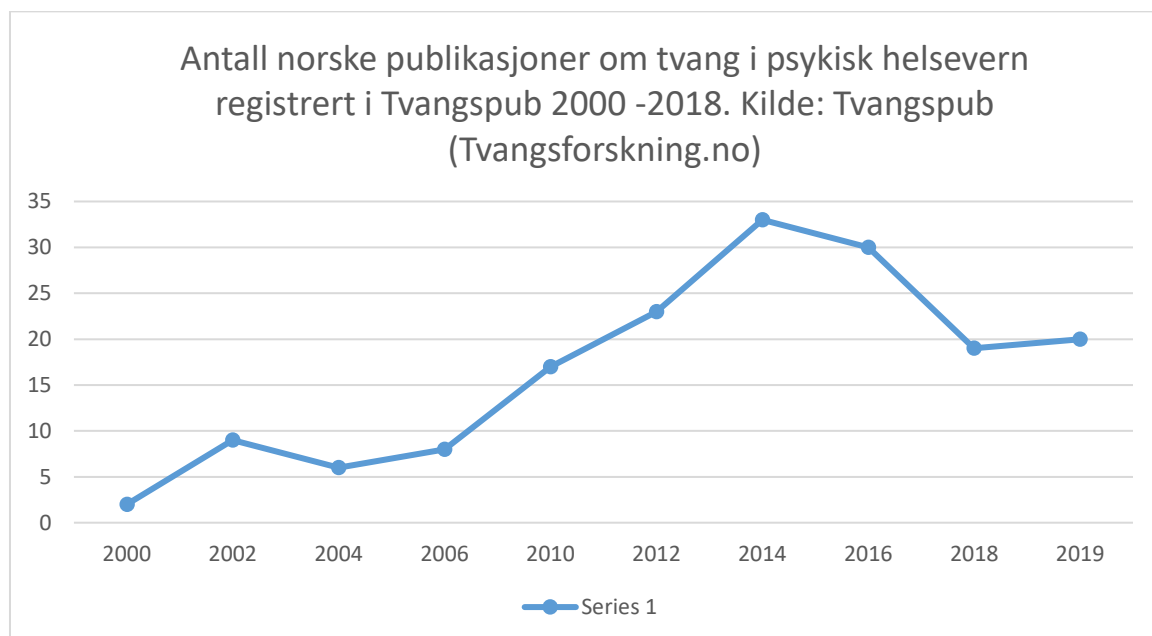


## Bruk av tvang i psykisk helsevern. Forskningsplan for perioden 2020-2025. Utarbeidet av Nasjonalt nettverk for forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet

### Innledning

Kurven under viser antall norske vitenskapelige publikasjoner om bruk av tvang i psykisk helsevern basert på norske data i perioden 2000-2019. Fra 2006 og fram til 2014 har det vært en jevn og markert økning i slike publikasjoner, fulgt av en mindre nedgang. I perioden 1985-2000 ble det registrert bare 11 slike publikasjoner, mot totalt 142 i ti-årsperioden 2010 t.o.m. 2019.



Det er nærliggende å se økningen i antall publikasjoner i perioden 2010-2014 i sammenheng med sentrale helsemyndigheters økte fokus på reduksjon av bruk av tvang i psykisk helsevern, noe som blant annet resulterte i to handlingsplaner for redusert bruk av tvang («Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykiske helsevern» Sosial- og helsedirektoratet 2006, og «Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015), Helse- og omsorgsdepartementet 2012) og opprettelse av nasjonalt nettverk for forskning om bruk av tvang i det psykiske helsevernet i 2006.

Nedgangen fra 2014 til 2018 kan skyldes naturlige svingninger knyttet til forskningsprosesser, men kan også reflektere at fokus på tvangsbruk i psykisk helsevern ikke har vært like sterkt i denne perioden.

Det overordnede bildet er en vesentlig økning i forskningsbasert kunnskap om bruk av tvang i det psykiske helsevernet de siste 10 til 15 år. Likevel er det fortsatt behov for flere og bedre studier om bruk av tvang i behandling og omsorg for personer med psykiske lidelser i Norge. Forslag til satsningsområder i den foreliggende forskningsplanen er utarbeidet ut fra hvilke områder det etter

Tvangsforsks vurdering er størst behov for økt forskningsinnsats om tvang i psykisk helsevern i dagens situasjon.

