

A photograph of a man and a woman walking away from the camera in a field. The man is on the left, wearing a grey sweater, and the woman is on the right, wearing a grey sweater and has long red hair. They are holding hands. The background is a field with some dry grass and trees in the distance under a soft sky.

Alternativer til tvang I

Sett fra et bruker- og fagperspektiv

Ressurshefte

erfaringskompetanse.no 2014:2

Dagfinn Bjørgen, Aina Storvold,
Reidun Norvoll og Tonje Lossius Husum



Erfaringskompetanse.no 2014:2

Elektronisk utgave

ISSN 1891-6503

ISBN 978-82-93171-21-8

Utgiver: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Forsidefoto: www.shutterstock.com

Grafisk design og trykk: Wera AS, Porsgrunn

www.erfaringskompetanse.no

www.med.uio.no/helsam



Innhold

Til deg	4
Hvorfor dette ressursheftet	6
Oppbygging av heftet	8
Samarbeidsprosjekt	8
Hvordan forslagene har blitt innsamlet	9
Utvikling av temaene	10
Avgrensninger	11
Alternativer til tvang i et bruker- og fagperspektiv	12
Grunnleggende tilnærminger	12
Opplevelse og forståelse av tvang	12
Skjult tvang	13
Hva er et helhetlig perspektiv	14
Toleranse for ulike forståelser av virkeligheten	17
Hva kan hjelpe under en psykotisk episode	20
Generell forebygging	22
Kvalitetssikre beslutninger og unngå feiltolkning	22
Måten man blir møtt på og varselsignaler	24
Ta varselsignalene på alvor	25
Styrke brukeren	27
Sosiale arenaer mot isolasjon	29
Kommunal forebygging	31
Fastlegens funksjon	32
Legevakten	33
Individuell plan og kriseplan	36
Tett oppfølging uten innleggelse	38
Helhetlig og alternative tjenestetilbud	41
Innleggelse og akutte situasjoner	45
Håndtere frustrasjon og sinne	46
Regler og rutiner ved sykehusavdelinger	50
Begrense tvangsmidler og maktbruk	52
Skjerming	54
Avledning	55
Medisinering under tvang	57
Konsekvenser av tvangsbruk	60
Traumer etter tvang	60
Et felles traume for familie og venner	61
Oppfølging	65
Andre forslag fra forskning og fagutvikling	67
Videre forsknings- og fagutviklingsbehov	69
Referanser	71



Til deg

I Norge er det en tverrpolitisk målsetting å oppnå økt frivillighet i psykisk helsevern, og et mål at mest mulig av behandlingen skal være frivillig. Noen ganger er det nødvendig å bruke tvang, men for den det gjelder kan det være svært krenkende og traumatisk.


«Bedre kvalitet – økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015)» ble lansert av Helse- og omsorgsdepartementet i juli 2012. Det overordnede målet for strategien er å redusere bruken av tvang ved å dreie fokus mot forebygging, samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjen, helhetlige pasientforløp og alternative frivillige løsninger basert på mest mulig likeverd mellom brukere, pårørende og helsepersonell.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse har gjennom prosjektmidler fra Helsedirektoratet fått muligheten til å tydeliggjøre hvilke frivillige løsninger og alternativer til tvang som er særlig aktuelle, sett i et brukerperspektiv. Uten tett dialog med mennesker som selv har opplevd tvang, hadde ikke dette vært mulig.

Livet kan til tider være uveisomt for de aller fleste av oss. En sjelden gang kan det bli slik at vi ikke er i stand til å ta vare på oss selv. Hvordan ønsker vi da å bli møtt? Mennesker som selv har erfart dette fremhever betydningen av trygghet, omsorg, noen å være sammen med, en hånd å holde i, lov til å vise følelser – et hvilested!

Takk til alle erfarere som har deltatt i workshops. Vi vet at dette på ulike vis har vært krevende for den enkelte. Det er smertefullt å gå inn i situasjoner der vi har kjent på krenkelse og avmakt. Samtidig kan slike erfaringer være starten på avklaring og ny innsikt. Vi trenger å utvikle rause rasteplasser for slitne vandrere. Det er mennesket verd!

Vi er glade for at vi gjennom dette heftet kan dokumentere hva brukerne opplever som betydningsfulle veier i et krevende landskap.



Vi håper heftet kan være en håndreking til tjenesteutøvere i vanskelige situasjoner, ved å gi forslag til hvordan vi kan fremme økt frivillighet og mindre tvang.

For brukere og pårørende håper vi heftet kan være en hjelp til å stille begrunnede krav til tjenestene.

Vi ønsker videre å bidra til økt fokus på etisk refleksjon omkring bruk av tvang i tjenestene. Takk til forskere ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, som har vært med gjennom hele prosjektet og bidratt til et unikt samarbeid om å sammenstille brukernes erfaringer med foreliggende forskning på området. For utdypende lesning viser vi til vårt hefte «Alternativ før tvang II. Sett fra et fag- og forskningsperspektiv» av Tonje Lossius Husum og Reidun Norvoll.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse har som hovedmål i 2014 å peke på gode veier til gode tjenester for den enkelte borger, sett i et familie- og nettverksperspektiv. Det innebærer at vi anerkjenner menneskets egne opplevelser som viktig kunnskapskilde for god behandling.

Hilde Hem, daglig leder

Dagfinn Bjørgen, FoU-ansvarlig og prosjektleder

Hvorfor dette ressursheftet

Konkretisering av brukernes egne forslag kan føre til bedre kommunikasjon mellom ansatte i psykisk helsevern og brukerrepresentanter, eller organisasjoner, for utvikling av tjenestene. Heftet skal gi ideer til andre løsninger i situasjoner der tvang brukes. Det er et ønske om å bidra til større kreativitet i å finne alternativer i situasjoner der man vanligvis ville brukt tvang. For mennesker i krise kan det være utfordrende å finne riktige tilbud. Å være oppmerksomme på ivaretagelse av menneskerettigheter og menneskets verdighet er spesielt viktig når man ikke er i stand til å ta vare på seg selv. For noen kan det være en trygghet å bli ivaretatt med tvang, men det forutsetter at hjelpemottaker opplever hjelpen som omsorg, og at intensjonen til den som gir hjelpen er god.

Gjennom dette heftet ønsker vi å bidra til et mer langsiktig og helhetlig tjenestetilbud der bruk av tvang reduseres. *"Slike løsninger må designes nedenifra, fra brukerne som selv vet best hva som virker. De som bare har lest seg til det, kan ikke gjøre det, det vil aldri fungere!"* Slik uttrykte en av våre informanter det.

Heftet oppsummerer brukernes forslag fra mennesker som selv har opplevd tvang, derav medlemmer i brukerorganisasjoner. I tillegg er det søkt etter alternativer til tvang både i grålitteratur og forskningslitteratur.

Vi vil også innledningsvis vise til Recovery-tradisjonen. Denne gir et alternativt perspektiv på psykiske problemer og behandling, enn den tradisjonelle sykdomsforståelsen som preger dagens sykehusbehandling. I recovery legges det større vekt på betydningen av personens ressurser og erfaringer, hverdagen og sosiale forhold som økonomi, arbeid og bolig (Borg, Karlsson & Stenhammer 2013). Brukernes fortellinger tyder på at slike forhold også inngår i alternativer til tvang. I tiden fremover vil det derfor være viktig med mer forskning om mulighetene av et bredere perspektiv i sykehusbehandling. Dette kan imøtekomme brukernes kritikk av et for ensidig fokus på diagnose, symptomer og medisiner samt effekter av recovery-orienterte tiltak for tvangsbruk.

Ressursheftet har ikke intensjon om å drøfte forsvarlighet når det gjelder bruk av tvang, hvorvidt tvangstiltak er nødvendig i enkeltsaker, eller lovverkets utforming. Vi vil i hovedsak synliggjøre brukernes erfaringer og innsikt i egen situasjon, og deres forslag til andre løsninger. Dette er et perspektiv som ofte ikke får så stor plass i forskningen, og i klinisk praksis. I heftet har vi vektlagt praktiske forslag til alternative tiltak, og håper dette kan bidra til å synliggjøre hvordan alternativene kan gjøres konkret i praksis.

Erfaringsmessig kan det være vanskelig å få til en god dialog om tvang og alternativer til tvang innenfor de psykiske helsetjenestene. Forståelsesforskjellene kan være store, og det kan særlig være vanskelig for ansatte å møte misfornøyde pasienter. Dette ble funnet i en tidligere studie av Norvoll og Husum i 2011. Mennesker med tvangserfaring har samtidig viktig kunnskap om hva som kan redusere dette, og stimulere til økt kreativitet. De gir også viktige forslag til hvordan tvangen eventuelt kan gjøres på en minst mulig krenkende måte.

Vi vil gi en stor takk til alle brukernes, brukerrepresentantenes og brukerorganisasjonenes bidrag.

Oppbygging av heftet

Vi har løftet opp noen overordnede temaer i kapittelet “Grunnleggende tilnæringer til enkelte tjenestenivå og hovedområder”.

I kapittel «Generell forebygging» har vi samlet temaer som gjelder alle tjenestenivå. «Kommunal forebygging» setter tiltak i kommunen på dagsorden, og i kapittelet «Innleggelse og akutte situasjoner» har vi konsentrert oss om spesialisthelsetjenestene. Vi har skilt ut et eget punkt om medisiner under tvang fordi alternativer til medisiner er et viktig område som omfatter alle typer tjenester. Til slutt har vi et avsluttende kapittel om konsekvenser av tvang, og behov for oppfølging sett fra brukernes ståsted.

Hvert kapittel presenterer først hva brukere har formidlet, deretter kommer et avsnitt om hva forsknings- og fagutviklingsarbeid sier om dette. Til slutt avsluttes kapittelet med forslag til tiltak fra et bruker- og forskningsperspektiv.

Alle sitater er merket i kursiv skrift og har sin opprinnelse fra workshopene, hvis annet ikke er angitt.

For å gjøre lese teksten mer lesbar har vi valgt å holde referanser i teksten på et minimum. Det vil si at av og til står ikke den konkrete referansen i teksten, men den står i referanselisten. I heftet som oppsummerer forsknings- og utviklingslitteratur, står alle referansene i teksten.

Samarbeidsprosjekt

Prosjektet er utført i samarbeid med forskerne Reidun Norvoll og Tonje Lossius Husum ved Senter for medisinsk etikk (SME) på Universitetet i Oslo. Forskerne har deltatt som deltakende observatører i de fleste workshopene, og gjennomført en litteraturstudie av foreliggende forskning og fagutvikling (se under metode). I tillegg har de deltatt i analysearbeidet ved å sammenstille foreliggende forsknings- og fagutviklingslitteratur med brukernes forslag til alternativer, og ved å skrive inn hovedfunn fra forskning og fagutvikling i ressursheftet.

Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet.

Det er utarbeidet en egen prosjektrapport som oppsummerer prosjektets arbeid og den foreliggende forsknings- og faglitteraturen i mer dybde for den interesserte leser (Husum og Norvoll 2013).

Hvordan forslagene har blitt innsamlet

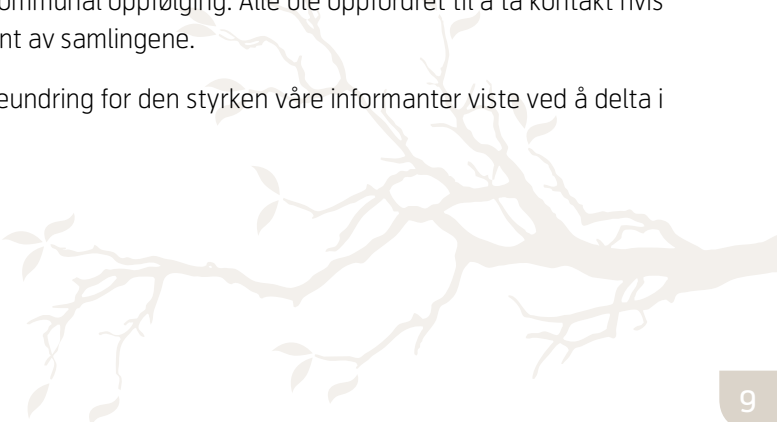
Innsamling av brukernes forslag har blitt gjort gjennom brukerpanel eller gruppeintervju og workshops, individuelle intervju og skriftlige innspill. Dette ble gjennomført fra høsten 2012 til våren 2013.

Rekrutteringen til workshopene har foregått gjennom private nettverk, hvor de fleste deltagerne har vært personer som ikke har profilert sine erfaringer i media eller brukerorganisasjoner. Rekrutteringen har vært utfordrende fordi det er knyttet så sterke følelser til bruk av tvang, at mange kvier seg for å snakke om det i ettertid. Det synes også å være en skam knyttet til dette som er dobbel: Man opplever skyld og skam både for tvangsopplevelsen i seg selv, og det som ledet opp til den. Det å fokusere på hva som kan være alternativene til tvang, slik vi gjorde, vil naturligvis aktivere tidligere livserfaringer. Mange ønsket ikke å rippe opp i ting fordi det ble for smertefullt, noe som samsvarer med erfaringer fra annen forskning.

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse inviterte til workshoper i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Tilsammen 60 informanter deltok. Møtene varte opp til fem timer inkludert lunsj. Alderen på deltagerne varierte fra 25 til 70 år. Møtene ble lagt opp til en dialog hvor sentrale spørsmål ble stilt: Hva kunne bidra til å redusere bruken av tvang? I tillegg ble det stilt oppfølgingsspørsmål som bidro til å sikre at alle deler av psykiske helsetjenester både før, etter og under tvangsinnleggelse ble dekket. To av workshopene fungerte mer som brukerpanel med mange deltagere. Denne formen førte til at det ble god tid til diskusjon om alternativer, og rundt rundt kafébord bidro til at alle stemmer ble forsøkt hørt. Under møtene noterte flere deltakere i prosjektgruppen, samt forskere, ned forslag som fremkom i diskusjonen. Det ble skrevet utfyllende referat fra hvert møte.

Noen av informantene bruker psykiske helsetjenester også i dag. For de fleste var tvangen et tilbaketrukket kapittel, som også gjorde vondt å ta frem igjen. Det er tidligere og nåværende pasienter som forteller om erfaringer, både fra sikkerhetsavdelinger og fra langtids- og akuttposter. Noen hadde også bred kommunal oppfølging. Alle ble oppfordret til å ta kontakt hvis de hadde behov for det i etterkant av samlingene.

Vi takker for alle bidrag - med beundring for den styrken våre informanter viste ved å delta i samtalene.



Utvikling av temaene

Temaene har kommet frem gjennom kvalitativ analyse, med vekt på hva brukerne fremhevet som viktig. Det ble videre gjennomført søk i «grå» litteratur i form av brukerorganisasjonenes dokumenter, magasiner, netthistorier, bøker fra erfaringsbasen til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse og blogger fra ulike nettsteder. KBT Midt-Norges Bruker Spør Bruker-undersøkelser har også blitt brukt, blant annet fra BSB Haltdalen DPS.

Enkeltpersoner fra brukerorganisasjonene og fagpersoner har gitt innspill til forslagene og temaene i heftet. Vi har hatt egne møter og høringsrunder med enkeltpersoner med det formål å sikre forståelsen av, og kvalitetssikre heftet, ved å utdype sentrale områder. Gjennom å ta utgangspunkt i de forslagene som har utmerket seg mest, har vi delt materialet inn i ulike tema, for så å fylle ut hvert tema med underkategorier. Innspill underveis gjennom mailkorrespondanse og skypemøter, har gjort dette arbeidet til en dynamisk prosess, hvor avgrensninger og kategoriseringer har blitt til og endret seg fortløpende frem til endelig resultat.

Parallelt med dette arbeidet har forskerne ved UiO gjennomført en litteraturstudie av foreliggende fagperspektiv på alternativer til tvang, som oppsummeres kort under overskriftene ”Forsknings- og fagutviklingsperspektiv» i ressursheftet. Bidragene er basert på tidligere litteratursøk og litteraturstudier i forbindelse med forfatterens doktorgradsavhandling og andre prosjekter om bruk av tvang de senere årene. Dette inkluderer skjerming, alternativ til tvang, potensielle skader ved tvang, personalholdninger ved tvang, og menneskerettigheter ved tvang. I tillegg er det gjennomført et nytt oppdaterende litteratursøk i databasene PubMed/Medline, PsycInfo og Cinahl. Av plasshensyn vil det ikke være mulig å referere til alle studier i ressursheftet. Vi har derfor vektlagt henvisninger til sentrale bidrag og kunnskapsoppsummeringer for videre lesing. For øvrig vises det til: Alternativ til tvang II. Sett fra et fag- og forskningsperspektiv (Husum og Norvoll, 2013).

Avgrensninger

Dette prosjektet er unikt i den forstand at det tar utgangspunkt i informantenes egne tvangserfaringer og synspunkter på mulige alternativer. Dersom man sammenligner deres synspunkter med forskning og fagutvikling, sammenfaller de i stor grad. Dette kan tyde på at brukerne har pekt på sentrale forslag.

Prosjektet har imidlertid et lite utvalg av brukere. Det har heller ikke vært mulig å gå i dybden på alle tema som berøres i intervjuene og litteraturstudien. Ressursheftet har dermed ikke som mål å være en fullstendig beskrivelse av brukeres synspunkter innenfor de ulike tema, men å bidra til å løfte frem mulige alternativer for å redusere tvang på organisatorisk nivå, og i det daglige arbeidet med brukere og pasienter.



Alternativer til tvang i et bruker- og fagperspektiv

Grunnleggende tilnærminger

Opplevelse og forståelse av tvang

En gjennomgående erfaring fra brukernes opplevelser med tvangsbruk, er at alle situasjoner som leder opp til tvang handler om angst, frykt, fortvilelse og depresjon hos brukeren. Våre informanter formidler erfaringer med mange nyanser, alt fra situasjoner hvor man mener å kunne ha unngått tvangsvedtak overhodet, til livreddende og høyst nødvendig bruk av tvang, men som har satt dype spor. Opplevelsen av at tvang blir brukt uten at dette gir noen positive resultater for brukeren, er et viktig argument mot bruk av tvang.

Alle ser dilemmaet mellom behovet for å bli ivaretatt i svært dårlige perioder, og det å ikke bruke tvang. «*Tvang er frihetsberøvelse, og den sterkeste frihetsberøvelse som finnes. Men man trenger jo en viss form for tvang også, ikke bare å fjerne den helt*». (Sitat fra workshop) For noen er psykiske problemer livstruende. Brukere formidler at tvang også kan redde liv. «*Jeg hadde ikke settet her i dag hvis jeg ikke hadde blitt (tvangs) innlagt*».

En fortalte at når han blir dårlig, og er ruset, så er han farlig for seg selv og andre. Da må noen andre ta over ansvaret. Men måten tvangen blir gjennomført på, og hva man kunne ha gjort for forhindre tvangen, er sentrale spørsmål for alle. «*Etter tvangsinnleggelsen er såret satt. Vi bør fokusere på hva som skjer først, for å forhindre den*».

Måten tvangen har blitt utført på, og hvor nødvendig den har blitt opplevd å være for informanten, har stor innvirkning på om erfaringen blir sett på som ensidig negativ eller ikke.

Det er vesentlig at tvang skjer innenfor sykehusets vegger. «*Når du har kommet ut fra sykehuset skal du i hvert fall ha fred. De kan gjøre hva de vil mens jeg er der, men når jeg*

er ute igjen bør jeg få være i fred.». Det å sette depotmedisin kan være en slik uønsket tvangsbehandling i hjemmet. Det er sentralt for brukerne at man får «frisoner».

Særlig fremmes behovet for at tvang blir utført med en klart kommunisert hensikt: Å hindre deg fra å gjøre skade på deg selv fordi man bryr seg om deg som person.

Dette er dilemmaer som deles av både brukeren og pasienten selv, pårørende og helsepersonell.

For brukere som opplever at tvang bare har ført til skade, er all bruk av tvang skadelig, og følgelig bør forbys. Erfaringsmessig er det vanskelig å få til et kompromiss mellom brukere som har opplevd tvang som nødvendig, og de som opplever at den ikke har vært til noe hjelp.

