



Oslo 16. desember 2019  
Ref.: 250/19/MS/ph

**NOU 2019:14 «TVANGSBEGRENSNINGSLOVEN  
FORSLAG TIL FELLES REGLER OM TVANG OG INNGREP UTEN  
SAMTYKKE I HELSE – OG OMSORGTJENESTEN»**

## Sammendrag

Psykologforening støtter retningen i utredningen og lovutkast.

Forslaget vil kreve en omlegging av måten helsepersonell jobber på. Det er nødvendig at både de faglige og materielle rammebetingelsene muliggjør omleggingen.

Psykologforeningen støtter Østenstadutvalgets forslag om de diagnosenøytrale vilkårene «sterkt behov for behandling» og «fravær av beslutningskompetanse». Samlet sett mener vi at disse vilkårene kan sikre behovet for individuelt tilpasset helsehjelp på en god måte.

Psykologforeningen støtter fokuset på individets autonomi som lovutkastet legger opp til. Når det gjelder kritikken vedrørende Norges etterlevelse av FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), mener vi at felles diagnosenøytral lov og utredningens gjennomgående økte fokus på forebygging og alternativer til tvang imøtekommer mye av kritikken.

Psykologforeningen støtter i sin helhet lovutkastets kapittel 2. Plikt til forebygging og rett til et tilrettelagt tjenestetilbud uten bruk av tvang m.m.

Psykologforeningen mener at all behandling må være basert på et oppdatert og bredt kunnskapsgrunnlag. Dette må gjelde enten behandlingen skjer frivillig eller ved tvang.

Psykologforeningen støtter Østenstadutvalgets forslag om rett til å reservere seg mot behandling av psykiske lidelser med antipsykotika.

Psykologforeningen støtter Østenstadutvalgets forslag om at de alminnelige vilkår som gjelder for tvang i individuelle behandlings- og omsorgstiltak også skal gjelde for bruk av skjerming, samt at skjermingsrom skal være innredet som et vanlig beboelsesrom så langt dette er forsvarlig ut fra sikkerhet.

Psykologforeningen støtter Østenstadutvalgets forslag om tydelig hjemmel for behandling med ECT og at ECT ikke kan gis hvis pasienten motsetter seg det. Psykologforeningen støtter også utvalgets forslag om en absolutt rett til å reservere seg mot behandling med ECT.

Psykologforeningen støtter forslaget om å «avskaffe all bruk av mekaniske tvangsmidler i nødssituasjoner i løpet av en periode på tre år, eventuelt med unntak av i sikkerhetspsykiatrien.

Psykologforeningen støtter Østenstadutvalgets forslag om at det inntas egne bestemmelser om inngrep i nødssituasjoner slik det er foreslått i kapittel 4.

Psykologforeningen støtter Østenstadutvalgets forslag til regulering av tvang overfor barn.

Psykologforeningen er positive til endringen som gjelder nytt kontrollorgan og klageordning. Psykologer vil ofte inneha fagkompetansen som utfyller kunnskapen til de faste medlemmene i tvangsbegrensingsnemndene.

Tvangsbegrensingsloven har vært gjennom en bred høring internt i Norsk Psykologforening og innspillene er lagt til grunn for høringssvaret. Høringen har også vært behandlet av foreningens sentralstyre.

# Innhold

Sammendrag.....	1
<b>1 Generelle merknader .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2. Generelt om lovutkastet.....</b>	<b>3</b>
<b>1.3. Evaluering og implementering .....</b>	<b>4</b>
<b>1.4. Ledelse, kultur og organisering - betydning for bruk av tvang.....</b>	<b>4</b>
<b>1.5. Psykologers bidrag for redusert og riktig bruk av tvang .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Merknader til prinsipielle tema.....</b>	<b>5</b>
<b>2.1. Diagnosenøytrale vilkår – sterkt behov for behandling og fravær av beslutningskompetanse ved bruk av innleggelses og tilbakehold som personen motsetter seg.....</b>	<b>5</b>
<b>2.2. Menneskerettigheter og vern mot diskriminering .....</b>	<b>6</b>
<b>2.3. Rett og plikt til nødvendige tiltak for å unngå tvang.....</b>	<b>6</b>
<b>2.4. Prinsipielt om kunnskap og ulike kunnskapskilder i forbindelse med bruk av tvang .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Merknader til enkelte bestemmelser.....</b>	<b>8</b>
<b>3.1. Merknad til forslag om §6-10 Behandling av psykiske lidelser med legemidler .....</b>	<b>8</b>
<b>3.2. Merknad til forslag om §6-14 Retten til å reservere seg mot behandling av psykiske lidelser med antipsykotiske legemidler .....</b>	<b>9</b>
<b>3.3. Merknad til forslag om §6-11 Behandling av psykiske helseproblemer med skjerming og §8-2 Særlig krav ved gjennomføringen av skjermingstiltak .....</b>	<b>9</b>
<b>3.4. Merknad til forslag om §6-13 Elektrokonvulsiv behandling (ECT) og §6-15 Rett til å reservere seg mot ECT .....</b>	<b>9</b>
<b>3.5. Merknad til forslag om §6-16 forbud mot bruk av mekaniske tvangsmidler (belter) i behandling (unntak tvangsernæring ved spiseforstyrrelser §6-12) og utfasing av bruk av mekaniske tvangsmidler ved nødssituasjoner §4-4. ....</b>	<b>10</b>
<b>3.6. Merknad til forslag om eget kapittel om nødssituasjoner .....</b>	<b>11</b>
<b>3.7. Merknad knyttet til tvang mot barn/unges.....</b>	<b>11</b>
<b>3.8. Merknader knyttet til tvang mot eldre .....</b>	<b>12</b>
<b>3.9. Merknader knyttet til tvang mot rusavhengige.....</b>	<b>12</b>
<b>3.10. Merknader endringer av kontrollorgan og sammensetningen av nemnda.....</b>	<b>13</b>
<b>Referanseliste.....</b>	<b>14</b>

## 1 Generelle merknader

Østenstadutvalget mener at en felles lov forutsetter et felles tvangsbegrep. Det er foreslått et felles tvangsbegrep hvor tvang skal forstås som overvinnelse av motstand. Dette innebærer en stor endring i psykisk helsevern. For pasienter som mangler beslutningskompetanse og ikke motsetter seg helsehjelpen skal det bli lettere å få hjelp med dagligdagse gjøremål, og for å ivareta rettsikkerheten er det oppstilt vilkår for de mer alvorlige inngrep (men det vil ikke være definert som tvang). Dette støtter Psykologforeningen.

