

**Kortvarige brukerstyrte innleggelse som alternativ til
tvangsinnleggelse hos pasienter med alvorlig selvskading**

Nikolaj Kunøe , Bjørnar Torske Antonsen , Benjamin Ebeling og Sissel Bruun

Alle forfatterne er ansatt ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og har deltatt i evalueringen av tilbudet.

Takk til brukere som deltok i besvarelsen av undersøkelsen og i utformingen av spørreskjema.

Kortvarige brukerstyrte innleggelser som alternativ til tvangsinnleggelse hos pasienter med alvorlig selvskading

Å redusere tvangsbruk og -innleggelser er en viktig overordnet målsetting for behandling i psykisk helsevern (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012; Meld. St. 7 (2019–2020)). Fordi tvangsbruk kan påvirke tillitsforhold mellom helsearbeidere og pasienter med langvarige behandlingsbehov (Lauveng & Skuterud, 2021; Nytingnes et al., 2016), er det spesielt viktig å utvikle helsetjenester som ikke bare oppfattes som uformell tvang eller press, men som reelt styrker alliansen mellom bruker og helsepersonell (Veland et al., 2018).

Brukerstyring av innleggelser innen psykisk helsevern er et av flere virkemidler som kan være et alternativ til tvang, men der empiriske studier har hatt ulike resultater med forskjellige pasientgrupper: For pasienter med lidelser hovedsakelig innenfor bipolar- og schizofrenispekteret har norske (Nytingnes & Ruud, 2020; Sigrunarson et al., 2017), danske (Thomsen et al., 2016) og svenske (Skott et al., 2021) undersøkelser vist få fordeler i behandlingsresultater eller tjenestebruk fremfor vanlig henvisning og inntak.

Overfor pasienter med langvarig selvskading og -selvmordsatferd har kortvarige brukerstyrte innleggelser de siste årene vist seg å være lovende når det gjelder å redusere tvangsinnleggelser (Westling et al., 2019). Brukerne av tilbudene har evaluert dem til å være gode sammenlignet med vanlige innleggelser (Eckerström et al., 2020; Strand & von Hausswolff-Juhlin, 2015), og spesielt verdsetter de kontroll, trygghet og tilgjengelighet i tilbudet (Stapleton & Wright, 2019). Studiene på dette kommer etter en lang periode der døgnbehandling ved langvarig selvskading og selvmordsatferd har vært omdiskutert. Spesielt har denne vektlagt risikoen for intensivering av selvskadingssymptomer og økning i destruktive samhandlingsmønstre (Paris, 2017; Sansone, 2004). I nasjonale retningslinjer anbefales det derfor at en unngår å behandle pasienter med kronisk selvmordsproblematikk i døgnavdeling (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Kvalitative undersøkelser støtter at manglende kompetanse på selvskading, og den relasjonelle problematikken bak, oppleves negativt av både pasienter og helsepersonell, og øker sjansen for stigmatisering av pasientgruppen som bedringsresistent (Ring & Lawn, 2019). Brukerstyrte innleggelser på enheter der kompetansen på selvskading er høyere, gjør at en kan nyansere advarslene mot døgnbehandling for denne målgruppen (Ekeberg et al., 2019).

Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) har fulgt nasjonale retningslinjer og hovedsakelig gitt poliklinisk tilbud til pasienter med langvarig selvskading og selvmordsatferd. Likevel

erfarte vi på LDS i 2013 at en undergruppe pasienter reagerte på avvisningen av ønsket sitt om døgnbehandling, med mer alvorlig selvskading som kvalifiserte til akuttinnleggelse. Mange pasienter fortsatte selvskading etter innkomst fra legevakt, frem til fare for liv og helse gjorde at det ble vurdert nødvendig å bruke tvangsmidler som fastholding, mekaniske tvangsmidler («belter») eller tvangsmedisinerer. Å bli håndtert med tvang kan i seg selv forsterke uro og virke traumatiserende (Nyttingnes et al., 2016), slik at pasienten gjenopptar eller øker selvskadingen når tvangen oppheves. Tross poliklinisk tilbud ble mange av pasientene gjeninnlagt på akutt nivå etter kort tid, med høy risiko for å etablere et gjentakende mønster der både selvskading og bruk av akuttressurser eskalerte.

