



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Bedre kvalitet - økt frivillighet

Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske
helsetjenester
(2012-2015)



Nasjonal plandel

Forord

Frihet er et grunnleggende gode i vårt samfunn og noe det er lett å ta for gitt. Sykdom kan skape ufrihet ved at funksjon og livskvalitet svekkes. Unødvendig tvang vil bidra til å redusere friheten ytterligere. Vi kjenner historier om krenkelser og traumer fra mennesker som har opplevd tvang i ulike former. Unødvendig tvangsbruk kan skade brukeres og pårørendes tillit til hjelpeapparatet. I de tilfeller det er nødvendig å bruke tvang, skal dette skje på en riktig og skånsom måte. Bedre holdninger, økt kompetanse og høyere kvalitet generelt vil etter mitt syn både gi bedre behandlingsresultat og redusere tvangsbruk. Denne strategien skal være et bidrag til dette.

Siden etableringen av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) har det vært en tverrpolitisk målsetting å oppnå økt frivillighet i psykisk helsevern. Til tross for at kvaliteten og tilgjengeligheten til tjenestene har blitt kraftig forbedret i perioden, har vi i for liten grad klart å redusere bruken av tvang. Vi har heller ikke gode nok data til å kunne vurdere det reelle omfanget. Til tross for denne usikkerheten viser statistikken så store variasjoner mellom de enkelte helseforetak, at det tyder på ulike arbeidsformer, kulturer og måter å organisere det lokale tilbudet på. Dette indikerer at det er et potensial for endring. Det må samtidig være en prioritert oppgave for helseforetakene å sørge for at tvangsdata blir systematisk og ensartet registrert, slik at vi kan følge med på utviklingen. Vi har etter hvert fått mange gode eksempler på hvordan situasjoner som tradisjonelt har blitt møtt med tvang kan erstattes med trygge, frivillige løsninger gjennom et nært og forpliktende samarbeid med brukere og pårørende. Jeg har derfor stor tro på at tvang kan forebygges gjennom godt faglig arbeid. Grepene er ofte enkle og lite ressurskrevende, men krever en bevisst tilnærming og systematisk oppfølging fra ledere og klinikere. Brukere og pårørende er viktige samarbeidspartnere i dette arbeidet.

Det viktigste vi kan gjøre for å forebygge situasjoner hvor tvang ofte blir resultatet, er å jobbe videre mot målene i Opptrappingsplanen. Dette er også i tråd med samhandlingsreformens intensjoner: etablere et lett tilgjengelig og helhetlig tjenestetilbud nær der folk lever og bor, som raskt og trygt kan møte den enkeltes behov for hjelp. Gjennom bl.a. oppsøkende tjenester og samarbeid mellom berørte etater økes mulighetene for å gi hjelp på et tidligere stadium, slik at akutte, tvungne innleggelses i institusjon kan reduseres. I tillegg er det avgjørende for

kvaliteten på tilbudet at det fra første kontakt legges til rette for en respektfull og åpen kommunikasjon med brukere og pårørende omkring behandling og oppfølging.

Jeg er glad for å kunne legge frem *Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)*. Strategien presenterer 14 nasjonale tiltak som, sammen med tiltaksplaner på regionalt og lokalt nivå, vil være et viktig bidrag til å nå målet om økt frivillighet.

Gjennom godt, systematisk samarbeid på alle nivåer i de psykiske helsetjenestene, har jeg tro på at vi skal klare å omsette tiltakene fra teori til praksis.

Grip mulighetene - lykke til!

Anne-Grete Strøm-Erichsen

Innhold

Strategiens visjon	6
Strategiens hovedmål	6
1. Innledning.....	7
1.1 Et helhetlig og brukerrettet tilbud.....	7
1.2 Bakgrunnen for strategien	8
1.3 Et strategisk dokument	9
1.4 Overordnet problemstilling – for mye og for ulik bruk av tvang	10
1.5 Iverksatte, gjennomførte og planlagte tiltak.....	11
1.6 Andre satsninger og tiltak av relevans for strategien	12
1.7 Det finnes gode, virksomme alternativer til tvang	12
2. Målsettinger for en ny nasjonal strategi	13
”Tvang” er ikke et entydig begrep	14
3.Oppfølging og gjennomføring av strategien	15
4. Sentrale utfordringer og innsatsområder	16
4.1 Bruk av tvang ved etablering av psykisk helsevern	16
4.1.1 Situasjonen i dag	16
4.1.2 Sentrale innsatsområder ved etablering av psykisk helsevern	17
4.1.3 Forebyggende helsearbeid og tidlig oppdagelse av psykiske lidelser.....	19
4.1.4 Godt utbygde og tilrettelagte tilbud i kommunen – et sted å bo, noe å leve av og noe å leve for	19
4.1.5 God oppfølging av personer med en alvorlig psykisk lidelse – tilgjengelige og sammenhengende psykiske helsetjenester	21
4.1.6 Behov for myndiggjøring av brukerkunnskap som likeverdig med fagkunnskap i det kliniske beslutningsgrunnlaget. Samarbeid med pårørende	24
4.1.7 Samarbeid med pårørende.	25
4.1.8 Utvikling av frivillige og brukerstyrte tilbud, herunder tilbud om medisinfri behandling	25
4.1.9 Personlig ombud.....	26
4.1.10 God beredskap, kompetente og tilgjengelige akuttjenester i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.....	26
4.1.11 Mindre bruk av politi.....	28
4.1.12 Nøkkeltall	28
4.2 Bruk av tvang ved gjennomføring av psykisk helsevern	30
4.2.1 Situasjonen i dag	30
4.2.2 Viktigheten av tydelig lederskap på alle nivåer og et systematisk, kontinuerlig kvalitetsarbeid lokalt	31
4.2.3 Utvikling av mestringsfremmende behandlingsfilosofi og postmiljø - iverksetting av alternativer til tvang	32

4.2.4 Økt fokus på pasientsikkerhet og reduksjon av skader	33
4.2.5 Behov for økt innflytelse fra brukere og pårørende i beslutninger om medikamentell behandling og medisinfrie behandlingsalternativer.....	34
4.2.6 Utvikling av personalets kompetanse.....	36
4.2.7 Nøkkeltall	37
5 Kontroll og monitorering/oppfølging.....	38
5.1 Menneskerettslige aspekter	38
5.2 FNs konvensjon om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne.....	38
5.3 Valgfri tilleggsprotokoll til FNs torturkonvensjon (OPCAT).....	38
5.4 Kontrollkommisjonene.....	39
5.5 Sentrale områder i arbeidet med å sikre riktig utøvelse av regelverket	40
5.6 Nøkkeltall	41
6. Dokumentasjon.....	41
6.1 Situasjonen i dag	42
6.2 Sentrale innsatsområder for å sikre tilfredsstillende dokumentasjon av tvangsbruk	43
7. Kunnskapsutvikling og forskning	46
7.1 Situasjonen i dag	46
7.2 Innsatsområder for en styrket kunnskapsutvikling og forskning om bruk av tvang	47
8. Strategiens økonomiske og administrative konsekvenser	48
9. Strategiens 14 nasjonale tiltak.....	49
Kompetanse og kvalitetssikring	49
Dokumentasjon.....	50
Kunnskapsutvikling og forskning	51
Referanseliste	52
Vedlegg - Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykiske helsetjenester. Oppdragsbrev av 19. mars 2010 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetak	55

Strategiens visjon

De psykiske helsetjenestene skal understøtte den enkelte brukers autonomi, verdighet og mestring av eget liv, og være basert på frivillighet og respekt for den enkeltes ønsker og behov.

Strategiens hovedmål

- 1. Psykiske helsetjenester skal i størst mulig grad være basert på frivillighet.*
- 2. Psykiske helsetjenester skal ha en så høy kvalitet at bruk av tvang blir redusert til et minstenivå, og det skal aldri brukes tvang som ikke kan forsvares i henhold til lovverk og menneskerettigheter.*
- 3. All bruk av tvang skal registreres og innrapporteres til Norsk pasientregister i henhold til den nasjonale registreringsveilederen.*

1. Innledning

1.1 Et helhetlig og brukerrettet tilbud

Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) hadde som mål å skape et mer åpent, helhetlig og lettere tilgjengelig tjenestetilbud til mennesker med psykisk lidelse.

Brukerperspektivet skulle legges til grunn for utvikling av hjelpeapparatet. Dette betød for det første å tilrettelegge for økt brukerdeltakelse og frivillighet i behandlingen samt gi brukerne muligheter til i større grad å mestre eget liv utenfor institusjon. Pårørende skulle få en tydeligere rolle, hvor deres behov og interesser i større grad ble ivaretatt (1,2). Føringerne ligger til grunn for regjeringens videre politikk på området, uttrykt i de årlige budsjettproposisjoner jf. Regjeringens tiltredelseserklæring, 07.10.09:

Regjeringen vil fortsette å styrke innsatsen for psykisk helse. Vi vil fullføre omstillingen av psykisk helsevern, styrke arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang, samt videreutvikle trygge oppfølgings- og behandlingsmodeller. Vi vil prioritere tilbudet til barn og unge. Brukermedvirkning skal være det bærende prinsippet i organisering av det psykiske helsevernet [...]

Gjennom opptappingsplanen ble tilbudet til mennesker med psykisk lidelse vesentlig styrket i alle ledd. Særlig ble tilgjengeligheten og nærheten til tjenestene mye bedre. Viktige elementer i denne omstillingen var opprustning av de kommunale tjenestene og etablering av over 75 distriktpsykiatriske sentra hvor det per i dag er tilknyttet mer enn 150 ambulante team på landsbasis. Til sammen danner det kommunale tjenestetilbudet og de distriktpsykiatriske sentrene (DPS) den lokale plattformen i dagens psykiske helsetjeneste, hvor en overveiende andel av problemer og lidelser i befolkningen blir behandlet. Samtidig vil noen pasienter med alvorlige lidelser tidvis kunne ha behov for innleggelse og behandling i sykehus.

Et annet sentralt element i Opptappingsplanen var å satse på psykisk helse i andre sektorer, i henhold til WHO's anbefalinger. Skole, arbeidsliv, bo- og aktivitetstiltak, kulturtilbud mv har derfor vært, og må fremdeles være, viktige arenaer for forebygging og oppfølging på psykisk helseområdet. Gjennom samhandlingsreformen ønsker Regjeringen å legge til rette for en styrket lokalbasert tjeneste og en mer helhetlig, individtilpasset oppfølging på tvers av etatene.

Sammen med andre støttespillere kan den psykiske helsetjenesten bidra til å gi den enkelte nye muligheter for mening og mestring i dagliglivet.

1.2 Bakgrunnen for strategien

Bakgrunnen for at Helse- og omsorgsdepartementet velger å lansere en *nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester* er en vedvarende, tverrpolitisk bekymring over omfanget av tvang i psykisk helsevern. Opptrappingsplanens målsetting om økt frivillighet ser i for liten grad ut til å være oppnådd, til tross for en pågående omstilling av tjenestetilbudet i retning mer ambulante og polikliniske tjenester samt en rekke konkrete enkelttiltak og styringssignaler til tjenesten om å redusere tvangsbruken. Det er således nødvendig å ta sterkere grep for å redusere bruken av tvang, av hensyn til brukere, pårørende og Norges menneskerettighetsforpliktelser.

Helse- og omsorgskomiteén ba i sin innstilling til Odelstinget, jf. Innst. O. nr. 66 (2005-2006), om en vurdering av behovet for behandlingskriteriet i psykisk helsevernloven, jf. omtale under Plan- og meldingsdel til regionale helseforetak. På bakgrunn av dette nedsatte Helsedirektoratet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, en arbeidsgruppe under ledelse av professor Jan-Fredrik Bernt for å gjennomgå behandlingskriteriet og vurdere/foreslå nye tiltak i daværende Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Arbeidsgruppens rapport ble forelagt departementet med direktoratets vurderinger sommeren 2009 (3) Blant gruppens anbefalinger, støttet av direktoratet, var å sette i gang nye og mer forpliktende tiltak, med tydeligere organisatorisk forankring både på myndighets- og foretaksnivå. Det ble også anbefalt en gjennomgang av de rettslige, faglige og etiske sider ved dagens regler og praksis knyttet til tvang i psykisk helsevern. På bakgrunn av anbefalingen nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet i mai 2010 et lovutvalg (Paulsrud-utvalget) for å gjennomgå tvangslovgivningen innen psykisk helsevern. Utvalget avleverte sin innstilling i mai 2011 (NOU 2011: 9 "Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern"). NOUen har vært på åpen høring, med frist 6. mars 2012.

På bakgrunn av Bernt-gruppens og direktoratets tilråding om nye og forsterkede tiltak varslet departementet i Prop. 1 S (2009-2010) at det skulle etableres en nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykiske helsetjenester, bestående av en lokal, regional og nasjonal plandel. Satsningen ble formulert i Oppdragsdokument til de regionale helseforetak for 2010, og fulgt opp med oppdragsbeskrivelse i brev av 19. mars samme år. Helsedirektoratet fikk i oppdrag å utarbeide forslag til nasjonal plandel, som dette dokumentet bygger på. I tilknytning til direktoratets arbeid med strategien ble det oppnevnt en referansegruppe

bestående av representanter for fag- og brukerorganisasjonene. Frem mot departementets ferdiggjørelse av strategien har det vært dialog med brukerorganisasjonene, som har kommet med forslag og korrektiver. Strategidokumentet har så langt det er mulig tatt hensyn til innspillene. Ett av innspillene departementet ikke har tatt til følge er ønsket om opprettelse av et permanent dokumentasjonssenter for brukeres og pårørendes erfaringer med tvang jf. et av Berntgruppens forslag for å styrke brukernes stilling i det psykiske helsevernet (se kapittelet om dokumentasjon). Imidlertid foreslås det et nasjonalt prosjekt i denne strategien som antas å kunne dekke vesentlige aspekter ved formålet (se tiltak nr. 13).

1.3 Et strategisk dokument

Strategien omfatter tjenestene for både unge, voksne og eldre. Det er stilt krav om at helseforetakene i samarbeid med kommunene i opptaksområdet skal etablere lokale tvangsreducerende tiltaksplaner, og knytte disse til samarbeidsavtalene mellom HF og kommuner.

Departementets mål er at den nasjonale delen av strategien skal reflektere og støtte oppunder det regionale og lokale oppdraget. Her er det viktig å understreke at det avgjørende arbeidet med strategien vil måtte skje der hvor tvangssituasjoner oppstår og der de utøves, Det betyr at både henvisende instanser, oppfølgende lokale tjenester, samarbeidssonen mellom 1. og 2. linje og døgnavdelinger i spesialisthelsetjenesten må omfattes av strategien. For å lykkes nasjonalt er det derfor essensielt å lykkes lokalt. Den nasjonale plandelen må gi en tydelig og instruktiv ramme for det praktiske arbeidet vi ønsker skal skje i tjenesteapparatet. Dette har bl.a. gjort det nødvendig å fremheve brukerperspektivet samt å understreke tjenestenes og myndighetenes felles ansvar for å gjennomføre, monitorere og følge opp strategiens forpliktelser. Gjennomføringen av strategien skal måles på resultater, på basis av innrapporterte tvangsdata fra helseforetakene. Departementet er opptatt av å få bedre kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helsevern.

