

SINTEF A8450

RAPPORT

Det er nå det begynner! – Hovedrapport fra prosjektet ”Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus” (BAT)

Reidun Norvoll, Trond Hatling og Karl-Gerhard Hem

SINTEF Helse

November 2008

Vedlegg:

Turid Bakken
Hege Orefellen
Mette Ellingsdalen
Bjørg Njaa

Heidi Gjerde
Ingrid Nordsveen
Wenche Iren Gamme
Tore Buer Christensen

www.sintef.no



SINTEF Helse

Postadresse:
7465 Trondheim/
Pb 124, Blindern, 0314 Oslo

Telefon:
40 00 25 90 (Oslo og Trondheim)
Telefaks:
22 06 79 09 (Oslo)
930 70 500 (Trondheim)

Foretaksregisteret: NO 948 007 029 MVA

SINTEF RAPPORT

TITTEL

**Det er nå det begynner! -
Hovedrapport fra prosjektet "Brukerorienterte alternativer til
tvang i sykehus" (BAT).**

FORFATTER(E)

Reidun Norvoll, Trond Hatling, Karl-Gerhard Hem

OPPDRAGSGIVER(E)

Helsedirektoratet
Rådet for psykisk helse

RAPPORTNR.	GRADERING	OPPDRAGSGIVERS REF.	
SINTEF A8450	Åpen	Trude Hagen, Helsedirektoratet Anne-Grethe Skjerve, Rådet for psykisk helse	
GRADER. DENNE SIDE	ISBN	PROSJEKTNR.	ANTALL SIDER OG BILAG
Åpen	9788214045208	78i061- 30/31	123+ 11 vedlegg
ELEKTRONISK ARKIVKODE		PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.)	VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)
Endelig hovedrapport BAT.doc		Reidun Norvoll <i>Reidun Norvoll</i>	Sissel Steihaug <i>Sissel Steihaug</i>
ARKIVKODE	DATO	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)	
	2008-11-03	Britt Venner, forskningssjef <i>Britt Venner</i>	

SAMMENDRAG

I denne hovedrapporten presenteres resultatene fra BAT-prosjektet. Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet og Rådet for psykisk helse. Målsettingene for prosjektet er å gi forskningsbasert kunnskap om brukerorienterte alternativer til tvang i akuttposter samt hvordan disse metodene kan implementeres og forankres i sykehusorganisasjonen. Prosjektet utgjør et følgeforskningsprosjekt av utviklingsarbeid ved seks sykehus med tilsammen ti akuttposter. Det ble benyttet en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder. Utviklingsarbeidet har vært drevet av en arbeidsgruppe lokalt bestående av ansatte og brukerrepresentanter fra lokallagene til Mental Helse Norge. Det har vært jevnlig nettverkssamlinger. Prosjektet pågikk i perioden 2006-2008, med aktiv fase fra februar 2007.

Alle sykehusene har gjennomført prosjektet, bortsett fra et sykehus som kun gjennomførte delvis. Viktige alternativer som ble diskutert og utprøvet i postene er forebyggende og konfliktdepende tiltak som mer anerkjennende tilnæringer til pasientene, endret grensesettingspraksis, mindre bruk av fysisk makt og mer bruk av tid og kommunikasjon samt innlemming av pasientens ønsker i behandling. Det ble lagt økt vekt på individuell behandling, inkludert redusert omfang av husregler og endret skjermingspraksis. I tillegg vektla sykehusene økt personalkompetanse gjennom ulike undervisningsopplegg med brukerne til stede, endret personalrekruttering samt gruppetilbud til pasienter.

Prosjektet har ført til nye arbeidsformer og mer fokus på løsningsorienterte kulturer i postene. Det er gjennomgående gode erfaringer med de nye arbeidsformene i postene for både pasienter og personale. Det er økt tro på lempelige metoder. Erfaringene med implementeringsprosessene har vært mer varierende. Poster med helhelig endringsarbeid har best erfaringer selv om avgrenset satsing ga effekt i en post. Registrering av tvang og personalholdninger svak endringer i tvangsreduserende retning, men liten. Prosjektet bekrefter at slikt endringsarbeid tar tid og at indirekte alternativer og kvalitetssikring av tvang må kombineres med målrettet tvangsreduserende arbeid på alle nivå for å gi effekt. Ledelsen er sentral.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
GRUPPE 1	Psykisk helsevern	
GRUPPE 2	Tvang	
EGENVALGTE	Alternativer til tvang	

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. Innledning	9
1.1 Forskning og fagutvikling om alternativer til tvang.....	9
1.1 Oppbygning av rapporten.....	12
2. Problemstillinger og metodisk design	14
2.1 Innledning	14
2.2 Målsettinger og problemstillinger	14
2.3 Metodisk design	15
2.3.1 Presentasjon av sykehusene, akuttpostene og utvalgsprosessen	16
2.3.2 Utforming av BAT- prosjektet	20
2.3.3 Datainnsamlingsmetoder ved følgeforskningen	24
2.3.4 Vurdering av utvalget og datamaterialet	27
2.4 Analyse og fortolkning av data	28
2.5 Forskningsetiske hensyn	28
2.6 Avslutning	29
3 Presentasjon av de lokale prosjektene	30
3.1 Innledning.....	30
3.2 Prosjektene ved det enkelte sykehus	30
3.2.1 Tønsberg	30
3.2.2 Blakstad	31
3.2.3 Østmarka	32
3.2.4 Reinsvoll.....	33
3.2.5 Valen	34
3.2.6 Arendal	34
3.3 Avslutning	35
4 Innledende syn på tvang og brukervedvirkning.....	36
4.2 Innledning.....	36
4.3 Syn på tvang	36
4.3.1 Personalet	36
4.2.1 Brukerne	39
4.2.2 Øvrige systemkritiske synspunkter på BAT- prosjektet og tvang.....	41
4.3 Syn på brukervedvirkning	42
4.3.1 Personalets syn på brukervedvirkning.....	42
4.3.2 Brukernes syn på brukervedvirkning i akuttpostene	43
4.4 Avslutning	44
5 Foreslåtte alternativer til tvang	45
5.1 Innledning.....	45
5.2 Forebygging av tvang	45
5.2.1 Å se forebygging av tvang i et lengre tidsperspektiv	46
5.2.2 Å forebygge konflikt	47
5.3 Alternativer har sammenheng med menneskesyn og behandlingsfilosofi	48
5.3.1 Behov for videreutvikling av akuttpostenes behandlingsfilosofi	48
5.3.2 Å bli sett og hørt; mer anerkjennende og omsorgsfullt syn på pasientene.....	48
5.4 Fra korrigerende grensesetting til individuell behandling.....	50
5.4.1 Brukernes syn på grensetting	50
5.4.2 Mot mer fleksible og individuelle løsninger	51
5.4.3 Dilemma ved endring av grensesettingsmetoden	52
5.5 Endring av skjermingsfilosofi	53

4.8.1	Skjermingsfilosofien til Reinsvoll.....	53
4.8.2	Diskusjon av den nye skjermingsfilosofien.....	54
5.6	Økt vekt på aktiviteter og en aktiv pasientrolle.....	55
5.7	Økt vekt på håp, mestring og recovery.....	56
5.8	Økt inkludering av brukermedvirkning i compliance- tradisjonen	57
5.9	Mer nyansert tenkning om vold og sikkerhet.....	58
5.10	Å bruke tid og minst mulig inngripende tiltak	59
5.10.1	Bevisstgjøring om mulighetene for mer lempelige midler.....	59
5.10.2	Å bruke mer tid før man griper inn med tvang.....	60
5.10.3	Unngå unødige bruk av fysisk makt.....	61
5.11	Økt vekt på relasjon, kommunikasjon og trygghet	62
5.12	Gode, anerkjennende og hensiktsmessige lokaler.....	63
5.13	Review og debriefing	63
5.14	Tvangsmedisinering	64
5.15	Avslutning	65
6	Utprøving av alternativer i praksis	66
6.1	Innledning	66
6.2	Utviklingsarbeid basert på review og tilbakemelding fra brukerne	66
6.3	Utvikling av gruppetilbud for pasienter	68
6.4	Endring av behandlingsfilosofi, postkultur og arbeidsorganisering.....	69
6.5	Mer bruk av tid, kommunikasjon og relasjonsbygging i møte med pasientene.....	71
6.6	Innføring av ny skjermingsfilosofi og skjermingspraksis	73
6.7	Mer bruk av aktiviteter	75
6.8	Undervisningsopplegg for personalet.....	75
6.8.1	Undervisningsopplegget ved Østmarka.....	76
6.8.2	Undervisningsopplegget ved Tønsberg:.....	76
6.8.3	Undervisningsopplegget ved Blakstad	77
6.8.4	Sammenlikning av undervisningsoppleggene	78
6.8.5	Erfaringer med undervisningsoppleggene	79
6.9	Bruk av rollemodeller i praksis	80
6.10	Utvikling av personalgruppa gjennom ansettelsespolitikk.....	80
6.11	Avslutning	81
7	Om implementerings- og endringsprosessene i postene	82
7.1	Innledning	82
7.2	Prosjektledelse og lokal forankring av prosjektet i postene	82
7.3	Å skape et eieforhold til prosjektet og alternativene i postene.....	83
7.4	Å arbeide med endring av holdninger	84
7.5	Å møte motstand mot prosjektet	85
7.5.1	Det vanskelige krenkelsesperspektivet.....	86
7.6	Å håndtere utrygghet i personalgruppa	87
7.7	Å oppdage det spennende, men krevende ved nye arbeidsformer	88
7.8	Organisatoriske forutsetninger for alternative arbeidsformer	88
7.9	Å skape kreative løsningsorienterte poster.....	91
7.10	Avslutning	93
8	Effekter av BAT-prosjektet	94
8.1	Innledning.....	94
8.2	Personalets opplevelser av deltakelsen i BAT- prosjektet	94
8.3	Brukerrepresentantantes opplevelser av deltakelsen i BAT- prosjektet.....	96
8.3.1	Brukerrepresentantene fra lokallagene	96
8.3.2	Brukerrepresentantene fra WSO og menneskerettighetsutvalget i LPP.....	98

8.4	Hvilken endringer har skjedd i i postene?.....	98
8.4.1	Økt faglig bevissthet og fagdiskusjon	99
8.4.2	Bedre tvangsregistrering og bevissthet om bruken	99
8.4.3	Begynnende utvikling av en ny behandlingsfilosofi	99
8.4.4	Mer anerkjennende og romslige holdninger til pasientene.....	100
8.4.5	Økt vekt på kommunikasjon, relasjon og dialogbaserte arbeidsformer	100
8.4.6	Økt fokus på brukermedvirkning.....	101
8.4.7	Endring av arbeidsformer, bruk av tid, skjerming og grensesettende praksiser.....	102
8.4.7	Endret rekrutteringspolitikk, økt undervisning og kompetanse hos personalet	102
8.4.8	Gode erfaringer med nye arbeidsformer: en win-win situasjon	103
8.5	Endring av personalets holdninger til tvang.....	104
8.6	Endringer i tvangsbruken i postene	106
8.7	Avslutning	108
9	Avsluttende diskusjon.....	110
9.1	Innledning.....	110
9.2	Hvilke faktorer har hatt betydning for resultatene?.....	110
9.2.1	Utforming av forsknings- og utviklingsprosjekter	111
9.2.2	Lokal prosjektgjennomføring	112
9.2.3	Ytre og indre endringstrykk	112
9.2.4	Postkulturer og behandlingsfilosofi.....	113
9.2.5	En tydelig visjon om tvangsreduksjon	113
9.2.6	Lederskap, behandlere og tverrfaglig samarbeid.....	113
9.2.7	Brukerrepresentasjon.....	114
9.2.8	Økt personalkompetanse	115
9.3	Avslutning	116
10	Veien videre 117	
10.1	Utvikling av tjenestene.....	117
10.2	Fortsatt styrking av brukermedvirkning i sykehus	118
10.3	Forsknings- og utviklingsarbeid.....	119
	Referanser.....	120

Vedlegg

FORORD

BAT- prosjektet har vært et stort prosjekt hvor mange ulike organisasjoner og personer har deltatt på ulike vis. Uten deres innsats ville dette prosjektet vært umulig å gjennomføre.

Vi vil herved takke dere alle for en berikende og lærerik tid sammen og for alt godt samarbeid gjennom den tiden prosjektet har vart.

Vi vil takke Helsedirektoratet ved divisjonsdirektør Ellinor Major, rådgiver Trude Hagen og Rådet for psykisk helse ved fagsjef Anne- Grethe Skjerve og prosjektmedarbeider Marianne Bruusgaard for finansiering og tett samarbeid gjennom prosjektperioden.

Takk til alle sykehusene og deres ansatte for at dere var villige til å kaste dere ut i denne åpne og utforskende forskningsprosessen sammen med oss på et spenningsfylt felt. Takk for deres engasjement, pågangsmot og ønske om et bedre psykisk helsevern gjennom stadig utvikling.

Ikke minst, takk til alle representantene fra brukerorganisasjonene som har deltatt. Deres arbeid har vært uvurderlig og viktig for å finne alternativer og for at sykehusene i økende grad innlemmer et brukerperspektiv i behandlingen. Takk for at dere har vært villige til å være i mindretall, til å inngå i dialog i dette feltet selv når det har kostet og for deres mot til å la deres stemmer bli hørt. Uten denne dialogen er videreutvikling vanskelig. En spesiell takk til Mental Helse Norge som har vært behjelpelige med å rekruttere brukerrepresentanter til prosjektet.

Takk til Solfrid Vatne for god veiledning til prosjektleder i oppstartsfasen. Og takk til Grace McNasser og Hank Visalli som var sentrale bidragsyttere på første samling, og en viktig støttespiller og veileder for prosjektleder gjennom hele prosessen. Ikke minst har deres egne erfaringer med prosessene vi gjennomgår, vært viktige.

Og til slutt takk til alle profesjonsorganisasjoner som har deltatt i referansegruppen og på samlingene. Gjennom denne deltakelsen har dere bidratt til en bred forankring av dette arbeidet.

Oslo 30.10.2008

Reidun Norvoll
Forsker/prosjektleder

SAMMENDRAG AV RAPPORTEN

I de senere årene har det vært økende oppmerksomhet på tvang, alternativer til tvang og brukervedvirkning innenfor psykisk helsevern. Dette har ført til økt forskning og utviklingsarbeid på området. I delrapporten til BAT- prosjektet gjennomgås den internasjonale litteraturen om alternativer til tvang (Norvoll 2008). I denne hovedrapporten presenteres resultatene fra BAT-prosjektet. Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet under *Tiltaksplanen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang*, og av Rådet for psykisk helse ved prosjektet *Kvalitetsutvikling i psykisk helsevern*. Psykiatrien i Vestfold har delvis betalt for egen deltakelse. Prosjektet har varighet fra 2006 til 2008, med aktiv fase fra januar 2007. Noen poster vil fortsette tvangsregisteringen tom juni 2009.

BAT- prosjektet er et relativt stort følgeforskningsprosjekt. Målsettingene for prosjektet er å synliggjøre og utvikle ny kunnskap om alternativer til tvang i akuttposter. Det skal også stimulere til økt brukervedvirkning og til kvalitetssikret og redusert bruk av tvang. Det legges til grunn en vid tvangsforståelse som også innlemmer uformelle former for kontroll og tvangsbruk. Det metodiske designet skal skape en dialogbasert læringsarena med ansatte og brukere gjennom felles nettverksamlinger og lokale utviklingsprosjekter i postene. Det er etablert en arbeidsgruppe med ansatte og brukerrepresentanter fra lokallag til Mental Helse Norge ved hvert sykehus. I følgeforskningen er det benyttet en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder, herunder deltakende observasjon, intervjuer, tvangsregistrering samt spørreskjemaundersøkelse om personalets holdninger til tvang ved begynnelse og avslutning av prosjektperioden.

Prosjektene i sykehusene er dels forskjellige og dels overlappende. Sykehusene har valgt sentrale områder som gjenspeiler aktuelle tema i den norske akuttposthverdagen. Alternativene som er foreslått sammenfaller med tema som er beskrevet internasjonalt, men avviker noe fra de internasjonale prosjektene som er mer direkte rettet mot tvangsreduksjon.

Personalet i postene har ulike holdninger til bruk av tvang. De befinner seg på et kontinuum fra de som er motstandere av tiltaksplanens intensjoner til de som stiller seg positive til formålet om kvalitetssikret og redusert bruk av tvang. Det var likevel en generell tendens til en forsiktig og/eller ambivalent målsetting om å redusere tvang i alle postene. Brukerne var mer positive til tiltaksplanens ambisjoner, men varierer også i synet på tvang. De har ulike erfaringer med tvang. Flere har vonde erfaringer. Erfaringene bekrefter andre studier som viser at selv om tvang kan ha positive konsekvenser for noen, er institusjonsintern tvang ofte høy-risiko-intervensjoner.

Alternativer til tvang som ble diskutert på nettverksamlingene og i sykehusene, omhandler forebygging av tvang og behovet for et mer anerkjennende menneskesyn og mer omsorgfull behandlingsrelasjon. Videre var det ønske om å endre vekten på korrigerende grensesetting og husregler i akuttpostene til individuell behandling. Reinsvoll lanserte en ny skjermingsfilosofi med vekt på stimulimodulering og aktiv behandling. Denne filosofien fikk stor betydning for de andre postene. Andre alternativer som ble foreslått er økt vekt på aktiviteter og en aktiv pasientrolle samt mer vekt på håp, mestring og recovery i behandlingen. Det var ønske om mer nyansert tenkning om vold- og sikkerhet. I tillegg diskuterte man mulighetene for å bruke mer lempelige midler og mindre fysisk makt gjennom alternative tilnærminger som brukervedvirkning, tid, relasjon, kommunikasjon og trygghet. Det ble lagt vekt på viktigheten av gode og hensiktsmessige lokaler og review og debriefing. Ikke alle alternativene er utprøvet til fulle i akuttpostene. Alternativene viser imidlertid et landskap av muligheter i tiden fremover.

I prosjektet ble det utprøvd noen alternativer. Noen poster utprøvde flere intervensjoner enn andre, og det var en tendens til at en intervensjon krevde tiltak på andre områder for å lykkes. De

mest sentrale intervensjonene er utviklingsarbeid basert på ulike former for review, tvangsregistrering og tilbakemelding fra brukerne. Videre arbeidet flere sykehus med å endre postens behandlingsfilosofi, postkultur og arbeidsorganisering i retning av mer anerkjennende og individuelt tilrettelagte behandlingstilnærminger. Noen poster utprøvde mer bruk av tid, kommunikasjon og relasjonsbygging i møte med pasientene. De benyttet også flere dialogbaserte arbeidsmetoder. Det ble utviklet et gruppetilbud for pasienter som skal øke deres eieforhold til behandlingen. I flere poster ble det innført ny skjermingsfilosofi og skjermingspraksis, samt økt bruk av aktiviteter i posten mer generelt. Tre sykehus utprøvde ulike undervisningsopplegg for personalet. Noen inkluderte også refleksjonsgrupper og inkludering av brukerne i undervisningen. Andre metoder som ble utprøvet var bruk av ledelsen, postoverlege og erfarne sykepleiere som rollemodeller i posten. Tre sykehus var opptatt av betydningen av endret rekruttering- og ansettelsespolitikk for å underbygge ny postkultur og arbeidsformer i praksis.

Personalet pekte på noen organisatoriske rammebetingelser som er viktig for å skape alternative arbeidsformer til tvang. Dette er felles behandlingsfilosofi, fleksibel arbeidsorganisering, mulighet for å gjøre feil, tilstrekkelig og stabil bemanning, trygghet og kompetanse i personalgruppen, ressursallokering i vanskelige situasjoner, gode lokaler, gode dokumentsystemer og godt samarbeid i personalgruppen som helhet. Alternativer til tvang handler i stor grad om nye løsninger av problemer. Det er derfor viktig å stimulere til refleksive postkulturer som stadig vurderer løsninger i samarbeid med hverandre og pasienten. I slutten av prosjektet påpeker også flere poster viktigheten av en kreativ løsningsorientert arbeidskultur i samarbeid med pasientene.

Hovedmålsettingen for BAT var å synliggjøre mulige alternativer til tvang i akuttpostene. Disse er beskrevet ovenfor. I tillegg skal prosjektet se på implementeringserfaringer. I hovedsak er det gode erfaringer med de ulike alternativene som ble utprøvd. Erfaringene med implementeringsarbeidet er imidlertid mer varierende. I noen poster gikk prosessen lett, mens andre hadde større vanskeligheter med å implementere alternativene i postens praksis. Hovedutfordringene var særlig å få til god prosjektledelse og lokal forankring av prosjektet. Det var også en utfordring å skape et eieforhold til prosjektet og alternativene i postene. Arbeidsgruppen måtte løse spørsmålet om hvordan arbeide med holdninger i posten, og hvordan de skulle møte motstand og håndtere utrygghet i personalgruppen på en god måte. Over tid var det stadig flere personale som oppdaget det spennende, men også krevende ved å arbeide annerledes. Gode erfaringer med alternativer økte tryggheten til de nye arbeidsformene over tid.

Personalet og de lokale brukerrepresentantene var i hovedsak godt fornøyde med deltakelsen i BAT-prosjektet som de opplevde lærerikt og interessant. Personalet opplevde særlig nettverksamlingene som berikende. Det var mer blandede opplevelser av de lokale prosjekt- og endringsprosessene i postene. Brukerrepresentanter fra WSO og menneskerettighetsutvalget i LPP, mente imidlertid at målsettingene og tiltakene i prosjektet er for lite ambisiøse og i størst grad gjenspeiler en humanisering av tvangen.

I de kvalitative intervjuene beskriver personalet noen endringer i postene. Disse omhandler økt faglig bevissthet og fagdiskusjon samt bedre tvangsregistrering og bevissthet om bruken. Det fortelles om mer anerkjennende og romslige holdninger til pasientene, samt økt vekt på kommunikasjon, relasjon og dialogbaserte arbeidsformer. Det er økt fokus på brukermedvirkning og mer bruk av medvirkende arbeidsformer, selv om denne endringen er forsiktig. Videre fortelles om endrede arbeidsformer i forhold til tid, skjerming og grensesettende praksiser, samt utvikling av kreative løsningsorienterte arbeidskulturer. Det er lagt vekt på endret rekrutteringspolitikk og økt kompetanse hos personalet selv om utformingen av undervisningsopplegg om alternativer til tvang fortsatt er i en begynnende fase. Oppsummerende beskriver personalet gode erfaringen med nye arbeidsformer. Disse har ikke ledet til økt skader og belastning for personalet, men heller en "win-win-situasjon" hvor både personalet og pasientene er mer fornøyde med situasjonen. Flere

mener også at nye arbeidsformer, særlig på skjermet, har en reduserer konflikt og utagering. Dette bidrar til en tryggere arbeidssituasjon. Tettere oppfølging av ledelse og behandlere overfor miljøpersonalet gir bedre arbeidsmiljø.

Personalet oppgir høyere terskel for tvangsbruk og økt fokus på kvalitetssikring av tvang. De har likevel ofte forsiktige ambisjoner om tvangsreduksjon. De kvantitative målingene av endringer i personalets holdninger til tvang, viser en svak utvikling mot nedgang i tvangspositive holdninger. Denne endringen er imidlertid ikke signifikant, bortsett fra en redusert opplevelse av tvang som nødvendig for omsorg og sikkerhet ved en akuttpost. Det er også en svak, ikke signifikant nedgang i antall episoder mekaniske tvangsmidler, særlig ved tre akuttposter. Gjennomsnittlig varighet av mekaniske tvangsmidler, holding og skjerming er tilsynelatende uforandret i prosjektperioden, bortsett fra to poster som har signifikant nedgang i varighet av henholdsvis mekaniske tvangsmidler og skjerming. De statistiske målingene av endringer i personalets holdninger til tvang og bruk av vedtakspliktig institusjonsintern tvang, er dermed relativt liten i målingsperioden.

Selv om personalet er fornøyd med nye arbeidsformer, samsvarer prosjektet med internasjonale erfaringer om at slikt endringsarbeid tar tid, og krever målrettet og langsiktig satsing på alle nivå i organisasjonen. Ledelsen i sykehuset er sentrale. Den faktiske tvangsreduksjonen i akuttpostene i BAT-prosjektet er mindre enn beskrevet internasjonalt. Dette skyldes muligens mer kortere varighet, indirekte tiltak og mindre ambisiøse målsettinger om tvangsreduksjon. Det er langt fra diskusjon om alternativer til endring av praksis. BAT-prosjektet viser at alternativer trolig må kombineres med målrettet arbeid mot endring av tvangspraksiser for å få til en betydelig tvangsreduksjon. Det er usikkert om satsing på endring av hele posten vil føre til mer langvarig tvangsreduksjon fordi den grunnleggende utformingen av posten er endret, enn ved kortvarige satsinger på tvangsreduksjon.

BAT-prosjektet finner i hovedsak tilsvarende faktorer for at utviklingsprosjektene lykkes eller mislykkes som de internasjonale erfaringene (Norvoll 2008). BAT-prosjektet har imidlertid understreket betydningen av organiseringen av utviklingsarbeidet. Det har også vist viktigheten av å kombinere alternativer og kvalitetssikring av tvang med tydelige målsettinger om tvangsreduksjon for å effekt. I likhet med internasjonale og nasjonale studier viser prosjektet at utviklingsarbeid med helhetlige og multiple intervensjoner har best resultater. Avgrensede målsettinger kan likevel også gi reduksjon på ett tvangsområde. Flere, tildels samvirkende, faktorer synes å påvirke endringsarbeidet. Dette er utforming av stimuleringsprosjekter og lokal prosjektgjennomføring i postene. Videre har ytre og indre endringstrykk, postkultur og behandlingsfilosofi betydning. Andre påvirkende faktorer er utvikling av visjon om tvangsreduksjon, involvering av ledelsen og behandlerne i utviklingsarbeidet og utformingen av brukerrepresentasjonen. Det er også viktig å stimulere til god kompetanseutvikling.

På bakgrunn av erfaringene fra BAT-prosjektet, anbefales ytterligere satsing på forskning og målrettet utviklingsarbeid om alternativer til tvang og tvangsreduksjon. Avslutningsvis i rapporten beskrives mulige strategier fremover. Prosjektet viser at det er mange mulige alternativer til tvang. Vi er samtidig kun i startfasen av forskning og utviklingsarbeid på dette området i Norge. Prosjekter viser derfor at det er viktig med videre stimuleringsarbeid på ulike nivåer og gjennom ulike tiltak i tiden fremover. Forebygging av tvang og alternative løsninger på problemene må sees i sammenheng med styrking av det frivillige behandlingstilbudet og utformingen av øvrige tjenester og tjenestenivåer innenfor psykisk helsevern. Strategiene fremover bør inkludere fortsatt styrking av brukermedvirkning i sykehusene, herunder nye representasjonsformer for å inkludere brukerne i større grad i utformingen av sykehusenes virksomhet.

1. Innledning

I de senere tiårene har det vært økende oppmerksomhet på tvang og forskning om tvang innenfor psykisk helsevern. Denne utvikling har også ledet til flere forsknings- og fagutviklingsprosjekter som omhandler tvangsreduksjon og alternativer til tvang. Et kjennetegn ved prosjektene er at man i økende grad innlemmer et brukermedvirkningsperspektiv i behandlingen. Det mangler imidlertid fortsatt mye forskningsbasert kunnskap om tvangsreduksjon og brukerorienterte alternativer til tvang i norske sykehus, og det er usikkert hvorvidt man kan overføre de internasjonale erfaringene direkte til Norge.

Som ledd i utviklingen gjennomfører Helsemyndighetene nå *Tiltaksplanen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern* (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Et mål i tiltaksplanen er å øke kunnskap om alternativer til tvang. Rådet for psykisk helse gjennomfører på sin side et prosjekt for kvalitetsutvikling og endringer av kultur og holdninger i tjenesteapparatet innen psykisk helsearbeid (KUP-prosjektet), hvor det å skape og videreformidle kunnskap om brukeropplevelser er sentralt. I denne forbindelse er brukermedvirkning og reduksjon av tvang i sykehus viktig. På denne bakgrunn ga Helsedirektoratet og Rådet for psykisk helse tilskudd til SINTEF Helse for å gjennomføre prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus" (senere forkortet BAT-prosjektet).

Hensikten med BAT-prosjektet er å bidra til økt kunnskap om brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus gjennom følgeforskning av utviklingsprosjekter ved akuttposter. Utviklingsprosjektene er gjennomført i samarbeid med brukerrepresentanter fra Mental Helse. Totalt seks sykehus og tilsammen ti akuttposter har vært involvert i prosjektet. Prosjektet ble initiert høsten 2006, med varighet fra januar 2007 til juli 2008. Enkelte sykehus vil fortsette tvangsregistrering t.o.m. våren 2009.

Kunnskapen fra BAT-prosjektet formidles gjennom to rapporter fra SINTEF Helse. Den første rapporten er en litteraturstudie som gjennomgår erfaringer fra det internasjonale forsknings- og utviklingsarbeidet om utvikling av alternativer til tvang i sykehus (Norvoll 2008)¹. For å få en utdypende forståelse av fagområdet vil vi råde leserne til å lese rapporten. Denne hovedrapporten vil presentere resultatene fra BAT-prosjektet og se disse i sammenheng med internasjonale erfaringer. I tillegg har noen sykehus og brukerrepresentanter utarbeidet vedlegg til hovedrapporten, lokale rapporter som er å finne på nettsiden vår, samt artikkel i tidsskrift (under arbeid).

1.1 Forskning og fagutvikling om alternativer til tvang

I dette punktet vil vi beskrive noen hovedmomenter fra den tidligere beskrevne faglitteraturen som har påvirket utformingen av BAT-prosjektet (se Norvoll 2008 for utdypende beskrivelser).

Bruk av tvang har historisk sett alltid vært en viktig side ved de psykiatriske sykehusene. Tvang er fortsatt mest brukt i sykehus, og særlig ved akuttposter og sikkerhetsavdelinger (Pedersen, Hatling og Bjørngaard 2004). Etter en periode med reduksjon i tvangsbruk, var det i perioden 2001 til

¹ I hovedrapporten vil vi av plasshensyn ikke gjengi alle litteraturreferanser fra forskningen. Vi viser heller til punktet i rapporten hvor man gjennomgår aktuell litteratur. Dette vil markeres som: (jf. Norvoll 2008: pkt. ...). Delrapporten kan lastes ned på nettsiden vår: www.sintef.no/helse

2005 en økning i bruk av mekaniske tvangsmidler, kortidsvirkende legemidler og skjerming ved sykehusene (Pedersen, Hatling og Røhme 2007).

Utviklingen til forskningen om tvang har vært preget av noen utviklingstendenser. I tiden fra asylenes begynnelse frem til 1970-tallet var tvang mye brukt og omdiskutert. Det er samtidig lite klinisk forskning. De viktigste bidragene om bruk av tvang og kontroll i sykehusene på denne tiden er den tverrfaglige institusjonsdebatten (eksempelvis Goffman 1961, Løchen 1971).

Fra 1980-tallet kom det flere bidrag som diskuterer tvang og ulike tvangsformer. En viktig årsak til bidragene var økende offentlig og helsepolitisk debatt om bruk av tvang. Fra slutten av 1990-tallet har den forskningsmessige interessen for å studere tvang og alternativer til tvang vært økende. Spesielt på 2000-tallet ser vi en økning i antall publikasjoner om alternativer til tvang i ulike fagtidsskrifter, særlig innenfor helsetjenesteforskning og sykepleie. Det skjer en begynnende omtale av alternativer til isolat og mekaniske tvangsmidler i medisinske tidsskrift (bla Gaskin et al 2007 i *British Journal of Psychiatry*). Litteraturen viser en generell utviklingstrend. Den første forskningen var ofte rettet mot å finne faglige begrunnelser for tvang og studere ulike faktorer som påvirker tvangsbruk. Utover 1990-tallet og frem til i dag legges større vekt på tvangsreduksjon og alternativer til tvang. I tiden fra 1994 frem til i dag ser man et paradigmeskifte fra en mer defensiv holdning om at man ikke kommer unna tvang, til en langt mer offensiv holdning til at tvangsbruk kan unngås uten uheldige konsekvenser (Busch 2000).

De fleste bidragene om alternativer til tvang er kommet fra USA (jf. Norvoll 2008). Disse beskriver vanligvis fagutviklings- eller kvalitetsutviklingsprosjekter for tvangsreduksjon i sykehus for voksne eller barn og unge. Artikkene befinner seg dermed i skjæringspunktet mellom forskning og fagutvikling. Artikkene har bakgrunn i en satsing på tvangsreduksjon i USA fra slutten av 1990-tallet. Denne satsingen kom som et resultat av initiativ fra sentrale organisasjoner samt en helsepolitisk debatt etter avisartikler og rapporter som viste dødsfall og skader på pasienter i forbindelse med isolat og tvangsmidler (GAO-rapporten 1999). De fleste artikkene om alternativer til tvang beskriver vellykkede erfaringer med utviklingsprosjekter, og at det finnes en rekke intervensjoner som gjør at isolatbruk og øvrig tvang kan reduseres. Noen sykehus oppgir fra 20-80 % tvangsreduksjon uten økte skader på personalet og pasientene. I flere sykehus har ikke dette arbeidet krevd økte ressurser, men reallokering av eksisterende ressurser. Det beskrives reduserte kostnader ved tvangsreduksjon. Det synes dermed som det foreligger et betydelig potensial for tvangsreduksjon ved målbevisst satsing i sykehusene. Huckshorn (2004, 2006) beskriver samtidig at sykehusene har ulik suksess med å gjennomføre tvangsreducerende prosjekter og viser til ulike faktorer som bidrar til fremme eller hemme utviklingsarbeidet. Gaskin et al (2007) finner i sin revidert av prosjektene at effektene av utviklingsprosjektene har variert, og at prosjekter som gjennomfører multiple intervensjoner har best resultater.

Flere av de kliniske intervensjonene er allerede kjent og benyttet i Norge. Det synes imidlertid som de amerikanske fagutviklingsprosjektene benytter intervensjonene mer målrettet og systematisk i praksis for å redusere institusjonsintern tvang. Artikkene vektlegger en "empowerment" av både personalet og pasientene på ulike måter for å løse vanskelige situasjoner relatert til tvang. De gir dermed ingen lettvinne svar på problemstillingene.

De mest fremtredende alternativene som beskrives i litteraturen, er at alternativer må sees i et bredt organisatorisk og forebyggende perspektiv hvor det er nødvendig med flere type intervensjoner på ulike nivå. Alternative arbeidsformer krever endring av behandlingsfilosofi mot økt vekt på individuell- og familierettet behandling, recovery, krisehåndtering samt traumeinformert behandling for å unngå nye traumer eller retraumatisering ved tvangsbruk. Det fremheves at fysisk tvang og rigid grensesetting øker faren for skader på personal og pasienter. Man bør derfor søke å håndtere vanskelig atferd og krisesituasjoner ved hjelp av forebygging og

kommunikasjon. Det vises til god erfaring med inkludering av ledelsen, spesielle erfarne konsulenter /personell og/eller krise-team i postene som kan bidra til å løse krisene eller problemene på alternative måter. Videre fremheves en økt involvering av brukere og pårørende i behandlingen.

Lederskap på ulike nivå fremheves som en avgjørende faktor. Viktige aspekter er å utarbeide en felles visjon og strategisk handlingsplan for tvangsreduksjon i sykehusene. Ledelsen må være kulturbygger, iverksette tiltakene, allokere tilstrekkelige ressurser samt gi kontinuerlig støtte til tvangsreduksjonsarbeidet over tid. I flere prosjekter er det gode erfaringer med å benytte ”datamonitorering” eller tvangsregistrering for å få oversikt over og følge opp virksomheten rundt tvangsreduksjon. Det beskrives gode erfaringer med hyppig og systematisk bruk av refleksjon, review og debriefing hvor ledelsen og brukerne er involvert for å se på alternativer, forebygging av tvang og muligheter for tvangsreduksjon. Dette inngår sammen med bedre kvalitetssikring av forhåndsvurderingene og beslutningene om å iverksette tvang.

Andre viktige intervensjoner som fremholdes, er utvikling av personalgruppen gjennom målbevisste ansettelser, utvikling av holdninger og faglig, etisk refleksjon over praksis. I tillegg vektlegges betydningen av systematiske utdanningskurs/program som er rettet mot økt kompetanse og ferdigheter i ny behandlingsfilosofi og å løse vanskelige situasjoner i praksis uten tvang. Personalet må bli mer bevisst mulighetene for å intervensjonere på en mindre restriktivt og mer samarbeidende måte med pasientene. Dette kombineres med tiltak som er rettet mot økt kompetanse hos pasienten i bedre håndtering av vanskelige følelser, sinne og aggresjon, bla gjennom ”sinne-håndteringsverktøy”, kriseforebyggende planer og gruppetilbud for pasienter.

Det understrekes at et slik arbeid tar lang tid og at det er krevende arbeid å snu store etablerte organisasjoner. Hindringer for et godt utviklingsarbeid kan være:

- Ingen overordnede ledere deltar aktivt i arbeidet, alt blir delegert.
- Personalet som er viktige for arbeidets suksess blir ikke innlemmet i utviklingsarbeidet.
- Data brukes ikke, blir skjult, eller tvangsrapportene blir ikke gjennomgått med en gang, men flere uker eller måneder etterpå.
- Isolat og beltetrening blir betraktet og behandlet som helt vanlige rutinemessig hendelser/praksis og ikke fremhevet som en krisesituasjon som må håndteres spesielt.
- Personalet blir bedt om å ikke bruke isolat eller belter, men ikke gitt de ferdigheter som er nødvendige for å endre atferd.
- Personalet og brukerne identifiserer de ”regler” som ofte bidrar til å skape konflikt, men har ikke myndighet til å endre disse.
- Individuelle personer i personalet som er ambivalente eller som motarbeider tvangsreduksjonsarbeidet blir ikke fulgt opp eller holdt ansvarlige.
- Det er ikke noe belønningssystem for beste praksis.
- Brukerne (pasienter/pårørende) er ikke virkelig involvert, kun talemåter.
- Isolat og beltetrening er orientert mot legge personen ned, ikke forebygging
- Debriefing er ikke systematisk og forpliktende endringsarbeid, men kun en ”ventilasjon” for personalet.

I Norge er det gjennomført flere studier av tvang, og det finnes landsomfattende statistikk om tvangsbruk i sykehus utgitt av SINTEF Helse. I de senere årene har det vært sterkere helsepolitisk fokus på tvangsreduksjon i Norge. Årsaken til dette er initiativ fra sentrale brukerorganisasjoner og fagmiljøer. I tillegg viser flere studier at selv om noen brukere kan oppleve tvang som nødvendig eller til hjelp, opplever mange brukere tvangsbruken i sykehusene som belastende. I de mest alvorlige tilfellene opplever tvangsbruken som krenkende og traumatiserende (jf. Norvoll 2008: pkt.3.10.1). Dette kan sees på som en direkte motsetning til sykehusenes formål om å gi

helsehjelp. Brukerundersøkelser (Norvoll 2008: pkt. 3.10.1) og den helsepolitiske debatten tyder på at tvang- og kontrollbruk kan føre til redusert tilfredshet med hjelpen fra psykisk helsevern. Flere undersøkelser viser videre at brukervedvirkningsperspektivet har fått begrenset gjennomslag i sykehusenes praksis (bla Alm Andreassen 2004, Hofseth 2002). Selv om det gis mye god hjelp innenfor sykehusene, utpeker områdene brukervedvirkning og tvang seg som viktige områder for kunnskaps- og kvalitetsutvikling innen psykisk helsevern. Tvangsdebatten og forskningen viser at spørsmålene om brukervedvirkning og tvangsbruk i sykehus har sammenheng med mange komplekse og vanskelige aspekter for personalet og brukerne. Denne kompleksiteten må innlemmes i utviklingsprosjektene.

Det finnes relativt lite litteratur om alternativer til tvang i Norge. De første bidragene kom i forbindelse med demente på sykehjem (Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens 2004). Deretter er det gjennomført et prosjekt om alternativer til tvang overfor psykisk utviklingshemmede (Ellingsen et al 2002, Ellingsen 2003). I de senere årene har det vært noen bidrag om alternativer til tvang innenfor sykepleie og sosialfag. For øvrig gjenspeiles den internasjonale litteraturen om alternativer til tvang i liten grad i norsk litteratur. Gjennombruddsprosjektet for reduksjon av tvang i psykiatrien som ble initiert av Den norske legeforening, utgjorde et viktig initiativ for tvangsreduksjon i Norge. Prosjektet bidro til å legitimere arbeidet for tvangsreduksjon og viste at det er mulighet for tvangsreduksjon med relativt små virkemidler (Mathiesen og Føyn 2002). I etterkant har imidlertid tvangsbruken igjen steget i noen poster. Gjennomlesing av noen lokale rapporter fra Gjennombruddsprosjektet tyder på at flere sykehus hadde tilsvarende tilnærminger som i USA. Det finnes imidlertid lite skriftlig dokumentasjon av de norske utviklingsarbeidene.

Til tross for den økende forskningsinteressen om tvang, er litteraturen beskjeden tatt i betraktning omfanget av tvangsbruk innenfor psykisk helsevern. Det finnes lite forsknings- og faglitteratur om alternativer til tvang og muligheter for tvangsreduksjon i norske sykehus. Det er også behov for mer kunnskap om alternativer til tvang, og hvordan disse metodene kan forankres i postenes hverdagslige praksis på en måte som gjør at tvangsbruken holdes lav over tid.

BAT-prosjektet er et forskningsprosjekt som skal bidra til å utvikle kunnskap om muligheter for tvangsreduksjon og alternativer til tvang i Norge. Prosjektet er kun en begynnende studie på et stort forskningsområde og skal belyse videre forskningsbehov i tiden fremover.

1.1 Oppbygning av rapporten

I resten av rapporten vil kapitlene omhandle følgende:

I kapittel 2 beskrives BAT-prosjektets målsettinger, problemstillinger og metodiske design samt akuttpostene som deltar i prosjektet. Her redegjøres også for utformingen av BAT-prosjektet.

I kapittel 3 beskrives kort de lokale prosjektene i sykehusene. Problemstillingene viser de utviklingsområder som sykehusene selv definerte, og gir en oversikt over de gjennomførte intervensjonene i kronologisk rekkefølge.

I kapittel 4 beskrives personalets og brukerrepresentantenes synspunkter på tvang og brukervedvirkning i den innledende fase av prosjektet.

I kapittel 5 beskrives ulike alternativer til tvang som ble foreslått og diskutert i prosjektperioden.

I kapittel 6 beskrives og diskuterers erfaringene fra utprøving av noen alternativer i postene.

I kapittel 7 beskrives noen implementerings- og endringsprosesser i postene i løpet av utprøvingsfasen.

I kapittel 8 beskrives resultater av prosjektet som helhet

I kapittel 9 diskuteres noen faktorer som synes å påvirke utviklingsarbeidet og implementering av alternativer i postene.

I kapittel 10 avsluttes rapporten med å drøfte erfaringene fra BAT-prosjektet i forhold til videre arbeid med redusert og kvalitetssikret tvang og alternativer til tvang i tiden fremover.

BAT-prosjektet er et stort prosjekt. Rapporten skal oppsummere mange diskusjoner, intervensjoner og erfaringer fra prosesser over to år innenfor et begrenset antall sider. I fremstillingen har vi valgt å fremheve de viktigste momentene i sykehusene sett under ett. For utdypende beskrivelser av prosessene i det enkelte sykehus henviser vi til de lokale rapportene og vedleggene.

2. Problemstillinger og metodisk design

2.1 Innledning

I dette kapitlet vil vi beskrive BAT-prosjektet. Vi vil først utdype prosjektets målsettinger og problemstillinger. Deretter redegjøres for prosjektets metodiske design, herunder utvalget av akuttposter samt prosjektets organisering. Avslutningsvis beskrives og diskuteres datainnsamlingsmetodene som er benyttet i følgeforskningen og forskningsetiske anliggende.

2.2 Målsettinger og problemstillinger

Målsettingene for BAT-prosjektet er å gi økt forskningsbasert kunnskap om brukerorienterte alternativer til tvang samt hvordan disse metodene kan implementeres og forankres i sykehusorganisasjonen på en god måte. Prosjektet skal stimulere til økt brukermedvirkning og til redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i akuttposter.

Prosjektet er særlig opptatt av å studere organisasjons- og arbeidsprosesser på meso- og mikronivå i sykehuset siden det i dag foreligger mindre kunnskap om dette (Quirk og Lelliot 2001). Prosjektet er derigjennom rettet mot personalet som står nærmest pasientene i det daglige arbeidet i postene, og alternativene skal ivareta både personalet og pasientene på best mulig måte.

BAT- prosjektet er ikke en intervensjonsstudie. Prosjektet er en eksplorerende studie som skal synliggjøre mulige brukerorienterte alternativer til tvang i akuttposter gjennom dialog mellom personalet, brukerrepresentanter og profesjons- og brukerorganisasjonene. Tvangspraksiser er ofte muntlige og lokale praksisformer. Et viktig anliggende er derfor å synliggjøre taus kunnskap, bidra til ny kunnskap og skrifteliggjøre praksis for videre fagdiskusjon. Prosjektet skal i tillegg bidra til å synliggjøre viktige tema for videre forskning- og fagutvikling, samt områder for intervensjonsutvikling i tiden fremover.

På denne bakgrunn vil prosjektet undersøke følgende problemstillinger:

1. *Hvilke alternative brukerorienterte og frivillige metoder til tvang i sykehus/akuttposter er beskrevet innen den internasjonale forskningslitteraturen?*

Dette spørsmålet er allerede belyst i Norvolls rapport (2008). I denne hovedrapporten vil vi relatere resultatene fra BAT- prosjektet til de internasjonale erfaringene.

2. *Finnes det noen alternative erfaringer og praksiser til tvang og kontroll som allerede gjøres i postene, men som ikke er beskrevet i litteraturen?*
3. *Hvilke alternative frivillige og brukerorienterte metoder mener personalet og brukere kan være aktuelle å benytte, og hvordan kan disse metodene utformes i praksis?*
4. *Hvordan kan de alternative metodene implementeres og forankres i postenes organisatoriske grunnlag og daglige praksis på en mest mulig hensiktsmessig måte?*
 - Hvilke erfaringer gjør postene når de utprøver alternativene i postene?
 - Hvilke faktorer bidrar til å hemme eller fremme innføringen av disse metodene lokalt i postene? Hva går lett å innføre, hvilke barrierer/hindringer oppstår?

- Hva er nødvendige forutsetninger for å forankre metodene i sykehusenes praksis slik at den reduserte tvangsbruken opprettholdes over tid?
- Hva skjer med postenes indre virksomhet når man innfører slike metoder?

5. *Skjer det endringer i personalets holdninger til tvang og i postenes bruk av tvang gjennom prosjektperioden?*

Med begrepet ”brukerorienterte” menes alternativer som inkluderer brukernes perspektiver og synspunkter i behandlingen.

I prosjektet anlegges et bredt perspektiv på tvang. Begrepet tvang omhandler formell vedtakspliktig tvang som tvangsmidler og tvangsmedisiner. I tillegg inkluderes uformell tvang. Dette kan være utøvelse av kontroll og makt i form av eksempelvis restriksjoner og husregler, fysisk makt og redusert mulighet for egen bestemmelse og medvirkning i behandling. Spørsmålet om alternativer til tvang kan knyttes til lovens krav om å utprøve *lempeligere midler* før man igangsetter tvangsmidler (bl.a. Psykisk helsevernloven av 1999, § 4.8). Det finnes i dag liten faglitteratur om lempeligere midler (Maria Knutzen, foredrag Sykepleierkongressen 2008). BAT-prosjektet kan bidra til å synliggjøre muligheter for lempelige midler for videre fagutvikling.

I prosjektet vil vi både vektlegge organisatoriske rammer og gjennomføring av arbeidsprosessen ved kvalitetsutviklingsarbeidet (Helsetilsynet 2001ab). Tvang og alternativer til tvang er uttrykk for en videre institusjonsstruktur og kultur. Personalets tvangsbruk og pasientenes reaksjoner påvirkes sterkt av systemets grunnleggende utforming. Tvangsbruk og utvikling av alternativer må derfor håndteres på systemnivå. På samme tid kan det relasjonelle samhandlingsnivået og individuelle verdier og ferdigheter påvirke kvaliteten på tvangsbruken og brukervedvirkning.

BAT- prosjektet vil i hovedsak omhandle institusjonsintern tvang. Dette betyr at tvangsinnleggelse og tiltak utenfor sykehusinstitusjonen kun i begrenset grad berøres. Vi vil samtidig understreke at resultatene fra BAT- prosjektet understøtter forskning og debatt som fremhever betydningen av å se på tvangsbruk og alternativer til tvang i et bredt perspektiv. Det ble tidlig synlig i BAT- prosjektet at tvangsbruk og alternativer til tvang omhandler grunnleggende menneskesyn, behandlingsfilosofi og sykehusorganisering. Situasjoner som leder til tvang inne i postene har ofte sammenheng med pasientens protest mot å bli tvangsinnlagt. For noen brukere overskygger negative følelser i forbindelse med tvangsinnleggelsen alt det som skjer inni posten. Tvangsbruken må også belyses i et lengre tidsperspektiv hvor tiltak utenfor sykehus blir sentrale. Det er derfor viktig å arbeide på tvers av tjenestenivåene selv om vi i denne hovedrapporten i hovedsak vil befinne oss inne i akuttpostene og hverdagen der.

2.3 Metodisk design

BAT-prosjektet tar form som et følgeforskningsprosjekt av utviklingsarbeid i seks sykehus. Begrepet følgeforskning har bakgrunn i evalueringsforskningen og den økte vekten på formative eller prosessuelle aspekter ved utviklingsarbeid i evalueringer. Følgeforskning kan forstås som en videreutvikling av aksjonsforskning (Busch og Schwebs 2006). Aksjonsforskning har sterkt fokus på læring og endring. Et viktig mål er å bidra til læring og refleksjon i praksisfeltet slik at aktørene utvikler et mer bevisst forhold til egen situasjon og praksis. Den utgjør en forskningsform hvor forskeren spiller to roller – delvis som en aktiv deltaker i endringsprosessen og delvis som en forsker som genererer ny kunnskap. Aksjonsforskning er godt egnet til å fange opp dagsaktuelle problemstillinger, kontekstuell kunnskap og endringsprosesser, men er blitt

kritisert for i for liten grad å tilfredsstillende de vitenskapelige kravene som ligger i eksperimentell forskning. Dette dilemma har ført til utvikling av følgeforskningstradisjonen som i større grad avgrensner forskningen til læringsprosessene i utviklingsprosjekter uten at forskeren er innlemmet i problemløsningene og endringsprosessen på samme vis som ved aksjonsforskning. Denne avgrensningen skal øke mulighetene for forskeren til å generere ny kunnskap. I praksis er likevel følgeforskning og aksjonsforskning ofte noe overlappende (ibid).

Følgeforskningen i BAT-prosjektet beveger seg i grenselandet mellom aksjonsforskning og følgeforskning. Forskningen har i størst grad vært rettet mot å stimulere til læringsprosesser og erverve forskningsbasert kunnskap gjennom delaktighet i lærings- og utviklingsprosessene.

Prosjektet er i hovedsak en kvalitativ studie selv om det også benyttes kvantitative datainnsamlingsmetoder. Dette innebærer at prosjektet i størst grad vil være rettet mot å beskrive *prosesser* i postene og på samlingene på en utdypende måte. Et slikt kvalitative design er godt egnet på nye forskningsområder ved å tydeliggjøre aktuelle dimensjoner som kan måles og utprøves gjennom kvantitative metodiske design. Som Gaskin et al (2007) påpeker, gjør kompleksiteten i tvangsfeltet at andre metoder enn kvasi-eksperimentelle studier vil være nødvendig. De mener at systematiske case-studier som viser positive og negative erfaringer, kan være en nyttig tilnærming for å utvikle kunnskap om tvangsreduksjon og alternativer til tvang i tiden fremover. BAT-prosjektet har form av en case-studie av akuttposter i sykehus ved at man benytter en systematisk sammenlikning av de seks sykehusene for kunnskapsgenerering.

BAT- prosjektet har noen likhetstrekk ved Gjennombruddsprosjektet. Det er imidlertid noen forskjeller. I Gjennombruddsprosjektet var legeprofesjonen sentral, og prosjektet var direkte rettet mot tvangsreduksjon. I BAT-prosjektet er formålet i større grad å utvikle kunnskap om alternativer til tvang enn direkte tvangsreduksjon. Det er lagt større vekt på skriftliggjøring av den praksisnære kunnskapen for videre fagutvikling på feltet. Selv om noen leger har vært involvert i prosjektet, har miljøpersonalet og brukerne i større grad deltatt i BAT-prosjektet.

2.3.1 Presentasjon av sykehusene, akuttpostene og utvalgsprosessen

I prosjektet deltar seks sykehus med til sammen ti akuttposter. De deltakende sykehusene er: Asker og Bærum HF, Blakstad sykehus: to akuttposter
Sykehuset Innlandet, Reinsvoll sykehus: en akuttpost
Helsefonna, Valen sykehus: en akuttpost
St.Olavs hospital, Østmarka sykehus: fire akuttposter
Sørlandet sykehus HF, Arendal sykehus: en akuttpost
Psykiatrien i Vestfold, psykiatrisk fylkesavdeling i Tønsberg: en akuttpost

Østmarka sykehus avsluttet prosjektet i akuttpostene etter 2007. Brukerrepresentantene deltok imidlertid videre, og personalet og brukerrepresentantene deltok på avsluttende nettverksamling.

For å kunne gå i dybden på alternativene og de prosessuelle aspektene ved implementering i hver post, er det valgt et mindre utvalg akuttposter. Det er valgt en kombinasjon av strategisk og tilfeldig utvalg. For å øke sannsynligheten for et vellykket prosjekt, var et viktig inklusjonskriterium poster hvor personalet var motiverte. Siden dette tema er såpass nytt og sensitivt, syntes det mest hensiktsmessig å begynne på denne måten. Vi ønsket likevel en god spredning av akuttposter med hensyn til geografi, sykehustype og tvangsbruk for å få et bredere bilde av problemstillingene.

For å rekruttere sykehus og akuttposter valgte vi to strategier: Først gjennomgikk vi mulige sykehus og akuttposter på basis av vår kjennskap til feltet. Deretter sendte vi i oktober 2006 ut en

invitasjon til alle landets sykehus. Det viste seg å være stor interesse for å delta i prosjektet. Vi økte dermed antall sykehus og økte antall akuttposter noe, også fordi noen sykehus ønsket å delta med flere poster.

I forbindelse med utvalgsprosessen ble det gjennomført informasjonsbesøk ved det enkelte sykehus før og noen steder etter, avgjørelsen om deltakelse. Hensikten med besøkene var å sikre et informert samtykke om deltakelse i personalgruppen samt å øke personalets trygghet på prosjektet. Prosessen ved Tønsberg var noe raskere da de kom med i siste fase.

For å gi en beskrivelse av konteksten til utviklingsprosjektene vil vi gi en kort beskrivelse av postene ut fra deres egen base-linebeskrivelse i 2006. Vesentlige endringer etter 2006 nevnes. Beskrivelsen av postene er ikke utdypende da dette faller noe utenfor prosjektets målsettinger. Den gir imidlertid en viss oversikt over postenes utforming. For en utdypende beskrivelse av postene viser vi til de lokale rapportene fra prosjektet. Når det gjelder tvangsbruk beskrives kun hovedtendenser i institusjonsintern tvang og ikke variasjoner i tvangsinnleggelser.

Tønsberg

Post 1 er en psykose- og stabiliseringsenhet. Posten er tilknyttet en fylkesdekkende avdeling og er en avdeling i Psykiatrien i Vestfold HF. Beliggenheten er i nærhet til det somatiske fylkessykehuset. Etter en omorganisering av akuttpostene i 2004 ble Post 1's personale sammenslått med personal fra en post som ble nedlagt. Det førte til etablering av en akuttseksjon bestående av tre enheter: Psykose og stabiliseringsenhet (post 1), Enhet for stemningslidelser (post3) og Enhet for mottak (PAM). Postens lokaler ble så ombygget våren 2008.

Post 1 har 15 sengeplasser og er delt opp i to enheter hvorav stabiliseringsenheten (åtte plasser) hvor alle rom kan omgjøres til skjermingsrom. Ny skjermingsenhet med tre plasser er under oppbygging. Antall behandlede pasienter ved posten i 2006 var ca. 290 pasienter. Gjennomsnittlig liggetid var 16 døgn. Posten har aldri overbelegg.

Pasientgruppen har i hovedsak problemstillinger knyttet til psykose, schizofreni, affektive lidelser med mani eller dyp depresjon og rusrelaterte lidelser.

Personalgruppen består av psykiater/lege, psykolog, sosionom, samt en stor gruppe sykepleiere og miljøterapeuter og en hjelpepleier. Det beskrives at det er mange nye ansatte i posten som trenger undervisning.

Grunnbemanningen er på hverdag: ti personer, kveld: åtte og natt: fem. I helgene er det på dagtid åtte personer, på kveld åtte og på natt fem personer. Det oppgis at det kan være vanskelig å leie inn ekstra personale ved behov selv om dette varierer.

I forhold til landsgjennomsnittet, lå posten høyt i bruk av mekaniske tvangsmidler og skjerming. Det oppgis mange skademeldinger på personalet. I posten er det ikke gjennomført store FOU-prosjekter. Den har deltatt i Gjennombruddsprosjektet 2000-2001 med prosjekt om reduksjon i bruk av mekaniske tvangsmidler samt i Evalueringsnettverket for akuttpsykiatri (MAP-studien).

Blakstad

Sykehuset er et gammelt asyl lokalisert utenfor bysentrum. Akuttseksjon A/B består av to lukkede seksjoner som ble slått sammen med ny ledelsesorganisering desember 2006. Begge seksjoner har 12 sengeplasser. Hver seksjon har skjermingsenhet med seks plasser begge steder. Antall

behandlede pasienter er ca.700 totalt pr. år. Gjennomsnittlig liggetid i 2006 var 11 døgn. Det var et kontinuerlig belegg på 110-115% i 2006 som har vedvart hele prosjektperioden.

Pasientgruppen spenner over hele spekteret av psykiske lidelser, med hovedvekt på psyko-seproblematikk, ved siden av personlighetsforstyrrelser og depresjoner.

Personalgruppene ved begge seksjonene består av spesialister i psykiatri og psykologi, leger under spesialisering, sosionomer, fysioterapeut, sykepleiere og hjelpepleiere, miljøterapeuter og en gruppe ufaglærte. En gruppe av de ansatte har mye erfaring og har jobbet der gjennom mange år. Det var likevel en høyere turnover blant de ansatte, sammenlignet med tidligere år. Det beskrives at det er en tilfredsstillende faglighet totalt sett.

Grunnbemanningen i hver seksjon er som følger: på hverdag åtte personer, kveld seks og natt fire. I helgene er det på dag og kveld seks personer, og på natt fire personer. Det leies inn ekstra personell ved behov.

I forhold til landsgjennomsnittet lå sykehuset høyt i bruk av mekaniske tvangsmidler. Det var få skademeldinger rapportert på ansatte. Akuttseksjonene har ikke tidligere gjennomført store FOU-prosjekter, men har internundervisning og deltagere på ulike kurs. Seksjonen deltok ikke i Gjennombruddsprosjektet.

Reinsvoll

Sykehuset er et tidligere asyl utenfor bysentrum. Akuttposten er en lukket akuttpost. Det ble opprettet en ytterligere akuttpost ved sykehuset i 2008.

Posten har ti sengeplasser. Det er to skjermingsrom ved posten, i tillegg kan et tredje benyttes ved behov. Antall behandlede pasienter ved posten i 2006 var 454. Gjennomsnittlig liggetid var på 6,3 døgn, 50% var ute etter fire dager. En del overbelegg (totalt 170 korridorsenger) i 2006. Overbelegget er redusert etter ny akuttpost ble åpnet.

Pasientgruppen består i hovedsak av pasienter med problemstillinger som psyko-se og depresjon samt mani. I senere år økende grad av unge pasienter med diagnose personlighetsforstyrrelse og/eller som har problemer med selvskading.

Personalgruppen består av psykiater/ lege /turnuslege , aktivtør , sosionom og tre vernepleiere. Det er mange sykepleiere. I tillegg er det en stor erfaren hjelpepleiergruppe (17). Personalgruppen beskrives som et stabilt og erfarent personale. Legedekningen har i perioder vært dårligere da det har vært vanskelig å rekruttere.

Grunnbemanningen består på hverdag av åtte til ti personer, kveld syv og natt fire personer. I helgen er det på dag og kveld syv personer og natt fire. Posten har i tillegg uttalt praksis med å leie inn ekstra personale ved behov, særlig ved dårlige og urolige pasienter.

I forhold til landsgjennomsnittet lå sykehuset lavt i bruk av mekaniske tvangsmidler og skjerming. Det er få skademeldinger på personalet. Posten har tidligere gjennomført få store FOU-prosjekter, men deltok i Evalueringsnettverket for akuttpsykiatri (MAP-studien) og har drevet eget langsiktig utviklingsarbeid i posten. Posten deltok ikke i Gjennombruddsprosjektet. De satser nå aktivt på flere ulike FoU- prosjekter.

Valen

Sykehuset er et tidligere asyl utenfor bysenter. Akuttposten ble omorganisert fra allmennpsykiatrisk mottakspost til akuttpost som åpnet 2005 i nye lokaler.

Posten har syv sengeplasser. Det er to skjermingsrom ved posten bestående av et avsnitt og et rom. Antall behandlede pasienter ved posten i 2006 var 128 pasienter. Gjennomsnittlig liggetid var på 30 døgn. Liggetiden er redusert i 2007. Det var ikke overbelegg i 2006.

Pasientgruppen består i hovedsak av pasienter med problemstillinger som psykose, affektiv lidelse, depresjon samt rusrelaterede lidelser.

Bemanningen ved posten bestod av lege, psykolog. Det var relativt få sykepleiere, en stor hjelpepleiergruppe (9) og assistenter (6). Det var et stabilt personale med lang erfaring. Grunnbemanningen består på hverdag av seks til syv personer, kveld fire og natt to. I helgen er det på dag og kveld fire personer og på natt to. Posten har varierende muligheter for å leie inn ved behov.

I forhold til landsgjennomsnittet lå sykehuset lavt i bruk av mekaniske tvangsmidler og skjerming. Det oppgis relativt få skademeldinger på personalet i 2006. Posten har tidligere gjennomført få store FOU-prosjekter, men deltatt i bla Evalueringsnettverket for akuttpsykiatri (MAP-studien). Posten deltok ikke i Gjennombruddsprosjektet.

Arendal

Akuttposten er en av to lukkede akuttposter under Klinikk for psykisk helse- psykiatri og avhengighetsbehandling som ligger i nærheten av det somatiske sykehuset. Den var en relativt stor lukket sengepost før den ble omgjort til lukket akuttpost.

I 2006 var det 12 sengeplasser som ble redusert til ni i 2007. Det er to skjermingsrom på eget avsnitt. Antall behandlede pasienter ved posten i 2006 var 415. Gjennomsnittlig liggetid var ni dager. Posten har lite overbelegg.

Pasientene har i hovedsak problemstillinger knyttet til psykose, affektive lidelser og selvskadingsproblematikk. Andel pasienter med psykoser ble redusert i perioden etter åpning av egen psykosepost i 2007.

Posten har en noe mer tverrfaglig gruppe enn de andre postene, bestående av psykiater/lege, sykepleiere og hjelpepleiere (4) samt av vernepleiere, ergoterapeut, sosionom og fysioterapeut. Det beskrives god stabilitet og høy faglig kompetanse i personalgruppen. Grunnbemanningen er på hverdag seks til syv personer, kveld fem til seks og natt tre til fire. I helgene er det på dag og kveld fem personer og på natt tre personer. Det oppgis at det kan være vanskelig å leie inn ekstra personale ved behov.

