

Vår dato:
15.12.2022

Vår ref.:
81/2022

Deres dato:

Deres ref.:

Ekspertutvalget om samtykkekompetanse
v/ leder Øystein Mæland
Helsedirektoratet
Postboks 220, Skøyen
0213 Oslo

Saksbehandler:

Ellen Hoxmark, leder NAPHA
ellen.hoxmark@samforsk.no

Takk for invitasjon til å gi innspill på vilkåret om manglende samtykkekompetanse i psykisk helsevernloven fra 2017.

Etter at lovendringen trådte i kraft har det vært bekymring om lovendringen kan ha hatt negative konsekvenser for pasientene det gjelder, for pårørende og for samfunnet. Når personer som har alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer, og store utfordringer med å fungere i hverdagen, ikke vil ta imot hjelp, kan de bli sykere, med de konsekvensene det har for dem selv, for deres pårørende, for helsetjenestene, politiet og samfunnet. NAPHA deler den økte bekymring knyttet til at personer blir sykere før de kommer til behandling, og at dette kan medføre økt tvangsbruk, og utfordre samfunnssikkerheten.

I vårt innspill har vi først og fremst hatt fokus på:

1. Hvordan kan man gi god pasientbehandling innenfor rammene for samtykkevilkåret?
2. Kunnskapsgrunnlag som kan være relevant for utvalgsarbeidet

Vi drøfter også kort forhold rundt samfunnsvernet sett i lys av dette, og peker på nødvendigheten av å se hele tematikken i lys av endringer i lovverk over år, med konsekvenser for arbeidsdeling mellom helse- og justissektoren.

I vårt innspill legger vi til grunn at lovgivingen, også etter 2017-revisjonen, ikke berører farekriteriet av samtykkebestemmelsene. At noen velger å avslå behandling, og som følge av det blir til fare for eget liv eller andres liv og helse, gir fortsatt anledning til tvangsinnleggelse. Dette er en viktig grunn til at vi i vårt innspill argumenterer for at andre tiltak vil være vel så viktige som å gjøre noe med samtykkevilkåret i lovverket.

Vi vil avgrense oss til tvungent vern, primært fordi det er en forutsetning for det meste av annen tvangsanvendelse. Samtidig tenker vi at logikken vil være den samme, mens virkemidlene delvis vil være ulike når det gjelder tvangsbehandling.

Vi har nærmet oss problemstillingen fra et praksisperspektiv: vår kjennskap til praksisen i kommunene, vårt samarbeid med ulike brukerorganisasjoner/brukermiljø, vår erfaring med utviklingsarbeid, og forskning på psykisk helsearbeid og på «tvangsfeltet».

Våre refleksjoner vil være preget av at vi har en noe større distanse til problematikken enn personer som ofte er direkte berørt, enten som pasienter/brukere, pårørende eller fagpersoner. Vi vil i liten grad romme dette, og forutsetter at dette blir godt ivaretatt i de respektive gruppene sine innspill.

NAPHA er av den oppfatning av at det både er mulig å forebygge tvangsinnleggelse, og ivareta samfunnssikkerheten i større grad enn i dag ved å:

- styrke tjenestetilbudene, både i og utenfor institusjon
- bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene
- ta i bruk kompetansehevende tiltak og styrke tjenestestøtten

Vi håper våre innspill kan være nyttig i utvalgets videre arbeid. Hvordan denne tematikken forstås og håndteres vil være viktig for mange ledere, ansatte og brukere av psykisk helsearbeid i kommunene og psykisk helsevern. Det er også et viktig arbeid med tanke på at Norge skal oppfylle sine internasjonale forpliktelser gjennom FNs konvensjon for rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD), og berører i stor grad hvilket samfunn vi vil ha.

Om utvalgets mandat

Slik vi leser det fremstår utvalgets mandat som noe forutinntatt. Det er en klar overvekt av forhold knyttet til utfordringer ved lovgivingen. Dette er tydelig uttrykt i mandatets første kulepunkt, og følges også opp av i flere av kulepunktene nedover. En alternativ tilnærming kunne vært å be om de forventende positive konsekvensene av lovendringen er blitt oppfylt. To nyere kvalitative studier fra Norge har beskrevet at intensjonen om økt autonomi m.m. er oppfylt for flere etter at de har blitt vurdert som samtykkekompetent etter lovendringen i 2017, og som følge av det blitt tatt av TUD (Wergeland et al., 2022a; Wergeland et al., 2022b).