Departementet er opptatt av at de forpliktelsene som er pålagt de regionale helseforetakene i brevet av 19. mars 2010, følges opp som integrert del av omstillingen som pågår innen psykisk helsevern jf. også implementeringen av samhandlingsreformen. Vi understreker videre betydningen av at ansatte på alle nivåer stimuleres til å ta et aktivt eierskap til strategien og at det tilrettelegges lokalt for å ta de nødvendige grep for å redusere bruken av

tvang. Departementet søker å understøtte gode omstillingsprosesser gjennom den regelmessige dialogen med de regionale helseforetak.

De psykiske helsetjenestene i Norge drives av profesjonelle, engasjerte og samvittighetsfulle ansatte. Disse ressurspersonene er avgjørende for hvilke endringer det er mulig å oppnå. Å støtte deres gode faglige arbeid i det daglige er derfor det viktigste vi kan gjøre for å nå målet om økt frivillighet.

1.4 Overordnet problemstilling – for mye og for ulik bruk av tvang

Frivillighetsprinsippet står sentralt i det norske helsesystemet, både i regelverk, politikk og i helsetjenestens daglige arbeid. De aller fleste mennesker i Norge ber selv om hjelp og mottar psykisk helsehjelpen frivillig. I de fleste situasjoner gir frivillighet de klart beste resultatene. Samtidig blir en del mennesker innlagt og behandlet i psykisk helsevern mot deres vilje. Dagens lovgivning gir adgang til å gripe inn med tvang for å unngå at mennesker i alvorlig krise påfører seg selv eller andre skade, eller for å hindre at de får sin utsikt til vesentlig bedring i betydelig grad redusert eller at tilstanden vesentlig forverres. Et godt frivillig psykisk helsetilbud kan imidlertid forebygge mye av tvangsbehovet. I de fleste situasjoner er tvang verken et godt eller riktig virkemiddel for å gi hjelp. I situasjoner hvor tvang brukes unødvendig kan den virke mot sin hensikt ved å gjøre det vanskeligere å realisere hjelpens formål: å fremme en positiv endring i pasientens mentale helse. Feil bruk av tvang kan være traumatiserende, forverre en akutt situasjon, ødelegge tilliten til hjelpeapparatet og medvirke til at pasienten unnlater å be om hjelp senere, noe som kan utløse en negativ spiral med nye, tvungne innleggelse og mer bruk av tvang generelt. Unødvendig tvangsbruk er også problematisk i forhold til regelverk, politiske føringer og menneskerettigheter vi er forpliktet av. Vi har i dag begrenset kunnskap om årsakene, omfanget og effektene av tvangsbruk, men forskning og erfaringer fra pasienter og pårørende tyder på at omfanget på landsbasis er for stort. Med forbehold om usikkert datagrunnlag antas det at rundt 20% av alle innleggelse i psykisk helsevern skjer ved tvangsvedtak. I tillegg viser statistikken geografiske forskjeller innenfor og mellom helseregionene i en slik grad at det gir grunn til å anta at dette bl.a. skyldes ulike behandlingsskulturer (holdninger og atferd), ulik lokal organisering og ressursbruk, samt varierende samarbeid med kommunehelsetjenesten og andre tjenesteytere mv.

Norge kritiseres av ulike menneskerettighetsorganer innen FN og Europarådet for å ha en liberal tvangspraksis. Bl.a. er dette kommet til uttrykk fra FNs menneskerettighetskomité i respons til Norges 6. rapport under Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (4). Kritikken ble gjengitt muntlig under høringen av Norge i menneskerettighetskomiteen oktober 2011.

Det er i dag tverrpolitisk enighet om å redusere bruk av tvang, utjevne forskjellene mellom foretakene og forbedre rapporteringen av tvangsdata.

1.5 Iverksatte, gjennomførte og planlagte tiltak

Helse- og omsorgsdepartementet har i sine styringssignaler til de regionale helseforetakene (RHF) stilt gjentatte krav om at bruken av tvang i det psykiske helsevernet skal reduseres og bringes i samsvar med regelverk og politiske målsettinger. Det er også gitt styringssignal om at det ved hvert DPS skal tas i bruk gode erfaringer fra brukerbaserte tiltak jf. relevante erfaringer fra prosjektene ”Brukerorienterte alternativer til tvang” (SINTEF 2008) og ”Brukerstyrte plasser” (*Oppdragsdokument til de regionale helseforetak 2010*, kap. 5.2 ”Psykisk helsevern”).

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utga Helsedirektoratet i 2006 *Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i det psykiske helsevernet* (5). De sentrale målområdene i denne planen var økt frivillighet, kvalitetssikret bruk av tvang, økt kunnskapsgrunnlag og bedre dokumentasjon. Flertallet av tiltakene i planen er gjennomført, samtidig som tiltakene ser ut til å ha hatt mindre innvirkning på den nasjonale tvangspraksisen sett over tid. (3). Ett av tiltakene i planen var prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang», som SINTEF Helse har gjennomført i samarbeid med seks akuttavdelinger på oppdrag fra Helsedirektoratet, avsluttet i 2008. Akuttpostene har gjennom lokale prosjekter arbeidet for en bevisstgjøring av tvangsbruk, og for å se alternativer til bruk av tvangsmidler i sykehus. Prosjektet har vist gode muligheter for å redusere bruk av tvang i sykehus.

I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) slås det fast at bruken av tvang i det psykiske helsevernet skal reduseres gjennom iverksettingen av en ny nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang. Strategien skal iverksettes i perioden 2011 – 2015.

1.6 Andre satsninger og tiltak av relevans for strategien

Også på andre områder i helse- og omsorgspolitikken utvikles det tiltak og styrende dokumenter hvor reduksjon av tvang i psykisk helsevern inngår i problemstillingene og/eller målbeskrivelsene. Eksempler på dette er det pågående arbeidet med ny plan for selvmordsforebygging, kommende Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet, tiltak knyttet til oppfølgingen av Olsenuutvalget samt departementets videre oppfølging av Paulsrudutvalgets rapport og høringsuttalelsene til denne. Tvangsproblematikk er også en naturlig del av de kliniske etikkomiteenes saksportefølje.

1.7 Det finnes gode, virksomme alternativer til tvang

Vi har flere gode eksempler som tyder på at det finnes et uutnyttet potensial for å redusere tvangsbruken gjennom en sterkere og mer systematisk utprøving av frivillige alternativer. Strategiens intensjon er ikke å presentere slike eksempler som fasiten på hvordan tvangsbruken skal reduseres, men å synliggjøre sentrale verdier, ideer og metodiske grep som på ulikt vis kan danne utgangspunkt for endring av lokale praksiser.

På et overordnet nivå gjenspeiler Samhandlingsreformen viktige ideer i Opptappingsplanen med dens fokus på å gi mennesker med psykiske lidelser mulighet til å leve et verdig liv i sin hjemkommune. Sentrale elementer i reformen er bl.a. styrking av brukerperspektivet, tidligere og mer tilgjengelig hjelp, helhetlige tjenester, mer bruk av ambulante og oppsøkende tilbud, styrket oppfølging etter utskrivning mv. Slike faktorer fremholdes nasjonalt og internasjonalt som avgjørende for god tjenestekvalitet og mest mulig frivillighet i behandlingen. I kjernen av satsningen er ønsket om å sette brukerens behov i sentrum for tjenestene, med henblikk på å kunne skreddersy lokale, individuelle løsninger som i størst mulig grad fremmer hans /hennes mestringressurser.

Et eksempel på et konkret tiltak for å styrke det frivillige tilbudet i de psykiske helsetjenestene er hvordan *brukerstyrte plasser* effektivt reduserer behovet for tvangsinnleggelser.

Resultatene etter utprøving av denne ordningen ved Jæren DPS ga følgende resultater:

”Samlet tid for tvangsinnleggelse ble om lag halvert. Gjennomsnittlig benyttet pasientene kriseplassen knapt fem ganger per år, og varigheten av hvert kriseopphold var på 2,5 døgn. Ved å etablere en kontraktfestet pasientrettighet og senke terskelen for innleggelse øker pasientens autonomi og tryggheten

for pasient og pårørende. Dette er trolig forklaringen på det paradoksale at økt tilgjengelighet gir et lavere sengeforbruk. Studien viser at det er mulig å oppnå et samarbeid om innleggelse med brukere med alvorlig psykisk lidelse” (Heskestad og Tytlandsvik, <http://tidsskriftet.no/article/1635859>, 2007).

Brukerstyrte plasser er nå i ferd med å bli tatt i bruk over hele landet. Gode erfaringer ved Akershus universitetssykehus er publisert på http://www.ahus.no/stream_file.asp?iEntityId=20747. Også andre steder meldes det om positive erfaringer med økt brukerinvolvering knyttet til reduksjon av tvang og bedre ressursutnyttelse i helsetjenesten.

Interessante resultater ble også oppnådd i Legeforeningens gjennombruddsprosjekt i 2000, hvor tvangsbruk i sykehusavdelinger ble vesentlig redusert som følge av aktiv klinisk refleksjon omkring grunnlaget for bruk av tvang. En rekke andre tiltak er satt i verk, blant annet gjennom ulike former for utadrettet arbeid de senere årene. For eksempel meldes det om gode erfaringer gjennom ambulante akutteam, ACT-team (Assertive Community Treatment-team) mv.

2. Målsettinger for en ny nasjonal strategi

Den *overordnede* målsettingen for en samlet nasjonal strategi er å redusere bruken av tvang ved å dreie fokus mot forebygging og alternative, frivillige løsninger basert på et mest mulig likeverdig samarbeid mellom brukere/pårørende og helsepersonell. For å oppnå reell reduksjon av tvang er det avgjørende at det etableres gode og lett tilgjengelige tilbud. Et godt utbygd frivillig hjelpetilbud er således ett av de viktigste grepene for å lykkes med å redusere omfanget av tvang. Med ”riktig bruk” av tvang menes en praksis som reflekterer både fagkunnskap og brukerkunnskap, som er likeartet i hele landet og i tråd med lovverk og menneskerettigheter. Tvang oppstår i akutte situasjoner hvor det er behov for å hjelpe pasienten raskt. Det er derfor avgjørende med godt forebyggende arbeid som legger vekt på tilgjengelighet og tidlig intervensjon. For pasienter som har en historikk med mange tvangsinnleggelser er det viktig med tett oppfølging, for eksempel forankret i en Individuell plan. Først når alle reelle muligheter for frivillig hjelp er vurdert å ikke føre frem, kan tvangstiltak forsvares iverksatt.

Også i faser hvor tvang er nødvendig å bruke, må brukere og pårørende involveres og gis mulighet til medbestemmelse over innholdet i behandlingsforløpet, samt over hva som skal skje når tvangen opphører. Ved iverksettelse av tvang skal vedtakene registreres og innrapporteres på en systematisk og likeartet måte, slik at det er mulig for tjenesten selv og myndighetene å følge med på utviklingen.

Vi har per i dag ikke et godt nok faglig grunnlag for å fastsette nasjonale normtall for bruken av ulike former for tvang i det psykiske helsevernet. Den nasjonale delen av strategien har derfor ikke som mål å redusere bruken av tvang til et bestemt nivå, men setter som generelt krav at omfanget skal ned til et minimum som kan forsvares etisk og faglig. De regionale og lokale planene forutsettes å inneholde konkrete og målbare tiltak med utgangspunkt i de kravene som er satt av Helse- og omsorgsdepartementet, jf kapittel 4.

”Tvang” er ikke et entydig begrep

”Tvang” er ikke et entydig begrep, men et begrep med flere dimensjoner (3): I forskningssammenheng skiller man som regel mellom *formell tvang*, det vil si vedtak om tvang som er truffet i henhold til lovgivningen, *opplevd tvang*, som er pasientens subjektive oppfatning av i hvilken grad de er utsatt for tvang, og *faktisk tvang*, som er den tvang som faktisk utøves overfor pasienten, eller kombinasjoner av disse.

Forskning viser tydelig at pasientens formelle status er et lite egnet mål for den tvangen pasienten opplever eller faktisk utsettes for. Det er ikke alltid entydig hvor grensen går mellom frivillighet, tvang, trusler, påtrykk, overtalelser og råd når man skal bedømme om en pasient har vært utsatt for tvang eller ikke. Flere har pekt på at mange innleggelses i praksis vil foregå i en gråsoner mellom frivillighet og tvang, og at de færreste innleggelses derfor er klart frivillige eller ufrivillige (6,7). I en nordisk studie (3) viser eksempelvis tall fra Norge at 16,7 pst av formelt frivillig innlagte pasienter mente de var tvangsinnlagte, mens 46,9 pst av formelt tvangsinnlagte anså seg som frivillig innlagte.

Fordi det ikke alltid er entydig hva som er tvang, er det også vanskelig å måle og ha sikker kunnskap om hvor mye tvang som faktisk benyttes. Ettersom tvang er et begrep med flere dimensjoner, er det viktig å ha en helhetlig tilnærming til arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang, hvor formell og uformell tvang sees i sammenheng. Samtidig

er det viktig å fremheve at utgangspunktet for regjeringens målsetting for økt frivillighet i de psykiske helsetjenestene først og fremst er de beretninger om krenkelser som har kommet fra brukere, pårørende og deres representanter gjennom flere år. Den subjektive opplevelsen ved tvang er derfor en viktig markør for styring av den videre utviklingen på området.

Brukerperspektivet generelt må tillegges større vekt ved endring av praksis, både som utgangspunkt og som rettesnor for nødvendige endringer. Denne forutsetningen er i dag et sentralt premiss for utviklingen av hele helsetjenesten, ikke bare psykisk helsefeltet, bl.a. for styring av ressursbruk og måling av kvalitet i helsetjenesten. Brukerperspektivet er et bærende element i samhandlingsreformen.

3. Oppfølging og gjennomføring av strategien

De regionale helseforetakene (RHF) er i Oppdragsdokumentet for 2010 pålagt å iverksette en regional, forpliktende handlingsplan for å begrense og kvalitetssikre bruk av tvang i psykisk helsevern, jf Prop 1 S (2009-2010), kap 5.2 "Psykisk helsevern" vedrørende krav om reduksjon av tvang. Oppgaven er nærmere spesifisert i et eget brev til RHFene av 19.03.10, hvor det stilles en rekke krav til planarbeidet både når det gjelder prosess, innhold og rapportering. Brevet er vedlagt strategidokumentet.

Helseforetakene (HF) skal i samarbeid med kommunene i opptaksområdet etablere lokale tvangsreducerende tiltaksplaner og relatere disse til samarbeidsavtalene mellom HFene og kommunene. Det er forutsatt at de regionale helseforetakene skal ta nødvendige grep for å sikre at de lokale planene samsvarer med kravene fra departementet, og at de gjennomføres og følges opp som forutsatt.

