

Menneskerettigheter i psykisk helsevern

Menneskerettighetene angår helsepersonell i psykisk helsevern. Derfor trenger vi opplæring i menneskerettigheter. Selv om forståelse og tolkning av menneskerettighetene i utgangspunktet er et juridisk anliggende, mener vi at også andre kunnskapsfelt kan kaste lys over feltet.

TEKST

Tonje Lossius Husum

Haldis Hjort

PUBLISERT 5. desember 2009

ABSTRACT:

Human rights perspectives related to treatment in mental health institutions

The human rights perspective in mental health care is of relatively new interest in Norway as in the rest of Europe. The heightened focus on user perspectives and empowerment has influenced on this development. The aim of this inquiry is to discuss human rights perspectives and to argument that it is a crucial issue in mental health care institutions. Four articles in the European Convention of Human Rights of special relevancy are discussed. The authors argue for a more restrictive use of coercion and for considering human rights in the treatment of people with mental difficulties. To safeguard the human rights of patients, the professionals in mental health care services need education about human rights.

Keywords: Human Rights, Mental Health, Coercion

Bruk av tvang og restriksjoner overfor personer med psykiske vansker øker faren for krenkelser, og kan være brudd på menneskerettigheter (MR). Internasjonalt og nasjonalt øker oppmerksomheten på MR, demokratisering av psykiske helsetjenester, pasientrettigheter, brukermedvirkning og «empowerment» (Breeding, 2006; Dyer, 2003; Prior, 2001; Richardson, 2008; Syse, 2006). Vi vil konsentrere oss om institusjonsbehandling der risikoen for MR-krenkelser muligens er størst. Psykologer forvalter definisjonsrett til mange av de begrepene som er relevante i menneskerettighets-perspektiv, begreper som sinnslidelse, selvinnsikt, farlighet, nødvendighet og diag-noser. Siden 2001 har psykologer i tillegg kunnet stå ansvarlig for å fatte vedtak om bruk av tvang innenfor psykisk helsevern, noe som gir nye etiske utfordringer for profesjonen. Forståelse og tolkning av menneskerettighetene er i utgangspunktet et juridisk anliggende, men vi mener at også andre kunnskapsfelt og profesjoner kan kaste lys over MR.

Vi vil se på dagens situasjon og ikke psykiatriens historie. Slik ønsker vi å lage sterkere forbindelse mellom MR og dagens praksis. Innledningsvis beskriver vi allmenne sider ved MR-konvensjonene som er av særlig betydning for psykisk helsevern, før vi ser på

kliniske kontra juridiske perspektiver på MR. Vi beskriver videre fire artikler i Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) som er viktige for å vurdere risiko for MR-brudd i institusjonsbehandling, og drøfter om det er rom for reduksjon av tvangsbruk. Avslutningsvis ser vi på hvordan MR kan styrkes i psykisk helsevern.

Konvensjoner av særlig betydning

Norge har ratifisert både FNs to hovedkonvensjoner om menneskerettigheter av 1966 og Europarådets menneskerettskonvensjon av 1950 (EMK). Disse konvensjonene er nedfelt i menneskerettsloven av 1999, som står over den norske Grunnloven. Det mest grunnleggende i konvensjonene er prinsippet om menneskers absolutte og universelle *ukrenkelighet*. Alle mennesker har rett til beskyttelse mot overgrep, ydmykelses og uverdige behandling, og rett til likeverdighet, trygghet, respekt for privatliv og ytringsfrihet. Disse forpliktelsene sikres ved at de MR-konvensjonene Norge har ratifisert, harmonerer med norske lover, klageadgang og rettsapparat. Gjennomgang av MR-dokumenter som er aktuelle innenfor psykisk helsefeltet, finner vi hos Parker (2007) og Thune (2008), og i forarbeidene til lov av 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) ble betydningen av å beskytte menneskerettighetene til personer med psykiske vansker understreket (odelstingsproposisjon nr. 11, 1998–1999).

