

Endring i Psykisk helsevernloven; konsekvenser for antall pasienter underlagt tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold

Silje Myklatun



Masteroppgave
UNIVERSITETET I OSLO
01.05.2021

Endring i Psykisk helsevernloven; konsekvenser for antall pasienter underlagt tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold

Silje Myklatun

Masteroppgave

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon

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

Veileder: Professor Oddvar Kaarbøe

© Forfatter

År 2021

Tittel Endring i Psykisk helsevernloven; konsekvenser for antall pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Forfatter Silje Myklatun

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Bakgrunn: Psykisk helsevernloven hjemler bestemte vilkår som må være oppfylt for at det kan fattes vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern. I september 2017 kom det en lovendring om et nytt vilkår som omhandler samtykkekompetanse. En pasient må vurderes å mangle samtykkekompetanse for helsehjelpen som gis for at vedtak om etablering av tvungent psykisk helsevern kan fattes dersom også øvrige vilkår er oppfylt. Lovendringene i 2017 kom som følge av at myndighetene ønsket å styrke pasientens selvbestemmelse og rettsikkerhet. Et overordnet helsepolitisk mål er å redusere bruk av tvang. Dersom det viser seg at lovendringene så langt ikke reduserer bruk av tvang, er dette viktige signaler tilbake til helsemyndighetene.

Problemstilling: Undersøke om antall vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) er redusert eller økt etter lovendringen trådte i kraft 2017 ved Diakonhjemmet Sykehus. Dernest undersøke hvorvidt endring i antall vedtak om TUD kan være en direkte konsekvens av denne lovendringen eller ei.

Metode: Kvantitativ studie (analytisk studie). Hente ut talldata på antall vedtak om TUD ved Diakonhjemmet Sykehus, samt hente ut tilsvarende talldata ved ytterligere 3 DPS, henholdsvis Lovisenberg DPS, Nydalen DPS og Bærum DPS. Øvrige talldata som belyser lokale forhold ved Diakonhjemmet Sykehus vil også hentes ut. Nasjonale tall vil hentes ut fra Helsedirektoratets siste rapporter med statistikk over tvangsbruk. Talldata vil være rent deskriptive resultater som vil illustreres med grafer som viser utvikling over tid.

Resultater: Talldata viser at antall vedtak om TUD har steget betraktelig ved Diakonhjemmet Sykehus, særlig de siste 2 årene. Ulike forklaringsvariabler er belyst, uten at det fremgår en klar enkeltårsak til denne utviklingen lokalt. Nasjonale tall i 2018 viser et liknende bilde, med en klar økning i antall vedtak om TUD. Øvrig talldata viser at 3 av 4 poliklinikker ikke har observert en betydelig nedgang i antall pasienter underlagt TUD. 2 av 4 DPS har imidlertid ikke en betydelig økning i antall TUD.

Konklusjon: Resultatene ved Diakonhjemmet Sykehus, øvrige DPS og nasjonale tall fra 2018 taler i retning av at lovendringene ikke har klart å treffe presist på måloppnåelse om redusert bruk av tvang så langt, som var lovgivers opprinnelige intensjon.

Metodisk begrensning: Ved enhver forskning vil det styrke hypotesen om man kan vise til en kontrollgruppe hvor tiltaket ikke er innført. Det er imidlertid vanskelig å lage et design når det er innført en reform uten en kontrollgruppe. Det er således ikke mulig å bevise en eventuell entydig kausalitet mellom utviklingen av TUD og lovendringen.

Forord

Denne oppgaven har vært mulig å skrive grunnet velvilje og betydelig bidrag fra analysesjef Holman ved Lovisenberg Sykehus og analysesjef Munkejord ved Diakonhjemmet Sykehus.

Flere sentrale personer har vært involvert i nyansering av diskusjonsdelen, innhenting av data og kontrollering av talldata. I tillegg til de to overnevnte har følgende bidratt til oppgaven: Martin Åm fra Lovisenberg DPS, Grete Larsen ved Nydalen DPS, Oslo Universitetssykehus; og fra Bærum DPS, Vestre Viken HF; Camilla Rønning og Ann Kristin Johannesen.

Veileder Oddvar Kaarbøe ved avdeling for helseledelse og økonomi, universitetet i Oslo, har bidratt til gode faglige innspill og har vært lett tilgjengelig for veiledning.

Takk til alle sammen!

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn	1
	1.1 Kort lovhistorie	1
	1.1.1 Sinnsykeloven	1
	1.1.2 Lov om psykisk helsevern.....	1
	1.2 Psykisk helsevernloven	1
	1.3 Tvangsbegrensingsloven	2
	1.4 Psykisk helsevernloven. Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern (§ 3-2 og § 3-3)	3
	1.5 Farevilkåret	3
	1.6 Tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold (TUD)	4
	1.7 Hovedtrekk i selve lovendringene 01.09.2017	4
	1.8 Vurdering av samtykkekompetanse	4
	1.9 Vurdering knyttet til samtykkekompetanse i Høyesterett etter 2017	5
	1.10 Rettslig grunnlag for bruk av tvang i øvrige nordiske land	6
2	Teoretisk rammeverk	7
	2.1 Bakgrunnen for lovendringen fra 2017	7
	2.1.1 NOU 2011:9 Økt bestemmelse og rettsikkerhet	7
	2.1.2 Proposisjon 147 L (2015-2016) Endringer i psykisk helsevernloven	8
	2.1.3 Helsedirektoratets syn	9
	2.2 Hvilken effekt av lovendringen forventet helsemyndighetene og behandlerapparatet å se?	9
	2.3 Hypoteser vedrørende vedtak om Tvungent psykisk helsevern uten Døgnoophold (TUD)	10
3	Formål	11
4	Problemstilling	12
5	Material og metode	13
	5.1 Data brukt ved Diakonhjemmet Sykehus	13
	5.2 DPS som sammenliknes i denne oppgaven	13
	5.3 Personvernombud/Avdelingsledelse	14
	5.4 Statistikk	14
	5.5 Etikk	14
6	Resultater	15
	6.1 Utvikling av antall vedtak om TUD ved Diakonhjemmet Sykehus	15
	6.2 Utvikling i antall vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke ved Diakonhjemmet Sykehus	16
	6.3 Døgnplasser ved Voksenpsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus	17
	6.4 Beleggprofil siste 3 år ved Diakonhjemmet Sykehus	18

6.5 Gjennomsnittlig liggetid/liggedøgn siste 3 år ved Diakonhjemmet Sykehus	18
6.6 Befolkningsvekst i bydelene sektortilhørende Diakonhjemmet Sykehus.....	19
6.7 Kort sammendrag av resultater ved Lovisenberg DPS	20
6.8 Utvikling i antall vedtak om TUD ved Bærum DPS, Vestre Viken HF	21
6.9 Utvikling i antall vedtak om TUD ved Nydalen DPS, Oslo Universitetssykehus ...	22
6.10 Nasjonal utvikling 2018	22
6.10.1 Utvikling av antall pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern med døgnoophold.....	23
6.10.2 Utvikling på antall vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold (TUD).....	23
6.10.3 Utvikling av antall vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke (§ 4-4)	25
7 Diskusjon.....	26
7.1 Har antall vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold ved Diakonhjemmet Sykehus økt siden 2017?.....	26
7.2 Demografi.....	26
7.3 Endring i belegg ved Døgnavsnitt	27
7.4 Endring i gjennomsnittlig liggetid ved Døgnavsnitt.....	27
7.5 Endring i antall døgnplasser ved Langtidsavsnitt.....	28
7.6 Interne omorganiseringer	28
7.7 Holdningsendring blant vedtaksansvarlige/Motstand mot endring	29
7.8 Endring i finansieringssystemet.....	30
7.9 Sammenlikning av antall pasienter underlagt TUD mellom 4 ulike DPS.....	30
7.10 Utvikling i antall 4-4 vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke (medisinvedtak) ved Diakonhjemmet Sykehus.....	30
7.11 Utvikling i lys av lovendringen.....	31
7.12 Antall vedtak om TUD i lys av pågående pandemi.....	33
7.13 Usikkerhet ved uthenting av data	33
7.14 Svakheter ved metode	33
8 Konklusjon.....	34

1 Bakgrunn

1.1 Kort lovhistorie

1.1.1 Sinnsykeloven

Lovreguleringen av det psykiske helsevernet i Norge startet med Sinnsykeloven i 1848 (1). Frankrike var det første landet i Europa som kom med en tilsvarende lov 10 år før Norge. Den mest toneangivende personen bak denne loven var legen Herman Major (2). Dette var en lov som skulle øke rettsikkerheten og bedre forholdene for mennesker med alvorlige psykiske helseutfordringer. I praksis medførte dette opprettelse av egne asyls for denne pasientgruppen. 1848-loven var i starten en ren tvangslov. Dette forandret seg med endringen som skjedde i 1935. Da ble det mulig med frivillige innleggelse i sinnsykeasylene (3). Det var på denne tiden insulinsjokkterapi, elektroshokk og lobotomi ble introdusert (4, s. 70).

Denne loven innebar også opprettelse av kontrollkommisjoner som skulle fungere som tilsyns- og kontrollorganer i det psykiske helsevernet. Denne ordningen består fremdeles (2).

1.1.2 Lov om psykisk helsevern

Den andre loven på dette feltet er Lov om psykisk helsevern, som kom i 1961. Denne loven bedret den prosessuelle saksbehandlingen, og stilte klarere krav til gjennomføringen av tiltakene i psykisk helsevern (5). Endringer i denne loven kom på ulike tidspunkt, hvorav den viktigste ble vedtatt på 1980-tallet. Den viktigste endringen medførte rett til å klage på vedtak om tvangsmedisinering, samt ytterligere begrensninger knyttet til sistnevnte vedtak (3).

1.2 Psykisk helsevernloven

Den nåværende, og tredje loven-psykisk helsevernloven, kom våren 1999. Denne loven var en del av helselovsreformen. De andre 3 sentrale lovene i denne reformen var Pasientrettighetsloven, Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven (6). Psykisk helsevernloven har også gjennomgått ulike endringer, både i 2006, 2012 og 2016. Felles for disse endringene frem til 2016 er at de har økt potensiale for bruk av tvang (3).

Psykisk helsevernloven gjelder kun for pasienter som mottar aktiv behandling i spesialisthelsetjenesten, både under frivillige rammer og underlagt tvungent vern. Således vil denne loven være gjeldende for en mindre andel av befolkningen til enhver tid. De siste årene, frem til 2018, har det blitt fattet 8000 vedtak om tvangsinnleggelse i gjennomsnitt. Tilsvarende vedtak, med hjemmel i Smittevernsloven, er under 20 frem til 2018 (3).

1.3 Tvangsbegrensingsloven

I 2016 ble det nedsatt et utvalg oppnevnt av regjeringen som fikk i mandat å «foreta en samlet gjennomgang og utrede behov for revisjon og modernisering av regelverket om tvang i helse- og omsorgssektoren» (5). Østenstad, som er leder for utvalget, var også ansvarlig for analyse om kompetansespørsmål i NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet (7). Utvalget skulle også se lovverket i lys av de internasjonale forpliktelsene landet vårt har gjennom ratifisering av kravene i FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter (CRPD) fra 2013 (3). I dag foreligger det 4 ulike lover som hjemler bruk av tvang. Dette er Lov om psykisk helsevern, Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 A (tvungen somatisk helsehjelp til personer uten samtykkekompetanse - ofte personer med demens), Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 (tvang ovenfor personer med psykisk utviklingshemning) og kapittel 10 (tvang knyttet til rusmiddelavhengige) (8).