Siden Tvangsforsk publiserte forrige forskningsplan for perioden 2013-2019, har det skjedd vesentlige endringer i de rettslige rammene for psykisk helsevern. Endringen i psykisk helsevernloven som trådte i kraft i 2017 som innebærer at det nå bare er personer som mangler beslutningskompetanse som kan tvangsinnlegges eller tvangsbehandles (med unntak for personer som er vurdert til å være til fare for eget eller andres liv og helse).

Videre ble det lagt fram et omfattende forslag til ny felles tvangslovgivning innen helse- og sosialsektoren våren 2019 (Tvangsbegrensingsloven/Østenstadutvalget, NOU 2019: 14).

Mange av endringene som er foreslått er kritiserte for manglende kunnskapsgrunnlag. Det er på denne bakgrunn behov for forskningsprosjekt relatert til forslagene i Tvangsbegrensingsloven. Økt forskningsbasert kunnskap om samtykkekompetanse, beslutningsstøtte, forhåndsamtykke og effekter av alternativer til tvang er eksempler på aktuelle tema i denne sammenheng.

Samtidig er det ikke alltid slik at det bare er de områdene der det er få eller manglende studier som bør prioriteres. Også på områder der det er gjennomført mange studier mangler vi fremdeles god nok forskningsbasert kunnskap. Et eksempel på dette er intervensjonsstudier på bruk av tvangsmidler, der det er publisert flere tusen artikler internasjonalt. De aller fleste av disse studiene viser at nær sagt hvilken som helst intervensjon gir redusert bruk av tvangsmidler. Dette reiser spørsmål om det kan være noen felles underliggende faktorer som ligger til grunn, for de intervensjonene som har vist best effekt. Samtidig ser det ut til at reduksjonen i tvangsmiddelbruk som oftest ikke er varig. Dette viser at det på tross av det betydelige antall studier på dette feltet, fortsatt er behov for flere studier der målet er å finne ut hvilke forutsetninger og eventuelle universelle faktorer, som må være tilstede for å oppnå en varig reduksjon i tvangsmiddelbruk.

På et overordnet plan er fortsatt det viktigste spørsmålet *hvordan* og i *hvilken grad* tvang påvirker *forløp og prognose* for personer med alvorlige psykiske lidelser. Samtidig er dette et forskningsfelt med store metodologiske utfordringer, primært på bakgrunn av de utallige faktorene som kan tenkes å innvirke.

I den nye forskningsplanen vi har utarbeidet for perioden 2020-2026 har vi valgt å prioritere forskningsområder med klare problemstillinger, som det er realistisk å gjennomføre, som kan gi pålitelige svar innenfor en overskuelig tidsramme, og som samtidig er relevant i forhold til hvordan psykisk helsevern sannsynligvis vil utvikle seg i Norge i kommende år.

Nedenfor er det listet opp 12 forskningsområder. For hvert av disse områdene er det gitt en kortfattet begrunnelse for hvorfor dette er sentralt. Det er i kulepunkter gitt eksempler på problemstillinger.

For alle områdene kan det være betydelige *geografiske variasjoner* og forskning som tar sikte på å forstå og mulig forklare disse, vil kunne ha stor betydning.

## Prioriterte forskningsområder 2020-2025

### 1. Samtykkekompetanse

Intensjonen med å innføre et samtykkebasert vilkår er dels for å gjøre rettsstillingen til pasienter i psykisk helsevern mer lik situasjonen er for pasienter i somatikken, dels for økt samsvar med CRPD konvensjonen. Det er viktig å få kunnskap om hvordan og når vurderinger av samtykkekompetanse gjøres i praksis, samt hvilke konsekvenser vurderinger av samtykkekompetanse har.