For å bryte eller forebygge et slikt mønster av økende selvskading og akuttinnleggelse besluttet LDS i 2013 å tilby pasienter i denne målgruppen avtale om avgrensede brukerstyrte innleggelser som et stabiliserende tiltak. Tjenesten «brukerstyrte innleggelser» (Pedersen et al., 2020) består av en skriftlig avtale om at pasientene selv kan ta kontakt når de ønsker et døgnopphold i noen få dager varighet, uten å bli vurdert av en innleggende instans. Som i andre land arbeides det med å involvere brukeren selv i alle deler av ordningen, inkludert målsetting, innhold i avtalen, fremgangsmåte ved benyttelse, roller og begrensninger (Strand, Gustafsson, et al., 2017).

I 2018 ønsket vi å foreta en kvalitetssikring av tilbudet og spørre de som selv hadde avtale, hvordan de så på tilbudet. Basert på tilbakemeldinger fra brukere og ansatte, og et økende antall publikasjoner fra andre land (Koekkoek et al., 2010; Mortimer-Jones et al., 2016, 2019; Rossmanith et al., 1998; Westling et al., 2019), forventet vi at brukerne ville være positive til muligheten til selv å kontrollere innleggelse, og nøytrale eller negative til begrensningene i avtalen som inkluderte liggetid, karantenetid mellom innleggelser og begrenset ressurstilgang under innleggelsen.

Materiale og metode

Datainnsamling og rekruttering av deltakere varte fra 8. januar 2019 til 27. juni 2019.

Prosedyre

Tilbudet om brukerstyrt innleggelse er knyttet til psykiatrisk akuttmottak (PAM) ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, som har seks sengeplasser for kortvarige innleggelser i akutt psykisk helsevern. Pasienter med vedvarende selvmordsatferd som var akuttinnlagt etter ordinær spesialistvurdering, fikk tilbud om å inngå avtale om mulighet for brukerstyrt innleggelse på PAM. Avtalen ble inngått skriftlig, og benyttelsen var basert på at brukere med avtale ringte i forkant og informerte om at

de ønsket innleggelse. Brukerstyrt innleggelse ble individuelt tilpasset av behandlingsansvarlig innenfor rammene, der oppholdet kunne vare fra en til fire dager. I tillegg tilsa avtalen at det ikke ble igangsatt nye behandlingstiltak eller gjort medikamentendringer under oppholdet, og man fastsatte en karanteneperiode på fire uker mellom de brukerstyrte innleggelsene. Avtalen endret ikke ordinære rettigheter til akuttinnleggelse eller annen behandling. De som ble gitt tilbud om avtale, ble alle vurdert av behandlingsansvarlige å ha høy risiko for gjentagende episoder av selvskading med høyt skadepotensial og gjeninnleggelse på akutt nivå. I henhold til avtalen avtalen skal en med jevne mellomrom evaluere tilbudet på linje med andre helsetjenester.

Utvalg

I 2018 hadde 32 pasienter takket ja til tilbudet om avtale. Hvem som fikk tilbud om avtale, ble gjort på basis av klinisk bedømming av sykdomshistorikk, inkludert ordinære akuttinnleggelser for selvskading eller bedømt høy risiko for dette. Ekskludert fra ordningen var pasienter med få kjennetegn på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, for eksempel at de var ordinært akuttinnlagt på grunnlag av andre diagnoser, som psykoseproblematikk eller alvorlig depresjon. Flertallet hadde oppfølging på DPS-nivå eller hos privatpraktiserende psykolog/psykiater. For å finne deltakere til undersøkelsen forsøkte ansatte i kontoravdelingen å kontakte alle de 32 med aktiv avtale per telefon.

