

Masteroppgave, høst 2023

Pasienter med gjentatte innleggelser på psykiatrisk akuttmottak:

Hvem er de, og kan de få et bedre tilbud med færre innleggelser?

Anders Jacob

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon, kull 35

30 studiepoeng

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo



Forord

Masterstudiet i erfaringsbasert helseadministrasjon har hjulpet meg til å se de store linjene som gjør helsetjenesten mer oversiktlig og logisk. Medstudenter og forelesere på kull 35, høsten 2021 til høsten 2022, har gjort gjennomføringen av studiet til en lærerik og inspirerende prosess.

Jeg har hatt mange personer rundt meg i prosessen med å utvikle og gjennomføre denne oppgaven. På min arbeidsplass på Blakstad Sykehus i Vestre Viken HF vil jeg takke ass. klinikkssjef Kristin Tafjord Lærum og sykehussjef Marit Opsahl for god tilrettelegging gjennom studiet. På psykiatrisk akuttmottak har spesialistgruppen under ledelse av seksjonsoverlege Else Malthe-Sørenssen bidratt med erfaring, fag, tanker og innspill, ikke minst den kyndige miljøgruppen, som ble ledet av kst. avd. sjef Sølvi Johansen Brøvig, fagutvikler Evy Torgersen og gruppeleder Cathrine Breivik. Mine kolleger i administrasjonen, bestående av spesialrådgiver Hanna Mantila, spesialrådgiver Jan Hammer og sykehusoverlege Magnus Karlsen, har vært støttende og inspirerende. Controller i klinikken Robert Haug hjulpet med uthenting av data, bidratt med gode løsninger i et stort og uoversiktlig datamateriale, og ikke minst vært utholdende på epost.

Mine kolleger på psykiatrisk legevakt har vært sentrale for min faglige utvikling. Jeg vil spesielt nevne leder for Psykiatrisk Legevakt Ewa Ness, som motiverte meg til å ta dette studiet og har gitt meg viktig faglig og personlig veiledning opp gjennom årene, LIS i psykiatri og ph.d. Anders Malkomsen for lange diskusjoner om psykisk helsevern, og mine tidligere veiledere på talentutviklingsprogrammet psykologspesialist Erik Brenna og psykiater Ole Steen, som har bidratt med pragmatiske faglige innspill, fortolkninger og praktisering av ulike lovverk. Miljøet rundt Tvangsforsk, nåværende Frivillighet og tvang, har kommet med innspill og refleksjoner, og jeg vil nevne professor Tonje Lossius Husum, tidligere leder for Tvangsforsk psykiater Kent Jensen, postdoc Olav Nytingnes og førsteamanuensis Nikolaj Kunøe, som alle har hjulpet med å knekke små og store koder.

Det har vært flere velvillige hjelpere som har bidratt med korrekturlesning og andre små og store innspill. Jeg vil gi en stor takk for hjelp i den innledende fasen til spesialrådgiver Hanna Mantila, stip. Geir Tarje Bruaset, stip. Andreas Seierstad, seksjonsoverlege Kristine Eldorhagen, seksjonsoverlege Else Malthe-Sørenssen, stip. Hallvard Hagen og stip. Martin Myhre. Videre har Ewa Ness og Ole Steen bidratt med faglig gjennomlesning. I den avsluttende fasen skal helseøkonom Per Arne Holman ha en spesielt stor takk for å ha bidratt raust med å samle trådene, vist vei, og hjulpet til med de sentrale problemstillingene i oppgaven. Min veileder, professor Tor Iversen, har bidratt med verdifulle innspill og en stødig veiledningsprosess, spesielt i perioder med uforutsigbarhet og motgang. Kirsten Hemmer har vært uvurderlig med sine innspill til struktur og språk, og med sin fleksibilitet. Til sist vil jeg takke min kone og mine barn, for stor tålmodighet med mine mange sene kvelder det siste året.

Sammendrag

Den overordnede politiske målsettingen for helsetjenestene i Norge er *effektivitet*, mest mulig helse for pengene, og *rettferdighet*, lik tilgang for like behov og reduksjon av ulikheter i helse. I psykisk helsevern er det konkludert av Helsedirektoratet (2018) at 10 prosent av pasientene står for 76,6 prosent av den totale ressursbruken, og 5 prosentene for 63,8 prosent. Dette fenomenet kan sammenlignes med «Paretos prinsipp», om at noen få tilfeller står for den største delen av det totale utfallet. Paretos prinsipp er et «normalt» fenomen som finnes i flere områder av samfunnsvitenskapen, men bør være gjenstand for forbedringer om det kan reduseres eller unngås.

Erfaringsmessig finnes det pasienter som har periodevis eller gjennomgående høyt antall innleggelse på psykiatrisk akuttmottak med tilnærmet lik problemstilling. Disse forløpene kan være ressurskrevende, sammensatte, involverer ofte mange parter og instanser, og kan være indikasjon på at pasientene har begrenset nytte av innleggelsen. Det er uklare årsaker til at pasientene likevel blir henvist til gjentatte frivillige eller tvungne opphold, ofte av kort varighet og med lik problemstilling. Fra min erfaring som kliniker og leder virker flere av innleggelsene lite effektive med begrenset utbytte for pasienten. Dersom innleggelsene er lite effektive, kan de også fremstå som lite rettferdig fordelt overfor pasientene som mottar helsehjelpen, som mulig kunne fått bedre hjelp ved annen organisering og/ eller behandling, men også fordi den alternative anvendelsen av helsetjenester alltid er helsetjenester som kan gis til andre pasienter. Selv om denne pasientgruppen er i tydelig behov av systematiske og målrettede tiltak, er den lite beskrevet i litteraturen. Problemstillingene er ofte kompliserte og sammensatte for helsetjenesten, noe jeg i denne oppgaven forsøker i større grad å konkretisere med spørsmål om ressursene kan bli bedre utnyttet ved en annen organisering og ved annen prioritering.

Klinikk for psykisk helse og rus i Vestre Viken HF har et pågående prosjekt kalt «Samhandling og pasientflyt PHR 2020–2025» med mål om å utvikle løsninger som gir trygge overganger i behandlingstjenesten for pasienter, pårørende og medarbeidere i akutt psykisk helsevern. Som ledd i dette har psykiatrisk akuttmottak på Blakstad Sykehus hatt fokus på pasientgruppen med gjentatte innleggelse gjennom 2022 og 2023, der kvalitetsforbedring av helsetilbudet og bedre ressursutnyttelse er målet. I arbeidet har man samlet erfaring og gjennomført litteraturgjennomganger for å utvikle et mer helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud baserer seg på faglig begrunnede tiltak og kan redusere antall uvirksomme innleggelse. Ved beskrivelse av pasientene og deres forløp, bedre samarbeid med pasienter og pårørende, målrettede tiltak og systemarbeid for bedre samhandling mellom tjenester og instanser er det mye som tyder på at flere av pasientene kan få helsetjenester med færre innleggelse, og tiltak i tråd med nasjonale

anbefalinger. Drøftingen og anbefalinger i oppgaven vil kunne være av interesse for andre psykiatriske akuttmottak med lignende problemstillinger.

I denne oppgaven vil jeg a) beskrive pasientene med flest antall innleggelser på psykiatrisk akuttavdeling ved Blakstad Sykehus gjennom 2022, b) undersøke hvem som henviser dem, årsak til innleggelse, og om pasientene har noen fellestrekk, c) vurdere disse fellestrekene i lys av litteratur og klinisk erfaring gjennom 2022 og 2023, for å d) komme med hypoteser til anbefalinger om hvordan man kan gi et mer effektivt helsetilbud til disse pasientene med færre innleggelser.

Prosjektet ble tildelt 30 000 kroner i 2022 av organisasjonen Frivillighet og Tvang, tidligere Tvangsforskningsnettverket, men det har ikke vært behov for å benytte dem.

Abstract

The overarching political goals for healthcare services in Norway encompass efficiency, maximizing health outcomes for the investment, and equity, ensuring equal access for equal needs while reducing health disparities. In mental healthcare, the Norwegian Directorate of Health (2018) concluded that 10 percent of patients accounted for 76.6 percent of total resource utilization, while 5 percent accounted for 63.8 percent. This phenomenon can be compared to the «Pareto Principle», which suggests that a few cases contribute to the majority of the overall outcome. The Pareto Principle is a common occurrence found in various areas of the social sciences. However, on the other side, the principle should be subject to improvements if it could be reduced or avoided.

Experience indicates the existence of patients with recurrent high numbers of admissions to psychiatric emergency departments, often with a similar cause of admission. These trajectories are resource-intensive, complex, involving multiple parties and agencies, and might indicate a limited benefit from hospitalization for the patient. The causes for the repeated admission of these patients for voluntary or involuntary short-duration stays, often with recurrent causes for admission, remain unclear. In my experience as a clinician and manager, many of these admissions seem ineffective and offers a limited benefit to the patients. If admissions are ineffective, they may appear to be unfairly distributed among patients receiving healthcare, some of whom might have received better assistance through different organization or treatment methods. Furthermore, this alternative use of healthcare resources could always benefit other patients in need. Despite the evident need for systematic interventions for this patient group, literature concerning them is scant. These issues pose complexities for healthcare, which in this context, I aim to delineate further by exploring whether health care resources could be better utilized through a different organization and prioritization.

The Clinic for Mental Health and Substance Abuse at Vestre Viken HF is engaged in an ongoing project titled «Samhandling og pasientflyt PHR 2020–2025». This project aims to develop solutions ensuring safer transitions in treatment services for patients, next of kin, and staff in acute mental healthcare. As a part of this, the psychiatric emergency department at Blakstad Hospital has focused on patients with recurrent admissions throughout 2022 and 2023, aiming for quality improvement in healthcare services and better resource utilization. Through clinical experience and literature reviews, efforts have been made to develop a more comprehensive and coherent treatment based on evidence-based interventions, potentially reducing ineffective admissions. By describing patient profiles and their trajectories, enhancing collaboration with patients and their next of kin, targeted interventions, and systemic efforts to improve inter-service and inter-agency collaboration suggest the possibility of providing healthcare to several patients with fewer admissions, in alignment with

national recommendations. The discussion and recommendations in this study might be of interest to other psychiatric emergency departments facing similar challenges.

In this study, I will describe a) patients with the highest number of admissions to the psychiatric emergency unit at Blakstad Hospital in 2022, b) investigate the source of referral, cause of admission, and any commonalities among these patients, c) evaluate these commonalities in the context of literature and clinical experience from 2022 and 2023, aiming to d) propose hypotheses for recommendations on how to provide a more effective healthcare for these patients with fewer admissions.

The project received a grant of 30 000 NOK in 2022 from the organization Frivillighet og tvang, formerly Tvangsforskningsnettverket, but has not been utilized.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag	3
Abstract	5
Innholdsfortegnelse	7
1.0 Innledning.....	9
2.0 Målet med helsetjenester	10
3.0 Psykisk helsevern.....	12
3.1 Organisering av psykiatrisk akuttmottak i VVHF	13
3.2 PAM i VVHF sammenlignet med andre HF	14
4.0 Psykiatrisk akuttinnleggelse	14
4.1 Psykiatrisk akuttinnleggelse	14
4.2 Prosess ved psykiatrisk akuttinnleggelse	15
4.3. Vurdering av henvisning til psykiatrisk akuttinnleggelse	16
5.0 Helseøkonomi.....	17
5.1 Kostnader for <i>døgnbehandling i Klinikk for psykisk helse og rus, VVHF</i>	17
5.2 Kostnader for samfunnet	17
6.0 Pasienter med stor tjenestebruk i psykisk helsevern	18
6.1 Pasienter med stor tjenestebruk på psykiatrisk avdeling	19
6.1.1 Internasjonal litteratur	19
6.1.2 Hva vet vi om pasienter som reinnlegges i psykisk helsevern?.....	20
7.0 Kvalitet i helsetjenesten	21
7.1 Veiledere og retningslinjer	22
7.2 «Samhandling og pasientflyt PHR 2020 – 2025».....	23
8.0 Metode	24
8.1 Personvern	24
8.2 Variabler	26
9.0 Resultater	28
9.1 Fellestrekk hos pasientene/ kliniske underkategorier	31
9.1.1 Personlighetsforstyrrelser	32
9.1.2 Rusrelaterte innleggelser	33
9.1.3 Alvorlig sinnslidelse	33
9.1.4 Andre	34
10.0 Diskusjon	34
10.1 Fellestrekk hos pasientene / kliniske underkategorier	35
10.1.1 Personlighetsforstyrrelser	35

10.1.2 Rusrelaterte innleggelser	39
10.1.3 Alvorlig sinnslidelse	41
10.2 «Suicidalitet»	43
10.3 Legevakt og øyeblikkelig psykiatrisk helsehjelp	45
10.4 Skade og iatrogenese ved psykiatriske innleggelser	48
10.5 Forventninger til psykisk helsevern	50
11.0 Anbefalinger	51
11.1 Anbefalinger til egen psykiatrisk avdeling	51
11.1.1 Opprettelse av system for å få oversikt over pasienter med gjentatte innleggelser	51
11.1.2 Helseforetakene og andre instanser bør prioritere samhandlingsteam for pasienter med stor bruk av helsetjenester med mange involverte parter	52
11.1.3 Bedre rutiner for samarbeid mellom PAM og legevaktene	52
11.1.4 Opprettelse av områdefunksjoner for pasienter med personlighetsforstyrrelse	53
11.2 Anbefalinger til legevaktene	53
11.2.1 Legevaktene bør satse på kompetanseheving i psykiatri	53
11.2.2 Legevaktene bør vurdere behov for multibrukergrupper	54
11.3 Anbefalinger til Helsedirektoratet	54
11.3.1 Helsedirektoratet bør få oversikt over henvisninger hvor etablering av tvungent vern nektes	54
11.3.2 Prosessindikator for pasienter med gjentatte innleggelse på psykiatrisk avdeling	54
11.4 Anbefaling til videre forskning	55
12.0 Avslutning og oppsummering	55
12.1 Begrensninger ved oppgaven	56
Referanser	57
Vedlegg	76

1.0 Innledning

Erfaringsmessig finnes det mindre pasientgrupper som er storbrukere med mange innleggelser på psykiatriske akuttmottak. Flere av pasientene som har gjentatte innleggelser på psykiatrisk akuttmottak (PAM), er i denne oppgaven antatt å ofte motta akutte tiltak for en vedvarende problematikk og få lite virksomme, ukoordinerte og ressurskrevende helsetjenester med mange involverte parter. I tillegg kan andre faktorer bidra til høyt antall innleggelser, som lidelsens eller sykdommens natur, komorbide tilstander, manglende effektivitet i behandling, manglende eller utilstrekkelige tiltak utenfor spesialisthelsetjenesten, som botilbud og kommunale tjenester, sosioøkonomiske forhold, pasientens manglende helsekompetanse, pasientens egne preferanser for livsførsel, m.m. Flere av pasientene henvises ofte akutt til tvungent psykisk helsevern for tilnærmet like problemstillinger som kan være vanskelig å behandle effektivt på en psykiatrisk akuttavdeling. Andre studier har definert pasienter i psykisk helsevern som storbrukere ved 4 eller flere innleggelser (e.g. Beck, Harris, Newman, Evans, Lewis & Pegler, 2016). Pareto-prinsippet, hvor få pasienter står for et høyt antall innleggelser, er vist i psykiatriske akuttmottak i flere land (e.g. Graca, Klut, Trancas, Borja-Santos & Cardoso, 2013; Golay, Morandi, Conus & Bonsack, 2019).

Pasientene med gjentatte henvisninger til PAM kan ha en problematikk som virker omfattende, uoversiktlig og uangripelig, hvor helsetjenesten forsøker å bidra med behandlingstiltak etter evne. Hensikten med denne oppgaven er å dele problemstillingen opp i underproblemstillinger som drøftes på bakgrunn av kliniske erfaringer og litteratur, og vil konkludere med hypoteser til konkrete forbedringstiltak. Helsetjenestene skal være innordnet mot å kunne tilby tjenester som gir helseforbedringer, og man bør da stille spørsmål om spesielt ressurskrevende pasienter faktisk oppnår helseforbedringer med de tjenestene som gis.

Resultatene og diskusjonen kan gi et grunnlag for å gi pasientene behandling på tvers av tjenestene med økt koordinering og samforståelse av hensiktsmessige handlingsalternativer. Hypoteser om tiltak for bedre oppfølging og behandling bør referere til punktene om hva som er tjenester av god kvalitet i helsetjenesten. Den samfunnsøkonomiske nytteverdien er antatt å være høy ettersom kostnadsbesparelsen knyttet til forbedringstiltak er vesentlige på tvers av de involverte instansene. Spørsmålet om det finnes handlingsrom for reduksjon av innleggelser for denne pasientgruppen bør være av interesse for alle involverte parter.

I denne oppgaven vil jeg a) beskrive pasientene med flest antall innleggelser på psykiatrisk akuttavdeling ved Blakstad Sykehus gjennom 2022, b) undersøke hvem som henviser dem, årsak til innleggelse, og om pasientene har noen fellestrekk, c) vurdere disse fellestrekene i lys av litteratur

og klinisk erfaring gjennom 2022 og 2023, for å d) komme med hypoteser til anbefalinger om hvordan man kan gi et mer effektivt helsetilbud for disse pasientene.

Oppgaven innledes med en introduksjon til det teoretiske rammeverket for helsetjenesten i kapittel 1. Videre utdypes rammeverket til psykisk helsevern, organiseringen av psykiatrisk akuttmottak og den formelle prosessen med henvisning til akutt innleggelse på psykiatrisk avdeling i kapittel 3 og 4. I kapittel 5 følger en kort konkretisering av den økonomiske ressursbruken ved en psykiatrisk innleggelse både lokalt og for samfunnet ellers. I kapittel 6 presenteres det empiriske grunnlaget som beskriver pasienter med store behov, viser til internasjonal litteratur om pasienter med stor ressursbruk, og tilgjengelig kunnskap om reinnleggelser i psykisk helsevern. Hypoteser om anbefalinger til denne pasientgruppen, som avslutter oppgaven, bør baseres på hva som kjennetegner helsetjenester av høy kvalitet og nasjonale veiledere, og beskrives i kapittel 7. I kapittel 8 beskrives hvordan data er samlet inn, valg av variabler, og personvern. Resultatene presenteres i kapittel 9, og viser til fellesnevner hos grupper av pasienter, som blir drøftet i lys av litteratur og kliniske erfaringer i kapittel 10, sammen med andre relevante drøftingspunkter. Kapittel 11 presenterer hypoteser om anbefalinger som mulig kan gi pasientene med flest psykiatriske akuttinnleggelser et bedre tilbud. Oppgaven oppsummeres i kapittel 12, der også begrensninger nevnes.

2.0 Målet med helsetjenester

Offentlige helsetjenester har som formål å forebygge, diagnostisere og behandle sykdom, yte pleie og omsorg for syke mennesker samt rehabilitere. Helsetjenester er og vil alltid være et knapphetsgode, og ressursene må prioriteres. Prioriteringer i praksis vil være bevisste valg om hva som skal gjøres først og påfølgende, hva og hvem som må vente, hvem som skal få, og hvem som ikke skal få. Prioriteringene i de norske helsetjenestene baserer seg på verdier og tar utgangspunkt i anbefalingene til Lønning-II-utvalget (NOU 1997:18; NOU 2014:12). Den overordnede politiske målsettingen for de norske helsetjenestene er *effektivitet*, oversatt til mest mulig helse for pengene, og *rettferdighet*, oversatt til lik tilgang for like behov og reduksjon av ulikheter i helse (Meld. St. 34., 2016). Bruken av ressurser er relevant i denne sammenhengen ettersom de er begrenset, og behovet for helsetjenester er bunnløst, derfor må de prioriteres. Alternativkostnaden til ressursbruk for en helsetjeneste med begrensede midler som prioriteres, vil alltid være tapte helseforbedringer for andre. Helse er en kvalitativ størrelse som ikke kan måles i penger, og kan beskrives som en kombinasjon av fysisk funksjon, psykisk tilstand og muligheter for sosial utfoldelse (Olsen, 2006). Rettferdighetsprinsippet tilsier at begrensede helseressurser skal fordeles i tråd med allment aksepterte normer, som i det norske helsevesenet er operasjonalisert gjennom de tre prioriteringskriteriene *nytte*, *ressursbruk*, og *alvorlighet* (Magnussen, 2019). Disse kriteriene er ment

å brukes samlet for å legge forholdene til rette for at den helsehjelpen som prioriteres, gir mest helse for pengene, men også at den blir fordelt på en slik måte at pasienter med de alvorligste tilstandene prioriteres foran andre (Hofmann, Førde & Magelssen, 2019). De lidelsene som bør ha høy prioritet på grunn av store samfunnsmessige og personlige omkostninger, er ofte de som er vanskeligst å håndtere, som krever mest samarbeid mellom flere enheter og nivåer over tid (Arntzen, 2021), og kan inkludere pasienter med gjentatte innleggelser i psykisk helsevern. Ressursbruken i helsetjenesten er ujevn, et fenomen som kan uttrykkes i Paretos prinsipp (1906; Helsebiblioteket, 2023) om at 80 prosent av utfallet er et resultat av 20 prosent av årsakene. Pareto-prinsippet sier at i en gruppe av forhold som bidrar til en felles effekt, er det et fåtall som står for det største bidraget. Forbedringstiltak som retter seg mot de få årsakene som skaper flest hendelser, i dette tilfellet få pasienter med mange innleggelser, kan derfor sies å ha størst potensial for oppnå størst effekt.

Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008-09) satte for alvor samhandling i helsetjenesten på dagsorden med fokus på koordinerte og sammenhengende tjenester av god kvalitet på tvers av kommune- og spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for reformen var til dels at dårlig koordinerte tjenester ble betegnet som dårlig utnyttelse av helsevesenets felles ressurser. Et helhetlig og koordinert hjelpetilbud, internt og på tvers av tjenester, er også en lovfestet pasientrettighet i pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl) (1997). Primærhelsemeldingen (Meld. St. nr. 26 (2014–2015)) peker på at behovet for helsetjenester er endret ved at flere har kroniske sykdommer og psykiske plager. Stadig flere har samtidig behov for tjenester fra et vidt spekter av fagområder, og mange kunne fått et bedre liv og hatt færre innleggelser i spesialisthelsetjenesten dersom innhold og organisering av den kommunale helse- og omsorgstjenesten var bedre tilpasset behovet. Mer målrettet tilnærming kan dempe presset på tjenester på lengre sikt. Jo flere aktører, jo større risiko for at behandlingsplaner ikke følges dersom det tilkommer behandlingstiltak eller akutte tiltak fra sidelinjen, og pasientsikkerheten blir senket. Potensielle fallgruver for denne gruppen med pasienter i psykisk helsevern er mange: stor variasjon i kompetanse hos dem som vurderer innhold i behandling og behandlingsnivå, mangelfull tilgang til anamnese, ulik forståelse av problemstilling og diagnose med påfølgende tiltak, ulike medikamentelle vurderinger, ikke-oppdaterede medikamentlister, ukoordinerte tiltak i form av øyeblikkelig hjelp og ikke som del av en helhetlig og målrettet behandlingsplan, og ubehag i vanskelige og sammensatte vurderinger som kan føre til at behovet for trygghet hos behandler eller henvisende instans trumfer pasientens faktiske behov. Tidlig identifikasjon av pasienter som sårbare for gjentatte innleggelser er antatt å kunne forebygges gjennom systematisk og fokusert arbeid (Golay, Morandi, Conus & Bonsack, 2019).

3.0 Psykisk helsevern

Psykiske lidelser er en av de største sykdomsgruppene i Norge (Meld. St. 34 (2012-2013)), og behandlingen av dem foregår både i førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Psykisk helsevern er et spesialisthelsetilbud med ansvar for å undersøke, behandle og følge opp pasienter med akutte og alvorlige psykiske sykdommer eller helseplager. Psykisk helsevern skjer i spesialisthelsetjenesten, som vil si distriktpspsykiatriske sentre (DPS) og sykehus, der vi finner pasientene med gjentatte akuttinnleggelser. Psykisk helsevern skiller seg fra andre fagdisipliner innen medisinen ved at vurderingene i større grad må basere seg på et helhetlig perspektiv. Både problemforståelse og behandlingsmetoder er lite fasetpreget, og psykisk helsevernloven (phvl) (1999) tillater bruk av tvangsinnleggelse, institusjonell tvang og tvangsbehandling. Psykisk helsevern jobber ofte med vanskeligstilte og sårbare pasienter som kan ha store og sammensatte behov for tjenester. Historisk sett har det som tidligere ble betegnet som *psykiatrien*, begått tvilsom behandling, på tvilsomt grunnlag, med dertil tvilsomme metoder (e.g. Szasz, 2007). Psykisk helsevern har gjennomgått en stor utvikling de siste tiårene, med færre sykehussenger og langtidsinstitusjoner, til fordel for poliklinisk og ambulant behandling og tjenester i kommunen. Phvl regulerer og begrenser bruken av tvang, og i Odelstingets forarbeid til loven understrekes betydningen av å beskytte menneskerettighetene til personer med psykiske vansker (Ot.prp. nr. 11 (1998–99)). Norge har også anerkjent FNs konvensjon for rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) (2006), som inkluderer personer med psykiske lidelser. Spesialisthelsetjenesten innen psykisk helse har vært i stor endring de siste årene med blant annet vesentlig nedbygging av sengeplasser i psykisk helsevern. I 2022 publiserte Aftenposten (Drabløs & Trædal, 2022) en artikkel basert på data fra Statistisk sentralbyrå, som omhandlet nedbyggingen av sengeplasser. Fra 2002 har antall senger i psykisk helsevern blitt redusert med 2169, en nedgang på 38 prosent. Ekspertutvalget om samtykkekompetanse (2023) viser til en nedgang i antall døgnplasser fra 2011 til 2023 med 900, tilsvarende 22 prosent. Ressursene er i hovedsak omfordelt til alternative behandlingsformer, som blant annet ambulante tjenester (Bremnes et al., 2017). Den nasjonale trenden med å gradvis endre behandlingsnivå fra lengre døgnopphold til poliklinisk tilknytning vil påvirke hvilke pasienter som henvises for ulike tilstander, hvor lenge pasientene er innlagt, hva slags behandling som tilbys, når i behandlingsforløpet pasienten blir skrevet ut, og hva slags poliklinisk behandling og oppfølging som gis fra spesialist- og primærhelsetjenesten. En politisk styrt reduksjon av sengeplasser vil også ha innvirkning på hvilke pasienter som får hva, på hvilken måte og når, inkludert pasientgruppen med akutte innleggelser. I stedet for døgninnleggelser satses det på ambulante, arenafleksible og ambulante tjenester, som blant annet FACT (Flexible Assertive Community Treatment) (Helsedirektoratet, 2015), akutteam på DPS for rask psykisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2014), bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (St.meld.

nr. 47, 2009) samt økt fokus på brukermedvirkning og pasientens helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

3.1 Organisering av psykiatrisk akuttmottak i VVHF

Vestre Viken Helseforetak inngår i det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst og leverer spesialisthelsetjenester til ca. 500 000 mennesker i 22 kommuner. Organisatorisk er Klinikk for psykisk helse og rus én av åtte klinikker i helseforetaket, som videre er organisert i 10 avdelinger som inkluderer poliklinikker og døgntjenester for barne- og ungdomspsykiatri (BUP) og poliklinikker, døgntjenester i de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) og voksenpsykiatrisk avdeling på Blakstad Sykehus. Blakstad Sykehus utenfor Asker og har tre psykiatriske avdelinger, Avdeling for spesialpsykiatri, Avdeling for alderspsykiatri og Avdeling for akuttpsykiatri (vedlegg 1.) Sykehuset har gjennomgått store organisatoriske endringer de siste årene, og Avdeling for akuttpsykiatri var tidligere organisatorisk lagt som fire seksjoner under Blakstad Sykehus. Avdeling for akuttpsykiatri ble opprettet som egen avdeling i 2020, ledes av en avdelingssjef, faglig støttet av avdelingsoverlege og avdelingspsykolog, og består av ett PAM og tre akuttseksjoner med til sammen 54 lukkede døgnplasser. PAM består av 10(+2) døgnplasser, ledes administrativt av en seksjonsleder med personal-, drifts- og økonomiansvar, og faglig av en seksjonsspesialist. Miljøpersonalet er tverrfaglig sammensatt. Behandlergruppen er underlagt avdelingssjef i en egen seksjon.