I forhold til landsgjennomsnittet lå sykehuset på gjennomsnittet i bruk av tvang og skjerming. Det oppgis forholdsvis lite skademeldinger på personal. Posten oppgir ikke at de har gjennomført store FOU- prosjekter, men deltok i Gjennombruddsprosjektet med tema om reduksjon i mekaniske tvangsmidler og Evalueringsnettverket for akuttpsykiatri (MAP-studien).

Østmarka

Sykehuset er et gammelt asyl, tidligere utenfor bysentrum. Sykehuset ble i 2007 omorganisert og sammenslått med Haukåsen som i større grad hadde intermediær og langtidsfunksjon. Dette førte til en omrokking av personalet i de tidligere postene.

Omorganiseringen innebærer etablering av fire akuttposter med hovedsaklig samme funksjon. Postene har ti sengeplasser hver. To poster har skjermingsavsnitt med fire senger. De to opprinnelige akuttpostene ved Østmarka hadde forholdsvis lite overbelegg. Den gjennomsnittligere liggetiden ved de to akuttpostene i 2006 var syv til åtte døgn, hvorav mange pasienter hadde opphold på ett til tre døgn.

Pasientene har i hovedsak problemstillinger knyttet til psykose og depresjon. Det oppgis stor andel av pasienter med rusproblematikk og økt andel av pasienter med diagnose personlighetsforstyrrelse i krise samt suicidaltrussel.

Personalgruppen i de tidligere akuttpostene ved Østmarka bestod av lege, psykolog, sosionom og en blanding av erfarne og nyutdannede sykepleiere. I noen poster er det mange nye og uerfarne. Det var god sykepleierrekruttering hvorav nesten halvparten av sykepleierne har videreutdanning. Det oppgis at det er relativt mye bruk av ufaglærte. Det er ikke ergoterapeut eller fysioterapeut i posten, men på sykehusområdet. Personalet ved tidligere Haukåsen ble beskrevet som stabilt og erfarent.

Grunnbemanningen i 2006 ved Østmarka var på hverdag syv til åtte personer, på kveld fem og på natt tre personer. I helgene er det på dagtid fem personer og på kveld og natt tre personer.

FOU- arbeidet er overlatt til postene internt og går i bølger. Prosjektene har ofte vært legestyrte.

Generelt

Som det fremgår av beskrivelsene, har postene ulik historisk bakgrunn som henholdsvis asyl og fylkesavdeling. Alle har akuttfunksjon. Tønsberg avviker noe ved å være en psykose- og stabiliseringsenhet, men beskriver samme problemstillinger hos pasienter som de øvrige postene. Postene varierer i størrelse fra syv til femten plasser. De har ulikt antall skjermingsrom fra åtte til to. Postene beskriver i hovedsak samme pasientgrupper. Reinsvoll og Valen beskriver en større andel innlagte pasienter med depresjon. Personalgruppen har likhetstrekk, men er noe forskjellig med hensyn til størrelse, ledelsesstruktur, bemanning, fordeling på de enkelte yrkesgrupper samt stabilitet og faglig nivå. Reinsvoll synes eksempelvis å ha bedre bemanning enn Blakstad gitt størrelse på posten. Reinsvoll og Valen skiller seg ut ved en stor erfaren hjelpepleiergruppe. Sykehusene oppgir alt fra høy til lav bruk av tvang i forhold til landsnivået. Deres opplysninger samsvarer med registreringer ved SINTEF Helse.

Sykehusenes motivasjon for å delta i BAT.-prosjektet varierte noe (jf. kap.3). Ambisjonene om tvangsreduksjon i postene var noe ulike i oppstartsfasen.

2.3.2 Utforming av BAT- prosjektet

BAT-prosjektet er et relativt stort prosjekt med over 70 involverte aktører. 40 til 50 personer har vært mest aktive. SINTEF Helse har vært ansvarlig for å lede hele prosjektet og følgeforskningen. Det har deltatt to forskere i prosjektet. Øvrige forskere har vært involvert etter behov.

Lokale fag- og/eller kvalitetsutviklingsprosjekter i hvert sykehus

Følgforskningen er basert på lokale fag- og/eller utviklingsprosjekter i hvert sykehus. De lokale prosjektene er dermed ikke forskningsprosjekter, men skal legge grunnlag for forskning. Utformingen av de lokale sykehusprosjektene er inspirert av Helsetilsynets beskrivelse av prosessforbedring (Helsetilsynet 2001ab, Konsmo og Westerheim 2003) samt av Gjennombruddsprosjektet, selv man ikke har benyttet samme arbeidsmodell. I tillegg har inspirasjonen fra de internasjonale fagutviklingsprosjektene hatt økende betydning gjennom prosjektperioden (Norvoll 2008). I likhet med Gjennombruddsprosjektet skulle prosjektene tilpasses lokale behov og knytte an til de utviklingssystemer som allerede finnes i posten for å lette gjennomføringen av prosjektet. Det ble innledningsvis vektlagt at prosjektet skulle være godt forankret både hos ledelse og i personalgruppen som begge forplikter seg til å gjøre nødvendig endringsarbeid. I tråd med Helsetilsynets (2001a) anbefalinger, ble det anbefalt at ledelsen ga ekstra tid for prosjektleder til å gjennomføre prosjektet og sikre jevnlige møter i prosjektet.

I likhet med Gjennombruddsprosjektet, valgte vi et åpent forskningsdesign hvor postene selv kan velge tema. Kriteriene er at tema skal ivareta både brukerperspektivet og intensjonen om mest mulig frivillighet eller kvalitetssikret tvang. Begrunnelsen for en slik åpen tilnærming er prosjektets eksplorative karakter. Det syntes også nødvendig å ha et fleksibelt design for å øke motivasjonen for et slikt prosjekt. Gjennombruddsprosjektet hadde god erfaring med en slik fleksibel tilnærming. Selvvalgte tema gir et viktig bidrag til følgforskningen ved å vise områder hvor personalet selv ser muligheter for tvangsreduksjon og for å arbeide på en annen måte. Som vi skal diskutere senere har det imidlertid vært fordeler og ulemper med en slik åpen tilnærming.

De lokale prosjektene er drevet av en arbeidsgruppe ved hvert sykehus bestående av en lokal prosjektleder og personalet i postene samt to brukerrepresentanter fra Mental Helse (neste punkt). Sykehusene kunne selv velge størrelse på arbeidsgruppen ut fra lokale hensyn og ressurser. Arbeidsgruppen har variert fra to sykepleiere til en større tverrfaglig gruppe. Ledere og behandlere (psykologer og leger) har deltatt i noe varierende grad i arbeidsgruppen, på samlinger, i styringsgruppe og som undervisere. Deres deltakelse er likevel relativt begrenset, noe som gjør at miljøpersonalets anliggende i stor grad har preget prosjektet.

Arbeidet i de lokale prosjektene ble innledningsvis inndelt i tre faser av et halvt års varighet. *I den første fasen*, våren 2007, skulle arbeidsgruppen øke fagkunnskapen om alternativer til tvang og avdekke egen praksis på området. De skulle identifiserte problemstillinger ved bruk av tvang i posten og faktorer som påvirket dagens praksis. Deretter skulle man komme frem til mulige alternativer til tvang som man skulle utprøve og implementere i posten. Innledende nettverksamling, litteraturgjennomgang og diskusjon på arbeidsgruppemøtene skulle understøtte vurderingsfasen. Det ble i tråd med faglitteraturens anbefalinger tilrådet å gå gjennom et utvalg tvangsepisoder for å kartlegge mulige alternativer. Diskusjonene ledet frem til en lokal prosjektskisse som ble fremlagt på samlingen i mai 2007. *I den andre fasen*, høsten 2007, skulle man utprøve de utvalgte alternativene i postene og evaluere erfaringene med disse. *I den tredje fasen*, våren 2008, skulle man så implementere vellykkede alternativer i postene.

I praksis viser det seg at de ulike fasene har gått over i hverandre. Personalet i arbeidsgruppene begynte raskt å opptre annerledes allerede etter første nettverksamling som konsekvens av den kunnskapen de ervervet seg der. Utprøvingsfasen tok mye lengre tid enn antatt, og implementeringen av alternativene skal fortsette utover høsten 2008 ved flere poster.

Brukerrepresentanter fra Mental Helse i arbeidsgruppene

For å styrke brukerperspektivet i prosjektet, skulle arbeidsgruppens medlemmer bestå av to brukerrepresentanter fra Mental Helse sine lokallag. Disse ble formelt oppnevnt i samarbeid med og via Mental Helse Norge.

Et viktig prinsipp for å understøtte respekt for brukernes tid og synet på brukeres erfaringskompetanse som en viktig kunnskapskilde, har vært å lønne arbeidet de har nedlagt i arbeidsgruppene og på felles samlinger. I praksis viste det seg at sykehusene i liten grad hadde rutiner for avlønning av brukere. I tillegg bidro avlønnen til en reell merkostnad for sykehusene. Det gikk derfor noe tid til å finne et passende lønnsnivå og sikre at alle fikk lønn. Da det viste seg viktig å styrke brukerstemmen ved å ha begge brukerrepresentantene på nettverksamlingene, fikk sykehusene dekket merkostnadene av det sentrale prosjektet. Dette førte til en styrking av tilskudd fra Helsedirektoratet og Rådet for psykisk helse underveis.

De lokale brukerrepresentantene har ulike erfaringer med psykisk lidelse, tvang og innleggelse i akuttposter. Deres ulike utgangspunkt har påvirket deres synspunkter og roller i prosjektet (jf. pkt. 9.2.7). Gjennom prosjektperioden har det vært vanskelig å opprettholde to brukerrepresentanter kontinuerlig alle steder. Dette skyldes i hovedsak sykdomsfravall hos brukerne og vanskeligheter med å finne nye representanter i de små lokallagene. Ved to sykehus har man derfor i store deler av prosjektperioden kun hatt en brukerrepresentant.

Det ble allerede på første nettverksamling klart at det ville være nødvendig å styrke brukerstemmen i prosjektet, siden personalet var i flertall. I tillegg til å øke andelen brukerrepresentanter på samlingene, ble det gjennomført egne halvårige møter for alle brukerrepresentantene hvor de kunne bli kjent med hverandre og utveksle erfaringer og spørsmål med hverandre og forsker. I tillegg har de deltatt på skriveseminarene.

Brukerrepresentantene har uttrykt at disse tiltakene var viktige for å sikre opplevelsen av å bli ivaretatt og hørt på en god måte i prosjektet. De halvårige møtene var en viktig datakilde i følgeforskningen fordi brukerrepresentantene snakket friere og mer direkte om brukererfaringer der enn ellers i prosjektet. De turte her i langt større grad å gi kritiske merknader til praksis.

Felles nettverkssamlinger

Det har vært arrangert fire nettverkssamlinger i perioden. Deltakerne har vært forskere, representanter for oppdragsgiverne, arbeidsgruppene ved sykehusene samt referansegruppen med sentrale profesjons- og brukerorganisasjoner. I tillegg har noen ledere og leger deltatt. Antall deltakere har variert fra 44 til 53. Samlingene har vært fordelt på Oslo, Sandefjord, Trondheim og Rosendal for å redusere sykehusenes utgifter og gi mulighet for at flere i personalgruppen kan delta minst én gang.

Nettverksamlingene har vart to dager. For å styrke brukerstemmen var det eget møte foran andre nettverksamling for brukerrepresentantene hvor de arbeidet frem felles innlegg. Denne formen styrket fremleggene, men ble for slitsom slik at man gikk over til egne dagsmøter.

Den første oppstartsamlingen var i februar 2007. Samlingen skulle gi faglig påfyll og skape et felles grunnlag for prosjektarbeidet i postene. Programmet bestod av informasjon fra oppdragsgivere om prosjektet samt faglige innlegg fra eksterne bidragsytere og forskere, herunder Grace McNasser og Hank Visalli fra New York State. Sistnevnte har mange års erfaring med vellykket tvangsreducerende utviklingsarbeid i sykehus (jf. Norvoll 2008). Sykehusene fremla deretter sine første tanker om hvilke alternativer til tvang de ønsket å arbeide med, før man avsluttet samlingen med å planlegge arbeidet for våren.

På den andre samlingen i mai 2007 diskutere man mulige alternativer som sykehusene hadde kommet frem til og hvordan disse kunne utformes videre. Forsker holdt en oppsummering fra innledende personalintervjuer. Deretter presenterte hvert sykehus sitt lokale prosjekt og forslag til alternativer så langt de hadde kommet i prosessen med påfølgende diskusjon.

Brukerrepresentantene la fram et felles innlegg om sine synspunkter på alternativer, arbeidet frem dagen før i samarbeid med forsker. Deretter diskuterte man utprøving og implementering fremover gjennom fremlegg fra to ledere og gruppearbeid med påfølgende diskusjon.

På tredje samling i november 2007 var tema brukererfaringer, alternativ praksis og erfaringene med utprøvingen av alternativene i sykehusene. Forskerne fremla forskningsstudier om endring av praksis og undervisningsopplegg i forbindelse med alternativer til tvang. Deretter var det innlegg fra ansatte om pasientenes opplevelser av tvang og grensesetting slik dette hadde fremkommet i pasientsamtaler, samt innlegg fra brukere som hadde opplevd tvang. I tillegg ble menneskerettighetsperspektivet på tvang fremlagt av en brukerrepresentant. Sykehusene la frem sine prosjekter så langt de hadde kommet i prosessen, og deres erfaringer med utprøvningsfasen. Til slutt ble neste fase planlagt og diskutert.

På avsluttende samling juni 2008 ble lærdom og erfaringer fra prosjektet som helhet og fra erfaringene med implementering i siste fase oppsummert. Hvert sykehus oppsummerte sine forslag til alternativer og beskrev sine positive og negative erfaringer. Deretter holdt profesjonsorganisasjonene (oppsummert av representant fra NSF) og brukerorganisasjonene sentralt innlegg hvor de reflekterte over lærdommene i prosjektet. Brukerrepresentantene lokalt holdt så innlegg om forslag og synspunkter på alternativer til tvang. Avsluttende ble foreløpige resultater fra følgeforskningen presentert og diskutert.

Nettverksamlingene har utgjort en sentral og viktig del av prosjektet. De har vært lærerike og inspirerende fora. Det har vært en kontinuerlig utfordring for brukerperspektivet at personalet har vært i flertall og lett får modellmakt. Styrking av brukerstemmen har hjulpet, men den burde vært styrket ytterligere. Hvordan sikre god representasjon av brukere i slike sammenhenger er dermed viktig (jf. pkt. 9.2.7 og kap.10).

Dagsmøte for lederne ved sykehusene

Det ble tidlig klart at det var viktig å styrke forankringen av prosjektet i ledelsen for å understøtte de lokale arbeidsgruppene innsats. I følgeforskningen var det også viktig å få et bilde av ledelsens syn på utviklingsarbeidet og deres synspunkter på muligheter og hindringer.

Dette førte til et eget dagsmøte for lederne høsten 2008 i samarbeid med Helsedirektoratet og Rådet for psykisk helse. På møtet ble det gitt informasjon om tiltaksplanen og KUP- prosjektet av oppdragsgiverne. Prosjektleder fra SINTEF Helse informerte om internasjonal forskning på dette området. I tillegg holde referansegruppens representant fra Legeforeningen et innlegg om utviklingsarbeid. Deretter diskuterte man utviklingsarbeid på området.

Lederne som deltok var klinikkdirektør/avdelingssjef, assisterende klinikkleder, fagsjef enhetsledere/avdelingssykepleier og postoverleger. Noen sykehus stilte med flere representanter, mens to sykehus ikke var representert.

Skriveseminar

På våraparten 2008 ble det arrangert skriveseminar for personalet i arbeidsgruppene og brukerrepresentantene over to ganger med varighet på to dager. Hensikten med skriveseminarene var å stimulere praksisfeltet til å skrive utdypende om sine erfaringer og derigjennom synliggjøre

den praksisnære kunnskapen ytterligere. Det er utarbeidet en egen publiseringsavtale med publiseringskomité etter modell fra Evalueringsnettverket i akuttpsykiatri (MAP-studien).

Felles e-rom

I tillegg til nettverksamlingene har det vært etablert eget beskyttet e-rom på internett for alle deltakerne i prosjektet. På e-rommet har man lagt ut informasjon, sentrale dokumenter, litteraturtips og rapporter. I tillegg har man forsøkt å etablere felles diskusjoner mellom deltakerne. Diskusjonen har imidlertid vært begrenset slik at denne i hovedsak har vært på samlingene og lokalt i arbeidsgruppene.

Referansegruppen

For å styrke prosjektet ble det opprettet en bredt sammensatt referansegruppe som har fulgt prosjektet gjennom prosjektperioden på egne halvårige referansegruppemøter og nettverksamlingene.

Deltakere har vært Norsk Sykepleierforbund, Den norske legeforening, Fagforbundet, Fellesorganisasjonen (FO), Norsk psykologforening, Mental Helse Norge, LPP (Landforeningen for pårørende i psykiatrien) ved to representanter fra menneskerettighetsutvalget, WSO (We shall overcome) og Rådet for psykisk helse. Helsedirektoratet har ikke deltatt i referansegruppen, men fulgt prosjektet tett og vært til stede på alle nettverksamlingene. Referansegruppen har bidratt med innspill til forskerne og øvrige deltakere. I tillegg har flere bidratt med spredning av kunnskap fra prosjektet internt i egne organisasjoner.

2.3.3 Datainnsamlingsmetoder ved følgeforskningen

I følgeforskningen er det benyttet en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder som tilsammen skal bidra til å belyse feltet på best mulig måte (Creswell og Clark 2007).

Litteratursøk og litteraturgjennomgang

For å øke kunnskapen om alternative metoder og bidra til diskusjon om utvikling av alternative metoder i postene, har forskerne gjort en relativt omfattende gjennomgang av internasjonal og nasjonal litteratur (Norvoll 2008).

Deltakende observasjon

Den mest sentrale datainnsamlingsmetoden i prosjektet har vært deltakende observasjon av deltakernes fremlegg og diskusjoner i kombinasjon med formelle og uformelle intervjuer. Hensikten med deltakende observasjon er å studere fenomener slik de opptrer i sin naturlige sammenheng og ved at forskeren utvikler kunnskap gjennom deltakelse i feltet (Måseide 1997). Det fremheves også i aksjonsforskning og følgeforskning at det er nødvendig med kunnskaper om både aktørene og den kontekst de står i, for å kunne forstå og iverksette målrettede endringsprosesser (Busch og Schwebs 2006). Det er flytende overgangen mellom samtaler og intervjuer (Kvale 1996). Besøkene i sykehusene utgjør en kombinasjon av deltakende observasjon av arbeidsgruppens arbeid og uformelle intervjuer. Nettverkssamlingene har ikke bare vært en arena for observasjon, men også fungert som ustrukturerte gruppeintervjuer hvor forskerne både har samlet informasjon, testet ut egne hypoteser og skapt en arena hvor ansatte og brukere har reflektert over egne synspunkter.

Den deltakende observasjonen har hatt en varighet på ca. to år med inkludering av oppstartsfasen 2006. Den mest aktive observasjonsperioden har foregått fra januar 2007 til juli 2008. Observasjonen har foregått på nettverkssamlinger, skriveseminar og gjennom jevnlig besøk (ca to ganger i halvåret) med arbeidsgruppen ved sykehusene. Ved enkelte sykehus har besøkene vært hyppigere på grunn av ekstra behov for veiledning og støtte. I noen sykehus har forsker i tillegg deltatt på internundervisning og fagseminarer samt personalmøte. I tillegg har det gått mye tid til telefonsamtaler, e-post og uformelle samtaler underveis.

Det er blitt skrevet kontinuerlige feltnotater fra den deltakende observasjonen gjennom prosjektperioden. Alle foredrag fra sykehusene og brukerrepresentantene på samlingene inngår som del av feltnotatene. I tillegg har det vært benyttet opptak med diktafon på enkelte nettverkssamlinger for å registrere innholdet i diskusjonene mer nøyaktig.

Forskerne har hatt rollene som overordnet faglig og administrativ prosjektleder og følgeforsker. Det har gått mye tid til administrasjon av prosjektet. Følgeforskningsrollen har i hovedsak vektlagt læringsrollen. Forskerne har ikke påtatt seg ansvaret for det kliniske arbeidet eller utviklingsarbeidet. De har heller ikke hatt myndighet til å overstyre sykehusenes beslutninger om prosjektets økonomi, prioriteringer og utforming lokalt. Sykehusene har selv hatt ansvar for å utvikle og utføre utviklingsprosjektene, og det er disse prosessene som har lagt grunnlag for følgeforskningen. Forsker har vært aktiv og deltakende. I avsluttende analyse- og rapporteringsfase er det vektlagt noe mer avstand for å gjennomføre uavhengige analyser.

Prosjektets målsettinger gjør at forskningen i tillegg til deskriptive analyser, omhandler vurderende og konstruktive spørsmål. Forskningen skal vurdere praksis i forhold til visse standarder og undersøke hvordan en tilstand kan og bør forbedres (jf. Kalleberg 1996). Gjennom prosjektet har forskerrollen derfor vekslet mellom ekspert, megler, koordinator og interessent (Busch og Schwebs 2006). Forskerrollen har stått i spenningsrommet mellom personalet og brukerne. Det har vært en kontinuerlig utfordring å representere denne helheten i prosjektet på en tillitsvekkende måte. Den uavhengige forskerrollen har samtidig gitt et viktig grunnlag for kunnskapsutvikling om problemstillingene.

Forskerrollen og organiseringen av prosjektet har hatt styrker og svakheter. I perioder har det vært spenning mellom å ivareta læring i prosjektet og å utvikle vitenskapelig kunnskap i tradisjonell forstand. I avslutningskapitlet vil vi derfor, på bakgrunn av erfaringene i BAT, gi noen vurderinger av hvordan et slikt stimulerings- og utviklingsarbeid bør utformes fremover.

Kvalitative gruppeintervjuer med personalet og brukere

I tillegg til uformelle intervjuer, har det blitt utført formelle gruppeintervjuer i begynnelsen og avslutningen av prosjektperioden med utarbeidet intervjuguide og opptak.

Det ble gjennomført gruppeintervjuer med personalet i mars – april 2007 ved hvert sykehus. Antall deltakere varierte mellom tre og ni. De fleste av personalet tilhørte miljøpersonalet, men ved to sykehus deltok postoverlege eller assistentlege. Hensikten med intervjuene var å få et bilde av personalets synspunkter på prosjektet, målet om tvangsreduksjon og mulige alternativer til tvangsbruk. I tillegg ble postens leder ved hvert sykehus intervjuet for å mer kunnskap om ledelsens filosofi og postens utforming.

Avslutningsvis i prosjektet ble det gjennomført gruppeintervjuer med personalet. Det var mellom tre og syv deltakere i hvert intervju. Personalet bestod av miljøpersonale med ulik erfaring og yrkestilhørighet og to leger. Noen var til stede også ved første intervju.

I tillegg til personalintervjuene ble det gjennomført avsluttende intervju med arbeidsgruppen hvert sted hvor man oppsummerte erfaringene fra prosjektet. Etter intervjuet ble det avsatt noe ekstra tid med brukerrepresentantene for å utdype deres erfaringer og synspunkter på en friere måte.

Alle intervjuene ble tatt opp på diktafon, gjennomlyttet i etterkant og oppsummert skriftlig.

Måling av endringer i personalets holdninger til tvang

BAT-prosjektet er ikke direkte rettet mot tvangsreduksjon. For å se om prosjektene påvirker postenes praksis har vi likevel valgt å ha to enkle kvantitative målinger etter ”før- etter-prinsippet” og ”underveis-prinsippet” (jf. Hofoss i Mathiesen og Føyn 2002). Dette er gjort ved at vi har registrert personalets holdninger til tvang i begynnelsen og avslutningen av prosjektet. I tillegg har vi kontinuerlig registrert tvangsbruken i postene.

For å undersøke endringer i personalets holdninger til tvang gjennom prosjektperioden har vi benyttet spørreskjemaet ”Staff Attitude to Coercion Scale” (SACS) som ble utviklet i forbindelse med multisenterstudien i akuttpsykiatri (MAP) av doktorgradsstipendiat Tonje Lossius Husum (Husum et al 2008, in press). Spørreskjema består av 15 utsagn eller påstander om tvang i psykisk helsevern med fem punkts svarmulighet fra svært uenig til svært enig (Vedlegg 1). Utsagnene er valgt ut etter en grundig prosess som inkluderte pilotstudie og testing av validitet (ibid). Både personer med brukererfaring, forskere og personer med erfaring fra å jobbe i de psykiske helsetjenestene var involvert i utvelging av utsagn.

Spørreskjemaundersøkelsen ble gjennomført rundt mai 2007 og gjentatt i 2008 i alle sykehus, bortsett fra Østmarka som gjennomførte undersøkelsen rett etter undervisningsintervensjonen i november/desember 2007. Det er tilsammen 438 besvarte skjema, hvorav 241 i 2007 og 197 i 2008. Det er ikke registrert yrkeskategori.

Antall besvarte skjema varierer mellom sykehusene på grunn av ulik poststørrelse og ulikt antall deltakende poster. I sammenlikningstabellene har vi derfor omregnet til prosentandel av totalt antall besvarte skjema i posten. På grunn av for lite systematisk registrering av antall utdelte skjema i postene, kan vi ikke beregne nøyaktig svarprosent. Tilbakemeldinger fra postene tyder på en svarprosent fra 50- 90 %. De fleste besvarte spørreskjemaet, har besvart alle spørsmålene. Variasjonene i antall besvarte spørreskjema i 2007 og 2008, kan ha ulike årsaker som praktisk utdeling av skjema, fravær eller at personalet har motsatt seg deltakelse av ulike grunner.

Registrering av tvangsbruk i postene

For å følge utviklingen av postenes formelle tvangsbruk er det gjort en registrering av tvangsbruken i tidsperioden fra august 2006 t.o.m juni 2008. Noen sykehus vil forsette tvangsregistreringen ut juni 2009. Hensikten med en lengre varighet av tvangsregistreringen enn prosjektperioden er å få et bedre grunnlag for å se etter stabile endringer i tvangsbruken, da tvangsbruken fra måned til måned kan variere sterkt.

Vi vil presentere en forholdsvis enkel deskriptiv oversikt over tvangsbruken. Det gjøres i begrenset grad sammenlikninger av postene, da dette faller utenfor problemstillingene for prosjektet.

I tvangsregistreringen har vi benyttet skjema utarbeidet av SINTEF Helse i landsomfattende kartlegging av tvangsmiddelbruk ((Pedersen, Hatling og Røhme 2007). For å lette den praktiske gjennomføringen av tvangsregistreringen og frembringe mest mulige pålitelige data, har man i hovedsak benyttet tvangsprotokollene. Dette betyr at kun formell tvangsbruk er registrert. Noen

steder har man, på grunn av dårlige protokollrutiner, i tillegg registrert varighet av skjerming ved å benytte skjema ute i posten.

På skjemaet registreres tvangsbehandling (herunder farmakologisk), mekaniske tvangsmidler (ganger og varighet), holding (ganger og varighet), bruk av korttidsvirkende legemidler, skjermingsvedtak over 12 (24) timer (ganger og varighet). Det gjøres oppmerksom på at de juridiske krav til skjermingsvedtak i 2006 var skjerming over 48 timer. Holding ble først lovregulert fra januar 2007. Skjerming uten vedtak viste seg vanskelig å registrere. Vi har derfor valgt å utelate dette. Ingen av akuttpostene oppgir at de har benyttet isolat i perioden. I figurene har vi valgt å benytte måned som registreringsenhet. I tillegg ser vi på endring i gjennomsnittlig *varighet* av den enkelte episode per måned ved mekaniske tvangsmidler, holding og skjermingsvedtak der det foreligger pålitelig registrering.

Det har vært omfattende arbeid med å få registrerings skjema riktig utfylt for hele tidsperioden, og det foreligger fortsatt noen mangler i registreringen (pkt 8.6). Det store arbeidet med å kvalitetssikre tallene gjenspeiler problemet med å fremskaffe pålitelige tall for tvangsbruken på landsbasis (Pedersen, Hatling og Bjørngaard 2004). Tvangsregistreringen er likevel trolig en av de best sikrede registreringene per i dag. Det er likevel noe usikkert hvorvidt de utfylte skjema gir et totalt bilde av den faktiske bruken av disse tvangsformene i postene (pkt. 8.6). Basert på samtaler og etterprøvinger synes det som antall episoder mekaniske tvangsmidler, farmakologisk tvangsbehandling og korttidsvirkende legemidler er mest nøyaktig ført. Disse benyttes derfor ved utdypende analyser i endring av tvangsbruk i postene.

2.3.4 Vurdering av utvalget og datamaterialet

Postenes representativitet

Utvalget av akuttposter er forholdsvis lite og utgjør ikke et representativt utvalg av akuttpostene på landsbasis. Den teoretiske generaliseringsverdien av studien er å gi kunnskap om mulige alternativer til tvang og de prosesser som kan skje når man utprøver alternativene i postene. Ved å sikre variasjon i utvalget, økes relevansen for andre poster på landsbasis.

I etterkant vil vi vurdere utvalget til å gi en god spredning av akuttposter i Norge, bortsett fra Nord-Norge. Dette gjør at beskrivelsene trolig vil kunne gjenspeile andre akuttposter. De utvalgte akuttpostene har ulik historisk sykehusbakgrunn som asyl og fylkesavdeling. De har ulike behandlingsfilosofier, postkulturer og intern organisering av posten som gjenspeiler variasjoner i akuttposter slik denne er kjent fra annen forskning og kontakt med det kliniske miljøet forøvrig (bla Norvoll 2007, Vatne 2003, Hjort og Ruud 2006).

Deltakende observasjon og intervjuer

Prosjektet bekrefter at deltakende observasjon og intervjuer er en viktige metode i studier av tvang fordi tvangspraksiser ofte utgjør komplekse fenomen nært forbundet med sosiale prosesser og samhandlingssituasjoner. Slike fenomen er ofte vanskelig å fange opp ved de øvrige forskningsmetodene. Den deltakende observasjonen har foregått utenfor postene. Dette gjør at vi har begrenset førstehåndskunnskap om utviklingsprosessene inne i postene. Vi gjengir dermed kun arbeidsgruppens vurdering av prosessene. Utvalget er noe utvidet gjennom personalintervjuer og deltakelse på postmøter. Dette er imidlertid kun en begrenset andel av personalgruppene som er intervjuet. Dette må tas hensyn til i vurdering av resultatene.

Måling av personalets holdninger

I prosjektet har vi benyttet måling av personalets holdninger til tvang og tvangsregistrering som mer objektive effektmål. Det er imidlertid generelt vanskelig å måle holdningsspørsmål på en god måte statistisk. Det ble fremholdt av noen informanter i sykehusene at utsagnene var for generelle og bombastiske. Dette gjorde det vanskelig å ta stilling til det enkelte utsagn. Dersom vi sammenlikner resultatene med det kvalitative datamaterialet, synes det likevel som om utsagnene er egnet til å fange opp noen grunnleggende holdninger til tvang i personalgruppen. Tross svakheter bidrar derfor undersøkelsen til å gi et bilde av personalets holdninger.

Effektmålinger er vanskelig

Ulike bidrag fremhever at det er vanskelig å studere effekter av denne type organisatoriske intervensjoner fordi de fenomener som skal studeres er komplekse og ustrukturerte (Patton 1990, Busch og Schwebs 2006, Gaskin et al 2007). I prosjektet har vi derfor analysert de statistiske endringene i sammenheng med det kvalitative datamaterialet. Endringene i postene og i tvangsbruken kan imidlertid skyldes andre faktorer enn prosjektet eller de faktorer som er fremhevet i rapporten siden sykehusene er store og komplekse organisasjoner. Dette må tas hensyn til i vurderingen av resultatene fra tvangsregistreringen.

Andre metoder

I ettertid vurderes det slik at deltakende observasjon inne i postene kunne gitt et mer utdypende bilde av tvangspraksisene. Det synes også som bruk av WAS- skjema (Ward Atmosphere Scale) kunne vært hensiktsmessig å benytte for å måle endringer i postkulturen, siden dette fikk såpass stor betydning i prosjektet. Dette ble vurdert innledningsvis, men utelatt av hensyn til begrensede prosjektrammer. I senere intervensjonsstudier bør man vurdere målinger av postkulturen.

Avslutningsvis i rapporten diskuteres også behovet for å gjennomføre andre type forskningsstudier på dette området.

2.4 Analyse og fortolkning av data

Datamaterialet er løpende analysert i hele prosjektperioden ved hjelp av kvantitative analyser i SPSS og ulike kvalitative analysestrategier. I den avsluttende analysen er det benyttet en sirkulær eller hermeneutisk analyseform hvor vi lagt vekt på å sammenstille de ulike delene av datamaterialet for å se etter overordnede mønstre i henhold til problemstillingene (Creswell og Clark 2007). I analysen er det videre vektlagt en kontinuerlig sammenlikning av data innen og mellom postene (Strauss og Corbin 1998). Det er benyttet kvalitative analyseteknikker som diagrammer, typologier og begrepskart (Lofland og Lofland 1995). For å validere funnene, ble foreløpige funn i følgeforskningen diskutert på avsluttende samling. Det er gitt mulighet for å gi innspill på utkast av hovedrapport for å kvalitetssikre denne ytterligere.

2.5 Forskningsetiske hensyn

BAT-prosjektet ved SINTEF Helse er meldt NSD og tilrådet av Regional komite for medisinsk etikk (REK). Det er blitt utarbeidet informasjonsbrev til personalet og brukerrepresentantene fra

Mental Helse Norge hvor prinsippene om frivillighet og konfidensialitet er understreket. Pasientidentifiserbare opplysninger er ikke innsamlet.

De enkelte sykehusenes prosjekter er forelagt deres respektive REK eller vurdert av sykehusene og REK som kvalitetsutviklingsprosjekter som faller utenfor REKs mandat. Ved Reinsvoll har personvernombudet godkjent prosjektet. Sykehusenes spørreskjema og intervjuguider er blitt forelagt sykehusets egne etiske utvalg der slike finnes.

Ved rekrutteringen fikk brukerrepresentantene utdelt et informasjonsbrev av SINTEF Helse med forespørsel om samtykke til å delta i forskningsprosjektet. Det ble her opplyst at de til enhver tid kunne trekke seg fra deltakelse uten noen følger. Noen brukerrepresentanter har trukket seg gjennom prosjektperioden på grunn av helse, arbeidssituasjon, lang reisevei eller manglende interesse for organisatoriske spørsmål. Ingen brukerrepresentanter har trukket seg på grunn av dårlig ivaretagelse, eller fordi de har blitt dårligere av deltakelsen. I ett tilfelle var personalet noe bekymret for om aktivitetene ble for mye for vedkommende, uten at bruker selv syntes dette. Informasjonsbrevet var nyttig for å understreke frivilligheten i deltakelsen.

I hovedsak har det gått greit å ivareta etiske hensyn i prosjektet, ikke minst på grunn av informasjonsskriv og vekt på frivillighet i alle faser av prosjektet. Et samarbeidsprosjekt mellom ansatte og brukere har imidlertid gitt noen utfordringer og dilemma. Dette gjelder særlig situasjoner hvor brukere skal fortelle om vonde tvangsopplevelser, når de innlegges posten under prosjektperioden, og/eller når de utvikler økt kunnskap om alternativer til tvang slik at de blir mer kritiske til et system de periodevis er avhengige av (jf. pkt. 8.3).

Det har i perioder vært viktig og nødvendig med tett oppfølging fra forsker og medbrukere for noen av brukerne med vonde opplevelser. Forsker har tidvis brukt mye tid for å ivareta disse brukerne. Disse har imidlertid selv ønsket å delta i prosjektet da de mener at det er viktig at erfaringene bringes frem.

2.6 Avslutning

BAT- prosjektet er et relativt stort følgeforskningsprosjekt med over 70 aktører involvert. Målsettingen for prosjektet er å synliggjøre og utvikle ny kunnskap om alternativer til tvang i akuttposter. Prosjektet skal også stimulere til økt brukermedvirkning og til kvalitetssikret og redusert bruk av tvang. Det metodiske designet er rettet mot å skape en diskusjons- og læringsarena med ansatte og brukere gjennom felles nettverksamlinger og lokale utviklingsprosjekter i postene. Det er etablert en arbeidsgruppe med ansatte og brukerrepresentanter fra lokallag til Mental Helse Norge ved hvert sykehus. Disse fora gjøres til gjenstand for følgeforskning. I følgeforskningen er det benyttet en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder, herunder deltakende observasjon, intervjuer, tvangsregistrering samt spørreundersøkelse av personalets holdninger til tvang ved begynnelse og avslutning av prosjektperioden.

3 Presentasjon av de lokale prosjektene

3.1 Innledning

I dette kapitlet vil vi gi en beskrivelse av de lokale prosjektene ved sykehusene. Først beskrives problemstillingene i prosjektene. Deretter gis en kort oversikt over intervensjoner slik de ble gjennomført i kronologisk rekkefølge. Presentasjonen er basert på sykehusenes innledende projektskisser og senere presentasjoner på samlingen. Se forøvrig mer utdypende beskrivelser av det enkelte lokale prosjektet i de lokale rapportene, og i kommende artikler fra prosjektet.

Beskrivelsen skal bidra til å gi en oversikt over de lokale prosjektene. Den viser også hvilke utviklingsområder som akuttpostene valgte da de skulle starte arbeidet med alternativer til tvang.

3.2 Prosjektene ved det enkelte sykehus

3.2.1 Tønsberg

En akuttpost deltar i prosjektet. Posten tok utgangspunkt i at de var med i Gjennombruddsprosjektet 2001. De oppnådde da betydelig reduksjon av beltebruk, men antall tvangsepisoder har siden økt. Det var også ildsjeler i posten som nå ønsket en endring i postens kultur, holdninger og tilnærminger til pasientene.

Utgangspunktet for det lokale prosjektet var hypotesen om at personalets holdninger til og kompetanse på tvang vil føre til en reduksjon i tvangsbruk. Ved å ha oppmerksomhet på brukermedvirkning vil pasienten oppleve respekt og være mer delaktig i sitt behandlingsopplegg. Øker personalets bevissthet og refleksjon over egen atferd i møte med pasienten, vil samhandlingen og behandlingen bli bedre. Problemstillingen ble senere, etter gjennomgang av tvangsepisoder, avgrenset spesielt til grensesettingssituasjoner: *”Kan økt kunnskap og endring av holdninger hos personalet føre til reduksjon av tvang i grensesetting/korrigerende situasjoner?”* I prosjektet ønsket man å endre fokuset fra å se på endring av pasientens atferd til i større grad å se på betydningen av personalets atferd i møte med pasienten og hvordan møtet kan påvirke tvangsbruken. Prosjektet skal derfor *”prøve ut alternative måter i ulike møtesituasjoner og systematisere erfaringene som ble gjort.”*

Rådgiver i stab er lokal prosjektleder. De øvrige deltakere i arbeidsgruppen er fire sykepleiere og en miljøterapeut, to til tre brukerrepresentanter samt enhetsleder som i økende grad deltok i arbeidsgruppen. Det er etablert en styringsgruppe for prosjektet med fagsjef, avdelingsoverlege, enhetsleder og rådgiver. Rådgiver har god tid til prosjektet som har inngått i stillingen. Det har vært jevnlig møter annen hver uke i arbeidsgruppen med godt oppmøte fra brukerrepresentantene.

Prosjektet omhandler følgende intensjoner:

- Tvangsregistrering og spørreskjema om personalets holdninger til tvang
- Litteraturstudier
- Gjennomgang av et utvalg avviksmeldinger
- Undervisning om holdninger og atferd
- Refleksjonsgrupper med ekstern veileder med fokus på review av tvangssituasjoner
- Fagdager og informasjonsmøter i posten

- Endring av husregler mot mer individuell behandling
- Endring av skjermingspraksis med økt tilbud om aktiviteter mm
- Undervisning om psykoseforståelse, psykosebehandling samt oppfølgende refleksjonsgruppe
- Brukerundersøkelse (spørreskjema) til pasienter
- Møte med brukerrepresentanter i lokallag for å få innspill om tvang
- Møte mellom arbeidsgruppen og lokallag til Mental Helse
- Endret fysiske lokaler ved ombygget post
- Utarbeidelse av undervisningspakke herunder Terapeutisk Mestring av Aggresjon (TMA).
- Gjennomgå brukerundersøkelser for å vurdere videre kvalitetsutviklingsarbeid
- Utarbeide mer strukturerte refleksjon- og debriefingsrutiner
- Endret rekrutteringspolitikk ved fast ansatte og ekstravakter
- Tettere oppfølging og kontroll av nyansatte

3.2.2 Blakstad

To akuttseksjoner deltar i prosjektet. Ønsket om deltakelse hadde til dels sammenheng med tvangsdebatten i media hvor Blakstad ble utpekt som ett av sykehusene med mest bruk av tvangsinnleggelse. Dette førte til at tvangsbruken ble gjennomgått av ledelsen ved sykehuset. I tillegg var det ønske om kvalitetsutvikling av virksomheten. Noen ansatte i postene hadde også gitt sterke tilbakemeldinger til ledelsen om at de ønsket endringer i postene i forhold til tvang.

Målsettingene for det lokale prosjektet var ønsket om å holde seg oppdatert og kvalitetsutvikle praksis på dette området og få ned tvangsbruken ved sykehuset. Prosjektet tok i utgangspunkt i forebygging av tvang gjennom alternativ bruk av grensesettingsmetode, hvor den innledende tittelen var ”Grensesettingsmetode i et aktivt og anerkjennende miljø”, herunder ”*Vil vår endrede praksis og håndtering i grensesettingssituasjoner redusere pasientens opplevelse av tvang?*”

Prosjektet ble så videreutviklet ved å identifisere noen hovedområder for forbedring. Prosjektet ble inndelt i fire grupper:

- Gruppe 1 arbeider med undervisning og begrepet anerkjennende og aktiv miljøterapi. Økt fokus på gode og dårlige miljøfaktorer. Hva er terapeutisk? Hva er direkte uterapeutisk?
- Gruppe 2 arbeider med innsiktsorientert gruppeterapi, Dialektisk atferdsterapi (DAT). Økt innsikt hos pasienten, verbalisere egne følelser på en god måte, ikke destruktivt.
- Gruppe 3 arbeider med grensesettingsmetode. Teoretisk og faglig forankring av metoden.
- Gruppe 4 arbeider med strukturelle og organisatoriske endringer i posten. Her ble man spesielt opptatt av å se på husregler og utforming av skjermingsenheten i postene.

Sykepleier fra en akuttseksjon var prosjektleder. Vedkommende ble først tatt ut som fagkonsulent i 100 %. Dette ble så endret høsten 2007 til 20% fagkonsulent og resten vanlig sykepleier i posten. Leder for gruppe 1 fikk ansvar for gjennomføring av undervisningsintervensjonen. Øvrige deltakere i arbeidsgruppen har vært seksjonsleder, postoverlege, psykologspesialist, to hjelpepleiere, en fysioterapeut, to spesialsykepleiere og to brukerrepresentanter. Ingen styrings- eller referansegruppe internt. Avdelingssjef har deltatt på noen møter. Arbeidsgruppen har i utgangspunktet hatt møter annen hver uke, men mindre deltakelse av alle og færre møter i perioder, særlig i 2008. Noen personer har vært svært aktive hele perioden. Brukerrepresentantene har deltatt i mesteparten av prosessen.

Prosjektet startet bredt ut, og arbeidsgruppen fikk etter hvert behov for avgrensning. Det ble viktig å få prosjektet realiserbart. I tillegg endret fokuset på grensesettingsmetode seg noe til å omhandle relasjonen til pasientene og vanskelige situasjoner mer generelt. De ble mer opptatt av viktigheten av endring av postkultur. Dette førte til at ledelsen og prosjektgruppen bestemte at tema i gruppe 1

som arbeidet med undervisning om økt anerkjennende tilnærminger, skulle være første intervensjon. Man vred dermed prosjektet mer til å se på holdninger. Man skulle så arbeide mer langsiktig med endring av husregler og skjermingsenhet.

De gjennomførte intervensjonene ble da:

- Tvangsregistrering og spørreskjema om personalets holdninger til tvang
- Undervisning og refleksjonsgrupper
- Fagdager og informasjonsmøter i posten
- Litteraturstudier
- En innledende baseline-undersøkelse av personale og pasientenes opplevelse av grensesetting i postene gjennom spørreskjema i kombinasjon med intervju
- Undervisningsopplegg for personalet hvor brukerrepresentantene har deltatt
- Møte mellom ansatte i arbeidsgruppen og lokallaget i Mental Helse om prosjektet
- Innhenting av synspunkter av brukerrepresentatene fra lokallagene
- Medlemmene som er med i arbeidsgruppen, prøver ut nye tilnærminger som tid, samtale og bekreftende kommunikasjonsmetode overfor pasientene i posten sammen med personalet
- Endring av husregler
- Noe endring av skjermingsrutiner
- Planlagt endring av skjermingslokaler og skjermingsenheter
- Evaluering av undervisningsopplegget gjennom kvalitative intervjuer med personalet
- Evaluering av prosjektet gjennom noen utvalgte pasientintervjuer
- Mindre bruk av korrigerende grensesetting ved post 2A
- Utprøving av inkludering av brukerønsker i behandlingen ved post 2B
- Tilsyn hvert 30 minutt av postoverlege for å redusere varighet av mekaniske tvangsmidler i post 2B (fra ca. august 2008 som følge av tvangsregistreringen)

3.2.3 Østmarka

I utgangspunktet skulle to akuttposter delta i prosjektet. På grunn av sammenslåing med Haukåsen ble prosjektet utvidet til fire akuttposter. De to akuttpostene ved Østmarka hadde før BAT-prosjektet utarbeidet et undervisningsopplegg som skulle øke kunnskapen om hvordan personalet skal forholde seg til vanskelige pasienter. Undervisningen ble kalt Terapeutisk mestring av konflikt (TMK). Den var basert på erfaringsbasert kunnskap om hvordan personalet forholder seg til urolige pasienter. Arbeidet startet på grunn av manglende tilbud om kurs og informasjon om tema. Deltakelsen i BAT skulle videreutvikle dette arbeidet. I tillegg fikk BAT-prosjektet et kulturbyggende formål i omorganiseringsprosessene ved sykehusene.

Målsettingen for prosjektet var ”å øke kunnskap og forståelse i personalgruppa som igjen fører til økt kompetanse til å ta vare på vanskelige pasienter”. Man ønsket å få nye prosedyrer som gjør at nytilsatte får informasjon og opplæring, og at det blir regelmessig trening. Problemstillingen i BAT-prosjektet var: ”Kan undervisning i TMK redusere bruken av tvang?”

Leder av arbeidsgruppen, som var sykepleier i post sluttet desember 2007. Det ble ikke etablert ny leder da ledelsen da valgte å avslutte deltakelse i BAT av ressurshensyn, selv om arbeidsgruppen og brukerrepresentantene ønsket å fortsette. Ny ansvarlig sykepleier for TMK overtok som kontaktperson. Øvrige deltakere i arbeidsgruppen var to miljøpersonale fra hver post samt to brukerrepresentanter. Det ble etablert en styringsgruppe med FoU-ansvarlig, avdelingsleder, økonomiansvarlig og klinikkjef. Arbeidsgruppens leder oppga for lite avsatt tid til prosjektet våren 2007. Han fikk til slutt avsatt en dag annenhver uke etter særskilte forhandlinger. Dette ga en langt bedre arbeidssituasjon. På grunn av omorganiseringsprosessen kom ikke møtene hver 14

dag skikkelig i gang før mot sommeren. De møttes ukentlig på høsten for å gjennomføre undervisningsopplegget i november. Dette var vellykket. En brukerrepresentant var mest aktiv deltakende. I tillegg deltok ytterligere to brukerrepresentanter på internundervisning.

Følgende intervensjoner ble gjennomført:

- Spørreskjema om personalets holdninger til tvang
- Videreutvikling og utarbeidelse av undervisningsopplegg
- En undervisningsdag for personalgruppen i fire akuttposter om TMK høsten 2007
- Brukerrepresentanter involvert og deltakende på internundervisningen
- Evaluering av undervisningsopplegget gjennom spørreskjema
- Opprettelse av TMK- ansvarlig som skal sørge for videreføring av undervisningsopplegget

3.2.4 Reinsvoll

En akuttpost deltar i prosjektet. I tillegg har en nystartet akuttpost ved sykehuset fra 2007 og to akuttposter ved Sanderud sykehus vært involvert i prosjektet underveis. Posten har i de senere årene før BAT-prosjektet hatt en endringsprosess hvor man særlig har utviklet ny praksis ved skjerming. Nå ønsket posten å utvikle større grad av brukermedvirkning i det praktiske arbeidet med skjerming. Posten ønsket også å videreutvikle og synliggjøre den endrede behandlingsfilosofien om skjerming utad.

Målsetting for prosjektet var å gjøre skjerming mer åpen for nytenkning, med mer utetid og aktiviteter samt økt brukermedvirkning inn i behandlingen. Ved å gi pasienten opplevelse av å bli møtt med respekt og mulighet til å være med å bestemme over sitt behandlingsopplegg (så langt det lar seg gjøre), mente personale at den formelle og opplevde tvangen ved skjerming vil reduseres. Dette ga problemstillingen ”*Kan mer brukermedvirkning i behandling på skjerming redusere formell og opplevd tvang?*” Hensikten var å utvikle brukermedvirkningsformer som kan brukes for å redusere tvang samt implementere dette i retningslinjer for skjerming i posten.

Leder av arbeidsgruppen er sykepleier i posten med relativt gode arbeidsbetingelser. Det har vært avsatt en dag i uka til arbeidet samt mer i aktive perioder. Prosjektet er kombinert med andre beslektede oppgaver. Øvrige deltakere i arbeidsgruppen er en sykepleier og to brukerrepresentanter hvor den ene har vært fraværende i siste del av prosjektet grunnet somatisk sykdom. I tillegg har det vært bred støtte rundt prosjektgruppen ved en styringsgruppe bestående av avdelingsleder, assisterende avdelingssykepleier, postoverlege. En annen overlege veiledet prosjektleder. I tillegg har det vært en referansegruppe med et utvalg av personalet i posten. Arbeidsgruppen har vekslset mellom møter hver 14 dag og perioder på slutten hvor leder har arbeidet mye selvstendig.

Gjennomførte intervensjoner er:

- Tvangsregistrering og spørreskjema om personalets holdninger til tvang
- Litteraturstudier
- Fagdager om skjerming med personalgruppen ved akuttposten samt andre poster ved Sanderud
- Undervisning og veiledning i akuttposten og nystartet akuttpost
- Informasjon og diskusjon på personalmøter
- Utarbeidelse av nye retningslinjer for skjerming
- Pilotstudie om forholdet mellom skjermingsstruktur og pasientopplevelser ved begge sykehus
- Utprøving av ny skjermingspraksis med økt brukermedvirkning
- Endret rekruttering av personell i akuttsituasjoner og ansatte
- Utarbeidelse av brosjyre om skjermingstenkning og retningslinjer ved skjerming for nyansatte

- Forespørsel om innspill om skjerming fra brukerrepresentanter til lokallagene
- Artikkelskriving

3.2.5 Valen

En akuttpost deltar i prosjektet. Posten hadde ved oppstart blitt omgjort til ren akutt- og mottakspost året før. Da posten har liten bruk av tvang, var skjerming mest aktuelt tema. Posten var i en oppbygningsfase, og skjermingspraksis var forholdsvis ny ved posten. De hadde liten oversikt over egen skjermingspraksis og pasientenes opplevelse av skjermingen. Posten hadde relativt få pasienter som ble skjermet, men disse skjermingene var ofte av lang varighet.

Prosjektets målsetting var todelt og skulle ” *kvalitetssikre den skjermingen vi utfører ved posten. Senke tiden pasienter er på skjerming.* ” Prosjektet skulle bidra til å få mer fokus på skjerming som behandlingsmetode og gi økt kunnskap, forståelse og bevissthet rundt den terapeutiske delen av skjerming. De skulle videre ” *finne brukerorienterte alternativer til skjerming og implementere disse i postens skjermingsrutiner og struktur* ”. Det var spesielt viktig å redusere pasientenes avmaktsopplevelse under skjerming.

Leder av arbeidsgruppen var sykepleier i posten frem til høsten 2007, da han sluttet i stillingen. Deretter psykiatrisk hjelpepleier som deler ansvaret med annen sykepleier og avdelingsleder. Sykepleier fikk avsatt en dag i uka til arbeidet. Hjelpepleier fikk ikke avsatt egen tid, men skulle ta det ”innimellom”. Dette ble oppgitt som vanskelig. I tillegg til de fire ovennevnte bestod arbeidsgruppen av to brukerrepresentanter hvorav en representant var sykemeldt mesteparten av tiden. I tillegg har seksjonsleder vært mye involvert i perioder. Det var ingen styrings- eller referansegruppe for prosjektet internt. I den første tiden var det møter i arbeidsgruppa hver 14 dag, deretter noe varierende hyppighet. Brukerrepresentasjonen har bestått fra to til særlig en peron. Prosjektet har hatt jevnt fokus på problemstillingene.

Det ble gjennomført følgende intervensjoner:

- Tvangsregistrering og spørreskjema om personalets holdninger til tvang
- Litteraturstudier
- Kartlegging av alle skjerminger ved posten: lengde, pasientenes opplevelse, hvordan skjerming ble gjennomført
- Informasjon og diskusjon om skjerming på personalmøter
- Fagdager og internundervisning om tvang, alternativer til tvang og skjerming.
- Registreringsskjema om struktur på skjerming (jf. Reinsvoll)
- Noe endrede skjermingsrutiner
- Begynnende ”pynting” av nakent skjermingsrom
- Kvalitative intervjuer med pasienter som har blitt skjermet ved posten for å få tilbakemeldinger på egen praksis
- Utarbeidelse av undervisningsopplegg

3.2.6 Arendal

En akuttpost deltar i prosjektet. Posten deltok i Gjennombruddsprosjektet og hadde vellykkede erfaringer med reduksjon av mekaniske tvangsmidler. Bakgrunnen for å delta i prosjektet var økt forekomst av vedtak om tvungen behandling av legemidler, og at der per i dag er få undersøkelser av anvendelse av tvangsmedisiner i Norge. I tillegg slutter mange pasienter å ta medisiner uten at man vet om dette er basert på kvalifisert samtykke hos den enkelte. Arbeidet for å oppnå et frivillig samarbeid som alternativ til tvang var lite systematisert ved sykehuset.

Målsetting for prosjektet var innledningsvis ”Å iverksette tiltak som bedrer pasientens grunnlag for, evne og motivasjon til å ta imot nødvendig medikamentell behandling mest mulig frivillig.” Herunder problemstillinger som: ”Vil undervisning og drøftelser med pasienter vedrørende behandling generelt og medikamentell behandling spesielt gi grobunn for større grad av kvalifisert samtykke til slik behandling hos den enkelte, og vil hyppigheten av vedtak reduseres og endre opplevelsen av tvang?” Prosjektet førte til stor debatt på andre nettverksamling (pkt.5.14) I tillegg førte åpning av ny post til at akuttposten fikk mindre ansvar for oppfølging av pasienter med psykoseproblematikk. Dette førte til endring av problemstillingen til *spørsmålet om man kan redusere opplevelsen av tvang i behandlingen gjennom å utvikle et gruppetilbud som øker pasientenes eieforhold til og medvirkning i egen behandling*. Tilbudet skal bidra til å redusere den tradisjonelle hiarkiske oppbygningen av sykehusjenestene hvor pasienten ofte er passiv mottaker av hjelp og i liten grad inkluderes i utformingen av behandlingen, herunder medisiner. Akuttposten endret da tema fra reduksjon av tvangsvedtak om medikamentell behandling til å utvikle metoder for brukermedvirkning i posten mer generelt.

Det lokale prosjektet ble organisert ved et delt lederskap mellom faglige og administrative funksjoner. Seksjonsoverlege er faglig prosjektleder, og kvalitetskoordinator i stab er arbeidsgruppens leder. Sistnevnte har hatt relativt god tid til prosjektet som har inngått i vanlig stilling. Øvrige deltakere i arbeidsgruppen er en assistentlege og tre sykepleiere. To brukerrepresentanter har deltatt i hele perioden. Det var skifte av en brukerrepresentant etter noen måneder fordi lang reisevei ble for belastende. Det har ikke vært styrings- eller referansegruppe i posten. Avdelingsleder holdes kontinuerlig oppdatert. Det har vært jevnlig møter i arbeidsgruppen annen hver uke gjennom perioden.

Følgende intervensjoner er gjennomført:

- Tvangsregistrering og spørreskjema om personalets holdninger til tvang
- Litteraturstudier
- Utvikling av fast form og innhold i gruppetilbud til pasientene fire dager i uken
- Ansatt bruker i posten for å delta i gruppene en gang i uken. Økt samarbeid med ROM (brukersenter) i Arendal
- Internundervisning om brukermedvirkning, medisiner og gruppetilbud
- Utformet nytt rom for gruppesamtalene i posten
- Intervjuer med pasienter om informasjonsbehov, gjennomført av brukerrepresentantene
- Før- og ettermålinger av pasientenes opplevelser av medisiner og medvirkning i egen behandling samt tvang i posten gjennom to spørreskjema
- Møte i lokallagene med brukerrepresentantene for å få innspill om syn på medisiner
- Møte mellom Mental Helse lokallag og posten om prosjektet

3.3 Avslutning

Prosjektene i sykehusene er dels forskjellige og dels overlappende. Det legges vekt på mer anerkjennende og medvirkende tilnærminger. Sykehusene har valgt sentrale områder i akuttpostene som har sammenheng med tvang. De gjenspeiler aktuelle tema i den norske akuttposthverdagen. Tema avviker noe fra de internasjonale prosjektene som rettes mer direkte på tvangsreduksjon. Alternativene som er foreslått sammenfaller likevel med tema som er beskrevet som aktuelle internasjonalt (jf. Norvoll 2008).

4 Innledende syn på tvang og brukervedvirkning

4.2 Innledning

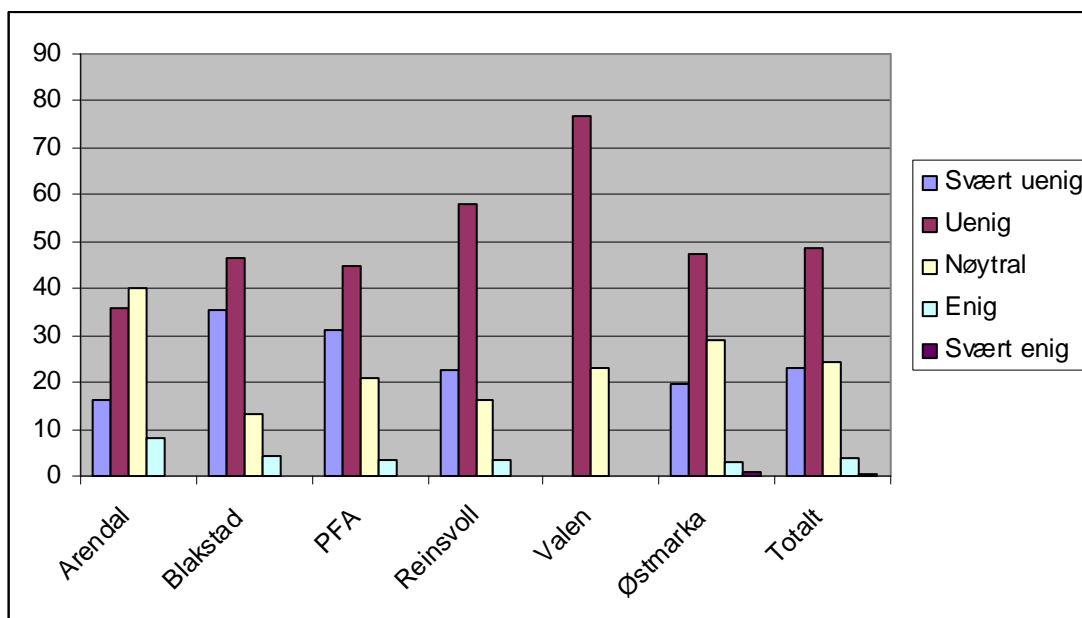
For å forstå diskusjonene og endringsprosessene i postene, vil vi i dette punktet beskrive noen innledende synspunkter på tvang og brukervedvirkning hos personalet og brukerne. Beskrivelsene kan også bidra til å tydeliggjøre noen aspekter som kan være aktuelle for arbeidet for kvalitetssikret og redusert bruk av tvang.

Beskrivelsene av personalets synspunkter er basert på diskusjonen på samlingene, ulike intervjuer og samtaler med personalet, samt spørreundersøkelsen om personalets holdninger til tvang i 2007. Beskrivelsen av brukernes synspunkter er basert på samlinger, intervjuer, møter og uformelle samtaler med brukerrepresentantene fra referansegruppen og lokallagene. I tillegg inkluderes andre samtaler med brukere som har deltatt i prosjektet underveis.

4.3 Syn på tvang

4.3.1 Personalet

Både samtaler med personalet og spørreundersøkelsen om holdninger til tvang i 2007 viser at det var ulike holdninger og synspunkter på bruk av tvang hos personalet i den innledende fasen av prosjektet. Holdningene varierte mellom den enkelte ansatte på individnivå. I tillegg skilte postkulturene seg noe i hvilke holdninger som var mest gjeldene i posten. Variasjonen i oppfatninger viser seg eksempelvis i Figur 1 fra spørreundersøkelsen.



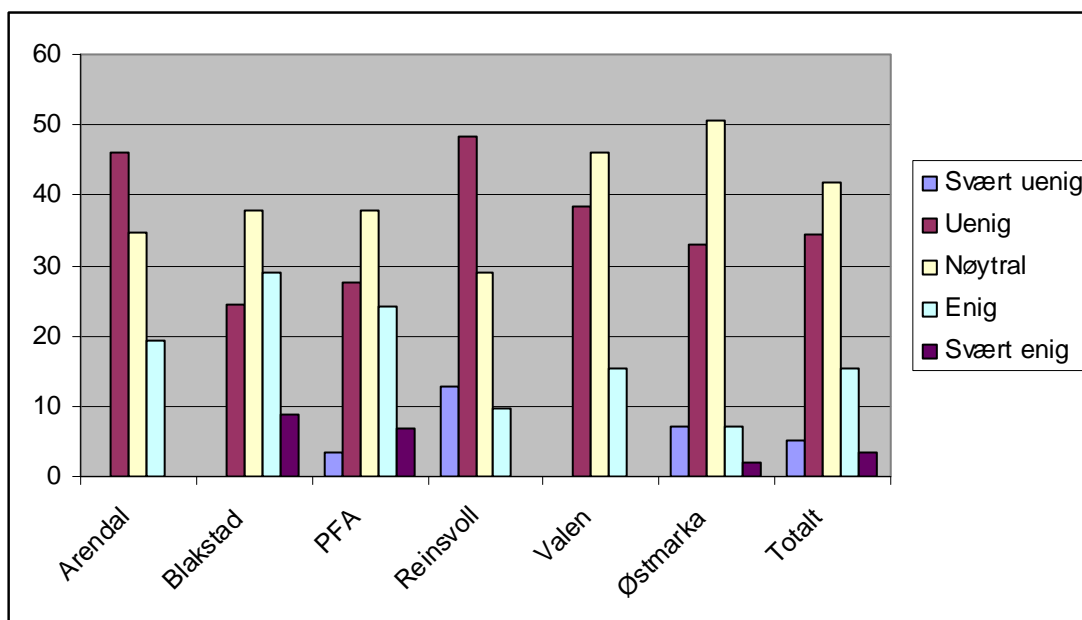
Figur 1: Det burde brukes mer tvang i behandlingen, 2007 (prosent)

Prosjektet bekrefter variasjoner i personalets holdninger som er kjent fra andre studier (jf. Vatne 2003, Norvoll 2007, Wynn 2003, Husum et al., in press) og fra den helsepolitiske debatten. Personalet i arbeidsgruppene ønsket å redusere av tvang og kontroll. De sa samtidig ofte at ”men

tvang må vi jo ha". Det forelå dermed en forsiktig eller ambivalent holdning til ambisjonene om tvangsreduksjon.