Det nye lovverket vil kreve en omlegging av måten psykologer og annet helsepersonell jobber på, og det er nødvendig at både de faglige og materielle rammebetingelsene muliggjør omleggingen. Det å ha nok tid, tilstrekkelig personale og god kompetanse er avgjørende. Det vil være behov for klinikknær forskning, fagutvikling og kompetanseheving av ansatte, for eksempel ved vurdering av beslutningskompetanse. Det vil kreve økt aksept og mer tid til å arbeide med forebygging av tvang og til kvalitetssikring av tvangstiltak der de ikke er til å unngå. Tett og god ledelse, bedre samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og mulighet for å jobbe mer arenaflexibelt vil være viktig. Nye behandlingstilbud må utvikles og opprettes både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Lovutkastet stiller krav til lokaler/beboelsesrom og det tydeliggjøres behov for nye bygg og ombygging av sykehuslokaler. Psykologforeningen mener at verken formålet med loven og de enkelte bestemmelsene i lovutkastet vil innfris uten dette.

Vi må gå ut ifra at i tillegg til lovendringene vil pasienter i større grad også få tilbud som de per i dag har rett til, men ikke får. I en overgangsperiode vil dette kreve mer, men på sikt vil det trolig være lønnsomt. For eksempel at et godt kommunalt tilbud kan forhindre gjentatte tvangsinnleggelse, eller ved at frivillig døgntilbud kan forebygge tvungen innleggelse og tilbakehold.

I forbindelse med reduksjon av døgnplasser i psykisk helsevern og endringene i psykisk helsevernlov i 2017, melder våre medlemmer om at pasientene som kommer til tvungent vern nå er vesentlig dårligere og har lengre liggetid enn før. Dette kan også bekreftes fra Helsedirektoratets egen statistikk; gjennomsnittlig antall tvangsvedtak per pasient som blir utsatt for tvang, opp i flere foretak (1).

### 1.2. Generelt om lovutkastet

Lovutkastet peker retning mot en mer humanistisk helse- og omsorgstjeneste for særlige sårbare grupper. En ønsket og nødvendig endring slik Psykologforeningen ser det. Fra høringsmøte Psykologforeningen har avholdt ble det formidlet at *«mange av tiltakene i NOU'en peker på mer verdige og ordentlige forhold og muligheter for å gi bedre behandling»*. Videre er forslaget om at alle mennesker skal ha en lovfestet rett til et helsetilbud uten tvang et viktig og godt grep.

Et annet godt grep er at utredningen retter hovedfokus mot bedre kvalitetssikring av selve gjennomføringen av tvangen, der hvor tvang er nødvendig. Utredningen viser systematisk til kunnskapsgrunnlag der det finnes, nasjonalt og internasjonalt, og den har et arenaflexibelt fokus, noe som er en stor styrke. Lovutkastet kan sies å være bedre tilpasset til det som i dag ansees som god praksis i måten å organisere hjelpetilbud på.

Psykologforeningens menneskerettighetsutvalg skriver i sitt innspill: *«Ved å samle de ulike lovene vil det også være mulig å få frem felles utfordringer på tvers av ulike tjenester, og muliggjøre at ulike deler av tjenester kan oppnå et større faglig og systemisk utbytte av hverandre. Pasientgruppen det gjelder sliter også ofte med sammensatt problematikk, og et felles lovverk kan følgelig sørge for en mer helhetlig tilnærming»*.

### 1.3. Evaluering og implementering

Lovutkastets forslag til endringer medfører behov for følgeevaluering og det bør vurderes å iverksette piloteringsprosjekter før loven trer i kraft. Piloteringsprosjekter vil blant annet kunne sikre at det informasjonsmateriell som utarbeides baserer seg på utfordringer som oppstår i ute i tjenestene. Opplæring i jus, fag og etikk er grunnleggende. Dette må på plass for å sette helse- og omsorgstjenesten i stand til å forvalte ny lov, ny faglig tilnærming og bidra til etisk refleksjon rundt alvorligheten av å utsette individer for tvang. Også erfaringskonferanser/utvekslinger mellom tjenestene og rask og god bistand med løpende fortolkning fra myndighetenes side er nødvendig. Det bør opprettes tilskuddsordninger og andre virkemidler for å muliggjøre gode frivillige tilbud.

### 1.4. Ledelse, kultur og organisering - betydning for bruk av tvang

Som NOU 2019:14 viser har kunnskapsgrunnlaget om tvangsforebyggende tiltak og hvilke strukturelle forhold som henger sammen med bruk av tvang, etter hvert blitt omfattende. Psykologforeningen mener at særlig ledere må ha et stort eierskap til tema. Sivilombudsmannen (2, 3) viser hvordan ledelsens holdninger og verdier er en risikofaktor for umenneskelig behandling ved institusjoner som forvalter tvang. Kulturen blant de ansatte forsterkes av hvordan de opplever ledelsens syn på tvang. Den iboende ubalansen i maktforholdet mellom leder/ansatt og pasienter utgjør en fare dersom ansatte ikke har god nok refleksjon rundt dette maktforholdet. Enkelte sykehus har innført gruppebasert etisk refleksjon over egen praksis, med god effekt (4).

Organisering av helsehjelpen er et annet sentralt punkt. I Nederland utvikles High Intensiv Care (HIC) tilbud over hele landet (5). Samlet sett kan en si at HIC-modellen tar på alvor hvordan tvang skal unngås i alle ledd i et pasientforløp. Den fremhever ni kritiske faktorer for mindre bruk av tvang. Modellen har en tydelig humanistisk verdiforankring og er en økologisk modell hvor intensiv og høy omsorg foregår innenfor et "helende miljø". Et bærende behandlingsprinsipp i HIC er at man aldri lar en svært syk pasient i krise være overlatt til seg selv. Også ved innleggelse følges pasientens opp tett av fast behandler. Følgeforskning med gode resultater gir kunnskap om metodikken som bygger på delelementer fra Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksible ACT-team (FACT) og kan også være relevant for norske forhold. Modellen er under evaluering, men har foreløpig vist gode resultater. Modellen bør sees som en forløpsbeskrivelse på prosess og kvalitet og kan gi verdifull informasjon til organiseringen av helsetjenester i Norge.