Skjult tvang

Skjult tvang er aldri skjult for pasienten, men er skjult for andre. Skjult tvang handler om opplevelsen av å bli tvunget eller ikke kunne si nei, uten å være under et formelt tvangsvedtak. Skjult tvang skjer både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten; *«Det er kanskje den tvangen som ikke blir vedtatt som er den verste, for den vises ikke».* Det kan være trusler om konsekvenser dersom man ikke gjør det man blir bedt om, for eksempel når brukeren opplever en konstant overhengende fare for å bli tvangsinnlagt igjen eller tvangsmedisinert. Trussel om å inndra førerkort hvis man ikke tar medisinen, er et annet eksempel. Noen ganger kan dette føre til at pasienten ikke åpner seg og formidler hva han trenger. *«Jeg har behov for assistanse til noen praktiske ting, men tør ikke å be om det, for hva er konsekvensene? Vil de tvinge meg til å ta medisiner?»*

Stefan Sjöström (2006) beskriver tvang som et kontekstuel fenomen i praksis. Tvang kan prege hele miljøet gjennom bruk av uformell og/eller skjult tvang. Denne type tvang viser seg blant annet i form av lukkede dører for både frivillig og tvangsinnlagte pasienter, tilbakeholdelse av informasjon om rettigheter som følger frivillig innleggelse, unnvikelse når pasienten spør om å komme ut eller hjem, eller trusler og press. Hensikten er å sikre at pasienten er føyelig uten bruk av formell tvang.

Noen formidler at tvangsparagrafer blir brukt som brekkstang på grunn av feilprioriteringer innen helsevesenet. «Hvis hun kan komme frivillig er hun ikke syk nok.» Pasienter som i utgangspunktet ønsker innleggelse har erfaringer med å bli avvist, noe som medfører at krisen forverres og tvang blir nødvendig. «En gang jeg var innlagt og det oppstod en krangel fikk jeg høre at siden jeg var der frivillig så kunne jeg vel bare dra da. Så da dro jeg og ble innlagt igjen to uker senere, med tvang. Da tok de seg tid til å prate med meg, for det var alltid noen som måtte passe på og følge meg overalt.» Andre erfaringer er at bruk av tvangsparagraf gjør at man blir prioritert og får innleggelse. «Rundt år 2000 var jeg mye innlagt på tvang sørafor. Mye på grunn av plassmangel, det var umulig å få døgnplasser uten å komme inn på tvang. Jeg hadde ingen mulighet til å komme inn hvis jeg ikke ble innlagt på tvang, så da måtte jeg legge meg inn frivillig. På tvang.»

Å gå med på en innleggelse frivillig, på tvang, blir i realiteten en tvangsinnleggelse, fordi man vet at man havner på tvang dersom man ikke blir med frivillig. Flere av informantene hadde opplevelser med lignende episoder, hvor de ikke så noen annen mulighet enn å gå med på tvang, frivillig.

Forslag til tiltak

- Brukerorganisasjonene etterlyser at man systematisk dokumenterer omfanget av brukerens opplevelse av skjult tvang.

Hva er et helhetlig perspektiv

Helhetlig behandling skjer når brukerens livssituasjon blir tatt på alvor, og tjenestene bistår i å finne gode løsninger på livsområder som ikke bare omhandler en del av den aktuelle situasjonen.

Et helhetlig behandlingsperspektiv innebærer å ta hensyn til alle deler av hverdagen som kan være med på å redusere livskvaliteten, og å sette inn ressurser der brukeren selv ser størst behov for hjelp. «Viktig at hjelpeapparatet etter utskrivning er til stede. Regningshaugen og inkassoene ligger der når man kommer hjem. Viktig å ha orden på bolig, økonomi, miljøet bør endres. Få en kontakt som kan være med på aktiviteter, ut i frisk luft.» Mange ønsket seg hjelp til praktiske problemer, og en fast kontakt som kunne hjelpe til med aktivisering, så lenge det er behov for det.

Forskningen vektlegger også et mer helhetlig recoveryperspektiv. Se under kapittel «Videre forsknings- og fagutviklingsbehov».

At hjelpere man har tillit til også er tilgjengelig etter en innleggelse, kan hindre følelsen av å bli overlatt til seg selv.

Det ble også stilt spørsmål ved om man kan bli så vant til å ha det tungt at man selv ikke ser at livet kunne vært annerledes. «*Kan det ha blitt en del av livet allerede, når man får hjelp så sent? Man har gått så lenge med det at det har blitt en vane å ha det sånn.*»

Her vil hjelpeapparatets rolle først og fremst være å formidle håp, at det går an å få det bedre, selv om det har blitt en vane å ha det vanskelig. Å gi mennesker hjelp til å få tilbake selvrespekten kan bidra til å hindre at de havner i nye vonde sirkler. «*Vi har lov til å være litt glad i oss sjøl og. Respekt og selvrespekt er det viktigste å lære.*»

Diagnosene blir satt når brukeren har det svært tungt, og har samme gyldighet også i en bedre fase. «*Diagnosen blir satt når vi er på det verste, så behandler man deg ut fra det etterpå.*» Brukerne fremhever at diagnosen ikke må hindre at man selv kan være med å definere hvilken hjelp som er passende i den aktuelle situasjonen.

En helhetlig behandling kan innebære bruk av andre tilbud enn det som finnes innen de offentlige helsetjenestene. Eksempler er selvhjelpsgrupper, psykodramagrupper, kreative kurs og aktiviteter som kan bidra til å ta tilbake kontrollen over eget liv.

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Forskning viser at tvang omhandler både formell (lovfestet), uformell og opplevd tvang. Pasientenes opplevelser av tvang varierer og de samsvarer ikke alltid med formell tvangsbruk. Uformell eller skjult tvang kan være avgjørende for tvangsopplevelsen.

Mange internasjonale og nasjonale bidrag vektlegger forebyggende tiltak for å unngå tvang. Prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang» (BAT-prosjektet) viser at det er viktig at personalet ser forebygging i et langt tidsperspektiv: «Man har ofte lenger tid enn man tror». I tillegg må forebygging av tvang sees i et helhetlig perspektiv som omhandler gode sosiale levekår og ulike forebyggende tiltak i både kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Huckshorn (2004) beskriver forebygging på tre nivåer:

Primærforebygging: er rettet mot å forhindre at psykiske problemer forverres, eller at utrygghet, krenkelse, konflikt og sinne oppstår på grunn av måten tjenestene eller

sykehuspostene organiseres på. Dette kan være å skape et trygt og ivaretagende miljø ved postene, og å unngå unødige rigide husregler som virker konfliktgenererende. Det er viktig at personalet er ute i miljøet for å skape trygghet og fange opp pasienter som får det vanskelig på et tidlig tidspunkt.

Sekundærforebygging: skal forhindre videreutvikling av kriser og konflikt når en vanskelig situasjon har oppstått. I denne sammenheng vektlegger man personalets vurderings- og kommunikasjonsferdigheter for å roe situasjonen. Det er gode resultater med å benytte kriseteam med spesielt kompetente ansatte, som kan innkalles på kort varsel for å løse situasjoner gjennom kommunikasjon, og uten bruk av fysisk makt og tvang.

Tertiærforebygging: skal forebygge psykiske problemer etter at tvang har vært benyttet. Dette inkluderer blant annet ettersamtale, med tanke på å forhindre nye tvangsepisoder.

Lyst til å lese mer om alternativer til tvang og forebygging av tvang?

Huckshorn, K. A. (2004). Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Settings. Core Strategies for Prevention. *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 42, No. 9:22-33.

Norvoll, R., Hatling, T. og K-G Hem (2008). *Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang" (BAT)*. Rapport A8450. Trondheim: SINTEF Helse.

Norvoll, R. (2008). Delrapport 1. *Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus. En presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur*. Rapport A4572. Trondheim: SINTEF Helse.

Helse Vest. (2011). *Mest mulig frivillig behandling! Regional handlingsplan for redusert og rett bruk av tvang i psykisk helse i Helseregion Vest 2011–2015*.

Forslag til tiltak

- Ta hele livssituasjonen på alvor og lytt til hva det ønskes hjelp til, for eksempel hjelp til aktivisering, hjelpe til med økonomi, gjeldsforhandlinger eller ivaretagelse av forpliktelser ved innleggelse.
- Sosionomkompetanse på sykehusavdelinger for å sikre og bistå med at økonomiske forpliktelser blir ivaretatt og eventuelt bistand til gjeldssanering.
- Kompetanseheving i tjenesten, for å få til anerkjennende og forståelsesfull tilnærming til pasienter, for å unngå tvang.
- Bruker Spør Bruker evalueringer for å avklare opplevelse av skjult tvang.
- Et forslag var at brukere som er tilknyttet avdelingen, kunne spørre jevnlig hvordan pasientene som er innlagt der har det.
- Gi assistanse til praktiske ting, uten trusler om konsekvenser, for eksempel tvangsmedisinering.
- Formidle håp: Helsepersonell må formidle håp om mulig bedring til pasienter.
- Ha informasjon om, og gi tilgang til private tilbud, som kunne hjulpet den enkelte bruker.

Toleranse for ulike forståelser av virkeligheten

Den ulikt fordelte definisjonsmakten innen psykisk helsevern, gir mange dilemmaer. I hvor stor grad kan man tåle annerledeshet uten å se den som et uttrykk for sykdom? Og hva om denne annerledesheten oppfattes som ødeleggende for brukerens egne muligheter for utvikling?

En større aksept for at mennesker er forskjellige, var det mange av våre informanter som savnet. Innenfor psykisk helsevern, som andre steder, innebærer dette blant annet å behandle mennesker med respekt uansett bakgrunn og verdensbilde.

Mange av våre informanter beskrev en følelse av å ikke passe inn i samfunnet og savnet en større toleranse for å være annerledes. «*Hvem har rett til å si at min virkelighetsoppfatning gjelder mer enn din? Så lenge det ikke er til skade for noen om jeg er psykotisk, hva er problemet?*»

Det å ha ulik oppfatning om hvordan virkeligheten oppleves, og å gi uttrykk for dette gjennom protest, blir innen psykisk helsevern omtolket til et symptom og en del av diagnosen. «Jeg snakket veldig åpent når jeg var innlagt på tvang, hele meg ble bare en diagnose. Hvis man er annerledes enn andre, er det et uttrykk for en lidelse? Føler at annerledesheten min blir diagnostisert, det blir nesten en form for sjukane.»

Å se på psykosen som en prosess, som man må gjennomleve, representerer en alternativ sykdomsforståelse. Jan Magne Sørensen i brukerorganisasjonen Hvite Ørn formidlet at psykosetilstanden kan, når den får et medmenneskelig, trygt og fritt spillerom, utvikle seg til en positiv forhandlingsprosess.

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Flere studier viser at det grunnleggende synet på personer med psykiske lidelser i samfunnet og tjenestene har betydning for synet på tvangsbruk. Dersom man blir presentert et bilde av at pasienter med psykiske lidelser i hovedsak er farlige, er man gjerne mer positiv innstilt til tvangsbruk. Ansatte forteller også at toleransen for annerledeshet og uro i posten har betydning for hvor raskt man griper inn med tvang. Å balansere dette på en god måte er viktig.

Litteraturstudien «Som Natt & Dag?» om forståelsesforskjellene mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang, finner også at denne forskjellen omhandler ulikheter i menneskesyn og «bilder» av personer med psykiske vansker. De misfornøyde brukerne mener at personalet kan ha et for negativt bilde av pasientene. Dette kan oppleves belastende og krenkende. De kunne også føle at de ble utsatt for en reduksjonisme ved at de ble vurdert for mye ut i fra deres symptomer eller som representant for en diagnostisk gruppe. Det var et gjennomgangstema at pasientene følte at personalet så på dem som vesentlig annerledes, og at personalet opererer med et skille mellom «oss» og «dem». Det forelå også forskjeller i synet på psykiske lidelser; årsaker og behandling.

Litteraturen er opptatt av betydningen av språkbruken til personalet i forbindelse med tvangsbruk. Det er viktig å unngå for dehumaniserende, stemplende og konflikt-preget språkbruk, som for eksempel «å legge ned pasienten», «schizofren», «mani-

«Uansett hvor syk du er, at du blir sett som et individ. Det ser jeg går veldig mye igjen her (i prosjektet), og det tror jeg faktisk er kjempe, kjempe viktig. Du er mer enn sykdommen, selv om du er kjempe, kjempe syk, så er du det.» (Bruker i BAT-prosjektet, Nordvoll et al. (2008:49)).

pulerende» og «lite samarbeidsvillig». Dette begrunnes med at: «*How we speak about something is indicative of how we value and treat it*» (Visalli og McNasser, 2000). En negativ forhåndsdefinisjon kan lett lede til selvoppfyllende spådommer. Språket skal derfor heller gjenspeile at personen kan være kompetent, og gjennomsyre en respektfull og personsentrert holdning til pasienten.

I BAT-prosjektet var både ansatte og brukere også opptatt av viktigheten av en anerkjennende og forståelsesfull tilnærming til pasientene for å unngå bruk av tvang. Det er viktig å se pasienten som en hel person og finne løsninger i et helhetlig perspektiv. Det var også gode erfaringer med å innhente pasientens opplevelse av sin situasjon og forslag til løsninger når de har det vanskelig. For eksempelvis gjennom åpne spørsmål som: «*Hva er viktig for deg?*», eller: «*Hva hjelper deg?*»

Forslag til tiltak

- Ha jevnlig refleksjon i tjenesten og med helsepersonell om respekt og hvordan dette uttrykkes i det daglige, gjerne sammen med erfarere.
- Tjenesten og helsepersonell må diskutere praksis opp mot menneskerettigheter jmf. Erfaringskompetanses hefte om menneskerettigheter (<http://www.erfaringskompetanse.no/bibliotek/publikasjoner/introduksjon-til-menneskerettigheter-innen-psykisk-helsefeltet>).
- Undersøke hvordan tjenestene bedre kan evne å se forbi diagnosen og snakke med pasienten om vedkommende sin forståelse av sin situasjon.
- Det etterlyses en mer aktiv holdning fra kontrollkomisjonene for å kontrollere tvangsbruk og minimalisere bruken.
- Behandle mennesker med respekt uansett verdensbilde. Vise større toleranse for annerledeshet.
- Det burde være større mulighet for å møte den det gjelder med filosofisk refleksjon om egne opplevelser, og ansette filosofer i tjenesten.

Hva kan hjelpe under en psykotisk episode?

Da vi spurte våre informanter om hva de mente ville ha hjulpet best under en psykose, var det mange mestringstiltak som ble fremholdt. Mange snakket om å holde noen man kjenner i hånden for å få en konkret støtte i å forankre seg i virkeligheten. «*At folk kommer hjem til meg, holder meg i hånda og hjelper meg å tørre å prøve uten medisiner.*»

Det å forstå psykosen som et uttrykk for indre konflikter var sentralt for flere, og noen mente det var viktig å: «*la prosessen gå – transformasjon. Psykoser kan være både bra og dårlige opplevelser, mange har opplevelser som er oversanselige. Under vonde psykoser har det vært traumer som har dukket opp. Da har jeg latt det komme og stått i det, latt prosessene gått sin gang, også har det tilslutt gitt slipp. Hvis jeg får stå i de til de er over, kommer de ikke tilbake mer.*».

Det å stå alene i det vonde var en felles opplevelse. «*Kunne hjulpet å gå i skogen, holde noen i hånden, det er veldig utfordrende å stå i alt det vonde alene, og samtidig skulle gå på butikken og gjøre praktiske ting.*»

Viktigheten av å få trygghet og noen som oppleves å være der, fremheves som vesentlig. Å ha retrettmuligheter uten å måtte bli medisinerert. Å få et avbrekk fra hverdagen gjennom å skifte miljø, kunne være viktig virkemiddel i å stoppe en negativ utvikling.

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Studier av mennesker som har vært gjennom psykotiske kriser omhandler flere aspekter, men viser mye av det samme som sies her. Det fremholdes at mennesker som er i en psykose først og fremst trenger å få hjelp til å kjenne seg trygg. Det er også viktig å ha noen å være sammen med når de har det vanskelig. Gjennomgående forteller mennesker som har gjennomlevd en psykotisk krise at de hadde ønsket og trengt mer menneskelig kontakt og omsorg. Anledning til å få lov til å vise følelser som gråt og sinne går også igjen, og at ikke omgivelsene skal bli skremt av at noen viser følelser. De ønsker å bli tatt på alvor og lyttet til, og ikke avskrives som ansvarlige voksne personer.

Trygghet i møte med mennesker som har psykose er også viktig for tvangsbruk. Kvaliteten på den menneskelige kontakten med helsepersonell og kontaktperson kan være avgjørende for samarbeid omkring behandling, og redusere den negative opplevelsen av å bli utsatt for tvang.

Pitt, Kilbride, Nothard, Welford og Morrison (2007) fant også at mennesker som har vært gjennom kriser, i ettertid sa at de trenger kontinuitet i behandlingskontakt og i relasjoner, valgfrihet i behandling, tilgang til metoder for å redusere stress, tilgang til historier om bedring (recovery), og en individuelt helhetlig tilpasset behandlingsplan og behandling.

Andre gode erfaringer som har støtte i forskning og kan hjelpe mennesker med psykose, er nettverkstilnærmingen og alternative akutttilbud. Disse beskrives senere i dette heftet. «Soteria Hus» -tilnærmingen (side 41) bruker for eksempel «å sitte hos noen» som en praksis man bruker bevisst overfor veldig urolige og redde mennesker. Nettverkstilnærmingen tilstreber å møte den som er i en krise og dennes nettverk på en likeverdig og respektfull måte, og hvor den som sliter og nettverket i størst mulig grad skal ta ansvar og beslutningene selv.

Forslag til tiltak

- Utbygging av hvilesteder /og retreatsteder.
- Etablere behandlingsplasser uten bruk av medisiner, slik som Soteriahus.
- Møte psykosen som et uttrykk for indre konflikter og tilby omsorg, «ei hand å holde i», som hjelp til å beholde fotfestet til det har roet seg.

Generell forebygging

Kvalitetssikre beslutninger og unngå feiltolkning

Risikoen for å feiltolke signaler er stor, spesielt om man ikke kjenner til bakgrunnen for problemene. Det å snakke med brukeren er vesentlig *«Det var ingen som spurte meg om hva jeg syntes, og så ble det misforståelser, som førte til tvang.»* Det å makte å høre eller forstå forskjellen på hva man egentlig sier og bruk av billedlig språk er et annet viktig element. *«De forstår jo ikke metaforer! Tror det er et uttrykk for sykdom med en gang – tvangsmedisinering.»*

Dersom pårørende sender bekymringsmeldinger til tjenestene kan det gå hardt utover forholdet til den som eventuelt blir tvangsinnlagt. *«Broren min var tutor og skrev under. Det ødela forholdet vårt i mange år. Han så at jeg trengte hjelp og da var det bare tvang.»*

En av grunnene til at innleggelsene blir under tvang, kan for eksempel være et ensidig fokus på symptomer i stedet for å se hele mennesket i en kontekst. Her er det viktig å ikke forhaste seg, spesielt i en kritisk situasjon kan man risikere å tolke feil. Dersom hjelperen kjenner brukeren og det er tillit i relasjonen, kan det være lettere å unngå «tvang for sikkerhets skyld».

Tjenestene burde ha tilbud om opplæring og kompetanseheving, både for brukerens nettverk og tjenestepersonell. En fortalte at; *«Jeg opplever det som automatisk at jeg blir innlagt på tvang. Det fins ikke noe alternativ. Det er familien min som får det gjort, de har ikke innsikt i hva det dreier seg om. Purken kommer og henter meg».*

En annen beskrev at *«Jeg var sint på en venninne av meg fordi hun ble bekymret da jeg ble så aggressiv i ordbruken. Når jeg begynte å få litt hull på byllen så var jeg ikke så snill lenger. Hun sa fra der jeg hadde vært innlagt før, og sa at nå er hun dårlig. (...) Men det er bare hvis jeg blir taus at det er et varsku. Hos en annen kan det jo være at en prater for mye.»* Her trengs det kunnskap om hvordan nettverk og hjelpere kan forstå signaler og bidra til å unngå tvang gjennom langsiktige løsninger med utgangspunkt i brukerens egne erfaringer.

Videre er det viktig å vise interesse for forholdet til pårørende, sett fra pasienten eller brukerens ståsted. Hvem man anser som sine nærmeste, og la det stå i kriseplanen. Det er viktig å følge brukerens ønske om hvem som bør kontaktes.