Når mandatet etter vår vurdering ikke ivaretar et slikt perspektiv, vil vi sterkt oppfordre utvalget til å vurdere også eventuelle positive konsekvenser av lovendringen.

En generell bekymring vi har er at det er en fare for at beslutninger angående samtykkevilkåret i for stor grad kan bli basert på enkeltpersoner, grupper eller ulike tjenestetilbud sin oppfatning av situasjonen. Samfunnsdebatten knyttet til bruk av tvang er preget av sterke stemmer. Det blir viktig å reflektere over dette, og legge til rette slik at alle stemmer blir hørt:

- Hvilke fagpersoner deltar i debatten? Hører vi mest fra de som er «generelt skeptiske» til mindre bruk av tvang?
- Hører vi mest fra pårørende som har opplevd en større omsorgsbyrde etter denne lovendringen, men ikke fra de som er positive?
- Hvilke brukere høres? De som opplever større grad av frivillighet og mer verdighet? De som i overveiende grad er positive til lovendringen? Eller de som i mindre grad greier å ivareta seg selv?

God pasientbehandling innenfor rammene av samtykkevilkåret

Vi erkjenner at samtykkevilkårets konsekvenser er en krevende problemstilling å belyse. Samtidig er vi usikre på i hvor stor grad bekymringer rundt økt sykelighet og manglende ivaretagelse kun henger sammen med lovendringen fra 2017.

Våre begrunnelser for dette er:

- Beslutninger knyttet til tvangsinnleggelse vil alltid være vanskelige vurderinger som innebære et visst skjønn. Et lovverk vil aldri være finmasket nok til å fange opp alle eventualiteter og situasjoner, noe også tvangslovutvalget poengterte. Etske dilemmaer og praktiske problemstillinger rundt samtykkekompetanse vil være der uavhengig av om man har et vilkår om samtykke i et lovverk, eller ikke.

- NAPHA har, når det gjelder denne brukergruppen, de siste årene fått like mange innspill som gjelder bekymringer om manglende ressurser, kapasitet, kompetanse og faglig kvalitet, som bekymringer knyttet til lovendringen i 2017.
- Verken tall formidlet fra Helsedirektoratet eller Høyser et al. (2022) indikerer at samtykkevilkåret innføring har hatt særlig betydning for antall tvangsinnleggelse. I tråd med Rains et al. (2019) kan det kanskje tyde på at lovverket har mindre betydning for bruken av tvang.
- Det er vanskelig å si noe mer presist om hva eventuelle endringer i bruk av tvangsinnleggelse skyldes inntil det foreligger en evaluering av lovendringen i 2017. Vi vil anbefale utvalget å avvente forslag til endringer i lovverket inntil denne foreligger.
- Det er godt kjent at det er ulik praktisering av lovverket om tvang mellom ulike institusjoner ([helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no)). Studiene til Hofstad et al. (2022a og b) viser at det er systematiske forskjeller i tvangsinnleggelse mellom DPS-områder. Ulikhetene kan skyldes mange ulike forhold, og som i øvrig internasjonal litteratur på området er det meste «uforklart». Vår erfaring er at det utvikler seg ulike kulturer og praksiser, uavhengig av om man forvalter samme lovverk. For eksempel kan redselen for å gjøre feil gjøre at man noen steder har etablert noen mer eller mindre faste «kjøreregler» for når man fra legevakt bør henvise til tvangsinnleggelse. Andre steder har alle ansatte som er involvert i tvangsinnleggelse god opplæring og trening, og det er etablerte strukturer som gjør det lettere å tenke mer fleksibelt rundt hver situasjon og å stå i de individuelle vurderingene, for de fagpersonene som er involvert.
- Tvangsinnleggelse vil være knyttet til både individuelle forhold, forhold ved tjenestene, forhold på systemnivå, og hva som kjennetegner nærmiljø og samfunnsforhold. Alt dette kan påvirke helsetjenestens håndtering av, og tilbud til, personer med psykisk helse- og rusmiddelproblem.
- Eventuelle utilsiktede effekter av lovendringens intensjon om økt autonomi og mindre tvangsbruk bør ses i sammenheng med behov for styrking av lokalbaserte tjenester. Det er behov for bedre ivaretagelse og hjelp til personer som har økt risiko for tvangsinnleggelse, før situasjonen blir så alvorlig at en tvangsinnleggelse er nødvendig.
- Utfordringene rundt konsekvensene av samtykkebestemmelsen er først og fremst relatert til hvordan man skal hjelpe de som er samtykkekompetente og som ikke ønsker å motta behandling, og der fagmiljø, pårørende og samfunn ønsker at de skal behandles. Skal en her gi anledning til behandling med tvang, selv om personer er samtykkekompetente? Eller skal en se nærmere på hvordan tjenestetilbudet i og utenfor institusjon kan utvikles for å imøtekomme ulike personers behandlingsvalg og -preferanser?

