

# Reduksjon av tvangsinnleggelses fra legevakt

Gjennom fokuserte tiltak reduserte Psykiatrisk legevakt i Oslo andelen tvangsinnleggelses fra 80 til 42 prosent. Antallet innleggelses ble samtidig redusert med 43 prosent.

## TEKST

Ewa Ness

Ole Steen

Jon G. Reichelt

Fredrik A. Walby

PUBLISERT 1. august 2016

## ABSTRACT:

### **Reduced number of involuntary commitments from an emergency outpatient clinic**

For many years it has been a governmental goal to reduce involuntary psychiatric treatment in Norway, but with limited success. The Psychiatric Emergency Outpatient Clinic in Oslo implemented a series of measures during a ten-year period to reduce the occurrence of forced commitments. The result was a reduction from 80 percent to 42 percent during the period 2000–2013. The total number of hospital commitments was reduced over the same period by 43 percent. Our actions included a checklist, personal feedback, an audit of the journals, and abolishment of printed forms.

Keywords: compulsory referrals, involuntary admittance, reduction

## EMNER

tvangsinnleggelses

ufrivillig innleggelse

reduksjon

Psykisk helsevernloven (1999) hjemler muligheten til å legge inn personer uten eget samtykke til observasjon og behandling i psykisk helsevern. Hovedvilkåret er at pasienten må ha en alvorlig sinnslidelse. I tillegg må vedkommende enten være til fare for seg selv eller andre, forspille muligheten for vesentlig bedring, eller det må være fare for vesentlig forverring. Pasienter kan dessuten legges inn til tvungen observasjon i inntil ti dager dersom man mener det er overveiende sannsynlig at vilkårene for tvungent vern er til stede. Når pasienten blir mottatt på en akuttpsykiatrisk avdeling, skal det innen 24 timer gjøres en spesialistvurdering som avgjør om begjæringen om tvang skal tas til følge.

Psykisk helsevernloven har strenge rammer for når tvang kan brukes. Formålet er å sikre at etablering og gjennomføring av tvungent psykisk helsevern skjer på en

forsvarlig måte, og i samsvar med grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. I loven står det i § 2–1: «Psykisk helsevern ytes på bakgrunn av samtykke [...] med mindre annet følger av loven her.» Hovedregelen er altså at psykisk helsevern skal være frivillig. Dette er et lovområde som også er dekket av bestemmelsene i Menneskerettsloven, som i artikkel 5 anviser at «Enhver har rett til personlig frihet og sikkerhet. Ingen må bli berøvet sin frihet unntatt i følgende tilfelle [...]».

## **«Over tid oppstod en endret holdning hos legene, psykologene og spesialsykepleierne, og tiltakene har nå blitt selvfølgelige»**

Forsøk på å sammenlikne de nordiske landene tyder på at det er store forskjeller når det gjelder bruken av tvungent psykisk helsevern (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Island og Danmark ligger lavest, mens Norge og Finland ligger høyest. Det er forskjeller i lovverket, offentlig statistikk og utbyggingsgrad av helse- og sosialtjenestene i de enkelte landene. Alt dette gjør det vanskelig å sammenlikne forekomst av tvungent vern mellom landene. Sverige har nylig gjennomført et forbedringsarbeid, kalt «Bättre vård – mindre tvång». Målet var å høyne kompetansen og bedre datagrunnlaget, men det er ikke dokumentert at disse tiltakene har ført til redusert bruk av tvang (Socialstyrelsen, 2013). I Storbritannia finnes en bekymring for et økende antall tvangsinnleggelses. Bruk av kriseplaner og «Community Treatment orders», som kan sammenliknes med tvungent psykisk helsevern uten døgnbehandling, har ikke ført til reduksjon i antall tvangsinnleggelses (Johnsen, 2013).

Ifølge planen «Bedre kvalitet – økt frivillighet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) blir Norge kritisert av ulike menneskerettighetsorganer i FN og Europarådet for å ha en liberal tvangspraksis. Også politikere, fagmiljøer og brukerorganisasjoner er bekymret for at bruken av tvang innenfor psykisk helsevern i Norge er for høy. Myndighetene har utgitt to handlingsplaner for å redusere bruken av tvang de siste ti årene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Innsamlede data viser at dette ikke har ført til redusert bruk av tvang på et nasjonalt nivå (Helsedirektoratet, 2010, 2011).