#### Aktuelle problemstillinger:

- Pasienters innsikt, situasjonsforståelse, samtykkekompetanse og selvbestemmelse.
- Klinikeres vurdering av samtykkekompetanse: Metodikk og praksis. Ulikheter i vurderingene mellom de som motsetter seg inngrep og de som ikke gjør det
- Konsekvenser av å innføre samtykkekompetanse som vilkår for tvungent psykisk helsevern og tvangsbehandling
  - For pasientene
  - For pårørende
  - For lokalsamfunn
  - For ulike deler av tjenesteapparatet
- Samtykkevurderinger i barne- og ungdomspsykiatrien (12-16 år). Herunder særlig vurderinger av pasientenes innsikt og situasjonsforståelse
- Frivillighet og samtykkekompetanse (se punkt 6 under)

### 2. Tvangsbehandling med medikamenter

Det er relativt få norske studier om tvangsbehandling med medikamenter i henhold til § 4-4 i psykisk helsevernloven, og det er behov for økt forskningsaktivitet på dette feltet. Dette gjelder alt fra epidemiologiske studier, effektstudier, hvorledes tvangsbehandling gjennomføres, pasientenes opplevelser og effekter på både kort og lang sikt. Effekt av tvangsmedisinering knytter seg tett til debatten rundt effekten av medikamentell behandling generelt, med særlig fokus på nevroleptika. Samtidig har tvangsbehandlingsinngrep et stort potensial for alvorlige integritetskrenkninger og traumer.

#### Aktuelle problemstillinger:

- Omfang, varighet og utvikling; regionale og institusjonelle ulikheter
- Beslutningsprosess – inkludert pasientinvolvering

- Gjennomføring av tvangsbehandling med medikamenter
- Pasienters opplevelse av tvangsbehandling med medikamenter og syn på alternativer
- Følger av tvangsbehandling med medikamenter (Traumer, bivirkninger m.m.)
- Klager over tvangsbehandling og klagebehandling

### 3. Electro-Convulsive Treatment ECT (Elektrosjokkbehandling)

Bruk av ECT i behandling av psykiske lidelser har, og er fortsatt, kontroversiell. I et internasjonalt perspektiv brukes ECT i liten grad i Norge. I utgangspunktet kreves det et gyldig samtykke for å behandle pasienter med ECT. Unntaksvis kan ECT gis på grunnlag av nødrett der det er nødvendig for å hindre at pasienten dør eller får alvorlig helseskade. Det ble kun registrert 18 slike tilfeller i 2018. Det er likevel behov for bedre kunnskap om praksis der ECT anvendes uten samtykke på nødrettsgrunnlag i tillegg til studier om grunnlaget for bruk av ECT basert på samtykke.

#### Aktuelle problemstillinger:

- Praksis ved ECT uten samtykke. Deskriptive studier som beskriver beslutningsprosessen og behandlingen.
- Samtykke som grunnlag for ECT behandling. Hvordan dokumenteres samtykket.
- Kvalitet av samtykke-evne vurderingene ved ECT behandling

### 4. Skjerming

Skjerming har potensiale for å utgjøre et vesentlig tvangsmessig inngrep, både utfra varighet (inntil 14 dager pr vedtak, med mulighet for ubegrenset forlenging gjennom påfølgende nye vedtak) og sterke begrensning i kontakt med andre mennesker. Loven forbyr isolasjon, men pasienter kan likevel oppleve isolasjonsfølelse. Dersom skjerming gjøres som ledd i behandling av mani er det vanlig at inventar og personlige eiendeler fjernes fra rommet for å begrense sanseintrykk. Det samme kan være tilfellet dersom pasienten er utagerende og ødelegger inventar. Resultatet kan bli at en pasient må oppholde seg langvarig på et strippet rom, ofte kun sammen med ett personale. Det kan også være lite tilbud om aktiviteter eller turer ut, da det kan være vanskelig å få til samarbeid rundt dette. Akuttnettverket har gjort en kartlegging av hvilke elementer bør inngå i vurderinger av skjerming i deres arbeid med å utarbeide et [pålitelig måleverktøy for skjerming](#).

I utkastet til ny tvangsbegrensningslov foreslås det store endringer for skjerming. Bl.a. lovfestes det at skjermingsrom skal være innredet som vanlig pasientrom og det blir vesentlig høyere terskel for å benytte skjerming. Mulighet til å skjerme frivillig innlagte pasienter bortfaller, hvilket kan innebære at disse må konverteres til tvangsinnleggelse, eller skrives ut. Hvilke konsekvenser kan dette evt. få for akuttbehandling på sengeposter? Hvilke konsekvenser vil innskrenkede muligheter til skjerming evt. ha mht. uro på avdelingene? Dette er viktige spørsmål å undersøke, fortrinnsvis før en slik lovendring trer i kraft.