Vi kommer ikke unna at vurderinger rundt samtykke er etisk problematiske. Noen konsekvenser vil det få, uansett hvilken vei pendelen svinger. Det var også med i vurderingen før lovforslaget ble innført. Ved å sette terskelen for tvang høyere, kan flere «gå til grunne» og flere pårørende får større belastning. Ved å sette den lavere, kan flere personer urettmessig bli tvangsbehandlet, få sine rettigheter brutt og miste tillit til behandlingsapparatet. Det er også et faktum at noen heller foretrekker å være psykotiske og dermed på mange måter forfalle, framfor å leve med ubehag med bivirkninger av en medisinsk behandling.

Hele særlovgivingen for psykisk helsevern i Norge er under press. Norge har sterke internasjonale forpliktelser om å følge FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD), som må håndteres. Det gjør det ikke mindre viktig å styrke tjenestenes evne til å håndtere verdimeslige, etiske og praktiske dilemmaer fremover.

Eksisterende kunnskap bør tas i bruk

Hvis man skal kunne redusere bruk av tvang, må man samtidig jobbe med komplementære tiltak for å styrke frivillighet og samarbeid (Hatling og Bugge, 2022). I de siste årene er det jobbet mye med alternativer til bruk av tvang, og hvordan man kan hjelpe personer som er til fare for seg selv og/eller andre på en god måte, uten bruk av tvang. På tross av det har man ikke har greid å få ned bruken av tvangsinnleggelses, og kunnskapen om forebygging av tvang er i liten grad tatt i bruk.

Bakgrunnen for at man må jobbe mer aktivt med å få ned bruken av tvang er:

- Erfaringer og forskningsbasert kunnskap om hvordan tvang oppleves, hvilke negative konsekvenser det kan ha for personer som utsettes for det, hvordan det ødelegger for nødvendig tillit til helsetjenestene, og gjør at noen ikke oppsøker hjelp frivillig (Akther et al., 2019, Stuart et al., 2020).
- Regjeringens beslutning om at FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) skal inkorporeres i norsk rett (nhri.no).
- Norge ligger høyt på statistikken i vestlige land når det gjelder antall tvangsinnleggelses – og de øker i antall (Rains et al., 2019; Hatling og Bugge, 2022).
- I 2021 kom [nasjonale råd om forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne](#) (ikrafttreden fra 1.3.22). Det er ennå ikke iverksatt et bredt nasjonalt implementeringsarbeid for å realisere disse, jf. også Hatling og Bugge (2022) om behovet for dette hvis de skal ha effekt.

Man lykkes best med å redusere bruken av tvang når man bruker flere metoder og retter innsatsen mot flere nivåer (Gooding et al., 2020). Det aller viktigste er å legge godt til rette for at tjenestene kan ta eierskap til, organisere og lede nødvendig endring i ønsket retning (Hatling og Bugge, 2022).

Det er behov for å styrke tjenestestøtte og etablere flere kompetansehevende tiltak både i kommunal sektor, spesialisthelsetjenesten og på tvers av nivå. Det finnes mye forskningsbasert kunnskap, gode eksempler og erfaringer om forebygging av tvang, som kan tas i bruk.

NAPHA har mange gode erfaringer med å samle brukere, fagpersoner fra ulike deler av tjenestene, forskere og kompetanseaktører i fagnettverk. Man opplever et fellesskap om å løse kompliserte problemstillinger og kan lære av utprøving av ny praksis i ulike deler av landet. Nettverkene bør være større faglig fellesskap, mer veiledning og faglig støtte, og et sted hvor man drøfter praktiske problemstillinger, dilemmaer og etiske utfordringer.