### 1.5. Psykologers bidrag for redusert og riktig bruk av tvang

Psykologer jobber kunnskapsbasert etter prinsipperklæringen om evidensbasert praksis (6). Det vil si at arbeidet formes etter best mulig tilgjengelig forskning, i samarbeid med de vi skal hjelpe, og tar utgangspunkt i deres ønsker og behov sammen med psykologens faglige vurderinger. Til sammen muliggjør disse tre bærende elementene individuelt tilpasset helsehjelp. Psykologer har mye erfaring i tillitsskapende relasjonsarbeid og det å lage arbeidsallianser med pasienter, også med alvorlig psykisk syke. Psykologforeningen mener at denne kompetansen er særlig gunstig i arbeid med mennesker som er i risiko for å bli underlagt tvang. Psykologer har ofte også god systemkunnskap og samhandlingskompetanse. Videre vet vi at ved mange behandlingsmetoder som kan være særlig egnet for mennesker som kan bli utsatt for tvang, er psykologi og psykologfaglig kompetanse helt sentralt. For eksempel basal eksponeringsterapi (7), komplementær ytre regulering (8), traumesensitiv omsorg (9), medisinfrie døgntilbud (10) «Illness Management & Recovery» (IMR) (11), ambulante akutteam (12), FACT/ACT -team (13) m.m.

## 2. Merknader til prinsipielle tema

2.1. Diagnosenøytrale vilkår – sterkt behov for behandling og fravær av beslutningskompetanse ved bruk av innleggelse og tilbakehold som personen motsetter seg.

**Psykologforeningen støtter Østenstadutvalgets forslag om de diagnosenøytrale vilkårene «sterkt behov for behandling» og «fravær av beslutningskompetanse». Samlet sett mener vi at disse vilkårene kan sikre behovet for individuelt tilpasset helsehjelp på en god måte.**

Blant Psykologforeningens medlemmer som daglig arbeider med tvungent psykisk helsevern, er det bekymring for at vilkåret om alvorlig sinnslidelse erstattes med de diagnosenøytrale vilkårene «sterkt behov for tiltaket» og «fravær av beslutningskompetanse».

I praksis står vedtaksansvarlige ofte overfor press om å bruke tvang, fra pårørende og fra kommunale samarbeidspartnere. Vilket om alvorlig sinnslidelse er et innarbeidet og tydelig krav som har et innhold som gir et vilkår for avgrensning mot bruk av tvang. Som vedtaksansvarlige gir medlemmer uttrykk for «(...) dilemmaet omsorg-autonomi» og «(...) ressurser og tvang følger med farlighet men ikke med behovet for omsorg». Dersom kriteriene blir for generelle er det bekymring for at det kan øke bruken av tvang. Det at alvorlig sinnslidelse beholdes i forbindelse med farlighet har også vært løftet frem som en faktor som kan bidra til en oppfatning om at grunnvilkåret ikke skal være så strengt.

Når Psykologforeningen likevel støtter forslaget om et diagnosenøytralt vilkår er det hovedsakelig tre grunnleggende hensyn:

- Godt faglig grunnlag for bruk av tvang
- Fokus på autonomi og individuelt behov
- Unngå diskriminering (se punkt 2.2.)

### **Godt faglig grunnlag for bruk av tvang**

Psykologforeningen mener at det er personens fungering *her og nå* som er det avgjørende for om det er grunnlag for bruk av tvang, og at vilkår for bruk av tvang som er nært knyttet til diagnoser øker risiko for bruk av uriktig tvang. Psykiske diagnoser i seg selv gjør oss ikke i stand til å forstå hva en pasient har behov for, hvilken behandling som kreves og ressurser som må til for å kunne yte virksom hjelp. Det kan være store individuelle variasjoner mellom pasientene. Behovet for behandlingsinnsats vil derfor kunne være ulikt selv innen samme diagnosegruppe, også ved tvungent vern.

Vilkåret om sterkt behov og forventet nytte konkretiserer presise spørsmål som er avgjørende ved tvungen innleggelse og tilbakehold. Har avdelingen et behandlingstilbud som dekker behovet til pasienten i den akutte situasjonen og er det å forvente at pasienten vil kunne nyttiggjøre seg dette tilbudet her og nå? Slik Psykologforeningen ser det, vil et premiss om forventet nytte kunne forhindre uriktige innleggelse. Det vil trolig også redusere risiko for at pasienter i behov for akutt ivaretagelse, sterkt hjelpebehov og behov for tilbakeholdelse mot egen vilje avvises. Av samme grunn mener vi også at sterkt behov, slik det er definert i utredningen, forhindrer utglidning av uønsket tvang mot mennesker med tilstander hvor innleggelse og tvunget tilbakehold på akuttavdelinger kan være kontraindisert.

I tvungen behandling må alltid en god diagnostisk vurdering og kunnskap om pasienten, bidra til at man finner det tvangsmiddelet som etter en helhetlig vurdering ansees som minst belastende. Dette innebærer at vurderingen bør være diagnosesensitiv.

### **Fokus på autonomi og individuelt behov**

I pasientens historie finnes de gode eksemplene som gir føringer for hva slags helsetilbud som behøves. Altså; hvem har vi her og hva trenger vedkommende? Vilåret om antatt samtykke kan bidra til å bygge en bro mellom tjenestene, pasientene og pårørende. For å kunne vurdere antatt samtykke må man kjenne pasienten og dens historie, hva som er tidligere erfaringer ved innleggelse, hva som virker og ikke virker og fremfor alt pasientens eventuelle tidligere erfaringer med tvang.

Psykologforeningen mener at det er en kobling mellom antatt samtykke og sterkt behov og kravene til kunnskapsgrunnlaget. Man kan altså ikke anta at en person vil samtykke til en behandling med mindre det er alminnelig sannsynliggjort at den faktisk er virksom.

### **Oppsummering**

Ved endring av et innarbeidet krav som alvorlig sinnslidelse, som i forslaget erstattes med mer skjønnsmessige begreper vil vi få en ytterligere vektlegging av vurderingen av beslutningskompetanse. Vurdering av beslutningskompetanse er faglig omfattende og utfordrende og stiller krav til kompetanse og tid til oppgaven. Våre medlemmers bekymringer synliggjør et stort behov for involvering og implementeringsstøtte fra myndighetene. Behovet for god opplæring, og riktig tolkning, kan ikke understrekes nok.

