

Når antipsykotika ikke fungerer - og konfliktene run tvang

Pasientorganisasjoner, behandlingssystem og profesjonsrepresentanter diskuterer stadig bruk av tvang i psykisk helsevern. Bruk av antipsykotika er et sentralt gjennomgangstema i konflikter og uenigheter.

TEKST

Olav Nytingnes

PUBLISERT 27. mai 2022

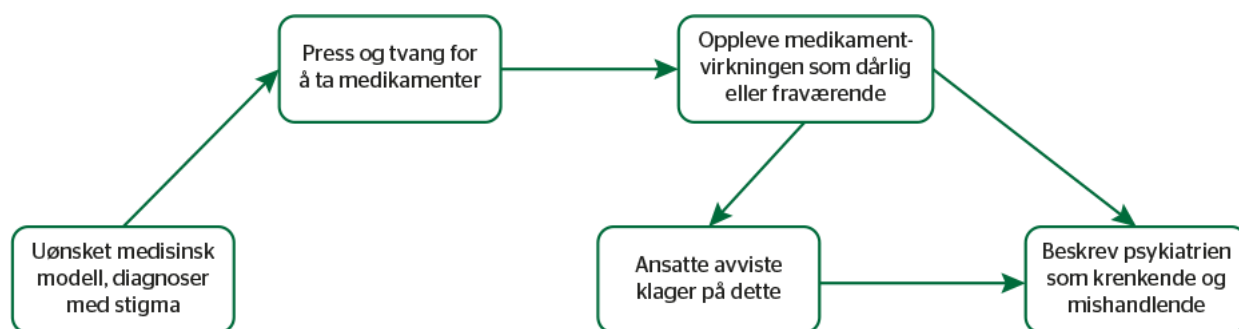
Behandlingen for alvorlige psykiske lidelser er omstridt. For psykisk helseverns del har dette en lang historie med kritiske pamfletter (Scull, 1979), kritiske selvbiografier (Larsen & Andersen, 2011) og organisert motstand (Crossley, 2004; Goldberg, 2003; Tranøy, 2008) som rekrutterer blant pasienter og eks-pasienter (Oaks, 2007). Sammen med politi og fengselsvesen (og dels brannvesen og militæret) er psykisk helsevern gitt oppgaven med å håndtere deler av det u håndterlige som iblant oppstår mellom mennesker, om nødvendig med tvang. Jevnlig blir det debatt om tvang i forbindelse med alvorlige voldshendelser, bruk av tvangsmidler under døgnbehandling, lengden av tvangsinnleggelse og rundt lovrevisjoner eller internasjonale konvensjoner. I løpet av et tiår med arbeidserfaring fra Rådet for psykisk helse og Helsedepartementet, samt erfaring med forskning på tvang i psykisk helsevern, har jeg sett at antipsykotisk tvangsbehandling stadig har materialisert seg som en mulig kjerne i konflikten.