Lovgivningen favner et bredt spekter av utfordringer knyttet til ulike grupper sårbare personer. Utvalget har konkludert med at det er mulig å lage en felles lovgivning med den hensikt å fasilitere en mer enhetlig tilnærming til FN-konvensjonens krav. Utvalget mener den nye loven, Tvangsbegrensingsloven, vil medføre en markert reduksjon i bruk av tvang, og øke rettsikkerheten til barn (5). Dersom den nye loven vedtas, vil det medføre en rekke større og mindre endringer. Diagnoser og diagnosenære vilkår vil i stor utstrekning fjernes. I stedet vil det stilles krav til manglende beslutningskompetanse. Behandlingskriteriet bortfaller, mens farevilkåret opprettholdes (9).

Forslaget til denne loven møtte stor motstand i ulike toneangivende miljøer da forslaget til den nye loven kom ut på høring i 2019. Det er således knyttet stor usikkerhet til hvorvidt en felles lovgivning, som avvikler dagens 4 ulike lovverk, vil la seg gjennomføre.

1.4 Psykisk helsevernloven. Etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern (§ 3-2 og § 3-3)

Psykisk helsevernloven er bygget opp med totalt 8 kapitler, hvorav kapittel 3 omhandler etablering og opphør av tvungent psykisk helsevern (10). Vi skal se nærmere på § 3-2 og § 3-3 i sistnevnte kapittel. Før tvungent vern kan etableres, skal pasienten undersøkes av 2 ulike leger for å vurdere hvorvidt vilkår er oppfylt. Den ene legen skal være uavhengig av det sykehuset/institusjonen tvungen vern etableres ved. I praksis vil den ene legen dreie seg om en fastlege, ev en legevaktslege. I større byer kan det også være Distriktpsikiatriske sentre hvor overlegene ikke går døgnvakter ved tilhørende sykehusavsnitt, og således kan vurderes som en uavhengig instans. Den andre undersøkelsen skal skje innen 24 timer etter at pasienten er innlagt på sykehus. Faglig ansvarlig treffer deretter vedtaket etter å ha vurdert de følgende vilkår:

Grunnvilkåret for å kunne etablere vedtak om tvungent psykisk helsevern er at pasienten har en alvorlig sinnslidelse. Dernest må minst ett sidevilkår være oppfylt, enten behandlingstvilkåret eller farevilkåret. Sidevilkårene er at vedkommende på grunn av sinnslidelsen enten

- a) *Får sin utsikt til helbredelse eller vesentlig bedring i betydelig grad redusert, eller det er stor sannsynlighet for at vedkommende i meget nær fremtid får sin tilstand vesentlig forverret (behandlingstvilkårets to alternativer). **Eller***
- b) *Utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv og helse (farevilkårets to alternativer) (10, s. 29)*

De øvrige kravene for at tvang kan etableres er minste inngreps-prinsipp, faglig minstestandard, pasientens rett til å høres, skjønnsmessig helhetsvurdering og manglende samtykkekompetanse for helsehjelpen som gis. Sistnevnte vilkår kom som den viktigste lovendringen innført 01.09.2017 (10). Dette vilkåret omtales nærmere i avsnitt 1.7 og 1.8.

1.5 Farevilkåret

Farevilkåret forutsetter at det er en årsakssammenheng mellom grunnlidelse og faremomentet. Med «fare for helse» hos andre er det i forarbeidet beskrevet at dette også innebærer

«psykisk overlast hos barn som følge av foreldrenes handlemåte i psykotisk tilstand. Skaden skal være mer enn bagatellmessig» (10). Lovendringene i 2017 medførte ingen endring i ordlyden på dette vilkåret.

1.6 Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) betyr at pasienten ikke oppholder seg på sykehusavsnitt innenfor det psykiske helsevernet. Pasienten bor i egen bolig, ev bemannet bolig/kommunal institusjon. Pasienten møter regelmessig ved lokalt Distriktpsikiatrisk senter. Her vil behandlingen i hovedsak bestå av konsultasjoner, kontroller og ofte medikamentell intervensjon. Pasienter kan i teorien henvises direkte til TUD, men for de fleste pasienter vil tvungent vern starte med opphold ved døgninstitusjon i den akutte fasen av sykdomsforløpet.

1.7 Hovedtrekk i selve lovendringene 01.09.2017

Lovforslagene fremmet i 2016 ble gitt full tilslutning fra Stortinget. De viktigste endringene trådte i kraft 01.09.2017. Bortfall av samtykkekompetanse anses som den største lovendringen, og vilkåret er nå gjort gjeldende for etablering av tvungent vern, både med og uten døgnopphold, samt ved vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke. Vilkaeret faller imidlertid bort dersom farevilkåret er oppfylt. Således følger det av denne bestemmelsen at en samtykkekompetent pasient kan nekte behandling selv om dette er til fare for egen helse. Her likestilles pasienten i større grad med den tilsvarende somatisk syke pasienten (3). Øvrige endringer omhandler i hovedsak skjerpede krav til skriftlig begrunnelse for alle de tre bestemmelsene nevnt ovenfor.

1.8 Vurdering av samtykkekompetanse

I forlengelsen av lovendringen ble det stor etterspørsel etter klarere retningslinjer og verktøy fra klinikerne for å kunne gjøre gode vurderinger knyttet til samtykkekompetanse. I Helsedirektoratets rundskriv til lov og forskrift er det beskrevet sentrale momenter knyttet opp til denne vurderingen. Det er et krav at «pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter» (10). Det skal med andre ord en del til for at samtykkekompetansen bortfaller. Vedtaksansvarlig må vurdere 4 følgende hovedområder:

- «Evne til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
- Evnen til å anerkjenne informasjon i sin egen situasjon, spesielt knyttet til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene
- Evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene
- Evnen til å uttrykke et valg» (10, s. 17)

Vurderingen er en faglig avgjørelse, men kan etterprøves rettslig i klagesaker av kontrollkommisjonen (3). Således har det vært et nyttig verktøy for vedtaksansvarlige å se til dommer i både Lagmannsretten og Høyesterett for hvordan anvendelse av det nye vilkåret vurderes i praksis. Dette illustreres nærmere i neste avsnitt.

1.9 Vurdering knyttet til samtykkekompetanse i Høyesterett etter 2017

Det er høyst relevant å se til dommer fra både Høyesterett og Lagmannsretten i lys av lovendringen i 2017. Disse dommene er nyttige verktøy for vedtaksansvarlige med tanke på hvordan navigere i landskapet som omhandler grad av samtykkekompetanse. Etter 2017 er det kommet 2 dommer fra Høyesterett som omhandler tvungent psykisk helsevern (TPH). Høyesteretts praksis innenfor området psykisk helsevern er begrenset, dersom man ser det i sammenheng med totale antall vedtak om tvungent psykisk helsevern som treffes hvert år (11). I det følgende skal en av sakene fra Høyesterett belyses som et eksempel på hvordan vilkårene vurderes.

I den ene saken fra Høyesterett (12) fremgår det at pasienten har en alvorlig sinnslidelse og at hun har vært underlagt TPH siden desember 2011. Før dette hadde hun 2 år hvor hun ikke var direkte knyttet til spesialisthelsetjenesten, og hvor det er uklart hvorvidt hun tok medisiner. Hun var innlagt i institusjon frem til mars 2014. Fra 2015 har hun jobbet som butikkmedarbeider, samt at hun har vært støttekontakt for demente to dager i uken. Hun beskrives å være aktiv i flere foreninger. Det fremgår at hun får besøk av behandlerteam en gang i uken, og at hun får depotbehandling hos fastlege 1 gang/måned. Det fremgår imidlertid at hun ikke er enig i at hun har en sinnslidelse, og at hun er sterkt opptatt av den uretten som er begått mot henne av ulike instanser, herunder helsevesenet. Vedrørende medisiner oppgir pasienten at «Kroppen min hadde det mye bedre når jeg var uten medisiner.

Jeg er noe avstumpet følelsesmessig av denne medisinen» (12). Dommer konkluderer med at pasienten åpenbart ikke har reell innsikt i sin situasjon eller forståelse for konsekvensene av å avslutte behandlingen, og at hun således kommer til at vilkåret om manglende samtykkekompetanse er oppfylt.

1.10 Rettslig grunnlag for bruk av tvang i øvrige nordiske land

Når man sammenlikner rettsstillingen i de nordiske landene finner man i hovedsak en ganske ensartet regulering av tvungent vern, både med tanke på de materielle vilkårene og de faglige begrunnelsene. Dette kan sees i sammenheng med at vi også har en felles historie på andre sentrale lovverk som strafferett, sosialrett og familierett (13). Norge var relativt tidlig ute med Sinnsykeloven i 1848. Sverige fikk sin første lov i 1858. Danmark fikk sin lov først i 1938 (9). Det er også verdt å nevne at det i Danmark kun er lov å fatte vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke på pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (14). Island har ikke en egen lov, men hjemler sin tvangslovgivning i den alminnelige myndighetsloven (13).

2 Teoretisk rammeverk

Sentralt for oppgaven er psykisk helsevernloven og det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse presentert i en historisk kontekst i kapittel 1. I dette kapitlet vil det teoretiske rammeverket for oppgaven bli presentert. Bakgrunnen for lovendringen vil bli nærmere definert og beskrevet. Helsemyndighetens begrunnelse for hvorfor lovendringen, herunder kompetansebasert modell, vil medføre en reduksjon i antall pasienter underlagt tvungent vern uten døgnopphold belyses nærmere. Den teoretiske basen vil således være en grundigere beskrivelse av de ulike styringsdokumentene som ligger til grunn for lovendringene og forventet effekt av denne. I den siste delen av dette kapitlet vil hypoteser knyttet til utvikling av TUD kort skisseres nærmere.

2.1 Bakgrunnen for lovendringen fra 2017

Den viktigste enkeltfaktoren som bidro til lovendringen høsten 2017, var Paulsrud-utvalget sitt arbeid presentert i NOU 2011:9 Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet (9).

2.1.1 NOU 2011:9 Økt bestemmelse og rettsikkerhet

Dette utvalget fikk et sammensatt mandat hvor hovedlinjene var å utrede «etiske, faglige og rettslige sider av dagens regler og praksis om tvang innen psykisk helsevern» (1). Utvalget skulle blant annet gjennomgå psykisk helsevernloven opp mot samtykkebestemmelsene i internasjonale menneskerettighetsdokumenter og pasientrettighetsloven. Dette for å sikre pasientenes rettsikkerhet (1). Utvalgets mandat hadde følgende bakgrunn: «*I politisk plattform for flertallsregjeringen (2009-2013) kapittel 9 fremgår det at regjeringen skal fortsette å styrke arbeidet med å redusere og kvalitetssikre bruk av tvang. Parallelt med opptrappingsplanen for psykisk helse (1999-2008) og fremveksten av tydelige lovfestede pasientrettigheter, har debatten om tvang innen psykisk helsevern i større grad åpnet seg mer for bruker- og rettighetsperspektivet*» (1, s. 15).

På bakgrunn av denne utredningen foreslo utvalget blant annet at det skulle opprettes et nytt vilkår om antatt samtykke for å kunne etablere tvungent psykisk helsevern på behandlingsindikasjon (1). Utredningen ble sendt på høring i 2011, hvorav høringsinstansene hadde ulike meninger om utvalgets forslag. Oppsummert var det likevel et flertall som støttet

forslaget. Av de ulike organene som ikke støttet vilkår om manglende samtykkekompetanse var blant annet alle kontrollkommisjonene som hadde uttalt seg, Legeforeningen og Helsetilsynet (15).