De ulike holdningene til tvang kunne tidvis føre til spenninger internt i personalgruppen. Denne spenningen var tydeligst ved bruk av uformell tvang og kontroll i møte med pasientene. I likhet med tidligere studier (Løchen 1971, Vatne 2003, Norvoll 2007) var det ofte et skille mellom ansatte som vektla ytre regelbasert kontroll og de som ønsket en mer fleksibel tilnærming i arbeidet. I noen sykehus, som eksempelvis Reinsvoll, var det stor enighet i personalgruppen om vekt på fleksible tilnærminger. I andre sykehus, eksempelvis Tønsberg og Blakstad, var det større spenninger i personalgruppene mellom de to posisjonene. Dette utgangspunktet påvirket prosessene i postene i løpet av BAT-prosjektet.

Som det fremgår av Figur 1, ønsket de fleste ansatte ikke mer bruk av tvang. Det var imidlertid noen som ønsket mer tvangsbruk. Hovedandelen av personalet i postene stilte seg positiv til tvangsbruk i gitte situasjoner: *"Det er bra at vi bruker det"*. Denne holdningen viser seg også i personalets svar på utsagnet om det brukes for mye tvang i behandlingen, Figur 2:



Figur 2. Det brukes for mye tvang i behandlingen, 2007 (prosent)

Figur 2 viser en spredning i synet på om det brukes for mye tvang i behandlingen. I poster som har høyest tvangsbruk (jf. tvangsregisteringen), var flere ansatte enige i utsagnet. En stor andel av personalet stilte seg nøytrale til spørsmålet om det brukes for mye tvang. De hadde dermed ikke tatt stilling til dette viktige aspektet ved tiltaksplanens og BAT-prosjektets intensjoner i den innledende fasen av prosjektet.

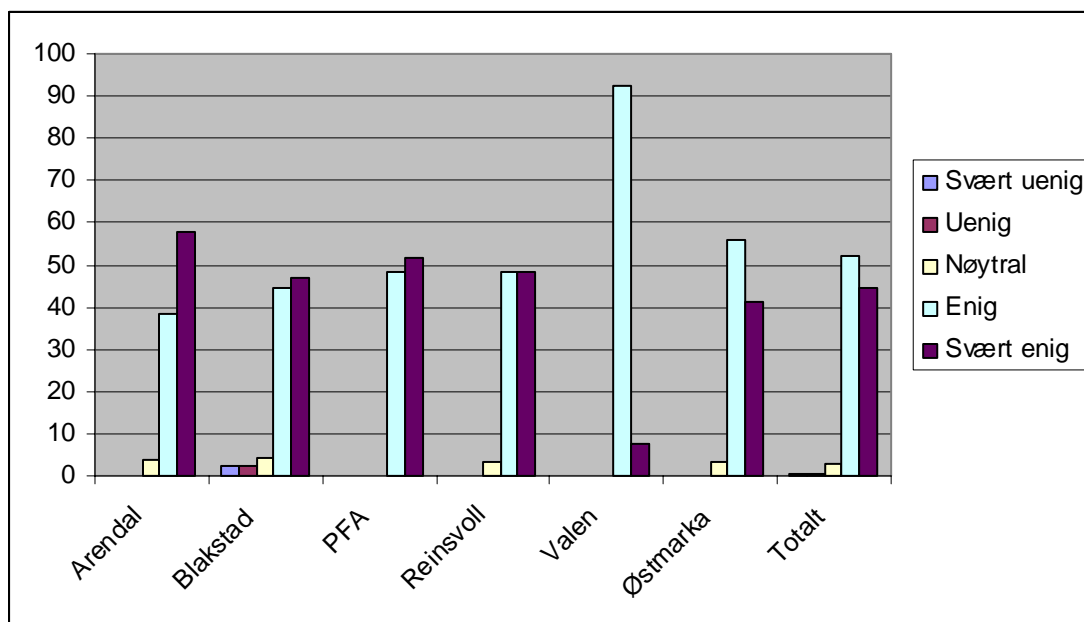
Intervjuene viser at personalet ofte knyttet vurderingen av tvang som et gode eller onde til konkrete pasientsituasjoner. Deres oppfatning av tvang er dermed mer situasjonell enn det som fremkommer i spørreskjemaundersøkelsen. I likhet med øvrig forskning (bla Olafsson 2000) fremhevet personalet at *måten* tvangen utføres på er viktig. Mange ønsket å gjøre tvangsopplevelsen bedre for pasienten siden de opplevde at man ikke kom utenom tvangen. De var derfor opptatt av hvordan man ivaretar pasientene når tvangen blir utøvd.

I tillegg var mange i personalgruppene vel så opptatt av den uformelle bruken av tvang overfor pasientene slik denne viste seg i kontrollholdninger, kommunikasjon og uttalt bruk av restriksjoner og husregler. *”Ja, altså, tvang kan være så mye. Samtale inne på rommet. Du får ikke sitte ved bordet nå når du er urolig, forstyrrer de andre.”* I hverdagen griper ofte de ulike tvangsformene inn i hverandre: *”Så kan man jo diskutere hva som er reell tvang, hva som er formell tvang, hva som er opplevd tvang. (...) Så det tvangsbegrepet i seg selv er såpass vidt (...) Det er så mange sider ved det .”*

De ulike holdningene til tvang preget den innledende fasen i BAT. Ved flere poster var flere av personale ukomfortable med, eller usikre på å delta i et gruppeintervju om et slikt tema. Dette samsvarer med andre studier hvor personalet opplever det vanskelig å snakke om tvangsutøvelsen, muligens fordi dette er en ubehagelig eller mindre legitim side av deres arbeid (Norvoll 2007, Skorpen og Øye, pågående doktorgradsarbeid). Den innledende motstanden skyldtes trolig også en viss usikkerhet om hva prosjektet handlet om og at tenkningen om alternativer var ukjent.

I andre tilfelle skyldtes dette taus eller åpen motstand mot målsettingen om tvangsreduksjon. Motstanderne ville ofte ikke være med på å redusere tvang bare fordi det er *”politisk korrekt”* eller fordi *”ledelsen skal ha fine tall”*. Motargumentene var særlig at *”pasientene ønsker det (tvang)”*, eller at *”de ofte opplever at pasientene ber om å bli beltelagt”*. De mente at tvang er bra fordi personalet blir tryggere og tør å nærme seg mer. De utfordret derfor tanken om tvangsreduksjon: *”Er tvang bare negativt?”* De mente at tvang kan ha positive effekter ved å unngå skade og være omsorg ved at pasienten *”blir tatt vare på”*. Å ikke bruke tvang utgjør en *”forsømmelse”* ved at man da tillater pasientene å gå til grunne eller skade seg. Mange i personalgruppene forklarte bruk av tvang som resultat av at pasienten har mistet kontroll. Når pasienten ikke har kontroll, *”så må vi overta kontrollen.”* De mente derfor at det kunne være uetisk å ikke bruke tvang. *”Så jeg synes hele utgangspunktet er litt sånn, det høres ut som all tvang er grusomt. Men det er jo omsorg, det å ta vare på folk som ikke er i stand til å ta vare på seg selv.”* En ansatt mente at fokuset på tvangsreduksjon kan føre til rollekonflikt for personalet som mener at tvang kan være riktig å benytte: *”Det er vanskelig å stå rakrygget og si at jeg bruker tvang når jeg mener det er nødvendig. Jeg mener oppriktig at tvang ved farlighet er nødvendig.”* Han mente at tiltaksplanen kan føre til at flere ikke ønsker å arbeide i akuttposter fordi tvangsutøvelsen blir illegitim.

Som vist i Figur 3 er de mer pragmatiske begrunnelse om nødvendigheten av tvang for å ivareta sikkerhetshensyn, viktig for personalet i alle postene. Noen var derfor i mot prosjektet da de mente tvangsreduksjon vil skape utrygghet i personalgruppen fordi man reduserer sikkerheten for personalet og øker faren for skader (jf. pkt). *”Personalet har krav på å bli tatt vare på.”* Det gjaldt særlig personalet som stadig blir satt til å *”stå i trøkket”*.



Figur 3. Av sikkerhetsgrunner må det av og til brukes tvang, 2007 (Prosent)

De fleste av personalet, herunder motstandere av målsettingen om tvangsreduksjon, så det likevel som hensiktsmessig ”å bli sikrere på bruken av tvang.” Tiltaksplanens målsetting om å kvalitetssikre tvangsbruken ble dermed lettere akseptert enn målsettingen om tvangsreduksjon. I tillegg var noen motstandere åpne for å redusere den tvang som ikke er nødvendig for pasienten, og som kun skyldes personalets væremåte i situasjonen eller organisatoriske forhold i posten.

I postene var det likevel mange ansatte som var åpne og ivrige for prosjektet som de opplevde aktuelt og viktig. Disse var positive ut fra argumenter som: ”Aldri hyggelig å bruke tvang, derfor fint å unngå det ved fagutvikling. Det gir personalet noe.”, eller ”Personalet ønsker prosjektet fordi pasientene trives med å være mer frie”. Personalet ønsket også å ”bli mer bevisst hva vi gjør i forhold til tvang”. Noen fremhevet at tvangssituasjoner, som eksempel beltelegging, kan skape avmaktsopplevelser hos både personalet og pasientene ved at man får ”en følelse av å være fratatt konstruktive løsninger”. Det å rette fokus på alternative løsninger er derfor bra.

Personalet fortalte at de stod i mange vanskelige vurderingssituasjoner av hva som er god omsorg, og når og hvordan man skal man gripe inn. I flere poster uttrykte personalet derfor behov for mer undervisning og veiledning om tvang, skjerming og det å stå i vanskelige situasjoner på en god måte slik at man mestrer situasjonene uten å krenke pasientene. De ønsket i tillegg metodiske verktøy for dette.

Noen ansatte opplevde også at de har begrenset med muligheter for å kunne gjøre endringer i tvangsbruk. Så lenge posten er lukket og tvangsinnleggelsen gjort, er rammene gitt. Det finnes få muligheter til å jobbe annerledes. Personalet mente videre at de får motstridende signaler fra helsemyndighetene: Det tilrettelegges for tvangsbruk, samtidig som man blir kritisert og bes om å redusere denne.

4.2.1 Brukerne

Brukerne hadde, på samme vis som personalet, ulike holdninger til tvang. Alle brukerrepresentantene ønsket å redusere tvangsbruken og forbedre praksis på dette området. De representerte imidlertid et kontinuum fra de som er mer positive til bruk av tvang i visse

situasjoner til de som mener at *”tvang er galt”* om det ikke foreligger direkte fare. Noen mente eksempelvis at *”tvang umuliggjør behandling”*, mens andre mente at tvangsinnleggelse kan være nødvendig i visse situasjoner. Det var mest uenighet om bruk av tvang som behandlingsmetode og mer enighet om farlighetskriteriet.

Brukere som hadde opplevd tvang ga uttrykk for noe ulike opplevelser. For noen representerte tvangen, i form av tvangsinnleggelse, skjerming eller fysisk makt fra personalets side, traumer og krenkelser av den personlige integriteten. Tvangen kunne fortsatt skape angst og fortvilelse ved gjenkalling av disse episodene. En bruker fortalte at tvangen nærmest kunne drive en mot selvmord. For noen innebar tvangen å bli satt i en ydmykende posisjon fordi protesten mot tvangen i form av rop, gråt og fysisk motstand i full offentlighet, forsterket opplevelsen av ydmykelse. Fortellingene tyder på at tvangen kan skape mistillit til personalet eller vanskeliggjøre samarbeid. En bruker som hadde opplevd flere beltelegginger, ville eksempelvis ikke delta i arbeidsgruppen ut fra *”at man kan ikke samarbeide med noen som har lagt en i belter”*. Deltakelsen i i prosjektet, særlig på nettverksamlingene, kunne derfor være en belastning for brukere med vonde erfaringer selv om de ville delta for å påvirke systemet.

Brukerrepresentantene fra lokallagene fortalte at det var vanskelig å få tilbakemelding fra andre brukere på tema tvang og alternativer til tvang. Dette ble forklart med at tvangssituasjonen og innleggelsen kunne være *”vond å tenke på”*, og/eller at de kunne være redd for å bryte sammen når de tenkte tilbake. Det var derfor viktig å ha noen å snakke med i etterkant når de fortalte om tvangsepisoder. *”Slikt (tvangen) gjør noe med deg. De kan derfor få det vanskelig i ettertid.”* En annen forklaring var at innleggelse og tvang fortsatt var skam- og tabubelagt.

Andre brukere hadde opplevd tvangen som mindre traumatisk og krenkende, og som mindre inngripende i den personlige integriteten. I noen situasjoner ble tvangen, eksempelvis en tvangsinnleggelse eller sterkt press om å ta medisiner, vurdert som riktig i etterkant. Ut fra samtaler med disse brukerne synes det som at forskjellene i opplevelser har sammenheng med situasjonen til den enkelte og til måten vedkommende hadde blitt møtt. Det å få tid til å prøve ut egne løsninger først ga mer positive opplevelser. I likhet med andre studier (Iversen et al 2002, Høyer 2002, Gardner et al 1999), ble tvangopplevelsen også påvirket av om brukerne inndras i beslutningsprosessen på en respektfull måte, om tvangen virker rimelig og om den utføres på en rettfærdig måte. I likhet med funn i andres studier kan tvangen også gi en kompleks blanding av positive og negative følelser hos brukeren (bla Meehan et al 2000). En bruker opplevde eksempelvis at tvangsinnleggelsen og skjerming var til hjelp. Samtidig er det ensidige fokuset på tvangsmedisinering til fordel for andre tiltak nå belastende fordi det ikke gis rom for å prøve andre løsninger. Skjerming og beltebruk kan på samme vis være belastende, samtidig som personalets nærvær virket betryggende. Brukernes tvangsopplevelser påvirkes også av reaksjonen på det å miste personlig autonomi. Personalet som forsvarte tvang mente ofte at pasientene synes det var godt å bli tatt kontroll over, *”pasientene synes det er godt med beltelegging, å bli tatt kontroll over.”* Brukerne skilte seg mer i dette synet. For noen hadde tap av autonomi vært krenkende og angstskapende, for andre opplevdes tapet av kontrollen tryggere.

Brukerrepresentantene fra lokallagene fremhevet, på samme vis som personalet, den store betydningen av måten man blir møtt på og bruken av uformell tvang og kontroll i akuttpostene. De viste blant annet til Bruker Spør Bruker- undersøkelser ved Mental Helse Sør-Trøndelag hvor brukerne forteller at medisinering ofte inneholder mye uformell tvang og at den stadige trusselen om tvang påvirket opplevelsen av innleggelsen i akuttpostene.

Noen brukerrepresentanter mente at det er viktig at personalet i økende grad forstår tvangens konsekvenser og hvordan det kan oppleves å være i en tvangssituasjon. De mente at personalet kan ha for rutinemessig og likegyldig forhold til tvangsbruken. *”At personalet ikke ser skikkelig*

hva det gjør med brukeren. At det oppleves mye verre enn det som en del av personalet oppfatter det som. For de blir det mer rutine. Men for brukeren kan det være et stort traume.” Det er viktig at brukere som har vonde opplevelser ”blir trodd” når de forteller. Det må være respekt for den andres fortelling hos personalet. Personalet må klare å ta diskusjonen om at tvangen ikke var ok, også i ettertid. Flere mente at personalet er for lite flinke til å snakke om krenkelsene, og nekter å forholde seg til dem når pasientene gir tilbakemeldinger i posten. De gir ofte ikke anledning for pasientene til å snakke om de vonde opplevelsene. Gjennom disse reaksjonene fastholder de imidlertid opplevelsene av krenkelse og traume.

Noen brukerrepresentanter mente at pasienter kan etterspørre tvang fordi de ellers ikke får noe tilbud, noe de trenger når de føler seg dårlige. Tvang kan gjøre at man slipper å ta ansvar for seg selv. At man får en nærhet til personalet som ellers er fraværende. Det kan også skyldes økonomiske goder som at man ”vil gjerne være på tvang fordi da får man medisiner gratis”. De mente at det var mange ulike årsaker som påvirket pasientenes opplevelser av tvangen og synet på nødvendigheten av tvang. For både personalet og pasientene er derfor spørsmålet om tvangens nødvendighet et relativt begrep, avhengig av tilgjengeligheten til andre løsninger på problemene.

Variasjonene i brukerrepresentantenes opplevelser av tvang gjenspeiler resultater fra øvrig tvangsforskning (jf. Norvoll 2008; pkt.3.10.1). Selv om tvangsbruk kan ha positive aspekter, bekrefter brukernes tilbakemeldinger at tvang kan være ”høy-risiko – intervensjoner” som øker faren for skade og krenkelse hos pasienten (Norvoll 2008: pkt. 3.5.5, Visalli og McNasser et al 1997). Denne faren gjør at organisasjonen må ha høy bevissthet om tvangsbruken.

4.2.2 Øvrige systemkritiske synspunkter på BAT- prosjektet og tvang

Representanter fra WSO og LPP, menneskerettighetsutvalg i referansegruppen tok innledningsvis og gjennom prosjektet sterkest avstand fra tvangsbruk. De påpekte kontinuerlig flere områder som de mente var svakheter ved BAT-prosjektets målsettinger og opplegg (se vedlegg 8 og pkt. 8.3 for utdypning av deres synspunkter).

En svakhet er at BAT-prosjektet i hovedsak fokuserer på bruk av tvangsmidler (samt noe fokus på tvangsmedisinering), altså den tvangsbruken som kommer **oppå** den generelle tvangssituasjonen (som oftest i tillegg til frihetsberøvelse). Det fremgår ikke tydelig at pasientene man forsøker å redusere tvang og *opplevelse* av tvang overfor allerede befinner seg i en ”total” tvangssituasjon, og at man ikke forsøker å redusere den grunnleggende tvangen/undertrykkelsen. Pasientene er i all hovedsak underlagt tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon. Det burde derfor problematiseres at det i en slik situasjon, med en slik maktubalanse, er så godt som umulig å få et reelt bilde av hva som er tvang og hva som er frivillighet, og at det sannsynligvis vil være store mørketall hva gjelder tvangsbruk i prosjektet (særlig i forhold til tvangsmedisinering).

De mener også at rammebetingelsene for prosjektet ikke er egnet til å gjøre noe grunnleggende med de forhold som fører til den omfattende tvangsbruken i norsk psykiatri. Det er behov for en grunnleggende debatt om ”psykiatriens ideologi”, menneskesyn, kunnskapsgrunnlag og behandlingsstrategi. Det er også behov for grunnleggende endringer, som innebærer noe annet enn å ”flikke på” et system som har grunnleggende feil ved seg.

Disse brukerrepresentantene var videre opptatt av at sinnelagsetikk ikke er tilstrekkelig. Det er ikke nok å ”ville det gode” å tro at man utfører ”det gode”, når det oppleves som krenkelser. De mente også at det er paradoksalt i at utøverne av krenkelser og overgrep, føler seg krenket av deres/pasienters/pårørendes opplevelser av krenkelser, og av deres kritikk, og at denne motsetningen også har kommet til uttrykk i referansegruppa og på seminarer.

De pekte videre på nødvendigheten av å lære av og ta i bruk erfaringer som viser at lav/ingen tvang er mulig. De fremhevet et konsekvent ikke-krenkelses- og menneskerettighetsperspektiv. I tillegg fremhevet de at personalet i langt større grad må presses til å dokumentere at alternative tiltak faktisk er utprøvd, slik at dette ikke bare blir talemåter. Det er også behov for bedre kontroll med rettsanvendelsen i praksis.

4.3 Syn på brukermedvirkning

Som beskrevet i pkt. 1.2 har brukermedvirkning ofte vært mindre til stede og mindre operasjonalisert i sykehusene. Et viktig aspekt ved BAT- prosjektet er dermed spørsmålet om mulighetene for økt brukerperspektiv og brukermedvirkning i akuttposter.

4.3.1 Personalets syn på brukermedvirkning

Mange ansatte stilte seg positive til vekten på brukermedvirkning og opplevde dette som en viktig og spennende utvikling innenfor psykisk helsevern. Det var ofte stor interesse for å høre om brukernes opplevelser av sin situasjon og av tvang. Brukerperspektivet og tanken om brukermedvirkning ble samtidig opplevd som noe nytt og annerledes enn den tradisjonelle hverdagen i akuttpostene, ”*Det er ikke slik vi tenker*. I noen situasjoner ble det uttrykt motstand mot brukerperspektivet. Noen mente at en slik tenkning ikke passet i akuttposter da ”*pasientene ikke er i stand til å inngå i samtale eller dialog*”. Det var heller ikke alltid ønske om at pasientene skal ha medvirkning når de var innlagt i en akuttpost. Det ble uttrykt motstand mot brukerbetegnelsen da de opplevde pasientbegrepet som bedre. I den første fasen gikk det derfor noe tid til å diskutere brukerbegrepet i prosjektet

Enkelte ansatte kunne også være engstelige for at brukermedvirkningen ville føre til økt arbeidsbelastning fordi dette vil føre til ”*økte forespørsler og krav fra pasientene*”. Noen mente at det å bruke tid og kommunikasjon i vanskelige situasjoner var for tidkrevende, eller for ”*dillete*” tilnærming til pasientene. Personalet la dermed vekt på arbeidsmessige aspekter.

Et annet motargument var at personalet i akuttpostene skal være *ekspert*er som innenfor de somatiske helsetjenestene. Posten og personalet skal tilrettelegge for tilbakemelding fra pasientene og inkludere disse i den individuelle behandlingen. Det var imidlertid ikke ønske om å inkludere brukerne ytterligere i postens drift. Personalet vurderte også muligheten for brukermedvirkning ut fra pasientens sykdomstilstand: ”*Det spørres hvordan pasienten er, hvor syk han er. Det virker vanskeligere ved en dårlig pasient*”, eller ”*Det må jo kunne gå an hvis pasientens tilstand tilsier det*” Mange opplevde det som vanskelig å få til et samarbeid med de dårligste pasientene: ”*Du må jo få til et samarbeid først, men som regel så går jo ikke det da. Noen ganger kanskje.*” Brukermedvirkning reiste derfor spørsmål om hvordan få til samhandling i vanskelige situasjoner og øke samarbeidet med pasientene ved å arbeide annerledes.

Et annet dilemma som ble reist var at vekten på personalkontroll og mindre brukermedvirkning ofte har sammenheng med problemet med manglende sykdomsinnsikt og samtykkekompetanse hos pasientene. I akuttposter hvor pasientene kan være dårlige, kan brukermedvirkning være vanskelig fordi personalet skal ivareta sikkerheten for pasienten og andre. Dette er et vanskelig vurderingsområde. I diskusjonen mente man samtidig at fokuset på manglende sykdomsinnsikt ofte er for ensidig og kan innebærer et for negativt syn på pasienten. Det ble hevdet at man ofte gjør for dårlige samtykkevurderinger i klinisk praksis. Dette kan føre til at man enten

undervurderer eller overvurderer pasienten. Det er derfor behov for å kvalitetsutvikle samtykkevurderingene dersom man skal kvalitetssikre tvangs- og kontrollbruken.

Personalet så etterhvert flere muligheter for i større grad å innlemme et pasient- eller brukerperspektiv i akuttpostene. Ut fra observasjonene synes brukermedvirkningsperspektivet likevel å stå i et spenningforhold til den paternalistiske kulturen i de lukkede postene.

4.3.2 Brukernes syn på brukermedvirkning i akuttpostene

Brukerrepresentantene støttet naturlig nok personalets streben mot økt brukermedvirkning i postene. De kom gjennom noen prosjektperioden med noen forslag til områder hvor personalet kunne videreutvikler brukermedvirkningsperspektivet.

En viktig forutsetning for brukermedvirkning som mange var opptatt av, og som vi skal utdype senere, er at personalet *ser* brukeren. Flere brukere mente at personalet i akuttpostene ofte var for opptatt av seg selv og ikke så brukeren. Personalet må bli langt flinkere til å spørre brukerne i forkant og ikke lenge etter en episode: *”De må være tidligere innpå”*. Det er også viktig at personalet i langt større grad jobber aktivt for å hente inn pasientenes synspunkter som metode i arbeidet, særlig fordi: *”som pasient er det lett å miste seg selv. Du blir dratt inn i alle retningslinjer – du får ikke lov til å si hva du vil, som for eksempel at du liker å gå tur. Det er en stadig utfordring å få beholde seg selv og sine grunnpillarer i livet.”*

I flere diskusjoner mente brukerrepresentantene at personalet blir for *”skråsikre”* på at deres syn og løsninger er de rette uten at de har snakket med pasienten, eller overhører pasientens synspunkter. Personalet er ofte for bastante, som eksempelvis i utsagn som *”medisiner må de ha”*, eller *”tvang er bra”*. Mange etterlyste en mer lyttende, ydmyk og spørrende holdning hos personalet. Noen mente at det er en tendens til at personalet tenker at *”pasientene skal lære, og personalet vet best”*. Noen mente at det er viktig å løse opp i denne tenkningen. Noen ganger er personalet lærer, andre ganger er de studenter og lærer av pasienten. Det trengs et mer dynamisk perspektiv på relasjonen.

Det kunne være vanskelig for brukerne å uttale seg konkret om hvor grensen for kontroll skal gå, da de aksepterte at personalet står i vanskelige vurderinger og dilemma når de skal ivareta pasienter som er dårlige. De aksepterte en viss grad av kontroll for å ivareta pasientene tilstrekkelig. *”De har riktig holdning og tenkning (...) Jeg fornemmer likevel at de styrer litt vel mye, at folk godt kan bestemme litt mer selv. Men det vet jeg ikke fordi det kan være at når folk er så syke, så er de nødt til å ha en viss styring for at det skal være trygt.”*

Flere mente imidlertid, som nevnt ovenfor, at personalet kan være for opptatt av å ha kontroll: *”Det virker som de er kjemperedde for å gi fra seg noe styring til pasientene altså”* Det kan virke som personalet er for redde for å inkludere brukerne i behandlingen: *”Brukerrepresentant 1: Ja, hvorfor er de så redde for å ta pasienten med. Det virker som at de da er helt på skråplanet med en gang, synes jeg. Da stopper det opp for dem. Brukerrepresentant 2: Man skulle egentlig tro at det å involvere seg i pasientens historie var veldig interessant og gjorde jobben mer interessant.”*

Det ble fremholdt at personalet kan undervurdere pasientenes evne til tenkning når de er syke: *“Og så er det at de ikke tror at vi kan tenke. Altså, de stoler ikke på det at selv om man er innlagt og innlagt på tvang, så tror man ikke at man har noen tanker. Man forsøker ikke å trenge inn til tankegangen. Man går automatisk inn og tenker som så at vedkommende er psykotisk, så da kan han heller ikke snakke. Det finnes ikke kontakt med virkeligheten. Men det brukere har sagt, er at man oppfatter virkeligheten i hvordan man blir mottatt (eksempel høflighet). Og når man så begynner å fungere så stoler man ikke på det heller. Så hele tiden blir vi umyndiggjort kanskje.”*

De mente derfor at økt brukermedvirkning i akuttposten krever at personalet i større grad anerkjenner pasientenes evne til rasjonalitet. Brukerne er ikke dårlige hele tiden. Det finnes derfor mange muligheter før og etter de dårligste periodene til å innhente deres tanker om behandlingsutformingen, også om tvang. Personalet i akuttpostene ser ofte brukerne når de er i en spesielt dårlig periode. De glemmer derfor lett mulighetene som ligger i de gode periodene. En brukerrepresentant var i mot sammenlikningen med somatiske tjenester fordi *"lidelsen sitter i hodet"*. Dette gjør at man må inkludere brukeren i behandlingen på en annen måte. Andre fremhevet at det er nyttig når personalet spør om hva som hjelper for deg. Da blir man tvunget til å tenke selv. Brukermedvirkning i akuttposten hadde slik sett en behandlingsmessig verdi slik det er fremhevet i litteraturen forøvrig (bla Sosial- og helsedirektoratet 2006, Ulvestad et al 2007).

4.4 Avslutning

Personalet i postene hadde ulike holdninger til bruk av tvang. De befant seg på et kontinuum mellom de som var motstandere av tiltaksplanens intensjoner og de som stilte seg positive til formålet om kvalitetssikret og redusert bruk av tvang. Det var likevel en generell tendens til en forsiktig og/eller ambivalent målsetting om å redusere tvang i alle postene. Brukerne var i utgangspunktet mer positive til tiltaksplanens ambisjoner, men varierte også i synet på tvang. De hadde ulike erfaringer med tvang. Flere hadde vonde erfaringer. Dette bekrefter andre studier som viser at selv om tvang kan ha positive konsekvenser for noen, er institusjonsintern tvang ofte høyrisiko-intervensjoner, som gjør at organisasjonen må ha høy bevissthet om denne bruken.

5 Foreslåtte alternativer til tvang

5.1 Innledning

I denne delen av rapporten vil vi presentere de mest sentrale alternativene som ble foreslått diskutert gjennom prosjektperioden på nettverksamlinger, i sykehusene og i andre møter og samtaler gjennom prosjektperioden. Kapitlet presenterer i hovedsak deltakernes refleksjoner og forslag til mulige alternativer til tvang, samt de utfordringer dette reiser for praksis. I vedleggene utdypes forslagene. I neste kapittel vil vi så utdype de intervensjonene som ble utprøvd i postene.

Ikke alle alternativene er utprøvd i praksis. Diskusjonene er likevel viktige fordi de belyser det landskap av muligheter som personalet og brukerne ser for seg i dag. Dette synliggjør noen områder og tema for videre fagutvikling, forskning og intervensjonsstudier.

Som det vil fremgå av prosjektenes utforming, var deltakerne og de foreslåtte intervensjonene i en stadig utviklingsprosess. Dette gjenspeiler BAT- prosjektets eksplorative og læringsorienterte karakter. Sykehusene ble gjensidig inspirert av hverandre og brukerne på samlingene. Dette førte til endringer i prosjektets utforming eller til at nye momenter ble innvevd underveis.

Følgende diskuterte alternativer beskrives:

- Forebygging av tvang
- Mer anerkjennende menneskesyn og omsorgfull behandlingsrelasjon
- Fra korrigerende grensesetting til individuell behandling
- Endret skjermingsfilosofi med vekt på stimulimodulering og aktiv behandling
- Økt vekt på aktiviteter og en aktiv pasientrolle
- Økt vekt på håp, mestring og recovery i et langvarig perspektiv
- Økt inkludering av brukerperspektivet i Compliance-tradisjonen
- Mer nyansert tenkning om vold og sikkerhet
- Å bruke tid og minst mulig inngripende tiltak
- Unngå unødig bruk av fysisk makt
- Økt vekt på relasjon, kommunikasjon og trygghet
- Gode og hensiktsmessige lokaler
- Review og debriefing
- Redusert tvangsmedisinering

I likhet med internasjonale erfaringer viser BAT-prosjektet at spørsmålet om tvang og alternativer må sees i et organisatorisk perspektiv (Visalli og McNasser 2000). Dette vil bli utdypet senere i rapporten. Alternativene vil bli utdypet ytterligere når vi ser på utprøvningsfasen i postene. Kapitlene må derfor sees i sammenheng for å få et fullstendig bilde av alternativene.

5.2 Forebygging av tvang

Innenfor den internasjonale litteraturen har man fremhevet viktigheten av et forebyggende perspektiv for å unngå tvangsbruk (pkt.1.2, Huckshorn 2004, Norvoll 2008: pkt.3.4). Forebyggingsperspektivet ble også opplevd som viktig av personalet og brukerrepresentantene i BAT-prosjektet, og det var det første området som det var konsensus om. Noen ansatte fremhevet at dette perspektivet gir en ny og svært viktig dimensjon til arbeidet i forbindelse med tvang.

Det forebyggende perspektivet var viktig for å åpne opp mulighetene for å finne alternativer for personalet. Personalet fremhevet viktigheten av å få økt kunnskap om hvordan man kan forebygge tvang og å synliggjøre hvilke alternativer man da kunne benytte. Kunnskap og synliggjøring blir sentralt. I dette punktet skal vi utdype noen forebyggende tiltak som ble fremhevet. Alle øvrige tiltak som blir diskutert i kapitlet, kan også benyttes i forebyggende hensikt.

5.2.1 Å se forebygging av tvang i et lengre tidsperspektiv

I den innledende fasen ble det tydelig at det er viktig å kunne se forebygging av tvangssituasjoner i et lengre tidsperspektiv enn vanlig fordi akuttpostkulturen ofte er her og nå – orientert (Vatne 2003, Norvoll 2007). Dette innebar særlig to forhold:

Å forebygge tvangssituasjoner ut fra et lengre årsaksforløp

Et eksempel på dette er ansatte som startet ut i prosjektet med å si at ”*Sorry, men jeg ser ingen muligheter for å unngå tvang*” (som belter). I diskusjonen viste det seg ofte at de hadde et kort tidsperspektiv på situasjonen. De så kun for seg situasjonen hvor de stod i den fysiske kampen med pasienten. I den tilspissede situasjonen er det vanskelig å se noen annen utvei. Når man utvidet perspektivet til å se på situasjonen som et forløp over lenger tid, åpnet det seg opp flere muligheter for personalet. Dette aspektet gjenspeiles i en vurdering av en ansatt om hvordan man har oppnådd tvangsreduksjon: ”*Jeg tror vi er flinke til å se på årsak, altså hvorfor gjør han det? Det er viktig, det tror jeg mange glemmer. Man ser på det som skjer der og det som skjer etterpå, man glemmer handlingsforløpet.*” Flere brukere var enige i vurderingen. De viste også til at for mange pasienter kan opplevelser av krenkelse og uverdigg behandling i innleggelsesprosessen skape uro og sinne som leder til tvangsbruk inne i sykehuset.

Å forebygge tvang ut fra pasientens livssammenheng

Brukere som hadde mer langvarige lidelser og erfaring med tvang, mente at det er viktig å se forebygging av tvang ut fra pasientens videre livssammenheng. Akuttpostene kan ofte ha for kortsiktig og snevert perspektiv på behandlingen. Det er viktig å vurdere tvangsbruk og forebygge tvang ut fra et bredere perspektiv. Et eksempel er en bruker som fortalte at forebygging av tvang overfor henne allerede starter med å avlaste hjemmesituasjonen, slik at man reduserer stressfaktorer som utløser problemer som igjen leder til tvang. Det ble fortalt at Bruker Spør Bruker-undersøkelsene i Sør- Trøndelag viser at bolig er et viktig tvangsforebyggende tiltak.

Brukerrepresentantene mente også at viktige tiltak for å forebygge tvang er flere lavterskeltilbud som eksempelvis tilbud om ”hjemmevakt” og bedre tilbud om ekstra oppfølging i helgene i kommunene og ved DPS. Det kan gjøres avtaler med DPS slik at man unngår tvangsinnleggelse.. Flere mente at det er for lite samarbeid mellom de ulike tjenestenivåene om langsiktig behandling. Dette bidrar til å øke tvangsbruken og forhindre arbeidet med å finne alternativer til tvang. En bruker fortalte at hun hadde god hjelp av å innebygge kriseløsninger i individuell plan..

I likhet med beskrivelser til personalet i andre studier (bla Norvoll 2007), påpekte flere brukere at manglende tilgjengelighet til akuttposter kan øke tvangsbruken fordi man innlegges på tvang for å bli sikret plass. En brukerrepresentant fortalte at hun hadde blitt tvangsinnlagt som resultat av administrative hensyn for å sikres plass i akuttpostene til tross for at hun ville innlegges. Denne administrative bruken av tvang, bidro til å skape unødig belastning. Bruk av tvang på grunn av mangelfullt frivillig døgntilbud kan også føre til at pasienten må sykeliggjøres og farliggjøres for å få innleggelse overhodet. Dette kan igjen øke tendensen til å bruke tvang internt i akuttposten. Det ble foreslått at sykehusene, DPS og/eller kommune heller går inn i samarbeid med brukeren om planlagte innleggelse når de kjenner at ”*nå bygger det seg opp*”.

5.2.2 Å forebygge konflikt

I likhet med funn i den internasjonale litteraturen (pkt.1.2 , Norvoll 2008: pkt.3.4), fremhevet både personalet og brukerne at konflikt kan være en viktig årsak til tvangsbruk i postene. Alle mente derfor at det er viktig at man forebygger tvang gjennom å redusere faktorer som øker krenkelse, frustrasjon og konflikt med pasientene.

Et av de første og viktigste momentene i prosjektet som personalet og brukerne var opptatt av, og som vi skal utdype senere, var betydningen av personalets væremåte og kommunikasjon med pasienten. De påpekte også at akuttpostens organisering, som sterk vekt på husregler, manglende tilgjengelighet og trege beslutningssystemer, kan bidra til å skape unødig konflikt og tvangsbruk (jf. Norvoll 2007). Som i dette sitatet fra et gruppeintervju:

Ansatt: Det kan jo skje, særlig på natt, hvor noen har veldig strenge regler at da skal alle være på rommet. Det er veldig sånn. Noen er veldig firkantet på det og da provoserer jo ofte dette frem mer konfliktsituasjoner enn de som kan være litt mer fleksible og kunne tillate en viss, hva skal man si, omgåelse av reglementet innen visse grenser da, innenfor det som er rimelig (uhm : i bakgrunnen fra de andre). Forsker: Er det noe man kunne gjort annerledes for å forebygge? Ansatt: Det går mye på rom og tranghet og panikk. At det er nok personale ute i miljø. Det hjelper mye, det har i hvertfall jeg erfart. Da blir pasientene tryggere, når de får tak i folk når de vil, i stedet for å stå å vente i timer så blir de utålmodige, Vente, vente.

I tillegg vektla de fleste personalet betydningen av kompetanse og ferdigheter til å løse konflikt og vanskelige situasjoner på andre måter enn gjennom å bruke tvang. Dette ble derfor et viktig tema i undervisningsoppleggene (jf. pkt. 6.8).

Hvordan ser de på oss?

- Kan vi finne et annet språk, andre ord? Eksempel grensesetting og “korrigere uønsket atferd?”
- Omsorgsperspektivet: “ Å skape tillit til at man kan stole på personalet og at de bryr seg.”
- Stoppe raden av krenkelser

En brukers perspektiv på behandlingstenkningen

- Hva er målet for behandlingen? Se dette i forhold til livet utenfor
- Fokus på læring og mestring
- Kartlegge psykiske belastninger
- Finne pasientens sårbarhet
- Praktisk problemløsning

Individuell behandling

- Opplevelser av tvang og det som virker er subjektivt og individuelt
- Fleksibilitet viktig
- Tett oppfølging evt.
- Man blir behandlet som en “masse” – det er feil
- Kartlegge hva som hjelper den enkelte: Hvordan ønsker du det? Hva kan vi gjøre? Hva kan du gjøre (ressurser)?
- Innbygge det i individuell plan eller avtaler

Kommunikasjon

- Mer dialog, ta hensyn til pasientens ønsker
- Bli lyttet til, tatt på alvor, respektert
- Kommunikasjon kan oppleves tids- og ressurskrevende, men man tjener det inn i ettertid i form av tillit, samarbeid og læring
- Finne et annet fokus: Gjøre en aktivitet el.

- Være i fellesskapet på en beskyttet måte
- Avverge tvangssituasjonen i forkant
- Gjøre avtaler om oppfølging etterpå
- Planlegge innleggelse tidlig “*når det bygger seg opp*”
- Lavterskeltilbud i kommunen/DPS
- Tilbud om samtalebehandling ute
- Unngå farliggjøring og sykeliggjøring for å komme inn i akuttposten

Tvangsmedisinering

- Ulike oppfatninger hos brukerne om medisinering
- Finnes det alternativer til medisinering?
- Kan man tilstrebe mer fleksibilitet?
- Å la pasientene medvirke i egen medisinbruk i samspill med alternative mestringsstrategier
- Undervisning og informasjon

Figur 4: Brukerrepresentantens forslag til alternativer til tvang på andre nettverksamling.

5.3 Alternativer har sammenheng med menneskesyn og behandlingsfilosofi

I likhet med den internasjonale litteraturen (Norvoll 2008; pkt. 3.5), ble det tidlig klart at spørsmålet om alternativer til tvang har nært sammenheng med menneskesynet og behandlingsfilosofi. Dypst sett gjenspeiler bruk av tvang og mulige alternativer til tvangsbruk grunnleggende syn på mennesker med psykiske lidelser, årsaker til deres lidelse, hva som hjelper for de psykiske problemene og behandlingsmål. Dette så man eksempelvis ved ulike behandlingsfilosofi ved selvskade som påvirket tvangsbruken i postene, og i ulike syn på miljøterapiens innhold. I tillegg omhandler ofte alternativer til tvang en styrking av behandlingsoppfølgingen mer generelt.

5.3.1 Behov for videreutvikling av akuttpostenes behandlingsfilosofi

En viktig side ved BAT- prosjektet har dermed vært diskusjonene om hvilken behandlingsfilosofi som bør legges til grunn for innholdet i akuttpostene, særlig miljøterapi. Prosjektet er ikke behandlingsforskning. Diskusjonen viser likevel mulige utviklingsområder for å videreutvikle behandlingstenkningen og kunnskapsgrunnlaget til miljøterapien. Dette kan bidra til å styrke innholdet i akuttbehandlingen.

Diskusjonene påpekte særlig behovet for å utvikle et mer anerkjennende syn på pasientene, endring av tenkningen om grensesetting og skjerming, samt innføring av et lærings- og mestringsperspektiv og/eller recoveryperspektiv på behandlingen i akuttposten. Disse endringene innebærer en endring mot en mer aktiv miljøterapi og vekt på individuell behandling for å unngå unødig tvangsbruk.

5.3.2 Å bli sett og hørt; mer anerkjennende og omsorgsfullt syn på pasientene

I likhet med prosjektet som omhandler alternativer til tvang ved psykisk utviklingshemmede (Ellingsen et al 2002), finner vi at alternativene ikke *bare* omhandler konkrete teknikker eller metoder. Det handler også om det grunnleggende pasientsynet i akuttpostene og kvaliteten på behandlingsrelasjonen mer generelt.

Å bli sett og hørt som et menneske

Brukerne fremhevet tidlig viktigheten av å bli sett og hørt som en grunnleggende forutsetning for å finne alternativer. Som en brukerrepresentant sier: *"Når jeg blir lagt inn er det som at personen Hans blir borte. Ved tvang så glemmer personalet helheten ved mennesket fordi man er så fokusert på her og nå."*

I likhet med brukere i andre brukerundersøkelser fra sykehus (Norvoll 2008: pkt. 3.5.1), fremhevet flere brukere at akuttpostene i for stor grad ser på pasientene som *"symptomer, som "tilfelle" eller "kasus"*. De ønsket heller *"å bli tatt med som menneske i behandlingen"*. Det er viktig å bli sett på som et individ og ikke bare sykdom: *"Uansett hvor syk du er, at du blir sett på som et individ. Det ser jeg går veldig mye igjen her (i prosjektet), og det tror jeg faktisk er kjempe, kjempe viktig. Du er mer enn sykdommen, selv om du er kjempe kjempe syk, så er du det."* Flere mente at akuttpostene la for ensidig vekt på medisiner som behandlingsstrategi, *"Vi er mer enn å dempes ned på medisiner"*. Dette fører til at personalet i akuttpostene for lett fokuserer på ulike former for tvangsmedisinering som løsning av eksempel angst, psykose og uro.

Brukerne fremhevet dermed viktigheten av å se helheten ved mennesket, inkludert deres ressurser som voksne mennesker, når de vurderte vedkommendes psykiske problemer og behandlingsbehov: *"Dette er et menneske som har familie, vært i jobb osv."*. De mente at akuttpostene fokuserer for lite på hvordan det er å leve ute. *"Sykehuset må lære oss å leve utenfor sykehuset. Det er naturlig å leve utenfor. Legene må se at det finnes et dagligliv utenfor."* Det snevre menneskesynet kan føre til at personalet også glemmer at pasientene kan mestre. De ser ikke svingningene i mestringen og tar ikke hensyn til dette i arbeidet og bruk av tvangen.

Noen brukere forteller at de samfunnsmessige fordommene mot personer med psykiske lidelser kan være smertefullt fordi det skaper avstand. De mente også at dette gjenspeiler seg i personalets holdninger som ofte skiller for skarpt mellom *"oss og de"*, i stedet for å se at de selv kunne hatt problemer om de hadde samme bakgrunn.

Brukerne mente at disse aspektene ved menneskesynet er viktige på tvangsfeltet fordi et for snevert menneskesyn øker opplevelsen av behandlingen og tvangen som negativ. I tillegg gir det fare for at tvangen utløser et symptomorientering for å legitimere tvangsbruken.

Behov for en mer anerkjennende tilnærming til pasientene

Personalet og brukerne fremhevet behovet for en endring av pasientsynet i akuttpostene til mer anerkjennende tilnærminger til pasientene. Denne endringen er også nødvendig for å styrke brukermedvirkningen i behandlingen.

Flere brukere fortalte at tendensen til å bli møtt på en pessimistisk og lite anerkjennende måte kan forverre den psykiske lidelsen: *"Det er vondt å bli sett på som farlig og skremmende når du er så deprimert at du knapt kan gå."* Flere brukere påpekte at det underliggende negative menneskesynet i akuttpostene kan vanskeliggjøre en positiv dialog og samarbeid. Personalet må i økende grad *"anerkjenne pasientens virkelighetsforståelse og forklaringsmodeller"*. Brukerne kan ha ulike syn, for eksempel på psykisk lidelse, men dette har også fagfolk.

Som i annen forskning (bla Hubble et al 1999), vektla brukerne ofte viktigheten av de generelle aspektene ved behandlingsrelasjonen. Dette er forhold som omsorg og ekte nærhet. Det å være genuint interessert blir ansett som særlig viktig. Personalets personlige egnethet til å arbeide med mennesker med psykiske lidelser blir dermed sentralt og mer overordnet enn noen undervisningstimer. Kvaliteten ved behandlingsrelasjonen er også sentralt ved tvangsbruk. *"Det jeg synes er bra, er fokuset (i prosjektet) på at det første møtet med pasientene skal skje på en*

verdig og bra måte. Jeg er veldig enig med at det er der fokuset må være. Det er i gåsetegn "behandlingen", å møte folk på en all right måte."

5.4 Fra korrigerende grensesetting til individuell behandling

Som det fremgår av beskrivelsene av de lokale prosjektene i forrige kapittel, tok flere sykehus utgangspunkt i annerledes håndtering av grensesettingssituasjoner som alternativ til å forebygge tvang. Grensettingsmetoden er viktig av to årsaker. Den kan ofte være en forhindring for brukermedvirkning (jf. Vatne). I tillegg mente personalet, i likhet med funn i andre studier (jf. Norvoll 2008: 3.5.5, Vatne 2003), at grensesetting og korrigerende av pasientenes atferd kan utløse konflikter som leder til tvang og skader på både pasienter og personalet.

Tenkningen om grensesetting som sentral metode innenfor psykisk helsevern har lang historisk tradisjon innenfor sykehusene (Vatne 2003), og har blitt ansett som en viktig del av akuttpostenes miljøterapi sammen med skjerming (jf. Vaglun et al 1984, Norvoll 2007). Den tradisjonelle grensesettingsteorien har ofte vektlagt korrigerende av avvikende atferd som et viktig behandlingsmål. Grensesettingsmetoden har ofte blitt understøttet av en regelbasert arbeidsorganisering hvor bruk av husregler, restriksjoner og avtaler er sentralt.

I prosjektet mente flere av personalet at grensesettingsteorien legger for ensidig på fokus avvikende atferd og korrigerende av atferd. Den har for lite helhetlig og anerkjennende tilnærming til pasientene. De mente, i likhet med flere brukere, at en ensidig korrigerende tilnærming kan bidra til å øke konflikter og skape tvangssituasjoner fordi grensesettingssituasjoner lett eskalerer. For å redusere konflikt og tvangsbruk ved grensesetting er det viktig å se på på personalets atferd i møte med pasientene. De mente det er mulighet for å unngå tvangsbruk ved en annen tilnærming i relasjonen og møte med pasientene.

Flere opplevde også den pessimistiske tenkning om pasientene i postene som en motsetning til mer humanistiske og omsorgsfulle tilnærminger. De opplevde det som belastende å arbeide på en lite anerkjennende måte, og de hadde etiske betenkeligheter med at pasientene ble snakket til på en krenkende og degraderende måte. Dette hadde ført til at noen vurderte å slutte i arbeidet i akuttposten. Å få til utvikling på dette området ble dermed fremhevet som viktig.

5.4.1 Brukernes syn på grensetting

På samlingene ble flere brukerrepresentanter overrasket over personalets sterke vekt på grensesetting som behandlingsfilosofi, *"Er det slik de tenker om oss!"* Mange stilte seg negativ til grensesettingsfilosofien fordi denne tenkningen minnet om et syn på pasientene som *"dyr som skal dresseres"*. De opplevde også at uttrykk som *"korrigerende uønsket atferd"* gir assosiasjoner til at personalet driver med dressurkurs. De mente videre at grensesettingsfilosofien inneholdt for sterkt *"oppdrager-fokus"*, og at man lett glemmer at pasientene er voksne mennesker selv om de har psykiske problemer. En bruker sa: *"Jeg kan tåle å bli korrigert, men ikke oppdratt"*. De reagerte dermed mest på det underliggende pasientsynet, ikke nødvendigvis på tilbakemelding på sin atferd. *"Justeringer må vi ha, det må vi ha ellers."* Brukerne stilte også spørsmål om hva som skal regnes som uønsket atferd og hvem som skal ha rett til å definere dette.

Noen mente derfor at personalet fortsatt la for stor vekt på grensesetting som metode i undervisningsoppleggene. Brukerne hadde generelt mindre tro på læringspotensialet ved grensesetting enn personalet. De mente det var viktigere å diskutere med pasienten om hva som

utløser situasjonen. En slik tilnærming vil i større grad bidra til at både personalet og pasienten lærer noe viktig som kan benyttes senere. Personalet bør også se etter andre ord og behandlingsbegrep som i større grad innlemmer et voksent og normalt menneskesyn enn grensesetting og korrigerende. En brukerrepresentant foreslo for eksempel at det kan være bedre å si at personalet *”griper inn og hjelper meg når jeg er naken”*, enn å si at man korrigerer atferden.

Brukerne fremhevet også at *måten* grensesettingen blir utført på, er viktig for om grensesetting blir opplevd negativt og krenkende. De støttet dermed personalets vekt på utførelsen, selv om de stilte spørsmål ved selve metoden. De mente at det er mange mellomløsninger i grensesettingssituasjoner, for eksempel når noen kommer naken ut i posten. Grensesetting kan løses opp i ulike tiltaksformer som justeringer, veiledning, rådgiving og undervisning. Selv om det å forklare for pasienten er slitsomt, vil man få igjen for dette over tid. Det er viktig at grensesettingen underbygger opplevelsen av at personalet bryr seg om en, og at det ikke er straff. *”At de vil deg vel og at man derfor kan stole på dem”*. Brukerne mente at noe av problemet med dagens praksis er at det er: *”...ingen dialog i det hele tatt. Pasienten protesterer vilt og blir ikke tatt hensyn til i det hele tatt”*.

Brukerne fremhevet videre at personalet i for liten grad setter grensesettingen inn i en større faglig og brukerrettet sammenheng: *”Hva vil man med grensesettingen? Hva vil man oppnå? De mente at det er viktig å få med pasientene i vurderingen av grensesettingssituasjonene. ”Grensesettingen skal ha verdi for brukeren”*. Dette gir pasienten mulighet for å få en mer positiv sosial rolle. Den stadige vekten på korrigerende og nektelse fører ofte til avmakts- og frustrasjonsfølelse.

Flere brukere mente at grensesettingssituasjoner ofte var kjennetegnet ved at de *”underordnet seg for å komme noen vei”*, uten at dette hadde behandlingsmessig verdi. Noen brukere fortalte at de hadde savnet informasjon om hva som skulle skje og hva som var viktig. Det kunne være en stor belastning å bare få beskjed om å holde seg på rommet rett etter innkomst, for deretter å bli overlatt til seg selv alene med kun *”vent”* til svar av personalet. Dette kunne virke som utstøtning og mangel på omsorg.

5.4.2 Mot mer fleksible og individuelle løsninger

Gjennom prosjektet ble det økt konsensus hos personalet om at grensesettingsmetoden må endres, selv om de fortsatt bruker begrepet. Mange mente at autoritær og respektløs korrigerende kan skape belteleggingssituasjoner fordi pasienten blir redd, sint eller mistet tilliten til. Disse følelsene kan føre til *”utagering”* (eksempelvis spark og slag og kasting av møbler). Stivbenthet og krenkelser kan føre til store episoder.

Personalet ble i økende grad enige med brukerne om at man ofte bruker for harde virkemidler i forbindelse med grensesetting, og at det er mulig å benytte mer lempeligere tilnærminger som aktiviteter, tett oppfølging, tid og kommunikasjon. Disse vil bli utdypet senere i kapitlet.

Personalet mente også, i likhet med brukerne, at man i for liten grad innlemmer individuelle faglige vurderinger i grensesettinger basert på generelle husregler. Hva vil man eksempelvis oppnå behandlingsmessig med detaljerte røykerestriksjoner, eller at *”alle skal legge seg kl. 2300 basta ellers...”*. Personalet mente at det i større grad må stilles spørsmål om disse grensene har en behandlingsmessig betydning for akkurat denne pasienten. Mange mente derfor at er nødvendig med langt større grad av profesjonelle faglige vurderinger av slike regler.

Ønsket om å endre grensesettingstenkningen førte økt vekt på endring av postkulturen i mer anerkjennende og brukermedvirkende retning. I tillegg ble flere poster opptatt av å redusere rigide husregler og restriksjoner for å unngå et unødig konfliktskapende miljø. Personalet ønsket å gå fra

en ”vokterrolle” til en mer aktiv profesjonell behandlingsrolle i miljøterapien: ”*Vi må være mer medhjelpere enn voktere*”. De ville derfor redusere den tradisjonelle vekten på husregler i miljøterapien. Som ledd i dette endringsarbeidet var det viktig å endre personalets tenkning om at ”*alle skal behandles likt*” for å unngå at pasienten splitter eller manipulerer personalet. I flere poster ønsket man legge større vekt på individuell behandling hvor faglige begrunnelser for den enkelte pasient skal styre behandlingen. Det må også vurderes mer grundig hvilke alternativer til tvang som kan være til hjelp for den enkelte pasient.

5.4.3 Dilemma ved endring av grensesettingsmetoden

I diskusjonen om endring av grensesettingsmetoden ble det reist flere dilemma av personalet på samlingene og i postene.

I diskusjonene viste det seg at personalet ofte relaterte grensetting til ”blamering” og belastning for medpasienter. En viktig diskusjon i forbindelse med endring av grensesettingsmetoden, var derfor spørsmålet om hvordan man da skal håndtere pasientens problemer med sosial fungering i posten. Flere mente at den avvikende atferden i ettertid kan føre til sosial skam, ”blamering”. Dette aspektet ble også benyttet som motargument mot alternative arbeidsformer: ”*Skal vi tillate at de blamerer seg da?*” Brukerne påpekte på sin side at det ofte finnes mer lempelige og respektfulle måter å løse problemene på enn nåværende praksis (pkt.5.10.1).

I likhet med funn i andre studier (bla Jönsson 1998, Norvoll 2007), har bruk av tvang og skjerming ofte sammenheng med spørsmålet om hvordan man skal ivareta den sosiale orden i posten på en god måte. Grensesettingsmetoden berører på samme vis spørsmålet om hvordan man skal balansere hensynet til orden i posten og individuelle ønsker. I diskusjonene fremhevet noen ansatte at endring mot mer anerkjennende og fleksible tilnærminger forutsetter en større ”*toleranse for galskap*” og uro i posten. I en post fremhevet man at innføring av tenkningen om ”*man må få lov til å være gal i en akuttpost*” hadde vært viktig for å redusere grensesettings- og tvangsbruken i posten. Noen mente at det er en tendens til å overdrive medpasienters opplevelse av belastning ved avvikende atferd og uro. Det å være vitne til hardhendt behandling og grensesetting kan være vel så belastende (jf. pkt). Noen brukere mente også at personalet må øke toleransen for negative følelser: ”*Det er jo derfor man er der, fordi man føler seg dårlig.*” I flere situasjoner bør dermed personalet fokusere mer på avlastning enn korreksjon. Det var imidlertid enighet om at man må gripe inn ved fare for skade eller sterk aggresjon.

Noen brukere og ansatte mente at uheldige grensesettingsformer ofte gjenspeiler personalets problemer med å forholde seg til aggresjon og negative følelser hos pasienten. Nå er det lett at personalet reagerer spontant fordi negative følelser kan være ”*en bøyg for dem*”. Personalet kan ofte streve med å komme i forkant i slike situasjoner (jf. Donati 2000). Personalet i postene bekreftet at møte med sinne og aggresjon ofte er vanskeligst å stå i uten å trekke seg unna: ”*når pasienten skriker deg opp i ansiktet, hva skan man da gjøre?*” Det er derfor viktig å styrke personalets kompetanse slik at de klarer å analysere og forholde seg til negative følelser på en god nok måte. Å løse slike situasjoner på en måte som støtter oppunder gjensidig sunne relasjoner og som fører til konstruktive løsninger for begge parter blir da viktig (jf. Visalli og McNasser 2000).

Det var imidlertid en stadig diskusjon i noen poster om hvorvidt en mer strukturert, rigid og kontrollorientert post fører til raskere behandlingseffekt enn fleksibel tilnærming. Her skilte personalet seg i vurderingene.

5.5 Endring av skjermingsfilosofi

Skjermingsmetoden vokste frem i løpet av 1970-tallet, og ble fra 1980-tallet en av de mest sentrale metodene innenfor akuttpostene (jf. Norvoll 2007). Til tross for metodens utstrakte bruk er det i dag fortsatt uklarerhet om begrepet skjerming. Metoden organiseres også noe ulikt i sykehusene. Den behandlingsmessige begrunnelsen for skjerming har ofte vært knyttet til tenkningen om stimulireduksjon, struktur, og/eller støtte (jf. Vaglum et al 1984, Gunderson 1978). I de senere årene har skjermingsmetoden vært under økende debatt som tvang. På samme vis er skjerming ulikt organisert i akuttpostene som inngår i prosjektet, og de har ulike type skjermingslokaler. Alle postene var innledningsvis preget av den tradisjonelle skjermingsfilosofien, men noen stilte nå spørsmålsteget ved flere elementer ved denne.

I BAT-prosjektet var skjerming en av de mest diskuterte tvangsformene. Flere poster, og særlig Reinsvoll og Valen sykehus, var som beskrevet i kapittel 3 opptatt av å se på hvordan man kan redusere tvangsaspektene og styrke de terapeutiske aspektene ved skjerming. Reinsvoll var spesielt opptatt av å se om økt brukermedvirkning under skjerming kan redusere pasientenes opplevelse av skjerming som tvang. På de to første samlingene fikk innleggene til Reinsvoll om ny skjermingsfilosofi stor betydning for de andre postene. Den førte til at flere akuttposter raskt begynte å utprøve og tilrettelegge for ny skjermingspraksis.

4.8.1 Skjermingsfilosofien til Reinsvoll

Skjermingsfilosofien til Reinsvoll er utdypende beskrevet i lokal rapport og kommende artikkel i Tidsskrift for psykisk helse. Her presenteres kun noen viktige hovedmomenter. En viktig bakgrunn for endringen av skjermingspraksis ved Reinsvoll var, i følge ledere og personale, den økende misnøyen med den tidligere skjermingspraksis. Denne ble opplevd som for passiv i oppfølging av pasientene, for rigid og vokterpreget. I tillegg ble pasientene ofte skjermet ukevis uten refleksjon eller skikkelige kriterier for hvorfor de ble skjermet. Mange i personalgruppen opplevde at skjermingsmåten var inhuman og uetisk, og at de ”drev med overgrep” mot pasientene. I tillegg mente stadig flere at det innestengte rommet bidro til å øke uroen og konfliktnivået mellom personalet og pasientene. Dette ble forsterket av et tregt beslutningssystem som førte til stadig venting for pasientene (jf. også Norvoll 2007). Personalet opplevde også at de i for liten grad fikk brukt seg selv på en profesjonell måte innenfor skjermingsorganiseringen:

Personalet ville ikke ha det slik lenger, ”å være vokter uten innhold”. Å bare sitte der, det var jo folk som sluttet av det. Det har kommet flere folk med utdanning (...). Men når man har fått mer kunnskap, så vil man ikke sitte utenfor en dør med en pasient på innsiden, sint og frustrert og lei seg, og ser ikke noen mening med å være der og har det helt jævli. Og sånn vil du ikke jobbe. Du skal jo jobbe for pasienten. Å sette seg inn i situasjonen og tenke at sånn er ikke menneskelig. Så når kunnskapen øker, så tenker man at sånn kan man ikke ha det, man er nødt til å gjøre noe med det. Det gjør at man blir litt seriøst interessert i at det må skje noen forandringer, at man vil at skjerming må bli annerledes” Og at man har en ledelse som er med på at her må man prøve noen nye ting.

Dette førte til et utviklingsarbeid som var initiert og understøttet av ny overlege og avdelingsledelse i samarbeid med personalet.

En viktig målsetting for videreutviklingen av skjerming ved Reinsvoll og Valen var å redusere pasientenes opplevelse av skjerming som fengsel og straff (jf. kap.3). For å redusere den negative tvangsopplevelsen, vektlegger den nye skjermingsfilosofien ved Reinsvoll følgende momenter:

- Kortere varighet av skjerming
- Skjerming innebærer at man ikke er i miljøet, men at man kan gjøre alt mulig annet. Pasienten kan imidlertid være noe ute i posten med personalet om mulig.
- Pasienten blir ikke bedre av kun ”å bli puttet inn på et rom”. Skjerming skal ha et innhold, ikke bare oppbevaring.
- Man må oppheve de kraftige skillene mellom skjermingsrom og posten. Det er ingen undergang at pasienten går ut av skjermingsrommet. Dette er heller ikke grunnlag for å benytte fysisk makt for å få pasienten inn på rommet igjen.
- Å gå fra rigid til fleksibel og individuell utformet skjerming for den enkelte pasient.
- Tett oppfølging og nærvær av personalet i stedet for en passiv vokterrolle. Tilgjengelighet til personalet ved behov. Økt vekt på å gjøre noe sammen med pasientene.
- Det finnes andre måter å håndtere uro på enn å være inne på rommet. Personalet må skille frustrasjon over skjermingsopphold fra indre aggresjon som krever andre tiltak. Personalet må differensiere urolig atferd og sette inn fagkompetanse ved den enkeltes problem.
- Fokus på strukturerte aktiviteter inne og særlig utenfor skjermingsrommet som alternativ til uro og angst. Dette skal bidra til å løse konflikter når pasienter klager over innesperring og passivitet. Passivitet skaper maktkamp og frustrasjon som kan lede til belter.
- Det er viktig å ha et stabilt og kompetent personale som kan se ting nyansert og forskjellig. Disse vil ofte kunne skape god trygghet i situasjonene.
- Personalet må ha vilje og evne til å se det fleksibelt da rigide ofte vil forsvare seg hele tiden.
- Ledelse og personalet jobber tett sammen i vanskelige situasjoner.
- Ved de dårligste pasientene går flere personale inn i situasjonen slik at pasientens ønsker kan gjennomføres trygt, og at man løser situasjonen uten tvang og fysisk makt. Det allokeres tilstrekkelig personale til skjermingspasientene til enhver tid ut fra tanken om at dette er de dårligste ”intensivpatientene” som man må prioritere å benytte personalressurser til.

Personalet ved Reinsvoll fortalte at de begynte i det små med å ta pasientene ut på turer i stedet for å ha dem inne på skjermingsrommet, og så akselererte utviklingen mer og mer. De forteller at dette resulterte i at uroen inne på skjermet ”forsvant over natta”. Slossing og antall utageringer i form av slag og spark mot personalet, kasting av møbler samt kjefting gikk merkbart ned.