Psykiatrisk legevakt i Oslo er en del av spesialisthelsetjenesten for byens befolkning. Tjenesten drives av Oslo universitetssykehus og er lokalisert sammen med det kommunale legevakttilbudet. Oslo legevakt betjener en befolkning på ca. 650 000 innbyggere og tilreisende. I tillegg bruker mange pasienter fra kommunene rundt Oslo Psykiatrisk legevakt, uten at det foreligger tall som dokumenterer omfanget. Tjenesten er åpen på kveldstid (16–22) og i helger (12–22), og er bemannet med leger, psykologer og sykepleiere. De fleste er spesialister innenfor de respektive yrkeskategoriene. Publikum kan henvende seg uten henvisning eller timeavtale. Noen bringes også til Psykiatrisk legevakt av politi, akutteam på DPS, politiarresten, fengsel, asylmottak eller

av pårørende. Mange henvises også fra andre avdelinger ved legevakten. Hovedoppgavene er å tilby en rask diagnostisk vurdering og en avgrenset intervensjon basert på pasientens akutte behov, for deretter å henvide tilbake til ordinær behandling på dagtid (Oslo universitetssykehus, 2016).

Frem til år 2000 ble ca. 80 prosent av alle som ble innlagt fra Psykiatrisk legevakt, lagt inn på tvang. Rundt 2000 gjennomførte Legeforeningen et nasjonalt kvalitetsforbedringsprosjekt med tema reduksjon av tvang ved psykiatriske avdelinger. Det fins dessverre ikke publiserte resultater for dette prosjektet, men det er omtalt på [www.Legeforeningen.no](http://www.Legeforeningen.no) (Legeforeningen, 2011). Dette prosjektet førte til en bevisstgjøring og refleksjon over den høye andelen tvangsinnleggelse fra Psykiatrisk legevakt, og ledelsen besluttet å forsøke å redusere dette. En undersøkelse utført ved Psykiatrisk legevakt i 1998 viste at det ikke ble opplevd som vanskelig å få lagt inn pasienter i akuttpsykiatrien i Oslo (Ness & Hytten, 2000).

Hensikten med denne artikkelen er 1) å beskrive de ulike tiltakene vi iverksatte ved Psykiatrisk legevakt i tidsrommet 2001 til 2013 for å redusere antall tvangsinnleggelse, og 2) å beskrive utviklingen i antallet innleggelse fra Psykiatrisk legevakt til sykehus i samme periode. Vi ikke er kjent med andre undersøkelser som har vist reduksjon i tvangsinnleggelse.

## **Metode**

I 2001 satte ledelsen opp et mål om å redusere andelen av tvangsinnleggelse fra 80 prosent til 50 prosent. Prosjektet ble etablert etter «gjennombruddsmodellen», som ble brukt i det nasjonale forbedringsprosjektet, og som var utviklet av Institute for Healthcare Improvement i USA og oversatt til norsk av Legeforeningen (Legeforeningen, 2011). Tiltakene ble rettet mot alle ansatte, men fordi det bare er leger som i henhold til lov om psykisk helsevern kan legge inn på tvang, var det et spesielt fokus på denne yrkesgruppen. Det ble oppfordret til å unngå bruk av tvang i de tilfellene der pasienten selv ønsket innleggelse. Dette ble formidlet muntlig og skriftlig. Spesielt ble det oppfordret til å forsøke å unngå tvangsinnleggelse av pasienter med personlighetsforstyrrelser, eller med primær indikasjon selvmordsproblematikk eller akutt alkoholrus. Sekretæren registrerte alle innleggelsene ved å gjennomgå alle journalene daglig i journalsystemet Profdoc. Hun var informert om forbedringsprosjektet på samme måte som de ansatte.

**«Frem til år 2000 ble cirka 80 prosent av alle som ble innlagt fra Psykiatrisk legevakt, lagt inn på tvang»**

Fra 2006 utviklet man bruken av sjekklister der man kunne krysse av for om kriteriene for tvang var til stede, som del av formalia for tvangsinnleggelse. Dette medførte at legen i innleggesskrivet måtte argumentere for tvangsinnleggelse for hvert enkelt av

lovens kriterier, noe vi antok krevde mer aktiv stillingtagen til problemstillingen enn å krysse av på et skjema.