2.1.2 Proposisjon 147 L (2015-2016) Endringer i psykisk helsevernloven

I 2016 kom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) med en proposisjon som foreslo å følge opp flere av Paulsruds-utvalget forslag. Proposisjonen fikk godkjent i statsråd samme dag. Hovedinnholdet fremgikk som følger: *«For å styrke pasientens rett til å ta beslutninger som får konsekvenser for egen helse, foreslår departementet at pasienter som har samtykkekompetanse får rett til å nekte behandling i det psykiske helsevernet. Departementet foreslår også lovendringer som vil bidra til å styrke rettssikkerheten til pasienter i psykisk helsevern som motsetter seg behandling eller andre tiltak. Pasientens rett til å få et vedtak og til å uttale seg før det fattes vedtak utvides, kravene til begrunnelse for vedtak skjerpes og ordningen med fritt rettsråd utvides. Det foreslås også tydeliggjøringer av formålet med psykisk helsevernloven og at bruk av tvang skal evalueres sammen med pasienten»* (15, s. 5).

Menneskerettslige aspekter var drøftet i dette arbeidet, deriblant FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), vedtatt i FN i 2006 og gjort juridisk bindende av norske myndigheter i 2013. HOD legger til grunn at *«En modell som går ut på å styrke pasientenes selvbestemmelsesrett vil etter departementets syn være en viktig tilpasning til de prinsippene som ligger til grunn for FN-konvensjonen. En kompetansebasert modell innebærer en overgang fra fokus på diagnose til funksjonsnivå, noe som er i tråd med CRPD»* (15, s. 24).

HOD legger til grunn at de vil forvente en nedgang i antall pasienter underlagt TUD, som formulert på følgende måte: *«Tvungent psykisk helsevern starter nesten alltid med døgnopphold. Deretter er mange av pasientene under tvungent vern uten døgnopphold. Denne tvangsformen benyttes ofte for vedlikeholdsbehandling når den akutte psykosen eller manien er over. Departementet antar at overgangen til en kompetansebasert modell vil være særlig aktuell for pasienter under tvungent vern uten døgnopphold, og at modellen kan redusere tvangsbruken for denne gruppen»* (15, s. 25).

2.1.3 Helsedirektoratets syn

Fra Psykisk helsevern med kommentarer fra Helsedirektoratet fremgår det at lovendringen er ment å styrke rettsikkerheten og selvbestemmelsesretten til pasienten. Fokus flyttes i større grad fra diagnose til funksjonsnivå, og gir et bredere beslutningsgrunnlag for faglig ansvarlig. Lovendringen er også ment å gjøre at vilkår for tvang i psykisk helsevern samsvarer mer med vilkårene for bruk av tvang i somatikken (10). Helsedirektoratets rapport fra status etter 2017 fremgår det følgende: *«Målet om redusert bruk av tvang i de psykiske helsetjenestene er over mange år gjentatt både i nasjonale strategidokumenter og i styringssignaler og måltall for de regionale helseforetakene. Med virkning fra 1. september 2017 ble psykisk helsevernloven revidert med formål om å øke pasientenes selvbestemmelsesrett og rettssikkerhet. Det ble innført en kompetansebasert modell med krav om manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungen behandling og tilbakeholdelse. Lovendringene betyr i praksis at samtykkekompetente pasienter kan nekte å ta imot et tilbud om behandling i psykisk helsevern med mindre de utgjør en fare for eget liv eller andres liv eller helse»* (16, s. 2).

2.2 Hvilken effekt av lovendringen forventet helsemyndighetene og behandlerapparatet å se?

Lovendringene var åpenbart ment som et insentiv til overordnet redusert bruk av tvang, både gjennom høyere terskler for tvangsinnleggelse og økt krav til dokumentasjon og begrunnelser for å kunne utøve ulike tvangstiltak (3). Man forventet også en kortere varighet på vedtak om tvungent psykisk helsevern. Dette begrunnet med at mange pasienter gjenvinner sin samtykkekompetanse når de er ute av den akutte fasen av sykdomsforløpet. En samtykkekompetent pasient kan velge å motta videre behandling under frivillige rammer, ev avslutte behandling etter eget ønske.

Som tidligere nevnt, bortfaller vilkåret dersom farevilkåret er oppfylt. Det ble i forkant av lovendringen drøftet hvorvidt man ville se en økning i antall vedtak hvor farevilkåret var vurdert oppfylt (15). Ikke fordi farevilkåret i seg selv endret seg i 2017, men fordi man antok at det tidligere «kunne ha vært et underforbruk av farevilkåret for å unngå stigmatisering av pasienten» (16). Dette eksemplifisert med en voksen med omsorgsansvar for mindreårige barn som utvikler en mani med psykose. At barnet vil kunne oppleve psykisk overlast som er av «mer enn bagatellmessig art» (10) i en akutt fase av et slikt forløp er ikke usannsynlig, og noe som må vurderes konkret i hver sak. I akutt fase av et slikt forløp vil behandlingvilkåret være

oppfylt. Det antas at man i noen av disse sakene kan ha unnlatt å ta stilling til farevilkåret da øvrige vilkår for bruk av tvang likevel er oppfylt (15). HOD mener her at «*Det er mulig at økt bruk av farevilkåret kan bli en utilsiktet sidevirkning av forslaget, men departementet mener i likhet med utvalgets flertall at en viss økning i bruk av farevilkåret er legitimt i tilfeller der det dreier seg om personer som allerede i dag oppfyller dette vilkåret, men der den faglig ansvarlige velger å bruke behandlingsvilkåret*» (15, s. 25).

2.3 Hypoteser vedrørende vedtak om Tvungent psykisk helsevern uten Døgnopphold (TUD)

1. Det legges til grunn at behov for vedtak om TUD er konstant, men påvirkes av antall innbyggere:
Vekst i befolkning › Vekst i antall pasienter › Vekst i antall vedtak om TPH › Vekst i antall vedtak om TUD
2. Behovet for vedtak om TUD påvirkes av tilbudet om innleggelse:
Endret antall senger › Endret liggetid/belegg › Endret antall vedtak om TUD
3. Antall vedtak om TUD påvirkes av varighet av vedtak om TUD:
Kortere varighet › endret antall vedtak om TUD. Kortere varighet kan imidlertid bety hyppigere reinnleggelse og etablering av Tvungent vern slik at det i sum ikke påvirker totalt antall vedtak.
4. Behovet for vedtak om TUD påvirkes av vår vilje til å etablere tvungent vern, enten i form av holdningsendring og/eller endring i lovverk:
Økt andel etablert vedtak om TPH › Vekst i antall vedtak om TUD
5. Lovendringene i 2017 forventer å redusere antall vedtak om TUD som beskrevet inngående i forrige avsnitt:
Tid etter 2017 › færre antall vedtak om TUD

3 Formål

Det teoretiske rammeverket legger til grunn en forventet nedgang i antall pasienter underlagt tvungent vern uten døgnopphold som en direkte konsekvens av lovendringen som ble innført i 2017. Formålet med denne oppgaven er å se på om antall pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold er redusert eller økt ved et lokalsykehus, og om ev. endringen kan tilskrives denne lovendringen.

4 Problemstilling

Helsemyndighetene ønsket å styrke pasientens rettsikkerhet og selvbestemmelsesrett med endringen som kom i psykisk helsevernloven september 2017. Det har over tid vært et helsepolitisk mål å redusere bruk av tvang, og en forventning med lovendringen om å redusere bruk av tvang. Dette premisset er grundigere beskrevet i det teoretiske rammeverket. Utgangspunktet for denne masteroppgaven var en mistanke om at antall vedtak om TUD ikke var redusert ved eget arbeidsted, men tvert imot økt. Dersom antall vedtak om TUD øker ved vårt sykehus, må det sees til ulike sentrale variabler som kan forklare denne utviklingen. Om det etter gjennomgang av disse variablene viser seg at lovendringen i seg selv ikke har medført en reduksjon i antall vedtak om TUD, men tvert imot kan ha hatt utilsiktede effekter, er dette et viktig signal tilbake til helsemyndighetene.

5 Material og metode

5.1 Data brukt ved Diakonhjemmet Sykehus

Resultatene i denne oppgaven er hente ut ved hjelp av rapporter med aggregerte data fra intern kvalitetssikring/arkivformål, og ved hjelp av sykehusets interne DIPS rapportering. Det er ikke benyttet personsensitive data i oppgaven. For å belyse flere av øvrige variabler knyttet til lokale forhold ved sykehuset, er det også benyttet talldata ved hjelp av sykehusets DIPS rapportering.¹

Øvrige tall/aktivitetsdata er hentet fra Helsedirektoratets rapport om Tvang i psykisk helsevern - status etter lovendringene i 2017 (16), og rapport om kontroll av tvangsbruk 2018 (17). Befolkningsdata er hentet fra Oslo Kommune sin statistikkbank.

5.2 DPS som sammenliknes i denne oppgaven

Den samme tilnærmingen er benyttet for å hente ut tilsvarende aggregerte data fra Nydalen DPS, Lovisenberg DPS og Bærum DPS. Utfyllende resultater fra Lovisenberg Sykehus er utarbeidet av Analysejef Per Arne Holman.

¹Som et sentralt ledd i å forstå utviklingen av antall pasienter på tvungent vern var en målsetting med denne masteroppgaven opprinnelig også å sammenlikne pasientpopulasjonen underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i en avgrenset periode ved hjelp av ulike parametere før og etter lovendringen. Dette for å se på hvilken måte denne populasjonen eventuelt hadde endret seg. Da det innebar innsyn i pasientjournal, ble det sendt søknad om dispensasjon fra taushetsplikt til regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) november 2019. Søknaden fikk avslag i desember 2019.

Avslaget ble påklaget desember 2019. REK opprettholdt avslaget februar 2020. I henhold til helseforsikringsloven § 10, ble klagen oversendt nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering. Klagen ble ikke tatt til følge.

5.3 Personvernombud/Avdelingsledelse

Personvernombud ved alle fire sykehus er skriftlig og muntlig konsultert, og samtlige har gitt tilbakemelding på at dataene benyttet ikke er problematisk sett fra et personvernperspektiv. Avdelingsledelsen fra de fire ulike sykehuset har kvalitetssikret alle deskriptive data.

5.4 Statistikk

Dataene benyttet i denne oppgaven er deskriptive aktivitetsdata. Disse dataene er fremstilt i tabellform-tidsanalyser, hvorav tidsakse benyttes på X-aksen og antall vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold fremgår på Y-aksen. Tabellene viser sykehusene enkeltvis.

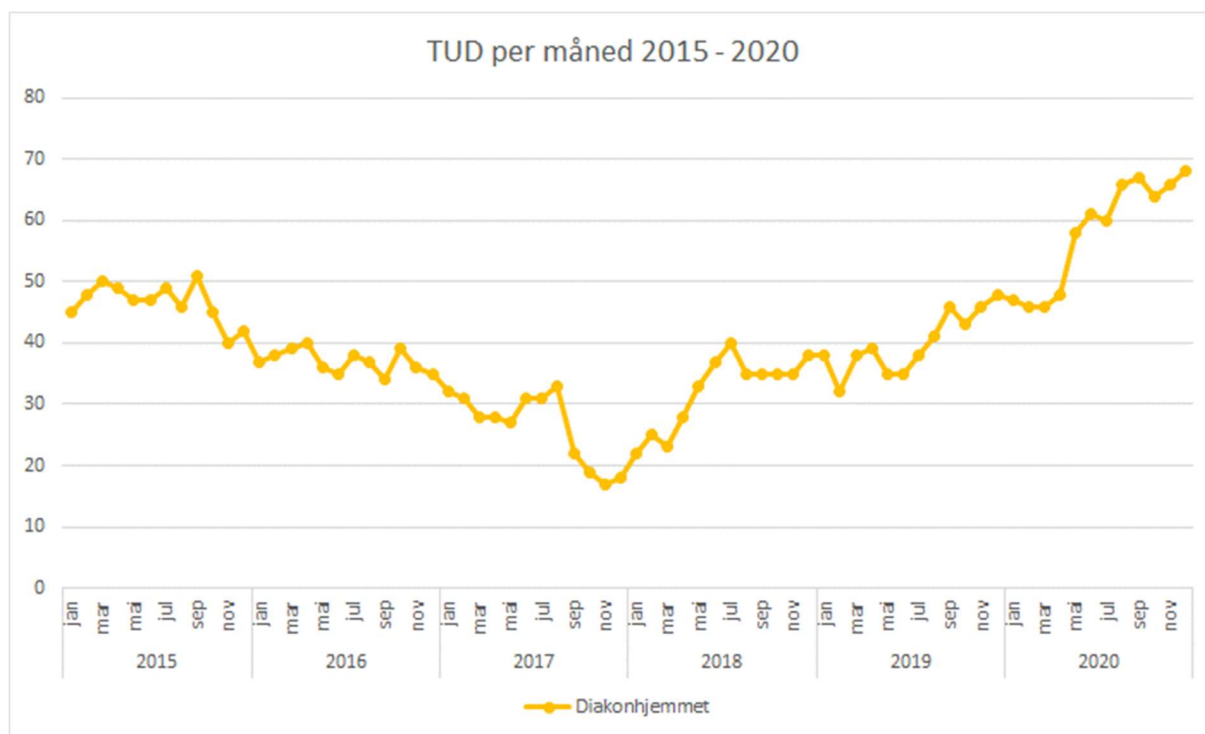
5.5 Etikk

I denne oppgaven er det ikke benyttet data som kan brukes til helsefaglig forskning på pasienter. Søknad til etisk komite om bruk av data er derfor ikke påkrevd. Dataene i denne oppgaven er anonyme, og kan således ikke kobles til enkeltpersoner/pasienter.