Henvisninger til øyeblikkelig hjelp på PAM kan skje til frivillig opphold (§2-1 i phvl) eller til tvungen innleggelse (§3-2, §3-3, §4-10 i phvl). Seksjonen har også ansvar for akutt avrusning.

Hovedfunksjonen til et PAM er vurderinger av alvorlighetsgrad, behandlingsbehov og eventuelt hvor og på hvilket nivå behandlingen skal foregå. Vurderingene er basert på tverrfaglighet, diagnostikk og differensialdiagnostikk, pasientens helhetlige bilde inkludert anamnese, og samarbeid med pårørende og andre involverte i og utenfor helsetjenesten. Akuttavdelingen har innført lav terskel for konferering med ambulante team i DPS, kalt «FACT-dialog», for å bedre kontinuitet i vekslingene mellom sengepost og poliklinisk oppfølging. Et PAM er også sentralt i samhandling med interne og eksterne samarbeidspartnere. Pasientforløpene kan sluttføres i mottak, overføres internt til andre akuttseksjoner eller overføres til andre interne og eksterne tjenesteytere, som DPS-døgnposter, poliklinisk behandling, avgiftning, sykehjem, sykehus, bemannede botilbud, sykehjem, poliklinikk, kommunale tilbud, m.m. Pasientene som fordeles fra PAM til akuttseksjonene, får sin sengepost tildelt algoritmisk etter fødselsdato for å øke kontinuiteten i behandlingen ved flere enn en innleggelse. PAM har hatt flere drøftinger om brukerstyrte innleggelse, men anvender ikke dette per nå.

Et PAM har høyere bemanningsgrad enn andre ressurskrevende akuttposter, og er også en viktig bufferkapasitet opp mot interne døgnposter. Andre funksjoner til et PAM er rådgivende funksjon ved

eksterne henvendelser og ved utskrivelse, å kunne samle tråder i sammensatte saker og ha bedre beslutningsgrunnlag for eventuelle tiltak, å være tverrfaglig beslutningsdyktig til tross for begrenset tilgjengelig informasjon (jf. Gjersvik, 2020). PAM skal også være en part som uavhengig tar stilling til om tvungent vern skal etableres eller ikke, og er dermed en viktig instans for å ivareta pasientens rettssikkerhet i møte med psykisk helsevern.

3.2 PAM i VVHF sammenlignet med andre HF

I statusrapporten fra 2021 av Akuttnettverket (2022) fremkommer det at VVHF har Norges nest største opptaksområde, med ca. 500 000 innbyggere, etter AHUS HF, med 584 000 innbyggere. Av de 21 helseforetakene som er beskrevet i rapporten, er Vestre Viken HF på 16. plass med 10,8 sengeplasser per 100 000 innbyggere. Helse Stavanger HF har flest, med 23,5 sengeplasser per 100 000 innbyggere. Slike sammenligninger må tolkes med varsomhet, for forskjellene kan blant annet skyldes ulikheter i organisering. Beleggsprosenten i PAM var i 2021 rapportert å være rundt 50 prosent i VVHF, som igjen er lavt sammenlignet med andre HF. Som eksempel var Sykehuset Østfold HF høyest med tett opp mot 90 prosent belegg. For liggetid i PAM er det rapportert tall fra seks HF i Helse Sør-Øst og to i Helse Vest, hvor gjennomsnittlig liggetid var på 1,5 døgn med median på 1,0 døgn. PAM i Vestre Viken HF lå på 1,4 i gjennomsnittlig liggetid med median på 1,0 døgn. Rapporten viser også til at antall innleggelser på akuttpsykiatriske avdelinger virker stabilt de siste fem årene, uten tydelige endringer nasjonalt eller i de enkelte regionale helseforetakene.

4.0 Psykiatrisk akuttinnleggelse

4.1 Psykiatrisk akuttinnleggelse

Akuttpsykiatriske avdelinger tilbyr øyeblikkelig psykisk helsehjelp som beskrevet i lov om spesialisthelsetjenester § 3-1 (1999) og psykisk helsevernforordningen § 1 (2011). Et PAM mottar henvisninger fra lege og psykolog for øyeblikkelig hjelp til enten frivillig eller tvungen innleggelse. Psykisk helsevernforordningen (2011) viser til at institusjonen eller avdelingen straks skal motta pasienter for undersøkelse og nødvendig behandling dersom pasientens tilstand anses å være livstruende eller meget alvorlig, eller pasienten på grunn av sin sinnstilstand anses å være til vesentlig fare for eget liv eller for andres liv og helse. De akutte tjenestene er tenkt å være dimensjonert for og forbeholdt pasienter med akutt hjelpebehov, og ikke kroniske tilstander (NOU 2015: 17).

Kjerneoppgaven til et PAM er å vurdere om det foreligger behandlingsbehov av en alvorlig tilstand, og eventuelt på hvilket nivå det kan eller skal foregå. Vurdering av behandlingsbehov og -nivå skal være evidensbasert (Gjersvik, 2019) og/eller kunnskapsbasert (Bjørndal, 2019), og basert på forskning, terapeutenes kliniske ekspertise, og pasientens egenskaper, verdier og kontekstuelle faktorer. Behandling på PAM er blant de mest ressurskrevende behandlingsformene i psykisk helsevern.

I Akuttnettverkets rapport om status og utviklingstrekk ved norske akuttpsykiatriske avdelinger (2021) fremkommer det en variasjon i opptaksområde og døgnplasser ved de ulike avdelingene og i hvordan innleggelser organiseres. De største avdelingene som yter tjenester til de mest folkerike områdene, er organisert med et eget PAM, og de mindre avdelingene gjennomfører vurderingene internt ved forskjellige enheter ved avdelingene. Et PAM, sammen med pasientflytmøter, beskrives av helseforetakene selv som de viktigste suksesskriteriene i organisering av denne delen av helsetjenesten. Den dominerende diagnosegruppen i helseforetak med et PAM er psykoselidelser i F2X-kapittelet i ICD-10, mens det ved helseforetak uten PAM er affektive lidelser i F3X-kapittelet. Det er store variasjoner i andel tvangsvedtak etter phvl kap. 4 og 5, og det fattes vedtak for en dobbelt så stor andel av pasientene på helseforetak med PAM sammenlignet med helseforetak uten PAM. Årsaken er uklar, og kan stamme fra variasjoner i praksis og ulike behov i pasientpopulasjonene. I perioden 2017–2021 er antall innleggelser relativt stabilt, mens det er en økning i antall henvisninger til tvungen innleggelse og en stor økning i andel pasienter som er dømt til tvungent psykisk helsevern (Nasjonal koordineringsenhet, 2021). Tallene for liggedøgn og beleggprosent er i samme periode relativt stabile, men med betydelige variasjoner, hvor enkelte avdelinger har over 80 prosent, mens andre har over 100 prosent belegg. Det vises også til en økning i median meldte avvikshendelser knyttet til vold og trusler, etterfulgt av en nedgang i 2021, og at spredningen også her er stor.

4.2 Prosess ved psykiatrisk akuttinnleggelse

Psykiatrisk avdeling eller institusjon har etter sphl § 3-1 annet ledd plikt til å motta pasienter for nærmere undersøkelse hvis henvisende lege eller psykolog mener at pasientens psykiske tilstand er vurdert så alvorlig at undersøkelse og/eller behandling i sykehus er nødvendig fremfor poliklinisk oppfølging neste virkedag. Slik innleggelse, som ved annen type behandling, skal som hovedregel gjøres på frivillig grunnlag. Det kan være grunner til at tvang vurderes til å være nødvendig, i hovedsak psykotiske tilstander preget av svær uro, eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse, samt deliriske tilstander som ikke er forårsaket av avrusing eller somatisk lidelse. Leger med autorisasjon kan legge inn pasienter til tvungent psykisk helsevern (phvl, 1999). Henvisninger til øyeblikkelig psykisk helsehjelp kan komme fra legevakt, DPS, fastleger, sykehusleger, privatpraktiserende psykiatere og psykologer. Henvisning til innleggelse fra legevakt er ofte basert på begrenset informasjon, i motsetning til når det faste behandlingsapparatet er henviser. Ved behov for øyeblikkelig psykiatrisk hjelp skal DPS-ene i Norge ha tilgjengelige akutt-tjenester for vurdering og akuttbehandling gjennom døgnnet, eventuelt i samarbeid med andre institusjoner der lokale forhold gjør det nødvendig (Helsedirektoratet, 2014). Klinik for psykisk helse og rus i Vestre Viken er organisert med akutt-team på flere DPS som tar imot henvendelser og gjør vurderinger for øyeblikkelig hjelp på dag- og kveldstid i ukedager. Psykisk helsevern ytes på bakgrunn

av samtykke etter bestemmelsene i pbrl (1997), med mindre annet følger av phvl (1999). To viktige formål i phvl er å forebygge og begrense bruk av tvang. Vilklårene i loven er satt opp for å sikre at tvang bare kan brukes når det er helt nødvendig, og at den gjennomføres på en forsvarlig måte i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Phvl viser til at det er flere forhold som skal oppfylles for å kunne henvises til tvungent vern. Overveiende mistanke om at hovedvilkåret om en aktuell alvorlig sinnslidelse er en forutsetning. I siste punkt vises det til at selv om lovens øvrige vilkår er oppfylt, skal dette likevel være til *pasientens beste* med mindre vedkommende er til alvorlig og nærliggende fare for eget liv eller andres liv og helse på grunn av en aktuell alvorlig sinnslidelse

Pasientens råderett over egen behandling har både en etisk og en juridisk side, hvor det sentrale etiske prinsippet skal verne pasienten fra medisinsk behandling mot sin egen vilje. I pbrl kapittel 4 vises det til at helsehjelp bare kan gis når pasienten samtykker og har nødvendig informasjon om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Det skal foreligge rettslig grunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke, eksempelvis i phvl. På den andre siden ligger den lovfestede profesjonsetisk begrunnede paternalismen om at det påligger et faglig ansvar for å avgjøre hva som er rett behandlingsvalg for den enkelte pasient, basert på god indikasjon (Bahus, Friis, & Mesel, 2018).

4.3. Vurdering av henvisning til psykiatrisk akuttinnleggelse

Alle pasienter som henvises til psykiatrisk akuttinnleggelse, tas imot, kartlegges og undersøkes av en lege sammen med miljøpersonale ved ankomst. Dersom det er behov for oppstart av behandling uten opphold, kan dette iverksettes i samråd med en vakthavende psykiater. Pasientene mottar miljøbehandling gjennom hele oppholdet. Pasientens uttalelse til innleggelsen noteres i journal. Det er vanlig praksis å kontakte hovedpårørende, ta imot komparentinformasjon, og informere om hva som skal skje i prosessen videre. Hovedpårørende kontaktes ikke dersom det er særlige hensyn som taler imot, eller om pasienten er frivillig innlagt og ikke ønsker det, jf. hpl § 22. Ifølge phvl (1999) skal alle pasienter vurderes av enten psykiater eller psykologspesialist innen 24 timer etter ankomst til avdelingen. Ved henvisning til tvungent vern er formålet å uavhengig avklare om vilklårene for etablering av tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern er til stede (jf. § 3-2 og § 3-3). Dersom pasienten er på tvungent psykisk helsevern uten døgn og overføres til døgnopphold (§ 4-10), skal spesialist i PAM undersøke at formalia er korrekt, og ta stilling til om overføringen er gjort på bakgrunn av riktige hensyn. Vurderingen av henvisninger foregår basert på henvisers vurdering, miljøobservasjoner, personlig undersøkelse, komparentopplysninger fra pårørende eller andre, journalinformasjon, og eventuelt annet grunnlag. Den faglig ansvarlige skal være uavhengig og ubundet av den henvisende legens konklusjon. Pasient og pårørende kan klage skriftlig og muntlig på utfallet av en paragrafvurdering, jf. phvl. § 6-1. En slik klage rettes til Kontrollkommisjonen, som skal

sikre den enkeltes rettssikkerhet i møtet med det psykiske helsevernet. Dersom man ønsker å klage på selve henvisningen til tvungen innleggelse, er riktig klageinstans statsforvalteren.

5.0 Helseøkonomi

Norge er et av de landene i verden som bruker mest penger på helsetjenester (OECD, 2022). I statsbudsjettet for 2023 beregnes samlede utgifter til å være 1748 milliarder kroner, med 200 milliarder til de regionale helseforetakene (Regjeringen, 2022). Norge bruker ca. 20 prosent av helsebudsjettet på psykisk helse, en betydelig andel sammenlignet med andre land. Statens legemiddelverk (2020) viser til utregninger for døgnbehandling i norske sykehus, hvor et gjennomsnittlig liggedøgn på en generell sykehuspost er estimert til å koste 8 000 kroner (spenn på 4000–12 000) i 2017-kroner, og et liggedøgn i en intensivseng på somatisk sykehus til 50 000 (spenn på 30 000–70 000) i 2017-kroner (Lindemark et al., 2017). Kostnader for liggedøgn på sykehus varierer i metodevurderinger, avhengig av hva slags type behandling pasienten mottar. Gjennomsnittskostnaden per pasient i psykisk helsevern og rusbehandling var 102 822 kroner i 2020 (Helsedirektoratet, 2023c). Kostnad per oppholdsdøgn i psykisk helse og rus er beregnet til 14 931 kroner i 2022, tilnærmet uendret fra 2021 (Helsedirektoratet, 2023a).

5.1 Kostnader for døgnbehandling i Klinikk for psykisk helse og rus, VVHF

Økonomiavdelingen i VVHF har beregnet kostnader i Klinikk for psykisk helse og rus med 2021-tall. Døgnbehandling er den dyreste formen for behandling i psykisk helsevern, hvor døgnbehandling på psykiatrisk akuttavdeling er blant de mest kostnadskrevenne. Kostnad per liggedøgn i PAM er estimert til 24 387 kroner. Beregningen har kun tatt med kostnadene i avdelingens og seksjonens driftsregnskap, og ikke inkludert kostnader for reparasjon og vedlikehold av bygningsmasse, strømforbruk, stabspersonell tilknyttet den sentrale administrasjonen, o.l. De tre akuttseksjonene hadde en gjennomsnittlig liggedøgnkostnad på 13 453, med et spenn på 12 629–14 955. Til sammenligning er gjennomsnittskostnaden i de fem DPS-døgnpostene i Klinikk for psykisk helse og rus for voksne på 10 154, med et spenn på 7713–13 784.

5.2 Kostnader for samfunnet

Der seksjons-, klinikk-, og helseforetaksøkonomien hovedsakelig er opptatt av egne kostnader og inntekter, er samfunnsøkonomiske analyser mindre opptatt av hvem som får sitt budsjett belastet, og mer opptatt av de totale kostnadene som påløper samfunnet som helhet. En samfunnsøkonomisk kostnadsvurdering vil for denne pasientgruppen inkludere tre hovedkategorier: 1) kostnader som påløper andre offentlige sektorer eller institusjoner, 2) produksjonstap, og 3) tidskostnader som pårørende og pasientene erfarer.

Produksjonen av helseprodukter for gjennomføring av henvisning til en akutt psykiatrisk innleggelse kan involvere mange aktører i forkant, under og i etterkant: legevakt, fastlege, somatisk sykehus, politi, AMK, ambulansetjenesten, døgn-/polikliniske og akutte tjenester ved DPS, bemannet botiltak, Pasientreiser, fengsel, kommunal helsetjeneste, mfl. I tillegg er ofte pårørende involvert. Den samlede samfunnsøkonomiske kostnaden ved gjentatte akuttpsykiatriske innleggelser er derfor sannsynligvis svært høy. Den samfunnsøkonomiske nytteverdien for forbedringstiltak rettet mot pasientgruppen med gjentatte innleggelser på psykiatrisk avdeling er antatt å være høy ettersom kostnadsbesparelsen kan være vesentlige på tvers av de involverte instansene.

To begrep som er relevante i denne terminologien, er kost-nytte og kost-effekt. Kost-nytte er i prinsippet en form for økonomisk analyse der man sammenligner alle ressurser som et tiltak krever, med all nytte som skapes ved tiltaket. I denne sammenhengen måles kostnad og nytte i penger. Kost-effekt sammenligner kostnaden opp mot effekten som kostnaden gir, som her vil være helseforbedringer. Helse er beskrevet som en kombinasjon av fysisk funksjon, psykisk tilstand og muligheter for sosial utfoldelse (Olsen, 2006). Kost-nytte og kost-effekt er omfattende analyser som ikke blir gjennomført i denne oppgaven, men begrepene introduseres for hjelp i konseptuell forståelse av problemstillingene.

5.2.1 Kostnad for prehospitaltjenester, legevakt og politi

Den største andelen av pasientene som ankommer PAM, undersøkes først på legevakt. Drammen legevakt melder at tidsbruken for en psykiatrisk undersøkelse er 1 til 3 timer, stort sett med en lege involvert, noen ganger med annet personell dersom pasienten er urolig og politi ikke er til stede. Ressursene innebærer et mottak med undersøkelse av sykepleier i legevakten før lege involveres. Eventuell ventetid på transport vil kunne binde opp personell ytterligere, også politi. Mange av pasientene som ankommer PAM fra legevakt, transporteres med ambulans. Klinikken for prehospitaltjenester konkluderer med et kostnadsestimat på rundt 12 500 kroner for transport av pasienter fra Drammen legevakt til Blakstad sykehus, inkludert driftsutgifter, organisering/stab, teknisk utstyr, lønnsutgifter osv. Dette er lokale tall, og kostnadsbildet vil stille seg annerledes i mindre tettbebygde områder som Troms og Finnmark. Politiet rapporterer om 20 000 bistandsoppdrag for helsevesenet, hvorav 2000 var transport av psykisk syke pasienter (Strøm, Kalkenberg, Karlsen & Hestenes, 2023). Politidirektoratet har gitt tilbakemelding om at det ikke foreligger et system som kartlegger slike oppdrag helhetlig, og at man da mangler datagrunnlag for detaljert økonomisk analyse.

6.0 Pasienter med stor tjenestebruk i psykisk helsevern

Et empirisk bakteppe for denne oppgaven er Helsedirektoratets (2018) rapport om pasientgrupper med omfattende tjenestebehov, som viser til at 10 prosent av pasientene i psykisk helsevern står for

76,6 prosent av den totale ressursbruken; uttrykt motsatt vil 90 prosent av pasientene forbruke kun 23,4 prosent av de totale ressursene. Ved avgrensning til de 5 prosentene med høyest ressursbruk er andelen 63,8 prosent. 90 prosent av pasientene som står for høyest andel av ressursbruken, mottok døgnbehandling, ble i gjennomsnitt skrevet ut 2,4 ganger fra døgnpost per år, og hadde en gjennomsnittlig oppholdstid på 60 døgn. Dette er en nedgang fra 83 døgn i 2009 i samme pasientpopulasjon, og er antagelig uttrykk for en politisk styrt endring om at pasienter i større grad skal motta behandling poliklinisk eller i hjemmet av ambulante tjenester (Helsedirektoratet, 2015). De ti prosentene med mest omfattende tjenestebehov utgjorde 64 prosent av døgnpasientene, stod for 78 prosent av utskrivningene og 96 prosent av oppholdsdøgnene. Denne pasientgruppen er funnet å ha en høyere andel diagnoser for schizofrenilidelse (28 prosent) enn de øvrige pasientene (7 prosent) i psykisk helsevern. Andel pasienter med ikke-psykotiske lidelser er tilsvarende lavere blant pasienter med omfattende bruk av tjenester enn blant øvrige pasienter. 45 prosent av gruppen med omfattende bruk av tjenester har en alvorlig psykisk lidelse, mot 9 prosent blant øvrige pasienter. For 21 prosent av pasientene med omfattende tjenestebruk er det også registrert bidiagnose for rusproblematikk. Til sammenligning legger 10 prosent av pasientene i tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) beslag på 61 prosent av ressursene. Dette er i all hovedsak døgnpasienter, der de utgjør 38 prosent av alle døgnpasienter dette året, mens 80 prosent av alle oppholdsdøgn kan knyttes til samme gruppe. En tolkning av en såpass stor skjevfordeling i ressursbruk av helsetjenester er at pasientene som er storbrukere i de ulike sektorene, faktisk har behov for helsetjenestene som mottas. Dersom dette er tilfelle, vil premisset stille tilsvarende høye krav til at ressursbruken er *effektiv* ved å gi ønsket helsegevinst som forsvarer ressursbruken, og da påfølgende *rettferdig* ved at de som trenger tjenestene, faktisk får dem.

6.1 Pasienter med stor tjenestebruk på psykiatrisk avdeling

6.1.1 Internasjonal litteratur

I startfasen av oppgaven ble det gjennomført orienterende litteratursøk på internasjonale forskning innen psykisk helsevern med søkeordene «revolving door», «heavy users», «multiple admissions» «high cost patients» og «multimorbide patients» m.m. I tidligere studier har «heavy users» blitt definert som pasienter med 4 eller flere innleggelser og over 52 liggedøgn ved å avgrense til pasientene med 2 prosent flest innleggelser, kombinert med datadreven metode (Beck, Harris, Newman, Evans, Lewis & Pegler, 2016). Pareto-prinsippet, i dette tilfellet hvor en liten gruppe pasienter står for et høyt antall av de totale innleggelsene på psykiatrisk avdeling, er demonstrert i flere land, bl.a. Portugal (Graca, Klut, Trancas, Borja-Santos & Cardoso, 2013) og Sveits (Golay, Morandi, Conus & Bonsack, 2019). Gjentatte akuttpsykiatriske innleggelser er satt i sammenheng med dårlig prognose, og er assosiert med negative opplevelser med helsetjenesten, økt dødelighet,

og høy økning av kostnader for helsehjelp (Duhig, Gunasekara & Patterson, 2017; Similä, Hakko, Riipinen & Riala, 2018).

I en systematisk litteraturgjennomgang av Zanardo, Moro, Ferreira og Rocha (2018) er konklusjonen at faktorene som er høyest assosiert med gjentatte innleggelse på psykiatrisk avdeling, er enslige og unge pasienter med lav sosial støtte, som henvises til tvungen innleggelse. Oppfølgingstjenester i kommunen ser ut til å redusere gjentatte innleggelse. En litteraturgjennomgang av Šprah, Dernovšek, Wahlbeck og Haaramo (2017) viser til at 68 prosent av pasienter med psykiske lidelser også har en komorbid somatisk tilstand, noe som utgjør høyere risiko for psykiatrisk reinnleggelse, og bør gis særlig vekt ved planlegging av utskrivelser. Hos pasienter med alvorlige sinnslidelser som schizofreni og schizoaffektiv lidelse er det vist en sammenheng mellom for lite bruk av antipsykotisk medikasjon og korte sykehusopphold (Botha mfl., 2010). Pasientgruppen med gjentatte innleggelse på psykiatrisk avdeling er ikke funnet beskrevet i norske studier.

6.1.2 Hva vet vi om pasienter som reinnlegges i psykisk helsevern?

I Helse- og omsorgsdepartementets forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2011) §9 er en pasient i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet utskrivningsklar når lege eller psykolog ved helseinstitusjon omfattet av spesialisthelsetjenesteloven vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling med døgnopphold i helseinstitusjonen. Denne vurderingen skal blant annet ta stilling til om de aktuelle problemstillingene er avklart, redegjøre for hva som eventuelt ikke er avklart, stille diagnose, vise til plan for oppfølging, inneholde en vurdering av samlet funksjonsnivå, endring forut for innleggelsen, og forventet fremtidig utvikling.

Samdata (Helsedirektoratet, 2022) leverer analyser for spesialisthelsetjenester, og rapporterer blant annet reinnleggelse etter opphold i spesialisthelsetjenesten. Det finnes ikke kvalitetsindikatorer for pasienter med et høyt antall akuttpsykiatriske innleggelse. Reinnleggelse kan være et indirekte mål på om helsetjenesten fungerer godt samlet eller ikke. I denne nomenklaturen betegner Helsedirektoratets analyse om forløp etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne en reinnleggelse som en pasient som blir innlagt for øyeblikkelig hjelp i løpet av 30 dager etter utskrivning fra døgnbehandling (Lilleeng & Pedersen, 2018). Et visst omfang av reinnleggelse vil forekomme som resultat av tilfeldigheter og uten at forekomsten kan forebygges. Analysen sier videre at det er ønskelig å unngå mange reinnleggelse fordi det kan være belastende for pasienten, men også fordi øyeblikkelig hjelp-innleggelsene krever betydelige ressurser og omfanget påvirker dimensjoneringen av tjenesten. I psykisk helsevern må man imidlertid også være oppmerksom på sekundærgevinst, som er den fordel som presentasjon av psykiske helseplager gir ved eksempelvis reduksjon av ansvar, og tilgang til pleie, omsorg og sosial kontakt. God planlegging av utskrivelser kan

gi gode overganger mellom døgnposter og oppfølgingstjenester (Xiao, Tourangeau, Widger & Berta, 2019). Analysen konkluderer videre med at pasienter i behandling for schizofreni eller personlighetsforstyrrelse hadde det høyeste omfanget av reinnleggelser, med hhv. 21 og 35 prosent av utskrivningene i 2015-16. I alt to av tre utskrivninger hadde poliklinisk kontakt etter utskrivning for denne pasientgruppen, mens samlet sett hadde 60 prosent av utskrivningene en slik kontakt. For pasienter som reinnlegges etter akuttinnleggelse, er samlet andel for de fire helseforetakene 23 prosent i 2015-2016 (Lilleeng & Pedersen, 2018).

7.0 Kvalitet i helsetjenesten

En forutsetning for å sikre best mulig helse for flest mulig innenfor de rammene som er gitt, er at helsetjenestene er av god kvalitet. Tjenester av god kvalitet er kjennetegnet av at de er virkningsfulle, trygge og sikre med hensyn til pasientsikkerhet, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2017). Minimumskravet til kvalitet er at alle lovkrav følges, og henvises til i pbrl (§1-1), hpl (§1-1), hol (§1-1) og sphl (§1-1). Hva som kan kalles god kvalitet, vil endre seg over tid og er avhengig av forventninger, kunnskap, tilgjengelige ressurser og preferanser (Meld. St. 10 (2012 – 2013)). Kvalitet har mange fasetter og kan derfor ikke måles entydig. Ifølge Helsedirektoratet (2018) er en kvalitetsindikator et indirekte mål som forsøker å si noe om kvaliteten på det området som måles. Kvalitetsindikatorer tar utgangspunkt i en eller flere av dimensjonene av kvalitet og kan blant annet måle helsetjenestens tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultat av helsetjenestene for pasientene. Kvalitetsindikatorer bør ses i sammenheng, kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten, og deles vanligvis inn i tre typer: strukturindikatorer (rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre m.m.), prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet, f.eks. diagnostikk, behandling) og resultatindikatorer (overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.). De tre typene indikatorer viser til ulike sider av helsetjenestene for både utfall og om forutsetningene, gode strukturer og gode prosesser er til stede for å kunne yte gode helsetjenester som fører til ønskede utfall. En nøkkel til kvalitetsforbedring ligger i erkjennelsen av at utvikling av enkelte pasienters store og sammensatte behov for helsetjenester også i betydelig grad kan skyldes faktorer ved tjenestene (Helsedirektoratet, 2018).

Sammenfallende med de ulike dimensjonene i den norske kvalitetsstrategien inkluderes som oftest flere indikatorer for å gi en helhetlig vurdering av kvaliteten av tjenestene (Hansen, Skyrud & Gjefsen, 2023). Det anbefales å tolke kvalitetsindikatorer med varsomhet, eksemplifisert med å sammenligne dødeligheten på et sykehus som behandler de mest alvorlige somatiske lidelsene, med et mindre sykehus som behandler mindre kompliserte tilstander. Per 2022 har det vært publisert resultater for 20 kvalitetsindikatorer for psykisk helsevern, hvor 12 av dem omfatter psykisk helsevern for voksne

(Helsedirektoratet, 2022). Av andre viktige prinsipper for medisinsk behandling bør også de fire grunnprinsippene for medisinsk etikk nevnes (Beauchamp & Childress, 2021): å gjøre godt, respektere selvbestemmelse, ikke skade, og å være rettferdig, tett sammenbundet med de overordnede prinsippene for helsetjenesten og for kvalitet.