Det juridiske og det kliniske perspektivet

Juridisk sett er ikke alle typer krenkelser brudd på menneskerettigheter. Hvis helsepersonell skader eller krenker en pasient psykisk, fysisk eller seksuelt, er det overgrep og lovstridig, men ikke nødvendigvis et MR-brudd. Det er staten som har forpliktet seg til å ivareta borgernes menneskerettigheter, og det er når staten ikke ivaretar disse forpliktelsene at det er snakk om et menneskerettsbrudd. Videre kan veien være lang fra jussen til individets opplevde, subjektive følelse av krenkelse. Men pasienters, pårørendes og fagfolks fortellinger om ydmykelse og negative opplevelser i møte med psykisk helsevern har i de senere år blitt mange (Blesvik et al., 2006; Thune, 2008; Vaaland, 2007). Dommer hvor personer har fått medhold i at deres rettigheter har blitt krenket ved tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering bekrefter at det ikke bare handler om subjektivt opplevde krenkelser (Klassekampen, 2007; Larvik tingrett, 2004). Grunnen til denne utviklingen er nok ikke flere krenkelser enn før, men et sterkere fokus på det demokratiske underskuddet i feltet.

«Det hadde vært berikende for helsefagene hvis pasientenes meddelelser om å føle seg utsatt for uverdighet, ydmykelses eller respektløshet snarere ble tatt imot positivt som innspill til

metode- og fagutvikling enn som kritikk»

De fleste som arbeider i psykisk helsetjeneste, gjør sitt beste og er oppriktig opptatt av å hjelpe. Derfor er det kanskje heller systemene og arbeidsmodellene som fører til krenkelser. Likevel bør helsepersonell ta innover seg at handlinger gjort i den beste hensikt kan oppleves negativt av dem som blir utsatt for dem. Det hadde vært berikende for helsefagene hvis pasientenes meddelelser om å føle seg utsatt for uverdighet, ydmykelser eller respektløshet snarere ble tatt imot positivt som innspill til metode- og fagutvikling enn som kritikk (Hjort, P., 2007). En slik åpenhet er spesielt viktig i de delene av helsetjenesten som arbeider med ulike former for tvangsintervensjoner.

Menneskerettighetskonvensjonen og institusjonen

Det er spesielt fire artikler i Den europeiske menneskerettskonvensjonen som bør vurderes under behandling i institusjon:

- Artikkel 3: Forbud mot tortur og inhuman behandling
- Artikkel 5: Rett til personlig frihet
- Artikkel 8: Rett til respekt for privat- og familieliv, hjem og korrespondanse
- Artikkel 9: Rett til tanke-, samvittighets- og religionsfrihet

Vi vil i det følgende gi eksempler på hvordan disse artiklene kan være truet, og hvordan de utgjør en utfordring i psykisk helsevern.

Artikkel 3: Forbud mot tortur og inhuman behandling

Forbudet er absolutt, og EMK åpner ikke for unntak. Få mener nok at det forekommer tortur eller inhuman behandling i psykisk helsevern i Norge i dag, men ser man på psykiatriens historie, vil mange si seg enige: Lobotomi, sentrifugering, kalde bad, påførte insulinsjokk og malaria, fjerning av tenner og deler av munnhulen er bare noen eksempler (Blomberg, 2002; Hermundstad, 1999; Haave, 2008). Selv om forholdene i Norge i vår tid er bedre enn i mange andre land, har også vi et forbedringspotensial. Den europeiske torturkomité (CPT) har under besøk i Norge identifisert flere situasjoner i psykisk helsevern som truer pasienters menneskerettigheter og som beskrives i rapporter (CPT, 2005; Niveau, 2004). Det handler om utstrakt bruk av skjerming og isolasjon, langvarig bruk av belter og nedverdiggende polititransport med bruk av håndjern og fotbelter. ECT-behandling gitt med tvang er også et meget inngripende tiltak som kan anses som inhuman behandling (Blesvik et al., 2006; Helsetilsynet, 2001).

