

Alternativer til tvang II



Sett fra et fag- og forskningsperspektiv

UiO: Institutt for helse og samfunn Det medisinske fakultet
erfaringskompetanse.no 2014:3

Tonje Lossius Husum & Reidun Norvoll



Erfaringskompetanse.no 2014:2

Elektronisk utgave
ISBN 978-82-93171-23-2
ISSN 1891-6503

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



Forord

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse er opptatt av å få løftet frem og gjøre erfaringer fra mennesker utsatt for tvangsbehandling, til en del av kunnskapsutviklingen på området. Publikasjonen du nå holder i hånden er et resultat av et unikt samarbeid mellom Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse og Senter for medisinsk etikk (SME) Universitetet i Oslo. Hensikten har vært å sammenstille brukernes erfaringer og synspunkter med foreliggende forskning. Forskerne har sammen med Erfaringskompetanse deltatt i workshops med brukere og har gjennomgått foreliggende fag- og forskningslitteratur på de alternativene som brukerne har foreslått, for å se om disse samsvarer med andre erfaringer.

Gjennomgangen av forskning og litteratur om alternativ til og reduksjon av bruk av tvang, viser at det er mange systematiske forsøk som ser ut til å virke. Faktorer som terapeutiske relasjoner, bedre samarbeid, hyggelige hjemlige omgivelser og mer opplevelse av frihet og trygghet ser ut til å være sentrale for å forebygge bruk av tvang.

Forfatterne viser oss også hvor forskningshullene er og på hvilke områder det trengs mer forskning.

Takket være dette samarbeidet, har vi fått en god oversikt over forsknings- og faglitteraturen på dette utfordrende og vanskelige tema. Brukernes erfaringer med hva som hjelper, viser seg å stemme med foreliggende forskning.

Vi vil takke Reidun Norvoll og Tonje Lossius Husum for et flott samarbeid og for dette viktige grunnlagsdokumentet som vi håper vil bli brukt som utgangspunkt for ny forskning og endring av praksis.

Dagfinn Bjørgen, FoU-ansvarlig

Eva Svendsen, seniorrådgiver

Sammendrag

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Erfaringskompetanse og Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo. Hensikten er å øke kunnskapen om alternativer til tvang ved å sammenstille brukernes synspunkter med foreliggende forskning og erfaringer fra fagutviklingsarbeid. Samarbeidet gir også en faglig synergieffekt fordi begge miljøer arbeider med temaet tvang ut fra noe ulike innfallsvinkler.

Forskerne ved SME har deltatt i workshopene som Erfaringskompetanse har arrangert og i felles analyse underveis. Deretter har forskerne gått gjennom foreliggende fag- og forskningslitteratur som omhandler de alternativene til tvang som brukerne har foreslått for å se i hvilken grad disse samsvarer med øvrige erfaringer.

Konklusjonen etter denne gjennomgangen av forskning og litteratur om alternativ til og reduksjon av bruk av tvang, er at mange systematiske forsøk på å redusere bruk av tvang ser ut til å virke. Vi trenger mer forskning for å trekke konklusjoner om hva som virker best, men foreliggende forskning antyder at det er brede og sammensatte intervensjoner som retter seg mot flere nivå i tjenestene som har best effekt. Det viktigste er sannsynligvis at man har god forankring i ledelsen, setter seg som mål å redusere bruk av tvang, legger en plan, og holder fokus på målet over tid. Basert på funn fra foreliggende forskning har vi valgt ut seks tiltak det er evaluert og som spesielt ser ut til å ha vist god effekt på å redusere bruk av tvang. Disse er:

- Bruk av verktøy for systematisk risikovurdering
- Bruk av kriseplan
- Obligatorisk evaluering etter episoder med tvangsbruk
- Økt brukerinvolvering
- God fysisk plass på avdelingen/lavere pasienttetthet
- God relasjon og kontinuitet i relasjonen mellom pasient og helsepersonell

Videre er det en utfordring fremover at det trengs mer forskning og kunnskap om implementering av nye metoder i den psykiske helsetjenesten.



Sammendrag	4
Innledning	6
Problemstillinger og metode	9
Tidligere litteraturgjennomganger og oppsummerende studier	10
Om tvangsreduksjon og alternativer til tvang	14
Forebygging	14
Målbevissthet, helhetlig tilnærming og tydelig ledelse ..	16
Alternative tjenestetilbud	17
Soteriahusmodellen	18
Recovery	19
Nettverksmodellen	20
Andre alternative tilbud	22
Tiltak i kommune og desentraliserte tjenester	23
Kvalitetssikre beslutningsprosesser om tvang	25
Betydning av relasjon og involvering i behandlingen	27
Utfordringen med aggresjon	28
Patient-Focused Intervention Model	30
Early Recognition Method	31
Terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk	31
Psykiatrisk testamente og kriseplan	32
Helhetlig behandling	32
Tvangsmedisinering	33
Ettersamtaler	34
Oppsummering	36
Videre behov for forskning	37
Referanser	40

Innledning

Bruk av tvang overfor personer med psykiske vansker har vært vanlig gjennom historien, både i den private omsorgen og senere i de offentlige helsetjenestene. Forskingen om tvangsbruk frem til 1980-tallet var likevel relativt begrenset. Fra 1980-tallet frem til i dag har den forskningsmessige interessen for å studere tvang og alternativer til tvang derimot vært økende. Særlig på 2000-tallet ser vi en økning i antall publikasjoner om alternativer til tvang i ulike fagtidsskrifter, spesielt innenfor helsetjenesteforskning og sykepleieforskning. I de senere årene har det også vært økende antall bidrag om tvangsreduksjon og alternativer til tvang innenfor medisinske og psykologiske tidsskrifter nasjonalt og internasjonalt (se blant annet Gaskin, Elsom & Happel 2007; Heskestad & Tytlandsvik 2008; Tidsskrift for Norsk psykologforening 2009; Impuls 2011). Litteraturen gjenspeiler en økende offensiv holdning til at tvangsbruk kan reduseres uten uheldige konsekvenser (Busch 2000).

Litteraturen om alternativer til tvang inneholder to aspekter: For det første omhandler det spørsmålet om hvordan man kan løse tvangsrelaterte problemstillinger (og derigjennom redusere bruk av tvang) ved andre frivillig baserte løsninger. Dette er særlig viktig for de brukerne/pasientene som opplever tvang som belastende og traumatisk. For det andre omhandler det spørsmålet om måten tvangen utføres på, og hva som kan gjøres for å redusere de negative virkningene etter bruk av tvang. I likhet med hva brukerne forteller om i dette prosjektet finner en omfattende forskningslitteratur (se blant annet Olofsson 2000 samt oversikt i blant annet Norvoll & Husum 2011), at måten tvangen utføres på – om den eksempelvis utføres respektfullt, verdig, omsorgsfullt og med brukerinvolvering – har betydning for pasientene og pårørende sin opplevelse av tvangsbruken, samt for utkommet av tvangsbruken. Den faktiske tvangsbruken har imidlertid stor betydning for opplevelser av tvang. Dette betyr at for de fleste pasienter (om ikke alle) vil opplevelsen av tvang øke i tråd med omfanget av tvangstiltakene. Vi vil her legge mest vekt på alternativer til tvang og intervensjoner som fører til at bruken av tvang kan reduseres på en god og forsvarlig måte.

De fleste publiserte bidragene som omhandler alternativer til tvang er kommet fra USA. Det finnes kun spredte europeiske og norske bidrag, selv om antall bidrag er økende. I de senere årene har det vært flere helsepolitiske initiativ og tiltaksplaner for å redusere tvang i Europa, særlig i de nordiske landene og Nederland. Flere av disse initiativene har vært fulgt av forskning (blant annet Molewijk, Verkerk, Milius & Widdershoven 2008). Kunnskapen om tvangsreduksjon og alternativer til tvang er derfor økende. Den foreliggende litteraturen har i størst grad beskrevet erfaringer med å utvikle alternative praksiser til tvang i sykehus. Det er mest litteratur om reduksjon av isolat (seclusion) og mekaniske tvangsmidler (restraints); ofte forkortet til S/R, samt annen uformell tvang og eventuelt tvangsmedisinering. Det har samtidig vært økende forskning om mulighetene for å redusere bruk av tvang (spesielt

tvangsinnleggelse) gjennom tiltak i desentraliserte tjenester og kommunene de senere årene (Huckshorn 2004; 2006; Stein & Test 1980; Wierdsma, Poodt & Mulder 2007), samt ulike typer oppsøkende team i kommunen (Davidson & Campell 2007; Johnson et al. 2005; Tyrer et al. 2010; Ohlenschlaeger et al. 2008). Disse studiene har undersøkt om henholdsvis bruk av ACT-team (Assertive Community Treatment team), akutt-kriseteam og økt samhandling i kommunen kan føre til mindre bruk av tvangsinnleggelse.

Flere eksempler på studier som undersøker alternative måter å organisere akuttjenester på er blant annet: Krisehjem som alternativ til tradisjonell akuttavdeling (Bennet 1995); andre alternativt utformede avdelinger ved kriser (Gilbert, Slade & Rose 2010; Relton & Thomas 2002; Johnson et al. 2010a; Johnson, Gilbert, Lloyd-Evans & Slade 2007; Slade et al. 2010; Osborn et al. 2010; Gilbert et al. 2010 med flere). Et annet alternativ som er undersøkt er Soteriahus-modellen (Bola & Mosher 2003; Calton, Ferriter, Huband & Spandler 2008; Ciompi et al. 1992). Det er også gjennomført noen studier av bruk av Recoverymodeller rettet mot personer med psykose og/eller rusvaner (Davidson & White 2007; Davidson et al. 2008; Pitt, Kilbride, Nothard, Welford & Morrison 2007), og Empowermentmodeller (Strack, Deal & Schulenberg 2007 med flere). Disse vil utypes senere i rapporten. Det er ikke alle disse studiene som retter seg spesielt inn mot å redusere bruk av tvang. Noen retter seg generelt mot å utvikle bedre psykiske helsetjenester (spesielt akuttjenester), bedre brukeropplevelsen, oppnå bedre samarbeid med brukeren og forebygge innleggelse/bruk av sengepost og/eller tradisjonelle akutt-/krisetjenester. Dette er imidlertid også intervensjoner og tjenester som kan redusere bruk av tvang, i det helsetjenesten oppnår bedre samarbeid med brukeren på et frivillig grunnlag.

Det er også gjennomført studier av den finske nettverksmodellen som ofte kalles «Åpne samtaler» eller «Dialogiske samtaler». Denne innebærer også en alternativ måte å organisere akuttjenester og hjelp ved psykiske kriser på. Dette er studier som heller ikke direkte har hatt som målsetting å redusere bruk av tvang, men hvor dette allikevel har vært en konsekvens. Nettverksmodellen innebærer blant annet å møte brukeren hjemme på dennes arena, med vedkommendes nettverk, og med et tverrfaglig oppsøkende team, som tilstreber å møte brukeren på en respektfull og likeverdig måte (Seikkula et al. 2006).

I Norge er det gjennomført flere studier og doktorgrader om bruk av tvang og reduksjon av tvang (Diseth 2013; Iversen 2008; Husum 2011; Høyer 1988; Knutzen 2013; Norvoll 2007; Norvoll, Hatling & Hem, 2008; Norvoll & Husum 2011; Wynn 2004) og det har jevnlig vært publisert landsomfattende statistikk om tvangsbruk i sykehus de siste tiårene (blant annet Helsedirektoratet 2010 og SINTEF (Bremnes, Hatling & Bjørngaard 2008a,b,c; Lilleng, Ose Bremnes, Pedersen & Hatling 2009a; Lilleng et al. 2009b; Pedersen, Hatling & Røhme 2007).

Til tross for økende interesse for tvang, er det tidligere publisert forholdsvis lite eksplisitt litteratur om alternativer til tvang. De første bidragene kom i forbindelse med demens på sykehjem (Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens 2004). Deretter ble det gjennomført et prosjekt om alternativer til tvang innen omsorg for psykisk utviklingshemmede (Ellingsen, Jacobsen, & Nicolaysen 2002).

