

En etisk drøfting av tvang uten døgnopphold



Live Almås-Norum
Psykologspesialist, privatpraksis

Guro S. A. Thorbjørnsen
Barne- og ungdoms-psykiatrisk poliklinikk (BUP) Tromsø

Reidar Pedersen
Senter for medisinsk etikk, UiO

Tonje Lossius Husum
Psykologspesialist, med doktorgrad om bruk av tvang i psykisk helsevern
t.l.husum@medisin.uio.no

Bjørn Rune Lie

Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold har blitt kritisert for å ha svakt kunnskapsgrunnlag. Vi drøfter etiske utfordringer ved bruk av denne formen for tvangsbehandling, samt implikasjoner av endringen i psykisk helsevernloven. Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) er en lovregulert praksis gjennom psykisk helsevernloven (phvl.) som åpner for at personer kan påføres tvangsbehandling mens de bor hjemme eller i kommunalt botilbud. I Norge kan psykiatere og psykologspesialister med vedtaksmyndighet fatte vedtak om bruk av TUD. Å forebygge tilbakefall er den vanligste begrunnelsen for å opprette TUD-vedtak (Rugkåsa, 2016), og medisinerer er en viktig del av forebyggingen (Riley, 2016; Rugkåsa et al., 2019). I Norge og internasjonalt har ordningen blitt kritisert for verken å være i samsvar med kunnskapsbasert praksis eller etisk forsvarlig (Burns et al., 2013, 2015; Husum & Hjort, 2009; Riley, 2016). Behandlingstilnærminger som fokuserer på helhetlig og langsiktig behandling, økt brukermedvirkning samt lettere tilgang til helsetjenester, kan muligens redusere behovet for bruk av TUD. Et slikt tjenestetilbud er Assertive Community Treatment (ACT). ACT er et tjenestetilbud der en gir oppsøkende, samtidige og helhetlige tjenester til mennesker med alvorlige psykiske lidelser (Stein & Test, 1980), noe som har vist seg å redusere behovet for bruk av tvangsinnleggelse (Nasjonalt kompetansesenter ROP, 2014; Aagaard & Müller-Nielsen 2011). En norsk studie undersøkte hva behandlere som hadde ansvar for TUD-vedtak innenfor en ACT-setting, syntes om ordningen. De fant at mange av behandlerne anså TUD som et nyttig tiltak for å sikre kontinuitet og langvarig behandling. Videre vurderte de TUD som etisk krevende, og at bruk av TUD representerte mange dilemma, som respekt for pasientenes autonomi satt opp mot behovet for kontroll (Stuen et al., 2018). Vi vil i denne artikkelen drøfte de etiske utfordringene ved TUD-praksisen. Først vil vi kort presentere dagens TUD-praksis i Norge. Deretter drøfter vi etiske utfordringer ved bruk av TUD og konsekvenser av lovendringen i phvl. fra 2017 vedrørende økt vekt på vurdering av samtykkekompetanse. I den etiske drøftingen vil vi bruke Beauchamp og Childress' (2013) «fireprinsippetikk»-modell for etikk i helsetjenesten.

TUD i Norge



SAMDATA Spesialisthelsetjenesten viser at det i 2017 var 847 personer som var underlagt TUD (Helsedirektoratet, u.å.). Dette utgjorde 55 personer per 100 000 innbyggere. Man ser betydelig geografisk variasjon i bruk av TUD mellom helseforetak. Den typiske TUD-pasienten er ifølge internasjonal forskning en mann på rundt 40 år som har en schizofrenidiagnose, hyppige innleggelse i psykisk helsevern og som ikke samarbeider om behandling (Rugkåsa, 2016). Andre kjennetegn ved denne pasientgruppen er at mange misbruker rusmidler, er enslige, sosialt isolerte, har dårlig evne til å ivareta egne behov og en historie med voldsbruk og soning i fengsel (Churchill et al., 2007). En norsk studie viste at de fleste TUD-pasienter også står utenfor arbeidslivet (Riley, 2016). Dette forteller om en sårbar pasientgruppe og understreker at vedtaksansvarlige må være bevisst på at disse pasientene kan ha opplevd frihetsberøvelse, overgrep og lite mestring.