7.1 Veiledere og retningslinjer

Det finnes ikke veiledere eller retningslinjer for pasienter i psykisk helsevern som har gjentatte innleggelse på akutt- eller annet døgnnivå, og/eller i tillegg gjentatte kontakter med andre instanser. Oppfølging og behandling av personer med store og sammensatte behov kan i begrenset grad standardiseres på grunn av kompleksiteten i samspillet:

Verken psykiske lidelser, rusproblemer eller sosiale problemer kan uten videre gjøres til gjenstand for kontekstfrie, globale og rettlinjede standarder basert på avgrensede diagnoser og behandlingsopplegg, selv om en selvsagt kan lære av andre erfaringer (Fineide & Ramsdal, 2014).

Det medfører at det i begrenset grad finnes dokumentert kunnskap fra RCT-studier, som er «gullstandarden» i retningslinjearbeid.

Nasjonale veiledere som omtaler og beskriver et fagområde på et generelt og overordnet nivå, utarbeides av Helsedirektoratet, og er mer generelle enn en retningslinje. Helsedirektoratet (2018) har utarbeidet en nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov, rettet til ledere på alle nivåer i virksomheter som yter tjenester til disse pasientene. I veilederen oppfordrer Regjeringen til at ledere bør organisere en mer strukturert oppfølging av pasientgruppen gjennom tverrfaglig teamarbeid og helhetlig strukturert tilnærming ved at tjenester fra ulike enheter virker sammen til en helhet for pasient og bruker. Veilederen viser til lederansvar for å sikre mer systematikk ved identifisering og utredning av behov, og strukturert tverrfaglig oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Den nasjonale veilederen for multimorbiditet er delvis basert på internasjonale retningslinjer, som «Multimorbidity: clinical assessment and management» (NICE, 2015). I prinsippene for tilnærming ved multimorbiditet anbefales fokus på personens helsetilstand, hvordan behandling interagerer med hverandre, hvordan behandling kan påvirke livskvalitet, kombinert med personens individuelle behov og preferanser for behandling. Ulikheter i helseprioriteringer, livsstil og mål, fordeler og risiko knyttet til det å følge anbefalinger ved en helsetilstand vil også spille inn. Retningslinjen anbefaler å redusere behandlingsbyrde for å øke livskvalitet, redusere uønskede hendelser og ikke-planlagt behandling, og øke koordinering av tjenester. Hensikten er å involvere pasienten for å identifisere måter som pasient og behandlingsapparat kan maksimere utbytte av eksisterende behandling på, hvordan de kan avslutte

uvirksom behandling, unngå unødvendig behandling, begrense belastende oppfølging og behandling og fjerne medisiner med høy risiko for uønskede bieffekter, finne medisinfrie alternativer til enkelte medikamenter og alternativ oppfølging som kan koordinere eller redusere antall kontakter med helsetjenesten. En slik beskrivelse av denne pasientgruppen kan danne utgangspunkt for hvilke typer oppfølging som kan og bør gis, i tråd med både rettferdighetsprinsippet for helsetjenester og Hurdalsplattformen (Statsministerens kontor, 2021), som foreslår å i større grad gå bort fra «pakkeløsninger til fordel for løsninger som er mer tilpasset brukergruppen, basert på «tillit til fagpersonenes vurderinger».

7.2 «Samhandling og pasientflyt PHR 2020 – 2025»

Fokuset som PAM på Blakstad Sykehus har hatt på pasienter med gjentatte innleggelser fra 2022, er en del av et overordnet kvalitetsforbedringsprosjekt kalt «Samhandling og pasientflyt PHR 2020 – 2025», som denne oppgaven er en del av. Prosjektet har som mål å utvikle løsninger som gir trygge vekslinger og sammenhengende akutte forløp for pasienter, pårørende og medarbeidere. Kostnader til prosjekter som dette er antatt i gi bedre kvalitet og effektivitet, og da innsparing i helsetjenesten. Bakgrunnen for prosjektet var at situasjonen ved Blakstad Sykehus i 2019 ble betegnet som alvorlig. Konklusjoner både fra Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM, 2020) og interne gjennomganger var at det forelå mangler ved samhandling, fysiske forhold og organisering, det var hyppige personellbytter, informasjonssvikt og stor grad av variasjon mellom helsepersonells forståelse og oppfølging av tiltak. I tillegg viste interne tall en gjennomsnittlig beleggsprosent på over 100 prosent, og en reportasje av NRK viste til over 4200 brudd på arbeidsmiljøloven (Mikalsen & Venli, 2019). Det ble gjort omfattende grep i prosjektet «Blakstad 2021», som skulle se på forbedring av den aktuelle situasjonen og samtidig bidra til forberedelsene til innflytting i nytt sykehus i Drammen i 2025. Prosjektet fikk Helse Sør-Østs forbedringspris i 2022 (Helse Sør-Øst, 2022). Et av tiltakene var gjennomgang av organisering og drift og av de helhetlige pasientforløpene, med støtte av tjenestedesignere som baserte seg på en rekke intervjuer av pasienter og medarbeidere. Dette arbeidet resulterte i identifikasjonen av flere problemstillinger som medførte brudd i pasientbehandling. Arbeidet ble videre brukt til å utvikle såkalte *personas* for pasienter; forenklede, fiktive og stereotypiske beskrivelser av pasientgruppene vi oftest møter i den kliniske hverdagen, og som tar utgangspunkt i pasientens behov og ikke i diagnoser. «Samhandling og pasientflyt PHR 2020 – 2025» har et delprosjekt kalt «Trygg stafett», som oppgaven også er en del av. Det er delfinansiert med midler fra Stimulab (Digitaliseringsdirektoratet, 2021), som gir støtte til brukerorientert eksperimentering og nyskaping i offentlig forvaltning. Digitaliseringsdirektoratet i samarbeid med Design og arkitektur Norge (DOGA) står bak Stimulab-ordningen.

8.0 Metode

Den statistiske beskrivelsen av pasientgruppen har tatt utgangspunkt i lokale registerdata for pasienter som er henvist til øyeblikkelig hjelp til PAM på Blakstad Sykehus, Klinikk for psykisk helse og rus i Vestre Viken HF, i kalenderåret 2022. Grunnlagsdata er høstet fra DIPS, digital pasientjournal i helseforetaket, hvor all informasjon om pasientene og pasientforløp blir registrert. Filtrering av variabler er primært gjennomført via Pivot-tabeller i Excel. Innledningsvis ble det skaffet til veie en oversikt over antall innleggelser på PAM i perioden 2018–2022 for å undersøke nivå på antall henvisninger per år. Videre ble alle pasienter som ble henvist til PAM i løpet av 2022, undersøkt for å se på kumulativ fordeling over antall innleggelser. Problemstillingen ble først avgrenset til å undersøke pasienter med tre eller flere psykiatriske innleggelser på PAM. Ved nærmere inspisering av datamaterialet ble grenseverdien økt til fire eller flere akuttpsykiatriske innleggelser i løpet av kalenderåret, for å gjøre pasientgruppen mer klinisk definerbar og konkretisert, noe som kan gi bedre forutsetninger for å gjøre innsatsen i kvalitetsarbeidet mer fokusert. Denne terskelverdien er i tråd med internasjonale studier (e.g. Beck, Harris, Newman, Evans, Lewis & Pegler, 2016). PAM i VVHF har et stort volum av henvisninger, som da mulig kan sette grenseverdien høyere enn andre helseforetak.

8.1 Personvern

I masteroppgaven er det benyttet personopplysninger om pasienter, innhentet i forbindelse med Blakstads interne kvalitetssikringsprosjekt «Samhandling og pasientflyt PHR 2020 – 2025». Prosjektet ble forelagt og tilrådet av Personvernombudet i 2020, og hensikten er å utvikle løsninger som gir trygge vekslinger for pasienter, pårørende og medarbeidere i akutt psykisk helsevern, hvor også delprosjektet «Trygg Stafett» ble inkludert året etter. For å behandle personopplysninger skal det som hovedregel innhentes samtykke fra de aktuelle pasientene, vist til i personopplysningslovens (2018) art. 6 og art. 9. Ettersom dette er en retrospektiv registerstudie, ville innhenting av samtykke til forskning i etterkant praktisk sett vært komplisert. Det å få informasjon om en slik type studie i etterkant kan være belastende ettersom mange av de inkluderte pasientene har en spesielt marginalisert sosioøkonomisk livssituasjon. De kan ha et aktivt rusproblem, mangle fast bopel og ha kronisk alvorlig psykisk lidelse, og kan oppleve det som belastende å bli uventet kontaktet av helsetjenesten etter å ha blitt utsatt for tvang, uønsket psykiatrisk hjelp eller opplevelse av avvisning fra helsetjenesten. Mange er særlig sårbare og kan ha praktiske vansker med å svare på slike henvendelser, de kan ha reduserte forutsetninger for å forstå hensikten med undersøkelsen, eller ha tvilsom eller fraværende samtykkekompetanse. I helseforskningsloven (2008) § 18 vises det i tredje ledd til at forskning som inkluderer pasienter uten samtykkekompetanse, kan finne sted dersom «det

er grunn til å anta at resultatene kan være til nytte for den aktuelle personen eller for andre personer med samme aldersspesifikke lidelse, sykdom, skade eller tilstand».

Da søknaden om denne masteroppgaven ble behandlet hos Personvernombudet i Vestre Viken mai 2023, ble formålet til «Samhandling og pasientflyt PHR 2020 – 2025» og «Trygg Stafett» tolket som sammenfallende, hvor det videre ble vist til hpl § 26 og pasientjournalloven (2014) § 6, som analogisk kan sies å få anvendelse på denne oppgaven:

«Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.»

«Helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre kan bare behandles når det er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for administrasjon, internkontroll eller kvalitetssikring av helsehjelpen.

Ved behandling av helseopplysninger til internkontroll eller kvalitetssikring skal opplysningene så langt som mulig behandles uten at den registrertes navn og fødselsnummer fremgår»

I behandlingen av søknaden ble samfunnsnyttien et sentralt punkt: «*Masteroppgaven inneholder opplysninger/funn som vil kunne bedre pasientforløpet til en sårbare pasientgruppe.*

Personvernombudet er enig i PHRs vurdering om at det å etablere pasientforløp som oppleves trygt for pasienter og pårørende – og som hindrer unødige reinnleggelser – vil være av stor betydning for denne pasientgruppen samtidig som det er samfunnsnyttig. Masteroppgaven beskriver også et konkret grunnlag for samarbeid mellom psykiatrisk avdeling, legevaktene og politiet basert på data som kan koordinere samarbeidet på en måte som øker forutsigbarhet og behandlingskvalitet hos pasienten. Personvernombudet mener også det er viktig at masteroppgaven vil kunne være et grunnlag for viktige fremtidige diskusjoner innen helseøkonomi, samhandling, organisering av førstelinjen og spesialisthelsetjenesten, kvalitet i helsetjenesten, rettssikkerhet, pasientsikkerhet, psykiatri som fagfelt, og til videre forskning innen samme tematikk.»

Personvernombudet tilrådet masteroppgaven og behandlingen av personopplysninger i tilsvar på søknad, datert 11.07.23 (vedlegg 2). Alle grunnlagsdata og analysedata har vært lagret på et eget tilgangsstyrt og sikkert område internt i Vestre Viken HF, hvor det er søkt om og tildelt tilgang spesifikt for prosjektet. I grunnlagsdata har pasientene vært registrert med nummer for Norsk pasientregister (NPR) og ikke identifiserbare navn. Oppgaven presenterer aggregerte skårer for å forhindre at pasientene blir identifiserbare. En av undergruppene av pasienter i resultatene består av kun sju personer, og vil bli utelatt fra analyse og diskusjon av personvern hensyn. Norsk Senter for Registerdata og Sikt viser til at registerdata kan brukes uten å melde prosjektet så lenge data er

anonyme og ikke kan tilbakeføres til enkeltpersoner på noen måte (Sikt, 2023). Forskningsjef i Klinikk for psykisk helse og rus har godkjent innlevering av denne masteroppgaven.

8.2 Variabler

Variablene som ble hentet ut av lokale registerdata, viste seg å ha en del utfordringer som omhandler registreringspraksis, og gjorde flere av tabellene vanskelig å tolke. De variablene som er av interesse og praktisk mulig å hente ut uten manuelt arbeid, er kjønn, alder, antall henvisninger til øyeblikkelig hjelp, hvem som er henviser til øyeblikkelig hjelp, om henvisning til tvang enten godkjennes eller avslås/nektes, liggetid per opphold inkludert gjennomsnitt, og diagnose ved utskrivelse. Blakstad sykehus og Klinikk for psykisk helse og rus har vært gjennom store organisatoriske endringer det siste året, i tillegg til høy grad av turnover. Dette er antatt å ha innvirkning på pasientgrunnet med gjentatte innleggelser grunnet ulik faglig praksis, samt forventet variasjon som følge av dette, og at fenomenet i seg selv varierer. For å ha oppdatert statistisk grunnlag for analysene er tidsperioden for datagrunnet avgrenset til kalenderåret 2022.

8.2.1 Kjønn

Kjønn er kodet dikotomt på nominalnivå.

8.2.2 Alder

Psykisk helsevern for voksne omhandler behandling av voksne personer over 18 år, med noen sjeldne unntak. Alder ble kategorisert i gruppene 18–25, 26–35, 36–45, 46–55, 56–65, > 65 for å sikre anonymitet ettersom terskelverdi for antall innleggelser ble satt til 4 eller flere innleggelser (≥ 4), og pasientene da kan være identifiserbare i underkategorier. Alder er satt til fødselsår mot 31.12.2022 for å forenkle alderskategorisering ved å unngå variasjon med fødselsdager innenfor kalenderåret.

8.2.3 Antall opphold

Antall opphold er i denne sammenhengen totalt antall opphold på PAM gjennom kalenderåret 2022. I grunnlagsdata har det dukket opp flere innleggelser på andre avdelinger, noe som har med organisatoriske endringer å gjøre, samt innleggelser på andre avdelinger. Pasienter som er henvist til innleggelser ved andre avdelinger eller sengeposter på Blakstad sykehus, er ekskludert fra analysen.

8.2.4 Henviser

Hvem som henviser pasientene, vil bli kategorisert ut ifra den institusjonen som henvisende helsepersonell arbeider på ved henvisningstidspunktet. Flere av legene som henviser, får kun sitt navn knyttet til henvisningen, og institusjonen er derfor delvis hentet ut ved manuell gjennomgang av alle henvisninger. Dersom pasienten henvises fra eksternt helseforetak, vil henvisningen kategoriseres som dette uten nærmere spesifisering.

8.2.5 Henvisningsårsak/inn-diagnose

Henvisningsårsak er fritekst og ikke standardisert, noe som gjør oppsummering og kategorisering noe utfordrende. Ofte er henvisningsårsak til en enkelt pasient overlappende ved gjentatte henvisninger, og problemstillingene ligner, men det fremkommer også variasjon. Henvisningene kan også inkludere mer enn én henvisningsårsak. For å gjøre henvisningsårsak mulig å oppsummere med de begrensningene denne oppgaven har, oppgis det én enkelt årsak per pasient, som da er ment å være oppsummerende for alle henvisningene, i enkelte tilfeller fortolkende, for den helhetlige problemstillingen til enkeltpasienter, som ofte er den gjentagende begrunnelsen for henvisning. Ulempen ved dette metodiske valget er reduserte nyanser ved henvisningsårsak til fordel for den mer homogene og antatt overordnede problematikken, mens fordelene er en mer oversiktlig, oppsummert og sammenlignbar måte å presentere henvisningsårsak på.

8.2.6 Vedtak

Alle pasienter som er henvist til øyeblikkelig hjelp innleggelse, skal vurderes av spesialist innen 24 timer. Utfallsalternativene ved henvisning til tvungent vern er jf. phvl at det nektes etablering av tvungent vern (Nektet TPH), vedtak for tvungen observasjon §3-2, eller vedtak for tvungent psykisk helsevern, §3-3. Pasienter som er på tvungent vern uten døgn (TUD), hvor vernet overføres fra poliklinikk til institusjonsopphold etter phvl. §4-10, blir i denne oppgaven innlemmet som vedtak for tvungent psykisk helsevern, §3-3. Årsaken er at pasienter som er underlagt TUD, ofte henvises av legevaktslege utenom vanlig kontortid for det DPS som forvalter det tvungne vernet. Pasienter som er på tvungent vern uten døgn, kan også være frivillig innlagt, hvor praksis som oftest er å innhente et vedtak etter §4-10. Om pasienten er på tvungent vern til vanlig eller ikke, skal i utgangspunktet ikke ha betydning for vurdering av behandlingsnivå eller behandlingsbehov på et PAM. Vedtak om nektet etablering av tvungent vern betyr at hovedvilkåret for å benytte tvang jf. phvl ikke er til stede, og kan være en indikator på et manglende oppfylt hovedvilkår, også på henvisningstidspunktet.

8.2.7 Diagnose ved utskrivelse

Med tanke på oppgavens omfang og for å gjøre resultatene mindre komplekse ble pasientene kategorisert med én enkelt diagnose på F-kapitlet i ICD-10, da hoveddiagnose ved utskrivelse, for å redusere variasjon i presentasjon av datagrunnlaget. Ulempen ved å bruke kun én diagnose i en studie som dette er en reduksjonistisk tilnærming til pasientenes problematikk, siden flere av pasientene har komorbiditet og mer enn én diagnose ved utskrivelse. Ved å fokusere på én diagnose fremfor en annen kan man for eksempel nedvurdere rusproblematikk til fordel for en diagnose på personlighetsforstyrrelse, og vice versa. Flere av diagnosene kan også være gjenstand for uenighet mellom instansene, og vanlig praksis ved et mottak er da å videreføre de mer alvorlige diagnosene

dersom man er involvert i et akuttforløp, og i de aller fleste tilfeller overlate diagnostisk revurdering eller findiagnostikk til en mer varig behandlingskontakt på enten døgninstitusjon eller poliklinikk. I pasientforløp hvor pasienten ikke har behandlingskontakt, enten etter eget ønske eller andre årsaker, stiller behandler på PAM primærdiagnose basert på tilgjengelig informasjon, som oftest lenger ned i diagnosehierarkiet grunnet mangelfull utredningsinformasjon.

Det er variasjon i diagnose ved utskrivelse hos pasienter med flere innleggelser. Det kan henge sammen med ulik problemstilling ved henvisningsperioden, ulik erfarings- og faglig bakgrunn og kompetanse. Flere av pasientforløpene sett under ett gjennom et kalenderår kan også enten utvikle seg som en mer entydig diagnose, at man får bedre grunnlag for å kunne plassere problemstillingene i en mer overordnet diagnostisk kategori, eller har noe variasjon i aktuell problematikk på utskrivningstidspunktet. En viktig merknad ved psykiatrisk diagnostikk er at diagnosene ofte er kompliserte, sammensatte, tidvis ikke gjensidig utelukkende, og kan gi lav interrater-reliabilitet. Tolkning av diagnoser gjøres derfor med omhu både i klinikk og statistisk, også i denne oppgaven.

8.2.8 FACT-kontakt

Pasientene defineres som i kontakt med arenafleksible team/FACT ved lokalt DPS (Helsedirektoratet, 2015) som et dikotomt Ja eller Nei. Det vil si at det er registrert at pasienten følges opp og behandles av et etablert ACT-team eller ACT-funksjon i et FACT-team som såkalt tavlepatient, jf. ISF regelverk kapittel 7.3, da med prosedyrekode IEAD00 (Helsedirektoratet, 2023b). Kategorisering i Ja eller Nei sier ikke noe om pasienten er på tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD), heller ikke om frekvensen for kontakt, varighet, tid siden siste kontakt eller annen mer detaljert informasjon.

8.2.9 Fellestrekk hos pasientene

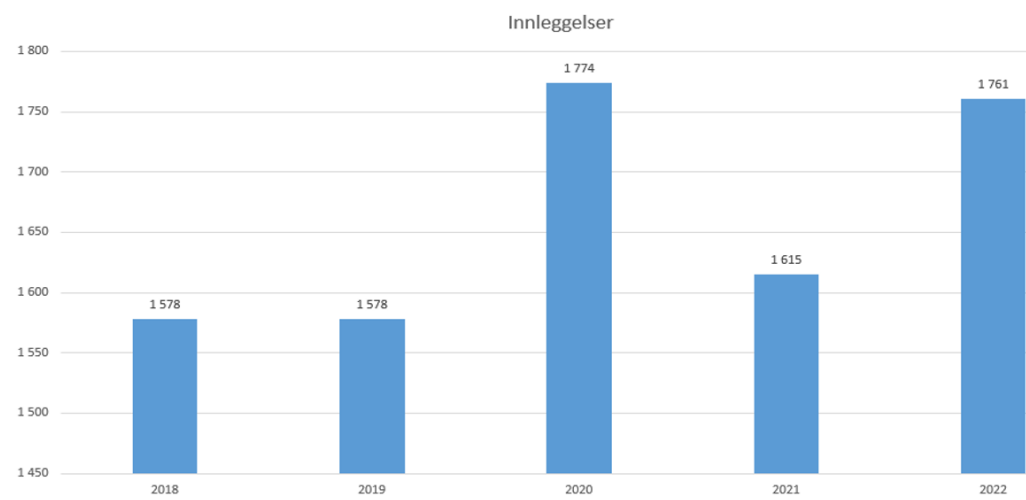
Etter oppsummering av antall pasienter som har fire eller flere innleggelser i 2022, ble det undersøkt om det finnes fellestrekk hos pasientene som kan baseres på diagnosemanualen ICD-10 (WHO, 2016), grunnlagsmaterialet til rapporten fra Akuttnettverket (2021), og rapport fra Helsedirektoratets analyse om forløp etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne (Lilleeng & Pedersen, 2018). De aktuelle kategoriene var personlighetsforstyrrelser, alvorlig sinnslidelse – på primært F2-kapitlet for vedvarende psykoselidelser i ICD-10, men også F31 bipolar lidelse, som kan betegnes som en alvorlig sinnslidelse – og en siste kategori som er basert på klinisk erfaring og omhandler rusrelaterte innleggelser, hvor eksempelvis rusutløst psykose kan sidestilles med oppfylt hovedvilkår for alvorlig sinnslidelse i phvl.

9.0 Resultater

PAM ved Blakstad sykehus mottok totalt 1761 henvisninger til øyeblikkelig psykiatrisk helsehjelp i 2022. Det er ca. 100 flere enn i 2021, færre enn i 2018 og 2019, men tilnærmet likt med 2020 (figur

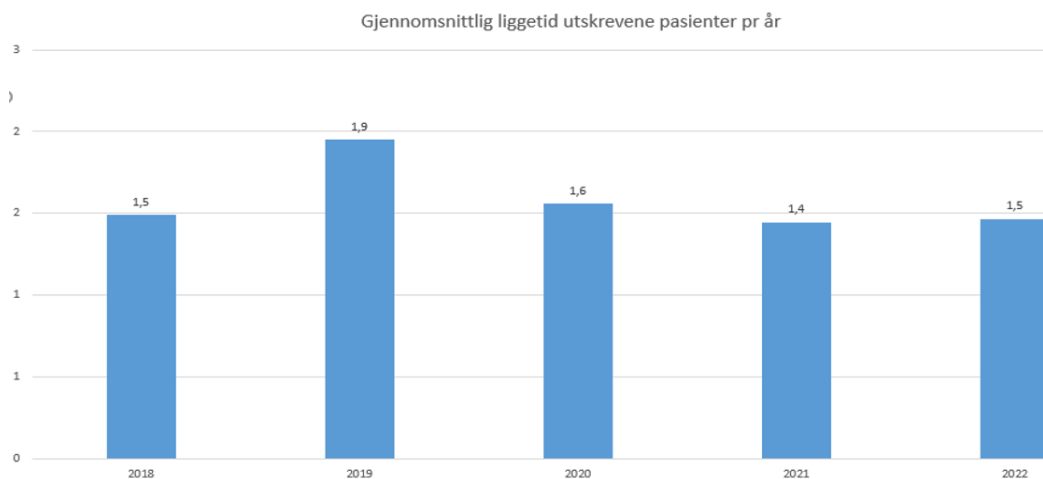
1). Gjennomsnittlig liggetid var 1,5 døgn (tabell 1), samsvarende med 2021. 54 prosent av pasientene som ble henvist til PAM i 2022, ble slutført i mottak og skrevet ut til enten døgnbehandling på lavere nivå, poliklinisk behandling, bosted eller annet, samsvarende med 2021. Beleggsprosenten var 51,6 prosent i 2022, samsvarende med i 2021, og noe lavere enn i 2020 (tabell 1).

Figur 1: Antall henvisninger til PAM, Blakstad Sykehus VVHF



Innleggelser er pasienter inn i avdeling/sengepost fra annet sted enn egen avdeling.

Figur 2: Gjennomsnittlig liggetid for pasienter i PAM, Blakstad Sykehus VVHF



Tabell 1: Belegg i PAM, andel utskrevet fra PAM

Belegg PAM			Andel utskrevet fra PAM		
2020	2021	2022	2020	2021	2022
58,0 %	50,6 %	51,6 %	52,7 %	53,0 %	54,6 %

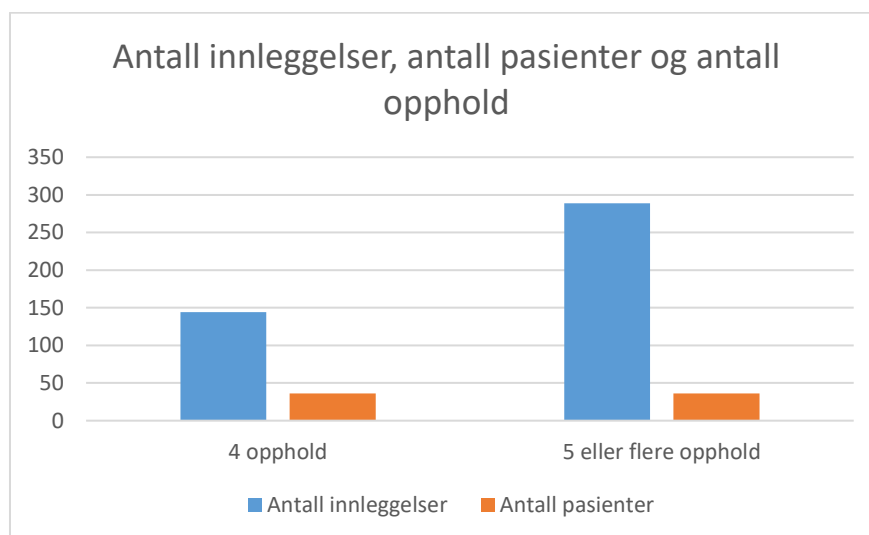
Ved inspisering av datamaterialet for 2022 ble det funnet 143 pasienter med > 3 innleggelser på PAM, totalt 598 henvisninger til psykiatrisk akuttinnleggelse. Ved videre avgrensning til pasienter med ≥ 4 innleggelser (tabell 2) ble antallet pasienter 72, med en gjennomsnittsalder på 37,3 år, median 33,0 år, og spenn fra 18 til 68 år, og totalt 433 psykiatriske akuttinnleggelser. 46 prosent var kvinner og 54 prosent menn. Antall henvisninger var i gjennomsnitt 6,0 ganger, median på 4,5 innleggelser, og spenn på 4–19 innleggelser. Antall henvisninger blant denne pasientgruppen utgjorde 25 prosent av det totale antall henvisninger til sykehuset gjennom 2022.