6 Resultater

6.1 Utvikling av antall vedtak om TUD ved Diakonhjemmet Sykehus

Som vist i figur 1 har man ved Diakonhjemmet Sykehus hatt en gradvis nedgang i antall vedtak om TUD siden 2015 frem til September 2017, som man i stor grad attribuerte intern omorganisering med inndeling av poliklinikk med spisskompetanse på ulike typer psykoselidelser/alvorlige stemningslidelser. I overgang august/september 2017 sees en umiddelbar reduksjon i antall vedtak om TUD tilsvarende ca. 30%, med bunnpunkt november 2017 på til sammen 17. Våren 2018 sees tall tilsvarende nivå før lovendringen trådte i kraft. Deretter en gradvis økning før vi i siste halvdel av 2020 har et betydelig høyere antall vedtak om TUD med flere målinger på over 65, tilsvarende en ca. 100% økning fra før lovendringen.



Figur 1. Antall vedtak om TUD per måned.

Forkortelser: TUD: Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

Tabell 1 viser at antall 3 måneders kontroller gikk betydelig ned i 2017 og 2018, mens en økning sees i 2019 og 2020. Det er interessant å se at antall behandling av saker om forlengelse av tvungent vern utover 12 måneder har økt med over 30% fra 2016 og frem til 2020. Det var i denne enden av spekteret man forventet å se en størst nedgang i tvangsbruk.

Tabell 1. Utvikling av antall 3 måneders kontroller (§ 3-8 annet ledd) og 1 års forlengelse (§ 3-8 tredje ledd).

År	§ 3-8 annet ledd	§ 3-8 tredje ledd
2016	39	45
2017	17	32
2018	15	36
2019	18	53
2020	27	59

6.2 Utvikling i antall vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke ved Diakonhjemmet Sykehus

Vilkåret om manglende samtykkekompetanse har som kjent den samme ordlyden i vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke (medisinvedtak). Dersom lovendringene skal medføre en antatt reduksjon i antall vedtak om TUD, vil man også forvente å se reduksjon i utviklingen av antall medisinvedtak fattet før og etter lovendringene trådte i kraft. Som figur 2 viser er det imidlertid en betydelig økning i antall medisinvedtak siste 2 år. Det er naturlig å se en økning i antall vedtak som en konsekvens av økning i antall pasienter underlagt TUD i samme periode, som vist i figur 1. Økningen er imidlertid ikke proporsjonal med økning i antall TUD. Det ble fattet til sammen 17 vedtak i perioden februar-august 2017, mens det i perioden juli 2020 til og med desember 2020 ble fattet til sammen 64 vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke. Dette er nesten 4 ganger så høyt antall som før lovendringen trådte i kraft. Som nevnt er det en dobling i antall pasienter underlagt TUD. Dette belyser at lovendringen også kommer klart til i uttrykk ved at langt flere pasienter har medisinvedtak nå sammenliknet med før lovendringen trådte i kraft².

²2020 er under koronapandemien. Dette omtales nærmere i kapittel 7.12

Figur 2. Utvikling av vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke v/Diakonhjemmet Sykehus



6.3 Døgnplasser ved Voksenpsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen er inndelt i 2 døgnenheter som er lokalisert under Diakonhjemmet Sykehus. I tillegg disponeres sengeplasser ved Lovisenberg sykehus og lokalt sikkerhetsavsnitt ved Oslo Universitetssykehus, vist som følger:

1. **Akuttpsykiatrisk Døgnenhet:** med totalt 11 sengeplasser, hvorav 3 senger på skjermet avsnitt. Denne enheten er en lukket enhet. Det har ikke vært endring i antall sengeplasser her siste 5 år.
2. **Allmennpsykiatrisk Døgnenhet:** med totalt 11 senger. Dette er en åpen enhet som fungerer som en subakutt enhet hvor pasienter overføres fra Akuttpsykiatrisk enhet i bedre faser av et sykdomsforløp. Ingen endring i antall sengeplasser siste 5 år.
3. **Langtidsavsnitt:** Diakonhjemmet sykehus disponerer totalt 20 senger v/Lovisenberg Sykehus. Dette er sykehussenger for pasienter hvor det påberegnes lengre tids behandling på sykehus. Her har antall sengeplasser sunket fra totalt 23 senger til 20 senger i midten av 2017. I praksis svinger antallet sengeplasser v/Lovisenberg mellom 16-20 senger, avhengig av kapasitetsbehov.
4. **Sikkerhetsavsnitt:** Det disponeres totalt 4 senger ved lokalt sikkerhetsavsnitt Gaustad, Oslo universitetssykehus. Ingen endring i antall senger siste 5 år.

Helse Sør-Øst har også inngått avtaler med private leverandører for anskaffelse av døgntilbud innen psykisk helsevern. Dette er plasser som prioriteres innenfor psykisk helsevern i hele Helse Sør-Øst, og er således ikke øremerket det enkelte sykehus. For Diakonhjemmet Sykehus vil det i hovedsak dreie seg om døgnplasser ved Furukollen psykiatriske senter, Skjelfoss psykiatriske senter og Bergfløtt Behandlingscenter. I 2011 disponerte disse 3 behandlingssentrene totalt 53 (14+27+12) plasser (18). I 2019 har antall døgnplasser økt til 70 (30+26+14) plasser, hvorav 26 av disse plassene er forbeholdt pasienter med alvorlig sinnslidelse og samtidig rus (19). Dette betyr at tilgang på døgnplasser ikke er skalert ned, tvert imot er det et bredere tilbud om døgnplasser på regionsnivå sammenliknet med tidligere.

6.4 Beleggprofil siste 3 år ved Diakonhjemmet Sykehus

Alle pasienter som søkes innlagt på tvungent vern tilhørende Diakonhjemmet Sykehus sektor legges inn ved Akuttpsykiatrisk Døgnet. Det har ikke vært en endring i antall sengeplasser ved Akuttpsykiatrisk Døgnet eller Allmennpsykiatrisk Døgnet siden lovendringen trådte i kraft. Således er beleggprosenten en nyttig parameter å se til når antall sengeplasser er konstant. Beleggsprosent ved Akuttpsykiatrisk Døgnet og Allmennpsykiatrisk Døgnet fra 2018 og frem til 2020 som vist i tabell 2.

Tabell 2: Beleggprofil ved Døgnavsnitt Diakonhjemmet Sykehus

År	Akuttpsykiatrisk Døgnet	Allmennpsykiatrisk Døgnet	Total belegg	Vekst unike pasienter
2018	69%	99%	84%	344
2019	77%	114%	96%	365
2020	64%	94%	79%	386

6.5 Gjennomsnittlig liggetid/liggedøgn siste 3 år ved Diakonhjemmet Sykehus

Tallene vist i tabell 3 representerer Akuttpsykiatrisk Døgnet og Allmennpsykiatrisk Døgnet samlet (Gjennomsnittlig liggetid = liggedøgn/antall pasienter).

Tabell 3: Gjennomsnittlig liggetid og liggedøgn v/Døgnavsnitt.

År:	Gjennomsnittlig liggetid:	Gjennomsnittlig liggedøgn:
2018	12,1	6,75
2019	14,3	7,69
2020	12,0	6,35

6.6 Befolkningsvekst i bydelene sektortilhørende Diakonhjemmet Sykehus.

Diakonhjemmet Sykehus er et lokalsykehus i Oslo, og har et nedslagsfelt som omfatter Frogner, Ullern og Vestre Aker bydel. Pasienter kan henvises til elektiv behandling på Fritt sykehusvalg. Pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern er imidlertid i all hovedsak tilhørende sektorene Frogner, Vestre Aker og Ullern bydel. «Gjestepasienter» vil således ikke gjøre seg gjeldende i denne pasientstatistikken. Befolkningsutviklingen i disse 3 bydelene er illustrert i tabell 4, hentet fra Oslo Kommune sin Statistikkbank (20).

Tabell 4. Befolkningsutvikling i Frogner, Ullern og Vestre Aker bydel

Årstall	Frogner bydel	Ullern bydel	Vestre Aker bydel
2017	57 585	33 175	49 183
2018	58 293	33 354	49 414
2019	58 938	33 659	49 898
2020	59 292	34 500	50 876

Samlet befolkningsantall i disse tre bydelene i 2017 var 139 943, jamfør tabell over. Samlet befolkningsantall i 2020 er 144 668. Av dette følger:

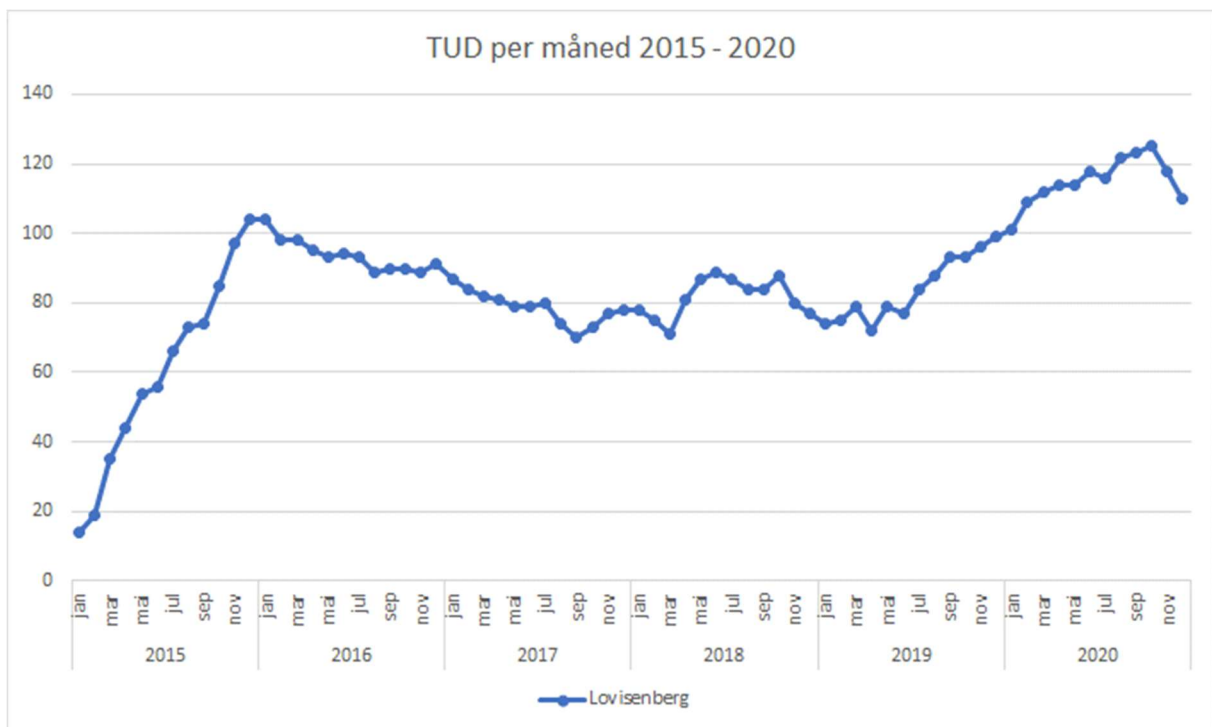
$$139\,943 \times 1,1^3 = 144\,668$$

X= 1,1%):

Årlig befolkningsvekst i sykehusets sektortilhørende 3 bydeler har således økt med 1,1 % fra 2017 og frem til og med 2020.