Tvangs- og frivillighetsseminarene

Rådet for psykisk helse ble involvert i et samarbeidet med Landsforeningen for pårørende innen psykiatri, Mental Helse Oslo og Universitetet i Tromsø, der vi avholdt 17 dialogseminarer om tvang og frivillighet på Gaustad i perioden 2006–2009. Til sammen 100 personer deltok i løpet av seminarene, fra 10 til 35 per seminar. Det ble skrevet og sendt ut detaljerte referater fra 15 av seminarene. Ansatte, pårørende, organisasjonsfolk og forskere deltok og bidro, men i praksis var det mennesker som selv hadde vært under tvang og hadde negative erfaringer med det, som tok ordet oftest og snakket lengst. De sammenlignet tvang med for eksempel mishandling, nazisme og kommunisme, noe som også er funnet i intervjustudier (Everett, 1997; Olofsson & Jacobsson, 2001). Deltagerne fortalte om blandede erfaringer og nyanser, og noen lurte på hvordan ansatte egentlig hadde tenkt om praksis og tiltak som deltagerne opplevde som spesielt vonde. Det kom også ønsker om at erfaringene som var blitt delt i seminarene, skulle nå bredere ut. Da jeg og kolleger ved Ahus analyserte referatene, ble vi særlig nysgjerrig på disse sterke ordene som ble brukt. Vi analyserte utsagnene blant annet med fokusert koding, der man ser etter opptakt og innramming av nøkkelutsagn. Hovedfunnet var at tvangsbehandling med antipsykotika var en sentral kilde til den misnøyen med psykisk helsevern som ble beskrevet med ord som tortur og konsentrasjonsleir. En sa «Vi må skille mellom fysisk tvang som noen ganger må til, og å tvinge i folk gift og dop som ødelegger hjernen [...] Vi er mennesker som ikke tåler disse medisinene. De som tåler det, er det greit med. Vi som ikke tåler det, er her» (Nytingnes et al., 2016). Hen regnet seg som en med dårlig respons på antipsykotika, og indikerte at det var meningsfremder som hadde valgt å komme på seminarene. I analysene nøstet vi bakover fra de sterkeste ordene (fra høyre mot venstre i figur 1), via dårlig medikamentrespons og resultatløse klager, og startpunktet syntes å være at pasientene hadde møtt en medisinsk modell de ikke syntes passet for sin krise eller sitt sammenbrudd. Vår oppsummering i figur 1 viser hovedveien til de mest negative opplevelsene hos møtedeltagerne. Og kanskje passet medisinmodellen dårlig, siden medikamentene ikke ble opplevd å virke slik deltagerne var blitt forespeilet. Seminarene var satt opp for å lære om hvordan man lykkes uten tvang, men krenkelser og medikamentell tvangsbehandling endte opp som helt sentrale tema.

Figur 1

Hovedveien til de mest negative erfaringene med tvang



Merknad. Figuren viser hovedveien til de mest negative erfaringene i psykisk helsevern blant deltagere på seminarer om tvang og frivillighet på Gaustad, 2006–2009. (Opprinnelig publisert i *International Journal of Law and Psychiatry* (49), 147–153.)

«... tvangsbehandling med antipsykotika var en sentral kilde til den misnøyen med

psykisk helsevern som ble beskrevet med ord som tortur og konsentrasjonsleir»

Hva gir sterkeste negativ opplevd tvang?

Senere skulle jeg og kolleger utvikle og prøve ut et måleverktøy for opplevd tvang, der Experienced Coercion Scale (ECS) etter hvert ble resultatet. Oppdraget fra Helsedirektoratet var å måle opplevd tvang uavhengig av den konkrete tvangsformen: Utsagn knyttet til konkrete tvangstiltak ble derfor ikke inkludert i måleverktøyet. I en av datainnsamlingene i forbindelse med utprøvingen skåret pasienter/brukere i ulike behandlingssituasjoner på utsagnene i ECS. I tillegg samlet vi opplysninger om bruk av tvang fra primærkontakter og behandlingsansvarlige. Sistnevnte ga også en vurdering av om de hadde brukt uformelt press overfor pasienten. Figur 2 oppsummerer sammenhengen vi fant. I gruppen pasienter som hadde tvangsbehandlingsvedtak (søylegruppen lengst til høyre), rapporterte 39 % den sterkeste negative opplevelsen (mørkegrønn søyle). Andelen i gruppen pasienter uten tvangsbehandlingsvedtak, men under tvungent vern eller observasjon (med/uten døgnopphold) var under halvparten av dette (Nyttingnes et al., 2017). Også i disse resultatene kom medikamentell tvangsbehandling ut med påfallende negative vurderinger hos en andel av pasientene, uten at dette var sentralt i vårt utgangspunkt eller inkludert i spørsmålene som ble stilt til informantene. Merk også at halvparten av pasientene under tvungent psykisk helsevern og om lag en tredel av pasienter med tvangsbehandlingsvedtak skåret betydelig aksept for frihetsinnskrenkelsene (lyse søyler). Den sterke negative betydningen av tvangsbehandling gjelder altså ikke for alle, nettopp slik seminarsitatet ovenfor indikerer.