Spørreskjema

Undersøkelsen ble gjennomført i en nettbasert løsning med digitalt samtykkeskriv, og sikker utfylling og lagring av data (Universitetet i Oslo, Tjenester for sensitive data, forkortet UiO TSD). Fem hensyn påvirket utformingen av skjema og valg av spørsmål: • Personvern og etiske hensyn inkludert GDPR i samarbeid med REK, personvernombud og UiO TSD. Dette inkluderte trekkbart samtykke basert på teknologi fra TSD og legitimering via ID-porten. • Relevant tematikk, forståelig ordlyd og svarformat for brukerne i målgruppen. Her ble det benyttet tilbakemeldinger fra tre møter med en bruker i målgruppen som meldte interesse for å bistå. • Forebygging av frafall under besvaring ved å begrense antall spørsmål til det forfattergruppen anså som et minimum, og ha åpne spørsmål som var interessante å besvare, men samtidig var mulig å besvare kortfattet eller ikke i det hele tatt for brukerne som ønsket det. • Vitenskapelige hensyn, som å gjenspeile ordlyd fra tidligere undersøkelser på norsk (Moljord, 2017). • Behov for mer kunnskap om kliniske inntrykk av bruken av tjenesten. For eksempel visste vi at det var en del brukere som ikke benyttet tilbudet, men ikke av hvilke grunner. Nettskjemaet var utformet slik at spørsmål ble stilt på bakgrunn av svar på foregående

spørsmål (se skjema i appendiks). Undersøkelsen ble bygget opp i følgende rekkefølge: a) samtykke b) benyttelse / ikke benyttelse av tilbudet c) opplevelse av tilbudet inkludert opprinnelig forespørsel om å inngå avtale om brukerstyring og innholdet i helsetjenesten d) forventet og opplevd nytte av tilbudet og e) tilleggsbehandling og egenopplevd helseutvikling. Flere tema hadde forhåndsdefinerte svarkategorier (se appendiks for detaljer). På tilfredshet ble det brukt en 5-punkts Likert-skala fra 0 (svært misfornøyd) til 4 (svært fornøyd), på viktighet fra «ikke viktig» til «svært viktig», og tilsvarende på hyppighet av benyttelse. For opplevd psykisk helsetilstand ble en 11-punkts skala (-50 til +50) benyttet.

Det var tre åpne spørsmål med tekstfelt i skjemaet, der målet var å få brukernes ord på opplevelsen av tilbudet (se appendiks) og hvordan de syntes det fungerte i deres pasientforløp. De tre åpne spørsmålene var valgfrie å besvare og ble lagt til for å gi brukerne økt frihet i å beskrive sin opplevelse av tilbudet. Avgitte tekstsvar ble analysert med en standard, forenklet fenomenologisk metode (Malterud, 2012).

Etikk

Regional etisk komite (REK sør-øst B saksnummer 2018/2214) klassifiserte studien som en kvalitetsstudie, en type forskning som ikke er underlagt helseforskningsloven, men der ivaretagelse av deltakere er sykehusets ansvar. Det er mulig å publisere funn fra kvalitetssikring alene, men uten samtykke fra pasientene som deltar, er det strenge krav til ivaretagelse av anonymitet. For eksempel tilsier veiledning fra Datatilsynet at det ikke presenteres tall på grupper med mindre enn fem pasienter. Vi valgte derfor å basere mesteparten av denne artikkelen på data som forelå fra brukere som ga et informert, skriftlig samtykke til datauttrekk og publisering.

Å gi «sårbare brukergrupper» anledning til å delta i fag og forskning etter informert samtykke og avveining av risikomomenter er i tråd med fagdebattene på forskningsetikk (Ruyter et al., 2008). Det gikk i samtykkeskjemaet tydelig frem at resultatet av undersøkelsen kunne bli publisert i en fagartikkel, og at informasjon om antall innleggelses, diagnoser og bruk av øvrige behandlingstilbud i psykisk helsevern kunne bli lagt til.

Personvernombudet tilrådet informasjonsskriv og samtykke, tilgang til journalopplysninger for kvalitetssikringsformål og for samtykkende deltakere, samt metode for datainnsamling, -analyse og -lagring. Dette inkluderte gruppestatistikk på alle som mottok tilbudet, på betingelse av at individuelle pasienter ikke fremsto identifiserbare i publikasjoner. Deltakelse i undersøkelsen kunne belønnes med to skrapelodd dersom brukeren ønsket det. Viktigheten av økt kunnskap om

mulig virksomme tjenester for målgruppen var vesentlig for personvernombudets godkjenning av undersøkelsen.

