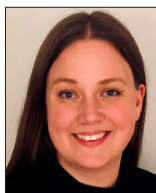


FAGFELLEVDERT ARTIKKEL

Referanse til artikkelen: Ingrid Krohn Aasgård & Atle Ødegård (2021). Forebygging av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming som har vedtak om bruk av tvang. *Fontene forskning*, 14(2), 43-57.

NØKKELBEGREP: UTVIKLINGSCHEMMING, UTFORDRENDE ATFERD, FOREBYGGING, TVANG OG MAKT



Ingrid Krohn Aasgård
Vernepleier med master i helse- og sosialfag, høgskolelektor, Høgskolen i Molde, ingrid.k.aasgard@himolde.no



Atle Ødegård
Psykologspesialist og professor, Høgskolen i Molde, atle.odegard@himolde.no

Forebygging av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming som har vedtak om bruk av tvang

Artikkelens tema er forebygging av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming som har vedtak om bruk av tvang i form av planlagte skadeavvergende tiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Studien bygger på en kvalitativ dokumentanalyse av saksdokumenter knyttet til vedtak om bruk av tvang. Hensikten med studien var å fremskaffe ny kunnskap om eksisterende praksis og å gi innspill som kan bidra til å redusere behovet for bruk av tvang. Funnene viser at det kan være muligheter for å utvikle det forebyggende arbeidet ved å rette større fokus på beskyttende faktorer, primærforebyggende tiltak og økt livskvalitet.

For å ivareta rettssikkerhet for personer med utviklingshemming og hindre vilkårlig bruk av tvang, ble det innført en lovregulering av tvang overfor personer med utviklingshemming for over 20 år siden. Disse

lovbestemmelsene finnes i dag i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (2011). Til tross for lovens formål om å forebygge og begrense bruken av tvang (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 9-1), fatter kommunene stadig flere vedtak om bruk av tvang overfor personer med utviklingshemming (Helsetilsynet, 2008, 2017, 2020). Økningen kan skyldes at pågående tvangsbruk nå dokumenteres i større grad enn tidligere, men antallet tvangsvedtak er uansett urovekkende. Det er derfor viktig å finne ut mer om bruken av tvang, herunder begrunnelsene for bruk av tvang og hvilket forebyggende arbeid og andre løsninger som har vært forsøkt. For å vite om tvangsbruken er i tråd med lovens formål er det behov for bedre kunnskap om innholdet i vedtakene (Helsetilsynet, 2017).

Hensikt og problemstillinger

Den overordnede målsetningen med studien var å få økt kunnskap om hva som gjøres for å forebygge fysiske tvangstiltak i møte med utfordrende atferd. Studien hadde to formål, for det første å synliggjøre eksisterende praksis og for det andre å bidra til kvalitetsforbedringer gjennom å analysere og drøfte hvordan vi kan forstå og utvikle det forebyggende arbeidet. Vi formulerte to problemstillinger: 1) hva kjenne-tegner beskrivelser av forebyggende arbeid i saksdokumenter tilknyttet vedtak om bruk av tvang? og 2) hva er behovet for forbedringer for å forebygge utfordrende atferd og redusere bruken av tvang?. Studien omhandler spesifikt vedtak om planlagte tiltak for å avverge skade i gjentatte nødsituasjoner (Helse- og omsorgstjenestelo-

ven, 2011 § 9 – 5 tredje ledd bokstav b). Vi har avgrenset studien til å omfatte tvangstiltak i form av fysiske intervensjoner og skjerming ved utfordrende atferd.

Lovens krav til forebygging

Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 stiller krav til forebygging, og kommunene plikter å sørge for at forholdene blir lagt til rette for minst mulig bruk av tvang og makt (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 9-4). Det er et vilkår for bruk av tvang at andre løsninger er prøvd ut først (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 9-5). Helsedirektoratet (2015) fremhever at plikten til forebygging skiller seg fra kravet om andre løsninger ved at forebyggingsarbeidet skal være en løpende og integrert del av tjenestetilbu-



det, mens utprøving av andre løsninger først vil være aktuelt når problemer har oppstått. Kommunens plikt til å arbeide forebyggende vedvarer når vedtak om bruk av tvang er fattet og godkjent. Også i vedtaksperiodene skal kommunene arbeide for å forebygge situasjoner som gjør bruk av tvang nødvendig (Helsedirektoratet, 2015). Forslaget til ny felles lov om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten har egne bestemmelser om forebygging (NOU 2019:14). I det nye lovforslaget innebærer plikten til forebygging blant annet å systematisk evaluere faktorer av betydning for tvang (NOU 2019:14 § 2-1).

TIDLIGERE FORSKNING

Det er stor variasjon mellom land i organisering av tjenestene og i de lovreglene som regulerer bruk av tvang overfor den aktuelle målgruppen. Denne studien omhandler primært norske forhold, ettersom forskning fra andre land og kulturer omkring bruken av tvang, ville gått utover prosjektets målsetninger. Under teoretiske perspektiver henviser vi til noe internasjonal litteratur på feltet, noe generelt om forebyg-

ging og noe om forebygging av utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming.

Samtidig som antall vedtak om bruk av tvang overfor personer med utviklingshemming øker (Helsestilsynet, 2008, 2017, 2020), gjennomføres det relativt lite forskning på feltet (NAKU, 2020; Kylland, 2018). Informasjonen om feltet er preget av tilsynsrapporter og evalueringer (Handegård & Gjertsen, 2008; Bjerkan et al. 2011; Likestillings- og diskrimineringsombudet 2019), i tillegg til noen doktorgradprosjekter (Ellingsen, 2006; Handegård, 2005).

Rettsikkerhet

Handegård og Gjertsen (2008) evaluering viser at lovregulering har bidratt til å bedre rettsikkerheten for personer med utviklingshemming som utsettes for tvang. Ansatte i kommuner, i spesialisthelsetjenesten og hos Statsforvalteren opplevde at bruken av tvang overfor gruppen hadde gått betydelig ned, og at lovreguleringen har ført til økt fokus på forebygging. Likestillings- og diskrimineringsombudet (2019) fant for kort tid siden flere mangler ved Statsforvalterens saksbehandling av vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Ombudet hevder at funnene gir grunn til å tro at rettsikkerheten ikke blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte og uttrykker bekymring for om personens rett til medvirkning ivaretas på en tilfredsstillende måte (Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2019).

Bjerkan et al. (2011) viser i sin gjennomgang av tvangsvedtak at det er stor oppmerksomhet i kommunene for å finne fram til mindre inngripende tiltak og andre løsninger enn bruk av tvang, men at kommunene står overfor utfordringer med å rekruttere personell med ønsket fagutdanning.

Kjennetegn ved personer som utsettes for tvangstiltak

Stubrud (2015) fant at personer med utviklingshemming som utsettes for tvang, har et betydelig lidelsestrykk med omfattende psykiske lidelser og store atferdsvansker. Stubrud (2015) viser til at det er



Illustrasjon: Eldbjørg Ribe

behov for modeller som kan tjene som utgangspunkt for gode tjenester som kan redusere behovet for bruk av tvang.