Tabell 2: Pasienter med ≥ 4 innleggelser

Pasienter med ≥ 4 innleggelser				
N = 72	Andel av totale innleggelser = 25 %			
Alder gj.sn	Alder spenn	Ant. innleggelser	Menn %	Kvinner %
37,3	18 -64	433	54	46
Antall henvisninger gj.sn.	Median	Spenn		
6	4,5	4–19		

I gruppen med ≥ 4 henvisninger til innleggelse utgjorde pasienter med 4 innleggelser 50 prosent av datagrunnlaget, mens 50 prosent hadde ≥ 5 innleggelser (figur 3). Gruppen med ≥ 5 innleggelser utgjorde 289 innleggelser, tilsvarende 16,5 prosent av alle innleggelser gjennom 2022.

Figur 3: Fordeling antall innleggelser, antall opphold og antall pasienter ≥ 4



Av de som henviste pasientene med ≥ 4 innleggelser (tabell 3), utgjorde legevakt 73,5 prosent av de totale henvisningene, FACT 13,4 prosent, somatisk sykehusavdeling 6,8 prosent og de resterende 6,8 prosentene kom fra eksterne helseforetak som overføringer av enten frivillig behandling, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern etter phvl §4-10, samt noen få henvisninger fra fastlege.

Tabell 3: Henvisende instans for pasienter med ≥ 4 innleggelser**Henviser, pasienter ≥ 4 innleggelser**

Legevakt	FACT	Somatisk sykehus	Annet
73,50 %	13,40 %	6,8 %	6,80 %

Ved inspisering av datamaterialet for pasienter med ≥ 4 innleggelser kunne 65 av pasientene, 90 prosent, plasseres i kategori for enten personlighetsforstyrrelse, alvorlig sinnslidelse eller rusrelaterte innleggelser (tabell 4). De 7 resterende, 10 prosent, ble avgrenset bort av personvern hensyn.

9.1 Fellestrekk hos pasientene/ kliniske underkategorier

Tabell 4: Pasienter med ≥ 4 innleggelser, analysert på undergrupper

	Pers forstyrrelser	Rusrelatert	Alvorlig sinnslidelse
Antall pasienter	16	18	31
Andel i prosent	25 %	27 %	48 %
Antall innleggelser	139	104	152
Andel innleggelser av gruppene	35 %	26 %	29 %
Innleggelser gj.sn.	8,8	5,8	4,8
Innleggelser median	6	5	4
Innleggelser spenn	4–19	4–13	4–8
Menn %	31 %	66 %	55 %
Kvinner %	69 %	33 %	45 %
Alder gj.sn.	36,5	35,8	39
Median	30,5	32,5	40
Spenn alderskat.	Fra 18–25 til > 60	Fra 18–25 til > 60	Fra 18–25 til > 60
Henviser			
Legevakt	81 %	77 %	64 %
Somatisk avd.	14 %	5 %	1 %
Andre HF	4 %	4 %	1 %
FACT	0 %	9 %	29 %
DPS og akutteam	1 %	4 %	3 %
Fastlege	0 %	1 %	0 %
Annet	0 %	0 %	2 %
Slutført i PAM	82 %	64 %	35 %
Liggetid gj.sn.	1,6	1,6	1,4
Liggetid median	1	1,3	1
Liggetid spenn	0,4–8,5	0,2–4,8	0,2–6,6
Slutført på seksjon	18 %	36 %	65 %
Liggetid gj.sn.	1,8	3,5	11,4
Liggetid median	6	5,7	8
Liggetid spenn	1,5 – 52,8	0 – 94,4	0,9 – 107,1
Utfall av paragrafvurdering			
Nektet TPH	47 %	30 %	10 %
§ 2-1, frivillig	23 %	20 %	14 %
§3-2, tv. obs.	30 %	42 %	4 %
§3-3, tv. vern.	0	8 %	72 %
FACT			
Tilknyttet	19 %	22 %	77 %
Ikke tilknyttet	81 %	78 %	23 %

Oppsummerte henvisningsårsaker viser til at «suicidalitet», rusproblematikk og utagerende atferd var mest gjennomgående hos de tre undergruppene (tabell 5).

Tabell 5: Henvisningsårsaker oppsummert for undergruppene

Henvisningsårsak oppsummert		
Personlighetsforstyrrelser	Rusrelatert	"Alvorlig sinnslidelse
«suicidalitet», og videre «rus», «rusutløst psykose», «selvskading», «psykose?», «intoksikasjon», «utagering» og «mani»	«rusutløst psykose», «psykose», «suicidalitet», «utagering», «vold», «trusler», og «hjelpesøkende»	«psykose», «suicidalitet», «forverring av [primærdiagnose]», «rus», «trusler», «vold», «utagering», «intoksikasjon» og «lavt funksjonsnivå»

9.1.1 Personlighetsforstyrrelser

Pasientene med hovedsakelig personlighetsforstyrrelser utgjør den minste av de tre undergruppene, og består primært av pasienter diagnostisert med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Gruppen består av ca. 70 prosent kvinner. Pasientgruppen står for et stort antall henvisninger til innleggelse per pasient, både med gjennomsnitt og median. Den har også et større spenn i antall innleggelser som, sammen med målet for sentraltendens, viser høyere antall innleggelser sammenlignet med de to andre gruppene. Aldersmedianen er relativt høy, noe som kan indikere at pasientene i utvalget har en vedvarende personlighetsforstyrrelse sammenlignet med det som er antatt å være aldersmedian hos pasienter tilknyttet allmenpsykiatrisk poliklinikk. Legevaktene står flest henvisninger, resten gjøres i hovedsak av lege på somatisk sykehus. Liggetiden i PAM målt med gjennomsnitt og median er stort sett lav, og kombinert med at de fleste pasientene ferdigbehandles på PAM, betyr dette at pasientene i denne gruppen har korte opphold på psykiatrisk avdeling. Rundt 1 av 5 innleggelser overføres fra PAM til akuttseksjon, som antagelig betyr at oppholdene ofte ikke dreier seg om en destabilisert fase i en personlighetsforstyrrelse, men heller representerer annen problemstilling eller en periode med observasjon på tvunget vern for å observere og behandle tilstanden over noen dager. Liggetiden på akuttseksjon kan også representere overbelegg på PAM, hvor flytting av pasient gjøres for å få plass til nye pasienter. Som vist i tabell 5, er selvmordsproblematikk og -handlinger dominerende henvisningsårsak, men rusproblematikk og utageringsproblematikk er også hyppig årsak til innleggelse.

Ca. halvparten av alle henvisninger til tvunget vern nektes for denne pasientgruppen, og kan kalles betydelig. Andelen frivillighet er rundt 25 prosent, men representerer altså mest korte opphold på rundt et døgn varighet. Andelen som tas imot til tvungen observasjon, da også med påfølgende korte opphold, er noe høy, med 30 prosent av henvisningene.

9.1.2 Rusrelaterte innleggelser

Pasientene med hovedsakelig rusrelaterte innleggelser utgjorde 27 prosent av innleggelsene i de tre undergruppene. Diagnosene var F10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av alkohol, F11 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av opiater, F12 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av cannabinoider, F15 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre stimulanter, og F19 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av andre og flere psykoaktive stoffer. Gruppen består av en overvekt av menn.

Også denne pasientgruppen ble i hovedsak henvist fra legevaktene, dog var henviser noe oftere i det øvrige behandlingsapparatet sammenlignet med pasientene med personlighetsforstyrrelser. Av det samlede antall innleggelser ble tilnærmet to tredeler sluttført i PAM med en median liggetid på like over et døgn. Kort opphold med sluttføring i PAM tyder på at det gjerne ikke var behov for langt opphold, gjennomsnittet lå på 1,6 døgn, median oppholdstid 1,3 døgn. Pasientene som ble overført til akuttseksjon, utgjorde ca. en tredel, hvor målet på median 5,7 dager kan være en bedre representasjon av sentraltendensen for lengre oppholdstid ettersom spennet er stort og da antagelig representere noen få pasienter med lengre innleggelser. Sentraltendensen for pasienter med rusrelaterte innleggelser kan være i tråd med tiden det tar å stabilisere rusutløste psykotiske tilstander. Det store spennet i liggetid med forhøyet median sammenlignet med gjennomsnitt kan være tegn på langvarige rusutløste tilstander eller utvikling/opdagelse av mer vedvarende psykotiske tilstander. Enkelte slike pasientforløp overføres til mer langvarig innleggelse på annen avdeling.

I denne pasientgruppen er bruk av tvungen observasjon mer utbredt sammenlignet med de andre to gruppene, noe som kan sies å være god praksis ettersom tilstanden er ansett som uavklart og det er behov for observasjonsperiode før man konkluderer om kriteriene for tvungent psykisk helsevern er til stede. Også i denne gruppen er det en betydelig andel (ca. en tredel) pasienter hvor det ikke vurderes å være grunnlag for etablering av tvungent vern. Kun en av fem pasienter har kontakt med FACT, dog sier ikke resultatene noe om etablert kontakt med den øvrige delen av spesialisthelsetjenesten eller den kommunale delen av helsetjenesten.

9.1.3 Alvorlig sinnslidelse

Pasientene i undergruppen alvorlig sinnslidelse består av pasienter med diagnoser innen F2X-kapitlet for schizofreni, schizoaffektiv lidelse og paranoide lidelser, og kapitlet F31X for bipolar affektiv lidelse. Kjønnfordelingen er tilnærmet lik mellom kvinner og menn. Dette er den største av de tre undergruppene og utgjør ca. halvparten av pasientene med gjentatte innleggelser.

Av andel innleggelser totalt gjennom 2022 var likevel denne gruppen med sine 29 prosent mindre enn pasientene med diagnose personlighetsforstyrrelser, som utgjorde 35 prosent. Også hos denne gruppen er den primære henvisende instans legevaktene, men det faste behandlingsapparatet i form av FACT henviser bortimot en tredel av pasientene til innleggelse. Pasientene i denne gruppen hadde også en overvekt av FACT-tilknytning, ca. 80 prosent. 35 prosent av pasientene ferdigbehandles i PAM, som er en vesentlig lavere andel av de andre to pasientgruppene. Av pasientene som hadde opphold i PAM, var liggetiden også i denne gruppen kort, noe som samsvarer med den generelle lave liggetiden som er tiltenkt å være i et PAM. Median og gjennomsnittlig liggetid vil likevel tilsi at de fleste pasientene har kort oppholdstid og ikke vurderes som behandlingstrengende på sykehus. Ca. to tredeler av pasientene ble overført fra PAM til akuttseksjon, med tydelig lengre gjennomsnittlig liggetid sammenlignet med de to andre pasientgruppene, som da er indikasjon for større behandlingsbehov på akutt-nivå. Likevel ferdigbehandles ca. en tredel i PAM med korte opphold. Størrelsen på spennet indikerer at enkelte av pasientene hadde behov for overføring til mer langvarig innleggelse på annen avdeling.

Overvekten, 72 prosent, av pasientene ble tatt imot til tvungent psykisk helsevern; det vil tilsi, kombinert med den høye andelen av FACT-tilknytning, at en stor del av pasientene var under tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold, som da ble overført til døgnopphold etter phvl. §4-10. Sykehuset overtar da midlertidig det tvungne vernet, og da er det ikke behov for ytterligere vedtak om tvungent vern. Andelen frivillige innleggelser er noe lavere enn i de andre gruppene.

9.1.4 Andre

De resterende pasientene med ≥ 4 innleggelser, 10 prosent, som hadde varierende diagnoser som ikke samsvarte med personlighetsforstyrrelser, rusproblematikk eller alvorlig sinnslidelse, vil ikke bli nærmere beskrevet, grunnet personvern hensyn, og avgrenses bort fra videre resultater og diskusjon.

10.0 Diskusjon

Tabell 4 viser at ca. 90 prosent av pasientene med ≥ 4 innleggelser på PAM tilhører de tre kliniske underkategoriene personlighetsforstyrrelse, rusrelaterte innleggelser og alvorlige sinnslidelser. Pasientene med ≥ 4 innleggelser på PAM utgjør ca. 25 prosent av innleggelsene gjennom 2022, pasienter med ≥ 5 innleggelser ca. 16 prosent, og kan sies å gjenspeile Helsedirektoratets rapport (2018) om ressursbruken hos pasienter med omfattende tjenestebehov, og Pareto-prinsippet (e.g. Helsebiblioteket, 2023) om at en mindre andel tilfeller står for det største bidraget av helheten. Alderen hos pasientene i alle tre grupper er fra 35,8 til 39 år, og samsvarer da ikke med systematisk gjennomgang av internasjonal litteratur for samme gruppe av Zanardo, Moro, Ferreira og Rocha

(2018). Denne oppgaven har som nevnt ikke klart å finne litteratur fra andre PAM i Norge for sammenligningsgrunnlag av tallforholdet.

10.1 Fellestrekk hos pasientene / kliniske underkategorier

10.1.1 Personlighetsforstyrrelser

Pasienter med personlighetsforstyrrelser utgjør en av de tre kliniske undergruppene i analysen. Gruppen består med få unntak av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (vedlegg 3), beskrevet i diagnosemanualen til Verdens helseorganisasjon ICD-10 (2016) i kapitlet F60.3. Frekvensen i normalbefolkningen er anslått til ca. 1,7 prosent, men er overrepresentert på psykiatriske sykehus med estimater på 15-28 prosent av den totale pasientpopulasjonen (Gunderson et al., 2018).

Internasjonale og andre anbefalinger er antagelig hovedårsaken til at disse pasientene hadde en gjennomsnittlig liggetid på 1,62 døgn, median 1 døgn, og at de aller fleste forløpene ble sluttført i PAM, noe som er i tråd med anbefalinger i litteraturen. Såpass korte gjentatte opphold med tilnærmet lik problemstilling tyder på at innleggelsene er lite virkningsfulle, involverer pasienten på en lite hensiktsmessig måte, er lite samordnet og preget av mangelfull kontinuitet, og utnytter ressursene på en lite effektiv måte med lav nytteverdi. Den mest nærliggende hypotesen vil være at henviser vurderer alvorlighetsgraden større enn PAM. Ofte bærer henvisningene preg av at farekriterium blir vurdert uten at hovedkriterium om alvorlig sinnslidelse er til stede, eller at det blir presentert en vurdering om at henvisningen til tvungent vern er helhetlig til pasientens beste.

Som vist i tabell 4 står pasientene med personlighetsforstyrrelse for 35 prosent av alle innleggelsene blant de tre gruppene, og innleggelsene er fordelt på færrest antall pasienter sammenlignet med de to andre gruppene. Dette står i kontrast til Helsedirektoratets (2018) rapport om pasientgrupper med omfattende tjenestebehov i psykisk helsevern, nevnt i punkt 6.0, som viser til at pasienter med psykoselidelser står for den største delen av ressursbruken på døgnposter i psykisk helsevern. Ressursbruken er da høyere på et PAM enn døgnposter ellers. Denne gruppen har også det høyeste antall totale innleggelsler både i gjennomsnitt, median, spenn. Det finnes per i dag ikke norske veiledere for behandling av pasienter med personlighetsforstyrrelse, men internasjonale anbefalinger og litteratur viser til at pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse profiterer på å få større grad av handlefrihet og få akutte behandlingstiltak (e.g. NICE, 2009; Coyle, Shaver & Linehan, 2019).

Anbefalt behandling er polikliniske forløp med dialektisk atferdsterapi og psykodynamisk terapi fremfor akutt psykiatrisk innleggelse, som da adresserer årsaken fremfor det symptomatiske (Leichsenring, Heim, Leweke, Spitzer, Steinert & Kernberg, 2023). Det er mange årsaker til dette:

Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse oppnår som hovedregel ikke særlig helsegevinst av akuttbehandling på døgnpost, og akutte tiltak kan redusere autonomi ved at helsetjenesten får som «ansvar» å holde vedkommende fra å ta sitt eget liv eller fra å selvskade. Problemstillingen kan også være vedvarende over tid og bestå av gjentatte kriser, og diagnosen er ofte resultat av traumer som best behandles poliklinisk over tid. I tillegg er det flere som opplever å ikke tåle eget følelsesliv, som er uendret etter psykiatrisk akutt opphold, og opphold av noe varighet kan gi økt opplevelse av avvisning av helsetjenesten. Det virker som om faggruppene i Norge til en viss grad er omforent om et lignende resonnement, dog er det også faglig uenighet (e.g. Ekeberg et al., 2019).

Ca. 50 prosent av henvisningene til tvungent vern for pasienter med personlighetsforstyrrelser ble underkjent, og er etter alt å dømme et tegn på faglig uenighet mellom PAM og henviser. For denne gruppen er dette legevakt i over 80 prosent av henvisningene, og 14 prosent fra somatisk avdeling. Begrunnelsen for å nekte etablering av tvunget vern er som oftest at hovedkriterium om alvorlig sinnslidelse ikke er til stede, eller at tvungent vern ikke er vurdert å være til pasientens beste, og at nytteverdien vurderes lav. Ved flere av henvisningene var heller ikke hovedkriterium om en aktuell alvorlig sinnslidelse til stede på henvisningstidspunktet, dog er ikke henvisningene systematisk gjennomgått. Den store andelen underkjente henvisninger til tvungen innleggelse, kombinert med hovedsakelig korte opphold også for frivillige henvisninger, kan tyde på at de fleste pasientene i utgangspunktet ikke burde vært henvist til psykiatrisk avdeling. Det er sjelden uenighet om behandlingsbehov, men heller om rammene og formen. Ettersom pasienten i praksis er frihetsberøvet i inntil et døgn ved henvisning til innleggelse, utgjør det også en juridisk problemstilling, spesielt ved gjentatte tilfeller.

Prinsippet om som hovedregel å ikke legge inn pasienter med personlighetsforstyrrelse og tidvis alvorlig selvmordsproblematikk kan ved første øyekast fremstå som kontraintuitivt og kan nok bidra til at pasienter med denne problemstillingen gjentagende henvises til akuttpsykiatrisk innleggelse, noen ganger få timer eller dager etter utskrivelse med fersk vurdering av PAM. En annen årsak kan være ubehag med å se pasienter som har selvskading, selvmordskommunikasjon og -handlinger som mestringsstrategi for blant annet å håndtere vanskelige følelser. Henviser, pasient og pårørende kan stå i vanskelige og alvorlige vurderinger. En tredje årsak kan være manglende mestringsfølelse for hva man er forventet å gjøre med problemstillingen, en fjerde forventninger til psykisk helsevern som drøftes i punkt 10.5. Flere studier har også vist at frykt for kritikk fra tilsynsmyndigheter øker sannsynligheten for bruk av lite effektive helsetjenester overfor disse pasientene (e.g. Krawitz & Batcheler, 2006; Lundahl, Helgesson, & Juth, 2021). Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse har ofte frykt for å bli avvist og forlatt, lav selvfølelse og lite

hensiktsmessige mestringsstrategier for stressende opplevelser, inkludert selvmordshandlinger (DSM-5, 2013).

Antall henvisninger til korte opphold vil også antagelig være et uttrykk for ubehaget som oppstår ved å skulle vurdere selvmordsproblematikk. Den hyppigste henvisningsårsaken er «suicidalitet». Som formulert i nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern av det daværende Helse- og omsorgsdepartementet (2008): *«På bakgrunn av forventet varighet av problemene og faren for at endringer i behandlingsplan, inkludert bruk av ulike akutte tiltak kan redusere prognosen på sikt, er det nødvendig både for pasient, pårørende og involverte helsepersonell å leve med noe større grad av risiko for suicidal atferd for denne gruppa sammenlignet med pasienter med mer tidsavgrenset suicidalitet. Det er viktig at både pasient, pårørende og involvert helsepersonell er kjent med denne risikoen (s. 25-26)»*. Den tryggeste behandlingen er derfor ikke nødvendigvis den beste (Stangeland, 2012), og heller ikke nødvendigvis den mest *effektive*. Erfaringsmessig opplever pasienter med alvorlig emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse at det blir tatt større ansvar for dem ved innleggelse på PAM enn når det tas beslutninger om dem i behandlingsapparatet utenfor sykehus. Dette kan stamme fra pasienters og pårørendes forventninger til oppholdet og helsepersonells opplevelse av ansvar for pasientens handlinger. Kommentarene til psykisk helsevernloven (Helsedirektoratet, 2017) viser til at *«faglig ansvarlig må være oppmerksom på at spesielt mer kronisk selvmordsfare kan være vanskelig å bedømme, og det foreligger en risiko for at pasienter holdes tilbake på tvang i lengre tid enn det rettslig sett er grunnlag for»*.

30 prosent av henvisningene ble tatt imot til tvungen observasjon og pasientens tilstand ble da sidestilt med alvorlig sinnslidelse. Dette kan være begrunnet med faglig variasjon hos spesialistene som vurderer, at tilstandsbildet er ukontrollerbart utenfor sykehusets rammer, og demper seg med et avgrenset opphold med begrunnelse i tidligere behandlingsopphold. Sykehuset har også en geografisk utfordring med opptaksområde som dekker pasienter som har flere timers reisevei, og da ikke nærhet til oppfølgingstjenester, bemannet bolig, pårørende, eller andre viktige relasjoner. En studie av Lundahl et al. (2023) konkluderte med at utskrivelse av pasienter med gjentakende selvskadings- og selvmordsproblematikk med liten helsegevinst av innleggelse på psykiatrisk avdeling i stor grad var avhengig av om behandler var villig til å ta sjansen på å skrive ut pasienten, med tanke på vedkommendes autonomi og behandlingsbehov. Å bli fratatt ansvaret for å regulere egne negative følelser og selvmordstanker kan gi økt opplevelse av trygghet, og kan forklare at noen av pasientene krever å bli ivaretatt, noen ganger med tvang (Lundahl et al., 2023). For helsepersonell kan det fremstå som tryggest og faglig riktig å henvise til akuttpsykiatrisk innleggelse, til tross for at det reduserer pasientens evne til å ivareta seg selv og til å kunne håndtere lignende kriser i fremtiden (NICE, 2009; Lundahl, Helgesson & Juth, 2020).

Bruk av tvungen observasjon kan også begrunnes ved tvil om det foreligger en alvorlig lidelse, som da også kan forklare at 18 prosent av pasientene overføres til akuttseksjon for et opphold med gjennomsnitt på 10,7 dager, median 7 dager, og spenn på 1,5–52,8 dager. Vilkåret for tvungent psykisk helsevern, §3-3 i phvl, er primært psykosetilstand, men kan i noen tilfeller også inkludere andre tilstander, blant annet alvorlige personlighetsforstyrrelser som kan sidestilles med alvorlig sinnslidelse basert på vurdering av atferdsmønster, situasjonsforståelse, sykdomsinnsikt, mestringssevne og eventuelle andre symptomer. Gjennomsnittet og spennet for pasienter som ble overført til akuttseksjon, er antagelig også et uttrykk for baksiden ved det metodologiske grepet om å redusere pasientene til én enkelt diagnose. Som eksempel hadde flere av pasientene rusproblematikk, spørsmål om rusutløst psykose og psykose som henvisningsårsak (tabell 5).

Personlighetsproblematikk i tidlig alder øker også risikoen for å utvikle psykoselidelse senere i livet (Newton-Howes, Tyrer, Anagnostakis, Cooper, Bowden-Jones, & Weaver, 2010), og kan være en del av symptombildet i vedvarende psykoselidelser (Newton-Howes, Tyrer, North B, & Yang, 2008).

Resultatene i denne oppgaven har kun tilgang til informasjon der pasientene er tilkoblet et FACT-team hos DPS, og ikke der pasienten er i et poliklinisk behandlingsforløp. Dette er en svakhet i disse resultatene. Ca. 20 prosent av pasientene med personlighetsforstyrrelse hadde en slik tilknytning. Enkelte pasienter i denne gruppen forteller under innleggelse og ved møter i førstelinjen om en opplevelse av å få tildelt uerfarne behandlere, behandlere som opplever problematikken som vanskelig og truende, og behandling som omhandler «stabilisering» eller dagsaktuell tematikk fremfor mer dypgående behandling. Det er krevende å stå i sterke emosjonsuttrykk og selvmordsproblematikk som behandler, men som nevnt over har flere pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse god prognose dersom behandlingen etterleves, derfor bør de tildeles faglig sterke behandlere som kan være stabile, målrettede relasjoner over lengre tid. Landsvariasjonen i behandlingstilbudet for denne pasientgruppen er av blant andre Karterud (2018) beskrevet som diskriminerende og følgelig ikke i tråd med rettferdighetsprinsippet, og at behandlingen bør være langvarig, strukturert, sammenhengende, teoretisk velbegrunnet og gjerne basert på teamarbeid med tett samarbeidende terapeuter.

I dag mangler flere helseforetak et spisset områdetilbud for pasienter med personlighetsforstyrrelse, og det samme gjelder også Klinikk for psykisk helse og rus i Vestre Viken HF. Det skal også nevnes at det selvsagt er mange kompetente behandlere i poliklinikk og andre steder, med og uten spesialutdanning, som håndterer pasientgruppen utmerket. Behandlingen er ikke esoterisk, og de generelle prinsippene for psykoterapeutisk behandling av problemstillingen er også gyldige overfor denne pasientgruppen. I Sverige har Socialstyrelsen (2020) gitt politisk støtte til å opprette spesialisert tilbud for pasienter med selvskadingsproblematikk som er vanskelig å behandle, med

sentraliserte sykehusavdelinger der man kan gi pasientene innleggelse og spesialisert behandling over tid. Av lokale eksempler har VVHF en områdefunksjon for blant annet behandling av gjentatte suicidale kriser og hyppig kontakt med helsevesenet. Blakstad Sykehus har egen seksjon for Basal Eksponeringsterapi (BET) (Hammer, Heggdal & Ludvigsen, 2020), anbefalt av Verdens helseorganisasjon som et behandlingstilbud som gir kvalitativ god behandling uten tvangsbruk (WHO, 2021), og kan vise til høy grad av kost-effekt for reduksjon av antall innleggelser (Hammer et al., 2017). Flere i denne pasientgruppen har fått god hjelp til å redusere lidelsestrykk og selvskading, øke personlig autonomi og redusere behovet for innleggelser i psykisk helsevern, dog ikke alle (Kjus, 2021; Mjøsumund et al., 2022). Tilbudet er blitt såpass populært at ventetiden for planlagt elektiv innleggelse for behandling kan overstige et år.

Dersom pasientene er i et polikliniske forløp, vil behandlingen være mest sammenhengende og effektiv ved at legevakt og somatisk sykehusavdeling henviser til fast behandlingsapparat ved kontakt for øyeblikkelig hjelp. Faglig støtte er tilgjengelig i epikriser fra tidligere opphold og ved konferering med psykiatrisk avdeling. I flere tilfeller kan ulik oppfatning av ansvar og forventninger mellom PAM og de henvisende instansene være til stede, hvor samarbeidsmøter kan spille en sentral rolle for pasienten som mottaker av helsetjenester (e.g. Senneseth & Berg, 2023).

10.1.2 Rusrelaterte innleggelser

27 prosent av pasientene med ≥ 4 innleggelser hadde rusrelaterte diagnoser innenfor F1X-kapitlet for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer. Pasientgruppen stod for 26 prosent av innleggelsene. Pasientgruppen med ruslidelser viser en kjønnsforskjell hvor to tredjedeler er menn. Det er i tråd med litteraturen, som viser til en høyere prevalens av ruslidelser blant menn enn blant kvinner (e.g. McHugh, Votaw, Sugarman & Greenfield, 2016). I Helsedirektoratets (2018) rapport om pasientgrupper med omfattende tjenestebehov vises det til at hos 21 prosent av pasientene med omfattende tjenestebruk er det også registrert bidiagnose for rusproblematikk. I denne undersøkelsen innebærer metodevalget at gruppen med rusrelaterte innleggelser både har ruslidelse som primær- og tidvis sekundærdiagnose ved ulike innleggelser, og er uttrykk for en metodesvakhet.

De fleste av disse pasientene er i hovedsak kodet i ICD-10 med enten akutt intoksikasjon av et eller flere rusmidler, skadelig bruk, avhengighetssyndrom eller psykotisk lidelse som følge av rusmiddelbruk. På en psykiatrisk avdeling er det hovedsakelig to utfordringer når pasienter med rusutløst psykose gjenvinner samtykkekompetanse: å skille ut åpenbar eller overveiende mistanke om psykoselidelse fra tilstander som tilsvarer aktiv rus og rusutløst psykose (falske negative), og å samarbeide med pårørende og andre instanser for å sikre oppfølging og behandling etter utskrivelse.