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

I flere fagutviklingsstudier peker ansatte på at informasjonsflyten og beslutningsprosessene mellom tjenestene og innen personalgruppen er viktig for tvangsbruk. Et godt tilgjengelig hjelpetilbud i kombinasjon med korrekt og presis informasjon, både skriftlig og muntlig, er sentralt for å kvalitetssikre tvangsbruken.

Internasjonalt og nasjonalt, ved blant annet legevakten i Oslo og sykehus i BAT-prosjektet, har man brukt statistikk som hjelpemiddel for å få oversikt over egen tvangsbruk og kvalitetssikre beslutningene.

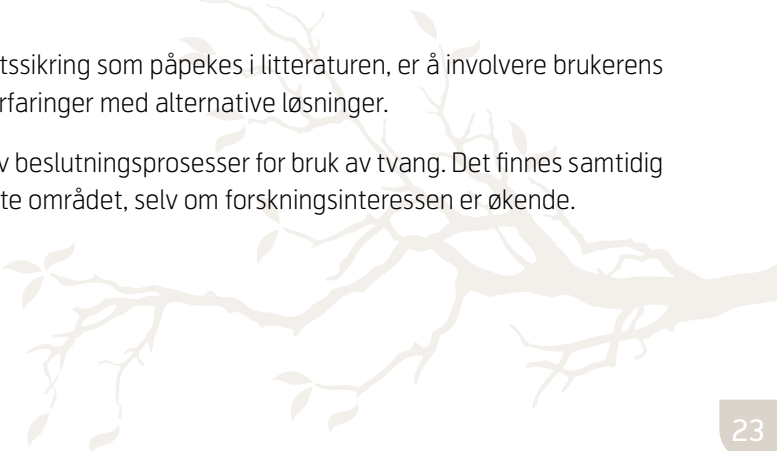
Det er også viktig at vedtaksansvarlig snakker direkte med pasienten når de vurderer. I Gjennombruddsprosjektet, BAT-prosjektet og andre internasjonale prosjekter har det vært gode resultater ved bruk av «en -time- regelen» for å redusere omfang og varighet av mekaniske tvangsmidler. Denne regelen sikrer at legen hyppigere ser til pasienten som ligger i belter, og ikke bare gjør vurderinger over telefon. Erfaringene med psykiatrisk ambulanse viser også at det er viktig at fastlegen kommer hjem til pasienten for å gjøre en god vurdering av nødvendigheten for tvangsinnleggelse.

Flere studier peker på viktigheten av å kjenne pasienten for beslutninger. Rådet for psykisk helse (2010) og Multisenterstudien i akuttpsykiatri (Hustoft m.fl., 2013) finner at en lege på legevakten som ikke kjenner pasienten, oftere legger inn på tvang enn fastlegen. Legevakten benytter også oftere politi og tvang ved innleggelse enn andre instanser (Johansen m.fl., 2012).

Erfaring kan også ha betydning. En studie fant at leger med mindre erfaring (assistentleger) var mer tilbøyelig til å foreslå tvangsinnleggelse, enn leger med mer erfaring (Sattar, Pinals, Din & Apperbaum, 2006). Flere steder har erfart at systematisk etterprøving av vedtak, eller støtte til uerfarne ansatte fra erfaren psykiater, psykolog eller sykepleier kan bidra til å redusere unødig bruk av tvang.

En annen viktig faktor for kvalitetssikring som påpekes i litteraturen, er å involvere brukerens og pårørendes synspunkter og erfaringer med alternative løsninger.

Mange påpeker da viktigheten av beslutningsprosesser for bruk av tvang. Det finnes samtidig lite systematisk forskning på dette området, selv om forskningsinteressen er økende.



Forslag til tiltak

- Tjenesten må sikre kompetanse som bidrar til å unngå ensidig fokus på symptomer.
- Det å ta den andres virkelighetsfortolkning på alvor og bidra til dialog mellom ulike forståelser. Større fokus på brukerens forståelse av årsaksforhold før det settes diagnose.
- Tilbud om opplæring og kompetanseheving for nettverket til pasienten og tjenestepersonell.
- Tjenesten må legge vekt på å involvere familie og venner og følge brukerens ønske om hvem som burde kontaktes, med den hensikt å få bedre forståelse av den totale situasjonen i dialog med pasienten.

Måten man blir møtt på og varselsignaler

Et sentralt tema under workshopene har vært hvilke holdninger man blir møtt med, både i møtet med kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Måten man blir møtt på har alltid mye å si, det legger grunnlaget for hvorvidt den videre kontakten er preget av tillit eller mistillit. En informant sier; «Hvis du blir behandlet med respekt så går det jo så mye bedre. De noterer etter egne synspunkter for hvordan man virker i stedet for å la den det gjelder prate fritt. Det er respektløsheten man blir sint for.» De vi har møtt har vært veldig klare på at det er vanskelig å få til gode møter når en krise er oppstått. Dette gjelder for begge parter. Det er viktig at de ansatte opptre på en trygg måte i møtet med brukeren.

For å få til en god kommunikasjon kan man ikke utelukkende ta utgangspunkt i at man selv vet best, men at den man skal hjelpe selv er ekspert på sitt eget liv. «Hvis de som tar imot deg er flinke nok og forstår hvor skoen trykker, kan det løse mye.»

Hjelpeapparatets rolle blir å forsøke å sette seg inn i den andres opplevelse av virkeligheten. Ved å anerkjenne opplevelsene uten å dømme og samtidig vise forståelse

Det er svært viktig at ansatte innen psykisk helsevern utviser empati og forståelse for at unormale handlinger ikke nødvendigvis er en følge av sykdom, men kan være forårsaket og fremkalt av selve tvangssituasjonen og vonde minner fra tidligere tvangsbehandling

Søkelyset 32-2011:13

og respekt for kulturelle og individuelle ulikheter, vil man kunne komme mye nærmere et likeverdig møte; og dermed oppnå bedre resultater.

Å bli tatt seriøst innebærer en normalisering av følelser, og i større grad se dem som naturlige reaksjoner på unaturlige hendelser. «*Ta folk på alvor, som mennesker og ikke som pasienter i negativ forstand. I praksis gjelder naturlige relasjoner ofte ikke når du møter et hjelpeapparat i psykisk helsevern. Det er generelt sett bygd opp som hjelper og pasient, de ekte relasjonene får ikke gjelde*». En god relasjon blir opplevd som det viktigste for de fleste»

Tjenestene må ikke prioritere bort førstehenvendelser som «ikke er alvorlige nok.» Kommune og spesialisthelsetjeneste bør ha lavterskeltilbud som er tilgjengelig når bruker opplever det som nødvendig. «*Prøvde å kontakte livskrisehjelpen på legevakten, men fikk beskjed om at det ikke var alvorlig nok, skulle heller snakke med psykologen.*»

Relasjoner er mer bindende enn låste dører. Møte mellom mennesker, det vil si helsepersonell og brukere, har større betydning enn regler og fysiske tvangstiltak.

Ta varselsignalene på alvor

Lenge før det blir aktuelt med en tvangsinnleggelse har ofte både nettverket og den det gjelder fått sterke indikasjoner på at noe er galt. «*Det kan ta ganske lang tid før du får hjelp. Skulle vært en tjeneste der du får hjelp tidligere.*»

Mange har langt større innsikt i egne problemer enn det hjelperne tar utgangspunkt i ved en innleggelse. Det vil derfor være helt avgjørende å spørre den det gjelder, om hva vedkommende selv tror kan være god hjelp i situasjonen.

Til tross for individuelle forskjeller, har mange av brukerne snakket om at det som hadde hjulpet, var et trygt sted å hvile, fri fra ytre impulser, rusmidler og medisiner, hvor man får lov til å være som man er, uten trusler om tvang. «*Det må bli lettere å få hjelp når du søker det selv.*»

Det er viktig med tjenester som er oppsøkende og kan møte folk i krise på et tidlig stadium. Det å bli tatt på alvor når man selv ber om hjelp var gjennomgående. Likeså at man stoler på brukerens vurdering når man ber om hjelp.

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

I forskningslitteraturen finner man også at det å fange opp varselsignaler på et tidlig tidspunkt ute i kommunen eller innenfor institusjonene kan være et godt hjelpemiddel for å sette inn alternative tiltak til tvang. Dette forutsetter ofte at hjelperen og brukeren kjenner hverandre godt.

En stor mengde forsknings- og fagutviklingsbidrag viser i tillegg, i likhet med psykoseforskning ovenfor, at måten man blir møtt på har stor betydning for opplevelsen av tvang og for prosesser som påvirker tvangsbruk. Selv om tvangen utføres på en god måte, overskygger den likevel ikke belastningen ved innelukkning og frihetsberøvelse for mange pasienter.

Mac Arthur- studiene av tvangsinnleggelser viser at pasienten er mer misfornøyd med tvangsbruk dersom de opplever negativt press, makt og trusler. Det kan være belastende å bli hentet av uniformert politi. Det er mer positive opplevelser av tvangsinnleggelsen dersom de opplever at tvangen er berettiget – ofte kalt rettfærdiggjort – og dersom de blir involvert i beslutningene underveis. Dersom pasienten føler seg sett, hørt og møtt med respekt og verdighet, kan dette redusere opplevelsen av tvang. Også annen forskning viser at generelle kvaliteter ved relasjonen som tillit, respekt, anerkjennelse og måten man snakker til hverandre på har stor betydning for opplevelsen av tvangen som krenkende eller ikke.

I BAT-prosjektet fremhevet både personalet og brukerne at et helhetlig menneskesyn, en anerkjennende dialog og bruk av tid er viktig for å oppnå en god samhandling med pasientene og for å unngå bruk av tvang. De samme erfaringene gjøres utenfor sykehus, blant ved psykiatrisk ambulanse i Bergen.

«Mange belteleggingssituasjoner kunne jeg være snakket ut av.»

(Bruker i BAT-prosjektet. Norvoll m.fl., 2008)

Forslag til tiltak

- Tjenesten må vektlegge bruk av tid og søke gjensidig respekt i kommunikasjonen mellom bruker og hjelpeapparat. Brukeren og familie og venners vurdering av varselsignaler bør samlet vurderes, i dialog med tjenesten og brukeren.
- Tjenesten må fremme relasjonen som en grunnleggende del av tilbudet og i størst mulig grad sikre kontinuitet i denne, slik at brukere og ansatte får en god dialog.
- Tjenesten både på kommunalt og spesialistnivå bør ha målsetting om at brukerens egne vurderinger av situasjonen må være mest mulig førende for vurdering av bistandsbehov eller løsningsmuligheter.
- Gi lavterskeltilbud som gir brukeren kontroll, basert på eget ønske og behov, som et trygt sted å være i perioder, fri fra rusmidler og medisiner. Et sted hvor man får være som man er, uten trusler om tvang.
- Lavterskeltilbud på psykologbehandling gjennom å tilby 10 behandlingstimer når behovet oppleves som akutt.
- Etablering av oppsøkende tjenester organisert fra sykehuset som Acertive community treatment team (ACT) og ambulerende rehabiliteringsteam (PART), eller i kommunen.

Styrke brukeren

For å hindre at det blir aktuelt med tvang, vil det være viktig å hjelpe den det gjelder med å styrke seg selv. Flere av brukerne var opptatt av hvordan de selv kan ta større ansvar for sitt eget liv. «*Min helse er mitt ansvar, vi må ikke være ofre for vår sykdom.*». En annen formidlet; «*da jeg forsto at jeg måtte gjøre behandleren trygg på meg, endret mye seg*»

Informantene så viktigheten i å få større innsikt i egne behov: «*Selvinnsikt, nok søvn, kontroll på alkohol. Jeg går på medisiner som jeg føler at jeg kan leve med - for å forhindre nye innleggelses. Mer åpenhet, være stolt av meg selv med mine egne erfaringer, akseptere alle sider av meg selv.*» Mange ønsket å dele erfaringer med andre som hadde vært gjennom lignende prosesser; «*Skulle aller helst hatt noen der som hadde gått den veien før meg.*»

Flere ønsket seg støtte i å nærme seg egne følelser, å få snakke med likemenn, som et steg på veien til å få tilbake selvrespekten og troen på at det nytter. «*Samtaler med mennesker som behandler en som likemann hjelper, det er min erfaring. Om jeg er på åpen avdeling eller lukket har mindre å si. Man trenger å lære å nærme seg sine egne følelser, og lære selvrespekt.*»

Å holde håpet levende er viktig, og at noen tror på deg. «*Når jeg var innlagt var de fleste helt uinteressert, men det var en som krevde av meg at jeg måtte komme i gang. Hun motiverte meg.*» Å bli satt krav til ble her opplevd som et viktig vendepunkt. Dette gir utviklingsmuligheter og fremtidshåp.

Det er viktig at de kommunale tjenestene så vel som spesialisthelsetjenestene bidrar til at kunnskap basert både på erfaringskompetanse og faglig kompetanse, blir formidlet til brukere. Mange er opptatt av mulighetene for å lære hvordan psykiske problemer bedre kan håndteres. Tjenestene må være mer bevisst på å øke brukerens kompetanse på å mestre egne problemer.

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

I litteraturen om alternativer til tvang vektlegger man ofte betydningen av en helhetlig behandlingstilnærming for å unngå bruk av tvang. Behandlingstilnærmingen innebærer et vidt bedringsperspektiv, ofte kalt recovery. Dette innebærer at man inkluderer medvirkning, rehabilitering og sosiale levekår i behandlingen. Videre er man opptatt av å styrke pasientens (eller brukerens) ressurser. Dette innebærer også at pasienten øker sine ferdigheter i å løse vanskelige følelser eller kriser på egenhånd eller sammen med andre. Visalli og McNasser (2000) har blant annet laget et sinne- og mestringsverktøy som personalet bruker i behandlingen for at pasienten skal bli bedre til å mestre egne sinnefølelser. På samme vis er metoden «Terapeutisk mestring av aggresjon» (TMA- metoden) også rettet mot å øke pasientens eget mestringsnivå (blant annet Helse Stavanger). Bruk av Basal Eksponeringsterapi ved Blakstad sykehus har også vist at tvangen reduseres, dersom behandlingen i større grad rettes mot å styrke pasienten evne til indre selvregulering. Dette i motsetning til en tradisjonell vekt på ytre regulering eller kontroll. Selv om viktigheten av å styrke brukerens ressurser er påpekt i forsknings- og faglitteraturen foreligger det få eksplisitte og utdypende studier av slike alternativer.

Forslag til tiltak

- Brukeren må få støtte for den opplevde vanskelighet vedkommende har, og veiledning til aksept av seg selv og håndtering av vanskelige følelser.
- Tjenesten må gi tilbud om kompetanseheving til brukeren om blant annet konfliktmestring og håndtering av vanskelige situasjoner.
- Tjenestene må tilby mestringskurs i samarbeid med brukerorganisasjoner.
- Tjenesten bør bidra til organisert bruk av erfaringskonsulenter eller likemenn, som kan formidle håp og formidle erfaringsbasert kunnskap om mestringsstrategier.

Sosiale arenaer mot isolasjon

Flere var opptatt av å skape sosiale relasjoner og opplevelser, som gjør at man er bedre rustet til å møte psykiske utfordringer i det daglige liv. Dette for å unngå at livskriser tar helt overhånd.

Kontakten med andre som er i lignende situasjoner kan hjelpe mot isolasjon: *«Her lages det ekte relasjoner mellom medlemmene, man opprettholder sin sosiale kompetanse på dagtid og kaller det en jobb. Man oppfører seg voksent, lite sykdomsprat. Arbeidsfellesskap, mer enn et dagsenter.»* Sosiale arenaer kan bidra til raskere bedring, gjennom å ha et fast sted å gå til, hvor man har noe nyttig å ta seg til. *«Sosial kontakt og deltagelse gjennom arbeid gjorde at jeg kom ut av psykosen raskere. Hørte ikke stemmer.»* Kontakten med andre kan altså bidra til at symptomer forsvinner og man oppnår en større kobling til resten av verden.

Aktivitet er viktig for mange, men kan være vanskelig å komme i gang med dersom man er vant til å isolere seg: *«Tilbud om aktivitet hver dag, uansett om man er på institusjon eller hjemme. Mosjon, for eksempel svømming, nok mat og søvn.»*

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Litteraturen beskriver også at det å fange opp varselsignaler på et tidlig tidspunkt ute i kommunen eller innenfor institusjonene, kan være et godt hjelpemiddel for å sette inn alternative tiltak enn tvang. Dette forutsetter ofte at hjelperen og brukeren kjenner hverandre godt. Du kan lese mer om dette under kriseplan og forebygging av vold og aggresjon.

Forsknings- og faglitteratur om tvang og alternativer til tvang har ofte omhandlet sykehus tjenester, og i noe grad desentraliserte tjenester i kommunene. Litteraturen har i liten grad diskutert betydningen av lokale sosiale tilbud for å forebygge tvang. Denne studien løfter dermed i større grad frem dette som et viktig alternativ. Norvoll (2011) finner samtidig at lavterskeltilbud har stor betydning for brukerne når det gjelder psykisk helse, sosial støtte og bedringsarbeid. Rapporten konkluderer med at slike lavterskeltilbud er viktige og billige tiltak som er helsepolitisk undervurdert.

Forslag til tiltak

- Kommunale tjenester må særskilt vektlegge og understøtte sosiale arenaer som motvirker isolasjon.
- Kommunens helsetjeneste må spesielt forsøke å fremme tilhørighet der man bor gjennom deltagelse i kultur eller arbeidsaktiviteter.
- Bidra til at brukerorganisasjonenes nettverk kan utvikles og bli brukt som arenaer.
- Satse på aktivitetssentre som kan bidra til en større tilknytning til omgivelsene, som brukerstyrte arbeidsfellesskap (for eksempel: Fontenehus, KIM-senteret, Amalie Skrams hus og Sagatun brukerstyrte senter).
- Prioritere bruk av støttekontakter og fritidsassistenter.



Kommunal forebygging

Tvang er en alvorlig inngripen i et menneskes liv som kan få svært alvorlige konsekvenser. Bruk av tvang er aller siste utvei. Brukerne er opptatt av at mye kan gjøres i forkant for å unngå tvang.

Flere formidler at tvangsopplevelsene skaper nye traumer i tillegg til de man allerede hadde. Dette samsvarer med forskningen, blant annet fra BAT-prosjektet. Informantene formidlet mange forslag som vedrører tjenester og faglighet, både i kommunen og hos spesialisthelsetjenesten. Forebygging handler om å fange opp mennesker som sliter, så tidlig som mulig, slik at tvang ikke blir nødvendig. Brukerne formidler et stort behov for å bli ivarettatt når de selv opplever å miste kontrollen.

«Det var en søndag og ingen primærlege var på vakt, så legevakten måtte kontaktes. Etter mange timers ventetid kom endelig legen, som beordret øyeblikkelig innleggelse. Hun torde ikke nærme seg Helge og gi ham en beroligende sprøyte. Hun klarte ikke å få kontakt med ham, og snakke med han for å få ham til å gå med på frivillig innleggelse.

Tvangsinnleggelse var det eneste mulige alternativet. For å få gjennomført dette, sendte legen bud på politiet. Denne innleggelsen var svært dramatisk og vond. Måten den foregikk på ble en sjokkopplevelse, først og fremst for Helge som pasient, men også en sterk opplevelse for familien. Han satte seg naturligvis til motverge. Med makt, og ved hjelp av polititjenestemenn, ble han påsatt håndjern. Det skjedde ute på gårdsplassen, foran øynene på forskrekkede naboer, og med familien som hjelpeløse tilskuere. Så ble han fraktet til sykehuset av politiet. Det var ikke snakk om å tilkalle en ambulanse for syketransporten. Den brutale måten innleggelsen foregikk på, gjorde et dypt inntrykk. Vi hadde ikke forestilt oss at det ville skje på denne måten.