Bakken (2015) viser til at det er forsket lite på følger av fysiske tvangstiltak overfor personer med utviklingshemming, og at prosedyrer med fysiske intervensjoner kan føre til psykiske senskader for personer med begrenset kognitiv kapasitet. I en av de få studiene som finnes på området fant Berge og Ellingsen (2015) at personer med utviklingshemming erfarte det som overveldende negativt å bli utsatt for fysisk tvang, samt at brukere og pårørende i liten grad hadde fått muligheten til å samarbeide om andre løsninger og på den måten unngå bruken av tvang.

TEORETISKE PERSPEKTIVER

Forebygging er et begrep som ikke har en entydig definisjon, og ulike faggrupper og profesjoner kan legge ulikt innhold i begrepet. For nesten 60 år siden utviklet Caplan (1964) en tredeling av forebyggingsbegrepet etter stadier i forløpet; primær-, sekundær- og tertiær forebygging. Felner et al. (1983) beskriver at primærforebygging handler om å forhindre at problemer oppstår, eller å fremme helse og beskyttelse mot dysfunksjon. Sekundærforebygging handler om tidlig identifikasjon og intervensjoner ovenfor individer som viser tegn på lidelse, mens tertiærforebygging handler om å redusere negative følger av de problemer en person fremviser. Gordon (1983) delte også forebygging i tre nivåer etter formål og etter hvor stor del av befolkning tiltakene rettet seg mot: universell -, selektiv- og indikativ forebygging. Universell forebygging er tiltak rettet mot hele befolkningen eller grupper i befolkningen uavhengig av risiko, mens selektiv forebygging er rettet mot individer og grupper med kjent forhøyet risiko for å utvikle problemer. Indikativ forebygging er tiltak på indikasjon rettet mot individer med høy risiko, eller klare tegn på problemer (Major et al., 2011). I dag brukes begrepene primær-, sekundær og tertiærforebygging på andre måter enn slik Caplan først definerte dem. For eksempel kan primærforebyggende tiltak være individrettet, slik Allen et al. (2013) beskriver i sin modell

om forebygging. Vår studie handler om indikativ forebygging rettet mot personer som allerede har vist utfordrende atferd.

Å forebygge utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming

Allen et al. (2013) har utviklet en modell for å beskrive tiltak som på ulike nivåer kan forebygge psykisk lidelse og utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming. De bruker begrepene primær-, sekundær- og tertiær forebygging som hovednivå, og beskriver at primærforebygging kan være både universell, selektiv og indikativ. De argumenterer for at primærforebyggende tiltak bør rettes mot å gjøre foretrukne gjenstander og aktiviteter tilgjengelige og at miljøet må tilrettelegges for å være stimulerende. Siden utfordrende atferd ofte er et resultat av at personen mangler ferdigheter til å påvirke miljøet på en mer tilpasset måte, hevder de at ferdighetstrening i funksjonell kommunikasjon kan bidra til å beskytte mot utvikling av utfordrende atferd. De beskriver at sekundærforebyggende tiltak retter seg mot personer med kjent risiko, og handler om å hindre at problemer utvikler seg gjennom atferdsintervensjoner og psyko-sosial tilrettelegging. Allen et al. skriver at analyser av hva som kan ligge bak den utfordrende atferden og intensive atferdstiltak vil være sentralt i tertiærforebygging. De understreker at de forskjellige nivåene av forebygging i modellen er komplementære, og ikke alternative, handlingsmåter.

Risiko- og beskyttelsesfaktorer er sentrale begreper i teorier om forebygging (Major et al., 2011). Risikofaktorer er trekk ved individet eller miljøet som kan forbindes med økt sannsynlighet for utfordrende atferd. Beskyttende faktorer er faktorer ved individet eller miljøet som motvirker eller reduserer faren for utfordrende atferd (Lillevik & Øien, 2014). Betydning av miljøfaktorer tilsier at miljøterapeutiske tiltak står sentralt i forebygging av utfordrende atferd. Miljøterapi handler primært om å legge miljøet til rette for endring og utvikling (Larsen, 2015). Moderne miljøterapi åpner for påvirkning fra ulike teoretiske retninger (Lillevik & Øien, 2014). I et his-

torisk perspektiv har atferdsanalyse vært den dominerende tilnærmingen i miljøterapi ved utfordrende atferd hos mennesker med utviklingshemming (Ellingsen, 2006). I atferdsanalyse står funksjonelle analyser av utløsende og opprettholdende faktorer sentralt, og kunnskap om årsaker til atferden brukes til å utforme behandlingen (Holden, 2013a). Funksjonell behandling av atferd kan basere seg på aktive og passive metoder (Holden, 2013b).

Flere psykologiske perspektiver og faglige teorier har fått innflytelse på det miljøterapeutiske arbeidet for personer med utviklingshemming; som lav affektiv tilnærming (McDonnel, 2010), intervensjoner basert på mindfulness (Harper, 2013) og modeller som forstår utfordrende atferd med utgangspunkt i stress- og tilknytningsteori (Janssen et al., 2002). The British Psychological Society og The Royal College of Psychiatrists (2015) hevder at tilnærmingen til utfordrende atferd hos personer med utviklingshemming er under endring, og at nye tilnærminger er orientert mot livskvalitet og er basert på økologisk og utviklingspsykologisk forståelse.

I Norge har strategier og modeller som vektlegger økt livskvalitet fått innflytelse i forebyggende arbeid med utfordrende atferd de senere årene, for eksempel positiv atferdsstøtte (Berge, 2020) og økologisk modell (Stubrud, 2016, 2017). Positiv atferdsstøtte har som overordnet målsetting å bedre personens livskvalitet ved å legge til rette for positiv sosial interaksjon, aktivitet, deltakelse og selvbestem-

melse (Carr et al., 2002; Allen et al., 2005; Gore et al., 2013). Livskvalitetsforbedrende tiltak kombineres med en funksjonell forståelse av utfordrende atferd og en støtteplan for å utvikle nye ferdigheter som kan erstatte utfordrende atferd med mer funksjonell og tilpasset atferd (Berge, 2020). Stubrud, (2016, 2017) har utviklet en økologisk modell for å forebygge utfordrende atferd gjennom økologisk tilpasning og økt livskvalitet. Modellen er et forsøk på å optimalisere samspillet mellom hjelpere og brukere gjennom å klargjøre samspillfaktorer i tjenestene. Den økologiske modellen omhandler sosiale og strukturelle forhold, samspill og verdier.

METODE

Kvalitativ dokumentanalyse

For å belyse problemstillingene benyttet vi kvalitativ dokumentanalyse, en systematisk prosedyre for å gjennomgå og studere dokumenter (Bowen, 2009; Duedahl & Jacobsen, 2010). Som kilder brukte vi saksdokumenter om vedtak om tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 ovenfor fem personer. Det empiriske materialet omfattet kommunale vedtak om bruk av tvang, spesialisthelsetjenestens uttalelser og Statsforvalterens overprøvinger.