Grunnleggende etiske prinsipper innen helsetjenesten

All helsehjelp i Norge skal i utgangspunktet være frivillig og anvende kunnskapsbaserte metoder (Norsk psykologforening, 1998). Helsepersonell er forpliktet til å følge norsk lovverk, menneskerettighetene og etablerte etiske prinsipper i møte med pasientene. Paulsrud-utvalget (NOU 2011: 9) anbefalte at pasienter i psykisk helsevern bør få økt selvbestemmelse og større rettssikkerhet, og i 2013 ratifiserte Norge FNs konvensjon for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (Forente nasjoner, 2006). Konvensjonen skal sikre at personer med nedsatt funksjonsevne nyter likeverdig rett til anerkjente menneskerettigheter og grunnleggende friheter uavhengig av diagnose. Konvensjonen skal også fremme respekten for den iboende verdigheten til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Som et resultat av dette ble psykisk helsevernloven i 2017 endret i tråd med et sentralt forslag i innstillingen fra Paulsrud-utvalget. Før endringen trådte i kraft, var det ifølge phvl. mulig å anvende tvang av hensyn til pasientens beste også overfor pasienter med samtykkekompetanse, såkalt sterk paternalisme, gitt at øvrige kriterier i phvl. var oppfylt. Svak paternalisme defineres gjerne som at helsepersonell handler til pasientens beste, eventuelt med bruk av tvang, når pasienten mangler samtykkekompetanse for den helsehjelpen som gis, også om pasienten i en slik situasjon ikke vil ha hjelp. Et viktig eksempel på svak paternalisme i lovgivningen er kapittel 4 A i pasient- og brukerrettighetsloven. Sterk paternalisme defineres gjerne som at helsepersonell handler til pasientens beste, eventuelt med bruk av tvang, når pasienten er samtykkekompetent, også om pasienten i en slik situasjon ikke vil ha hjelp. Viktige eksempler i helselovgivningen som åpner opp for sterk paternalisme, er øyeblikkelig hjelp-plikten (§ 7 i helsepersonelloven) og psykisk helsevernlovens tvangshjemler ved nærliggende og alvorlig fare for pasientens eget liv (Helsepersonelloven, 1999, Pedersen & Aarre, 2017). Etter endringene i 2017 må vedtaksansvarlige – med mindre det er fare for pasientens eget liv, eller andres liv eller helse – i tillegg ta stilling til om personen er samtykkekompetent før det eventuelt gjøres vedtak om tvungent psykisk helsevern av hensyn til pasientens beste. Manglende samtykkekompetanse innebærer en svekket evne til å utøve sin autonomi, og er ett av unntakene som berettiger bruk av tvang (Psykisk helsevernloven, 1999, § 3 - 3). Pasienter innen psykisk helsevern fikk med dette de samme rettighetene som det pasienter i somatiske helsetjenester har hatt siden 2001 (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 4 ledd 1). Med lovendringen ble det strengere kriterier for å fatte vedtak om TUD.

Kunnskapsgrunnlag for TUD



Antall reinnleggelser, liggedøgn og bruk av kommunale helsetjenester er ofte utfallsmål for å vurdere effekt av TUD (Rugkåsa, 2016). Som nevnt innledningsvis har det vært mest vekt på å forebygge tilbakefall som krever reinnleggelse på sykehus (Churchill et al., 2007; Riley, 2016; Rugkåsa, 2016). Hvordan TUD blir praktisert er gjennomgående likt i de fleste land innen Europa (Churchill et al., 2007), og det bør derfor være mulig å sammenligne forskning på TUD i Norge med forskning på tilsvarende ordninger i andre vestlige land.