Gutten var jo syk, og så ble han behandlet som en kriminell. I forkant av innleggelsen hadde vi opplevd flere døgn med svært stor engstelse for Helges sinnstilstand, og store problemer med å få lege til å rykke ut for å vurdere hva som skulle gjøres. Å få «hjelp» på denne måten var en grotesk opplevelse. Men verst var det å tenke på hvordan Helge opplevde det. Jeg håpet i det lengste at han på en måte var bevisstløs, og at han ikke ville huske det etterpå. Men slik var det ikke. Han husket alt.» (Berg, 2005, s. 35)



Fastlegens funksjon

Mange kvier seg for å ta kontakt med fastlegen og fortelle om hvordan det egentlig står til, i frykt for å bli innlagt. Frykten for en tvangsinnleggelse kan i verste fall ødelegge muligheten for en tillitsfull relasjon mellom lege og pasient og dermed også hindre muligheten for å få tilrettelagt forebyggende hjelp på et tidligere tidspunkt. «*Man blir bedre av å fortelle om hemmeligheter. Det er ofte sånn at pasientene føler de må holde ting hemmelig. Jeg ble rådet til å ikke fortelle alt av psykologen min, fordi det ville få konsekvenser. Jeg ser folk som ikke er der.*»

Mange formidler et behov for å fortelle om vanskelige tanker og følelser uten at dette skal få store konsekvenser. Risikoen er som tidligere nevnt stor for feildiagnostisering dersom man ikke tar seg tid til å bli kjent, før man begynner å medisinere eller vurdere tvang. «*Jeg fikk bare en liten samtale hos legen, og ble satt på lithium mot bipolar lidelse. Hvordan kunne de finne ut det så fort?*»

Reduksjon av tvang ved psykiatrisk legevakt Oslo

Strategier for gjennombruddsprosjektet.

- En døgninnleggelse er ikke alltid det beste.
- Forhandlingskompetanse og evne til å mobilisere pasientens egne ressurser.
- Gi akutt psykoterapi her og nå
- Mobilisere pårørende
- Bruke akutteamene
- Bruk avlastningsenhet
- Bruk av Observasjonspost på legevakt

Konklusjon

Tilbakemelding på egen praksis bidrar til bevisstgjøring og kan endre adferd.

Ledelsen må ha mål om å redusere tvang.

Næss og Bøen (2008)

Ved å bruke mer tid på å sette seg nærmere inn i problematikken oppnår man både at pasienten føler seg mer tatt på alvor, og det kan forhindre beslutninger som fører med seg unødig bruk av tvang. «*Uansett årsak hvorfor du oppsøker hjelp skal du bli tatt på alvor. Det var en fastlege som sa at han brukte 90 prosent av tida si på å si at folk ikke skulle dø enda. Uansett om det er fysisk eller psykisk må du bli tatt på alvor.*»

Fastlegen må lettere kunne søke bistand fra andre deler av tjenesten og samtidig være en fast støttespiller for å sikre kontinuitet i behandlingstilbudet. «*Fastleger bør bli bedre rusta til å ta seg av folk i krise. Bistand fra ambulant team.*»

En del av informantene savnet en større interesse for hjemmesituasjonen sin, at noen kom hjem til dem og fikk se hvordan det faktisk stod til. «*De kommer jo ikke hjem til oss på besøk. Legene må komme seg ut av kontoret og komme hjem til oss og se hvordan vi bor.*» Gjennom å engasjere seg litt ekstra mente de at fastlegen kunne oppnå å avverge potensielle tvangssituasjoner, for eksempel ved å også ha samtaler med det nære nettverket (venner og familie). «*Var deprimert på folkehøgskole, hadde en engasjert fastlege. Han kom på hjemmebesøk i 2-3 uker, daglig oppfølging, hadde gode venner som legen snakket med. Legen brukte nettverket.*»

Legevakten

Legevaktens kompetanse og praksis er også svært sentral for å kunne bidra til at tvang ikke blir for raskt iverksatt. (Viser her til reduksjon i bruk av tvang ved Oslo Legevakt, ref. Næss og Bøen, (2008) ovenfor.)

Fastlegen og andre tjenester må være oppmerksomme på brukerens helhetlige livssituasjon, for eksempel arbeid og sosiale nettverk, og sikre at grunnleggende menneskelige behov som mat, søvn og kontakt med mennesker er ivaretatt. Når det gjelder transport til sykehus bør fastlege og sykehus sitt første valg være ambulansetransport. En "psykiatrisk ambulanse" (jfr. Bergen) bidrar til god kompetanse og bruk av tid til å roe ned situasjoner. Det er viktig å styrke kompetansen ved legevaktjtjenestene ved å ha psykolog og psykisk helsearbeidere tilknyttet legevakt. Det er helt avgjørende for den enkelte bruker at legen gjør grundige og nøyaktige vurderinger av alternative frivillige tilbud, og at tjenesten søker å opprette tilbud som er basert på brukerens behov.

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Det foreligger noe fagutvikling, men færre forskningsstudier om betydningen av tett oppfølging i de desentraliserte tjenestene og i kommunen for reduksjon av tvang. Det er likevel beskrevet noen suksessfaktorer ved DPS, mer generelt. Fagutviklingsarbeid (blant annet strategiplanen til Helse Vest, 2011) peker på at et godt tilbud i kommunen og ved DPS er sentralt for å gi et behandlingstilbud på rett omsorgsnivå, og for å forebygge tvang. Disse tjenestene bør komme tidligere inn før situasjonen utvikler seg til å bli mer alvorlig.

Tiltak ved legevakt og DPS som kan øke frivillighet og redusere tvang

- Legevakten får raskt tilgang til sykdomserfaringer fra fastlege og kan mobilisere nettverket av familie og venner for å dempe den akutte situasjonen.
- DPS lover legevakten hjelp med personen neste morgen.
- God opplæring av legevaktpersonale: herunder kjennskap til lokale alternativer til tvungen akuttinnleggelse og riktig lovforklning av kriteriene for innleggelse.
- Gode prosedyrer for vurdering og håndtering av akutte situasjoner.
- Utarbeidelse av og bruk av pasientens kriseplan.
- Mer ambulansetransport og mindre polititransport ved akutte psykiske lidelser.
- Fastlegen deltar aktivt i ansvarsgrupper organisert rundt pasientens individuelle plan.
- Fastlegen har kjennskap til lokale tilbud og frivillige alternativer.
- Fastlegen har tilgang på akutt-timer og/eller beredskapssenger i andre deler av behandlingssystemet.
- God kjennskap til lover og regler på området.
- Fastlegen setter av nok tid og trekker inn nettverket rundt pasienten i behandlingen.
- Fastlegen spør pasientene om personlige problemer.

(Rådet for psykisk helse, 2010: 13-14)

Som beskrevet tidligere, påpeker flere studier at fastlegen og legevakten har betydning for vedtak om tvangsinnleggelse, politibruk og andre tvangsformer i sykehuset som følger tvangsinnleggelsen. Fagutvikling i tilknytning til legevaktens arbeidsmåter er derfor sentralt.

Det er beskrevet gode erfaringer med å bruke psykiatrisk ambulanse ved innleggelser. Erfaringene viser at ambulansen er vellykket for å få til en bedre innleggelsesmåte, og bedre ivaretagelse av pasient og pårørende. Bruk av fysisk makt og belter er også redusert. Det er samtidig noen legale og organisatoriske begrensninger som vanskeliggjør reduksjon av tvangsvedtak (Norvoll, pågående studie).

Tross spredte bidrag er det få utdypende forskningsstudier om tiltak i kommunene og desentraliserte tjenester som kan bidra til å unngå tvangsbruk. I rapporten til Rådet for psykisk helse (2010) beskrives noen gode eksempler. Deres forslag er gjengitt i egen boks s. 34.

Forslag til tiltak

- Kompetansen og evnen til å samarbeide med øvrige tjenester og brukerens nettverk må vektlegges hos fastleger. Bedre samarbeid mellom fastlege, oppsøkende team og legevakt.
- Psykisk helsearbeidertjenesten bør være tilknyttet legevakten.
- Fastlegen må bruke god tid for å unngå feildiagnostisering og unødig bruk av tvang.
- Tjenesten må måles på om de gjør grundige vurderinger av alternative frivillige tilbud og muligheten for å tilby dette i praksis.
- Det bør etableres flere psykiatriske ambulanser som blir tilkalt i stedet for politi for hele landet.



Individuell plan og kriseplan

En **individuell plan** (IP) skal inneholde mål som reflekterer eller er basert på brukerens egne ønsker og behov. Den må ta utgangspunkt i den enkeltes ressurser og egne mål om for eksempel å være medisinfri. Å snakke om personlige utfordringer, behov for hjelp og målsetninger for livet krever gjensidig tillit, åpenhet og et ønske fra brukeren selv om å forplikte seg til å følge opp planen. I tunge perioder kan det være vanskelig for brukeren å se fremover og samarbeide om målsetningene. Det viktigste vil da være å bruke planen til å styrke selv tilliten og troen på egne evner og ressurser. For å få til dette må brukeren bli tatt på alvor i utformingen av IP, slik at den kan fungere som et håp om endring (jfr. Veileder for psykisk helsearbeid i kommunen, Helsedirektoratet).

Noen av våre informanter så mulighetene for individuell plan som et verktøy for å unngå tvang. Problemet var imidlertid å få IP til å fungere godt, både generelt og i sammenheng med alternativer til tvang. Mange opplevde IP som lite funksjonell, fordi den rett og slett ikke blir fulgt opp og tatt hensyn til. Dersom slike planer lages uten sterk involvering av brukeren, vil den aldri kunne fungere på sikt.

En **kriseplan** er en plan for hva som kunne ha hjulpet dersom man skulle havne i en situasjon hvor det ble snakk om tvangsinnleggelse. For å forhindre at dette skjer er forslaget at det utarbeides en plan med faresignaler og konkrete tiltak: Hvem skal man henvende seg til, hva skal gjøres og hva ønsker – og ikke ønsker – man av behandling. Dersom en slik plan har gyldighet i møtet med psykisk helsevern vil det kunne fungere som en forhåndserklæring (psykiatrisk testamente) som i større grad imøtekommer brukerens behov.

«I en situasjon der man er oppegående, sier et behandlingstestamente noe grunnleggende om hvordan man ønsker å bli behandlet dersom man for eksempel går inn i en psykose. Dokumentet er da basert på egne erfaringer som begrunnes blant annet i menneskerettighetene. Som pasient ønsker jeg en dialog om hvilke medikamenter som blir gitt meg, og i en god periode ønsker jeg å bidra med innsikt i hva som gjør meg godt. Fagfeltet må erkjenne at den syke også har friske faser i sitt liv» (Vaaland, 2007, s. 126).

For at individuell plan og/eller kriseplan skal ha en hensikt, må den ha en status som behandlerne på alle tjenestenivå forplikter seg til å følge.

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Brukerorganisasjoner har også vært opptatt av bruk av psykiatrisk testamente som et verktøy som kan redusere bruk av tvungen psykisk helsevern. Et supplement eller alternativ til dette er utarbeidelse av en kriseplan sammen med pasienten. Denne kan eventuelt også inngå i vedkommende sin individuelle plan. I USA har de prøvd ut bruk av et mer bindende dokument enn vi har brukt i Norge, som de kaller «Advanced Directives». Det er et dokument hvor personen på forhånd skriver ned hva en ønsker av hjelp og intervensjoner hvis man for eksempel får en ny psykose. Det er gode erfaringer med denne typen dokument. Den kan føre til økt samarbeid med helsepersonell om hjelp og frivillighet, og redusere opplevelsen av å bli utsatt for tvang og krenkelse hvis tvang blir benyttet. Bruk av verktøy for systematisk risikovurdering og bruk av kriseplan er per dags dato også de to intervensjonene som har best støtte ut i fra Kunnskapsenteret (2012) sin gjennomgang av studier om å redusere bruk av tvang.

Thornicroft m.fl. (2013) finner samtidig i sin studie av Joint Crisis Plan (JCP) at effekten synes avhengig av om det kliniske praksisfeltet har utviklet slike planer i samarbeid med pasienter (og pårørende), samt at de benyttet seg av kriseplanen som er utarbeidet. Implementeringen av planen og bruk av denne i praksis er dermed en av de største utfordringene. Dette samsvarer med resultatene i denne studien.

Forslag til tiltak

- Tjenestene bør vektlegge bruk av individuell plan i samarbeid med brukeren med utgangspunkt i brukerens egne ressurser og egne mål. Den individuelle planen bør ha en sterk føring som innebærer at tjenestene følger opp det som ligger av tiltak fra deres side.
- Tjenesten bør vedta i sin tjeneste at forhåndserklæringer/kriseplaner med oversikt over faresignaler og brukerens egne ønsker av tiltak i planen. Denne må ha gyldighet i møtet med psykisk helsevern.



Tett oppfølging uten innleggelse

For å forhindre en tvangsinnleggelse kom det flere forslag til tiltak som omhandler å følge opp brukeren tett i en periode. «*Flere frivillige sengeplasser. Lavterskeltilbud ved selvmordsforsøk. Tilbud uten at man vurderes så veldig og blir truet med tvang.*»

Brukerstyrte plasser kan fungere som et sted man kan få slappe av i noen dager når det er krise. Her har man har noen å snakke med og får et pusterom til å hente seg inn igjen. «*Lavterskel avlastning for noen dager, for å hvile. Var på det i nesten seks uker, de brøt reglene for maks tre uker, for å unngå tvangsinnleggelse. Greide ikke følge opp reglene der, men de valgte å se forbi det, fordi målet var viktigere.*»

Andre forslag handlet om å få tettere oppfølging hjemme i en kritisk fase, for eksempel gjennom ACT-team (Assertive Community Treatment team). «*Hvis det hadde kommet et team hjem til meg som har peiling, som jeg kunne snakket med. At de hadde spurt meg om hva som gjorde at det ble litt mye nå.*» Flere mente at tilbud om ACT-team og hjelp til å komme litt i aktivitet kunne forebygget større kriser og dermed bruk av tvang. «*ACT kan gjøre at man ikke blir så dårlig, de følger deg opp før det blir så ille. Jeg var dårlig i august, men ble ikke innlagt i det hele tatt. Jeg jobbet frivillig med ei blind dame og kontakten med henne gjorde at jeg ikke hørte stemmer. Det er ganske selvmotsigende at når man er innlagt tar det lengre tid å bli bedre.*» Brukerbevegelsen er redd for at bruk av ACT-team kan forsterke opplevelsen av skjult tvang dersom oppfølgingen blir for tett og invaderende.

Tett oppfølging handlet ikke nødvendigvis så mye om hvem, men at noen man har tillit til holder tett kontakt gjennom den mest kritiske fasen. «*Fikk oppfølging på poliklinikk som er lydhør ovenfor erfaringer, hører på meg og slutter øyeblikkelig med medisiner når jeg kjenner bivirkninger. Hun ga oppfølging to ganger om dagen og gjorde alt for å unngå innleggelse, fordi hun visste hvor traumatisk det var sist gang.*»

Støttesamtaler og hjemmebesøk var noe som gikk igjen blant forslagene, også for å fange opp signaler før det ble kritisk. «*Kommunen kunne kommet og snakket med folk, før det blir galt.*» Tryggheten ved å ha noen å snakke med til faste tider gjorde at det ble lettere å takle hverdagen mellom samtalene. «*Støttesamtaler med en person fra kommunen har fungert for meg. Vi går på kafé sammen til faste tider.*»

Oppsøkende tjenester gjør at brukeren får én å snakke med over tid og vil bidra til at ting som er vanskelig kan håndteres tidlig. Tjenesten må legge opp til at brukeren får støttepersoner og bistand som preges av kontinuitet. En tillitsperson som man selv velger må inkluderes i kriseplanen og bli kontaktet dersom det skjer noe. Det kom forslag om bruk av erfaringskonsulenter eller likemenn som støttepersoner i tjenestene.

Prinsipper for utforming av hjelpen

- Det må tilbys en rask respons på henvendelsen. Det er avgjørende for utviklingen av krisen og samarbeidet omkring denne at teamet kan kontaktes lett hele døgnet – per telefon – og at partene kan møtes i løpet av 24 timer.
- Tilbudet oppleves som et realistisk alternativ til innleggelse. Personen i krise opplever støtte og oppfølging av teamet over tid (fire uker). Støtten spenner fra praktiske gjøremål til tiltak som kan forhindre sosial isolasjon.
- Personens ønsker og behov står i sentrum for samarbeidet. Fokus for samarbeidet er personens opplevelse av krisen og hva som kan bidra til endring gjennom daglige gjøremål og relasjonelt arbeid.
- Tilbudet utformes i lokalmiljøet hvor personen lever og bor. Hjemmet som samarbeidsarena muliggjør og opprettholder kontakt med familie, naboer og venner.
- Innholdet i tilbudet forhandles frem gjennom bruk av refleksjon og tid. Tillit utvikles gjennom åpne samtaler og diskusjoner om hva som kan gjøres. Slik kan alle stemmer få en plass.
- Tilbudet tilpasses personens livsbetingelser og evne til egen kontroll. Krisen kan åpne for nye mestringsstrategier for de involverte partene. Avgjørende for samarbeidet er at personen i sentrum opplever å ha kontroll i det som skjer.
- Personen opplever seg sett, hørt og tatt på alvor i en helhetlig forståelse hvor sykdom utgjør bare ett aspekt. I krisearbeidet søker en å ivareta personens konkrete liv og samtidig vektlegge et verdig og respektfullt samarbeid.
- Tilbudet gir rom for en rolig(ere) tilnærming og en normalisering av krisen. I samarbeidet forsøker en å utvikle gjensidig trygghet som kan gi en redusert opplevelse av sosial stigmatisering.

(Hultberg og Karlsson 2007)

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Kunnskapssenterets (2012) oppsummering av behandlingsstudier kunne ikke konkludere sikkert om akutte kriseteam og ACT-team har effekt for tvangsreduksjon eller ikke. Dette samsvarer med Rådet for psykisk helse (2010). En midtveis-evaluering av 12 ACT-team i Norge finner imidlertid at antall døgnopphold i sykehus har gått ned i løpet av første periode (KoRus-Øst og Ahus, 2012). Flere studier finner sammenheng mellom økt brukertilfredshet og god dialog med ansatte i teamene og sykehus. I tillegg er det gode erfaringer med en kombinasjon av akutt ambulant team og hjemmebehandling i en krisesituasjon. Nyere studier uttrykker imidlertid bekymring for at bruk av tvang flytter ut til ACT-team, blant annet gjennom økt bruk av tvang uten døgnopphold (Øye og Norvoll, 2013). Teamets virkemåte er derfor sentralt for om de vil kunne være et reelt alternativ til tvang. Fagutviklingsprosjekter, blant annet ved Jæren og Grorud DPS, har gitt redusert antall tvangsinnleggelses ved tilbud om brukerstyrte plasser. Dette tilbudet er rettet mot å unngå at personer må vente for lenge før de får tilbud om hjelp.

Forslag til tiltak

- Tjenesten bør organisere tilbudet slik at det er mulig for helsearbeidere å følge brukere over tid. Når man har tillit til noen som har fulgt en over tid, blir det lettere å føre dialogen som igjen kan hindre nødvendigheten av tvang. Interkommunalt samarbeid burde ha systemer for dette i små kommuner.
- Flere frivillige sengeplasser og lavterskeltilbud ved selvmordsforsøk. Faste hjemmebesøk i vanskelige perioder.
- Nettverksmetoder og oppsøkende arbeidsmetoder som ACT-team, bør være tilgjengelig.

Helhetlig og alternative tjenestetilbud

Vi velger å ha et eget avsnitt om helhetlig behandling og alternativer. Mange av brukerne både i workshopene og i grålitteraturen, var opptatt av alternative og helhetlige tilbud. Helhetlig tilbud handler i et brukerperspektiv om at brukerens livssituasjon og egen forståelse av denne må tillegges større vekt. Samarbeid mellom tjenester hvor avtalene med bruker om tjenestens tilbud blir overholdt, er en del av dette.

De alternative tilbudene i et brukerperspektiv vil kort sagt være alle tiltak som ikke fordrer medisiner. «*Sørg for at pasientene har det de trenger når de kommer dit, en sosionom som er på pletten.*»

Helhetlig behandling handler også om omsorg og opplevelsen av at noen bruker tid på deg i en kritisk fase.

Noen savnet tilbud som dekker behovet for å unngå å være alene og å ha et sosialt fellesskap å forholde seg til. «*Jeg har veldig stor tro på en mellomstasjon, et kollektiv, hvor man kan bo litt for seg selv og litt sosialt. Et hvilehjem, hvor du kan jobbe litt, få en rolig overgang.*»

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Flere studier påpeker viktigheten av å utbygge tilgjengelige alternative frivillige og oppsøkende tjenester for å unngå tvangsinnleggelse og etterfølgende tvangsbruk, deriblant Stastny og Lehmann, 2007. Det foreligger dessverre lite forskning om disse alternativene. Det meste er fagutviklingsprosjekter eller interne evalueringer. Dette er likevel spennende arbeidsmodeller som har i seg mange av de trekk som blir beskrevet av brukerne som kan være med på å redusere bruk av tvang. Les mer om dette i Frivillighet før tvang II.