6.7 Kort sammendrag av resultater ved Lovisenberg DPS

Det er naturlig å se nærmere på de interne variablene knyttet til Lovisenberg Sykehus da en betydelig andel av våre langtidsplasser disponeres der. Etter en reduksjon i antall vedtak om TUD fra 2016, med laveste nivå på 70 i september 2017, har antallet steget betydelig fra høsten 2019, med en topp på 125 i oktober 2020. Dette illustreres i figur 3. Dette er i seg selv en økning på 50% sammenliknet med nivået man så i forkant av lovendringen.



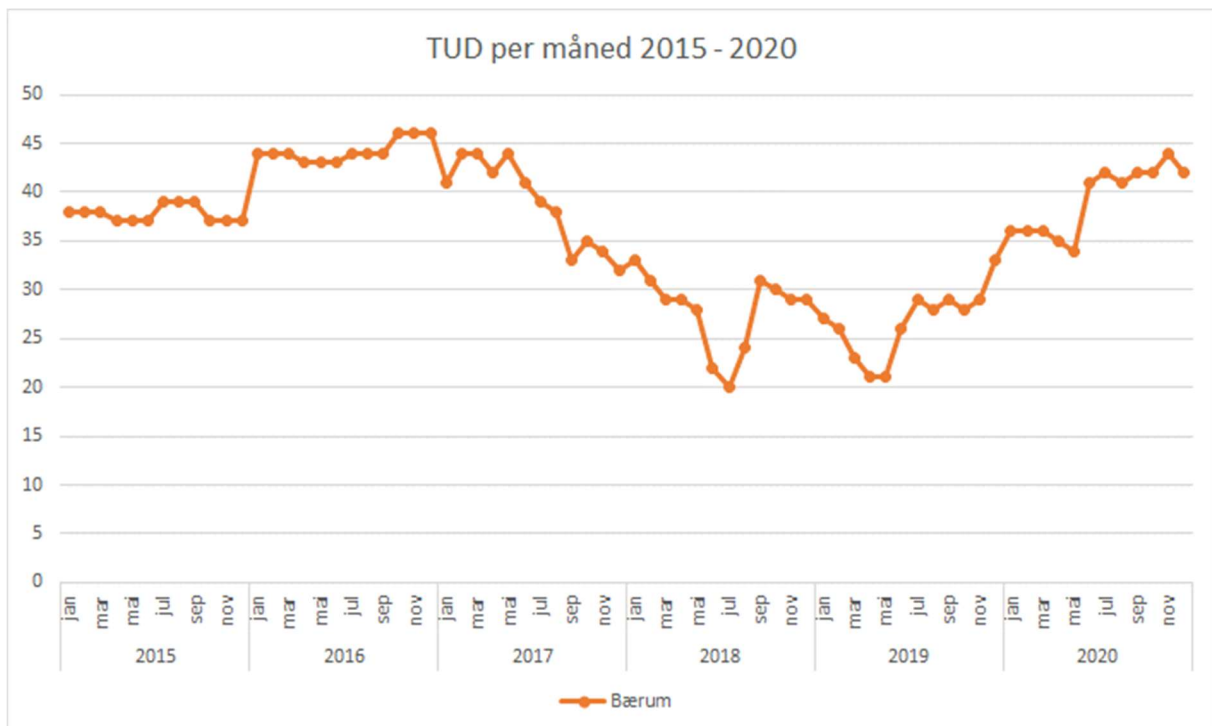
Figur 3. Antall vedtak om TUD per måned 2015-2020 v/Lovisenberg DPS.

Forkortelser: DPS: Distriktpsykiatrisk senter: TUD: Tvungent psykisk helsevern uten døgnoophold

Man ser en vekst i antall pasienter underlagt TUD selv om det tas hensyn til variabler som vekst i innbyggertall, antall polikliniske pasienter, antall liggedøgn og antall etablering av Tvungent psykisk helsevern. Belegg er økt og liggetiden redusert slik at antallet liggedøgn er relativt uendret.

6.8 Utvikling i antall vedtak om TUD ved Bærum DPS, Vestre Viken HF

Talldata hentet fra Bærum DPS, Vestre Viken HF i perioden fra 2015 til 2020 viser at Bærum DPS hadde en rask reduksjon i antall vedtak om TUD i månedene etter at lovendringen trådte i kraft september 2017. Det laveste antall vedtak om TUD sees i Juli 2020 med totalt 20 pasienter. Fra 2019 sees en gradvis økning, til dagens nivå som er marginalt høyere enn det antall man så i forkant av lovendringen, som vist i figur 4.

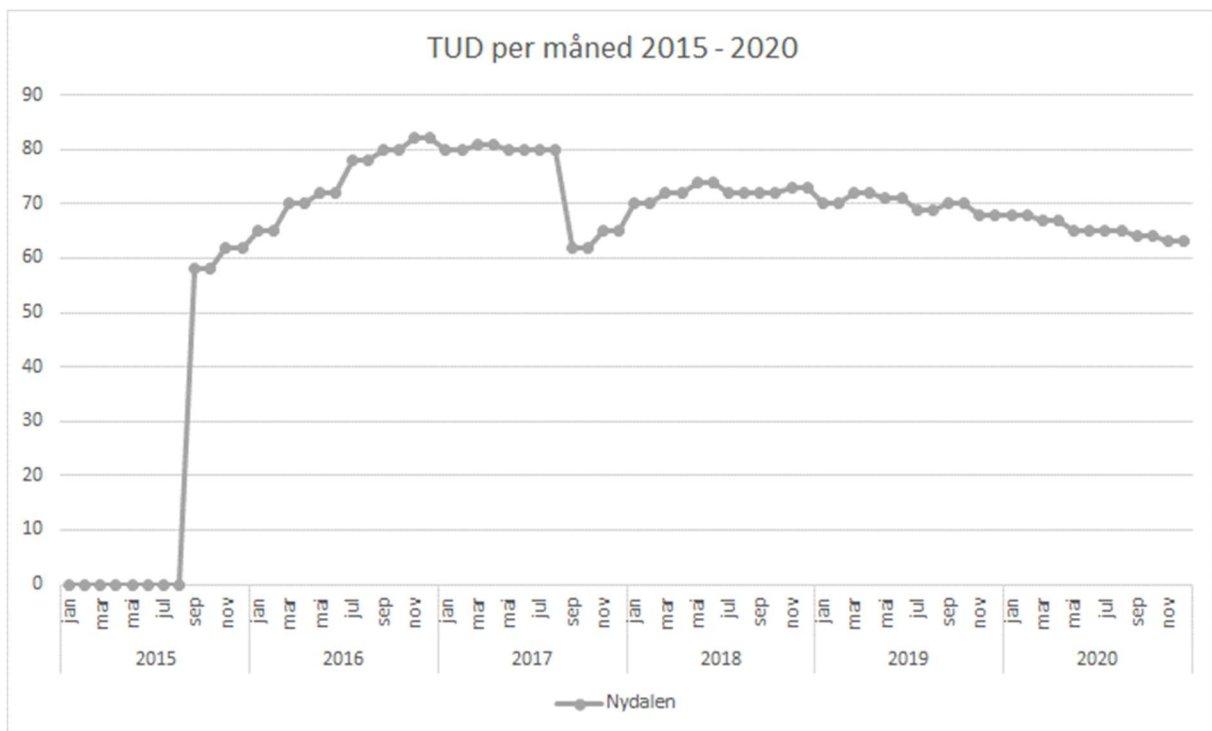


Figur 4. Antall vedtak om TUD i perioden 2015-2020 v/Bærum DPS.

Forkortelser: DPS: Distriktpsikiatrisk senter; TUD: Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

6.9 Utvikling i antall vedtak om TUD ved Nydalen DPS, Oslo Universitetssykehus

Som vist i figur 5 sees et tydelig knekkpunkt måneden før lovendringen trådte i kraft med et fall i antall vedtak om TUD på nær 25%. Deretter fremkommer en relativt rask økning frem til mai 2018, hvor det på ny sees en langsom nedgang i antall TUD frem til aktuelle dato med nivå tilsvarende det man så måneden etter lovendringen trådte i kraft.



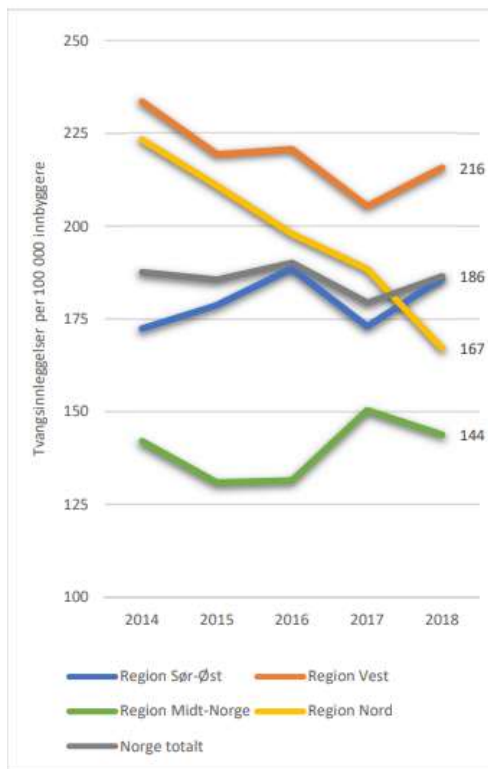
Figur 5: Antall vedtak om TUD v/Nydalen DPS, Oslo Universitetssykehus HF i perioden fra høsten 2015 til 2020.

6.10 Nasjonal utvikling 2018

Tallene presentert i dette avsnittet er i hovedsak hentet fra Helsedirektoratets rapport om tvang i psykisk helsevern (16) og rapport om kontroll av tvangsbruk (17). Rapport om tvang i psykisk helsevern har hentet sine data fra Norsk pasientregister for perioden 2014-2018, og er de seneste tilgjengelige tallene for offentligheten. Data fra rapporten om kontroll av tvangsbruk er hentet fra kontrollkomisjonenes kontroller fra 2013 og frem til 2018.

6.10.1 Utvikling av antall pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern med døgnopphold

Analysene viser at antall innleggelser på tvungent vern var på samme nivå i 2018 som før lovendringen trådte i kraft. Det sees regionale forskjeller med en økning i antall innleggelser på tvungent vern i Helse sørøst og Helse Midt. Den motsatte trendene sees i Helse Vest og Nord, hvor antallet er redusert vist i figur 6.



Figur 6: «Tvangsinnleggelser i det psykiske helsevernet i perioden 2014 – 2018» (16).

