



Mest mulig frivillig  
behandling!

Regional handlingsplan  
for redusert og rett bruk  
av tvang i psykisk helse i  
Helseregion Vest

2011–2015

**Juni 2011**

HELSE  VEST

INNHALD	
Samandrag	3
1 INNLEIING	5
1.1 Bakgrunn og nasjonale føringar	5
1.2 Utgangspunkt og rammer for den regionale planen	5
1.3 Organisering av arbeidet med planen	6
2 OMFANG AV TVANGSBRUK	6
2.1 Omfang av bruk av tvang, barn og unge	6
2.2 Omfang av bruk av tvang, vaksne	8
3 HANDLINGSPLAN FOR AUKA FRIVILLIG BEHANDLING	9
3.1 Brukarinvolvering	9
3.2 Pårørandeinvolvering	10
3.3 Behandlingstilbod på rett nivå	11
3.4 Psykiatrisk ambulanse / verdige transportordningar	15
3.5 Kvalitetssikra behandling i institusjon	16
3.6 Forsking og kunnskapsutvikling	18
3.7 Rett og konsekvent dataregistrering	19
4 TILTAK	21
Referansar	23

## Samandrag

Formålet med den regionale handlingsplanen for redusert og rett bruk av tvang er å fremje mest mogleg frivillig behandling. Det sentrale prinsippet i planen er å fremje frivillig hjelp på eit tidleg tidspunkt i sjukdomsutviklinga. Tvang kan berre bli brukt når alt anna er forsøkt. I dei tilfella der det er rett å bruke tvang, av omsyn til pasienten sjølv eller omgivnadene, skal det skje i samsvar med gjeldande lover og forskrifter og på ein slik måte at ein varetek verdigheita og rettssikkerheita til pasienten.

Ut ifrå styringssignal frå sentrale myndigheiter, brukarerfaringar og ”beste praksis” har Helse Vest følgjande mål:

- Pasienten skal få behandling på rett tid og rett nivå.
- Brukar- og pårørandeinvolveringa skal vere sterkt forankra.
- Oppsøkjande og utoverretta verksemd skal stå sentralt.
- Tvangen skal kvalitetssikrast og dokumenterast.
- Kompetanse om tvangsførebyggjande tiltak og gjeldande lovverk skal setjast i system.

I Rådet for psykisk helse sin rapport ”Frivillighet før tvang” kom det fram at tilgjengelege og fleksible distriktpspsykiatriske senter – DPS – er med på å førebyggje tvangsbruk. ”Skal vi komme til deg, eller skal du komme til oss”-haldninga var gjennomgåande i DPS-a med låge tvangstal. Å ha eit lett tilgjengeleg tilbod for personar med ei begynnande eller aukande alvorleg psykisk lidning, drive utoverretta verksemd og ha tett og fleksibel samhandling med kommunane er viktige faktorar for å auke frivillig behandling. Det er viktig å understreke at det er det samla tilbodet som er viktig, slik at det alltid er nokon som kan overta når andre ikkje strekkjer til.

I enkelte situasjonar må brukast tvang. Det gjeld for eksempel alvorlege sinnslidningar med fare for vald, maniske psykosar, psykosar med imperative stemmer og alvorlege depresjonar med psykotiske symptom og suicidalitet. Eit av hovudmåla i denne planen er å førebyggje tilstandar som kan krevje tvangsbruk, ved å gi tidleg og rett behandling.

Alvorlege psykiske lidningar kan innebere ein risiko for vald, og samtidig rusmisbruk aukar risikoen for vald betydeleg. (18) Personar med fleire innleggingar for psykotiske gjennombrot

under påverknad av rusmiddel bør derfor utgreiast både med sikte på ei alvorleg psykisk lidning og risiko for vald. (19) Denne pasientgruppa bør få eit langvarig og tett behandlingstilbod gjennom aktiv oppsøkjande verksemd, og ein bør eventuelt vurdere å etablere tvunge psykisk helsevern.

Undersøkingar tyder og på samanhengen mellom varigheit av ubehandla psykose og voldsrisiko ved fyrste episode psykose. Nesten all økt voldsrisiko knytt til desse lidningane er i følge undersøkingar resultat av manglande behandling. I forhold til denne pasientgruppa, vil den auka risikoen for vald forsvinne når behandlinga sett inn. (21, 22) Dette er eit moment som må være med i vurderinga om ein pasient skal leggjest inn på tvang eller ikkje.

Tiltak for å auke frivillig behandling kan setjast inn på ulike stader i pasientforløpet: førebyggjande, i innleggingssituasjonen før pasienten kjem inn i spesialisthelsetenesta, det første døgnet av innlegginga, under innlegginga og etter utskrivninga. Planen foreslår tiltak i alle desse fasane.

Erfaringar frå arbeid med tvangsreduksjon i andre land viser at leiarinvolvering på alle nivå er ein føresetnad for å lykkast med å få redusert tvangsbruken. Erfaringar frå prosjektet ”Brukerorienterte alternativer til tvang” bekreftar dette. Viktige aspekt her er utarbeiding av ein felles visjon for verksemda og ein strategisk plan for redusert tvangsbruk. Leiinga er heilt sentral når det gjeld å leggje til rette for at arbeidet med å redusere tvangsbruken skal bli vellykka, leggje til rette for eit langsiktig og strategisk arbeid, og allokere ressursar til slikt arbeid. Leiinga må vise at auka frivillig behandling er eit fokusområde, ved å setje det opp på dagsordenen på leiar møte og følge opp tala. (6)

# **1 Innleiing**

## **1.1 Bakgrunn og nasjonale føringar**

Brukar- og pårørandeorganisasjonar har i mange år sett søkjelyset på bruken av tvang i det psykiske helsevernet. Dei viser til krenkjande og negative erfaringar knytte til tvangsbruk, og dei set spørsmålsteikn ved det dei meiner er ein for omfattande bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Bruk av tvang er òg sett på dagsordenen av tilsette i psykisk helsevern, yrkesorganisasjonane til helsepersonell og andre foreiningar og organisasjonar.

Helse- og omsorgsdepartementet har stilt krav til dei regionale helseføretaka (RHF) om at bruken av tvang i psykisk helsevern skal reduserast og vere i samsvar med gjeldande regelverk. Samtidig viser tal frå ulike studiar dei siste åra at bruken av tvang i Noreg har lege stabilt høgt samanlikna med andre land i Europa, og at det er store geografiske forskjellar.