Soteriahusmodellen

Et av de eldste alternativene til tradisjonell sykehusbehandling som ble utviklet allerede for over 40 år siden var Loren Mosher's «Soteria krisehus» for personer i psykotiske kriser. «Soteriahusmodellen» har vært utprøvd blant annet i USA, Sveits, Tyskland og Sverige. Grunnprinsippene bak «Soteriahusene» var at de skulle være et alternativ til tradisjonelle institusjoner innen psykisk helsevern. Behandlingen kaltes psykososial og det ble tilstrebet å bruke så lite medisiner som mulig. De ansatte skulle ikke være profesjonelle med utdanning

innen helsefag, bortsett fra en psykiater til hvert «Soteriahus» som var håndplukket med tanke på personlige holdninger og verdier.

En studie antyder blant annet at det er mulig å hjelpe mennesker gjennom psykotiske kriser med minimal bruk eller uten bruk av medisiner, men med bruk av andre psykososiale og terapeutiske tiltak. De oppsummerer også at disse studiene for det meste er små og uten tilstrekkelig bruk av RCT design (en metode der vanligvis to grupper sammenlignes) som i dag regnes som nødvendig innen behandlingsforskning, samt at det er et skrikende behov for mer forskning. En slik tilnærming, men åpning for å bruke mindre medisiner enn hva som vanlig, vil muligens kunne føre til mindre bruk av tvang. Det er nettopp om medisinbruk konfliktene ofte står mellom brukeren og helsetjenesten. Soteriahus er også et «retreatsted» hvor man unngår frihetsberøvelse.

Recovery

«Recovery»-baserte behandlingsmodeller eller bedringsprosesser, kan sees på som en filosofi eller en holdning som fremmer muligheter og tro på at mennesker kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, selv om de sliter med psykiske lidelser. Begrepet oppsto i USA og fikk gjennomslagskraft i Norden på åttitallet. Det har siden vært gjenstand for en del utprøving og noe forskning.

I USA er det gjort utprøvinger med å legge «recovery»-baserte arbeidsmodeller til grunn for å redusere bruk av tvangsmidler. Initiativet kom fra en veldedig (non-profit) organisasjon og intervensjonen ble kalt: «No-Force-First (NFF) Policy». Tiltaket besto av retningslinjer; åtte regler som tjenestetilbudet skulle følge, og ble utprøvd i krisesentre drevet av organisasjonen. Prinsippene likner også andre tvangsreducerende intervensjoner som er beskrevet i siste del av heftet. Programmet legger stor vekt på implementering av nye tiltak, holdningsskapende arbeid blant personalet, klare prinsipper til grunn for arbeidet og tydelig ledelse av tjenestene. Tiltakene ble ikke fulgt av systematisk forskning. Det er gjort evaluering i etterkant blant annet ved å gå tilbake og se på registrert (deskriptive data) bruk av tvang i helseregistre i geografiske områder hvor tiltakene har vært innført. Ved et krisesenter ble det samlet inn deskriptive data før og etter innføring av prinsippene over en periode på to år. Resultatet var at stedet hadde helt sluttet å bruke mekaniske tvangsmidler og isolasjon.

Nettverksmodellen

I Finland har Jacco Seikkula (2000) utviklet og evaluert Nettverksmodellen som også kalles «Åpne samtaler» eller «Åpen dialog». Arbeidsmodellen inneholder momenter som at et oppsøkende team reiser hjem til den som er i en psykisk krise, helst innen 24 timer. Det tilstrebes å involvere personens nettverk, familie og venner i samtale. Teamet tilstreber å møte den som sliter og dennes nettverk på en likeverdig og respektfull måte for sammen å drøfte ulike alternativer og finne løsninger for den kritiske situasjonen. Noe av de viktigste prinsippene for møtet og samtale mellom helsepersonell og den som er i en krise, er at teamet ikke skal komme med definisjonsrett og sin forforståelse av situasjonen. Men sammen med vedkommende og nettverket skal de finne en mulig løsning på krisen. Således innebærer modellen et element av endret og mer likeverdig maktforhold mellom bruker og helsepersonell enn tradisjonelle arbeidsmodeller innen psykisk helse. Dette er en modell som har vist svært gode resultater selv om resultatene er omdiskutert. Den bør derfor utprøves og evalueres videre.

Andre alternative tilbud

I England er det gjennomført en relativt stor samlet evaluering av alternative døgntilbud til tradisjonelle psykiske helsetjenester under «The Alternatives Study». Alternativene er ofte utformet som ulike typer «krisehus», hvor mennesker kan få hjelp og støtte i mer hjemlige omgivelser enn hva tradisjonelle sykehusavdelinger ofte kan tilby.

Funnene i denne multisenterstudien antyder at de alternative behandlingstilbudene ikke gir bedre resultat av behandling, men at brukeres tilfredshet med tilbudet er bedre enn ved vanlig behandling. De alternative «krisehusene» fører også ofte til mindre bruk av tvang, og tilbyr brukerne mer frihet, mer trygghet og bedre støtte fra nettverket sitt sammenliknet med de som mottok tjenester fra de offentlige tjenestene. De alternative tjenestene som brukerne satte pris på skilte seg også ut ved bedre terapeutiske relasjoner. Selv om begge typer tilbud hadde brukere med samme alvorlighetsgrad i psykiske vansker, skilte brukerne av de alternative tilbudene seg ut ved at de hadde mindre utfordringer med aggresjon og voldelig atferd.

Studien konkluderer med at forskningen bør jobbe videre med å undersøke hvordan man kan integrere elementer som har visst seg å føre til bedre brukertilfredshet inn i det offentlige tjenestetilbudet. Dette er faktorer som gir opplevelse av bedre terapeutiske relasjoner, bedre samarbeid, hyggeligere omgivelser og bedre opplevelse av frihet og trygghet.

Vil du lese mer om ulike behandlingstilnærmelser?

Recovery

Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, Vol. 46, 452–459.

Tidsskrift for psykisk helsearbeid. (2011). nr 4. Temanummer om Recovery.

Soteria Hus

Mosher, L. R. (1999). Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review. *Journal of Nervous Disorders*. 187, 142-149.

Nettverkstilnærming

Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Tano Aschehoug.

Alternative akutttilbud

Slade, M., Byford, B., Barrett, B., Lloyd-Evans, B., Gilbert, H., Osborn, D.P.J., Skinner, R., Leese, M., Thornicroft, G., & Johnson S. (2010). Alternatives to standard acute inpatient care in England: short-term clinical outcomes and cost-effectiveness. *The British Journal of Psychiatry*. 197, 14-19.

Forslag til tiltak

- Brukernes syn på egen bedringsprosess (recovery) må stå sentral i tjenestene.
- Innføre nettverkssamtaler slik at venner og familie kan bistå.
- Gi tilbud om hjelp å hvile, få pause og omsorg i sin livssituasjon er målet.
- Innføre pilotprosjekter med medisinfrie behandlingstilbud.

Innleggelse og akutte situasjoner

Av og til fins det ingen annen mulighet enn å gripe inn og overta kontrollen. Som tidligere nevnt var de fleste informantene enige i vurderingen om at det hadde vært nødvendig med tvang, men de var fortvilet over måten det hadde blitt gjort på. Spesielt ble det gjentatt av flere at man ikke blir presentert for alternativene. De hadde en manglende opplevelse av å bli sett og respektert som menneske. *Det var ingen som spurte meg om hva jeg syntes, også ble det misforståelser, som førte til tvang.*”


Som vi også har vært inne på tidligere savnet mange mer tid til å få formidle sin egen opplevelse av situasjonen. «*Skulle ønske de tok seg mer tid til å prate.*» Møtet med politiet var et tema som gikk igjen i diskusjonene, mange ønsket å slippe å bli hentet av uniformert politi: «*Ikke send uniformert politi i politibil for å hente deg. Da har du møtt overmakta med en gang. Da er det bare å overgi seg og resignere. Forferdelig utrivelig.*» Det å møte personer som er god på snakke ned en situasjon ble opplevd som ekstra viktig i akutte situasjoner: «*Funksjonen til politiet er ikke samtalepartnere, de henter deg uansett. Men de kan være flinke til ikke å hisse opp situasjonen. Jeg har opplevd begge deler.*»

Flere av våre informanter snakket om at måten de ble tatt imot på ved sykehuset var viktig, om de ble behandlet som et voksent menneske, eller bare avlevert av politiet og plassert i et rom bak en låst dør. Det er viktig å organisere tjenesten slik at det blir brukt nødvendig tid til å forhandle med brukeren om best mulig løsning.

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Forskningen om alternativer til tvang er opptatt av primærforebygging av tvangshendelser gjennom å skape et trygt og ivaretakende miljø for pasienten. Dette kan bidra til å skape ro i en situasjon og forhindre at situasjonen eskaleres med mer bruk av tvang.

Flere studier viser at det første møtet med sykehusposten er viktig ved tvangsinnleggelse. Mange brukere forteller at de kjente seg redd, liten og sårbar ved innkomst og at de var redde for hva som skulle skje videre. Noen opplevde det som skremmende å bli møtt med flere mannlige pleiere som viser fysisk styrke. God dialog («å bli snakket med, ikke om») og omsorg er viktig. Det å bli plassert alene inne på et nakent skjermingsrom eller pasientrom kan virke forsterkende på angsten og føre til eskalering av situasjonen.



Pasienter og brukere forteller også at de har behov for god informasjon om mulig diagnose, behandling, medisiner, klagemuligheter og fremtidsutsikter. Enkelte har behov for å bearbeide det som har skjedd med ansatte, dersom de ikke husker tiden før og under innleggelse. Det er spesielt viktig med tilgjengelig lege eller psykolog som har myndighet til å svare på spørsmål om tvang og fremtidsutsikter på en utfyllende måte for å unngå unødig frustrasjon i en lukket situasjon, for eksempelvis på skjermingsrommet.

I tillegg er det viktig å hente inn pasientens synspunkter på egen behandling og alternative løsninger til tvang.

Forslag til tiltak

- Sørg for at kompetent helsepersonell med tid til forhandling og samtaler tar seg av akutte situasjoner.
- Tjenesten må ha som rettesnor at politi ikke blir brukt.
- Tjenesten og helsepersonell må forsøke å innfri brukerens ønsker om alternativer i behandlingen. Dekke behov for informasjon om fremtidsutsikter med klart fokus om å formidle håp.

Håndtere frustrasjon og sinne

Sinne og frustrasjon kan lett bli overfortolket som destruktiv aggresjon mot omgivelser eller seg selv. Det formidles at personalet for lett tyr til tvangsmidler og at personalets adferd også bidrar til unødig eskalering av situasjoner. «Aggresjon er noe man er nødt til å ha for å overleve. Psykiatrien gir deg medisiner så du skal bli medgjørlig.» Medisinene ble i noen tilfeller oppfattet som en løsning for å hindre ubehagelig uro og motstand fra misfornøyde pasienter.

Når det gjaldt alternative løsninger på aggresjon og sinne, kom det ulike forslag: «Når folk blir aggressive og får behov for å utagere bær de for eksempel ha et polstret rom hvor de kan gå og rope og skrike og slå på boksesekker.»

En pasients opplevelse av hva som hindrer og som kan fremprovosere tvang.

En medpasient var veldig høyrøstet og engstelig for sin familie som han igjennom psykose var sikker på at mafiaen var ute etter. En ekstravakt uten utdanning forsikret han om at familien var trygg. Han tilbød ham å få ta seg en røyk utenom sin faste røyketid, som var en gang i timen, for å roe seg. Situasjonen roet seg.

Neste dag var der andre og mer erfarne på vakt. Medpasienten var igjen urolig og engstelig for sin familie. Han uttrykte dette høyløst i avdelingen og fikk beskjed om å roe seg. Personalet var tydelig redde og usikre. Da han ikke roet seg fikk han beskjed om å være på rommet sitt, men han var fortsatt urolig. Ingen forsikret han om at familien var trygg denne gangen. Pleierne truet da med at de ville beslaglegge CD spilleren hvis han ikke roet seg. Han var isolert på rommet, og rommet var helt strippet. Det eneste han hadde på rommet som var hans og som kunne gi impulser fra verden utenfor sykehuset var CD spilleren. Da smalt det for pasienten og det ble en voldelig episode. (Øye, 2011, nr. 5)

Andre mente det ikke ville være sunt å venne seg til å utagere, men heller finne metoder som kan fungere bedre også etter utskrivelse: «Men hva da når de blir utskrevet og ikke har noe rom å utagere på? Syns det virker litt skummelt. At man blir vant til å utagere. Jeg ville heller hatt et lydisolert rom med musikk enn å bruke utagering som et middel mot frustrasjon.»

Felles for informantene var at man var opptatt av kompetanse hos personalet: Hvordan de kan bli bedre kan håndtere følelsesuttrykk og samarbeide med pasienten om å forstå hverandres uttrykk for sinne. Linda i Mental Helse formidlet at hvordan man blir møtt, er en vesentlig del av å dempe frykt og skummel virkelighet. Brukere sin opplevelse av maktesløshet ved å være på tvangsparagraf, forsterker fortvilelsen og sinnet. For ofte blir dette sinnet tolket som en del av sykdommen (Øye, 2011).

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Flere studier internasjonalt og nasjonalt viser at det som ansatte betegner som aggressiv og agitert adferd er viktige årsaker til tvangsbruk. At personalet (eller andre) opplever personen som aggressiv og truende, er den vanligste begrunnelsen for å forsvare tvang faglig og etisk. Reduksjon av aggresjon og vold som kan skade pasienten eller andre er en viktig målsetting.

Foreliggende forskning og fagutvikling viser samtidig at spørsmål om farlighet, aggresjon og trusler er komplekst og flertydig. Selv om farlighet ofte omtales som den viktigste årsaken til bruk av tvang, viser nasjonal helsestatistikk at kun en liten del av tvangsinnleggelsene er begrunnet med fare (farekriteriet) alene. Den vanligste oppgitte årsaken er at vedkommende er i behov for behandling (behandlingskriteriet). En viktig grunn til bruk av skjerming i praksis er også uro eller upassende atferd, og ikke aggresjon i voldelig forstand. Det er videre glidende overgang mellom hva som av andre kan oppleves som agitert oppførsel, til situasjoner som faktisk innebærer reel fare for andre eller for vedkommende selv.

Aggresjon og konflikt oppstår også i samspill mellom mennesker, og det er viktig å analysere årsakene til at konflikten og eventuelt sinnet (aggresjonen) oppsto. Det som omtales som aggresjon kan for eksempel være protestatferd eller sinne som er et resultat av opplevd krenkelse. Det er derfor viktig å undersøke den subjektive meningen bak sinne eller uroen - å se nyansene i et sint uttrykk - for en grundigere farevurdering, og for å finne alternative løsninger i situasjonen.

I tillegg er det fremholdt at det er viktig å utvikle arbeidsformer hvor man mer aktivt øker kompetansen hos pasienten i forhold til å håndtere vanskelige følelser. Sinne og aggresjon kan blant annet håndteres bedre gjennom «sinne-håndteringsverktøy», kriseforebyggende planer og stress-/sinnehåndteringsgrupper for pasienter (referanser se Norvoll, 2008).

Studier viser også at situasjoner preget av aggresjon og tvang ofte er et resultat av konflikter hvor aggresjon eskalerer mellom de ansatte og pasienten. Mange tiltak for å redusere bruk av tvang har derfor rettet seg mot å håndtere aggresjon, og teknikker for hindre eskalering ved konflikt. Det er utviklet brede programmer som inneholder en rekke tiltak med tanke på å redusere konflikt og aggresjon mellom pasient og personal. To eksempler er «Patient-focused intervention model (PFI)» og «The Violence Safety Programme.»

Patient-focused intervention model (PFI)

Den første modellen, PFI, er karakterisert som en «multi-nivå intervensjon» og inneholder ni elementer: traumefokus, aggresjonshåndtering, rutiner for debriefing, involvering av ledelsen, kvalitets-feedback, «recovery»-orientering, pasient vurdering og involvering, opplæring og deltagelse. Modellen er evaluert ved å registrere antall episoder som inneholdt konflikt og aggresjon samt rapporterte skader. PFI-modellen ble vurdert som svært vellykket. I løpet av det første året etter at sykehuset innførte PFI-modellen, ble skader på personer redusert med 48 prosent. Videre ble tiden det ble brukt tvangsmidler overfor pasienter de to første årene etter innføring av modellen redusert med 75 prosent. Metoden førte også til redusert bruk av tvangsmidler, antall episoder og konflikter som potensielt kunne utviklet seg til bruk av tvang, redusert skader på person, høyere rapportert pasient-tilfredshet og generelt en positiv endring i kultur og holdning mot pasientene. Samarbeid mellom pasienter, personalet,

administrere, ledere og eksterne eksperter ble opplevd som et helt sentralt element i intervensjonen, og muligens den viktigste årsaken til suksessen.

Early Recognition Method

«Early Recognition Method» (ERM) er en annen modell som er utprøvd i Norge med sikte på å redusere forekomst av vold og trusler under behandling i psykisk helsevern, og dermed redusere episoder med potensiell tvangsbruk. ERM er en strukturert miljøterapeutisk metode som bidrar til voldsrisikohåndtering. Den ble utviklet i Nederland og senere videreutviklet i Norge. En intervensjonsstudie av ERM i Nederland i 2003–2005 viser at innføring av ERM førte til redusert forekomst av aggresjon og mindre bruk av isolasjon som tvangsmiddel, sammenlignet med vanlig behandling. Metoden går ut på å systematisk identifisere og jobbe med pasienters forvarslar på at en truende situasjon kan utvikle seg, og intervensjon tidlig basert på kunnskap om eskalering av aggresjon. Slik kan man unngå at situasjonen får utvikle seg mot at bruk av tvangsmidler blir nødvendig. Tidlig gjenkjenning av varsler kan gi mulighet til å benytte et bredere repertoar av intervensjoner slik som flere samtaler, gåturer, musikk, fysisk trening etc. Metoden er basert på brukermedvirkning og samhandling mellom miljøpersonale og pasient, og eventuelt vedkommende sin familie og nettverk. Metoden er nå utprøvd i både sykehusavdelinger og i kommuner i Norge.

Terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk

En annen liknende metode for å redusere bruk av tvang er: «Terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk» (TMA) som er blitt utviklet ved Stavanger Universitetssykehus. Metoden betegnes som systematisk arbeid med terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk og regnes som en av årsakene til at bruk av tvang og mekaniske tvangsmidler er redusert ved sykehuset. Modellen legger stor vekt på forebygging av aggresjon gjennom kommunikasjon og ettersamtale. I tillegg arbeider man med å kvalitetssikre fysiske teknikker med tanke på å løse opp i situasjoner. Et viktig prinsipp i TMA er at sinne som en normal følelse må skilles fra voldelig aggresjon; det må jobbes med både årsaker til sinne og alternativ. TMA er utviklet til et kursopplegg rettet mot alle ansatte som jobber med mennesker hvor aggresjon og vold er en utfordring.



Forslag til tiltak

- Avdelingen må ha tilbud om muligheter for å kunne avreagere frustrasjoner som bygger seg opp. Tilgjengelig pusterom/sanserom, trening og mulighet for å gå turer.
- Vektlegg kompetanse og dialog rundt håndtering av aggresjon og sinne, og se personalets rolle i konfliktfylte situasjoner.
- Normalisering av følelser og opplevde frustrasjoner er et viktig for pasientene. (Se også punkt om å styrke brukeren gjennom kompetanseheving på hvordan håndtere situasjoner).
- Avdelingene må evne å skille mellom frustrasjon og aggresjon.
- Unngå bruk av medisiner som kan oppfattes som tiltak for personalets komfort, heller enn hjelp til pasienten.

Regler og rutiner ved sykehusavdelinger

Regler og rutiner brukes for å skape struktur og orden, men man må samtidig vise respekt for at sykehuset er brukerens hjem i en periode. «*Struktur i seg selv er jo greit, den kan forsvinne når man får det vanskelig, men det må være en mening med det, at man får muligheten til å forhandle.*» Hvordan omgivelsene ser ut og hvordan man blir behandlet er derfor av stor betydning.