Det hviler et generelt ansvar på kommunene for å etablere gode psykiske helsetjenester og å gi høy prioritet til forebyggende arbeid, jf. nye lover om helse- og omsorgstjenester og om folkehelse, begge iverksatt i 2012. Både kommuner og helseforetak er lovmessig forpliktet til å inngå i et gjensidig samarbeid for å sikre befolkningen best mulig tjenester.

Samhandlingsreformen stiller i likhet med Opptrappingsplanen for psykisk helse krav om at tilbudene skal gis desentralisert og i størst mulig grad i kommunen. Det stilles således ikke nye krav til de kommunale tjenestene i denne nye nasjonale strategien. Initiativet til å etablere lokale planer (HF-nivå) er lagt til de regionale helseforetakene. Det forutsettes at helseforetakene inviterer kommunene inn i et samarbeid om de lokale planene. Kommunene

er orientert om den nasjonale strategien gjennom embedsopdraget til fylkesmennene for 2010 (<http://fylkesmannen.no/enkel.aspx?m=62244>).

HOD er som øverste helsemyndighet ansvarlig for at strategiens forpliktelser følges opp nasjonalt. Helsedirektoratet er ansvarlig for iverksettelse av tiltakene i den nasjonale delen av strategien. I tillegg har Helsedirektoratet et generelt ansvar for å følge utviklingen og understøtte implementeringen av planene lokalt og regionalt. Dette forutsetter et nært samarbeid med de regionale helseforetakene. Viktige nasjonale tiltak:

- Følge opp resultater i de enkelte helseregionene og helseforetakene.
- Iverksette informasjons- og kommunikasjonstiltak som kan understøtte iverksettingen av en samlet strategi.
- Skape arenaer for kunnskaps- og erfaringsutveksling på ulike nivåer og på tvers av helseforetak og helseregioner.

De regionale helseforetakene forutsettes å samarbeide med Helsedirektoratet i gjennomføringen av en samlet nasjonal strategi. Formelle styringskrav til de regionale helseforetakene knyttet til de lokale og regionale planene stilles gjennom den ordinære styringsdialogen, dvs. i foretaksmøter og årlige oppdragsdokument. HOD har bedt om og mottatt de regionale planene til orientering. De regionale helseforetakene er videre blitt bedt om at de lokale planene gjøres tilgjengelige på helseforetakenes internettsider.

RHFene og Helsedirektoratet skal rapportere årlig til Helse- og omsorgsdepartementet om implementering og resultater av strategien.

4. Sentrale utfordringer og innsatsområder

4.1 Bruk av tvang ved etablering av psykisk helsevern

4.1.1 Situasjonen i dag

Beregninger basert på pasientdata fra NPR (8) viser at om lag 5 700 personer ble tvangsinnlagt til sammen 8 300 ganger i 2010. Dette tilsvarer 150 tvangsinnlagte personer og 217 tvangsinnleggelseser per 100 000 voksne innbyggere og utgjør 22 prosent av døgnpasientene i det psykiske

helsevernet for voksne og 18 prosent av alle innleggelse. Nivået er tilnærmet uendret fra 2009. For 39 prosent av de tvangsinnlagte pasientene var schizofreni angitt som hovedtilstand og tvangsbehandling ser i stor grad ut til å kunne knyttes til denne pasientgruppen. For oppunder en av tre tvangsinnlagte ble det i 2010 rapportert om rusrelatert lidelse, og observasjonsopphold ser i noen grad ut til å kunne knyttes til forekomst av rus

Ratene for bostedsområdene viser at det er betydelige forskjeller både innad i og på tvers av helseregionene. Ratene for 2010 varierer fra 113 tvangsinnleggelse og 92 tvangsinnlagte pasienter per 100 000 voksne innbyggere i Sogn og Fjordane til 382 tvangsinnleggelse og 204 tvangsinnlagte per 100 000 voksne innbyggere i opptaksområdene til henholdsvis Universitetssykehuset i Nord-Norge og sykehuset Telemark HF. Den relative fordelingen mellom innleggelse til henholdsvis tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern varierte også mellom foretaksområdene. Pasienter med gjentatte tvangsinnleggelse forklarer noe av variasjonen i rate for tvangsinnleggelse, men i hovedsak hadde foretaksområdene med de høyeste og laveste ratene for tvangsinnleggelse også de høyeste og laveste ratene for antall tvangsinnlagte pasienter (8).

Beregninger fra Helsedirektoratet (9) viser at ca halvparten av innleggelsene med et spesialistvedtak om tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i 2009, senere endte med en utskrivning til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Det knytter seg stor usikkerhet til disse tallene. Fra lovgivers side er TUD ment som en mindre inngripende form for tvang, og et alternativ til tvungent psykisk helsevern med døgnopphold for pasienter med en alvorlig psykisk lidelse. Det mangler i dag en tilfredsstillende nasjonal oversikt over innhold i og omfang av TUD.

En undersøkelse (10) gjennomført ved 9 av landets 18 ungdomspsykiatriske akuttavdelinger viser at ca 20 pst av alle innleggelsene for ungdom 16 år eller eldre ved disse institusjonene i 2007 og 2008, var tvangsinnleggelse. Prosentandelen innlagt på tvang varierte fra 3 til 43 pst mellom avdelingene, men med til dels betydelig variasjon ved samme avdeling fra ett år til det neste.

4.1.2 Sentrale innsatsområder ved etablering av psykisk helsevern

En tvangsinnleggelse kan være et slutt punkt i et lengre hendelsesforløp. Dersom antall tvangsinnleggelse skal reduseres må hovedfokuset derfor rettes mot det som skjer *forut* for

innleggelsen. Når situasjonen har utviklet seg på en slik måte at det er aktuelt å gjennomføre en tvangsinnleggelse, vil det ofte være vanskelig å finne frivillige alternativer. I arbeidet med å redusere og kvalitetssikre omfanget av tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet må det derfor legges til rette for gode og frivillige pasientforløp som forebygger behovet og risikoen for tvangsinnleggelse.

Følgende områder vurderes å være sentrale i arbeidet med å oppnå en redusert og riktig bruk av tvang ved etablering av psykisk helsevern:

- Forebyggende helsearbeid og tidlig oppdagelse av psykiske lidelser.
- Forebygging av alvorlige sykdomsforløp gjennom utbygging av tilgjengelige og sammenhengende helsetjenester.
- Forebygging av tilbakefall gjennom systematisk oppfølging av personer med alvorlig psykisk lidelse i kommunen i samarbeid med DPS.
- Forebygging og kvalitetssikring av tvangsinnleggelse gjennom aktiv involvering av brukere og pårørende ved hjelp av kriseplaner, rettighetskontrakter og brukerstyrte plasser.
- Forebygging av unødvendige tvangsinnleggelse gjennom god beredskap, kompetente og tilgjengelige akuttjenester i kommunen og ved DPS, herunder ambulante og oppsøkende tjenester som er tilgjengelige også på kvelds- og nattestid.

Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet, med høy pasientsikkerhet og tilpasset den enkelte bruker. Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles. Gjennom bruk av rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske virkemidler skal spesialisthelsetjenesten få en tydeligere rolle i å støtte kommunene. Samhandlingsreformen omfatter strukturelle grep som på sikt vil kunne medvirke til redusert og riktig bruk av tvang. I det følgende gis en gjennomgang av disse virkemidlene.

4.1.3 Forebyggende helsearbeid og tidlig oppdagelse av psykiske lidelser

Grunnlaget for god helse legges først og fremst utenfor helsetjenesten. Folkehelsen påvirkes av faktorer på mange nivåer som overlapper hverandre. Grunnleggende faktorer som økonomi, utdanning og oppvekstmiljø, arbeids- og bomiljø, og mer umiddelbare påvirkningsfaktorer som levevaner og bruk av helsetjenester har betydning for folkehelsen.

Vi har i dag mye kunnskap om risikofaktorene knyttet til utvikling av psykiske lidelser både hos barn og unge og voksne. Flere kommunale tjenester er i en gunstig posisjon til å kunne identifisere både risikofaktorer og psykiske helseproblemer tidlig, og kan intervensere før de utvikler seg til mer alvorlige lidelser. God tilgjengelighet til helsetjenester og kunnskap om psykiske lidelser hos sentrale tjenesteytere som fastlege, helsestasjon og skolehelsetjeneste er viktig for å kunne oppdage symptomer på alvorlige psykiske lidelser og igangsette behandling tidlig i sykdomsforløpet. Befolkningen må også ha en grunnleggende kunnskap om psykisk helse, hvor man kan henvende seg med psykiske helse spørsmål, og hvordan man kan få hjelp for seg selv og sine nærmeste.

Ved å komme tidlig til kan muligheten for å bli frisk eller for å mestre symptomene på en god måte være større, og det kan legges til rette for gode relasjoner mellom behandlings-/tiltaksapparat og pasient og pårørende, basert på tillit og frivillighet.

Mye tyder på at selvmordsproblematikk og rus er viktige utløsende faktorer ved mange tvangsinnleggelser (jf. kapittel 4.1.1) Selvmordsforebygging og rusforebyggende arbeid bør derfor vies særskilt oppmerksomhet også i arbeidet med å redusere bruken av tvang. Strategien ”Satsingsområder og tiltak innen selvmordsforebygging 2009-2012” (11) danner grunnlaget for det nasjonale selvmordsforebyggende arbeidet. Helsedirektoratet har utgitt en egen veileder om tidlig intervensjon på rusområdet som bør legges til grunn for arbeidet lokalt (12).

4.1.4 Godt utbygde og tilrettelagte tilbud i kommunen – et sted å bo, noe å leve av og noe å leve for

Oppfylld av grunnleggende materielle betingelser i form av et godt botilbud, arbeid og utdanning, sosial tilhørighet og et inntektsgrunnlag som gjør at materielle behov kan ivaretas, er sentrale faktorer i arbeidet med å forebygge og behandle psykiske lidelser. Det er også en

forutsetning for en vellykket rehabilitering og for at den enkelte skal kunne mestre eget liv, og slik forebygge tilbakefall.

Mangler i det kommunale tilbudet kan øke risikoen for forverring og tilbakefall og dermed påvirke omfanget av tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet. I tillegg viser tilbakemeldinger fra tjenestene at mangler i det kommunale tilbudet kan bidra til unødige forlengelser av tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet. Pasienter som kunne vært skrevet ut til frivillige løsninger eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, holdes i en del tilfeller tilbake i det psykiske helsevernet fordi kommunen ikke kan stille med tilfredsstillende bolig og oppfølging.¹ Det er av sentral betydning for det tvangsreducerende arbeidet at de kommunale tjenestene greier å møte brukernes behov for tilrettelagte tjenester på en tilfredsstillende måte. Samtidig er det viktig for kommunenes evne til å håndtere mange pasienter, at spesialisthelsetjenesten er lett tilgjengelig i lokalsamfunnet, både med hensyn til utveksling av informasjon og råd omkring den enkelte pasient og for raskt å kunne bistå i behandlingen når det er behov for mer spesialisert helsehjelp.

Undersøkelser (13) har vist at flere årsverk i det kommunale psykiske helsearbeidet er assosiert med lavere andel innleggelse med tvang. Det er også påvist en sammenheng mellom økt risiko for innleggelse som øyeblikkelig hjelp og få årsverk i det kommunale psykiske helsearbeidet.

Gjennom opptrappingsperioden har bruken av ulike typer kommunale tjenester økt for personer med psykiske lidelser og problemer (14). Kommunene står likevel fortsatt overfor betydelige utfordringer når det gjelder å yte et tilfredsstillende tilbud til personer med alvorlige psykiske lidelser. Pasienttellingen i døgnavdelingene i det psykiske helsevernet for voksne (15) viser at en vesentlig del av pasientene, etter behandlernes vurdering, har et mangelfullt tilbud i sin hjemkommune. Manglene er særlig knyttet til behovet for et botilbud med tilstrekkelig tett oppfølging, tilbud om støttekontakt og tilrettelagt arbeid.

I ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (16) legges det til grunn at kommunene har ansvar for alle pasienter og brukere: somatiske og psykiske lidelser, og lidelser/ problemer

¹ I NOU 2011:15 "Rom for alle", beskrives til dels store kapasitetsutfordringer i kommunene. Det anslås at det er et udekket behov for ca 2700 tilrettelagte boliger for personer med psykiske lidelser og behov for omfattende tjenester (s. 79). 76 pst av kommunene rapporterer at de har for få boliger til denne gruppen. Å ha egen bolig er et grunnleggende velferdsgode, og det vil ofte være en forutsetning for kunne nyttiggjøre seg behandling. Utfordringene knyttet til bostedsløshet er størst i de fire største byene.

som er relatert til rusmiddelmisbruk. Personer med psykiske lidelser skal ivaretas i de vanlige kommunale tjenestene. I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) er satsingen på ambulante og/ eller oppsøkende behandlingsteam, tilrettelagte boliger med tilstrekkelig og god oppfølging, samt en lovfestet rett til Individuell plan beskrevet. Kommunene skal også sørge for at det oppnevnes koordinator ved behov for dette. For øvrig forutsettes kommunene, i større grad, å utvikle tilbud som fremmer arbeid og aktivitet og en meningsfull hverdag for mennesker med psykiske helseproblemer.

4.1.5 God oppfølging av personer med en alvorlig psykisk lidelse – tilgjengelige og sammenhengende psykiske helsetjenester

I nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015) understrekes betydningen av et sammenhengende tjenestetilbud for personer med alvorlige psykiske lidelser og avhengighetsproblemer. Helsedirektoratet anslår (17) at det på landsbasis er i underkant av 18 000 personer med alvorlig psykisk lidelse som mottar eller har behov for et omfattende tjenestetilbud. Videre har det vært estimert at ca 4000 personer både har en alvorlig psykisk lidelse og et antatt underforbruk av sosial- og helsetjenester (17). Analyser fra Helsedirektoratet (18) viser at ti prosent av de voksne pasientene som mottok behandling i det psykiske helsevernet i 2009 mottok 79,5 prosent av ressursene i form av oppholdsdøgn, polikliniske konsultasjoner og dagopphold. I det psykiske helsevernet for barn og unge mottok de 10 prosent mest ressurskrevende pasientene, 66 prosent av ressursene. 73 pst av de tvangsinnlagte voksne pasientene i 2009 tilhørte gruppen av ressurskrevende pasienter.

En undersøkelse fra Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) i 2011 viser at tre av ti pasienter med schizofreni, som skrives ut etter behandling i norske sykehus, legges inn igjen før det er gått 30 dager (19). Norge kommer dårligst ut blant OECD-landene som er med i undersøkelsen. Undersøkelsen viser at det er et fortsatt behov for utvikling av mer effektive samarbeidsstrukturer mellom nivåene i helse- og sosialtjenesten, og for tiltak som bidrar til å sikre at personer som skrives ut fra sykehus får tilbud om helhetlig og systematisk behandling og oppfølging i sitt lokale miljø. Det vurderes innført nye styrings- eller kvalitetsindikatorer på dette området.