Skjerming og isolasjon

Skjerming og isolasjon er en utfordring i MR-sammenheng, og langvarig bruk av skjerming er blant annet det Norge har fått kritikk for av CPT (2005). For en beskrivelse

av metodene viser vi til lov om psykisk helsevern. Ettersom isolasjon svært sjelden brukes i Norge i dag, vektlegger vi bruken av skjerming (Pedersen, Hatling & Røhme, 2007). Skjermingsrom er ofte sparsomt møblert eller helt tømt for møbler, med nakne vegger. Målet med både skjerming og isolasjon er å roe personen, redusere stimuli-intensiteten og atskille den skjermede fra de andre pasientene på avdelingen. Ved isolasjon kan hensikten i tillegg være å hindre skade av andre eller personen selv. De få studiene av pasienters subjektive opplevelse av skjerming viser at noen opplever skjerming som positivt og beroligende, mens andre opplever ubehag. De føler seg innestengte, redde og ensomme (Holte, 2003; Norvoll, 2006). Skjerming er dessuten en av de faktorene som bidrar til pasientenes opplevelse av å ha blitt utsatt for tvang, hevder Føyn og Mathiesen (2002) og Sørgaard (2004). Ved isolering vekkes en rekke negative emosjoner, og det er hevdet at isolering kan virke psykisk nedbrytende og føre til blant annet depresjon, apati, angst og tankeforstyrrelse, samt sanseendringer (Dalgard, 1983).

Mekaniske tvangsmidler

Også bruk av mekaniske tvangsmidler som belteseng og transportbelter utgjør en fare for MR-brudd. Noen pasienter forteller at de får minner om tidligere overgrepserfaringer, altså en mulig retraumatisering (Wynn, 2004). Det finnes også studier som viser at bruk av belter kan gi opplevelse av avmakt, invadering, psykiske og fysiske skader, til og med dødsfall (Huckshorn, 2006; Laursen, Jensen, Bolwig & Olsen, 2005; Mohr, 2006; Mohr & Mohr, 2003). Det er paradoksalt at man i en dyp psykisk krise kan bli utsatt for handlinger som ellers hadde vært ansett som invaderende og ydmykende, og man kan spørre om menneskerettighetene derfor i tilstrekkelig grad beskytter mennesker som oppfattes som sinnslidende (Richardson, 2008).

Tvangsmedisinering

Også tvangsmedisinering problematiseres i artikkel 3. Å bli påtvunget medisiner med bivirkninger kan oppleves som overgrep. Og mens vi ved lidelser av somatisk art selv bestemmer hva som tilføres vår egen kropp, settes denne retten til side ved en psykisk krise. Begrunnelsen for at pasientens autonomi, integritet og menneskerettigheter blir tilsidesatt, er at vedkommende mangler «sykdomsinnsikt», et begrep som gjerne benyttes for å rettferdiggjøre tvang. Et motargument i denne debatten er at pasienter generelt har bedre innsikt og større evne til å delta aktivt i behandlingen enn det behandlere antar (Hamilton & Roper, 2006; Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007).

Å bli hentet av politi

En gjenganger blant de negative erfaringene med psykisk helsevern er henting av politi, kanskje med håndjern og transportbelter som en del av opplevelsen. Mennesker som har vært innlagt og deres pårørende, forteller om hvor skremmende og stigmatiserende det kan oppleves å bli hentet som om man var en kriminell, når man er i psykisk krise (Pedersen, 2006; Thune, 2008). Helse Bergen startet i 2005 et prosjekt med

«psykebilen», en egen transporttjeneste for pasienter i psykisk helsevern som henter pasienten på en diskret og human måte. I en bil som ikke kan skilles fra en ordinær ambulans, blir pasienten hentet av personer med psykiatrifaglig bakgrunn fremfor politi. Tiltaket har vært en suksess: Mens det i Oslo og Trondheim var et økende antall politiassisterte transporttjenester i 2005 og ett tusen personer med psykiske vansker i Norge havnet på glattcelle, var trenden i Bergen motsatt (Skårderud, 2007).