I ”Oppdragsdokument 2010” blei dei regionale helseføretaka bedde om å setje i verk ein regional, forpliktande handlingsplan for å avgrense og kvalitetssikre bruken av tvang i psykisk helsevern. I brev av 19.3.2010 frå Helse- og omsorgsdepartementet blei krav om handlingsplan for redusert og rett bruk av tvang i psykisk helsevern ytterlegare konkretisert. Det blei òg bedt om at det i dei enkelte helseføretaka skulle utarbeidast lokale tiltaksplanar.

Den nye nasjonale strategien for redusert og rett bruk av tvang har tre nivå: nasjonalt, regionalt og lokalt. Den nasjonale delen av strategien skal ha som hovudfunksjon å understøtte utarbeidinga og iverksetjinga av dei regionale og lokale planane. Helsedirektoratet utarbeider ein plan på nasjonalt nivå som tek utgangspunkt i rapporten 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).

## **1.2 Utgangspunkt og rammer for den regionale handlingsplanen**

Den regionale planen for redusert og rett bruk av tvang i Helseregion Vest er ein del av den nasjonale strategien. Planen peiker ut nokre hovudretningar i arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang i Helseregion Vest og legg vidare føringar for det lokale arbeidet. Planen har ikkje som mål å redusere bruken av tvang til eit bestemt måltal, men styringssignala om at bruken av tvang skal reduserast, står ved lag, også i dei helseføretaka som har mindre bruk av tvang enn andre.

Fokusområda og tiltaka som blir presenterte i planen, forpliktar leiarar og tilsette på alle nivå i spesialisthelsetenesta i Helse Vest og skal samtidig bidra til god samhandling med dei kommunale tenestene.

Den regionale planen for rett og redusert bruk av tvang omfattar tenester for barn/ungdom og for vaksne. Planen gjeld for fem år.

### **1.3 Organisering av arbeidet med handlingsplanen**

For å utarbeide den regionale planen blei det sett ned ei gruppe med representantar frå alle helseføretaka, med deltakarar frå leiarnivå, behandlarar og miljøpersonale. Brukarerfaringa i planarbeidet er sikra gjennom ein representant frå det regionale brukarutvalet.

Prosjektgruppa:

Brukarrepresentant:	Solfrid Lillebø
Helse Førde:	Maria Lagomarsino, Per Helge Nytrøen
Helse Bergen:	Trond Aarre, Arne Eriksen
Helse Fonna:	Jostein Jektnes
Helse Stavanger:	Jan Terje Omdal
Tillitsvald:	Aud Mydland
Helse Vest RHF:	Carina Paulsen, Ingeborg Ersdal, Elisabeth Meland

## **2 Omfang av bruk av tvang**

### **2.1 Omfang av bruk av tvang, barn og unge**

Statistikken for tvunge psykisk helsevern med døgnopphald i psykisk helsevern for barn og unge er svært mangelfull. Det er blant anna ikkje noko klart skilje mellom tilvisingsformalitet (den paragrafen pasienten er søkt innlagd etter) og vedtaket til spesialist ved institusjon (innleggingsformalitet). Innleggingar etter barnevernlova og innleggingar etter samtykke frå foreldra er òg mangelfullt registrerte. (5) I samsvar med pasientrettslova og psykisk helsevern-lova må pasienten vere over 16 år for å kunne samtykkje til frivillig psykisk helsevern. Pasientar mellom 16 og 18 år kan tvangsinnleggjast eller bli tekne under tvunge psykisk helsevern utan døgnopphald på linje med vaksne, men dei skal i prinsippet leggjast inn i og behandlast i det psykiske helsevernet for barn og unge. I samsvar med føresegnene

har foreldra berre kravskompetanse (dei kan krevje å vere tutor) når ungdommen har fylt 16 år.

Barn under 16 år er ifølgje lova ikkje kompetente til å samtykkje til frivillig psykisk helsevern. Samtykkekompetansen er derfor tillagd foreldra eller den eller dei som har foreldreansvaret for barnet. Barn og ungdom under 16 år kan ikkje leggjast inn i det psykiske helsevernet utan at den eller dei som har foreldreansvaret, samtykkjer. Når ungdom mellom 12 og 16 år ikkje er einige i tiltaket, skal det bringast inn for kontrollkommisjonen. Barn under tolv år har ikkje høve til å klage. Alle innleggingar blir formelt rekna som frivillige når foreldra har samtykt.

I januar 2010 ferdigstilte Astrid Furre og Sonja Heyerdahl eit prosjekt om bruk av tvang i ungdomspsykiatriske akuttavdelingar. Prosjektet blei finansiert av Helsedirektoratet og gjennomført ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Øst og Sør. Rapporten konkluderte med at det var store variasjonar mellom avdelingane både i prosentdel tvangsinnlagde og i omfang og type tvangsmiddelbruk. Det var nokre få pasientar som openbert representerte store utfordringar for avdelingane, og som blei utsette for svært mange tvangsmiddelepisodar. Rutinane for korleis tvangsbruk blei registrert, varierte mellom avdelingane, og det fanst ingen pålitelege og lett tilgjengelege analyserbare kvantitative data om tvangsbruk. Det var råd å få ei viss oversikt over talet på innleggingar, men ikkje over kor lenge pasientane var innlagde, eller kor mange pasientar som blei reinnlagde.

Dei viktigaste tilvisingsgrunnane til dei ungdomspsykiatriske akuttavdelingane er ifølgje tal frå ein multisenterstudie av akutt tilbodet for ungdom suicidalfare, tristheit/sorg/depresjon, psykotiske trekk og eteproblem. (20) I prosjektet om bruk av tvang i ungdomspsykiatriske akuttavdelingar var det ikkje mogleg å finne tal som viste kjenneteikn ved ungdommar som blei tvangsinnlagde. Gjennom intervju med tilsette kom det fram at ungdommar som blir tvangsinnlagde, ofte er utagerande gutar og suicidale jenter. Psykose med paranoide innslag var òg ein vanleg diagnose ved tvangsinnlegging. Det var i tillegg tvangsinnleggingar ved suicidalitet/sjølvskauding og rusutløyste psykosar. Etter samtale med behandlar på ein ungdomspsykiatrisk avdeling kom det dessutan fram at alvorleg anoreksi er ei stor gruppe i avdelingane.

Når det gjeld bruken av tvangsmiddel overfor barn og unge, er det ikkje gjort noka systematisk kartlegging av omfanget. Vi veit ikkje grunnen til denne den store variasjonen, så det trengst vidare kartlegging og forskning for å forstå kvifor enkelte avdelingar bruker tvangsmiddel i langt større grad enn andre.