Resultater

Av de 32 som hadde avtale, takket 23 ja til å bli med i brukerundersøkelsen. Gjennomsnittsalderen blant de som besvarte, var 29 år, og 85 % var kvinner. Sytten av de 23 hadde diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Benyttelse av brukerstyrt innleggelse

Bruken av tilbudet blant alle de 32 som hadde avtale i perioden, fordelte seg på totalt 53 brukerstyrte innleggelser ut fra følgende fordeling:

- Tretten pasienter (40 %) hadde ingen brukerstyrte innleggelser etter å ha opprettet avtale om det.
- Ti pasienter hadde en eller to brukerstyrte innleggelser hver.
- Ni pasienter hadde tre eller flere brukerstyrte innleggelser.

Nitten (60 %) av pasientene med avtale hadde ingen ordinære innleggelser (frivillig eller tvungen) via innleggende instans som fastlege eller legevakt i studieperioden.

Tjuetre (n = 23) takket ja til å delta i spørreundersøkelsen, der svar og de fleste spørsmål og svaralternativer etter at brukerne samtykket til deltakelse, er gjengitt i figurer i appendiks.

Av disse svarte åtte (n = 8) (35 %) at de ikke hadde benyttet tilbudet, med den begrunnelse at behovet for innleggelse minket når de kjente seg bedre. De fleste uttrykte generelt god tilfredshet med tilbudet om brukerstyrt innleggelse (se spørsmål 6, appendiks) med en gjennomsnittsscore på 2.7 (Standardavvik (SD) 1.0) av maksimalt 4.

I utformingen av tilbudet (spørsmål 7, appendiks) ble tilgjengelighet (døgnåpent) og relasjoner til personalet opplevd som viktige, mens faste rammer for ordningen ble rangert som minst viktig. På hvordan brukerstyrte innleggelser hadde virket inn på hverdagen og bruken av helsetjenester (spørsmål 8, appendiks), var det viktigste for brukerne at de kunne få hjelp raskere uten bruk av legevakt og uten at de måtte bli verre for å kvalifisere til akuttinnleggelse. De fleste svarte her at avtalen tillot dem å føle seg tryggere i hverdagen, noe som gjenspeilet seg i svarene i de åpne tekstfeltene (se under). Både spørsmålene om utforming (spørsmål 7) og innvirkning (spørsmål 8) hadde relativt stor spredning (SD) i svarverdi på hvert spørsmål, noe som må forventes i et så lite utvalg.

Åpne spørsmål og tekstfelt

Som svar på «Hva er du mest fornøyd med i avtalen om brukerstyrt innleggelse?» skrev 18 av 23 brukere svar relatert til økt trygghet i hverdagen. Også her gjentok mange at denne tryggheten for dem hadde å gjøre med tilgjengelighet både til telefonkontakt og innleggelse hele døgnet.

Sitat 1: «Tryggheten avtalen fører til i hverdagen, har gjort meg mer stabil psykisk i det daglige. Jeg har også hatt mye kortere perioder med psykisk sykdom fordi jeg har fått hjelp tidligere.»

Sitat 2: «Ha mulighet til innleggelse ved behov, uten å måtte innom legevakten.

Tilbudet gir trygghet i hverdagen, som også har gjort det lettere å håndtere situasjoner der en innleggelse er / har vært relevant.»

De åpne tekstsvarene på «Hva tenker du kunne vært bedre i avtalen om brukerstyrt innleggelse?» hadde mer variert innhold enn spørsmålet om tilfredshet. Her svarte fire brukere at de kunne ønsket lengre makstid for innleggelse; fem brukere nevnte mer behov for samtalebasert oppfølging før utskrivning; tre nevnte at akuttmottaket kunne være for hektisk til at de fant roen de trengte under oppholdet. Andre ønsket kontinuitet i hvilket personale som var på vakt, og enkelte skrev at de var nervøse for å ringe og ønsket mulighet til kontakt via SMS.

Egenopplevd bedring eller forverring av psykiske plager (spørsmål 10, appendiks) etter inngåelse av avtale tilsa moderat forbedring med score +22.6, men med stor variasjon i opplevd endring (SD 22.3). Spørsmål 11 var overlappende i ordlyd og ga tilsvarende resultat tross annen skala for svar.