Fra 2007 fikk alle leger og psykologer personlig tilbakemelding om antall innleggelser og andelen tvangsinnleggelser hvert halvår. Alle ble oppfordret til å drøfte indikasjonen for innleggelse med en kollega for å bedre beslutningsgrunnlaget for innleggelse. Dette gjaldt både frivillige innleggelser og tvangsinnleggelser.

Vi laget en sjekkliste for innleggelser som beslutningsstøtte, som hver enkelt skulle gå igjennom før en innleggelse (tabell 1). Innleggende lege ved Psykiatrisk legevakt fikk også kopi av epikrisen når tvang ikke ble etablert ved sykehuset etter spesialistvedtaket. I en periode ble det også gitt tilbakemelding om ettdøgnsinnleggelser for å bevisstgjøre den enkelte lege og psykolog om sykehusets vurdering av deres innleggelser.

### Tabell 1 Sjekkliste

Alle innleggelser skal drøftes med en annen spesialist eller i et team for å kvalitetssikre avgjørelsen.

Før en innleggelse gjennomgås denne sjekklisten:

ü Har pasienten en psykisk lidelse som forårsaker hans problemer?

ü Har pasienten et alkoholproblem som kunne vært behandlet på avrusning eller ved henvisning til A-klinikk?

ü Er pasienten somatisk syk?

ü Kan pasienten samarbeide om behandlingen?

ü Er det ikke mulig å behandle pasienten poliklinisk?

ü Har frivillig behandling vært forsøkt, eller er det åpenbart formålsløst?

ü Mangler pasienten nettverk, eller er disse ikke i stand til å ta ansvar for pasienten?

ü Er pasienten til fare for seg selv eller andre?

Fra 2009 gjennomførte vi en journalrevisjon, der alle innleggelser ble evaluert av tre erfarne spesialister som arbeidet ved tre av Oslos akuttpsykiatriske avdelinger. Tre journaler fra hver medarbeider ble evaluert anonymt med hensyn til om innleggelse var indisert, om argumentasjonen for dette var god nok, om tvangsinnleggelse eventuelt var nødvendig, og om formalia for dette var i orden. Deretter ble alle innleggelsesnotater ved tvangsinnleggelser i ett år evaluert på samme måte av en psykiater, som ga personlig tilbakemelding til den som la inn pasienten.