Også i denne pasientgruppen er det legevaktene som i all hovedsak henviser pasientene til øyeblikkelig hjelp, mens variasjonen er høyere ved at også somatisk avdeling, FACT, DPS og andre HF er oppgitt som henviser. Dette betyr at pasientene i all hovedsak ikke henvises av sitt faste behandlingsapparat dersom dette foreligger. Ruslidelser behandles ofte hos psykolog eller av andre helsefaglige i kommunehelsetjenesten, og andre er i behandlingsforløp i spesialisthelsetjenestens ruspoliklinikk, eller lignende. En tilknytning til behandlingsapparatet på kommunalt og spesialisthelsetjenestenivå er som nevnt over ikke tatt med i dette datagrunnlaget, bortsett fra FACT-tilknytning, som står for 9 prosent av henvisningene. 22 prosent av pasientene hadde en slik tilknytning, og kan være en indikator på en pasientgruppe med mer vedvarende psykiatrisk problematikk og samtidig rusproblem. Sentralt for denne pasientgruppen vil være å initiere samarbeid med det faste behandlingsapparatet, og eventuelt henvise pasientene til adekvat rusbehandling utenfor psykiatrisk avdeling etter endt opphold. Hvor mange av disse pasientene som er henvist til akutt avrusning, som frem til 2025 inngår i PAM sitt ansvarsområde jf. punkt 3.1, er ikke undersøkt.

I PAM var gjennomsnittlig liggetid 1,6 dager, median 1,3 dager og spennet 0,2–4,8 dager. 64 prosent, ble sluttført i PAM, mens 36 prosent ble overført til akuttseksjon. Liggetiden i PAM både målt med median og gjennomsnitt viser til kort liggetid, som også kan være indikasjon på at henviser vurderer alvorlighetsgraden som mer uttalt sammenlignet med spesialist i PAM, og at nytteverdien i de fleste innleggelsene vurderes lavere hos PAM, spesielt dersom tilstanden er uttrykk for aktiv og kortvarig ruspåvirkning og ikke en rusutløst psykose, jf. ICD-10 F1X.5. Her vil det også være behov for skjønnsmessige vurderinger av helhetsbildet ettersom PAM også tar imot henvisninger til akutt avgiftning utover ordinær arbeidstid. Flere av disse pasientene er kodet i ICD-10 med enten akutt intoksikasjon av et eller flere rusmidler, skadelig bruk, avhengighetssyndrom eller psykotisk lidelse som følge av rusmiddelbruk. Rusutløst psykose, F1X.5 i ICD-10, kan sidestilles med en alvorlig sinnslidelse i phvl, men ved slike psykotiske tilstander kan symptomatologien i akuttfasen være vanskelig å skille fra andre psykotiske tilstander (Medhus et al., 2013). Aktiv rus med alle former for rusmidler kompliserer psykiatriske vurderinger, og kan neppe kalles for alvorlig sinnslidelse slik det er formulert i phvl, og utgjør da ikke et godt grunnlag for en tvungen innleggelse. Dette argumentet er kanskje mest sentralt med gjentatte henvisninger til slik innleggelse hvor man ikke finner psykose og dermed ikke grunnlag for tvungent vern, og oppholdstiden er kort. Hva som kan kalles en rusutløst psykose, og eventuelt implikasjonene av dette, er gjenstand for diskusjon (Vedlegg 4). Ca. en tredel av alle henvisningene til tvungent vern i denne gruppen blir avslått, og dette kan både stamme fra ulikt kunnskapsgrunnlag om denne typen problemstilling, ulik faglig erfaring, eller uavklarte forventninger til hva en psykiatrisk akuttinnleggelse innebærer. Ved gjentatte slike innleggelse hvor

etablering av tvungent vern nektes, altså ca. en tredel av disse pasientene, og det kliniske bildet ikke tilsier en rusutløst psykose, utgjør dette som i gruppen for personlighetsforstyrrelse en potensiell juridisk problemstilling. I enkelte av forløpene kan det også virke som det finnes en høy grad av fortvilelse over rusbruk hos pasienten. Avrusning med tvang er ikke hjemlet i phvl, men kan gjennomføres med tvungen avrusning, jf. helse- og omsorgstjenesteloven (hol) §10-2 (vedlegg 5).

Hos 15 av pasientene ble 37 av innleggelsene overført til akuttseksjon med gjennomsnittlig liggetid 3,5 dager, median 5,7 dager, og spenn på 0–94,4 dager. Ettersom assosiasjonen mellom rusutløste psykoser og utvikling av vedvarende psykoselidelse er høy (e.g. Rognli, Heiberg, Jacobsen, Høye & Bramnes, 2023), vil god praksis ved gjentatte henvisninger hvor diagnosen er rusutløst psykose, være helhetlige vurderinger som konkluderer med «stoppe opp» med noe lengre innleggelse som gir bedre observasjonsgrunnlag av tilstanden, fremfor å skrive ut etter kort opphold, for å gjøre seg opp en mening om de antatte psykotiske symptomene vedvarer eller klinger av innen rimelig tid. Samarbeid med pårørende vil også her være sentralt. Resultatene kan indikere at god praksis finner sted ved at flere av pasientene blir tatt imot til innleggelser av noe lengre varighet.

Som vist i tabell 5 omhandler flere av henvisningsårsakene «utagering», «vold», og «trusler», som antagelig ofte heller kan konkluderes med å være en ordensforstyrrelse og være grunnlag for bortvisning eller innbringelse av politiet. Til sammenligning blir ofte overstadig beruselse med alkohol håndtert i politiets varetekt uten innleggelse på psykiatrisk avdeling, eller eventuelt som en intoksikasjon med behandlingsbehov på somatisk sykehus. Man gjør sjelden gode psykiatriske vurderinger av ruspåvirkede pasienter, det samme gjelder ved påvirkning av andre rusmidler.

10.1.3 Alvorlig sinnslidelse

48 prosent av pasientene med ≥ 4 innleggelser hadde diagnose for hva som kan kalles alvorlige sinnslidelser: diagnoser for F2X-kapitlet for schizofreni, schizoaffektiv lidelse, og paranoide lidelser, og kapitlet for F31X bipolar affektiv lidelse. Denne gruppen var den største av undergruppene, utgjorde ca. halvparten av datagrunnlaget og stod for 29 prosent av innleggelsene. Pasientene her hadde færre gjennomsnittlige innleggelser sammenlignet med de andre to gruppene, og mindre spenn på antall innleggelser. Aldersgjennomsnittet er noen få år høyere enn i de andre gruppene.

For denne pasientgruppen står også legevaktene for den største andelen henvisninger til innleggelse, totalt ca. to tredeler. Det som skiller seg ut for denne gruppen er at ca. en tredel av pasientene henvises til innleggelse for øyeblikkelig hjelp av det faste behandlingsapparatet i FACT. Dette henger sammen med at ca. 80 prosent av disse pasientene har en tilknytning til FACT. Tilgang til fast behandler eller behandlingsapparat over tid er ansett for å være det beste for pasienter med kompleks og kronisk sykdom (Helsedirektoratet, 2016).

35 prosent av pasientene ble ferdig behandlet på PAM, hvor gjennomsnittlig liggetid var på 1,4 dager og median på 1 dag, spenn på 0,2–6,6 dager. Dette betyr at rundt en tredel av pasientene i denne gruppen med gjentatte innleggelser har korte opphold. En svakhet ved denne oppgaven er at det ikke har vært gjennomført sporing av om det er legevakt eller FACT som henviser til de korteste oppholdene, men det er grunn til å tro at det faste behandlingsapparatet i spesialisthelsetjenesten, som kjenner pasienten best, har høyere terskel for å henviser til opphold av kort varighet. Dersom det faste behandlingsapparatet/FACT henviser pasienter til innleggelse, og er innforstått med hensikten til et PAM og prinsipper for prioritering av døgninnleggelse, vil også korte opphold kunne ha en sentral funksjon som en nødventil ved å være potensielt forebyggende for innleggelser av lengre varighet. Antall dager uten innleggelse kan da være et bedre mål for nytteverdi fremfor antall innleggelser. Dersom legevaktene henviser pasienter til innleggelse som til vanlig behandles med tvungent vern uten døgnopphold, er det vanlig praksis å innhente en overføring av det tvungne vernet til døgnopphold fra FACT påfølgende dag. Dette kan også forklare den høye andelen av pasienter, ca. 70 prosent, som tas imot til tvungen psykisk helsevern, §3-3 i phvl. Andre potensielle forklaringer for gjentatte innleggelser av kort varighet for denne gruppen kan være mangelfulle oppfølgingstjenester, som beskrevet i rapport fra Sintef (Ose & Pettersen, 2014), eller mangelfull kommunikasjon mellom psykiatrisk avdeling og oppfølgingsapparat utenfor sykehuset.

Flere av pasientene er blitt henvist med indikasjonen «forverring av grunnlidelse» eller kun «[navn på lidelsen]», hvor psykiatrisk historikk i noen tilfeller kan synes å være brukt som hovedargument for innleggelse, ofte uten at det er gjort en helhetlig vurdering av hva som er til pasientens beste ut fra det aktuelle hendelsesforløpet, historikk, tilstandsbildet og eventuelt pågående behandling. Begrepet «forverring av grunnlidelse» eller en ren referanse til diagnosen ved henvisning er diffust, impliserer at psykisk sykdom er altforklarende for pasientens atferd, symptomer og strev, og innebærer tidvis at historikk antagelig går på bekostning av pasientens rettsikkerhet, men også pasientens ansvar for egen atferd. En tolkning av dette kan være at terskelen for enkelte som henviser, er for lav dersom pasienten har en kjent alvorlig sinnslidelse, og det skal som nevnt vises edruelighet i å gjøre akutte tiltak i et etablert behandlingsforløp, med mindre det foreligger god indikasjon for det. Flere av pasientene i denne gruppen har sin behandling i FACT, flere også med frivillig oppfølging.

Konverteringsforbudet fra frivillig til tvungen behandling i phvl §3-4 er begrunnet i hensynet til at pasienter ikke skal unnlate å oppsøke behandling i det psykiske helsevernet av frykt for å bli tvangsinnlagt, og indikasjon for vurdering av tvangsinnleggelse bør da vurderes med varsomhet. Et annet varsomhetspunkt er potensielle sekundærgvinster ved å ønske innleggelse. Videre kan andre forklaringer være gjeldende for gjentatte innleggelser i denne gruppen, som pasientens preferanser for behandling, lav etterlevelse av behandling, og plagsomme bivirkninger av medikasjon (e.g.

Lieberman et al., 2005), utilstrekkelige botilbud eller botilbud pasienten ikke ønsker, vansker med oppfølging, sykdommens idiosynkratiske natur, og mulig kombinasjon av rusmiddelbruk, som også er en av de frekvente henvisningsårsakene. Sintef (Ose & Pettersen, 2014) har i en tidligere rapport konkludert med at nesten hver fjerde innleggelse i psykisk helsevern kunne vært unngått dersom for eksempel ulike kommunale tilbud hadde vært etablert og utviklet. I denne oppgaven er ikke årsaker til henvisning undersøkt inngående.

65 prosent av pasientene ble overført til akuttseksjon. Variasjonen i antall liggedøgn på akuttseksjon, 0,9–107,1 dager, kan delvis forklares med at dersom PAM har høyt belegg, vil pasienter overføres til post for å frigjøre kapasitet til mottak av nye pasienter. Fordelen for pasienten kan være å komme til kjent post med kjent personell. Gjennomsnittlig liggetid blant pasienter med denne problemstillingen på 11,4 dager og median på 8 dager tilsier variasjon i liggetiden, og at de pasientene som blir overført til et akuttopphold har behov for akuttpsykiatriske helsetjenester over noe tid. Andelen som overføres til akuttseksjon med gjennomsnitt på 11,4 dager, median på 8 dager, viser til en rimelig god treffsikkerhet på vurderingene til ca. to tredjedeler av pasientene (sanne positive). Dette tallet kan også tolkes som at gjentatte innleggelser av kort varighet mulig burde hatt lengre opphold for stabilisering som alternativ hypotese.

10.2 «Suicidalitet»

En av de mest gjentagende henvisningsårsakene for pasienter med ≥ 4 innleggelser henvises med problemstillingen «suicidalitet», jf. tabell 5. I gruppen for personlighetsforstyrrelser er dette den mest frekvente henvisningsårsaken, som oftest har korte opphold og høyest andel hvor tvungent vern ikke blir etablert, jf. tabell 4, men også frekvent for de andre gruppene. I hele datamaterialet for alle henviste pasienter til PAM i 2022 er suicidalitet enten primær eller sekundær henvisningsårsak totalt 404 ganger, som utgjør ca. 23 prosent av de totale henvisningene for alle pasienter. Selvmord er et sjeldent og sammensatt fenomen. De norske selvmordstallene har vært relativt stabile de siste årene, og ligger på ca. 600 i året, ifølge Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) (Walby et al., 2021). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykiske helsevern (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) er aktuelt under revisjon og er ventet publisert innen utgangen av 2023. Mye av fokuset i store deler av helsetjenesten har vært på kapittel 1 om kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, og for mange er dette blitt synonymt med selvmordsforebygging. Vurdering av selvmordsrisiko kan være vanskelig. Retningslinjene skulle gjøre helsepersonell sikrere i slike vurderinger, men det kan stilles spørsmål om det motsatte er tilfelle, og vurdering av selvmordsrisiko kan bli en kilde til utrygghet. Og for å unngå denne utryggheten kan man henvise videre til høyeste og antatt tryggeste omsorgsnivå, noe som i enkelte tilfeller må kunne karakteriseres som overbehandling. Et eksempel er vurdering av farekriterium før vurdering av

hovedkriterium, som er forutsetningen for å kunne vurdere bruk av tvang. Prediksjon av selvmord er ikke mulig (e.g. Carter et al., 2017), og i psykiatriske vurderinger blir det sentralt å stille riktig diagnose for å gi riktig behandling, ved altså å behandle suicidalitet som noe sekundært til en primær diagnose som eventuelt skal behandles.

Nesten halvparten av alle selvmord i Norge skjer blant personer som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus det siste året, og i tiden etter utskrivelse fra døgnopphold assosiert med suicid. Denne risikoperioden er beskrevet i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykiske helsevern (2008), med referanse til Qin & Nordentoft (2005). I 2020 lanserte daværende statsminister Solberg og helse- og omsorgsminister Høie regjeringens nye handlingsplan mot selvmord, som inneholdt en nullvisjon (Regjeringen, 2020). Flere i fagmiljøene opplevde at ansvaret for suicid ble lagt på dem, at innleggelse er riktig tiltak, samt at man ikke alltid kan vite årsaken til at mennesker gjør som de gjør (e.g. Berg & Walby, 2021), av enkelte kritikere (e.g. Ulserød, 2020) beskrevet som «ord som ikke betyr noe». Noen ganger er det bekymrede og opprørte pårørende og andre involverte som ønsker hjelp på vegne på av pasienten etter selvmordsyrtinger: «Noen må gjøre noe.» Andre ganger er det pasienten selv som ønsker å legges inn, eller krever å bli lagt inn under trusler om suicid eller selvskade. Helsepersonell som opplever at en pasient man har behandlet, har gjennomført suicid, reagerer ofte med skyld, sinne, angst og skam, i tillegg kan de bli sett negativt på av kolleger, og enkelte tilfeller også bli rapportert til tilsynsmyndigheter. Mange opplever også at de til en viss grad kan ha bidratt direkte eller indirekte til et selvmord (Oates & Gibbons, 2021). Resultatene i tabell 4 kan indikere at pasientene ofte får kort opphold, og man kan da spekulere i om pasientene får sitt behov dekket ved snarlig utskrivelse fra PAM.

Phvl (1999) hjemler bruk av tvungen innleggelse ved alvorlig og nærliggende fare for eget liv dersom hovedkriterium om en aktuell alvorlig sinnslidelse er til stede, og samtykkekompetanse kan da settes til side. Eksempler på problemstillinger der man bør legges inn, ofte med tvang, er alvorlig depresjon med psykose (Ness et al., 2021), psykotisk betinget selvmordsproblematikk og bipolar depresjon med alvorlig selvmordsproblematikk. I phvl henviser man til sterke etiske hensyn og menneskerettslige forpliktelser til å redde liv. Det er de samme hensynene som kommer til uttrykk i helsepersonells plikt til å gi øyeblikkelig hjelp ved akutt selvmordsfare, jf. hpl. § 7 (1999). Fare for eget liv er ikke begrenset til fare for selvmord, det kan også ifølge Høyesterett omfatte alvorlig spiseforstyrrelse (HR-2020-1167-A). Sentralt her er at phvl ikke gir unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse (sic) hvor personer med samtykkekompetanse har, som andre mennesker, råderett over egen autonomi og kan avstå fra behandling dersom de ønsker det. Dette er det gode grunner til; selvmordstanker og selvmordsatferd er ikke synonymt med alvorlig sinnslidelse, og det skal være

trygt å diskutere vanskelige tanker og følelser med helsepersonell uten å være engstelig for å bli tvangsinnlagt.

I et psykiatrisk rehabiliteringsperspektiv skal man fokusere på mestringsevne, myndiggjøring, autonomi og hva personen er i stand til å klare, fremfor hva vedkommende ikke mestrer (e.g. Cnaan et al., 1990). Å ha som hovedregel å evne å holde seg selv i live uten en tvungen eller frivillig innleggelse på psykiatrisk avdeling bør være et slikt mål. Ved å legge inn pasienter uten alvorlig sinnslidelse med selvmordsproblematikk basert på en kartlegging av og vurdering av selvmordsrisiko, risikerer man å ta fra pasienten autonomi over eget liv, og dermed gi vedkommende en opplevelse av at man ikke er i stand til å holde seg selv i live uten helsetjenestens akutte bistand. Noen pasienter krever imidlertid en slik ivaretagelse med innleggelse med trussel om suicid. Men en akuttinnleggelse løser som oftest ikke hovedproblemet til pasienten, og situasjonen kan oppleves som like ille kort tid etter endt opphold. I tillegg kan pasienten føle seg avvist av helsetjenesten når behandlingen verken har hjulpet eller bedret selve kjerneproblemet. Det kan for så vidt hende at vedkommende har behov for behandling, men spørsmålet er på hvilket nivå, under hvilke betingelser, på hvilken måte, og når den skal skje. Noen helseforetak og institusjoner anvender brukerstyrte innleggelser for denne problematikken (e.g. Pedersen, Johnsen & Bruaset, 2020; Kunøe et al., 2022), noe Blakstad sykehus etter flere grundige vurderinger foreløpig ikke tilbyr..

10.3 Legevakt og øyeblikkelig psykiatrisk helsehjelp

Vestre Viken har seks legevakter som står for majoriteten, 73,5 prosent, av henvisningene til psykiatrisk akuttinnleggelse av pasientene med ≥ 4 innleggelser i 2022. Legevaktene er sammen med allmennpraktikere grunnleggende tjenester i førstelinjen som kan avlaste spesialisthelsetjenesten og forhindre unødvendige sykehusinnleggelser, blant annet ved å gi pasienter tidlig og riktig hjelp på rett behandlingsnivå, eller konkludere med at det ikke er grunnlag for øyeblikkelig hjelp. Akutte tilstander er definert som legevaktens primær oppgave i motsetning til kroniske tilstander (NOU: 2015:17). Legevaktene står ofte overfor kompliserte og vanskelige psykiatriske vurderinger i møte med denne pasientgruppen, og undersøkende lege som skal vurdere og konkludere med et tiltak, kan stå i et dilemma: På den ene siden kan det være helt nødvendig å henvise til innleggelse, men det kan også virke mot sin hensikt ved at det utløses ressurskrevende hjelpetiltak med mange involverte, enten på tynt eller feil grunnlag, hvor man understøtter pasientens mer grunnleggende problemer. Flere leger har også begrenset erfaring og opplæring i psykiatri, som i liten grad dekkes av medisinstudiet. Om tiltaket ikke er i tråd med en overordnet behandlingsplan, kan det opprettholde dysfunksjonelle mestringsstrategier eller dysfunksjonell samhandling med helsetjenesten, og en innleggelse kan da i større grad dekke henvisers behov enn pasientens behov. Fire særlig sårbare tema synes å være selvmordsproblematikk, aggresjons- og

voldsproblematikk, rus, og pasienter med diagnose for alvorlig sinnslidelse, som også utgjør problemstillingene til de fleste av pasientene med gjentatte innleggelse som beskrives i denne oppgaven, jf. tabell 4. Det å drøfte pasienten med vakthavende lege på PAM for å få et bedre beslutningsgrunnlag ut ifra siste epikrise/anamnese og konklusjoner fra tidligere innleggelse kan være viktig beslutningsgrunnlag, spesielt dersom kontaktårsaken er tilnærmet lik de foregående. Ofte sendes også epikrise til legevakt som henvisende instans, slik at konklusjonen fra forrige opphold er kjent. Psykiatriske vurderinger skiller seg ofte fra andre medisinske fagfelt ved å være mer fokusert på helhetlige vurderinger. Å tenke på denne måten kan hjelpe til at henvisningene blir spisset med tanke på bestillingen til henvisningen, altså hva man ønsker skal skje ved å henvise til et PAM. Phvl kan være et vanskelig landskap å orientere seg i for en lege på legevakt, og krever i tillegg at man tar stilling til de forholdene som skal oppfylles for å kunne henvise til tvungent vern, hvor siste punkt er at selv om man oppfyller alle punktene, skal innleggelsen helhetlig sett være «til det klart beste for pasienten». I et PAM ser man ofte de forløpene som ikke fungerer så bra, og det er grunn til å tro at mange forløp løses på en god måte på legevaktene.

Det foreligger ikke litteratur om hva som styrer avgjørelsene om psykiatrisk innleggelse for leger på legevakt i Norge. En nylig studie av Blinkenberg og medarbeidere (2022) om legevaktslegers innleggelsespraksis viser til store variasjoner, fra 6,5 til 14,9 prosent, og at for en pasient som ble undersøkt av en lege med høy innleggelsespraksis, var sannsynligheten større for alle typer innleggelse. Forskjellene mellom gruppene var størst der det ikke ble påvist alvorlig diagnose og pasientene påfølgende ble utskrevet fra sykehus med en symptomdiagnose. Et av løsningsforslagene til artikkelforfatterne er at det bør utvikles bedre diagnostikk og tydeligere kriterier for når pasienter skal legges inn (Dagens Medisin, 2023b). Slike kriterier er godt beskrevet i psykisk helsevernloven med kommentarer, og kan suppleres med epikrise fra PAM, som er praksis i dag. Jeg kjenner ikke status for legevaktene i Vestre Viken, men Legeforeningen (2017) har tidligere uttalt at det er satt av lite ressurser til ledelse, administrasjon og fagutvikling av legevaktene, noe som kan være en av forklaringene på at «tilfeldighetene rå». Det som beskrives som en systematisk svikt, er også vist til av Akuttutvalget (NOU 2015:17).

Behovet for samarbeid med legevaktene er stort, og det arrangeres samarbeidsmøter mellom flere av legevaktene i VV, akutteamene og Psykiatrisk akuttavdeling på Blakstad Sykehus. I 2019 og 2020 ble det gjennomført en håndfull undervisninger i psykiatriske akuttvurderinger på legevakt av erfaren psykiater og psykologspesialist, med godt opplevd utbytte for alle parter. Imidlertid satte COVID-pandemien en midlertidig stopper for opplegget, som ikke ble videreført av flere årsaker. Slike undervisninger har resultert i gjennomgående nyttig gjensidig erfaringsutveksling, faglig drøfting av prinsipielle og individuelle problemstillinger, informasjon og fortolkning av psykisk helsevernloven,

lavere terskel for å spille inn bevarings- og forbedringsområder mellom klinikere, ledelse og mellom institusjonene, og en god mulighet for å kunne diskutere samarbeidet. En utfordring i tillegg til manglende kontinuitet i opplegget var at legevaktene ikke har mange fast ansatte, og mange leger har en hovedjobb som eksempelvis fastlege og arbeider i vaktordning på legevakten på kveld, natt, helg og helligdager. I praksis betyr det lite mengdetrening i psykiatriske vurderinger i en legevaktsetting, og at det ikke nødvendigvis er mulig å delta på slik undervisning. Legevaktene har for øvrig behov for undervisning og opplæring i en rekke problemstillinger, ikke bare innenfor psykiatri, og tiden må prioriteres.

Oslo Legevakt har en tverrfaglig arbeidsgruppe (beskrevet i Storhaug & Halsen, 2023) som jobber systematisk for å forbedre håndteringen av pasientgruppen som krever store mengder ressurser på legevakten og andre helsetjenester, inkludert de som ofte oppsøker legevakten for psykiatriske problemstillinger. Gruppen har eksistert i 15 år og har et todelt mål: Forbedre samhandling rundt pasientgruppen med mål om å gi riktigere og mer helhetlig pasientbehandling, og minske følelsen av bekymring, frustrasjon og avmakt hos medarbeidere, som ofte opplever utrygghet og lite mestring i møte med disse pasientene. I forlengelsen av dette har det vært et mål at multibrukere skal ivaretas i ordinært hjelpeapparat, og at kontakten med legevakten skal reduseres. Kriteriene for «multibruker» er hyppige henvendelser over en viss tid, spesifisert ved over en måned: Telefon: > 10/md., > 15 på 3 md., > 30 på 6 md., Oppmøte: > 5/måned, > 10/ 3 md., 15 på 6 md., lignende kontaktårsaker, samt forbruker mye ressurser. Ved henvendelse til de to største legevaktene i Vestre Viken er det i dag ingen slik systematisk oppfølgings- eller tiltaksplan for såkalte multibrukere. Gruppen til Oslo Legevakt kan være til inspirasjon for flere av legevaktene.

Legevaktenes tilgang til spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus kan skje på flere måter. I Norge finnes det én psykiatrisk legevakt. Den er lokalisert på Aker sykehus i Oslo, og er organisatorisk lagt under Nydalen DPS ved Oslo universitetssykehus. Der ytes det akutt psykiatrisk helsehjelp uten timeavtale til personer som oppholder seg i Oslo kommune. Tjenesten ledes av en seksjonsoverlege som rapporterer om en årlig kostnad på ca. 7,1 millioner, og er bemannet av ca. 40 medarbeidere i vaktordning. Personalet består av psykiatere, leger, psykologspesialister, sykepleiere og vernepleier (31 er enten psykiater eller psykologspesialist). I 2022 var produktiviteten på 2284 konsultasjoner, 6,3 per dag, hvor 15 prosent ble innlagt på sykehus. Psykiatrisk legevakt har hatt særlig fokus på blant annet kvalitetssikring av innleggelse og reduksjon av tvangsinnleggelse (Ness et al., 2016). En viktig tilleggsfunksjon for psykiatrisk legevakt er å ha tett samarbeid med allmennlegevakten. Det gir felles eierskap til pasientene, og gjensidig erfaringsutveksling, drøfting og beslutningsstøtte gir kompetanseheving over tid og bedrer kvaliteten på henvisningene til psykiatrisk avdeling. Nøkkelen ligger i hvordan man tenker i slike vurderinger, fremfor hva man tenker.