Inklusjonskriterier og utvalgsprosedyre

Vi innhentet dokumentene fra ett statsforvalterembete. Vi ønsket å få tilgang til saker der det had-

Tabell 1. Første dokumentutvalg

	Sak 1	Sak 2	Sak 3	Sak 4	Sak 5	Totalt
Dokument til gjennomlesning	36	68	103	69	105	381
Utgåtte dokumenter*	11	33	37	32	30	144
Inkludert i endelig dokumentutvalg	25	35	66	37	75	238

*Dokumenter som ikke inneholdt relevante opplysninger for problemstillingen. For eksempel melding om forlenget saksbehandlingstid, utsatt frist for uttalelse, avtaler om møtetid og endring av avtaler.

Tabell 2. Endelig dokumentutvalg med oversikt over type dokumenter

	Sak 1	Sak 2	Sak 3	Sak 4	Sak 5	Totalt
Årstall for første dokument i saken	2011	2008	2001	2009	2007	-
Kommunale vedtak	5	8	16	15	12	56
Uttalelser fra spesialisthelsetjeneste	5	5	10	8	12	40
Overprøvinger av Statsforvalteren	5	6	17	10	7	45
Stedlige tilsyn*	0	1	6	2	18	27
Andre dokumenter**	10	15	17	2	26	70
Totalt antall dokumenter	25	35	66	37	75	238

*Alle dokumenter knyttet til stedlige tilsyn; Statsforvalterens rapport, kommunens tilbakemeldinger og Statsforvalterens tilbakemeldinger på kommunene sine tilbakemeldinger

**Forespørsel om flere opplysninger fra Statsforvalteren, kommunenes tilbakemeldinger på Statsforvalterens forespørsel om flere opplysninger, kommunens tilbakemeldinger på overprøvinger, opplysninger om endringer i tjenestetilbud/botilbud/turnus/personalgruppe fra kommune og Statsforvalterens interne notat fra telefonsamtaler og møter. Antall overprøvinger fra Statsforvalteren er i de fleste sakene færre enn antall kommunale vedtak fordi flere vedtak med ulike tvangstiltak har blitt overprøvd av Statsforvalteren i samme overprøving. I sak 3 er det en overprøving mer enn kommunale vedtak fordi Statsforvalteren overprøvde alle godkjente vedtak på nytt ved lovendringen gjeldene fra 1.januar 2012.

de vært brukt tvang i form av fysiske intervensjoner eller skjerming ved utfordrende atferd over tid. Inklusjonskriteriene for sakene til studien var følgende: 1) personen har vedtak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 med tiltak etter § 9 – 5, bokstav b, 2) tiltaket eller tiltakene er ment å hindre eller begrense skade ved utagering eller selvskading og 3) vedtaket er fornyet fem ganger eller mer. Sakene ble tilfeldig valgt ut fra en liste som Statsforvalteren satt opp – rangert etter dato for siste overprøving av vedtak.

Dokumentutvalg

Dokumentene ble hentet fra det elektroniske arkivsystemet hos Statsforvalteren. For at datamaterialet ikke skulle bli for omfattende, og at det ikke skulle inneholde dokumenter som ikke hadde informasjon med betydning for studiens problemstillinger, leste vi gjennom alle saksdokumenter i hver enkelt sak. I datamaterialet inngikk: førstegangsvedtak og

alle fornyingsvedtak fra kommunene, uttalelser fra spesialisthelsetjenesten og Statsforvalterens overprøvinger, rapporter og andre dokumenter i forbindelse med stedlige tilsyn. I tillegg inngikk dokumenter der Statsforvalteren etterspør flere opplysninger fra kommunene, og kommunenes tilbakemeldinger. Meldinger om skadeavvergende tiltak i nødsituasjoner (a-meldinger) og søknader om dispensasjon fra utdanningskravet inngikk ikke i dokumentutvalget. Det var kun de kommunale vedtakene og uttalelser fra spesialisthelsetjenesten som ble systematisk analysert. De andre dokumentene i datamaterialet ble lest for å forstå sammenheng og kontekst til dokumentene som ble analysert.

I alt inngikk 238 dokumenter i analysen. Tabell 2 viser at det var stor variasjon i type dokumenter som inngikk i hver enkelt sak. Dokumentene som ble systematisk analysert bestod av i alt 56 kommunale vedtak og 40 uttalelser fra spesialisthelsetjenesten.

Tilgang til dokumentene, juridiske og etiske vurderinger

Dokumentene omhandler personer med diagnosen psykisk utviklingshemming. Personer med utviklingshemming vil ha ulike forutsetninger for å kunne gi et informert samtykke til deltakelse i forskning. Ved rekruttering av informanter til forskning er det et forskningsetisk prinsipp at deltakelse skal være frivillig og basert på informert samtykke. For å inkludere personer uten samtykkekompetanse i forskning forutsettes det at det finnes andre som kan samtykke på deres vegne. Alle personer som har vedtak om bruk av tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 har oppnevnt en verge (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011 § 9 – 3) som skal ivareta interessene til den som er under vergemål (Vergemålsloven, 2010 § 31). Personens verge fikk tilsendt skriftlig informasjon om studien, og ble bedt å ta stilling til om dokumentene kunne inngå i studien, og om å orientere personen om studien i den grad dette var mulig. Denne fremgangsmåten ble valgt fordi vi vurderte at vergen, som kjenner personen, har gode forutsetninger for å vurdere om personen kan forstå informasjonen, og hvordan informasjonen best kan tilpasses til den enkelte. Vergen har plikt til å høre den som er satt under vergemål (Vergemålsloven, 2010 § 33). Vi stoler på at vergene i samsvar med loven har informert om studien og hørt personens mening om deltakelse i studien dersom dette var mulig. Det ble i første omgang sendt informasjon om studien og samtykkeerklæring til sju verger. Fem av vergene samtykket til at dokumentene kunne inngå i studien. Hver sak besto av et stort antall dokumenter. Vi vurderte at fem saker var tilstrekkelig datagrunnlag for å avdekke tendenser som kunne belyse problemstillingene for studien, og gjorde ikke forsøk på å rekruttere flere verger.

De personene det er fattet vedtak overfor i denne studien har ulike og begrensede forutsetninger til å gi et informert samtykke. Å inkludere personer som ikke har samtykkekompetanse i forskning krever særlige etiske vurderinger, krav til anonymise-

ring og sensibel formidling av forskningsresultatene (Ellingsen, 2015). Vi har tilstrebet å ta slike hensyn. Vi har utelatt alle opplysninger som kan bidra til gjenkjenning av personene vedtakene gjelder, tjenesteytere, saksbehandlere eller tjenestesteder.