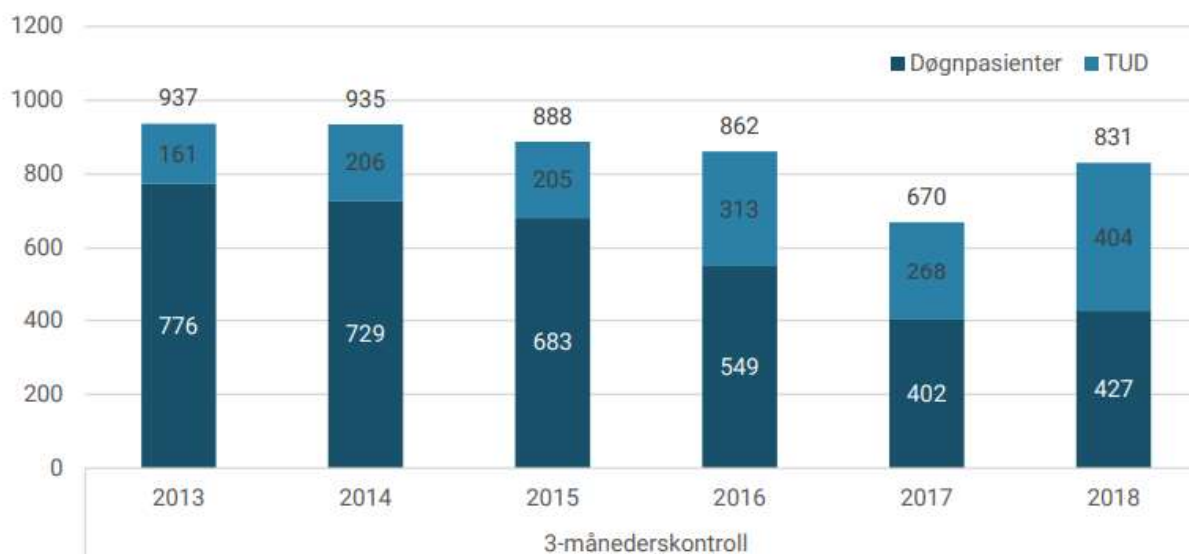
Rapporten viser at median liggetid for pasienter innlagt under frivillige rammer er ca. 1 uke, mens median liggetid døgnopphold for pasienter underlagt tvungent vern er på 5 uker i 2018 (16).

6.10.2 Utvikling på antall vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)

Utviklingen av antall pasienter underlagt TUD kan måles utfra ulike variabler.

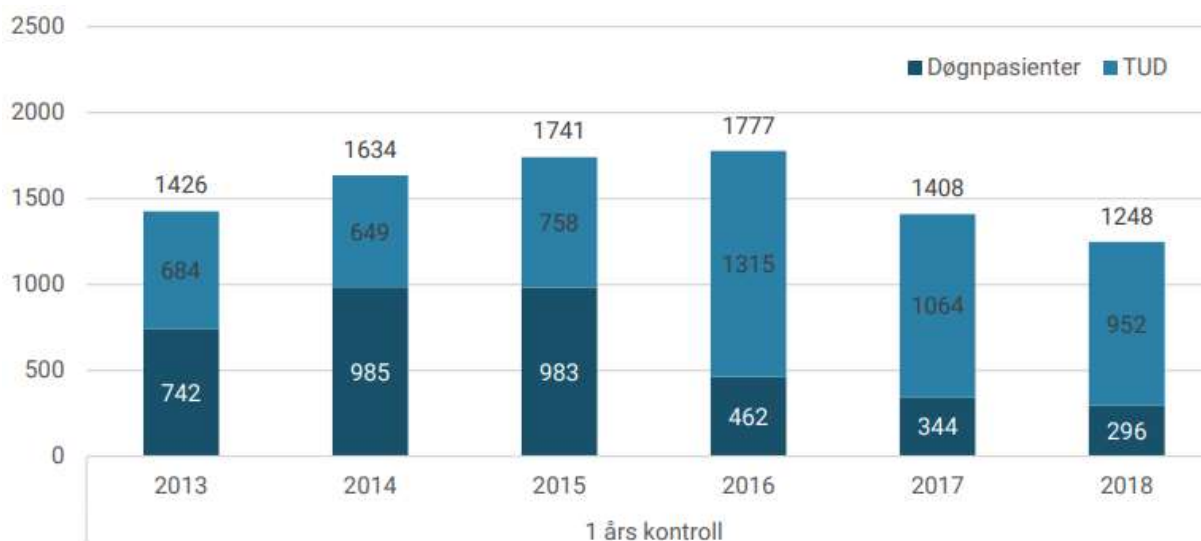
En nyttig måltall er å se på er antall tremånederskontroller. Endring i antall tremånederskontroller kan si noe om utviklingen i omfanget av tvangsbruk som varer over tid (17). Disse tallene er hentet fra Kontroll av tvangsbruk v/Helsedirektoratet, som vist i figur 7. Her beskrives en utvikling med 51 % økning i antall 3 måneders kontroller knyttet til tvang

uten døgnopphold fra 2017 til 2018. Dette viser således en kraftig økning i antall vedtak om TUD (17).



Figur 7: «Antall tremånederskontroller i perioden 2013 til 2018» (17).

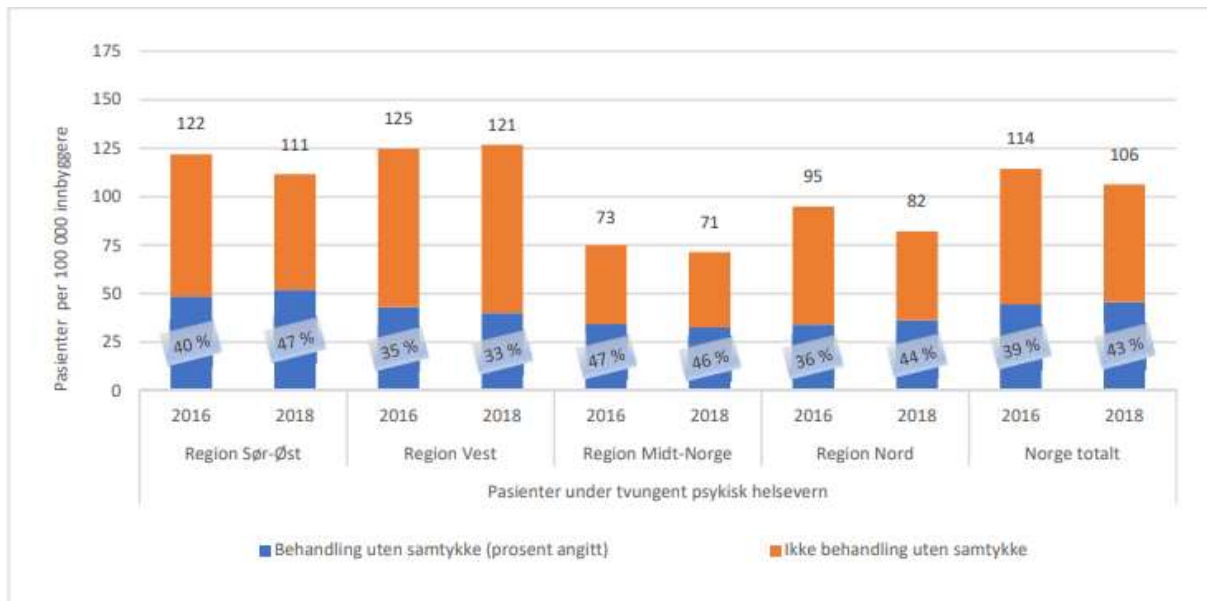
Den siste parameteren som kan gi oss nyttig informasjon, er å se på antall søknader om 1 års forlengelse som behandles av kontroll kommisjonen. Aktivitetsdataene viser at det her er en nedgang på cirka 100 søknader fra 2017 til 2018. Dette viser at det er færre pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold over ett år sammenliknet med tidligere. Dette illustreres i figur 8.



Figur 8: «Behandling av saker om forlengelse av tvungent vern ut over 12 måneder, fordelt etter om pasienten er under tvungen døgnbehandling eller på tvungent vern uten døgn (TUD). Antall kontroller 2013 til 2018» (17).

6.10.3 Utvikling av antall vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke (§ 4-4)

Aktivitetsdata fra rapport om tvang i psykisk helsevern viser at antall vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke økte med 4% på landsbasis i 2018 sammenliknet med 2016 og 2017, men at den viser forskjellig utvikling for hver av helseregionene. I region Sør-Øst er økningen fra 2017 til 2018 på 7% (16). Dette illustreres i figur 9.



Figur 9: «Behandling med legemidler uten eget samtykke for pasienter underlagt tvungen psykisk helsevern i 2016 og 2018. Pasientrate etter bosted og per 100 000 innbyggere i aldersgruppen 16 år og eldre» (16).

Fra brev vedr. fortolkning av psykisk helsevernloven §4-4 datert Juni 2018 fremgår det følgende: «Hvorvidt pasienten verbalt eller fysisk motsetter seg behandling eller ei, er ikke utslagsgivende for om det skal treffes vedtak etter phvl. § 4-4, men derimot hvorvidt vedkommende forstår informasjonen om sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen» (21).

I veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker knyttet til medisinvedtak anføres: «Institusjonen skal gjennom hele undersøkelsesperioden søke å få pasientens tillit slik at behandling kan gjennomføres med pasientens samtykke» (22). Det hersker noe usikkerhet hvordan man skal tolke dette opp mot samtykkekompetansevurderingen.

7 Diskusjon

7.1 Har antall vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved Diakonhjemmet Sykehus økt siden 2017?

For å svare ut hovedspørsmålet i denne masteroppgaven, viser talldataene for Diakonhjemmet Sykehus at det har vært en markant oppgang i antall vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold de siste 2 årene, med en ytterligere økning gjennom 2020. I 2020 har det i gjennomsnitt per måned vært cirka 58 aktive vedtak. Til sammenlikning viser datagrunnlaget et gjennomsnitt på cirka 30 vedtak i året før lovendringen trådte i kraft. Dette er ikke en ønsket utvikling, og følger ikke lovgivers intensjon. Det kan være flere årsaker til denne utviklingen, både lokale og eksterne forhold. De mest sentrale faktorene å se til som kan forklare en slik økning lokalt ved sykehuset kan være befolkningsvekst i tilhørende bydeler, endring i antall døgnplasser/belegg/liggetid, interne omorganiseringer og holdningsendring hos vedtaksansvarlige/motstand mot endring. Eksterne faktorer kan være endringer i finansieringsordning og vesentlige endringer i lovverket som hjemler bruk av tvungent vern. I de neste avsnittene vil disse faktorene drøftes og belyses hver for seg. Avslutningsvis vil det knyttes en kommentar opp mot pågående pandemi.

7.2 Demografi

Som tabellen over befolkningsutviklingen i bydelene tilhørende Diakonhjemmet Sykehus viser, er det en årlig befolkningsvekst tilsvarende ca. 1,1% (ca. 4 725 innbyggere) gjennom de siste 3 årene. Denne økningen er marginal, og kan enkelt illustreres med følgende utregning:

I 2017 var det cirka 140 000 innbyggere tilhørende de aktuelle tre bydeler, og i juli 2017 var 31 pasienter underlagt TUD ved Spesialisert Poliklinikk. $140\ 000:31 = 4\ 516$. Det har vært en befolkningsvekst på cirka 4 725 innbyggere de siste 3 årene. Basert på disse tallene burde TUD-tallet øke med tilsvarende 1 pasient.

Befolkningsvekst kan på denne bakgrunn ikke forklare den markante utviklingen av antall vedtak om tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold ved Diakonhjemmet Sykehus.