«Ingen av foretakene startet medisinfri behandling på denne måten»

Debatt om medisinfri behandling

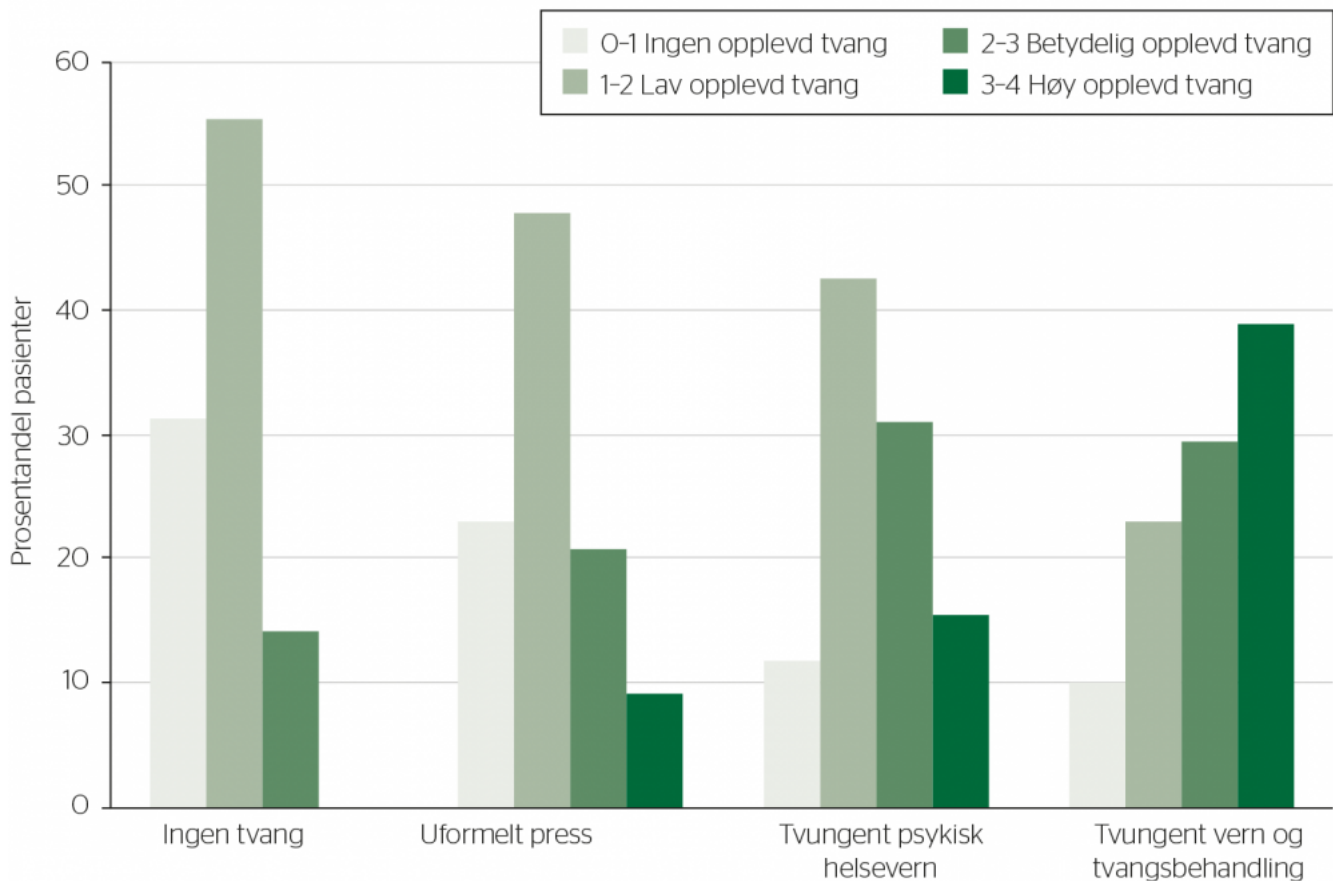
Nylig publiserte vi en artikkel der vi brukte kontroversen om medisinfri behandling til å lete etter hva som kan være kjerner i konfliktene rundt tvang i psykisk helsevern (Nyttingnes & Rugkåsa, 2021). Vi fant at press og tvang for medikamenter uten den ønskede virkningen var en slik kerne. Det første kravet om medisinfri behandling ble fremsatt i 2008 av Landsforeningen We Shall Overcome, som la vekt på tvangsbehandling «som mange opplever som direkte skadelig». De mente at medisinfri akuttpost kunne «gjenopprette tillit til psykisk helsevern hos personer med svært dårlige erfaringer med psykiatrien» (We Shall Overcome, 2008). Helsemyndighetene krevde i 2010 at helseforetakene skulle prøve ut om medisinfri behandling kunne bidra til å redusere tvang (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Initiativet ble fulgt opp i 2012 med strategien Bedre kvalitet – økt frivillighet, der det het: «Mens noen opplever å ha nytte av medisiner, har andre negative erfaringer» i form av bivirkninger og dårligere fysisk og psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Ingen av foretakene startet medisinfri behandling på denne måten, og fem bruker- og pårørendeorganisasjoner samlet seg i Fellesorganisasjonen for medisinfrie tilbud (medisinfrietilbud.no) og skrev brev til helseministeren der de etterlyste fremdrift. Etter fem år valgte Helse- og omsorgsdepartementet å spesifisere oppdraget. En tydelig frist for en forpliktende plan for et døgntilbud om medisinfri behandling i hvert regionale helseforetak ble satt til mars 2016, med frist for oppstart av tiltaket i juni 2016 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Først rundt juni-fristen startet forskere med psykiaterbakgrunn pressedebatten, der de beskrev tiltaket som «Høies eksperiment» basert på «innspill fra fem brukerorganisasjoner» (Røssberg, 2016) som «undergraver kunnskapsbasert behandling» (Andreassen, 2016), og der «kan liv gå tapt» (Larsen, 2016). I debatten ble særlig evidensbasert og erfaringsbasert diskurs tatt i bruk, for eksempel om nytte og risiko ved antipsykotisk behandling og om hvem som egentlig talte saken til pasientene med minst gunstige utsikter. Tilhengere av medisinfri behandling viste til at mange pasienter ikke har nytte av antipsykotika (Keim, 2017), men også kritikerne av medisinfri behandling vurderte at hos «20 % av dem som har schizofreni har antipsykotika liten effekt» (Røssberg et al., 2017).