Studien ble vurdert av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK konkluderte med at studien fremstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning, og at studien faller utenfor komiteens mandat, og kan gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK. Referansenummer er 2017/2380. Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD vurderte at opplysninger fra personer uten full samtykkekompetanse kan behandles med hjemmel i personopplysningsloven §§ 8 og 9, og at den valgte fremgangsmåten for inklusjon av personer uten full samtykkekompetanse bidrar til å redusere personvernulempen ved deltakelse. NSD vurderte at forskningen vil kunne komme gruppen som helhet til gode, og at samfunnsinteressen overstiger ulempen det medfører for den enkelte registrerte. Dokumentene som inngikk i studien, inneholder opplysninger om tredjepersoner. NSD vurderte at studien kunne unntas for informasjonsplikten overfor tredjepersoner fordi det ble ansett uforholdsmessig vanskelig å informere alle tredjepersoner. Prosjektnummer for NSD er 58743.

Forforståelse

Forskning på eget praksisfelt medfører både styrker og utfordringer. Feltkunnskap kan gi forståelse for fenomener som utenforstående ikke klarer å oppfatte, men nærheten kan samtidig føre til at forforståelsen står i veien for den kunnskapen som det empiriske materialet kunne ha levert (Malterud, 2017). Dette kan ha betydning for funnenes gyldighet. Vi har forsøkt å være oppmerksomme på hvordan vår forforståelse kan ha virket inn i prosessen. Funnene fra studien er derfor drøftet mellom første- og andreforfatter, og med forskningsgruppen for funksjonshemming og habilitering ved Høgskolen i Molde.

Analyse

Analysestrategien i dokumentanalyser kombinerer ofte elementer fra innholdsanalyse og tematisk analyse (Bowen, 2009). Vi benyttet en eklektisk form for meningsgenerering i analyseprosessen ved å bruke ad-hoc-metoder. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver ad-hoc-metoder som en motsetning til mer systematiske analyseformer og teknikker. Ved ad-hoc-metoder kan man få tak i sammenhenger og strukturer som er av betydning for problemstillingen (Kvale og Brinkmann, 2009). Vi gjorde først langsgående analyser av hver enkelt sak. Deretter ble det gjort tverrgående analyser av alle sakene for å se etter fellestrekk og variasjonsbredde mellom sakene. Det er resultatene fra de tverrgående analysene som presenteres i denne artikkelen. I grove trekk ble analysen gjennomført i fire trinn.

Trinn 1: Førsteforfatteren startet med å lese alle dokumenter i en sak i kronologisk rekkefølge, og utarbeidet samtidig anonymiserte arbeidsdokumenter som ble brukt i det videre analysearbeidet. Alle opplysninger som kunne identifisere tjenestemottakere, tjenesteytere eller tjenestesteder ble anonymisert i arbeidsdokumentene.

Trinn 2: På bakgrunn av det overordnede bildet markerte forfatteren interessante deler av dokumentene med beskrivelser av forebyggende arbeid.

Trinn 3: Sentrale koder i den markerte teksten ble identifisert. Kodingen innebar å knytte et eller flere nøkkelord til et tekststavnitt. Kodene ble videre sortert i overordnede kategorier. Koder og kategorier fra hver enkelt sak ble sammenlignet for å se etter likheter og variasjon. Fire kategorier av forebyggende arbeid ble definert; 1) individuelle risikofaktorer, 2) problemsituasjoner, 3) passive metoder og 4) fysisk tilrettelegging. Noen koder som beskrev trekk ved sakene og saksbehandlingen falt utenfor disse fire kategoriene. Disse kodene presenteres under generelle trekk ved sakene og trekk ved saksbehandlingen.

Trinn 4: Første- og andreforfatter reflekterte og drøftet sammen rundt kategoriene fra analysen. Gjennom dialoger om utfordrende atferd og teo-

ri om forebygging sammenfattet vi kategoriene fra den tverrgående analysen til en figur som illustrerer de mest sentrale funnene i et prosessperspektiv (se figur 1, side 52).

FUNN

Generelle trekk ved sakene

Vedtakene omhandlet bruk av tvang overfor fem personer, fire menn og en kvinne. To av personene hadde moderat grad av utviklingshemming, tre hadde alvorlig grad av utviklingshemming. Fire av personene hadde også en autismediagnose, og noen hadde i tillegg andre diagnoser som epilepsi, ADHD, tvangslidelse og bipolar lidelse. Alle personene hadde hatt utfordrende atferd i form av fysisk utagering mot andre personer. Tre hadde også alvorlig selvskadende atferd. Antall tvangstiltak varierte fra to til sju. Alle hadde hatt tvangstiltak om fysisk fastholding, der tjenesteyterne holdt igjen eller førte bort tjenestemottaker. Fire hadde i tillegg hatt skjermingstiltak der personen ble ført til eget rom av tjenesteytere og tilbakeholdt der ved utfordrende atferd. Andre tvangstiltak var låste dører i egen leilighet, innlåsing av gjenstander, ulike alarmer, og ulike tvangstiltak for å ivareta sikkerhet ved bilkjøring.

Et hovedinntrykk etter gjennomgangen av alle dokumentene er at det er vanskelig å få oversikt over omfanget av tvangsbruken over tid. Dette skyldes først og fremst at tvangstiltak registreres og telles ulikt fra vedtak til vedtak. Generelt er inntrykket at det i de fleste sakene er periodevise variasjoner i antall gjennomførte skadeavvergende tiltak, men at det over tid ikke er store endringer i antall gjennomførte tvangstiltak. Det fremkommer ikke noen tydelig reduksjon av utfordrende atferd eller bruk av tvang i noen av sakene.

I flere av sakene får vi gjennom kommunens beskrivelser i vedtakene inntrykk av at personen har en isolert tilværelse med få og lite varierte aktiviteter. De har lite nettverk, noen har kun kontakt med tjenesteyterne. Dette kommer klart frem i noen saker, for eksempel der saksbehandler i kommunen beskri-

ver at: «Atferden gjør det vanskelig for han å ha sosiale relasjoner med andre». Hverdagene som beskrives i dokumentene bærer preg av mye tid hjemme, samt gåturer og bilturer sammen med personalet. Vi kunne se en utvikling over tid med mindre dagtilbud, færre aktiviteter sammen med andre og mindre kontakt med andre enn tjenesteytere.

Det går frem av kommunenes vedtak og spesialisthelsetjenestens uttalelser at det er variasjon i omfang og organisering av samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det varierer mellom faste veiledningsmøter flere ganger i måneden, at spesialisthelsetjenesten deltar på evalueringsmøter en eller noen få ganger i året, og til at det ikke er faste møtepunkter, men mulighet til å ta kontakt ved behov eller endring.