## **2.2 Omfang av bruk av tvang, vaksne**

Det store fleirtalet av innleggingar i det psykiske helsevernet er formelt frivillige innleggingar, og bruken av tvang ved innleggingar er knytt til dei alvorlege psykiske lidingane. Blant døgnpasientane i psykisk helsevern er affektive lidingar, nevrotiske lidingar og schizofreni spektrum-lidingar dei største diagnosegruppene, totalt 68 prosent av døgnpasientane i 2009. Fleire utanlandske studiar viser høg førekomst av ruslidingar hos pasientar som er til behandling i psykisk helsevern, og då særleg hos pasientar med dei mest alvorlege psykiske lidingane. (17) Størst er prevalensen av ruslidingar i sikkerheitsavdelingar og akuttavdelingar. Ei undersøking ved Sykehuset Asker og Bærum, divisjon psykisk helse, Blakstad, viste at 54 prosent av pasientane som blei akutt innlagde for psykose, hadde rusa seg den siste månaden. Døgnpasientar med schizofrenidiagnose er den klart største gruppa blant dei tvangsinnlagde pasientane (40 prosent), og berekningar viser òg at 36 prosent av døgnpasientane i denne diagnosegruppa hadde éi eller fleire tvangsinnleggingar i 2009. For 16 prosent av dei tvangsinnlagde pasientane var stofflidingar oppgitt som hovudtilstand, og for ytterlegare 15 prosent av dei tvangsinnlagde pasientane var det oppgitt som bidiagnose. Ein ny norsk undersøking tydar på at pasientar med misbruksproblematikk oftare blir innlagde på tvang enn når rusmisbruk ikkje er tilstade. Dette gjeld for første episode psykose populasjon. (21)

I 2009 var det etter berekningar frå Norsk pasientregister om lag 5000 personar som blei tvangsinnlagde (tvungen observasjon og tvunge psykisk helsevern) til saman 7200 gonger. Det svarer til 135 tvangsinnlagde personar og 192 tvangsinnleggingar per 100 000 vaksne innbyggjarar. Cirka 20 prosent av personane som fekk døgnbehandling i det psykiske helsevernet for vaksne i 2009, var dermed tvangsinnlagde, og 16 prosent av alle døgnopphalda var på tvang. 79 prosent av dei tvangsinnlagde blei tvangsinnlagde éin gong, mens 4 prosent blei tvangsinnlagde fire eller fleire gonger. Nivået er tilnærma uendra sidan 2008, og det er framleis store forskjellar i landet og i regionen når det gjeld tvangsinnleggingar. (8)



Dei tvangsinnlagde pasientane er ei ressurskrevjande gruppe, som i gjennomsnitt har fleire døgnopphald enn andre døgnpasientar, og fleire av pasientane blir reinnlagde for akutt hjelp. 31 prosent av opphaldsdøgna i sjukehus gjaldt pasientar med minst éi tvangsinnlegging, mens dei som blir lagde inn på tvang, er underrepresenterte i DPS-a. (16)

For Helseregion Vest varierte talet på tvangsinnleggingar i 2009 frå 94 per 100 000 vaksne innbyggjarar i Helse Førde til 245 per 100 000 innbyggjarar i Helse Fonna. Helse Bergen hadde 210 tvangsinnleggingar, mens Helse Stavanger hadde 213. Vidare variert talet på tvangsinnlagde frå 75 per 100 000 innbyggjarar i Helse Førde til 161 i Helse Fonna. Helse Bergen hadde 156 tvangsinnlagde og Helse Stavanger 149 innlagde på tvang per 100 000 innbyggjarar i 2009. (8)

Berekningar som Norsk pasientregister har gjort, viser at det i 2009 var 2250 utskrivingar til tvunge psykisk helsevern utan døgnopphald (TUD) i heile landet. Det blei gjort vedtak om TUD for om lag éin av tre av dei samla tvangsinnleggingane (observasjon/TPH). For innleggingar til tvunge psykisk helsevern blei det gjort vedtak om TUD i meir enn halvparten av tilfella. Det manglar oversikt over tidslengd på vedtak om tvunge psykisk helsevern utan døgn. (8)

### **3 Handlingsplan for auka frivillig behandling**

#### **3.1 Brukarinvolvering**

Det overordna målet med brukarmedverknad er at brukarar og pårørnde skal ha reell påverknad på utforminga av tenestene (både på individuelt nivå og på systemnivå), og at erfaringane til brukarane er ein del av den faglege forståinga av psykiske lidningar. Retten til å medverke er regulert ulike stader i lovgivinga, og i 2006 presenterte Helsedirektoratet rettleiaren ”Brukarmedverking – psykisk helsefeltet”, IS-1315. Vi viser òg til nasjonal strategigruppe 11 for psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling og til arbeidsgruppe 4 om brukarmedverknad.

På systemnivå bidreg brukarmedverknad til betre planlegging, utforming og drift av tenestetilbodet. Brukarmedverknad skal derfor ha ein sentral plass i alle avgjerdsprosessar og i

drifta av alle delar av helsevesenet. Brukarane skal takast med på systemnivå og skal ha påverknad på drifta av og innhaldet i tenesta.

På individnivå har pasienten rett til å medverke ved gjennomføringa av helsehjelpa, og til å kunne velje mellom tilgjengelege og forsvarlege undersøkingar og behandlingmetodar. For å auke frivillig behandling og førebyggje tvangsinnleggingar må brukarane i større grad involverast i planlegginga og gjennomføringa av si eiga behandling. Erfaringskunnskapen til brukaren er likeverdig med den helsefaglege kunnskapen, og kunnskapen den enkelte har om sin eigen livssituasjon, må danne utgangspunktet for alle behandlingssopplegg. Brukarar som medverkar i planlegginga, gjennomføringa og oppfølginga av eiga helsehjelp, er betre i stand til å mobilisere eigne ressursar og opplever høgare kvalitet på helsetenesta.

Individuell plan er eit viktig og effektivt verktøy for å fremje brukarinteresser og individuelt tilpassa behandlingssopplegg. Brukarar som har eller har krav på ein individuell plan, må få tilbod om å utarbeide ein kriseplan. Ein kriseplan kan vere ein viktig reiskap for å endre måten ein krisesituasjon blir handtert på, og gir pasienten høve til å påverke hendingsforløpet. (14)

### **3.2 Pårørandeinvolvering**

Pårørande kan spele ei viktig rolle både i utviklinga, oppfølginga og revideringa av den individuelle planen til pasienten. Dei kan supplere beskrivingane til pasienten, dei kan synleggjere ressursar, hjelpe pasienten med å setje seg mål, finne eigne tiltak og medverke til å korrigere planen og metodane.