Uavhengig av striden om hvilken andel av pasientene som har nytte av medisiner, kunne det at det finnes pasienter som ikke får ønsket effekt av antipsykotika, gitt rom for en pragmatisk dialog om problemer og konsekvenser og mulige veier videre for disse pasientene. Likevel falt dialogen i fisk. Tilhengere av medisinfri behandling brukte egenerfaringsdiskurs og vektla manglende eller negative virkninger og betydningen av tvang som bakteppe. De pekte på at medikamentbruken snarere ble økt enn redusert hvis man ikke hadde den ønskede medikamentresponsen (Nesset, 2017), at reelt valg var mellom å ta medisin frivillig, under tvang eller ikke å få noe hjelp (Keim, 2016; Sørensen, 2016), og at egenerfaringer med dette behandlingspresset tilsa behov for egne, medisinfrie avdelinger. Kritikerne av medisinfrie behandlingstilbud vektla biomedisinsk kunnskap om at man ikke kan vite hvem som har dårlig effekt før man har prøvd medikamenter, og derfor «anbefales det at alle får tilbud om antipsykotika» (Røssberg et al., 2017). Det samme gjelder for fysiske lidelser: Man må prøve astmabehandling før man kan vite om det har effekt (Larsen, 2016). Larsen problematiserte ikke det at pasientene diagnostisert med astma og psykose i praksis står i ulike situasjoner hvis de finner at medikamentbehandlingen samlet sett har negativ effekt, og hvis de ønsker andre tiltak som har svakere evidens. Kritikerne av medisinfri behandling problematiserte heller ikke hvem som skal bestemme hva som er manglende effekt, hvor situasjonsbestemt det er, hvorvidt pasienter uten ønsket effekt bør tvangsbehandles med slike medikamenter (eventuelt hvor lenge), og hvilke behandlingsformer som eventuelt bør erstatte dagens opplegg om denne gruppen pasienter ikke bør tvangsbehandles.

Figur 2

Pasientrapportert opplevd tvang (N = 219)



Merknad. Behandlingsansvarlig eller primærkontakt rapporterte formell tvang basert på journal og rapporterte om det var lagt betydelig uformelt press på frivillig pasient. Pasienter ble deretter gruppert etter grad av press eller tvang i behandlingssituasjonen på rapporteringstidspunktet (Ingen tvang, Uformelt press, Tvungent psykisk helsevern, Tvungent vern og tvangsbehandling). Pasienter (N = 219) fra fire typer behandlingssituasjoner (akuttavdeling, DPS døgnpost, poliklinisk psykoserehabilitering og bolig med støtte for personer med psykiske lidelser) rapporterte opplevd tvang (Experienced Coercion Scale, ECS). (Opprinnelig publisert i *Psychological Assessment*, 29(10), 1210-1220.)