## **2.2. Menneskerettigheter og vern mot diskriminering**

**Psykologforeningen støtter fokuset på individets autonomi som lovutkastet legger opp til. Når det gjelder kritikken vedrørende Norges etterlevelse av FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), mener vi at felles diagnosenøytral lov og utredningens gjennomgående økte fokus på forebygging og alternativet til tvang imøtekommer mye av kritikken.**

Psykologforeningen støtter forslaget om en felles lov og er enige med Østenstadutvalget i at dette gir mulighet for en enhetlig tilnærming til de menneskerettslige kravene. Eksempelvis vil forslaget om innskjerpende bruk av skjerming, utfasing av mekaniske tvangsmidler, diagnosenøytralitet, forhåndssamtykke for personer som tidligere har vært behandlet med antipsykotiske legemidler og strenge rammer for behandling med ECT, imøtekomme noe av kritikken om manglende etterlevelse av FN-konvensjonen. Vi er positive til at lovutkastet gir økt rettsikkerhet for barn og større grad av likebehandling. Men det gjenstår ubesvarte spørsmål som bekymrer vår faggruppe, særlig psykologer som arbeider i grenselandet barnevern og helse.

Psykologforeningens menneskerettighetsutvalg (MRU) stiller seg også positive til at helsetjenesten dreies mot en styrking av brukerens autonomi og større tilbud av frivillig baserte tjenester. Videre mener MRU når det gjelder tvangsmedisinering at «*Begrensning av mulighet til å tvangsmedisinere kan inspirere til å utvikle andre behandlingsmodaliteter, terapeutiske tilnærminger og bedre relasjoner mellom pasient og personell*». Avslutningsvis presiserer MRU at det er i tråd med CRPD at tjenestene innrettes mot at noen mennesker har langvarig nedsatt funksjonsnivå.

## **2.3. Rett og plikt til nødvendige tiltak for å unngå tvang**

**Psykologforeningen støtter i sin helhet lovutkastets kapittel 2: Plikt til forebygging og rett til et tilrettelagt tjenestetilbud uten bruk av tvang m.m.**

I dag er det, særlig innen psykisk helsevern, for stor variasjon i hvilke tjenester eller tiltak som har vært tilfredsstillende for at frivillighet er forsøkt. Slik Psykologforeningen ser det, er problemstillingen

av prinsipiell art. Det dreier seg om at det i hele behandlingsskjeden må foreligge en sterk forpliktelse til å finne og ta i bruk alternative løsninger til tvang, sammen med pasienten og pårørende. Dette må være målsettingen i alle faser i et behandlingsforløp.

Fagutvalg for psykologer i habilitering illustrerer slikt arbeid i praksis, de skriver «... kort beskrevet så stilles det omfattende krav til hva man har gjort av frivillige tiltak, konkret hva slags type tvang som skal brukes, etiske og faglige vurderinger, og betraktninger rundt når tvangen skal opphøre ... I omsorgen for utviklingshemmede bruker man sjeldent mekaniske tvangsmidler, til tross for at man har svært farlige og/eller selvskadende pasienter. Grunnen til dette er det store fokuset på forebyggende og alternative tiltak, som f.eks. innebærer at man ikke skal bruke mekaniske tvangsmidler som en erstatning for antall personale. I stedet bruker man store ressurser på å ha nok personale og man bruker også mye ressurser på den fysiske utformingen av boliger. Man tenker at dette er behandlingsprinsipper som med hell kan overføres til andre fagområder, men det blir viktig å se på finansieringsmodellene for dette».

Psykologforeningen mener at et tilrettelagt tilbud uten bruk av tvang bare kan oppnås med bedre forebygging og understøttelse av livsmestring. Det er behov for bedre behandlingsalternativer innen de ulike tjenestene og disse må ha som mål å øke pasientens livskvalitet og mulighet til å mestre hverdagsaktiviteter, slik regjeringen selv skisserer i *Mestre hele livet* ((14)6). Brukerorganisasjonene etterlyser alternative tilnærminger som kan være både funksjonshevede og tvangsforebyggende. Blant disse finner man arbeidstrening, friluftsliv og sosial trening. Psykologforeningen støtter dette og fremholder at denne typen tilnærminger må være tilgjengelige for å gjøre nytt lovverk effektivt.

Psykologforeningen etterspør derfor en vurdering fra helsemyndighetene av hva som må på plass for å få til de endringene som loven fordrer. Tjenestenes plikt til å forebygge bruk av tvang og pasienters rett til et tilrettelagt tjenestetilbud uten bruk av tvang fordrer at et reelt tjenestetilbud finnes og at det har nødvendig kapasitet og kompetanse. Per i dag er det usikkert om man i alle deler av landet har et tilstrekkelig psykisk helsetjenestetilbud. Det er vanskelig å vurdere lovforslaget uten å også formidle denne bekymringen.

## 2.4. Prinsipielt om kunnskap og ulike kunnskapskilder i forbindelse med bruk av tvang

**All behandling må være basert på et oppdatert og bredt kunnskapsgrunnlag. Dette må gjelde enten behandlingen skjer frivillig eller ved tvang.**

I prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis (6), skal et godt kunnskapsgrunnlag alltid i være basert på tre elementer: pasientinvolvering, klinisk ekspertise og beste forskningsevidens. Psykologforeningen mener derfor at alle disse tre skal tillegges relevant vekt når kunnskap skal omsettes til klinisk praksis, og at dette er særlig viktig i forbindelse med så inngripende problematikk som ved bruk av tvang. Det bør også alltid etterstrebtes å ta inn kunnskap fra flere typer forskningsdesign i vurderinger – også kvalitative studier. For eksempel finnes det store og solide oppsummerende kvalitative studier av hvordan individuell kost-nytte vurderes av pasienter som har blitt behandlet med antipsykotika. Slike studier bør kunne ligge til grunn for å foreta en godt vektet vurdering av antatt samtykke i forhold til dette (15).

En bred innfallsvinkel i kunnskapsgrunnlaget er helt nødvendig. Det er særlige utfordringer i tolkningen av forskning på denne populasjonen. Dette gjelder både ved design av forskningsstudier og hvordan effekt av en intervensjon er beregnet. For eksempel er det oppsummert at opptil 80 % av studier på schizofreni ekskluderer de med de verste sykdomsutslagene (16). Det er rimelig å anta at de med de verste sykdomsutslagene ofte er den samme gruppen som vurderes underlagt tvang.