Ved etablering av tvunge psykisk helsevern har dei nærmaste pårørande rett til informasjon, uavhengig av om pasienten samtykkjer til det. Pårørande er ofte ein viktig ressurs i utgreiinga og behandlinga av personar som er i ein sårbar situasjon. Dei pårørande kan ha god kjennskap til og kunnskap om personen som held på å bli, eller som er sjuk. Undersøkingar viser at involvering av pårørande kan medverke til å redusere faren for tilbakefall og gi auka oppleving av meistring og tilfredsheit både hos pasienten og dei pårørande. (24,25). Det er ikkje forska nok på tema ang. pårørandeinvolvering, noko både helseføretaka og det regionale helseføretaket bør være merksame på i tida framover.

Mange pårørande opplever tvangsbruk som svært belastande og sit igjen med ulike erfaringar.

Innlegging på tvang er ofte initiert av næraste pårørande, og særleg belastande for dei pårørande er situasjonar der ein opplever at behandling og tvangsbruk ikkje fører til betring, men at det tvert imot har hatt negative konsekvensar for pasienten. Samtidig blir tvangsinnlegging kanskje rekna som det einaste alternativet for å sleppe ein uholdbar situasjon, og i nokre tilfelle som ein konsekvens av mangelen på førebygging og frivillige behandlingstilbod.

### **3.3 Behandlingstilbod på rett nivå**

Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse (1998–2008) har kommunane sitt ansvar for tenester til personar med psykiske lidingar blitt tydeleggjort, og kommunehelsetenesta har ei sentral rolle ved etableringa av tvunge psykisk helsevern utan døgnopphald. Det er eit vilkår for etableringa av tvunge psykisk helsevern at frivillig psykisk helsevern skal ha vore prøvd utan at det har ført fram, eller at det er formålslaust å prøve det. Ei alvorleg psykisk lidning utviklar seg over lang tid og oppstår sjeldan akutt. Likevel viser studiar at 38 prosent av dei vaksne innlagde i akuttavdelingane er tilviste via legevakta, og 21 prosent via fastlegen. (23) For å unngå unødvendige akutte innleggingar via legevakt eller fastlege er det viktig at ein i første omgang prøver med frivilligheit innanfor kommunehelsetenesta eller på DPS-nivå. Dette er òg i tråd med samhandlingsreforma, der det er lagt opp til auka satsing på primærhelsetenesta og behandling lokalt.

Kommunehelsetenesta har ei sentral rolle ved etableringa av tvunge psykisk helsevern gjennom tilvisingskravet. Tilvisingar på tvang som ikkje blir tekne til følgje etter spesialistvurdering, bør sendast som kopi til innleggjande lege til orientering. Kommunane har ansvaret for legevakt, fastlegeordninga og andre tilbod knytte til førebygging, behandling, omsorg og rehabilitering ved psykiske lidingar. Mange av pasientane med ei alvorleg psykisk lidning som blir innlagde akutt via legevakt eller fastlege, burde ha blitt fanga opp tidlegare av kommunehelsetenesta. Eit stort nok og kvalitativt godt tilbod i kommunen er ein føresetnad for ei vellykka rehabilitering, og for å hindre tilbakefall og nye innleggingar. Mangelfull oppfølging i kommunane til å handtere tilbakefall hos personar med ei alvorleg psykisk lidning kan resultere i tvangsinnlegging. Dersom omfanget av tilvisingar og vedtak om tvunge psykisk helsevern skal reduserast, må kommunane få ein sentral plass i strategien for å auke frivillig behandling.

Pasientar skal få tilbod om helsehjelp på eit nivå der ein kan leggje til rette for meistring og eit tilnærma normalt liv. Tilbodet skal vere på kommune- eller DPS-nivå når det er forsvarleg. Skal kommunane kunne løyse oppgåvene sine på ein god måte, må spesialisthelsetenesta vere innretta slik at ho støttar arbeidet til kommunane, både i akutte situasjonar og i oppfølginga av brukarar som har eit særleg behov for koordinerte tenester. Sjukehusa skal gi eit spesialisert tilbod til menneske med sjeldne eller kompetansekravjande psykiske lidingar.

Sikkerheitspsykiatri og alvorleg utageringsproblematikk er eksempel på tilbod på sjukehusnivå. For å sikre ein god overføring av pasienten inne i spesialisthelsetenesta, og mellom tenestenivåa er det viktig med gode rutinar. Dette er ei særleg utfordring for ungdom som skal overførast frå psykisk helsevern for barn- og unge til psykisk helsevern for vaksne.

DPS-a skal ivareta lokalsjukehusfunksjonen i psykisk helsevern og vere vegen inn og ut av spesialisthelsetenesta. Arbeidet med å etablere døgnbaserte akutt- og krisetenester ved DPS-a må intensiverast, slik at all kontakt kan gå direkte til DPS-et uavhengig av tida på døgnet. (15) Ved store geografiske avstandar og ved små DPS og for dei mest krevjande pasientane kan det vere formålstenelig å vurdere andre modellar, utan at det går ut over hovudprinsippa med tilgjengelege og utoverretta tenester.

For at DPS-a skal kunne ta aktivt del i å redusere tvangsbruken, er det viktig at alle DPS-a er godkjende for bruk av tvang. Alle einingar i spesialisthelsetenesta bør ha ein faglig og materiell standard som gjer at dei kan bli godkjende for bruk av tvang. Satsinga på desentraliserte tenester byggjer på ei overtyding om at desentraliserte tenester ofte gir betre kvalitet. Denne kvaliteten må også komme pasientar under tvang til gode. Det må vere eit mål at denne pasientgruppa skal få behandling og oppfølging ved DPS, inkludert oppfølging dersom pasienten ikkje møter til behandling. DPS-a kan tilby behandling i nær samhandling til kommunehelsetenesta, og koordinerte tenester og jamleg samhandling vil ofte vere heilt vesentleg for kvaliteten på tilbodet til dei mest alvorleg sjuke pasientane, som er dei som oftast blir utsette for tvang. Den hardaste kritikken frå brukarorganisasjonane går på langvarig tvangsbehandling med medikament. Dersom DPS-a ikkje er godkjende for tvang, må denne behandlinga styrast frå sjukehusavdelingar. Dei har sannsynlegvis mindre detaljert kjennskap til det samla tilbodet til pasienten, til kva lokale alternativ ein kan spele på, og til korleis desse tilboda bør tilpassast kvarandre. Faren er stor for at medisinerbruken blir det eigentlege innhaldet i ei behandling som bør ha eit vidare perspektiv. I Helseregion Vest er dei fleste

DPS godkjend for bruk av tvang utan døgn. Det er framleis mange DPS som ikkje er godkjende for tvang med døgnopphald.