Arbeidsgruppen som i 2009 vurderte behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven (3), uttrykte bekymring ift en utvikling hvor det etableres ”miniinstitusjoner” i kommunene hvor

det benyttes ureglementerte kontrolltiltak overfor personer med alvorlige psykiske lidelser, uten forankring i lovverket. Bekymringen knytter seg til måten krevende brukere håndteres på i kommunale omsorgsboliger og private institusjoner som kommunene har driftsavtale med. Det finnes i dag ikke en god nasjonal oversikt over det eventuelle omfanget av dette problemet.

God oppfølging av personer med en alvorlig psykisk lidelse må stå sentralt i arbeidet med redusert og riktig bruk av tvang. Personer med alvorlige psykiske lidelser vil ofte ha behov for koordinerte tjenester og stabil kontakt og oppfølging over tid. Det er av grunnleggende betydning å oppnå en god allianse og samhandling med den enkelte.

Kommunehelsetjenesten har en sentral rolle ved etablering av tvungent psykisk helsevern gjennom henvisning fra fastlege og legevakt, og er også ofte involvert i gjennomføring av tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Rapporter fra Helsetilsynet (20,21) tyder på at kommunene ikke alltid har de nødvendige ressursene og systemene for å ivareta sine brukere. Flere kommuner mangler rutiner som sikrer at de ansatte i hjemmetjenesten har tilstrekkelig kunnskap og erfaring i forhold til pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Det er også avdekket en mangelfull beredskap i kommuner for håndtering av kriser i forbindelse med symptomforverring hos tjenestemottakerne, og andre uforutsette situasjoner. Dette kan medføre tvangsinnleggelse for enkelte pasienter.

Undersøkelser viser at en stor del av tvangsbruken retter seg mot en mindre gruppe av personer som er kjent for helsetjenestene, det vil si at tvangen gjentas som følge av at den aktuelle pasienten har en varig lidelse som fra tid til annen forverres, hvilket medfører behov for ny oppfølging fra helsetjenesten. Dersom en slik praksis, med gjentatte tvungne reinnleggelser og tvangsbehandlinger, blir en del av tjenestenes normalrespons på pasientens omsorgsbehov, er dette uheldig på flere måter. Blant annet kan det etterlate et inntrykk av at tvang i slike tilfeller utføres som et rutinemessig inngrep. Det må imidlertid tas forbehold om at vi ennå ikke har sikker nok kunnskap til å kunne fastslå hvor mange av disse personene som kunne ha vært hjulpet på andre og bedre måter, for eksempel ved hjelp av tettere oppfølging, mer hjemmebehandling, brukerstyrte behandlingsforløp, ambulant oppfølging mv.

Manglende utbygging og desentralisering av behandlingstilbud og ressurser i det psykiske helsevernet, og mangelfullt samarbeid mellom DPS/BUP og kommunene i opptaksområdet,

får konsekvenser for tilbudet til befolkningen og for samspillet rundt den enkelte pasient. Dette har betydning for tilgjengeligheten og ressursutnyttelsen i de psykiske helsetjenestene samlet sett, og kan også medføre et unødig høyt antall tvangsinnleggelser. De hjemmebaserte tjenestene i kommunen må ha tilstrekkelig kunnskap om psykiske lidelser, og tilstrekkelig beredskap i forhold til å håndtere kriser og symptomforverring hos sine brukere. Gode rutiner og systemer for samhandling med det psykiske helsevernet bør være en sentral del av en slik beredskap og bør nedfelles i samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Med hensyn til oppfølging av brukere og pårørende og utvikling av samhandlingsrutiner er det viktig at spesialisthelsetjenesten er lett tilgjengelig for helsepersonell i kommunen. En best mulig ressursutnyttelse og kvalitet i tjenesten innebærer at det er lav terskel for å ta kontakt og utveksle informasjon mellom de instanser som er/kan bli involvert i et behandlingsforløp. I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) legges det opp til at DPSene skal være et tydelig forankringspunkt i det helhetlige behandlingstilbudet på spesialistnivå jf bl.a kravet om akuttberedskap. I den videre utviklingen av tilbudet er polikliniske tjenester, ambulante funksjoner og tilbud om brukerstyrte plasser, sentrale elementer. DPSene skal støtte kommunene i deres arbeid slik at man kan forhindre unødvendige innleggelser eller få til frivillige innleggelser på lavest mulig omsorgsnivå. I arbeidet med samhandlingsreformen er det pekt på behovet for avtalte behandlingsforløp mellom nivåene i helsetjenestene. I den nye helse- og omsorgstjenesteloven stilles det krav om samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner som skal bidra til en tydeligere oppgave- og ansvarsfordeling, samt til økt samhandling for å møte brukernes behov for en helhetlig helsetjeneste.

En del personer med alvorlige psykiske og ofte rusrelaterte lidelser har behov for tverrfaglig og oppsøkende hjelp som det ordinære hjelpetilbudet i mindre grad har kunnet dekke på en helhetlig måte. Ulike samhandlingsmodeller, herunder ACT²-prosjektet, er utviklet for å gi oppsøkende og sammenhengende tjenester til mennesker som trenger dette. I samhandlingsprosjektene understrekes viktigheten av en tverrfaglig sammensetning og tilnærming, god tilgjengelighet og fleksibilitet i tjenesten samt det å arbeide systematisk og langsiktig i et mestrings- og tilfrisknings- perspektiv. I ACT-teamene gis det behandling og oppfølging både fra kommune- og spesialistnivå i et tett og fleksibelt samarbeid. Siden 2009 er det etablert slike team flere steder i landet og det er igangsatt en nasjonal forskningsbasert evaluering av satsingen, hvor det også vil bli sett nærmere på eventuelle tvangsreducerende

² Assertive Community Treatment

effekter av teamenes arbeid. Evalueringsresultater fra forsøket med ACT i Mossregionen viser at samlet antall innleggelsesdøgn i sykehus ble betydelig redusert ved oppfølging fra ACT-team (22).

4.1.6 Behov for myndiggjøring av brukerkunnskap som likeverdig med fagkunnskap i det kliniske beslutningsgrunnlaget. Samarbeid med pårørende

”Brukermedvirkning skal være det bærende prinsippet i organisering av det psykiske helsevernet [...]” Fra Regjeringens tiltredelseserklæring, 07.10.09

Reell involvering av brukere og pårørende i helsetjenesten er en forutsetning for å oppnå den kvalitet på tjenestetilbudet som regjeringen har satt som mål for utviklingen av psykisk helsefeltet. Involvering og medbestemmelse i behandling er videre en sentral forutsetning for å nå den nasjonale strategiens målsetning om større grad av frivillighet i hjelpen som gis. Realisering av et brukerperspektiv i behandling og oppfølging, innebærer at brukerkunnskap og fagkunnskap i større grad integreres som likeverdige størrelser i den samlede kompetansen som kliniske beslutninger tas utifra. Beslutningstaking i fellesskap eller ”Shared decision-making” benyttes i økende grad i policy-dokumenter internasjonalt, herunder i WHO-sammenheng, som veiviser for å myndiggjøre brukere i kliniske beslutningsprosesser, og for å tydeliggjøre hva slags rolle og ansvar som tilligger helsepersonell i denne kommunikative prosessen (23)

Som tiltak for å styrke brukerinvolvering i beslutningsprosesser omkring behandling, legger denne strategien til grunn at det må etterstrebes et samarbeid mellom behandlingsansvarlig og brukere/pårørende hvor målet er å komme til enighet om et behandlingsopplegg. I de tilfeller hvor det ikke er mulig å oppnå enighet om hele eller deler av behandlingen, bør likevel ønsket hos bruker/pårørende ivaretas så langt det er faglig forsvarlig når den endelige beslutningen tas. Det er viktig å presisere at deling av myndighet ikke må oppfattes som deling av ansvar. Helsepersonells behandlingsansvar er lovpålagt og uinnskrenket i forhold til involvering av brukere og pårørende i et behandlingsforløp. Poenget er å sikre at brukernes bestemmelse over egen helse i det daglige også blir tatt hensyn til i kliniske beslutningsprosesser som angår den enkelte.

Det vises for øvrig til ordningen Fritt sykehusvalg som også, med enkelte begrensninger, gjelder for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern.

4.1.7 Samarbeid med pårørende.

Brukere og pårørende kan ha ulike oppfatninger av behovet for og nytte av å bruke tvang. Samtidig er pårørende ofte en viktig ressurs, og har også en rettslig stilling i forhold til pasienten, helsepersonell og helsetjenesten. Mange pårørende er sentrale omsorgspersoner med betydelig kjennskap til og kunnskap om pasienten. Pårørende har en særlig viktig rolle når det gjelder barn og unge.

Undersøkelser viser (24) at involvering av pårørende kan redusere faren for tilbakefall, føre til færre symptomer, bedre pasientens sosiale fungering og gi en økt opplevelse av mestring og tilfredshet hos pasient og pårørende. Involvering av pårørende vil dermed kunne være en viktig kvalitetssikring av den helsehjelpen som gis, både ved akutte innleggelser og ved langvarig oppfølging. Helsedirektoratet har utgitt en veileder (24) for samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester.

4.1.8 Utvikling av frivillige og brukerstyrte tilbud, herunder tilbud om medisinfri behandling

Det mangler en samlet oversikt over hvilke frivillige og brukerstyrte tilbud som er mest brukt nasjonalt og internasjonalt. Det skal derfor utarbeides et tipshefte (se tiltak nr. 2) om frivillige og brukerstyrte tilbud, som også skal omhandle medisinfrie behandlingstilbud. Hftet skal bidra til å støtte etableringen av frivillige behandlingstilbud i helseforetakene, jf. oppdraget til RHFene av 19. mars 2010 om krav til innhold i lokale planer. Hftet skal sammenstille beste praksis på området, basert på nasjonale og internasjonale erfaringer, herunder forskning og evalueringer. For øvrig vises det til kapittel 4.2.5.

Individuell plan og bruk av kriseplaner kan være et viktig og effektivt verktøy for brukerinvolvering, og bidra til at akutsituasjoner håndteres på en bedre måte gjennom å gi pasienten innflytelse på hendelsesforløpet. En akutt beredskaps- eller kriseplan kan inneholde viktig informasjon om varselsignaler, tiltak og behandling i forbindelse med sykdomsforverring og om hvem brukeren ønsker skal bli kontaktet ved behov for innleggelse. Rådet for psykisk helse har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet en mal for en slik

kriseplan som kan benyttes av tjenestene (www.psykiskhelse.no).

Gjennom de lokale og regionale planene for tvangsreduksjon forutsettes det en systematisk innføring av alternative metoder til tvang. Individuelle planer og kriseplaner må sees i sammenheng med dette, jf kapittel 4.

4.1.9 Personlig ombud

For pasienter med omfattende behov for hjelp fra flere tjenester er det i Sverige etablert en ordning med Personlig ombud (PO) som arbeider på oppdrag fra brukeren og setter brukerens behov i sentrum. Hun eller han skal gi støtte og være en rådgiver for brukeren, bistå i kontakt med offentlige instanser etter fullmakt fra brukeren, sørge for at brukeren får den hjelp og oppfølging han selv ønsker og har krav på og arbeide oppsøkende på brukerens premisser og være uavhengig i forhold til myndighetene. Oslo kommune har satt i gang et forsøk med en personlig ombudsordning i samarbeid med PIO-senteret (ressursenter for psykisk helse), Landsforeningen for Pårørende i Psykiatrien (LPP) og bydel Sagene. Evalueringen som er gjort så langt indikerer til dels positive resultater, bl.a. ved at brukerne melder om økt innflytelse på tjenestetilbudet og at tjenestene oppleves mer tilgjengelige. Foreløpig finnes det ikke data som kan påvise effekt av Personlig ombud på omfanget av tvangsinnleggelse i psykisk helsevern. Departementet vil på grunnlag av evalueringen vurdere videre oppfølging av prosjektet.

4.1.10 God beredskap, kompetente og tilgjengelige akuttjenester i kommunen og i spesialisthelsetjenesten

Legevakten står for en stor del av henvisningene til de psykiatriske akuttavdelingene (25). De fleste øyeblikkelig-hjelpinnleggelse går i dag direkte fra kommunal legevakt til de psykiatriske akuttavdelingene, utenom akutteamene på DPS og uten at alternative intervensjoner er vurdert (26). Samtidig viser undersøkelser (13) at ca 1 av 4 henvisninger til tvang ikke tas til følge av spesialist i det psykiske helsevernet.

Legevakten må ofte fatte sine beslutninger i en akutt situasjon, uten nødvendigvis å kjenne pasientens sykdomshistorie og med begrenset lokalkunnskap om pasientens nettverk og om frivillige alternativer, for eksempel ved et DPS. Legevakten kan også mangle viktig kompetanse for å kunne håndtere en akutt psykiatrisk krise med frivillig hjelp (27).

Det er et mål i Samhandlingsreformen å redusere behovet for innleggelser i spesialisthelsetjenesten. I de lokale og regionale planene for redusert og riktig bruk av tvang skal det sørges for god tilgjengelighet også utover ordinære åpningstider, herunder vurdering av alternativer til legevakt for å møte behov.

Mange pasienter som trenger akutthjelp, vil kunne klare seg med poliklinisk og ambulant bistand eller innleggelse i en åpen døgnavdeling ved et DPS, særlig hvis en kommer tidlig til. Dette forutsetter et nært samarbeid mellom legevakt og DPS for å sikre at behandling gis på riktig nivå. I Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) legges det opp til at DPSene, blant annet gjennom de ambulante akutteamene, skal utvikle gode akutfunksjoner og innta en tydelig plass i den akuttmedisinske kjeden. Dette vil sette DPSene i stand til å ivareta beredskap over en større del av døgnet og føre til bedre tilgjengelighet og økt trygghet hos brukere, pårørende og det lokale tjenesteapparatet. Dette vil også kunne bidra til målet om redusert og riktig bruk av tvang gjennom å redusere unødvendige henvisninger og innleggelser på tvang.

Halvparten av tvangsinnleggelsene i 2010 var til tvungen observasjon (8). Tilbakemeldinger fra tjenestene tyder på at selvmordsproblematikk ofte er en viktig faktor i forbindelse med slike observasjonsopphold. Dette gjelder både i det psykiske helsevernet for voksne, og barn og unge. I det psykiske helsevernet for voksne er rusrelaterte lidelser også en viktig faktor ved observasjonsopphold.

Det er viktig å øke kompetansen til de som gjør innleggelsesvurderinger og selvmordsrisikovurderinger. Dette gjelder først og fremst personalet på legevakt, fastleger, leger og psykologer. Det er viktig at helsepersonell har nok kompetanse til å vurdere tilstander som krever innleggelse og tilstander som kan behandles ambulant. Det er også viktig at det ikke settes likhetstegn mellom suicidalitet og innleggelse til tvungen observasjon eller tvungent vern. Gjennom god akutthjelp, vurdering av hva som har utløst den akutte tilstanden samt å motivere for videre behandling, kan mange innleggelser unngås. Samtidig er det avgjørende med god kvalitet i behandlings- og oppfølgingstilbudet i etterkant av akutte kriser for å redusere gjentatt bruk av tvang.