Når det gjelder de få som har problemer knyttet til vold og farlighet, og svært mange reinnleggelses på akutt- og psykosepoter, finnes det gode eksempler å bygge videre på. Både forsterkede kommunale bo- og tjenestetilbud og oppsøkende behandlingsteam (ACT sikkerhetsteam), på tvers av kommuner og spesialisthelsetjenester. I håndboka [«Bosetting av personer med sikkerhetsproblematikk i egne boliger»](#), som er utviklet av Oslo kommune, er det mange gode råd om teamtilnærming, tydelige kompetansekrav til ansatte og ledere, et strukturert og systematisk samarbeid på tvers av sektorer og nivå, og godt tilrettelagt utskrivelser fra sikkerhetspsykiatrien, gode rutiner for hjemmebesøk o.l. Det er også mange modeller, metoder og program (f.eks. [Early Recognition Method](#) (ERM) og [Møte med aggresjon](#) (MAP)), som i for liten grad er tatt i bruk.

Å fjerne samtykkevilkåret for å ivareta samfunnssikkerheten tror vi også kan ha noen utilsiktede konsekvenser. Flere kan bli utsatt for utstrakt bruk av tvang, som et alternativ til mer ressurskrevende alternativer (ref. [ReCon](#)). Vi tenker det vil være vel så viktig å etablere gode praksiser og mer enhetlig forvaltning av lovverket rundt noen av de mest akutte og «typiske» situasjonene, som i dag ikke blir godt nok ivaretatt.

I tråd med kommunenes økte ansvar for personer som har hatt et tilbud i sikkerhetspsykiatriske avdelinger, bør [SIFER](#) sitt samfunnsoppdrag utvides til å gjelde tjenestestøtte også for de kommunale tjenestene.

Styrking av lokalbaserte tjenester

Mye av potensialet for å forebygge tvang ligger forut for en (tvangs)innleggelse. På tross av det, er det meste av kunnskapen vi har om forebygging av tvang hentet fra spesialisthelsetjenestene (Gooding et al., 2020). Det er uheldig med tanke på at kommunale helsetjenester, som ofte har en sentral rolle i oppfølging, behandling og omsorg over tid, kan avdekke tidlige tegn på forverring og initiere tiltak som kan forebygge tvang (Wormdahl et al., 2020; Wormdahl et al., 2021).

En kommunal intervensjon ([ReCoN](#)) er samskapt av forskere, profesjonelle, brukere og pårørende. Intervensjonen beskriver tjenesteutvikling i kommunale psykiske helsetjenester som kan redusere antall tvangsinnleggelse (Wormdahl et al., 2022). Intervensjonen omfatter sentrale strategier og tiltak rettet mot:

- ledelse og monitorering av data (ledelsesforankring, system for datainnsamling og kontinuerlig forbedringsarbeid)
- bruker- og pårørendemedvirkning (involvering av personer med egenerfaring, ettersamtaler, kriseplan og erfaringsmedarbeider)
- kompetanseheving på et bredt sett av områder
- samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenestene og innad i kommunen (på tvers av tjenestenivå ved vurdering, under og etter tvangsinnleggelse, mellom fastleger og kommunale psykisk helsetjenester, felles møtepunkter)
- individuell tilpasning av tjenester (botilbud, kommunale krise- og korttidsopphold og meningsfull hverdag)

Både denne studien og øvrige norske og internasjonale publikasjoner viser kompleksiteten i prosessen fram mot en tvangsinnleggelse, og at det er nødvendig med innsats på en rekke områder om man ønsker å unngå en tvangsinnleggelse.

Slik vi ser det har dette samtidig klare indikasjoner for utvalgets arbeid, i den forstand at samtykkevilkåret og dets konsekvenser må sees i en mye større sammenheng.

Bedre tilgang til egeninitierte døgninnleggelse i kriser

Over tid har spesialisthelsetjenesten fått et større ansvar for personer som er dømt til behandling. Dette er kombinert med en langvarig trend med nedlegging av døgnplasser. Tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten er at de nå har for liten mulighet til å tilby frivillige døgninnleggelse til annet enn akuttinnleggelse, og da i for kort tid.

Vi mener ikke at svaret på disse utfordringene bør være utbygging av døgnplasser i det psykiske helsevernet, men at økte ressurser for å håndtere dette heller bør styres i retning av å styrke oppsøkende tilbud i samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten (ACT- og FACT-team) (Ruud og Landheim, 2014; Landheim et al., 2020; Landheim et al., 2017; Trane et al., 2022). Dette er team som nettopp har «samtykkevilkårpopulasjonen» som sin målgruppe, og hvor det nettopp er individuelt tilpassede tilbud som etterstrebes.