ECT-behandling med tvang

Det er ifølge lov om psykisk helsevern ikke anledning til å gi ECT-behandling (elektrokonvulsiv terapi) med tvang, nettopp på grunn av behandlingens inngripende karakter. Det er i tillegg en behandlingsmetode hvor man er i tvil om effekten og om omfanget av bivirkningene (Poverud, 2009; Read, Mosher & Bentall, 2004; Rose, Wykes, Bindeman & Fleischmann, 2005). Selv om behandlingen i utgangspunktet kun skal gis etter informert samtykke, forekommer det likevel at den utføres med tvang med begrunnelse i nødrett (Statens Helsetilsyn, 2001).

Artikkel 5: Rett til personlig frihet

Artikkel 5 i EMK gir alle mennesker rett til vern av sin personlige frihet, men dette er ingen absolutt rettighet på samme vis som i artikkel 3 om tortur og inhuman behandling, og EMK åpner for en del unntak. Lovlig frihetsberøvelse av personer med sinnslidelse (unsound mind) er et slikt unntak. «Sinnslidelse» er ingen klart definert og avgrenset kategori, men innebærer en stor grad av klinisk skjønn og er også historisk og kulturelt betinget (Blomberg, 2002; Aaslestad, 1997). Begrepet defineres oftest som en psykosediagnose, men også andre typer diagnoser inkluderes i denne kategorien, slik som alvorlige personlighetsforstyrrelser og medfødte utviklingsforstyrrelser som Asperger-syndrom og ADHD. Men diagnose er ikke nok. For å kunne innordnes tvungent psykisk helsevern må også ett av de to tilleggskriteriene være oppfylt i tillegg til hovedkriteriet om alvorlig sinnslidelse, de såkalte fare- og behandlingskriteriene. Å benytte tvang overfor en person av hensyn til vedkommendes egen og/eller andres sikkerhet er enklere å forsvare etisk enn bruk av behandlingskriteriet, som jo forutsetter at pasienten sannsynligvis vil profittere på behandlingen. Dette er et problematisk felt ettersom mange pasienter hevder at de ikke blir bedre, men snarere påføres nye krenkelser etter tvangsbehandling (Finnøy, 2000; Thune, 2008). Det finnes foreløpig ingen god forskning som viser at bruk av tvang ved innleggelse og i behandling har positiv behandlingmessig effekt (Wynn, 2006; Helsetilsynet, 2009; Høyer, 2008). Likevel var 68 prosent av tvangsinnleggelsene begrunnet kun med behandlingskriteriet i 2006 (Pedersen et al., 2007).

Arbeidet til pasient- og pårørendeforeninger innenfor psykisk helse for å fjerne muligheten til bruk av tvang i behandlingsoyemed resulterte i at Helse- og omsorgsdepartementet i 2008 nedsatte en arbeidsgruppe som har evaluert behandlingskriteriet som grunnlag for bruk av tvang. Arbeidsgruppens flertall anbefalte at det nedsettes et lovutvalg for å vurdere etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler og praksis, særlig sett i forhold til pasientrettighetsloven og

menneskerettighetsforpliktelser (Helsedirektoratet, 2009). Et viktig spørsmål blir da om det kan dokumenteres at tvangsbruk kan ha positiv effekt for pasienter på sikt, i motsetning til hvis det ikke hadde blitt brukt tvang. Erfaringer med alternativer til tvang og studier av forskjeller i mengde tvang mellom institusjoner blir også viktige momenter.