Trekk ved saksbehandlingen

Kommunens vedtak bestod som regel av omfattende dokumenter, inkludert flere vedlegg. Dokumentene inneholdt detaljerte beskrivelser av personens situasjon, tjenestetilbudet og hvordan tvangstiltak skal gjennomføres. Et generelt inntrykk er at det er få beskrivelser av forebyggende arbeid i kommunens vedtak og spesialisthelsetjenestens uttalelser. De fleste vedtakene ble fylt ut i tråd med Statsforvalterens mal for dokumentasjon av vedtak. Malen har imidlertid vært endret flere ganger, noe som gjør sammenlikninger over tid komplisert. Den nåværende malen inneholder et punkt om forebyggende arbeid, som etterspør hvilket forebyggende arbeid som er gjort, og hvilke forebyggende tiltak som skal videreføres. Det kan innebære at det er tydeligere beskrivelser av forebyggende arbeid i de vedtakene som er fylt ut i den nyeste malen fra Statsforvalteren. Kommunen har sjelden beskrevet evalueringer av forebyggende tiltak i vedtakene.

Det er få beskrivelser av hvordan, eller i hvilken grad, personen selv, eller personens verge og/eller nærmeste pårørende, har medvirket i vurderingen av forebyggende arbeid i kommunens vedtak og spesialisthelsetjenestens uttalelser. Noen formuleringer som går igjen i beskrivelser av tjenestemottaker

og nærmeste pårørendes involvering, er: «bruker har alvorlig psykisk utviklingshemming og har ikke forutsetning til å forstå dette» eller «har ikke kognitiv evne til å ha formening om dette» og «pårørende er informert, men har ikke deltatt i vedtaksprosessen»

Et trekk ved materialet er at det etter at førstegangsvedtak er overprøvd og godkjent, ser ut til at mye tekst kopieres fra det første vedtaket - når vedtakene skal fornyes. Enkelte nye opplysninger kom til i noen saker ved fornyingsvedtak, men generelt er mye av teksten den samme som førstegangsvedtaket. Noen ganger vises det til tidligere vedtak under beskrivelser av forebyggende arbeid. Det fremkommer også at vedtakene ofte er mangelfulle og at Statsforvalteren må etterspørre opplysninger fra kommunen for å kunne overprøve vedtakene.

Spesialisthelsetjenestens uttalelser er varierte i omfang og innhold. De inneholder ofte vurderinger av tvangstiltakenes forsvarlighet og nødvendighet, men det er i varierende grad beskrivelser av anbefalte forebyggende tiltak i uttalelsene. Uttalelsene er mer detaljerte ved førstegangsvedtak enn ved fornyingsvedtak. Ved fornyingsvedtak er uttalelsene ofte korte, eller de viser til tidligere uttalelser.

Individuelle risikofaktorer

Et klart trekk på tvers av sakene er at det er langt flere beskrivelser av individuelle variabler som har betydning for den utfordrende atferden, enn variabler ved miljøet. Sitatene under er eksempler på forklaringer av utfordrende atferd som er knyttet til individet:

«Han opptrer svært uforutsigbart i både kjente og ukjente omgivelser. Han er svært impulsiv og forstår ikke konsekvenser av sine handlinger. Han kan bli utagerende uten at man ser noen grunn til det» og «Det har vært diskutert hva som kan være årsaken til den utfordrende atferden. Vi har kommet frem til at det er noe innenfra, et behov for å lette på trykket».

Eksempel på individuelle variabler som beskrives er psykisk lidelse, somatiske plager, mulige smerter, sensoriske dysfunksjoner, impulsivitet, rigiditet, mani, tvangshandlinger, kommunikasjonsvansker, og manglende forståelse for konsekvenser.

Problemsituasjoner

Vedtakene inneholder mange beskrivelser av situasjoner hvor utfordrende atferd forekommer ofte. Saksbehandleren i kommunen beskriver at de registrerer situasjoner med utfordrende atferd for å forsøke å finne frem til årsaker som kan forklare atferden. Ofte er registreringene lagt ved som vedlegg til vedtakene. Begrepet funksjonell analyse brukes ofte om registreringene av problemsituasjonene. Det som blir registrert er i hvilke situasjoner den utfordrende atferden oppstår, i noen saker blir det også registrert hvilke konsekvenser atferden får. Noen ganger blir registreringene oppsummert, i andre saker blir ikke registreringene bearbeidet. Det kommer ikke frem av vedtakene at registreringer blir brukt videre til analyser og utforming av forebyggende tiltak. Registreringene identifiserer problemsituasjoner, men gir ingen forklaring på hvorfor disse situasjonene er vanskelige for personen, eller hvorfor personen reagerer med utfordrende atferd i akkurat disse situasjonene.

Passive metoder

I dokumentene finner vi at kommunen velger å unngå situasjonene eller ta bort aktivitetene dersom situasjoner og aktiviteter blir beskrevet som risikosituasjoner for utfordrende atferd. Dette kan illustreres med sitatene «registreringene viser at det ofte har vært utagering når han er på butikken. Personalet handler nå for han uten at han er med» og «vi har avsluttet arbeid på dagsenteret da det ofte ble frustrasjon og utagering når han var der».

Eksempler på aktiviteter som er valgt bort som forebyggende tiltak er: å være på dagsenter, delta på fellesturer, delta på fritidsaktiviteter og på andre aktiviteter i nærmiljøet. Det kommer ikke frem av dokumentene hvem som har besluttet dette, eller begrunnelser for hvorfor de har valgt passive metoder fremfor andre tilnærminger.

Fysisk tilrettelegging

Som forebyggende tiltak beskrives også fysisk tilrettelegging av personens hjem for å hindre skade ved utfordrende atferd. Eksempler kan være å fjerne eller