10.4 Skade og iatrogenese ved psykiatriske innleggelser

Tjenester av god kvalitet er som nevnt innledningsvis kjennetegnet av at de blant annet er virkningsfulle, trygge og sikre (Helsedirektoratet, 2017), sammenfallende med de medisinske prinsippene om å gjøre godt, respektere selvbestemmelse, å ikke skade og å være rettferdig. Med pasientsikkerhet menes at pasienter ikke skal utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme (Helsedirektoratet, 2022b). Pasientsikkerhet er ikke ensbetydende med kvalitet, men må ses i sammenheng med andre dimensjoner som har betydning for kvalitetsbegrepet (Aase, 2018). All behandling på sykehus og ellers i helsetjenesten er forbundet med en viss grad av risiko for skade. Gjentatte innleggelser og sykehusopphold er ikke risikofritt i seg selv, og antagelig assosiert med tilsvarende økt sannsynlighet for ulike former for skade. På generelt grunnlag er det begrenset kunnskap om de ulike typer pasientskader i psykisk helsetjeneste, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Den første nasjonale studien i Norge om pasientskader i psykisk helsevern er en masteroppgave fra NMBU av Renolen (2020), som undersøkte og sammenlignet pasientmeldte skader i psykisk helsetjenester og årsakene til skadene, som har fått medhold i Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

Iatrogenese betegner sykdom, bivirkninger og/eller plager som resultat av en medisinsk undersøkelse, uttalelse eller behandling (Peer & Shabir, 2018), og kan være komplisert å kvantifisere. Både sosiologer og helseprofesjoner har hevdet at «totale institusjoner» skaper og vedlikeholder avhengighet, passivitet, utelukkelse og kronifisering av lidelsene. I neste omgang fører det til at pasienten blir institusjonalisert i lange perioder, kanskje livet ut (Helsedirektoratet, 2015c). En potensiell skadevirkning av å bli henvist til et kort opphold på PAM er en implisitt forventning om å få hjelp, for så å bli fortalt at tilstanden best kan behandles poliklinisk med utskrivelse dagen etter og påfølgende skuffelse for pasient, pårørende og henvisende instans. Dersom prosessen gjentas flere ganger, kan pasienten sitte igjen med en opplevelse av å ikke kunne behandles eller hjelpes fordi det stadig iverksettes tiltak som har liten grad av effekt. Her er rollen til spesialist i et PAM viktig ved at man vurderer både alvorlighet, behandlingsbehov og hvor behandlingen eventuelt skal skje. En annen dynamikk kan være at pasienten i samhandling med helsetjenesten lærer at sterke følelser og selvmordstanker er noe vedkommende ikke er i stand til å håndtere selv, og krever akutt innleggelse. Pasienten blir på sett og vis frarøvet muligheten til å utvikle mestringsstrategier for en gjentagende problematikk fordi helsetjenesten iverksetter en institusjonaliseringsprosess ved å iverksette tiltak som for eksempel psykiatrisk akuttinnleggelse. Alternativet kan være at mestringsstrategier, psykoedukasjon, autonomi og selvinnsett er tema i vurderingen på en legevakt eller hos andre.

Tabell 5 om henvisningsårsak viser at alle de tre pasientgruppene har selvmords- og utageringsproblematikk som hyppig problemstilling. Antatt alvorlighet kan rettferdiggjøre større

ressursbruk med usikker nytte, og det kan være vanskelig å ikke henviser til innleggelse dersom man ikke er trygg på at behandling har lav nytteverdi, eller at annen behandling som er akseptabel for pasienten og pårørende, er tilgjengelig og vil føre frem. Pasienter som kommuniserer emosjonelle vansker og hjelpebehov gjennom selvmordsatferd og utagerende atferd, kan dermed utløse helsetjenester som kan være uvirksomme. Dersom det ønskede utfallet for pasienten er innleggelse på PAM, vil en henvisning potensielt kunne understøtte og forsterke lite tilpasningsdyktig atferd. Slik kommunikasjon er lite hensiktsmessig, og pasienten kan bli mindre sosialt tilpasningsdyktig i møte med andre sosiale relasjoner enn helsetjenesten over tid. Oppdraget til behandlende instans på legevakten eller et PAM blir da å hjelpe pasienten til å oversette vanskene og behovet om hjelp på en mer konstruktiv måte og henviser til mer virksom behandling. Behandlingstiltak for lik problemstilling som ikke har effekt, bør ikke gjentas dersom man ønsker et annet utfall. Et PAM gjenspeiler i liten grad pasientens daglige liv og har lav økologisk validitet, og avhengigheten til helsetjenesten kan raskt forsterkes og bli et faktum for særlig sårbare personer. Et tiltak som er ment å bøte noe på dette, er Open Door Policy på akuttpostene på Lovisenberg Sykehus (Kunøe, Nussle, & Indregard, 2022). En annen måte kan være å utvikle og øke kvaliteten på miljøbehandling (e.g. Hammer et al., 2022). Presis diagnostikk og behandling i førstelinjetjenesten og på DPS bidrar til at den samlede hjelpen blir mer effektiv, og vil kunne redusere unødvendig forbruk av spesialisthelsetjenester, og sørge for at pasientene får de nødvendige spesialisthelsetjenester når det er indikasjon for det. Legeforeningen lanserte i 2018 kampanjen «Gjør kloke valg» (Rime, 2021), en internasjonal tverrfaglig kampanje som tar sikte på å redusere overdiagnostikk/overbehandling. Kampanjen retter seg både mot fagmiljøene og mot pasienter og pårørende, og bygger på et globalt konsept, «The Choosing Wisely Initiative». I nasjonale råd for forebygging av tvang (Helsedirektoratet, 2021) anbefales det å sikre legevaktens kompetanse i håndtering av psykiske kriser og selvmordsrisiko, inkludert juridisk grunnlag for innleggelse etter lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Flere av pasientene med gjentatte innleggelser hadde korte opphold som i noen tilfeller ble forlenget med lengre innleggelser, jf. tabell 4. En sentral utfordring ved slike forløp er at man skal vurdere den aktuelle problemstillingen individuelt for å undersøke om noe er endret og gir indikasjon for et lengre opphold, enten for observasjon eller behandling av en forverring av en tilstand eller nyoppstått tilstand. En slik praksis vil øke pasientsikkerheten betydelig og gjøre at man kan gi rett behandling på rett indikasjon og ikke handle på automatikk. En måte å benevne dette på er å beskrive automatiserte vurderinger som type 1, og de mer grundige og krevende som type 2. Faglige vurderinger av god kvalitet vil fokusere på type 2-vurderinger. «Viktigst av alt er å tenke» (Gjersvik, 2022). Enkelte av pasientene i gruppen med gjentatte innleggelser har alvorlige atferdsforstyrrelser,

og i alle gruppene er noen av dem henvist med begrunnelsen «utagering», «trusler», «vold» og lignende problemstillinger som vist i tabell 5. Et av de grunnleggende psykologiske læringsprinsippene sier at man ikke skal forsterke negativ eller uønsket atferd (e.g. Skinner, 1954). Forsterkning av atferd øker sannsynligheten for at atferden gjentas for lignende resultat i fremtiden, og er en spesielt potent prosess ved intermitterende forsterkning.

10.5 Forventninger til psykisk helsevern

En fortolkning av at flere av pasientene har gjentatte innleggelses for lignende problemstilling med kort liggetid i PAM er at det kan være resultat av lite samsvar mellom henviserens og pasientens forventninger til hva psykisk helsevern kan tilby, når, til hvem og på hvilke premisser. Enkelte har en formening om at det finnes en medisin eller behandling for alt til alle tidspunkt, og det kan redusere opplevelsen av eget ansvar og gi urealistiske forventninger om hva helsetjenesten både kan og skal bidra med. Slike uklarheter i forventninger mellom tjenestene og hvordan man kan arbeide med dem på systemnivå, er beskrevet av Senneseth & Berg (2023). Det er mange som trenger hjelp, men også mange som enten ikke vil motta virksom hjelp eller ikke evner å gjennomføre den skisserte behandlingen som er forskrevet eller henvist til. Elisabeth Arntzen (2021) viser til Dag Hareides bok *Det gode Norge* (1991), om hvordan helsetjenesten i større grad blir brukt som problemløser for vansker som tidligere ikke ville hatt helsetjenesten som adressat, og at behovet virker umettelig. Hareide peker på tre potensielle årsaker: 1) Folk er blitt ensomme og bruker helsevesenet for å få oppmerksomhet og tilgjengelighet til noen som bryr seg om dem, 2) Profesjonaliseringen har tatt fra oss selvtilliten; bare leger [eller spesialister] kan ordne opp, 3) Vi tåler mindre, og enhver lidelse må repareres, helst så fort som mulig. NOU 2023:4 Tid for handling (2023) viser til at innbyggerne bør ha edrue forventninger om hva helsetjenesten kan og bør yte, og kjennskap til overbehandling og uønsket variasjon i helse- og omsorgstjenestene. Hjelpetiltak og påfølgende tiltak krever individuelle vurderinger, og «viktigste av alt er å tenke» (Gjersvik, 2022).

I to artikler i *Tidsskrift for Norsk legeforening* spør Malkomsen & Solberg (2022; 2023) om psykisk helsevern står i en forventningskrise. Denne krisen kan se ut til å ha mange fasetter og kan dreie seg om henvisers forventninger, pasienter og pårørendes forventninger, forventninger hos hjelpeapparatet selv og som helhet, men også om hva den psykiske helsetjenesten selv mener de kan tilby av virksom behandling, til hvem, hvordan og hvor lenge. Den overordnede hensikten med behandling må være at tjenestene skal hjelpe pasienten til å kunne hjelpe seg selv bedre i fremtiden, ikke å kurere alle lidelser eller tilby behandling for alt til enhver pris. Behandlingen som tilbys i psykisk helsevern, vil ofte innebære betydelig, krevende og langvarig egeninnsats. Den må være riktig, virksom og basert på korrekt diagnose, motivasjon og allianse med behandler, men må også kunne endres eller avsluttes dersom den ikke gir ønsket effekt. En viktig avklaring må være å finne ut

hva som er ønsket behandling og utfall, hva som faktisk kan tilbys, hva som effektivt representerer adekvat ressursutnyttelse, hva det konkret innebærer, og om selve gjennomføringen er realistisk og til det beste for pasienten. Det hjelper lite hva behandler og pårørende mener pasienten trenger, dersom ikke pasienten selv til en viss grad både eier problemet og vil og kan ta nødvendige steg for å oppnå bedring. Behandling bør også være i tråd med pasientens ønsker og verdier i så stor grad som mulig. En avklaring med henviser, pasient og pårørende vil være sentral for å unngå misforståelser, brudd i forventning, og henvisninger til for høyt eller for lavt, uønsket, eller feil omsorgsnivå.

11.0 Anbefalinger

Det statistiske materialet, med påfølgende analyse og drøfting, litteraturgjennomgang, og kliniske erfaringer fra målrettet arbeid med pasientgruppen med gjentatte innleggelser på PAM i 2022 og 2023, har resultert i 8 hypoteser om anbefalinger som kan utforskes nærmere for å redusere antall pasienter med gjentatte innleggelser på psykiatrisk avdeling. Anbefalingene kan være nyttige også for andre psykiatriske avdelinger og instanser.

11.1 Anbefalinger til egen psykiatrisk avdeling

11.1.1 Opprettelse av system for å få oversikt over pasienter med gjentatte innleggelser

Psykiatrisk avdeling bør lage et kvalitetssystem som løpende fanger opp pasienter med 4 innleggelser i løpet av et år, så man på et tidlig stadium kan drøfte pasienten tverrfaglig for å vurdere tiltak som kan forebygge ytterligere akuttinnleggelser. I dette datagrunnlaget utgjør pasienter med 5 eller flere innleggelser 50 prosent av datagrunnlaget i gruppen med ≥ 4 innleggelser, jf. figur 3. Fire innleggelser ser i dette utvalget ut til å representere en sårbarhet for ytterligere innleggelser, og regnes som storbrukere i internasjonal litteratur, jf. punkt 6.1.1. Tallet er antatt å variere noe i eget helseforetak. Kvalitetssystemet bør eies på enten ledernivå 3, av en faglig leder som avdelingsoverlege/avdelingspsykolog, seksjonsspesialist, eller av faglig rådgiver som i dialog med involverte klinikere, eksterne samarbeidspartnere, og pasienten selv, drøfter problemstillingen og alternativer for forebygging. Er det uenighet om diagnose og tiltak, bør dette adresseres og drøftes. Tiltakene bør være fokusert på et overordnet nivå dersom pasienten mottar tjenester fra flere instanser. Forebyggingstiltak bør evalueres fortløpende om de har ønsket effekt, og eventuelt justeres dersom det ikke er tilfelle. Dette tiltaket vil være i tråd med Helsedirektoratets (2018) veileder, som sier at pasientenes behov for tjenester kan påvirkes gjennom tidlig identifisering av behov og målrettet og strukturert innsats, og kvalitetsmål om å gjøre tjenesten mer virkningsfull, involvere brukeren, og øke kontinuitet og koordinering i helsetjenester.

11.1.2 Helseforetakene og andre instanser bør prioritere samhandlingsteam for pasienter med stor bruk av helsetjenester med mange involverte parter

Flere av de beskrevne pasientene i denne oppgaven mottar mange helsetjenester fra ulike instanser som ofte er ukoordinerte, uten en enhetlig problemforståelse eller enighet om hva som vil være kloke valg i et større perspektiv. Mye av bakgrunns litteraturen er entydig på at samhandling rundt pasienter med stor bruk av helsetjenester bør være gjenstand for et særlig fokus som drøftet i kapittel 6 (e.g. NOU, 2015; Helsedirektoratet, 2016; Helsedirektoratet, 2017; Helsedirektoratets 2018b; Meld. st. 11 (2020-2021)). En utfordring er prioritering av hvem som bør inngå i slike samarbeidsteam. Et slikt arbeid kan begynne med å fokusere på pasientene i alle tre grupper som har høyest andel innleggelser, eller som har størst ressursbruk på tvers av instanser. En omforent og oppsummert problemforståelse med tiltaks- og behandlingsplan vil kunne innebære øke forutsigbarhet for pasient, pårørende og de ulike instansene i behandlingsapparatet. Teamet kan legge grunnlag for en forventningsavklaring, drøftet i punkt 10.5, under roligere omstendigheter. Det kan også redusere uønsket variasjon av iverksatte behandlingstiltak, over- og underbehandling, fragmentering, frustrasjon hos de involverte, og redusere den samlede ressursbruken med potensielt bedre effekt på helse. Hvem og hvor mange, bør vurderes som prioritert til et slikt forum ut fra ressursbruk, alvorlighet, forventet effekt. PAM kan ta initiativ til å initiere, eventuelt informere det faste behandlingsapparatet om behovet for et samarbeidsmøte. Helseforetak, kommune og andre bør peke ut faste personer som kan invitere til, organisere og følge opp en slik samhandling mellom instansene, med hovedregel om å involvere pasient og pårørende. Dette er i tråd med nasjonale råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2021), som anbefaler at, forutsatt samtykke fra pasienten, de meste sentrale aktørene i innleggelsen kalles inn til evalueringssamtale om hva som kunne forhindre tvangsinnleggelsen, hvordan unngå fremtidige innleggelser, hvilke hensyn som eventuelt må tas, og om pasienten opplevde skadevirkninger av innleggelsen. Tiltaket kan gi mer virksom behandling, øke pasientsikkerhet, involvere pasienten, bedre samordning og bedre ressursutnyttelse.

11.1.3 Bedre rutiner for samarbeid mellom PAM og legevaktene

Legevaktene står for ca. 80 prosent av henvisningene av pasienter med gjentatte innleggelser i denne oppgaven (jf. tabell 3) og for en stor andel av kortvarige opphold hvor tvang ikke blir etablert. PAM bør utarbeide rapporter til legevaktene med satt frekvens, som inneholder informasjon om antall henvisninger til tvungent vern som blir nektet etablert, og andel innleggelser av et døgn varighet. Slike rapporter kan være kvalitetsindikatorer på henvisninger til den aktuelle legevakten og kan være utgangspunkt for konstruktive faglige diskusjoner i samarbeidsmøter og i undervisninger. Ettersom det mangler grunnlagstall fra Helsedirektoratet for ett-døgns innleggelser, vil nasjonal benchmarking bli vanskelig. Alternativet kan være sammenligning mellom legevaktene i Vestre Viken.

Samarbeidsmøter bør ha fokus på forventningsavklaring til de ulike tjenestene. Ved krevende enkeltsaker kan det også være hensiktsmessig med et mer spisset samarbeid slik at behandlingen som gis, er koordinert. Tiltaket vil være i tråd med at helsetjenester skal være samordnet og preget av kontinuitet, og at ressursene utnyttes på en god måte.

11.1.4 Opprettelse av områdefunksjoner for pasienter med personlighetsforstyrrelse

Gruppen med personlighetsforstyrrelse står i denne oppgaven for høyest antall innleggelses per pasient (jf. tabell 4). Behandlingstilbudet i Norge for denne pasientgruppen har stor grad av variasjon (Karterud, 2018). Klinikken bør vurdere behovet for å opprette spesialiserte områdefunksjoner for pasienter med personlighetsforstyrrelse for å kunne sikre virkningsfullt behandlingstilbud, og være en ressurs for undervisning og veiledning av behandlere i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Pasienter med personlighetsforstyrrelse utgjør en utfordring for store deler av behandlingsapparatet, er forbundet med høy samfunnsøkonomisk kostnad og er en betydelig lidelse for pasienten selv og deres pårørende. Det finnes effektiv behandling for personlighetsforstyrrelse, som bør settes i system. Pasienter som er i polikliniske behandlingsforløp bør primært oppfordres til å oppsøke sitt ordinære behandlingstilbud av helsepersonell som involveres i øyeblikkelig hjelp. Tiltaket vil være i tråd med at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre, involvere brukeren og gi dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og er tilgjengelig og rettferdig fordelt.

11.2 Anbefalinger til legevaktene

11.2.1 Legevaktene bør satse på kompetanseheving i psykiatri

Legevaktene henviser flest pasienter i gruppen med flest innleggelses, jf. tabell 3. Det innebærer flest henvisninger hvor det nektes etablering av tvungent vern og opphold med mindre enn et døgn varighet. Utfordringen er drøftet i punkt 10.1.1. Legevaktene bør satse på kompetansehevede tiltak i psykiatri for å bedre kunnskapen om phvl og håndteringen av psykiatriske problemstillinger i en legevaktsetting, ettersom psykiatri står for en liten del av legers utdanningsforløp. Det kan gjøres med internt faglig fokus med utgangspunkt i tiltaket nevnt over, og gjennom samarbeid om jevnlig undervisning mellom psykiatrisk avdeling og legevakt. Dersom det er leger som står for mange henvisninger til innleggelses hvor det blir nektet etablering av tvang og/eller er av ett døgn varighet eller kortere, kan det være utgangspunkt for individuell opplæring, veiledning og kompetanseheving. En forutsetning for at et slikt tiltak skal fungere, er ledelsesforankring. Legevakten bør også i samråd med kommunene og psykisk helsevern se på muligheter for psykiatrikompetanse som supplement til akutteamene på DPS, eventuelt som en psykiatrisk legevakt. Stedlig ekspertise være nyttig for flere aktører, som legevaktene selv, prehospitaltjenester, politi, kommunen, psykisk helsevern, m.m. Kostnaden for tjenesten bør være delt mellom aktørene som har direkte og indirekte nytteverdi av

tilbudet, og må ses i perspektivet for det overordnede helsetilbudet for pasientene innen psykisk helse og rus og i det samfunnsøkonomiske perspektivet, jf. punkt 5.2. Et slikt supplement vil kunne være nyttig for gjensidig veiledning, kulturbygging og beslutningsstøtte. Tiltaket vil være i tråd med at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre, er samordnet og preget av kontinuitet, og utnytter ressursene på en god måte, og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

11.2.2 Legevaktene bør vurdere behov for multibrukergrupper

Legevakten bør ta stilling til å opprette multibrukergrupper for pasienter som hyppig oppsøker legevakten med lignende problemstilling, med mål om å gi riktigere, mer koordinert og mer helhetlig pasientbehandling, som kan minske følelsen av bekymring, frustrasjon og avmakt hos helsepersonell og hos pasienten. For pasienter med psykiatriske utfordringer bør relevante representanter fra psykisk helsevern være involvert. Multibrukergrupper er beskrevet under punkt 10.3. Tiltaket må ledelsesforankres, og er i tråd med at tjenestene skal være virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

11.3 Anbefalinger til Helsedirektoratet

11.3.1 Helsedirektoratet bør få oversikt over henvisninger hvor etablering av tvungent vern nektes

Et større antall av henvisninger til tvungent vern for hovedsakelig pasientene med personlighetsforstyrrelser og ruslidelser, men også for pasientpopulasjonen som helhet, resulterer i at det nektes etablering av tvungent vern. Dette inkluderer frihetsberøvelse i inntil 24 timer. Flere av pasientene i denne oppgaven har gjentatte henvisninger til tvungent vern, hvor det nektes etablering av tvang gjentatte ganger, jf. tabell 4. Flere av henvisningene mangler også et hovedkriterium for alvorlig sinnslidelse ved henvisningstidspunktet. FNs konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) (2006) skal verne pasienter fra diskriminering. Det finnes per i dag ingen oversikt over omfanget av henvisninger til tvungent vern som nektes ved psykiatriske avdelinger i Norge. Dette kan argumenteres for å utgjøre et betydelig juridisk problem, spesielt overfor pasienter som utsettes for det gjentatte ganger. Helsedirektoratet og kliniske ledere bør skaffe en oversikt over pasientforløp hvor tvang nektes. Dette kan være en prosessindikator for systematiske forskjeller i vurdering av behov for tvungent vern mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og bør mulig normeres. Det vil kunne øke rettssikkerheten til spesielt sårbare personer i møte med helsetjenesten, og øke brukerinvolvering.

11.3.2 Prosessindikator for pasienter med gjentatte innleggelse på psykiatrisk avdeling

I dag er reinnleggelse en prosessindikator for psykisk helsevern. En indikator som innlemmer pasienter med gjentatte henvisninger til PAM, hovedfokus i denne oppgaven, kan være i tråd med de overordnede prinsippene om effektivitet og rettferdighet. Indikatoren bør anvendes som et insentiv

til samhandling rundt de mest ressurskrevende pasientene som mottar mange helsetjenester, fremfor å resultere i lengre innleggelser eller fordeling av skyld. Måling og rapportering av pasienter med tre eller flere innleggelser siste 12 måneder kan være en prosessindikator som kan informere kliniske ledere om pasienter hvor det foreligger en mulig svikt i tjenestetilbudet. En slik indikator kan sette faglig fokus på denne pasientgruppen, og øke sannsynligheten for at tjenestene blir virkningsfulle, at de involverer brukeren, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er rettferdig fordelt.

11.4 Anbefaling til videre forskning

Tallene som denne oppgaven bygger på, er lokale data, er antatt å variere fra år til år, og bør ikke tolkes som mer enn en indikator på status i eget helseforetak i 2022. Det er også grunn til å tro at pasientpopulasjonen og deres kjennetegn vil variere fra helseforetak til helseforetak, jf. statusrapporten fra Akuttnettverket (2022), samt at ulike lokale forhold er antatt å spille en stor rolle. Studier fra andre tidsperioder og fra andre helseforetak vil kunne være interessante for å sammenligne pasientpopulasjoner over tid og sted med kontekstuelle faktorer, kombinert med sentrale moderator- og mediatorvariabler. En annen viktig variabel som ikke er undersøkt her er antall liggedøgn per innleggelse. Det vil også være interessant å undersøke om pasientene i en slik populasjon har tilknytning til poliklinisk eller annen behandling, og om boforhold spiller en rolle. Det vil ha implikasjoner for hvordan samarbeidsmøtene skal organiseres, og kan være en problemstilling for videre forskning. Oppfølgingsstudier på effekt av intervensjoner for å redusere antall innleggelser i denne populasjonen vil også være av stor interesse. En hypotese innledningsvis var om disse pasientene utsettes for store mengder institusjonell tvangsbruk sammenlignet med andre pasienter, men den ble avgrenset bort. Dette er også en hypotese som bør utforskes videre.

12.0 Avslutning og oppsummering

Oppgaven i erfaringsbasert helseadministrasjon, «Pasienter med gjentatte innleggelser på psykiatrisk akuttmottak: hvem er de, og kan de få et bedre tilbud med færre innleggelser?» beskriver pasientene som har flest henvisninger til innleggelse på PAM ved Blakstad Sykehus i VVFH gjennom 2022, med en retrospektiv registerstudie. Psykiatrisk akuttinnleggelse på et PAM er ressurskrevende og har ofte mange involverte parter. Resultatene viser at ca. 25 prosent av alle henvisninger til innleggelse på PAM stammer fra gruppen med fire eller flere innleggelser, noe som til dels bekrefter Pareto-prinsippet. Pasientene med fem eller flere innleggelser utgjør 50 prosent av pasientene med flest innleggelser. Årsakene til innleggelse er som oftest suicidalitetsproblematikk, spørsmål om psykose, psykose, og utageringsproblematikk. Pasientene med fire eller flere innleggelser kan i all hovedsak grupperes inn i pasienter med personlighetsforstyrrelser, rusrelaterte innleggelser og pasienter med alvorlig sinnslidelse. Pasientene med personlighetsforstyrrelse har flest innleggelser. Hos alle tre

pasientgrupper henvises pasientene med suicidalitet, spørsmål om psykose og forskjellig utageringsproblematikk. Det er variasjon i liggetiden hos pasientgruppene, og pasientene med personlighetsforstyrrelse og rusrelaterte innleggelse har kortest liggetid og overføres sjeldnest til akuttseksjon for videre observasjon og/eller behandling. Mange av henvisningene resulterer i nektet etablering av tvungent vern. Det er hovedsakelig legevaktene som legger inn pasienter i alle tre gruppene, mens FACT legger inn flere pasienter med alvorlige sinnslidelser. Oppgaven konkluderer med åtte hypoteser om anbefalinger til egen psykiatrisk avdeling, til legevaktene, og til Helsedirektoratet, som mulig kan gi disse pasientene et bedre tilbud med færre innleggelse. Potensielle økonomiske besparelser for uvirksomme innleggelse er konkretisert i oppgaven, og kan komme disse pasientene bedre til gode ved ny investering i annen organisering og behandling, eller komme andre pasienter til gode. Oppgaven har flere svakheter og begrensninger som bør tas stilling til ved lignende undersøkelser.

12.1 Begrensninger ved oppgaven

Masterprogrammet i erfaringsbasert helseadministrasjon er et deltidsstudium, hvor oppgaveskriving skal gjøres uten finansiering og kombineres med en full lederjobb. Dette gir begrensninger. En av de tydeligste svakhetene med oppgaven er litteraturgjennomgangen, som er mangelfull og lite systematisk. Ettersom det ikke finnes lignende norske studier på pasienter med gjentatte innleggelse i PAM, er også oppgaven blitt omfattende og bærer preg av vansker med avgrensning av problemstillingen for hva som bør utdypes, og hva som bør nedprioriteres. Dette har gjort at teksten er blitt lengre enn normert for kvantitative oppgaver. Den er også skrevet fra et utgangspunkt som vektlegger et noe snevert perspektiv fra min rolle som klinisk leder i et PAM og som spesialist på en psykiatrisk legevakt. Det er mange aktører og perspektiv som er relevante ved beskrivelser av slike problemstillinger, som ikke er kommet tilstrekkelig med, spesielt oppfølgende tjenester i kommune, øvrig spesialisthelsetjeneste, og de lokale legevaktene. PAM får tilgang til en selektert pasientpopulasjon, og ikke til hva som fungerer utenfor sykehuset, med tilsvarende begrenset innsikt i funksjonelle pasientforløp. Pasient- og pårørendeperspektivet er i stor grad fraværende. Det finnes også flere relevante variabler, delvis omtalt i 11.4. En bedre planlagt studie kunne etter alt å dømme endre noen av konklusjonene. Min fagbakgrunn som klinisk psykolog vil spille inn på fokuset i spesielt diskusjonskapitlene. Høy grad av komorbiditet er oftere regelen enn unntaket for pasienter i psykisk helsevern, og er ikke tatt høyde for i denne oppgaven. Tids- og rammebegrensninger setter også sitt preg på teksten som helhet. Kapitlene om metode, resultater og diskusjon vil være merket av begrenset kompetanse innen statistikk, metodevalg, tolkning av resultater, og generell erfaring med akademisk oppgaveskriving.