Artikkel 8: Rett til respekt for privat- og familieliv, hjem og korrespondanse

Artikkel 8 fastslår at alle mennesker har rett til respekt for sin fysiske og psykiske integritet. Men mange tiltak som iverksettes overfor pasienter i institusjon, kan problematiseres ut fra denne artikkelen, og sannsynligvis er dette den artikkelen som brytes oftest ved behandling i institusjon. Ifølge lov om psykisk helsevern (2001) kan en institusjon vedta husordensregler. Disse reglene må ha tydelig avgrensning, være rimelige og ikke stride mot andre lovverk – slik som menneskerettighetsloven. Det er tre kriterier for vurdering av om en restriksjon er akseptabel i forhold til artikkel 8 (Thune, 2008). Det må foreligge en lovhjemmel (legalitetsprinsippet), formålet med restriksjonen eller inngrepet må være akseptabelt, og restriksjonen må anses som et rimelig inngrep i et demokratisk samfunn (proporsjonalitetsprinsippet). Eksempler på restriksjoner som kan true personers MR, er langvarig eller grunnløs begrensning av kontakt med omverdenen og liten mulighet til å treffe barn og familie under innleggelse. Krav fra personalet om at pasienter skal dusje regelmessig, klippe håret og lignende er også problematisk. Oslo kommune ble i 2008 dømt for å ha krenket en person ved å dusje ham med tvang (Nettavisen, 2008). Disse eksemplene på restriksjoner er ikke nødvendigvis MR-brudd, men utgjør likevel risikoområder. Personalet i institusjonene bør derfor ha kunnskap om menneskerettigheter når de fastsetter husordensregler. Så lenge man ikke har god kunnskap om MR, kan man til tross for de beste intensjoner formulere ulovlige restriksjoner og begrensninger. Mennesker som sliter psykisk, er i en sårbar og utsatt livssituasjon, priggitt institusjonens personale og deres etiske standard. Ved mer kunnskap kan både MR-brudd og overgrep reduseres.

Artikkel 9: Rett til tanke-, samvittighets- og religionsfrihet

Artikkel 9 i EMK er kanskje den mest utfordrende når det gjelder å vurdere MR-brudd. Hvem skal definere hva som er «normale» religiøse forestillinger og hva som er religiøse «vrangforestillinger»? Hvor avvikende og annerledes er det akseptabelt at man lever, tenker og uttrykker seg? Må «stemmer» som en person hører, nødvendigvis behandles bort? Ifølge det internasjonale nettverket «Hearing Voices Network» har mange av dem som hører stemmer, aldri vært i kontakt med psykisk helsevern, men lever fint med sine stemmer (<http://www.hearingvoices.no/>). Tvangsmedisinering som påvirker tenkning og persepsjon, anses av noen som MR-brudd, spesielt hvis det har skjedd over lang tid med begrunnelse i behandlingskriteriet og pasienten ikke selv opplever bedring, men en rekke bivirkninger (Gosden, 1997). I dag er det nærmest opplest og vedtatt av det er helt nødvendig å bruke nevroleptika ved psykose. Men det finnes både terapeutiske metoder, modeller og kliniske eksempler på at det er mulig å komme ut av psykoser og å

mestre å leve med stemmer uten å bruke nevroleptika (Berge & Repål, 2008; Finnøy, 2002; Mosher & Hendrix, 2004; Seikkula, 2000). Det er etisk problematisk å argumentere for å bruke tvang i behandling så lenge det finnes alternativer.

Rom for reduksjon av tvang?

Bruk av tvang er en utfordring i et MR-perspektiv, og det er et uttalt helsepolitisk mål å redusere bruken (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Et gjentagende funn er at det er stor geografisk variasjon i frekvensen av alle typer tvang både nasjonalt (Helsetilsynet, 2006) og internasjonalt (Salize & Dressing, 2004). Hvilke tvangsmiddelmetoder som benyttes, varierer også mellom ulike land (Bowers et al., 2007). Storbritannia har for eksempel sluttet å bruke belteseng (Bowers, Alexander, Simpson, Ryan & Carr-Walker, 2004). Vi ser altså at mengde og type tvang påvirkes av lokal kultur. Begrepet kultur rommer i denne sammenhengen forskjeller i tradisjon, behandlingssideologi, holdninger, rutiner, kutyme og organiseringen av de psykiske helsetjenestene. En interessant problemstilling er hva som kjennetegner institusjoner og avdelinger som benytter lite tvang i behandling versus de som benytter mye. Her trengs det mye forskning! Trapper institusjoner som har høyt nivå av tvang opp konflikter, frustrasjon og aggressivitet? Fremmer noen fremgangsmåter kronifiserende forløp etter psykiske kriser? Og tilsvarende: Har institusjoner med lavt tvangsbruk høyere grad av brukermedvirkning, og skaper dermed et mer MR-vennlig behandlingstilbud?