Samtidig mener vi det er på høy tid at man ser på arbeidsdelingen mellom justissektor og helsesektor når det gjelder personer med både kriminalitet og psykiske helseutfordringer. En kombinasjon av lovendringer og reduserte budsjetter i relevante deler av justissektoren har overført både kostnader og ansvar til helsesektoren. Dette har for det psykiske helsevernet gått på bekostning av tilbudet til andre pasientgrupper. Når en først skal beskrive kompleksiteten rundt samtykkevilkårets konsekvenser vil vi innstendig oppfordre utvalget til å adressere denne tematikken!

Det er behov for flere muligheter for frivillige døgninnleggelses på sykehusene, og lavterskel krise-tilbud i kommunene, som kan initieres av brukerne selv. Tilbakemeldinger fra brukere av slike tilbud er at dette kan forebygge senere tvangsinnleggelses.

Styrking av samhandlingen

Det ligger et stort potensial i å styrke samhandlingen mellom ulike deler av helsetjenestene, mellom helsetjenestene og brukere og pårørende, og mellom helsetjenestene og andre sektorer som politi/PST. Men dette er ressurskrevende, og mye tyder på at bruk av tvang i mange tilfeller kan være en «enklere» løsning på kort sikt, i stedet for å bruke tilstrekkelig tid til å skape tillit og relasjon (Wormdahl et al., 2021).

Kommunene opplever ofte å stå alene om oppfølgingen av personer med alvorlige psykiske og/eller rusmiddelproblemer, og etterlyser mer støtte og veiledning fra spesialisthelsetjenesten, flere senge- og kriseplasser, og flere muligheter til å stå mer sammen om et helhetlig tjenestetilbud (Wormdahl et al., 2020).

For denne målgruppen er det helt avgjørende at man unngår parallelle eller sekvensielle tilbud som har mest oppmerksomhet på *fordeling* av ansvar, ikke *felles* eierskap og ansvar. Aller helst bør tjenestene gis fra et sted. Målgruppen bør prioriteres i Helsefelleskapenes arbeidet med å utvikle gode tjenestetilbud på tvers av nivå.

Den nasjonale satsingen på oppsøkende behandlingsteam (ACT/FACT-team) har gitt mange mer helhetlig og sammenhengende hjelp. Dette er team som har særlig kompetanse på å etablere kontakt med personer som i utgangspunktet har liten tillit til hjelpeapparatet. Det er klare indikasjoner på et langt større potensial for utbygging av disse, enn en så langt har realisert (Landheim et al., 2017).

Det fortsatt mye som er uklart når det gjelder kommunenes, helsetjenestenes og kriminalomsorgens rolle, når det gjelder personer som har alvorlige og samtidige psykisk helse- og rusmiddelidelser, og økt voldsrisiko. Målgruppen kjennetegnes av langvarige og ustabile sykdomsforløp, lav fungering og store problemer med rusmiddelbruk og kriminalitet. Mange kan ikke bo utenom institusjonspregede tilbud, men de bor ofte i ulike lavterskeltilbud, og flytter stadig rundt. Mange har stor mistillit til hjelpeapparatet og betydelig behov for godt koordinerte tjenester for å kunne nyttiggjøre seg av hjelpen (f.eks. FACT sikkerhetsteam).

Håndtering av akutte situasjoner

Samtidig utelukker vi ikke helt at det kan være behov for å utrede muligheten for å ha et lovverk som tar høyde for *noen* begrensning i samtykkevilkåret. Dette gjelder særlig situasjoner der en ser veldig rask forverring, svært hyppige reinnleggelses over en kort tidsperiode, og hvor det foreligger helt tydelige utfordringer av samfunnsvernet. Formålet med begrensningen må da være å forebygge tilbakefall og avhjelpe særlig akutte situasjoner der en ser rask forverring, og å unngå situasjoner som utfordrer samfunnsvernet i akkurat denne perioden.