En nødutgang og dens forbehold

Tvangsbegrensningslov-utvalget tok senere tak i slike problemstillinger og skrev om faren for «at svakt skjønn, feilvurderinger eller feil diagnose kan få mer alvorlige og langsiktige konsekvenser enn det ville fått innen andre deler av helsetjenesten, siden pasienten ikke kan trekke seg fra behandlingen dersom bivirkningene overskygger ønskede virkninger» (NOU, 2019: 14, s. 253). De foreslo en slags nødutgang som skal gi pasienter med personlig, relevant erfaring med antipsykotikabehandling mulighet til å nekte dette gjennom en bindende forhåndserklæring (kapittel 25.6.2.2.12).

En interessant side ved forslaget er unntak og begrensninger. Forhåndserklæringen må godkjennes i nemnd, og gis bare til de som selv har hatt psykose, har gjenvunnet beslutningskompetanse og forstår rekkevidden av beslutningen. Erklæringen er bare virksom når den korresponderer med faktisk motstand. En passiv pasient med forhåndserklæring kan dermed gis antipsykotika uten samtykke. Behandlervurderinger skal også gå foran hvis situasjonen vurderes som nød, hvis det er fare for en selv eller andre, eller ut fra hensyn til omsorgsevne for mindreårige barn. Særlig disse siste unntakene virker begrunnet ut fra en vurdering om at man ved akutte psykoser oftest ikke har noe aktuelt alternativ til antipsykotisk medikamentbehandling. Et mindretall i utvalget foreslo å forby slik tvangsbehandling, dels med formål om å presse frem flere alternativer til medikamentbehandling (kap. 25.6.2.3).

Hovedproblemet?

Dette ser altså ut til å være hovedproblemet – den gordiske knuten rundt tvang: Tjenestefelt og lovgiver ser ikke noen aktuelle alternativer til medikamentell tvangsbehandling ved akutte psykoser, heller ikke for pasienter med manglende eller negative behandlingsresultat fra slike medikamenter. Pasienter som ikke har den ønskede medikamentresponsen, har risiko for nye akutte episoder. Om man kunne finne gjennomførbare alternativer til medikamentell behandling ved akutte psykoser, ville flere av disse unntakene fra reservasjonsretten bli unødvendige. Den medikamentelle modellen i figur 1 ville i så fall fått et alternativ, som også kunne tatt bort en sentral driver for den sterkeste negative opplevde tvangen i figur 2.

Gitt at dette er hovedproblemet, og at en rask løsning virker urealistisk for tjenestefeltet, bør det settes inn utviklingsressurser her: ideer, forskning, samarbeid og tjenesteutvikling med mål om å utvikle medikamentfrivillige alternativer eller supplement til dagens vanlige behandlingsformer i akutt-tjenestene. Ved i første omgang å rette utviklingsarbeidet mot tiltak for en begrenset gruppe av pasienter, der mange av partene i dag vurderer at antipsykotikaresponsen har vært dårlig, bør også fag- og forskningsetiske avveininger kunne ivaretas underveis.

«... reelt valg var mellom å ta medisin frivillig, under tvang eller ikke å få noe hjelp»

Oppsummering

Flere linjer av observasjoner peker på at antipsykotisk tvangsbehandling uten de ønskede medikamentvirkningene utgjør en kjernekonflikt i kontroversen om tvang.