Det er eit mål at tvang ikkje skal vare lenger enn høgst nødvendig. Skal ein avgrense tida ein pasient er under tvunge psykisk helsevern, er det nødvendig med tett kontakt med pasienten. Regelmessig kontakt er nødvendig for å halde fram å motivere for frivillige løysingar og for å ta stilling til når det er forsvarleg å oppheve tvangsvedtaket. Når fornying av tvangsvedtak skjer i regi av sentraliserte sjukehusavdelingar med stor avstand til tenesteapparatet elles, er det vanskeleg å sjå for seg korleis denne løpande vurderinga skal gjerast. I spesialisthelsetenesta bør det innførast som rutine at alle innleggingar skal vurderast av minst to fagpersonar, der minst éin av dei er spesialist.

Det er vidare eit styringskrav at det skal vere ambulante tenester/team ved alle DPS-a. Ambulerande og utoverretta verksemd er viktig for å møte pasientane tidleg i eit sjukdomsforløp og/eller i ein situasjon der tilstanden er i ferd med å forverre seg, slik at pasienten si evne til eigenmestring kan styrkjast. Mykje tydar på at ambulerande og utoverretta verksemd reduserer behovet for døgnbehandling, fører til færre reinnleggingar over tid og gir mindre fråfall i behandlinga. Samtidig reduserer ein behovet for tvangsinnleggingar, og kan gjere akuttinnleggingar mindre krenkjande både for pasienten og dei pårørande.

Ambulante team har i dag mange ulike samansetjingar og ulik bemanning. Ikkje alle er like tilgjengelege; nokre er berre tilgjengelege på dagtid, andre på kvelden og atter andre heile døgnet. Effekten av teama blir dermed òg forskjellig, noko som er ei utfordring med tanke på at ein skal kunne gi eit likeverdig tilbod uavhengig av bustad. Det må leggjast vekt på høvet til å rykkje ut og gi nødvendig hjelp til kommunane når det er nødvendig.

Det skal vere lett å kome i kontakt med psykisk helsevern. Pasientane skal vite kor dei skal venda seg, og ventetida skal stå i forhold til hjelpebehova. Helsedirektoratet gav i desember 2010 Akuttnettverket i oppdrag å utarbeide nasjonale anbefalingar for ambulante akutteam i Noreg. Akuttnettverket er eit nettverk for akuttavdelingar, akutteam og andre akutteiningar innanfor psykisk helsevern for barn/ungdom og vaksne, og for brukargrupper og forskingsmiljø. Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom Helse Sør-Øst lagt ansvaret for leiinga og drifta av nettverket til Akershus universitetssykehus ved avdeling for forskning og

utvikling (FOU-avdeling psykisk helsevern) i divisjon psykisk helsevern. Det ferdige utkastet skal ligge føre 15. desember 2011.

Ein del personar med langvarige psykiske lidningar vil ikkje sjølve oppsøkje hjelp for sjukdommen, og ein del klarer heller ikkje å ta imot det ordinære behandlingstilbodet, og dermed er dei sårbare for mangel på kontinuitet og samhandling i tenestene. Bruk av oppsøkjande behandlingsteam er ein god behandlingsform for pasientar med alvorlege psykiske lidningar som motverkar at pasientane fell ut av behandlinga og hindrar gjeninnleggingar i sjukehus.

Pasientar med psykoselidningar utgjer den største gruppa med tvangsinnleggingar, tvangsmedisineringsvedtak og tvangsbruksmiddel. Tidleg intervensjon ved psykosar og kunnskapsbasert oppfølging av pasientar med etablerte psykosediagnosar utanfor sjukehus er svært viktig for å unngå tvangsbruk og for å forbetre pasientens funksjon på lang sikt. Overfor denne gruppa er det under utprøving eigne oppsøkjande team, Assertive Community Treatment, eller ACT-team. Teama skal ha god bemanning, vere tverrfagleg samansette, byggje på samarbeid mellom kommune og DPS og gi tilbod til personar med alvorlege psykisk lidningar med tilleggsproblem som rusavhengigheit. Helsedirektoratet fordelte i 2009 midlar til oppstart av to slike team i Helseregion Vest, eitt ved Kronstad DPS i Helse Bergen og eitt ved Jæren DPS.

Brukarstyrte senger er ei anna ordning som kan vere med på å auke frivillig behandling. Bakgrunnen for å opprette brukarstyrte plassar var at helsetenestetilbodet til personar med alvorlege psykiske lidningar blei kritisert for manglande fleksibilitet, for mykje tvangsbruk og for lite brukarmedverknad. Studiar viser at det å etablere ein avtale med pasienten og senke terskelen for innlegging gjer pasienten tryggare og meir autonom. Vidare viser studiar at auka tilgjengelegheit gir lågare sengeforbruk, og at det er mogleg å få til eit samarbeid om innlegging med brukarar med alvorleg psykisk lidning.

Ordninga går i hovudsak ut på at brukaren sjølv kan ringje til posten og be om innlegging utan tilvising frå lege. Ordninga gjeld brukarar som er godt kjende ved døgnposten, og som har inngått kontrakt om bruk av denne ordninga. Formålet er å sikre tilgjengelegheit til tenestene når ein sjølv kjenner at sjukdommen forverrar seg.

Jæren DPS og mange andre DPS i regionen har lenge hatt eit tilbod om brukarstyrte plassar, og erfaringane med denne ordninga er gode. Utveksling av erfaring om gode enkelttiltak og prosjekt som har vist seg å auke frivilligheita, må bli betre kjende mellom helseføretaka. Som i psykisk helsevern for barn- og unge er benchmarking og faglege revisjonar nyttige verktøy for å utvikle god praksis og betre kvaliteten. Erfaringsutveksling gjennom erfaringskonferansar er andre tiltak.

