tvangsregulering og verdikonflikter i nordisk psykiatri. *Tidsskrift for Rettsvitenskap*, 837.
- Nilstun, T., & Syse, A. (2000). The right to accept and the right to refuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(399), 31-34. doi: 10.1111/j.0902-4441.2000.007s020[dash]7.x
- Norvoll, R. (2011). Skadevirkning av tvang i psykisk helsevern. *Bidrag til kapittel 10 i NOU 2011:9. Økt selbestemmelse og rettssikkerhet*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9.html>

Norvoll, R., Hatling, T., & Hem, K.-G. (2008). *Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT)*. (SINTEF-rapport A8540). Oslo og Trondheim: Helsedirektoratet og Rådet for psykisk helse. Hentet fra http://www.sintef.no/upload/Helse/Psykisk%20helse/SINTEF_A8450_Hovedrapp_BAT.pdf.

NOU 2011: 9. *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/16658899/PDFS/NOU201120110009000DDDPDFS.pdf>.

Pasientrettighetsloven - pasrl. (1997). *Lov om pasientrettigheter 7. februar 1997 nr. 63*. Hentet fra http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&&.

Poulsen, H. D., & Engberg, M. (2001). Validation of psychiatric patients' statements on coercive measures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *103*(1), 60-65. doi: 10.1111/j.1600-0447.2001.00146.x

Preston, N., & Kisely, S. X. J. (2002). Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia. *BMJ*, *324*:1, 244-249. doi: 10.1136/bmj.324.7348.1244

Priebe, S., Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Morriss, R., Rose, D., . . . Yeeles, K. (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *The British Journal of Psychiatry* *194*: 49-54, *194*, 29-54. doi: 10.1192/bjp.bp.108.052266

- Psykisk helsevernloven - phlsvl. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* 7. februar 1999 nr. 62. Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html>.
- Schwartz, H. I., Vingiano, W., & Perez, C. B. (1988). Autonomy and the Right to Refuse Treatment: Patients' Attitudes After Involuntary Medication. *Hosp Community Psychiatry*, 39(10), 1049-1054. Hentet fra <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/39/10/1049>
- Skau, G. M. (2003). *Mellom makt og hjelp. Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper* (3 utgv.). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern*. Rapport IS-1370: Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/x_ryddekatalog/Tiltaksplan_for_redu_10902a%20li%20ten.pdf.
- Sosialtjenesteloven – sotjl. (1991). *Lov om sosiale tjenester m.v. 18. desember 1991 nr. 81*. Hentet fra http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19911213-081.html&emne=SOSIALTJENESTELOV*&&.
- St. meld. nr. 25. (1996-1997). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og helsetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/st-meld-nr-25_1996-97.html?id=191086.
- St.prp. nr. 63. (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. Hentet fra

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>.

Steinert, T., Lepping, P., Baranyai, R., Hoffmann, M., & Leherr, H. (2005). Compulsory admission and treatment in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 635-641. doi: 10.1007/s00127-005-0929-7

Store norske leksikon. (2011). Holdning. Hentet 21. mai., fra <http://snl.no/holdning>

Strand, N. (2011). Tvang i psykisk helsevern. Lagarbeid - ikke profesjonsmakt - gir resultater. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(11), 1103. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=157891&a=3

Svindseth, M. F., Dahl, A. A., & Hatling, T. (2007). Patients' experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards. *Nordic journal of psychiatry*, 61(1), 47-53. doi: 10.1080/08039480601129382

Swartz, M. S., & Swanson, J. W. (2004). Involuntary outpatient commitment, Community treatment orders, and assisted outpatient treatment: What's in the data? *Canadian journal of psychiatry*, 49, 585-591. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15503729>

Swartz, M. S., Swanson, J. W., Wagner, H. R., Burns, B. J., & Hiday, V. A. (2001). Effects of Involuntary Outpatient Commitment and Depot Antipsychotics on Treatment Adherence in Persons with Severe Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(9), 583-592. Hentet fra http://journals.lww.com/jonmd/Fulltext/2001/09000/Effects_of_Involuntary_Outpatient_Commitment_and.3.aspx

Swartz, M. S., Swanson, J. W., Wagner, H. R., Burns, B. J., Hiday, V. A., & Borum, R. (1999). Can Involuntary Outpatient Commitment Reduce Hospital Recidivism?: Findings From a Randomized Trial With Severely Mentally Ill Individuals. *Am J*

- Psychiatry*, 156(12), 1968-1975. Hentet fra <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/156/12/1968>
- Sørgaard, K. W. (2007). Satisfaction and coercion among voluntary, persuaded/pressured and committed patients in acute psychiatric treatment. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 214-219. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00458.x
- Thune, G. H. (2008). *Overgrep. Søkelys på psykiatrien*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Tvangsforskning.no. (2010). Nettverket for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Hentet fra <http://www.tvangsforskning.no/>
- Valevski, A., Olfson, M., Weizman, A., & Shiloh, R. (2007). Risk of readmission in compulsory and voluntarily admitted patients. *Soc psychiatry psychiatr epidemiol*, 42(8), 669-676. doi: 10.1007/s00127-007-0243-7
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10478782>
- Wallsten, T., Kjellin, L., & Lindstrom, L. (2006). Short-term outcome of inpatient psychiatric care - impact of coercion and treatment characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 975 - 980.
- Wallsten, T., Kjellin, L., & Sjöberg, R. L. (2008). The diagnostic accuracy of questions about past experiences of being mechanically restrained in a population of psychiatric patients. *Memory*, 16(5), 548 - 555. Hentet fra <http://www.informaworld.com/10.1080/09658210802010471>
- Watts, J., & Priebe, S. (2002). A Phenomenological Account of Users' Experiences of Assertive Community Treatment. *Bioethics*, 16(5), 439-454. doi: 10.1111/1467-8519.00301

Way, B. B., Allen, M. H., Mumpower, J. L., Stewart, T. R., & Banks, S. M. (1998). Interrater

Agreement Among Psychiatrists in Psychiatric Emergency Assessments. *Am J*

Psychiatry, 155(10), 1423-1428. Hentet fra

<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/155/10/1423>

Winick, B. J. (1997) *The right to refuse mental health treatment*. (pp. 327-344): Washington,

DC, US: American Psychological Association.

Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian

university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(6), 453-459. doi:

doi:10.1080/08039480310003470