Aktuelle problemstillinger:

- Begrunnelse for vedtak (behandling eller av hensyn til medpasienter)
- Praktisk innhold i skjermingen og om dette forholder seg til hva vedtaket sier om innhold
- Forhold ved skjermingslokalene – bruk av isolasjonsrom, strippet rom osv. Er det mulig å opprettholde et normalt innredet skjermingsrom for de mest utagerende pasientene?
- Reell skjermingstid i forhold til formell varighet av vedtaket
- Hvordan pasienter som motsetter seg skjermingen håndteres (lovverket gir ikke tydelige virkemidler for f.eks. å bringe pasient tilbake til skjermingsrom med makt)
- Innvirkning på varighet av innleggelse?

### 5. Lovkrav og hjemler versus praksis

Psykisk helsevernloven inneholder bestemmelser som forutsetter at det skal gjøres forsøk på å etablere frivillig psykisk helsevern. Samtidig er alternative frivillige tiltak i liten grad konkretisert av hverken lovgiver eller sentrale helsemyndigheter. Det er derfor i stor grad opp til det kliniske felt å gi disse bestemmelsene innhold. Til nå finnes det ingen kunnskap om hvordan disse lovkravene vurderes eller etterleves i praksis.

Videre er det et stort antall personer som blir henvist til spesialisthelsetjenesten med anmodning om tvungent psykisk helsevern som ender med at vedtaksansvarlig ikke finner grunnlag for tvungent vern i løpet av de 24 timene vedtaksansvarlig har til rådighet for slik vurdering. Pasienten vil da fritt kunne forlate institusjonen, eller motta tilbud om frivillig psykisk helsevern. I 2018 var det registrert 4500 henvisninger der henviste personer ikke ble underlagt tvungent psykisk helsevern. Det finnes ingen kunnskap om bruk av tvang, varighet av frihetsberøvelse eller rettsikkerhetsgarantier i denne etableringsfasen av et eventuelt tvungent psykisk helsevern der pasienten de facto er frihetsberøvet.

Aktuelle problemstillinger:

- Hva vil det si at frivillighet er prøvd i praksis? Hva innebærer det at frivillighet åpenbart er formålsløst? Og i hvilken grad vurderes alternativer til tvang og i hvilken grad er alternativer forsøkt?
- Utøvelse av forvaltningskjønn. Hvordan vurderes belastningene ved etablering av tvungent psykisk helsevern og tvungen behandling?
- Hvordan praktiseres tvang ved legeundersøkelse utenfor institusjon, transport til institusjon og hvordan registreres tvang der vedtaksansvarlig konkluderer med at det ikke er grunnlag for tvungent vern eller tvungen observasjon? I hvilken grad, og på hvilken måte, medvirker politi eller annet helsepersonell i disse situasjonene?
- Hvordan avsluttes tvangsvedtak i psykisk helsevern?
- Hvordan praktiseres konvertering fra frivillig til tvungent psykisk helsevern?
- Klinikeres forståelse av nødrett som grunnlag for tvangsintervensjoner i psykisk helsevern?

## 6. Beslutningsstøtte

Beslutningsstøtte innebærer å legge forholdene til rette for at pasienter får anledning til å treffe beslutninger i tråd med deres ønsker og preferanser og har en sentral plass i CRPD konvensjonen. Tvangsbegrensningsutvalgets lovutkast inneholder en bestemmelse om at det skal prøves ut ulike former for beslutningsstøtte for pasienter som ønsker slik hjelp. Per i dag mangler det slike tiltak i klinisk praksis. Det er et klart behov for økt kunnskap om hvordan beslutningsstøtte kan bidra til økt pasient-autonomi, og utforske hvilke metoder som mest effektivt kan styrke pasienters beslutningsevne.

### Aktuelle problemstillinger:

- Hvordan og i hvilken grad legges det til rette for at pasienter preferanser og ønsker vektlegges ved beslutninger om bruk av tvang? (Naturalistisk, deskriptive studier)
- Intervensjoner for å få fram pasienters preferanser og ønsker som grunnlag for at pasienter kan treffe autonome beslutninger (Eksperimentelle studier)
- Styrking av pasienters autonomi og beslutningsevne. Shared decision making.