Vi søkte etter litteratur i Google Scholar og PubMed i 2017, og søket ble oppdatert i 2021. Søkeord som ble brukt var 'outpatient commitment', 'involuntary outpatient commitment', 'community treatment orders', 'tvang uten døgn' og 'TUD'. I tillegg brukte vi artiklene fra søket til å finne frem til andre relevante studier. Siden systematiske kunnskapsoppsummeringer og metastudier inneholder enkeltstudier, har vi valgt å bare bruke systematiske kunnskapsoppsummeringer/metaanalyser når vi har vurdert kunnskapsgrunnlaget. Vi har til sammen funnet fire systematiske kunnskapsoppsummeringer og metastudier, og ingen av disse finner støtte for at TUD forebygger tilbakefall eller reduserer antall reinnleggelser (Barnett et al., 2018; Churchill et al., 2007; Maughan et al., 2014; Rugkåsa, 2016). Verken Maughan og kolleger (2014) eller Rugkåsa (2016) fant forskjeller i hyppigheten i bruk av kommunale helsetjenester for TUD-pasienter sammenlignet med pasienter som mottok behandling på et frivillig grunnlag. En av kunnskapsoppsummeringene fant heller ingen forskjell i samarbeid om behandlingen (Churchill et al., 2007), mens en annen kunnskapsoppsummering fant at TUD i noen tilfeller medførte bedre oppfølging av medisinerings (Maughan et al., 2014). Den nyeste kunnskapsoppsummeringen og meta-analysen inkluderte 39 studier med god design i meta-analysen (Barnett et al., 2018). De fant ikke grunnlag for å si at TUD reduserte reinnleggelser eller lengde på sykehusopphold. De fant derimot at TUD muligens kunne føre til bedre oppfølging av behandling utenfor sykehus og bruk av kommunale tjenester.

Etiske implikasjoner

Manglende støtte i forskning har etiske implikasjoner og helsehjelp bør kun gis om den har dokumentert nytte. Dette gjelder spesielt når tiltaket er inngripende, noe som er tilfellet ved bruk av tvang. Som rammeverk for den etiske drøftingen har vi valgt å bruke Beauchamp og Childress' «fireprinsippetikk», som er den mest brukte tilnærmingen i medisinsk og helsefaglig etikk i den vestlige helsetjenesten i dag. Fireprinsippetikken er inspirert av ulike moralfilosofiske teorier, spesielt pliktetikken og nytteetikken, og består av en balanse mellom følgende fire prinsipper: autonomiprinsippet, velgjørenhetsprinsippet, prinsippet om å ikke skade og rettferdighetsprinsippet (Beauchamp & Childress, 2013).

Lovendringen skjerper kravene om at vedtaksansvarlige må ha god kunnskap om vurdering av samtykkekompetanse

Autonomiprinsippet: Dette prinsippet tilsier at pasientens ønsker skal vektlegges ved all helsehjelp. I helselovgivningen er dette operasjonalisert gjennom hovedregelen om det informerte samtykke. I psykisk helsevern, som ellers i helsetjenesten, er hovedregelen at all helsehjelp skal gis etter pasientens samtykke (Psykisk helsevernloven, 1999, § 2 - 1). Behandling med tvang kan kun gjennomføres om det er hjemlet i lov. Innenfor den prinsippbaserte etikken er autonomiprinsippet

ikke en rett til å velge helsehjelp, men å kunne takke nei til helsehjelp som helsetjenesten tilbyr, ut fra en vurdering av de tre øvrige prinsippene. Et gyldig samtykke forutsetter videre at pasienten er godt informert, samtykkekompetent og ikke utsettes for utilbørlig press. Om pasienten mangler samtykkekompetanse, blir de tre øvrige prinsippene viktigere, og ansvarlig helsepersonell må ta mer ansvar for at pasienten får den helsehjelpen som i størst mulig grad både er til pasientens beste og i tråd med det pasienten ville ha ønsket (svak paternalisme). Om behandlingen ikke kan sies å være til pasientens beste (ut fra en avveining av velgjørenhet og ikke-skadeprinsippet), skal den ikke tilbys pasienter med samtykkekompetanse eller gis til pasienter uten samtykkekompetanse. Mye av helsehjelpen som gis i psykisk helsevern, finnes det god dokumentasjon for på at nytten veier opp for bivirkninger og ulemper for pasienten. Det kan være en svakhet ved dagens system at dialogen mellom vedtaksansvarlige og pasienter er for dårlig, og at de skjulte «skadene» ikke blir kommunisert av pasientene (Riley, 2016).