Den vitenskapelige dokumentasjonen som inkluderes må tolkes og behandles med omhu etter anerkjente prosedyrer for å vurdere kvalitet og sikre riktige konklusjoner. Enkeltstudier bør ikke alene ligge til grunn for å vurdere om en intervensjon vil være virksom når den administreres under tvang.

### 3. Merknader til enkelte bestemmelser

**For særreglene i §6-10, §6-11 og §8-2 og §6-13 vil Psykologforeningen presisere at det må stilles samme krav til et mest mulig komplett kunnskapsgrunnlag for alle typer behandling, både medikamentell og ikke-medikamentell.**

#### 3.1. Merknad til forslag om §6-10 Behandling av psykiske lidelser med legemidler

**All behandling må være basert på et oppdatert og bredt kunnskapsgrunnlag. Dette må gjelde enten behandlingen skjer frivillig eller ved tvang.**

Prinsipielt bør dette gjelde ved førstegangs medisinerings av psykisk lidelse, som ved nye situasjoner der tvangsmedisinering blir aktuelt. Om pasienten har tidligere erfaring må det være denne, enten den er dokumentert via en forhåndserklæring eller evaluering, som tillegges mest vekt. Vi er generelt sett enige i merknadene til §6-10, 1-4/6-7, med de generelle forbeholdene om presis og god forskriftsfesting som nevnt under punkt 2.

**Merknader til 5:** Vi aksepterer premisset om at når førstegangs tvangsmedisinering blir vurdert må det nødvendigvis være basert på et generelt kunnskapsgrunnlag. Men vi forutsetter at kunnskapsgrunnlaget skal være basert på brukerkunnskap, klinisk ekspertise og vitenskapelig dokumentasjon, der *alle* delene tillegges relevant vekt. Videre må den vitenskapelige dokumentasjonen representere et bredt tilfang av metodikk og at vurderinger skal sammenstilles systematisk etter anerkjente kvalitetsvurderingskriterier.

Psykologforeningen vil understreke at det er flere betydelige svakheter ved å benytte et ensidig vitenskapelig kunnskapsgrunnlag, spesielt i forbindelse med medisinerings ved bruk av tvang. Først kan nevnes at det i realiteten ikke finnes effektstudier der deltagerne er tvangsmedisinerte. Placebokontroll ville være både uetisk og en selvmotsigelse for denne populasjonen. Videre viser forskningsoversikter at det ofte ekskluderes så mange fra denne typen studier at pasientene resultatene er basert på ofte ikke er reelt sammenlignbare med vanlige pasienter i gruppen medisinene markedsføres for (17).

Når effektstørrelsene er små og de som har deltatt i studien ikke er fullt sammenlignbare med den typiske individuelle pasienten blir det klart at bred kunnskap må legges til grunn. Det er også utfordrende å omsette forskningsresultater til en juridisk gyldig sannsynlighet, ettersom forskning alltid tar høyde for en rekke begrensninger som må tas med i betraktning.

Derfor er det særlig viktig at det utarbeides presise forskrifter, retningslinjer og annet retningsgivende informasjonsmaterieell fra myndighetene for hvordan kunnskapsgrunnlaget for førstegangs tvangsmedisinering skal vurderes.

### 3.2. Merknad til forslag om §6-14 Retten til å reservere seg mot behandling av psykiske lidelser med antipsykotiske legemidler

#### **Psykologforeningen støtter Østenstadutvalgets forslag om rett til å reservere seg mot behandling av psykiske lidelser med antipsykotika.**

Psykologforeningen vedtok i 2018 å jobbe for at juridisk bindende forhåndserklæringer (JBF) skal lovfestes i psykisk helsevernlov og at implementeringen må skje på en forsvarlig og god måte. Vi oppfatter at lovbestemmelsen er noenlunde i tråd med vårt standpunkt med de unntak som er foreslått. Det er mulig unntakene er for omfattende, men i en fase med store endringer er det viktig å kunne ta små skritt og evaluere underveis.

Psykologforeningens menneskerettighetsutvalg (MRU) skriver imidlertid i vår interne høringsrunde at: *«Vi vil vektlegge at bruk av nevroleptika ikke under noen omstendigheter bør gis uten samtykke. Til det er den positive virkningen for lite sannsynliggjort, og de potensielle negative følgene for store».*

### 3.3. Merknad til forslag om §6-11 Behandling av psykiske helseproblemer med skjerming og §8-2 Særlig krav ved gjennomføringen av skjermingstiltak

#### **Psykologforeningen støtter Østenstadutvalgets forslag om at de alminnelige vilkår som gjelder for tvang i individuelle behandlings- og omsorgstiltak også skal gjelde for bruk av skjerming, samt at skjermingsrom skal være innredet som et vanlig beboelsesrom så langt dette er forsvarlig ut fra sikkerhet.**

Psykologforeningen er særlig opptatt av at behandlingstiltak med så stor inngripen som skjerming må være godt fundert i kunnskapsbaserte metoder. Det foreligger lite kunnskap om effekten av skjerming (18) Sivilombudsmannen pekte i sin temarapport om skjerming i psykisk helsevern fra 2018 (19), på flere problematiske sider ved norsk skjermingspraksis. Bruken av skjerming i psykisk helsevern økte markant gjennom hele 2000-tallet, og enkelte pasienter kan bli skjermet i månedsvis av gangen. Statistikk viser at det er store regionale forskjeller i bruk av skjerming i Norge, og flere av disse geografiske forskjellene har vedvart over tid. Særlig viktig var den uklare sammenblandingen mellom kontroll- og behandlingstiltak som skjerming har fått, samt at skjerming som metode har risiko for å utsette pasienter for umenneskelig og nedverdiggende behandling. Det nye forslaget vil sannsynligvis gi mer human gjennomføring, og innskjerpende bruk ved krav om begrunnelse og formål for hvorfor man tar i bruk skjerming.

### 3.4. Merknad til forslag om §6-13 Elektrokonvulsiv behandling (ECT) og §6-15 Rett til å reservere seg mot ECT

#### **Psykologforeningen støtter Østenstadutvalgets forslag om tydelig hjemmel for behandling med ECT og at ECT ikke kan gis hvis pasienten motsetter seg det. Psykologforeningen støtter også utvalgets forslag om en absolutt rett til å reservere seg mot behandling med ECT.**

Det er viktig at bestemmelsen setter klare grenser for når ECT kan benyttes for pasienter uten samtykkekompetanse, som ikke motsetter seg behandlingen. Dette må ses i sammenheng med den absolutte retten til å reservere seg mot ECT. Psykologforeningen har over tid vært bekymret for at man mange steder i dag har en systematisk bruk av ECT begrunnet i nødrett. Denne praksisen har slik

vi ser det vært i strid med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper og vil med dette forslaget måtte opphøre.