7.3 Endring i belegg ved Døgnavsnitt

Det er særlig i 2020 at antall vedtak om TUD øker. Tilsvarende viser beleggsprosenten ved Akuttpsykiatrisk Døgnet i 2020 at denne var vesentlig lavere sammenliknet med 2019. Vår akuttpost kunne således «tålt» en høyere beleggsprosent dersom det var antall døgnplasser som skulle vært toneangivende i forklaringen rundt økning i vedtak om TUD. Den lave beleggsprosenten ved vår akutenhet i 2020 tyder imidlertid på at det ikke skjer en opphopning av antall pasienter underlagt TUD som følge av at det ikke er døgnplasser tilgjengelig ved Døgnavsnitt. Tallene frembrakt viser videre at vekst i antall unike pasienter økte med 6,1% fra 2018 til 2019, og med 5,7% fra 2019 til 2020. Det fremgår imidlertid ikke hvor mange av disse innleggelsene som medførte etablering av tvungent vern. Statistisk sett vil man likevel kunne anta en økning i antall etableringer av TPH ved økt antall unike pasienter. Tallene er likevel beskjedne, og kan i liten grad regne hjem den totale økningen i antall vedtak om TUD i samme periode.

7.4 Endring i gjennomsnittlig liggetid ved Døgnavsnitt

Det legges til grunn at dersom pasienter skrives ut etter færre uker med behandling ved Døgnavsnitt sammenliknet med tilsvarende behandlingsløp tidligere år, vil dette bety at pasienter med en akutt sykdomsepisode mottar en større del av behandlingen utenfor døgnavsnitt, og at de i mindre grad anses ferdigbehandlet etter endt døgnopphold. Dette vil på gruppenivå kunne medføre at en større andel pasienter vurderes å være i behov av vedtak om TUD sammenliknet med tidligere år. Talldata frembrakt i oppgaven viser at gjennomsnittlig liggetid varierer fra 12,1 dager i 2018, til 14,3 i 2019, før man deretter ser en nedgang til 12,0 dager i 2020 ved Diakonhjemmet Sykehus. Tallene viser således ingen dramatisk endring i gjennomsnittlig liggetid, og kan således ikke alene forklare økningen i antall vedtak om TUD. Det er imidlertid en svakhet ved dataene frembrakt at de representerer alle døgninnleggelser, og ikke bare innleggelser vedrørende pasienter som er underlagt tvungent psykisk helsevern. Her vurderes det således å være behov for mer nyansering av talldata for å endelig kunne konkludere. Lovisenberg sykehus beskriver også en redusert liggetid og et økt antall pasienter innlagt ved Døgnavsnitt, men anfører at dette i seg selv likevel ikke kan forklare den totale økningen i antall vedtak om TUD.

7.5 Endring i antall døgnplasser ved Langtidsavsnitt

Diakonhjemmet Sykehus har et en nedgang i antall langtidsdøgnplasser på totalt 3 senger, fra 23 til 20 døgnplasser i midten av 2017. Videre er det svingninger i antall døgnplasser fra 16 til 20 avhengig av kapasitetsbehov. Dette representerer en beskjeden nedgang, men satt på spissen kan det i perioder være en reell nedgang i antall sengeplasser tilsvarende 7 plasser de siste 3 årene. Dette kan således være en faktor å regne med i forståelsen av økningen vi ser i antall vedtak om TUD. Det er en økning i antall døgnplasser/behandlingskapasitet hos private avtaleparter i regi av Helse Sør-Øst fra 2015 og frem til i dag som vist i kapittel 6.3. Økning i antall vedtak om TUD kan således ikke forklares med en dreining mot at flere pasienter overføres fra Tvungent vern med døgnopphold ved private avtaleparter, og over til tvungent vern uten døgnopphold ved lokalt DPS. En svakhet med disse dataene er imidlertid at det ikke foreligger tilgjengelige tall på antall plasser benyttet knyttet til hvert enkelt sykehus.

7.6 Interne omorganiseringer

Voksenpsykiatrisk avdeling gjennomgikk en stor omorganisering i 2015 hvor poliklinikken ble delt inn i to separate poliklinikker;

1. Allmennpsykiatrisk poliklinikk hvor behandlingstilbudet i hovedsak retter seg mot pasienter med lettere psykiske lidelser.
2. Spesialisert poliklinikk, som utreder og behandler pasienter med primære psykoselidelser og bipolar affektiv lidelse type I. Det er i all hovedsak ved denne poliklinikken at pasienter underlagt TUD er forankret. Denne poliklinikken er delt inn i ulike behandler-team, inkludert et team basert etter FACT-modellen (Flexible assertive community treatment). Bakgrunnen for denne oppdelingen var å spisse behandlingstilbudet og kompetansen rettet mot ulike sårbare pasientgrupper. Fra mars 2015 så vi en gradvis nedgang i antall pasienter underlagt TUD frem mot 2017. Vi antar at denne gradvise nedgangen skyldes nettopp et mer spisset behandlingstilbud rette mot denne sårbare pasientgruppen. I 2019 ble bydelen innlemmet i FACT-teamet slik at det i det aktuelle består av 50% personalressurser fra spesialisthelsetjenesten og 50% kommunalt ansatte. I 2015 var det ved Spesialisert Poliklinikk totalt syv spesialister, hvorav to psykologspesialister og fem overleger. Vi har siden 2015 hatt mindre endringer på team-sammensetning innad i de ulike behandler-teamene, men vi

har gjennom hele denne perioden hatt de samme spesialistene som har vært tilknyttet enheten. Det kan argumenteres for at et bedre poliklinisk tilbud med mer skreddersydd og fleksibelt behandlingstilnærming til denne sårbare pasientgruppen gjør at pasienter kan skrives ut tidligere fra døgnavsnitt sammenliknet med tidligere, og motsatt; at man venter lenger før man vurderer det indisert å legge inn pasienter ved Døgnavsnitt sammenliknet med tidligere. Den samme argumentasjonen kan imidlertid brukes i form av at nettopp dette spissede behandlingstilbudet burde kunne påvirke en dreining mot at flere pasienter skal kunne motta behandling under frivillige rammer, i motsetning til tvungent vern, sammenliknet med tidligere.

Samlet kan det konkluderes med at det ikke har vært vesentlige endringer innad ved enheten som i seg selv kan bidra til å kaste lys over forståelsen av den markante økningen i antall pasienter underlagt TUD.

7.7 Holdningsendring blant vedtaksansvarlige/Motstand mot endring

Som ved enhver endringsprosess vil det oppstå motstand eller konflikterende beslutningssystemer. Dette er en naturlig mekanisme, og godt beskrevet i ledelseslitteraturen. For at en større endringsprosess skal være vellykket bør man lene seg på eksempelvis Kotters åtte trinn (23). At lovverket endres betyr endring i et sentralt arbeid for den enkelte vedtaksansvarlig. Man kan således se for seg at dette vil kunne skape motstand, som igjen kan påvirke ønsket utvikling på en negativ måte. Ved Diakonhjemmet Sykehus sees en gradvis nedgang i antall vedtak om TUD frem til lovendringen, som også fortsatte en kort periode etter lovendringen. Det kan være nærliggende å tenke at det kan ha vært kritiske røster til den nye lovendringen, noe som i tilfelle ville kunne vise seg ved at man ikke fikk den forventede nedgangen i antall vedtak om TUD. Tallene viser imidlertid ikke at kurven over antall vedtak om TUD flater ut, men tvert imot at den øker. Dette svekker således sannsynligheten for at det skyldes holdningsendring eller motstand mot lovendringen i seg selv. Et annet viktig moment er at kontrollkommissjonen har en viktig tilsynsfunksjon ved alle landets DPS. «Kontrollkommissjonen skal sikre den enkeltes rettsikkerhet i møtet med psykiske helsevernet» (17). Videre skal «kontrollkommissjonene kontrollere at praksis i psykisk helsevern er i tråd med loven» (17). Kontrollkommissjonen gjennomgår alle kontrollundersøkelser (§ 4-9 etter psykisk helsevernloven) og vedtak. Dersom

vedtaksansvarlig ikke argumenterer innenfor lovens krav, skal dette således fanges opp og etterfølges av tilsynsorganet.

7.8 Endring i finansieringssystemet

Døgnavsnitt i psykisk helsevern har rammefinansiering, mens pasienter som mottar polikliniske tjenester/behandling går under innsatsstyrt finansiering. Det har ikke vært vesentlige endringer i ISF-ordningen innen psykisk helsevern, jamfør regelverk/Helsedirektoratet, siste 3 årene som skulle kunne forklare en dreining mot økt antall polikliniske pasienter. Dreiningen kan således ikke i seg selv være økonomisk insentivert.

7.9 Sammenlikning av antall pasienter underlagt TUD mellom 4 ulike DPS

Lokale forhold ved sykehuset kan, som tidligere nevnt, forklare økningen i antall vedtak om TUD. For å nyansere dette bildet ble det derfor innhentet talldata fra andre DPS det er naturlig å sammenlikne seg med. Disse tallene viser at 3 av 4 poliklinikker ikke har observert en markant nedgang i antall vedtak om TUD. Det som synes klart basert på tallene frembrakt, er at 3 år etter lovendringen ser man ikke en entydig trend om nedgang i antall vedtak om TUD, slik som forventet.

7.10 Utvikling i antall 4-4 vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke (medisinvedtak) ved Diakonhjemmet Sykehus

Vilkår om manglende samtykkekompetanse har lik ordlyd i vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke som beskrevet tidligere. Basert på det teoretiske rammeverket var det forventet en nedgang i antall vedtak om TUD, og således også en nedgang i antall vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke. Tallene frembrakt i oppgaven viser imidlertid et motsatt bilde; med en betydelig økning i antall medisinvedtak fattet gjennom 2019, og særlig i 2020 ved Diakonhjemmet Sykehus. Denne økningen er ikke proporsjonal med økning i antall pasienter underlagt TUD. Det fattes nesten 4 ganger så mange medisinvedtak i 2020 sammenliknet med perioden før lovendringen trådte i kraft. Denne utviklingen kan vanskelig forstås på annen måte enn som en direkte konsekvens av lovendringene i 2017.

7.11 Utvikling i lys av lovendringen

Det er tidligere gjort grundig rede for bakgrunnen for lovendringene som kom i 2017, med det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse som den mest toneangivende endringen. Det overordnede helsepolitiske målet har vært å finne insentiver som reduserer bruk av tvungent vern. Lovendringen i 2017 fremstod som det mest potente virkemiddelet for å utløse denne dreiningen. Det ble anslått at man særlig ville se en endring i varighet på tvangsvedtakene og nedgang i antall pasienter underlagt TUD. Dette forklart med at mange pasienter, etter å ha kommet ut av den akutte sykdomsepisoden, vil antas å gjenvinne sin samtykkekompetanse. Dette ligger til grunn for det teoretiske rammeverket benyttet i denne oppgaven. Tall fra helsedirektoratet viser imidlertid at antall vedtak om TUD etter 3 måneder økte med 50% ifra 2017 til 2018. Videre at antall 1 års forlengelse av vedtak om TUD kun ble redusert med 10% i det samme tidsrommet. Dette betyr at det totale antall vedtak om TUD økte kraftig på nasjonalt nivå i fra 2017 til 2018.

Ved Diakonhjemmet Sykehus viser talldata i snitt per måned ca. 30 pasienter underlagt TUD i året før lovendringen trådte i kraft. I 2020 har dette tallet steget til 58 pasienter i snitt per måned. Dette er en økning på nesten 100%. Lovisenberg har en tilsvarende økning på 48% fra året før lovendringen, og frem til 2020. Antall medisinedtak økte med 7% i Helse Sør-Øst fra 2016 til 2018. Ved Diakonhjemmet Sykehus sees en økning på nesten 400% i antall medisinedtak fattet over et halvår før lovendringene trådte i kraft, sammenliknet med siste halvdel av 2020. Det er således klart at det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse gjør seg gjeldene her, og ikke bare kan tilskrives økning i antall pasienter underlagt TUD. Nasjonale og lokale tall beskrevet ovenfor kan peke i retning av at lovendringene har hatt motsatt effekt enn ønsket intensjon. 2 av 4 DPS har imidlertid ikke en markant økning i antall vedtak om TUD. Dette betyr isolert sett at økningen i antall pasienter underlagt TUD kan være en direkte konsekvens av lovendringen på generelt grunnlag svekkes. Således må man foreløpig utvise forsiktighet med å konkludere med en slik direkte sammenheng.