Referanser

- Akuttnettverket. (2022) Statusrapport Akuttpsykiatri 2021. [07112022-statusrapport-akuttpsykiatri-2021endringer.pdf \(akuttnettverket.no\)](#) lest: 08.03.23
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. American Psychiatric Association.
- Andersen, B.J. (2022). Statusrapport for FACT-satsningen i Vestre Vikens opptaksområde, prosjektperioden 2018-2021.
- APA. (2023). Dictionary of psychology. [APA Dictionary of Psychology](#)
- Arntzen, E. (2021). *Ledelse og kvalitet i helsetjenesten. Arbeidsglede og orden i eget hus*. Gyldendal.
- Aase, K. (2018). *Pasientsikkerhet – Teori og praksis*. 3. utg. Universitetsforlaget.
- Bahus, M.K., Friis, P., & Mesel, T. (2018). Pasientautonomi – en rettighet med moralske implikasjoner. *Kritisk juss*, vol. 44. Issue 2, <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-4546-2018-02-02>
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.
- Beck A, Harris V, Newman L, Evans LJ, Lewis H, Pegler R. (2016). Statistical approaches for identifying heavy users of inpatient mental health services. *J Ment Health*. 2016 Oct;25 (5):455-460. doi: 10.1080/09638237.2016.1207221. Epub 2016 Jul 27. PMID: 27461243.
- Berg, S.H. & Walby, F. (2021). Nullvisjon for selvmord. Fagbidrag/essay. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, nettutgaven. [Nullvisjon for selvmord | Tidsskrift for Norsk psykologforening \(psykologtidsskriftet.no\)](#)
- Bjørndal, A. (2019). Kunnskapsbasert praksis er mer dekkende enn evidensbasert medisin. Kommentar i *Tidsskrift for Norsk Legeforening*. [Kunnskapsbasert praksis mer dekkende enn evidensbasert medisin | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)

- Blinkenberg, J., Hetlevik, Ø., Sandvik, H., Baste, V., & Hunskaar, S. (2022). Reasons for acute referrals to hospital from general practitioners and out-of-hours doctors in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Serv Res* 22,78 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07444-7>
- Botha UA, Koen L, Joska JA, Parker JS, Horn N, Hering LM, Oosthuizen PP. (2010). The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 Apr;45(4):461-8. doi: 10.1007/s00127-009-0085-6. Epub 2009 Jun 18. PMID: 19536445.
- Bremnes, R., Lilleeng, S., Sitter, M., & Pedersen, P. B. (2017). *Produktivitet, aktivitet og ressursinnsats i psykisk helsevern og TSB*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Bremnes, J.G., Syse, A., & Rognli, E.B. (2023). Rusutløst psykose – en problematisk diagnose. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023 doi: 10.4045/tidsskr.22.0762
- Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N., & Spittal, M.J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *The British Journal of Psychiatry* Jun 2017, 210 (6) 387-395; DOI: 10.1192/bjp.bp.116.182717
- Cheng W, Frei O, van der Meer D, Wang Y, O'Connell KS, Chu Y, Bahrami S, Shadrin AA, Alnæs D, Hindley GFL, Lin A, Karadag N, Fan CC, Westlye LT, Kaufmann T, Molden E, Dale AM, Djurovic S, Smeland OB, Andreassen OA. (2021) Genetic Association between Schizophrenia and Cortical Brain Surface Area and Thickness. *JAMA Psychiatry.* 2021 Sep 1; 78(9):1020-1030. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.1435. PMID: 34160554; PMCID: PMC8223140.
- Cnaan, R.A., Blankertz, L., Messinger, K.W., & Gardner, J.R. (1990). Experts' assessment of psychosocial rehabilitation principles. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13(3), 59–73. <https://doi.org/10.1037/h0099488>

Coyle, T.N., Shaver, J.A. & Linehan, M.M. (2018). On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: the example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2018; Feb86(2):116–124.

Dagens Medisin (2023a). Prislapp 14.000.000.000. [Prislapp: 14.000.000.000 \(dagensmedisin.no\)](https://www.dagensmedisin.no/prislapp-14-000-000-000) Lest: 20.03.2023.

Dagens Medisin (2023b). Studie: Noen legevaktsleger legger inn langt flere enn andre. [Studie: Noen legevaktsleger legger inn langt flere enn andre \(dagensmedisin.no\)](https://www.dagensmedisin.no/studie-noen-legevaktsleger-legger-inn-langt-flere-enn-andre) Lest: 20.03.23.

Departementene (2020-2025). Handlingsplan for forebygging av selvmord. Ingen å miste. <https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025.pdf>

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. (2013). 5th ed. American Psychiatric Publishing.

Digitaliseringsdirektoratet (2021). Syv nye innovasjonsprosjekter får støtte fra StimuLab. [Syv nye innovasjonsprosjekter får støtte fra StimuLab | Digdir](https://www.digdir.no/nyheter/syv-nye-innovasjonsprosjekter-far-stotte-fra-stimu-lab)

Drabløs, Ø.T. & Trædal T.J. (2022). Norsk psykiatri: En grad peker bratt opp. En peker bratt ned. Aftenposten. <https://www.aftenposten.no/norge/i/340Xnd/norsk-psykiatrien-graf-peker-bratt-opp-en-peker-bratt-ned> . Lest 22.03.23

Duhig M, Gunasekara I, Patterson S. (2017). Understanding readmission to psychiatric hospital in Australia from the service users' perspective: a qualitative study. *Health Soc Care Community*. 2017 Jan;25(1):75-82. doi: 10.1111/hsc.12269. Epub 2015 Aug 19. PMID: 26289025.

Ekeberg, Ø., Kvarstein, E.H., Urnes, Ø., Eiknæs, I.U., & Hem, E. (2019). Suicidale pasienter med personlighetsforstyrrelse. *Tidsskrift for Norsk Legeforening* 2019doi: 10.4045/tidsskr.19.0493

Ekspertutvalget om samtykkekompetanse. (2023). Bedre beslutninger, bedre behandling. Rapport juni 2023.

[Bedre beslutninger, bedre behandling – regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

Fineide, M.J. & Ramsdal, H. (2014). I M. Vabø & S.I. Vabo (red.), *Prosesstenkning – utvikling av standardiserte pasientforløp og handlingslinjer* (s. 108-121). Universitetsforlaget.

Forente nasjoner (2006). Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Barne- og familiedepartementet.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf

Gjersvik, P. (2019). Det bør hete evidensbasert medisin. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*, doi:

10.4045/tidsskr.19.0348

Gjersvik, P. (2020). Du skal ikke gjette. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*; 140. doi: *10.4045/tidsskr.20.0069*.

Gjersvik, P. (2022). Viktigst av alt er å tenke. *Tidsskrift for Norsk Legeforening 2022*, doi:

10.4045/tidsskr.22.0598

Golay P, Morandi S, Conus P, Bonsack C. (2019). Identifying patterns in psychiatric hospital stays with statistical methods: towards a typology of post-deinstitutionalization hospitalization trajectories. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019 Nov;54(11):1411-1417. doi: *10.1007/s00127-019-01717-7*. Epub 2019 Apr 30. PMID: *31041468*.

Gunderson, J.G., Stout, R.L., McGlashan, T.H., Shea, M.T., Morey, L.C., Grilo, C.M., Zanarini, M.C., Yen, S., Markowitz, J.C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., & Skodol, A.E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Aug; 68 (8):827-37. doi: *10.1001/archgenpsychiatry.2011.37*. Epub 2011 Apr 4. PMID: *21464343*; PMCID: *PMC3158489*.

Gunderson, J., Herpertz, S., Skodol, A. et al. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers* 4, 18029 (2018). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>

- Graca J, Klut C, Trancas B, Borja-Santos N, Cardoso G. (2013). Characteristics of frequent users of an acute psychiatric inpatient unit: a five-year study in Portugal. *Psychiatr Serv.* 2013 Feb 1;64(2):192-5. doi: 10.1176/appi.ps.000782012. PMID: 23280315.
- Hammer J., Heggdal D., & Ludvigsen K. (2020). *Inn i katastrofelandskapet. Erfaringer fra basal eksponeringsterapi*. Abstrakt forlag.
- Hammer J., Ludvigsen K, Heggdal D, & Fosse R. (2017) Reduksjon av unngåelsesatferd og innleggelse grunnet villet egenskade etter basal eksponeringsterapi. *Suicidologi.* 2017;21(1): 20–7.
- Hammer J., Jacob A., Torgersen E., Ludvigsen K.B., & Breistøl, G. (2022). Tydelig definisjon av «miljøbehandling» skal gi et likere behandlingstilbud. *Sykepleien* 2022;110(90400):e-90400 DOI: 10.4220/Sykepleiens.2022.90400
- Hansen, T.M., Skyrud, K.D., Gjefsen, H.M. (2023). Kvalitetsmåling av helsetjenester – Vurdering av utvalgte registerbaserte kvalitetsindikatorer for psykiske helsetjenester. Rapport 2023. Folkehelseinstituttet
- Hareide, D. (1991). *Det gode Norge. På vei mot et medmenneskelig samfunn?* Gyldendal.
- Helsebiblioteket (2018). Dette sier oppslagsverkene om personlighetsforstyrrelser. [Dette sier oppslagsverkene om personlighetsforstyrrelser – Helsebiblioteket](#)
- Helsebiblioteket (2023). Kvalitetsforbedring. [Kvalitetsforbedring - Helsebiblioteket](#)
- Helse Sør-Øst (2022). Regionale priser for forbedringsarbeid. Nettside. [Regionale priser for forbedringsarbeid – Helse Sør-Øst RHF \(helse-sorost.no\)](#)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter. (FOR-2011-11-18-1115). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2011-11-18-1115>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). Lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettssikkerhet). (LOV-2017-02-10-6) [Lov om endringer i psykisk helsevernloven mv. \(økt selvbestemmelse og rettssikkerhet\) – Lovdata](#)

Helse- og omsorgsdepartementet (2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (kortversjon).

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse-og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

Helsedirektoratet. Om SAMDATA spesialisthelsetjenesten (2020).

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/om-samdata-spesialisthelsetjenesten>. Lest: 08.04.23

Helsedirektoratet (2014). Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpsikiatriske sentre. IS-2156. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2015). ACT-, FACT- og FACT ung-team [nettdokument]. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 27. januar 2022, lest 24. mars 2023). <https://www.helsedirektoratet.no/tema/lokalt-psykisk-helse-og-rusarbeid/act-og-fact-team>

Helsedirektoratet (2015b). § 4-3 Hvem som har samtykkekompetanse. Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 05. juli 2022, lest 19. april 2023). <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/samtykke-til-helsehjelp/hvem-som-har-samtykkekompetanse>

Helsedirektoratet (2015c). Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser (IS-2314). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helseog-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser>

Helsedirektoratet (2016). Veileder om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer – etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10. [Tvangstiltak overfor personer med rusmiddelproblemer – Veileder.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Helsedirektoratet (2017). Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer, IS-1/2017.

Helsedirektoratet (2017a). Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov
Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. februar 2019, lest 07. november 2022).

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

Helsedirektoratet (2017b). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. <https://lovdata.no/static/ROO/is-2017-2620.pdf>

Helsedirektoratet (2018). Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI) – Årsrapporter Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 01. februar 2023, lest 19. april 2023).

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-arsrapporter>

Helsedirektoratet (2018). Pasientgrupper med omfattende tjenestebehov. NHSP-analyse 3. Rapport IS-2732. Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2018b). Utfordringsbilde for bedre oppfølging av brukere med store og sammensatte behov Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 29. januar 2018, lest 18. april 2023). [Utfordringsbilde for bedre oppfølging av brukere med store og sammensatte behov - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet (2021). Nye nasjonale faglige råd for forebygging av bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne. Hentet 26.02.23 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/nye-nasjonale-faglige-rad-forforebygging-av-bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>

Helsedirektoratet (2022). Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI).

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer>. Lest 05.01.23

Helsedirektoratet (2022b). Pasientsikkerhetsprogrammet. Forbedringsguiden. Helsedirektoratet.

<https://www.itryggehender24-7.no/kvalitetsforbedring/forbedringsarbeid/her-kan-du-laste-ned-forbedringsguiden>

Helsedirektoratet (2023a). Produktivitet i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (lest 24. november 2023). [Produktivitet i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet (2023b). Innsatsstyrt finansiering 2023, ISF-regelverk. Lest 03.03.23. [ISF-regelverk 2023.pdf](#)
[\(helsedirektoratet.no\)](#)

Helsedirektoratet (2023c). Økt kostnadsnivå i psykisk helsevern og rusbehandling. Samdata i spesialisthelsetjenesten. [Kortnotat hovedresultater produktivitet psyk og rus.pdf](#)
[\(helsedirektoratet.no\)](#)

Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30. [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) – Lovdata](#)

Helseforskningsloven (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. [Lov om medisinsk og helsefaglig forskning \(helseforskningsloven\) – Lovdata](#)

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_9#%C2%A748a

Hofmann, B., Førde R., & Magelssen M. (2019). Nødvendig helsehjelp eller bemidledes bakvei inn i offentlig helsetjeneste? *Tidsskrift for Norsk Legeforening 2019*, doi: 10.4045/tidsskrif.19.0353

HR-2020-1167-A: [Norges Høyesterett – Dom: HR-2020-1167-A – Lovdata](#)

Jardim, P.S.J., Borge, T.C., Dahm, K.T., Müller, A.E., & Hval, G. (2021). Effekt av antipsykotika ved behandling uten pasientens samtykke sammenlignet med frivillig behandling: en systematisk oversikt. [The effect of involuntary treatment with antipsychotic medication: a systematic review]. Folkehelseinstituttet. [Effekt av antipsykotika ved behandling uten pasientens samtykke sammenlignet med frivillig behandling - FHI](#)

Karterud, S. (2018). Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse diskrimineres. *Tidsskrift for Norsk Legeforening*. Doi: 10.4045/tidsskr.18.0100. [Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse diskrimineres | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)

- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kjus, S.H. (2021). En behandlingsform som påførte meg lidelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(10), 882-883. [En behandlingsform som påførte meg lidelse | Tidsskrift for Norsk psykologforening \(psykologtidsskriftet.no\)](#)
- Krawitz R. & Batcheler M. (2006). Borderline personality disorder: a pilot survey about clinician views on defensive practice. *Australas Psychiatry*. 14(3), 320–322.
- Kunøe, N., Nussle, H.M. & Indregard, A.M.I. (2022). Protocol for the Lovisenberg Open Acute Door Study (LOADS): A pragmatic randomised controlled trial to compare safety and coercion between open-door policy and usual-care services in acute psychiatric inpatients. *BMJ Open*. ISSN 2044-6055. 12(2). doi: [10.1136/bmjopen-2021-058501](#).
- Legeforeningen (2017). Pasientens primærhelsetjeneste må ledes – Om ledelse av det medisinske tilbudet i kommunene. [pasientens-primarhelsetjeneste-ma-ledes.pdf \(legeforeningen.no\)](#)
- Leichsenring F, Heim N, Leweke F, Spitzer C, Steinert C, Kernberg OF. (2023). Borderline Personality Disorder: A Review. *JAMA*. 2023 Feb 28;329 (8):670-679. doi: 10.1001/jama.2023.0589. PMID: 36853245.
- Leucht, S., Arbter, D., Engel, R.R., Kissling, W. & Davis, J.M. (2009). How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. *Mol Psychiatry*; 14, 429–47.
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, Keefe RS, Davis SM, Davis CE, Lebowitz BD, Severe J, Hsiao JK. (2005). Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*. 2005 Sep 22;353(12):1209-23. doi: 10.1056/NEJMoa051688. Epub 2005 Sep 19. Erratum in: *N Engl J Med*. 2010 Sep 9;363(11):1092-3. PMID: 16172203.
- Lilleeng, S.E. & Pedersen, P.B. (2018). Forløp etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne. Helsedirektoratet.

- Lindemark, F., Haaland, Ø.A., Kvåle, R., Flaatten, H., Norheim, O.F., Johansson, K.A. (2017). Costs and expected gain in lifetime health from intensive care versus general ward care of 30,712 individual patients: a distribution-weighted cost-effectiveness analysis. *21(1)*, 220.
- Lundahl, A., Helgesson, G., Juth, N. (2020). Against Ulysses contracts for patients with borderline personality disorder. *Med Health Care Philos.* *23(4)*, 695–703.
- Lundahl, A., Helgesson, G., Juth, N. (2021). Hospital staff at most psychiatric clinics in Stockholm experience that patients who self-harm have too long hospital stays, with ensuing detrimental effects. *Nordic J Psychiatry*, *76(4)*, 287–294.
- Lundahl, A., Torenfält, M., Helgesson, G. & Juth, N. (2023). Patients with borderline personality disorder and the effects of compulsory admissions on self-harm behaviour: a questionnaire study, *Nordic Journal of Psychiatry*, DOI: [10.1080/08039488.2023.2166106](https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2166106)
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). 2001. LOV-1999-07-02-61. Sist endret i: LOV-2021-06-18-127. [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. \(spesialisthelsetjenesteloven\) - Lovdata](#)
- Magnussen, J. (2019). På ramme alvor. Alvorlighet og prioritering. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet. [På ramme alvor - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)
- Malkomsen, A. & Solberg, C.T. (2022). Psykiatriens forventningskrise. *Tidsskr Nor Legeforen*, *142*. doi: [10.4045/tidsskr.21.0895](https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0895)
- Malkomsen, A. & Solberg, C.T. (2023). Forventningsgapet i psykiatrien må reduseres. *Tidsskr Nor Legeforen*, *143(6)* DOI:[10.4045/tidsskr.23.0081](https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0081)
- McHugh RK, Votaw VR, Sugarman DE, Greenfield SF. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clin Psychol Rev.* *2018 Dec;66:12-23*. doi: [10.1016/j.cpr.2017.10.012](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.012). Epub 2017 Nov 10. PMID: 29174306; PMCID: PMC5945349.

Medhus, S., Mordal, J., Holm, B., Mørland, J. & Bramness, J.G. (2013). A comparison of symptoms and drug use between patients with methamphetamine associated psychoses and patients diagnosed with schizophrenia in two acute psychiatric wards. *Psychiatry Res* 2013; 206: 17–21.

Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet – trygge tjenester— Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 10 \(2012–2013\) – regjeringen.no](#)

Meld. St. 26. (2014 – 2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet; 2015. [Meld. St. 26 \(2014-2015\) – regjeringen.no](#)

Meld. St. 34. (2016). Verdier i pasientens helsetjeneste; Melding om prioriteringer. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>

Mikalsen, K.J. & Venli, V. (2019). Psykiatrisk sykehus i Asker: Innrømmer minst 4234 lovbrudd hittil i år. NRK nettavis. [Psykiatrisk sykehus innrømmer minst 4234 lovbrudd hittil i år – NRK Oslo og Viken – Lokale nyheter, TV og radio](#)

Mjøsund, N.H., Strand, M., Nettet, E., Røysland-Sundhagen, M., & Fosse, R. (2022). Når behandling gjør vondt verre – erfaringer fra basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(12), 1092-1103. <https://doi.org/10.52734/9C4TpX24>

Murrie, B., Lappin, J., Large, M., & Grant, S. (2020). Transition of Substance-Induced, Brief, and Atypical Psychoses to Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*, 46, 505–16.

Nasjonal koordineringsenhet (2021). Årlig melding. Oslo universitetssykehus.

Ness, E., Steen, O., Reichelt, J.G. & Walby, F.A. (2016). Reduksjon av tvangsinnleggelses fra legevakt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(8), 624-631.

Ness, E., Skotte, J.R., Christensen, T.B., & Andresen, J.F. (2020). Kan vi redde flere liv? *Tidsskrift for Norsk Legeforening 2020* doi: 10.4045/tidsskr.19.0804

Newton-Howes G, Tyrer P, North B, Yang M. (2008). The prevalence of personality disorder in schizophrenia and psychotic disorders: systematic review of rates and explanatory modelling. *Psychol Med* 2008;38(8):1075-82.

Newton-Howes G, Tyrer P, Anagnostakis K, Cooper S, Bowden-Jones O, Weaver T. (2010). The prevalence of personality disorder, its comorbidity with mental state disorders, and its clinical significance in community mental health teams. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010;45(4):453-60.

NICE guideline (2016). Multimorbidity: clinical assessment and management. National Institute for Health and Care Excellence. (NICE clinical guideline 56). [Overview | Multimorbidity: clinical assessment and management | Guidance | NICE](#)

NICE guideline (2009). Borderline personality disorder: treatment and management. London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists [Overview | Borderline personality disorder: recognition and management | Guidance | NICE](#)

NOU 1997: 18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste (Lønning II). [NOU 1997: 18 – regjeringen.no](#)

NOU 2014: 12 Åpenhet og rettferdighet – prioriteringer i helsetjenesten. [NOU 2014: 12 - regjeringen.no](#)

NOU 2015:17 Først og fremst – Et helhetlig system for håndteringen av akutte sykdommer utenfor sykehus. [NOU 2015: 17 - regjeringen.no](#). Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2019:14 Tvangsbegrensingsloven – forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten. [NOU 2019: 14 - regjeringen.no](#). Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2023:4 Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. [NOU 2023: 4 - regjeringen.no](#). Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Teknisk redaksjon.

- Oates, A., & Gibbons, R. (2022). After a patient dies by suicide: An illustrative case for trainee psychiatrists and trainers. *BJPsych Bulletin*, 46(5), 293-297. doi:10.1192/bjb.2021.106
- Ose, S.O. & Pettersen, I. (2012). Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne (PHV). Rapport nr. A26086. SINTEF teknologi og samfunn.
- Oslo universitetssykehus. (2023). Personlighetsforstyrrelse. [Personlighetsforstyrrelse – Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://www.universitetssykehus.no/Personlighetsforstyrrelse)
- Ot.prp. nr. 11 (1998–99). Om lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykiatriloven). Sosial- og helsedepartementet.
- Ot.prp. nr. 66. (2000-2001). Om lov om helseforetak m.m. Sosial- og helsedepartementet.
- Pareto, V. (1906). L'ofelimità nei cicli non chiusi. *Giornale degli economisti*, 33, 15-30.
- Pasientjournalloven (2014). Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp (LOV-2014-06-20-42). Lovdata. [Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp \(pasientjournalloven\) – Lovdata](https://lovdata.no/dokument/lov/2014-06-20-42)
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1997). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1997-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, J.K., Johnsen, B.S., & Bruaset, G.T.F. (2020). Brukerstyrte innleggelse gir pasientene økt trygghet. *Sykepleien*, 81193, e-81193. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2020.81193>
- Peer, R.F., Shabir, N. (2018). Iatrogenesis: A review on nature, extent, and distribution of healthcare hazards. *J Family Med Prim Care*. 2018 Mar-Apr;7(2):309-314. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_329_17. PMID: 30090769; PMCID: PMC6060929.
- Personopplysningsloven (2018). Lov om behandling av personopplysninger. Justis- og beredskapsdepartementet. [Lov om behandling av personopplysninger \(personopplysningsloven\) – Lovdata](https://lovdata.no/dokument/lov/2018-05-08-17)

Psykisk helsevernforskriften (2011). helsevern m.m. (FOR-2011-12-16-1258). Lovdata.

<https://lovdata.no/forskrift/2011-12-16-1258>

Psykisk helsevernloven (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. [Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern \(psykisk helsevernloven\) - Lovdata](#). Helse- og omsorgsdepartementet.

Qin, P. & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry*. Apr; 62 (4), 427-32. doi: 10.1001/archpsyc.62.4.427. PMID: 15809410.

Regjeringen (2020). Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020- 2025. [Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025 - regjeringen.no](#)

Regjeringen (2022). Statsbudsjettet 2023: Statens inntekter og utgifter. [Statsbudsjettet 2023: Statens inntekter og utgifter – regjeringen.no](#) Lest 02.23.2023

Regjeringen (2023a). Sykehustalen 2023: Helse- og omsorgsministerens oppdrag til sykehusene for 2023. [Helse- og omsorgsministerens oppdrag til sykehusene for 2023 – regjeringen.no](#) Lest 20.03.2023

Regjeringen (2023b). Ekspertutvalg for å vurdere sterkere tematisk organisering i psykisk helsevern. [Ekspertutvalg for å vurdere sterkere tematisk organisering i psykisk helsevern – regjeringen.no](#)

Reitan, S.K, Lien, L & Gabin, J.M. (2023) Psykiateres unnlatesessynder overfor de mest alvorlig psykisk syke må rettes opp. Dagens Medisin, kronikk. [Psykiateres unnlatesessynder overfor de mest alvorlig psykisk syke må rettes opp.](#)

Renolen, S.K. (2020). Pasientskader i psykiske helsetjenester: Forekomst, årsaker og forebygging.

Masteroppgave. Fakultet for landskap og samfunn, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet: Ås

- Rime, A.K. (2021). Gjør kloke valg i hele helsetjenesten. *Tidsskrift for Norsk Legeforening, Publisert: 22. november 2021, nettutgaven*. [Gjør kloke valg i hele helsetjenesten | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)
- Rognli EB, Heiberg IH, Jacobsen BK, Høy A, & Bramness JG. (2023). Transition From Substance-Induced Psychosis to Schizophrenia Spectrum Disorder or Bipolar Disorder. *Am J Psychiatry*. 2023 Jun 1; 180(6):437-444. doi: 10.1176/appi.ajp.22010076. Epub 2023 May 3. PMID: 37132221.
- Sansone, R.A., Sansone, L.A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innov Clin Neurosci*, 8(5), 16-20. PMID: 21686143; PMCID: PMC3115767.
- Schifano, F., Orsolini, L., Papanti, G.D., & Corkery, J.M. (2015). Novel psychoactive substances of interest for psychiatry. *World Psychiatry*, 14, 15–26. 10.1002/wps.20174
- Senneseth, Trude & Berg, Laila. (2023). Public Sector leaders collaborating across organisations for social innovation: The impact of relational data. 10.13140/RG.2.2.33970.38085.
- Similä N, Hakko H, Riipinen P, Riala K. (2018). Gender Specific Characteristics of Revolving Door Adolescents in Acute Psychiatric Inpatient Care. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2018 Apr;49(2):225-233. doi: 10.1007/s10578-017-0744-x. PMID: 28752267.
- Socialstyrelsen (2020). Beslut om nationell högspecialiserad vård – viss vård vid svårbehandlat självskaðebeteende. [Ssth004120120213170 \(socialstyrelsen.se\)](#)
- Sikt. (2023, 24. august 2023). Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. [Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør](#)
- Sivilombudsmannen (2019a). Uttalelse 2017/543. Tvangsmedisinering – særlig om kravet til «stor sannsynlighet» for positiv effekt. [Tvangsmedisinering – særlig om kravet til «stor sannsynlighet» for positiv effekt - Sivilombudet](#)

Sivilombudsmannen (2019b). Uttalelse 2017/3156. Fylkesmannens vedtak om tvangsmedisinering – krav om «stor sannsynlighet» for vesentlig positiv effekt og enkelte andre vilkår. [Fylkesmannens vedtak om tvangsmedisinering – krav om «stor sannsynlighet» for vesentlig positiv effekt og enkelte andre vilkår - Sivilombudet](#)

Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. Macmillan. bfskinner.org

Slagstad, K. (2017). Psykiatriens indre konflikter. *Tidsskrift for Norsk Legeforening* 137(421), doi: 10.4045/tidsskr.17.0240

Sollied, L.I., Helland, B.M. (2010). Sluttrapport brukerstyrte innleggelses. «Brukerstyrte innleggelses – makten skifter eier. Veien til mestring av eget liv?» Universitetssykehuset i Tromsø, Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Sosial- og helsedirektoratet.(2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykiske helsevern. Sosial- og helsedirektoratet; IS-1511. [Forebygging av selvmord i psykisk helsevern – Nasjonal faglig retningslinje.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Šprah, L., Dernovšek, M.Z., Wahlbeck, K. *et al.* Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC Psychiatry* 17, 2 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1172-3>

Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(2), 138-144.