I forlengelse av spørsmål 10 og 11 om egenopplevd utvikling i psykisk helse ble det stilt et åpent spørsmål om «Hva ved avtalen tenkte du gjorde at den virket på denne måten for deg?» Her var svarene delt i et flertall som gjentok begrunnelsen til at de var tilfredse med tilbudet (som i spørsmål 7 og 8), og et mindretall som ga uttrykk for at begrensningene i avtalen gjorde tilbudet lite nyttig for dem.

Sitat 3: «Tryggheten i hverdagen, å føle at jeg blir tatt seriøst, og at jeg får vesentlig kortere sykdomsperioder fordi jeg slipper å vente i to måneder fra jeg har sagt at jeg

trenger hjelp, til helsevesenet innser at jeg gjør det. Når jeg blir innlagt, blir jeg veldig raskt friskere.»

Diskusjon

I likhet med studier fra Danmark (Ellegaard et al., 2020) og Australia (Mortimer-Jones et al., 2019) meldte brukerne ved Lovisenberg sykehus at det mest virksomme i ordningen for dem var at den ga trygghet i form av rask egenstyrt tilgang til en kompetent, tilgjengelig, døgnbemannet tjeneste. Nytt i denne undersøkelsen er imidlertid at mange meldte at tryggheten i muligheten til innleggelse var medvirkende til at lidelsestrykket lettet noe, og behovet for å legge seg inn derfor ikke lenger var til stede verken via ordinær legevaktvurdering eller brukerstyrt.

Resultatene i denne studien er ikke egnet til å vurdere effekt av tiltaket statistisk, på grunn av den beskjedne størrelsen på utvalget og mangelen på kontrollgruppe. Studien viste at de fleste brukerne var positive til brukerstyring, og historikken til brukerne med gjentakende selvskading og akuttinnleggelse gjør at vi antar at det har forebygget ordinære akuttinnleggelser for denne selekterte gruppen. Brukerstyring vil dermed også ha redusert antall tvangsvedtak og hindret eskalering av selvskadingsatferd både under og mellom akuttinnleggelser. Tilbakemeldingene fra brukerne stemmer overens med større undersøkelser fra Sverige, Nederland og Australia (Koekkoek et al., 2010; Mortimer-Jones et al., 2019; Westling et al., 2019). Vi ser i ettertid et potensial for forbedring av formuleringer, svarformat og tema for spørsmål, da det var overlappende spørsmål- og svarkategorier, og mange svarskalaer på få spørsmål.

I tråd med anbefalingene i litteraturen (Strand, Bulik, et al., 2017) er rammene for avtalen som brukeren forelegges, tilpasset målgruppens behov, i dette tilfellet en kombinasjon av trygghet gjennom tilgang og kontroll, og tydelige grenser i form av oppholdslengde, innhold og karantenetid mellom innleggelser. Disse begrensningene ble gjort for å sikre deltakelse i aktiviteter og behandlingstilbud utenfor akuttavdelingen. Samtidig meldte noen brukere at begrensningene var en potensiell kilde til frustrasjon. Avgrensningen i utformingen av tjenesten og utvelgelsen av hvem som fikk tilbudet, kan imidlertid ha forebygget tilbakemeldinger om at tilbudet var for åpent, og at en derfor ikke så en klar nytteverdi, som var noen av tilbakemeldingene på det australske Open Borders-programmet (Mortimer-Jones et al., 2016, 2019).

Vi tolker litteraturen og svarene i denne undersøkelsen som at et tilbud om brukerstyrte innleggelser for målgruppen må finne en balanse mellom tilgjengelighet og egenkontroll, og en fokusert avgrensning av tilbudets funksjon i brukerens bedringsprosess sammenlignet med andre alternativer. Høy kompetanse på selvskading og de emosjonelle/relasjonelle mønstre som kan forsterke dette, blir satt pris på av brukere av denne typen tilbud i andre land (Mortimer-Jones et al., 2016, 2019; Pedersen et al., 2020). Motsatt kan en si at målgruppen med gjentagende alvorlig selvskading ikke vil føle tilstrekkelig trygghet ved et uspesifikt tilbud («noen senger»), eller dersom behovet for innleggelse ikke oppleves tilgjengelig nok ved at det bare kan meldes innenfor ordinær arbeidstid, og/eller at de ansatte ikke oppleves å ha nok kompetanse på selvskading.