Akuttposten ønsket å videreutvikle skjermingsfilosofien ved å øke brukermedvirkning på skjerming. De ville da innføre en praksis hvor de i større grad spør om skjermingspasientenes ønsker, og imøtekommer disse så langt det er mulig. De mente at det er nødvendig å fokusere annerledes i møte med pasienten og utvikle mer positive kommunikasjonsformer: ”Ikke begynne med å si nei, men svare med et ja, vi kan se hva vi kan få til”. Det er viktig at man i større grad forsøker å finne mellomløsninger: ”Pasienten må være på tvang, men vi lytter til dem, gir dem valgmuligheter, tar dem med på råd og vektlegger god kommunikasjon”. Pasienten skal være med i behandlingsplanutformingen gjennom spørsmål som: Hva kan hjelpe deg? Personalet mente at pasientene, til tross for uro og aggresjon, godt kan være med å bestemme i behandlingen og tas med på råd. Dette kan også virke konfliktdempende, redusere aggresjon og uro og derigjennom tvangen. Personalet mente at det å lytte til og inkludere ønskene signaliserer noe til pasienten: ”Vi tar vare på deg, du skal få lov til å oppleve litt”.

4.8.2 Diskusjon av den nye skjermingsfilosofien

På samlingen diskuterte man om det sterke fokuset på aktivitet under skjerming ved Reinsvoll innebærer at de egentlig hadde forlatt skjermingsmetoden, da skjerming innebærer stimulireduksjon. Reinsvoll hadde valgt å opprettholde skjermingsbegrepet fordi pasientene fortsatt ikke har fri tilgang til miljøet. For noen pasienter er stimulireduksjon også et sentralt element for en viss periode. Det synes imidlertid som at skjermingstenkingen likner

internasjonale bidrag som har gått fra vekt på stimulireduksjon til stimulimodulering (jf. Norvoll 2008: pkt. 3.11). I stedet for ensidig vekt på reduksjon av stimuli, vektlegger man heller å tilpasse stimuli til pasientens behov for ro eller aktivitet til enhver tid. Det synes også som utviklingen kjennetegnes ved at man går tilbake til et vidt skjermingsbegrep, i stedet for innelukkning på rom. I løpet av prosjektet diskuterte man om spørsmålet om skjermingsmetoden bør erstattes av ”tett oppfølging” eller ”intensiv enhet”. Det ble imidlertid ingen konklusjon på denne debatten.

Brukerne støttet i hovedsak den nye skjermingsfilosofien til Reinsvoll. De var enige at den stadige ventingen er en belastning ved innleggelsen og inne på skjermingsrommet ”*Vente er et grusomt ord*”. De støttet behovet for mer aktiv personaloppfølging under skjerming. Flere hadde selv opplevd seg ensomme og hatt dårlig kommunikasjon med personalet under skjerming. Selv om man kunne trenge ro, var det stor enighet om vekt på individuell tilpasning og aktiviteter utenfor skjermingsrommet som alternative løsninger på de psykiske problemene.

Flere fremhevet imidlertid at den nye behandlingsfilosofien ikke har løst problemet med at pasientene kjenner seg isolert fra medpasienter og deltakelse i det sosiale fellesskapet i posten. En brukerrepresentant påpekte at pasienten ”*må få lov til å fungere sosialt under skjermingstiden*”. Dette aspektet ved skjerming blir ofte oppgitt som belastende av pasientene. Personalet var imidlertid fortsatt opptatt av dilemma i forhold til medpasienter. Hvordan løse det sosiale isolasjonsaspektet ved skjerming er dermed et viktig videreutviklingsområde fremover.

Noen fremhevet at det fortsatt må være et mål å redusere bruk av skjerming som en tvangsmetode. Den nye skjermingsfilosofien løser ikke det grunnleggende tvangsforholdet. Flere kritiserte personalet for en skjult paternalisme ved ønskeorienteringen fordi personalet fortsatt vil legge premissene for hva pasienten kan gjøre. Noen mente at personalet er for lite bevisst på at skjerming innebærer en sterkt inngripen i allmenne borgerrettigheter. De må vurdere nærmere om skjermingsmetoden innebærer et brudd på menneskerettighetene, for eksempel i retten til å kunne bevege seg fritt. De mente også at personalet for lett benytter skjerming som metode uten å se etter alternative metoder som kan være bedre å benytte.

5.6 Økt vekt på aktiviteter og en aktiv pasientrolle

Et viktig aspekt ved innføringen av den nye individbaserte miljøterapien i akuttposter på 1980-tallet var nedtoning av gruppebehandling med pasientene og det tverrfaglige arbeidet i sykehuspostene (jf. Vaglum et al 1984) Den økte medisinske spesialiseringen av akuttpostene har ført til ytterligere reduksjon av de gamle aktivitetene ved sykehusene.

Gjennom prosjektperioden mente personalet og brukerne at aktivitet bør være en viktigere del av behandlingen i akuttpostene. Aktiviteter kan avhjelpe uro og angst og dermed forebygge tvangsbruk. I tillegg kan man løse sosiale samhandlingsproblemer på en bedre måte enn skjerming ved å ta med pasienten på aktiviteter sammen med personalet.

Brukerne var enige i at aktivitet er en viktig del av behandlingen og miljøterapien. Det ble fremhevet at aktiviteter på huset er ”*utrolig positivt*” – ”*kjempeflott*”, og at det ”*betyr veldig mye*” Slike tilbud bidrar til at man får hvile: ”*Aktivitet er jo det viktigste for å kunne ha det litt bedre enn du egentlig har det. Alle pasientene synes at helgen var tøff fordi da skjedde det ingenting. For det er noe med å få hvile for de forferdelige tankene du har.*” I tillegg kan aktiviteter bidra til å styrke selvfølelsen som ofte er lav under innleggelsen: ”*Jeg husker at da jeg kom øverst i klatreveggen, da vokste jeg litt. Jeg var litt større neste dag.*”

Både personalet og brukerne mente at det er en svakhet ved dagens organisering av akuttposter at de i så liten grad vektlegger muligheten for å benytte aktiviteter i behandlingen og heller nedbygger slike tilbud. Dette forsterker tendensen til at behandlingstilbudet legger for ensidig vekt på medisiner.

Flere ansatte at aktiviteter og gruppetilbud gir muligheter for et mer aktivt innhold i behandlingen og miljøterapien. Dette samsvarer med brukernes tilbakemeldinger i den internasjonale litteraturen (Norvoll 2008; pkt. 3.10.1). Aktiviteter forebygger også tvangssituasjoner ved å styrke oppfølgingen av pasientene og gi et bredere løsningsrepertoar for personalet. I likhet med Gjennombruddsprosjektet i Danmark, mente noen også at tverrfaglige behandlingstilbud gir flere alternativer til tvang ut fra en mer helhetlig forståelse av pasienten og behandlingstilnærmingen. Disse synspunktene viser seg i et gruppeintervju hvor forsker spør om hva som kjennetegner tiltakene til det personalet som klarer å unngå tvang:

Forsker: Ser du hvilke tiltak de (personalet) setter inn da? Sykepleier 1: Det kan kanskje være "Å nei, nå går vi en tur ut". Jeg tror kanskje at ting kunne blitt løst på en annen måte dersom det var tilgang til personalet, flere på jobb i urolige perioder. Forsker: Ja, for man snakker ofte om behovet for å forsterke da. Sykepleier 1: Ja, altså jeg tenker at det er en del av at tilbudet til pasientene blir borte. Sånn som aktivitørstillingene. Det er jo ikke vanskelig å skjønne at pasientene blir litt utålmodige og frustrerte over at de ikke har noe tilbud, noe å holde på med. Hjelpepleier 1: Det vi har erfart tidligere (på den gamle posten), så var vi til stede sammen med pasienten. Altså mye mer til stede. Vi tok med oss pasientene med på ting, gjerne ut eller bakte eller liknende. Vi hadde mye mer slike ting, og det var sjeldent det var utagering. Det var ikke så ofte. Det skjedde, men det var ikke så veldig ofte. Så det har litt å si det, at man er til stede. Men du så at når det var veldig travelt og lite folk, da kom utageringen. Det gjorde det. Da ble pasientene mer utrygge. (...) Sykepleier 2: Da henger det sammen med rammebetingelsene. Det må det gjøre. Da må vi ha noe annet å tilby, ikke sant? Sykepleier 1: (...) tilbudene er dårlige. Vi har ikke noe tilbud til noen. Før så var det jo ergoterapeut som kunne tilrettelegge. Nå har vi ikke så mye å tilby. Forsker: Det mangler et aktivitetstilbud å tilby? Alle: Ja. Hjelpepleier 1: Både lokaler og folk som setter det i gang. Og nå er kjøkkenordningen endret, så nå er jo den ene aktiviteten der blitt borte. Før kunne man lage noe der, være med å dekke på bordet. Det er jo borte. Ja, små ting, hverdagslige ting. Det vi har er trim og svømming. Og da er det de best fungerende som kan være med. Gruppetilbud har vi ikke satt i gang, så det har vi ikke noe av. Det er noe vi kunne tenke oss. Før i gamle dager så var det sånne morgensamlinger også. Det hadde vi jo med ergoterapeut og.

På samlingen fremhevet også flere ansatte at personalets fokus ikke må være på "det pasienten ikke får gjøre, men hva de får gjøre." Man må gå fra en passiv til aktiv pasientrolle.

5.7 Økt vekt på håp, mestring og recovery

I tråd med tenkningen om behovet for en mer aktiv pasientrolle, fremhevet flere brukerrepresentanter at det er viktig at akuttpostene i større grad fokuserer på betydning av håp, læring og mestring. Noen brukerrepresentanter deltok ved sykehusets Lærings- og mestringssentre (LMS). De opplevde at dette tilbudet ga viktige perspektiver som i for liten grad ble fulgt opp i akuttposten. Denne tendensen samsvarer med andre studier av LMS (Steihaug et al 2007).

I utformingen av alternativer til tvang er det viktig at behandlingen understøtter brukerens egenmestring av problemene slik at man unngår tvang. For to med omfattende tvangserfaringer handlet ”lærings- og mestringsarbeidet” om å komme ut av en rolle som ”tvangs-Ragnhild”. Det handlet om å skape en ny identitet og et annet liv.

Flere fremhevet at personalet i akuttpostene i større grad må gi pasientene håp for fremtiden: ”Håp er veldig viktig, fordi for meg har psykisk lidelse vært en stor lidelse.” Personalet skal være ærlige, men det er likevel viktig ”Å bli gitt et ekte håp. Ikke å bli fortalt at dette må du leve med resten av livet.” De mente at behandlingen i akuttpostene i for liten grad fokuserer på mulighetene for bedring og helbredelse: ”En psykiatrisk pasient er du til du dør”. Kombinasjonen av tvang og det å ikke bli gitt håp, kunne forsterke opplevelsen av tvang som traumatisk.

Flere fortalte at man ofte føler seg ”veldig liten” når man innlegges i posten, og at det er viktig at personalet bidrar til at man føler seg tryggere i situasjonen. De trenger ofte at personalet understøtter mulighetene, eksempelvis håpet om å komme tilbake til arbeid, i stedet for å sanksjonere streben etter slike ting. Noen mente også at det er en uheldig tendens i akuttpostene til at brukernes meninger og protest blir fortolket som forverring og uro, i stedet for selvhevdelse og tilfriskning.

Personalet på samlingene var, i tråd med den generelle behandlingsfilosofien i akuttposten, mindre vant til denne tenkningen. De stilte seg imidlertid positive til perspektivene. Dette førte også til at de ønsket å styrke samarbeidet med LMS der disse finnes.

Noen mente samtidig at beltebruk kan være et første skritt som mestringsstrategi når pasienten har mistet selvkontrollen. Akuttpostenes organisering gir mindre muligheter for et langsiktig lærings- og mestringsarbeid slik at pasientene kan lære seg å mestre problemene uten tvang.

Forsker: Men får dere jobbet så systematisk med pasienter at de lærer den mestrings-? Lege: Mja, noen pasienter kanskje som er innlagt flere ganger over år. Men der er problemet med personalressurser, at man ikke har nok tid til å sette seg ned til å snakke nok om det, i hvert fall vi som er behandlere, at vi ikke har tid å gå inn i sårne... Forsker: Man jobber ikke langsiktig? Noen: Det stemmer. Sykepleier 1: Men noen av pasienter føler jeg at vi jobber langsiktig med. (...) Vi har hatt noen som vi forsøker. Sykepleier 2: Men det er ikke mange ganger. Lege: Nei, og noe av problemet er jo også at man bytter behandlere. Det har jo vært endringer, det er jo endringer annen hver måned. Da blir det vanskeligere å ha stabilitet rundt pasientbehandlingen, fordi man kjenner ikke pasienten og vet ikke hvordan han skal håndteres.”

På samme vis mente en brukerrepresentant at akuttpostene i for liten grad inngår i et langsiktig mestringsperspektiv. Det er mange kortsiktige innleggelse i akuttposter som ikke fører til et langsiktig behandlingsforløp. Hun opplevde at det gir liten mening å stadig innlegges for å stabiliseres, for så å skrives ut til det samme. Innleggelsene i akuttpostene må knyttes opp mot en lengre plan og settes inn i et rehabiliterende perspektiv for å forebygge tvangssituasjoner.

5.8 Økt inkludering av brukermedvirkning i compliance- tradisjonen

I forbindelse med det lokale prosjektet til Arendal, som forankret sitt prosjekt om reduksjon av tvangsmedisineringsvedtak i et compliance-perspektiv, ble det stor diskusjon om perspektivet.

Compliance- tradisjonen står sterkt innenfor medisinen, men er mindre kjent av sykepleierne og øvrig miljøpersonale.

Compliance-perspektivet ble kritisert for å vektlegge føyelighet og at perspektivet ofte innebærer en stor grad av skjult tvang. På motsatt hold ble det fremholdt at perspektivet ønsker å gi pasientene bedre forutsetninger for å gjøre valg rundt sin behandling. Dette er ikke negativt. Gjennom prosjektperioden endret man compliance-begrepet til ”adherence”, også kalt ”medical interest”. Dette er en videreutvikling av tradisjonen i mer brukermedvirket retning. Endringen medvirket til at spenningene i prosjektet ble redusert. I løpet av et prosjektet skjedde det dermed en brobygging mellom de to perspektivene fordi compliance-tradisjonen i økende grad innlemmer et brukermedvirkningsperspektiv. Det var imidlertid fortsatt uløste spenninger mellom de to kunnskapstradisjonene.

5.9 Mer nyansert tenkning om vold og sikkerhet

Et viktig aspekt ved tvangsbruk er problemstillinger i tilknytning til farlighet, vold og sikkerhet. Dette gjenspeiles i undersøkelsen om personalets holdninger til tvang (Vedlegg). Sikkerhet er en viktig årsak til tvangsbruk. Alternativene til tvang må derfor ivareta disse aspektene.

Akuttpostene har ofte hentet kunnskapsgrunnlaget om vold og sikkerhet fra sikkerhetsavdelingene. I tråd med den internasjonale litteraturen (Norvoll 2008: pkt.3.5.5), ble dette aspektet ved akuttpostene gjenstand for diskusjon. Det ble reist spørsmål om i hvilken grad man skal overføre sikkerhetskulturen til akuttpostene, og i så fall hvilke kunnskapselementer som kan være nyttige å benytte.

Noen brukerrepresentanter mente at sikkerhetstenkningen har gitt en uheldig tendens til å skape unødige og overdrevne bilder av pasientene i akuttpostene som farlige og voldelige. Dette underbygger stigmatiseringstendenser og skaper unødvendig tvangsbruk. I tillegg skaper farlighetsbildene engstelse som gjør at omsorg og nærhet blir borte. Det er viktig å nærme seg farlighetsspørsmål på en mer åpen og human måte og gjennom vekt på forebygging og kommunikasjon. Det er viktig at personalet ser at sinne er ulike ting og kunne se bak følelsene uten å definere pasienten for raskt: Hva handler sinnet om? Hva kan vi da gjøre? Det er svært uheldig om en definering fører til at pasienten mister mulighet til protest, tilgangen til sitt eget språk og til å sette grenser for seg selv. Flere brukere, støttet av noen ansatte, mente derfor at det er en tendens til å benytte begrepet ”aggresjon” for lett. Aggresjon kan være ”sunt sinne”. Man er derfor for upresise i begrepsbruken når man snakker om aggresjon og vold. Det er behov for langt grundigere vurderinger på dette området enn i dag. Det er viktig å utvikle mer nyanserte bilder av problemstillingene og løsninger på sikkerhetsproblemene.

I personalgruppen var det ulike oppfatninger om innflytelsen fra sikkerhetspostene. Ansatte som vektla ytre kontroll av pasientene støttet sikkerhetstenkningen ut fra synet på pasientene i akuttpostene som farlige. Ansatte som vektla mer fleksible tilnærminger, opplevde farlighet og sikkerhet i mindre grad som et problem selv om det kunne være til stede av og til: *”Hvor er disse pasientene de forteller om? Jeg kjenner meg ikke igjen, og vi er en vanlig akuttpost.”* De mente, i likhet med brukerne, at sikkerhetstenkningen kan føre til overdrevet fokus på pasientene i akuttpostene som farlige og voldelige. Dette kan øke tvangsbruken. I tillegg kan innflytelsen gi for sterk bruk av rigid grensesetting og fysisk makt.

Forsvarerne av sikkerhetstenkningen mente på sin side at de fleksible ofte underkjente alvorret i "aggresjonsproblemet" og påpekte hvor vanskelig det er å møte pasienter med aggresjons- og voldsproblematikk. Dette er en slitsom side ved arbeidet som personalet som vektlegger anerkjennelse og kommunikasjon ofte trekker seg unna, og overlater til det mannlige personalet. De mente at aggresjonsproblemet må ivaretas på en grundigere måte, og at det er for lite system på hjelpen som gis i slike situasjoner. Her kan kunnskapen fra sikkerhetsavdelingene hjelpe.

BAT-prosjektet ga ingen løsninger på disse spørsmålene. Det synes imidlertid som at intervensjonene i postene blir preget av noen mellomløsninger. På den ene siden forsøker personalet å unngå "vokterrollen" som kan finnes i sikkerhetspostene. På den andre siden innebygger de kunnskap om vurdering av vold og særlig deeskaleringsteknikker i undervisningsoppleggene (jf. pkt. 6.8). Det fremheves at gode farlighets- og samtykkevurderinger kan bidra til å redusere unødig bruk av tvang. Dette samsvarer med de internasjonale fagutviklingsprosjektene som ofte har falt ned på en kombinasjon av løsninger. De benytter eksempelvis kunnskap om deeskalering, men knytter disse sterkere opp til formålet om tvangsreduksjon (Norvoll 2008: pkt.3.12.7).

5.10 Å bruke tid og minst mulig inngripende tiltak

I prosjektet ble bevisstgjøring av mulighetene for mer lempelige midler og økt bruk av tid fremhevet som viktige alternativer. Dette samsvarer med den internasjonale litteraturen (Norvoll 2008: pkt.3.12.2), hvor flere bidrag fremhever viktigheten av å bevisstgjøre personalet på mulighetene av å bruke mindre inngripende tiltak enn tvang. Spørsmålet om tid vil også bli utdypet i pkt. 6.5.

5.10.1 Bevisstgjøring om mulighetene for mer lempelige midler

Både personalet og brukerne fremhevet at det er viktig å bli mer bevisste om mulighetene som finnes mellom tvang og det å ikke gripe inn overhodet. Dette krever at man løser opp i tenkningen om at man "*bare bruker tvang når den er nødvendig*". Denne tenkningen preget ofte personalet i postene uansett omfang i bruk av tvang. Nødvendighet fremstod dermed i økende grad som et relativt begrep, avhengig av en opplevelse av tilgjengelige løsninger.

I tråd med vurderinger i litteraturen, er det viktig å unngå tendensen til at personalet tenker "worst-case" når man diskuterer tvangsreduksjon, som eksempel "pasienten med øksa". Mange tvangssituasjoner omhandler ikke en slik problematikk. "*Vi tenker for raskt de verste tilfellene. Det gjør at vi ofte ikke ser mulighetene for å bruke lempeligere midler.*" I tillegg mente noen at personalet for lett tenker at de skal løse farlige situasjoner med tvang. Dette gjør at man ikke ser andre og bedre løsningsmuligheter. Det var imidlertid mer spredning i denne oppfatningen.

Personalets og brukernes fortellinger viser at mye bruk av tvang og fysisk makt ikke skyldes farlighet eller vold direkte, men generelle problemer som uro, avvikende atferd og konflikt. Dette samsvarer med øvrig forskning (Norvoll 2008: pkt.3.5.5, Norvoll 2007, Kaltiala-Heino et al 2003). Deltakerne mente at det særlig er innenfor disse problemområdene at mindre inngripende tiltak er mulig.

Brukermedvirkning kan bidra til å synliggjøre mer lempelige løsninger enn tvang. Urolig atferd kan for eksempel skyldes indre angst. Ved å inkludere pasientens subjektive opplevelser av uroen og forslag til løsninger i situasjonen, åpner det seg opp nye muligheter fordi det kan være mange

ulike tiltak for å løse angstproblemet. Det er derfor viktig å ta inn brukerevalueringen i situasjonen for å finne gode alternative løsninger som kan forebygge tvang sammen med pasienten. Hva tenker pasienten om dette? Hvilke forslag til løsning har vedkommende?

Noen fremhevet også at det å benytte mindre inngripende metoder krever at man kommer aktivt inn *før* det har utviklet seg til for eksempel en belteleggingssituasjon. Det ble foreslått at man tar opp spørsmålet om hva som hjelper for den enkelte pasient i innkomstsamtaler sammen med primærkontakt, eller senere gjennom refleksjon sammen med brukeren.

5.10.2 Å bruke mer tid før man griper inn med tvang

Et viktig aspekt ved det å benytte lempeligere metoder er å bruke mer tid før man griper inn med tvang. Flere av personalet mente at det er et problem i akuttpostene at personalet bruker for lite tid til samtale, men ”*kjører på*” ved relativt små ting som brudd på husregler, røykeregler eller det å gå ut av skjermingsrommet. Tvang er ofte forbundet med personalets opplevelse av at de ”*er nødt til å gripe inn*”. Denne tendensen kan imidlertid føre til at tvangsintervensjonen ikke står i forhold til alvorlighetsgraden i atferden. Man skal derfor vente med å gripe inn for å søke mer lempelige måter å inngripe på.

Personalet fortalte at det ofte er krevende å ”*vente med å bruke tvang*” i vanskelige situasjoner og ved uro. Det krever at man ”*stopper opp og tenker*” før man griper inn. Et viktig aspekt ved det å vente, er at det gir tid for personalet til å samsnakke og finne alternative løsninger, eller at pasientene etterhvert opplever seg bedre uten inngripen. Det å bruke tid og lempeligere midler handler mye om personalets trygghet. Et viktig aspekt er dermed å ivareta personalets trygghetsbehov i utvikling av alternative praksiser (jf. pkt. 6.6 og 6.8).

Flere brukere støttet synet på at personalet i for liten grad gir seg tid i akuttpostene, og at dette kan føre til at man overkjører pasienten: ”*Det er det jeg har opplevd, at du skal handle så fordømt rasjonelt. Du skal være så effektiv, så raskt og så modig uten å vise noe særlig følelser. Du skal bare skjære igjennom. Sånn er det, og ferdig med det, så er det neste. Det har slått meg mange ganger*”. Det er imidlertid viktig å bruke tid uten å ”*peise på*”.

Et sentralt spørsmål som ble diskutert, var om man kunne ventet med å bruke tvang. Noen ansatte mente at dette handler om å ha ”*is i magen*” i vanskelige situasjoner. Det omhandler også vanskelige vurderinger av fare og grensene for faglig forsvarlighet, som i dette tilfellet med selvskadning som ledet til beltelegging:

Sykepleier: Vi har diskutert en del at vi skal trekke oss ut. Vi skal kunne se på at de skader seg selv. Men så er det det å føle på det selv at du har en ung jente som står og skaller hodet i veggen. Hun kan være uheldig å treffe en kant, så kan hun skade seg ganske alvorlig. Så det er å veie det der opp mot hverandre. Så det er ikke det at vi ønsker så sterkt å legge folk i belter, men vi ønsker å ta vare på den som har mistet kontrollen der og da. Forsker: Og redselen for at de skader seg dersom man ikke passer på? Sykepleier: Ja, så det et sånt evig dilemma.

I intervjuene sa personalet at de kunne oppleve at de har liten tid til å vente og vurdere i forbindelse med tvangsbruken, ”*Det skjer så fort*”. Flere strevde også med å se hvordan man kan forebygge tvangssituasjonene:

Men det kan være veldig vanskelig å gå inn å forhindre det. Selv om man jobber med den frustrasjonen for å gjøre den mindre, så kan man likevel gjøre skaden verre ved å prøve å hjelpe mange ganger. Bare det å være til stede er frustrerende for vedkommende, og

vedkommende forteller ikke hva som er vanskelig og frustrerende. Og plutselig tar man te-kanna og begynner å helle varmt vann over medpasienter, og da må du jo gripe inn. Og da er det vanskelig i ettertid å se hva kunne man gjort annerledes her, når man sitter i samtale i ettertid. Man har prøvd å skjerme på rommet, man har gjort en del tiltak i forkant som ikke fungerer, og man har ikke klart å lese vedkommende godt nok. Selv om man har en underliggende følelse av at noe kommer til å skje, sannsynligvis i løpet av de nærmeste timene, så er det vanskelig å gå inn å gjøre noe med det.

Vanskeligheten i vurderingene gjør at personalet ofte kjenner behov for økt kompetanse og felles refleksjon. Personalet på samlingene mente imidlertid at det ofte forelå bedre muligheter for å bruke tid enn man opplever i hverdagen. Dette førte til at noen poster ville utprøve økt tid som intervensjon (pkt.6.5).

5.10.3 Unngå unødig bruk av fysisk makt

Et viktig aspekt ved det å benytte mindre inngripende tiltak, er bruk av fysisk makt. I enkelte artikler (Norvoll 2008: pkt. 3.5.5), fremheves det at bruk av fysisk makt er en "høy-risiko" intervensjon fordi det øker faren for eskalerende konflikter med skade og krenkelser hos personalet og pasientene. Visalli og McNasser (1999) lanserte bla en "hands-off- policy" i sykehuset hvor man, så langt det går, prøver å unngå bruk av fysisk makt til fordel for kommunikasjon og andre tiltak. Dette innebærer at man hever terskelen for bruk av fysisk makt.

I postene var det ulik tenkning om fysisk makt. Ved Østmarka var en av hensiktene bak undervisningsopplegget "Terapeutisk mestring av konflikt" (TMK), at personalet kan møte vanskelige situasjoner uten bruk av fysisk kontroll. I andre poster var det en sterkere kultur for å bruke fysisk makt. I disse postene skapte tenkningen om mindre bruk av fysisk makt motstand og utrygghet (jf. pkt. 6.6). Flere ansatte mente imidlertid at det er for mye bruk av fysisk makt i mindre alvorlige situasjoner, som eksempel brudd på husregler, vanskelig atferd eller "blamering". Dette leder ofte til ytterligere konflikt og beltebruk.

Brukerne bekreftet at spørsmål om personalets fysiske utstråling og maktbruk ofte er sentralt. Mange opplever seg liten ved innleggelse, selv den minste av personalet "kan virke stor" (vedlegg 6). Dette kan forsterke angst og lede til atferd som igjen gir tvang- og kontrollbruk.

I likhet med andre studier (Norvoll 2007), fortalte noen av brukerne at situasjoner med bruk av fysisk makt kan oppleves som vold eller overgrep. Dette kan eksempelvis være bruk av fysisk makt for å håndheve husregler. En bruker fortalte om en pasientepisode med tvangsmedisinering hvor personalet "rev av buksa" og gikk hardhendt til verks for å sette sprøyte. Dette var traumatisk på grunn av tidligere seksuelle overgrep (jf. faren for retraumatisering, Norvoll 2008: pkt. 3.5.3).

Noen brukere som hadde vært innlagt akuttposter, fremhevet ubehaget med å være vitne til at andre pasienter blir utsatt for tvang og fysisk maktbruk når de var innlagt akuttposten: "Det gjør noe med oss å være vitne til det." For eksempel kan det virke belastende og utrygt å se en pasient bli slept inn på skjermingsrommet av flere ansatte under gråt og høylytte protester. Dette skapte bekymring for hva som egentlig skjer inne på skjermingsrommet.

I løpet av prosjektet var det økt oppslutning om viktigheten av å unngå bruk av fysisk makt så lang dette er forsvarlig. Dette understøttet ønsket om utprøving av alternativer som kommunikasjon, undervisningsopplegg og endret rekruttering av personalet som beskrives senere.

5.11 Økt vekt på relasjon, kommunikasjon og trygghet

Flere av personalet vektla relasjonsbygging, kommunikasjon og det å skape trygghet hos pasienten som viktige alternativer til tvang.

Personalet vektla betydningen av samtale og kommunikasjon når pasientene er urolige eller motsetter seg innleggelse eller medisiner. Som tidligere beskrevet (pkt.4.3), mente flere ansatte og brukerrepresentanter at personalet for lett trekker seg unna pasienter med psykiske lidelser. Noen brukere mente at det kan virke som at personalet synes det er ”skummelt å være sammen med pasienten”. Det foreligger en grunnleggende utrygghet i forholdet til pasienten som gjør at man ikke inngår i relasjon og dialog og derigjennom ikke utnytter mulighetene som ligger i dette.

Både personalet i arbeidsgruppene og postene for øvrig vektla det å skape tillit og god allianse med pasientene for å skape trygghet slik at man unngår tvang. En slik trygghet kan hjelpe pasienten til å gjenvinne selvkontroll. Det var ofte vanskelig å lage generelle prinsipper om hva man skal gjøre, men de mente at personalet må søke å bli kjent med pasienten for å kunne finne gode alternativer i situasjonen (jf. Ellingsen et al 2000). Det er viktig å innhente pasientens egne forslag til løsninger. De mente også at ansatte som klarer å formidle ro og trygghet, er viktig for å redusere tvangsbehovet.

Ved en post fortalte ansatte om gode erfaringer med å unngå beltelegging og innelukking på skjermingsrommet ved å skape trygghet og sikkerhet gjennom tett oppfølging av flere personale i spesielt vanskelige, og evt. farlige situasjoner. De vektlegger aktiv kommunikasjon, eksempelvis ved hele tiden å spørre pasienten hva han trenger nå for å ivareta egen kontroll. Ved å være flere ansatte er det også lettere å imøtekomme pasientens ønsker om aktiviteter som igjen kan bidra til å redusere uroen. De inngår i dialog med pasienten om når han selv er klar til å ta over igjen. Som hos en pasient som hørte sterke stemmer om å slå og drepe og ba om hjelp til å finne kontrollen:

Forsker: Hvordan fikk han kontroll igjen, hva var det som gjorde det? Sykepleier: Det vi gjorde med han, var at vi jobbet veldig tett med han, vi jobbet tre og tre på han. Og vi trekte oss ikke ut når han (...) Vi gikk bare innpå og jobbet tett med skjerming. Det var et forslag om å ta bort ett personale slik at man bare var to, men da ønsket pasienten faktisk selv at man ikke gjorde dette. Han ville ha kontroll. Han ville at vi skulle ta kontroll over han. Forsker: Var han redd seg selv? Sykepleier: Redd seg sjøl, han var redd for hva han kunne gjøre. Og det fungerte veldig bra, vi gikk såpass tett. Vi hadde han med ut og alt, og det fungerte veldig fort bra det egentlig. Forsker: Når var det han selv sa han kunne ta kontroll over det selv? Sykepleier: Han begynte å si det selv ja. Vi spør jo han, vi snakker jo med han, og det tror jeg vi alle gjør. Vi spør dem hvordan de har det i dag og sånn, hvordan føler du deg nå. Forsker: Han klarte å si noe om det selv? Sykepleier: Ja, han klarte faktisk det. (...) Forsker: Så det er måten dere gikk inn i situasjonen på som gjorde det annerledes? Flere: Ja, tror det. Forsker: For det er også et alternativ. Sykepleier: Eller låse døra som vi gjorde før, men dette er mer effektivt for å vise at vi er rundt han og støtter han i situasjonen. Forsker: Så det fungerer bedre enn å lukke døra? Sykepleier: Ja, jeg tror det. Forsker: Men da trenger dere å være flere? Flere: Ja.

Det påpekes at en slik tilnærming krever et erfarent, trygt og kompetent personale (pkt.6.8)

Mange brukere i prosjektet støttet bruk av relasjon og kommunikasjon som et alternativ til tvang. En bruker med tretten innleggelser med beltelegginger sa blant annet: ”Mange situasjoner kunne de snakket meg ut av”. Flere brukerrepresentanter mente at manglende kommunikasjon og omsorgsrelasjon ved innleggelse i posten kan skape opplevelser av krenkelse, angst og sinne som

forsterker uro og evt. mer skjerming og tvang. De mente derfor at bedre omsorg og kommunikasjon kan bidra til å unngå slike situasjoner. Andre brukere fremhevet behovet for informasjon for å skape trygghet og redusere angst. Det er ofte behov for gjentatt informasjon fordi angst reduserer perspepsjonsevnen.

5.12 Gode, anerkjennende og hensiktsmessige lokaler

I de fleste poster mente personalet at utformingen av postens og skjermingsrommenes lokaler er viktig for å forebygge tvang. Det er viktig at lokalene ikke er overbefolket, at de er store nok til å ivareta pasientenes behov for avstand og at personalet og pasientene ikke går for tett på hverandre.

Ved de fleste postene ble det, i likhet med i studien av to akuttposter (Norvoll 2007), fremhevet av personalet at innelukkingen av pasienter på et lite skjermet avsnitt ofte kan være frustrasjons- og konfliktfremmende. Dette kan bidra til å skape situasjoner som leder til økt uro og tvang. Problemet øker når mange dårlige eller urolige pasienter blir samlet slik. Flere brukere, men ikke alle, bekreftet at en slik innelukking kan oppleves som belastende.

Flere ansatte og brukere mente at det er viktig å skape hyggelige lokaler for å skape et positivt miljø i posten. Noen ansatte etterspurte muligheten for mer differensierte rom i posten enn i dag. De etterlyste også gode utearealer. Flere romlige muligheter for ulike skjermingsformer, aktiviteter og gruppetilbud vil understøtte et bredere løsningsrepertoar for personalet.

I diskusjonen fremhevet flere også problemet med at de nakne skjermingsrommene kan skape angst og underbygge en følelse av sosial isolasjon og fengsel. Ved et sykehus ga eksempelvis flere pasienter tilbakemeldinger om at de trengte et hyggeligere skjermingsrom. Brukerrepresentanten støttet denne vurderingen. Dette førte til at personalet vurderte endring av skjermingslokalene. De åpnet også mer opp for at pasientene kan ha personlige eiendeler og pyntesaker på rommet.

Både eldre og nybygde poster hadde problemer med nakne og triste skjermingsrom. I en annen akuttpost bidro den nybygde og hyggeligere posten til å understøtte den nye anerkjennende behandlingsskulturen på en positiv måte. Disse erfaringene synes å understreke behovet for en grundig vurdering av tenkningen bak nybygging av sykehus og akuttposter. Det er viktig å vurdere det underliggende pasientsynet bak arkitekturen og i hvilken grad arkitekturen bidrar til å understøtte et trygt og forebyggende miljø som alternativ til tvang.

5.13 Review og debriefing

Som de internasjonale prosjektene ble betydningen av grundig review og debriefing av tvangssituasjoner diskutert (Norvoll 2008: pkt.3.8). Dette behovet er viktig for å oppdage årsakene til at tvang blir brukt, og for å se alternativer i situasjonen. Review er også et virkemiddel for å kvalitetsikre tvangsbruken.

Flere i personalgruppen mente at grundigere vurderinger er viktige for å unngå en rutinemessig bruk av tvang. Dette er særlig viktig hos pasienter med gjentatte innleggelser hvor det raskt blir benyttet belter og skjerming ut fra tidligere innleggelser. Noen påpekte også viktigheten av å kvalitetssikre forhåndsvurderingene av tvang bedre enn i dag.

Som i andre studier anga brukerne mer behov for ønske om samtale om tvangshendelsene enn personalet (Norvoll 2008: pkt. 3.5.3, Fruh et al 2005). Noen brukere mente at tilbudet om samtale kan svikte i akuttpostene. To brukere fortalte blant annet at det var et problem at man ikke snakket om belteleggingshendelsen i ettertid, men at episoden ”ble lagt lokk på.” En annen bruker, som var blitt skjernet over flere måneder, fortalte at hun aldri fikk tilstrekkelig begrunnelse for hvorfor det ble satt i gang et så inngripende tiltak. Dette førte til at hun fortsatt hadde mange vonde tanker og uløste følelser når hun tenkte tilbake på oppholdet.

5.14 Tvangsmedisinering

Farmakologisk tvangsbehandling er en viktig side ved psykisk helsevern som ofte har vært gjenstand for stor debatt. Mange mener at tvangsmedisinering adskiller seg fra andre tvangsformer ved at den i større grad er å anse som behandling enn tvangsmidler. BAT-prosjektet bekrefter samme tendens. Personalet så ofte langt mer positivt på bruk av tvangsmedisinering enn eksempelvis belter. Dette påvirket ambisjonsnivået om å få ned omfanget. Brukerne skilte seg noe i synet på bruk av tvangsmedisinering, fra de som var positive til sterke motstandere.

Som beskrevet i kap. 3, valgte Arendal i utgangspunktet å se på mulighetene for å redusere tvangsmedisinering gjennom informasjons- og samtaletilbud til pasientene. Spørsmålet om tvangsmedisinering viste seg å bli det mest kompliserte i prosjektet, og det tvangsområdet hvor motsetningene og spenningene var sterkest. Noen deltakere, særlig brukerrepresentanter, mente at det lokale prosjektet i Arendal var altfor preget av et føyelighetsperspektiv. De var skeptiske til prosjektet da de mente at innfallsvinkelen utgjorde en form for skjult tvang. Det ble fremholdt at det er viktig å kunne se andre tiltak enn medisiner for å løse problemene. Personalet i akuttpostene har for ensidig medisinfokus, og at de legger for ensidig vekt på autoseponering av medisiner som årsaksfaktor til forverring. En forverring kan også forstås som naturlige svingninger i lidelsen, eller som resultat av forhold i brukerens livssituasjon. Det ensidige medisinfokuset bidrar til redusere tilgang til alternative tiltak og mestringsmåter. Noen mente også at personalet kan være for bekymret for forverring eller det å bli psykotisk igjen. For noen brukere kan det oppleves verre å bli tvangsmedisinert enn å være psykotisk, selv om dette ikke gjelder alle.

Noen ansatte påpekte på sin side at man ofte tenker for polarisert om medisiner. Det finnes en tredje vei siden mange pasienter er redde for å ta medisiner fordi de har for liten kunnskap og informasjon. Informasjon og undervisning kan bidra til å redusere engstelse og gi bedre grunnlag for brukerens vurderinger. En brukerrepresentant som selv hadde vært tvangsmedisinert, støttet en slik vurdering fordi redsel for bivirkninger hadde vært en sentral årsak til at hun ikke tok medisiner. De ansatte fremholdt derfor at tiltaket ikke bare er en negativ form for paternalisme, men omsorg. Det er tilstrekkelig dokumentasjon og erfaring som gjør at ”de vet de blir bedre”. Motstanderne kritiserte da personalet for å være for ”skråsikre” i sine oppfatninger på dette punkt og at det forelå faglig dokumentasjon som viste andre resultater.

Det høye konfliktnivået på samlingene, i kombinasjon med at særlig sykepleiere mente de ville miste sin faglige integritet om de svekket synet på medisiner (”medisiner skal de ha”), førte til at man skiftet problemstilling i prosjektet da det syntes vanskelig å løse den underliggende spenningen i perspektiver. BAT-prosjektet klarte dermed ikke å løse konfliktene rundt tvangsmedisinering. Forslaget om et gruppetilbudet i posten som skal øke eieforholdet til behandlingen generelt (pkt.6.3), viser likevel en forsiktig og indirekte innfallspurt til problemstillingene som i større grad inkluderer et brukerperspektiv.

Diskusjonen ga verdifull innsikt i de utfordringene man står overfor ved tvangsmedisinering, og hvor stor tillitsproblemet er på dette området. Det viste også at mistillit lett skaper misforståelser som vanskeliggjør dialog. Erfaringene synliggjør nødvendigheten av brukermedvirkning og at legene deltar i dette utviklingsarbeidet fordi de har størst farmakologisk kompetanse. De kan i større grad vurdere når medisiner vil hjelpe og når ikke. Miljøpersonalet mente også at tvangsmedisinering er det tvangsområdet hvor de ofte har minst kunnskap og påvirkningsmuligheter: *"Det er jo noe vi ikke rår over"*. Personalet ga likevel flere forslag til hvordan man kan redusere belastninger ved medisinering og kvalitetssikre denne praksis. Disse er oppsummert i Figur 5.

- Arbeide grundigere med problemet med bivirkninger. I likhet med brukerne mente flere ansatte at man *"ikke tar bivirkningene på alvor"* og jobber skikkelig med disse utenfor og innenfor akuttposten. Mange pasienter er bekymrede for overvekt, fett hår, sløvhet mm som påvirker deres livssituasjon i hverdagen.
- Bruke medisiner pasienten er trygg på og som virker, mer enn legens "yndlingsmedisin" og moteretninger på det farmakologiske markedet
- Lage tilrettelagte informasjonsopplegg for pasientene (og personalet).
- Sikre gode informasjonsrutiner.
- Viktig å gi informasjon over tid, en gradvis tilvenning og utprøving.
- Den som har best tillit hos pasienten jobber med dette området.
- Få legene enda mer aktivt inn overfor pasientene.
- Bedre observasjon og dokumentasjonssystemer for å kvalitetssikre medisinbruken.
- Heller vente og bruke lang tid for å finne den medisin som hjelper best. Heller tåle urolig atferd i denne perioden.
- Informere pårørende da de ofte presser på for medisiner.
- Kunne tenke at alle pasienter kanskje ikke har effekt av medisiner, bli pasientenes talerør og høre på dem.
- Skape et klima der man åpent reflekterer over medisinbruk med alle faggruppene. Bruke de som lanserer alternativer, eksempelvis psykologer.
- Gi rom for pasientenes tidsrytme i forhold til medisiner.
- Sikre undervisningsopplegg i travel hverdag i akuttposter slik at det ikke faller bort.
- Bygge inn undervisning om medisiner og bivirkning i individuell plan.

Figur 5. Forslag til hvordan redusere belastning ved medisinering og tvangsmedisinering

5.15 Avslutning

Dette kapitlet har presentert ulike forslag til alternativer til tvang som ble diskutert på nettverksamlingene og i sykehusene. Alternativene omhandlet forebygging av tvang og behovet for et mer anerkjennende menneskesyn og en omsorgfull behandlingsrelasjon. Videre var det ønske om å endre vekten på korrigerende grensesetting og husregler i akuttpostene mot mer individuell behandling. Reinsvoll lanserte en ny skjermingsfilosofi med vekt på stimulomodulering og aktiv behandling. Denne fikk stor betydning for de andre postene. Andre alternativer som ble foreslått, var økt vekt på aktiviteter og en aktiv pasientrolle og økt vekt på håp, mestring og recovery i behandlingen. Det var ønske om mer nyansert tenkning om vold- og sikkerhet. I tillegg diskuterte man mulighetene for å bruke mer lempelige midler og mindre bruk av fysisk makt gjennom alternative tilnærminger som brukermedvirkning, tid, relasjon, kommunikasjon og trygghet. Det ble lagt vekt på gode og hensiktsmessige lokaler og review og debriefing. Ikke alle alternativene er utprøvet til fulle i akuttpostene. De viser imidlertid et landskap av muligheter som kan utforskes i tiden fremover.

6 Utprøving av alternativer i praksis

6.1 Innledning

I dette kapitlet vil vi beskrive utprøvingen av noen alternativer i postene. Det er ikke mulig å gå i detalj på alle intervensjonene i rapporten. Vi viser derfor til de lokale rapportene for mer utfyllende beskrivelser.

På samme vis som beskrevet i den internasjonale litteraturen (pkt.1.2, Norvoll 2008; pkt.3.3), tok alternativer til tvang form av multiple intervensjoner i organisasjonen. Personalet erfarte i økende grad at endring på ett område i posten fikk ringvirkninger for andre deler av posten: ”*Prosjektet fører så mye med seg.*” Flere av de lokale prosjektene har dermed utviklet seg som en gradvis endringsprosess med stadig flere påbyggende intervensjoner.

Den samme utviklingstendensen har preget BAT- prosjektet som helhet. Gjennom disse to årene har man gått fra vekt på innholdet i behandlingsfilosofiene til vekt på spesielle alternativer. Gjennom denne fasen økte troen på bruk av mindre restriktive metoder. I siste fase øker så fokuset på lederskap og organisatoriske forhold.

I kapitlet vil vi først sammenstille intervensjonene i noen hovedmomenter og diskutere postenes erfaringer med disse. Disse intervensjonene omhandler:

- Utviklingsarbeid basert på review og tilbakemelding fra brukerne
- Utvikling av gruppetilbud for pasientene
- Endring av behandlingsfilosofi, postkultur og arbeidsorganisering
- Økt bruk av tid, kommunikasjon og relasjonsbygging i møte med pasientene
- Innføring av ny skjermingsfilosofi og skjermingspraksis
- Økt bruk av aktiviteter
- Utprøving av ulike undervisningsopplegg for personalet
- Bruk av rollemodeller i praksis
- Utvikling av personalgruppa gjennom rekruttering- og ansettelsespolitikk

6.2 Utviklingsarbeid basert på review og tilbakemelding fra brukerne

I prosjektet er det benyttet noen ulike metoder for review og innhenting av brukererfaringer ved postene. Det vises til lokale rapporter for utdypende beskrivelse av de ulike undersøkelsene.

Tvangsregisteringen i fem sykehus ble, som beskrevet internasjonalt (Norvoll 2008, pkt. 3.7), benyttet av flere poster som grunnlag for å vurdere egen tvangspraksis.

I tillegg ble det gjennomført ulike former for review og kartlegginger i forhold til tema for det lokale prosjektet. Ved Tønsberg gjennomgikk man innledningsvis ti avviksmeldinger med skade på personalet for å se hva som ble gjort i forkant av og i situasjonen med pasienten.

Gjennomgangen viste at avviket ofte hadde skjedd i en situasjon med grensesetting og hvor personalet var alene i situasjonen. Den viste også at skademeldingene ga et mangelfullt bilde av avvikshendelsen fordi det ikke inkluderer tema som personalets atferd og samhandlingsforløpet. Dette gjør det vanskelig å gjennomføre en grundig vurdering i ettertid. Det er derfor behov for både et bedre dokumentasjonsskjema (jf. Visalli og McNasser 1997a), og å styrke personalets

kompetanse til å gjøre helhetlige vurderinger. Ved Blakstad gjennomførte man innledningsvis en kombinert spørreskjema- og intervjuundersøkelse av personalets og pasientens syn på grensesetting for å få et bedre bilde av grensesettingsmetoden i postene. Undersøkelsen viste at personalet ofte opplever disse situasjonene som vanskelige, og at det er klare forskjeller i personalets oppfatninger og praksis ved grensesetting. Ved Reinsvoll gjennomgikk man jevnlig konkrete skjermingsepisoder på personalmøter for å vurdere hvordan man kan forbedre skjermingspraksis og øke brukermedvirkning under skjerming.

I akuttpostene har det tradisjonelt vært mindre vanlig med arbeidsmetoder som har innhenter pasientenes subjektive opplevelser av behandlingen (Norvoll 2007). For å styrke brukermedvirkning i postene gjennom økt dialog mellom personalet og pasientene, ble det lagt vekt på betydningen av å innhente pasientenes opplevelser. Postene ble oppmuntret til å gjennomføre undersøkelser som fanger opp pasientenes opplevelser av behandlingen og av tvangsbruken. Disse skulle også bidra til å identifisere utviklingsområder i posten fremover.

Fem av seks sykehus gjennomførte pasientundersøkelser. Valen gjennomførte kvalitative intervjuer i form av ettersamtaler med pasienter som var blitt skjermet. Disse skulle gi mulighet for tilbakemelding om opplevelsen av å bli skjermet i posten og vise aktuelle forbedringsområder. Ved Blakstad ble det, som tidligere beskrevet, gjennomført pasientintervjuer om grensesettingsmetoden. I tillegg ble det gjennomført intervjuer med seks pasienter i slutfasen av prosjektet for å diskutere pasientenes opplevelser av tvang og om de syntes tvangsbruken var endret i posten gjennom prosjektet. Ved Tønsberg ble det utarbeidet et spørreskjema om pasientenes tilfredshet med oppholdet, opplevelse av tvang og forslag til alternativer til tvang. Ved Reinsvoll utarbeidet man et spørreskjema om pasientenes opplevelse av skjermingen. Spørreskjema inngikk i en pilotstudie ved Sanderud og Reinsvoll som ser på sammenhengen mellom struktur på skjerming, pasientopplevelser og behandlingseffekter. Ved Arendal gjennomførte personalet og brukerrepresentantene innledningsvis kvalitative intervjuer av brukere for å høre om deres informasjonsbehov. Tilbakemeldingene ble benyttet som grunnlag for å utvikle gruppetilbudet i posten. Brukerrepresentantene tok også opp spørsmålene om medisinerings på lokallagsmøter i begynnelsen av prosjektet for å hente inn synspunkter derfra.

Postene rapporterer om positive erfaringer med å benytte slike undersøkelser i kvalitetsutviklingsarbeidet selv om det er endel arbeid med å utvikle gode måleverktøy. Valen opplevde at de åpne intervjuene var godt egnet for *”å snakke ut om ting og dermed å få ned krenkelsesopplevelsen”*. Intervjuene bidro dermed til å styrke behandlingsrelasjonen.

På samlingene ble det uttrykt bekymring for at pasientene ikke tør å gi kritiske tilbakemeldinger når personalet som gjennomfører undersøkelsen. Personalet mente imidlertid at de ofte hadde fått ærlige tilbakemeldinger fra pasientene. Mange påpekte mangler ved tilbudet og ga gode forslag til endringer. Dette mente de skyldtes at de kjente pasientene godt, eller at skjema var anonymiserte. Ved Reinsvoll erfarte man imidlertid at noen pasienter ikke ville fylle ut spørreskjema.

I tillegg til disse undersøkelsene ble det gjennomført møter mellom personalet i arbeidsgruppen og lokallaget til Mental Helse ved Tønsberg, Blakstad og Arendal. På møtene la man frem det lokale BAT- prosjektet og ba om innspill på postens utviklingsarbeid. Brukerrepresentantene hadde stor betydning for at man fikk til et slikt møte. Erfaringene med møtene var gode for begge parter. Det var flere steder stor interesse hos brukene, og det ble gitt mange tilbakemeldinger på postens virksomhet og tvangsrelaterte tema. Ut fra deltakende observasjon av forsker på et lokallagsmøte, synes det som at møtet med postpersonalet hadde en tillitsbyggende effekt.

6.3 Utvikling av gruppetilbud for pasienter

For å styrke brukermedvirkning i posten og øke pasientenes eieforhold til behandlingen innenfor en hiarkisk sykehusorganisering, etablerte Arendal et gruppetilbud for pasientene i postene.

I forbindelse med utformingen av gruppetilbudet ble det innledningsvis gjennomført kvalitative intervjuer av personalet og en form for Bruker Spør Bruker -undersøkelse av de to brukerrepresentantene i arbeidsgruppen. Intervjuene innhentet opplysninger om hvilke informasjonsområder som burde inngå i gruppetilbudet. De to brukerrepresentantene intervjuet tilsammen seks brukere ut fra en intervjuguide som ble utformet i arbeidsgruppen. Brukerne ble rekruttert fra lokallagene og var anonymiserte for resten av arbeidsgruppen. De hadde vært innlagt akuttposten, noen på tvang. I intervjuene fremhevet brukerne at de ønsket mer samtale med personalet under innleggelsen og mer informasjon og samtale om bivirkninger av medisiner. En bruker fremhevet behovet for å ha en fast ansatt som kontaktperson gjennom oppholdet når man var tvangsinnlagt.

På bakgrunn av forarbeidet ble det utarbeidet et gruppetilbud for pasienter som består av en time fire dager i uken. Tema for gruppene er:

- Mandag: Hva er god behandling? Frivillighet /tvang?
- Tirsdag: Livet etter utskrivelse. Ansvar for egen behandling. Denne dagen er brukerstyrt og ledes av ansatt bruker i posten.
- Onsdag: Dialogbasert undervisning om medikamenter med lege. Generelt om legemidler, virkning /bivirkning og oppfordring til å si fra ved uenighet om medisinalvalg.
- Torsdag: Oppsummering av ukas samtalegruppe.

Ansvarlige for gruppene er noen utvalgte sykepleiere i posten sammen med assistentlege fra annen post og brukeransatt. Man har ikke benyttet den tverrfaglige personalbemanningen i posten. Dette forklares med at gruppetilbudet skal hvile på psykodynamiske prinsipper.

Gruppetilbudet er basert på prinsipper om fast plass og faste forberedelser, og lav terskel for inkludering. Personer med demens eller åpenbar forvirring skal ikke delta. Det er lagt vekt på trygghet, ivaretagelse og mestring, samt ytringsfrihet. Gruppene skal bidra til å fremme dialog, og det er viktig å tåle taushet eller kritikk uten å gå i forsvar.

Det ble etablert et eget rom i posten med innkjøp av nye møbler. Personalet vektla at det er viktig å holde tiden ”hellig” og at hele personalgruppen er forpliktet for å unngå at det sklir ut. De mente tilbudet må være godt forankret i posten for å fungere.

Erfaringene med gruppetilbudet er overveiende positivt. Arbeidsgruppen mener at pasientene synes å sette pris på dette selv om ikke alle er like interesserte. De mest populære tema er dagene med lege og brukeransatt. Personaler mener det er positivt med gruppetilbud fire ganger i uken. Det er et visst problem å sikre tilstrekkelig oppmøte av pasienter i en liten akuttpost. Oppmøtet kan derfor til tider bli noe for lite. Man diskuterte derfor sammenslåing med andre poster (jf. utvikling av felles gruppetilbud ved sykehus i USA, Norvoll 2008: pkt. 3.6.4). Personalet i arbeidsgruppen var mest fornøyd med tilbudet, mens miljøpersonalet fortsatt savnet et større eieforholdet til gruppetilbudet. Det synes nødvendig å innsette personalet i den overordnede behandlingsfilosofien (økt eieforhold til egen behandling) for å øke effektene av tilbudet.

Den lave terskelen for inklusjon ble vurdert relativt positivt av personalet. Det kunne tidvis gi dilemma og utfordringer. Dette gjorde at personalet måtte sikre gode samtaleformer på møtet. Det ble imidlertid vurdert at pasienter kan være forholdsvis dårlige og at gruppene likevel kan

fungere. Pasientene var i noen tilfelle mer fornøyde med deltakelsen enn det personalet selv vurderte ut fra gruppeprosessen.

I akuttposter er det mindre vanlig at legene gir informasjon til pasienter på gruppenivå. De første erfaringer var imidlertid gode. ”*Vært utfordrende og veldig spennende. Det har gått til tider bra.*” Det kan være utfordrende å si noe generelt om medikamenter på en god måte og få til en diskusjon. Det ble gitt følgende vurdering av verdien av å jobbe på gruppenivå:

” For min del er det nytt å gjøre noe sånt, og jeg føler man kommer i en annen vinkling, enn når man er behandler for pasienten. Da er det den og den medisinen, og da er man på en måte en lege som skriver ut, og for en del pasienter i en akuttpost-situasjon så kan det være en del tanker om tvang i bakhånd. Det er veldig deilig å slippe den situasjonen, og på mer generelt grunnlag få gitt de informasjon. Så for min egen del har det vært veldig nyttig å være i en slik gruppesituasjon og være åpen for spørsmål (...) Samtidig er mye av det som sies også nyttig å si i en behandler-posisjon, og som helt sikkert gjøres. Men det kan være nyttig for pasientene å ha en annen lege å spørre i en gruppe.”

Et annet nytt aspekt ved gruppetilbudet er ansettelse av en bruker i akuttposten i samarbeid med det lokale brukerlaget (ROM). Erfaringene viste at det tar noe tid å finne en egnet bruker til å drive gruppene. Personalet opplevde imidlertid at de hadde funnet en god representant, og at dette er en ny og spennende arbeidsform: ”*Veldig spennende med brukerrepresentanten. Han synes det er kjempegøy. Pasientene synes det er spennende.*”

Det var også et stort engasjement fra pasientene på tema om tvang. Flere pasienter mente at tvangsinnleggelse var nødvendige, og det var lite kritikk av tvangsbruken på møtene. I diskusjon om tvangsmedisinering ble aktuelle pasienter ofte tause uten at man vet årsak til dette.

Personalet mente at det er positivt å tilrettelegge for et slikt behandlingstilbud i akuttposten. ”*Vi ser at pasientene er fornøyde, og jeg har et inntrykk av at de føler at de får litt mer behandling. Det er litt sånn at når du går og slenger i posten en hel dag, så er bare kontakten din og personalet der. Mange tenker ikke på det som en behandling, den miljøterapien. De føler at det er mer som skjer. Fordi mange pasienter føler at de bare er oppbevart.*” De mente at tilbudet fører til at pasientene i større grad får ytret seg. Pasientene fortalte også om viktigheten av å bli hørt. Tilbudet ble opplevd som en metode for dialog. Personalet var usikre på om den subjektive opplevelsen av tvang reduseres, men trodde pasientene opplever seg mer involvert.

6.4 Endring av behandlingsfilosofi, postkultur og arbeidsorganisering

Som beskrevet tidligere (pkt. 1.2, Norvoll 2008: pkt. 3.4 og 3.5), er det fremhevet av alternativer til tvang fordrer en videreutvikling av behandlingsfilosofi og postkultur mer generelt. Dette aspektet ble viktig for de fleste postene i prosjektet.

I flere poster arbeidet personalet med å endre postkulturen mot en mer anerkjennende, fleksibel og brukerorientert kultur da dette ble ansett som en forutsetning for å kunne jobbe på alternative måter. Denne utviklingen innebar også at man ønsket å utvikle mer selvstendige behandlingsroller for miljøpersonalet. Dette viser seg eksempelvis ved Tønsberg. Den nyansatte enhetsleder med bakgrunn fra DPS, opplevde at personalet ved DPS i langt større grad tok ansvar for miljøterapien enn i akuttposten. I akuttposten var det mange dyktige og erfarne ansatte. Gitt organiseringen av posten og postkulturen fikk de imidlertid i hovedsak benyttet sin dyktighet til å overholde regler.

Dette førte til at personalet ikke fikk utnyttet sin profesjonelle og erfaringsbaserte kunnskap. Å synliggjøre kompetansen og sikre at denne ble brukt på en god måte overfor pasientene, ble dermed et viktig anliggende for utviklingsarbeidet.

For å stimulere til en ønsket endring av behandlingsfilosofi og postkultur, ble det benyttet flere intervensjoner i postene som utdypes videre i kapitlet. I de fleste postene ble det benyttet fagdager i begynnelsen av prosjektet for å jobbe med behandlingsfilosofien sammen med personalgruppen. Fagdagene var viktig for å begynne å samle personalet om en felles tenkning og behandlingsfilosofi. Denne ble noen steder kombinert med informasjon og diskusjon på internundervisningen og personalmøter. Videre ble det gjennomført ulike former for kompetanseoppbyggende tiltak og endret ansettelsespolitikk noen steder. I tillegg ble behandlingsmøtene og morgenmøtene viktige arenaer i eksempelvis Tønsberg for å stimulere til økt selvstendig vurdering hos miljøpersonalet gjennom at ledelse og behandlere i større grad etterspurte miljøpersonalets vurderinger. Dette underbygget en ny praksis som inkluderte vurdering av alternative metoder enn tvang. Samme arbeidsform ble etter hvert benyttet av postoverlege ved Blakstad 2B.

Intervensjonene innebar også endring av postens organisatoriske utforming av skjerming og en revisjon av husregler. Dette gjaldt særlig Tønsberg og Blakstad som var de mest regelstyrte postene. Denne tenkningen ble sterkt støttet av brukerne. Ved Blakstad forslo også enhetsleder å bruke mer individuelle vedtak ved restriksjoner enn generelle husregler. På denne måten unngår man at unødige restriksjoner for pasientene.

Det er mange ting som vi har pirket borti i det prosjektet, bare holdninger er noe vi har jobbet med. Nå er husreglene klare. Fra gamle til nye husregler, så er det ganske så store forskjeller på hvordan vi ser på og hvordan vi mener vi skal møte pasienter. Før var det veldig pekefinger- mentalitet og mye mer restriksjoner enn det vi har lagt til nå (...) Det jeg presser frem og ønsker, er at vi skal bli tydeligere på å bruke vedtak der vi mener pasienten ikke er i stand til å ta ansvar for seg selv og ting i sitt eget liv. For nå har vi gjemt det bak husregler og andre ting. De nye husreglene er slik at det presser frem at vi må lage vedtak. For eksempel om at pasienten ikke skal ha sin egen mobiltelefon. For vi har ikke rett til å ta fra folk sin mobiltelefon uten grunn. Så vi er i gang med noe bra for oss, og ikke minst for pasientene, og for personalet i forhold til sine holdninger.

I tillegg begynte flere poster, i ulike faser, å gi mer rom for personalet til å utprøve løsninger i samarbeid med pasientene, også når disse går utover fastlagte husregler og oppsatte behandlingsplaner. ”Vi var veldig lojale mot behandlingsmøtet før, var veldig rigid og det må være sånn og sånn. Nå tørr vi kanskje å gå utover det og ta avgjørelser innenfor visse rammer da.” Disse arbeidsformene ble understøttet av ledere og behandlere i fellesskap. Hensikten var å å underbygge en faglig fleksibel praksis som møter pasientens ønsker og behov.

Erfaringene med disse tiltakene var overveiende gode. Flere ansatte mente at endringene hadde skapt langt større handlingsrom for å gi individuell behandling til pasientene, og for å bruke alternative løsninger enn tvang. I gruppeintervjuet ved Reinsvoll fremhevet personalet at det mest nyttige med en slik utvikling var at: ”Miljøpersonalet kan gjøre mer selvstendig og slipper å gå til lege hele tiden for å spørre. At vi kan gå ut en tur, gjøre sånn eller sånn, og finne alternativet mer selv sammen med pasienten. Det er veldig positivt. Det er blitt mer frihet til å finne på ting selv.” De viser eksempelvis til en pasient med mani som følte seg urolig og krenket. I stedet for innelukkning og sterk regelsetting, tok de heller pasienten ut på biltur og hvor ”alt ble bra.”

I den ene posten som gjennomførte de raskeste endringene, mente imidlertid personalet at dette hadde ført til en periode med utrygghet og usikkerhet før trygghet for den nye praksisen falt på

plass. Personalet opplevde endringen ”skummelt” (jf. pkt.6.6). I praksis viste det seg imidlertid at mange av bekymringene hadde vært grunnløse og at det gikk bra likevel. Disse erfaringene bidro til å understøtte synet på regelen som unødig og dermed riktig å fjerne. Dette viste seg blant annet i et eksempel hvor man hadde endret den generelle husregelen om at alle skulle legge seg og være inne på rommet fra kl. 2300. En slik rigid regel kan være vanskelig for pasienter som strever med angst og søvnløshet. Man opphevet dermed regelen, og laget heller individuelle avtaler. I praksis viste det seg at alle pasientene hadde lagt seg ved denne tiden likevel. Det ble ikke den uro og det kaos i posten som man fryktet innledningsvis. Tidligere konflikter mellom nattevakter og pasienter ble redusert. Dette ble tatt som tegn på at husregelen var unødvendig.