I de senere årene har det imidlertid vært et økende fokus på tvangsreduksjon og alternativer til tvang i psykisk helsevern. Gjennombruddsprosjektene til Den norske legeforening for reduksjon av tvang i psykiatrien utgjorde et viktig initiativ på dette området i Norge. Det er imidlertid publisert få rapporter om det lokale utviklingsarbeidet i sykehusene som deltok foruten hovedrapporten (Mathiesen & Føyn 2002). Senere er det gjennomført flere forsknings- og utviklingsprosjekter nasjonalt, herunder «Brukerorienterte alternativer til tvang (BAT prosjektet)» ved akuttposter i seks sykehus (Norvoll et al. 2008) og Frivillighet før tvang (Rådet for psykisk helse 2010) som inkluderer desentraliserte tjenester. I tillegg har flere sykehus og desentraliserte tjenester arbeidet for å redusere bruk av tvang gjennom ulike fagutviklingsprosjekter (se blant annet Dagens Medisin 2010; Psykisk 2011; Garbo 2009; Heskestad & Tytlandsvik 2008). Flere av disse har lyktes med å redusere tvangsinnleggelse og bruk av tvangsmidler som bruk av belteseng og skjerming under opphold i avdeling. Det foreligger dessverre begrenset dokumentasjon, publikasjoner og forskning av disse satsingene på nåværende tidspunkt, noe er imidlertid under arbeid.

Problemstillinger og metode

Dette prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Erfaringskompetanse og Senter for medisinsk etikk (SME) ved Universitetet i Oslo. Hensikten er å øke kunnskapen om alternativer til tvang ved å sammenstille brukernes synspunkter med foreliggende forskning og erfaringer fra fagutviklingsarbeid. Samarbeidet gir også en faglig synergieffekt fordi begge miljø arbeider med temaet tvang ut fra noe ulike innfallsvinkler.

Forskerne ved SME har deltatt i workshopene som Erfaringskompetanse har arrangert og i felles analyse underveis. Deretter har forskerne gått gjennom foreliggende fag- og forskningslitteratur som omhandler de alternativene til tvang som brukerne har foreslått, for å se i hvilken grad disse samsvarer med øvrige erfaringer.

Gjennomgangen av forskning og fagutvikling om alternativ til bruk av tvang er basert på tidligere systematiske litteratursøk, innsamlet litteratur og litteraturgjennomgang i forbindelse med forfatterens doktorgradsavhandling og andre prosjekter om bruk av tvang som de har gjennomført de senere årene. Dette inkluderer skjerming, alternativ til tvang, potensielle skader ved tvang, personalholdninger ved tvang og menneskerettigheter ved tvang (Norvoll 2007; Norvoll et al. 2008; Norvoll 2010; Norvoll & Husum 2011; Husum, Finset & Ruud 2008; Husum & Hjort 2009; Husum, Bjørngaard, Finset & Ruud 2010a; Husum, Bjørngaard, Finset & Ruud 2010b). I tillegg til tidligere litteraturstudier, er det gjennomført et nytt oppdaterende litteratursøk. Databasene det ble søkt i var PubMed/Medline, PsycInfo og Cinahl. Dette skulle i hovedsak dekke litteratur rettet mot henholdsvis leger, psykologer og sykepleiere. Søkeord har blant annet vært: “mental health, psychiatric services, reducing, alternatives, interventions, coercion, involuntary treatment, user participation, user led” i ulike sammensetninger. Når det er funnet spesielt relevante studier, er det søkt videre via deres referanselister for å finne flere relevante studier. Det ble spesielt søkt etter studier utført av brukerforskere og/eller med brukerinvolvering i en eller annen form.

Litteratursøket kan kalles pragmatisk i den forstand at vi søkte etter spesielt relevant litteratur fremfor å dekke hele feltet. Et komplett litteratursøk lå utenfor rammene av denne studien, og dette behovet er også dekket av andre litteraturgjennomganger innen feltet som det vil bli referert her (Kunnskapssenteret 2012; Scanlan 2010; Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson & Jones 2010). Til sammen skulle dette gi en tilfredsstillende oversikt over forskning på feltet.

I utgangspunktet skulle forskerne gjøre et systematisk litteratursøk av ett alternativ. Underveis i prosjektet har det vist seg vanskelig å utpeke ett særskilt alternativ da dette ikke utkrystalliserte seg i workshopene med brukerne. Erfaringene til brukerne var mangfoldige, og gjenspeiler muligens “alternativer-til-tvang”-forskning mer generelt, der det nettopp er sammensetningen av flere tilnærminger og tiltak som er viktig for å lykkes. Vi har derfor valgt å oppsummere forsknings- og faglitteraturen på de aktuelle områdene som brukerne i workshopene er opptatt av. I tillegg har vi gjort utdypende litteratursøk på alternativer der det ikke finnes tidligere litteraturoppsummeringer, og som fremstår som viktige i brukerfortellingene.

Spørsmålet om hvordan man skal måle effekter av intervensjoner er komplisert, og vil blant annet være avhengig av synet på kunnskapsdannelse og forskning. I følge en litteraturgjennomgang gjennomført av Kunnskapssenteret i 2012, er det få studier om bruk av tvang som har randomiserte design, og som har brukt kontrollgrupper (RCT design). Mange studier bærer preg av å være mindre fagutviklingsprosjekter og ligger i grenselandet mellom lokale evalueringsprosjekter og forskning.

Siden alternativer til tvang omhandler multifaktorielle forhold og organisatoriske prosesser, vil bredere anlagte studier være viktig (jf Gaskin et al. 2007). Fagutviklingsprosjekter og prosjekter med andre design enn RCT gir derfor også verdifull kunnskap om hvilke muligheter og utfordringer som finnes i praksis. Vi har derfor inkludert også disse i denne gjennomgangen av studier og prosjekter som ser på ulike intervensjoner for å redusere bruk av tvang.

Avslutningsvis viser litteraturen at det er mange sammenfallende erfaringer på tvers av de enkelte land og kontinenter. Det er derfor mulig å hente inspirasjon fra internasjonale erfaringer tross ulike nasjonale forhold. Denne sammenstillingen av nasjonal og internasjonal litteratur ønsker å bidra inn mot dette.

Tidligere litteraturgjennomganger og oppsummerende studier

I 2012 gjennomførte Kunnskapssenteret på oppdrag fra Psykologforeningen en litteraturgjennomgang av studier som omhandlet intervensjonsstudier med formål å redusere bruk av tvang i psykisk helsevern (Dahm et al. 2012). Kunnskapssenteret benyttet en definert modell for å vurdere effekten av studier med relativt strenge inklusjonskriterier. I praksis betyr dette at de så etter randomiserte studier med kontrollgruppe (RCT), prospektive studier og avbrutte tidsserier. De vurderte både studier som hadde som formål å redusere bruk av tvungent psykisk helsevern, samt studier som hadde som mål å redusere bruk av tvang under opphold i avdeling (bruk av tvangsmidler). Bruk av tvang under innleggelse betegnes internasjonalt ofte som «seclusion & restraints». I Norge blir det tilsvarende isolasjon og mekaniske



tvangsmidler (for det meste fem-punkts belteseng). Videre delte de intervensjonene (type tiltak) som skal redusere bruk av tvang i tre grupper:

- *Organisering* av tjenestene: Økt tilgjengelighet ved akutte kriser, ambulante team, bedring av rutiner for oppfølging, endring av lokaler og romløsninger.
- *Tiltak rettet mot personalet*: Personalkompetanse, opplæringsprogrammer, atferdsendringer/holdningsendringer.
- *Tiltak rettet mot pasienter*: Økt brukermedvirkning med vekt på autonomi.

Utfallsmål som ble vurdert var primært: antall tvangsinnleggelse, bruk av tvangsbehandling/ tiltak, tvangsmidler og tvangsmedisinering. Sekundært: Sosial fungering, aggresjonsvurdering, bruk av medikamenter, livskvalitet, pasienttilfredshet, opplevelse av krenkelse, innleggelsestid, reinnleggelse, kriminalitet og skadelige effekter som selvmord, skader på personalet og episoder med vold.

Kunnskapssenteret identifiserte 3361 unike referanser i søket etter systematiske oversikter og enkeltstudier. Etter å ha vurdert tittel og/eller sammendrag til referansene, samt vurdering av design og metodisk kvalitet, inkluderte de 12 studier i analysen. Tiltakene som ble undersøkt i de inkluderte studiene var henholdsvis:

Tiltak for å forebygge tvangsinnleggelse:

- Kriseplan
- Behandling for å øke motivasjon for terapi (Treatment Adherence Therapy)
- ACT-team (Assertive Community Treatment team)
- Akutt kriseteam
- Nettverk i kommunen (samhandling)

Tiltak for å redusere bruk av tvang under innleggelse:

- Rehabilitering på sykehus
- Personlig støtte (for eksempel fra advokat)
- Systematisk risikovurdering

Tiltak for å forebygge reinnleggelse:

- Behandlingskontrakter
- Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD)

Samtlige av de 12 studiene som ble inkludert i rapporten, var utenlandske studier. Studien undersøker imidlertid tiltak som også er i bruk i Norge; som kriseplan, systematisk risikovurdering, aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT-team), akutt kriseteam og behandlingskontakter. Det er derfor god grunn til å anta at resultatene er relevante også for norske forhold.

Kunnskapssenterets konklusjon er at:

- Bruk av *kriseplan* kan redusere antall pasienter som blir tvangsinnlagt, men dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- Systematisk *risikovurdering* av pasienter som er innlagt ved akuttavdeling kan redusere bruk av tvangsmidler, men dokumentasjonen er av lav kvalitet.
- For de *andre tiltakene* (blant annet nettverk og samhandling, tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold og personlig støtte av advokat for inneliggende pasienter) var dokumentasjonen av for lav kvalitet til at det kunne trekkes konklusjoner.

Rapporten konkluderer videre med at det trengs mye mer forskning for å trekke sikrere konklusjoner om effekt av tiltak for å redusere bruk av tvang. Det understrekes også at selv om ikke flere av de undersøkte studiene ble inkludert på grunn av for lav kvalitet, betyr ikke det at tiltakene ikke har effekt. Det betyr kun at de ikke oppfylte GRADE-kriteriene, som er kriteriene Kunnskapssenteret brukte som inklusjonskriterier.

I tillegg til gjennomgangen av studiene til Kunnskapssenteret, er det funnet to litteraturgjennomganger fra 2011 av studier med siktemål å redusere mekaniske tvangsmidler og isolasjon; en fra England (Stewart et al. 2010) og en fra Australia (Scanlan 2010). Stewart et al. (2010) gjennomgikk 36 intervensjonsstudier som inkluderte tiltak som nye retningslinjer for bruk av belter og isolasjon, endringer i bemanning, personaltreningsprogrammer, gjennomgang av enkeltsituasjoner i ettertid og krisehåndteringsintervensjoner. De konkluderte med at de fleste studiene rapporterte nedgang i bruk av isolasjon og mekaniske tvangsmidler, men at kvaliteten på studiene var jevnt over dårlig. Litteraturstudien kunne ikke trekke noen konklusjon om hvilke tiltak og programmer som var mest effektive, og konkluderte med at feltet trenger først og fremst flere og bedre intervensjonsstudier.

Scanlan (2010) undersøkte 29 studier som omhandlet intervensjoner som: nye retningslinjer/ bedre ledelse, ekstern review/debrifing etter tvangsbruk, monitorering ved bruk av data, opplæringsprogrammer rettet mot personalet, økt bruker-/familieinvolvering, økning i bemanning og endring i behandlingsprofil. Studien la vekt på organisasjonsendringer og konkluderte med at intervensjoner for å minske bruk av mekaniske tvangsmidler og isolasjon bør inkludere sterk ledelse fra lokale ledere, eksterne review-komiteer, debrifing og prosedyrer for gjennomgang av hendelser i etterkant, brede opplæringsprogrammer rettet mot personalet og lokale endringer i behandlingsprofil. Videre så man at adferds- og kognitive treningsprogrammer ser ut til å være spesielt effektive i tjenester rettet mot barn og unge.