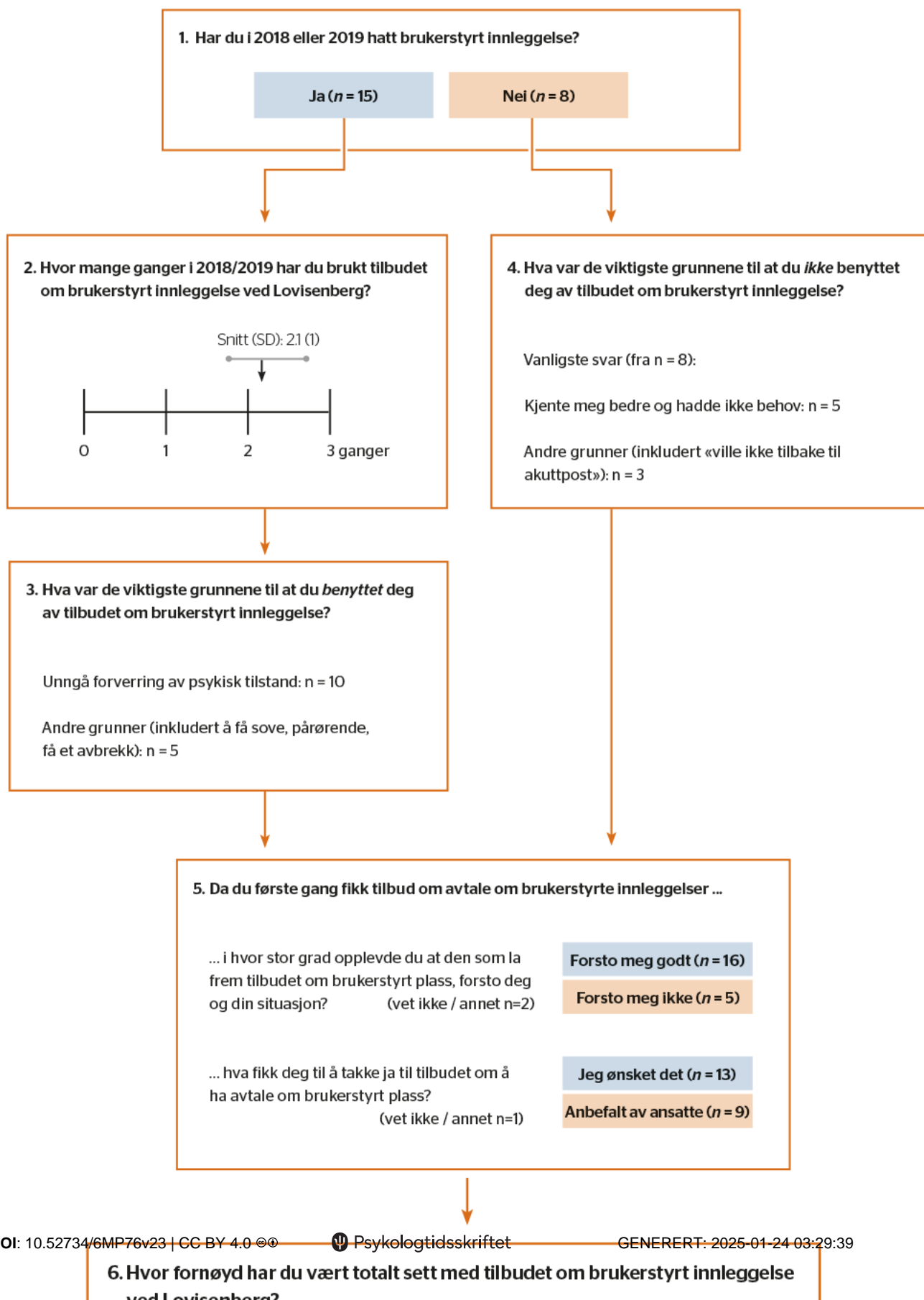
Et annet fellestrekk ved brukerstyrte innleggelser på LDS og i andre land er at avtaler blir etablert basert på en viss behovsprøving: Ordningen tilbys pasienter som er vurdert i behov av gjentatt akuttinnleggelse. Siden tilbudet på Lovisenberg bare ble gitt pasienter som hadde vært innlagt på akuttavdeling minst én gang, var mottakerne selektert på høyt nivå av hjelpebehov. Ytterligere utvalg av mottakere av tilbudet på Lovisenberg gjøres når en behandlingsansvarlig lege eller psykolog foretar en klinisk bedømmelse av om brukeren kunne ha nytte av brukerstyring, og ikke viste tydelige tegn til eksklusjonskriterier. Ut fra denne undersøkelsen er det dermed ikke grunnlag for å si at alle med selvskadingsproblematikk bør tilbys brukerstyrte innleggelser på spesialistnivå, like lite som det er grunnlag for å anbefale at brukere i denne målgruppen skal utelukkes fra innleggelse. For gruppen som vurderes i behov, er det viktig å følge anbefalingene fra brukerne i denne undersøkelsen og i andre land: tydelige rammer med god opplevd tilgjengelighet, individuell tilpasning og god informasjon, og høy kompetanse på selvskading og personlighetsforstyrrelser hos de ansatte.