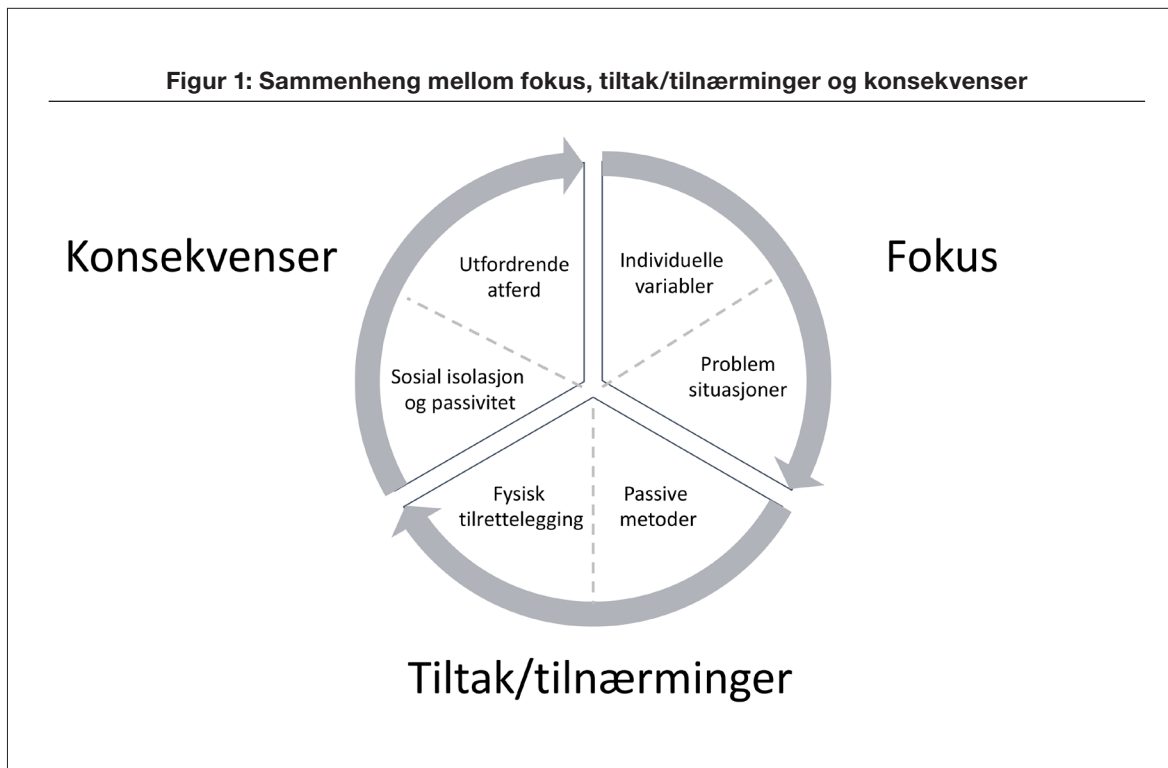
låse inn skarpe og knuselige gjenstander, pleksiglass foran TV, polstring av skarpe kanter, fastmontering av møbler og bestikk og servise av plast. Hensikten synes å være å begrense skade når utfordrende atferd forekommer, og at den fysiske tilretteleggingen kan erstatte fysiske intervensjoner som fastholding. Følgende sitater fra kommunale vedtak kan illustrere fysisk tilrettelegging som forebyggende tiltak: «Han har lite gjenstander i leiligheten. Han benytter plastservice og plastbestikk» og: «Alle møbler er fastmonterte slik at de ikke kan kastets. Det er montert pleksiglass foran TV-skjermen slik at denne ikke kan knuses.»

DISKUSJON

Vi har valgt å diskutere resultatene ved å presentere en figur. Figuren er en abstraksjon forankret i de mest sentrale temaene i materialet (jfr. Kvale og Brinkmann, 2009). Figuren er tentativ og viser hvordan bruk av tvang kan oppstå som resultat av flere faktorer som inngår i en prosess.

Fokus i det forebyggende arbeidet

Funnene indikerer at kommunene legger vekt på kartlegging og registrering av risikosituasjoner. Registreringene identifiserer hovedsakelig i hvilke situasjoner, aktiviteter og gjøremål personen tidligere har vist utfordrende atferd. Dette er sentralt etter som den viktigste prediksjonsfaktoren for utfordrende atferd er om personen har vist utfordrende atferd i lignende situasjoner tidligere (Helsedirektoratet, 2015; Lillevik & Øien, 2014). Vårt inntrykk er at flere saker bærer preg av forenklede analyser selv om funnene viser at kommunene vektlegger kartlegging og registrering av risikosituasjoner. I vedtakene beskrives individuelle risikofaktorer og risikosituasjoner som forklaring på den utfordrende atferden, uten å identifisere hvilke faktorer som faktisk har betydning for at den utfordrende atferden forekommer. Vedtakene redegjør i liten grad for beskyttelsesfaktorer, det vil si individrelaterte eller miljørelaterte faktorer som kan motvirke faren for utfordrende atferd.



Tiltak og tilnæringer

Funnene viser tydelig at passive metoder og fysisk tilrettelegging anvendes som tiltak/tilnærming for å forebygge utfordrende atferd og bruk av tvang. Å unngå situasjoner som tidligere har ført til utfordrende atferd omtales innenfor miljøterapi som passiv behandling. Holden (2013b) skriver at passiv behandling handler om at personen ikke skal havne i situasjoner eller tilstander der vedkommende kan reagere med å vise utfordrende atferd. Holden fremhever at passiv behandling medfører fare for andre problemer på sikt, og at en derfor bør vurdere om det er mulig å kombinere passive metoder med aktive metoder. Den fysiske tilretteleggingen som beskrives i dokumentene er tertiærforebygging som har som hensikt å begrense skade når personer viser utfordrende atferd. En utfordring med denne formen for tilret-

telegging er at den er vanskelig å overføre til andre omgivelser utenfor personens hjem.

Konsekvenser

Gjennom analysen får vi inntrykk av at de personene dokumentene omhandler lever en isolert tilværelse med få og lite varierte aktiviteter. Alle har et lite nettverk, der kontakten med profesjonelle tjenesteytere dominerer, og aktiviteter som innebærer sosial kontakt utover dette, f.eks. dagtilbud og fritidsaktiviteter, er lite fremtredende. Utvikling av en isolert tilværelse er uheldig i et forebyggende perspektiv. Vår studie viser at uheldige valg av forebyggende tiltak, som passive metoder og fysisk tilrettelegging, kan bidra til en tilværelse preget av passivitet, understimulering og sosial isolasjon, noe som igjen kan føre til økning av utfordrende atferd.

Hvilke forbedringer kan forebygge utfordrende atferd og redusere bruken av tvang?

Forbedringer i det miljøterapeutiske arbeidet

Våre funn i studien tilsier at det forebyggende arbeidet hovedsakelig består av sekundær- og tertiærforebyggende tiltak. Dette er tiltak som har til hensikt å hindre at den utfordrende atferden gjentas og å begrense skade når utfordrende atferd forekommer. Dette kommer frem av den tentative prosessen som vi har beskrevet i figur 1 ovenfor. Det er relativt få beskrivelser av primærforebyggende tiltak som fokuserer på betingelser i personens livsmiljø, og som inneholder tiltak for økt livskvalitet. Fokus på ønsket atferd, mulighet for påvirkning, mestring og positive aktiviteter ville vært i samsvar med positiv atferdsstøtte. Gore et al. (2013) ser forbedring av livskvalitet som en intervensjon for å oppnå reduksjon i utfordrende atferd. Vi har funnet lite oppmerksomhet omkring miljøfaktorer. Dette står i strid med nyere forskning om forebygging, for eksempel med Stubruds (2016, 2017) økologiske modell som viser hvordan reduksjon i utfordrende atferd kan skje gjennom endring av faktorer i omgivelsene, og med Allen et al (2013) sin vektlegging av at miljøet må tilrettelegges slik at det er stimulerende. Slike innfallsvinkler vil gi grunnlag for andre utviklingsmuligheter og tilnærminger i det forebyggende arbeidet. Alternative tilnærminger vil kunne forebygge utfordrende atferd, slik at behovet for passive metoder og fysisk tilrettelegging i større grad kan unngås (jfr. figur 1).

Forebygging av utfordrende atferd handler også om organisasjon og ledelse (NOU 2019: 14). Organisatoriske faktorer er i liten grad beskrevet som del av forebyggende arbeid i kommunes vedtak. Lillevik og Øien (2014) viser til at organisatoriske faktorer kan ha betydning blant annet for kvaliteten på det miljøterapeutiske arbeidet. Flere miljøterapeutiske tilnærminger legger vekt på refleksjon over praksiserfaringer som viktige virkemidler for å forebygge utfordrende atferd (Lillevik & Øien, 2014; McDonnell, 2010). Å legge til rette for å utveksle erfaringer mellom tjenesteytere, og tid til refleksjon kan bidra til bedre kvalitet i det forebyggende arbeidet.