Om tvangsreduksjon og alternativer til tvang

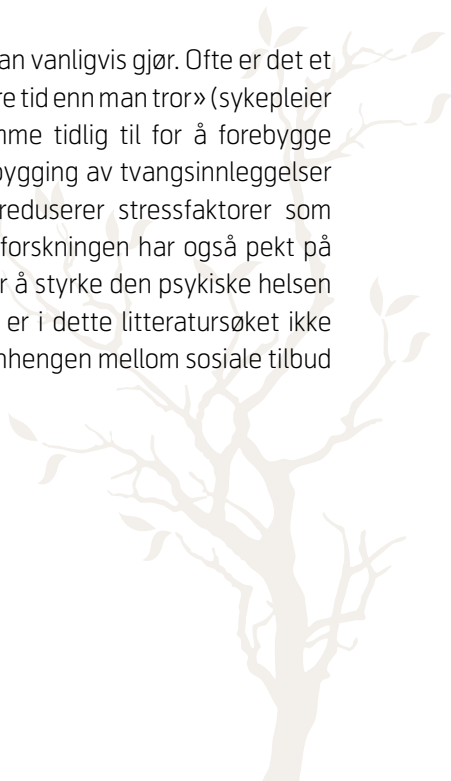
I denne delen av grunnlagsnotatet vil vi beskrive de mest sentrale tilnæringsmåtene og tiltakene som er beskrevet i forsknings- og fagutviklingslitteraturen om tvangsreduksjon og alternativer til tvang.

Forebygging

I den foreliggende litteraturen er arbeidet med tvangsreduksjon og bruk av alternativer til tvang preget av to hovedtilnæringer: 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. For det andre har man omfordelt og styrket ressursene inn mot tvangsrelaterte situasjoner for kortere eller lenger tid, slik at man kan unngå bruk av tvang.

Et viktig moment som fremheves i flere artikler (blant annet Visalli & McNasser 2000; Huckshorn 2004; 2006) er at de alternative intervensjonene ofte er rettet mot å forebygge problemer eller episoder som lett fører til tvang. Det har vist seg viktig at personalet øker bevisstheten om og kunnskapen om mulighetene for mer lempelige metoder enn tvang. Personalet må bli mer bevisst mulighetene for å intervensjonere på en mindre restriktiv og mer samarbeidende måte med pasientene.

Forebygging av tvang sees i et lengre tidsperspektiv enn det man vanligvis gjør. Ofte er det et lengre forløp som leder til tvangssituasjoner, «man har ofte bedre tid enn man tror» (sykepleier i BAT-prosjektet). Det er derfor både mulig og viktig å komme tidlig til for å forebygge tvangen. I følge en av brukerne i BAT-prosjektet handler forebygging av tvangsinnleggelse i akuttavdelingen om at man allerede i hjemmesituasjon reduserer stressfaktorer som leder til kriser, og at man gir avlastende tilbud der. Recoveryforskningen har også pekt på viktigheten av sosiale tilbud og meningsfull aktivitet/arbeid for å styrke den psykiske helsen (se blant annet Elstad & Norvoll 2013 og Schafft 2013). Det er i dette litteratursøket ikke funnet noen intervensjonsstudier som eksplisitt ser på sammenhengen mellom sosiale tilbud og tvangsbruk.



Forebygging av tvang innebærer, ifølge Huckshorn (2004; 2006), forebygging på flere ulike nivå: *Primærforebygging* utgjør en mer universell forebygging ved å utvikle strategier som er rettet mot å forebygge konflikt på viktige risikoområder. Det skjer en kontinuerlig vurdering av pågående praksiser og prosedyrer samt tiltak for individuelle risikofaktorer.

Et eksempel på dette er viktigheten av å skape et avdelingsmiljø eller tjenestetilbud som virker omsorgsfullt og ivaretagende (se også Visalli & McNasser 2000). Dette kan redusere angst og uro, og virke konfliktforebyggende. I likhet med brukerne i denne undersøkelsen, fremhever litteraturen (se blant annet vedlegget til brukerrepresentanter i Norvoll et al. 2008) at innleggessituasjonen i sykehus er viktig for å unngå ytterligere tvang. Ved innleggelse - særlig ved tvang - kjenner man seg ofte svært liten og redd. God kommunikasjon, informasjon og omsorg, lite bruk av muskelkraft og det at man ikke blir sittende alene inne på et (skjermings-)rom, kan skape trygghet som igjen reduserer det personalet ofte kaller «uro» og «utagering», eller rømmingsforsøk.

Et annet eksempel som beskrives i litteraturen, er viktigheten av at personalet er tilstede ute i miljøet med pasientene i stedet for å tilbringe for mye tid sammen på vaktrommet. Det at personalet er ute i miljøet bidrar til å skape trygghet. I tillegg fører det til at personalet kan fange opp situasjoner eller pasienter som får det vanskelig på et tidlig tidspunkt og derigjennom forebygge tvangstiltak.

For å skape et hyggelig og ivaretagende miljø som underbygger et positivt grunnsyn til pasientene og alternative løsninger til tvang er det også viktig å ha gode fysiske lokaler og gode arkitektoniske løsninger. Studier antyder at endringer i arkitektur og innredning kan føre til at det brukes mindre tvang under opphold i avdelingen (Karlin & Zeiss 2006; Schaaf, Dusseldorp, Keuning, Jansson & Noorthoorn 2013). Dette kan for eksempel dreie seg om en hyggeligere, varmere og mer hjemlig innredning, og mer åpne rom og rolige områder i avdelingen der man i større grad kan veksle mellom sosial kontakt eller ro på eget initiativ enn hva som er vanlig i tradisjonelle avdelinger med vekt på nakne skjermingsrom.

BAT-prosjektet (Norvoll et al. 2008) og senere studier (blant annet Gamme 2009; Andersen 2011), viser at både personalet og brukerne har vært opptatt av å gi muligheter for ulike aktivitetstilbud ved angst, uro og kjedsomhet som alternativ til skjerming når dette ikke hjelper pasienten. Denne skjermingstenkningen blir ofte kalt «dynamisk skjerming». I likhet med det som fremkommer i denne undersøkelsen, hadde flere positive erfaringer med aktivitet som alternativt tilbud, selv om noen pasienter kan trenge mer tradisjonelle skjermingsformer. Slike tilbud kan også gi mulighet for avledning slik brukerne i ressursheftet¹ beskriver selv, om dette ikke omtales like spesifikt.

Sekundærforebygging utgjør, ifølge Huckshorn, mer selektive intervensjoner som er rettet mot

1 Frivillighet før tvang I. Alternativer til tvang i et bruker- og fagperspektiv. Ressurshefte. Erfaringskompetanse.no

tidlige intervensjoner for å minimalisere og løse konflikt og aggresjon når disse er oppstått for å unngå tvangsmidler. Dette innebærer blant annet metoder for de-eskalering, trening av personalet i holdninger og væremåte i slike situasjoner, samt bruk av det som kalles «comfort room» som er et avslapningsrom hvor man kan blant annet lytte til musikk. Et viktig alternativ som ikke er gjort til gjenstand for intervensjonsstudier, men som personalet i akuttpostene i BAT-prosjektet beskrev, er viktigheten av å bruke tid og kommunikasjon med pasienten uten å gripe inn med tvang med en gang.

Tertiærforebygging omhandler tiltak etter at tvang er benyttet for å dempe potensielle skader av det som har skjedd for pasienter, personalet og andre som har vært vitne til en tvangssituasjon. I tillegg innebærer det en analyse eller debrifing av hendelsen sammen med pasienten og eventuelt familien, for å se på hvordan man kan unngå at dette skjer igjen.

Målbevissthet, helhetlig tilnærming og tydelig ledelse

Flere av alternativene som beskrives i litteraturen er allerede kjent og benyttet i Norge. Steder som har lyktes med tvangsreduksjon og alternative tilnærminger synes å skille seg ut ved at intervensjonene har vært mer målrettet og systematisk i praksis. Viljen til å jobbe annerledes, ambisjoner om alternative praksiser og godt lederskap har vist seg sentralt. Et helhetlig utviklingsarbeid er derfor en viktig suksessfaktor.

De mest fremtredende faktorer for tvangsreduksjon og alternativer til tvang som beskrives i litteraturen (jf. Norvoll 2008; Molewijk et al. 2008) er at alternativer til tvang må sees i et bredt organisatorisk og forebyggende perspektiv. Det er nødvendig med flere typer intervensjoner på ulike nivå (se blant annet Visalli & McNasser 2000; Huckshorn 2004; 2006).

Lederskap på ulike nivå fremheves, som en avgjørende faktor for å oppnå reduksjon i bruk av tvang i de fleste studiene. Det er viktig å utarbeide en felles visjon og strategisk handlingsplan for tvangsreduksjon i sykehusene. I tillegg er det viktig å ha god statistikk over bruk av tvang, slik at man kan ha oversikt over og følge opp virksomheten rundt tvangsreduksjon.

For å øke bevisstheten om alternative løsninger kan hyppig og systematisk bruk av refleksjon, review og debrifing; hvor ledelsen og brukerne er involvert for å se på forebygging av tvang, gi muligheter for tvangsreduksjon gjennom alternative tilnærminger. Forskningen antyder også at det er viktig å utvikle personalgruppen gjennom målbevisste ansettelses, utvikling av holdninger, faglig og etisk refleksjon over praksis. I tillegg vektlegges betydningen av systematiske utdanningskurs rettet mot økt kompetanse og ferdigheter i ny behandlingsfilosofi, og i å løse vanskelige situasjoner uten bruk av tvang. Videre vises det til god erfaring med å inkludere ledelsen i tvangssituasjoner, og å benytte spesielt erfarent personell og/eller kriseteam i postene for å løse krisene eller problemene på alternative måter.

Personalets holdninger, menneskesyn og kulturer er også sentralt. I BAT-prosjektet var personalet blant annet opptatt av at alternativer til tvang handler om å utvikle en kreativ løsningsorientert kultur i personalgruppen, der man ser etter andre måter å løse situasjonene på enn ved bruk av tvang (Norvoll et al. 2008).

Alternative tjenestetilbud

Flere studier påpeker viktigheten av å bygge ut tilgjengelige alternative frivillige og oppsøkende tjenester for å unngå tvangsinnleggelse og medfølgende tvangsbruk. Stastny og Lehmann (2007) nevner i sin gjennomgang av eksisterende alternative akutt- og krisetjenester opp en rekke eksempler på slike tjenester i Nord-Amerika og Europa. Blant annet:

- «Soteriahusmodellen»- En alternativ behandlingsmodell og en reformbevegelse (Finnes i flere land; blant annet i USA, Sveits, Tyskland, Sverige)
- «Hotel Magnus Stenbock»- Et brukerstyrt hus i Helsingborg (Sverige)
- «Windhorse-prosjektet» (USA)
- «Krisehostellet» (USA)
- “The Berlin Runaway House” (Tyskland)
- “The Second Opinion Society” (Canada)
- Traume informerte hjelpetilbud (USA)
- “La Cura” (Italia)
- “Åpen Dialog/Nettverksmodellen” (Finland)

Dette bare for å nevne noen av tilbudene og tjenestene som er utviklet som alternativ til tradisjonelle tjenester rettet mot mennesker i krise og med psykiske vansker. Disse er som oftest utviklet av og drevet av brukere, brukerbevegelser eller i samarbeid mellom brukere og profesjonelle. Motivasjonen bak har som oftest vært å tilby et mer brukervennlig og tilpasset tilbud ved psykiske kriser, enn det eksisterende hjelpeapparatet. I England er slike tilbud også integrert inn i den offentlige helsetjenesten.