En iboende fordel med brukerstyrte tilbud er at de bidrar til å oppfylle brukernes rett til medvirkning i egen behandling, i tråd med gjeldende helse- og menneskerettslovgiving. Slik medvirkning bør derfor tillegges vekt i forskning og evalueringer, på lik linje med behandlingseffekt og -effektivitet. Dersom ressursbruk og behandlingseffekt er like effektive eller virksomme som ordinær tjenesteyting, bør brukerstyrte tilbud foretrekkes. Å få styre en avgrenset helseressurs kan gi brukeren økt trygghet og mestringsfølelse i tilfriskning fra psykisk lidelse. Forskning bør derfor i større grad undersøke ekvivalens mellom brukerstyrte tilbud og ordinære tjenester, og om andre psykiske helsetjenester kan utformes for å gi rom for brukerstyring på en god måte.

Konklusjon

Brakerstyrte innleggelser kan oppleves nyttig av pasienter med gjentagende alvorlig selvskaoling om tilbudet er tilpasset målgruppen. De positive erfaringene fra Lovisenberg og forskning fra andre land bør føre til flere studier av hvordan denne typen helsetjenester kan utformes for å gi brukerne best mulig hjelp.

Appendiks



Referanser

- Eckerström, J., Flyckt, L., Carlborg, A., Jayaram-Lindström, N. & Perseius, K. I. (2020). Brief admission for patients with emotional instability and self-harm: A qualitative analysis of patients' experiences during crisis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 962–971. <https://doi.org/10.1111/INM.12736>
- Ekeberg, Ø., Kvarstein, E. H., Urnes, Ø., Eikenæs, I. U. M. & Hem, E. (2019). Suicidale pasienter med personlighetsforstyrrelse. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 139(15). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0493>
- Ellegaard, T., Bliksted, V., Mehlsen, M. & Lomborg, K. (2020). Feeling safe with patient-controlled admissions: A grounded theory study of the mental health patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2397–2409. <https://doi.org/10.1111/jocn.15252>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester*. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/bedrekvalitet-okt_frivillighet.pdf
- Koekkoek, B., van der Snoek, R., Oosterwijk, K. & van Meijel, B. (2010). Preventive psychiatric admission for patients with borderline personality disorder: A pilot Study. Perspectives in Psychiatric Care. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2010.00248.x>
- Lauveng, A. & Skuterud, A. (2021). *Bruk av tvang innen psykisk helsevern – erfaringer fra pasienter, pårørende og ansatte*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2021/10/Tvangsrapporten_2021.pdf
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Moljord, I. E. O. (2017). *Effects of a Self-referral to Inpatient Treatment Program in Mental Health* [Doktorgradsavhandling]. NTNU. <http://hdl.handle.net/11250/2448724>
- Mortimer-Jones, S., Morrison, P., Munib, A., Paolucci, F., Neale, S., Bostwick, A. & Hungerford, C. (2016). Recovery and Borderline Personality Disorder: A Description of the Innovative Open Borders Program. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(9), 624–630. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1191565>