Et annet eksempel som ble fortalt, var en pasient som la seg på stua for å sove på grunn av stor angst. Personalet lot henne få sove der om natten i stedet for å gå inn i konflikt og bruke fysisk makt. Etter to til tre netter var pasienten trygg nok til å sove på eget rom.

Den samme erfaring ved reduksjon av husregler og restriksjoner ble gjort i andre poster. Noen ansatte ved Blakstad 2A mente også at mindre bruk av korrigerende grensesetting og restriksjoner er en medvirkende faktor til reduksjon i bruk av mekaniske tvangsmidler på slutten av prosjektet.

I diskusjonen om husreglene gjenfinnes samtidig den stadige diskusjonen om individuell frihet versus sosial orden i posten (jf. pkt) . Dette ligger som en kontinuerlig vurdering og avveining for personalet i postene som det er vanskelig å få enkle ”fasitsvar” på.

6.5 Mer bruk av tid, kommunikasjon og relasjonsbygging i møte med pasientene

Som beskrevet i forrige kapittel vektla både brukerne og personalet betydningen av å bruke tid, kommunikasjon og relasjonsbygging som et alternativ til tvang. I løpet av høsten og våren ble dette utprøvd i alle postene, men særlig ved Reinsvoll, Tønsberg og Blakstad post 2B.

I følge personalets beskrivelse av prosessen ved Tønsberg, ble det etter noen måneders arbeid i posten økt bevissthet i personalgruppen om viktigheten av å kunne stå i vanskelige situasjoner uten å ty til tvang eller belter. Personalet klarte i større grad å ”utholde driven til tvang”.

Personalet ble også mer bevisste på viktigheten av å gi seg tid i denne fasen for å gjøre gode forhåndsvurderinger av hvordan løse situasjonen. Dette førte til at de begynte å gå ut av samhandlingssituasjonen og ta tid til samtale med personalet om alternative løsninger. I løpet av perioden erfarte personalet at denne ekstra tiden ikke fører til fare, og de ble derigjennom tryggere på å gi tid.

Sykepleier 1: Vi bruker mye mye mer tid. Jeg ser på skjermingen at den er helt forandret. (...) Lokal gruppeleder: Hva blir innholdet i det tidsperspektivet dere snakker om?
Sykepleier 1: Når det oppstår en situasjon med aggresjon, sinne, redsel eller noe vanskelig, så søker folk mye mer hjelp. I forhold til før, så løser man ikke oppgaver alene lenger, man er mer organisert, og i det så bruker man mer tid. Man søker også mye mer dialog. Så opplever jeg at folk ikke er så autoritære i dialogen lenger, mer ydmyke og mer vennlige. Altså prøver å få ned situasjonen. Det er mitt inntrykk da (bekreftes av andre i intervjuet). Og vi er mer ydmyke i forhold til å bruke tvang. Men vi er fortsatt noe ulike i forhold til hvor raskt vi griper inn og hvor lang tid vi bruker, men sånn vil det alltid være. Det vil alltid være skjønn involvert. Alltid litt vanskelig. Men det å komme med kreative forslag til løsninger for å komme ut av en modus. Det å søke råd fra brukeren hvis du får

dialog. Hva kan vi hjelpe deg med? Skal vi gå ut i hagen? Skal vi ta en kjøretur, røyk? Gi alternativer. Jeg tror vi er mer organiserte, mer kreative, mer ydmyke og mer fleksible.”

Et eksempel som gis på hvordan dette bidrar til å unngå tvang, er at man nå venter før man iverksetter skjerming ved inntak og gir pasienten tid til å bli kjent og trygg i posten. Gjennom dette unngår man kanskje en beltelegging selv om det blir skjerming til slutt. ”Det er viktig å legge lista høyt før man griper inn. Tillate litt før man skjerner, da unngår man mye maktkamp.”

Det var i hovedsak god erfaring med denne tilnærmingen: ”Å bruke god tid har kjempeeffekt.” Andre utsagn var: ”Mange ganger går det greit å bruke tid, å finne løsninger sammen med pasienten”, eller ”Jo mer tid man bruker, jo mer kan ting løse seg over tid. Man må ikke løse ting med en gang”. Gjennom dette mente miljøpersonalet at de unngikk krenkelser selv om det skjeve maktforholdet forblir: ”Får ikke gjort noe med den skjeve maktfordelingen, kun måten å møte pasienten på.”

Miljøpersonalets frykt for økt arbeidsbelastning ved en mer anerkjennede og ønskeorientert praksis, ble i liten grad bekreftet. Selv om en slik arbeidsform fordret en mer aktiv holdning hos personalet som kan være krevende, er en slik arbeidsform mer givende. Det ble fortalt at ønskeorienteringen reduserte konflikt, og at pasientene aksepterte avslag som mer rimelig: ”Dersom de bli møtt på mange ting, så går det bra om noe ikke går.”

Erfaringsmessig tok det tid å få en slik tilnærming innarbeidet i posten. En slik arbeidsform krever også, som vi skal utdype senere, et trygt personale med god kompetanse til å gjennomføre en kontinuerlig vurdering av situasjonen og av samhandlingen (jf. pkt.6.8). Personalet mente at endringen ikke nødvendigvis innebærer økt bemanning fordi personalet i økende grad oppøver kompetanse til å håndtere situasjonen selv. En annen sykepleier mente at dette også handler om når man bruker personalressurser:

Vi bruker mye personalet på den timen eller tre da det står på, fordi du greier ikke å stå aleine hele tiden uten kollegaer, fordi du står i et trøkk. Men du kan si at før stod vi alene i det i ti minutter, så var det en løsning som belter eller medisinerer. Nå tester vi det mer ut, vi står lenger i det. Vi prøver det ut, lar pasienten komme med forslag, så skjærer det seg, vi lar pasienten igjen komme med forslag til å løse det. Så prøver vi igjen. Vi prøver mye mer, bruker lengre tid, og bruker mer personalet der og da. Men så mange ganger finner vi en løsning, og da har vi sluppet å bruke mye personal på belter et til to døgn etterpå. Men akkurat der og da er det episoder vi bruker mye personale, men det er ikke ofte. Men det er mindre bruk av tvang, vi prøver ut alternativer.

Den samme erfaringen rapporteres fra Reinsvoll.

Det å bruke tid og kommunikasjon i stedet for tvang, krever at man jobber tett med personalgruppen over tid og i forkant. Det understrekes at det er helt avgjørende at ledelsen er med på tankegangen og støtter oppom arbeidet ”Men vi må ha ledere som backer opp, ellers tører man ikke”. Det er også viktig at behandlerne gir tillit til miljøpersonalet om at de vil holde seg innenfor det forsvarlige. Det fremholdes videre at en slik tilnærming forutsetter at personalet i økende grad er bevisste på ”Det at vi ikke eier en situasjon. Vi spør hverandre. Og vi spiller på lag. Om ikke jeg får det til, så kan Halvor komme inn. Hva gjør vi nå? Hva tenker du? Det er ikke nødvendig å gå inn med en gang lenger. Du kan trekke deg tilbake litt og puste.”

6.6 Innføring av ny skjermingsfilosofi og skjermingspraksis

Som beskrevet tidligere var endring av skjermingsmetoden et viktig anliggende for flere av postene. De fleste postene ble inspirert av den nye behandlingsfilosofien i forbindelse med skjerming fra Reinsvoll. Man søkte å styrke de positive behandlingsaspektene og redusere de negative tvangsaspektene ved skjermingsmetoden.

I tillegg endrer ansatte i flere poster synet på bruk av skjerming som metode for å løse konflikt og uro. ”Får dem ut tidligere enn hva man hadde kultur for. Tidligere tenkte man skulle holde dem inne for at de ikke skulle blamere seg helt til det smalt, så tenkte man i ettertid at det var enda godt man holdt dem inne. Så hadde kanskje turen ut vært det som hadde gjort at det hadde tippet den andre veien.” I løpet av prosjektet synes det som skjermingspraksis til personer med manisk tilstand endres mest uten at dette ble eksplisitt diskutert. Denne gruppen pasienter kan møtes på en alternativ måte som bidrar til å redusere konflikt, ”utagering” og dermed medfølgende tvangsmiddelbruk. ”Det er ikke nødvendig slik at aktivitet skaper mer mani. Vi har mer fokus på hva man eksponerer pasienten for enn rent fokus på stimulireduksjon”. Et annet eksempel ble gitt av Reinsvoll:

” Vi ser for oss en manisk pasient med stor uro. Han er skjermet med 1-2 personale. Pasienten er truende og sint fordi vi holder han inne . Vi tar da pasienten med ut på jorde, sammen med 2-3 personale. Der får han brukt noe av sin energi, og samtidig blir følelsen av å bli stengt inne mindre. Før på skjerming hadde pasienten da muligens utagert mot inventar og personale, alarmen hadde gått, og pasienten hadde kanskje blitt lagt i belter. Det ville i tillegg skapt bråk som hadde skapt usikkerhet hos de andre pasientene. Derfor er mer ressurser et alternativ for ikke å bruke tvang og ikke skape tvangssopplevelser.”

Personalet veksler i større grad mellom vekt på stimulireduksjon, strukturering gjennom avtaler og bruk av aktiviteter etter en individuell og kontinuerlig vurdering av behandlingsbehov og behandlingseffekter.

I løpet av høsten og våren ble det iverksatt revisjon, nye prosedyrer og retningslinjer for skjerming ved særlig Reinsvoll, Tønsberg, Valen og delvis Blakstad. Gjennom intervensjonsperioden utprøvde man følgende endringer (i noe ulik grad og på ulike måter):

- Høyere terskel for å skjerme pasienter generelt.
- Innføring av ulike graderinger av skjerming i ulike type rom.
- Mer utetid: Ta pasienten raskere og hyppigere ut av skjermingsrommet. Dette innebærer kortere varighet av skjerming, eller at pasienten tross skjermingsvedtak er mye utenfor rommet og deltar i ulike aktiviteter. Innelukking på skjermingsrom reduseres.
- Mer differensierte skjermingsløsninger for å ivareta individuelle behov. Behandlingsplaner er viktig for sikre individuell behandling og brukervedvirkning.
- Dialogbasert arbeidsmåter: Mer vekt på samarbeid med pasienten. Økt vekt på pasientens ønsker og å imøtekomme disse under skjermingsoppholdet. Det legges vekt på økt dialog og utarbeidelse av dagplan/aktivitesplan hvor man innebygger pasientens ønsker.
- Overlapping: Reinsvoll innfører overlappende rapport mellom dagvakt og kveldsvakt hvor pasienten deltar for å sikre innlemming av pasientens ønsker.
- Legevisitt: Reinsvoll styrker behandlingsdimensjonen og ivaretagelse av pasientens informasjonsbehov ved at legene skal samtale med pasienten etter morgenrapport hver dag.
- Tønsberg innfører økt bruk av primærkontakt, på tvers av oppholdene, for skjermingspasientene. Primærkontakten har ansvaret for pasienten hele dagen for å unngå belastninger for pasienten ved stadig å måtte vente på personalet.

- Økt vekt på aktiviteter av ulike slag under skjerming som svømming, turer, ”pilketurer”, grillturer, kafebesøk, bilturer, gymsal, bærturer mm. Man søker å imøtekomme pasientens ønsker om aktivitet så langt dette vurderes forsvarlig. For å kunne gjennomføre dette for de dårligste skjermingspasientene forsterkes personalbemanningen. Pasientene ansees som ”intensiv pasienter” som trenger mest kvalifisert og best personaloppfølging.
- Prøver pasienten fortere ut i miljøet: Lager avtaler med pasienten om dette. Dette innebærer utprøving av mellomløsninger for å redusere skjermingspasientenes opplevelse av sosial isolasjon og utestengning fra fellesskapet. Løsningene kan være at pasienten er ute på korte besøk på stua og deltar i fellesmåltider når det er rolig. Det vurderes om man kan ha fellesskap med færre pasienter dersom hele miljøet blir for mye. Eksempler på andre løsninger er at skjermingspasienten er sammen med de andre pasientene i vanlig hage og eksempelvis spiller ball sammen. Noen er ute og forsyner seg for deretter å spise på rommet. Tar de med på juletilstelninger. Det fremheves at det ikke er fasitsvar, men at det må utprøves individuelt.
- Oppheve de strenge skillene mellom skjerming og øvrig del av posten for å unngå at personalet blir stresset dersom pasienten går ut av rommet.
- Pasienten skal som hovedprinsipp ikke føres tilbake med fysisk makt. Situasjonen skal søkes løst gjennom kommunikasjon og forhandlinger.
- Økt vekt på hjemmebesøk for de pasienter som ønsker dette.
- Utforming av ny og hyggeligere skjermingenhet.
- Noe endret interiør for å gjøre det mer ”hyggelig” på skjermingsrommene.
- Noe økte muligheter for pasienter til å ha personlige eiendeler inne på skjermingsrommet.
- Økt tilbud om tv, cd, radio og avis for de som ønsker dette. I stedet for regel om ”ingen avis inne på skjermet”, vurderer man i langt større grad individuelle mellomløsninger. Eksempelvis en pasient som fikk det vanskelig med å høre på riksnyheterne om ”Lommemannen” på grunn av tidligere overgrep, men som godt kunne lese lokalavisen.

Et viktig aspekt som fremheves ved flere poster er at man raskere og oftere ”prøver” ut ”pasienten utenfor skjermingsrommet dersom vedkommende ønsker dette, og at man tilpasser skjerming ut fra disse erfaringene i samarbeid med pasienten. ”Får lov til å prøve seg. Går det ikke, så er det jo bare å prøve neste dag. Vi er fleksible på det, så langt som mulig så prøver vi.”

Ved Reinsvoll er det på slutten av perioden et økende fokus på inkludering av pasientenes ønsker i utformingen av skjermingsoppholdet. Dette utprøves i stadig økende grad på de dårligste skjermingspasientene. Denne ønskeorienteringen fører til flere uteaktiviteter og at de oftere reiser på hjemmebesøk fordi mange pasienter er opptatt av å få orden på post el. Når disse tingene er ordnet, er det lettere for pasienten å konsentrere seg om behandlingen i posten.

Personalet i postene har i hovedsak gode erfaringer med de nye praksisformer ved skjerming. I likhet med Reinsvoll, erfarer andre poster at imøtekommelse av pasientens ønsker om å komme ut av skjermingsrommet i kombinasjon av hyggelige aktiviteter bidrar til å redusere uro, konflikt og ”utagering”. Dette skyldes at uro eller ”utagering” ofte skyldes protest mot innelukking eller innesperring. Personalet forteller at de får mye positive tilbakemeldinger fra pasienter på ny skjermingspraksis. I tillegg blir arbeidssituasjonen langt bedre for personalet. Det fortelles om episoder hvor pasienter har blitt svært glade for endret interiør og økte muligheter for å ha personlige eiendeler hos seg. Erfaringer med legevisitt er gode, men det fortelles at det tidvis er vanskelig å gjennomføre daglige legebesøk innom pasienten.

I undersøkelsen til Reinsvoll synes det som at pasientene oppgir skjerming som mindre belastende. Utvalget er imidlertid for lite og det er usikkert hvilke pasienter som har nytte av ulike skjermingsformer, eksempelvis i form av ”stram struktur”.

Det vanskeligste aspektet å endre ved skjerming, er deltakelsen i det sosiale fellesskapet ute i posten for de pasientene som personalet mener har dårlig sosialt funksjonsnivå. Gjennom prosjektperioden ser man imidlertid en økende vekt på mellømløsninger for pasienter som opplever skjerming som en belastende form for sosial isolasjon. Det gjøres gode erfaringer med mellømløsningene. Personalet erfarer imidlertid at matsituasjonene er spesielt vanskelige.

Det er et kontinuerlig dilemma om hvor høyt uro- nivå man skal tillate i posten for at dette skal utgjøre et godt behandlingsmiljø for pasientene og en god arbeidssituasjon for personalet. *”Men jeg har et lite hjertesukk. Stua er ikke lenger et sted der man kan være skjør og likevel sosialisere seg. De må skjermes i mellomgangen lenger nå, når stua ikke er så rolig. Vi mangler flere steder å være (...). Vi trenger flere muligheter for der pasienten kan gjemme seg bort. Nå er det enten stua eller mellomgang.”* Personalet etterspør derfor flere ulike type rom for å ivareta de ulike pasientbehovene på en bedre måte. På slutten av prosjektperioden diskuteres behovet for å utvikle flere behandlingsmetoder enn skjerming for å løse problemer ved sosialt funksjonstap. Disse bør inkludere et mer systematisk lærings- og mestringsarbeid for pasientene enn i dag.

6.7 Mer bruk av aktiviteter

Noen poster forteller at vekten på flere aktiviteter under skjerming har ført til økt vekt på bruk av aktiviteter i miljøterapien som helhet. Gjennom prosjektperioden utprøves aktiviteter med pasientene som forebygging av tvang i stedet for mer tradisjonelle løsninger som innelukkning. Personalet fremhever at for mange pasienter kan besøk i vanlige sosiale sammenhenger, eksempelvis en kafe, være vel så terapeutisk som å være innelukket sammen med flere dårlige pasienter i en post. Det påpekes imidlertid at ikke alle pasienter tåler stort aktivitetsnivå, men kan bli dårligere. Dette må derfor tilpasses den enkelte pasient og at man må prøve seg frem under kontinuerlig vurdering.

I flere poster fremheves bilkjøring som en godt egnet metode for at pasienten skal finne ro. Innkjøp av bil ble omtalt som at *”den er verd sin vekt i valium. Den brukes hver ettermiddag.”* Ved å ha tilgang til slike løsninger kan bynære poster benytte seg av lengre kjøreturer, reise til skogen, svømmehall mm. Noen ansatte påpeker imidlertid at postene i for liten grad har rom som stimulerer og tilrettelegger for ulike aktivitetstilbud. *”Vi bør ha aktivitetsrom, eksempel malesaker osv, så pasientrommet blir mindre overfylt.”*

6.8 Undervisningsopplegg for personalet

De fleste postene vektla betydningen av å øke personalets kompetanse for å redusere tvang. Undervisning og refleksjon var også ansett som viktig for å endre postkulturen og personalets holdninger i en mer anerkjennende og medvirkende retning.

For å endre holdninger og styrke personalets kompetanse ble det iverksatt flere ulike intervensjoner i postene. Disse omhandlet fagdager og informasjonsmøter. Reinsvoll og Tønsberg har i tillegg utarbeidet en egen brosjyre om postens skjermingsfilosofi eller behandlingsfilosofi som skal underbygge opplæring av nyansatte i posten.

I tillegg utprøvde Østmarka, Tønsberg og Blakstad særskilte undervisningsopplegg for personalet. For nærmere beskrivelse av de ulike undervisningsoppleggene vises til de lokale rapportene. Her vil vi kort presentere og sammenlikne undervisningsoppleggene, samt erfaringene med disse.

6.8.1 Undervisningsopplegget ved Østmarka

Undervisningsopplegget ved Østmarka ble kalt ”*Terapeutisk mestring av konflikt*” (TMK). Bakgrunnen for undervisningsopplegget som i stor grad var utviklet før BAT-prosjektet, var problemet med en tildels uerfaren og usikker personalgruppe. Undervisningen har tatt utgangspunkt i erfaringsbasert kunnskap om kompetansebehov. Formålet var å øke personalets kompetanse til å løse vanskelige situasjoner i møte med pasienten, samt styrke personalets bruk av alternative mestringsmåter enn tvang og fysisk makt. Det ble vektlagt undervisning om lovverk for at personalet skal bli sikrere på riktig bruk av tvang. TMK- arbeidet skal munne ut i både fagutviklingsprosedyrer og opplæring. På basis av tilbakemeldinger på samlingene økte sykehuset brukerperspektivet i undervisningen ved å inkludere en times innlegg om synspunkter fra pasienter ved sykehuset slik disse fremkommer i Bruker Spør Bruker- undersøkelsene ved Mental Helse Sør-Trøndelag. Noen brukerrepresentanter derfra deltok på internundervisningen.

Undervisningen ble gjennomført som en dags undervisning over åtte ganger for hele personalgruppen på ca. åtti personer. I tillegg skulle undervisningen følges opp av refleksjonsgrupper en gang per måned for å vurdere konkrete episoder i forhold til hvordan gjøre det bedre, lære av dette og redusere tvangsbruk. Det er utpekt en ressursperson i hver post som skal følge opp TMK.

Det var stor diskusjon internt om man skal inkludere belteleggings- og holdingsteknikker i undervisningen, eller om dette bryter med hovedfilosofien i BAT-prosjektet. Sykehuset valgte å inkludere disse tema fordi dette kan bidra til å skape trygghet som gjør at personalet ikke benytter tvang samt redusere skader ved tvangsbruk.

- Lovverk og etikk v/ Leder av arbeidsgruppa
- Mental Helse Sør -Trøndelag forteller fra Bruker Spør Bruker v/ brukerrepresentanter
- TMK (Terapeutisk Mestring av Konflikt) v/ Leder av arbeidsgruppa, herunder tema som
 - Risikosituasjoner. Fare-/varselsignaler, forut for selve innleggelsen og under innleggelsen
 - Tiltak med mål om å forebygge utagering.
 - Forhold personalet imellom
 - Forhold mellom personale og pasient
 - Tiltak ved utagering
- Praktiske øvelser, inkludert beltelegging

Figur 6. Innholdet i undervisningen ved Østmarka

6.8.2 Undervisningsopplegget ved Tønsberg:

Undervisningsopplegget ved Tønsberg var noe annerledes, og kan inndeles i tre faser: *I den første fasen våren 2007* underviste miljøpersonalet fra arbeidsgruppen. Undervisningen ble kombinert med refleksjonsgrupper med eksterne veiledere for å styrke refleksjonen rundt tvangsbruken og alternative løsninger. Tema i undervisningen var personalets holdninger, atferd og samhandling med pasienten. Det ble lagt vekt på anerkjennende tilnærminger til pasienten, grensesettingsrollen og postkulturen. Etter evaluering av undervisningen, ble det bestemt at det er viktig å styrke personalets grunnleggende forståelse av psykiske lidelser og miljøterapi for å

kunne møte pasientene med trygghet og en forståelse utover ren atferdskorrigerings. Ved å ha en bedre grunnforståelse av situasjonen er det lettere å se etter alternativer til tvang. *I andre fase høsten 200*, gjennomførte man derfor et modulbasert opplegg om psykosebehandling og miljøterapi hvor man inkluderte tvangsrelaterte spørsmål og alternativer til tvang. Undervisningen gikk annenhver uke over ti ganger. Undervisningsansvarlig var psykologspesialist. Refleksjonsgruppene med eksterne veiledere ble avsluttet. *I den tredje fasen*, som fortsatt er under utarbeidelse, vil personalet utvikle et undervisningsopplegg som kalles ”*Terapeutisk mestring av aggresjon (TMA)*”. Denne undervisningen er i større grad rettet mot ferdigheter i det å stå i vanskelige situasjoner. Undervisningen skal erstatte tidligere belteleggingsundervisning med et videre perspektiv på vanskelige situasjoner (herunder aggresjon) ved å inkludere tema som lovverk, etikk og kommunikasjonsferdigheter som alternativ til tvang.

Tema 1. fase, Våren 2007, av arbeidsgruppens medlemmer

- typer diagnoser
- risikofaktorer for vold og utagering
- grensesetting
- kommunikasjon
- ulike personalroller (jf. Vatne 2003): Omsorgsrollen, oppdragerrollen, vokterrollen
- husregler, postens kultur
- holdninger

Tema 2. fase, høsten 2007, av psykologspesialist

- Psykoseforståelse
- Gjennomgang av generell kunnskap som begrepsavklaring, epidemiologi, forekomst, arvelighet.
- Kjernesymptomer og forløp
- Endringer i selvet og egofunksjoner, utviklingspsykologi
- Behandlingsformer og behandlingsmål
- Miljøterapi ved psykoser: ulike tradisjoner, betydningen av generelle ikke-tekniske behandlerholdninger. Kommunikasjon og samhandling med psykotiske mennesker. Miljøterapeutiske utfordringer. Gundersons miljøvariabler. Friis om postatmosfæreundersøkelser.
- Tvunget psykisk helsevern og kontrollbruk. Om å sette grenser uten å avvise, og utfordringer ved skjerming og tvangstiltak. Overførings- og motoverføringsproblematikk.

Tema 3. fase, fra våren 2008- , flere i personalgruppen skal inkluderes

Undervisningsopplegget kalles *Terapeutisk mestring av aggresjon (TMA)*. Opplegget skal utvide den tradisjonelle belteleggingsundervisningen ved å inkludere tema som holdninger, etikk, relasjonskompetanse og alternative tilnæringer for å mestre vanskelige situasjoner som aggresjon. Økt vekt på ferdighetskompetanse.

Figur 7: Innholdet i undervisningen ved Tønsberg

6.8.3 Undervisningsopplegget ved Blakstad

Undervisningsopplegget ved Blakstad var inspirert av nettverksamlinger, litteratur samt lokale erfaringer og ressurser. Undervisningsopplegget inngikk som en del av internundervisningen i de to seksjonene. Det ble benyttet en kombinasjon av eksterne og interne undervisere. Opplegget var modulbasert og består av 11 x 2 timers undervisning fra oktober 2007 til våren 2008. Det ble tilstrebet kontinuitet i undervisningsopplegget ved at personalet skal følge en ”hel undervisningspakke”. Det ble vektlagt at undervisningen skal være refleksjonspreget og i dialog med personalet. Problemstillinger som reises kan bringes inn i veiledningstimen for personalet.

Målsettingene med undervisningen var å endre personalets arbeidsmåter, øke deres relasjonskompetanse og derigjennom pasientens tilfredshet og mindre tvang. Undervisningen skal bidra i det påbegynte arbeidet med egen skjermet beredskapsenhet. Gjennom undervisningsopplegget ønsker man, i likhet med Tønsberg, først å endre personalets holdninger og postkulturen mot en mer anerkjennende og dialogbasert tilnærming til pasientene. Arbeidsgruppen mente at det er viktig at personalet utvikler generelle kommunikasjons- og relasjonsferdigheter før man går inn på vanskelige situasjoner med aggresjon og vold. Den innledende fasen la vekt på diskusjon om personalets forestillinger om psykiske lidelser og betydningen av holdninger, inkludert ved grensesetting. Deretter underviste en ekstern psykologspesialist om metoden ”bekreftende kommunikasjon”. I neste modul underviste to sykepleiere fra arbeidsgruppen om vurdering og håndtering av aggresjon og vold. For å øke personalets sensitivitet om pasientenes opplevelser, inkluderte sykehuset brukerrepresentantene i undervisningen. Disse deltok flere ganger og fortalte om sine egne erfaringer med psykiske lidelser og tvang. Det var planlagt å innlemme tema som kommunikasjonsmetoder, selvavgrensning og brukerperspektiv (opplevelser av tvang og bedringsprosesser). Disse tema gikk imidlertid ut fordi organiseringen av undervisningen ikke fungerte optimalt.

Modul 1

- Empati og profesjonell holdning hos personalet v/ undervisningsleder i arbeidsgruppen
- Grensesettingsteori og aggresjonsforståelse v/ personal fra arbeidsgruppen

Modul 2

- Bevisstgjøring om sykdomsforståelse. Alternativ forståelse av psykiske lidelser, sårbarhetsmodell. v/ undervisningsleder i arbeidsgruppen og psykologspesialist
- Bekreftende kommunikasjon som metode v/psykologspesialist

Modul 3

- Teori om deeskaleringsteknikker v/personal fra arbeidsgruppen
- Forståelse av fare/agrsjonsbegrep v/personal fra arbeidsgruppen
- Felles forståelse når det er nødvendig å gripe inn fysisk v/personal fra arbeidsgruppen

Brukeres erfaringer med psykiske lidelser, tvang og alternativer.

Figur 8. Innholdet i undervisningen ved Blakstad

6.8.4 Sammenlikning av undervisningsoppleggene

Dersom vi sammenlikner innholdet i de tre undervisningsoppleggene, består disse av noen felles kompetanseselementer. Alle vektlegger en kombinasjon av generell og spesiell kompetanse. Den generelle kompetansen inkluderer lovverk, grunnleggende holdninger og anerkjennende kommunikasjonsformer, samt kunnskap om psykiske lidelser og miljøterapi. I tillegg omhandler de på spesiell kompetanse om å møte vanskelige situasjoner som aggresjon og konflikt gjennom andre måter enn tvang. Det er noe ulikt syn på belteleggingsundervisning. Blakstad opprettholder dette som et særskilt og hyppig undervisningstema. Østmarka inkluderer dette i undervisningsopplegget, mens Tønsberg reduserer beltelegging som fremhevet tema til fordel for et bredere kompetanseperspektiv. Reinsvoll vil unngå hyppig rutinemessig belteleggingsundervisning fordi dette stimulerer til et fokus på beltebruk i stedet for andre metoder.

Undervisningsoppleggene er tildels tradisjonelle ved at de bygger på kjente kunnskapstradisjoner for akuttposter. De adskiller seg imidlertid fra tidligere praksis ved at det overhodet gis et undervisningstilbud til personalet, ved å innlemme mer anerkjennende og brukermedvirkende tilnærminger, og ved å ha et formål om å redusere tvang ved alternative tilnærminger. Når vi sammenlikner undervisningsoppleggene med internasjonale utviklingsprosjekter, deriblant undervisningsopplegget til SAMSHA og Det danske Gjennombruddsprosjektet (Norvoll 2008: pkt.3.12), er det noen likheter og forskjeller. Disse vektlegger også anerkjennende postkulturer, deeskaleringsmetoder og kommunikasjonsferdigheter i vanskelige situasjoner. Det synes imidlertid som de internasjonale undervisningsoppleggene er mer direkte rettet mot tema om tvangsbruk og alternativer til tvang. De innlemmer i større grad et brukerperspektiv hvor brukere deltar i undervisningen for å sensitivere personalet om tvangsbruk, styrke medvirkningen i behandling og tilrettelegge for empowerment av brukerne. I tillegg legges det enda bredere vekt på en behandlingsfilosofi rettet mot recovery samt personalkompetanse om organisatoriske faktorer som fremmer tvangsbruk. Det vektlegges også i større grad betydningen av *demonstrerte ferdigheter* i å håndtere vanskelige situasjoner på alternative måter.

6.8.5 Erfaringer med undervisningsoppleggene

Det var ulikt oppmøte på undervisningen ved de ulike sykehusene. To av tre sykehus forteller om godt oppmøte. Ved et sykehus var det færre ansatte enn planlagt som gjennomgikk hele opplegget. Det ble fortalt at lederne og behandlerne i for liten grad deltok på undervisningen flere steder. Erfaringene viser at det er viktig å ha en god planlegging og strukturering av gjennomføringsfasen og forpliktende forankring i postene for å sikre at personalet møter på undervisningen. I denne forbindelse har ledelsen og særlig enhetsleder/teamledere en viktig betydning. Å tilrettelegge for systematiske undervisningsopplegg er ressurskrevende for organisasjonen. Kompetanseoppbyggingen av personalet krever dermed en ressursallokering i sykehuset. Det fremheves som viktig at undervisningen ikke blir for spredt. Det var derfor ønske om å inkludere undervisningsopplegget som en daglig del av driften, og at ledelsen tenker langsiktig om kompetanseoppbygging.

Tilbakemeldingene fra personalet på undervisningen er i hovedsak gode. Personalet opplevde tema relevante selv om det var noe ulike synspunkter på innholdet i undervisningen. I alle tre sykehus, særlig ved Blakstad og Østmarka, uttrykte personalet at det er positivt med økt undervisning om slike tema. Mange fortalte om et kompetansebehov på disse områdene fordi dette utgjør en sentral del av hverdagen for personalet. De fleste mente at det er bra med økt kunnskap og refleksjon. Ved Blakstad ble undervisningen om bekreftende kommunikasjon som konkret arbeidsmetode, vurdert som det viktigste nye bidraget for det daglige arbeidet. Den ble også vurdert som verdifull fordi den utgjør en konkret metode som kan benyttes i praksis. Det var litt ulike oppfatninger om viktigheten av generelle tema som psykosebehandling. Noen mente dette var viktig for å styrke vurderingskompetansen. Andre fremhevet at dette ble for *”fjernt fra praksis”*, og ønsket mer fokus på praktiske ferdigheter. Det ble nevnt som utfordring å få til undervisningsopplegg som skal ivareta bredden i personalgruppen fra lege til ekstravaktnivå. Utformingen av undervisningsopplegget må balansere mellom behovet for å samkjøre personalets tenkning og differensiere mellom ulike kompetansenivå.

Det var gode erfaringer med å ha en blanding av undervisning, rollespill og refleksjon i samtale med personale. Dette samsvarer med erfaringene til Solfrid Vatne (2003). Det er mer blandede erfaringer med refleksjonsgrupper med eksterne veiledere.

Personalet ga i hovedsak uttrykk for at det er verdifullt å innlemme brukere i undervisningen. En nyansatt ekstravakt fortalte at brukernes deltakelse bidro til å se *”mennesket”* bak pasientene i akuttposten og endre oppfatningen av personer med psykiske lidelser. En ansatt mente at brukernes deltakelse har en *”oppstrammende”* effekt ved at personalet blir tvunget til å diskutere

problemstillinger på en mer lyttende og brukerorientert måte. Dette bidrar til å understøtte en mer anerkjennende kultur. I evalueringen var det personale som ønsket flere innlegg fra brukere i undervisningen og at de var med på diskusjonen gjennom dagen. Det var imidlertid noen ansatte som mente at bidragene var uviktige, og ved et sykehus at brukerne var for kritiske.

Det var en generell tendens til at personalet ønsker bedre praktiske ferdigheter i hvordan de kan løse situasjoner. Det var ønske om flere modeller eller verktøy for praktisk handling. Dette samsvarer med personalets praktiske orientering som gir et mer pragmatisk kunnskapssyn rettet mot problemløsning. Det ble uttrykt stort behov for økt tid til refleksjon over konkrete "case" eller pasientsituasjoner i hverdagen og i undervisningen som metode for å belyse alternativer til tvang. En slik tilnærming vil bidra til å øke vurderingskompetansen.

6.9 Bruk av rollemodeller i praksis

Internasjonalt påpekes betydningen av rollemodeller i postene for å bidra til endring av postkulturen (Norvoll 2008: pkt.3.12.8). Disse kan være erfarent personale som har som oppgave å veilede personlet i vanskelige situasjoner og om alternativer til tvang. I prosjektet fikk personalet i arbeidsgruppene formelt og uformelt en slik betydning, om enn i varierende grad. Det ble videre fremhevet at ledelsen og behandlerne er viktige rollemodeller gjennom måten de vurderer og håndterer situasjoner på.

Personalet fortalte at disse hadde en viktig betydning for endring av postkulturen og for å omsette den nye behandlingsfilosofien til praktisk handling i posten. Dette viste seg eksempelvis ved Blakstad, seksjon 2B, hvor to sykepleiere i arbeidsgruppen som var gruppeledere i posten synes å hatt en slik rolle. Deres betydning ble ytterligere styrket av en støttende, trygg postoverlege, behandlergruppe og teamleder med ønske om en fleksibel tilnærming.

Det fortelles generelt at rollemodellene har en viktig betydning ved uro. Da kommer ofte krav om rask handling fra personalet. Rollemodellenes viktigste betydning i slike situasjoner er å si: "*Vent, stopp opp litt, la oss tenke. Kan vi tenke helt annerledes, gjøre dette på en annen måte enn tvang?*" Dette ble omtalt som det "*å ta en Omdal*" (å snu alt på hodet), eller å "*batte sammen*". Slike spørsmål igangsetter gode refleksjonsprosesser og nye løsninger fordi det oppleves som en hjelp i det praktiske arbeidet. I tillegg er det viktig med kontinuerlig veiledning og følelsesmessig støtte ved konkret, aktiv og målrettet bruk av ros og oppmuntring.

6.10 Utvikling av personalgruppa gjennom ansettelsespolitikk

I den internasjonale litteraturen fremheves viktigheten av personalpolitikk i arbeidet for tvangsreduksjon og alternative praksiser (Norvoll 2008: pkt.3.12.1). I løpet av prosjektet ble dette i økende grad et tema ved noen akuttposter. Dette omhandlet spørsmålet om ansettelsespraksis, opplæring og oppfølging av nytilsatte og bruk av ekstra personale i vanskelige situasjoner. Det ble fremhevet at det er viktig å rekruttere personale ut fra andre kriterier enn kun fysisk styrke, og at man i større grad må etterspørre relasjons- og kommunikasjonskompetanse.

I Tønsberg ble personalpolitikk en viktig del av endringsarbeidet ved posten. Tidligere ble ofte ekstravakter ansatt på bakgrunn av fysisk styrke. For å underbygge en ny praksis, ble posten langt tydeligere i ansettelsesprosessen om hvilke holdninger de ønsket for å se om personen passer inn.

Det er innført tre prøvevakter hvor vedkommendes egnethet til å arbeide med pasientene blir vurdert. I flere situasjoner er ansettelsesforholdet avsluttet etter prøveperioden. I tillegg er det innført tettere oppfølging av nyansatte gjennom fadderordning og undervisning. Blakstad 2B har også i økende grad innført tilsvarende rekrutteringspolitikk for å videreutvikle postkulturen.

Reinsvoll erfarte også at innføring av ny behandlingsfilosofi krever god opplæring av vikarer og nye ansatte. Det er svært lett at den gamle tenkningen raskt kommer tilbake, for eksempelvis ved ekstravakter og nyansatte med erfaring fra andre poster. De fremhevet derfor at det er nødvendig med en stadig avlæring og tydeliggjøring av ny tenkning. Det er en utfordring å ivareta en ny praksis i situasjoner hvor alarmen er utløst, fordi det tilkalt personalet fra andre poster for lett tyr til fysisk makt. Det har derfor vært nødvendig å tydeliggjøre postens praksis og avklare nye arbeidsroller som innebærer at disse bare skal holde seg i bakgrunnen for sikkerhets skyld.

6.11 Avslutning

I dette kapitlet har vi beskrevet de mest sentrale intervensjonene som ble utprøvet gjennom prosjektperioden. Noen poster utprøvde flere intervensjoner enn andre, og det var en tendens til at en intervensjon krevde tiltak på andre områder for å lykkes. De mest sentrale intervensjonene er utviklingsarbeid basert på ulike former for review og tilbakemelding fra brukerne, og utvikling av gruppetilbud for pasientene som skal øke deres eieforhold til behandlingen. Videre arbeidet flere sykehus med å endre postens behandlingsfilosofi, postkultur og arbeidsorganisering i retning av mer anerkjennende og individuelt tilrettelagte behandlingstilnærminger. Noen poster utprøvde mer bruk av tid, kommunikasjon og relasjonsbygging i møte med pasientene. De benyttet også flere dialogbaserte arbeidsmetoder. I flere poster ble det innført ny skjermingsfilosofi og skjermingspraksis, samt økt bruk av aktiviteter i posten mer generelt. Tre sykehus utprøvde ulike undervisningsopplegg for personalet. Noen inkluderte også refleksjonsgrupper og inkludering av brukerne i undervisningen. Andre metoder som ble utprøvet var bruk av ledelsen og erfarne sykepleiere som rollemodeller i posten. Tre sykehus var opptatt av betydningen av endret rekruttering- og ansettelsespolitikk for å underbygge ny postkultur og arbeidsformer i praksis.

I hovedsak er det gode erfaringer med de ulike alternativene og nye arbeidsformene i utprøvingsfasen. Erfaringene med selve utprøvings- og implementeringsfasen var imidlertid mer varierende. I noen poster gikk utprøvingsfasen lett, mens andre poster hadde større vanskeligheter med å implementere den nye tenkningen i postens praksis. Dette vil utdypes i neste kapittel.

7 Om implementerings- og endringsprosessene i postene

7.1 Innledning

I forrige kapittel beskrev vi noen intervensjoner som ble utprøvd i postene, og erfaringene med disse. I dette kapitlet skal vi utdype noen av implementerings- og endringsprosessene i postene. Disse erfaringene er viktige for andre som skal iverksette denne type prosjekter senere. I tillegg bidrar beskrivelsene til å tydeliggjøre faktorer som påvirker det tvangsreducerende arbeidet.

Hovedutfordringene var særlig:

- Prosjektledelse og lokal forankring av prosjektet i postene
- Å skape et eieforhold til prosjektet og alternativene i postene
- Å arbeide med endringer av holdninger i posten
- Å møte motstand og håndtere utrygghet i personalgruppen
- Å oppdage det spennende, men også krevende ved å arbeide på slike måter

I praksis varierte disse utfordringene noe mellom postene, og spenningene oppstod på ulike tidspunkt i prosjektprosessen det enkelte sted.

I kapitlet vil vi så diskutere noen organisatoriske faktorer som påvirker arbeidet med å implementere alternativene i praksis. En hovedkonklusjon i flere poster etter utprøvsperioden, er betydningen av å skape kreative løsningsorienterte postkulturer. Vi vil derfor avslutte kapitlet med å utdype dette aspektet som et viktig alternativ til institusjonsintern tvang.

7.2 Prosjektledelse og lokal forankring av prosjektet i postene

Som beskrevet i kapittel 3 var det ulik organisering av de lokale prosjektene i sykehusene, både i forhold til prosjektledelse, utforming av arbeidsgruppen og lokal forankring.

Lederen for arbeidsgruppene varierte mellom sykepleier i posten, fagutviklingssykepleier, rådgiver i stab samt delt lederskap mellom overlege og kvalitetskoordinator som henholdsvis faglig og administrativ leder av prosjektet. I et sykehus delte man på lederansvaret i slutfasen da tidligere prosjektleder sluttet.

Det ble avsatt ulik tid til prosjektarbeid for arbeidsgruppens leder og arbeidsgruppen i det enkelte sykehus. Gjennom prosjektperioden viste det seg tidlig at utviklingsarbeidet blir problematisk når leder for arbeidsgruppen ikke får tilstrekkelig tid til prosjektarbeidet. Problemet med manglende ressurser forsterkes når flere poster skal inngå i prosjektet. Stadige diskusjoner om bedre mulighet for avsatt tid skapte frustrasjon og ødela engasjement. Denne utfordringen var størst når prosjektleder var hentet fra posten og i tillegg hadde liten erfaring med prosjektledelse. Utfordringen med avsatt tid var mindre ved prosjektleder i stab. Denne hadde imidlertid mindre kontakt med personalet i posten og måtte arbeide spesielt med kontakt innad. Det viste seg også at delt lederskap gir særlige utfordringer med å samkjøre fremdriften i prosjektet.

Det var også ulik utforming av arbeidsgruppens arbeid. I noen sykehus var det god struktur på arbeidsgruppens møter og det var godt samarbeid gjennom hele prosjektperioden. I et sykehus ble utviklingsarbeidet hemmet av dårlig prosjektledelse og uenighet i arbeidsgruppen. Dette førte også til at arbeidsgruppens møter skled ut og ble for lite målrettede.

Erfaringene viser at en kritisk faktor for utviklingsarbeidet er å få til god og strukturert prosjektgjennomføring. Det var en kontinuerlig utfordring å forhindre at prosjektene skled ut. Utviklingsarbeidet ble vanskeliggjort når det ikke var tilstrekkelig eierskap og forpliktelse i alle ledd for gjennomføring av prosjektet. Utviklingsarbeidet stod i en kontinuerlig spenning i forhold til daglig drift både økonomisk og i forhold til andre arbeidsoppgaver i posten. For å avhjelpe situasjonen noe, ga Helsedirektoratet et årlig tilskudd på kr. 10 000,- til sykehusene.

Formen på utviklingsarbeidet påvirket også arbeidsprosessene. I poster med god prosjektgjennomføring gikk prosjektprosessen langt lettere. Gjennom prosjektperioden var det også utskiftning av lederne i arbeidsgruppen. I to poster førte dette til at prosjektets fremdrift enten opphørte, eller ble mindre effektivt fordi vedkommende var en viktig "ildsjel" i posten.

Prosjektprosessen ble påvirket av postens utgangspunkt ved oppstart. I poster hvor behandlingstenkningen allerede var etablert, bygde man ofte på de tidligere erfaringene. Dette var noe annerledes i sykehus som måtte starte utviklingsarbeidet fra bunnen, både i forhold til utvikling av behandlingsfilosofi og forankring av tenkingen i posten.

7.3 Å skape et eieforhold til prosjektet og alternativene i postene

En viktig utfordring i sykehusene var spørsmålet om hvordan man skal forankre prosjektet i posten, og skape et eieforhold til prosjektet og de utvalgte alternativene i personalgruppen. Dette spørsmålet dukket tidlig opp, og forble et kontinuerlig spørsmål gjennom hele prosjektperioden. Prosessen viser at det er en lang vei å gå fra diskusjoner på nettverksamlinger og i arbeidsgruppen til en helhetlig forankring i posten.

Et viktig aspekt ved forankringsprosessen var å skape motivasjon for endring og fagutvikling i forhold til tvangsreduksjon. I postene var det ulik motivasjon for et slikt endringsarbeid. *"De veksler mellom å føle det litt farlig, usikre, men spennende og interessant."* Dette påvirket prosessene med personalgruppene lokalt. De fleste mente det var viktig å finne konkrete tema personalet er interesserte i og motiverte for, og starte utviklingsarbeidet derfra.

Motivasjonsarbeidet innebar også spørsmål om hvordan man skal tydeliggjøre behovet for endring av tvangsbruken i posten og innføring av alternative praksiser. Hvilke virkemidler kan man benytte for å skape engasjement og stimulere til fagdebatt? Dette var spesielt viktig i poster hvor personalet definerte seg som praktikere og var lite vant til faglige diskusjoner eller refleksjonsgrupper. Noen poster fremhevet det som en særskilt utfordring å få med "gutta" som er mer orientert mot kontroll og bruk av fysisk makt.

Flere poster fortalte om utfordringene med å nå hele personalgruppen med informasjon om prosjektet. Dette problemet forsterkes av gjennomtrekk av personale og vaktordningen. For å imøtekomme informasjonsbehovet ble det gjennomført fagdager og utarbeidet permer om prosjektet. Det ble også holdt informasjonsmøter. Forsker deltok på internundervisning om prosjektet i noen sykehus. Flere i arbeidsgruppen bidro til formidling av prosjektet gjennom samtaler på vaktene. I tillegg valgte man å delta med flere i personalgruppen på nettverksamlingene som ble arrangert på hjemstedet. Det synes likevel som informasjonsbehovet er stort. En prosjektleder sier: *"Jeg kunne gjort dette (informert) i det uendelige. Det er stadig noen som ser ut som et spørsmålstejn. Det er utrolig hvor mye informasjon man kunne gitt."*

Arbeidsgruppen fortalte at det ofte var vanskelig å få gitt tilstrekkelig informasjon: ”*Personalet vet ikke hva BAT går ut på*”. Dette problemet ble bekreftet i de avsluttende intervjuene hvor flere i personalgruppene opplevde for liten informasjon om prosjektet. ”*Det ble hele tiden sagt at alle var BAT, det gjaldt hele miljøet. Men lite tilbakemelding om hva de konkret holdt på med. Informasjon til oss som jobbet var mangelfull. (...) Permen stod der, men det som stod i permen stod ikke i sammenheng, bare kopier. (...) Vi har kommet med innspill, men vet ikke om det har blitt brukt.*” Selv om andre oppga informasjonspermen som nyttig, var det flere som ikke leste denne. I poster som arbeidet mest aktivt med informasjonsformidling, synes det som at prosjektet ble mer forankret i posten som helhet. Informasjonsproblemet gjorde likevel at ledelsens og andres kontinuerlige understøttelse av tenkningen i hverdagen var viktig for å styrke bevisstheten om utviklingsarbeidet i posten.

En viktig side ved forankringen i posten som ble fremhevet, var betydningen av å skape en felles visjon og tenkning i posten. Dette arbeidet tar tid. Ledelsen har en sentral betydning for å skape en samlende tenkning. Betydningen av ledelsen var eksempelvis tydelig ved Reinsvoll og Tønsberg hvor mellomledernivået hadde en sentral betydning for implementering av den nye tenkningen i posten før og gjennom prosjektperioden. Det ble derfor uttrykt bekymring av arbeidsgruppens medlemmer for om lederskifte ville undergrave endringsarbeidet: ”*De må ikke finne på å ansette noen som jobber mot dette*”. Vedkommendes behandlingsfilosofi på disse områdene måtte gjennomgå i ansettelsesprosessen: ”*Den nye lederen må være med på denne tenkninger.*”

Dersom man ser på sykehusene under ett, utformet det seg ulikt eieforhold til prosjektet i postene. Intervjuer tyder på at poster som jobbet med kjernevirksomheter i posten, som eksempelvis skjerming eller grensesetting, i større grad klarte å inkludere miljøpersonalgruppen. Disse tema førte imidlertid ofte til at behandlerne utdefinerte seg fra prosjektet. Mer avgrensede tiltak, som samtalegruppe, kunne lettere bli isolert fra den øvrige driften i posten. Det er derfor viktig å innlemme et slikt utviklingsarbeid i postens helhetlige tenkning for å underbygge intervensjonen.

7.4 Å arbeide med endring av holdninger

I BAT-prosjektet var spørsmålet om endringer av holdninger viktig i alle poster, selv om noen poster la større vekt på dette enn andre. Men hvordan nærmer man seg et arbeid med holdningsendring? I den innledende fasen viste det seg at en eksplisitt målsetting om holdningsendring lett skaper motstand og utrygghet i personalgruppen. Det er vanskelig å gå direkte på holdningsendring uten at personalet opplever seg kritisert og krenket.

Den innledende fasen viste dermed betydningen av å arbeide med holdningsendring på mer indirekte måter. Dette førte til en satsing på internundervisning, refleksjonsgrupper og stadige diskusjoner om vanskelige situasjoner i praksis. Man arbeidet i økende grad med å trekke inn personalets refleksjoner i ulike situasjoner på samme måte som i arbeidsgruppen. I tillegg påpekes det at ledelsens, eksempelvis enhetsleders, tydelige signaler om hvilke holdninger man vil utvikle i posten har betydning for endringer i postkulturen.

Å fokusere på kunnskap og refleksjon synes å ha en verdifull betydning. Noen av personalet som hadde motstand mot prosjektet mente dette er en langt bedre tilnærming. ”*Man kunne heller sagt at dette prosjektet skulle gi oss et bredere grunnlag av muligheter for å løse aggresjon, så ville nedgangen i tvang blitt et resultat av det. For da ligger det ikke som en kritikk av det vi har gjort, men det ligger som et videreutdanningsperspektiv.*”

7.5 Å møte motstand mot prosjektet

I postene var det ulik grad av motstand mot prosjektet. I akuttposten som gjennomførte raskest og mest inngripende endringer, var implementeringsprosessen mest preget av en innledende fase med motstand. I de fleste postene måtte imidlertid arbeidsgruppen vurdere motstandsprosesser og ivaretaelse av disse på gode måter. Å håndtere spenninger i posten og balansere dilemma som dukker opp, synes derfor sentralt i arbeidet med tvangsreduksjon og utvikling av alternative praksiser. Dette samsvarer med erfaringene internasjonalt (Norvoll 2008, samtaler med Visalli og McNasser). Spenningene synes størst i de postene som har mye bruk av tvang og kontroll i arbeidet. Motstand trenger imidlertid ikke være barriere for endring dersom den overvinnes. Posten med størst motstand innledningsmessig, var for eksempel en av de mest fornøyde med prosjektresultatene i etterkant.

I posten med mye uttalt motstand var det viktig å imøtekomme denne, og gjennomleve fasen før ny enighet og praksis var etablert. En ansatt beskrev dette som at personalet må gjennom en ”kollektiv sorgprosess” over tidligere praksis før de kan fokusere på videreutvikling. ”Å anerkjenne at det vi har gjort ikke alltid er riktig, er smertefullt for personalet. At vi har vært for låst i det vante og fastlåste.” Ledelsen og arbeidsgruppen måtte vie mye tid til informasjon, forklaringer og å lytte til motstanderne. Enhetsleders kontinuerlige støtte til arbeidsgruppen og personalet i samarbeid med øvrige behandlere var sentral i denne fasen.

Personalets opplevde raskt prosjektet som en ny kritikk. Dette førte til at lokal prosjektleder stadig måtte understreke at prosjektet ikke var kritikk, men en søkning mot å stadig bli bedre. Det ble også fremhevet at utviklingsarbeid kan være stimulerende og morsomt i profesjonelt arbeid. Denne innfallsvinkelen, i kombinasjon med støtte fra enhetsleder, synes å medvirke til at prosjektet i økende grad ble akseptert og støttet i personalgruppen.

Arbeidsgruppen vurderte i etterkant at de, av ulike årsaker, hadde brukt for lite tid til å forberede prosjektet i forkant. De mente også at de hadde gått for hardt ut i den begynnende fasen: ”Vi gikk for hardt ut, Nå skal vi forandre kulturen i veggene her, vi skal endre holdningene deres. Personalet ville ikke være med på dette. Så endret vi oss, gikk ut med små drypp.” Det ble fremholdt at det er viktig å bruke tid i den innledende fasen. ”Vi må bruke tid for å få med alle. For det er veldig touchy. Så når vi står der i all vår iver på undervisningen og sier vi må ha mer kunnskap for å få ned tvangen. Så sier de, Jaså, mener du at vi ikke kan nok? Så går de i forsvar. Og det er klart at det hadde jeg gjort om jeg ikke hadde sittet her først.(...) Så det er en lærdom i alle prosjekter at man må komme litt mer ydmykt ut.”

I avsluttende intervjuer fremholdt enkelte at kritikken stilnet av fordi personalet i økende grad fikk eieforhold til prosjektet.:

” Vi har fått et eieforhold til det. Det er ikke lenger BAT, men noe vi velger å løse på den måten. Det er jo bra, for da er man jo ikke avhengig av et prosjekt lenger for at det skal vare. (...) Vi har i langt større grad som miljø tatt det til oss. Nå går det igjen an å ta tak i de som trenger å bli tatt tak i uten å bli uglesett. Så kan vi lete etter alternativer til de andre. Det er blitt en kollegial greie om at det er all right å ta tak i en kollega noen minutter og diskutere hvordan kan vi løse dette her, så sant det finnes rom for det. Og det har gjort at diskusjonen om alternativer har blitt mye mer grei å ta, fordi alle gjør det når vi står i en situasjon hvor vi lurer på hva man skal gjøre. Og vi gjør det alle sammen uten at noen er representant for BAT eller noen ikke. Nå er vi som gruppe opptatt av å finne andre løsninger fordi vi vet de finnes. Og vi kjenner også det presset om at vi må forsøke å gjøre det annerledes fordi det er noen ganger det er mye mer lettvent å bruke belter også,

uten tvil. Det er noe med all denne småslåinga, småsparkingen og spyttingen og alt det der som kanskje er på grensen til hva som er greit og som vi må finne andre løsninger ut av.”

Som det fremgår indirekte av sitatet, preges prosessen av at personalet løser opp i tenkningen om tvangens nødvendighet. Flere motstandere fortalte også i ettertid at de i løpet av prosjektprosessen hadde sett at det fantes mange muligheter for å arbeide annerledes i en akuttpost. Dette førte til en større aksept og oppslutning om endringsarbeidet.

Personalet i arbeidsgruppen ved Reinsvoll og Blakstad fremhever i tillegg at endringen motiveres av en sensitivering av personalgruppen om hvordan pasientene kan oppleve situasjonen. *”Vi sier at å stenge de inne er ikke bra. Men det er logisk når vi tenker på hvordan vi selv ville hatt det. Når vi prøver å få til en tankegang om at vi skal prøve å sette oss inn i hvordan man selv ville hatt det, så gjør det at personalet blir med på det da de selv ikke ville hatt det sånn.”*

7.5.1 Det vanskelige krenkelsesperspektivet

Prosjektet viser at krenkelsesperspektivet skapte mest spenninger og motstand i personalgruppen og i dialogen mellom personalet og brukerne (jf. pkt. 4.3.3). På dette området var mistillitsnivået ofte høyt og det kunne være vanskelig å få til nyanserte diskusjoner. Dette samsvarer med tendenser i den helsepolitiske debatten.

For noen ansatte førte krenkelsesperspektivet til en viss sensitivering: *”Det som ble klart for meg (gjennom historiene) er at de tiltakene vi setter i gang på post kan være traumatiske, å bli mer bevisst på det. At der er noe som må bearbeides i etterkant og at det som kanskje virker dagligdags ikke er sånn”. Det synes samtidig som at diskusjonene om krenkelser og brudd på menneskerettigheter tydeliggjorde motsetningene i de ideologiske synspunktene om tvangsbruk: ”Vanskelig å diskutere fordi det handler om at tvang ikke er bra i det hele tatt. Og der er ikke vi.”*

Flere personale fortalte at det var vanskelig å finne en måte å forholde seg til tilbakemeldingene om krenkelser på. For det første følte de seg som ”krenkere”, noe som var vanskelig å møte: *”Vi vil jo ikke straffe, være onde”. De strevde også med å skille mellom personlig kritikk og systemkritikk, fordi de opplever seg som en del av systemet. ”Jeg blir lei meg når brukerne snakker stygt om personalet som noe som vil en vondt”.*

Det synes som at reaksjonen gjenspeiler avmaktsopplevelser fordi miljøpersonalet i mange tilfelle er ”utøverne” av et større system og ikke vedtaksfatterne av tvangen. Krenkelsesperspektivet synes dermed i noe grad å skape en gjensidig avmaktrelasjon som er vanskelig å håndtere på en god og konstruktiv måte (jf. Norvoll 2007).

Gjennom prosjektet ble ikke disse spenningene løst. På slutten av prosjektperioden forsøker et sykehus å overskride den fastlåste diskusjonen ved at sykehusledelsen etterhvert ble enige med brukerrepresentantene om at de må forholde seg til krenkeshistoriene på en mer profesjonell og offensiv måte. De ville derfor, i samarbeid med brukerne, gå gjennom krenkeshistorier på en mer aktiv måte for å se på hva disse historiene forteller om behov for kvalitetsutvikling i tiden fremover. *”Vi må være faglige dyktige og modige nok til å ta det innover oss og se på løsninger”.* Dette peker mot en mer løsningsorientert strategi som kan være viktig for feltet fremover.

7.6 Å håndtere utrygghet i personalgruppa

Et viktig aspekt ved endringsprosessen som ble fremholdt i postene, var spørsmålet om å håndtere utrygghet og usikkerhet i personalgruppen. For poster som tradisjonelt hadde benyttet mye fysisk makt, ble fokuset på reduksjon av fysisk makt og ”hands-off-filosofien” møtt med sterk motstand. Det var derfor viktig å gå forsiktig frem for å unngå uhåndterbar konflikt og motarbeidelse av utviklingsarbeidet på grunn av utrygghet i personalgruppen.

Denne prosessen ble tydeliggjort i posten som gjennomgikk størst endringer i prosjektperioden. Personalet fortalte at BAT-prosjektet og engasjementet til arbeidsgruppen skapte en innledende usikkerhet på hva de kunne gjøre, og at de ble usikre på om tvang ikke lenger var lov. Dette kunne gi en vond opplevelse av å bli handlingslammet i situasjonen før nye ferdigheter og praksis ble etablert. Dette synes særlig å gjelde ansatte som er spesielt opptatt av grensesetting og som nå opplevde at de ikke lenger fikk benytte tidligere praksis. Som i dette eksemplet:

”Sykepleier: Det første som skjedde, var at folk var redde for å gripe inn der man bør gripe inn. Så det ble jo en del farlige situasjoner til å begynne med fordi folk ble uglesett om de grep inn der tvang var helt nødvendig. (...) Det var en periode der som var skummel synes jeg. Forsker: Hvordan farlige situasjoner da for eksempel? Sykepleier: Nei, at uroen gikk for langt sånn at vi faktisk ikke hadde kontroll og at faren for skade på personal og andre pasienter ble overhengende. Vi kunne ha grepet inn før og sikret pasienten på en annen måte, ikke ved å legge i bakken eller i belter, men vi kunne gått inn og satt grenser mye før. Men dette BAT- prosjektet ble litt sånn hva er det nå vi har lov til og ikke har lov til? Det ble nye regler uten å kjenne det på kroppen. Forsker: Usikkerhet? Sykepleier: Ja. Det opplevde jeg veldig sterkt. ”

I likhet med erfaringene med tvangsreduksjon til psykisk utviklingshemmede (Ellingsen et al 2002), var det viktig at utviklingsprosessen bygget på personalets praktiske erfaringer med at nye arbeidsformer går bra. Personalet ble gradvis mer positive til alternativer og tvangsreduksjon ettersom de fikk gode erfaringer med disse. Eksempelvis fortalte arbeidsgruppen ved et sykehus hvor redde personalet var første gang de skulle ta med en pasient med selvskadeproblemer ut på tur på området. Dette brøt med postens tidligere praksis om at pasientene skal være inne på skjermingsrommet. De fortalte at personalet var helt avhengig av enhetsleders støtte og godkjenning. Da turen gikk helt fint, forsøkte de på ny med en annen pasient som gikk bra. Gjennom slike erfaringer ble utryggheten mindre og ny praksis ble gradvis etablert. Den samme mekanismen ble beskrevet om husregler, hvor man begynte en forsiktig endringsprosess hvor man starter med å ta bort det som virker mest unødvendig og minst risikofyllt. Man gjorde så noen erfaringer med disse endringene før man gikk til neste skritt.

Personalet kunne i endringsprosessen streve med å finne en balanse i maktbruken i forhold til hva som er omsorg. ”Vi må ikke være så redde for å bruke makt at vi ikke tørr å involvere oss.” Dette dilemma var ikke til stede på samme vis i poster som hadde utviklet andre oppfølgingsmåter.

Det ble fremhevet som viktig at personalet opplever at dette er noe for dem og at det settes i en faglig sammenheng, for å snu motstanden på grunn av engstelse. En slik endring krever langsiktig arbeid for å få med hele personalgruppen.

7.7 Å oppdage det spennende, men krevende ved nye arbeidsformer

I løpet av prosjektet fortalte stadig flere av personalet at de nye arbeidsformene var spennende å arbeide etter. Noen fremhevet imidlertid at alternative arbeidsformer stiller langt større krav til kompetanse og aktive tilnæringer i arbeidet med pasientene. Dette gjør arbeidet morsommere, men også mer krevende fordi det krever mer kontinuerlig refleksjon.

Det synes spesielt som at det å arbeide på en mer anerkjennende måte ble opplevd som positivt av personalet: ”*Personalet trives med å jobbe med det anerkjennende og å utvikle dette og brukermidvirkning.*” Dette samsvarer med andre bidrag som viser at mistillit til pasientene ofte kan virke tappende i arbeidet (jf. foredrag første nettverksamling av Rolf Sundet om pågående doktorgradsarbeid, Norvoll 2007). Å jobbe mer tillitsbasert gir mindre arbeidsbelastning. Personalet opplevde dette som et gode og ble da langt mer positiv til prosjektet for egen del.

Etterhvert fortalte personalet om flere ”suksesshistorier” i møte med pasientene. De opplevde flere positive tilbakemeldinger fra pasientene og ros for nye arbeidsmåter. Slike historier synes å ha stor motivasjonsmessig betydning for det videre endringsarbeidet, og gir en ny tilfredstilteelse i arbeidet for personalet. Dette samsvarer med arbeidsforskning som viser at positive tilbakemeldinger fra kunder eller pasienter er sentral for opplevelse av jobbtilfredshet hos personale (Norvoll 2007). I likhet med den internasjonale litteraturen synes det som gjensidig ros personalet imellom samt fra ledelsen og behandlerne når de klarer å mestre situasjonene på alternative måter, har stor stimulerende betydning (Norvoll 2008: pkt. 3.12.2). Endringsarbeid gjennom ros har dermed stor kraft, ikke minst for personale innenfor psykisk helsevern som ofte opplever seg som stadige ofre for kritikk.

Gjennom prosjektperioden så man at personalet utviklet større sikkerhet på ny praksis ettersom denne falt inn i fastere former og ble mer institusjonalisert. Personalet fortalte at de over tid ble mer sikre på arbeidsformene, ”*tryggere på måten de jobber på nå*”. De utviklet også mer trygghet på de nye samarbeidsformene personalet imellom.