Flere av disse tilbudene bygger på teoretiske modeller som «Recovery-» og «Empowerment-modeller». Dessverre er det ikke gjennomført mye forskning på disse alternativene. Det som er gjort er heller ikke systematisk forskning etter RCT-modell, men bærer ofte preg av å være fagutviklingsprosjekter eller interne evalueringer. Dette er imidlertid spennende arbeidsmodeller som har i seg mange av de trekk som blir beskrevet av brukerne som måter å redusere bruk av tvang. Vi presenterer derfor et par av modellene her, fortrinnsvis de det er gjort noe forskning og systematisk evaluering av: Soteriahus, recovery-modeller,

Nettverksmodellen, og en evaluering av flere ulike typer alternative «Krisehus» sammenlignet med tradisjonelle akuttilbud rettet mot mennesker i psykotiske kriser og psykiske vansker generelt.

Soteriahusmodellen

Et av de eldste alternativene til tradisjonell sykehusbehandling som ble utviklet allerede for over 40 år siden, var Loren Moshers «Soteria krisehus» for personer i psykotiske kriser (Johnson, Lloyd-Evans, Howard, Osborn & Slade 2010b; Mosher 1999).

«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. 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. Denne modellen inneholder mange av de elementene brukerne i samarbeidsprosjektet mellom Erfaringskompetanse og Senter for medisinsk etikk nevner som alternativ til tvang.² Dette er blant annet basis i frivillighet, mål om å bruke lite medisiner, fokus på de ansatte sine holdninger til psykiske problemer og menneskesyn, høy terskel for å vise følelser, og noen å være sammen med i kriser.

Modellen preges som mange andre utprøvede alternativ av spredte forsøk, og er dessverre uten god evaluering og forskning. Ettersom dette er blant de eldste alternativene, er det imidlertid gjort noe forskning (Carlton et al. 2008; Ciompi et al. 1992; Johnson et al. 2010a, b; Tansella 2010).

Recovery

Recovery- baserte behandlingsmodeller og forskning om 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 problemer og lidelser. Begrepet oppsto i USA og fikk gjennomslagskraft i Norden på åttitallet og har siden vært gjenstand for en del utprøving og noe forskning. For en grundigere beskrivelse av Recovery-prinsipper og som arbeidsmodell vises til Borg (2009); Topor (2006) og Tidsskrift for psykisk helsearbeid (2011, nr. 4).

2 Frivillighet før tvang I. Alternativer til tvang i et bruker- og fagperspektiv. Ressurshäfte. Erfaringskompetanse.no

I USA legger flere prosjekter Recovery- baserte arbeidsmodeller til grunn for å redusere bruk av isolasjon og tvangsmidler. En satsing av relevans for dette prosjektet er kalt: «No-ForceFirst (NFF) Policy» som springer ut fra en veldedig organisasjon. Tiltaket besto av åtte retningslinjer som tjenestetilbudet skulle følge, og ble utprøvd i krisesentre drevet av organisasjonen. De åtte prinsippene i «No-Force-First» strategien var:

1. Gjøre «No force first» strategien kjent.
2. Definere bruk av tvang som uønsket og som mislykket behandling.
3. Iverksette aktive programmer for å redusere bruk av tvang, som inkluderer trening av personell i deeskaleringsteknikker ved aggresjon, debriefing med brukeren etter at tvang er blitt brukt, kritisk gjennomgang av hendelsen i etterkant og kvalitetsforbedrende arbeid for å redusere bruk av tvang og bedre brukernes opplevelse av tjenesten.
4. Ha som mål å redusere bruk av tvungent psykisk helsevern utenfor institusjon, ved å bruke «advanced directives» (forhåndsønsker), oppsøkende tjenester og nettverksstøtte (peer-support).
5. Kun bruke tvungent psykisk helsevern når personen utgjør en klar og utvetydig fare for seg selv eller andre, og kun etter å iherdig ha forsøkt å engasjere vedkommende til å motta en frivillig basert tjeneste.
6. Betegne relasjonen med tjenestemottageren som «delt-risiko samarbeid», i stedet for «risiko-håndterings kontroll». Betone at å vurdere og redusere risiko og farlighet er et delt og felles ansvar mellom bruker og tjenesteyter.
7. Designe og implementere programmer for å øke tjenesteyters ansvar og innflytelse over sin egen behandling. Eksempelvis at vedkommende selv kan ta ansvar for sin medisinerings i stedet for at andre skal overvåke den.
8. Støtte og assistere opplæring av alt personell som jobber med bruk av tvang, samt familier og andre som er involvert i prosessen hvor tvang blir brukt.

Programmet legger stor vekt på implementering av nye tiltak og holdningsskapende arbeid blant personalet, og legger klare prinsipper til grunn for arbeidet og tydelig ledelse av tjenestene. Tiltakene ble iverksatt uten at det ble gjennomført systematisk evaluering. Det har imidlertid vært utført evaluering i etterkant blant annet ved å gå tilbake og se på registrert 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. Som sammenligning viste nasjonal statistikk fra USA at i samme periode ble

mekaniske tvangsmidler brukt overfor 2.4 prosent av de innlagte pasientene, mens det ble brukt legemiddel som tvangsmiddel overfor 3.9 prosent av pasientene (Ashcraft, Bloss & Anthony 2012).

Evalueringen etter innføring av intervensjon for å redusere bruk av tvangsmiddel i retrospekt, viser svært lovende og gode resultater. Intervensjonen la stor vekt på implementering og holdningsskapende arbeid, la klare prinsipper til grunn for arbeidet og tydelig ledelse av tjenestene. Dessverre er det ikke evaluering av disse prosjektene mange nok eller gode nok, og det bør prioriteres ved nærmere utprøving. Sammen med Nettverksorientert arbeid er dette muligens noen av de tiltakene som har vist best effekt for å redusere faktisk bruk av tvang innen helsetjenesten. Å legge prinsipper basert på Recovery-forskning og Recovery-prinsipper som arbeidsmodell har også vist å ha gode resultater overfor gruppen pasienter som sliter med både psykiske- og rusvansker (Davidson & White 2007; Davidson et al. 2008).

Nettverksmodellen

I Finland har psykologen 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 også å involvere personens nettverk, familie og venner i samtalene. Teamet tilstreber å møte den som sliter og vedkommende sitt nettverk på en likeverdig og respektfull måte, og sammen drøfte ulike alternativ og finne løsning på den kritiske situasjonen. Et av de viktigste prinsipp for møtet og samtalene 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 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 svært summarisk omtale av Nettverksmodellen, og interesserte vises til boken «Åpne samtaler» (Seikkula 2000) for en mer utfyllende beskrivelse. Dette er en modell som har vist gode resultater. En studie så blant annet på brukeres utbytte av behandling etter to år. Dette var personer som hadde fått en schizofrenidiagnose. Nettverksmodellen ble sammenlignet med en kontrollgruppe med pasienter som hadde fått det vanlige psykiske helsetilbudet «treatment as usual». Noen av funnene etter to år var blant annet:

- I kontrollgruppen ble pasientene innlagt i sykehus signifikant lenger enn de som hadde mottatt Nettverksbehandling.
- Samtlige pasienter i kontrollgruppen brukte antipsykotisk medisin, sammenlignet med kun en tredjedel blant dem som hadde mottatt Nettverksbehandling.

- Gruppen som mottok vanlig behandling hadde mottatt betydelig færre familiesamtaler enn Nettverksgruppen.
- Et av de mest oppsiktsvekkende resultatene var at mens 71 prosent i kontrollgruppen hadde tilbakefall innen to år, hadde bare 24 prosent av pasientene som mottok Nettverksbehandling tilbakefall i samme periode.
- Pasientene i kontrollgruppen hadde også betydelige fler såkalte «restsymptomer» etter at behandlingen var gjennomgått. Dette gjaldt 50 prosent i kontrollgruppen og bare 17 prosent i gruppen som hadde mottatt Nettverksbehandling.
- Et annet oppsiktsvekkende resultat er at mens 57 prosent av pasientene i kontrollgruppen levde av uføretrygd, gjorde bare 19 prosent det i gruppen som hadde gjennomgått Nettverksbehandling. Det vil si at mange fler personer i denne gruppen var i en eller annen type arbeid.

Også etter en fem års oppfølging av den samme gruppen pasienter og kontrollgruppen var resultatene for Nettverksgruppen oppsiktsvekkende gode. Resultatene er noe av det beste som hittil har vært vist angående denne gruppen pasienter, det vil si personer med psykoseproblematikk, og som hadde fått en schizofrenidiagnose. Studiene har imidlertid mottatt en del kritikk på metodologisk grunnlag, og de gode resultatene er trukket i tvil av andre forskningsmiljøer. Man kan ikke trekke konklusjoner ut i fra noen få studier, men Nettverksmodellen har vist så gode resultater at den bør utprøves og evalueres videre. Eventuelt med annen forskningsdesign enn de som hittil har vært gjennomført.

Andre alternative tilbud

I England er det gjennomført en relativt stor samlet evaluering av alternative døgntilbud til tradisjonelle psykiske helsetjenester «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. De alternative tilbudene ligger utenfor de offentlige tjenestene og er drevet av ulike veldedige og private organisasjoner. I den kanskje største systematiske sammenligningen av alternative akutttilbud og tradisjonelle akuttavdelinger, deler forskerne disse tilbudene inn i: «Family Sponsor Homes», «Crisis Houses» og «Hybridtjenester». Disse er kommunalt baserte døgntilbud for mennesker med psykiske vansker og i kriser. De ulike tilbudene beskrives grundigere i Johnson et al. 2007. Disse tilbudene er en integrert del av det psykiske helsevernet i England (Johnson et al. 2010a, b; Warner 2010).

I tillegg til mer hjemlige omgivelser tilstrebes det å gi brukere mer frihet og å ha mindre sosial avstand mellom brukere og de ansatte. Alternativene karakteriseres som «Krisehus», «krisesenger», «ikke-kliniske alternativ», «generelle terapeutiske avdelinger», «avdelinger med kort liggetid» og spesielle avdelinger for konkrete pasientgrupper. Studien sammenligner utbyttet etter behandling for seks alternative behandlingssteder og seks avdelinger som tilbyr standard behandling.

Funnene i denne multisenterstudien antyder at de alternative behandlingstilbudene ikke gir bedre resultat av behandling, men at brukernes tilfredshet med tilbudet er bedre enn ved vanlig behandling (Slade et al. 2010). De alternative «krisehusene» fører også til mindre bruk av tvang, og tilbyr brukerne mer frihet, mer trygghet og bedre støtte fra nettverket sitt (Gilburt et al. 2010). Andre trekk ved de alternative tjenestene som brukerne satt pris på, var bedre terapeutiske relasjoner med de ansatte.

Studien viser for øvrig at brukerne som har mottatt tjenester fra de alternative tilbudene, har psykiske vansker med relativt lik alvorlighetsgrad som de som mottok tjenester fra det offentlige. De skilte seg imidlertid fra brukerne av det offentlige tjenestetilbudet ved at de hadde mindre utfordringer med aggresjon og vold. Også de alternative tilbudene ser da ut til å ha en utfordring med å håndtere veldig lite samarbeidsvillige, agiterte, aggressive personer og personer som ikke ønsker hjelp (Osborn et al. 2010). Tilbudene er basert på frivillighet og samarbeid med personer som sliter psykisk og/eller er i en krise. Det er naturlig å tenke seg at de har et annet og bedre utgangspunkt for samarbeid med brukeren, og at de personene som ikke ønsker hjelp blir oppsøkt av det offentlige tjenestetilbudet.

De positive resultatene gjør imidlertid at videre forskning bør fortsette å undersøke hvordan man kan integrere elementer som har visst seg å føre til bedre brukertilfredshet enn i det tradisjonelle tjenestetilbudet. Dette er faktorer som gir en opplevelse av bedre terapeutiske relasjoner, bedre samarbeid, hyggeligere hjemligere omgivelser, og mer opplevelse av frihet og trygghet.