### **3.4 Psykiatrisk ambulanse / verdige transportordningar**

Det er helsetenesta som har hovudansvaret for personar under tvunge psykisk helsevern, mens politiet i enkelte situasjonar har plikt til å yte bistand. For å avgrense bruken av politi ved innlegging er helseføretaka blitt bedde om å etablere verdige transportordningar for personar med psykiske lidingar. Bruk av politi i samband med innlegging kan bidra til ei unødvendig eskalering av situasjonen og kan samtidig gjere det vanskeleg å etablere ein tillitsfull relasjon mellom pasient og behandlar. Å bruke politi i situasjonar der det strengt teke ikkje er nødvendig, bidreg òg til å stigmatisere og kriminalisere personar med ei psykisk lidning. Helsetenesta må i kvart enkelt tilfelle vurdere behovet for bistand, og det må vere rutinar ved institusjonen som sikrar at nødvendighetskravet blir vareteke. Bruk av psykiatrisk ambulanse kan ikkje erstatte bruk av politi i akutt farlege og ustabile situasjonar.

Helse Bergen og Helse Stavanger har innført bruk av psykiatrisk ambulanse.

Ambulansepersonellet har arbeidserfaring frå psykisk helsevern, og det er lagt spesielt stor vekt på personlege eigenskapar. Det er i tillegg utarbeidd eigne retningslinjer for bruk av ambulansane.

På fem år har psykiatrisk ambulanse i Helse Bergen utført 5215 oppdrag. I dag er det i gjennomsnitt fem utrykkingar per vakt, 117 oppdrag per måned. Oppdraga kan gjelde både frivillig innlegging, tvangsinnlegging, tvungen undersøking og tvangsmedisinering.

Helse Stavanger har i gjennomsnitt 28 oppdrag per måned; 45 prosent av innleggingane med ambulansen var frivillige, mens 55 prosent var tvang (16 prosent av desse til observasjon). I 20 prosent av tilfella var politiet involvert.

### **3.5 Kvalitetssikra behandling i institusjon**

Innanfor den internasjonale litteraturen har ein framheva kor viktig det er med eit førebyggjande perspektiv for å unngå å utsetje pasientane for tvangsbruk.

Førebyggingsperspektivet blei òg opplevd som avgjerande av pasientar og personale i BAT-prosjektet (brukarorienterte alternativ til tvang). For å kunne førebyggje tvangsbruk inne i avdelingane peiker BAT-undersøkinga på fleire viktige faktorar. Undersøkinga viser at eit av dei viktigaste momenta for å førebyggje tvang er evna personalet har til å kommunisere med pasientane. At personalet har kompetanse og ferdigheiter til å løyse konflikhtar og vanskelege situasjonar, blir sett på som heilt nødvendig for å unngå bruk av tvang. Undersøkinga viste òg til at konflikt ofte er årsaka til bruk av tvang i postane. Skal ein redusere bruken av tvang, er det derfor avgjerande å redusere faktorar som aukar krenking, frustrasjon og konflikt.

Undersøkinga peikte på organisering av postane, med sterk vekt på husreglar, manglande tilgjengelegheit og treige avgjerdssystem som kjelder til konflikt. Helse Stavanger har i mange år hatt terapeutisk meistring av aggresjon (TMA) som ein del av opplæringa til alle tilsette. Undervisninga legg stor vekt på førebygging av konflikhtar og på korleis ein skal opptre ved konflikthandtering. Undervisninga er sett i system, og alle som begynner å jobbe i psykisk helsevern i Helse Stavanger, får denne kompetansen. I Helse Bergen er det ei tilsvarande opplæring. Overføring av erfaring til dei andre helseføretaka kan her vere ei god løysning.

Grensesetjing og korrigerering av åtferda til pasienten kan òg utløyse konflikhtar, og det igjen kan føre til bruk av tvang. Den tradisjonelle grensesetjingsmetoden har ofte lagt vekt på korrigerering av avvikande åtferd som eit viktig behandlingsmål og er i tillegg blitt understøtta av ei regelbasert arbeidsorganisering der husreglar, restriksjonar og avtalar står sentralt. Alternative tilnærmingar til bruk av husreglar og restriksjonar og større vekt på individuell tilnærming må derfor få meir merksemd i arbeidet med å redusere bruken av tvang.

Tvangsbruksmiddel representerer eit svært sterkt inngrep overfor pasienten, og lova presiserer at tvangsbruksmiddel berre kan nyttast i situasjonar der ein står overfor ”betydelig skade”.

Barn og unge er ei særleg sårbar og utsett gruppe, og det er spesielt viktig at tvangsbruk overfor denne gruppa skjer på ein forsvarleg og rettmessig måte. Situasjonen må vere svært alvorleg eller nødrettsliknande før det er høve til å nytte tvangsmiddel. Lova legg terskelen for tvangsbruksmiddel høgt, jf. ordlyden ”uomgjengelig nødvendig”.



Det å bli utsett for tvang blir opplevd svært forskjellig frå person til person. Nokre fortel om tvang som krenkjande overgrep, mens andre opplever tvangen som nødvendig i etterkant. Dei som blir utsette for tvang, og dei som utøver tvangen, fortel ofte om dei same hendingane på ulike måtar. Dei involverte partane må derfor snakke saman i ettertid om kva som har skjedd, kvifor tvang måtte brukast, og kva ein kunne gjort for å unngå å bruke tvang.

Behandling med legemiddel mot eige samtykke er eit svært alvorleg inngrep og er unntaket frå den generelle regelen i psykisk helsevern-lova § 4-4, som seier følgjande: "Uten at pasienten har samtykket kan det ikke gjennomføres undersøkelse og behandling som innebærer et alvorlig inngrep ...". Inngrepets alvor og vanlege velferdsomsyn tilseier at vedtak om tvangsmedisinering må vere velgrunna og skje slik at rettstryggleiken til pasienten blir vareteken. Mange pasientar kjenner seg prisgitt den enkelte vedtaksansvarlege. Og det er derfor uheldig at pasientar risikerer langvarig tvangsbehandling utan at dei får ei reell fagleg overprøving av vedtaket. Ein bør derfor prøve så godt ein kan å unngå at vedtak om tvangsmedisinering blir fatta av éin person åleine. Som eit minimum bør ein jobbe for at vedtak først blir fatta etter konsultasjon mellom helsepersonell, der ein legg stor vekt på korleis pasienten sjølv opplever inngrepet. Dette er allereie praksis i mange avdelingar i regionen. Når tvangsmedisineringa varer lenge, bør ein leggje til rette for at pasienten blir vurdert av ein annan vedtaksansvarleg enn den som fatta det opphavlege vedtaket. Effekt og biverknader kan vere vanskelege å vite noko om på førehand. Mange pasientar blir tvangsbehandla – ikkje for at dei skal bli betre, men for at ein skal hindre forverring dersom pasienten avsluttar medisineringsa.