I løpet av prosessen utviklet de også en større sikkerhet på vurderingene av grensene for faglig forsvarlighet ved tvangsreduksjon. Dette var ofte et vanskelig moment i begynnelsesfasen. Redselen for å gå utover det forsvarlige ble redusert gjennom perioden, og de ble tryggere på at alternativene ivaretok disse aspektene på en tilstrekkelig måte. Personalet ble etterhvert også langt mer sikre på hvilken behandlingsfilosofi de ønsket i forhold til alternativer til tvang.

De påpekte samtidig at det er viktig å innarbeide den nye tenkningen og arbeidsformene i postens rutiner for å sikre at alternativene forankres så godt at det forblir varig endring. I noen poster ble endringen beskrevet som ”*skjør*”. De var dermed bekymret for å falle tilbake i det gamle. I diskusjonene kunne man også se personalets veksling mellom gamle og nye praksisformer. Personalet synes i visse situasjoner å stå med et ben i det gamle og nye. Implementeringsfasen tar dermed tid og trenger langvarig understøttelse.

7.8 Organisatoriske forutsetninger for alternative arbeidsformer

Gjennom prosjektperioden fremhevet personalet noen viktige forutsetninger for at alternative arbeidsformer kan implementeres i praksis på en god måte.

For det første er det behov for et velutviklet kunnskapsgrunnlag for postens behandlingsfilosofi, og at posten samlet seg om en felles tenkning som gjennomsyrrer alle nivåer fra øverste ledelse til ekstravakter.

”Men jeg har ønske om et mer forpliktende faglig grunnlag som vi skal jobbe etter. Som da vil være gjeldene for både vakthavende leger som kommer innom, for overleger som kommer innom. Fordi slik som det er nå, så er det noen få nøkkelpersoner i hver post som har litt oversikt over dette. Og man vet ikke hva som skjer om ett år, to år. Kanskje slutter disse. Det må være en struktur som holder fast ved dette her.”

Personalet mente at arbeidsformer som vektlegger individuell behandling og medvirkning i behandlingen, vil kreve fleksibel arbeidsorganisering og delegert beslutningsmyndighet. Denne fleksible organiseringen gir mer rom for den enkelte ansatte til å være kreative når de skal løse problemene i situasjonen. I alle postene ble det fremhevet at friheten til å gjøre alternative tilnærminger må være til stede organisatorisk og i postkulturen. I de mer fleksible postene ble dette fremhevet som en grunnleggende forutsetning for arbeidet. I de mer regelbaserte postene fremhevet personalet behovet for endring av postkulturen slik at ansatte som utprøver individuelle alternativer ikke får samme sanksjoner fra personalgruppen som tidligere.

Noen ledere og ansatte fortalte at individuelt og tilpassede arbeidsformer fordrer ”friheten til å gjøre feil”. Behandlerne fortalte eksempelvis at sterk sanksjonering av uheldige hendelser motvirker alternative løsninger fordi redselen for sanksjoner kan bidra til at personalet ”oversikrer” situasjonen. Noen ledere og ansatte fremhevet derfor at en viss frihet til å feile – innen faglig forsvarlighetens grense – er en nødvendig forutsetning for å kunne prøve ut løsninger sammen med pasienten for å finne ut av hva som fungerer. Det må dermed skapes et slikt handlingsrom fra helsemyndighetenes, ledelsen og postkulturens side.

En leder fortalte også at en veldig regelstyrt kultur fører til et personale som er livredde for å gjøre feil. Dette gir en konfliktsky post hvor man er redd for å gi tilbakemeldinger og kritikk til hverandre. Når det ikke er så farlig å feile, er det lettere å skape et vurderingsrom hvor man kan diskutere praksis. Det er lettere å skape en refleksiv postkultur hvor man kan være uenige og stille spørsmålstegn til de andre i debriefingssituasjoner: ”Å lage en kultur hvor vi blir flinkere til å ta opp ting, og spørre om hva gjør vi nå? Det har vært for lite av dette.” I tre poster fortalte man at innføring av slike refleksive tankemåter førte til at utviklingsarbeidet skjøt fart.

En endring av posten mot mer fleksible og individuelle arbeidsformer forutsetter også en postkultur hvor det er krav om at personalet skal inneha vurderingskompetanse, og at en slik kompetanse er anerkjent og ettertraktet, ”Å gå fra en regelstyrt til en kompetansestyrt post.” Dette kan fortolkes som at alternative arbeidsformer forutsetter refleksive og lærende organisasjoner, eller refleksive postkulturer. Det må være stor takhøyde for å foreslå noe utradisjonelt, å gå noe utenfor reglene og at resten støtter oppunder dette. I tillegg må man kunne snakke åpent ut når man føler seg usikker og utrygg. Ledelsen må inn og understøtte om en slik arbeidsform sammen med behandlerne.

Personalet fremhevet i tillegg noen andre organisatoriske rammebetingelser som er viktige for å implementere alternative og tvangsreducerende arbeidsformer i praksis. Disse rammebetingelsene er store nok lokaler, tilstrekkelig personale til å kunne imøtekomme pasientens ønsker og nok personale til å iverksette aktiviteter som bidrar til å redusere angst og uro: ”Vi hadde kanskje ønsket at det var en til to til på jobb, slik at vi kanskje kunne gått ut og vært litt mer ute, at det hadde skapt et litt bedre klima.” I noen poster mente personalet at det til tider er behov for bedre bemanning for å redusere tvangsbruken: ”Jeg tenker at når du er presset, lite bemanning, lite personale på jobb, krevende pasienter. Det sier seg selv at lista blir lagt mye lavere (for å bruke

tvang) *enn når du er godt staffet opp og kan ta de tingene.*” Ved Reinsvoll som har høyest bemanning, vektlegges bemanningen som en viktig kilde til at det alternative arbeidet kan gjennomføres. I andre poster oppgis bemanningen som tilstrekkelig, men at det er spørsmål om å benytte ressursene på en god måte.

Et viktig aspekt i forbindelse med bemanning er god ressursallokering i de vanskelige situasjonene. Dette er også fremhevet som et sentralt moment i den internasjonale litteraturen, samt i en annen studie av akuttposter (Norvoll 2007, Norvoll 2008: pkt. 3.5.4). Ressursallokering innebærer at man i vanskelige og komplekse situasjoner med stor uro, forsterker ressursene rundt personalet som står i det direkte møtet med pasienten. Forsterkningen innebærer tilstrekkelig bemanning, men også tilføring av vurderings- og veiledningsressurser, og/eller personer med særskilt faglig kompetanse som kan bidra i vurderingene. Personalet trenger kontinuerlig følelsesmessig og faglig støtte av lederne som tilfører nødvendige ressurser og som bidrar til å skape trygghet for personalet. Det ble også påpekt at det er viktig at personalet står sammen fordi utrygghet ved å være alene kan føre til uheldige samhandlingsformer med pasienten. Videre er det gode erfaringer med ”fleksibel bemanning” i slike situasjoner.

Ved noen sykehus var man opptatt av å vanskeliggjøre tilgjengeligheten til å benytte tvangsmidler for å få ned tvangsbruken. *”Har du fokus på tvangsbruk, så er det lett å benytte det. Det skal være gjemt bort i en krok, og da først tas frem i nødstilfelle.”* Dette innebærer at beltesengen holdes langt borte og at det ikke er laget egne belterom fordi lett tilgang til belter stimulerer til bruk. Dette aspektet ble bekreftet i de to sykehusene med høy bruk av mekaniske tvangsmidler hvor beltene var lett tilgjengelige.

Bruk av tvang har også nær sammenheng med trygghet hos personalet. *”Jeg ser veldig stor forskjell når det fungerer, og jeg er stort sett bare på skjermene. Når det foregår godt, vi har lite beltelegginger og det går greit, så har det med sammensetningen av de som er på jobb. (...) Jeg synes i hvertfall at det har vært lavere bruk av tvang når personalet er trygge der.”*

For å kunne arbeide på en alternativ måte uten tvangsbruk, understreket derfor personalet betydningen av et stabilt, erfarent og trygt personale. Det er viktig å *”øke evnen til personalet i å stå i stressede situasjoner”* uten å ty til tvang. Dette ble fremhevet som et viktig aspekt i postene med minst tvangsbruk og høy andel erfarne ansatte:

”..For vi som kommer her relativt unge i faget og fra en annen post, så merker du den gamle stammen ut av de dønn erfarne, blant annet hjelpepleierne, som er en del av ryggraden i hele posten. (...) Så skulle du bygd opp denne posten igjen med kun unge ferske folk, da tror jeg du hadde fått mye av denne utryggheten. For du har disse som har den solide tryggheten med seg hele tiden. Dette har jeg sett før, dette har jeg gjort før, de vet mye om det som fungerer og er fryktelig åpen på å tenke nytt og annerledes. Det tror jeg er den store styrken til posten.”

Tryggheten i personalgruppen var en særlig utfordring i poster med stor utskifting og mange nyansatte, unge og uerfarne.

De fleste personalet fremhevet betydningen av gode samarbeidsformer for å håndtere tvangsrelaterte situasjoner på en trygg måte. Dette kan føre til at man utsetter tvangsbruk: *Forsker: hvorfor klarer dere å vente? Sykepleier: Jeg tror det er det at vi stoler på hverandre, at vi vet at vi er der for hverandre.* Et godt samarbeid bidrar til å skape en trygg væremåte som igjen bidrar til å trygge den angstpregede pasienten: *”Hjelpepleier: Men er du trygg på at du har med folk rundt deg, så går det veldig bra. Så ved slike pasienter er det veldig viktig at vi viser at vi er veldig trygge ikke sant, at vi gir trygghet. Hvis vi blir redde, så bare forsterker vi hele inntrykket*

(flere: ja) til pasienten om at omgivelsene er skremmende.” Når man er trygg, er det lettere å gripe inn i situasjonen gjennom dialog og kommunikasjon.

Sykepleier 1: Nå var det et par (personale) da, som gikk tettest og begynte å snakke med vedkommende. Hjelpepleier 1: Så vi gikk jo inn ved at vi gikk inn på hans område, og pratet og det løste seg. Men de (fra en annen post) hadde vel en annen oppfatning. De brukte å gå ut av rommet. Og han klarte ikke å stoppe det selv om han var alene, så da hadde man det på gang. Sykepleier 2: For det er ofte det å hjelpe pasienten til å gjenvinne selvkontroll. Jeg tror vi er flinke til å hjelpe de med det i stedet for at de skal få flyte ut og ende opp i en masse utagering, så går vi inn og trygger de på at det er ok. At vi er med på å trygge de hele veien.

For å øke tryggheten til personalet var det ved en post med lavere andel tvangsbruk, etablert praksis om at nyansatte ikke går inn i vanskelige situasjoner. De skal gå sammen med erfarent personale i den første tiden. Personalet skal ikke stå alene i situasjoner som man ikke føler man behersker, men søke hjelp og veiledning fra andre. Gjennom disse tiltakene underbygget man et felles faglig vurderingsfellesskap i personalgruppen i stedet for regelbasert arbeidsorganisering.

Gjennom prosjektperioden ble ledelsens betydning som visjonsskaper og rollemodell tydelig. Ved den ene posten skjøt endringsarbeidet fart da enhetsleder ble involvert og engasjert. Ved andre sykehus bidro ledelsens manglende engasjement og aktive involvering til at utviklingsarbeidet periodevis gikk tregt og tung. Det var forskjeller i den øverste ledelsens engasjement i innholdet i utviklingsarbeidet. I sykehus der ledelsen aktivt arbeidet for å understøtte innholdet i utviklingsarbeidet, opplevde personalet en langt lettere prosess enn der ledelsen i hovedsak var opptatt av resultatene utad uten å engasjere seg i arbeidet i postene og de utfordringer og dilemma som personalet og brukerne står overfor.

Det ble også fremhevet at miljøpersonalets arbeidsformer må understøttes ved at behandlerne (leger og psykologer) og andre tverrfaglige yrkesgrupper kommer mer aktivt inn i arbeidet med alternative løsninger for pasienten.

Noen ansatte fortalte at gode ”behandlingsplaner” er et viktig grunnlag for å arbeide individuelt. Planene kan stimulere til god faglig refleksjon over hva pasienten trenger og tiltak i samarbeid med pasienten. Vurderingen av individuelt tilpassede alternativer til tvang må innebygges i planen. Det er viktig at det utvikles gode dokumentasjonssystemer som underbygger individuell behandling. Det ble imidlertid påpekt av personalet ved to sykehus at innføring av nye elektroniske og standardiserte sykepleierapporteringssystemer motvirket en slik individuell og brukermedvirket arbeidsform.

7.9 Å skape kreative løsningsorienterte poster

I løpet av BAT-prosjektet synes det som at personalet i flere poster går i en retning hvor de blir opptatt av å skape mer fleksible, kreative og løsningsorienterte postkulturer for å unngå tvang. Dette aspektet er noe mindre beskrevet i den internasjonale litteraturen. Noen artikler beskriver liknende tiltak i utviklingsarbeidet som er rettet mot å stimulere personalets kreativitet om alternativer (Norvoll 2008: pkt.3.12.2 og 3.12.9). I BAT-prosjektet var ikke dette en planlagt intervensjon, men en uintentert konsekvens av prosjektet.

I disse postene fremhevet personalet i økende grad at alternativer til tvang handler om at man blir orientert mot å finne andre løsninger enn tvang sammen med pasientene og prøve ut disse sammen. Tvang handler om å ha en *”En kultur for å løse ting på den måten”*. Nå forsøker man å endre postens tradisjonelle løsningsrepertoar mot mindre bruk av tvang. *”Nå er vi som gruppe opptatt av å finne andre løsninger fordi vi vet de finnes.”*

Personalet fortalte om en ny løsningsmentalitet og at de har blitt mer kreative på dette området enn tidligere. Løsningsorienterte kulturer handler om å åpne opp for kreativitet sammen. *”Så er det en veldig takhøyde for å kunne foreslå noe utradisjonelt. Dersom noen kommer på en ide om hva man kan gjøre, så er de fleste på med en gang og sier ja, det går vi for, det prøver vi. Så prøver vi og så evaluerer vi det i etterkant.”* Alle yrkesgrupper kan bidra til løsninger, også ekstravakter blir viktig. Man åpner opp for en generell kreativitet så lenge dette kan hjelpe til å unngå tvang. *”Vi har prøvd alt mulig for å slippe at folk skal føle seg for mye krenket av å måtte være på rommet.”* Den løsningsorienterte kulturen har ført til mye diskusjoner i personalgruppa om hva man skal gjøre, og hvordan man skal løse situasjonene.

I noen poster har man i økende grad involvert pasientene ved at de kan komme med ønsker og forslag til tiltak som kan hjelpe. *”Alle har sine forslag og prøver jo så godt vi kan.”* Det settes inn godvilje og ressurser fra personalets side om å få det til. Denne orienteringen innebærer også en økt toleranse overfor pasientene: *”De godtar enda mer at folk, eller pasientene eller brukerne, får lov til å være seg sjøl, å være eller litt stygt sagt gale på. De tillater mere, finner andre løsninger for å gjøre ting på en annen måte.”*

Personalet mener at de gjennom prosjektperioden har utviklet et større løsningsrepertoar. *”Så vi har jo utvidet repertoaret av løsninger”*. *”Vi tar de med på biltur, til fjøs og er med på lammefødsel. Det finnes egentlig ikke grenser for hva personalet finner på. Vi er fleksible sånn.”*

Et særtrekk ved denne løsningsorienterte kulturer er at personalet også prøver ut flere løsninger sammen med skjermingspasientene: *”Det er blitt mer sånn at det er lov å prøve ut personalet i mellom. Ikke bare vente til neste dag og møtet, men for eksempel å gjøre det på kvelden.”*

Personalet ved en post mente selv at en slik utvikling i tenkning var en forsiktig endring. Brukerrepresentanten som selv hadde blitt skjermet der, mente imidlertid at dette skifte utgjorde en viktig endring: *”Det er veldig aktuelt og det er viktig å prøve seg ut og ikke bare skjerme og skjerme en pasient. Slik sett viktig å sette fokus på det.”*

En slik løsningsbasert kultur forutsetter noen av hovedmomentene som allerede er beskrevet i rapporten. Disse er beskrevet i Figur



Figur 9. Faktorer som påvirker utvikling av løsningsorienterte arbeidsformer og kulturer

7.10 Avslutning

I dette kapitlet har vi beskrevet noen prosesser som påvirket utprøvnings- og implementeringsfasen i prosjektet. Disse var til stede i ulik grad og til ulik tid i postene. Hovedutfordringene var særlig det å få til god prosjektledelse og lokal forankring av prosjektet i postene. Det var en utfordring å skape et eieforhold til prosjektet og alternativene i postene. Arbeidsgruppen måtte også forholde seg til spørsmålet om hvordan arbeide med holdninger i posten, og hvordan de skulle møte motstand og å håndtere utrygghet i personalgruppen på en god måte. Over tid var det stadig flere i personalgruppen som oppdaget det spennende, men også krevende ved å arbeide på alternative måter. Gode erfaringer med alternativer økte tryggheten til de nye arbeidsformene.

Personalet pekte på noen organisatoriske rammebetingelser som er viktig for å skape alternative arbeidsformer til tvang. Dette er utvikling av felles behandlingsfilosofi, fleksibel arbeidsorganisering, mulighet for å gjøre feil, tilstrekkelig og stabil bemanning, ressursallokering i vanskelige situasjoner, gode dokumentsystemer og godt samarbeid i personalgruppen. Alternativer til tvang handler i stor grad om nye løsninger av problemer. Det er derfor viktig å stimulere til refleksive postkulturer som stadig vurderer alternative tiltak i samarbeid med hverandre og pasienten. I slutten av prosjektet påpeker også flere poster viktigheten av en kreativ løsningsorientert arbeidskultur.

8 Effekter av BAT-prosjektet

8.1 Innledning

Hovedmålsettingen for BAT var å synliggjøre mulige alternativer til tvang i akuttpostene. Disse er beskrevet i de foregående kapitlene. I dette kapitlet vil vi likevel se på noen ulike effekter av BAT-prosjektet for brukerne, arbeidsgruppen og i postene. Innledningsvis beskrives personalets og brukerrepresentantenes opplevelser av deltakelsen i prosjektet. Så beskrives noen endringer i postene som ble beskrevet i de kvalitative intervjuene. Disse er:

- Økt faglig bevissthet og fagdiskusjon
- Bedre tvangsregistrering og bevissthet om bruken
- Mer anerkjennende og romslige holdninger til pasientene
- Økt vekt på kommunikasjon, relasjon og dialogbaserte arbeidsformer
- Økt fokus på brukermedvirkning
- Endrede arbeidsformer i forhold til tid, skjerming og grensesettende praksiser
- Endret rekrutteringspolitikk, økt undervisning og kompetanse hos personalet
- Gode erfaringer med nye arbeidsformer: en ”win- win-situasjon”

Deretter vil vi undersøke hvorvidt det har skjedd noen endringer i personalets holdninger til tvang og tvangsbruken i postene gjennom prosjektperioden. Da hovedmålsettingen for prosjektet er å beskrive mulige alternativer til tvang, vil vi kun gi en enkel statistisk beskrivelse av endringer i postene. For utdypende beskrivelser av resultatene fra spørreskjemaundersøkelsen og tvangsregistreringen viser vi til vedleggene (1-5) og de lokale rapportene.

8.2 Personalets opplevelser av deltakelsen i BAT- prosjektet

Personalet i arbeidsgruppene hadde noe ulike opplevelser av deltakelsen i BAT- prosjektet. Denne opplevelsen er påvirket av hvordan de lokale prosessene i sykehuset har vært underveis, og de ulike utfordringer som har oppstått lokalt.

De fleste av personalet fortalte at det har vært spennende og lærerikt å delta i prosjektet. ”*Det har jo vært utrolig spennende.*” De felles nettverksamlingene ble særlig opplevd som positive og lærerike. Utvekslingen av erfaringer sykehusene imellom ble fremhevet som mest positivt da de ofte har liten tid til å diskutere disse tema på samme vis i det daglige arbeidet i posten. De har lært mye av hverandre gjennom prosjektet.

Den største gevinsten som ble fremhevet, var at BAT-prosjektet har gitt mulighet for å arbeide med utvikling på dette område på en mer strukturert og forpliktende måte enn de ville gjort alene lokalt. ”*Alle har vært enige om at man må gjøre noe, men nå er det satt det i system.*”

Dette forhindrer at det lokale utviklingsarbeidet sklir ut. Forskers viktigste rolle har ofte vært som pådriver i prosjektgjennomføringen. I tillegg ble det ansett som verdifullt at forskningen er rettet mot personalet og praksis inne i postene, og at forskerne er mer involvert i dem. De fortalte at prosjektet har vært ”*et faglig løft*” på mange ulike måter. Noen personale fremhevet det helhetlige, forebyggende tvangsperspektivet og brukerfokuset som særlig nyttig. ”*Samtidig at man har den bredde i BAT, at man må jobbe på flere nivåer, at det med tvang ikke bare handler om oss som jobber på gulvet. Men at det er ansvar på beholdersiden, på ledersiden og kvalitetsrådet*”

De lokale prosjektlederne i arbeidsgruppene hadde noe ulike erfaringer. I sykehus hvor det var liten støtte fra ledelsen og behandlerne i kombinasjon med mangelfull avsetting av ressurser, har ansvaret som prosjektleder vært tyngre og mer frustrerende enn i poster hvor det var bred støtte i organisasjonen. De fleste prosjektlederne oppga imidlertid at det har vært en lærerik prosess hvor de har utviklet seg og lært mye, ikke minst om tvang og hvordan drive prosjektorientert fagutviklingsarbeid på en god måte.

På samme vis som beskrevet i flere internasjonale studier kan personalet i arbeidsgruppene oppleve at endringsarbeidet i postene går sent. Sykehusene er store og komplekse organisasjoner som det er krevende å endre: *"Dette er en tung materie å bevege."* Noen mente også at alternativer til tvang er en langsom vei til endring: *"For å se resultater er det for kort tid fordi det er så ufattelige mye ting som sitter i veggene. Du ser bare hvordan gruppa har vært forskjellige. Og hvis vi er et utsnitt av hele Norge, så er det veldig mange som skal gå denne prosessen. Og det er klart om vi har brukt halvannet år på å nærme oss hverandre, så tenker jeg at skal vi få med alle, så tar det tid."* De fremhevet videre at *" tvang handler om lærte arbeidsformer. Det tar tid å handle annerledes."*

Personalet i arbeidsgruppen hadde ulike opplevelser av hva de har oppnådd gjennom prosjektperioden. Alle har opplevd at de har sett økte muligheter til tvang, og at de i økende grad har sett nytten av en slik tilnærming. *"Det er blitt mer og mer spennende etter hvert som man har jobbet. Så nå er det jo synd å stoppe."* De fleste postene mente at de hadde oppnådd mange av de opprinnelige målsettingene (jf. kap.3), om enn i varierende grad. I de fleste postene opplevde de seg i en startfase av et større utviklingsområde: *"Vi har så vidt startet (...) Vi har kommet et lite stykke på vei, men det er mer igjen"*, eller at *"Det er nå det begynner"*. Utviklingen er en langvarig prosess:

Men dette er en prosess. Så selv om BAT –prosjektet er ferdig, så er ikke vi ferdige. Nei, det er helt klart. Dette er en del av plattformen som er lagt og vi må bare jobbe videre med det. For det har gitt oss så mye, og vi har jo funnet en måte å jobbe med dette på, og det er klart at det betyr jo veldig masse. Selv om det har gått litt trått i enkelte sammenhenger."

I to poster mente personalet at de er *"godt i gang"*. Noen poster opplever endringen likevel som skjør og at det trengs tid for å få endringene godt og varig forankret. Ledelsen har derfor stor betydning for den videre utvikling: *"Hvorvidt vi skal komme videre er ikke bare opp til oss miljøpersonale, men også at de videre oppover må være med på dette her. Hvis ikke, kan det fort bli, og jeg håper det ikke blir det, en sånn boble om vi ikke får den støtten hele veien."* I en post fortalte de at utviklingsarbeidet stadig viser *"et landsskap av muligheter"* for endring på disse områdene innenfor psykisk helsevern. BAT-prosjektet gjenspeiler dermed et felt som er i startgropen og flere sykehus oppgir at de vil jobbe med dette fremover, *"Vi kan ikke gi oss nå!"*

For arbeidsgruppene har endringsarbeidet i BAT vært noe ulikt. I poster med tidlig oppslutning om prosjektets filosofi og god støtte fra resten av organisasjonen, har endringsarbeidet gått lettere og vært mer gledesfylt: *"Ingenting er så morsomt som et slikt arbeid dersom prosessen går. Da går det nesten litt av seg selv."* I et sykehus var den mangelfulle støtten fra den øverste ledelsen og overlegen til prosjektet oppgitt som en stor belastning. I posten med stor motstand innledningsvis, måtte arbeidsgruppen utholde mye kritikk og avvisning. De hadde imidlertid bred støtte i ledelsen og behandlergruppen som medvirket til at endringsarbeidet ble givende tross motstand. I et sykehus var endringsarbeidet langt tyngre og mer ensomt. De opplevde mangelfull støtte i ledernivåene og deler av behandlergruppen gjennom prosjektprosessen, og savnet flere *"bærere i miljøet"* for å få til endring. Det var ønske om raskere resultater. Dette gjorde prosessen mer slitsom, selv om man avslutningsvis oppsummerte prosjektet som viktig og verdifullt for sykehuset:

” På nasjonalt nivå har det vært kjempespennende å være med. Ikke minst mye god undervisning, mange gode innlegg og ikke minst det å møte andre sykehus og høre hva de tenker og driver på med. Og lokalt synes jeg det har vært en evig ups and downs. Jeg har til tider følt meg så frustrert at jeg har hatt lyst å gi meg, og i perioder så fornøyd med det vi har klart å få til. Og det har vært knyttet til undervisning der jeg føler vi har fått til en prosess i gruppa sammen med personalet. Og jeg har sett at det har engasjert folk og at de har ment noe både for og mot. Bare det at vi har fått en arena for å snakke sammen om faglige dilemma”.

Det langsiktige endringsperspektivet gjør at noen poster hadde ønsket noe lengre varighet av BAT-prosjektet. *”Ser det godt i posten at man burde hatt litt lenger tid. Det tar tid for at det går seg til.”* I to andre poster blir det oppgitt at prosjektet muligens hadde vart litt lenger selv om de trengte tiden for å gjennomføre intervensjonen. I en post skyldes dette problemet med å skape tilstrekkelig innhold og fremdrift i prosjektet. I den andre posten at utviklingsarbeidet var noe tungt fordi utviklingsarbeidet ble for isolert fra posten forøvrig. *Så det har vært litt tungt. At personalet ikke har vært så involvert. Det er jo litt vår egen skyld. Men det er når du har undervisningsopplegg, så blir jo alle inkludert. Så det er det du velger av tema kanskje.*

8.3 Brukerrepresentantantes opplevelser av deltakelsen i BAT- prosjektet

8.3.1 Brukerrepresentantene fra lokallagene

De fleste lokale brukerrepresentantene fortalte at de har opplevd det nyttig og lærerikt å delta i BAT-prosjektet. En gjennomgående oppsummering er at prosjektdeltakelsen har vært *“lærerik og interessant”*. De fleste har opplevd seg godt ivaretatt i det sentrale prosjektet og i arbeidsgruppene, selv om inkluderingen et sted var noe mangelfull i en periode. Dette hadde sammenheng med problemer med prosjektgjennomføring generelt på denne tiden. Mange opplevde personalet som positive, engasjerte, og flinke til å spørre og lytte. Dette hadde bidratt til å skape trygghet og til å tørre å kaste seg ut i diskusjonene. Noen påpekte imidlertid at det kan være vanskelig å komme til i arbeidsgruppens diskusjon fordi personalet er så ivrige. Personalet stopper i for liten grad opp for å reflektere over innholdet i brukernes synspunkter og hvilke konsekvenser dette gir for praksis. Ved sykehus der brukerrepresentantene har vært alene i lange perioder (på grunn av rekrutteringsvansker av brukere), har prosessen blitt mer ensom og samlingene mer sosialt anstrengende enn der det var to brukerrepresentanter.

BAT-prosjektet viser dermed, i likhet med spørsmålet med brukerrepresentasjon forøvrig, at det er en kontinuerlig utfordring å sikre at brukerne blir tilstrekkelig synlige og påvirkende. Det har vært en utfordring å sikre at samlingene ikke blir for mye preget av fagsspråk og av forskernes og personalets perspektiver. På slutten i prosjektperioden var det likevel stadig vanligere at de kastet seg frem på i diskusjonen på linje med personalet.

Brukerrepresentantene fremhevet at det er viktig å utvikle en rolle som ”representant” og få kunnskap fra brukerorganisasjonen sentralt om hvordan man kan representere på en god måte i denne type prosjekter. For de som hadde deltatt på brukerskolen, var dette opplevd som nyttig. Noen hadde ønsket en ”opplæringsfase” på eget nivå internt i brukerorganisasjonen før deltakelsen i prosjektet slik at de raskere kunne delta i diskusjonen. Nå gikk det endel tid til å sette seg inn i tema i begynnelsesfasen. I tillegg foreslo noen at man kunne hatt en lengre forberedelsesfase hvor forsker innsatte brukerne i tankegangen før deltakelsen. De fleste brukerne

opplevde de særskilte brukermøtene i prosjektet som viktige for å skape trygghet som informasjons- og refleksjonsfora om alternativer som de kunne benytte senere lokalt.

Brukerne opplevde, som tidligere beskrevet, at det hadde vært svært nyttig å bli kjent med personalets tenkning og akuttpostenes indre liv, slik at de kunne gi tilbakemelding på dette. Det synes som at brukerrepresentantene gikk gjennom en lærings- og bevisstgjørings prosess ved at forslagene til alternativer øker utover i prosjektet. En brukerrepresentant sier: *”Brukerne trenes til selv å se muligheter”*. Det skjer en empowerment av brukerne. En brukerrepresentant viser at dette samtidig ga problemer i forhold til tvangsinnleggelse under prosjektperioden fordi personalet ikke klarte å respondere til hennes økte selvbevissthet og kunnskap om syn på alternativer. Økt kompetanse om alternativer til tvang vil dermed kreve økt kompetanse og brukermedvirkning i akuttpostene for å ivareta pasienten på en god måte. Det var også et paradoks å bli utsatt for både tvangsmedisinering og tvangsinnleggelse mens man deltok i et prosjekt om brukerorienterte alternativer til tvang.

Flere brukerrepresentanter fra lokallagene opplevde at de hadde en personlig gevinst av deltakelsen. De har blitt *”lyttet til”* av personalet på en helt annen måte enn som innlagt pasient i posten. De opplevde at deltakelsen hadde skapt en arena hvor de har fått øvet seg i *”mestring”* og at dette har styrket selvbilde. *”Jeg synes det har vært bra. Jeg har lært enormt mye, særlig de undervisningene som jeg har vært med på har vært kjempefine. (...) I perioder har jeg også blitt hørt her, og folk har sagt at det vil vi ta med. Det er temmelig stort.”* Det er positivt å få vise seg frem i andre roller og i en friskere fase overfor personalet.

”Det viktigste vi gjør, er at vi deltar når vi er friske, slik at hjelperne vår ser hva de egentlig hjelper oss tilbake til. De skal ikke forme oss til noe som de som voktere har lyst til at vi skal være og så sende oss en friskmeldingslapp. Men de må få anledning til å oppleve oss som friske sånn at de ser mine ressurser som frisk, fordi det er helt annerledes enn når de møter meg som innlagt. Det har jeg også merket på personalet, at det er det de blir mest vippt av pinnen på.”

Noen mente at prosjektet har bidratt til økt sosial integrasjon ved å få delta aktivt på en viktig samfunnsarena, at de har utviklet selvtillit gjennom prosjektdeltakelsen og blitt tryggere på egne vurderinger. *”Det som er viktig er å stole på at din stemme er bra, og at du blir hørt, og at vi må nå frem med at pasienten er i sentrum og at dialogen er med pasienten. At kommunikasjonen mellom pleier og pasient blir riktig, at de snakker til pasientene og ikke om. Og så stå på det.”*

Noen mente også at det hadde vært ønskelig med større tydeliggjøring av brukernes perspektiv og fortellinger om tvang, selv om dette ble forsøkt (jf. pkt.2.3.2). Som i dette sitatet:

Brukerrepresentant 1 (BR1): Jeg sitter med en følelse i dette prosjektet her, at det er noe vi ikke har fått frem som brukere. Det er en del om det å være pasient, hvor redd du er, hvor lite du har å stille opp. Du blir så liten i dette systemet altså, BR2: Sånn avmakt, BR1: Jeg har aldri vært så redd jeg som de tre ukene jeg var på tvang. BR2: Det er min erfaring, BR1: Ja, herre gud, BR12: Jeg opplevde det. BR1: Og det var følt få som spurte deg, hvordan har du det i dag? Hva er du redd for? Kan vi tilrettelegge her noe? Jeg synes det ble helt glemt.” Forsker: Så vi har ikke fått godt nok frem opplevelsen av tvang? BR2: ”Jeg synes ikke det blir forstått nok av pleierne, bare det å ikke komme ut akkurat når du vil, det er en kjempefrustrasjon. Det å vente på en kopp kaffe, når du hjemme er vant til å ta det når du vil. Alt da som er avhengig av disse pleierne rundt deg. Det er grusomt.”

I prosjektet har brukerrepresentasjonen i stor grad skjedd i møterom utenfor posten. Denne ordningen ble gjennomført for å ivareta taushetsplikten til personalet i prosjektet. I ettertid ser

man at dette har bidratt til å skape en informasjonsskjevhet ved at brukerrepresentantene må hvile på personalets fortellinger om praksis i posten. Det er vanskelig å gi konkrete tilbakemeldinger når man ikke ser postens utforming og situasjonene som blir beskrevet. Brukerne må derfor ha mer informasjon for å kunne medvirke mer aktivt og konkret i postens utforming.

Noen brukerrepresentanter uttrykte også bekymring for det videre samarbeidet med akuttpostene på grunn av lite kontakt med sykehusene etter prosjektavslutning.

8.3.2 Brukerrepresentantene fra WSO og menneskerettighetsutvalget i LPP

For brukerrepresentanter fra WSO og menneskerettighetsutvalget i LPP ble deltakelsen i prosjektet beskrevet som vanskeligere.

I den interne høringen om synspunkter på rapporten, mente disse brukerrepresentantene at prosjektets forløp og diskusjonene har gjort det stadig klarere at det i prosjektet har vært viktigere med kvalitetssikring av tvangen enn seriøst å arbeide for å få ned/få bort tvangsbruken. De mente også at brennbare utfordringer, som tvangsmedisinering, ikke har blitt tatt opp. Videre mente de at prosjektets innretting, har ført til at oppmerksomheten har blitt rettet inn mot å gjøre tvangen mer "hyggelig". Dette er særlig tydelig i forhold til skjerming hvor man kan snakke om en "mer human tvang", og at det blir sett på som et bra resultat av deltakerne i prosjektet. De mente at en slik innretting har hindret en mer grunnleggende holdning til spørsmålet om tvangsbruk og frihetsberøvelse overhodet, og at dette er en forklaring på at tvangen i så liten grad er blitt redusert i de postene som har deltatt. Det er også en forklaring på at en så stor andel av deltakerne(ansatte) ser på tvang som riktig og nødvendig.

De mente videre at deres synspunkter i for liten grad gjenfinnes i rapporten, og at dette, sammen med de beskjedne resultatene når det gjelder tvangsreduksjon, gjør at de opplever at det har vært liten nytte å sitte der og at de har brukt mye tid og krefter uten å få noe særlig igjen, og uten å ha særlig påvirkningsmulighet. At prosjektets resultater viser svært liten nedgang i tvangen, faktisk betydelig mindre enn Gjennombruddsprosjekt, ser de som et uttrykk for at prosjektets målsetting har vært for lite ambisiøs; dvs ikke rettet seg eksplisitt inn mot å redusere tvangsbruken, og i for stor grad latt avdelingene og deres interesser og forståelse være premissgivende.

Ut fra at de ikke ønsker å bli tatt til inntekt for et syn som innebærer at BAT- prosjektet er et egnet virkemiddel for å redusere tvangsbruken, og ut fra at de ser faren for at fokus dreies over mot å kvalitetssikre og "humanisere" tvangen, framfor å stille de grunnleggende spørsmålene ved tvangsbruken, vil de derfor reservere seg i forhold til prosjektets målsetting og gjennomføring.

8.4 Hvilken endringer har skjedd i i postene?

Personalet beskrev flere endringer i postene gjennom prosjektperioden. Arbeidsgruppen viste ofte til at endringene skyldtes prosjektet. Det øvrige personalet fant det imidlertid vanskelig å si om endringer skyldtes prosjektet eller mer generelle endringsprosesser som resultat av ytre endringstrykk.

Da vi ikke har data om pasientenes opplevelser av endring, kan vi ikke uttale oss om endringene påvirker deres opplevelser av behandlingen i posten utenom det personalet forteller.

8.4.1 Økt faglig bevissthet og fagdiskusjon

Personalet fortalte at BAT-prosjektet har skapt økt faglig bevissthet og fagdebatt om tvang og alternativer til tvang gjennom perioden. Prosjektet har dermed fungert som læringsarena, og det skjer en viss synliggjøring av den tause praktiske kunnskapen slik prosjektet har som målsetting.

Prosjektet har bidratt til økt refleksjon over pasientarbeidet. I følgeforskningen ser man også at personalet (og brukerne) i økende grad utvikler et språk for alternativer til tvang. Prosjektet har bidratt til å bevisstgjøre endringsønsker. *”Den største gevinsten er de evindelige diskusjonene frem og tilbake om hva vi skulle satse på, hva skal vi prioritere, hvordan forstå dette likt slik at vi gjør et forsøk. Ellers om beskrevet ved et annet sykehus:*

I BAT- gruppa har vi hatt mye igjen for det, faglig påfyll, kunne se ting fra andre sider og ikke minst disse nettverkssamlinger og få med brukerperspektivet der. (...). Det gjør noe med oss i møtet med pasienten når vi skal utføre det daglige arbeidet. Vi reflekterer noe mer. Men hvorvidt vi har klart å jobbe med det og få det ut i resten av personalgruppen vet jeg ikke. (...) Jeg tenker at vi har lært å tenke mer selv nå enn når vi ble med fra starten. Vi tenkte kanskje at vi måtte ha inn den og den rutinen for sånn skulle det være på en akuttpost, men at man nå har kommet frem til hva som er greit for posten vår. At vi ikke automatisk adopterer skjermingsrutinene til sikkerhetsposten for eksempel.”

Den største utfordringen er å gå fra tenkning til konkret organisasjonsendring i praksis.

8.4.2 Bedre tvangsregistrering og bevissthet om bruken

Som nevnt kan tvangsregistreringen brukes som en metode i arbeidet mot kvalitetssikret og redusert bruk av tvang (Norvoll 2008: pkt.3.7). Prosjektet har i flere poster ført til at sykehusene har sett på egne registreringsrutiner av tvangsbruken og kvalitetssikret denne. Det har ført til at noen poster har blitt mer nøye på å fatte vedtak, eksempelvis om skjerming og tvangsmedisinering, enn tidligere.

Ved flere sykehus fortalte personalet at tvangsregistreringen har ført til økt bevissthet om tvangsbruken. Enkelte steder ser man dermed eksempler på hvordan postene kan benytte tvangsregistreringen som metode i en selvrefleksiv og lærende organisasjon. En slik refleksiv bruk av tvangsregistreringen kommer til synet ved et sykehus hvor tvangsregistreringen viste en økning i mekaniske tvangsmidler. Dette førte til en analyse av hvilke pasienter dette omhandlet, for deretter å ha fagseminar om andre behandlingsformer enn tvang for denne gruppen. I et annet sykehus viste registreringen en tendens til særlig lang varighet av mekaniske tvangsmidler. Resultatene førte til at postoverlegen har innført 30 minutters tilsyn i samarbeid med miljøpersonalet for å redusere varigheten.

8.4.3 Begynnende utvikling av en ny behandlingsfilosofi

BAT-prosjektet har ført til diskusjon og noe endring av noen tradisjonelle behandlingsfilosofier i postene.

Prosjektet har skapt økt tro på forebygging og alternative tilnærminger. Ved noen poster er den nye behandlingsfilosofien integrert i posten, ved andre poster spriker tenkningen i større grad.

Som det fremgår av beskrivelsene er likevel endringene i behandlingsfilosofi beskjedne. Personalet har funnet det vanskelig å finne frem til alternativ faglitteratur. Dette har sammenheng med at det i liten grad er utviklet nye paradigmer for spesialist- og akuttbehandling som

gjenfinnes i litteraturen. BAT-prosjektet synliggjør derfor behovet for å videreutvikle et nytt kunnskapsgrunnlag og en alternativ behandlingsfilosofi for akuttposter som i større grad inkluderer redusert tvangsbruk i tiden fremover.

8.4.4 Mer anerkjennende og romslige holdninger til pasientene

I flere poster, herunder de som hadde endring av holdninger som målsetting, fortelles det om mer anerkjennende og romslige holdninger til pasientene: *”Vi har blitt flinkere til å gjøre det som er best for pasienten, å ikke være så sneversynte og firkanta som vi har vært”, eller ”Vi har blitt mer runde. Det har jo vært i fokus, blitt flinkere til å tenke selv.”*

Det beskrives at man i økende grad søker dialog med pasientene enn tidligere. En sykepleier som hadde vært borte fra posten for en periode, kommenterer endringene i postkulturen slik:

Sykepleier: Jeg har bare vært med i sluttfasen, men det har vært en annen avdeling å komme tilbake til den jeg jobbet i forrige gang. Kjempeforskjell, om det skyldes BAT eller overlege eller leder vet jeg ikke, men sikkert at de også blir påvirket av at det jobbes med å få ned tvangen. Men jeg synes måten å jobbe på i avdelingen er forandret. Forsker: Hvordan? Sykepleier: Mye bedre måte å møte pasienter på som gjør at man unngår konflikter. Mye mindre bastante holdninger overfor pasientene. Mye rundere, en kulturendring. Enda et stykke igjen, men bedre enn det var.”

Personalet fortalte om tilbakemeldinger fra pasienter i posten som opplever seg mer hørt og bedre ivaretatt, selv om ikke alle er fornøyde. Brukerundersøkelsen ved Tønsberg viste mer positive tilbakemeldinger fra pasientene gjennom prosjektperioden. Det kommenteres av brukerrepresentanter og andre ansatte at personalet i arbeidsgruppene har endret seg gjennom prosjektet: *”Vi merket stor holdningsendring hos folk (på samlingene). De som har jobbet i akuttposter veldig lenge. At de har fått en mykere holdning.”*

Det synes derfor som at BAT-prosjektet, i kombinasjon med andre påvirkningsfaktorer, har bidratt til å skape mer anerkjennende holdningsendringer i tråd med målsettingen i flere poster. Denne endringen varierer imidlertid i den enkelte post.

8.4.5 Økt vekt på kommunikasjon, relasjon og dialogbaserte arbeidsformer

Som beskrevet i intervensjonsfasen, har man i flere poster lagt vekt på kommunikasjon og dialogbaserte arbeidsformer. I løpet av prosjektet beskrev personalet flere episoder hvor de brukte oppbygning av tillitsfulle relasjoner og kommunikasjon for å forebygge og løse situasjoner med urolig atferd i stedet for fysisk makt, hard grensesetting eller tvang.

Selv om det fortsatt synes som personalet kan nøle med å gå inn i dialog med pasienten, fortalte personalet om en økt frimodighet til å kommunisere med pasienter som blir opplevd som dårlige:

BAT- prosjektet har lært oss (..) at vi har fokuset på hvordan har du det, og hva kan vi gjøre annerledes, og at man tørr å gå inn og diskutere med veldig syke folk. Og noen ganger er det skremmende i seg selv når de er kjempepsykotiske, eller har utagerende atferd, å tørre å gå inn og spørre hva kan man gjøre annerledes.”

Den økte vekten på kommunikasjon innebærer at man i større grad prøver ut nye ting som kan være til hjelp for pasienten, og inkluderer pasientens synspunkter i behandlingsopplegget enn tidligere: *”Vi går i dialog med de; Har du noen ønsker for dagen, er det noe vi kan gjøre, tror du*

det går greit. Klarer du å gå ut en tur? Om de svarer positivt på det, så er det jo bare å prøve seg. Og går det bra, så har man kommet over den terskelen.”

Personalet så dette som små endringer. Brukerrrepresentanten mente imidlertid at dette berørte noen sentrale aspekter ved behandlingssituasjonen i posten: *”Som bruker tenker jeg at det er en kjempestor forskjell på å tenke slik dere tenker nå og å ikke tenke alternativt. For brukeren. Det er større forskjell enn dere kanskje tror. Det er store forskjeller for den det gjelder.”*

8.4.6 Økt fokus på brukervedvirkning

I løpet av prosjektet har det skjedd en begynnende økning i brukervedvirkning i flere poster. Økningen omhandler i særlig grad det individuelle samhandlingsnivået gjennom mer anerkjennende og dialogbaserte arbeidsformer, samt større inkludering av pasientenes virkelighetsforståelse, ønsker og synspunkter i behandlingen. Dette er sentrale forutsetninger for at vedvirkning kan skje.

Personalet i flere poster fortalte om økt vekt på hva pasientene selv opplever og ønsker i behandlingen. De innlemmer også pasientenes egne forslag til løsninger på problemene i utformingen av behandlingen i større grad.

”Det er en forbedring. Mer brukerfokus, at man tørr å gå inn i en dialog med pasienten om hvordan han skal ha det og opplegget. I stedet for bare å gjennomføre et skissert opplegg. At man tar som utgangspunkt hvordan pasienten ønsker det, og så lager man et opplegg ut fra det (...), I stedet for å si at nei, den pasienten er så dårlig at den kan ikke gjøre sånn og sånn.”

Personalet fortalte at man forsøker å unngå samme autoritære kommunikasjonsform som tidligere: *”Man søker også mye mer dialog. Så opplever jeg at folk ikke er så autoritære i dialogen lenger, mer ydmyke og mer vennlige. (...) Det å søke råd fra brukeren hvis du får dialog. Hva kan vi hjelpe deg med?(...)”*

Gjennom prosjektet har man i noe grad utprøvet noen metoder for brukervedvirkning på mellomnivå eller postnivå i sykehusorganisasjonen. Dette er ulike brukervedvirkninger, utforming av behandlingsplaner, samarbeidsmøter med Mental Helses lokallag og brukervedvirkning i posten oa. Disse metodene er imidlertid fortsatt begrenset.

Oppsummerende har innlemming av brukerne vært en viktig del av prosjektet. Brukerne har bidratt til å synliggjøre alternativer og hjelpe personalet ut av ”vant” tenkning. Deltakelsen er sentral i oppbygning av en ny behandlingsfilosofi om tvang som i større grad innlemmer brukernes egne opplevelser og vurderinger. Personalet gir i hovedsak positive tilbakemeldinger på brukerdeltakelsen. De brukerne som har gitt konkrete tilbakemeldinger og forslag til alternativer blir opplevd som særlig nyttige.

Brukerrepresentantenes fortellinger har bare bekreftet det jeg stod for i utgangspunktet. At det er veldig viktig å jobbe med kommunikasjon, mot stigmatisering, jobbe mot fordommene og jobbe med økt faglighet og økt forståelse av psykiske lidelser, hvordan man skal møte folk. Jeg synes det ble bekreftet av det brukerne forteller. (...) Hva slags måte man blir tatt i mot på, virker det som gang på gang at det er det som er hovedproblemet. Den måten på folk møter pasientene på her. For de fleste pasientene klarer å si at de trenger og ønsker hjelp. Det er vel måten hjelpen blir gitt på som jeg synes blir bekreftet er en del av problemet.”

Det synes som at brukernes tilbakemeldinger bidrar til at personalet blir mer faglig sikker på alternative praksiser:

”Når jeg har snakket med brukerrepresentantene og bruker- og pårørende organisasjoner, så har jeg bare fått en sånn følelse i meg av at det er helt i orden å bruke tid, for eksempel i forhold til medisiner. For etter å ha hørt så mange erfaringer på at folk må ha traumebehandling i etterkant av å bli gitt medisiner for raskt, mens de har vært for redde her, så tenker jeg: Om jeg må bruke 2-3-4 timer på å trygge noen, så gjør jeg det da, i stedet for å prøve to ganger og så nei, her må vi inn med tvang. Før tenkte jeg, at nå må jeg handle her, men nå er det tryggheten om at nå handler vi når du er trygg nok.”

Det synes imidlertid som personalet var uvant med en slik brukermedvirket arbeidsform og at det krever tid å utvikle en ny samarbeidsform og se nytten av en slik tilnærming.

Prosjektet tyder på at feltet fortsatt er i en begynnelsefase på området brukermedvirkning. Personalet er ofte mer orientert mot brukeropplevelser enn brukermedvirkning. I flere sammenhenger synes det som at personalet lett preges av en ”paternalistisk” tankegang, eksempelvis ved at de definerer hva som er best for pasienten uten å ta inn pasientens eget perspektiv på en forpliktende måte, eller at de vil ha kontroll over hva pasienten får gjøre. Brukermedvirkning innebærer endring av hjelperollen (Askheim 1998). Dette aspektet burde vært sterkere poengtert i den innledende fasen av prosjektet.

8.4.7 Endring av arbeidsformer, bruk av tid, skjerming og grensesettende praksiser

En viktig effekt av prosjektet, er at personalet har utprøvd nye arbeidsformer i det direkte pasientarbeidet. Ved siden av dialogorienterte arbeidsmåter, er de største endringene nye arbeidsformer ved skjerming, grensesetting samt økt bruk av tid og kommunikasjon ved eksempelvis uro. *Prøvd ut nye løsninger overfor uro. At de skal kunne hanskas med dette uten at det blir noen utagering av det.*

Personalet fortalte om størst endringer i skjermingspraksis og bruk av tid: *”Vi bruker mye mye mer tid. Jeg ser på skjermingen at den er helt forandret. Den er mye mer medmenneskelig og folk tenker mye mer, hvordan få skjerminga all right: gå ut en tur, løse opp mye tidligere, ikke skjerm mer enn nødvendig. (...)*

I tillegg fortalte personalet at endringer i skjermingspraksis påvirker behandlings- og miljøterapien i posten mer generelt: *”Det smitter mye ut i posten. Vi jobber sånn ikke bare på skjerming, men med de andre. Vi har denne tenkningen, hva skal vi finne på nå da.”* Å arbeide på et område skaper ringvirkninger i andre deler av systemet.

De nye arbeidsformene inkluderer også en økt løsningsorientert kultur hvor man stadig prøver ut ulike tiltak som kan ivareta pasientens ønsker og bidra til å redusere tvangsbruken.

8.4.7 Endret rekrutteringspolitikk, økt undervisning og kompetanse hos personalet

Gjennom BAT- prosjektet har det vært utprøvet og gjennomført flere kompetansestyrkende tiltak for å heve personalets kompetanse om tvang og alternativer til tvang. Det er utprøvet ny rekrutteringspolitikk. Prosjektet har ikke funnet noen endelig form på innhold og utforming av undervisning og refleksjonsarbeid. Prosjektet bekrefter likevel internasjonale funn om at personalet opplever det som svært positivt å få styrket undervisningstilbud på disse områdene (Norvoll 2008: pkt. 3.12).

8.4.8 Gode erfaringer med nye arbeidsformer: en win-win situasjon

I de avsluttende intervjuene fortalte personalet om gode erfaringer med de nye perspektivene og arbeidsformene. Pasientene er mer fornøyde og det er ikke registrerte økte skader på pasienter. I likhet med Reinsvoll, fortalte personalet ved Tønsberg og Blakstad om at endrede arbeidsformer bidrar til å få ned konflikt, og at det er mindre kjefting, slag og småspark samt kasting av møbler. De innledende bekymringene for mulige farer ved å arbeide med tvangsreduksjon og alternative løsninger er dermed ikke blitt bekreftet. Noen ansatte savner imidlertid bedre utformede verktøy eller metoder i det praktiske arbeidet for å unngå tvang.

Ved Reinsvoll forklarte personalet denne tendensen med at pasientene har kortere skjerming og får ”mer luft rundt seg”. Pasientene opplever skjermings situasjonen mindre streng, mer åpen og romslig. De er mer ute av rommet, får tettere oppfølging og økt tilgjengelig personale. De opplever mer toleranse, respekt og det å bli møtt. En hjelpepleier mente at pasienten ikke ”trenger ikke å utagere fordi de blir møtt annerledes.” Denne tendensen har også ført til at personalet er langt mer trygge sammen med skjermingspasientene enn tidligere.

Det synes som at de alternative arbeidsformene skaper en win-win situasjon hvor både pasientene og personalet blir mer fornøyd med sin situasjon. ”Så klart når du føler du gjør en bedre jobb, og pasienten får det bedre, så er det jo en bedre situasjon for begge.” Det oppleves godt å komme inn i mer positive samspill. Disse ansatte forteller om mer tilfredshet med egen arbeidssituasjon. De opplever at de gode tilbakemeldingene fra pasientene som givende og stimulerende.

Personalet fortalte også at reduksjon av konflikt bidrar til å skape mer trygghet i arbeidet fordi man blir mindre redd for ”utagering” eller fysisk kamp. Ved et sykehus fortalte personalet at de har blitt tryggere av å jobbe slik de jobber nå fordi:

”Pasientene har fått vært med å bestemme i sin hverdag på posten. Før når det ikke var slik, så følte pasienten seg kanskje mindre ivaretatt og mer innsperret, og hadde kanskje ikke hatt noen tilgang til å ha noen formening om hvordan han ville ha det, og blitt nektet alt. Og da blir de litt utagerende, sinte og provoserte når de ikke får være med på å bestemme sin egen situasjon. Det er naturlig.”

De nye arbeidsmåtene ble opplevd som mer faglig spennende, men også krevende: ”Vært kjempe all-right å være med (...) Personalet må tenke mer, det er mer krevende å jobbe slik. Men det bør være det. Det er krevende å gjøre en god jobb.” Økt handlingsrom fører til en god opplevelse av å kunne jobbe mer selvstendig og kreativt i møte med pasientene enn tidligere. ”Mange i personalgruppen opplever det bedre å være på skjermet. Nå kan de jobbe mer selvstendig og kreativt i møte med pasienten.” En friere arbeidssituasjon forutsetter imidlertid et trygt og kompetent personale.

Det synes som at positive erfaringer har sammenheng med bedre ivaretagelse av miljøpersonalet fra ledelsens side. Når hele organisasjonen og ledelsen samler seg om utviklingsarbeidet, opplever personalet økt forståelse og støtte i vanskelige situasjoner i det daglige arbeidet. I en post med tidligere vanskelig ledersituasjon, var postkulturen preget av en opplevelse hos miljøpersonalet om stadig kritikk fra pasientene samtidig som ledelsen som ikke forstod deres vanskelige situasjon. Gjennom perioden med BAT utvikles et bedre arbeidsmiljø som er preget av sterkere støtte av ledelsen kombinert med flere positive tilbakemeldinger fra pasientene.

Prosjektet viser likevel at ved posten som hadde raskest og størst omveltninger, gikk personalet gjennom en usikker periode før ny praksis setter seg.

8.5 Endring av personalets holdninger til tvang

Det er noe usikkert i hvilken grad og på hvilken måte personalet har endret holdninger til tvang gjennom perioden. Holdninger er generelt vanskelig å måle. Forholdet mellom praksis og holdning er også komplekse. Disse aspektene må tas hensyn til i analysen.

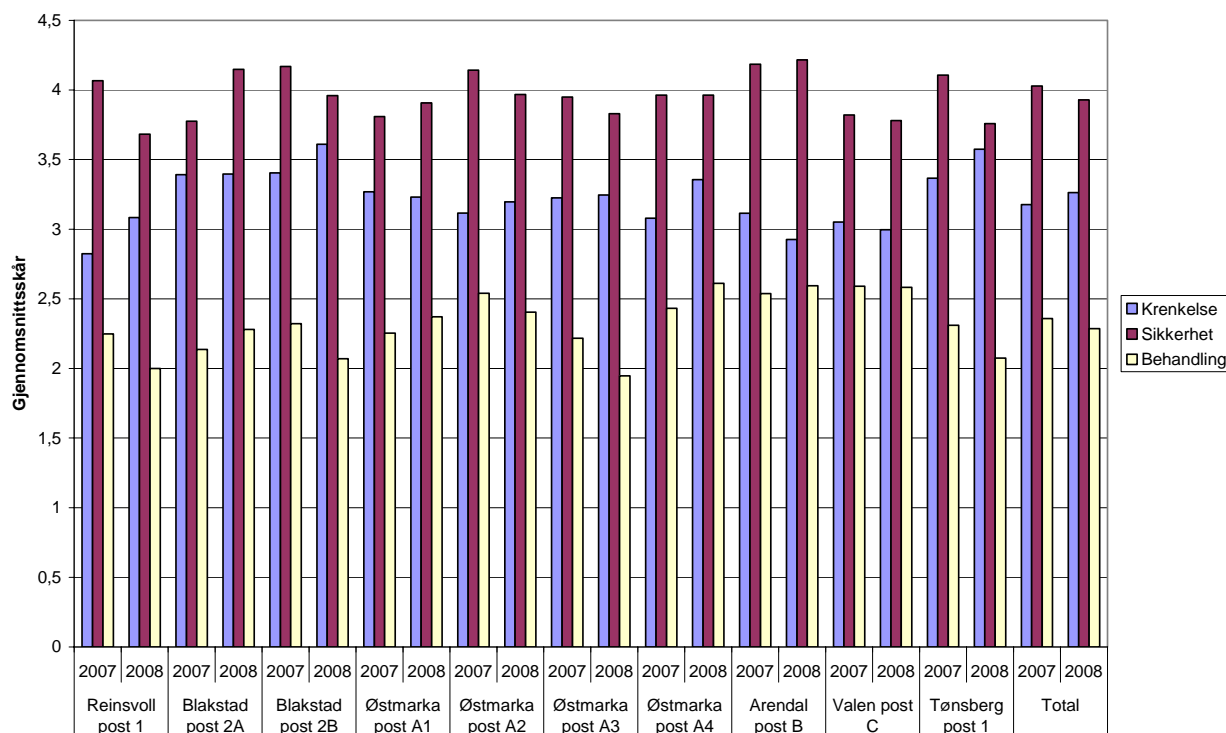
I de kvalitative intervjuene fortalte personalet at de i forholdsvis beskjeden grad har endret sine grunnleggende oppfatninger om tvang, i den forstand at de fortsatt mener at tvang i visse tilfelle kan være nødvendig både sikkerhetsmessig og som omsorg. De fortalte imidlertid at de gjennom prosjektet har blitt mer bevisste på tvangsbruken og den effekten tvang kan ha for brukerne. I noen poster har personalet utviklet en mer samstemt oppfatning om tvangsreduksjon. Flere steder oppga at terskelen for å iverksette tvang har økt, og at personalet i langt større grad prøver alternativer, eller å utføre tvangen på en mer skånsom og mindre krenkende måte. Det synes som målsettingen om kvalitetssikret og redusert bruk av tvang i økende grad ble akseptert gjennom prosjektperioden. Personalets målsetting om tvangsreduksjon var likevel ofte forsiktig ”*kan ikke gjøre noe med selve tvangen*”. Motstanden økte når det ble lagt sterkere vekt på tvangsreduksjon.

Som beskrevet i pkt. 2.3.3, har vi benyttet spørreskjemaet ”Staff Attitude to Coercion Scale (SACS)” for å måle endringer i personalets holdninger til tvang i begynnelsen og avslutningen av prosjektet (vedlegg 1). Spørreskjema består av 15 utsagn eller påstander om tvang i psykisk helsevern. Det er ikke kjent i hvilken grad de samme personene i postene besvarte spørreskjema. Resultatene er derfor kun uttrykk for endringer på gruppenivå i posten. Til tross for problemer med holdningsmåling gjennom spørreskjema, synes resultatene å samsvare med observasjonene og de kvalitative intervjuene. Dette kan tyde på at spørreskjema fanger opp noen mønstre i postene.

Dersom vi ser på endringer fra 2007 og 2008 på det enkelte utsagn i postene (vedlegg 3), viser disse generelt en svak nedgang i tvangspositive utsagn og en svak økning i utsagn som gjenspeiler en mer kritisk holdning til tvangsbruk. I noen poster er utviklingen kjennetegnet ved at personalet i mindre grad stiller seg nøytrale til spørsmålet om tvangsbruk, og i større grad tar stilling til spørsmålet som lanseres. Disse endringene i holdninger er imidlertid ikke signifikante når vi legger til grunn et signifikansnivå på $p > 0,05$.

Utsagnet om at tvang kan reduseres ved økt bruk av tid og samtaler, viser noe ulike utviklingstendenser (jf. vedlegg 3). Det er en svak tendens i retning av økt enighet i dette utsagnet for personalet totalt sett. I Tønsberg som har arbeidet spesielt med holdninger, er personalet noe mer enige i 2008. Endringene er imidlertid ikke signifikante.

For å gi et samlet bilde av endringene i personalets holdninger til tvang, har vi konstruert tre indekser, basert på tidligere analyser av tilsvarende data (Husum et al, in press). Utsagnene er gruppert i tre ulike typer av holdninger: tvang som krenkelse, tvang som omsorg og sikkerhet og tvang som behandling (se vedlegg 2 for beskrivelse av skåringsnøkkel). Synet på tvang som krenkelse representerer en kritisk holdning til tvang. Tvang som omsorg og sikkerhet gjenspeiler en mer pragmatisk holdning til tvangsbruk, mens tvang som behandling representerer en mer positiv holdning til tvang. I Figur 11 ser man da hvordan personalet i det enkelte sykehus fordeler seg på de ulike gruppene utsagn og endringer av disse fra 2007 og 2008.



Figur 10. Endringer i personalets holdninger til tvang 2007 og 2008.

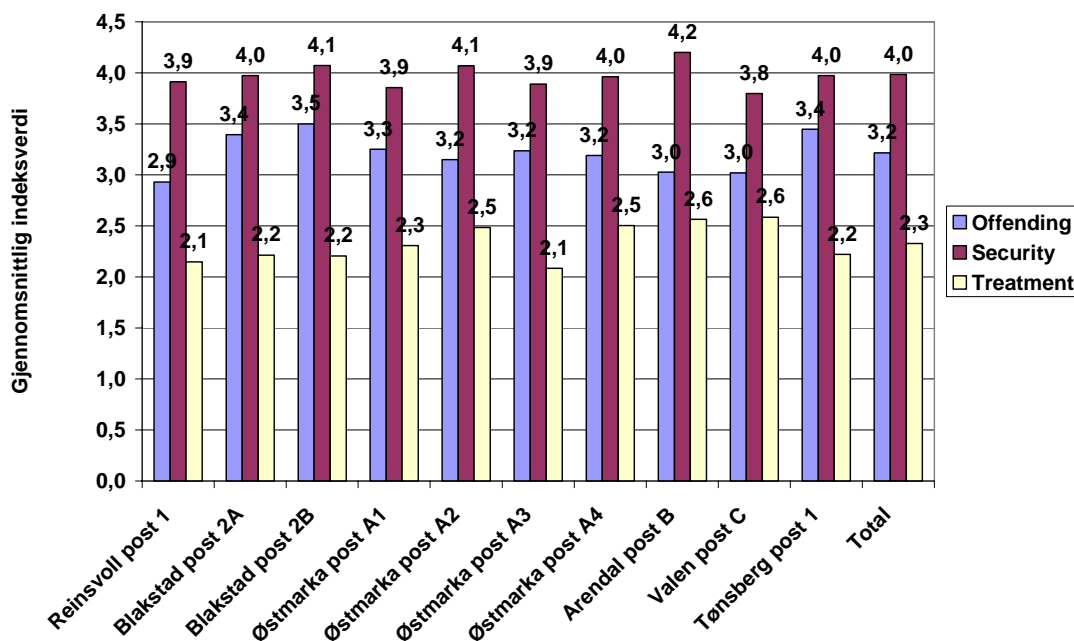
En økning i indeksverdi tilsvarer en større grad av enighet i det enkelte utsagn. For indeksene vil en økning i indeks en og to innebære en mer kritisk holdning til bruk av tvang, mens for indeks tre tilsvarer en økning i gjennomsnittsverdi en mer positiv holdning til bruk av tvang som behandling. Hva betyr en endring i gjennomsnittsskår på 0,1? Det kan for eksempel tilsvare at hver tiende respondent har endret sitt svar med ett trinn på svarskaalen for alle spørsmål i denne indeksen. Det er med andre ord en nokså liten endring.