Tiltak i kommuner og desentraliserte tjenester

Det foreligger noen fagutviklingsprosjekter, men lite systematisk forskning om betydningen av tett oppfølging i de desentraliserte tjenestene og i kommunen for reduksjon av tvang, selv om man har beskrevet noen suksessfaktorer ved DPS mer generelt (Rådet for psykisk helse 2010). Fagutviklingsarbeid (blant annet strategiplanen til Helse Vest 2011) peker på at et godt tilbud i kommuner og ved DPS er sentrale 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.

Som beskrevet ellers i notatet, 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 “psykisk helse 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).

Fagutviklingsprosjekter, blant annet ved Jæren og Grorud DPS, har gitt redusert antall tvangsinnleggelser ved tilbud om brukerstyrte plasser (Heskestad & Tytlandsvik 2008; Halvorsen 2011). Dette tilbudet er rettet mot å unngå at personer må vente for lenge før de får tilbud om hjelp. Videre fant en studie fra SINTEF en sammenheng mellom antall ansatte innen psykisk helse på øremerkede midler under opptrappingsplanen og lavere bruk av tvangsinnleggelse (Bremnes, Hatling & Bjørngaard 2008c). Dette antyder at å bygge ut kommunale psykisk helsetjenester, virker forebyggende på bruk av tvang.

Tross spredte bidrag er det få utdypende systematiske studier 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:

- Legevakten får rask 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 akuttimer 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)

I hvilken grad kan akutte kriseteam og ACT-team bidra til å redusere tvang?

Kunnskapscenterets (2012) oppsummering av behandlingsstudier kunne ikke konkludere sikkert om akutte kriseteam og ACT – team (Assertive Community Treatment team) har effekt på 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 kraftig ned i løpet av første periode (KoRus-Øst & Ahus 2012). Flere studier finner økt brukertilfredshet med dialogen med ansatte i teamene i forhold til sykehus. I tillegg er det gode erfaringer med en kombinasjon av akutt ambulante team og hjemmebehandling i en krisesituasjon (Almvik et al. 2011; Hultberg & Karlsson 2007; KoRus-Øst & Ahus 2012).

Nyere studier uttrykker imidlertid bekymring for at bruk av tvang blir flyttet ut til ACT- team, blant annet gjennom økt bruk av tvang uten døgnopphold (Øye & Norvoll 2013). Teamets arbeidsmodell og virkemåte er derfor sentralt for om de vil kunne være et reelt alternativ til tvang.

I Hultberg & Karlsson (2007) sin studie legger brukerne vekt på disse sidene når de skal evaluere akutt ambulante team og hjemmebehandling:

- 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.

Kvalitetssikre beslutningsprosesser om tvang

Som ledd i forebygging av tvangsbruk har man vært opptatt av å kvalitetssikre forhånds-vurderingene og beslutningene om iverksetting av tvang på en bedre måte. Innsatsen ved Oslo Legevakt (Garbo 2009) viser for eksempel at vurderingene til innleggende lege er sentrale for omfanget av bruk av tvang.

Et virkemiddel som er beskrevet internasjonalt og nasjonalt, er å benytte statistikk som hjelpemiddel for å få oversikt over egen tvangsbruk og kvalitetssikre beslutningene. I tillegg har man ved noen steder i Norge lagt vekt på at beslutninger om alvorlige tvangsinngrep ikke skal gjøres alene av den enkelte fagperson, men at slike vurderinger skal tas i fagfelleskap for å kvalitetssikre vurderingene.

I flere fagutviklingsstudier peker ansatte også på at informasjonsflyten og beslutningsprosessene mellom tjenestene og innen personalgruppen er viktig for tvangsbruk (blant annet Norvoll 2008; Norvoll et al. 2008). Et godt tilgjengelig hjelpetilbud i kombinasjon med korrekt og presis informasjon både skriftlig og muntlig, er sentralt for å kvalitetssikre tvangsbruken. Det er 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 psykisk helse ambulanse viser også at det er viktig at fastlegen kommer hjem til pasienten for å gjøre en god vurdering av nødvendigheten av tvangsinnleggelse.

Flere studier peker på viktigheten av å kjenne pasienten før beslutninger. Rådet for psykisk (2010) og Multisenterstudien i akuttpsykiatri (Hustoft et al. 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 et al. 2012). Husum (2011) fant også at det at innleggende instans kjente pasienten, førte til lavere bruk av tvang under opphold i avdelingen. Det er lett å tenke seg at når fagfolkene og den som sliter psykisk kjenner hverandre, fører dette til at begge parter kjenner seg tryggere. Utrygghet er sannsynligvis en viktig faktor i prosessen, som fører til at tvang blir brukt. I tillegg kan langvarig kontakt med og/eller kjennskap til pasienten og familien bidra til at man ikke benytter tvang unødig, fordi man lettere kan vurdere situasjonens alvorlighetsgrad og vet om alternative løsninger.

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 (Norvoll 2008; Norvoll et al. 2008).

En annen viktig faktor for kvalitetssikring som påpekes i litteraturen, er å involvere brukerens og pårørendes synspunkter og erfaringer med alternative løsninger. Dette kommer vi tilbake til i neste punkt.

En dansk-norsk studie som undersøkte ulike intervensjoner for å redusere bruk av mekaniske tvangsmidler, fant at både obligatorisk gjennomgang av episoder hvor tvangsmiddel var blitt brukt, brukervedvirkning og lavere pasienttetthet ga betydelig nedgang i bruk av mekaniske tvangsmidler. Spesielt hadde obligatorisk gjennomgang av episoder god effekt. Det er ulike rutiner for å gjennomgå episoder hvor tvang er blitt brukt i ettertid, med eller uten vedkommende pasient. Andre fagfolk kan også komme inn og vurdere situasjonen i ettertid og komme med nye innspill. På denne måten kan man få til lærende prosesser

i personalgrupper, hvor erfaringer brukes for å hente ut kunnskap, finne alternative løsninger og forebygge nye episoder hvor tvang blir brukt (Bak, Zoffmann, Sestoft, Almvik & Brandt-Christensen 2013). Selv om mange påpeker viktigheten av beslutningsprosesser for bruk av tvang, finnes det samtidig begrenset forskning på dette området, selv om forskningsinteressen er økende.

Betydning av relasjon og involvering i behandlingen

I litteraturen (se blant annet Huckshorn 2004) løfter man frem viktigheten av økt involvering av brukere (pasienter) og pårørende i behandlingen for å redusere tvang og for å finne alternative løsninger. Steder som har minst suksess kjennetegnes blant annet av at pasienter eller pårørende ikke virkelig er involvert, det er kun talemåter (Huckshorn 2006).

Viktigheten av involvering kommer for det første frem i studier av pasienters syn på tvangsinnleggelse. I denne forskningen synes det som om opplevelsen av om tvangen er berettiget eller rettferdiggjort har stor betydning for pasienttilfredsheten ved behandlingen. I spørsmålet om berettigelse og rettferdiggjørelse av tvangsbruken inngår flere delaspesker; å bli inkludert i beslutningsprosessen, om tvangsbruken faktisk er «riktig» og om den fremstår som nødvendig eller ikke. Studiene viser at opplevelser av negativt press, makt og trusler øker misnøye med tvangsbruk. Dersom pasienten føler seg sett, hørt og møtt med respekt og verdighet, reduseres negative opplevelser av tvang (Lidz et al. 1995; 1998).

For det andre er involvering sentralt for å kunne lykkes med å gjennomføre alternative løsninger i stedet for tvang. Litteraturen (se blant annet oppsummering i Norvoll og Husum 2011; Gilbert, Rose & Slade 2008) viser at det å opparbeide en god og tillitsfull relasjon er avgjørende for å løse situasjonene på en god måte uten bruk av tvang. God tid til relasjonsbygging samt kontinuitet i relasjoner, er viktig. I en studie av oppsøkende team til personer med alvorlige psykiske lidelser og rus, finner man også at det langvarige og kontinuerlige samarbeidet mellom pasient og ansatt er viktig for å kunne gjennomgå «kriser» eller «dårlige perioder» uten å benytte tvang (Almvik et al. 2011). I de gode periodene bygger man opp et tillitsforhold, som er verdifullt i dårlige faser. Det samme fortelles det også om fra BAT-prosjektet (Norvoll et al. 2008).

Flere studier som har undersøkt hva mennesker som har vært gjennom kriser forteller de savnet, viser det samme. Pitt, Kilbridge, Nothard, Welford, & Morrison (2007) fant at mennesker som har vært gjennom kriser sa at de trenger kontinuitet i behandlingskontakt og i relasjoner, valgfrihet når det gjelder valg av behandling, tilgang til metoder for å redusere stress, tilgang til historier om bedring (Recovery) og de fremhevet viktigheten av mer individuelt tilpasset behandlingsplan og behandling. En annen studie som også undersøkte menneskers behov og ønsker når de er i kriser, fant at de i ettertid sa at de ønsket mer valgfrihet når det gjaldt valg

av behandlingstilbud, at de ønsket en mer helhetlig tilnærming og mer menneskelig kontakt og noen å være sammen med når de hadde det vanskelig (Agar-Jacomb & Read 2009).

To andre studier fant at pasienter oppga at kvaliteten på den menneskelige kontakten med helsepersonell og kontaktperson kunne være avgjørende for samarbeid omkring behandling og kunne redusere den negative opplevelsen av å bli utsatt for tvang (Gilburt et al. 2008; Stanhope, Marcus & Solomon 2009).

Utfordringen med aggresjon

Alternativer til tvang handler ofte om å håndtere vanskelige situasjoner og krisesituasjoner på andre måter enn ved å bruke tvang. Forskning viser til at det er aggresjon og agitasjon som personalet opplever som utfordrende, som oftest fører til bruk av tvang (Hustoft et al. 2013; Husum, Bjørngaard, Finset & Ruud 2010b; Richter 2011). Tall fra flere land viser at opptil 50 prosent av episodene som innebærer aggresjon mellom personal og pasient, ender med at det blir brukt en type tvangsintervensjon (Nijman, Palmstjerna, Almvik & Stolker 2005). At personalt opplever personen som aggressiv og truende, er den vanligste begrunnelsen for å etisk forsvare den paternalisme som bruk av tvang overfor en person innebærer. En annen begrunnelse er den manglende evne til å ta vare på seg selv, eller at vedkommende trenger behandlinger (Seo, Kim & Rhee 2013).

Spørsmål om aggresjon og tvang er samtidig komplekst: Selv om farlighet ofte omtales som den viktigste årsaken til bruk av tvang, viser nasjonal helsestatistikk (Helsedirektoratet 2010) at kun en liten del av tvangsinnleggelsene er begrunnet med fare (farekriteriet) alene. Den vanligste oppgitte årsaken til bruk av tvungent psykisk helsevern er at vedkommende har behov for behandling (behandlingskriteriet). Studien til Seo et al. (2013) viste også at selv om paternalisme ofte begrunnes med at det foreligger fare, er det som oftest andre årsaker som ligger til grunn for beslutningen om å bruke tvang. Som for eksempel tro på at vedkommende ikke kan ta vare på seg selv, eller i andres øyne trenger behandling for sine psykiske vansker, som oftest psykose.