Velgjørenhetsprinsippet: Her må vedtaksansvarlig undersøke kunnskapsgrunnlaget for å si at helsehjelpen er til nytte for pasienten når den gis med tvang. Frem til nå har TUD hovedsakelig blitt begrunnet med forebygging av tilbakefall for personer med alvorlige psykiske lidelser, mens forskningen har indikert at TUD ikke har slik forebyggende effekt (Kisely et al., 2017; Rugkåsa, 2016). Dette utelukker ikke at de samme tiltakene kunne hatt positiv effekt om de var basert på frivillighet. Bruk av tvang i psykisk helsevern kan kun rettferdiggjøres ut fra velgjørenhetsprinsippet, altså dersom det medfører helsegevinster for pasienten. Tilgjengelig forskning tyder på at det er etisk problematisk å forsvare TUD ut fra et slikt argument.

I Norge og internasjonalt har ordningen blitt kritisert for verken å være i samsvar med kunnskapsbasert praksis eller etisk forsvarlig

«Ikke skade»-prinsippet: Her må vedtaksansvarlig undersøke om helsehjelpen kan påføre pasienten skade. Kvalitativ forskning har funnet at personer opplevde TUD som svært inngripende og med flere negative konsekvenser (Riley, 2016). Informantene i en studie nevnte blant annet at de opplevde at de måtte sette livet sitt på vent, at de fikk bivirkninger av medisinene de var pålagt å ta, og at de var engstelige for å bli pålagt flere restriksjoner om de ikke samarbeidet om behandlingsopplegget (Stensrud et al., 2015). Studiene viste i tillegg at TUD oppleves mer restriktivt av pasientene enn det vedtaksansvarlige tror (Riley, 2016; Stensrud et al., 2015). Tvang kan også skade behandlingsrelasjonen, svekke pasientens tillit til helsetjenesten samt undergrave personens autonomi og selvfølelse (Norvoll, 2011). Forskning antyder at vedtaksansvarlige gjennomfører TUD-vedtak for å unngå skade for pasienten, men at de muligens har manglende bevissthet om de negative konsekvensene TUD medfører for pasientene (Norvoll, 2011; Riley, 2016; Stensrud et al., 2015, 2016). At behandlingen oppleves inngripende og fører til negative konsekvenser for den det gjelder, tilsier at helsehjelpen kun kan gis om de øvrige prinsippene blir tungtveiende nok til at dette prinsippet kan settes til side. Enhver risiko for skade er uakseptabel dersom det finnes mindre inngripende/skadelige tiltak som er like effektive, og/eller frivillige alternativer der forholdet mellom nytte og skade er minst like fordelaktig for pasienten. Et slikt tiltak kan for eksempel være oppfølging ved bruk av ACT-team.

Rettferdighetsprinsippet: Under dette prinsippet må den vedtaksansvarlige vurdere om like tilfeller behandles likt, vurdere ressurs hensyn og om hensynet til andre tilsier at øvrige prinsipper kan settes til side. Med lovendringen i 2017 fikk TUD-pasienter med samtykkekompetanse lik rett som andre grupper pasienter i helsetjenesten til å nekte behandling. Dette er i tråd med Konvensjon for rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne. Den store geografiske variasjonen i bruk av TUD

utfordrer dette prinsippet. Ressursbruk bør alltid avveies før en gir helsehjelp, sammen med alvorlighet og nytte, for å sikre rettferdig prioritering. Mangel på ressurser, for eksempel tid, kompetanse og gode frivillige alternativ, kan derfor ikke begrunne bruk av tvang. Hensynet til andre kommer også inn under dette prinsippet. Dette gjenspeiles i helselovgivningen ved at hensynet til andre kan trumfe pasientens selvbestemmelse når det blir tungtveiende nok. Det er imidlertid vanskelig å begrunne helsehjelp kun av hensyn til andre. Det kan være grunner til å begrense friheten til personer som er til fare for andre, men om helsetjenesten ikke hjelper pasienten, bør det ikke kalles helsehjelp eller skje i helsetjenestens regi.



Implikasjoner av endringen i phvl.