For å måle om endringene i postene er signifikante, er det gjennomført to-sidige t-tester. Totalt er det ikke funnet signifikante endringer i de tre indeksene. Dog er det en indikasjon på at indeksen for sikkerhet har endret seg i retning av at tvang oppleves mindre nødvendig av sikkerhetshensyn ($p=0,065$). Vi finner kun en endring ved den enkelte post som viser en klar signifikant endring. Det er Reinsvoll post 1A, hvor holdningsindeksen for omsorg og sikkerhet har gått ned med om lag 0,3 ”poeng” ($p=0,020$).

Hovedtendensen, alle postene sett under ett, viser en svak tendens til at personalet er mer enige i at tvang kan være krenkende ($p=0,123$), mer uenige i at man må bruke tvang av sikkerhetshensyn ($p=0,065$) og færre er enige i at tvang er god behandling ($p=0,281$)².

Om man sammenligner *nivået* for indeksene er det noen små forskjeller mellom postene. Dette kommer til synet i Figur 12.

² P-verdiene er signifikansnivået i to-sidige t-tester. Det betyr at nullhypotesen er at det ikke har skjedd en endring, kontra alternativ hypotese om at det har forekommet en endring i vilkårlig retning.



Figur 12. Tre indekser for holdninger til tvang etter post. Gjennomsnittssvar for begge år

En variansanalyse (ANOVA) med post som uavhengig variabel viser at alle tre indeksene varierer signifikant mellom postene ($p=0,000$, $p=0,042$ og $p=0,001$), men at den reelle forskjellen er i virkeligheten liten. Det er dermed relativt stabile oppfatninger om tvang sykehusene imellom.

8.6 Endringer i tvangsbruken i postene

For å måle endringer i den faktiske tvangsbruken gjennom prosjektet, er det benyttet registreringer av tvang for hver måned fra august 2006 tom juni 2008, dvs. et halvt år før prosjektet og halvannet år i prosjektperioden. Alle sykehus, bortsett fra Østmarka, har gjennomført registreringen. Det er benyttet antall *episoder* som registreringsenhet (se pkt 2.3.3). I figurene er enkelte episodene så summert opp til sum episoder per måned. I tillegg ser vi på *varighet* av den enkelte episode ved mekaniske tvangsmidler, holding og skjerming. Figurene viser den gjennomsnittlige sum av antall timer og minutter for hver episode per måned.

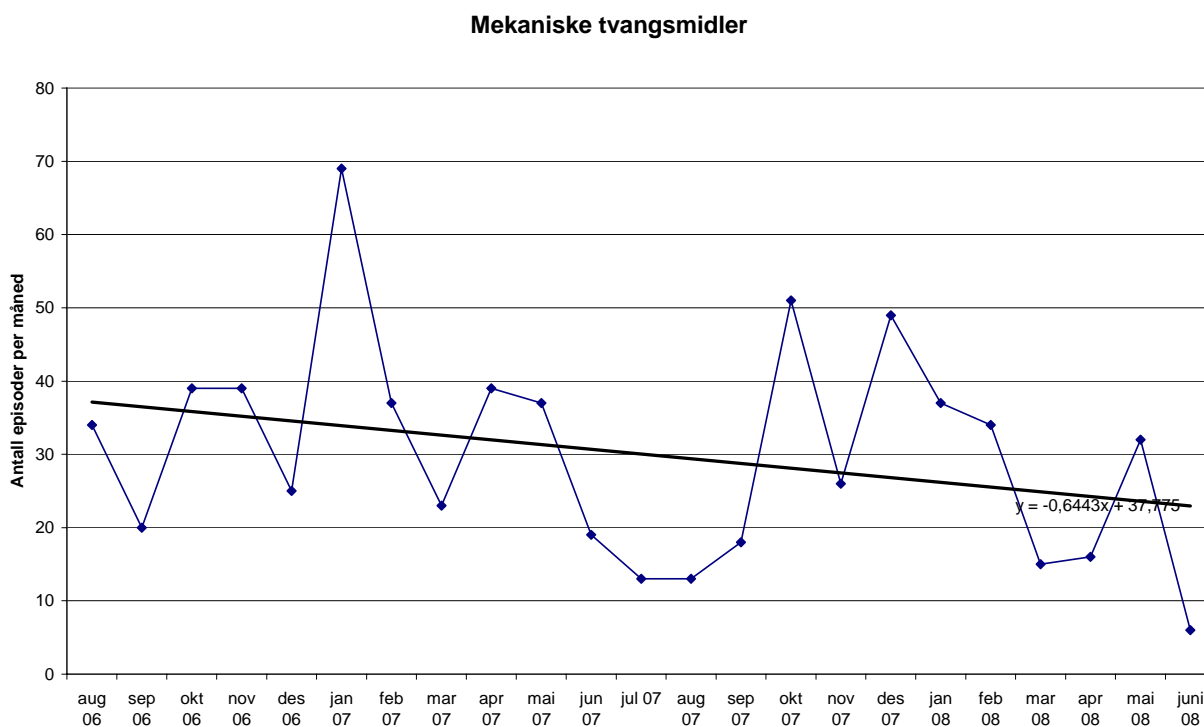
Figurene om endringer i tvangsbruken må leses med forsiktighet. De gir pålitelige bilder av frekvensfordelingen av episoder og varighet, men de viser store naturlige, månedsvise variasjoner. De store variasjonene i antall episoder og antall timer hver måned i kombinasjon med små tall, vanskeliggjør imidlertid målingene av endringene i postene. Vi mangler også andre faktorer (eksempelvis antall pasienter el.) som kan bidra til å forklare variasjonene. Selv om fem sykehus har registrert de fleste episodene, er datasettet fortsatt ikke helt komplett i alle poster. De mest pålitelige registreringene ved alle poster er mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende tvangsmidler og farmakologisk tvangsbehandling.

Det er noe ulike definisjoner av tvang og registreringspraksiser i postene, noe som påvirker resultatene. Dette gjelder særlig skjerming, hvor vedtakspraksisen i postene til dels er svært forskjellige. Tallene for skjermingsvedtak er dermed noe vanskelig sammenlignbare sykehusene imellom. Det er også vanskelig å få et pålitelig bilde av varighet av skjerming fordi pasienten ikke alltid er skjermet kontinuerlig gjennom vedtaksperioden. Det er noe ulike registreringspraksiser for

holding, siden dette først ble lovregulert i januar 2007. Det foreligger i noen situasjoner gråsoner mellom press til å ta medisiner og tvangsmedisinering. I tillegg har den økte bevisstheten om korrekt vedtaksføring ført til flere vedtak i noen poster enn tidligere. Økt oppmerksomhet om kvalitetssikring av tvangsbruken kan dermed bidra til å gi økte forekomster av tvang. I likhet med tallene på landsbasis (Pedersen, Hatling og Røhme 2007), varierer tvangsbruken sterkt mellom pasienter. En kraftig økning i antall episoder eller varighet i en måned kan da skyldes enkeltpasienter, selv om det ikke forklarer variasjoner i all tvangsbruk.

Tvangsregistreringen viser at det *ikke* har skjedd økning i antall episoder med mekaniske tvangsmidler ved postene, tross vekt på alternative metoder og mindre restriktive tilnærminger.

Figurene for den enkelte post viser en svak nedgang i mekaniske tvangsmidler ved Tønsberg, Arendal og Blakstad 2A (jf. vedlegg 4). Ved Tønsberg er det også en svak nedgang i korttidsvirkende legemidler. I de to andre postene er det økning i korttidsvirkende legemidler i samme periode. Utviklingen av antall episoder per måned ved alle akuttpostene vises i figur 13.



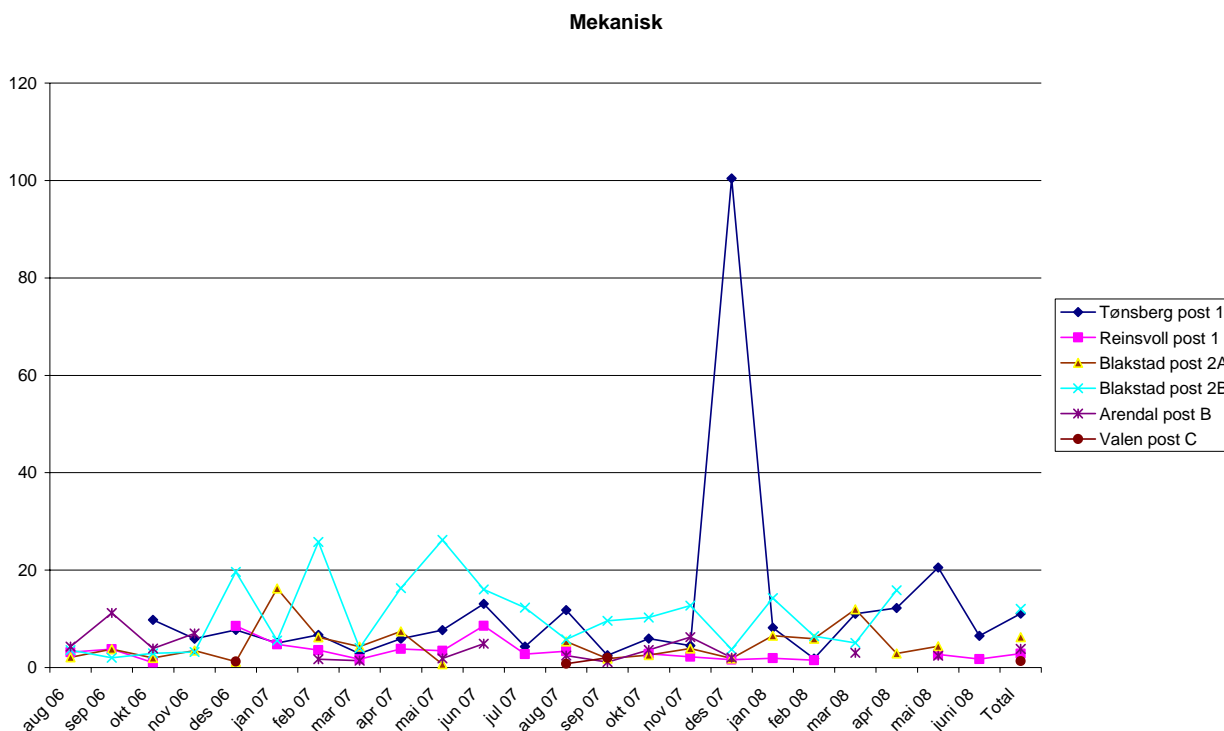
Figur 13 Antall episoder med mekaniske tvangsmidler per måned ved alle akuttpostene

Om man tar alle postene under ett, og tar hensyn til nivåforskjellene, viser totalantallet en svak usignifikant nedadgående tendens.

For å studere endringene mer nøyaktig, har vi foretatt en lineær regresjonsanalyse med sum antall bruk av belter per måned per post som avhengig variabel og måned i prosjektet (1-23) som uavhengig variabel. Resultatene viser at ingen av postene har en signifikant endring per måned i bruk av mekaniske tvangsmidler. Blakstad post 2A, viser en svak nedgang, dog ikke strengt signifikant ($p=0,07$).

Figur 14 viser at den gjennomsnittlige varigheten av mekaniske tvangsmidler ved den enkelte post varierer fra måned til måned. Figuren viser også at det eksisterer nivåforskjeller, noe som kan tyde

på ulike praksiskulturer i postene på dette området. I så fall kan dette antyde et potensiale for å redusere varighet av mekaniske tvangsmidler ved enkelte poster.



Figur 14. Utvikling i gjennomsnittlig varighet av mekaniske tvangsmidler, per måned ved alle akuttpostene

Utviklingen i den gjennomsnittlige varigheten av mekaniske tvangsmidler viser ingen store endringer i BAT-prosjektet. Utviklingen skifter mellom å være svakt oppadgående, nedadgående eller uforandret ved den enkelte post (vedlegg 5). I noen tilfelle er summen av antall timer redusert ved postene (eksempelvis Blakstad). Dette skyldes trolig nedgang i enkelte langvarige episoder og i antall episoder i samme tidsperiode.

Varighet av holding går svakt ned ved Tønsberg og Blakstad, og er uforandret ved de øvrige postene (vedlegg 5). Dette kan fortolkes som at man benytter mindre fysisk makt. Det er signifikant reduksjon i varighet av skjerming ved Valen sykehus ($p=0,000$).

Ingen av endringene ved den enkelte post kan kalles statistisk signifikante, med unntak av Reinsvoll for mekanisk tvang, som kan påvise en liten, men klar nedgang i gjennomsnittlig varighet ($p=0,006$).

8.7 Avslutning

Personalet og brukerrepresentantene fra lokallagene var i hovedsak godt fornøyde med deltakelsen i BAT-prosjektet som lærerik og interessant. WSO og menneskerettighetsutvalget til LPP hadde langt flere kritiske merknader til prosjektet. Personalet opplevde særlig

nettverksamlingene som berikende. Det var mer blandede opplevelser av de lokale prosjekt- og endringsprosessene i postene som varierte på et kontinuum fra svært gode til tunge. I de kvalitative intervjuene beskriver personalet noen endringer i postene. Disse omhandler økt faglig bevissthet og fagdiskusjon samt bedre tvangsregistrering og bevissthet om bruken. Det fortelles om mer anerkjennende og romslige holdninger til pasientene, samt økt vekt på kommunikasjon, relasjon og dialogbaserte arbeidsformer. Det er økt fokus på brukermedvirkning og mer bruk av medvirkende arbeidsformer, selv om denne endringen er forsiktig. Videre fortelles om endrede arbeidsformer i forhold til tid, skjerming og grensesettende praksiser, samt mer vekt på løsningsorienterte arbeidskulturer. Det er lagt vekt på endret rekrutteringspolitikk og økt kompetanse hos personalet selv om utformingen av undervisningsopplegg om alternativer til tvang fortsatt er i en begynnende fase. Oppsummerende beskriver personalet gode erfaringen med nye arbeidsformer. Disse har ikke ledet til økt skader og belastning for personalet, men heller en "win-win-situasjon" hvor både personalet og pasientene er mer fornøyde med situasjonen. Flere mener også at nye arbeidsformer, særlig på skjerming, har en reduserende effekt for konflikt og utagering. Dette bidrar også til en tryggere arbeidssituasjon for personalet. Tettere oppfølging av ledelse og behandlere i vanskelige situasjoner bidrar til et bedre arbeidsmiljø.

De kvantitative målingene av endringer i personalets til holdninger av tvang, viser en svak nedgang i tvangspositive holdninger. Denne endringen er imidlertid ikke signifikante, bortsett fra en redusert opplevelse av tvang som nødvendig for omsorg og sikkerhet ved en akuttpost, Det er også en svak ikke signifikant nedgang i antall episoder mekaniske tvangsmidler, særlig ved tre akuttposter. Varighet av mekaniske tvangsmidler, holdning og skjerming er relativt uforandret. Valen sykehus har signifikant nedgang i varighet av skjerming. Endringer i holdninger til tvang og formell institusjonsintern tvangsbruk i postene er dermed beskjedne gjennom prosjektperioden. Størst endring oppgis ved at personalet har høyere terskel for tvangsbruk.

9 Avsluttende diskusjon

9.1 Innledning

Målsettingene ved BAT-prosjektet har vært å undersøke og synliggjøre mulige alternativer til tvang i akuttposter og faktorer som har betydning for implementering av disse alternativene i postene. I rapporten er det beskrevet flere mulige alternativer til tvang og muligheter for mer brukermedvirkning i akuttpostene. Personalet har i hovedsak gode erfaringer med de nye arbeidsformene, og de peker på områder hvor det kvalitative innholdet i tjenestene er endret.

Beskrivelsene viser at BAT-prosjektet i stor grad ble preget av et fokus på den uformelle tvangen, personalets holdninger og det å styrke den medvirkende dialogen med pasientene. Personalet og brukerrepresentantene fra lokallagene var enige om at dette var viktige utviklingsområder i postene. De utvalgte tema er også områder hvor mange brukere i ulike undersøkelser ønsker forbedring av sykehustjenestene. Tvangsregisteringen viser at BAT-prosjektet i liten grad har ført tilsvarende reduksjon i tvangsbruk i postene som internasjonalt. Dette skyldes i noe grad prosjektets hovedmålsettinger og at prosjektet har hatt kortere varighet. Prosjektet viser likevel at det er lang vei fra holdninger og tenkning om muligheter, til konkret endring av tvangspraksisene. Det viser også at endringsprosessene i praksis kan være utfordrende. Prosjektet synliggjør dermed spørsmålet om man bør satse på indirekte praksisendring eller gå direkte på praksisfeltet, evt. hvordan man skal balansere disse to strategiene.

I dette kapitlet vi gi en oppsummerende vurdering av noen faktorer som viste seg betydningsfulle ved utprøving og implementering av alternativene i postene, og relatere disse til internasjonale erfaringer (Norvoll 2008). I tillegg til betydningen av helhetlig og målrettet satsing, diskuteres følgende faktorer:

- Utforming av stimuleringsprosjekter
- Prosjektgjennomføring i postene
- Ytre og indre endringstrykk
- Postkultur og behandlingsfilosofi
- Visjon om tvangsreduksjon
- Lederskap og behandlere
- Brukerrepresentasjon
- Innhold i kompetanseutviklingen

Vurderingene av viktige faktorer bygger på de beskrivelser som er gitt tidligere i rapporten. For utdypende beskrivelser viser vi til de lokale rapportene. I neste og siste kapittel diskuteres så aktuelle strategier for det videre arbeidet på dette feltet.

9.2 Hvilke faktorer har hatt betydning for resultatene?

BAT- prosjektets resultater samsvarer med internasjonale erfaringer om at utviklingsarbeidet har best resultater når det legges vekt på ulike intervensjoner på ulike nivå, og når det arbeides helhetlig med hele organisasjonen (jf. Gaskin et al 2007). Selv om vi nå beskriver faktorene adskilt, er det samvirket av flere faktorer som til sammen bidrar til å skape mer omfattende endringsprosesser.

9.2.1 Utforming av forsknings- og utviklingsprosjekter

En viktig faktor for endring, er utforming av forsknings- og stimuleringsprosjekter på dette området. BAT-prosjektet er det første prosjektet under Tiltaksplanen. Det har derfor vært et eksplisitte prosjekt. Kunnskapsutviklingen er rettet mot å se hvor feltet befinner seg og beskrive aktørenenes synspunkter på mulige alternativer til tvang.

Prosjektet har vært lite prestrukturert, og gitt stor frihet til postene til selv å velge tema og fremgangsmåter. Denne tilnærmingen synes å ha sin styrke og svakhet i møte med praksisfeltet avhengig av postenes utgangspunkt. For poster som har hatt en klar visjon om retning på utviklingsarbeidet har valgfriheten om tema blitt vurdert som en nødvendig forutsetning for at det lokale prosjektet ble suksessfullt. I poster med mindre klare forestillinger om utviklingsarbeidet har det vært ønsket om et mer prestrukturert prosjekt med utprøving av mer ferdige utarbeidede intervensjoner eller metodiske verktøy. Gevinsten ved et åpent design, er at denne skaper en prosess hvor de utvikler en behandlingsfilosofi som er sentral for videre endringsarbeid i organisasjonen. Det åpne prosjektet skaper et eieforhold til tema. Dette er imidlertid en tyngre arbeidform. Samtidig kan den internasjonale faglitteraturen tyde på at sykehusene lettere finner form på utviklingsarbeidet ettersom det publiseres erfaringer fra flere utviklingsprosjekter i sykehus (jf. Norvoll 2008). Det er derfor mulig at utviklingsarbeidet vil bli lettere for andre sykehus fordi man kan bygge på erfaringer til de første sykehusprosjektene. Det utvikles en kompetanse om utviklingsarbeid på dette området i feltet over tid.

Forskernes deltaktighet i feltet blir vurdert som et verdifullt bidrag for endring. Flere poster fortalte samtidig at det er vanskelig å etablere samarbeid med helseforetakets FoU-avdeling, og at de har små muligheter for å få fagutviklingsmidler, fordi praksisnær forskning ikke prioriteres.

Personalet og delvis brukerne fremhever nytten av felles faglige fora i form av felles nettverkssamlinger. Nettverksamlingene synes å ha en viktig funksjon i endringsarbeidet ved å tilby gjensidig støtte. Gjennom prosessen utvikles en faglig selvsikkerhet, tydeliggjøring av egen behandlingsfilosofi og praktiske erfaringer. BAT-prosjektets viktigste funksjon har vært å skape et offentlig rom som legitimerer personalets og brukernes opplevelser av behov for endring. De har skapt en arena for dialog mellom personale og brukene. Dette har hatt en viktig betydning for å utfordre vant tankegang og utvikle kunnskap om alternativer gjennom en åpen dialog. De kan også bidra til å identifisere områder der alle parter er enige om behovet for videre kvalitetsutvikling av tjenestene. En slik konsensusbygging gjør det lettere å skape en endringsplattform for videre arbeid.

I tråd med den internasjonale litteraturen, finner vi i BAT- prosjektet at arbeidet med å utvikle alternative praksiser og tvangsreduksjon krever et helhetlig og strategisk arbeid med posten over lang tid. Reduksjonen i varighet av skjerming ved Valen sykehus viser likevel at endringsarbeid med en konkret avgrensebar målsetting kan gi gode resultater på kortere sikt.

BAT- prosjektet har i økende grad innlemmet kunnskap fra utviklingsprosjektene i USA gjennom prosjektprosessen. Disse erfaringene påpeker viktigheten av tidlig målbevisst satsing for å skape vesentlig tvangsreduksjon. Dette aspektet kan være en medvirkende årsak til at BAT- prosjektet i mindre grad har oppnådd samme gode resultater i forhold til tvangsreduksjon som internasjonalt.

BAT-prosjektet finner i hovedsak de samme vesentlige faktorer for at utviklingsprosjektene lykkes eller mislykkes som internasjonalt (pkt. 1.1, Norvoll 2008). BAT-prosjektet har imidlertid understreket betydningen av organiseringen av utviklingsarbeidet og viktigheten av eksplisitte målsettinger om tvangsreduksjon og fokus på *tvangspraksisene* i stedet for holdningene for å gi betydelig og raskere reduksjon i tvangsbruk.

9.2.2 Lokal prosjektgjennomføring

BAT-prosjektet har vist viktigheten av lokal prosjektorganisering og prosjektgjennomføring for å skape endringer. Dette innebærer forpliktende forankring av prosjektet i ledelsen og i organisasjonen som helhet. Det er viktig at prosjektet ledes på en strukturert og samlende måte for å sikre fremdrift. BAT-prosjektet har synliggjort behovet for kunnskap om organisasjonsendring for å gi gode resultater. I forberedelses- og oppstartsfasen burde man derfor i større grad vektlagt innføring i prosjektledelse og prosjektarbeid for personalet og brukerrepresentantene.

Utvikling av alternativer og tvangsreduksjon er krevende utviklingsarbeid. Det er viktig at sykehuset nøye gjennomtenker målsettinger med prosjektet og ressursbehov for å gjennomføre prosjektet på en tilfredsstillende måte. I prosjektet synes det viktig å avpasse forholdet mellom ambisjoner med prosjektet og ressurser for at gjennomføringen skal bli vellykket. Prosjektene har i alle sykehus stått i en stadig spenning i forhold til den daglige driften i postene. Slike langvarige utviklingsprosjekter krever derfor langsiktig tenkning og satsing fra sykehusledelsens side. I tillegg viste det seg nødvendig med særskilte tilskuddsmidler.

Valg av prosjektleder er sentralt. Denne må forpliktes til fremdrift for å unngå at prosjektet stopper opp. Det er viktig med et tilstrekkelig støtteapparat rundt prosjektleder og arbeidsgruppen som skal drive arbeidet. "Ildsjelene" for endringsarbeidet må ivaretas på en god måte slik at de ikke blir utbrente. Ledelsen må derfor understøtte deres innsats som ressurs i organisasjonen. I tillegg har det vist seg viktig å organisere prosjektet slik at det innlemmer hele posten i en tidlig fase av utviklingsarbeidet. I noen sykehus er det etablert en internt styringsgruppe med lederne og en referansegruppe med personalet. Disse har medvirket til å øke eieforholdet til prosjektet.

9.2.3 Ytre og indre endringstrykk

Prosjektet har vist betydningen av både et ytre og indre endringstrykk i form av helsepolitiske signaler og mediaoppslag, eller interne ønsker om endringer i personalgruppen.

Tvangsstatistikken på landsbasis synes å ha en dobbelt effekt. Den kan skape endringsønsker fordi man ikke ønsker å være sykehuset med høyeste tall utad, men den kan også være en hvilepute for ikke å gjøre endring: "*Vi ligger ikke spesielt høyt sammenliknet med andre*". Denne tendensen er sterkest på leder og overlegenivå. Det ytre endringstrykket må imidlertid føre til gode refleksive prosesser internt for å skape gode endringsprosesser. Poster som beskriver størst resultater og endringer, forteller om høyest indre endringstrykk fra personalet. "*De brenner for gjøre det annerledes*." I tillegg synes det som at faglig etisk refleksjon i personalgruppen skaper et stort endringspotensiale. Et eksempel er Reinsvoll, hvor en stadig økende andel personale opplevde den tidligere skjermingspraksis som etisk uforsvarlig og omgjorde denne refleksjonen til effektivt utviklingsarbeid. Den indre erkjennelse av endringsbehov skaper en felles motivasjon for endring som synes å ha stor betydning. Gitt forskjellene i sykehusenes resultater, ser det samtidig ut som at en god og effektiv endringsprosess forutsetter at ledelsen "spiller på lag" med personalet i posten, og at det utformes et godt samspill mellom de ulike nivåene i organisasjonen. Betydningen av indre endringstrykk viser seg også ved at de største endringene i postene omhandler grensesetting og skjermingspraksis. Personalet har ofte opplevd den tradisjonelle skjermingsideologien problematisk i praksis. Når Reinsvoll legitimerer behovet for endring i skjermingsfilosofi, og lanserer en ny tenkning som samsvarer med personalets praktiske erfaringer i det daglige pasientarbeidet, endres disse praksisområdene raskt i de øvrige sykehusene.

9.2.4 Postkulturer og behandlingsfilosofi

BAT-prosjektet finner, på samme vis som den internasjonale forskningen, at postkulturer og behandlingsfilosofi har betydning for tvangsbruk og utvikling av alternativer til tvang (Norvoll 2008: pkt). I tilfelle med tvangsmedisinering, ser man eksempelvis hvordan den grunnleggende tenkningen om at pasienter må ha medisiner, vanskeliggjorde tvangsreduksjon på dette området.

I flere poster har det vært viktig å utvikle en ny og felles behandlingsfilosofi for posten som utviklingsarbeidet bygger på. I forhold til de internasjonale prosjektene, har man i sykehusene i mindre grad utviklet en eksplisitt behandlingsfilosofi for de alternative arbeidsformene, som eksempelvis recovery og traumeforebyggende perspektiver (Norvoll 2008: pkt.3.5). Videreutvikling av behandlingsfilosofi for arbeidet med tvangsreduksjon og alternative arbeidsformer er derfor et sentralt område fremover.

9.2.5 En tydelig visjon om tvangsreduksjon

I den internasjonale litteraturen, deriblant Pennsylvania og New York State som har kommet lengst på dette området (Norvoll 2008: pkt), understrekes viktigheten av en tydelig og samlet visjon om redusert og kvalitetssikret bruk av tvang på alle nivå for å få til et effektivt endringsarbeid. Det synes som at de visjonære ambisjonene øker over tid basert på flere positive erfaringer med mulighetene. Visjonsbygging er dermed en utviklingsprosess.

BAT- prosjektet har hatt en forsiktig ambisjon om tvangsreduksjon. Dette skyldes tiltaksplanens utforming og at personalet i sykehusene har en mer forsiktig målsetting om tvangsreduksjon enn det som fremkommer i sykehusprosjektene fra USA (Norvoll 2008; pkt). Det er også ambivalente holdninger til tvang som et gode eller onde. Den forsiktige og ambivalente ambisjonen til tvangsreduksjon i BAT- prosjektet har trolig påvirket sykehusenes satsing på tvangsreduksjon (jf. også Van Doeselaar et al 2008). BAT-prosjektet gjenspeiler derfor en forsiktig endringsprosess basert på ståstedet til postene. Offensiviteten til de ulike deltakerne har likevel vært økende gjennom prosjektperioden basert på en sterkere overbevisning om at det er alternativer tilgjengelige og gode erfaringer med disse. BAT-prosjektet finner derfor de samme visjonsprosessene som er beskrevet internasjonalt.

9.2.6 Lederskap, behandlere og tverrfaglig samarbeid

Betydningen av ledelsen og behandlere (psykiatere, leger og psykologer) for tvangsreduksjon ble stadig tydeligere gjennom prosjektperioden. I tillegg viser prosjektet betydningen av økt tverrfaglig samarbeid i postene for å styrke behandlingsarbeidet og tilgangen til et alternativt løsningsrepertoar.

I sykehusene har det vært en gjennomgående oppfatning om at personalet må ha med seg ledelsen på alle nivå for å få til utviklingsarbeidet. ”Ledelsen må drive frem endring ovenfra, ikke bare bunnen.” Endringene må skapes gjennom et samspill mellom de to nivåene i organisasjonen. Ledelsen er sentrale for å tilrettelegge for at arbeidet med tvangsutvikling blir vellykket. De har også en viktig betydning for å skape en visjon om redusert og kvalitetssikret bruk av tvang, sette kvalitetsstandarder, tilrettelegge for et langsiktig og strategisk arbeid og for å allokere ressurser til et slikt arbeide (pkt. 1.1, Norvoll 2008: pkt.3.6.2, Huckshorn 2004). Ledelsen må videre tilrettelegge viktige rammebetingelser for det alternative arbeidet ved eksempelvis fleksibel arbeidsorganisering, hensiktsmessige lokaler samt tilstrekkelig, stabilt og kompetent personale.

Ledelsen påvirker personalets motivasjon og muligheter for slikt utviklingsarbeid. BAT-prosjektet viser at sykehusene har bedre erfaringer og resultater med prosjektet når ledelsen og behandlerne

støtter oppunder endringsarbeidet. Manglende støtte fra ledelsen og behandlerne bidrar på motsatt side til at utviklingsarbeidet blir vanskeliggjort eller langt tyngre. *”Så hvis dette prosjektet blir en blaff, så er det fordi ledelsen ikke vil nok. Hvis ledelsen vil nok, så vil vi personalet være med på det. Men vi kan ikke bære frem en endring uten at ledelsen vil det like mye som oss.”* Prosjektet viser at det er ulike holdninger til tvangbruk og brukervedvirkning hos ledelsen og behandlere. Dette fører til at ambisjonsnivået og interessen for utviklingsarbeid på dette området varierer sykehusene imellom. Noen ledere er usikre på hvordan man skal få til endringer i sykehuset på disse områdene. Det er derfor behov for strategiutvikling på høyere nivå i organisasjonen.

Personalet i postene påpeker, som i den internasjonale litteraturen, at det er viktig at lederne engasjerer seg i innholdet i deres hverdagslige situasjon og involverer seg i utviklingsarbeidet. Samhandlingen mellom ledelsen og personalet i postene blir dermed sentralt i utviklingsarbeidet. Tvangsregistreringen må brukes som grunnlag for refleksjon over egen praksis, for å understøtte personalets utviklingsarbeid og ikke sanksjonering (Norvoll 2008: pkt. 3.7).

I motsetning til Gjennombruddsprosjektet, har behandlerne vært involvert i begrenset grad. Personalet i flere sykehus fortalte at det kan være vanskelig å få med leger og psykologer i prosjektet og på utprøvingen av alternativene. Det synes som at tema som skjerming, grensesetting og tvangsmidler kun i begrenset grad oppleves som behandlernes anliggende, selv om de har formelt vedtaksansvar. I de sykehusene hvor behandlerne har deltatt aktivt i prosjektet, eller understøttet arbeidet på andre måter, oppgis deltakelsen som en svært verdifull og nødvendig faktor for vellykkede resultater. Den begrensede deltakelsen av behandlerne kan være en medvirkende faktor til at tvangsreduksjonen er såpass begrenset i prosjektet.

Personalet mente også at behandlernes behandlingsfilosofi og holdninger til tvangsbruk og brukervedvirkning er avgjørende for utviklingsarbeidet. I poster hvor behandlere var motstandere av tiltaksplanen, var det langt vanskeligere å realisere BAT- prosjektet. Legene kunne ofte forsvare miljøpersonalet som raskt utøvde tvang. Disse skulle ikke kritiseres. Dette lojalitetsbåndet bidro til å svekke det øvrige miljøpersonalets arbeid for tvangsreduksjon. Det ble derfor fremhevet som viktig at behandlerne følges opp av ledelsen på samme vis som miljøpersonalet, og at det er viktig å utvikle en felles behandlingstenkning om tvang i posten for å få til en samlet retning på utviklingsarbeidet.

BAT-prosjektet viser at det går en grense for miljøpersonalets ansvar for det tvangsreducerende arbeidet. Miljøpersonalet er i hovedsak utøvere av tvangsbruk, selv om de ofte kan bidra til beslutninger om tvangsbruk. Miljøpersonalets fokus er derfor ofte rettet mot å forebygge tvangssituasjoner og å utøve tvangen på best mulig måte. De opplever seg ofte mer avmektige i forhold til systemet og bruk av tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering. Dette viser viktigheten av helsemyndighetenes, sykehusledelsens og vedtaksfatternes innsats på systemnivå for å bidra til redusert og kvalitetssikret bruk av tvang.

9.2.7 Brukerrepresentasjon

I prosjektet er det lagt vekt på inkludering av brukerperspektivet og brukervedvirkning for å utvikle alternativer til tvang. Dette samsvarer med internasjonalt utviklingsarbeid (Norvoll 2008: pkt. 3.10). Involveringen av brukerne i prosjektet har imidlertid vært forsiktig, og det er langt igjen til mer omfattende brukervedvirkning i akuttpostene. Brukerrepresentasjonen i prosjektet har likevel vært viktig for å påvirke diskusjonen om alternativer og påpeke endringsbehov.

Selv om det er gjort mange gode erfaringer med brukerdeltakelse i prosjektet, viser erfaringene også at brukervedvirkning i utviklingsarbeidet kan være krevende for både brukere, personalet og forskerne (jf. Wykes 2003). Samlingene har noen ganger vært utfordrende fordi tvangstema

inneholder spenninger og konflikter. Det er et sterkt følelsesladet tema for mange. Alle parter har blitt utfordret og konfrontert med sine synspunkter. I noen situasjoner har man måttet leve med at kommunikasjonen bryter sammen fordi uenighetene er for store. Å styrke feltets evne til å håndtere ulike posisjoner blir derfor viktig i tiden fremover.

I prosjektet har man hentet brukere fra både sentrale og lokale nivåer i brukerorganisasjonene. Den ulike rekrutteringen viste seg å gi gode resultater fordi brukerrepresentantene fikk ulike roller og betydning. De systemkritiske og helsepolitiske orienterte brukerrepresentantene hadde ofte en pådriverrolle gjennom mer ambisiøse målsettinger og kritiske merknader. De har gitt viktige korrigeringer til prosjektleder underveis, og de har i størst grad utfordret personalet og forskerne. I tillegg har de viktig kunnskap om systemfaktorer og overordede utviklingsønsker. I flere situasjoner har de samtidig hatt en stor pedagogisk utfordring fordi personalet i praksis ofte er mer individrettet og praktisk orienterte. Personalet har dermed vanskeligheter for å vurdere praksis på helsepolitisk systemnivå. I visse situasjoner er kommunikasjonen også mistillits- og motdiskurspreget. Dette synes å føre til at personalet kun "hører" den underliggende kritikken, eller mistilliten og ikke innholdet i budskapet. For å styrke dialogen kan det være viktig at brukerorganisasjonene utvikler ulike pedagogiske og situasjonsbestemte innfallsvinkler til ulike målgrupper innen tjenestene. Disse bør imidlertid ikke tilsløre uenighetene, eller gå utover integriteten til brukerorganisasjonens perspektiver og synspunkter. I tillegg bør man styrke personalet forutsetninger (neste punkt).

Det har vært mindre vanlig med rekruttering av brukere fra lokallag i forskningsprosjekter. BAT-prosjektet har imidlertid vist at dette er et godt strategisk grep for utviklingsarbeidet, selv om det gir noen utfordringer og dilemma. Brukerrerepresentantene hadde en viktig funksjon fordi deres personlige erfaringer med tvang viste muligheter for konkrete praktiske endringer for personalet i det lokale sykehuset, eksempelvis skjerming. De gikk i større grad inn i en praktisk diskusjon om alternativer og de praktiske dilemma som personalet står overfor i arbeidet. Betydningen av personlig erfaring, førte til at lokale brukerrepresentanter uten tvangserfaring ble opptatt av hvordan de kan representere andre brukere på mest mulig måte. Brukerrepresentanter med mest tvangserfaring var i perioder sykemeldt gjennom prosjektperioden. Noen orket heller ikke å delta på samlingene, men bidro mye lokalt i sykehuset. Disse hadde imidlertid en viktig betydning på grunn av sin erfaringskompetanse om tvang.

Brukerne var derfor forskjellige og bidro på ulike måter i prosjektet. Tilsammen var de en nyttig kunnskapskilde i prosjektet for å få frem en større bredde i brukersynspunkter og erfaringer. Deres forskjellighet er viktig fordi man trenger et bredt spekter av brukerstemmer og påvirkningsrepertor i feltet. Prosjektet har vist at man må ha en fleksibel tilnærming til brukerdeltakelse ved at alle ikke må delta på alt, men kan gi viktige innspill på ulike måter gitt deres helsetilstand og erfaringer med tvang.

I ettertid ville det vært ønskelig med tettere oppfølging av brukerrepresentantene i de lokale prosjektene, både i forhold til tema og prosjektarbeid. I tillegg ville det vært ønskelig å ha styrket antall lokale brukerrepresentanter da denne ordningen viste seg sårbar for frafall. Dette fordrer også utvikling av tilstrekkelige antall brukerrepresentanter i brukerorganisasjonene som kan delta i slikt arbeid. Lokallagene av LPP, burde muligens også vært mer inkludert i prosjektet for å videreutvikle sykehusenes pårørendearbeid som alternativ til tvang.

9.2.8 Økt personalkompetanse

I tråd med den internasjonale faglitteraturen (Norvoll 2008: pkt.3.12), mente sykehusene at økt kompetanse i personalgruppen er sentralt for å endre personalets holdninger til tvang, og for å kunne arbeide på en annen måte. Brukere har deltatt noe på internundervisningen i prosjektet.

Brukerinvolveringen i undervisningen har imidlertid vært langt svakere enn beskrevet i fagutviklingsprosjektene internasjonalt (Norvoll 2008: pkt. 3.12).

Siden tvangsrelaterte situasjoner ofte gjenspeiler vanskelige dilemma i hverdagen for både personalet og brukerne, påpekes betydningen av å utvikle en kontinuerlig refleksjon i personalgruppen sammen med pasienten om hvordan man kan løse situasjonene på en god måte. Dette forutsetter utvikling av det Schön (1991) kaller ”lærende organisasjoner”, eller refleksive organisasjoner som responderer på den enkelte pasientens behov på en god måte. Dette er særlig viktig innenfor et komplekst og ”flytende” praksisfelt hvor pasientene ofte har store individuelle behov og mestringssmåter, og hvor faren for alvorlige skader kan foreligge. En god kreativ løsningsorientert kultur fordrer at det skapes gode arenaer for refleksivt arbeid i hverdagen. Denne må understøttes av et refleksivt lederskap hvor ledelsen ikke går i forsvar ved offentlig kritikk, men benytter tilbakemeldingene som en kilde til intern kvalitetsutvikling.

I likhet med erfaringene internasjonalt (Visalli og McNasser 2000, Huckshorn 2004), synliggjør BAT-prosjektet behovet for en bedre organisasjonskompetanse hos det kliniske personalet for å unngå uheldige egenskapsforklaringer ved organisatoriske spenninger og konflikter. Økt organisatorisk kompetanse kan bidra til en mer konstruktiv problemløsning når brukerne har vonde opplevelser ved at personalet ikke tar dette som personlig kritikk, men som systemeffekter som må løses på organisatorisk nivå. I ettertid burde prosjektet også startet med en bedre presentasjon av brukerorganisasjonene for å øke personalets kompetanse om disse. Dette kunne lettet kommunikasjonen mellom partene på samlingen.

I likhet med USA og det norske og danske Gjennombruddsprosjektet bygger undervisningen i BAT-prosjektet på både gamle og nye kunnskapselementer som er satt inn i en ny sammenheng. Det mangler imidlertid tilstrekkelig norsk faglitteratur og utformede undervisningsopplegg i forhold til tvangsreduksjon og alternativer til tvang som kan underlette sykehusenes kompetanseoppbyggende arbeid på dette området. Å etablere tilstrekkelig og jevnlig undervisning for personalgruppen på disse områdene, stod også flere steder i spenningsforhold til den daglige driften i postene og krever spesiell ressursallokering i sykehuset for å gjennomføres.

9.3 Avslutning

BAT-prosjektet finner i hovedsak de samme vesentlige faktorer for at utviklingsprosjektene lykkes eller mislykkes som internasjonalt (Norvoll 2008). BAT-prosjektet har imidlertid understreket betydningen av organiseringen av utviklingsarbeidet og tydelige målsettinger om tvangsreduksjon.

I likhet med internasjonale studier og nasjonale studier, viser prosjektet at utviklingsarbeid med helhetlige og multiple intervensjoner har best resultater. Avgrensede målsettinger kan likevel også gi reduksjon på et tvangsområde. Flere, tildels samvirkende, faktorer synes å påvirke endringsarbeidet. Dette er utforming av stimuleringsprosjekter og lokal prosjektgjennomføring i postene. Videre har ytre og indre endringstrykk, postkultur og behandlingsfilosofi betydning. Andre påvirkende faktorer er visjon om tvangsreduksjon, involvering av ledelsen og behandlerne i utviklingsarbeidet og utformingen av brukerrepresentasjonen. Det er også viktig å stimulere til god kompetanseutvikling i postene i tiden fremover.

10 Veien videre

BAT-prosjektet har vært et tidlig prosjekt i forbindelse med Tiltaksplanen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Oppmerksomheten rundt prosjektet viser at det er stor interesse og positivt engasjement for utvikling av dette området innenfor det kliniske feltet. Selv om målsettingene om tvangsreduksjon er forsiktige, og det finnes motstand mot tiltaksplanens intensjoner, er det økende oppslutning om et slikt tvangsreduserende arbeid. Det er derfor store muligheter for videre satsing på tvang som et viktig utviklingsområde innenfor psykisk helsevern.

På basis av erfaringene fra BAT-prosjektet vil vi avslutningsvis kort fremheve noen strategier for videre arbeid. Disse har vi inndelt i tre hovedområder: utvikling av tjenestene, brukermedvirkning i sykehus og forsknings- og utviklingsarbeid. Tiltakene er ikke nevnt i prioritert rekkefølge.

10.1 Utvikling av tjenestene

BAT-prosjektet viser at sykehusene er store organisasjoner hvor det krever målrettet og helhetlig innsats over tid for konkret endring på disse områdene. For å skape betydelige endringer, synes det nødvendig at endringsarbeidet understøttes av tydelige visjoner om tvangsreduksjon, lovregulering og rettsanvendelse, organisasjonsstrukturer og kunnskapsgrunnlag.

I noen delstater i USA har det tvangsreduserende arbeidet vært understøttet av en mer restriktiv lovgivning og rettsanvendelse som stiller større krav til dokumentasjon av tvangens nødvendighet sett i forhold til mer lempelige tiltak (Norvoll 2008). Disse tiltakene kan være aktuelle å vurdere i Norge. Tilsynsmyndighetene og kontrollkommisjonene har en viktig betydning på dette området.

Som beskrevet i den internasjonale litteraturen, synes det som at tvangsregistrering og grundige review av tvangshendelser kan være en god hjelp til å bevisstgjøre praksis om tvangsbruken. I tiden fremover bør man derfor utvikle gjennomsiktede og lettbrukte datasystemer som underbygger kontinuerlig oversikt over tvangsbruken for personalet i postene. Man bør også vurdere nye dokumentasjonssystemer som i større grad tilrettelegger for mer grundige gjennomganger og forebygging av tvangshendelser enn dagens skademeldingsskjema.

Viktigheten av et helhetlig organisatorisk perspektiv, gjør at arbeidet for redusert og kvalitetssikret tvang krever et bredt samarbeid på alle tjenestenivåer i samarbeid med profesjons- og brukerorganisasjoner samt forsknings- utdanningssektoren. Brukererfaringene viser at det er viktig at utviklingsarbeidet også innlemmer kommune, DPS og akutteam slik at det blir en helhetlig satsing på området. Et videre utviklingsarbeid vil også kreve at man i økende grad får med seg helseforetakene og ledelsen i sykehusene i et engasjert og forpliktende arbeid på dette området da de har vist seg å være sentrale i endringsprosesser og motstandsprosesser.

Både internasjonale og nasjonale erfaringer viser at arbeidet med tvangsreduksjon og økt brukermedvirkning i sykehusene er et omfattende endringsarbeid over tid. Dette betyr at det vil være nødvendig med utviklingsarbeid på landsnivå, så vel som innom det enkelte sykehus. Erfaringene fra BAT-prosjektet viser at utviklingsarbeidet kan være vanskelig å drive frem lokalt. Endringene beskrives som skjøre. Dette tyder på et stort behov for videre innsats både fra statlige helsemyndigheter, helseforetak og forsknings- og undervisningsmiljøene. Spenningene mellom daglig drift og utviklingsarbeid i sykehusene kan tyde på behovet for stimuleringsmidler. Det bør imidlertid stilles tydelige krav til intern organisering av utviklingsarbeidet og resultatoppfølging for å øke sjansene for at satsingen lykkes.

BAT- prosjektet viser at forståelsen av tvang må utvides. Spørsmålet om tvang omhandler grunnleggende syn på mennesker med psykiske lidelser, mer anerkjennende og omsorgsfulle tjenester og utvikling av behandlingsfilosofier mer generelt. I mange tilfelle kan det synes som at tvangen preges av stigmatisering og/eller et mangelfullt frivillig og tett oppfølgende behandlingstilbud. Ved å styrke brukerens sosiale status, behandlingstilbudet og den frivillige oppfølgingen av pasientene kan tvangsbruken reduseres og kvalitetssikres. Et viktig aspekt fremover i denne forbindelse, er å utvikle miljøterapien i sykehusene og i større grad å integrere behandlerens side med miljøterapien. Recovery-perspektivet kan gi et viktig bidrag for å styrke behandlingstilbudet. Det synes også viktig å styrke det tverrfaglige tilbudet i akuttpostene for å styrke behandlingen og tilrettelegge for et bredere løsningsrepertoar. I tillegg bør behandlingen i akuttpostene innlemme et mer helhetlig syn på pasienten og være mer rettet mot vedkommendes hjemmesituasjon.

Å relatere arbeidet for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang til behandlingstilbudet, kan også være en viktig strategisk innfallsvinkel. BAT-prosjektet viser nytten av å se på tvangsområdet som et fagutviklings- og/ eller endringsarbeid. Tvangsområdet er ofte tungt. Det langvarige utviklingsarbeidet kan bli mer positivt og interessant for personalet om det knyttes til videreutvikling av behandlingsfilosofi og behandlingstilbud.

BAT – prosjektet har kun antydnet mulige alternativer til tvang innenfor et begrenset område. I tiden fremover vil det være viktig å innlemme andre tiltak og tjenestenivåer. Det er også behov for videreutvikling av mer systematiske intervensjoner som kan redusere tvangsbruken.

10.2 Fortsatt styrking av brukermedvirkning i sykehus

I tråd med andre studier, viser BAT- prosjektet at sykehusene og akuttpostene i begrenset grad har utviklet brukermedvirkende arbeidsformer i klinisk praksis. Det tydliggjør samtidig mange muligheter for økt medvirkning i behandlingen. Prosjektet viser at det svake brukermedvirkningsperspektivet påvirkes av kunnskapsmessige, strukturelle og kulturelle forhold. Det er derfor behov for videre stimulering til aktiv og bred brukermedvirkning i sykehus.

Det er særlig viktig å se på muligheten for flere brukermedvirkningsformer på mellomnivå i sykehusorganisasjonen. Internasjonalt (Norvoll 2008: pkt. 3.10) har man i større grad invitert brukerne inn i posten og til å komme med konkrete forslag til nye organiseringsmåter, eksempelvis delta i revisjon av husregler eller påpeke organisatoriske faktorer som er angst og konfliktskapende. I tillegg er det påpekt at personalet må gå ut av egne arena og inn på brukernes premisser for å skape en mer reell dialog. Disse tiltakene kan også være viktige i Norge fremover.

Opparbeidelse av en brukerkompetanse på det tvangsreduserende området vil også være av avgjørende betydning for det videre arbeidet med å utvikle alternativer til tvang på nasjonalt nivå. Brukerorganisasjonene og de brukerstyrte kompetansesentrene kan ha en viktig rolle i utviklingen av mer brukerorienterte alternativer til tvang i tiden fremover ved å innhente brukernes synspunkter og erfaringskompetanse på dette området.

10.3 Forsknings- og utviklingsarbeid

Det er behov for ytterligere forskningsbasert kunnskap om faktorer som kan bidra til å redusert og kvalitetssikret tvangsbruk. I tillegg er det behov for å videreutvikle kunnskapen om alternativer til tvang, og faktorer som kan stimulere til et godt endringsarbeid i Norge. Det anbefales derfor at forskningsmiljøer følger fremtidige utviklingsprosjekter for å styrke den forskningsbaserte kunnskapen om suksessfullt utviklings- og endringsarbeid.

Det er i tillegg behov for mer systematiske intervensjonsstudier som utvikler konkrete intervensjoner og metodiske verktøy. Disse kan så utprøves og benyttes av sykehusene og det øvrige tjenesteapparatet. Prosjektet bekrefter videre betydningen av økt kunnskap i feltet om hva som ligger i begrepet ”lempelige midler” og når disse vil være bedre å benytte enn tvang. Disse må synliggjøres bedre innenfor utdanningen og i praksis i tiden fremover.

BAT-prosjektet viser at tvangsbruk henger sammen med flere komplekse dilemma i praksisfeltet. Det kan være strategisk viktig å utvikle forsknings- og fagutviklingsprosjekter som er rettet mot å løse disse dilemma på gode måter uten bruk av unødig tvang. Siden tvangsbruk er nært forbundet med spørsmål om farlighet og sikkerhet, synes det behov for ytterligere forskning om faktisk farlighet og hvordan man kan møte sikkerhetshensyn på alternative måter.

Et annet forskningsområde er økt kunnskap om grunnleggende systemstrukturer som bidrar til å skape og opprettholde tvangsbruk, og som forhindrer alternative tiltaksformer. Strukturelle løsninger vil kunne skape langt større effekter i tvangsreduksjon. Tvangsbruk og alternativer til tvang har nær sammenheng med spørsmålet om innholdet i akuttjenestetilbudet. Utformingen og innholdet i sykehustjenestene fremover vil være viktig for å stimulere til mer frivillig og brukermedvirket praksis.

Det anbefales derfor stimulering til bredt anlagt forskning og fagutvikling på ulike områder i tiden fremover. Etter vårt skjønn vil gjennomføring av tiltaksplanens målsettinger kreve en betydelig forsterket forsknings- og utviklingsinnsats. Dette fordrer langt flere FoU-ressurser generelt. I tillegg er det viktig at de regionale helseforetakene vrir sine ressurser mot tvangsfeltet.

Det vil også være viktig å stimulere til økt kunnskap og kompetanse om tvangsreduksjon og alternativer til tvang innenfor det kliniske feltet. BAT-prosjektet bekrefter nytten av å samle ansatte og brukere i felles dialogfora. Det bør vurderes ulike pedagogiske virkemidler, samt ulike dialogarenaer. Dette kan eksempelvis være ”call- for action-samlinger” hvor man samler partene for å diskutere tiltak for tvangsreduksjon og alternativer til tvang. Siden spørsmålene om tvangsreduksjon og alternativ- feltet er såpass nytt i Norge, kan det være nyttig å invitere internasjonale bidragsyttere.

Referanser

- Andreassen, T. A. (2004), *Brukermedvirkning, politikk og velferdsstat*. Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie nr. 13. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet
- Askheim, O.P. (1998), *Omsorgspolitiske endringer – profesjonelle utfordringer*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Busch, A. (2000), Seclusion and Restraint: A Review of Recent Literature. *Harvard Reviewed Psychiatry*. Nov.: 261- 270
- Busch, T. og R. Schwebs (2006), Forskeren som endringsagent: Roller, læring og bruk av metaforer i følgeforskning. *Nordiske Organisasjonsstudier*, Nr. 8 (4): 41-62.
- Donati, F. (2000), "Madness and morale: a chronic psychiatric ward." I: R.D.* Hinselwood & Wilhelm Skogstad (ed.), *Observing Organisations. Anxiety, defence and culture in health care*. Chapter 3: 29-43 New York: Brunner-Routledge
- Creswell, J.W. & V. Plano Clark (2007), *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks, California: Sage
- Ellingsen, K.E, K. Jacobsen og K. Nicolaysen (red.) (2002), *Sett og forstått. Alternativer til tvang og makt i møtet med utviklingshemmede*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ellingsen, K.E. (2003), *Kompetanseutvikling- alternativ til tvang og makt. Sluttrapport fra samarbeidsprosjektet mellom Trondheim kommune og Høgskolen i Sør-Trøndelag*. AHS- rapport Nr. 1- 2003
- GAO-rapporten (1999), *Mental Health. Improper Restraint of Seclusion Use Places People at Risk*. Report to Congressional Requesters. GAO/HEHS-99-176. September 1999. Washington: General Accounting Office. Health, Education, and Human Services Division.
- Gardner W, Lidz C, Hoge SK et al. (1999), Patients' revision of their beliefs about the need for hospitalization. *American Journal of Psychiatry* 156:1385-1391
- Gaskin, C.J., S.J. Elsom & B.Happell (2007), Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. Review of the literature. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 191: 298-303.
- Goffman, Erving (1961), *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. An Anchor Press Book. New York: Doubleday
- Hafstad, Tor (2000), *Brukertilfredshet hos psykiatriske pasienter innlagt ved 3 akuttavdelinger på Psykiatrisk avdeling RiTø*. Hovedoppgave i Psykologi.. Trondheim, Universitetet i Tromsø, Institutt for psykologi
- Hammersley, Martyn og Paul Atkinson (1996), *Feltmetodikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Hjort, Haldis og Torleif Ruud (2006), *En kvalitativ studie av akuttavdelinger i psykisk helsevern*. STF78A06012. Trondheim: SINTEF Helse

- Hofseth, Christina (2002), ”Brukermedvirkning i psykisk helsevern – felles målsetting med felles mening?” *Organizational Theory and Practice, Skandinavian Journal of Organizational Psychology*, No.1:55-63
- Hubble, Mark, A., Barry Duncan og Scott Miller (1999), *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Huckshorn, K. A.(2004), Reducing Seclusion & Restraint Use in Mental Health Settings. Core Strategies for Prevention. *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol 42, No. 9:22-33
- Huckshorn, K.A. (2006), Re-designing state mental Health policy to prevent the use of seclusion and restraint. *Administration Policy Mental Health*, Vol. 33 No.4: 482- 91
- Husum, T.L., Bjørngaard, J.H., Finset, A og T. Ruud (in press), The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): Reliability, validity and feasibility . *International Journal of Law and Psychiatry*
- Høyer, Georg. (2000),”On the justification for civil commitment.” *Acta Psychiatrica Scandinavia*, No. 101:65–71
- Iversen, K. I.,G. Høyer, S. Hal & O. K. Grønli (2002), “Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway.” *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol. 56, No. 6:433–439
- Jönsson, L-E (1998), *Det terapeutiska rummet. Rum og kropp i svensk sinnessjukvård 1850–1970*. Stockholm: Carlssons Bokförlag
- Kalleberg, R. (1996), Forord. Feltmetodikk, forskningsopplegg og vitenskapsteori. I Hammersley, Martyn og Paul Atkinson (1996), *Feltmetodikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Kaltiala-Heino, R., C. Tuohimäki, J. Korkeila & V. Lethinen (2003), “Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care.” *International Journal of Law and Psychiatry*. Vol. 26, Issue 2:139–149
- Konsmo, T. og O.M. Westerheim (2003), Prosessforbedring - en praktisk og nyttig metode for å forbedre kvaliteten. *Tidsskriftet Sykepleien*, Nr. 21: 28-31
- Kvale, S. (1996), *InterViews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. London: Sage Publications
- Lidz, C. W., et al. (1998), "Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process." *American Journal of Psychiatry*, Vol. 155, No. 9: 1254-60.
- Lofland, J. og L. H. Lofland (1995), *Analyzing Social Settings. A guide to Qualitative Observation and analysis*. 3. utg. Belmont: Wadsworth Publishing Company
- Løchen, Y. (1965), *Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mathiesen, J. R. og P. A. Føyn (2002), *Rapport fra Gjennombruddsprosjekt Psykiatri. Bruk av tvang*. Skriftserie for leger. Utdanning og kvalitetsutvikling. Oslo: Den norske lægeförening
- Meehan, T., C. Vermeer & C.I Windsor (2000), “Patients´ perceptions of seclusion: a qualitative investigation.” *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 31:370–377

- Måseide, P. (1997), ”Feltarbeid i ekspertorganisasjoner. Sjukehuset som arena for sosiologisk forskning.” I E. Fossåskåret, O. Fuglestad og T. H. Aase (red.), *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*. ss. 94-116. Oslo; Universitetsforlaget
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006), *Brukererfaringen med døgneheter i psykisk helsevern. Resultater og vurderinger etter en nasjonal undersøkelse i 2005*. Rapport Nr. 9-2006 (PasOpp-rapport). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- 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. (2008), *Delrapport 1. Brukerorienterte alternativer til tvang- en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur*. SINTEF Rapport A4572. Trondheim: SINTEF Helse
- Oloffson, 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 the Department of Clinical Sciences, Division of Psychiatry, Umeå Universitet
- Patton, M.Q. (1990), *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Sage: Beverly Hills
- Pedersen, P. B., T. Hatling og J. H. Bjørngaard (2004), *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001 og 2003*. SINTEF-rapport STF78A045029. Trondheim: SINTEF Helse
- Pedersen, P.B., Hatling, T. og K. Røhme (2007), *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003 og 2005. Hva kan forklare institusjons- og avdelingsforskjeller?* Rapport A686. Trondheim: SINTEF Helse
- Quirk, A. & P. Lelliot (2001), “What do we know about life on acute psychiatric wards in the UK? A review of the research evidence.” *Social Science of Medicine*. No. 53:1565–1574
- Rådet for psykisk helse (2004a). *Stykkevis og delt. Forprosjekt om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid*. Oslo: Rådet for psykisk helse
- SAMSHA (2005), *Roadmap to Seclusion and Restraint Free Mental Health Services. Training manual*. US. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. www.samsha.gov og <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/sma06-4055/>
- Schön, D. A. (1991), *The reflective practitioner: how professionals think in action*. Aldershot : Avebury
- Statens helsetilsyn (2001a) *Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern. Prosessforbedring i klinisk virksomhet*. Utredningsserie nr. 5-2001. Oslo: Statens helsetilsyn
- Statens helsetilsyn (2001b) *Kvalitetsforbedring i psykisk helsevern. Pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter*. Utredningsserie nr. 6-2001. Oslo: Statens helsetilsyn
- Steihaug, Sissel og Trond Hatling (2007): *Evaluering av LMS-aktiviteten i Helse Nord*, SINTEF Helse rapport A689

Strauss, A. L. & J.M. Corbin(1998), *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded theory*. London: SAGE Publications

Ulvestad,T. et al (2007), *Klienten- den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Vaglum, P., S. Karterud og J. Jørstad (red.) (1984), *Institusjonsbehandling i moderne psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vatne, S. (2003), *Korrigere og anerkjenne. Sykepleieres rasjonale for grensesetting i en akuttpsykiatrisk behandlingspost*. Dr.gradsavhandling, Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap

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

Visalli, H. & G. McNasser (1997a), Striving Toward a Best Practice Modell for a Restraint- Free Environment. *Journal of Nursing Care Quality*. Vol. 11, No. 6: 1-4

Visalli, H., G. McNasser, L. Johnstone & C.A. Lazarro (1997b), Reducing High-risk Interventions for Managing Aggression in Psychiatric Settings. *Journal of Nursing Quality* Vol.11, No.3:54-61

Wynn, Rolf (2003), "Staff attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital." *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol 57, No. 6:453–459

Wynn, Rolf (2004), *Restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital*. Avhandling (dr.med.), Tromsø: University of Tromsø, Department of Clinical Psychiatry, Institute of Clinical Medicine

Wykes T. (2003) Blue skies in the Journal of Mental Health? Consumers in research. *J Ment Health* 12 (1): 1-6

Van Doeselaar, M., P. Slegers, P. og G. Hutschemaekers (2008), Professionals' Attitudes Toward Reducing Restraint: The Case of Seclusion in the Netherlands. *Psychiatric Quartely* 7 (2): 97-109

Vedlegg 1 Staff Attitude to Coercion Scale (SACS)

Institusjon: _____ Avdeling: _____ Post/ team: _____ Dato: _____

Spørreskjema om bruk av tvang

Dette skjemaet inneholder utsagn om bruk av tvang, hva en tenker om det og hvordan en mener tvang bør brukes eller ikke brukes. Svar på spørsmålene ut fra hva du opplever at dere tenker og mener ved posten/teamet der du arbeider.

Dette vil trolig avhenge mye av den situasjonen dere arbeider i og av hvilke pasientgrupper dere mottar til behandling. Det er derfor neppe noe som er rett eller galt svar under alle forhold.

Spørreskjemaet brukes til å gi et bilde av posten/teamet slik den oppfattes av de ansatte som en gruppe. Dine individuelle svar vil bli behandlet konfidensielt, og bare gjennomsnittskåringene for hele posten/ teamet vil bli brukt.

Les hvert utsagn og sett kryss for ett av disse svaralternativene:

1 Svært uenig	2 Uenig	3 Nøytral	4 Enig	5 Svært enig
----------------------	----------------	------------------	---------------	---------------------

Hvis et utsagn ikke passer i det hele tatt for posten/teamet, setter du kryss for "Svært uenig" i rute 1. Hvis du ikke kan avgjøre om det passer eller ikke, setter du kryss for "Nøytral" i rute 3.

	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1 Bruk av tvang er nødvendig som beskyttelse ved farlige situasjoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 For dårlige pasienter kan tvang være trygt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Av sikkerhetsgrunner må det av og til brukes tvang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 Pasienter uten sykdomsinnsett trenger tvang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Tvang kan ødelegge behandlingsrelasjonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 Bruk av tvang er nødvendig ovenfor farlige og utagerende pasienter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Tvangsbruk er en fallitterklæring fra psykisk helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 Regressive pasienter trenger tvang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Tvang kan være omsorg og ivaretagelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 Det brukes for mye tvang i behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Det burde brukes mer tvang i behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14 Knappe ressurser fører til mer bruk av tvang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Tvang kan forebygge at det utvikles en farlig situasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15 Mye tvangsbruk kunne vært unngått med mer tid og samtaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Tvang gir pasientene nye krenkelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Vennligst kontroller at du har besvart alle utsagn. Hvis du har kommentarer kan de skrives på baksiden.