4.1.11 Mindre bruk av politi

Studier fra Norge (25) viser at ca en fjerdedel av pasientene som ble innlagt i akuttavdeling ble fulgt av politiet. Det er helsetjenesten som har hovedansvaret for personer som trenger psykisk eller somatisk helsehjelp. Dette innebærer at det er helsetjenesten som skal følge pasienter til undersøkelse eller behandling, der det måtte være behov for følge. I visse situasjoner har politiet imidlertid en plikt til å yte bistand, *dersom helsetjenesten vurderer det som nødvendig* av sikkerhetsmessige grunner jf Rundskriv IS-5/2012 (28).. Politiets bistandsplikt gjelder ved:

- Avhenting til tvungen legeundersøkelse, bringe en person til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern
- Tilbakehenting til tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern i institusjon
- Avhenting til undersøkelse eller behandling ved tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold

Bruken av politi i forbindelse med innleggelser kan oppleves som svært belastende både for pasienter og pårørende, og bør begrenses så langt som mulig. I tillegg til å virke stigmatiserende kan bruk av politi bidra til en unødvendig eskalering av situasjonen og gjøre det vanskelig å etablere en tillitsfull relasjon mellom pasient og behandler. Gjennom de lokale og regionale planene for redusert og riktig bruk av tvang er det bedt om å sørge for at det etableres verdige og skånsomme transportordninger som kan bidra til å redusere bruken av politi ved transportoppdrag.

4.1.12 Nøkkeltall

Det tas sikte på å legge følgende nøkkeltall til grunn for å følge utviklingen nasjonalt i bruken av tvang ved etablering av psykisk helsevern (tvangsinnleggelser):

- Antall pasienter og antall henvisninger til tvungen observasjon/tvungent psykisk helsevern per 100 000 innbyggere over 18 år, etter pasientens bosted.
- Andel henvisninger til tvungen observasjon og til tvungent psykisk helsevern som underkjennes og andel som tas imot til frivillig opphold i det psykiske helsevernet.

- Antall pasienter og antall innleggelser per 100 000 innbyggere over 18 år, med spesialistvedtak om henholdsvis tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern. Etter pasientens bosted.
- Antall oppholdsøgn under tvang per 100 000 innbyggere over 18 år og gjennomsnittlig og median varighet av innleggelser til hhv tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern.
- Antall/andel vedtak om overføring fra frivillig til tvungent psykisk helsevern (§ 3-4).³
- Antall pasienter og antall utskrivninger til tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold per 100 000 innbyggere over 18 år. Etter pasientens bosted.
- Antall døgn under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) per 100 000 innbyggere over 18 år og gjennomsnittlig og median varighet av vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Etter pasientens bosted.
- Antall pasienter, antall henvisninger og antall innleggelser per 100 000 innbyggere til tvungen observasjon/innleggelse i psykisk helsevern for personer under 18 år (BUP).

Rapporteringen til NPR er per i dag ikke så komplett at det vil være mulig å publisere data nasjonalt for alle de nøkkeltallene som er listet opp ovenfor. Data for de ulike nøkkeltallene vil derfor bli publisert etter hvert som datakvaliteten tillater det. Det vises til nærmere omtale av arbeidet med datakvalitet under målområdet ”dokumentasjon”.

Med hensyn til bruk av politi ved transport av psykisk syke rapporteres det i dag verken til Politiets/Politidirektoratets registre eller til Norsk pasientregister (NPR) på om pasienten har ankommet avdelingen i følge med politiet. Det finnes en mulighet for å innføre slik registrering gjennom NPR-melding, hvilket bør vurderes. Det anbefales uansett at det følges med på dette lokalt.

³ Data fra Kontrollkomisjonene.

4.2 Bruk av tvang ved gjennomføring av psykisk helsevern

4.2.1 Situasjonen i dag

En gjennomgang og kontroll av de rapporterte dataene om bruk av tvangsmidler (26), skjerming og tvangsbehandling innen psykisk helsevern, viser at det er til dels store avvik mellom data rapportert til Statistisk Sentralbyrå (SSB) og Norsk Pasientregister (NPR). Dataene vurderes derfor foreløpig ikke som gode nok til at de kan publiseres på nasjonalt nivå.

Gjennom Norges Forskningsråds evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (27) har Sintef Helse utført særskilte kartlegginger av bruken av tvangsmidler og skjerming i det psykiske helsevernet, i perioden 2001-2007. I følge kartleggingene (29,30) økte bruken av mekaniske tvangsmidler fram til 2005, men har siden avtatt. Bruken av korttidsvirkende legemidler har variert fra år til år, men med en svak økning i antall pasienter som har blitt utsatt for dette. Bruken av isolat sank kraftig i begynnelsen av perioden, og har nå et ubetydelig omfang. Bruken av skjerming økte kraftig i perioden både målt både i antall vedtak og i antall pasienter. Veksten sist i perioden vil i noen grad være påvirket av at det fra 2007 ble gjort en innstramming i kravet om når det skal fattes vedtak (fra 48 til 24 timer). En stor andel av bruken av mekaniske tvangsmidler er konsentrert om et fåtall pasienter. Av ovennevnte kartlegging (30) går det frem at bruken av tvangsmidler og skjerming var knyttet til 2121 pasienter i 2007, og at dette var en økning fra 2001. Til sammenlikning ble om lag 5000 personer tvangsinnlagt i 2009 (9).

Det er gjennomført en ny kartlegging av bruken av tvangsmidler og skjerming i det psykiske helsevernet for 2009 (31). Undersøkelsen er basert på gjennomgang av papirbaserte tvangsprotokoller fra samtlige avdelinger innenfor tvungent psykisk helsevern. Totalt ble det fattet 10 939 vedtak om bruk av tvangsmidler og skjerming overfor 2432 pasienter. Vedtak om bruk mekaniske tvangsmidler var det hyppigst brukte tvangsmiddelet og isolering ble brukt sjeldnest. Akuttavdelinger sto for 60 % av samtlige vedtak og sammen med sikkerhetsavdelingene hadde de 75 % av alle vedtak om bruk av tvangsmiddel og skjerming. Det var store variasjoner mellom de forskjellige helseforetakene når det gjaldt bruk av tvang og skjerming. Det samlede antallet pasienter med vedtak økte med 314 sammenliknet med 2007. Den relativt sett største økningen kom som vedtak om kortvarig fastholding og skjerming. Antall pasienter med vedtak om bruk av korttidsvirkende legemidler gikk noe ned.

På grunn av ulike datakilder og –metoder er ikke tallene for undersøkelsen i 2009 og tidligere år direkte sammenliknbare, slik at forskjellene i registrert forekomst av tvangsbruk må tas med dette forbeholdet.

Det er gjennomført en egen kartlegging (10) av tvangsmiddelbruk ved 9 av 18 ungdomspsykiatriske akuttavdelinger. Denne viser at 80 pst av alle tvangsmiddelepisodene i de ungdomspsykiatriske akuttavdelingene i 2007 og 2008 gjaldt fysisk fastholding. Det var en betydelig variasjon mellom avdelingene i antall tvangsmiddelepisoder, også sett i forhold til avdelingens størrelse. Det var i tillegg stor variasjon innenfor den enkelte avdeling fra ett år til det neste. 56 pst av alle tvangsmiddelepisodene var knyttet til 6 pasienter. Alle var jenter med problemer knyttet til spiseforstyrrelser og selvskading.

4.2.2 Viktigheten av tydelig lederskap på alle nivåer og et systematisk, kontinuerlig kvalitetsarbeid lokalt

Erfaringer både nasjonalt og internasjonalt viser at det er mulig å redusere bruken av tvang i institusjoner i det psykiske helsevernet gjennom målrettet satsing. Godt faglig arbeid er det viktigste redskapet for å nå gode resultater, herunder redusert bruk av tvang. Godt lederskap på alle nivåer er en forutsetning for å lykkes i dette. Selv om tjenestene blir målt på kvantitative resultater må de først og fremst ha fokus på fag for å kunne utvikle seg i riktig retning. Kravet om redusert bruk av tvang må derfor forstås i et faglig perspektiv. Lederen må derfor sørge for at måltallene blir et hjelpemiddel, ikke et overordnet styringsvirkemiddel.

De regionale og lokale planene for redusert og riktig bruk av tvang forplikter ledere og ansatte på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten. For å oppnå god kvalitet på behandlingstilbudet må virksomheten drive et kontinuerlig arbeid med kvalitetsforbedring og utvikling. Dette er et lederansvar. Godt lederskap innebærer blant annet å sette visjoner og mål for virksomheten, avdekke mangler og identifisere forbedringsområder, iverksette nødvendige tiltak, monitorere utviklingen og korrigere avvik (32). Medarbeidere og brukere må involveres aktivt i dette arbeidet.

Arbeidet med redusert og riktig bruk av tvang bør inngå som en naturlig del av virksomhetenes arbeid med kvalitetsforbedring og utvikling. Tvang er også et viktig tema for de kliniske etikkomiteene som er etablert i helseforetakene. Komiteene skal i henhold til

strategioppdraget til RHFene av 19. mars 2010 inkluderes i helseforetakenes arbeid med strategien. Det må sikres en nødvendig registrering av feil og uønskede hendelser knyttet til tvangsepisoder, slik at dette kan benyttes i det systematiske kvalitetsarbeidet. De lokale og regionale planene for redusert og riktig bruk av tvang skal inneholde rutiner for kvalitetssikring av tvangsbruk og tiltak for å sikre at tvang ikke vedvarer lengre enn nødvendig.

4.2.3 Utvikling av mestringsfremmende behandlingsfilosofi og postmiljø - iverksetting av alternativer til tvang

Internasjonale og nasjonale studier viser at behandlingsfilosofi er en viktig faktor for bruk av tvangsmidler og skjerming (33, 34).

Gjennom prosjektet ”Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus” (34) som ble gjennomført ved 6 norske akuttavdelinger i 2007/2008, ble det identifisert viktige elementer i arbeidet med å redusere bruken av tvang i institusjon:

- Forebygging av konflikter forebygger bruk av tvang. Gjennom å se situasjoner som fører til tvang som hendelser i et lengre årsaksforløp, er det mulig å finne alternative handlingsmåter for personalet som kan forebygge bruk av tvang.
- Endring av behandlingsfilosofi og postmiljø i retning av et mer anerkjennende og omsorgsfullt syn på pasientene, mer bruk av tid og mer fleksible og individuelle løsninger, økt vekt på håp, mestring og tilfriskning, mindre bruk av korrigerende grensesetting, økt vekt på aktiviteter og en aktiv pasientrolle er viktig for å redusere bruken av tvang.
- Legge vekt på å bruke tid før man griper inn med tvang, bevisstgjøre om mulighetene for mer lempelige midler og unngå unødig bruk av fysisk makt.
- Økt vekt på relasjon, kommunikasjon og trygghet.
- Hyppig og systematisk bruk av refleksjon, samt tilbakemeldinger fra brukerne.

Ansatte i det psykiske helsevernet utfører et svært viktig arbeid. De står overfor mange vanskelige situasjoner hvor ulike og til dels motstridende hensyn skal forsøkes ivarettatt samtidig. Som en del av utviklingsarbeidet lokalt er det viktig å sette av tid til å reflektere

over egen praksis og holdninger. Etikkarbeidet i de psykiske helsetjenestene bør derfor styrkes på alle nivåer.

4.2.4 Økt fokus på pasientsikkerhet og reduksjon av skader

Tvangsmidler og skjerming er virkemidler som i henhold til loven kan benyttes dersom dette er nødvendig for å ivareta sikkerheten for pasient, medpasienter og personale. Fysiske maktmidler kan imidlertid skade tilliten mellom brukere/pårørende og helsetjenesten og innebære en trussel mot sikkerheten både for pasient og personale, da fysiske konfrontasjoner alltid innebærer en risiko. Det fortelles om både fysiske skader og psykiske tilleggsbelastninger av tvangsmiddelbruk. Bruk av mekaniske tvangsmidler og fysisk fastholding kan i visse tilfeller medføre alvorlige fysiske skader på pasienter, også med dødelig utfall (35,36,37,38). Bruk av tvangsmidler kan også være traumatiserende og bringe tidligere traumer tilbake (33). I internasjonal forskningslitteratur (33) påpekes det at bruk av tvangsmidler er å betrakte som ”høyrisiko-intervensjoner” som øker faren for psykiske og fysiske skader både for pasienter og personale.

Ledere og ansatte i det psykiske helsevernet forutsettes i henhold til lovverket å gjøre bruken av tvangsmidler tryggest mulig for både pasienter og personell. Generelt skal det være en høy terskel for å gripe inn med tvangsmidler overfor pasienter under tvungent psykisk helsevern. Som ledd i å skape trygghet for både pasienter og ansatte er det samtidig viktig at det ved mistanke om bruk av rusmidler og våpenbesittelse kan foretas kontroller og evt. inngripen når dette er nødvendig av sikkerhetshensyn.

Det er iverksatt en egen nasjonal kampanje for å øke pasientsikkerheten generelt i helsetjenesten (www.pasientsikkerhetskampanjen.no). Målet med kampanjen er å redusere antall pasientskader i helsetjenesten gjennom konkrete tiltak på utvalgte, nasjonale innsatsområder.

4.2.5 Behov for økt innflytelse fra brukere og pårørende i beslutninger om medikamentell behandling og medisinfrie behandlingsalternativer

Brukere og pasienter er ekspertene på sitt eget liv. Ingen vet bedre enn en selv hvilke ønsker og preferanser en har. Som regel vet man også hva som er til beste for en selv, selv om man av og til kan trenge hjelp for å gjøre gode valg. Svært mange har erfaring fra tidligere sykdomsforløp, behandling og pleie og vet derfor mye om hva som virker og hva som ikke virker for sin egen del. I en vesentlig del av møtene med tjenestene vil det foreligge alternative intervensjoner eller tiltak, også når det gjelder medikamentell behandling. I mange tilfeller vil det være en vurdering mellom en mulig positiv effekt av en intervensjon eller å slippe mulige bivirkninger. Brukerne/pasientene trenger da grundig informasjon fra sin behandler om hva de ulike alternativene kan innebære, for å kunne ta et informert valg. Ofte har de også tilegnet seg god kunnskap om sykdom og behandlingstilbud gjennom internett og kan bidra i dialogen med behandler også fra det perspektivet.

For brukere med langvarige og sammensatte lidelser er betydningen av å kunne ta egne valg særlig stort. Brukerundersøkelser fra Norge og andre land forteller med stor tydelighet at det for mange først fremst handler om å få til livene sine. Derfor kommer symptomlindring ofte overraskende langt ned på ønskelista. De primære ønskene knytter seg til det man mangler i livet, som for eksempel arbeid, kontakt med familie og venner, bolig, orden på økonomi mv – i det hele tatt et verdig og meningsfylt liv.