I forbindelse med unntak er det helt sentralt med et godt kunnskapsgrunnlag for at bruk av ECT gjenspeiler den gruppen pasienten tilhører. For at nødrett ikke skal brukes feil, eller at unntaksbestemmelsene skal kunne tolkes for vidt, er en presis forskriftsfesting og beskrivelse i nasjonal faglige retningslinje og annet retningsgivende informasjonsmaterieell fra myndighetene imperativt.

### 3.5. Merknad til forslag om §6-16 forbud mot bruk av mekaniske tvangsmidler (belter) i behandling (unntak tvangsernæring ved spiseforstyrrelser §6-12) og utfasing av bruk av mekaniske tvangsmidler ved nødssituasjoner §4-4.

**Østenstadutvalget foreslår å «avskaffe all bruk av mekaniske tvangsmidler i nødssituasjoner i løpet av en periode på tre år, eventuelt med unntak av i sikkerhetspsykiatrien». Psykologforeningen støtter forslaget.**

Vi vil gjøre Østenstadutvalget oppmerksom på at flere av våre medlemmer har pekt på utfordringer et slikt totalforbud vil kunne medføre. Et fremtidig forbud fordrer at man i løpet av treårsperioden har kommet svært langt med alle tiltak som direkte eller indirekte forebygger eller gir alternativer til tvang. Ikke minst bedre organisering av avdelingen og mer egnede bygningsmasser. Et forbud mot mekaniske tvangsmidler mener noen vil øke sannsynligheten for at pasienten i stedet blir møtt med fastholding og korttidsvirkende legemidler. Når Psykologforeningen likevel støtter lovforslaget er det for å understøtte at et forbud vil sikre at pasienter i stedet blir møtt med andre tiltak, samt for å bidra til å oppfylle menneskerettslige forpliktelser. Å bli beltelagt utgjør et stort inngrep i den personlige integritet, og som Østenstadutvalget skriver i kapittel 10.5.2.2.3, gir det risiko både for somatiske skader og for traumer og andre alvorlige psykiske belastninger. Det er derfor verdt å bemerke at internasjonal rettsutvikling går i retning av en mer kritisk holdning til bruk av tvangsmidler, særlig overfor mennesker med psykiske lidelser.

Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) har i flere saker fastslått at bruk av mekaniske tvangsmidler kan utgjøre en krenkelse av forbudet mot tortur og umenneskelig behandling, jfr. Den europeiske menneskerettighetskonvensjon (EMK) artikkel 3. Domstolen ser ut til å gå i retning av en strengere prøving i saker om bruk av mekaniske tvangsmidler<sup>1</sup>. Om det foreligger krenkelse av artikkel 3 beror på en helhetsvurdering, og domstolen krever at bruk av mekaniske tvangsmidler må være nødvendig og proporsjonalt for å hindre umiddelbar skade. I vurderingen legges det blant annet vekt på krav til dokumentasjon av begrunnelse, varighet og hvilke tiltak som ble utprøvd i forkant. Psykologforeningen er bekymret for om dagens bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern i flere tilfeller representerer krenkelser av EMKs artikkel 3, og dermed brudd på menneskerettighetene. Også på denne bakgrunnen støttes lovforslaget om forbud mot mekaniske tvangsmidler. Det foreligger per nå ingen kunnskap om at reduksjon av tvangsmidler øker fare for pasienter eller ansatte i psykisk helsevern. At man kan forvente økt vold mot medpasienter eller ansatte som følge av mindre tvangsbruk er et argument som tidvis blir framført, men som altså ikke er forskningsbasert. En metaanalyse fant at det mest effektive tiltaket mot vold i sykehusavdelinger var et godt og harmonisk arbeidsmiljø (20). Psykologforeningen mener videre at et forbud umiddelbart må iverksettes når det gjelder barn og unge mellom 16 og 18 år (21)

<sup>1</sup>Herczegfalvy mot Østerrike, søker 10533/83, dom av 24.09.1992 (Chamber), Henaf mot Frankrike, søker 65436, dom av 27.11.2003, Wiktoro mot Polen, søker 14612/02, dom av 31.03.2009, Julin mot Estland, søker 16563/08, dom av 29.05.2012, Bures mot Tsjekkia, søker 37679/08, dom av 18.10.2012, M.S. mot Kroatia (no. 2, søker 75450/12), dom av 19.05.2015.

### 3.6. Merknad til forslag om eget kapittel om nødsituasjoner

**Psykologforeningen støtter Østenstadutvalgets forslag om at det inntas egne bestemmelser om inngrep i nødssituasjoner slik det er foreslått i kapittel 4.**

Uttømmende regler om når og hvordan det kan gripes inn i nødssituasjoner vil styrke pasientens rettssikkerhet. Det er positivt at det fremgår eksplisitt at tillitsskapende tiltak og alternativ til tvang skal være prøvd (innenfor den tid som står til rådighet) før tiltak iverksettes, og at kapittelet uttømmende regulerer bruk av tiltak i nødssituasjoner.

Beslutninger om inngrep i nødssituasjoner skal sendes til fylkesmannen som skal motta, holde oversikt og gjennomgå beslutningene for å vurdere om riktig framgangsmåte er fulgt og om lovens vilkår er vurdert. Fylkesmannen kan omgjøre vedtak som finnes ugyldige ved gjennomgangen. Dette vil gi en oversikt over tvangsbruk i nødssituasjoner vi ikke har hatt tidligere, og gi muligheter for oppfølging og korrigerende praksis på en helt annen måte.

### 3.7. Merknad knyttet til tvang mot barn/unges

**Psykologforeningen støtter Østenstadutvalgets forslag til regulering av tvang overfor barn.**

Regler om hva barn selv kan bestemme avhenger av saksområde. I helse spørsmål kan barn samtykke til det meste fra de er 16 år, men barn skal høres og det skal tas hensyn til barnets mening i økende grad ut fra alder og modenhet også før det. Lovutkastet balanserer foreldreansvaret og barnets autonomi ved at barns motstand der tiltaket er særlig inngripende, skal behandles etter reglene om tvang. Dette vil medføre at det må fattes vedtak i langt flere saker som gjelder barn. Barns rettssikkerhet vil således styrkes, ved at inngripende tiltak må begrunnes og at det blir mulig å klage på vedtaket. Det vil også bedre oversikt over tvangsinngrep mot barn.