Etter gjennomgang og diskusjon av ulike sentrale variabler som kan påvirke lokalt ved Diakonhjemmet Sykehus, fremkommer det ingen åpenbar faktor som i seg selv kan forklare økningen i antall vedtak om TUD. Man ser imidlertid økning i begge tvangsvedtak hvor det nye vilkåret om manglende samtykkekompetanse inngår ved Diakonhjemmet Sykehus. Av offentlig tilgjengelig data fremgår det også en økning i begge disse tvangsvedtakene i 2018. Det er også verdt å merke seg at 3 av 4 DPS ikke har en nedgang i antall vedtak om TUD. Det

kan ikke utelukkes at andre forhold spiller inn og modulerer utviklingen lokalt ved Diakonhjemmet Sykehus, herunder redusert gjennomsnittlig liggetid, økt antall pasienter, redusert antall langtidsplasser, pågående pandemi og ev andre faktorer som ikke er gjort rede for. Samlet sett vil det være behov for ytterligere nyansering av talldata utover rammene for denne oppgaven, før man kan konkludere i hvilken grad lovendringen alene kan ha medført en økning i antall vedtak om TUD. Det er likevel interessant å se at lovendringen i seg selv kan spille en sentral rolle. Det som imidlertid syntes klart basert på nasjonale og lokale tall frembrakt i denne oppgaven, er at 3 år etter lovendringene trådte i kraft ser man ikke en entydig trend om *nedgang* i antall pasienter underlagt TUD, slik som opprinnelig forventet.

På hvilken måte lovendringen i seg selv ikke fører til redusert antall vedtak om TUD ved Diakonhjemmet Sykehus, lar seg ikke svare ut uten å gå nærmere inn på hvordan denne pasientpopulasjonen har endret seg sammenliknet med før lovendringen. Det vil således ligge utenfor rammene til denne oppgaven. Antagelsen er imidlertid at lovendringen blant annet har medført større bevissthet om at det ikke kan gis behandling uten at det fattes vedtak etter psykisk helsevernloven til pasienter som ikke kan avgi gyldig samtykke (16). I praksis betyr dette at noen pasienter som i bedre faser av sykdomsforløpet tidligere samarbeidet om behandling på tross av manglende samtykkekompetanse, nå behandles i rammer av tvungent vern. Den samme forklaringsmodellen kan benyttes på økningen i antall vedtak om behandling med legemidler uten eget samtykke. Hvorvidt dette er «rett» eller «galt», og videre samsvarer med hvordan det tenkes rundt pasienter uten samtykkekompetanse i somatikken, vil belyses og avspeiles nærmere i den nye loven, Tvangsbegrensingsloven. Tvangslovsutvalget har i sitt høringsutkast tatt til orde for å vende tilbake til definisjonen av tvang som uttrykk for overvinnelse av motstand fremfor fravær av gyldig samtykke (8).

Det er også tidligere i oppgaven beskrevet at man kan forvente å se flere vedtak hvor farevilkåret hevdes, ikke grunnet endring i lovteksten av sistnevnte vilkår, men fordi det antas at tidligere praksis ikke har vært utført i henhold til gjeldende rett. Premisset for denne antatte økningen har vært at siden behandlingvilkåret uansett har vært oppfylt, har man ikke i alle saker tatt stilling til hvorvidt farevilkåret er oppfylt eller ei. Således skulle ikke den totale statistikken over antall vedtak om TUD preges, da disse pasientene uansett var underlagt TUD før lovendringen trådte i kraft.

7.12 Antall vedtak om TUD i lys av pågående pandemi

Covid-19 med påfølgende pandemiberedskap fra og med medio mars 2020 har medført store endringer i helsetilbudet innenfor alle fagfelt. Dette har kommet til uttrykk gjennom en nedskalering av en rekke tilbud både i første, andre og tredjelinje-tjenesten i helsesektoren. Det er fremdeles uvisst i hvor stor grad den enkelte pasient er berørt av de inngripende tiltakene innført gjennom 2020, og som fremdeles er pågående. Det vil imidlertid være rimelig å anta at pågående pandemi har hevet terskelen for hvilke tilstander som skal behandles ved døgnavsnitt, og hva som kan behandles ved tilhørende poliklinikker uten at det skal gå utover forsvarlighetskravet. Det kan sees en 17% nedgang i total beleggprofil i 2020 sammenliknet med 2019 ved Voksenpsykiatrisk avdeling Diakonhjemmet Sykehus, men dersom man sammenliknet med total beleggprofil i 2020 med tilsvarende tall i 2018 er nedgangen vesentlig mer beskjeden, med kun 5%. Videre har de de politiske føringene og råd fra FHI og Helsedirektoratet vært at alvorlige tilstander skal prioriteres i spesialisthelsetjenesten. Det er således samlet sett ikke åpenbart at helsetilbudet i akuttaksen har blitt forringet som følge av pågående pandemi hos denne sårbare pasientgruppen. Det kan likevel ikke utelukkes at pågående pandemi kan være en faktor å regne med i forståelsen av økningen i antall vedtak om TUD i 2020.

7.13 Usikkerhet ved uthenting av data

Rapporter er hentet fra DIPS og anses troverdig. Tall hentet fra kontrollkomisjonens rapporter anses som troverdig. Her er imidlertid tallene hentet ut manuelt som kan representere en usikkerhet.

7.14 Svakheter ved metode

Ved enhver forskning vil det styrke hypotesen om man kan vise til en kontrollgruppe hvor tiltaket ikke er innført. Det er imidlertid vanskelig å lage et design når det er innført en reform uten en kontrollgruppe. Det er således ikke mulig å bevise entydig en eventuell kausalitet mellom utviklingen av TUD og lovendringen.

8 Konklusjon

Tvang er et svært inngripende tiltak, og representerer store faglige og etiske utfordringer for behandlerapparatet. Offentlige tilgjengelige tall fra Helsedirektoratet over sentrale parametere som omhandler tvang viser en klar økning i antall vedtak som omhandler TUD og medisinvedtak i 2018. Ved Diakonhjemmet Sykehus sees en vekst i antall vedtak om TUD, sammenliknet med perioden før lovendringene trådte i kraft. Det er etter gjennomgang av sentrale variabler holdepunkter for at lovendringene i seg selv kan være en faktor å regne med i denne utviklingen. Dette er i tilfelle ikke i tråd med lovgivers intensjon. Tallene frembrakt i denne oppgaven spriker imidlertid noe, og er beheftet med enkelte svakheter vedrørende validitet for denne sårbare pasientgruppen. Det trengs således ytterligere tid og tallgrunnlag for å kunne konkludere hvorvidt lovendringene kan ha hatt en slik utilsiktet dreining. Det som imidlertid syntes klart er at lovendringene ikke har hatt den ønskede effekt med å *redusere* bruk av tvang, på nasjonalt nivå. En temperaturmåling ved 4 lokalsykehus i Oslo/Akershus understøtter at lovendringene ikke har klart å treffe presist på denne måloppnåelsen så langt, slik helsemyndighetene opprinnelig ønsket.

Litteraturliste

1. Paulsrud, K., & Norge Helse- og, o. (2011). Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet : balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern : utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 28. mai 2010 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 17. juni 2011 (Vol. NOU 2011:9). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
2. Høyer, G. (2016). Kontrollkomisjonene i psykisk helsevern – Herman Wedel Majors nyskaping. Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 136(12/13), 1109-1112. doi:10.4045/tidsskr.15.0935
3. Syse, A. Store endringer i psykisk helsevernloven. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2018(2-03):236-43.
4. Whitaker, R. En psykiatrisk epidemi. Abstrakt forlag AS Oslo, 2014. 414 s.
5. Østenstad, B., & Norge Helse- og, o.(2019). Tvangsbegrensingsloven: forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten : utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 17. Juni 2016 : avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 18. Juni 2019 (Vol. NOU 2019: 14). Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.
6. Bahun. M. Store norske leksikon. Helselovsreformen 1999 [Internett]. Agder: Store norske leksikon; 18. august 2012 [Sist oppdatert: 1. november 2019; hentet 15. januar 2021]. Tilgjengelig fra: https://snl.no/helselovsreformen_1999
7. Syse, A. Tvingent psykisk helsevern – enkelte kommentarer. Kritisk juss 2016, 42(04)
8. Sigurdson, R. (2019). Forslag til Tvangsbegrensingslov - noen hovedpunkter. Kritisk juss, 45(3), 129-145
9. Øvregard, M.-T. D. S., & Lie, A. K. (2020). Kriterier for tvangsinnleggelse – endringer fra 1848 til i dag. Tidsskrift for den Norske Lægeforening. Utg.5 doi:10.4045/tidsskr.19.0057
10. Helsedirektoratet. (2017). Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. (IS-1/2017).
11. Bårdsen, A. (2016). Høyesteretts praksis på psykiatrifeltet. Kritisk juss, 2(3). doi:10.18261/issn.2387-4546-2016-03-04
12. Norges Høyesterett – Dom – HR-2018-2204-A, lest 15.01.21
13. Syse, A. og Nilstun, T.: «Ulike regler – lik lovforståelse? Om tvangsregulering og verdikonflikter i nordisk psykiatri», Tidsskrift for Rettsvitenskap 1997, s. 837–918.
14. Gøtzsche, P. og Lund, K.: «Tvangsmedisinering må forbys», Kritisk juss 2016, s. 118–147.

15. Prop. 147 L(2015-2016) Endringer i psykisk helsevernloven mv. (økt selvbestemmelse og rettsikkerhet)
16. Bremnes R. & Skui H. Tvang i psykisk helsevern – Status etter lovendringene i 2017 (2020). Helsedirektoratet (IS-2888).
17. Kalseth B. et.al. Kontroll av tvangsbruk 2018 (2019). Helsedirektoratet (IS-2875)
18. Helse Sør-Øst (2014). Status for behandlingstilbudene innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet i Helse Sør-Øst.
19. Helse Sør-øst. Avtaler med private [Internett]. [oppdatert 25. mars 2021; hentet 11. mars 21]. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-sorost.no/helsefaglig/samarbeid/avtaler-med-private#psykisk-helsevern>
20. Oslo kommune Statistikkbanken. Folkemengde etter administrativ bydel og alder [Internett]. [oppdatert 26. mars 21; hentet 3. februar 2021]. Tilgjengelig fra: http://statistikkbanken.oslo.kommune.no/webview/index.jsp?headers=alder&headers=r&stubs=geografi&measure=common&geografislice=30105&virtualslice=antall_value&layers=virtual&study=http%3A%2F%2F10.134.180.90%3A80%2Fobj%2FStudy%2FBe03-Befolkningen-etter-kriteriebydel-alder-2020&mode=cube&alderslice=21&virtualsubset=antall_value&v=2&rsubset=2017+-+2020&aldersubset=21&geografisubset=30105+-+30107&measuretype=4&rslice=2017&cube=http%3A%2F%2Fstatistikkbanken.oslo.kommune.no%3A80%2Fobj%2Fcube%2FBe03-Befolkningen-etter-kriteriebydel-alder-2020_C1&top=yes
21. Hellevik, V. (2018). Fortolkning – Psykisk helsevernloven § 4-4 – Når det skal fattes vedtak om behandling uten pasientens eget samtykke. Helsedirektoratet. Brev datert 04.06.18.
22. Helsedirektoratet (2015). Veileder for fylkesmannens behandling av klagesaker etter psykisk helsevernloven § 4-4 a jf. § 4-4 (IS-2229)
23. Kotter, J. P. "Leading Change: Why Transformation Efforts Fail." Boston, MA: Harvard Business Review. March–April, 1995.