Mange av de dårlige erfaringene som brukere og pårørende forteller om fra det psykiske helsevernet i Norge, dreier seg om ikke å bli hørt og respektert i spørsmål om behandling generelt og medisinbruk spesielt. Negative opplevelser kan vanskeliggjøre fremtidig samarbeid med hjelpeapparatet og føre til økt tvangsbruk ved at brukere og pårørende vegrer seg for å ta kontakt med tjenestene, slik at sykdom får utvikle seg og risiko for akutt hjelpebehov øker. I Commonwealth Fund-undersøkelsen 2011⁴ gir norske pasientgrupper en svært lav score på spørsmål om legen oppfordrer til å stille spørsmål og forklare ting på en forståelsesfull måte. Det samme gjelder ved spørsmål om man opplever en aktiv deltagelse i beslutningene ("shared-decision making") med spesialist. På spørsmål rettet mot pasienter med kroniske sykdommer får Norge lav score på om helsepersonell har hjulpet med å lage en individuell behandlingsplan som passer hverdagens behov og om legen har gitt klare

⁴ Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2011 blant utvalgte pasientgrupper: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapscenteret nr 18 –2011.

instruksjoner om symptomer og om når en bør oppsøke tjenesten.

Det er derfor nødvendig å legge større vekt på brukeres og pårørendes erfaringer, vurderinger og ønsker i alle ledd av en behandlingsprosess. Helsepersonell har ansvar for å tilrettelegge for en god og åpen kommunikasjon omkring dette. På psykisk helseområdet er dette ikke minst viktig når det gjelder medisinbruk, spesielt med tanke på å forebygge situasjoner som ofte utløser vedtak om tvangsmedisinering.

Noen brukere med alvorlige psykiske lidelser vil ha behov for medikamentell behandling, eksempelvis i form av antipsykotisk medikasjon, i kombinasjon med andre tiltak. Mens noen opplever å ha nytte av medisinene, har andre negative erfaringer som kan omfatte bl.a. alvorlige bivirkninger og at medisinene generelt har en dårlig innvirkning på deres fysiske og psykiske helse. Når behandlingen gis mot ens egen vilje, kan det oppleves som svært inngripende og utgjøre en mental tilleggsbelastning utover selve lidelsen. En stor del av kritikken mot behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven fra brukerhold, er nettopp knyttet til at vilkåret hjemler bruken av medikamentell behandling uten pasientens samtykke (3).

Det må sørges for at pasientene gis adekvat informasjon om effekt og bivirkninger, og så langt det er faglig forsvarlig må pasientens eventuelle ønske om medisinfrie alternativer eller endring/nedtrapping av den medikamentelle behandlingen respekteres. Det er viktig at de psykiske helsetjenestene jobber målrettet med å etablere og videreutvikle faglig likeverdige alternativer til den medisinsbaserte terapien. I de tilfeller hvor det ikke er faglig sett nødvendig med et medikamentelt regime eller der hvor medisinering kun er nødvendig i en begrenset periode, må dette kommuniseres til brukere og pårørende og hensyntas innenfor den videre oppfølgingen.

Helseforetakene skal som en del av sine planer for økt frivillighet sørge for en systematisk innføring av alternative metoder til tvang, herunder medisinfrie behandlingstilbud. På nasjonalt nivå skal det utarbeides et tipshefte til spesialist- og kommunehelsetjenesten om frivillige og brukerstyrte tilbud, herunder medisinfrie behandlingstilbud. Hftet skal sammenstille beste praksis og eksempler på området, basert på kunnskap fra inn- og utland, herunder forskning, evalueringer og erfaringer fra både fag- og brukerfeltet (se tiltak nr. 2).

4.2.6 Utvikling av personalets kompetanse

I praksis er det ofte postpersonalet som administrerer bruken av tvangsmidler og skjerming, mens den faglig ansvarlige gir godkjenning i ettertid. Dersom personalet skal endre sine arbeidsmåter og ta i bruk alternativer til tvang uten at de opplever at dette går ut over sikkerheten, kreves det økt kunnskap og praktiske ferdigheter i hvordan man gjør dette. Det forutsetter også nødvendig lederstøtte og aktiv involvering fra lederne i endringsarbeidet (33,34). De lokale og regionale planene for redusert og riktig bruk av tvang skal inneholde tiltak knyttet til kompetanseheving og undervisning.

Økt kompetanse og en kunnskapsbasert praksis om hvordan personalet best kan møte pasienter med aggresjonsproblematikk, omfattende selvskading og selvmordsfare er viktig. Utvikling av personalets kompetanse på disse områdene og integrering av denne i arbeidsmetoder og rutiner i posten, bør derfor stå sentralt i det lokale arbeidet med redusert og riktig bruk av tvang. Personalet må sikres nødvendig kompetanse i å forebygge og håndtere vanskelige situasjoner uten tvang (eller med en mindre og mer riktig bruk av tvang, uten at det truer sikkerheten). Ansatte må gis tilgang til opplæring i anerkjennende arbeidsmetodikk, praktiske ferdigheter i forebygging og håndtering av konflikt, voldsrisiko- og farlighetsvurderinger, håndtering av vold og aggresjon, krisehåndtering og deeskaleringsteknikker og sikker bruk av tvangsmidler. Det er behov for slik kompetanse på alle nivåer i tjenestene for voksne og barn og unge, også i kommuner, DPS og barnevernsinstitusjoner. Kompetansebehovet vil imidlertid være forskjellig, også fordi regelverket er ulikt.

Det er i dag en rekke undervisningsprogrammer i bruk i det psykiske helsevernet som omhandler håndtering av vold og aggresjon. Innholdet i disse er i varierende grad kvalitetssikret. Helsedirektoratets veileder om forebygging av selvmord er gjort godt kjent i tjenestene, og det er fortløpende kurs i selvmordsvurderinger i tjenestene.

I tillegg til ovennevnte kompetansetiltak er det viktig å se på innholdet i grunn- og videreutdanningene samt spesialistutdanningene. Samhandlingsreformen innebærer en omlegging i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Personell- og kompetanseprofilen i hele helse- og omsorgssektoren må utvikles i tråd med intensjonene i reformen, og i tråd med oppgaveutviklingen. Reformen innebærer behov for endringer i utdanningen av fremtidig helse- og sosialpersonell, både når det gjelder teoretisk og praktisk innhold. En økt

vektlegging av forebygging og tidlig innsats med vekt på pasientforløpstenkning, sterkere brukerorientering og samhandlingskompetanse i utdanningene vil også kunne bidra til målet om redusert og riktig bruk av tvang.

4.2.7 Nøkkeltall

Følgende nøkkeltall legges til grunn for å følge med nasjonalt i bruk av tvangsmidler, tvangsbehandling og skjerming, både for voksne og personer under 18 år:

- Bruk av ulike former for tvangsmidler i institusjon: målt i antall vedtak, varighet per vedtak og antall pasienter, samt antall vedtak per pasient totalt og for det enkelte tvangsmiddel. Absolutte tall og relativt ift pasientbelegg.
 - Mekaniske tvangsmidler
 - Korttidsvirkende legemidler
 - Isolasjon
 - Kortvarig fastholding

- Bruk av tvangsbehandling (tvangsmedisinering, tvungen ernæring) målt i antall vedtak og antall pasienter, samt antall vedtak per pasient. Absolutte tall og relativt ift pasientbelegg.

- Bruk av skjerming målt i antall vedtak og antall pasienter, samt (median) antall vedtak per pasient. Absolutte tall og relativt ift pasientbelegg.

SINTEF Helse har samlet inn opplysninger om varighet for bruk av mekaniske tvangsmidler og skjerming som en del av sine kartlegginger (29,30). Det psykiske helsevernet er fra 2012 pålagt å rapportere opplysninger om varigheten (iverksetting/opphør) av de enkelte vedtak om skjerming og tvangsmidler til NPR. Dette skal i tillegg føres i egne protokoller.

5 Kontroll og monitorering/oppfølging

5.1 Menneskerettslige aspekter

En utredning (3) om de menneskerettslige aspektene knyttet til bruk av tvang i det psykiske helsevernet, utført av professor Aslak Syse på oppdrag fra Helsedirektoratet, konkluderer med at de gjeldende konvensjonstekstene ikke oppstiller krav som fører til at den norske reguleringsmåten i psykisk helsevernloven er konvensjonsstridig.

Selv om norsk lovgivning i utgangspunktet er i overensstemmelse med våre menneskerettslige forpliktelser, betyr ikke det at praksis i helsetjenesten nødvendigvis er i overensstemmelse med menneskerettighetene. Den daglige forvaltningen av psykisk helsevernloven er overlatt til helsepersonell og vil derfor bli påvirket av den enkeltes holdninger, verdier og faglige skjønn. I Norge er det påvist til dels store geografiske forskjeller både når det gjelder tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler. Dette kan ha sammenheng med forhold som geografi, forskjellig organisering av spesialisthelsetjenesten lokalt, tilbudet i de respektive kommuner og ulike behandlingskulturer med betydning for tilgjengeligheten til tjenestene og hvordan lovverket praktiseres. Flere forskningsstudier peker på at bruken av tvang overfor personer med psykiske lidelser er mer styrt av helseprofesjonenes overbevisninger og verdier enn av krav i lovverket (39). Enkelte empiriske funn tyder på at de samme pasientgruppene vil bli innlagt i det psykiske helsevernet uavhengig av hvordan lovverket er utformet (40).

5.2 FNs konvensjon om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne

FNs generalforsamling vedtok enstemmig i desember 2006 en konvensjon for å fremme rettigheter og verdighet til mennesker med nedsatt funksjonsevne, deriblant mennesker med psykisk lidelse. Konvensjonen trådte i kraft 3. mai 2008. Offisiell tittel er "*Convention on the Rights of Persons with Disabilities*" (CRPD). Norge arbeider nå med å gjennomgå nasjonal lovgivning for å vurdere behovet for lovendringer med henblikk på mulig ratifisering av konvensjonen.

5.3 Valgfri tilleggsprotokoll til FNs torturkonvensjon (OPCAT)

På oppdrag fra regjeringen har det vært nedsatt en interdepartemental arbeidsgruppe for å utrede konsekvenser av en eventuell norsk ratifikasjon av OPCAT. Arbeidsgruppens rapport inngår i grunnlaget for regjeringens videre behandling av spørsmålet om ratifikasjon. Dersom

protokollen ratifiseres krever dette opprettelse av en uavhengig og nasjonal forebyggende mekanisme med mandat til bl.a. å besøke steder hvor personer er fratatt sin frihet, deriblant institusjoner godkjent for tvungen psykisk helsevern. Formålet med ordningen er å følge med på hvordan staten oppfyller Torturkonvensjonens forpliktelser.

5.4 Kontrollkommisjonene

Helt siden innføringen av sinnsykeloven i 1848 har Kontrollkommisjonene hatt en sentral rolle i kontrollen av det psykiske helsevernet i Norge. Vedtak om selve etableringen/opphevelse av tvungen observasjon og tvungen psykisk helsevern kan i dag påklages til kontrollkommisjonen. Det samme kan vedtak om skjerming, forbindelse med omverdenen, ransaking, beslag, urinprøve, tvangsmiddel og overføring mellom institusjoner/tvangsformer. Kontrollkommisjonens vedtak vedrørende tvungen observasjon, etablering eller opprettholdelse, samt overføring, kan prøves for retten etter særlige regler i tvisteloven. I tillegg til klagebehandling er kontrollkommisjon tillagt kontrolloppgaver som skal gjennomføres av eget tiltak, det vil si uavhengig av om klage fremsettes.

Når det gjelder vedtak om behandling uten pasientens samtykke, jf. phvl. § 4-4, som regel tvangsmedisinering eller tvungen ernæring, er Fylkesmannen klageinstans. Fylkesmannen skal vurdere om den behandling som gis er faglig forsvarlig, både på individ og systemnivå, og behandler klager etter pasientrettighetsloven, for eksempel klage på rett til nødvendig helsehjelp og fritt sykehusvalg.

Kontrollkommisjonenes rolle har vært oppe til diskusjon med jevne mellomrom. En sentral problemstilling har vært i hvilken grad Kontrollkommisjonene er tilstrekkelig uavhengige av den institusjonen den fører kontroll med. Helsedirektoratet gjennomførte i 2005 en evaluering av Kontrollkommisjonene (41). Evalueringen viste at Kontrollkommisjonene i all hovedsak fungerer tilfredsstillende, men det ble identifisert en del forbedringsområder. Analyser av data fra Kontrollkommisjonene og fylkesmennenes klagesaksbehandling (9) viser til dels betydelige forskjeller i medholdsprosent mellom kommisjonene og fylkesmannsembetene. Det er ikke kjent hva som eventuelt kan være årsaken til disse forskjellene.

5.5 Sentrale områder i arbeidet med å sikre riktig utøvelse av regelverket

I arbeidet med å sikre en riktig og mer enhetlig praktisering av lovverket i de psykiske helsetjenestene bør følgende faktorer stå sentralt:

- God opplæring i relevante helselover og menneskerettigheter, med hovedvekt på psykisk helsevernloven, for nøkkelpersonell i kommunene og det psykiske helsevernet.
- Tettere oppfølging fra myndighetene av de to sentrale kontroll- og tilsynsorganene, kontrollkommisjonene og landets fylkesmenn
- Informasjon om rettigheter til pasienter og pårørende.

For å sikre en korrekt anvendelse av regelverket som kan bidra til en redusert og riktig bruk av tvang, er det behov for at relevant helsepersonell styrker sin kunnskap om regelverket, herunder psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven, helsepersonelloven og menneskerettighetene. De regionale og lokale planene er forutsatt å skulle inneholde nødvendig kompetanseheving og undervisning både om menneskerettigheter, etikk og lovbestemmelser.

I helsepersonelloven § 4 oppstilles et krav om at helsepersonell skal utføre helsehjelpen på en faglig forsvarlig måte. I dette ligger også et krav om at helsepersonell skal ha kunnskap om relevant regelverk, og at dette regelverket følges. Dette kravet er spesifisert og understreket i psykisk helsevernforskriften § 5 første ledd. Der fremgår at faglig ansvarlig for vedtak skal ha tilfredsstillende kunnskaper i helselovgivningen med særlig vekt på psykisk helsevernloven. I henhold til helsepersonelloven § 16 skal virksomhet som yter helsehjelp, organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Av spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 følger at "Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter,". Helseforetakene har dermed et ansvar for at personale som utøver tvang har tilstrekkelig kunnskap om aktuelt regelverk på området, og at det er lagt til rette for at regelverket kan følges. Videre stilles det krav om opplæring m.v. etter spesialisthelsetjenesteloven §3-10 der det står: "Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring,

etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.”