Vi er også positive til lovfesting av virksomhetens plikt til å tilby foreldreveiledning der det ikke er forsvarlig å gjennomføre helsehjelpen (§ 2-3). På denne måten kan foreldre støttes og hjelpes til å stå i krevende omsorgsroller. Psykologforeningen vil likevel løfte frem dilemmaet ved at barn som motsetter seg helsehjelp, vil oppleve at deres foreldre mottar opplysninger om deres helsetilstand og problemer. I situasjoner hvor barn unndrar seg helsehjelp, grunnet omstendigheter ved omsorgssituasjonen som vold, overgrep eller alvorlige krenkninger fra foreldrene vil dette ikke være i barnets interesse. I ytterste konsekvens kan det sette barnet i fare dersom foreldre får opplyst at barnet har fortalt helsepersonell om eksempelvis straffbare handlinger foreldrene har utført. Dette kan i tillegg ha en utilsiktet konsekvens på lengre sikt. Dersom det blir kjent for barn og ungdom at foreldre mottar veiledning og støtte og dermed tilgang på deres personlige fortellinger til helsepersonell, vil det kunne svekke tilliten til helsepersonell. I verste fall kan det føre til at barn og ungdom i mindre grad er villige til å fortelle helsepersonell om skadelige forhold i hjemmet.

Psykologforeningen vil understreke alvoret ved at det nå er tapt betydelig tid og at arbeidet med en barnevernshelsereform er på overtid. Allerede i 2016 pekte Barneombudet i rapporten «Grenseløs omsorg» på behovet for bedre arenaflexible løsninger (22). Sivilombudsmannen (19) har avdekket at det også overfor barn/unge som utsettes for tvang, ikke arbeides systematisk med forebygging, at rett til informasjon og klagemuligheter er vanskelig tilgjengelig, at det er mangelfull medvirkning og at de fysiske forholdene som skal sikre god behandling ikke holder god nok standard. Statens Helsetilsyn har nylig foretatt en gjennomgang av fire svært alvorlige tilsynssaker og slått fast at «*det i dag ikke finnes tiltak som har tilstrekkelig tilgjengelighet, kompetanse og nødvendige juridiske rammer til å gi disse barna forsvarlig og god omsorg. Det mangler et tverrfaglig sammensatt tiltak med felles ansvar som eksplisitt skal gi tjenester til denne gruppen barn*» (23).

Psykologforeningens fagutvalg for barn og unge minner om at om kompleksiteten i situasjonen og den helhetlige forståelsen i saker som omhandler tvang mot barn er særlig viktig å ta i betraktning. Barn har også i de fleste tilfeller best nytte av at tiltak skjer på de arenaene de tilbringer tiden sin, der livene leves. Det være seg i hjemmet, barnehage/skole eller i tilknytning til fritidsaktiviteter/interesser. Barnets beste forutsetter derfor at gode tiltak kan tilbys på barns arena, ut fra barns behov og uten hinder av de rettslige skranker som følger av at områdene reguleres av ulikt regelverk.

### 3.8. Merknader knyttet til tvang mot eldre

Psykologforeningens fagutvalg for eldre er positive til en samlet lovgivning. De skriver *«dagens lovverk oppfattes å være til dels uoversiktlig og kan bidra til å skape usikkerhet i en del situasjoner. For eksempel i møte med personer med flere diagnoser, slik som personer med utviklingshemning og demens samt komorbide psykiske og somatiske sykdommer»*. Videre uttrykker fagutvalget bekymring for at man i dagens praksis ikke følger lovverk og menneskerettslige krav. *«Dette er særlig relevant når det gjelder beboere på sykehjem, der vi vet at over 80 % av beboerne har en demenssykdom. Flere rapporter fra Helsetilsynet viser utstrakt bruk av tvang i strid med lovverket i norske sykehjem. Det er et stort behov for å styrke kompetansen om bruk av tvang blant helse- og omsorgspersonell, spesielt personell som arbeider på sykehjem»*.

### 3.9. Merknader knyttet til tvang mot rusavhengige

For pasienter med rusmiddelavhengighet legger utredningen og lovutkastet opp til at systemet for vedtak om rusbehandling på tvang skal formes etter modell fra psykisk helsevern.

Psykologforeningen støtter prinsipielt at vedtak om tvang skal forutsette høy spesialisert helsekompetanse og at det er riktig at også tvang i rusbehandling skal underligge samme inngangsvilkår, manglende beslutningskompetanse og sterkt behov. Psykologforeningen støtter også kravet om samarbeid mellom kommune/førstelinjetjenester og spesialisthelsetjenesten ved bruk av tvang i behandlingen av rusavhengige.

Psykologforeningens fagutvalg for rus- og avhengighetspsykologi bemerker generell støtte til at tvang skal begrenses gjennom at evidensbasert god og frivillig behandling *alltid* skal prøves. Spesielt pekes det på at gode arenaflexible tjenester vil understøtte at frivillig oppfølging og tilrettelegging løser utfordringer før de blir akutte og tvang må vurderes. Fagutvalget bemerker likevel at endringene i inntaksmodellen kan tenkes å øke forekomsten av tvang for denne gruppen og at svakhetene i dagens modell ikke nødvendigvis løses av forslaget.

I praksis er tvangsbruken i rusbehandling i dag lav i forhold til i psykisk helsevern. Østenstadutvalget bruker selv den lave forekomsten av tvang i rusbehandling som eksempel på at diagnosenøytralitet ikke nødvendigvis fører til en utglidning i bruk av tvang. At det i dag er lite tvangsbruk i forbindelse med rusbehandling betyr ikke nødvendigvis at det er en følge av dagens modell, men positive elementer i dagens modell bør sees på når forskrifter og retningslinjer utformes i en ny modell.

I likhet med Østenstadutvalget avventer Psykologforeningen den kommende utredningen av en ny rusreform. Enkelte tema som omhandler tvang i forbindelse med rusavhengige og den effekten det eventuelt vil ha på helsetjenestene vil bli behandlet der. Blant annet er det ventet at forholdet mellom kommune, politi og spesialisthelsetjeneste, i forbindelse med rusbrukere som tilbys helsehjelp der de i dag får en straffereaksjon, blir utredet.