### Funn

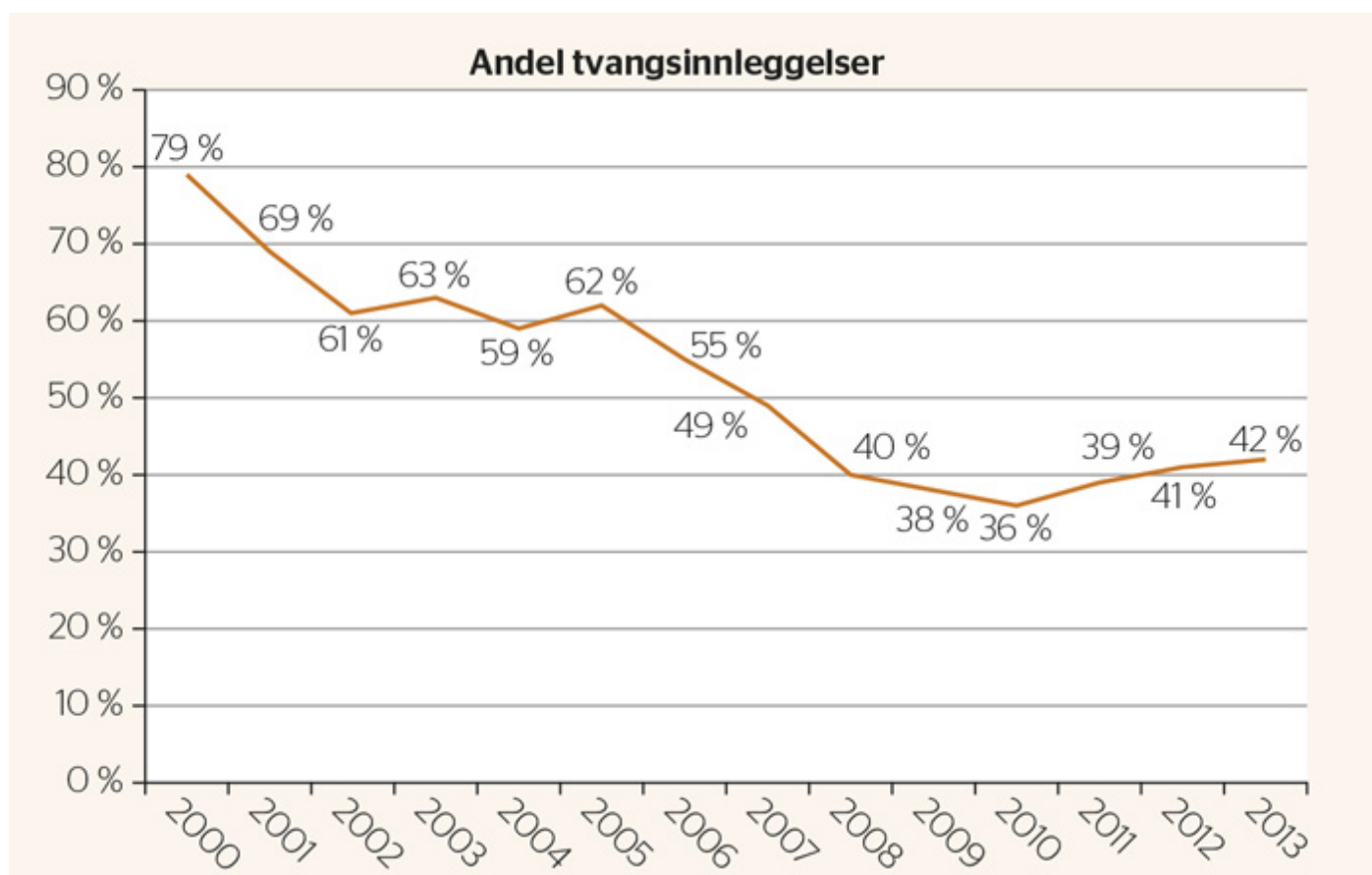
Tabell 2 gir en oversikt over utviklingen i antall konsultasjoner og innleggelser totalt, samt innleggelser til tvang. Fordi formålet med artikkelen er å studere reduksjonen i bruk av tvangsinnleggelser totalt, har vi ikke skilt mellom innleggelser til tvungent vern og til tvungen observasjon. Antall konsultasjoner har hatt en fallende tendens fra i overkant av 3500 per år i begynnelsen av perioden til om lag 2400 i 2013. Antall innleggelser har variert betydelig i samme periode. Fra 2000 ser vi en økning fra 15 prosent innleggelser av alle konsultasjoner frem til en topp i 2005 med 35 prosent innleggelser av alle konsultasjoner. Deretter har andelen innleggelser igjen falt tilbake mot utgangspunktet. I perioden 2005 til 2013 ble antallet innleggelser totalt redusert med 70 prosent.