Arbeidsgruppen som i 2009 vurderte behandlingvilkåret i psykisk helsevernloven (3) mente det var behov for å vurdere hvordan Kontrollkommisjonsordningen fungerer i et bredere perspektiv enn det som var tema for evalueringen i 2005. Gruppen anbefalte blant annet at kontrollkommisjonenes arbeid burde følges opp for å sikre lik praksis på landsbasis. De ønsket også en evaluering av hele ordningen når det gjelder organisering, mandat og arbeidsform. En nærmere gjennomgang av kontrollkommisjonsordningen vil bli vurdert i tilknytning til departementets oppfølging av Paulsrud-utvalgets rapport og høringsuttalelsene til denne.

5.6 Nøkkeltall

Følgende nøkkeltall legges til grunn for å følge utviklingen nasjonalt når det gjelder regelverksutøvelse:

- Antall klager på tvungent psykisk helsevern/observasjon, og utfallet av klagebehandlingen.
- Antall klager til kontrollkommisjonen og fylkesmannen på gjennomføringsvedtak og utfallet av klagebehandlingen.

6. Dokumentasjon

Det er iverksatt flere tiltak for å bedre dokumentasjonen av tvangsbruk i det psykiske helsevernet. Blant annet er det utarbeidet en egen registreringsveileder og egne maler for alle tvangsvedtak i psykisk helsevernloven til bruk i elektronisk pasientjournal. De regionale helseforetakene fikk i 2008 tildelt særskilte stimuleringsmidler for å intensivere arbeidet med å bedre kvaliteten på data som rapporteres fra psykisk helsevern til Norsk Pasientregister. Dette arbeidet må gis betydelig oppmerksomhet og prioritet i årene fremover. Departementet ønsker å forbedre den generelle kvalitetsstyringen av psykisk helsevern, herunder utvikle bedre styrings- og kvalitetsindikatorer på området.

6.1 Situasjonen i dag

Vi har i dag ikke en komplett og pålitelig oversikt over omfanget av ulike former for tvang, verken nasjonalt eller lokalt. Det har i en årrekke vært betydelige problemer knyttet til komplett og kvalitet i aktivitetsdata om bruk av tvang som rapporteres fra det psykiske helsevernet. I tillegg tyder tilbakemeldinger fra sektoren på at det kan eksistere en noe ulik forståelse og praksis ved sykehusene når det gjelder hvor ofte enkelte vedtak skal fattes, og hvordan de skal registreres. Eksempler på dette er ulik praksis knyttet til registrering av frivillige innleggelses for pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, ulik terskel for vedtaksfesting ved bruk av skjerming og kortvarig fastholding. Dette er forhold som kan påvirke statistikken og bidra til å gi et ufullstendig og/eller misvisende bilde av hvor mye tvang som faktisk utøves ved den enkelte institusjon, og dermed også nasjonalt. Før det eventuelt defineres nasjonale måltall for bruken av tvang må det derfor sørges for en komplett og konsistent registrering og rapportering slik at utgangsnivået er pålitelig på alle nivåer. Frem til dette er på plass må måltall settes lokalt.

Alle institusjoner som er godkjent for bruk av tvang og som benytter tvangsmidler har i dag rapporteringsplikt til Norsk pasientregister (NPR), jf NPR-forskriften. Dersom rapporteringen til NPR gjennomføres korrekt vil den inneholde alle de kjerneelementer som er nødvendig for å kunne dokumentere omfanget av de ulike formene for tvangsbruk i det psykiske helsevernet, inkludert varighet av vedtak om tvangsmidler og skjerming. For at det skal være mulig å foreta en løpende oppfølging av tvangsbruken må de rutinemessige rapporteringene til NPR prioriteres.

Mangelen på pålitelige data om tvangsbruk gjør det vanskelig å følge utviklingen over tid og drive effektiv styring på de enkelte nivåene. Helse Midt-Norge har i flere år hatt problemer med dårlig funksjonalitet i IT-systemet. Dette har ført til at deler av de registrerte opplysningene ikke rapporteres til NPR. Flere helseforetak benytter datasystemer som er under avvikling og som ikke oppgraderes i en nødvendig grad. Manglende teknisk oppgradering og innholdsmessig revisjon i lokale datasystemer gjør rapporteringen vanskelig (42).

Det er i dag flere ulike EPJ-systemer i bruk i det psykiske helsevernet. Det kan være viktige forskjeller mellom systemene i hvordan NPR-meldingen er implementert. I tillegg kan det være gjort lokale tilpasninger og endringer i EPJ-systemet som påvirker registrering og uttrekk av data om tvang på en slik måte at de ikke uten videre er sammenliknbare på tvers av enheter. Vi har i dag ingen oversikt over omfanget av dette problemet og hvilke konsekvenser det eventuelt har for rapporteringen av data om tvangsbruk til NPR og for den nasjonale statistikken.

6.2 Sentrale innsatsområder for å sikre tilfredsstillende dokumentasjon av tvangsbruk

Bruk av tvang i behandlingen representerer et alvorlig inngrep overfor den enkelte pasient. Hensynet til rettsikkerhet og behovet for å sikre god kvalitet i behandlingen tilsier at helsemyndighetene må ha tilgang til pålitelig informasjon om omfanget av tvangsbruk. Kontinuerlig monitorering av tvangsbruk er en forutsetning for et målrettet arbeid med å redusere bruken av tvang. Ansvarlige ledere på alle nivåer må derfor ha en nødvendig oversikt over omfanget i sin virksomhet. Utviklingen i bruk av tvang må kunne følges både lokalt og nasjonalt dersom strategiarbeidet skal kunne lykkes.

For å nå målet om komplette og korrekte data om tvang må følgende forutsetninger være til stede:

- Tjenestene må ha tilgang til IT-systemer med god funksjonalitet, og hvor alle data om tvang som skal rapporteres til NPR er tatt inn i EPJ-systemene i sin helhet og på riktig måte, og uten at det er gjort lokale tilpasninger som påvirker datakvaliteten. Dette betinger at data kategoriseres/standardiseres og at det i minst mulig grad brukes håndskrevne, usystematiske/narrative journalopplysninger.
- Alle pasientopplysninger må registreres i tråd med anvisningene gitt gjennom registreringsveilederen fra NPR.
- Det må være kategorisk samsvar mellom opplysninger i journal, opplysninger registrert i EPJ, og opplysninger rapportert til NPR.
- Anonymiserte data må kunne tas ut lokalt og benyttes i kvalitetsforbedringsarbeidet.
- Det må gjennomføres regelmessig kontroll av data lokalt av alle data som rapporteres til NPR.

- Arbeidet må sees i sammenheng med øvrig e-helsearbeid som vil påvirke krav og forventninger til EPJ-systemene. Særlig sett i lys av hovedmålet om registrering og rapportering av all tvangsbruk, må personvern hensyn og hjemmelsituasjonen vurderes.

De regionale helseforetakene besluttet i 2010 å iverksette nødvendige tiltak for at rapporteringskjeden til Norsk Pasientregister skal fungere på alle nivåer innen utgangen av året, og sørge for at alle enheter/klinikker har gjennomført opplæring i registreringsveilederen (42). Fra 2012 skal de regionale helseforetakene rapportere tertialvis til Helse- og omsorgsdepartementet når det gjelder komplettethet i data knyttet til lovgrunnlag og hoveddiagnose.

Mange foretak har ikke hatt et klart plassert ansvar for å sikre god kvalitet på leveransene til NPR (42). I foretaksmøtene i 2010 ba Helse- og omsorgsdepartementet om at det oppnevnes kontaktpersoner på både RHF- og HF-nivå som skal sikre god kvalitet på rapporteringen til NPR.

Det psykiske helsevernet er fra 2012 pålagt å rapportere opplysninger om varigheten (iverksetting/oppheving) av de enkelte vedtak om skjerming og tvangsmidler til NPR. Det føres i tillegg egne håndskrevne protokoller som legges frem for Kontrollkomisjonene.

Helsedirektoratet har i samarbeid med KITH utarbeidet en standard for registrering av alle tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven (43). Standarden er utformet slik at den, dersom den implementeres i sin helhet, vil utgjøre en elektronisk tvangsprotokoll som kan erstatte de håndskrevne protokollene som brukes i dag. Tilbakemeldinger fra tjenestene tyder på at standarden ikke er fullt implementert i noen av EPJ-systemene, og at de håndskrevne protokollene derfor fortsatt er i bruk. Det er nødvendig å sørge for en overgang til full elektronisk registrering av alle tvangsvedtak i det psykiske helsevernet. Dette vil gi den enkelte avdeling/enhet bedre oversikt og muligheten til å monitorere egen tvangsbruk på enkel måte. Det vil også gi kontrollkomisjonene bedre oversikt og bidra til å styrke deres arbeid.

Det er viktig å sikre en god dokumentasjon av klager fra brukere og pårørende.

Arbeidsgruppen som i 2009 vurderte behandlingstvilkåret i psykisk helsevernloven (Berntgruppen) (3) foreslo at det i en ny tiltaksplan for redusert tvang, burde etableres et eget dokumentasjonssenter for klager på overgrep og krenkelser påført pasienter/brukere og

pårørende gjennom psykisk helsevern og det kommunale tjenesteapparatet. Kontrollkomisjonene og fylkesmennene behandler klager på tvangsvedtak etter psykisk helsevernloven. Helsedirektoratet publiserer data over disse klagen. I tillegg til dette inneholder pasientrettighetsloven generelle klagerettigheter for pasientene som behandles i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Pasienter kan klage til Fylkesmannen hvis de mener de er blitt feilbehandlet, eller det av andre grunner kan være grunn til å kritisere helsepersonells opptreden i forbindelse med deres møte med helsetjenesten. Helsetilsynet publiserer data knyttet til slik klagesaksbehandling gjennom sin årlige tilsynsmelding.

Pasienter kan også søke bistand hos pasient- og brukerombudet i fylket. Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettsikkerhet overfor spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten. Det utgis en årlig rapport som viser pasientombudenes virksomhet.

Ettersom det allerede er etablert et tilsyns- og kontrollsystem som også behandler individklager, vurderes det per i dag ikke som aktuelt å prioritere et eget permanent dokumentasjonssenter som skal fungere ved siden av de gjeldende kontrollorganene. Det er også juridiske, drifts- og styringsmessige problemstillinger knyttet til etablering av en slik ny registreringsordning.

Departementet ser imidlertid at det kan være behov for mer systematisk kunnskap om de krenkelser enkeltpersoner har erfart gjennom sine møter med psykisk helsevern. Det er igangsatt et prosjekt ved Ahus om å utvikle et verktøy for å måle opplevd tvang i løpet av en behandlingsepisode. Resultater og erfaringer fra dette arbeidet foreslås å inngå i et større, nasjonalt prosjekt med formål om å samle inn og systematisere brukeres og pårørendes opplevelser ved bruk av tvang. Prosjektet bør realiseres i samarbeid mellom aktuelle tilsynsetater, fagmiljøer og brukerorganisasjoner, for å sikre tilgang til både empiriske data og analyse-/forskningskompetanse (se tiltak nr. 13).

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse ble permanent etablert i 2009. Senterets mandat er å bidra til å gyldiggjøre brukeres og pårørendes erfaringskompetanse for å øke kvaliteten på de psykiske helsetjenestene (www.erfaringskompetanse.no). Senteret har bygd opp en egen kunnskapsbase med fortellinger fra brukere og pårørende om bl.a. deres møte med de psykiske helsetjenestene.

7. Kunnskapsutvikling og forskning

7.1 Situasjonen i dag

Flere rapporter (9,13,29,30) viser til dels store og uforklarlige forskjeller mellom helseforetaksområder når det gjelder omfang av tvang, både ved etablering og gjennomføring. Slike forskjeller er kjent også fra andre land (44). Det er ikke entydig hva disse forskjellene skyldes – sannsynligvis har det mange ulike forklaringer og kan ha sammenheng med forskjeller i måten spesialisthelsetjenestene er utformet og dimensjonert, lokale kulturer og ulik praktisering av lovverket. Kjennetegn ved lokalsamfunnet, ved primærhelsetjenesten og ulik forekomst av psykiske lidelser kan imidlertid også virke inn. Generelt blir det funnet en høyere forekomst av psykiske lidelser i byene enn i distriktene (45). Rådet for psykisk helse har også presentert funn som indikerer at steder som tidligere har hatt store psykiatriske sykehus, såkalte asyltradisjoner, har større forekomst av tvangsbruk enn steder uten slike sentraliserte institusjoner.

Det er store mangler i internasjonal og nasjonal forskningsbasert kunnskap om bruk av tvang, både når det gjelder årsaker til, forekomst av, effekter av og virksomme intervensjoner for å redusere bruk av tvang (3). Utover opplysninger om kjønn, alder og hoveddiagnose har vi i dag også begrenset kunnskap om hvem som henvises på tvang og hvem som faktisk legges inn på tvang. Vi har også lite kunnskap om årsakene til innleggelsene, i hvilken grad frivillige tiltak har vært forsøkt eller om innleggelsen kunne vært forhindret dersom alternative tilbud hadde vært tilgjengelig. Dette gjelder også for personer som underlegges tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Dersom arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang ved innleggelse skal være målrettet og effektivt, er det viktig å få mer kunnskap om dette. Forskning om tvang gjennomført i andre land enn Norge har ofte begrenset overføringsverdi grunnet ulik lovgivning og organisering av helsetjenesten.

Helsedirektoratet opprettet i 2008 et nettverk for kunnskapsutvikling og forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet som en del av Tiltaksplanen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i det psykiske helsevernet (5). Nettverket er organisatorisk tilknyttet Universitetet i Tromsø. Mandatet er å oppsummere kunnskapsstatus på området, utvikle en helhetlig plan for forskning og kunnskapsutvikling om tvang og bidra generelt til gjennomføring av metodisk holdbar forskning om tvang i Norge. Nettverket skal bidra til å øke interessen for forskning om tvang innenfor det psykiske helsevernet i Norge gjennom å

knytte sammen relevante miljøer og legge til rette for kunnskapsutveksling, samt bidra til at det kan gjennomføres metodisk holdbar forskning om bruk av tvang i Norge.

I nettverkets arbeid med å få igangsatt ny forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang har manglende prioritering og vilkår for tildeling hos de ordinære finansieringsinstansene⁵ utgjort en hindring. Mangel på kompetente forskere med interesse for og kunnskap om tvangsforskning gjør også at forskningsaktiviteten frem til nå har vært lav.

Forskningsinnsatsen i Norge er spredt og involverer kun noen få miljøer og enkeltpersoner. Nettverket la i 2009 frem en forskningsplan på området med prioriterte anbefalinger (46).

7.2 Innsatsområder for en styrket kunnskapsutvikling og forskning om bruk av tvang

Forskning er en av de fire lovpålagte oppgavene RHFene har, jf Lov om spesialisthelsetjenester. Det er ikke stilt særskilte krav til at de regionale helseforetakene skal prioritere forskning og kunnskapsutvikling om tvang som en del av denne strategien. I tillegg til de tiltakene som iverksettes nasjonalt for å styrke forskning og kunnskapsutvikling på dette området, forutsettes det at RHFene bidrar til økt forskning gjennom prioritering av sine forskningsmidler. Behovet for å dokumentere effekt ved utprøving av ulike intervensjoner bør adresseres i de lokale planene, og det må sikres at institusjonene får tilgang til nødvendig evaluerings- og forskningskompetanse gjennom forskningsenheter og FoU-avdelinger ved sykehusene.