Mange av informantene beskrev følelsen av å bli behandlet som et barn. Dette var en kilde til mye frustrasjon. «*Provoserende å bli behandlet som et barn / en idiot når man er innlagt.*» Andre opplevde seg presset inn i en barnlig rolle. «*Det må bli stilt krav, men når man blir bedt om å vaske ansiktet om morgenen.. «Har du husket å vaske deg i ansiktet?» Det er ikke det første jeg gjør om morgenen, det må jeg få velge selv! Det er så nedverdiggende.*»

I hvilken grad man føyde seg etter reglene ble brukt som grunnlag for vurdering av hvor «frisk» vedkommende var blitt. Noen av reglene på avdelingen ble oppfattet som unødvendig oppdragende blant informantene, som en underkjennelse av deres evne til å være voksne mennesker. «*Jeg tror folk trenger mer en utfordring enn struktur for å komme seg videre. Det har vertfall hjulpet mest for meg. Det hjalp veldig å utfordre meg selv sosialt, selv om personalet var skeptiske til det.*»

Her ser vi at personalets holdninger og hvordan de behandler sine pasienter er av stor betydning for utfallet av situasjonen. Mange ønsket mindre grad av kontroll og mer nærhet fra personalet. «Unødvendig kontroll på avdelingene, trenger omsorg, en klem, musikk, noe som skaper en form for avslapning.»

Det er selvfølgelig ikke alltid mulig å besvare upassende oppførsel med nærhet, men en større grad av individuell tilpasning også innenfor grensesetting og regler vil kunne redusere behovet for ytterligere tvangsmiddeltiltak. Reglene kan oppleves invaderende og må derfor tilpasses den individuelle situasjonen, og fremfor alt forholde seg til pasienten som voksen.

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Flere internasjonale og nasjonale studier, herunder BAT-prosjektet, viser at restriktive husregler kan være en viktig kime til konflikt og tvangsbruk. Husreglene legger også grunnlaget for grensesetting, som igjen kan utløse tvang. Bruk av fysisk makt for å få pasienten til å overholde husreglene kan gi økt tvangsbruk og øke faren for skade på personal og pasient.

Forsknings- og fagutviklingslitteraturen har derfor vært opptatt av alternative løsninger i situasjoner med grensesetting og rundt hvordan man bruker husordensregler. I BAT-prosjektet var man opptatt av å erstatte generelle husregler som alle skulle overholde med en mer dialogorientert, individuell og fleksibel tilrettelegging av behandlingen tilpasset den enkelte pasient. Dette ga økt pasienttilfredshet og mindre kaos i posten enn fryktet. Det er samtidig lite forskning på alternative organiseringsformer i sykehus og behandlingseffekter for pasienten.

Forslag til tiltak

- Avdelingene må ha en grunnleggende forståelse og opptreden som viser at pasientene er voksne og myndige.
- Husregler blir tilpasset individuelle behov, i dialog med pasienten.
- Opposisjon mot regler må normaliseres og forstås som naturlig reaksjon på en ekstrem situasjon.



Begrense tvangsmidler, maktbruk og uheldige konsekvenser av tvang

Det er en bred opplevelse av at tvangsmidler blir for raskt brukt. Flere brukere har opplevd å ikke kunne vise frustrasjon eller motstand uten å risikere at tvang ble brukt. «Jeg ble bært til arbeidstrening, jeg nektet å bli med på det, så tilslutt ble jeg bært tilbake igjen. Så skrev de noe om voldsbruk i journalen. Det blir jo helt latterlig.» Det er strenge regler for bruk av tvangsmidler, men mange opplever at måten avdelingene arbeider på også bidrar

til unødvendig bruk av tvangstiltak i institusjon. «De som jobber der sitter på møterommet og strikker. Hvis de bare hadde vært til stede, min erfaring er verdtall at det er veldig ofte de ikke er tilstede.» Andre sitter igjen med en opplevelse av at tvangen var mer straffemotivert. «Jeg sa til ei at hun var en grå mus, også satte hun meg på isolat.»

Det er viktig at personalet arbeider sammen med pasienten om å skille mellom frustrasjon og truende aggresjon. Finne tiltak for å styrke brukerens mestring av egne følelser. Personalets tilstedeværelse er svært viktig, ikke minst for å bli godt nok kjent til å kunne finne bedre løsninger i fellesskap.

Mange beskrev traumatiske opplevelser rundt det å bli lagt i belter, enkelte ganger ble det til og med opplevd som straff. Fortiden blir ofte forventet fremtid og dette medfører at terskelen for bruk av reimer er lav. «Har du først gått over grensen med å bli lagt i belter, trenger du bare si BØ»

Det å mangle stimuli som skal bidra til å skifte fokus fra vanskelige tanker kan også medføre akselerering av situasjonen. «Fastvaktet satt utenfor døra og jeg satt med mine tanker. I stedet for ro ble det til at jeg ble mer fokusert på mine problemer, det endte med belter.» Andre opplever personale som ikke skjønner pasientens behov. «Jeg lå på badet og grein og de la meg i belter fordi de ikke hadde folk til å snakke med meg!»

Noen av informantene hadde fått en opplevelse av at reimer ble brukt utover hensikten å forhindre skade. «Personalet må få større makt til å handle, ikke bare følge ordre. En gang

«Jeg hadde etter kort tid ingen følelse av tvang. Den måten skjerming ble brukt på, kun som skjerming fra andre pasienter og ikke som isolering fra samfunnet, var helt fantastisk å oppleve.»

(Søkelyset 32 – 2011:14)

ble jeg lagt i belter fordi det var planlagt på forhånd. Jeg kastet ut sengeklærne og laget mer jobb for dem, men jeg stod der, helt rolig og sa ikke faan! Jeg har ingen respekt for systemet lenger.»

Ved undersøkelse av om pasienten har farlige gjenstander er det også viktig å unngå unødige krenkelser. «*Jeg ble lagt i belter også klypte de opp klærne mine! De erstattet de ikke engang. De har jo metalldetektor, hvorfor brukte de ikke den i stedet?»*

Ved vanskelige situasjoner hvor frykt og fortvilelse overtar, fremhever brukerne at situasjonene kan løses annerledes gjennom bruk av mer tid og samtaler. Personalets holdninger og trygghet på seg selv er vesentlig for å unngå disse situasjonene.

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Det finnes et stort omfang av internasjonal, og til dels norsk litteratur, om reduksjon av mekaniske tvangsmidler og isolat/skjerming, ofte kalt S/R – seclusion and restraint. Den største andelen av litteraturen omhandler fagutviklingsprosjekter og det er få systematiske intervensjonsstudier. Utviklingsprosjektene internasjonalt viser gode resultater med 20- 80 prosent reduksjon i bruk av tvangsmidler, gjennom bruk av de ulike alternativene som er beskrevet i heftet (se Norvoll, 2008). Gjennombruddsprosjektet i Norge ga også reduksjon av mekaniske tvangsmidler mange steder. Det var imidlertid en tendens til økt tvangsbruk igjen etter noe tid. I BAT- prosjektet var formålet om tvangsreduksjon mer indirekte. Flere steder har imidlertid erfart reduksjon av skjerming og tvangsmidler, særlig i etterkant av prosjektet.

Litteraturen viser at det finnes gode muligheter for å redusere mekaniske tvangsmidler og uønsket skjerming gjennom ulike virkemidler. Utfordringen er å få til implementering av alternative arbeidsformer i praksis, og å opprettholde alternative arbeidsformer over tid.

Forslag til tiltak

- Avdelingen må jevnlig drøfte hvordan de kan håndtere situasjoner annerledes. Pasientens opplevelse må være et viktig grunnlag for diskusjonen.
- Personalet må være tilstede, trygge på seg selv, og ikke bruke tvangsmidler for sikkerhets skyld eller som straff. Mer dialog rundt enkeltepisoder kan bidra til lettere å greie å skille mellom frustrasjon og aggresjon.
- Sikre gode rutiner for debrifing av pasienten og medpasienter etter at voldsomme situasjoner har oppstått.

Skjerming

Skjerming oppleves svært ulikt blant informantene. For noen er skjerming i betydningen reduksjon av inntrykk noe som kan fungere. Men mange har erfaringer med at måten skjerming defineres og utøves på, heller bidrar til å øke problemene. For noen oppleves skjerming som isolasjon «*Skjerming er mer isolasjon. Du er pasienten og de jobber, men de snakker jo ikke med deg engang. Når jeg var på Tunga satt jeg i et tomt rom i kjelleren i bokseren, med et hull i gulvet. Det var nesten bedre det. Jeg synes det er verre å bli utestengt fra fellesskapet enn å være alene.*» Når man opplever at skjerming bidrar til å øke indre uro, får det motsatt effekt enn hva som var hensikten.

Mange ønsket seg en tydeligere hensikt med skjerming, at man får hjelp til å endre fokus og roe seg ned. «*De kunne hatt skjermingen sammen med resten. Det eskalerer bare, så blir man skjernet fordi man ikke greier å være på skjerming. Er ikke hensikten med skjerming at man skal ha fokus på noe man ikke får når man er sammen med andre?*» Dette bidrar også til at skjermingsperiodene blir unødig lenge. «*Det er ikke noe kommunikasjon, og man risikerer å bli på skjernet lengre og lengre, fordi man blir mer og mer stresset av å være der.*»

Hensikten med skjerming blir derfor uforståelig. «*Reglene er sånn, jeg fikk beskjed om at jeg kunne gjøre som jeg ville, så lenge jeg holdt meg på rommet. Da hadde vertfall de gjort jobben sin, det spiller ingen rolle hva man gjør, om man ligger på rommet og ser i taket, bare man er der inne. Det er litt forskjellig hvordan de praktiserer det.*»

Det blir her viktig å finne alternativer til skjerming i samarbeid med pasienten. Alternativene kan være bruk av samtaler og aktivisering som bidrar til å skifte fokus. Informantene foreslå at skjerming må defineres tydeligere. Det må være en avledning eller skifte av fokus gjennom aktivitet og sosial omgang.

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Det foreligger få systematiske behandlingsstudier av skjerming. De fleste er av eldre dato. Senere forskning og fagutvikling viser at pasienter har ulike erfaringer. Skjerming kan oppleves som god hjelp, hvile og som trygghet ved personalets kontinuerlige nærvær. Mange kan likevel oppleve skjerming som tvang i form av innelukkning, sosial isolasjon, fengsel og straff. De opplever liten innflytelse over behandlingen og for få aktivitetstilbud. Kvaliteten på kommunikasjonen med personalet og husordensregler påvirker skjermingsopplevelsene.

I de senere årene har det vært flere fagutviklingsprosjekter i Norge om skjerming. Flere steder, herunder sykehus i BAT-prosjektet, har innført redusert bruk av skjerming og mer dynamiske skjermingsmodeller. Disse modellene er kjennetegnet ved mer individuelle behandlingstilpasninger, mer fleksibel stimulimodulering og vekt på et mer aktivt innhold i behandlingen. Det legges også vekt på økt dialog og medvirkning med pasienter under skjerming. Det beskrives gode effekter av nye skjermingsformer, men det foreligger imidlertid ingen systematisk behandlingsforskning av disse. Det pågår nå et skjermingsprosjekt i akuttnettverket.no, ledet ved forskningsavdelingen på Akershus universitetssykehus.

Forslag til tiltak

- Skjerming må defineres tydeligere, som en avledning eller et skifte av fokus, gjennom aktivitet og sosial omgang. Skjerming som oppleves som isolering virker mot sin hensikt.
- Skjerming må skje som omsorg og beskyttelse av pasienten. Det er pasientens opplevelse av skjerming som forteller om den er god eller ei.
- Formen for skjerming må individuelt tilpasses i nær dialog med pasienten, om hva som fungerer for den enkelte.

Avledning

Avledning fra egne tanker og tankemønstre for å unngå episoder hvor tvangsmidler blir brukt, var mange opptatt av. Det at det var lite aktivitet ved en avdeling ble ofte forsterkende: «*Jeg ble destruktiv av alt det negative på avdelingen, følte meg veldig til oppbevaring. Førte til et stort fokus på selvskading, hvor skal jeg få tak i noe å skade meg med?*»

Omsorg og fysisk nærhet er en viktig del av forebyggingen. «Å få spørsmål om jeg vil ha en kopp kaffe, se en film, bli behandlet som et medmenneske.» Mange savnet som tidligere nevnt mer tilstedeværelse fra personalet og mente at oppmerksomhet var en virksom måte å få tankene over på noe annet. «*Snakk med meg så jeg ikke sitter alene og må tenke på problemene.*» Å snakke om hverdagslige ting kan bidra til ikke å tenke på de vanskelige spørsmålene; «*Ikke fokuser på problemene mine, men snakk om hverdagslige ting.*»

Generelt sett ønsket informantene mer bruk av aktiviteter og samtaler i hverdagen under innleggelse.

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Det foreligger ingen forskningsstudier som ser på bruk av avledning som eksplisitt intervensjon for tvangsreduksjon. Flere studier berører imidlertid forslagene til brukerne fra workshopene. Noen studier og pasientfortellinger viser at det å sitte alene på nakne skjermingsrom uten tilgang til ytre stimuli kan øke psykotiske tanker, tankekaos og angst for noen pasienter. Kontakt med personalet er viktig som hjelp til å få kontakt med «virkeligheten» og dempe angst og uro. I tillegg kan passivitet gjøre at man lett blir kretsende rundt problemene sine. I BAT-prosjektet var man opptatt av å tilby aktiviteter som å gå tur ut, gå i gymsal, biltur og lignende sammen med pasienten, som alternativ til det å sitte alene på rommet. Dette var til god hjelp for mange pasienter. I fagutviklingslitteraturen har man også foreslått bruk av sanserom og «comfort-room» som alternative forebyggende løsninger ved angst og uro. Disse er innrettet på en hyggelig og dempet måte, med gode stoler og musikkanlegg.

Forslag til tiltak

- Bevisstgjøre personalgrupper på hvordan de kan være mer kreative på å finne måter å roe ned hverdagsituasjoner. Dette kan bety å tilby en kopp kaffe, gå en tur, ha et sanserom tilgjengelig, eller ta en prat. På denne måten kan man få avledet vanskelige tanker for pasienten.
- Tjenestene må være særlig oppmerksomme på at problematiske tanker og følelser hos bruker og pasient forsterkes når man ikke får avledet dette.

Medisinering under tvang

Flere beskrev sterke bivirkninger av medisiner, blant annet en påtvunget følelsesmessig flatthet. Mange opplevde at dette svekket muligheten til å uttrykke seg, og ga en dårligere livskvalitet. Informantene opplevde å ikke bli tatt på alvor når de ga uttrykk for at andre tiltak enn medisiner kan være like effektive.

Bivirkningene bidrar til å forsterke problemene. «*Medisinene demper mye annet også, følte meg veldig kuert, som en grøt*». Mange opplever at medisinene ikke gjør en frisk. «*Jeg ble tvangsmedisinert, ble følelsesmessig flat av medisineringen. Når jeg sluttet med medisiner ble jeg frisk i lange perioder*». Langtidsvirkninger bekymrer mange; «*Hadde jeg visst at livslengden min ville bli forkortet med 15 år når jeg begynte på medisiner, så.. Jeg hadde lyst til å leve, men ikke sånn. Det var ikke noe liv*».

Pasientene forventer mer aktivitet og behandlingstiltak som ikke innbefatter medisiner alene. «*Jeg snakket med legen i 12-13 minutter og fikk foreskrevet medisin. Overlegen så jeg en gang i uka når han gikk gjennom avdelingen. Vi vekslet ord kanskje opptil 2 minutter. Jeg oppfattet han som veldig orientert mot medisiner. Ingenting annet skjedde på avdelingen enn mat og medisin. Etter innleggelsen fikk jeg høre av samme lege at i mitt tilfelle hjalp det ikke med medisiner, det var samtaler som hjalp. Men hvor ble det av samtale?*» Det oppstår en frustrasjon når behov pasienten mener bør dekkes på annen måte, ikke blir tatt på alvor «*Hvordan kan de ta seg tid til å tvangsmedisinere, men ikke snakke med pasienten? Jeg blir så sint!*»

Mange av informantene opplevde det som mest traumatisk å bli påtvunget medisiner. Måten tvangsmedisineringen blir gjennomført på er av stor betydning. Tjenestene må ta bivirkningene av medisiner på alvor, informere grundig om bi- og senvirkningene ved bruk av disse, og sammen med brukeren bistå i nedtrapping ved behov. Det ble også etterlyst mer ærlighet rundt medisinenes mulige langtidsvirkninger. «*Så lenge vi opplever en kraftig uærlighet rundt medisinene. Høyere risiko for selvmord, kraftig nedsatt livskvalitet ved å bruke medisiner. Før vi får en ærlighet rundt hva medisinene gjør med folk, at det gjør oss til krøplinger, kommer vi ikke noe særlig videre..*»

Behovet for medisinering reduseres ved at man tar tak i andre deler av livssituasjonen sin.

Mer informasjon og lydhørhet ovenfor ønske om justering og eventuell nedtrapping på en trygg måte ble etterlyst. Medisiner løser ikke selve problemet, man trenger ofte å trappe de ned for å greie å ta tak i ting, mente mange.» Nedtrapping *av medisiner på DPS har hjulpet.*» En viktig presisering var at for å lykkes med nedtrapping, og unngå tilbakefall, var det nødvendig

med andre tilbud. «*Putte inn ting i stedet for medisinen, for eksempel selvhjelpsgrupper. Det går ikke an å slutte med medisin og tro at alt skal bli bra uten å erstatte det med noe.*»

Informantene kom med en klar oppfordring til å gi den det gjelder en sjanse til å prøve det man selv mener vil hjelpe og søke kunnskap om hvilke alternativer som finnes.

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

I likhet med det som fremkommer i denne undersøkelsen er spørsmålet om medisiner og tvangsmedisinering et viktig tema. Flere studier viser at spørsmålet om medisiner er et av de mest konfliktladede tema innenfor tvangsområdet. Brukerne er imidlertid delte i sitt syn på behovet for og nytten av medisiner, og det synes som om individuelle løsninger er viktige. Mange mener samtidig at det er for ensidig vekt på medisiner i de psykiske helsetjenestene, og at tilbakefall og forverring for ofte knyttes til medisiner og ikke livssituasjon eller naturlige svingninger.

Foreliggende forskning er til dels uenige i synet på viktigheten av medisiner for tilbakefall slik at det er vanskelig å konkludere på dette området per i dag. Det foreligger i dag også lite forskning som har sett på hvilke alternativer som er etablert, og eventuelle effekter av disse. Det eksisterer imidlertid noen studier som viser at mennesker kan komme seg gjennom og ut av en psykotisk krise uten bruk av antipsykotika, samt noen studier som beskriver vellykkede forsøk med å trappe ned og slutte med medisiner etter en periode. Ciompi (1980), Mosher & Menn (1978), Murphy & Raman (1971) og Warner (2004) har blant annet beskrevet at pasienter med alvorlige psykiske vansker, inkludert schizofrenidiagnose, kan gjennomleve en psykose uten å bruke antipsykotisk medikasjon. Andre studier har beskrevet hvordan personer med alvorlige psykiske lidelser vellykket kan trappe ned på bruken av medisiner. Forskingen blir samtidig omtalt som vanskelig av forskningsetiske årsaker, og studiene er ofte beheftet med metodekritikk.

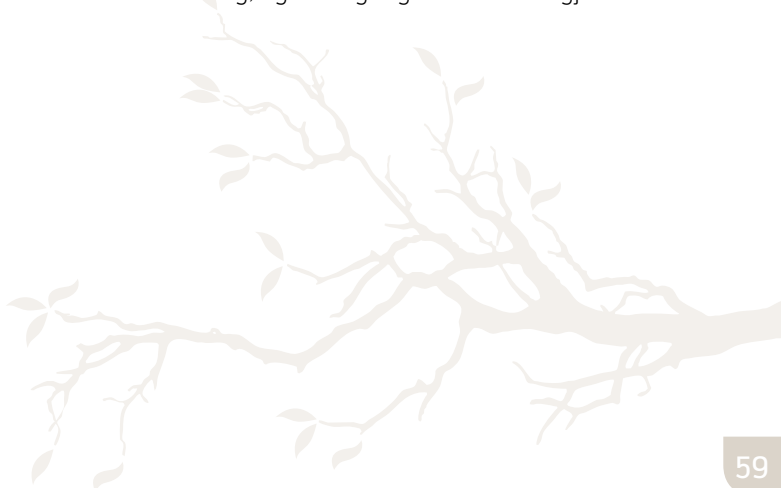
«Soteriahus»-modellen er en behandlingsmodell ved psykotiske kriser som har som mål at pasientene skal komme gjennom en psykotisk krise med minimal bruk av medisiner. En studie av en to-års oppfølging av 179 pasienter, som hadde fått hjelp ved en psykotisk krise ved et «Soteriahus», viste at bare 58 prosent av pasientene brukte nevroleptika under oppfølgingsperioden. Kun 19 prosent av pasientene brukte kontinuerlig antipsykotisk medikasjon.