Kilder

- Akther, S. F., Molyneaux, E., Stuart, R., Johnson, S., Simpson, A., & Oram, S. (2019). Patients' experiences of assessment and detention under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open*, 5(3), e37. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.19>
- Gooding, P., McSherry, B., & Roper, C. (2020). Preventing and reducing 'coercion' in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(1), 27-39. <https://doi.org/10.1111/acps.13152>
- Hatling, T. & Bugge, E. (2022). Hvorfor har vi ikke lykkes med å redusere tvangen i Norge? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 59(6), 488-497. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2022/05/hvorfor-har-vi-ikke-lykkes-med-reducere-tvangen-i-norge>
- Høyer, G., Nytingnes, O., Rugkåsa, J., Sharashova, E., Simonsen, T. B., Høy, A., & Riley, H. (2022). Impact of introducing capacity-based mental health legislation on the use of community treatment orders in Norway: case registry study. *BJPsych open*, 8(1), e22. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1073>
- Hofstad, T., Rugkåsa, J., Ose, S. O., Nytingnes, O., & Husum, T. L. (2021). Measuring the level of compulsory hospitalisation in mental health care: The performance of different measures across areas and over time. *International journal of methods in psychiatric research*, 30(3), e1881. <https://doi.org/10.1002/mpr.1881>
- Hofstad, T., Rugkåsa, J., Ose, S. O., Nytingnes, O., Kjus, S. H. H., & Husum, T. L. (2021). Service Characteristics and Geographical Variation in Compulsory Hospitalisation: An Exploratory Random Effects Within-Between Analysis of Norwegian Municipalities, 2015-2018. *Frontiers in psychiatry*, 12, 737698. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.737698>
- Landheim, A., Hoxmark, E. M., Aakerholt, A., & Aasbrenn, K. (2017). *Potensialet for Assertive Community Treatment (ACT) og Fleksibel ACT (FACT) i Norge*. [Rapport nr. 3/2017]. NTNU Samfunnsforskning. <https://samforsk.no/publikasjoner/potensialet-for-assertive-community-treatment-act-og-fleksibel-act-fact-i-norge>
- Landheim, A., & Odden, S. (2020). *Evaluering av FACT-team i Norge*. [Sluttrapport]. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NKROP), Sykehuset Innlandet HF. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/evaluering-av-fact-team-i-norge/id2702575/>
- Rains, L. S., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., Lloyd-Evans, B., & Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 403-417. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30090-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2)
- Ruud, T. & Landheim, A. (2014). *Utprøving av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Sykehuset Innlandet HF. <http://hdl.handle.net/11250/2497179>
- Stuart, R., Akther, S. F., Machin, K., Persaud, K., Simpson, A., Johnson, S., & Oram, S. (2020). Carers' experiences of involuntary admission under mental health legislation: systematic review and qualitative meta-synthesis. *BJPsych Open*, 6(2), e19. <https://doi.org/10.1192/bjo.2019.101>
- Trane, K., Aasbrenn, K., Rønningen, M., Odden, S., Lexén, A., & Landheim, A. (2021). Flexible assertive community treatment teams can change complex and fragmented service systems: experiences of

service providers. *International Journal of Mental Health Systems*, 15, 38. <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00463-1>

Wergeland, N. C., Fause, Å., Weber, A. K., Fause, A. B. O., & Riley, H. (2022). Health professionals' experience of treatment of patients whose community treatment order was revoked under new capacity-based mental health legislation in Norway: qualitative study. *BJPsych Open*, 8(6), e183. E183. <https://doi:10.1192/bjo.2022.592>

Wergeland, N. C., Fause, Å., Weber, A. K., Fause, A. B. O., & Riley, H. (2022). Increased autonomy with capacity-based mental health legislation in Norway: a qualitative study of patient experiences of having come off a community treatment order. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-10. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07892-9>

Wormdahl, I., Husum, T. L., Rugkåsa, J., & Rise, M. B. (2020). Professionals' perspectives on factors within primary mental health services that can affect pathways to involuntary psychiatric admissions. *International Journal of Mental Health Systems*, 14(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00417-z>

Wormdahl, I., Husum, T. L., Kjus, S. H. H., Rugkåsa, J., Hatling, T., & Rise, M. B. (2021). Between No Help and Coercion: Toward Referral to Involuntary Psychiatric Admission. A Qualitative Interview Study of Stakeholders' Perspectives [Original Research]. *Frontiers in Psychiatry*, 12(1348). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.708175>

Wormdahl, I., Hatling, T., Husum, T. L., Kjus, S. H. H., Rugkåsa, J., Brodersen, D., Christensen, S. D., Nyborg, P. S., Skolseng, T. B., Ødegård, E. I., Andersen, A. M., Gundersen, E., & Rise, M. B. (2022). The ReCoN intervention: a co-created comprehensive intervention for primary mental health care aiming to prevent involuntary admissions. *BMC Health Services Research*, 22(1), 931. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08302-w>