Når tvang i det psykiske helsevernet blir brukt ut frå behandlingsbehov, er den grunnleggjande tanken at resultatet blir betre med behandling enn utan, sjølv om det må brukast tvang. Basert på kunnskap om verksam behandling for ulike psykiske lidningar finn mange behandlarar det rett å gi slik behandling sjølv om det inneber tvangsbruk. Denne kunnskapen byggjer som regel på studiar av frivillige behandlingsforløp, og ein føreset at effekten er den same sjølv om behandlinga blir gitt til pasientar som av ulike grunnar motset seg eller ikkje ønskjer slik behandling. Dette faglege synspunktet ser ein òg i psykisk helsevern-lova, som gir tilgang til tvunge psykisk helsevern og tvangsbehandling når det er grunnlagt med omsynet til eit best mogleg behandlingsresultat for den enkelte. Tillit mellom behandlaren og pasienten er òg framheva som ein viktig føresetnad for eit godt behandlingsresultat.

### 3.6 Forsking og kunnskapsutvikling

Det er avdekt store manglar i internasjonal og nasjonal forskingsbasert kunnskap om tvangsbruk. Forskingsmiljøet i Noreg er spreidd og involverer berre nokre få miljø og enkeltpersonar. Det er eit stort behov for kunnskap som kan bidra til redusert og kvalitetssikra bruk av tvang. I tillegg er det behov for å vidareutvikle kunnskapen om alternativ til tvang og faktorar som kan stimulere til endringsarbeid.

I opptrappingsplanen for psykisk helse har det vore ein viktig intensjon å auke kompetansen helsepersonell har innanfor psykisk helse. Forsking viser at lokale ikkje-kliniske faktorar som kulturelle fordommar, rolleoppfatninga til personalet og haldningar hos sjukehusadministrasjonen har stor innverknad på omfanget av tvangsbruksmiddel i institusjon. (2) Helseføretaka må sikre systematisk opplæring i tema som frivilligheit i behandlinga, meistringsfremjande metodar, lågterskeltenking, menneskerettar, etikk, lovverk, årsaker og effektar knytte til tvangsbruk. Det er òg eit stort behov for kompetanse om eteforstyrningar i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkar.

Den daglige forvaltinga av psykisk helsevern-lova er det helsepersonell som vurderer, og ho vil derfor bli påverka av det faglege skjønnnet til den enkelte. For å sikre rett bruk av regelverket er det behov for at relevant helsepersonell styrkjer kunnskapen sin om psykisk helsevern-lova, pasientrettslova og menneskerettane. (14)

Helsedirektoratet finansierer eit nettverk for forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet. Hovudoppgåva til nettverket er å stimulere til forskning og kunnskapsutvikling om bruk av tvang. Nettverket satsar på å skape arenaer der dei som er interesserte i tvangsforsking, kan møtast, utveksle erfaringar og utvikle nye prosjekt. Nettverket la i 2009 fram ein forskingsplan på området med prioriterte tilrådingar. (12)

- Sikre god kvalitet på eksisterande datakjelder
- Utvikle måleinstrument for opplevd institusjonsintern tvang
- Multisenterstudie om tvunge psykisk helsevern utan døgn (TUD)
- Framgangsmåte ved bruk av tvang
- Intervensjonsstudiar for å redusere bruken av tvang
- Bruk av tvang ved døgnopphald

Helse Vest RHF støttar forskingsanbefalingane til nettverket. Nettverket arrangerer ein årleg konferanse der ein tek for seg ulike tema innanfor tvangsforskning. Meir informasjon om nettverket er å finne på: [www.tvangsforskning.no](http://www.tvangsforskning.no).

### **3.7 Rett og konsekvent dataregistrering**

Ein har i mange år vore opptekne av og urolege for at rapporteringa til Norsk pasientregister (NPR) for det psykiske helsevernet ikkje er kvalitativt god og komplett nok. Datakvaliteten på bruk av tvang har vist seg å vere ei særleg utfordring trass i at alle institusjonar som er godkjende for bruk av tvang pliktar å rapportere om bruk av tvang til NPR. Det at ein ikkje kjenner omfanget av bruk av tvang, kjem av to forhold: anten at det ikkje blir rapportert på bruk av tvang, eller at rapporteringa er mangelfull. Det kan igjen ha fleire årsaker, som mangel på kompetanse og kontinuitet i rapporteringsarbeidet, avgrensingar i dei tekniske systema og svakheiter i teknisk utveksling mellom det lokale pasientadministrative systemet og NPR.

Det er alvorleg at vi ikkje kjenner omfanget av bruken av tvang i det psykiske helsevernet betre. Det vi veit, er at det er store geografiske forskjellar mellom og internt i helseregionane, og at forskjellane kjem av manglande eller mangelfull rapportering og av ulik forståing for og praktisering av psykisk helsevern-lova. Det blir derfor vanskeleg å samanlikne omfang og geografisk variasjon på eit bestemt tidspunkt og å følgje utviklinga over tid. Innsamla datamateriale kan berre brukast i ein viss grad, og ein mister samtidig eit viktig grunnlag for god styring lokalt, regionalt og nasjonalt. Mangelfulle data om bruk av tvang i behandlinga står her i ei særstilling fordi bruk av tvang utgjer eit alvorleg inngrep i forhold til den enkelte pasienten. Manglar på dette området svekkjer òg høvet til å sjå kva tvangsmiddel som blir brukte, og kor ofte dei blir brukte i dei ulike helseføretaka.

Korrekt og utfyllande registrering er heilt sentralt dersom ein skal få til god datakvalitet. Avgjerande for god kvalitet på data er at den som registrerer, har god forståing for kva som skal registrerast. Det må sikrast ved hjelp av god nok opplæring bl.a. i registreringsrettleiaren. Opplæringa må vere ein kontinuerleg prosess som må omfatte alle som skal registrere data for rapportering frå NPR. Helsedirektoratet ved Norsk pasientregister (NPR) har utarbeidd ein rettleiar for registrering av aktivitetsdata i psykisk helsevern. Hovudformålet med denne rettleiaren er å gi retningslinjer som skal bidra til ein meir einsarta praksis ved registrering av aktivitetsdata.

Helse Vest har ei prosjektgruppe på regionalt nivå for å betre datakvaliteten på pasientdata innanfor psykisk helsevern for vaksne. Prosjektet ”Komplette og gode pasientdata i Helse Vest” har fått eit særleg ansvar for å auke kvaliteten på data om tvangsbruk og for å gjere dei meir komplette.