Forbedringer i saksbehandlingsprosessen

Hovedfokus for studien var hvordan en kan forebygge utfordrende atferd gjennom miljøterapeutisk tilnærming. Studien viser i tillegg et klart behov for forbedringer i saksbehandlingsprosessen. Et hovedinntrykk etter gjennomgangen av saksdokumentene er at det er vanskelig å få oversikt over hvilke forebyggende tiltak som faktisk er forsøkt, og om de har hatt effekt. De forebyggende tiltakene er sjelden evaluert, og mye tekst i videreføringsvedtak ser ut til å være ren kopi av tidligere vedtak. Dette kan tyde på at bruk av tvang over tid er blitt en etablert praksis, noe som i verste fall kan medføre manglende nytte og utprøving av andre forebyggende tilnærminger.

Aktuelle tiltak er å stille strengere krav til beskrivelser av det forebyggende arbeidet, og til evaluering av forebyggende tiltak ved videreføring av vedtakene. Det bør stilles krav til at spesialisthelsetjenesten konkret anbefaler forebyggende tiltak i sine uttalelser til tvangsvedtakene. I tillegg bør personen selv og/eller personens pårørende involveres mer i vurdering og evaluering av forebyggende tiltak. Kan andre løsninger komme til syne dersom personen selv eller pårørende involveres?

Studiens begrensninger og forslag til videre forskning

Denne studien bygger på et lite utvalg saker, selv om datagrunnlaget må sies å være relativt stort (jfr. tabell 2). Utvalget er derfor ikke representativt, og det er ikke grunnlag for generalisering av funnene. Det fremkommer imidlertid noen tydelige fellestrekk mellom sakene (jfr. figur 1) som sannsynliggjør faglig diskusjon og refleksjon i lignende saker. En annen begrensning er det empiriske materialet i studien. Det primære formålet med saksdokumentene i forbindelse med helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 er ikke å gi detaljerte beskrivelser av det forebyggende arbeidet. Vi kan ikke vite med sikkerhet at det forebyggende arbeidet som faktisk gjøres i kommunene er beskrevet i sin helhet i saksdokumentene. Samtidig tenker vi at dokumentene inne-

holder tilstrekkelig beskrivelser av det forebyggende arbeidet til å belyse problemstillingene i denne studien. Andre forskningsdesign, som for eksempel kvalitative intervju med sentrale aktører og/eller observasjonsstudier, kunne avdekket andre sider ved den miljøterapeutiske tilnærmingen og det forebyggende arbeidet, enn det som kom fram i vår studie.

OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Studien viser at det er behov for økt kunnskap om hvordan utfordrende atferd og bruk av tvang kan forebygges i praksis. Det forebyggende arbeidet kan forbedres ved å rette større fokus på beskyttende faktorer, primærforebyggende tiltak og økt livskvalitet. Studien synliggjør videre behov for strengere krav til dokumentasjon og evaluering av forebyggende arbeid i saksbehandlingsprosessen.

Det er foreslått omfattende endringer på feltet med felles regler for tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten (NOU 2019:14). Fore-

bygging er et av formålene med lovforslaget, som inneholder egne krav til forebygging. Det er positivt at lovforslaget stiller krav om systematisk evaluering av faktorer som har betydning for tvang. Det er også foreslått endringer i saksbehandlingen og i kontrollinstansene. Det er på nåværende tidspunkt vanskelig å forutse hvilke konsekvenser lovendringen vil ha. Mange av høringsinstansene har vært kritiske til lovforslaget, og det har kommet svært mange hørings svar (Regjeringen, 2019). Denne studien gir uansett innspill til de aktører som i dag er involvert i beslutninger om bruk av tvang: den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og Statsforvalteren. Praksisfeltet og kontrollinstansene må rette oppmerksomhet mot forebygging og mot evaluering og utvikling av forebyggende arbeid. Funnene i studien viser at det først og fremst synes å være behov for et tydeligere perspektiv på forebygging overfor den aktuelle målgruppen – for å redusere bruken av tvang.

SUMMARY

The article focuses on the use of coercion regulated by law (Health and Care Services Act chapter 9) concerning preventing challenging behaviour among people with intellectual disabilities. The purpose of the study was to develop new knowledge in this area among community-based services and discuss the potential of preventive interventions aimed at reducing coercion. We have used qualitative document analysis as a research method. Findings show that the preventive efforts were directed at individual risk markers and risk situations. Furthermore, the physical adaptation of the surroundings and passive methods, including avoiding situations and activities that previously had led to challenging behaviour, were often described as prevention interventions in the documents. We argue that such strategies are counterproductive in that they may pacify and isolate persons with intellectual disabilities, which, in turn, may increase the likelihood of challenging behaviour and, ultimately, the use of coercion. In developing usable preventive interventions, we argue that primary preventive strategies might encompass a broader range of opportunities.

Keywords: Intellectual disabilities, prevention, challenging behaviour, coercion, qualitative document analysis