En engelsk litteraturgjennomgang av studier om problemstillingen viser til en økende kritikk, spesielt fra brukere, av eksisterende retningslinjer innen helsetjenesten som anbefaler medikamentell behandling som et nødvendig førstevalg av behandling ved psykotiske kriser. Litteraturgjennomgangen gjennomgår tre randomiserte studier fra «Soteriahusene», en finsk multisenterstudie som undersøkte effekt av den finske «Need-adapted approach», to svenske studier som undersøkte den samme modellen, samt finske Seikkula sin evaluering av Nettverksmodellen. De konkluderer med at det synes fullt mulig å behandle mennesker i psykotiske kriser med minimal eller uten bruk av antipsykotika, men med bruk av andre psykososiale og terapeutiske tiltak. Studiene er imidlertid små og ikke randomiserte.

Øvrig forsknings- og fagutvikling om tvangsreduksjon og alternativer til tvang viser gode muligheter for å redusere medisinbruken (spesielt kortvarig medikasjon) og kvalitetssikre medisinbruken ved alternative tilnærminger for de som ønsker dette. For at dette skal lykkes er det viktig å involvere pasientene (og eventuelt pårørende) i vurderingen av medisiner, og inngå i et samarbeid om medisinbruk for å unngå overmedisinering og feilmedisinering.

Forslag til tiltak

- Tjenesten må legge til rette for medisinfrie behandlingsforløp, som en første tilnærming, og som et reelt alternativ.
- Redusere bruk av tvangsmedisinering gjennom større grad av kommunikasjon rundt medisineren, og ta hensyn til pasientens beskrivelser av bivirkninger.
- Tjenesten må ha et klart mål om å finne en løsning som innebærer minst mulig bruk av medisiner, og bistand til nedtrapping som vektlegger hva som kan kompensere.
- Kvalitetssikring av bruk av medisiner under tvang, og i overgang til kommune gjennom tett medisinsk oppfølging.



Konsekvenser av tvangsbruk

Selv om tvangsinnleggelsen er ment å hjelpe og kan være med å berge liv, får den også store konsekvenser som trenger bearbeiding. *«Jeg mistet foreldreretten til mine barn, hus, mann og hele pakka da jeg ble tvangsinnlagt. Det var veldig traumatisk.»*

I følge våre informanter satt erfaringene fortsatt sterkt i kroppen, og det var vanskelig å snakke om det. *«Ja, jeg har behov for å bearbeide det som ledet opp til tvangen.»*

Tilbud om bearbeiding av traumatiske opplevelser som følge av tvangsbruk, er viktig for den som har blitt utsatt for tvang. En ettersamtale for å snakke om de konkrete hendelsene ble nevnt av mange som et nødvendig skritt for å komme seg videre. Det å få bearbeide det som skjedde sammen med personalet, kan ha en helende virkning, ved at man får formidlet sin forståelse av situasjonen og snakket om hvordan dette har påvirket livet på flere områder. *«Jeg ble tvangsmedisinert i 18 måneder med Cyprexa, la på meg 82 kilo. Ingen vil hjelpe meg med å gå ned i vekt igjen.»* Dersom man blir lyttet til og føler seg forstått, kan dette hjelpe til med å finne nye konstruktive løsninger, slik at man får lagt noe av det bak seg. På denne måten kan risikoen for nye innleggelses reduseres.

Traumer etter tvang

Brukerne hadde ulike erfaringer med tvang, og selv om tvangen ble opplevd nødvendig i ettertid, så var tvangsepisoden oftest forbundet med en krisesituasjon. Dette må også bearbeides i en videre forstand enn bare tvangshendelsen. Det er viktig for brukerne å bli gitt muligheten til å «debrife» tvangsopplevelsen. *«Anerkjennelse av at det kan være sjelsettende, at man kan få formidle tilbake hvordan man har opplevd det. Personalet debriefes etter å ha måttet utføre tvang, men ikke pasienten. Blir mest opptatt av å forklare hvorfor de gjorde som de gjorde, for å legitimere det.»*

Mange beskriver traumatisering som følge av tvangsbruk. Andre beskriver også en retraumatisering som følge av tvangsinnleggelses i psykiatrien. Det vekker til live gamle minner og aktiverer reaksjoner på tidligere hendelser. For å redusere risikoen for retraumatisering trenger personalet kunnskaper om hva som kan trigge gamle traumer. *«Det er nesten alltid veldig traumatisk å oppleve tvang, uansett hvilke rammer det skjer innenfor. Man oppfører seg ikke slik man vanligvis gjør når man blir utsatt for traumer/tvang. Ingen var interessert i å snakke om det i det hele tatt. Veldig mange går og utvikler langvarig PTSD. Viktig å formidle at det er traumer som påføres.»*

Å bli utsatt for tvang i psykisk helsevern kan ligne veldig på en overgrepssituasjon, selv om den som utøver tvangen i utgangspunktet ble ansett som en som ønsket å hjelpe. «*I de fleste historier er det flere nyanser enn det vi vil kunne fronte. Ofte mye grånyanser, de samme som har utsatt deg for tvang kan ha vært støttepersoner i andre sammenhenger.*» Slike erfaringer kan bekrefte antagelsen om at selv de som tilsynelatende ønsker å hjelpe, og som man har hatt tillit til, vil kunne svikte og tvinge deg til ting du ikke ønsker.

Når ordene mangler krever det en større innsats for å nå frem til hverandre. Hvis brukeren ikke greier å snakke forståelig trenger ikke dette bety at vedkommende er langt inne i en psykose. «*Noen kan vise det man ikke greier å si med ord med selvskading, for eksempel rus, man mangler ord og språk for det.*»


For en som er traumatisert kan det rett og slett handle om utrygghet i situasjonen, som resulterer i en automatisk refleks – man kobler seg av og dissosierer (tankene går et annet sted enn her og nå).

Dersom man er klar over slike sammenhenger, og tar seg tid til å forsøke å finne en felles forståelse, vil det kunne hindre nødvendigheten av tvang og i stedet åpne opp for videre kommunikasjon.

Et felles traume for familie og venner

Mange som blir innlagt på tvang står midt i alvorlige konflikter med sine nærmeste. I etterkant sier mange at de gjerne skulle hatt hjelp til å håndtere disse konfliktene, fremfor å bli skjermet fra kontakt med sine pårørende. «*Jeg har krangla med mamma og søsteren min lenge, vi var mer eller mindre deprimert sammen. Jeg ble beskyttet fra impulser når jeg ble dårligere. Det gjorde at vi fikk enda dårligere forhold, de skulle beskytte meg fra kontakten med andre. Vi har tapt en del tid, mamma begynner å bli gammel. Det er ensomt. Jeg var på en måte hjernevasket av personalet, du skal ikke ut av sykehuset nå. Du skal ikke krangle nå.*»

Tvangsinnleggelsen oppleves vanskelig, både for den det gjelder, og nærmeste familie og venner. Innleggelsen bør derfor sees på som et felles traume for hele det nærmeste nettverket. «*Jeg savner voksne som fratok meg ansvaret for mammas sykdom. Voksne som satte seg ned og snakket og forklarte. Jeg skulle ønske at personalet tok seg tid til å snakke med meg på mine premisser, mitt nivå, sett fra mitt ståsted.*» (Moen, 2005, s. 405)



Dersom familie og venner forsøker å blande seg inn i behandlingen kan dette bli sett på som forstyrrende, i stedet for en ressurs som kan formidle flere aspekter rundt den kritiske situasjonen. «Slik sett kan hjelpeapparatet i noen tilfeller være med på å forverre, snarere enn å forbedre barnets mentale helsetilstand i et større perspektiv. Der klienter ikke blir tatt på alvor av hjelpeapparatet, blir også oversettelsesproblematikken mellom hjelper og klient desto større. Et innstendig krav om å bli tatt på alvor kan tolkes som konfliktorientert atferd. I stedet for å være en kilde til kunnskap kan foresatte bli oppfattet som vanskelige å samarbeide med.» (Guribye og Heiervang, 2005, s. 410)

Også når det gjelder selve bekymringsmeldingen kan pårørende sitte igjen med følelsen av å miste kontrollen over situasjonen og bære på mye skyld. «Denne gangen ble jeg innlagt. Tvangsinnlagt. Mor snakket med legen, og han anbefalte at hun tvangsinnla meg. Hun visste ikke bedre. Hun gjorde som legen sa.» (Guerch, 2012, s. 82)

Hvorvidt en varsling til psykisk helsevern oppfattes som omsorg eller ikke, avhenger av flere faktorer. Dersom man greier å opprettholde en gjensidig respekt i en kritisk situasjon kan dette være med på å styrke relasjonen. «Dette må ha vært en forferdelig opplevelse for Torgrim. Han var bare litt over 20 år. Det var en ildprøve som han besto med glans. Han respekterte meg selv om jeg var gal, og ville ikke gjøre noe mot min vilje. Om alle, ikke minst alt helsepersonell, hadde hatt samme holdning som Torgrim, ville livet vært mye lettere.» (Guerch, 2012, s. 79)

«Vi foreldre vurderte situasjonen til å være så prekær og depresjonen så tydelig at lege måtte kontaktes. Det var mot Helges vilje, men det var ingen vei utenom lenger. Legen delte vår bekymring. Han mente Helge kunne komme til å ta sitt eget liv dersom han ikke kom til behandling for sin depresjon. Dette førte til den første innleggelsen ved psykiatrisk sykehus i slutten av mars 1993. Jeg kaller det heretter Sykehuset. Vi kjørte ham selv til Sykehuset denne første gangen. De tre milene var uendelig lange. Ingen av oss ante noe om hva som ville møte oss der. Vi hadde aldri vært der, hadde aldri tenkt at vi skulle behøve å komme dit. Nå kjente vi bare redsel og sorg. Vi prøvde å snakke rolig med hverandre under bilturen, alminneliggjøre. Helge var vekselvis sint og redd. Han hadde så mange spørsmål. Vi hadde så få svar.» (Berg, 2005, s. 30)

De pårørende har gjerne en dobbel funksjon i forholdet til den som blir tvangsinnlagt. På den ene siden ønsker de å hjelpe, mens de på den andre siden kan gjøre vondt verre gjennom å sette i gang en prosess som de mister kontroll over. Dersom pårørende varsler helsevesenet og kanskje også skriver under papirene, kan dette oppleves som et stort svik og kan bidra til å forverre vanskelige relasjoner ytterligere.

Det kan ofte være svært vanskelig for fagpersoner å avgjøre hvilke pårørende som er en ressurs og hvem som bidrar til problemet. Dersom alt pasienten gjør fortolkes som symptomer på sykdom, vil det være vanskelig å komme til en felles forståelse av hva som har skjedd. Nettopp hvordan pasienten opplever seg møtt og forstått, er helt sentralt for å få til forsoning mellom partene.

Et eksempel:

«Det er relativt unge mennesker jeg arbeider med, fra 16 – 18 til ca. 30 år. De bor hjemme hos familiene sine. Jeg kommer på besøk en gang i uka som fast rytme. Men hvis pasienten vil hoppe over en gang gjør vi det. Alle som bor hjemme er med i samtalen. Det er ikke det dagsaktuelle livsinnholdet vi snakker om. Det er familiens historie, to-tre generasjoner tilbake i tid som er temaet. Her ligger røttene til familiens struktur.» (Nitter, 2012, s. 66)

Her ser vi at en involvering av hele familien kan bidra til en større felles forståelse for det som har skjedd og en forsoning for alle involverte parter. *«Familien kom tettere sammen gjennom noen familierapimøter (...) Vi følte oss som en familie der vi satt rundt bordet med psykolog og terapeut.» (Sandvik, 2008, s. 61)*

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Forskning viser at pasienter har ulike opplevelser av tvang. Fra det å oppleve tvang som hjelp, til å være et traume som setter spor for resten av livet. Omfanget av traumer etter tvang er ukjent. Cusack et al. (2003) og Frueh et al. (2005) finner at mange pasienter med tidligere livstraumer opplevde traumatiske eller skremmende erfaringer i forbindelse med sykehusinnleggelsen, og da særlig de som har opplevd tvang. Disse hendelsene hadde ført til at de hadde opplevd seg ydmyket, ulykkelige og redde. For flere vekket tvangsbruken til live tidligere traumer.

I flere artikler blir behovet for tvangsreduksjon og alternativer til tvang begrunnet med «trauma- informed care» (se Norvoll, 2008 for litteraturhenvisninger). Litteraturen viser til forskning som finner en stor forekomst (opp til 98 prosent) av traumatiske livshendelser for mennesker med psykiske lidelser som er innlagt på institusjon. Man mener at tvang kan skape traumer eller posttraumatisk stress syndrom som gir alvorlige ettervirkninger. Behandlings- og omsorgssystemene bør dermed bygge inn en tenkning om at tvang potensielt kan føre til retraumatisering og/eller skape nye traumer og at man derfor bør unngå tvangsbruk i den grad det er mulig.

For å redusere traumer og krenkelsesopplevelser er det viktig med det Huckshorn (2004) kaller tertiærforebygging. I denne forbindelse har man vært opptatt av bruk av «ettersamtaler» eller «debriefing» i vid forstand. Ettersamtale/debriefing skal være en åpen og utdypende samtale sammen med pasienten og eventuelt familien for å bearbeide hendelsen og å se på hvordan man kan unngå at tvangsbruken skjer igjen. Det anbefales at ledelsen deltar i eller får rapport fra ettersamtalene der dette er ønskelig, fordi ledere har myndighet til å stille ressurser til rådighet eller bidra til nødvendig endring. Ettersamtaler eller debriefing skal ikke ha straffende aspekter i seg mot personalet eller pasienten, men bidra til å finne ut hva som skjedde og forebygge nye episoder. Debriefing av tvangshendelser skal videre inkludere organisatoriske forhold og bidra til å gjøre nødvendige endringer i organisasjonen for å redusere og kvalitetssikre tvangsbruken.

Danmark har nå lovpålagt ettersamtale med pasienter etter utskrivning. Det mangler samtidig kunnskap om effektene av slike ettersamtale for tvang. Videre mangler det kunnskap om hvordan denne samtalen foregår, og bør foregå. Noen pasienter ønsker at ettersamtalen ikke bare omhandler tvangen, men også hele innleggelsessituasjonen slik at man kan få informasjon og oversikt over det som egentlig har skjedd. Forskingen tyder på at pasientene kan ha større behov for slike samtaler av hendelsen enn det de får.

Forslag til tiltak

- Helsetjenesten må anerkjenne traumer som følge av tvang.
- Øk kompetansen på PTSD og mulige triggere for retraumatisering ved bruk av tvang.
- Tilby debriefing og/eller samtaler for å bearbeide situasjoner hvor tvang er blitt brukt for både pasient og nettverk.
- Behandle alle tvangsinnleggelses som et traume for et helt nettverk, og tilby samtaler med det formål å få en bearbeiding av vanskelige hendelser i familien.

Oppfølging

Oppfølging har vært et gjennomgående viktig tema hvor man vektlegger behovet for å få bistand til å håndtere hverdagen etter en innleggelse. Det å ha en regelmessig samtalepart er nødvendig for å unngå at man blir alene om sine egne bekymringer. *«På avdelingen spør ingen om hvordan det går, det ambulante teamet tar seg tid når de kommer. De kjenner meg og ser fort om jeg trenger å komme inn. Har prøvd å være en uke fast på DPS, men det ble feil for meg å vente i 3 uker, også kunne være syk i en uke. Bedre at de kommer hjem til meg når jeg trenger det.»*

Det å møte andre som har hatt lignende erfaringer som erfaringskonsulenter eller brukerorganisasjoner kan være til stor hjelp. *«Organisere grupper ute i kommunen. Kunne snakke med andre som har opplevd lignende ting.»*

Flere av informantene opplevde et paradoks ved at man enten ble helt overlatt til seg selv, eller så ble det tilbudt all verdens hjelp som en ikke ønsket. Det formidles et sterkt ønske om å greie seg mest mulig på egen hånd og at det alltid etterstrebes å gi riktig hjelp til riktig tid. *«Jeg var så lei av at psykologen min traff meg bare en gang hver 3. mnd. at jeg begynte å betale plenty for personlig trener, bare for å ha en person å forholde meg til. Det er veldig dyrt.»*

Det er et veldig tydelig savn at hjelpeapparatet ikke tar nok på alvor praktiske problemer som for eksempel økonomi, boligsituasjon og hjelp til dagliglivets gjøremål. Utskriving for tidlig handler mange ganger om situasjonen man blir skrevet ut til. *«Vi kan skrive deg ut, for du er jo her frivillig. Jammen, det går jo ikke hjemme er det jo fullstendig kaos!»*

Et viktig tiltak er å få en fast tillitsperson som jobber for din sak, når du ikke greier det selv. Det er viktig at brukeren får formidlet håp og får hjelp på egne premisser. *«Når jeg føler meg frisk som ethvert annet såkalt normalt menneske, får jeg vite at du kan godt føle deg frisk, men du blir aldri helt frisk. Nettopp det at du sier at du er frisk er et tegn på at du er syk. Man må få rett til å definere seg selv.»*

Oppsøkende hjelp i form av eksempelvis ambulante team, som både kan ta tak i praktiske utfordringer og behovet for samtaler om de vanskelige tingene. *«Det gikk bare 2-3 mnd. før jeg mistet kontakten med alle vennene mine. At noen kom hjem til meg var utrolig viktig en periode, for jeg hadde ikke noe kontakt med vanlige folk.»*

Forsknings- og fagutviklingsperspektiv

Det mangler generelt forskning og fagutvikling som ser på hvordan man kan følge opp pasienter etter utskrivelse på en systematisk måte, selv om dette formålet inngår i intervensjoner som ambulante team og kriseplaner.

Innenfor alternativer til tvang i litteraturen er man opptatt av viktigheten av å inkludere pårørende i det tvangsreducerende arbeidet og finne alternative løsninger (se bl.a. Norvoll 2008 for en litteraturgjennomgang). Flere studier viser at tvang kan være en kilde til konflikt og mistillit mellom pårørende og pasient. Dette er en begrunnelse for å finne alternative frivillige løsninger dersom dette er mulig. Pågående studier viser også at det kan være behov for forsoningsarbeid i familien etter tvangsbruk. Det foreligger per i dag imidlertid liten kunnskap om pårørendearbeid ved tvang og alternativer til tvang i Norge. Dette er dermed områder det mangler forskning og fagutviklingsarbeid på.

Forslag til tiltak

- Brukeren kan ha behov for å ha mulighet til å kontakte/følges opp av personer som man har fått en god relasjon til. Ringe avdeling eller ringe psykisk helsearbeider i kommunen.
- Alle som blir utskrevet fra tvang bør få en samtale med psykisk helsearbeider i kommunen. Tjenestene må forsikre seg om at grunnleggende behov som blant annet bolig er på plass.

Andre forslag fra forskning og fagutvikling

To hovedtilnærminger preger den nasjonale og internasjonale litteraturen om arbeidet med tvangsreduksjon og bruk av alternativer til tvang.

For det første har tjenestestedene gjennomgått egen organisering og daglig praksis på en systematisk og kritisk måte for å redusere unødig rutinemessig bruk av tvang overfor pasienter. For det andre handler alternativer til tvang om å håndtere vanskelige situasjoner på andre måter ved å tilføre mer ressurser og utvikle alternative tiltak som kan erstatte tvangsbruken. Det er viktig å jobbe helhetlig med hele organisasjonen inkludert å styrke personalgruppen for å lykkes.

De mest fremtredende alternativene som beskrives i litteraturen – og som er beskrevet gjennom ressursheftet – må sees i et bredt organisatorisk og forebyggende perspektiv, hvor det er nødvendig med flere typer intervensjoner på ulike nivå. Alternative arbeidsformer krever endring av behandlingsfilosofi mot økt vekt på individuell- og familierettet behandling, recovery, krisehåndtering, samt traumeinformert behandling. Unødig bruk av fysisk tvang og rigid grensesetting øker faren for skader på personal og pasienter. Man bør derfor søke å håndtere vanskelig atferd og krisesituasjoner ved hjelp av forebygging og kommunikasjon. Det vises til god erfaring med inkludering av ledelsen, erfarne konsulenter og/eller krise-team i postene, som kan bidra til å løse problemene på alternative måter. Videre fremheves en økt involvering av brukere og pårørende i behandlingen.