Statens legemiddelverk (2022). Dokumentasjon av enhetskostnader. Versjon 1.2. [dokumentasjon-av-enhetskostnader-v1.2.pdf \(legemiddelverket.no\)](#)

Statsministerens kontor (2021). Hurdalsplattformen 2021.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/>

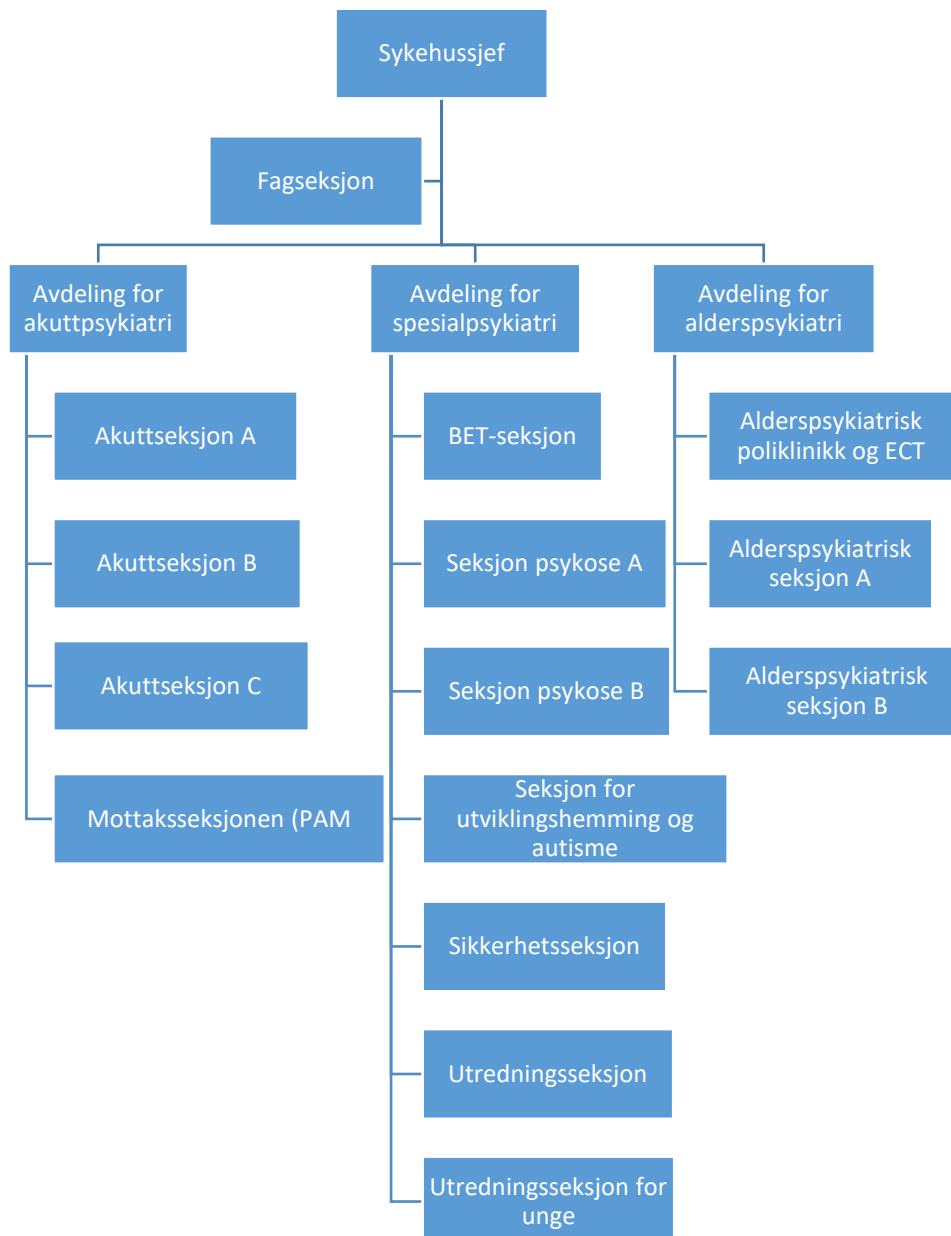
- Storhaug, Å. & Halsen, A. (2023). Multibrukerprosjektet ved Oslo Legevakt – evaluering, første del. Masteroppgave, Erfaringsbasert master i helseadministrasjon. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Straffeloven (2005). Lov om straff. LOV-2005-05-20-28. [Lov om straff \(straffeloven\) – Lovdata](#)
- Strøm, P., Kalkenberg LP., Karlsen AK. & Hestenes. (2023). Politiet må håndtere psykisk syke: Egentlig helsetjenestens ansvar. NRK nettutgaven.
- [Politiet bruker store ressurser på å frakte psykiatriske pasienter – ønsker endring – NRK Nordland](#)
- Stortinget. (2023). Innst. O. nr. 72 (2004–2005) Innstilling til Odelstinget fra justiskomiteen Ot.prp. nr. 90 (2003-2004). [innst O nr 72-05.qxd \(stortinget.no\)](#) Lest: 18.03.23
- St.meld. nr. 47 2008-09 (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19. Juni 2009 om samhandlingsreformen blir sendt Stortinget.* Helse og omsorgsdepartementet
- Sveen, C.A., Pedersen, G., Ulvestad, D.A., Zahl, K.E., Wilberg, T., & Kvarstein, E.H. (2023). Societal costs of personality disorders: A cross-sectional multicenter study of treatment-seeking patients in mental health services in Norway. *Journal of Clinical psychology*, 1– 18. <https://doi.org/10.1002/jclp.23504>
- Szasz, T. (2007). *Coercion as cure: A critical history of psychiatry*. Transaction Publishers.
- Temes, C.M., Frankenburg, F.R., Fitzmaurice, G.M., Zanarini, M.C. (2019). Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up. *J Clin Psychiatry*. 2019 Jan 22;80(1):18m12436. doi: 10.4088/JCP.18m12436. PMID: 30688417.
- Torgalsbøen, A.K., Fu, S., & Czajkowski, N. (2018). Resilience trajectories to full recovery in first-episode schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2018 Aug; 52:54-60. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.04.007. Epub 2018 May 3. PMID: 29730449.

- Torgalsbøen, A.K. & Engedal, M.G. (2022). Skepsis til makt hos psykologprofesjonen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(6), 474-481.
- Ulserød, T. (2020). Nullvisjon: Ord som ikke betyr noe. *Minerva*, 20.06.20. [Ord som ikke betyr noe \(minerva.no\)](#) Lest: 09.04.23
- UKOM (2020). Dødsfall på psykiatrisk sengepost. [Dødsfall på en akuttpsykiatrisk sengepost – Ukom](#)
- UKOM (2023). Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko. [Helsehjelp til personer med alvorlig psykisk lidelse og voldsrisiko – Ukom](#)
- Vabø, M. & Vabo, S.I. (red.) (2014). *Velferdens organisering*. Universitetsforlaget.
- Veland, C. & Jacob, A. (2016). Bruker mindre tvang. I *Sykepleien forskning*, 104(4), 48-51. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/03/reduksjon-av-tvangsmidler>
- Walby, F.A., Astrup, H., Myhre, M.Ø. & Kildahl, A.T. (2021). Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Årsrapport 2018. www.uio.no/kartleggingssystemet
- World Health Organization (2016). ICD-10. *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal Akademisk.
- World Health Organization (1993). *ICD-10: Diagnostic criteria for research*. World Health Organization.
- World Health Organization (2021). Guidance and technical packages on community mental health services. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services> (nedlastet 10.02.2023).
- Xiao S, Tourangeau A, Widger K, Berta W. (2019). Discharge planning in mental healthcare settings: A review and concept analysis. *Int J Ment Health Nurs*. 2019 Aug;28(4):816-832. doi: 10.1111/inm.12599. *Epub* 2019 Apr 30. PMID: 31039293.

Zanardo GLP., Moro LM., Ferreira GS., & Rocha, KB. (2018). Factors Associated with Psychiatric Readmissions: A Systematic Review. *Psychology of health*. Paidéia (Ribeirão Preto) 28, 2018.
<https://doi.org/10.1590/1982-4327e2814>

Vedlegg

Vedlegg 1: Blakstad Sykehus, organisasjonskart, 2023





Per Anders Grønnerø Jacob

Dato: 11.07.2023
 Saksbehandler: Ann Heidi Jebsen
 Direkte telefon:
 Vår referanse: 23/06841-1 /
 Deres referanse:
 Klinikk/avdeling: Vestre Viken HF /
 Foretakssekretariat

Personvernombudets tilråding - Masteroppgave - Pasienter med gjentatte innleggelses på psykiatrisk akuttmottak - Hvem er de og hvordan kan de få et bedre tilbud?»

Viser til melding om Masteroppgave mottatt 2. mai 2023, samt møte og innsendt tilleggsmateriale, herunder masteroppgaven.

Denne saken er blitt tverrfaglig behandlet. Personvernombudet har diskutert saken med Forskning og Innovasjon og Sikkerhetsleder ved VVHF, samt at det gjennomført flere møter med Psykisk helse og Rus.

Bakgrunn

Prosjektet omhandler pasienter med gjentatte innleggelses på psykiatrisk akuttmottak og har tittelen «Pasienter med gjentatte innleggelses på psykiatrisk akuttmottak - Hvem er de og hvordan kan de få et bedre tilbud?»

I denne saken har søker ikke meldt masteroppgaven til Personvernombudet før oppgaven var ferdig skrevet. Dette skyldes flere forhold som Personvernombudet ikke vil gå inn på, da Personvernombudet ikke finner at de har vekt i den videre vurderingen av saken.

Masteroppgaven har benyttet personopplysninger om pasienter som er innhentet i forbindelse med Blakstads prosjekt *Trygg Stafett* som er del av det interne kvalitetssikringsprosjektet «*Samhandling og pasientflyt PHR 2020 – 2025*» er forelagt og tilrådt av Personvernombudet i sak 20/07669.

Klinikk for psykisk helse og rus (PHR) i Vestre Viken HF sitt pågående prosjekt *Trygg stafett* har som mål å utvikle løsninger som gir trygge vekslinger for pasienter, pårørende og medarbeidere i akutt psykisk helsevern. Som ledd i dette har psykiatrisk akuttmottak på Blakstad Sykehus hatt et særlig fokus på pasientgruppen med gjentatte innleggelses, der kvalitetsforbedring av helsetilbudet og bedre ressursutnyttelse er målet. I arbeidet har man samlet erfaring og gjennomført litteraturgjennomgang for å utvikle et mer helhetlig og sammenhengende behandlingstilbud som baserer seg på faglig begrunnede tiltak og reduserer antall uvirksomme innleggelses.

Formålet til prosjektet *Trygg Stafett* er å analysere pasientforløpene i PHR på tvers av seksjoner og avdelinger, slik at de kan få kunnskapsgrunnlag for å hindre brudd i behandling dvs. pasienter som ikke får nødvendig og rask nok oppfølging poliklinisk etter utskrivning døgnoophold og annet.

Gjeldende masteroppgave vil

Vestre Viken

- a) i statistisk beskrive pasientene med flest antall innleggelser på psykiatrisk akuttavdeling ved Blakstad Sykehus gjennom 2022
- b) undersøke om det finnes undergrupper blant pasientene med gjentatte innleggelser
- c) drøfte pasientgruppene med gjentatte innleggelser på bakgrunn av litteratur og klinisk erfaring
- d) komme med anbefalinger til hvordan man kan gi mer effektiv og rettferdig helsetilbud ved å kombinere statistisk grunnlagsmateriale, litteratur, og kliniske erfaringer gjennom 2022
- e) undersøke om det finnes undergrupper blant pasientene med gjentatte innleggelser
- f) drøfte pasientgruppene med gjentatte innleggelser på bakgrunn av litteratur og klinisk erfaring
- g) komme med anbefalinger til hvordan man kan gi mer effektiv og rettferdig helsetilbud ved å kombinere statistisk grunnlagsmateriale, litteratur, og kliniske erfaringer gjennom 2022.

I forbindelse med behandling av denne saken har Personvernombudet bedt ledelsen for prosjektet *Trygg Stafett* og ledelsen i PHR redegjøre for samfunnsnyttene av funnene i masteroppgaven. PHR skriver i redegjørelsen:

«Innen psykisk helsevern har om lag 25 % av pasientene ved psykiatriske avdelinger, gjentatte innleggelser. Felles for disse pasientene er at det ikke finnes faglig kunnskap om dem i Norge eller Skandinavia. Flere av pasientene utsettes for et stort antall tvangsinnleggelser som ofte blir underkjent av Psykisk helsevern. Dette er en problemstilling som Helsedirektoratet ikke har oversikt over og beskriver som et betydelig juridisk problem for rettsikkerhet. Analysene som ligger til grunn for masteroppgaven gir en viktig beskrivelse av dette problemet med grunnlag i konkrete tall.

Pasientgruppen mottar hjelpetiltak og behandling av mange ukoordinerte aktører og gjennomgående lite pasientinvolvering. Det er en stor samfunnsutfordring at vi ikke får til gode og sammenhengende pasientforløp, som oppleves trygge for pasienter og pårørende – og som hindrer unødige reinnleggelser. Masteroppgaven beskriver et konkret grunnlag for samarbeid mellom psykiatrisk avdeling, legevaktene og politiet basert på data som kan koordinere samarbeidet på en måte som øker forutsigbarhet og behandlingskvalitet hos pasienten og eventuelt andre involverte. Arbeidet er påbegynt med utgangspunkt i datagrunnlaget og kan overføres til andre helseforetak. Oppgaven beskriver også et rammeverk for kvalitetsforbedring hos legevakter.

Det er per i dag ingen helseforetak som har et system som fanger opp pasientene med gjentatte innleggelser og det er per i dag heller ikke en av kvalitetsindikatorerne i Psykisk Helsevern og får derfor ikke et tiltrengt fokus. Et slikt system begrunnes og beskrives i masteroppgaven. Etter alt å dømme vil denne kunnskapen være essensiell i planlegging av pasientforløp inn i nytt sykehus, men kunnskapen er viktig også for andre helseforetak i planlegging av helsetjenestene fremover. Å dele kunnskap og innsikt dette interne kvalitetsregisteret inneholder ut over Vestre Viken, har en samfunnsnytte.

Opgaven presenterer kun aggregerte beskrivelser. I oppgaven blir pasientene presentert i alderskategorier fremfor konkret aldersgjengivelse for å ivareta personvern, da i kategoriene 18 – 25, 25 – 35 osv. Med tanke på diagnostikk blir pasienter med eksempelvis med personlighetsforstyrrelse gjengitt med utsagn som «de fleste har diagnose [X]» fremfor å oppgi detaljert og konkret diagnose. Det samme gjelder andre diagnoser som ruslidelser og andre psykiske lidelser. Ingen av pasientforløpene som beskrives kan spores tilbake til enkeltpersoner, og studien ønsker å beskrive kjennetegnene hos denne pasientgruppen på en mer overordnet måte da som grunnlagsmateriale for en utdypende diskusjon. De sentrale funnene i studien vil kunne bedre helsehjelpen til fremtidige pasienter med lignende problemstillinger på eget og andre helseforetak. Studien kan være grunnlag for viktige fremtidige diskusjoner innen helseøkonomi, samhandling, organisering av førstelinjen og spesialisthelsetjenesten, kvalitet i helsetjenesten, rettsikkerhet, pasientsikkerhet, psykiatri som fagfelt, og til videre forskning innen samme tematikk.»

Vestre Viken

For å behandle personopplysninger skal det som hovedregel innhentes samtykke fra de aktuelle pasientene det følger av GDPR art. 6 og art. 9. I masteroppgaven er det ikke innhentet samtykke fra de pasientene som er omhandlet i oppgaven. Når det gjelder innhenting av samtykke i etterkant av gjennomført masteroppgave for å sikre at pasientene er kjent med og ønsker å være en del av oppgaven har ledelsen ved PHR blant annet uttalt:

«Innhenting av samtykke til forskning i etterkant av en slik studie vil være praktisk sett komplisert. Det å få informasjon om en slik type studie i etterkant kan være belastende ettersom de aller fleste av de inkluderte pasientene har en spesielt marginalisert sosioøkonomisk livssituasjon med blant annet et aktivt rusproblem, manglende fast bopel, har alvorlig kronisk psykisk lidelse, kan oppleve det som belastende å bli uventet kontaktet av helsetjenesten etter å ha blitt utsatt for tvang, uønsket psykiatrisk hjelp eller opplevelse av avvisning fra helsetjenesten, er særlige sårbare og kan ha praktiske vansker med å svare på slike henvendelser, kan ha reduserte forutsetninger til å forstå hensikten med undersøkelsen, eller som tidligere nevnt ha tvilsom eller fraværende samtykkekompetanse.»

Personvernombudet vurdering

Personvernombudet har gått gjennom av all relevant dokumentasjon både hva gjelder prosjekt *Trygg Stafett* og masteroppgaven. Etter en helhetsvurdering er Personvernombudet kommet til at det er grunnlag for å tilråde oppgaven på et senere tidspunkt enn det som er gjeldende krav for tilrådninger i masteroppgaver.

I denne vurderingen er det lagt vekt på blant annet at formålet til prosjektet *Trygg Stafett*, slik Personvernombud fortolker det, er sammenfallende med masteroppgavens problemstilling. Personvernombud vil også vise til helsepersonelloven § 26 og pasientjournalloven § 6, som analogisk kan sies å få anvendelse på denne oppgaven.

«Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn.»

«Helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre kan bare behandles når det er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for administrasjon, internkontroll eller kvalitetssikring av helsehjelpen.»

Ved behandling av helseopplysninger til internkontroll eller kvalitetssikring skal opplysningene så langt som mulig behandles uten at den registrertes navn og fødselsnummer fremgår»

I tillegg har Personvernombud sett hen til samfunnsnyttene av funnene som beskrives i masteroppgavene. Masteroppgaven inneholder opplysninger/funn som vil kunne bedre pasientforløpet til en sårbare pasientgruppe. Personvernombudet er enig i PHR sin vurdering om at det å etablere pasientforløp som oppleves trygt for pasienter og pårørende – og som hindrer unødige reinnleggelse vil være av stor betydning for denne pasientgruppen samtidig som det er samfunnsnyttig. Masteroppgaven beskriver også et konkret grunnlag for samarbeid mellom psykiatrisk avdeling, legevaktene og politiet basert på data som kan koordinere samarbeidet på en måte som øker forutsigbarhet og behandlingskvalitet hos pasienten. Personvernombudet mener også det er viktig at masteroppgaven vil kunne være et grunnlag for viktige fremtidige diskusjoner innen helseøkonomi, samhandling, organisering av førstelinen og spesialisthelsetjenesten, kvalitet i helsetjenesten, rettsikkerhet, pasientsikkerhet, psykiatri som fagfelt, og til videre forskning innen samme tematikk.

I Personvernforordningen art. 6 og art. 9 er hovedregel at det skal innhentes samtykke fra pasientene før personopplysninger brukes til annet enn helsehjelp. Dette er ikke blitt gjort i denne saken, men til tross for det mener Personvernombudet at grunnet den viktige samfunnsnyttene oppgaven har kan man i

Vestre Viken

denne saken se bort fra at det ikke er innhentet samtykke. Det er vektlagt at formålet med masteroppgaven er i tråd med formålet med det overordnede interne kvalitetssikringsprosjektet Videre mener Personvernombudet, som PHR, at det for denne pasientgruppen vil være for belastende å innhente samtykke i etterkant.

På bakgrunn av dette tilrår Personvernombudet masteroppgaven og behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet. Men Personvernombudet vil fremheve at denne avgjørelsen bygger på en helt konkrete vurderinger av samfunnsnyttens av denne masteroppgaven og at dette ikke endrer vanlig praksis ved tilrådninger i masteroppgaver. Videre må søker gjøre nødvendige endringer i oppgaven hva gjelder beskrivelse av personvern, som følge av denne tilrådingen.

Avslutningsvis vil Personvernombudet vise til at denne ikke er vurdert som forskning.

Med hilsen

Ann Heidi Jebsen
Personvernombud i Vestre Viken
Foretakssekretariatet
+47 957 55 702

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur

Kopi til:
Forskning og Innovasjon

Vedlegg 3: Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. F60.3 i ICD-10 (2016) er en personlighetsforankret tendens, altså tanker, følelser og atferd, til å vedvarende handle impulsivt uten å tenke på konsekvensene. Stemningsleiet er ustabil i møte med en selv og andre. Personer som har denne lidelsen, har et mønster av eksplosiv og konfliktsøkende atferd, som oftest med mellommenneskelige vansker, forstyrrelse av selvbylde, mål og indre verdier, kronisk tomhetsfølelse, intense og ustabile interpersonelle forhold, og med en tendens til selvdestruktiv atferd samt selvskade, selvmordshandlinger og selvmordsforsøk. Lidelsen påvirker generell funksjon i stor grad, både for personen selv og spesielt med tanke på relasjoner. Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse settes sjelden som diagnose før fylte 18 år (Karterud, Wilberg & Urnes, 2017). Lidelsen er forbundet med økt dødelighet av suicid og av andre årsaker (Temes et al., 2019). Det har tidligere vært antatt at diagnosen rammer kvinner oftere enn menn i en anslagsvis 3 : 1-ratio, men senere litteratur har konkludert med at det antagelig ikke er tilfelle, og at kjønnsprevalensen er lik. Den antatte forskjellen hos kjønnene med henblikk på diagnostikk ble blant annet tillagt kjønnsforskjeller i hvordan lidelsen manifesterer seg (antisosialitet, rusmisbruk, eksplosivitet i temperament, hjelpesøkende atferd, risikosøkende atferd, m.m.) og bias hos den som stiller diagnosen (Sansone & Sansone, 2011). En diagnostisert emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er i hovedsak tidsavgrenset og har generelt god prognose; longitudinelle studier har vist at ca. 1/4 får full remisjon etter 2 år, og ved 10 års oppfølging har ca. 85 prosent full remisjon (Gunderson et al., 2011). Diagnosen utgjør omfattende samfunnsmessige kostnader, for ikke å snakke om de personlige kostnadene for pasienten og deres pårørende (Sveen et al., 2023).

Vedlegg 4: Rusutløst psykose eller ren rustilstand

Ved vurdering av pasienter som er henvist med spørsmål om rusutløst psykose, vil symptomenes manifestasjon ved en innleggelse kombinert med varighet og anamnese være sentralt for diagnostisk koding og eventuell behandling. Tidsaspektet blir spesielt viktig ettersom man vil forvente at rusutløste psykotiske tilstander vil dempe seg vesentlig ved avholdenhet innen kort tid. ICD-10 (2016) viser til vesentlig demping innen en måned og full remisjon innen seks måneder, mens DSM-V (2013) viser til at rusdiagnose bør unngås om tydelige psykosesyntomer vedvarer over «betydelig tid», da over ca. 1 måned. Forskningsutgaven av ICD-10, grønn utgave (WHO, 1993), viser til at for å kunne kode en rusutløst psykose, F1x.5, må de psykotiske symptomene vedvare i over 48 timer. Flere illegale rusmidler som er kjøpt av «ikke-profesjonelle aktører», vil i stor grad mangle konsistente varefakta om det reelle innholdet i stoffet eller styrken på virkestoff(ene), og følgelig finnes det lite pålitelig informasjon om hva slags virkning som er å forvente. Tilleggsfaktorer som genetisk sårbarhet, biologiske forskjeller, erfaringer gjennom livet, forventninger til virkningen av rusmiddelet og personlighet vil også spille inn, i tillegg til kombinasjon av to eller flere rusmidler og medikamenter. Enkelte rusmidler har også en rusvirkning som kan forveksles med psykose, kalt rusmidler med psykotomimetisk effekt, det gjelder blant annet psykedeliske rusmidler og cannabis. Det finnes også et utall av nye psykoaktive stoffer med noe uklar virkning på sentralnervesystemet (e.g. Schifano et al., 2016). Noen personer som får diagnosen rusutløst psykose, får etter hvert en primærdiagnose på en psykoselidelse (e.g. Murrie et al., 2020) som overlapper med enkelte forløp som observeres i klinikken. Enkelte stemmer taler for å behandle en rusutløst psykose som nettopp en førstegangpsykose (Bremnes, Syse & Rognli, 2023). Den kliniske erfaringen er at flere av pasientene som henvises med en slik problematikk, ofte til tvungent vern, viser et rent ruset klinisk bilde, noe som i liten grad dekkes av hovedkriteriet om alvorlig sinnslidelse, som beskrevet i phvl. En slik tilstand vil ofte gå over av seg selv innen kort tid, og pasienten kan sendes hjem fra legevakten. En side av en praksis med tvangsinnleggelse av rene rustilstander kan være at selve innleggelsen ikke dekkes av phvls hovedkriterium om alvorlig sinnslidelse, og at det dermed mangler lovlig grunnlag for tvang. Da står man overfor en juridisk utfordring som er større enn akademisk uenighet, og handler da om pasientens rettssikkerhet. Etter alt å dømme er det mange personer i rusmiljøer der det for eksempel brukes sentralstimulerende midler, som går inn og ut av halvpsykotiske tilstander som følge av rusbruk og søvndeprivasjon, som sjelden kommer i kontakt med politi eller helsetjenesten, hvor tvungen innleggelse på psykiatrisk avdeling verken er riktig eller hjelpsomt, og muligens også mangler hjemmel i lov. Data fra denne undersøkelsen viser at de pasientene som henvises gjentatte ganger med rusrelaterte problemstillinger, har en gjennomsnittlig liggetid i PAM på 1,6 døgn med en median på 1,3 døgn. 36 prosent av alle innleggelsene overføres til akuttseksjon,

mens 67 prosent gjør det ikke. I noen av tilfellene vil også overføring til akutt avgiftningsopphold være aktuelt dersom pasienten ønsker det, noe som kan være tegn på at det er behov for et rusakuttmottak. Dette er planlagt opprettet i Klinikk for psykisk helse og rus i nytt sykehus i Drammen, som skal stå klart i 2025.

Vedlegg 5: Tvungen avrusning

Enkelte av pasientene som får gjentatte rusutløste psykoser, gjenvinner samtykkekompetanse etter få dager og kan ha store vansker med å avbryte skadelig rusbruk, noen ganger med et ønske om rusfrihet eller redusert bruk av rusmidler. Dersom en person utsetter sin fysiske eller psykiske helse for fare gjennom vedvarende rusmiddelbruk og frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig, kan vedkommende tas inn til institusjon uten eget samtykke, jf. §10-2 i hol (2011). Hensynet til nærmiljø eller familie gir ikke grunnlag for behandling med tvang. For å etablere og gjennomføre et tvangsopphold vil man berøre mange instanser med ulike problemstillinger av rusfaglig, sosialfaglig, helsefaglig, juridisk, administrativ og praktisk art. Veilederen til Helsedirektoratet (2016) om tvangstiltak overfor mennesker med rusmiddelproblemer anbefaler bruk av bistandsteam som rådgivende samarbeidsorgan for å sikre sammenheng i tjenestene mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, der utfordringer og spørsmål knyttet til bruk av tvang kan diskuteres. Representant fra spesialisthelsetjenesten er ofte fra tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB). Ofte blir pasienter med skadelig rusbruk henvist på psykiatrisk indikasjon til PAM, som da bør opprette kontakt med behandler i rustjenesten for å drøfte om det kan være indikasjon for tvangstiltak. Veilederen viser til at antall vedtak etter §10-2 fra 1996 (18 vedtak) til 2015 (155 vedtak) har vært jevnt økende frem til 2013 (157 vedtak) og 2014 (155 vedtak). Antall vedtak er ikke lik antall personer som er holdt tilbake, da det kan være flere vedtak som gjelder samme person. Konklusjonen er at slike vedtak fattes sjelden. Erfaring viser også at begrepet «utsetter sin psykiske helse for fare» kan bli underordnet «fysisk» fare, og virker i mindre grad operasjonalisert. Tydelige og alvorlige rusutløste psykoser av noe varighet, som medfører gjentatte psykiatrisk akuttinnleggelser, da ofte som følge av ordensforstyrrelser eller at man er blitt plukket opp av behandlingsapparatet på andre måter, bør det kunne argumenteres for å kvalifisere som å sette sin psykiske helse i fare, spesielt dersom man anser rusutløste psykoser som førstegangspsykoser. Denne problemstillingen bør kommunehelsetjenesten, som kan fatte vedtak om hol §10-2, få tilbakemelding på, og den som har oppfølgings-/behandlingsansvar vurderer det som et aktuelt tiltak nå eller i fremtiden. Dette skal kombineres med motivasjonsarbeid og god informasjon til pasienten. Det kan også fattes midlertidig vedtak med umiddelbar virkning dersom det foreligger forhold som taler for høy grad av alvorlighet.