## 7. Skjult tvang/gråsonetvang

Skjult tvang, ofte omtalt som «gråsonetvang», er begreper som brukes om pasienter som formelt er underlagt frivillig psykisk helsevern, men som i realiteten blir utsatt for restriksjoner og behandling de ikke ønsker. Mange protesterer eller nekter likevel ikke. Det er også tenkelig at frivillige pasienter blir utsatt for restriksjoner på tross av at de nekter eller aktivt uttrykker motvilje, men det er grunn til å anta at skjult tvang i hovedsak dreier seg om pasienter som verken protesterer eller samtykker. Vi mangler kunnskap om hvor utbredt skjult tvang er i Norge, og hva skjult tvang kan innebære.

### Aktuelle problemstillinger:

- Deskriptive studier: Utbredelse og type av skjult tvang/gråsonetvang
- Vurdering av samtykke-evne hos pasienter som er formelt underlagt frivillig psykisk helsevern
- Vurderer klinikere samtykke-evne på samme måte for pasienter som aktivt motsetter seg eller uttrykker motvilje mot inngrep og pasienter som ikke motsetter seg eller protesterer mot inngrep?

## 8. Intervensjoner for å redusere bruk av tvang

Det er bred politisk og faglig enighet om å redusere bruk av tvang. På tross av dette har ikke tvangsbruken gått vesentlig ned de siste 10 årene. Det er publisert et stort antall intervensjonsstudier der ulike potensielt tvangsreducerende tiltak er vurdert. I hovedsak har disse studiene dokumentert en nedgang i tvangsbruk uansett type intervensjon. Dette gjelder særlig for bruk av tvangsmidler. Imidlertid ser det ut for at reduksjonen har hatt begrenset varighet. På tross av det store antallet av gjennomførte intervensjonsstudier der målsettingen er reduksjon av tvang, hersker det fortsatt usikkerhet om hva som er mest effektivt, og hvilke intervensjoner som har en

mer varig tvangsreducerende effekt. Videre er det behov for økt kunnskap om pasientenes syn på, og opplevelser av, ulike intervensjoner.

Aktuelle problemstillinger:

- Deskriptive studier av alle typer intervensjoner for å redusere tvangsmiddelbruk, tvangsmedisinering og tvungent psykisk helsevern.
- Implementeringsstrategier for intervensjoner for å redusere tvang
- Hvilke forutsetninger som må være tilstede for å oppnå en varig reduksjon av tvangsbruk?

9. Tvang og traumer (hvilke inngrep oppleves mest traumatiserende?)

Det mangler studier av god kvalitet om hvilke tvangsintervensjoner som oppleves som mest inngripende og hvilke trekk ved den aktuelle tvangsintervensjonen som begrunner opplevelsene. Det er store geografiske variasjoner i bruk av tvang og det kan også være store variasjoner innad i samme institusjon. Bedre kunnskap om tvangsinngrepens potensiale for krenkelser, skade eller overgrep, vil kunne bidra til en bedre og kunnskapsbasert praksis. Studier som ser på potensialet for skade på lang sikt av tvang, er praktisk talt fraværende.

Aktuelle problemstillinger:

- Pasienters opplevelse av tvang ved ulike tvangsintervensjoner (naturalistiske studier)
- Langtidseffekter av traumer knyttet til bruk av tvang (longitudinelle studier)
- I hvilken grad fanges krenkelser, traumer og skader opp, hvem fanger dem opp og hvordan blir krenkelser, traumer og skader fulgt opp?
- Er traumer og skader i forbindelse med tvang i psykisk helsevern bragt inn for pasientskadenemnda, og hvordan har eventuelt nemda vurdert slike skader?

10. Psykiske helsetjenester i kommunen og tvang

Kommunen er sentral i initiering av all bruk av tvang i det psykiske helsevernet gjennom sin rolle som henvisende instans til tvungent vern, fra fastleger og kommunale legevakter. De kommunale tjenestene har ofte også en viktig rolle i gjennomføringen av tvungent psykisk helsevern uten døgn. Det mangler kunnskap om forekomst av tvang i kommunale vernede omsorgsboliger for personer med psykiske lidelser, kommunale rusinstitusjoner og i kommunale pleiehjem. Det er gjort få studier på hvordan de ulike kommunale instansene (i særdeleshet de psykiske helsetjenestene og fastlegene) fungerer. Med kommunenes økende engasjement i tjenestetilbudet til personer med alvorlige psykiske lidelser over flere tiår, har også problemstillinger knyttet til bruk av tvang i kommunale tjenester økt. Samtidig er Lovgrunnlaget for tvangsbruk utenfor spesialisthelsetjenesten mangelfullt. Vi mangler studier på hvordan kommunene praktiserer sitt arbeid på området og hvilke utfordringer de møter. Østenstadutvalgets innstilling kan i fremtiden medføre økt bruk av tvang i kommunal regi, da mange av lovhjemlene er såkalt «arenanøytrale».