Dagens behandlingsopplegg for alvorlige psykiske lidelser har en del pasienter uten ønsket respons på antipsykotika. I akuttbehandlingen vikles behandlingshensynet sammen med behovet for å håndtere det uhåndterlige, og samfunnet vil nødvendig la pasienter med akutte symptomer gå ubehandlet. Så lenge tjenestene ikke ser noe aktuelt alternativ til medikamentell tvangsbehandling ved akutte psykotiske kriser, får vi en faglig, juridisk og menneskerettslig floke for de pasientene som ikke får de positive virkningene som skal gjøre tvangsbehandlingen forholdsmessig. Selv om bedre og mer individtilpasset medikasjon kan hjelpe enkelte, er det neppe utsikt til snarlige lansering av nye, revolusjonerende medikamenter (Brady et al., 2019; Lago & Bahn, 2018). Derfor virker videre utvikling av medikamentfri eller -frivillig akuttbehandling nødvendig, om man tar på alvor problemet med manglende ønsket respons for en del pasienter under tvangsbehandling.

Det gir håp om løsning på floken når Norsk psykiatrisk forening går inn for forskning som evaluerer effekt av medisinfrie behandlinger, som gir kunnskap om hvem som kan klare seg uten antipsykotika, og om virkningen av mulige ikke-medikamentelle tilnærminger til kommanderende stemmer (Norsk psykiatrisk forening, 2018). De spede forsøkene på medisinfri behandling etter Helse- og omsorgsdepartementets krav ga stort sett intensiv psykososial behandling for ikke-akutte symptomer (Bjørgeren et al., 2018), og en del av pasientene her har ikke psykoselidelse (Standal et al., 2021).

Som respons på myndighetskravet om medisinfri behandling i 2010 skulle kanskje profesjoner og forskningsinstitusjoner heller brukt unntakene og skjønnsrommet i gjeldende retningslinjer til å prøve ut eksperimentell behandling. Om man i starten reserverer dette for pasienter der det er enighet om at medikamentresponsen er dårlig, kan det gi akseptabel forsknings- og fagetikk. Utprøvingen kunne planlegges med tanke på mulig videreutvikling mot å håndtere pasienter med mer akutt symptomintensitet og større funksjonsfall. En slik strategi gir muligheten til en gang i fremtiden å løse den gordiske knuten.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 6, 2022, side 468-473

TEKST

Olav Nytingnes

KONTAKT: olav.nytingnes@ahus.no

+ Vis referanser

Andreassen, O. A. (2016). Helseminister undergraver kunnskapsbasert behandling. Aftenposten. <https://eavis.aftenposten.no/aftenposten/20801/?gatoken=dXNlcl9pZD0xNDMyMdc2JnVzZXJfaWRfdHlwZT1jdXN0b20%3D>

Bjørgeren, D., Alexandersen, A., Kildal, C., Kvise, I. M. & Benschop, A. R. (2018). Frisk uten medikamenter? En sammenstilling og vurdering av de medikamentfrie behandlingstilbudene i psykisk helsevern (Rapport 1/2018). KBT. http://kbtmidt.no/wp-content/uploads/2018/11/Frisk_uten_medikamenter_en_sammenstilling_og_vurdering_av_de_medikamentfrie_behandlingstilbudene_i_psykisk_helsevern.

Brady, L. S., Potter, W. Z. & Gordon, J. A. (2019). Redirecting the revolution: new developments in drug development for psychiatry. Expert opinion on drug discovery, 14(12), 1213-1219. <https://doi.org/10.1080/17460441.2019.1666102>

Crossley, N. (2004). Not Being Mentally Ill. Social movements, system survivors and the oppositional habitus. Anthropology & Medicine, 11(2), 161-180. <https://doi.org/10.1080/13648470410001678668>

Everett, B. L. (1997). A Fragile Revolution. Consumers and psychiatric survivors confront the power of the mental health system. Dissertation. York University, North York, Ontario.

Goldberg, A. (2003). A Reinvented Public: 'Lunatics' Rights' and Bourgeois Populism in the Kaiserreich. German History, 21(2), 159-182. <https://doi.org/10.1093/0266355403gh279oa>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). Brev om Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykiske helsetjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015). Nasjonal plandel. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern - oppfølging av oppdrag 2015 [Ministry of Health and Care Services: Medication-free options in mental health care - follow up of Commissioning Document for 2015]. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/medikamentfrie-tilbud-i-psykisk-helsevern---oppfolging-av-oppdrag-2015/id2464239/>

Keim, W. (2016, 04. august). Realitetsfjernt om medisinfri behandling. Dagens medisin. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/08/04/realitetsfjernt-om-medikamentfri-behandling/>