### 3.10. Merknader endringer av kontrollorgan og sammensetningen av nemnda

**Psykologforeningen er positive til endringen som gjelder nytt kontrollorgan og klageordning. Psykologer vil ofte inneha fagkompetansen som utfyller kunnskapen til de faste medlemmene i tvangsbegrensningsnemndene.**

Med felles lov er det naturlig at man har foreslått felles tvangsbegrensningsnemnder med spesiell kompetanse på tvangsbruk og forebygging av tvang. Det er sentralt at både fylkesmennene og nemndene er bemannet med kvalifisert personell til å ivareta oppgavene. Vi ser det som spesielt viktig at muligheten for å benytte et fjerde medlem blir brukt for å sikre kunnskap om de forskjellige områdene tvangen utøves på. Spesielt er vi opptatt av at vilkårene tillitsskapende tiltak og alternativer til tvang prøves fullt ut. Dette vil variere mellom fagområder og pasientgrupper. For eksempel vil det overfor demente eldre og unge psykisk syke være forskjeller i hvordan tillitsskapende arbeid bør skje og hva som er gode alternativer til tvang. Hvis det skal bli en reell prøving av vilkårene må medlemmene i tvangsbegrensningsnemndene være faglig oppdaterte og ha en nærhet til tjenesteområdet for å fatte riktige avgjørelser. Dette synes spesielt viktig for at nemndene skal kunne pålegge tjenestene å iverksette tiltak hvor den finner at lovens krav ikke er oppfylt.

Dette kan psykologer bidra til å svare på. Vi mener derfor at psykologer ofte vil inneha fagkompetansen som utfyller kunnskapen til de faste medlemmene i tvangsbegrensningsnemndene.

Med vennlig hilsen  
Håkon Skard



President  
Norsk psykologforening

## Referanseliste

1. Helsedirektoratet. Tvangsmiddelbruk i psykisk helsevern for voksne: Helsedirektoratet; 2019. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne/tvangsmiddelbruk-i-psykisk-helsevern-for-voksne>
2. Sivilombudsmannen. Besøksrapport Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Sivilombudsmannen; 2016. <https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2016/08/UNN-bes%C3%B8ksrapport-2016.pdf>
3. Sivilombudsmannen. Sykehuset Østfold, psykiatrisk avdeling og voksenhabilitering, sikkerhetspsykiatriske seksjoner. Sivilombudsmannen; 2018. <https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2019/04/Sykehuset-%C3%98stfold-avd-sikkerhet-bes%C3%B8ksrapport.pdf>
4. Engerdahl IS, Moljewijk A, Pedersen R. Ethiske utfordringer ved bruk av tvang i psykisk helsevern. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. 2016;53(2):102-10.
5. High Intensiv Care Netherland 2019. <http://hic-psy.nl/>.
6. Norsk psykologforening. Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. Norsk Psykologforening; 2007. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
7. Hammer J, Heggdal D, Lillelien A, Lilleby P, Fosse R. Medisinfri etter basal eksponeringsterapi. Tidsskrift for den norske legeforening. 2018. doi: 10.4045/tidsskr.17.0811
8. Hammer J, Fosse R, Lyngstad Å, Møller P, Heggdal D. Effekten av komplementær ytre regulering (KYR) på tvangstiltak. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2016;53(7):518-529.
9. Dønnestad E. Traumebevisst omsorg i praksis 2015. <https://rvtssor.no/aktuelt/27/traumebevisst-omsorg-i-praksis/>
10. Fraas-Johansen A, Halvorsen P. Mobiliserer pasientressurser uten medisiner: Norsk Psykologforening; 2019. <https://www.psykologforeningen.no/politikk/tvang/tvangsaktuelt/mobiliserer-pasientressurser-uten-medisiner>
11. Kompetansebroen. Illness Management and Recovery (IMR): Kompetansebroen; 2017 <https://www.kompetansebroen.no/skaperne-illness-management-and-recovery-imr-norge/>
12. Halvorsen P, Fraas-Johansen A, Sømhovd MJ. Forebygger tvang med psykologer i front: Norsk psykologforening; 2019. <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/aktuelt/aktuelt/forebygger-tvang-med-psykologer-i-front>
13. Helsedirektoratet. ACT- og FACT-team: Helsedirektoratet; 2015. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>
14. Helse- og omsorgsdepartementet. Mestre hele livet - Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). Helse- og omsorgsdepartementet; 2017. [https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)
15. Bjornestad J, Lavik KO, Davidson L, Hjeltnes A, Moltu C, Veseth M. Antipsychotic treatment—a systematic literature review and meta-analysis of qualitative studies. Journal of Mental Health. 2019:1-11.
16. Humphreys K. A review of the impact of exclusion criteria on the generalizability of schizophrenia treatment research. Clinical schizophrenia & related psychoses. 2017;11(1):49-57.
17. Humphreys K, Williams LM. What can treatment research offer general practice? The Lancet Psychiatry. 2018;5(4):295-7.
18. Norvoll R, Ruud T, Hynnekleiv T. Skjerming i akuttpsykiatrien. Tidsskrift for Norsk Legeforening. 2015;135:35–39.
19. Sivilombudsmannen. Sivilombudsmannens temarapport (2018): Skjerming i psykisk helsevern - risiko for umenneskelig behandling. Sivilombudsmannen; 2018. [https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2018/12/Temarapport-2018\\_Skjerming-i-psykisk-helsevern.pdf](https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2018/12/Temarapport-2018_Skjerming-i-psykisk-helsevern.pdf)
20. Cornaggia CM, Beghii M, Pavone F, Barale F. Aggression in psychiatry wards: a systematic review. Psychiatry research. 2011;189(1):10-20.
21. Halvorsen P. Vil avvikle beltelegging av barn og unge. Tidsskrift for norsk psykologforening. 2019. <https://psykologtidsskriftet.no/2019/11/vil-avvikle-beltelegging-barn-og-unge>
22. Barneombudet. Barneombudets fagrappport 2015: Grenseløs omsorg. Barneombudet; 2015. <https://barneombudet.no/for-voksne/vare-publikasjoner/grenselos-omsorg/>
23. Statens Helsetilsyn. Omsorg og rammer - Når barn trenger mer. Statens helsetilsyn; 2019.

<https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2019/omsorg-og-rammer-naar-barn-trenger-mer/>