Aktuelle problemstillinger:

- Kommunens ulike instanser håndtering av og vurdering av nåværende tvangsinvolvering (henvisning og tvungent vern uten døgn)
- Kommunale utfordringer med manglende tvangsadgang og konsekvenser av oppgaveforskyvning fra spesialisthelsetjeneste til kommunalt nivå
- Forekomst av uhjemlet tvang i kommunale helse- og sosialtjenester
- Kommunenes muligheter til å forebygge tvang

### 11. Evalueringssamtaler etter bruk av tvang

Det er fra 2017 stilt krav til ettersamtaler i psykisk helsevernloven. Dette kravet er foreslått videreført i utkastet til Tvangsbegrensningsloven. Det er så langt vi vet bare én norsk studie om evalueringssamtaler. Det er behov for mer kunnskap om hvordan, og i hvilken grad, slike samtaler gjennomføres, hvordan de oppleves av de involverte, og om effekt av slike samtaler.

Aktuelle problemstillinger:

- Hvordan gjennomføres både lovpålagte, og ikke lovpålagte evalueringssamtaler i forbindelse med bruk av tvang, med vekt på pasienters og klinikers erfaringer?
- Pasienters opplevelse og vurderinger av ettersamtaler
- Utbytte og effekt av evalueringssamtaler

### 12. Hvordan fungerer rettssikkerhetsgarantiene?

Det har vært få forskningsprosjekt som har studert hvordan rettssikkerhetsordningene knyttet til bruk av tvang i psykisk helsevern fungerer. Vi vet lite om i hvilken grad pasienter blir informert om rettssikkerhetsordninger (klageordninger, juridisk hjelp mm) og hvilke kunnskaper pasienter har om slike ordninger. Likeledes er det behov for kunnskap om rettslig overprøving av kontrollkommisjonsvedtak, samt i hvilken grad eksisterende norske rettssikkerhetsgarantier er i tråd med våre menneskerettslige forpliktelser.

Aktuelle problemstillinger:

- Kontrollkommisjonenes saksbehandling
- Ankesaker for tingretten. Hva anfører partene og hva vektlegges i rettsavgjørelsen? Maktbalanse i rettsprosessen. Sakkyndiges vurderinger og vekt for domsslutningene.
- Informasjon om pasientrettigheter og pasienters kunnskap om eksisterende rettssikkerhetsmekanismer
- Rettssikkerhetsordninger i norsk psykisk helsevern i lys av internasjonal rett og menneskerettslige forpliktelser



## Veien videre

Vi håper forskningsplanen vil være nyttig for enkeltpersoner eller forskningsmiljøer som planlegger eller vurderer små eller større prosjekter om bruk av tvang i det psykiske helsevernet.

Veien fra en god prosjektide til et gjennomført prosjekt kan by på mange utfordringer. Dette kan blant annet gjelde forskningsdesign, nettverksbygging, nødvendige godkjenninger og finansiering.

Før man velger et tema for prosjekter som har fokus på bruk av tvang i psykisk helsevern, er det hensiktsmessig å skaffe seg oversikt over tidligere og pågående prosjekter på det aktuelle området.

På Tvangsforskningsnettverkets hjemmeside (Tvangsforskning.no) kan man finne en oversikt over publikasjoner som omhandler bruk av tvang basert på data fra Norge, samt en oversikt over pågående norske studier innen tvangsfeltet.

På vår hjemmeside finner man også en oversikt over mulige finansieringsordninger og søknadsprosedyrer for nye studier, samt informasjon om aktuelle kurs, seminarer og konferanser innen tvangsfeltet vi antar vil være av interesse for både nye og mer erfarne forskere.