Keim, W. (2017, 21. august). Kommentar: Effekten av vedlikeholdsmedisinering med antipsykotika. Tidsskrift for Den norske legeforening. <https://tidsskriftet.no/2017/05/kommentar/effekten-av-vedlikeholdsmedisinering-med-antipsykotika> <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0469>

Lago, S. G. & Bahn, S. (2018). Clinical trials and therapeutic rationale for drug repurposing in schizophrenia. ACS Chemical Neuroscience, 10(1), 58-78. <https://doi.org/10.1021/acschemneuro.8b00205>

Larsen, I. B. & Andersen, A. J. W. (2011). «Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet». Hvordan beskriver skandinaviske brukere av psykisk helsevern sine erfaringer med den hjelpen de ble tilbudt? Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 8(2), 120-130.

Larsen, T. K. (2016, 29. juli). Helseministeren på ville veier. Dagens medisin. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/07/29/helseministeren-pa-ville-veier/>

Neset, M. (2017). Jeg vet ikke om jeg skal le eller gråte. Tidsskrift for Den norske legeforening, 137.

NOU 2019: 14. (2019). Tvangsbegrensingsloven. Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/78974ebb760a412cb646611ad2e57b9d/no/pdfs/nou201920190014000dddpdfs.pdf>.

Norsk psykiatrisk forening. (2018). Strategi for reduksjon og kvalitetssikring av tvang innen det psykiske helsevern [Norwegian Psychiatric Association: Strategy for reduction and quality assurance of coercion in mental health care]. Oslo.

Nytingnes, O., Holmén, A., Rugkåsa, J. & Ruud, T. (2017). The Development, Validation, and Feasibility of the Experienced Coercion Scale (ECS). *Psychological Assessment*, 29(10), 1210-1220. <https://doi.org/10.1037/pas0000404>

Nytingnes, O. & Rugkåsa, J. (2021). Medication-free services in Norway: The controversy of medication-free mental health services as a measure for reduced coercion in Norway: Textual interplays of power in the expressions of biomedical, experiential, and governance standpoints. *Frontiers in Psychiatry*, 12(685024). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.685024>

Nytingnes, O., Ruud, T. & Rugkåsa, J. (2016). 'It's unbelievably humiliating' - Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 147-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.08.009>

Oaks, D. (2007). The moral imperative for dialogue with organizations of survivors of coerced psychiatric human rights violations. I T. W. Kallert, J. E. Mezzich & J. Monahan (red.), *Coercive Treatment in Psychiatry. Clinical, Legal and Ethical Aspects* (s. 187-211). West Sussex: Wiley Blackwell.

Olofsson, B. & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(4), 357-366. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00404.x>

Røssberg, J. I. (2016, 13. juni). Medisinfrie alternativer - et udokumentert sjansespill? [Medication free alternatives - an undocumented game of chance?]. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/47PIV/Det-er-langt-fra-sikkert-at-det-riktige-er-a-innfore-medisinfritt-behandlingstilbud--Jan-Ivar-Rossberg>

Røssberg, J. I., Andreassen, O. A. & Ilner, S. O. (2017). Medisinfrie sykehusposter - et kunnskapsløst tiltak. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 137(6), 426-427. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0091>

Scull, A. T. (1979). *Museums of madness: The social organization of insanity in nineteenth-century England*. London: Penguin Books.

Standal, K., Solbakken, O. A., Rugkåsa, J., Martinsen, A. R., Halvorsen, M. S., Abbass, A. & Heiervang, K. S. (2021). Why Service Users Choose Medication-Free Psychiatric Treatment: A Mixed-Method Study of User Accounts. *Patient preference and adherence*, 15, 1647-1660. <https://doi.org/10.2147/PPA.S308151>

Sørensen, J. M. (2016, 25. august). Professorer som sprer, frykt, halvsannheter og løgn. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/GeAVx/Kort-sagt-25-august>

Tranøy, J. (2008). *Kampen for rettssikkerhet og menneskerettigheter. WSOs historie 1968-1988*. Oslo: Lanser Forlag.

We Shall Overcome. (2008). Høringsnotat til 29/5-08. Hvordan redusere bruken av tvang i psykisk helsevern. <http://wso.no/wp-content/uploads/2017/01/HoringsnotatWSOTvang.29.5.08.pdf>