Rapporten fra Helsetilsynet (2006) viste en tendens til at sosioøkonomisk sårbare samfunnsgrupper har størst risiko for å bli tvangsinnlagt. De som var tvangsinnlagt, var stort sett uføretrygdet, enslige og med lite utdanning etter grunnskolen. Mange var i tillegg bostedsløse. Hvor mange som blir tvangsinnlagt, og hvordan de generelt blir behandlet i et geografisk område, kan også ha sammenheng med lokale synspunkter på avvik, rusmisbruk og fattigdom. Å arbeide for et inkluderende samfunn, gode livsvilkår for alle, mot stigmatisering og diskriminering, vil sannsynligvis ha positiv effekt på hvor mye tvang som benyttes.

Riksrevisjonens rapport om tilbudet til voksne med psykiske lidelser (2008–2009) konkluderte med at helseforetakene praktiserte prioriteringsforskriften svært ulikt, og at det ikke var noen sammenheng mellom diagnose og prioritering av pasientene, eller mellom diagnose og frist for behandling. Dette bryter med intensjonen om å gi pasientene lik rett til helsehjelp, og antyder også at det er store geografiske forskjeller i praksis og kultur.

Muligheter for forbedring i psykisk helsevern

Vi mener på bakgrunn av det vi har beskrevet, at helsepersonell bør reflektere over og avvise «doktrinen» om tvang som nødvendig i behandlingen av pasienter med alvorlige psykiske lidelser, og at de heller bør se bruk av tvang som et mulig tegn på behandlingssvikt. Tvang bør kun brukes som aller siste løsning etter at alt annet er forsøkt, og for å verne om liv og sikkerhet. Når denne tenkningen utvikles, oppstår alternativer som handler om samarbeid, dialog og medvirkning. Det finnes

arbeidsmodeller som «recovery»-, nettverks-, dialog- og «empowerment»-orienterte fremgangsmåter som fører til mindre bruk av tvang (Borg & Topor, 2003; Bøe & Thomassen, 2007; Mosher & Hendrix, 2004; Seikkula & Arnkil, 2007).

Gjennombruddsprosjektene til Legeforeningen viste at man med relativt enkle midler reduserte bruk av ulike typer tvang med 30 til 50 prosent (Føyn & Mathisen, 2002).

Dette viser at reduksjon av tvang til dels handler om vilje og prioritering, og den store geografiske variasjonen i bruk av tvang tyder videre på at det mange steder i landet er rom for reduksjon.

«Det finnes ingen god forskning som viser at bruk av tvang ved innleggelse og i behandling har positiv behandlingmessig effekt. Likevel var 68 prosent av tvangsinnleggelsene begrunnet kun med behandlingskriteriet i 2006»

I de siste årene av Opptrappingsplanen har det vært påpekt fra flere hold at det er nødvendig å ikke bare fokusere på kvantitative sider ved tjenestene, men også på innhold og kvalitet. Oppmerksomhet på pasientrettigheter, brukermidvirkning og ikke minst menneskerettigheter tror vi er én vei til bedre kvalitet. Det er en utfordring for hjelpeapparatet at ikke alle som kanskje trenger hjelp, ønsker hjelp, eller de ønsker hjelp, men ikke den hjelpen de blir tilbudt. Det bør utvikles et frivillig og variert behandlingstilbud, og flere alternative måter å hjelpe mennesker på som blir oppfattet som hjelptrengende, men som ikke ønsker hjelp selv. Institusjonssteder med lavt tvangsnivå bør studeres og kan tilføre erfaring til steder med høyt nivå.