- Mortimer-Jones, S., Morrison, P., Munib, A., Paolucci, F., Neale, S., Hellewell, A., Sinwan, J. & Hungerford, C. (2019). Staff and client perspectives of the Open Borders programme for people with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), 971–979. <https://doi.org/10.1111/inm.12602>
- Nytingnes, O. & Ruud, T. (2020). When patients decide the admission – a four year pre-post study of changes in admissions and inpatient days following patient controlled admission contracts. *BMC Health Services Research*, 20(1), 229. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05101-z>
- Nytingnes, O., Ruud, T. & Rugkåsa, J. (2016). ‘It’s unbelievably humiliating’ – Patients’ expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 147–153. <https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2016.08.009>
- Paris, J. (2017). Kronisk suicidalitet ved ustabil personlighetsforstyrrelse: Hvorfor det er behov for særskilte tilnærminger i behandlingen. *Suicidologi*, 21(3). <https://doi.org/10.5617/suicidologi.4101>
- Pedersen, J. K., Johnsen, B. S. & Bruaset, G. T. F. (2020). Psykiatri: Brukerstyrte innleggelse gir pasientene økt trygghet. *Sykepleien*, 81193, e-81193. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2020.81193>
- Ring, D. & Lawn, S. (2019). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581337>
- Rossmannith, W. G., Monn, M. & Benz, R. (1998). Effects of chronic opioid antagonism on gonadotrophin and ovarian sex steroid secretion during the luteal phase. *Clinical Endocrinology*, 49(3), 343–351. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2265.1998.00474.x>
- Ruyter, K. W., Solbakk, J. H. & Waal, H. (2008). Rusmiddelbrukeren og forskeren. www.seraf.uio.no
- Sansone, R. A. (2004). Chronic suicidality and borderline personality. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 215–225. <https://doi.org/10.1521/PEDI.18.3.215.35444>
- Sigrunarson, V., Moljord, I. E. O., Steinsbekk, A., Eriksen, L. & Morken, G. (2017). A randomized controlled trial comparing self-referral to inpatient treatment and treatment as usual in patients with severe mental disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(2), 120–125. <https://doi.org/10.1080/08039488.2016.1240231>
- Skott, M., Durbeej, N., Smitmanis-Lyle, M., Hellner, C., Allenius, E., Salomonsson, S., Lundgren, T., Jayaram-Lindström, N. & Rozental, A. (2021). Patient-controlled admissions to inpatient

- care: A twelve-month naturalistic study of patients with schizophrenia spectrum diagnoses and the effects on admissions to and days in inpatient care. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06617-8>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (IS-1511).
- Stapleton, A. & Wright, N. (2019). The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-synthesis. *Journal of Mental Health*, 28(4), 443–457. Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1340594>
- Strand, M., Bulik, C. M., von Hausswolff-Juhlin, Y. & Gustafsson, S. A. (2017). Self-admission to inpatient treatment for patients with anorexia nervosa: The patient's perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 50(4), 398–405. <https://doi.org/10.1002/eat.22659>
- Strand, M., Gustafsson, S. A., Bulik, C. M. & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2017). Self-admission to inpatient treatment in psychiatry: lessons on implementation. *BMC Psychiatry*, 17(1), 343. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1505-x>
- Strand, M. & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Patient-controlled hospital admission in psychiatry: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(8), 574–586. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1025835>
- Thomsen, C. T., Benros, M. E., Hastrup, L. H., Andersen, P. K., Giacco, D. & Nordentoft, M. (2016). Patient-controlled hospital admission for patients with severe mental disorders: study protocol for a nationwide prospective multicentre study. *BMJ Open*, 6(9), e013088. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013088>
- Veland, M. C., Seim, S., Stensrud, B., Hammer, J., Kolseth, A., Undrum, J., Nguyen, D., Sverdrup, U., Aasen, A. & Ivanowitz, K. (2018). *Prosjekt redusert bruk av tvangsmidler innen psykisk helsevern i Helse Sør-Øst*. https://www.tvangsforskning.no/wp-content/uploads/2019/09/RAPPORT_Redusert-bruk-av-tvangsmidler-i-HSØ_endelig-og-godkjent.pdf
- Westling, S., Daukantaite, D., Liljedahl, S. I., Oh, Y., Westrin, Å., Flyckt, L. & Helleman, M. (2019). Effect of Brief Admission to Hospital by Self-referral for Individuals Who Self-harm and Are at Risk of Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 2(6), e195463. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.5463>