**Tabell 2 Oversikt over antall konsultasjoner, antall innleggelser og antall tvangsinnleggelser i årene 2000–2013**

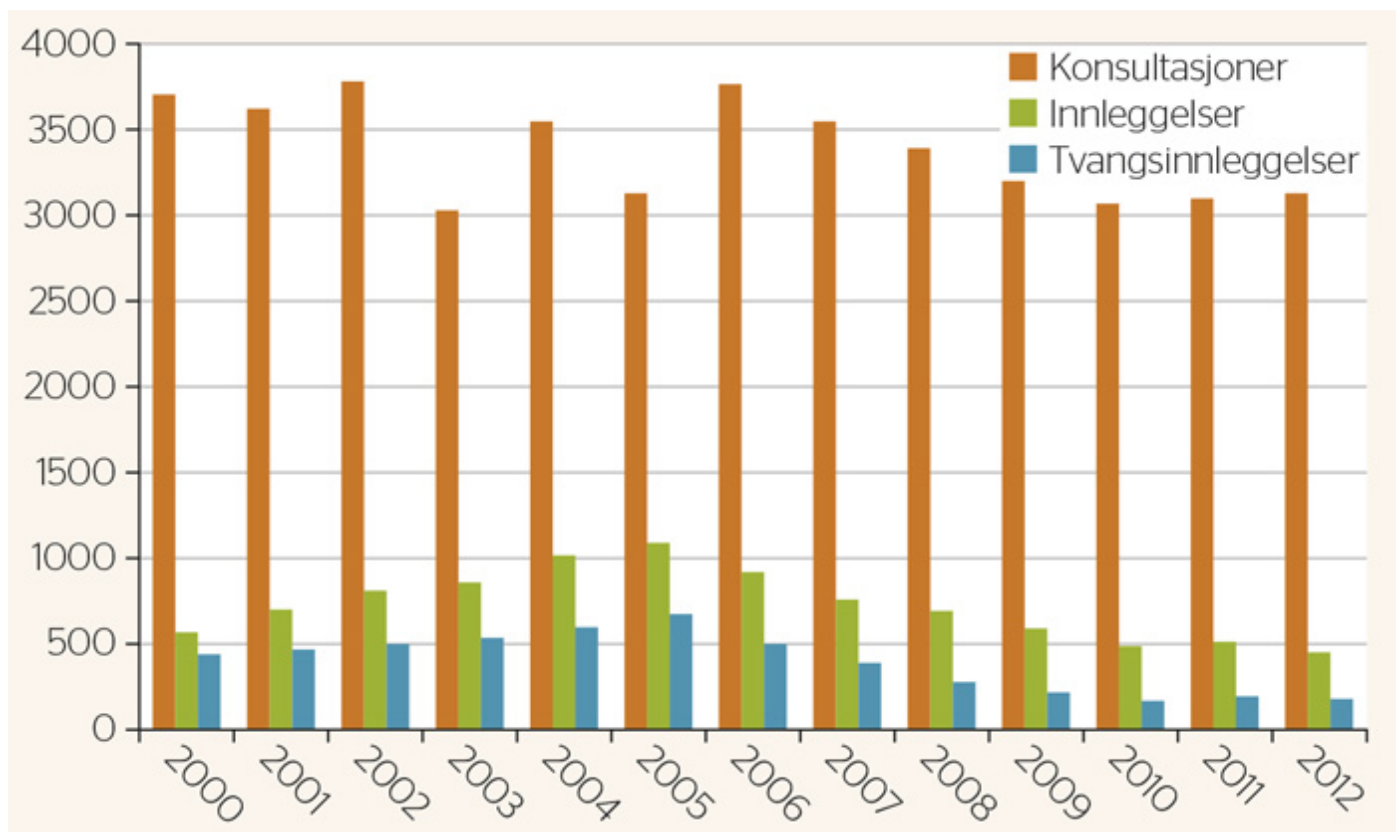
| ÅR   | KONSULTASJONER | INNLEGGELSER OG ANDEL                           |    | ANTALL TVANGSINNLEGGELSER (BÅDE TVUNGEN OBSERVASJON OG TVUNGENT PSYKISK HELSEVERN), ANDEL                   |    |    |
|------|----------------|---|----|---|----|----|
|      |                | INNLEGGELSER I PROSENT AV ANTALL KONSULTASJONER |    | TVANGSINNLEGGELSER I PROSENT AV ANTALL INNLEGGELSER OG ANDEL TVANGSINNLEGGELSER I PROSENT AV KONSULTASJONER |    |    |
| 2000 | 3706           | 571   | 15 | 444   | 79 | 12 |
| 2001 | 3618           | 702   | 19 | 471   | 69 | 13 |
| 2002 | 3780           | 818   | 22 | 503   | 61 | 13 |
| 2003 | 3022           | 861   | 28 | 539   | 63 | 17 |
| 2004 | 3544           | 1014  | 29 | 600   | 59 | 17 |
| 2005 | 3131           | 1090  | 35 | 680   | 62 | 22 |
| 2006 | 3767           | 923   | 25 | 504   | 55 | 13 |
| 2007 | 3540           | 764   | 21 | 389   | 49 | 11 |
| 2008 | 3398           | 695   | 20 | 278   | 40 | 8  |
| 2009 | 3202           | 592   | 18 | 225   | 38 | 7  |
| 2010 | 3063           | 487   | 15 | 173   | 36 | 6  |
| 2011 | 3095           | 514   | 17 | 199   | 39 | 6  |
| 2012 | 3123           | 456   | 15 | 186   | 41 | 6  |
| 2013 | 2415           | 326   | 13 | 137   | 42 | 6  |

Andelen tvangsinnleggelser av alle innleggelser sank fra 79 prosent i 2000 til 40 prosent i 2008, og har deretter ligget på dette nivået, samtidig som antall innleggelser totalt har falt betydelig. Fordi totalt antall innleggelser også har gått ned, er den faktiske reduksjonen i antall tvangsinnlagte større.