Det er glidende overgang mellom hva som av andre kan oppleves som agitert eller aggressiv oppførsel, til situasjoner som faktisk innebærer reell fare for andre eller for vedkommende selv, og situasjoner er ofte tvetydige. Det kan også foreligge ulikheter i perspektiv og opplevelse av en situasjon mellom de ansatte og pasientene som har opplevd tvang (Norvoll & Husum 2011). Dette gjelder spesielt i synet på det som kalles «uro» eller «utagering» av personalet. Aggresjon og muligheten for vold tolkes gjerne fra personalets side. Fra pasientens side kan situasjonen tolkes annerledes. Norvoll (2007) finner for eksempel at en viktig grunn til bruk av skjerming i praksis, ofte er uro eller upassende atferd, og ikke aggresjon i voldelig forstand. Pasientene beskriver også noen situasjoner definert som aggresjon, utagering eller uro

som protest mot innelukkingen eller sinne som resultat av opplevd krenkelse. De psykiske reaksjonene på innesperringen ved skjerming kan føre til «uro» eller «utagering» som igjen kan lede til tvang. BAT-prosjektet viste at uenighet om rigide husordensregler og en lite fleksibel måte å møte pasienter på, kan generere konflikt og tvang. Som vi skal komme tilbake til, forteller brukere også at de av og til kunne ønske at det var mer legalt og mulig å vise følelser uten at personalet blir reddet. Igjen; frykt og utrygghet fra begge sider er sannsynligvis viktige faktorer i prosessene som fører frem til at tvang blir brukt.

Grunnlagdiskusjonen får konsekvenser for aggresjons- og voldsforebyggende arbeid: Det er viktig å analysere årsakene og innholdet i en persons aggressive uttrykk, og se nyansene i et aggressivt uttrykk. Videre er det viktig å vurdere konsekvenser av kommunikasjonsformene og å få tak i den subjektive meningen bak atferden for å finne gode tiltak på riktig sikkerhetsnivå.

I tillegg foreslår litteraturen arbeidsformer hvor man mer aktivt øker kompetansen hos pasienten til å håndtere vanskelige følelser, sinne og aggresjon på bedre måter, blant annet gjennom «sinne-håndteringsverktøy», kriseforebyggende planer og stress-/sinnehåndteringsgrupper for pasienter (se Norvoll 2008 for referanser).

Det er også beskrevet flere tiltak som er rettet seg mot å håndtere aggresjon og deeskaleringsteknikker ved konflikt (Harris & Morrison 1995; Johnson 2010). Det er utviklet omfattende programmer som sikter på å redusere konflikt og aggresjon mellom pasient og personal, og som inneholder en rekke tiltak (Goetz & Taylor-Trujillo 2012; Sullivan et al. 2005) deriblant «Patient Focused Intervention Model (PFI)» og «The Violence Safety Programme». Vi vil i de neste punktene belyse noen slike intervensjoner som kan bidra til å redusere tvangsbruk.

Patient-Focused Intervention Model

Patient Focused Intervention Model karakteriseres som en «multinivå intervensjon» og inneholder ni elementer:

- Traumefokus
- Aggresjonshåndtering
- Rutiner for debrifing
- Involvering av ledelsen
- Kvalitetsfeedback
- Recoveryorientering
- Pasient vurdering og involvering
- Opplæring og deltagelse

Modellen ble evaluert ved å registrere antall episoder som inneholdt konflikt og aggresjon, samt rapporterte skader. I løpet av det første året etter at sykehuset innførte PFI-modellen, ble skader på personer redusert med 48 prosent. Flere andre parametere ble også vesentlig redusert. Blant annet ble forekomst av isolasjon og mekaniske tvangsmidler redusert med minst 50 prosent. Det var også en generell nedgang i konflikter og episoder som involverte aggresjon mellom pasienter og personalet. I tillegg til de rent målbare målene opplevde man at det skjedde en endring i kultur og holdning til pasientene på alle områder i sykehuset. Indikasjoner på dette var målt og oppgitt som økning i pasienttilfredshet generelt over hele behandlingstilbudet. Personalet rapporterte også via systematiske registreringer at de følte seg tryggere. Det ble også registrert en markant nedgang i alvorlige episoder og konflikter mellom personal og pasient. Videre ble tiden det ble brukt tvangsmidler overfor pasienter de to første årene etter innføring av modellen, redusert med 75 prosent.

PFI-modellen ble vurdert som svært vellykket og førte til redusert bruk av tvangsmidler, redusert antall episoder som potensielt kunne utviklet seg til bruk av tvang, færre skader på person, høyere rapportert pasient-tilfredshet og generelt en positiv endring i kultur og holdning mot pasientene (Goetz & Taylor-Trujillo 2012). Samarbeid mellom pasienter, personalet, administrerere, 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 med sikte på å redusere forekomsten av vold og trusler under behandling i psykisk helsevern, og dermed redusere antall episoder som potensielt kan ende i tvangsbruk. ERM betegnes som en strukturert miljøterapeutisk metode som bidrar til voldsrisikohåndtering og samtidig ivaretar brukermedvirkning. Metoden ble utviklet i Nederland og er siden blitt utviklet i Norge av Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsel- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst. (Eidhammer, Fluttert, Knutzen & Bjørkly 2013). Det ble gjennomført en intervensjonsstudie av ERM i Nederland i 2003-2005 og studien viste at innføring av ERM førte til redusert forekomst av aggresjon og mindre bruk av isolasjon som tvangsmiddel, sammenlignet vanlig behandling (Fluttert, Meijel, Nijman, Bjørkly & Grypdonck 2010). Metoden går ut på å systematisk identifisere og jobbe med pasienters forvarslar på at en truende situasjon kan utvikle seg, og å intervensere 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 varslar kan gi mulighet til å benytte et bredere repertoar av intervensjoner slik som flere samtaler, gå tur, musikk, fysisk trening etc. Metoden søker å integrere, og er basert på brukermedvirkning og samhandling mellom miljøpersonalet og pasienten, eventuelt med vedkommende sin familie og nettverk. Metoden er nå utprøvd i sykehusavdelinger og i kommuner i Norge.

Terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk

En annen metode for å redusere bruk av tvang er: «Terapeutisk mestring av pasienter med aggresjonsproblematikk» (TMA) utviklet ved Stavanger Universitetssykehus i 1993. Siden dette har metoden utviklet seg til et konsept tilpasset sykehusets hverdag, og er blitt oppdatert i henhold til nye lover, forskning og aktuell problematikk. Metoden betegnes som systematisk arbeid med terapeutisk mestring av aggresjonsproblematikk, og regnes som en av årsakene til at bruk av tvang og mekaniske tvangsmidler er redusert. Modellen legger stor vekt på forebygging av aggresjon, innføring av «stopp-punkter» for å forhindre videre eskalering av situasjonen, og en korrekt bruk av fysiske teknikker for redusere skader på pasient, og å løse opp i situasjoner. TMA er utviklet til et kursopplegg rettet mot alle ansatte som jobber med mennesker hvor aggresjon og vold er en utfordring. Opplæringen består av teori og praktisk trening i å kommunisere og løse opp i konflikter (Helse Stavanger 2013).



Psykiatrisk testamente og kriseplan

I debatten om tvang har man vært opptatt av bruk av psykiatrisk testamente. Et supplement eller alternativ til dette er utarbeidelse av 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 (Advanced Directives). Dette er et dokument hvor vedkommende som sliter psykisk skriver på forhånd hva hun eller han ønsker av hjelp og intervensjoner hvis vedkommende for eksempel får en psykose. Det er gode erfaringer med denne typen dokument, og erfaringen er at den kan bedre samarbeid mellom vedkommende og helsepersonell, føre til økt samarbeid om hjelp og frivillighet og redusere opplevelsen av å bli utsatt for tvang og krenkelse, hvis tvang blir benyttet (La Fond & Srebnik 2002).

Thornicroft et al. (2013) finner samtidig i sin studie av «Joint Crisis Plan (JCP)» at den største utfordringen er å få det kliniske praksisfeltet til å utvikle slike planer i konkret samarbeid med pasienter (og pårørende), og å benytte seg av kriseplanen som er utarbeidet.

Implementeringen av tiltaket er dermed en av de største utfordringene.

Bruk av verktøy for systematisk risikovurdering og bruk av kriseplan er per dags dato de to intervensjonene som har best støtte i følge Kunnskapscenterets (2012) gjennomgang av studier i 2012, med mål om å redusere bruk av tvang.

Helhetlig behandling

I litteraturen fremheves nødvendigheten av et helhetlig menneskesyn og et bredere behandlingssyn som understøtter alternative arbeidsformer (se oppsummering i Norvoll 2008 og litteraturgjennomgang i Norvoll & Husum 2011). Tjenestene har ofte endret behandlingsfilosofien mot økt vekt på individuell- og familierettet behandling, Recovery, krisehåndtering samt traume-informert behandling for å forebygge bruk av tvang.

I Norge har man vært spesielt opptatt av viktigheten av mer anerkjennende og bekreftende kommunikasjon med pasientene, og av mer individuelle behandlingstilnærminger tilpasset den enkelte pasient, i stedet for blant annet rigid håndheving av generelle husregler. I tillegg har man vært opptatt av å innføre mer dynamiske skjermingsmåter (se blant annet Norvoll et al. 2008; Gamme 2009).

Denne tenkningen samsvarer med recovery-modeller. Det foreligger samtidig få forskningsstudier som utdyper tvangsforebygging i et slikt helhetlig og sosialt perspektiv.

Tvangsmedisinering

I likhet med det som fremkommer i samarbeidsprosjektet mellom Erfaringskompetanse og Senter for medisinsk etikk³, er spørsmålet om medisiner og tvangsmedisinering et viktig tema. Flere studier viser at spørsmålet om medisiner er noe av det mest konfliktladede innenfor tvangsområdet (se blant annet Norvoll & Husum (2011) for en oppsummering av denne debatten). Det er en variasjon i brukernes syn på behovet for, og nytten av medisiner, og det synes å virke som individuelle løsninger er viktige. Mange mener samtidig, i likhet med brukerne i denne undersøkelsen, 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.

Relevante spørsmål det er aktuelt å spørre i denne sammenheng er om det er mulig og ønskelig å komme gjennom og ut av en psykotisk krise eller periode uten bruk av antipsykotiske medisiner? Hvis vedkommende har brukt medisiner, hvor fort er nedtrapping mulig og ønskelig? Et annet relevant spørsmål er eventuelt hvor lav dose medisiner vedkommende trenger å gå på for å oppnå ønsket antipsykotisk effekt.

Den foreliggende forskningen 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. Forsknings- og faglitteraturen om tvangsreduksjon og alternativer til tvang viser imidlertid at det er mulig å redusere medisinbruken og å kvalitetssikre medisinbruken. For at dette skal lykkes er det viktig å involvere pasientene (og eventuelt pårørende) i vurderingen av medisiner, og inngå i et samarbeid med pasienten om medisiner for å unngå overmedisinering og feilmedisinering. Brukerorganisasjonene har i de senere årene medvirket til at helseforetakene nå skal etablere et medisinfritt tilbud. Det foreligger i dag lite forskning som har sett på hvilke alternativer som da blir etablert, og eventuelt effekter av disse.

Det eksisterer imidlertid studier som viser at mennesker kan komme seg gjennom og ut av en psykotisk krise uten bruk av antipsykotisk medisin, samt noen studier som beskriver vellykkede forsøk med å trappe ned og slutte med medisiner etter en periode (Nyttingnes 2013, personlig meddelelse). 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. Videre er det andre studier som har beskrevet hvordan personer som har vært medisinert for alvorlige psykiske lidelser vellykket kan trappe ned på bruken av medisiner (Bola 2006; Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss & Breier 1987; Harrow & Jobe 2007; Rappaport, Hopkins, Hall, Belleza & Silverman 1978). Området er regnet som vanskelig å planlegge gode studier på av hensyn til forskningsetiske faktorer, og studiene er ofte beheftet med metodekritikk.

3 Frivillighet før tvang I. Alternativer til tvang i et bruker- og fagperspektiv. Ressurshäfte. Erfaringskompetanse.no

Soteriahus-modellens behandlingsmodell ved psykotiske kriser har som mål at pasientene skal komme gjennom en psykotisk krise med minimal bruk av medisiner. En studie av en toårs oppfølging av 179 pasienter som hadde fått hjelp i en psykotisk krise ved et Soteriahus viste at under oppfølgingsperioden brukte bare 58 prosent av pasientene antipsykotisk medisin, og kun 19 prosent av pasientene brukte kontinuerlig antipsykotisk medikasjon (Bola & Mosher 2003).