Ansatte i helsetjeneste må videre ta inn over seg pasientenes opplevelse av å ha blitt krenket, uten å gå i forsvar. Den enkelte helsearbeider kan i sitt møte med den enkelte pasient utføre handlinger som truer vedkommendes menneskerettigheter. Først når vi erkjenner det, kan vi forebygge og lindre skadene ved overgrep.

Tonje Lossius Husum

SINTEF

Postboks 124, Blindern

0314 Oslo

Tlf: 412 80 305

E-post tonje.l.husum@sintef.no.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 12, 2009, side 1169-1174

TEKST

Tonje Lossius Husum, Psykologspesialist, med doktorgrad om bruk av tvang i psykisk helsevern
Haldis Hjort, Privat praksis/SINTEF Helse, Oslo

+ Vis referanser

Referanser

- Berge, T. & Repål, A. (2008). Oslo: Gyldental Akademisk.
- Blesvik, S., Diseth, R., Husum, T. L., Kogstad, R., Orefellen, H. & Thune, G. (2006). Menneskerettigheter også for psykiatriske pasienter i Norge? Kronikk i , 1616-18.
- Blomberg, W. (2002). Oslo: Universitetsforlaget.
- Borg, M. & Topor, A. (2003). Oslo: Kommuneforlaget.
- Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C. & Carr-Walker, P. (2004). Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients. 435-442.
- Bowers, L., van der Werf, B., Vokkolainen, A., Muir-Cochrane, E., Allan, T. & Alexander, J. (2007). International variations in containment measures for disturbed psychiatric inpatients: A comparative questionnaire survey. 357-364.
- Breeding, J. (2006). Human Rights Progress in Psychiatry: More Apparent Than Real. Observations and Reflection on life in the Texas Mental Health Courts. , 241-254.
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2007). Oslo: Universitetsforlaget.
- CPT (2005). European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Preliminary observations made by the delegation of European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) which visited Norway from 3. to 10. oktober 2005. Strasbourg: Council of Europe. <http://www.cpt.coe.int/documents/nor/2005-20-inf-eng.pdf>
- Dalgard, O. S. (1983). Psykiske skadevirkninger av isolering , 17-20.
- Dyer, C. (2003). Unjustified seclusion of psychiatric patients is breach of human rights. , 327 (7408), 183. From BMJj.com, <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1126571>
- Finnøy, E. K. (2000). Oslo: Universitetsforlaget.
- Føyn, P. A. & Mathisen J. R. (2002). Den norske legeförening: Skriftserien for leger: utdanning og kvalitetssikring.
- Gosden, R. (1997). Shrinking the Freedom of Thought: How Involuntary Psychiatric Treatment Violates Basic Human Rights. , 1, February, 1997 from http://www.geocities.com/greenliberal/Richard_Gosden1997.html
- Hamilton, B. & Roper, C. (2006). Troubling 'insight': power and possibilities in mental health care. 416-422.
- Helsedirektoratet (juni 2009). Vurdering av behandlingsvilkåret i psykisk helsevernloven. Gjennomgang og forslag til nye tiltak i Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS-1370). Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet.

Helsetilsynet (2006).
(elektronisk utgave).

. Rapport nr. 4/2006. ISSN: 1503-4798

Hermundstad, G. (1999).

Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Hjort, H. (2007). Alle de timene vi ikke spurte. En godt voksen terapeuts refleksjon over menneskerettigheter og kunsten å «snakkekurere». I Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A-G. & Fjeldstad, T. (red.).
161-166 Oslo: Gyldendal Akademisk.

Hjort, P. F. (2007).
Gyldendal Akademisk.

Oslo:

Holte, J. S. (2000),
Elverum: Høgskolen i Hedmark.