REFERANSER

- Allen, D., James, W., Evans, J., Hawkins S. & Jenkins R.** (2005). Positive behavioural support: definition, current status and future directions. *Tizard Learning Disability Review*, 10 (2), 4–11.
- Allen, D., Langthorne P., Tonge, B., Emerson, E., McGill, P., Fletcher, R., Dosen, A. & Kennedy, C.** (2013) Towards the Prevention of Behavioural and Psychiatric Disorders in People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. 26(6), 501–5014.
- Bakken, T. L.** (2015). *Utviklingshemming og hverdagsvansker. Faktorer som påvirker psykisk helse*. Gyldendal Akademisk.
- Berge, K. & Ellingsen, K. E.** (2015). *Selvbestemmelse og bruk av tvang og makt*. (Rapport fra Barne- ungdoms- og familiedirektoratet) https://naku.no/sites/default/files/files/NAKU_tvang&makt_ferdig2_skjerm.pdf
- Berge, U. I. W.** (2020). Positiv atferdsstøtte. I T. L. Bakken (Red.), *Håndbok i miljøterapi. Til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s. 131–147). Fagbokforlaget
- Bjerkan, A. M., Lippestad, J. W. & Husum, T. L.** (2011). *Gjennomgang av vedtak etter sosialtjenesteloven kapittel 4A-om bruk av tvang og makt ovenfor personer med psykisk utviklingshemming*. (Sintef Rapport A18961). <https://www.sintef.no/en/publications/publication/1268148/>
- Bowen, G.** (2009). Document Analysis as a qualitative research method. *Qualitative research journal*, 9(2) 27–40
- Caplan, G.** (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. Basic books
- Carr, E.G., Dunlap, G., Horner R.H., Koegel R.L., Turnbull A.P., Sailor W., Anderson J.L., Albin, R.W., Koegel L.K. & Fox L.** (2002). Positive behavior support: evolution of an applied science. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 4(1), 4–16.
- Duedahl, P. & Jacobsen, M. H.** (2010). *Introduksjon til dokumentanalyse*. Syddansk universitetsforlag.
- Eknes, J.** (2000). Utfordrende atferd. I J. Eknes (Red.) *Utviklingshemming og psykisk helse*. (s. 224–275). Universitetsforlaget.
- Ellingsen, K. E.** (2006). *Lovregulert tvang og refleksiv praksis*. [Doktorgradsavhandling] Luleå tekniska universitet.
- Ellingsen, K. E.** (2015, 16 juni). *Utviklingshemmede*. <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Utviklingshemmede/>
- Felner, R. D., Jason, L. A., Moritsugu, J. N. & Faber, S. S.** (Red.) (1983). *Preventive Psychology. Theory, Research and Practice*. Pergamon Press.
- Gorden, R.** (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health Reports*. 98(2), 107–109.
- Gore, N.J., McGill, P., Toogood, S., Allen, D., Hughes, J.C., Baker, P. & Denne, L. D.** (2013). Definition and scope for positive behavioural support. *Journal of Positive Behavioural Support*, 3(2), 14–23.
- Handegård, T. L.** (2005). *Tvang, makt og ambivalens. En studie av hvilken betydning lovreglene om bruk av makt og tvang overfor psykisk utviklingshemmede kan få i det daglige omsorgsarbeidet*. [Doktorgradsavhandling] Universitetet i Tromsø.
- Handegård, T. L. & Gjertsen, H.** (2008). *Kapittel 4A – en faglig revolusjon? Evaluering av sosialtjenestelovens kapittel 4A Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming*. (Rapport fra Nordlandsforskning 1/2008). <https://evalueringportalen.no/evaluering/kapittel-4a-en-faglig-revolusjon-evaluering-av-sosialtjenestelovens-kapittel-4a-rettssikkerhet-ved-bruk-av-tvang-og-makt-overfor-enkelte-personer-med-psykisk-utviklingshemming/>
- Harper, S., Webb, T. & Rayner, K.** (2013). The effectiveness of mindfulness-based interventions for supporting people with intellectual disabilities: a narrative review. *Behavior Modification*, 37(3), 431–453.
- Helsedirektoratet** (2015). *Rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming*. (IS-10/2015). [Rundskriv] Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/rettssikkerhet-ved-bruk-av-tvang-og-makt-overfor-enkelte-personer-med-psykisk-utviklingshemming>
- Helse- og omsorgstjenesteloven** (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (Lov 2021-06-20-30) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsetilsynet** (2008). *Nødvendig tvang. En gjennomgang av fylkesmennenes data om bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemming for perioden 2000–2007*. (Rapport fra helsetilsynet 7/2008). Statens helsetilsyn. <https://www.helsetilsynet.no/historisk-arkiv/rapport-fra-helsetilsynet/2008/tvang-makt-utviklingshemming-2000-2007/>
- Helsetilsynet (2017)**. *Årsrapport 2016 fra Statens helsetilsyn*. Statens helsetilsyn.
- Helsetilsynet (2020)**. *Årsrapport 2019 fra Statens helsetilsyn*. Statens helsetilsyn.
- Holden, B.** (2013a). Funksjonelle analyser av problematferd. En introduksjon. *Norsk tidsskrift for atferdsanalyse*, 40(2) 121–132.
- Holden, B.** (2013b). *Miljøbehandling. En*

- atferdsanalytisk tilnærming. Gyldendal Akademiske.
- Janssen, C. G. C., Schuengel C. & Stolk, J.** (2002). Understanding challenging behavior in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research*. 46(6), 445-453.
- Kvale, S. & Brinkmann, S.** (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.
- Kylland, H.** (2018). Rettssikkerhet for personer med utviklingshemming. *SOR-rapport*, 64(2), 2-18.
- Larsen, E.** (2015). *Miljøterapi med barn og unge. Organisasjonen som terapeut*. (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Likestillings- og diskrimineringsombudet** (2019). *Tvang og makt mot personer med utviklingshemming etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9. Likestillings- og diskrimineringsombudets gjennomgang av 32 saker fra Fylkesmannen i Hedmark*. (Rapport fra LDO) https://www.ido.no/globalassets/brosjyrehandboker-rapporter/rapporter_analyser/tvang-2019/tvang-og-makt-mot-personer-med-utviklingshemming-etter-helse--og-omsorgstjenesteloven-kapittel-9.pdf
- Lillevik, O. G. & Øien, L.** (2014). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Gyldendal Akademiske.
- Lorentzen, P.** (2015) *Ansvar og etikk i miljøarbeid. En relasjonell tilnærming*. Universitetsforlaget.
- Major, F. M., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. E.** (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Folkehelseinstituttet.
- Malterud, K.** (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*, (4. utg.). Universitetsforlaget.
- McDonnell, A.** (2010) *Managing aggressive behavior in care settings. Understanding and applying low arousal approaches*. Wiley-Blackwell.
- Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J.** (1994). *Reducing risks for Mental Disorders. Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy Press.
- NAKU** (2020, 7. desember). *Forskning om bruk av tvang og makt ved utviklingshemming*. Hentet 23.07.21 fra <https://naku.no/kunnskapsbanken/tvang-og-makt-forskning#main-content>
- NOU 2019:14** (2019). *Tvangsbegrensingsloven. Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Tvangslovsutvalget. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/?ch=1>
- NOU 2016:17** (2016). *På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Barne- og likestillingsdepartementet <https://www.regjeringen.no/contentassets/bobaf226586543ada7c53ob4482678b8/no/pdfs/nou201620160017000odddpdfs.pdf>
- Nylander, L.** (2012) *Friskvern og psykisk helse*. I T. L. Bakken & M. E. Olsen (Red.). *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming. Forståelse og behandling*. Universitetsforlaget.
- Regjeringen** (2019). *Høring av NOU 2019:14 Tvangsbegrensingsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten* <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-av-nou-2019-14-tvangsbegrensingsloven---forslag-til-felles-regler-om-tvang-og-inngrep-uten-samtykke-i-helse--og-omsorgstjenesten/id2660716/?expand=horingssvar>
- Stubrud, L. H.** (2015). Bruk av tvang ovenfor personer med utviklingshemming. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(10), 878-886.
- Stubrud, L. H.** (2016). Regulering av emosjoner og atferd hos personer med utviklingshemming. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(10), 806-813.
- Stubrud, L. H.** (2017). Økt livskvalitet gjennom økologisk tilpasning. Reduksjon i bruk av tvang og makt overfor en person med utviklingshemming og autisme. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(9), 812-820.
- The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists** (2015). *Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Preventing and interventions for people with learning disabilities whose behavior challenges*. National Collaborating Centre for Mental Health
- Vergemålloven** (2011). *Lov om vergemål*. (LOV-2010-03-26-9) <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-03-26-9/kap4#kap4>