Det er viktig for leiarar og klinikarar å kunne følgje utviklinga av tvangsbruk ved eininga/avdelinga si og å kunne samanlikne seg med andre i regionen. Data må vere lett tilgjengelege, berre ”eit tastetrykk unna”. Det er derfor sett i gang eit arbeid for å publisere månadlege data om tvang i helsefagkuben i Helse Vest. Arbeidet er i startfasen, og det er usikkert når ein kan komme i gang med publiseringa.

## 4 Tiltak

Område	Tiltak	Ansvarleg	Tidsfrist
<b>Brukarinvolvering</b>	Personar som står i fare for fleire akuttinnleggingar, skal få tilbod om å utarbeide ein eigen kriseplan som uttrykkjer korleis brukaren ønskjer å bli møtt i ein krisesituasjon, kven som bør kontaktast, behandlingssønske og eventuelle behandlingsformer pasienten ikkje ønskjer.	Helseføretaka Private ideelle	Løpande
<b>Behandlingstilbod på rett nivå</b>	Alle DPS-a skal ha akutte tenester og krisetenester, slik at all kontakt kan skje direkte med DPS-et når som helst på døgnet.	Helseføretaka Private ideelle	30.6.2012
	Alle DPS skal søkje godkjenning for tvangsbruk.	Helseføretaka Private ideelle	31.12.2012
	Alle DPS-a skal ha eit tilbod om brukarstyrte plassar for pasientar som står i fare for gjentekne innleggingar, ofte med tvang.	Helseføretaka Private ideelle	30.4.2012
<b>Samhandling</b>	Helseføretaka skal analysere problemstillingane rundt ”mangegongsinnlagde” og utforme konkrete handlingsplanar i samråd med andre etatar (for eksempel politi, barnevern og kommune) om korleis dei kan hjelpe aktuelle pasientar betre enn ved gjentekne tvangsinnleggingar.	Helseføretaka	30.6.2012
<b>Behandling i institusjon</b>	Gjennomgå dagens praksis med omsyn til vedtak og gjennomføringa av behandling med legemiddel utan pasientsamtykke for å sikre rettstryggleiken til pasientane.	Helseføretaka Private ideelle	30.4.2012
	Setje i verk tiltak for frivillige pasientar som blir behandla på same post som pasientar under tvunge psykisk helsevern, for å sikre reell frivillig behandling i tilbodet til frivillig innlagde pasientar.	Helseføretaka	Løpande

<b>Kompetanse/forskning</b>	Helseføretaka må sikre at personalet får opplæring i lovverk, menneskerettar, etikk, meistringsfremjande metodar og lågterskeltenking.	Helse Vest RHF Helseføretaka Private ideelle	Løpande
	Forsking på tvang er prioritert i Helse Vest.	Helse Vest RHF Helseføretaka	2011–2014
<b>Dokumentasjon/ datakvalitet</b>	Setje i verk tiltak for at rapporteringskjeda i forhold til NPR skal fungere på alle nivå.	Helseføretaka Private ideelle	30.4.2012
	Systematisk opplæring i registreringsrettleiaren i alle einingar/klinikkar/avdelingar.	Helseføretaka Private ideelle	Løpande
	Helse Vest RHF hjelper helseføretaka med å få korrekte data.	Helse Vest RHF ”Prosjekt komplette og gode pasientdata”	30.6.2012
	Helse Vest RHF vurderer å publisere relevante data om tvangsbruk i helsefagkuben.	Helse Vest RHF	30.6.2012

## Referanseliste

- 1) Tiltaksplan for riktig og redusert bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370). Sosial- og helsedirektoratet, 2006
- 2) Vurdering av behandlingstvilkåret i psykisk helsevern-loven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykiske helsevern (IS-1370). Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet, juni 2009
- 3) St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid
- 4) Rådet for psykisk helse (2010): Frivillighet før tvang – Tiltak for å redusere omfang av tvangsinnleggelse til psykisk helsevern
- 5) Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Øst og Sør (2010): Bruk av tvang i ungdomspsykiatriske akuttavdelinger
- 6) Norvoll, R.; Hatling, T. og Hem, K.G.: Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (BAT). Trondheim: SINTEF Helse, 2008
- 7) Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Arbeidsgruppe 1. Riktigere og redusert bruk av tvang. September 2010
- 8) Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2009 (IS-1861). Oslo: Helsedirektoratet, 2010
- 9) 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
- 10) Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid. Rundskriv 2006/011, utgitt av Politidirektoratet og Sosial- og helsedirektoratet.
- 11) Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester (IS-1512). Oslo: Helsedirektoratet, 2008
- 12) 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
- 13) Strategier for kvalitet og kompetanse i psykisk helsevern. Notat til Helsedirektoratet. Torleif Ruud. Oktober 2010
- 14) Nasjonal strategi for riktig og redusert bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene. Helsedirektoratet, 2011.
- 15) Oppdragsdokument 2011. Helse Vest

- 16) Pasienter i det psykiske helsevernet 2009 (IS-1908). Helsedirektoratet, 2011
- 17) South Westminster schizophrenia survey. Alcohol use and its relationship to symptoms, tardive dyskinesia and illness onset. Duke, P.J.; Pantelis, C. and Barnes, T.R. The British Journal of Psychiatry, 1994
- 18) The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2009. Elbogen, E.B. and Johnson, S.C.
- 19) Drap i Norge i perioden 2004–2009. NOU, 2010:3
- 20) En beskrivelse av fem akuttenheter for ungdom i psykisk helsevern for barn og unge 2004. SINTEF Helsetjenesteforskning. Birkhaug, K. mfl., 2005
- 21) Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse during a 2-year follow-up. Acta Psychiatrica Scandinavica. A. Opsal, T. Clausen, Ø. Kristensen, I. Elvik, I Joa, T.K. Larsen
- 22) Policy Briefing – The Relationship Between Violence And Mental Illness. Orygen Youth Health Research Centre. R Purcell, Principal Research Fellow, Forensic Psychologist at Orygen Youth Health Research Centre
- 23) Akuttpsykiatrisk behandling i Norge- resultater fra en multisenterstudie. Ruud T, Gråwe R W, Hatling T. SINTEF Helse Oktober 2006
- 24) The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta analysis. Pitschel-Walz, G, Leucht S, Bamul J, Kissling W, Engel R R. 2001.
- 25) The schizophrenia patient outcome research team (PORT). Updated treatment recommendations. Lehman A F, Kereyenbuhl, Buchanan R W, Dickerson F B, Dixon L B, Goldberg R et al. 2004.