En engelsk litteraturgjennomgang av studier om problemstillingen viser til en økende kritikk og motstand, spesielt fra brukere, mot eksisterende retningslinjer innen helsetjenesten som anbefaler medikamentell behandling som nødvendig, og som førstevalg ved psykotiske kriser. Litteraturgjennomgangen gjennomgår tre randomiserte studier fra Soteriabevegelsen, 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 med selv de mest konservative analyser av foreliggende data, antyder disse at det er fullt mulig å behandle mennesker i psykotiske kriser (første og andre episode av psykose) med minimal bruk eller uten bruk av antipsykotika, men med bruk av andre psykososiale og terapeutiske tiltak. De oppsummerer også at studiene for det meste er små og uten tilstrekkelig bruk av RCT design, som i dag regnes som nødvendig innen behandlingsforskning. Samt at de ser et skrikende behov for mer forskning (Carlton & Spandler 2009).

Ettersamtaler

En metode som har vært lansert for å redusere pasientens opplevelse av å ha blitt utsatt for tvang og mulige opplevelse av krenkelse, er bruk av ettersamtaler eller debrifing (se blant annet Frueh et al. 2005). Forskningen tyder på at brukerne kan ha større ønske om og behov for ettersamtaler etter bruk av tvang enn det de får.

Man har som nevnt under tertiærforebygging også vært opptatt av ettersamtaler etter episoder hvor tvang er blitt brukt. Slike samtaler kan gjennomføres sammen med pasienten og eventuelt familien for å se på hvordan man kan unngå at bruk av tvang skjer igjen. Det anbefales at ledelsen også er med i ettersamtalene fordi lederne har myndighet til å stille ressurser til rådighet eller bidra til nødvendig endring. Ettersamtaler skal ikke ha straffende aspekter i seg (mot personalet eller pasienten), men bidra til å finne ut hva som skjedde og forebygge nye episoder. Den nye informasjonen som fremkommer, skal bidra til å endre sykehusets eller avdelingens retningslinjer og praksisordninger. Hensikten med ettersamtalene er dermed å forebygge fremtidig bruk av tvang og minimalisere de negative effektene av tvang for pasienten dersom vedkommende har opplevd denne som ubehagelig, krenkende eller traumatiserende. Debrifing av tvangshendelser skal videre inkludere organisatoriske forhold

og bidra til å gjøre nødvendige endringer i organisasjonen for å redusere og kvalitetssikre tvangsbruken. Studier har vist at å gå gjennom i ettertid og analysere episoder hvor tvang er blitt brukt, kan redusere bruk av tvang videre (Bak et al. 2013). Danmark har nå lovpålagt ettersamtale med pasient etter utskrivning. Ettersamtaler kan gjennomføres på forskjellige måter. Noen pasienter ønsker at ettersamtalen ikke bare omhandler tvang, men også hele innleggelsessituasjonen slik at man kan få informasjon og oversikt over det som egentlig har skjedd.



Oppsummering

En gjennomlesing av den foreliggende forsknings- og faglitteraturen viser at det er gode muligheter for å redusere tvangsbruk gjennom alternative tilnærminger. Erfaringene fra BAT-prosjektet (Norvoll et al. 2008) og steder i Norge som har lyktes med tvangsreduksjon viser samtidig at det å jobbe alternativt er en lokal prosess som det tar tid å utvikle. Flere av stedene som deltok i BAT-prosjektet fikk for eksempel størst tvangsreduksjon etter at prosjektet var ferdig. Selv om ressurser er viktige, viser prosjektene internasjonalt og nasjonalt at alternative arbeidsformer ikke nødvendigvis krever økte ressurser, men heller omfordeling av eksisterende ressurser. Det rapporteres også i enkelte studier om reduserte kostnader ved tvangsreduksjon. For noen i personalgruppen kan tvang fremstå som praktisk, effektivt og trygghetsskapende. Erfaringene fra BAT-prosjektet viste samtidig at en helhetlig tilnærming som understøtter personalets direkte arbeid med pasientene, i kombinasjon med økt pasientinvolvering, førte til bedre arbeidsmiljø og trivsel for personalet fordi de opplevde at de fikk bedre støtte i vanskelige situasjoner. I tillegg førte alternative og mer brukerorienterte tilnærminger til mindre konflikter og mer positive tilbakemeldinger fra pasientene. Endringsarbeidet både internasjonalt og nasjonalt har likevel vist seg krevende visse steder. Det tar tid og innsats når man skal endre lokale kulturer og tilvante arbeidsformer. For å lykkes er det derfor nødvendig med målrettet innsats over lengre tid.

Både i Norge og internasjonalt er det gjennomført forsøk med større programmer og intervensjoner som har som mål å redusere bruk av tvang innen den psykiske helsetjenesten. Eksempler på dette er utprøving med multinivå-intervensjonsprogrammet:

«Patient-Focused Intervention Model (PFI)» fra USA, BAT-prosjektet og gjennombrudds-prosjektene. Felles for disse er at de har tydelige og klare mål om å redusere bruk av tvang, inneholder intervensjoner som retter seg mot flere nivå i tjenesten, samt har god forankring i ledelsen. Erfaringen fra disse er at de har god effekt og fører til de mål man har satt seg. Disse funnene antyder at skal man oppnå redusert bruk av tvang er det viktig å gå bredt til verks og planlegge intervensjoner som retter seg mot flere nivå, ha klare og tydelige mål og god forankring i ledelsen.

Konklusjonen etter denne gjennomgangen av forskning og litteratur om alternativ til og reduksjon av bruk av tvang, er at alle systematiske forsøk på å redusere bruk av tvang ser ut til å virke. Vi trenger mer forskning for å trekke konklusjoner om hva som virker best, men foreliggende forskning antyder at det er brede og sammensatte intervensjoner og programmer som retter seg mot flere nivå i tjenestene. Det viktigste er sannsynligvis at man setter seg som mål å redusere bruk av tvang, legger en plan, og holder fokus på målet over tid. Basert på funn fra foreliggende forskning har vi valgt ut seks tiltak som er evaluert, og som spesielt ser ut til å ha vist god effekt på å redusere bruk av tvang. Disse er:

- Bruk av verktøy for systematisk risikovurdering
- Bruk av kriseplan
- Obligatorisk evaluering etter episoder med tvangsbruk
- Økt brukerinvolvering
- God fysisk plass på avdelingen/lavere pasienttetthet
- God relasjon og kontinuitet i relasjonen mellom pasient og helsepersonell

Den største utfordringen fremover er muligens forskning og kunnskap om implementering av nye metoder i den psykiske helsetjenesten.

Videre behov for forskning

Flere av de tiltakene som brukerne foreslår som alternativ til å bruke tvang får støtte i forskning. Det mangler likevel systematiske og utdypende studier av flere av alternativene som løftes frem, samt hvordan de skal implementeres i praksis på en god måte. Vi vil avslutningsvis i notatet peke på noen områder hvor det er behov for videre forskning og fagutvikling.

Samspill i familien med nettverk er et sentralt tema for forskning, fordi pårørende ofte har en varslingsfunksjon som setter i gang tvangen fra systemet sin side. Intervensjoner som retter seg mot familie og nettverk kan være tett oppfølging, støtte og hjelp til både familien og pasienten, trygghetsskapende tiltak til familien, informasjon og kunnskap om tvangsforebygging og alternativer i hjemmesituasjon. Videre kan oppsøkende team, nettverksarbeid og god informasjon og samtale på sykehuset bidra til å redusere belastningen ved å bli utsatt for tvang. Her mangler det imidlertid mye forskning om hvordan man kan arbeide med forebygging av og alternativer til tvang på familie- og nettverksnivå.

Nettverksmodellen/Dialogiske samtaler er en av de arbeidsmodellene som har vist god effekt i å redusere bruk av innleggelse, og dermed bruk av tvang. Dessverre har det forekommet noe skepsis og kritikk til studiene og designet som har fremskaffet disse resultatene. Resultatene er imidlertid så gode og lovende, at denne arbeidsmodellen er en modell som burde utprøves og utforskes mer med andre forskningsdesign.

Alternativer til tvang omhandler også et bredt spekter av virkemidler som berører hele tjenesteorganiseringen. Mye av litteraturen har vært sykehusorientert. Det er viktig å utvikle alternative tiltak som inkluderer et bredere livs- og hverdagsperspektiv, og som er rettet mot tiltak utenfor sykehusinstitusjon. Som brukerne i undersøkelsen til Erfaringskompetanse og Senter for medisinsk etikk (UiO) peker på, synes det viktig å undersøke potensialet for alternativer til tvang gjennom utvikling av frivillige behandlingstilbud og tettere oppfølging og avlastning før innleggelse.

I tillegg er det viktig å se på utviklingen av alternative frivillige og åpne døgntilbud på sykehusene (mer enn lukkede akuttposter), samt aktivitets- og behandlingstilbud som er basert på et helhetlig pasientsyn. Det ser ut som om brukernes tilbakemeldinger peker på behovet for å evaluere sykehusenes behandlings- og miljøterapi, for å se alternative behandlings- og arbeidsformer til mer «rutinemessig» bruk av formell og uformell tvang.

En slik vridning innebærer at man må rette fokuset mot den strukturelle utformingen av de psykiske tjenestene – herunder sykehustjenestene – og vurdere hvordan de underliggende strukturene bidrar til å underbygge eller redusere tvang.

I likhet med denne undersøkelsen peker forskningen på behovet for å utvikle mer kunnskap om relasjonens betydning for å unngå tvang, og viktigheten av å bruke tid i møte med pasientene. Dette inkluderer også utvikling av relasjonelle ferdigheter hos personalet og styrking av dialogen mellom ansatte, pasient og pårørende. Selv om tvangsforskningen ofte finner dette implisitt, er disse forholdene i for liten grad gjort til gjenstand for systematisk forskning eller intervensjonsstudier.

Et annet område det er viktig å undersøke mer fremover, er spørsmål som omhandler kvalitetssikring av medisiner og feilmedisinering, samt utprøving av medisinfrie behandlingstilbud.

Videre forskning bør også undersøke hvordan man kan integrere elementer som har vist seg å føre til bedre brukertilfredshet inn i det offentlige tjenestetilbudet. Dette er faktorer som bidro til bedre terapeutiske relasjoner, bedre samarbeid, hyggeligere omgivelser og større opplevelse av frihet og trygghet.

Det er flere studier og prosjekter fra inn- og utland som viser at brede intervensjonsprogrammer har positiv effekt, enten direkte med tanke på å redusere bruk av tvang, eller til å redusere episoder hvor tvang kan bli brukt. Felles for dem er at de ofte inneholder et bredt spekter av intervensjoner som retter seg mot flere nivå i tjenestene. Utfordringen er at de er sammensatte og består av flere elementer der det er vanskelig i ettertid å skille ut hva som har hatt effekt. De er ofte heller ikke evaluert skikkelig med systematisk forskning. Det trenges derfor mer forskning på og sammenligning av disse suksessrike programmene.

Et siste og viktig forskningsområde å prioritere fremover, er implementering av nye arbeidsmåter, samt endring av holdninger i den psykiske helsetjenesten generelt. Som denne litteraturgjennomgangen har vist, foreligger det mye kunnskap og erfaringer om hvordan det er mulig å redusere bruk av tvang. Slik status er i dag, er utfordringen å få de psykiske helsetjenestene til å ta dem i bruk.



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.

Andersen, K. (2011). *Skjerming som metode i akuttpsykiatrisk avdeling: en studie av noen sykepleieres erfaringer*. Oslo: Universitetet i Oslo.

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.

Bak, J., Zoffmann, 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.

Bennett, R. (1995). The crisis home program of Dane County. In R. Warner (Ed.), *Alternatives to the hospital for psychiatric treatment* (pp. 227 – 235). Washington: American Psychiatric Press.

Bremnes, R., Hatling, T., & Bjørngaard, J. H. (2008a). *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003, 2005, og 2007*. Rapport SINTEF A8231.