I deler av prosjektperioden ble det registrert antall innleggelser, og formalia ved disse fordelt på hver enkelt medarbeider. Kun innleggelser foretatt av lege er tatt med her, fordi bare denne yrkesgruppen har mulighet til å legge inn på tvang. For å unngå en svært stor grad av tilfeldighet i tallmaterialet når innleggelser ble brutt ned på hver enkelt lege, ble innleggesfrekvensen kun beregnet for leger med flere enn ti innleggelser. Av de 24 legene som inngår, varierte antall innleggelser i snitt mellom 0,5 innleggelser per vakt til 1,3 innleggelser per vakt. Median var 0,9 innleggelser per vakt. Det var også stor variasjon i andel tvangsinnleggelser per lege; fra to tvangsinnleggelser av totalt 15 innleggelser (13 prosent), til 26 av totalt 41 innleggelser (63 prosent). Innleggelser der tvang ikke ble etablert ved spesialistvurdering på sykehus, sank fra 10 prosent av alle tvangsinnleggelser i 2007 til 3 prosent i 2008. Vi registrerte ingen økning i antall selvmord knyttet til virksomheten i denne perioden. Det har ikke kommet noen formelle klager om at vår endrede praksis har medført uheldige konsekvenser i andre deler av tjenesteapparatet, for eksempel i form av at pasientene skriver seg raskt ut av sykehusavdelingen mot medisinske råd, eller økt bruk av konvertering til tvang.



Figur 1 Andelen tvangsinnleggelser av totalt antall innleggelser



Figur 2 Antall konsultasjoner, antall innleggelseser og antall tvangsinnleggelseser

## Diskusjon

Antallet innleggelseser og andelen tvangsinnlegger er betydelig redusert ved Psykiatrisk legevakt i perioden 2000–2013. Selv om vi ikke har hatt noen kontrollgruppe, er det en tydelig tidsmessig sammenheng mellom innføringen av tiltakene og endringen av praksis. Den store reduksjonen, sammenholdt med at mer enn 50 behandlere har vært involvert over en 13-årsperiode, taler imot at dette er en tilfeldig endring. Det er grunn til å tro at fokuset på å redusere tvang og de tiltakene som er satt i verk, har virket. Slik studien er gjennomført, kan det imidlertid ikke sies noe om hvilke av tiltakene som eventuelt har hatt effekt, i hvor stor grad, og eventuelt for hvilke diagnostiske grupper. Tiltakene ble innført til dels etter hverandre etter hvert som vi evaluerte om de hadde effekt. Forskningsmessig er dette en svakhet.

**«Vi tror det viktigste tiltaket var den personlige tilbakemeldingen og fokuset på innleggelsespraksisen»**

Vi tror det viktigste tiltaket var den personlige tilbakemeldingen og fokuset på innleggelsespraksisen, fordi den skapte størst diskusjon og sammenfaller med tidspunktet for den kraftigste reduksjonen i tvang. Vi er ikke kjent med at klinikere andre steder får tilbakemeldinger om nivå av tvangsbruk, og de vil da ikke vite om de legger inn ofte eller sjelden på tvang. Vi var overrasket over den store variasjonen

mellom legene med hensyn til andel tvangsinnleggelse. Vi er likevel mest overrasket over den store nedgangen i antall innleggelse totalt i samme periode, noe som ikke var et mål i prosjektet.

Det er samtidig en rekke andre forhold utenfor vårt prosjekt som kan ha hatt betydning for reduksjonen i antall konsultasjoner, andelen innleggelse og andelen tvangsinnleggelse. En nærliggende forklaring er at et mer omfattende tilbud innenfor psykisk helsevern er blitt etablert i samme periode. Dette gjelder både utbyggingen av DPS og av tjenester i kommunene, med bedre tilgjengelighet, og etableringen av ambulante akutteam og døgnbehandling på DPS, som har vært gjennomført på landsbasis i tråd med Opptrappingsplanens intensjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999–2008). Nasjonalt steg imidlertid omfanget av tvangsinnleggelse i perioden 2001 til 2005, og flatet deretter ut og har holdt seg på omtrent samme nivå fra 2005 til 2010 (Helsedirektoratet 2010). Gjennom perioden 1998–2013 har antall oppholdsdøgn i det psykiske helsevernet for voksne nasjonalt blitt halvert (Helsedirektoratet 2013).