Endringen i phvl. i 2017 om økt vekt på vurdering av samtykkekompetanse medførte strengere krav til bruk av tvang. Gitt resonnementet vi har gjort rede for i det foregående, er dette et skritt i riktig retning når det gjelder å styrke pasienters rettigheter. Lovendringen legger vekt på å styrke pasientens autonomi ved at personen har rett til å fatte valg på vegne av egen helse. Lovendringen skjerper kravene om at vedtaksansvarlige må ha god kunnskap om vurdering av samtykkekompetanse. Slike vurderinger er utfordrende, for eksempel viser forskning at pasienter med alvorlige psykiske lidelser kan inneha samtykkekompetanse (Ueland et al., 2004; Øye & Hugdahl, 2008), mens pasienter med milde psykiske vansker kan mangle samtykkekompetanse (Apperbaum, 2007). Pedersen (2011) peker på at det internasjonalt er utviklet gode verktøy for å vurdere samtykkekompetanse, men at disse i liten grad brukes i Norge. Så langt vi kjenner til, er det fortsatt ikke oversatt og validert slike verktøy til beslutningsstøtte i Norge. Sannsynligvis gjenstår det et arbeid for å sikre at helsepersonell har nødvendig kunnskap om vurderinger av samtykkekompetanse (Gjerden, 2017). En annen konsekvens av lovendringen kan være at pasienter med alvorlige psykiske lidelser som er samtykkekompetente, ikke får et tilstrekkelig godt nok behandlingstilbud. Så lenge en person motsetter seg behandling, øker sannsynligheten for at disse personene blir såpass behandlingstrengende at de likevel vil tvangsinnlegges eller underlegges TUD på et senere tidspunkt. I slike tilfeller vil det være konflikt mellom autonomiprinsippet og velgjørenhetsprinsippet, mellom ønsket om å respektere pasientens autonomi og behandlingsansvarliges plikt i samsvar med velgjørenhetsprinsippet. Når forskning så langt viser at TUD ikke forebygger tilbakefall, mener vi at autonomiprinsippet veier tyngre og bør tas hensyn til.

Konklusjon

Det finnes foreløpig lite empirisk støtte for at bruk av TUD har behandlingsmessige positive konsekvenser. Vi mener derfor at TUD utfordrer etablerte etiske prinsipper og prinsipperklæringen om kunnskapsbasert praksis (Norsk psykologforening, 2007). Norske studier om TUD antyder en motsetning mellom hvor behandlingsmessig nyttig klinikere opplever TUD, og hva forskning viser av behandlingsnytte. På denne måten utfordrer prinsippet om kunnskapsbasert behandling klinisk praksis. Den nye lovendringen i phvl. er i så måte et skritt i riktig retning med tanke på å styrke pasientrettighetene og redusere bruken av TUD. Vi mener det likevel er behov for flere endringer, både i lovgivningen og i praksisen med TUD i Norge. Videre er det et gjennomgående funn at vedtaksansvarlige mangler kunnskap om evidensgrunnlaget for TUD, samt kvalitative funn om potensielle skadelige konsekvenser for pasientene. Det bør vurderes om helsemyndighetene skal formalisere strengere krav til vedtaksansvarliges kunnskap om TUD, samt kompetanse i å vurdere

samtykkekompetanse. Dette er allerede politiske føringer, men for å få det til må det satses mer på implementering slik at behovet for å anvende TUD som behandling reduseres. Til sist mener vi at helsemyndighetene bør satse mer på forebyggende, helhetlige og lett tilgjengelige helsetjenester, også for de med alvorlige psykiske lidelser.



Referanser

- Apperbaum, P. S. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal Medicine*, 357, 1834–1840. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045>
- Barnett, P., Matthews, H., Lloyd-Evans, B., Mackay, E., Pilling, S. & Johnson, S. (2018). Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 5(12), 1013–1022 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30382-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30382-1)
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7. utg.). Oxford University Press.
- Burns, T., Rugkåsa, J., Molodynski, A., Dawson, J., Yeeles, K., Vazquez-Montes, M., Voysey, M., Sinclair, J. & Priebe, S. (2013). Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet*, 381, 1627–1633. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60107-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60107-5)
- Burns, T., Yeeles, K., Koshiaris, C., Vazquez-Montes, M., Molodynski, A., Puntis, S. & Rugkåsa, J. (2015). Effect of increased compulsion on readmission to hospital or disengagement from community services for patients with psychosis: follow-up of a cohort from the OCTET trial. *Lancet Psychiatry*, 2, 881–890. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00231-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00231-X)
- Churchill, R., Owen, G., Singh, S., & Hotopf, M. (2007). *International Experiences of using Community Treatment Orders*. Department of Health, London. <https://doi.org/10.1037/e622832007-001>
- Forente nasjoner, 2006. *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Barne- og familiedepartementet. https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/sla/funk/konvensjon_web.pdf
- Gjerden, P. (2017, 24. august). Er Helsedirektoratet kunnskapsløst – eller arrogant? *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/08/24/er-helsedirektoratet-kunnskapslost--eller-arrogant/>
- Helsedirektoratet (u.å.). Tvungent psykisk helsevern under døgnopphold. Omfang og utvikling [Statistikk]. Hentet fra <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/8a2ef4bf-abed-4b65-847e-3ce4b1750677?e=false&vo=viewonly>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999 - 07 - 02 - 64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Husum, T. L. H. & Hjort, H. (2009). Menneskerettigheter i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46, 1169–1174. http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=99043&a=2
- Kisely, S. R., Campbell, L. A. & O'Reilly, R. (2017). Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004408.pub5>
- Maughan, D., Molodynski, A., Rugkåsa, J. & Burns, T. (2014). A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 651–663. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0781-0>