Bremnes, R., Hatling, T., & Bjørngaard, J.H. (2008b). *Bruk av tvungent psykisk helsevern uten døgnomsorg i 2007. Bruk av legemidler uten samtykke utenfor institusjon i 2007*. Rapport SINTEF A8237.

Bremnes, R., Hatling, T., & Bjørngaard, J.H. (2008c). *Tvungent psykisk helsevern med døgnopphold i perioden 2001-2006*. Sluttrapport. SINTEF rapport A4319.

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.

Busch, A. (2000). Seclusion and Restraint: A Review of Recent Literature. *Harvard Reviewed Psychiatry*. Nov. 261- 270.

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.

Carlton, T., & Spander, H. (2009). Minimal-medication approaches to treating schizophrenia. *Advances in psychiatric treatment*. 15, 209-217.

Ciampi, L. (1980). The natural history of schizophrenia in the long term. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 136, 413–20.

Ciampi, L., Dauwalder, H. P., Maier, C., Aebi, E., Trutsch, K., Kupper, Z., & Rutishauser, C. (1992). The pilot project 'Soteria Berne': Clinical experiences and results. *British Journal of Psychiatry*. 161(Suppl. 18), 145 – 153.

Dagens Medisin (2010). Reportasje: "Halverte tvangen". 10. november, 18-10.

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 Kunnskapscenteret nr. 09-2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten.

Davidson, G., & Campbell, J. (2007). An examination of the use of coercion by assertive outreach and community mental health teams in Northern Ireland. *British Journal for Social Work*. ;37(3), 537-55.

Davidson, L., & White, W. (2007). The concept of Recovery as an Organization Principle for Integrating Mental Health and Addiction Services. *Journal of Behavioral Health Services and Research*. Policy Perspective. 34, 2, 109-120.

Davidson, L., Andres-Hyman, R., Bedregal, L., Tondora, J., Fry, J., & Kirk, T. A. (2008). From «Double Trouble» to «Dual Recovery»: Integrating Models of Recovery in Addiction and mental Health. *Journal of Dual Diagnosis*. 4(3), 273-290.

Diseth, R. (2013). *Compulsory Mental Health Care in Norway: A Study of the Interface between the Law and Psychiatry* (Dissertation). Faculty of Medicine, University of Oslo.

Eidhammer, G., Fluttert, 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.

Ellingsen, K.E., Jacobsen, K. & Nicolaysen, K. (red.) (2002). *Sett og forstått. Alternativer til tvang og makt i møtet med utviklingshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Elstad, T. & Norvoll, R. (2013) Sosial eksklusjon og inklusjon. I: Norvoll, R. (red.). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Gyldendal Akademisk.

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 for Clinical Nursing*. 24, 4, 266-274.

Frueh, B. C., Knapp, R., Cusack, K. J., Grubaugh, A., Sauvageot, J., Cousins, V., Eunsil Yim, M., Robins, C., Monnier, J., & Hiers, T. G. (2005). Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. *Psychiatric Services*, 56(9), 1123-1133.

Garbo, G. L. (2009). Tvangsinnleggelsler: Stort sprik fra lege til lege. *Psykisk helse*, 2/2009, <http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=29198>

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.



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

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. *British Medical Health Services Research*, 8, 92: doi:10.1186/1472-6963-8-92.

Gilburt, H., Slade, M., & Rose, D. (2010). Service users' experiences of residential alternatives to standard acute wards: qualitative study of similarities and differences. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 26-31.

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

Halvorsen, P. (2011). Færre liggedøgn og mindre tvang med brukerstyring. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 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

Harris, D., & Morrison, E. F. (1995). Managing Violence Without Coercion. *Archives of Psychiatric Nursing*, IX, 4, 203-210.

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

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

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

Heskestad S., & Tytlandsvik, M. (2008). Brukerstyrte kriseinnleggelses ved alvorlig psykisk lidelse. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 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.

Huckshorn, K. A. (2006). Re-designing state mental Health policy to prevent the use of seclusion and restraint. *Administration Policy Mental Health*, 33 (4), 482- 91.

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

Husum, T. (2011). *Staff attitudes and use of coercion in acute psychiatric wards in Norway* (Dissertation). Faculty of medicine, University of Oslo.

- 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. *British Medical Care 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.
- 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.
- Høyer, G. (1988). The control commissions procedure of complaints in Norwegian mental hospitals. *International Journal of Law and Psychiatry*, 11, 61–76.
- Impuls – Tidsskrift for psykologi (2011). *Temanummer om Tvang*. 3, 64 årgang.
- Iversen, K. I. (2008). *Coercion in the delivery of mental health services in Norway* (Dissertation). Institute of Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Tromsø.
- Johansen, I. H., Mellesdal, L., Jørgensen & H. A., Hunsbæk, 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., Gilbert, H., Lloyd-Evans, B., & Slade, M. (2007). Acute in-patient psychiatry: residential alternatives to hospital admission. *Psychiatric Bulletin*, 31. 262–4.
- Johnson, S., Lloyd-Evans, B., Morant, N., Gilbert, H., Shepherd, G., Slade, M., Jagielska, D., Leese, M., Byford, S., & Osborn, S. (2010a). Alternatives to acute in-patient care in England: roles and populations served. *British Journal of Psychiatry*, 53, 6–13.
- Johnson, S., Lloyd-Evans, B., Howard, L., Osborn, D. P. J., & Slade, M. (2010b). Where next with residential alternatives to admission? Editorial. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 52–54.
- Johnson, S., Nolan, F., Houlst, J., White, I.R., Bebbington, P., Sandor, A. (2005).
- Outcomes of crises before and after introduction of a crisis resolution team. *British Journal of Psychiatry*, 187, 68–75.
- Karlin, B. E., & Zeiss, R. A. (2006). Environmental and Therapeutic Issues in Psychiatric Hospital Design: Toward Best Practices. *Psychiatric Services*, 57, 10, 1376–1378.

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

Knutzen, M. (2013). *Tvangsmidler i psykiatriske akuttavdelinger. Hvordan brukes de og hva kjennetegner pasientene?* Doktorgrad. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

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

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.

Lilleng, S., Ose, S.O., Bremnes, R., Pedersen, P.B., & Hatling, T. (2009a). *Døgnpasienter i psykisk helsevern for voksne 20. november 2007*. Rapport 1/09, SINTEF Teknologi og samfunn.

Lilleng, S., Ose, S.O., Hjort, H., Bremnes, R., Pettersen, I., & Kalseth, J. (2009b). *Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008*. Rapport 3/09, SINTEF Teknologi og samfunn.

Mathisen, R. J., & Føyn, P. A. (2002). Gjennombruddsprosjekt psykiatri: Bruk av tvang

Rapport om gjennombruddsprosjekt i psykiatri om bruk av tvang. *Legeforeningens skriftserie*.

Molewijk, M., Verkerk, M., Milius, H., & Widdershoven, G. (2008). Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Medicine, Health Care and Philosophy*, Vol. 11, Issue 1, 43-56.

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: the journal of mental science*, 118(546), 489-97.

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (2004). *Tvang – helst ikke: personer med demens og vanskelige situasjoner. Bedre løsning gjennom økt kunnskap og refleksjon*. Studiehefte. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

- 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.
- 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. (2010). *Delrapport 1. Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus. En presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur*. SINTEF A4572. Trondheim: SINTEF Helse.
- 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., & 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.
- NOU 2011:9. *Økt selvbestemmelse og rettsikkerhet*. Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar I psykisk helsevern. Norges offentlige utredninger.
- Ohlenschlaeger, J., Nordentoft, M., Thorup, A., Jeppesen, P., Petersen, L., & Christensen, T.Ø. (2008). Effect of integrated treatment on the use of coercive measures in first-episode schizophrenia-spectrum disorder. A randomized clinical trial. *International Journal of Law Psychiatry*, 31(1), 72–6.
- 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.
- Osborn, D.P.J., Lloyd-Evans, B. Johnson, S., Gilbert, H., Byford, Leese, M., & Slade, M. (2010). Residential alternatives to acute in-patient care in England: satisfaction, ward atmosphere and service user experiences. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 41–45.
- Pedersen, P.B., Hatling, T., & Røhme, K. (2007). *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003 og 2005. Hva kan forklare institusjons- og avdelingsforskjeller?* Rapport SINTEF A686.
- 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.
- Psykisk (2011). Fokus: *Tvang*. Helsedirektoratet. Nr. 1.
- 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.
- Relton P., & Thomas P. (2002). Acute wards: problems and solutions. Alternatives to acute wards: users' perspectives. *Psychiatric Bulletin*, 26, 346–7.
- Richter, D. (2011). How to de-escalate a risk situation to avoid the use of coercion. In: *Coercive Treatment in Psychiatry: Clinical, Legal and Ethical Aspects*. Edited by Thomas W Kallert, Huan E. Mezzich and John Monahan. John Wiley & Sons, Ltd.

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

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

Scanlan, J. N. (2010). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: What we know so far a review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 56(4), 412-423.

Schaff, van der P. S., Dusseldorp, E., Keuning, F. M., Janssen, W. A., & Noorthoorn, E. O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 142-149.

Schafft, A. (2013). Å komme seg i arbeid.. I: Norvoll, R. (red.). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. Gyldendal Akademisk.

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

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.

Stastny, P., & Lehmann, P. (Eds). (2007). *Alternatives Beyond Psychiatry*. Peter Lehmann Publishing. Berlin-Eugene-Shrewsbury.

Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). Alternative to Mental Hospital Treatment. Conceptual Model, Treatment Program, and Clinical Evaluation. *Archives General Psychiatry*, 37, 392-397.

Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A., & Jones, J. (2010). A review of Interventions to Reduce Mechanical Restraint and Seclusion among Adult Psychiatric Inpatients. *Issues in Mental Health Nursing*, 31. 413-424.

Strack, K. M., Deal, W. P., & Schulenberg, S. E. (2007). Coercion and Empowerment in the Treatment of Individuals With Serious Mental Illness: A preliminary Investigation. *Psychological Services*, 4, 2, 96-106.

Sullivan, A.M., Bezmen, J., Barron, C. T., Rivera, J., Culrey-Casey, R. N & Marino, D. M. (2005). Reducing Restraints: Alternatives to Restraints on an Inpatient Psychiatric Service—Utilizing Safe and Effective Methods to Evaluate and Treat the Violent Patient. *Psychiatric Quarterly*, 76, 1, 51-65.

Tansella, M. (2010). Alternatives to standard acute in-patient care for people with mental disorders: from systematic description to evaluative research. *The British Journal of Psychiatry*, 197: s1-s3 doi: 10.1192/bjp.bp.110.080028.

Thornicroft G. Farrelly S. Szmukler G. Birchwood M. Waheed W. Flach C. & Barrett B. et al. (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 Norsk psykologforening (2009). *Temanummer om Menneskerettigheter*, 12, årgang 46.

Tidsskrift for psykisk helsearbeid (2011). *Recovery – med nordisk blikk*. Nr. 4.

Topor, A. (2006). *Hva hjelper? Veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Kommuneforlaget.

Tyrer, P., Gordon, F., Nourmand, S., Lawrence, M., Curran, C., & Southgate, D. (2010) Controlled comparison of two crisis resolution and home treatment teams. *Psychiatry*, 34(2), 50-4.

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.

Warner, R. (2010). The roots of hospital alternative care. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 4-5.

Wierdsma, A.I., Poodt, H.D., & Mulder, C.L. (2007). Effects of community-care networks on psychiatric emergency contacts, hospitalisation and involuntary admission. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(7), 13-8.

Wynn, R. (2004). *Restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital* (Dissertation). Tromsø: University of Tromsø.

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.

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



erfaringskompetanse.no



KONTAKT OSS

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse
innen psykisk helse

PB 298 Sentrum
3701 Skien

post@erfaringskompetanse.no
www.erfaringskompetanse.no



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



Erfaringskompetanse.no 2014:3

ISBN 978-82-93171-23-2

ISSN 1891-6503