. Notat nr. 2/2000.

Huckshorn, K. A. (2006). Re-Designing State Mental Health Policy to Prevent the Use of Seclusion and Restraint.
, 482-491.

Høyer, G. (2008). Involuntary hospitalization in contemporary mental health care. Some (still) unanswered questions.
281-292.

Haave, P. (2008).
. Oslo: Unipub.

Klassekampen (04.07.07). Sigra mot sjukehus. Innesperra i strid med menneskerettane, s. 1 og s. 5 (artikkel).

Larvik Tingrett (2004). Sak nr: 03-00 757 A.

Laursen, S. B., Jensen T. N., Bolwig, T. & Olsen, N. V. (2005). Deep venous thrombosis and pulmonary embolism following physical restraints.
, 324-327.

Sosial- og Helsedepartementet 2001: <http://www.lovddata.no>.

Mohr, W. A. (2006). Reflecting on tragedy: A commentary on deaths of children in restraints.
1329-1331.

Mohr, W. K., Petti, T. A. & Mohr, B. D. (2003). Adverse affects associated with the use of physical restraints.
, 330-337.

Mosher, L. R. & Hendrix V. (2004).
America: Xlibris Corporation.

United State of

Nettavisen:18.02.08: <http://pub.tv2.no/nettavisen/innenriks/article1610694.ece>

Niveau, G. (2004). Preventing human rights abuses in psychiatric establishments: the work of the CPT.
146-154.

Norvoll, R. (2007).

Doktoravhandling. Samfunnsvitenskapelig fakultet. Universitetet i Oslo.

Norvoll, R., Hatling, T. & Hem, K. G. (2008).

Rapport SINTEF A8450.

Odelstingsproposisjon nr. 11 (1998-99).
helsedepartementet.

. Sosial- og

Parker, C. (2007). Developing mental health policy: a human rights perspective. I Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E. & Thornicroft, G. (eds).
. Open University Press.

Pedersen, K. L. (2006).

FOU-rapport nr. 2/ 2006. Bergen: Diakonissehjemmets høgskole.

Pedersen, P., Hatling, T. & Røhme, K. (2007).

SINTEF

rapport nr. A686.

Poverud, K. (2009). Noen tanker om ECT overfor eldre.
181.

180-

Prior, M. (2001). Protective Europe: does it exist for people with mental disorders?
25-38.

Read J., Mosher L. & Bentall R. (eds.) (2004). London: Routledge.

Richardson, G. (2008). Coercion and human rights: A European perspective.
245-254.

Riksrevisjonens undersøkning.
Dokument nr. 3:5 (2008-2009).

Rose D.S., Wykes T.H., Bindeman J.P. & Fleischmann P.S. (2005). Information, consent and
perceived coercion: patients' perspective on electroconvulsive therapy
54-59.

Salize, H. J., & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people
across the European Union. , 163-168.

Seikkula, J. (2000). Oslo: Tano Aschehoug.

Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2007). . Oslo: Universitetsforlaget.

Skårderud, F. (2007). Psykebilen. 40

Sosial- og helsedirektoratet (2006).
. IS-1370.

Statens Helsetilsyn (2001). - INFO
2001, 12 (nr. 1), 3.

Syse, A. (2006). Det menneskerettslige vernet mot frihetsberøvelse og tvang i behandlingsøyemed
innenfor psykiatrien. 318-342.

Sørgaard, K. W. (2004). Patients' perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention
study. , 299-304.

Thune, H. G. (2008). Oslo: Abstrakt forlag AS.

Ulvestad, K. A., Henriksen, A. K., Tuseth, A.-G. & Fjeldstad, T. (red.) (2007).
Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vaaland, T. Ø. (2007).
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint.
, 124-144.

Wynn, R. (2006). Coercion in psychiatric care: clinical, legal and ethical controversies.
, , 247-251.

Aaslestad, P. (1997).
Oslo: Tano Aschehoug.