- Nasjonalt kompetansesenter ROP. (2014). *Utpøring av ACT-team i Norge. Hva viser resultatene?* Akershus universitetssykehus.
- Norsk psykologforening. (1998). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. Hentet 5. juli, 2021 fra <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikk/etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Norvoll, R. (2011). Kunnskapsstatus med hensyn til skadevirkninger av tvang i det psykiske helsevernet. Vedlegg 5 i NOU 2011: 9. *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2011: 9 (2011). *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/edc9f614eb884f1d988d16af6321895...>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999 - 07 - 02 - 63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, R. (2011). Vurdering av beslutningskompetanse. Vedlegg 4 i NOU 2011: 9. *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Pedersen, R. & Aarre, T. F. (2017). Autonomi, informert samtykke og samtykkekompetanse. I R. Pedersen & P. Nortvedt (red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s. 153–167). Gyldendal Akademisk.
- Norsk psykologforening. (2007, januar). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis*. <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- Psykisk helsevernloven. (1999). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999 - 07 - 02 - 62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>
- Riley, H. (2016). *When coercion moves into your home. A study of outpatient commitment in Northern Norway* [PhD avhandling]. UiT Norges arktiske universitet.
- Rugkåsa, J. (2016). Effectiveness of community treatment disorders: the international evidence. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61, 15–24. <https://doi.org/10.1177/0706743715620415>
- Rugkåsa, R., Nytingnes, O., Breines Simonsen, T., Šaltytė Benth, J., Lau, B., Riley, H., Løvsletten, M., Buer Christensen, T., Andersen Austegard, A.-T. & Høyer, G. (2019). The use of outpatient commitment in Norway: Who are the patients and what does it involve? *International Journal of Law and Psychiatry*, 62, 7–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.11.001>
- Stein, L. I. & Test, M. A. (1980). Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392–397. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780170034003>
- Stensrud, B., Høyer, G., Granerud, A. & Landheim, A. S. (2015). «Life on Hold»: A Qualitative study of patient experiences with outpatient commitment in two Norwegian counties. *Issues in Mental Health Nursing*, 36, 209–216. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.955933>
- Stensrud, B., Høyer, G., Beston, G., Granerud, A. & Landheim, A. S. (2016). «Care or control?»: a qualitative study of staff experiences with outpatient commitment orders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 747–755. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1193-8>
- Stuen, H. K., Landheim, A., Rugkåsa, J. & Wynn, R. (2018). Responsibilities with conflicting priorities: a qualitative study of ACT providers' experiences with community treatment orders. *BMC Health Services Research*, 18. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3097-7> <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3097-7>
- Ueland, T., Øye, M., Landrø, N. I. & Rund, B. R. (2004). Cognitive functioning in adolescents with schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 126, 229–239. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.02.014>

- Øye, M. & Hugdahl, K. (2008). A 10 - 13 year follow-up of changes in perception and executive attention in patients with early-onset schizophrenia: A dichotic listening study. *Schizophrenia Research*, 106, 29–32. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2007.11.036>
- Aagaard, J. & Müller-Nielsen, K. (2011). Clinical outcome of assertive community treatment (ACT) in a rural area in Denmark: A case-control study with a 2-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 299–305. <https://doi.org/10.3109/08039488.2010.544405>