Kjernegruppen for tvangsinnleggelse, pasientene med psykoselidelse, bor i dag ofte i bemannede boliger eller egne leiligheter med poliklinisk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten og/eller kommunen. Dette er en gruppe vi ser mindre i legevaktsammenheng nå i forhold til for ti til femten år siden. Mange av disse pasientene var i en periode såkalte svingdørspasienter. De ble kortvarig tvangsinnlagt, særlig i perioden etter at de store sykehusene hadde bygd ned sengekapasiteten, før kommunene hadde bygd opp tilstrekkelige tiltak. At man nå mange steder har et bedre og mer differensiert tilbud til denne gruppen, har sannsynligvis betydning for reduksjon av innleggelse generelt og tvangsinnleggelse spesielt.

Tilnærmingen vår til behandling av pasienter med rusproblemer har endret seg i samme periode. Før ble disse pasientene ofte kortvarig tvangsinnlagt med selvmordsproblematikk eller atferdsproblemer, mens de i dag som regel blir tilbudt behandling innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling, for eksempel frivillig innleggelse på Rusakuttmottaket eller henvisning til poliklinisk rusbehandling. Etableringen og utbygging av tverrfaglig spesialisert rusbehandling har medført økt kapasitet på dette området. Rusakuttmottaket ble etablert i Oslo i 2010, og evalueringen etter fem år viste at de har hatt ca. 3000 konsultasjoner i året og mellom 1200 og 1500 døgninnleggelse (Sintef, 2015).

Vår tilnærming til selvmordsproblematikk har også endret seg. Tidligere la vi inn mange pasienter med selvmordsproblematikk til tvungen observasjon. I dag er polikliniske tilbud lett tilgjengelige, og mange pasienter får derfor et behandlingstilbud tidligere i sitt sykdomsforløp. Innleggelse på grunn av suicidalitet er derfor sjeldnere indisert.

Hovedkriteriet i psykisk helsevernloven for etablering av tvungent vern er at det foreligger en alvorlig sinnslidelse. Vi mener at vi i større grad praktiserer dette enn vi gjorde tidligere. En undergruppe av pasientene med selvmordsproblematikk har



ustabile personlighetstrekk eller -forstyrrelser, og bruker legevakt hyppig i kriser. Innleggelse er sjelden indisert i slike situasjoner, i tråd med de føringer som gis i de nasjonale retningslinjene for selvmordsforebygging (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Pasientene bør få poliklinisk akuttbehandling inntil krisen er over og pasienten kan reise hjem. Vi har utviklet en egen behandlingstilnærming til denne gruppen, basert på teknikker hentet fra dialektisk atferdsterapi, som vi har gode erfaringer med i praksis (Walby & Ness, 2009).

Erfaringen er at mye klinisk arbeid, kanskje spesielt i en hektisk legevaktsituasjon, er styrt av trangen til å løse henvendelsen raskt og effektivt, og av vaner og faglige tradisjoner. Antakelig var en del av den tidligere praksisen med et relativt høyt antall tvangsinnleggelse uttrykk for dette. Man ville sikre en rask innleggelse, fjerne tvil om indikasjon hos mottakende avdeling, sikre pasienten, og kanskje seg selv, mot en for tidlig utskrivelse. Tvangsinnleggelse ble den enkleste løsningen på en vanskelig situasjon, selv om det ikke alltid var god behandling eller riktig ressursutnyttelse.

### **«Vi var overrasket over den store variasjonen mellom legene med hensyn til andel tvangsinnleggelse»**

Da målingene viste at antall tvangsinnleggelse ble vesentlig redusert, opplevde vi ikke at dette gikk på bekostning av faglig kvalitet og forsvarlighet. Vi har ikke mottatt klager utover to tilbakemeldinger om maniske pasienter som ikke klarte å samarbeide. Vi ble derfor mer forsiktige med å legge inn disse pasientene på frivillig grunnlag til tross for at pasientene samtykket.

Over tid oppstod en endret holdning hos legene, psykologene og spesialsykepleierne, og tiltakene har nå blitt selvfølgelige. Vi mener de er basert på respekt for pasientens autonomi og korrekt lovanvendelse. Det er likevel fortsatt individuelle variasjoner i innleggelsesfrekvens og andel tvangsinnleggelse mellom legene og psykologene. Dette er nå en del av virksomhetsdataene som alle får tilbakemelding om hvert år.