Lederskap på ulike nivå fremheves som en avgjørende faktor. Viktige aspekter er å utarbeide en felles visjon og strategisk

Lyst til å lese mer om helhetlig tilnærming?

Visalli, H. & McNasser, G. (2000). Reducing Seclusion and Restraint: Meeting the Organizational Challenge. *Journal of Nursing Care Quality*, Vol. 14, No.4: 45–44.

Sjöström, S. (2006). Invocation of coercion context in compliance communication – power dynamics in psychiatric care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29: 36–47.

Norvoll, R., Hatling, T. og Hem, K. G. (2008). *Det er nå det begynner! Hovedrapport fra prosjektet «Brukerorienterte alternativer til tvang»*. (BAT). Rapport A8450. Trondheim: SINTEF Helse.

handlingsplan for tvangsreduksjon i sykehusene. Ledelsen må sørge for å ha tilstrekkelige ressurser, gjennomføre målbevisste ansettelser, iverksette tiltakene og implementere gode holdninger og gi kontinuerlig støtte til det tvangsreduksjonsarbeidet over tid. I flere prosjekter er det gode erfaringer med å benytte statistikk for å få oversikt over og følge opp virksomheten rundt tvangsreduksjon. Det beskrives gode erfaringer med hyppig og systematisk bruk av refleksjon, review og debriefing hvor ledelsen og brukerne ser på alternativer, forebygging av tvang og muligheter for tvangsreduksjon. Dette inngår sammen med bedre kvalitetssikring av forhåndsvurderingene og beslutningene om å iverksette tvang.

I tillegg vektlegges betydningen av systematiske utdanningskurs som er rettet mot økt kompetanse og ferdigheter i ny behandlingsfilosofi. Personalet må bli mer bevisst mulighetene for å intervensere på en mindre restriktivt og mer samarbeidende måte med pasientene. Dette kombineres med tiltak som er rettet mot økt kompetanse hos pasienten i bedre håndtering av vanskelige følelser, sinne og aggresjon, blant annet gjennom «sinne-håndteringsverktøy», kriseforebyggende planer og gruppetilbud for pasienter.

Seks hovedstrategier for å forebygge bruk av tvang (Huckshorn 2004)

Strategi 1: Lederskap rettet mot organisasjonsendring

Strategi 2: Bruk av data (statistikk) for å informere praksis om egen tvangsbruk

Strategi 3: Utvikling av personalgruppen (holdninger, kompetanse og ferdigheter)

Strategi 4: Bruk av verktøy som kan redusere tvang (for eksempel risikovurdering, varselsignaler, gode deeskaleringsferdigheter i personalgruppen, alternative miljøtiltak som komfort-room samt øvrige tiltak som kan hjelpe pasienten med å håndtere følelsene sine på egen hånd.)

Strategi 5: Pasient/-brukermedvirkning

Strategi 6: Forskjellige debriefingsverktøy (som inkluderer ledelse, pasient og pårørende).



Videre forsknings- og fagutviklingsbehov

Flere av de tiltakene som brukerne foreslår som alternativ til å bruke tvang får støtte i forskning og fagutviklingsarbeid. Som det fremgår av ressursheftet foreligger det allerede mye kunnskap om mulige alternativer til tvang. Det er derfor ikke bare behov for ny forskning, men å implementere og ta i bruk gode erfaringer i klinisk praksis. Dette krever vilje til endring, godt lederskap og målrettet arbeid med organisasjonen.

Likevel vil vi avslutningsvis peke på noen videre forsknings- og fagutviklingsbehov som har fremkommet gjennom prosjektet. Disse omhandler også spørsmålet om hvordan man kan få til en bedre implementering av alternativer i praksis:

Mye av litteraturen har vært sykehusorientert. Det er samtidig viktig å utvikle alternative tiltak som inkluderer et bredere livs- og hverdagsperspektiv som er rettet mot sosial støtte og tiltak utenfor institusjon. Som brukerne i denne undersøkelsen peker på, bør man undersøke potensialet for alternativer til tvang gjennom utvikling av flere frivillige behandlingstilbud og tettere oppfølging og avlastning før akuttposter. Dette handler om å finne et godt behandlingstilbud på riktig omsorgs- og sikkerhetsnivå.

Samspill med pårørende er sentralt fordi de ofte har en varslingsfunksjon som setter i gang tvangen fra systemet sin side. Tett oppfølging, støtte og hjelp til både pårørende og pasient, deling av kunnskap om tvangsforebygging i hjemmesituasjonen, for eksempel gjennom oppsøkende team og nettverksarbeid kan bidra til å redusere belastningen ved å bli utsatt for tvang. Her mangler det imidlertid mye forskning om hvordan man kan arbeide med forebygging og alternativer til tvang på familienivå.

Nettverksmodellen og dialogiske samtaler er en av de arbeidsmodellene som har vist best effekt i å redusere bruk av innleggelse og dermed bruk av tvang. Dessverre har det forekommet noe skepsis og kritikk til studiene som har fremskaffet disse resultatene. Resultatene er imidlertid så gode og så lovende at denne arbeidsmodellen definitivt burde utprøves og utforskes mer.

I likhet med denne undersøkelsen peker forskningen på behovet for å utvikle mer kunnskap og systematiske intervensjonsstudier om relasjonens betydning for å unngå tvang og viktigheten av å bruke tid i møte med pasientene.

Det er også behov for mer kunnskap om beslutningsprosesser som påvirker bruk av tvang og kvalitetssikring av tvangsbruken. For tiden pågår det flere forskningsprosjekter om dette, og resultatene derfra synes viktige.

Et annet sentralt område er å redusere tvangsmedisinering for dem som opplever dette som integritetskrenkende. Det er også sentralt å se på hvordan man kan kvalitetssikre medisineringsen for å unngå feilmedisinering, overbehandling og unødige bivirkninger.

Videre er det viktig å se på hvordan man kan integrere alternativer til tvang i brukeres kriseplan og få til en mer aktiv bruk av denne i tjenestene i tiden fremover. På samme vis er det behov for mer forskning om hvordan ettersamtaler kan integreres på en god måte i praksis.

I tillegg til alternativer til tvang i lokalmiljø synliggjør tilbakemeldinger fra brukere også behovet for å se på hvordan man kan redusere unødig tvang innenfor sykehusene. Dette handler om å utvikle nye frivillige sykehustilbud, endre behandlingstenkingen og finne alternative arbeidsformer. Det vil være viktig å se på hvordan man kan integrere et sterkere medvirkningsperspektiv i sykehusene i tiden fremover.



Referanser

Agar-Jacomp, K., & Read, J. (2009). Mental health crisis services: What do service users need when in crisis? *Journal of Mental Health*. 18(2), 99-110.

Almvik, A., Sagsveen, E., Olsø, T. M., Westerlund, T., & Norvoll, R. (2011). "Å lage farger på livet til folk." *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 8(2), 154-163.

Ashcraft, L., Bloss, M., & Anthony, W. A. (2012). The Development and Implementation of «No Force First» as a Best Practice. Best Practices. *Psychiatric Services*. 63, 5.

Barnum Goetz, S. & Taylor-Trujillo, A. (2012). "A Change in Culture: Violence Prevention in an Acute Behavioral Health Setting. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. Vol. 18, 2 96-103.

Berg, N. (2005). *Blåmann*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bola, J. R. (2006). Medication-free research in early episode schizophrenia: evidence of long-term harm? *Schizophrenia bulletin*. 32(2), 288-96. doi:10.1093/schbul/sbj019.

Bola, J. R., & Mosher, L. R. (2003). Treatment of acute psychosis without neuroleptics: Two-year outcomes from the Soteria project. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 219 - 229.


Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, Vol 46, 452-459.

Calton, T., Ferriter, M., Huband, N., & Spandler, H. (2008). A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 43(1), 181-193.

Ciampi, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *The British Journal of Psychiatry*. 136, 413-20.

Cusack, K. J., C. Frueh, T. Hiers, S. Suffoletta- Maierle & Bennett, S. (2003), Trauma within the psychiatric setting: a preliminary empirical report. *Administration and Policy in Mental Health*, Vol. 30, 5, 453-460.

Eidhammer, G., Flutttert, F., Knutzen, M., & Bjørkly, S. (2013). *Early Recognition Method – ERM – Pilotfase 2 – 2009-2013*. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst. Kompetansesenterets Prosjektrapport 2013- 1.



Fluttert, F., Meijel, B. Van., Nijman, H., Bjørkly, S., & Grypdonck, M. (2010). Preventing aggressive incidents and seclusion in forensic care by means of the «Early Recognition Method». *Journal Clinical Nursing*, 24, 4, 266–274.

Frueh, B. C., R.Knapp, K.J. Cusack, A.Grubaugh, J. Sauvageot, C. Julie, V. Cousins, E.Yim, R. Eunsil, C. Robins, J. Monniers & Hiers, T. (2005), Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. *Psychiatric Services*, vol. 56, No. 9, 1123–1133.

Gamme, W. I. (2009). Skjerming med brukermedvirkning – Kan endring av skjermingspraksis øke pasienters tilfredshet? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3, 241–249.

Gaskin, C. J., Elsom, S. J. & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. Review of the literature. *British Journal of Psychiatry*, 191: 298–303.

Gilburt, H., Rose, D., & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *Bmc Health Services Research*, 8, 92: doi:10.1186/1472-6963-8-92.

Guerch, H. (2012). *Psykoetsatt*. Oslo: Kolofon.

Guribye, E., Heiervang E. (2005). Man føler seg maktesløs som foreldre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol 2, nr. 4, 2005, s. 410

Halvorsen, P. (2011). Færre liggedøgn og mindre tvang med brukerstyring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol. 48, 5, 492–493.

Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *The American journal of psychiatry*. 144(6), 727–35.

Harrow, M., & Jobe, T. H. (2007). Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. *The Journal of nervous and mental disease*. 195(5), 406–14. doi:10.1097/01.nmd.0000253783.32338.6e.

Hatling, T. (2013). Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. I: Norvoll, R. (red.). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2010). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2009*. IS-1861.

Helse Vest (2011). *Mest mulig frivillig behandling! Regional handlingsplan for redusert og rett bruk av tvang i psykisk helse i Helseregion Vest 2011–2015*.

Helse Stavanger (2013). Hjemmeside: <http://www.sus.no/omoss/avdelinger/psykiatrisk-divisjon/terapeutisk-mestring-av-aggresjon/Sider/side.aspx>

Heskestad, S. & Tyltlandsvik, M. (2008) Brukerstyrte kriseinnleggelser ved alvorlig psykisk lidelse. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, vol. 128 (1), 32-35.

Huckshorn, K. A. (2004). Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Settings. Core Strategies for Prevention. *Journal of Psychosocial Nursing*, 42 (9),22-33.

Hultberg, K.B & Karlsson, B. (2007). Brukererfaringer med kriseintervensjon i eget hjem. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 44, nummer 7, 2007, 900-905.

Hustoft, K., Larsen, TK., Austad, B., Joa, I., Johannessen, JO., & Ruud, T. (2013). Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *International Journal of Law and psychiatry*. 36(2), 136-143.

Husum, T. L., Finset, A., & Ruud, T. (2008). The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): Reliability, validity and feasibility. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(5), 417-422.

Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A., & Ruud, T. (2010a). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in psychiatric acute wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Published online 2 July. doi: 10.1007/s00127-010-0259-2.

Husum, T. L., Bjørngaard, J. H., Finset, A., & Ruud, T. (2010b). A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: Patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Services Research*, 10(89). doi:10.1186/1472-6963-10-89. Open Access.

Husum, T. L., & Hjort, H. (2009). Menneskerettigheter i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 12. 1169-1174.

Husum og Norvoll (2013). *Alternativ til tvang II. Sett fra et fag- og forskningsperspektiv*. Nasjonalt Senter for Erfaringskompetanse.

Johansen, I. H., Mellesdal, L., Jørgensen, H. A., & Hunskår, S. (2012). Admissions to a Norwegian emergency psychiatric ward: patient characteristics and referring agents. A prospective study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66: 40-48.

Johnson, M. E. (2010). Violence and Restraint Reduction Efforts in Inpatient Psychiatric Units. *Issues in Mental Health Nursing*. 31, 181-197.

Johnson, S., Lloyd-Evans, B., Howard, L., Osborn, D. P. J., & Slade, M. (2010). Where next with residential alternatives to admission? Editorial. *The British Journal of Psychiatry*. 197, 52-54.

KoRus-Øst og Ahus (2012). *Evaluering av 12 ACT-team*. Midtveisrapport.

Kunnskapssenteret (2012). Dahm, K. T., Leiknes, K. A., Husum, T. L., Kirkehei, I., Hofmann, B., Myrhaug, H. T., Brurberg, K. G., Dalsbø, T. K., & Reinar, L.M. (2012). *Tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern hos voksne*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 09-2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

La Fond, J. Q., & Srebnik, D. (2002). The impact of mental health advance directives on patient perceptions of coercion in civil commitment and treatment decisions. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 537-555.

Lidz, C. W., Mulvey, E. P., Hoge, S. K., Kirsch, B. L., Monahan, J., Eisenberg, M., Gardner, W., & Roth, L. H. (1998). Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1254-1260.

Lidz, C. W., Hoge, S. K., Gardner, W., Bennet, N., Monahan, J., Mulvey, E., & Roth, L. (1995). Perceived Coercion in Mental Hospital Admission. *Archives of General Psychiatry*, 12, 1034-1039.

Moen, G. L. (2005). Gjennom barneøyne. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, Vol 2, nummer 4, 2005, side 405

Mosher, L. R. (1999). Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization: a personal and professional review. *Journal of Nervous Disorders*, 187, 142-149.

Mosher, L. R., & Menn, A. Z. (1978). Community residential treatment for schizophrenia: two-year follow-up. *Hospital & Community Psychiatry*, 29(11), 715-23.

Murphy, H. B., & Raman, A. C. (1971). The chronicity of schizophrenia in indigenous tropical peoples. Result of a twelve-year follow-up survey in Mauritius. *The British Journal of Psychiatry*, 118(546), 489-97.

Nijman, H. L. I., Palmstierna, T., Almvik, R., & Stolker, J. J. (2005). Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 12-21.

Nitter, I. E. (2012). *Den bipolare veien til balanse*. Oslo: Gjølstad.

Norvoll, R. (2008). Delrapport 1. *Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus. En presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur*. Rapport A4572. Trondheim: SINTEF.

Norvoll, R. (2007). *Det lukkede rom. Bruk av skjerming som behandling og kontroll i psykiatriske akuttposter*. Avhandling for dr. polit.graden. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi. Oslo: Universitetet i Oslo.

Norvoll, R., Hatling, T., & Hem, K-G. (2008). *Det er nå det begynner!/: hovedrapport fra prosjektet. Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT)*. Rapport A8450. Trondheim: SINTEF.

Norvoll, R. (2011). *Jeg vil ikke stå utenfor. Arbeid og utdanning sett med brukernes øyne*. AFI-Notat 2011:10. Oslo: AFI-WRI (Work Research Institute).

Norvoll, R., & Husum, T. L. (2011). *Som natt og dag? Om forskjeller i forståelse mellom misfornøyde brukere og ansatte om bruk av tvang*. AFI-notat 2011:9. Oslo: AFI-WRI (Work Research Institute).

Næss, E. og Bøen, B. (2008). *Reduksjon av tvangsinnleggelse ved Psykiatrisk legevakt i Oslo*. Bivrost nr. 4: 35-36

Olofsson, B. (2000). *Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. New Series No. 655. Umeå: Umeå Medical Dissertation Department of Nursing and Clinical Sciences, Division of Psychiatry, Umeå Universitet.

Pitt, L., Kilbridge, M., Nothard, S., Welford, M., & Morrison, A. P. (2007). Researching recovery from psychosis: a user led project. *The Psychiatrist*. 31, 55-60.

Rappaport, M., Hopkins, H. K., Hall, K., Belleza, T., & Silverman, J. (1978). Are there schizophrenics for whom drugs may be unnecessary or contraindicated? *International Pharmacopsychiatry*, 13(2), 100-11.

Rådet for psykisk helse (2010). *Frivillighet før tvang. Tiltak for å redusere omfang av tvangsinnleggelse til psykisk helsevern*. Oslo: Rådet for psykisk helse.

Sandvik, E. (2008). *Nina kan ikke gråte*. Oslo: Kolofon.

Sattar, S. P., Pinals, D. A., Din, A. U., & Apperbaum, P.S. (2006). To commit or Not to commit: The Psychiatry Resident as a Variable in Involuntary Commitment Decisions. *Academic Psychiatry*. 30, 3, 191-195.

Seikkula, J. (2000). *Åpne samtaler*. Tano Aschehoug.

Seikkula, J., Alarare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasingkangas, A., & Lethinen, V. (2006). Five-year experience of first-episode non-affective psychosis in open dialogue-approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case-studies. *Psychotherapy Research*. 16(2), 214-228.

Seo, MK., Kim, SH. & Rhee, M. (2013). Coercion in psychiatric care: Can paternalism justify coercion? *International Journal of Social Psychiatry*. 59 (3), 217-223.

Sjöström, S. (2006). Invocation of coercion context in compliance communication – power dynamics in psychiatric care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29: 36–47.

Slade, M., Byford, B., Barrett, B., Lloyd-Evans, B., Gilbert, H., Osborn, D.P.J., Skinner, R., Leese, M., Thornicroft, G., & Johnson S. (2010). Alternatives to standard acute in-patient care in England: short-term clinical outcomes and cost-effectiveness. *The British Journal of Psychiatry*. 197, 14-19.

Stanhope, V., Marcus, S., & Solomon, P. (2009). The Impact of Coercion on Services From the Perspective of Mental Health Care Consumers With Co-occurring Disorders. *Psychiatric Services*. 60(2), 183-188.

Søkelyset nr 32 (2011) Landsforeningen We Shall Overcome.

Thornicroft G. Farrelly S. Szmukler G. Birchwood M. Waheed W. Flach C. Barrett B. (2013) Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *Lancet*. 381(9878):1634-41.

Tidsskrift for psykisk helsearbeid (nr 4, 2011). *Temanummer om Recovery*.

Tidsskrift for psykisk helsearbeid (nr. 4, 2005). *Psykisk helse og overgrepssproblematikk*.

Vaaland. T. Ø. (2007). *Brev til en minister*. Gyldendal Akademisk.

Van Dongen, E. (2004). *Worlds of psychotic people. Wanderers, 'bricoleurs' and strategists*. London: Routledge.

Visalli, H., & McNasser, G. (2000). Reducing Seclusion and Restraint: Meeting the Organizational Challenge. *Journal of Nursing Care Quality*, 14 (4), 45–44.

Warner, R. (2004). *Recovery from Schizophrenia. Psychiatry and political economy*. Third edition (p. 408). New York: Brunner Routledge.

Zoffmann, J., V., Sestoft, D. M., Almvik, R., & Brandt-Christensen, M. (2013). Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study. *Perspectives in Psychiatric Care*. Doi: 10.1111/ppc.12036.

Øye, C. & Norvoll, R. (2013). Psykisk helsearbeid i et makt- og kontrollperspektiv. I: Norvoll, R. (red.). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Kap. 3:73-97. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Øye, L.M. (2011) Tvang: Alt handler om hvordan. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 48, nummer 5, 2011, side 483







helhet
frivillighet
hjelp
kunnskap
bedre kvalitet
tvang
tvangserfaring
skjerming
sint
omsorg
miljøterapi
makt
forskning
regler
alternativer til tvang
belter
toleranse
tjenesteutøver
psykiatri
psykisk helsevernlov
verdighet
medisiner
skam
traumer
isolasjon
psykofarmaka
ensom
relasjoner
uro
akutt
menneskerettigheter
pasientopplevelser
respekt
empati
psykose
etikk



erfaringskompetanse.no



UiO **Institutt for helse og samfunn**
Det medisinske fakultet



KONTAKT OSS

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse
innen psykisk helse

PB 298 Sentrum
3701 Skien

post@erfaringskompetanse.no
www.erfaringskompetanse.no



9 788293 171218

Erfaringskompetanse.no 2014:2

ISSN 1891-6503

ISBN 978-82-93171-21-8