Intervensjonsstudier knyttet til tiltak for å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i og utenfor institusjon vil bli vurdert innenfor psykisk helseprogrammet i Norges Forskningsråd sammen med prosjekter knyttet til å øke kunnskapen om fremgangsmåter ved tvangsanvendelse. Det vises til anbefalingene fra forskningsnettverket (46).

Brukere og pårørendes erfaringskunnskap er sentral for kvalitetsutviklingen i helsetjenesten. Innen forskning og innovasjon er brukerinvolvert forskning et viktig virkemiddel både for å oppnå god kvalitet på forskningen og en mer relevant forskning. Det betyr at brukere og pårørende inkluderes i forskningsgruppen gjennom hele forskningsprosessen der dette er

⁵ Dvs. Norges Forskningsråd, Stiftelsen Helse- og Rehabilitering og forskningsmidler fra helseforetakene.

relevant. Prosjekter som har med brukere og/eller pårørende i prosjektgruppen bør prioriteres ved tildeling av midler forutsatt at kvaliteten for øvrig er god.

Det finnes i dag flere instrumenter/spørreskjema som har som intensjon å måle opplevelse av tvang. De eksisterende skjemaene har imidlertid fokus mot selve innleggelsessituasjonen eller bruk av særskilte tvangstiltak. Som en del av den nasjonale strategien vil det bli gjennomført et eget prosjekt med tanke på å utvikle et standardisert spørreskjema for måling av opplevd tvang i løpet av hele behandlingsepisoden, som kan gi økt kunnskap om dette og gjøre det mulig å følge utviklingen over tid. I tillegg til de områdene som er foreslått prioritert av forskningsnettverket har Nettverk for evaluering, fagutvikling og kvalitetsforbedring i akuttpsykiatri (akuttnettverket) påbegynt et prosjekt om innhold og effekt av skjerming. Dette har også stor relevans for denne strategien.

Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet videreføres som en del av denne strategien. Nettverket vil bli evaluert i 2013 som grunnlag for å vurdere videre drift.

8. Strategiens økonomiske og administrative konsekvenser

Gjennomføringen av de lokale og regionale planene forutsettes dekket gjennom de årlige overføringene over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett til de regionale helseforetakene. Tiltakene i den nasjonale delen av strategien vil bli realisert innenfor rammen av godkjent årlig budsjett i Helse- og omsorgsdepartementet.

Selve planarbeidet medfører et administrativt merarbeid. En god gjennomføring av de lokale planene vil gi redusert bruk av tvang, som i seg selv har en besparende effekt lokalt.

Gjennomføring og oppfølging av den nasjonale delen, herunder faglig bistand til implementering av regionale og lokale tiltak, vil kreve noe økte ressurser i Helsedirektoratet. Dette må dekkes innenfor tildelt bevilgning.

9. Strategiens 14 nasjonale tiltak

Kompetanse og kvalitetssikring

1. Det utarbeides en felles veileder til kommunene og det psykiske helsevernet om forebygging, reduksjon og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene

Veilederen skal omfatte tjenestene for voksne, barn og unge, og gi anbefalinger om frivillige løsninger og alternativer til tvang. Den skal dekke tvang både ved innleggelse, ved opphold i institusjon og utenfor institusjon. Brukerperspektivet skal legges til grunn. Det gjennomføres en kartlegging og oppsummering av de frivillige og brukerstyrte tilbud og metoder som er mest brukt nasjonalt og internasjonalt, og som kan bidra til å nå målet om redusert og riktig bruk av tvang.

2. Det utarbeides et tipshefte til spesialist- og kommunehelsetjenesten om frivillige og brukerstyrte tilbud, herunder medisinfrie behandlingstilbud jf departementets krav om dette i de lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang. Heftet skal sammenstille beste praksis og eksempler på området, basert på nasjonal og internasjonal kunnskap, herunder forskning, evalueringer og erfaringer fra både fag- og brukerfeltet.

3. Det foretas en gjennomgang av ordningen med tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold. Formålet med gjennomgangen er å få mer kunnskap om omfanget av og praktiseringen av ordningen, herunder i hvilken grad frivillige tiltak har vært vurdert/utprøvd.

4. Det gjennomføres en kartlegging for å avdekke bruken av eventuelle rettighetsinngripende tiltak i kommunale omsorgsboliger og private institusjoner som kommunene har driftsavtale med.

5. Det utarbeides opplæringsmateriell og iverksettes opplæring i relevante helselover, og sentrale menneskerettskonvensjoner, med vekt på psykisk helsevernloven, for nøkkelpersonell i kommunene (fastlege, legevakt, kommuneoverleger/bydelsoverleger, psykisk helsearbeidere, ansatte i omsorgsboliger) og det psykiske helsevernet (ledere, faglig ansvarlige, og øvrig behandlings- og miljøpersonale)

6. Det utarbeides retningslinjer for Fylkesmennesenes klagesaksbehandling av vedtak om tvangsbehandling (§ 4-4).

7. Myndighetenes oppfølging av Kontrollkomisjonene styrkes for å kvalitetssikre kommisjonenes arbeid og sikre en mer enhetlig praksis nasjonalt, herunder etablering av et eget opplæringskurs for kontrollkomisjonsmedlemmer.

8. Den menneskerettslige kompetansen ved kontroll- og tilsynsorganer styrkes. Det iverksettes tiltak for opplæring/styrking av kompetanse om relevante menneskerettsbestemmelser, i kontrollkomisjonene og fylkesmannsembetene.

9. Det utarbeides informasjon for barn og ungdom om deres rettigheter ved behandling i det psykiske helsevernet for barn og ungdom, og informasjon til pårørende og helsepersonell om pårørendes rettigheter ved tvang.

Dokumentasjon

10. Det nedsettes en arbeidsgruppe i regi av Helsedirektoratet, som i samarbeid med RHFene skal utarbeide forslag til en enhetlig og korrekt registrering og innrapportering av alle aktuelle tvangsdata, på tvers av helseforetak og helseregioner. Arbeidsgruppens forslag skal omfatte tiltak for effektiv nasjonal implementering hos alle behandlingssteder som sikrer at alle opplysninger om tvang blir korrekt registrert og rapportert til NPR. Arbeidsgruppen skal også foreslå tiltak for nasjonal oppfølging av datagrunnlaget.

Gruppen vil blant annet få i oppgave å foreta en systematisk gjennomgang og vurdering av hvordan data om tvang registreres i de ulike EPJ-systemene (herunder lokale variasjoner) og mulighetene for å kontrollere og ta ut data lokalt. Gruppen skal vurdere om dette påvirker registrering og uttrekk av data til NPR på en slik måte at det har betydning for nasjonal statistikk. Videre skal gruppen gi anbefalinger for det videre arbeidet med å sikre riktige og komplette data om tvang fra det psykiske helsevernet, herunder muligheten for en overgang til elektroniske tvangsprotokoller.

Kunnskapsutvikling og forskning

11. Utvikle et egnet, validert instrument for å måle opplevd tvang i løpet av behandlingsepisoden som både kan benyttes i forskning og i kvalitetsarbeid lokalt.

Prosjektet er i gang og er lokalisert til Akershus Universitetssykehus.

12. Etablere et nasjonalt prosjekt for vitenskapelig innsamling, systematisering og analyse av brukeres og pårørendes opplevelser ved bruk av tvang jf. tiltak nr. 13. Prosjektet bør realiseres i samarbeid mellom aktuelle fag- og forskningsmiljøer, tilsynsmyndigheter, bruker- og pårørendeorganisasjoner. Eksempler på aktuelle fagaktører er Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet, Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Rådet for psykisk helse.

13. Nettverk for forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang i det psykiske helsevernet videreføres. Nettverket vil bli evaluert i 2013 som grunnlag for å vurdere videre drift.

14. Etablere et nasjonalt prosjekt for å styrke etikkarbeidet i de psykiske helsetjenestene gjennom å:

- Fremskaffe kunnskap om etiske utfordringer og hvordan disse best kan håndteres.
- Bidra til økt forståelse for pasienters, pårørendes og ansattes syn på medvirkning og tvang.
- Etablere, videreutvikle og evaluere arenaer for etisk refleksjon på arbeidsplassene (f.eks. refleksjonsgrupper og kliniske etikk-komiteer) - bl.a. basert på relevante erfaringer fra Nederland og i den norske helsetjenesten.
- Utvikle undervisningsmateriell for håndtering av etiske utfordringer i de psykiske helsetjenestene.

Referanseliste

1. St.meld nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
2. St.prp.nr 63 (1997-98) Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006.
3. Vurdering av behandlingvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370). Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet. Oslo: Helsedirektoratet; juni 2009.
4. List of issues to be taken up in connection with the consideration of the sixth periodic report of Norway (CCPR/C/NOR/6). Human Rights Committee, 101st session, New York 14 march-1 april 2011. <http://www.ccprcentre.org/en/home/104>
5. Tiltaksplan for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2006
6. Monahan J, Lidz CW, Hoge SK, Mulvey EP, Eisenberg MM, Roth LH, Gardner WP, Bennett N. Coercion in the provision of mental health services: The MacArthur Studies. I Morrissey JP, Monahan J. Coercion in Mental Health Services – International Perspectives, Research in Community and Mental Health, Volume 10 1999, JAI Press Inc. Stamford, Connecticut
7. Syse A. Coercion in Psychiatry: An Analytical Overview. I Morrissey JP, Monahan J. Coercion in Mental Health Services – International Perspectives, Research in Community and Mental Health, Volume 10 1999, JAI Press Inc. Stamford, Connecticut.
8. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2010 (IS-1941).Oslo: Helsedirektoratet; november 2011
9. Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2009 (IS-1861). Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
10. Furre A, Heyerdahl S. Bruk av tvang i ungdomspsykiatriske akuttavdelinger. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse Helseregion Øst og Sør: 2010.
11. Satsingsområder og tiltak innen selvmordsforebygging 2009-2012.
12. Fra bekymring til handling. En veileder om tidlig intervensjon på rusområdet (IS-1742). Oslo: Helsedirektoratet; 08/2009.
13. Bremnes R, Hatling T, Bjørngaard JH. Tvingent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2006. Sluttrapport. Trondheim: SINTEF Helse; 2008.
14. Kalseth J, Pettersen I, Kalseth B. Psykisk helsearbeid i kommunene. Disponering av øremerkede midler 1999-2007. SINTEF Helse, rapport A8811. Trondheim: SINTEF Helse; 2008.
15. Lilleeng S, Ose SO, Bremnes R, Pedersen PB, Hatling T. Døgnpasienter i det psykiske helsevernet for voksne 20.november 2007. Rapport 1/09. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn, Helsetjenesteforskning; 2009.
16. Prop.91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
17. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak (IS-1554). Oslo: Helsedirektoratet; 2008.
18. Pasienter i det psykiske helsevernet 2009 (IS-1908). Oslo: Helsedirektoratet; 2011
19. Health at a Glance 2011. OECD INDICATORS. <http://www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf>

20. Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser. Rapport fra Helsetilsynet 8/2007. Oslo: Helsetilsynet; 2007
21. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2007 med kommunale helse- og sosialtjenester til voksne med psykiske lidelser. Rapport fra Helsetilsynet 3/2008. Oslo: Helsetilsynet; 2008
22. Econ-rapport R-2011-013: Oppsøkende virksomhet er bra for utsatte grupper; evaluering av forsøk med ACT i Mossregionen
23. Making shared decision-making a reality. No decision about me, without me. London: The King's Fund, 2011.
http://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs_decisionmaking.html
24. Pårørende en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester (IS-1512). Oslo: Helsedirektoratet; 2008.
25. Ruud T, Gråwe R, Hatling T. Akuttpsykiatrisk behandling i Norge – resultater fra en multisenterstudie. Trondheim: SINTEF Helse; 2006.
26. Jensberg H, Bremnes R. Kontroll av rapporterte institusjons- og pasientdata om tvangsbruk, vedtak om skjerming og tvangsbehandling. Trondheim: SINTEF Helsetjenesteforskning; 2009
27. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges Forskningsråd; 2009.
28. Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid. Rundskriv IS-5/2012, 2012/007. Oslo: Helsedirektoratet og Politidirektoratet; 2012
29. Pedersen PB, Hatling T, Røhme K. Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003 og 2005. Hva kan forklare institusjons- og avdelingsforskjeller? Trondheim: SINTEF Helse; 2007
30. Bremnes R, Hatling T, Bjørngaard JH. Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005 og 2007. Trondheim: SINTEF Helse; 2008
31. Bjørkly, S., Knutzen, M., Furre, A., Sandvik, L.: Innsamling og analyse av data om bruk av tvangsmidler og vedtak om skjerming i det psykiske helsevernet for voksne i 2009. Oslo; 2011
32. Hvordan kommer vi fra visjoner til handling? ... og bedre skal det bli! Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten. IS-1502. Oslo: Helsedirektoratet; 2007.
33. Norvoll R. Delrapport 1. Brukeralternativer til tvang i sykehus – en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur. Trondheim: SINTEF Helse; 2008.
34. Norvoll R, Hatling T, Hem KG. Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT). Trondheim: SINTEF Helse; 2008.
35. Nunno MA., Holden MJ., Tollar A. Learning from tragedy: A survey of child and adolescent restraint fatalities. Child Abuse and Neglect 2006; 30: 1333-42
36. Hem E, Steen O, Opjordsmoen S. Thrombosis associated with physical restraint. Acta Psychiatr Scand. 2001 Jan;103(1):73-5
37. Laursen SB, Jensen TN, Bolwig T, Olsen NV. Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraint. Acta Psychiatr Scand. 2005 Apr; 111(4): 324-7; discussion 327
38. Paterson B., Duxbury J. Developing a perspective on restraint and the least intrusive intervention. British Journal of Nursing 2006; 14(22): 1235-41
39. Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe: a review. Acta Psychiatr Scand 2002; 106 (1): 3-8

40. Salize HJ, Dressing H, Peitz M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States, Final Report. Mannheim: Central Institute of Mental Health; 2002
41. Evaluering av kontrollkommisjonene i psykisk helsevern (IS-1338). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005
42. Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Arbeidsgruppe 1. Riktigere og redusert bruk av tvang. September 2010
43. Maler for tvangsvedtak:
http://www.helsedirektoratet.no/psykisk_helse_tjenesten/kontrollkommisjonen/maler_for_tvangsvedtak_i_epj_er_klare_157174
44. Høyer G. Involuntary Hospitalization in Contemporary Mental Health Care. Some (still) unanswered questions. Journal of Mental Health, June 2008; 17 (3): 281-292.
45. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 2009:8. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009.
46. 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. Tromsø: 2009.

**Vedlegg - Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykiske
helsetjenester. Oppdragsbrev av 19. mars 2010 fra Helse- og
omsorgsdepartementet til de regionale helseforetak**