### **Konklusjon**

Andelen tvangsinnleggelse fra Psykiatrisk legevakt til akuttpsykiatriske avdelinger i Oslo-området ble redusert fra 80 prosent til 42 prosent i en periode på 13 år, samtidig med at antall innleggelse ble redusert med 43 prosent. Reduksjonen faller sammen med et systematisk endringsarbeid med fokus på å redusere tvangsinnleggelse. Dette viser at systematisk arbeid med holdningsendring, bevisstgjøring, monitorering og individuell tilbakemelding med stor sannsynlighet har hatt effekt. All reduksjon i perioden kan neppe tilskrives de ulike tiltakene som ble iverksatt, men skyldes nok også den generelle utbyggingen innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som har foregått i samme periode. Praksis rundt tvangsinnleggelse og innleggelse ved Psykiatrisk legevakt har uansett endret seg i perioden, i tråd med

psykisk helsevernlovens klare intensjon samt helsepolitiske føringer med vekt på mer frivillighet, medbestemmelse og poliklinisk behandling. Sett i sammenheng med den påfallende mangelen på dokumentert redusert omfang av tvangsinnleggelses i psykisk helsevern i Norge over mange år, bør dette gi grunn til optimisme, ettertanke, faglig diskusjon og videre systematiske studier. Slik vi vurderer det, bør tilsvarende tiltak for å redusere både tvangsinnleggelses og innleggelses uten adekvat indikasjon kunne prøves ut flere steder i Norge. Metoden vil uten større tilpasninger kunne tas i bruk ved større distriktpspsykiatriske sentre og ved større legevakter. For eventuelt fremtidige studier vil vi anbefale en mer nøyaktig kartlegging av «baseline» før en intervensjonsperiode, og vi anbefaler at de som vil forsøke å redusere bruk av tvang i egen virksomhet, gjør dette mer planmessig.

Slike tall kan trolig nå lett skaffes gjennom lokale driftsdata. Videre forsøk på å spesifisere den relative betydningen av tiltakene vi har prøvd ut, eller utvikling av nye opplærings- eller tilbakemeldingstiltak rettet mot klinikere, vil også kunne ha stor verdi.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 8, 2016, side 624-631*

#### TEKST

**Ewa Ness**

**Ole Steen**

**Jon G. Reichelt**

**Fredrik A. Walby**, forsker og psykologspesialist, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging

+ Vis referanser

#### Referanser

Helsedirektoratet (2010). Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2009 (IS-1861). <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/467/Bruk-av...>

Helsedirektoratet (2011). Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2010 (IS-1941). <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/466/Bruk-av...>

Helsedirektoratet (2013). SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2013 (IS -2194). <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/615/Samdata...>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Bedre kvalitet - økt frivillighet.

Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester 2012-2015.

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt\\_fri...](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_fri...)

Institute for Healthcare Improvement (2016).

<http://www.ihl.org/Pages/default.aspx>

Johnsen, S. (2013). Can we reverse the rising tide of compulsory admissions? *The Lancet*, 381, 1603-04.

Legeforeningen (2011). Gjennombruddsprosjektet psykiatri: Bruk av tvang. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Gjennombruddspr...>

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven). (LOV-1999-07-02-62)

Ness, E., & Hytten, K. (2000). Akuttpsykiatrien i Oslo er ikke avvisende ved mottak. Tidsskrift for Den norske legeforening 2000; 120:55-6. <http://tidsskriftet.no/article/88346>

Oslo universitetssykehus (2016). [http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/\\_avdelinger/\\_psykiatrisk-le...](http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/_avdelinger/_psykiatrisk-le...)

Sintef (2015). Evaluering av Rusakuttmottaket ved Oslo universitetssykehus HF. (Rapport nr. A 27021) <https://www.sintef.no/globalassets/rapport-a27021-evaluering-av-rusakutt...>

Socialstyrelsen (2013). «Bättre vård - mindre tvång», artikkelnummer 2013-11-27. Hentet fra: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2013/2013-11-27>

Sosial- og helsedepartementet (1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. (Meld. St. 25 (1996-97)). Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25\\_1996-97/id191086/...](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/...)

Sosial- og helsedepartementet (1997). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998. (St.prp. 63 (1997-98)). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>

Sosial- og helsedirektoratet (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS 1511). Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonal-...>

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern (IS 1370). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/is-1370...>

Walby, F., & Ness, E. (2009). Psykiatrisk behandling av selvskading på legevakt. Tidsskrift for Den norske legeforening, 129:885-7. <http://tidsskriftet.no/article/1830049> doi: 10.4045/tidsskr.08.0417