Takk for at du fyller ut skjemaet!

Vedlegg 2

Skåringsnøkkel i forhold til tre holdninger til bruk av tvang

De 15 utsagnene er gruppert etter faktoranalyse i tre grupper (Husum et al, in press). De kan kalles tre holdninger eller bare rett og slett tre grupper med holdninger til bruk av i tvang i psykisk helsevern. De tre gruppene er:

1. Tvang som krenkelse – Kritisk til bruk av tvang

3. Tvang kan ødelegge behandlingsrelasjonen
4. Tvangsbruk er en fallitterklæring fra psykisk helsevern
8. Tvang gir pasientene nye krenkelser
13. Det brukes for mye tvang i behandlingen
14. Knappe ressurser fører til mer bruk av tvang
15. Mye tvangsbruk kunne vært unngått med mer tid og samtaler

2. Tvang som omsorg og av sikkerhetshensyn – Pragmatisk syn på bruk av tvang

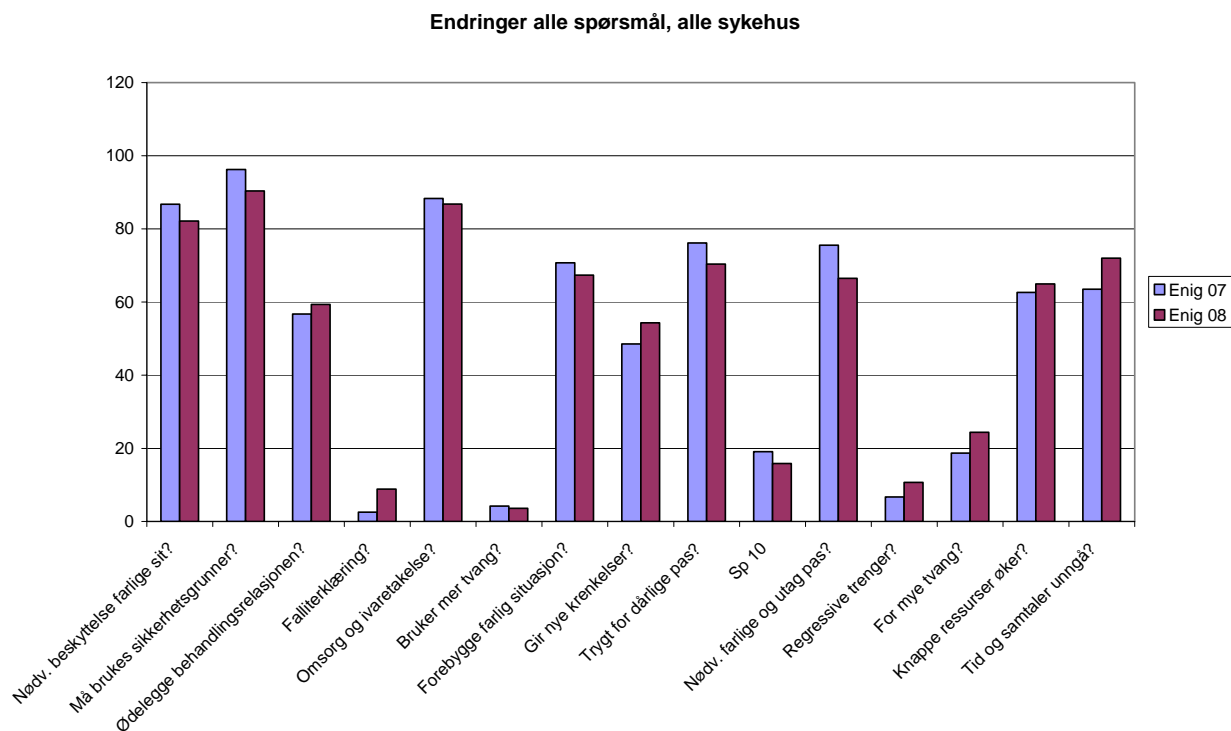
1. Bruk av tvang er nødvendig som beskyttelse ved farlige situasjoner
2. Av sikkerhetsgrunner må det av og til brukes tvang
5. Tvang kan være omsorg og ivaretagelse
7. Tvang kan forebygge at det utvikles en farlig situasjon
9. For dårlige pasienter kan tvang være trygt
11. Bruk av tvang er nødvendig ovenfor farlige og utagerende pasienter

3. Tvang som behandling – Positivt syn på bruk av tvang

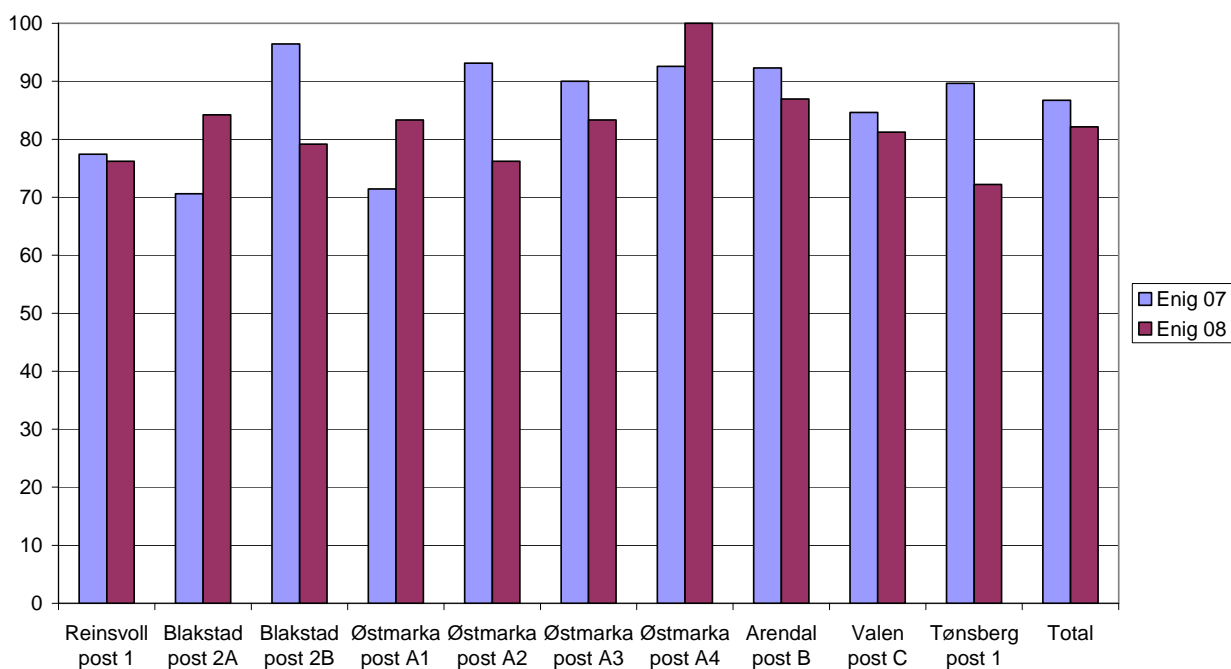
6. Det burde brukes mer tvang i behandlingen
10. Pasienter uten sykdomsinnsikt trenger tvang
12. Regressive pasienter trenger tvang

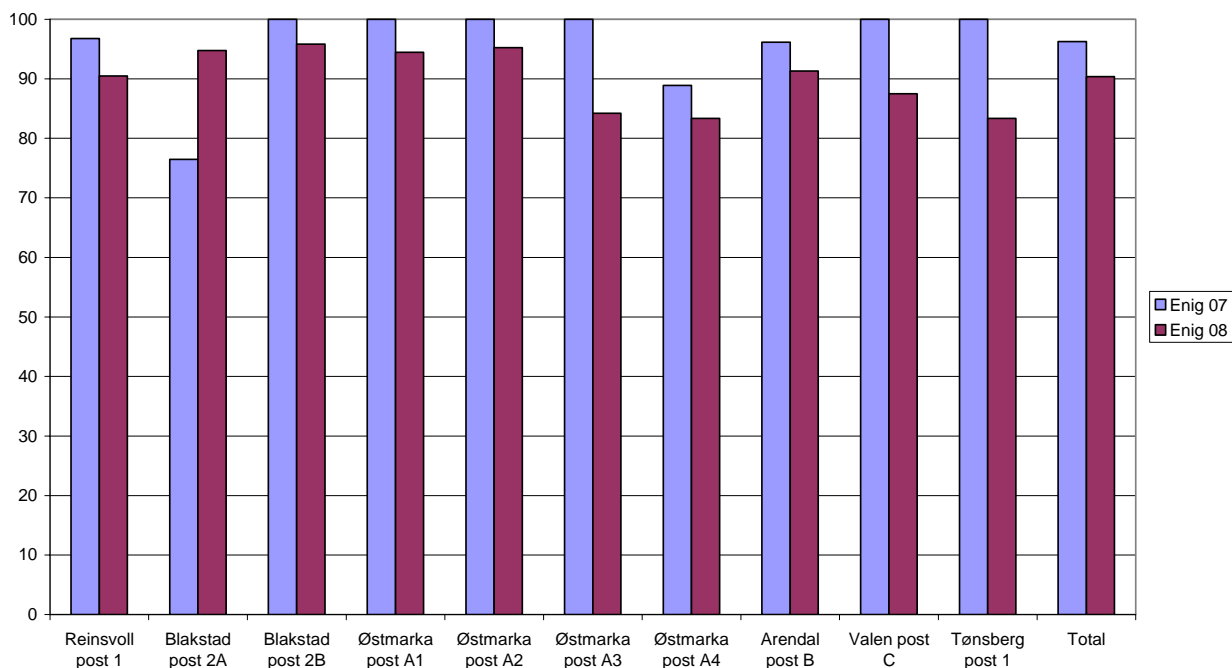
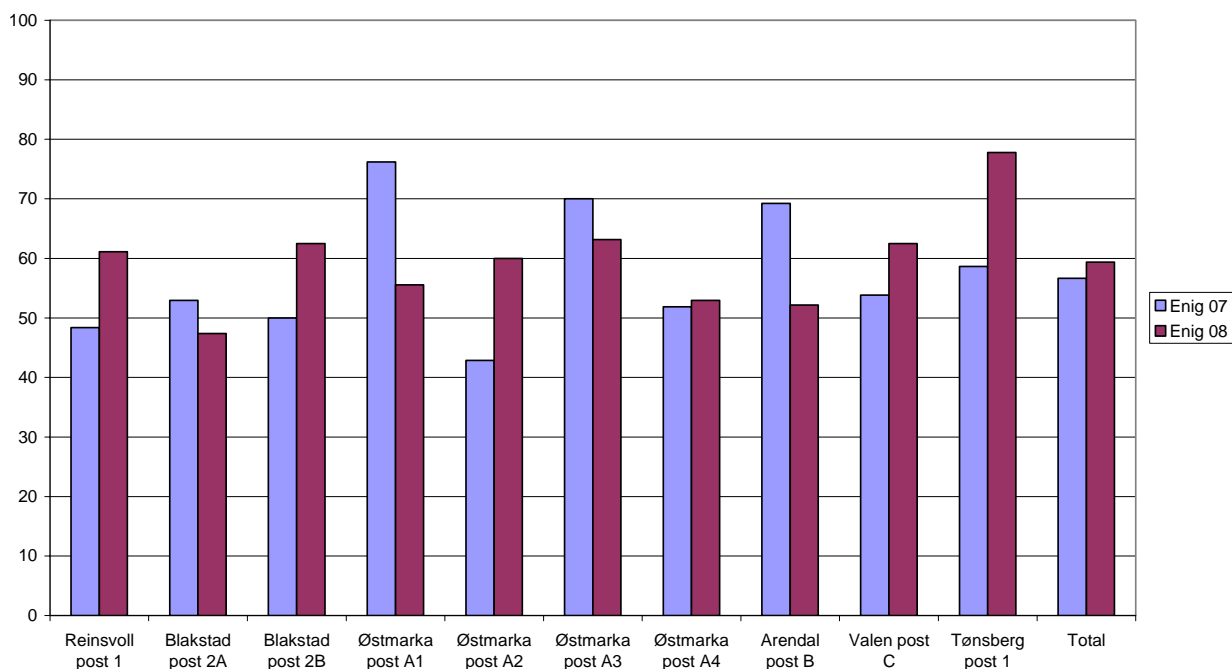
Vedlegg 3

Endringer i personalets holdninger til tvang i postene 2007-2008, fordelt på de enkelte utsagn

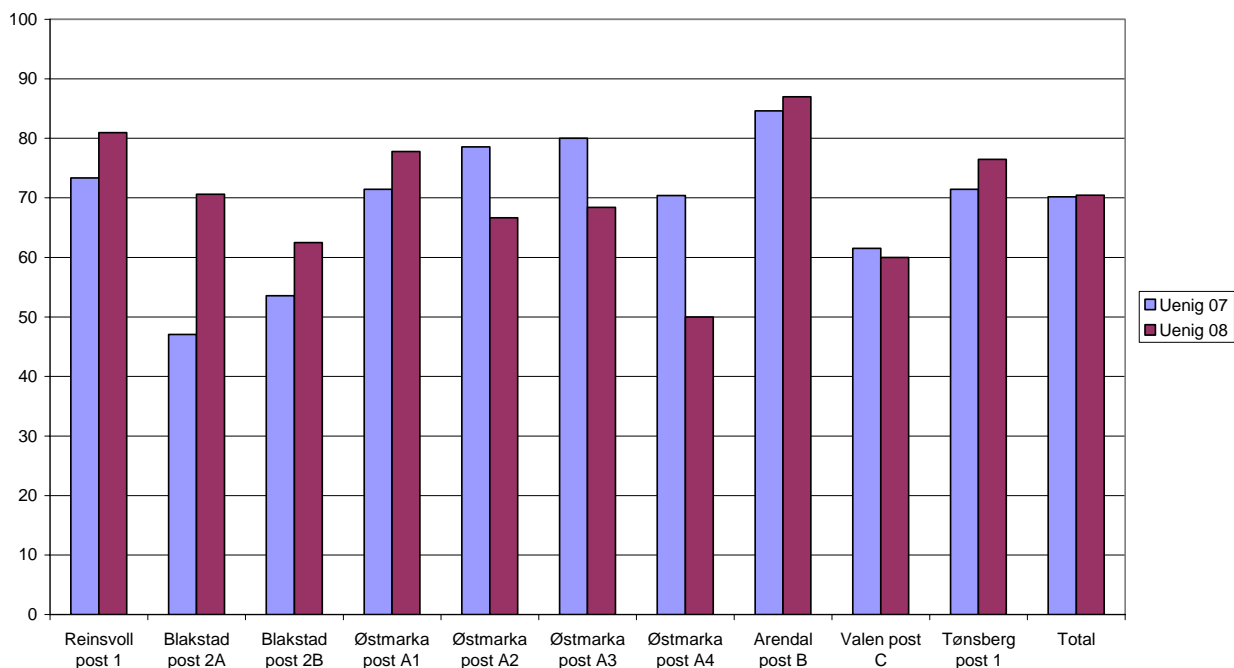


1. Bruk av tvang er nødvendig som beskyttelse ved farlige situasjoner

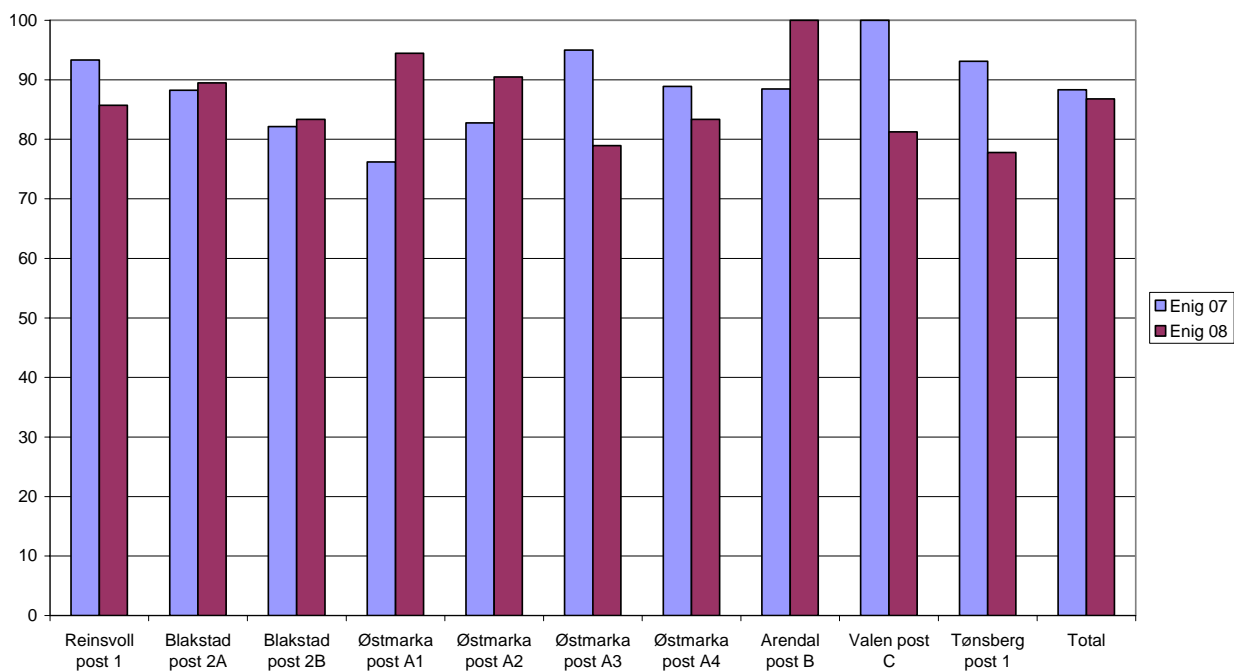


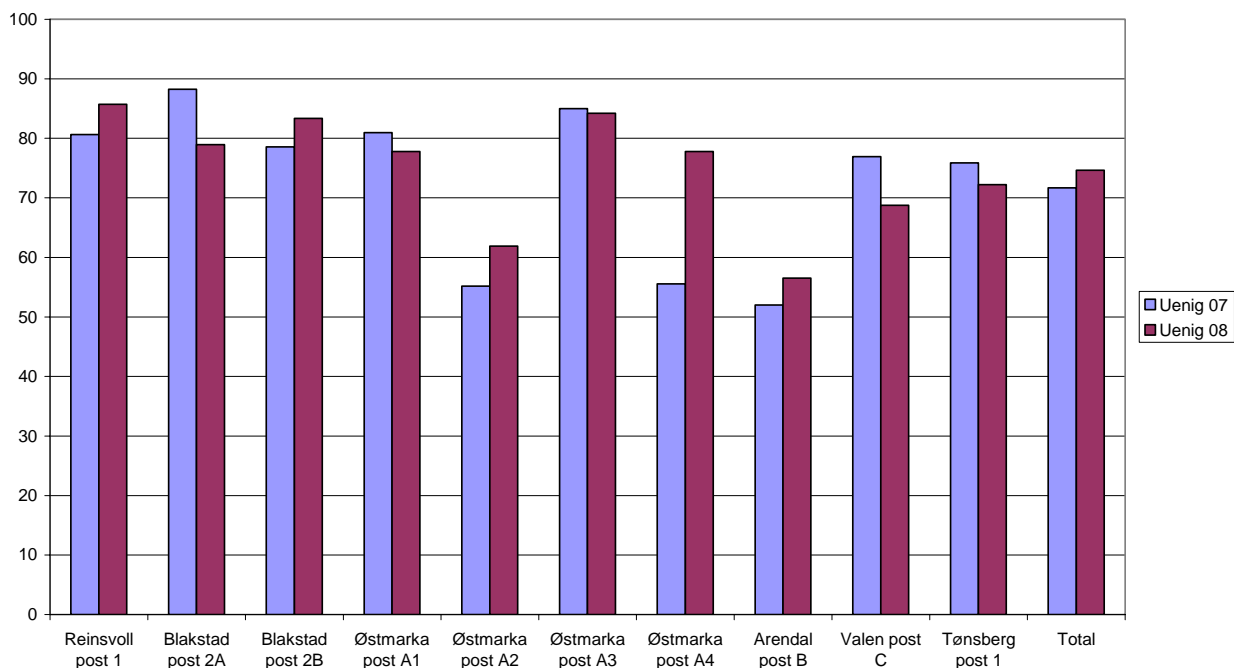
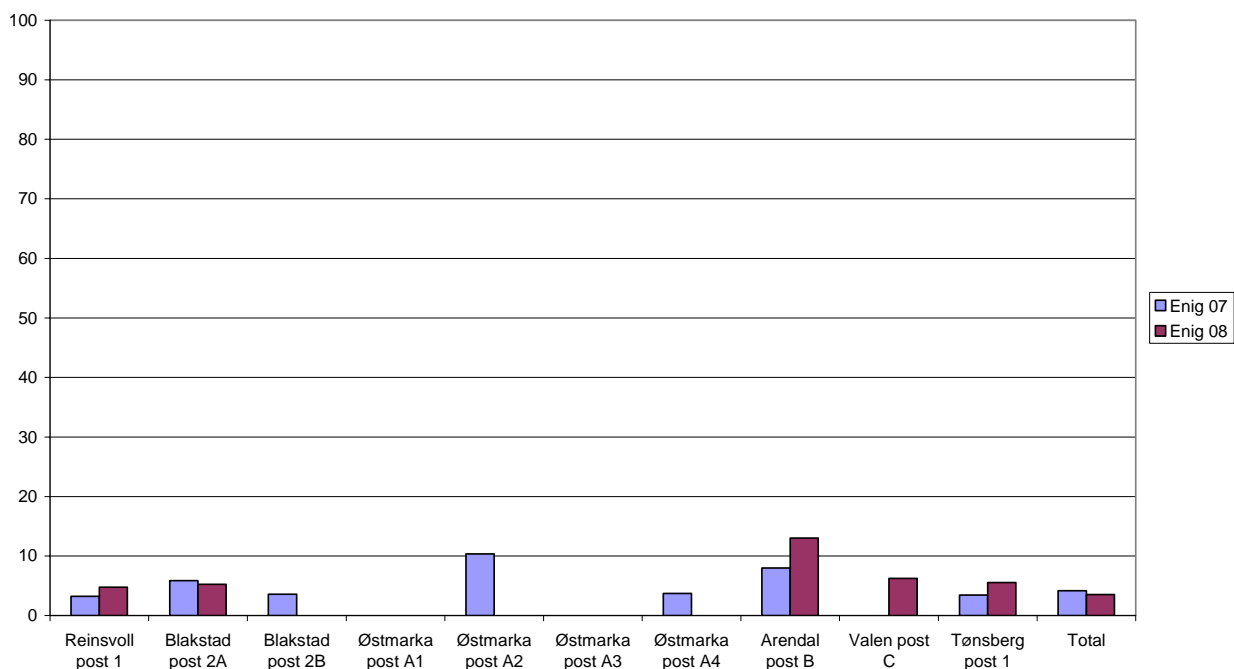
2. Av sikkerhetsgrunner må det av og til brukes tvang

3. Tvang kan ødelegge behandlingsrelasjonen


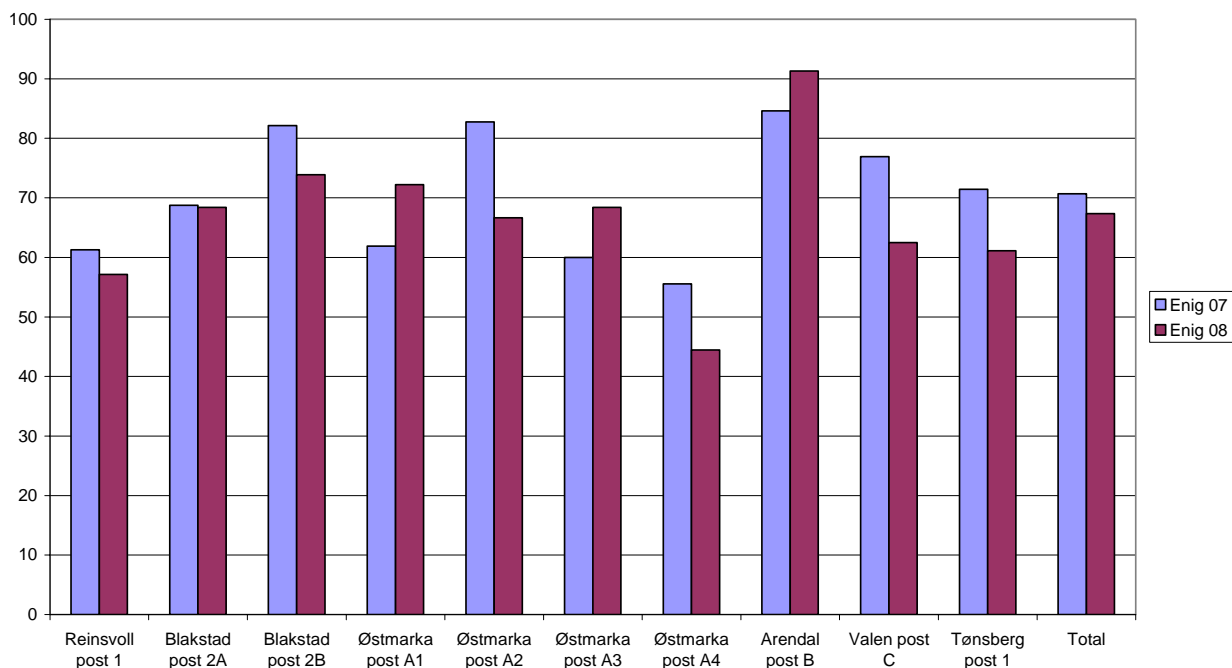
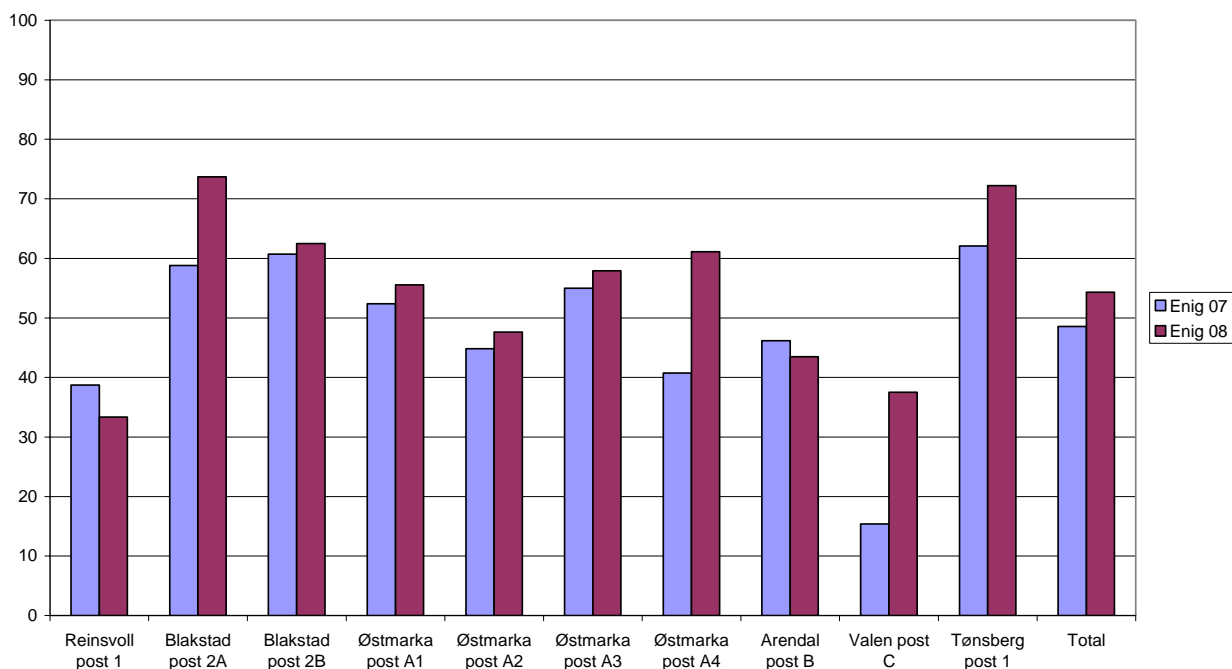
4. Tvangsbruk er en falliterklæring fra psykisk helsevern

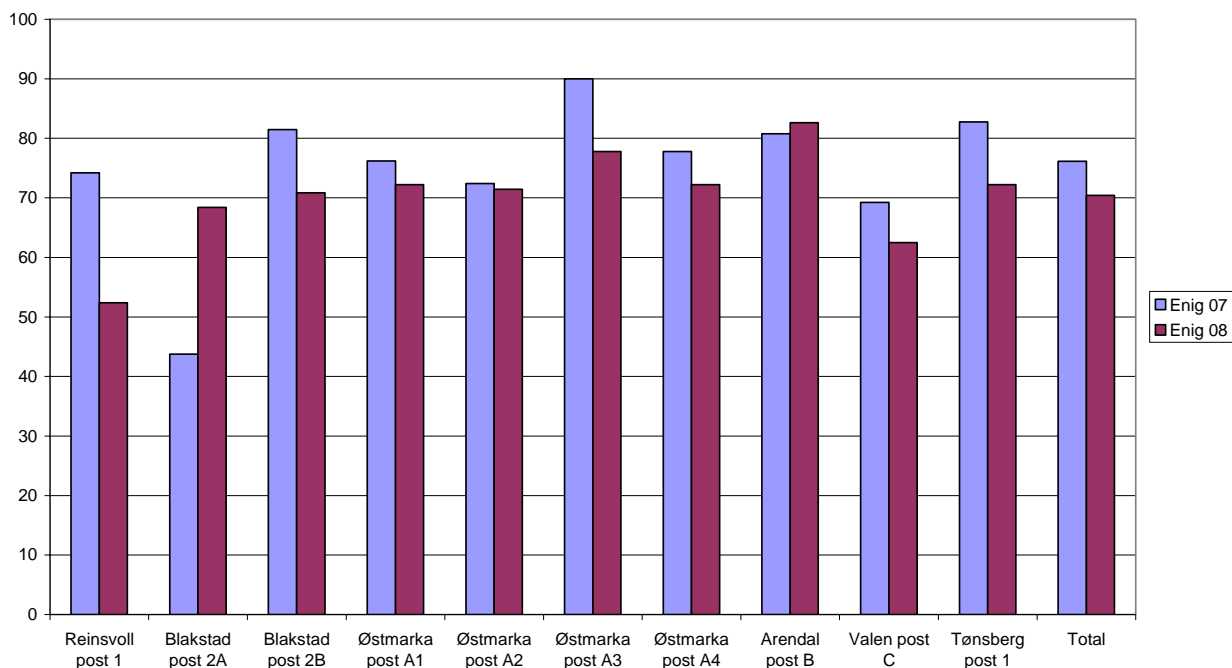
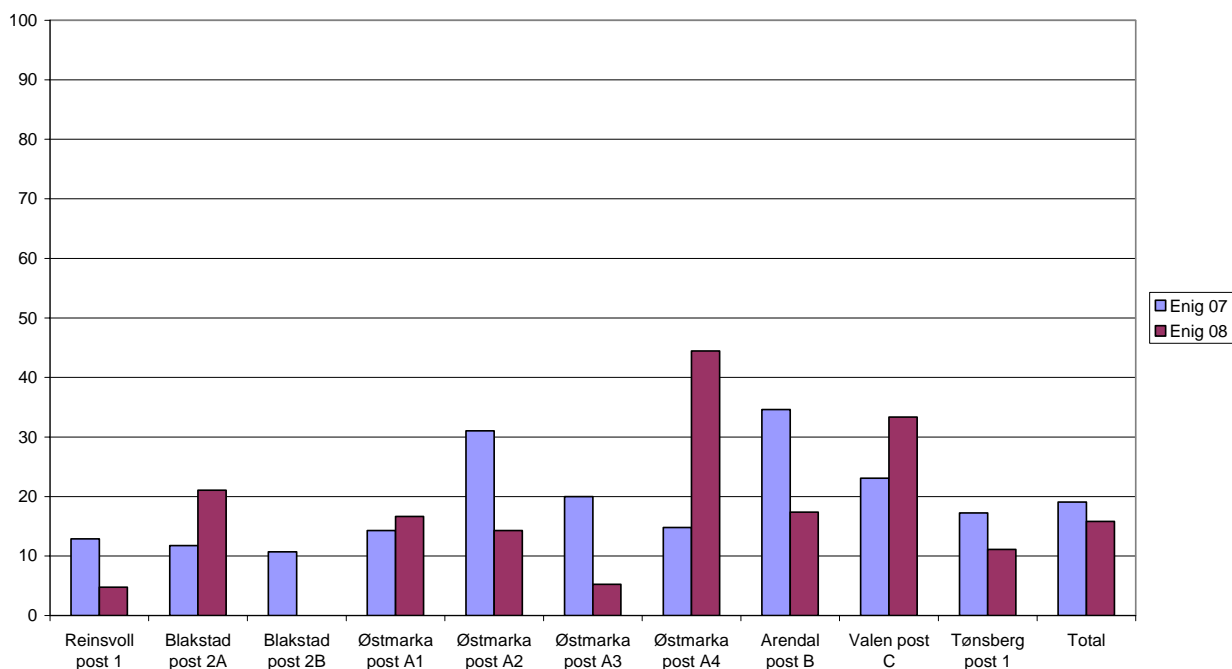


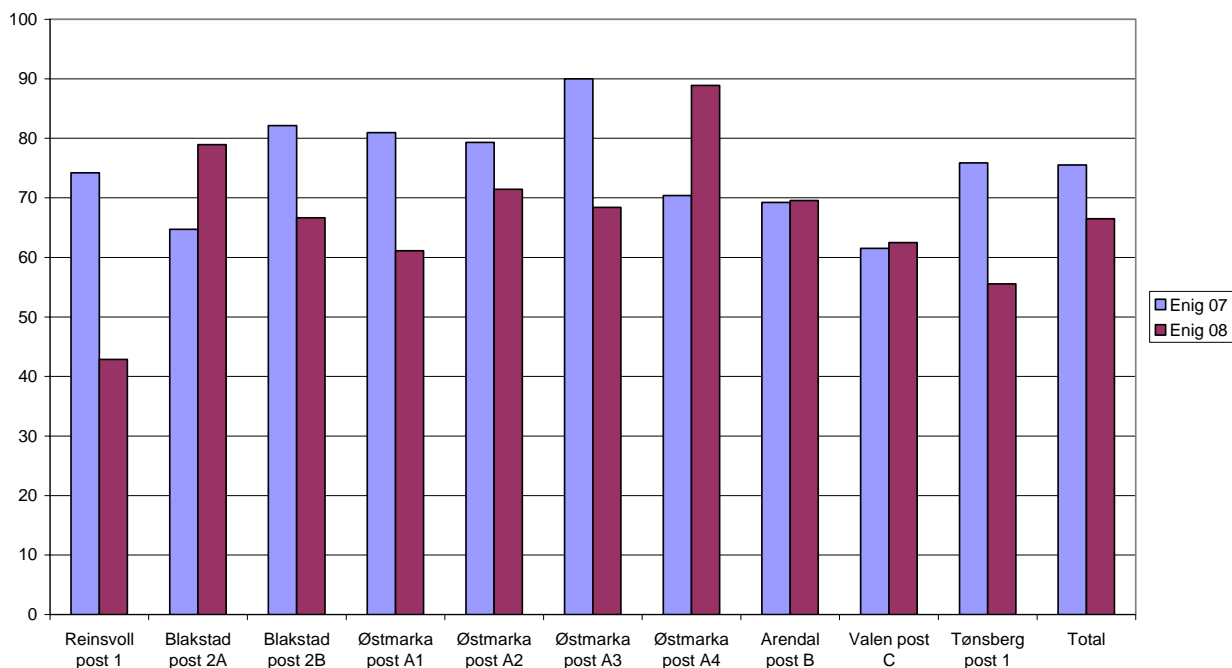
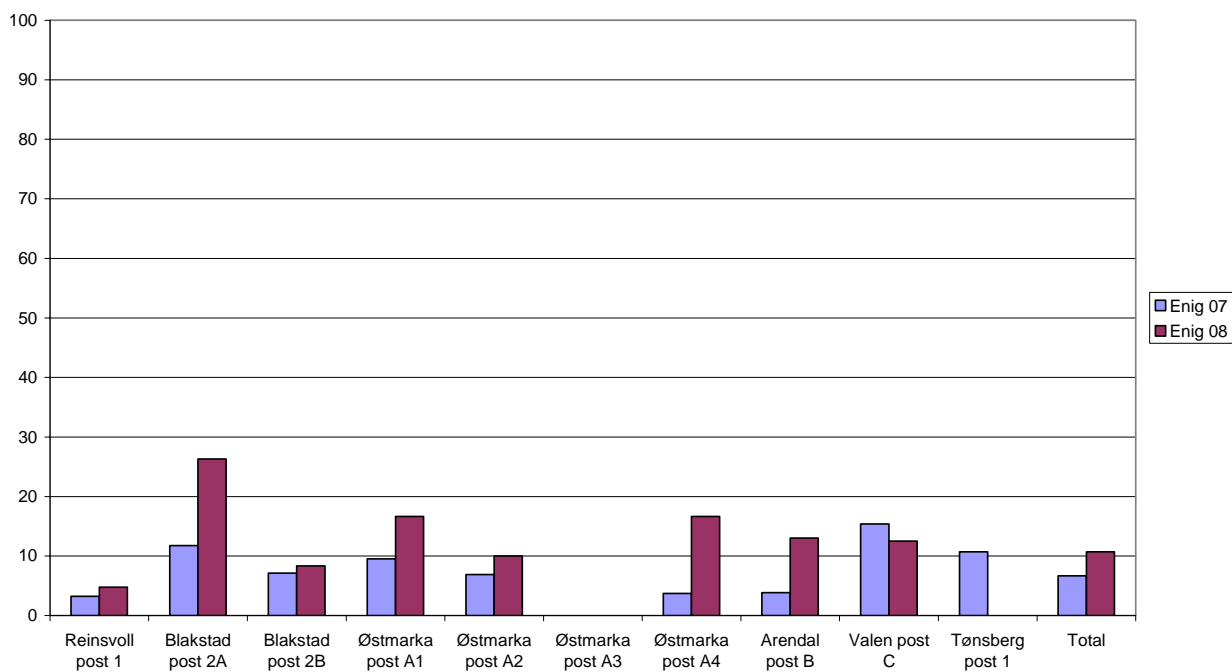
5. Tvang kan være omsorg og ivaretagelse

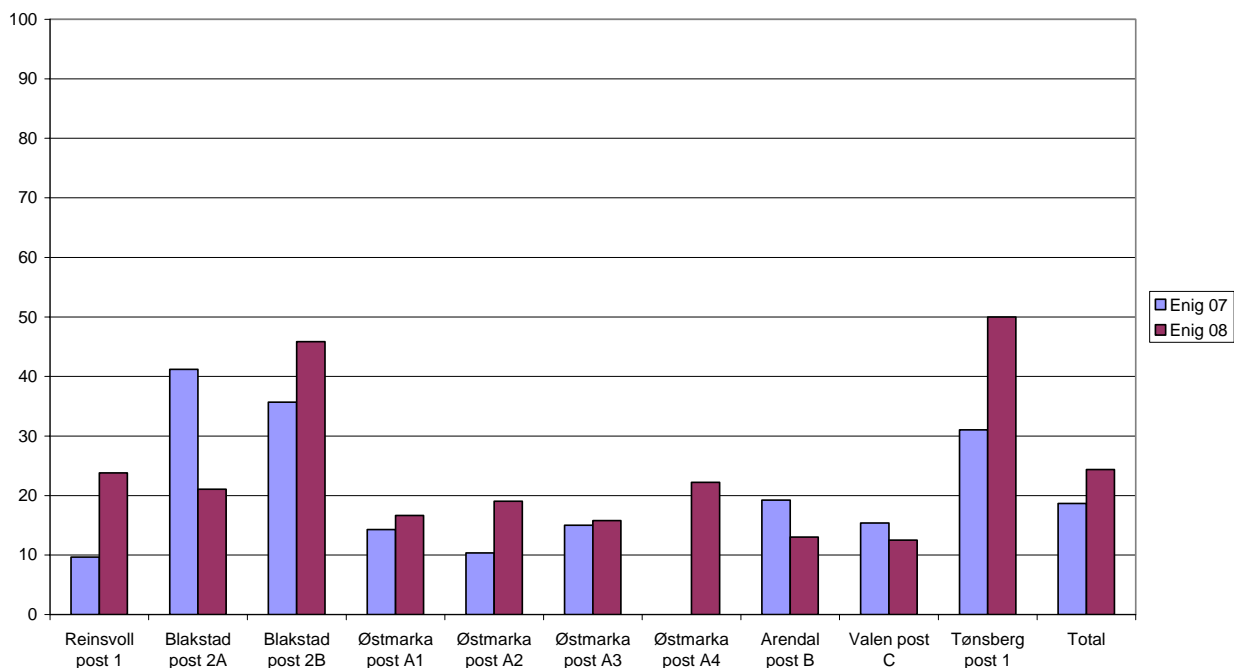
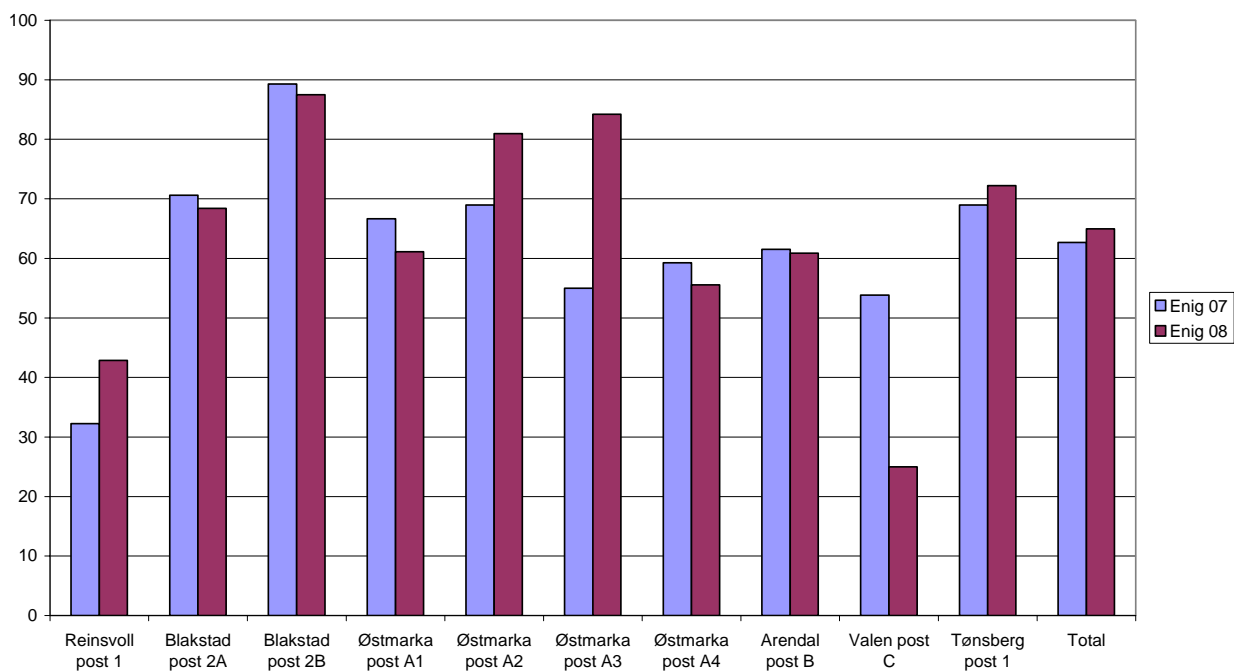


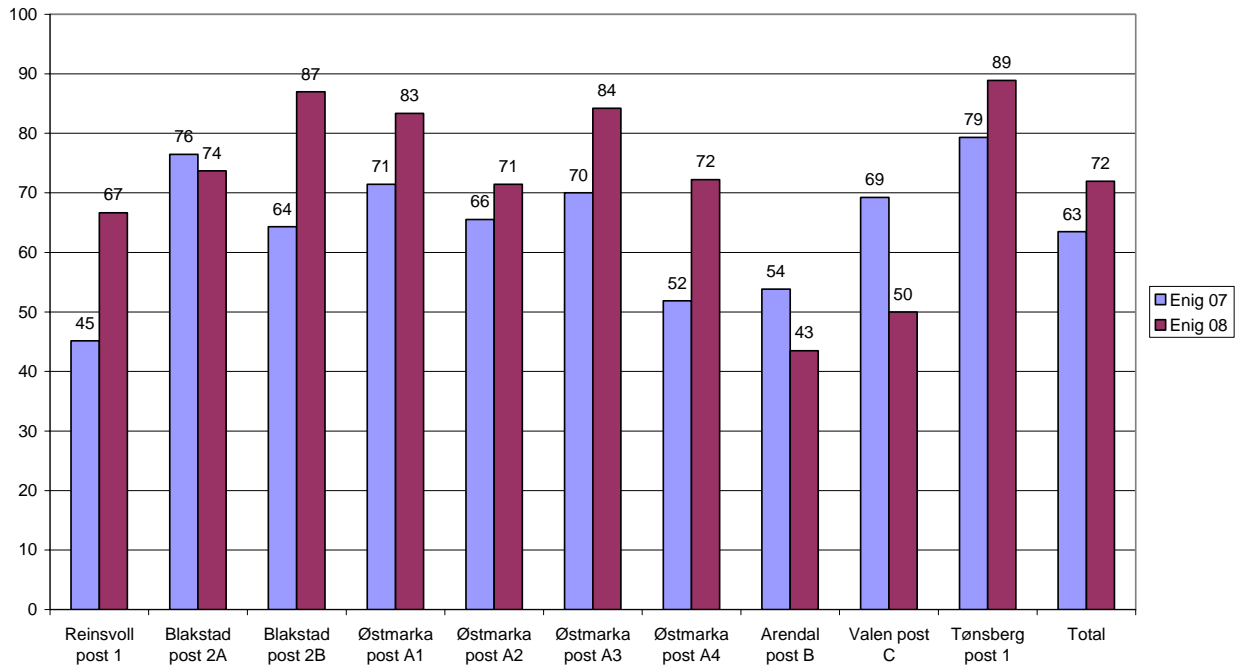
6. Det burde brukes mer tvang i behandlingen

6. Det burde brukes mer tvang i behandlingen


7. Tvang kan forebygge at det utvikles en farlig situasjon

8. Tvang gir pasientene nye krenkelser


9. For dårlige pasienter kan tvang være trygt

10. Pasienter uten sykdomsinnsett trenger tvang


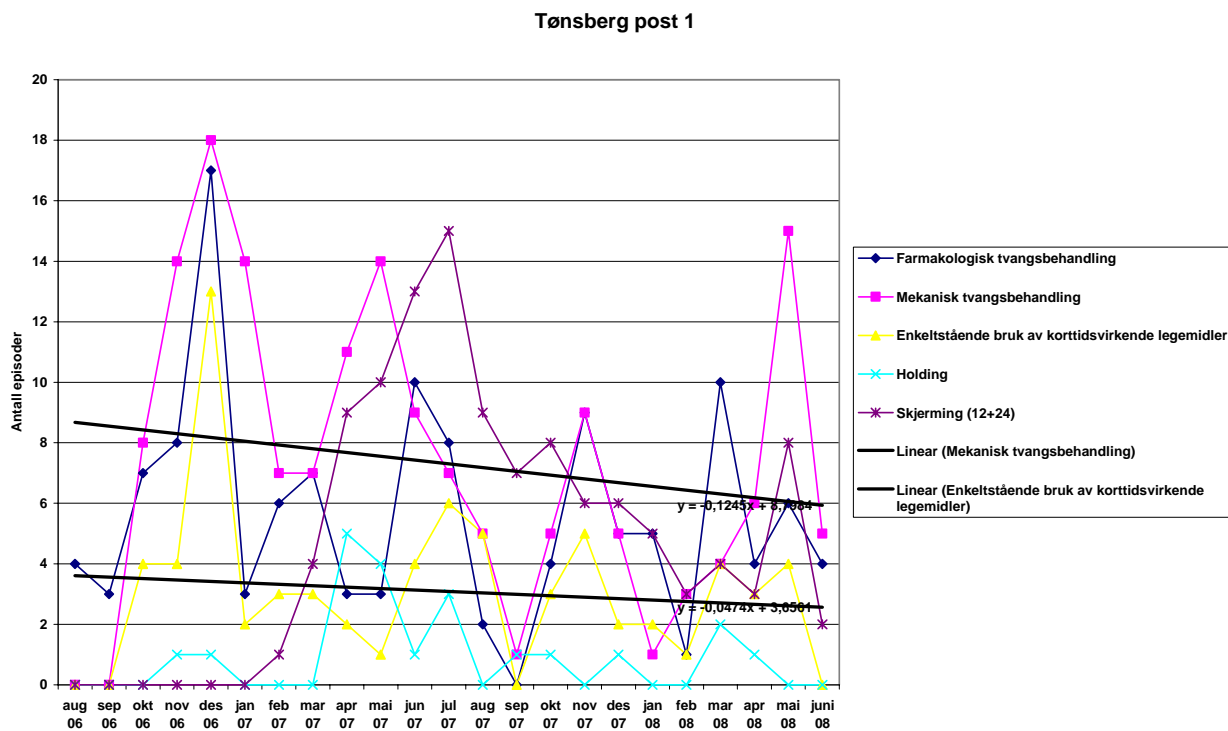
11. Bruk av tvang er nødvendig overfor farlige og utagerende pasienter

12. Regressive pasienter trenger tvang


13. Det brukes for mye tvang i behandlingen

14. Knappe ressurser fører til mer bruk av tvang


15. Mye tvangsbruk kunne vært unngått med mer tid og samtaler


Vedlegg 4

Endringer i bruk av tvang i den enkelte akuttpost, sum episoder per måned

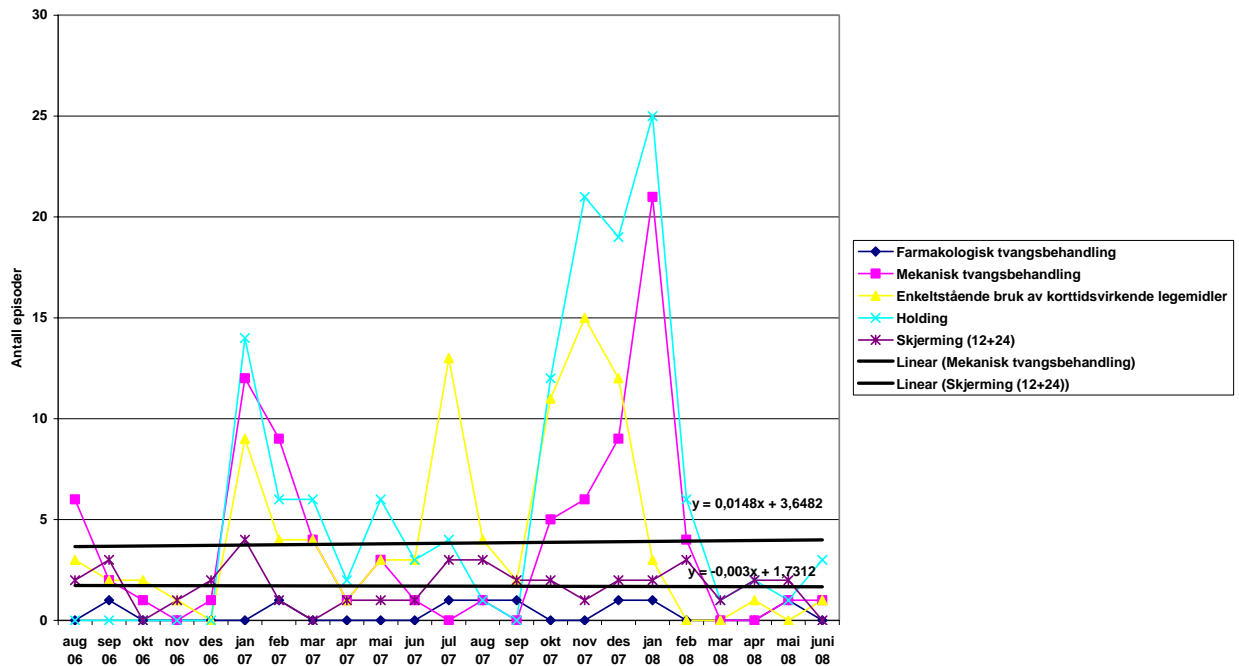


Trendline:

Mest nedadgående: mekaniske tvangsmidler

Svakt nedadgående: korttidsvirkende legemidler

Reinsvoll post 1

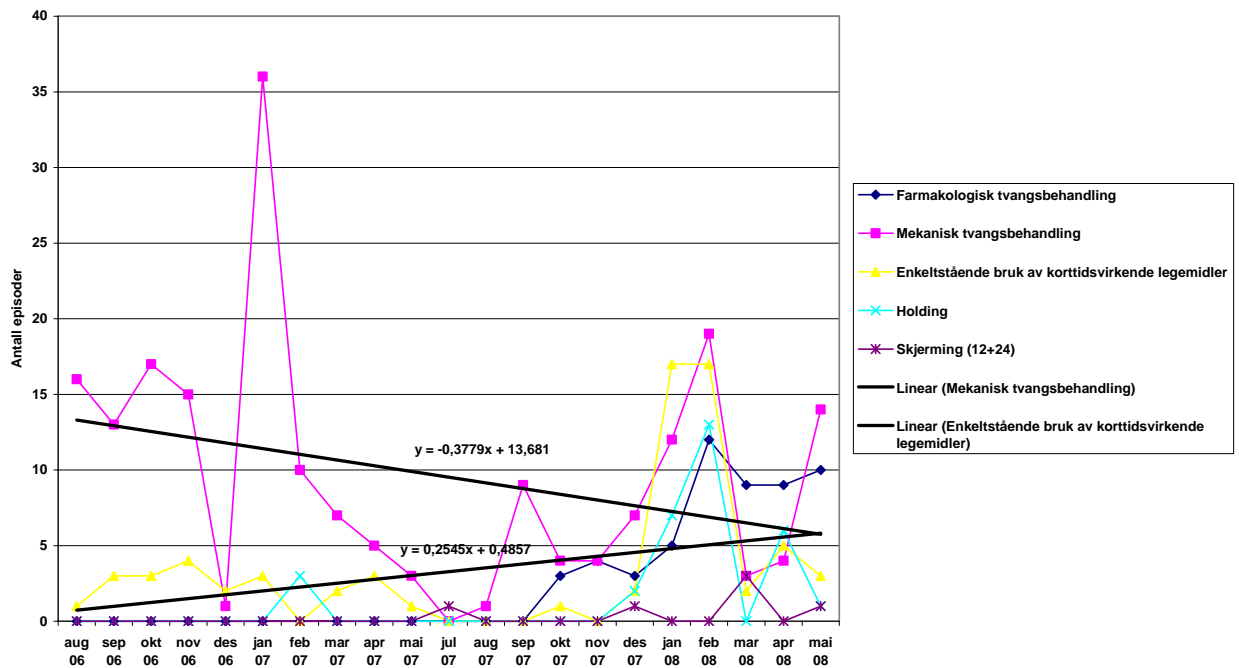


Trendline:

Uforandret: Skjerming:

Uforandret: Mekaniske tvangsmidler:

Blakstad post 2A

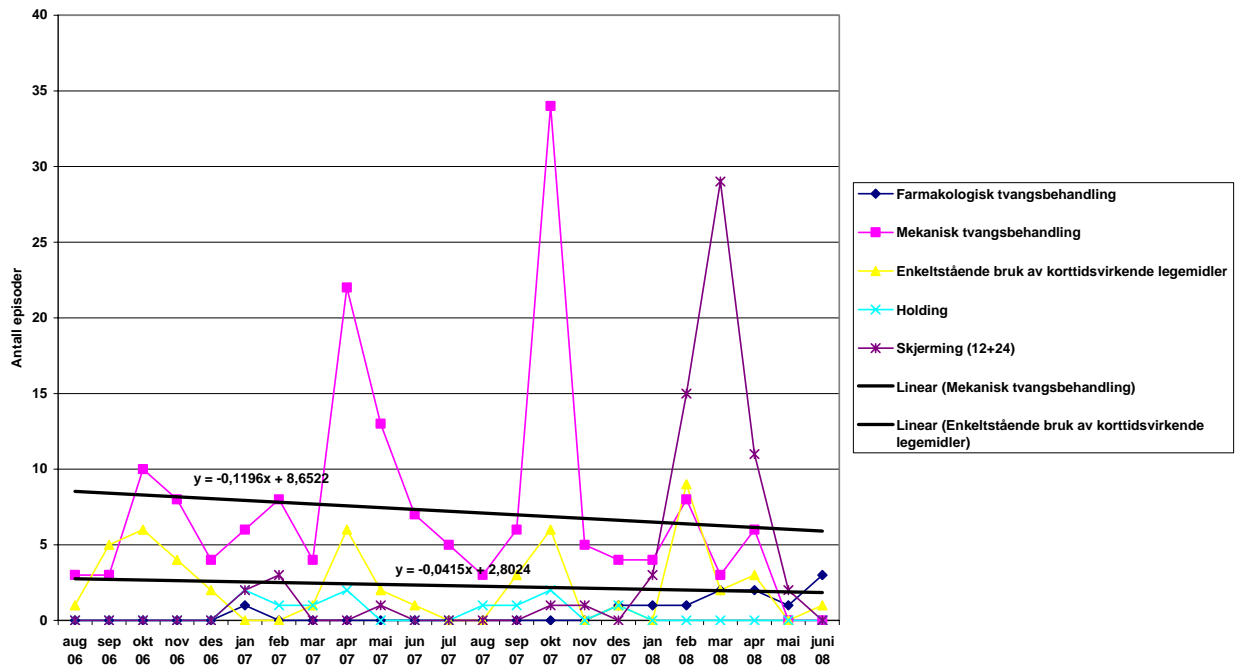


Trendline:

Nedadgående: mekaniske tvangsmidler

Oppadgående: korttidsvirkende legemidler

Blakstad post 2B

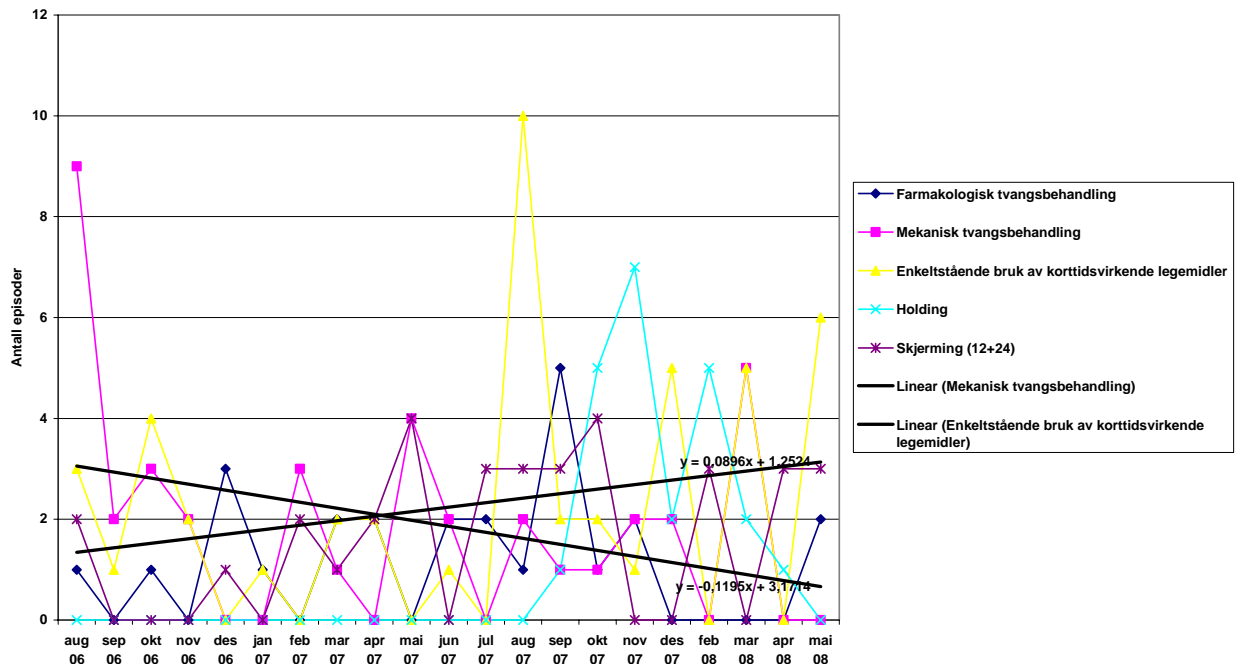


Trendline:

Mest, men svakt, nedadgående: mekaniske tvangsmidler

Relativt uforandret: korttidsvirkende legemidler

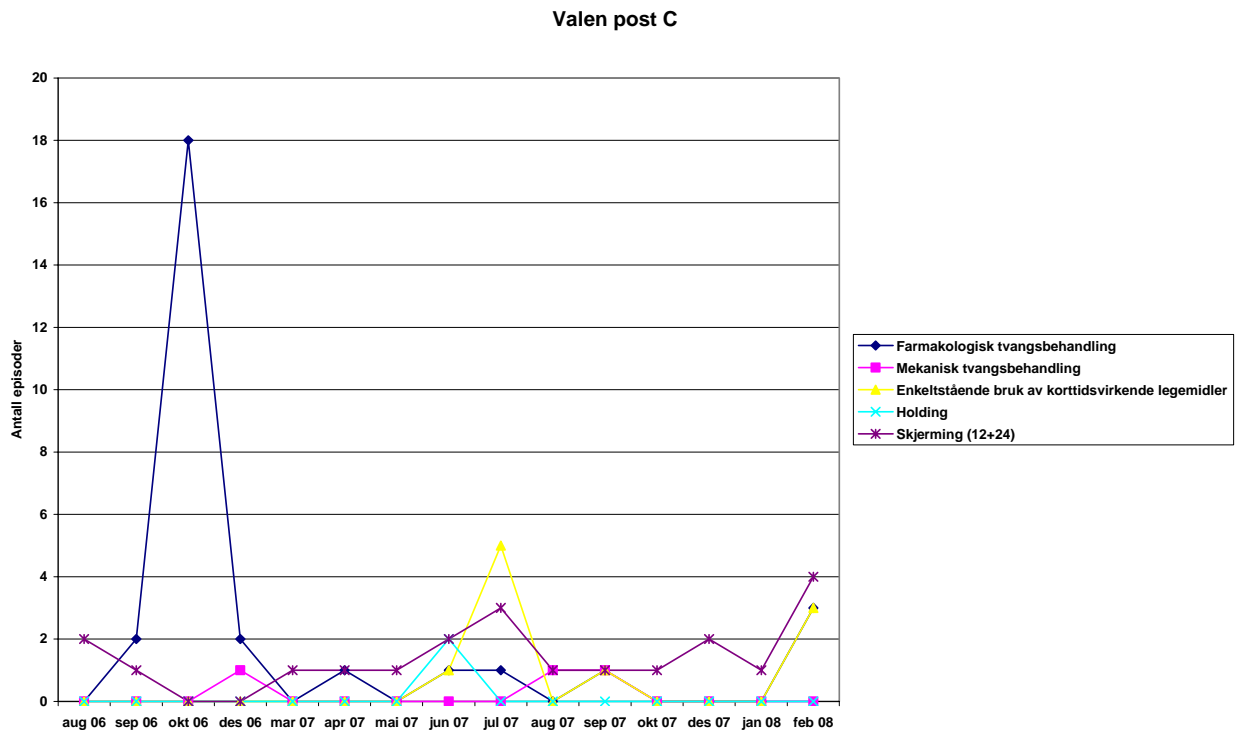
Arendal post B



Trendline:

Nedadgående: mekaniske tvangsmidler

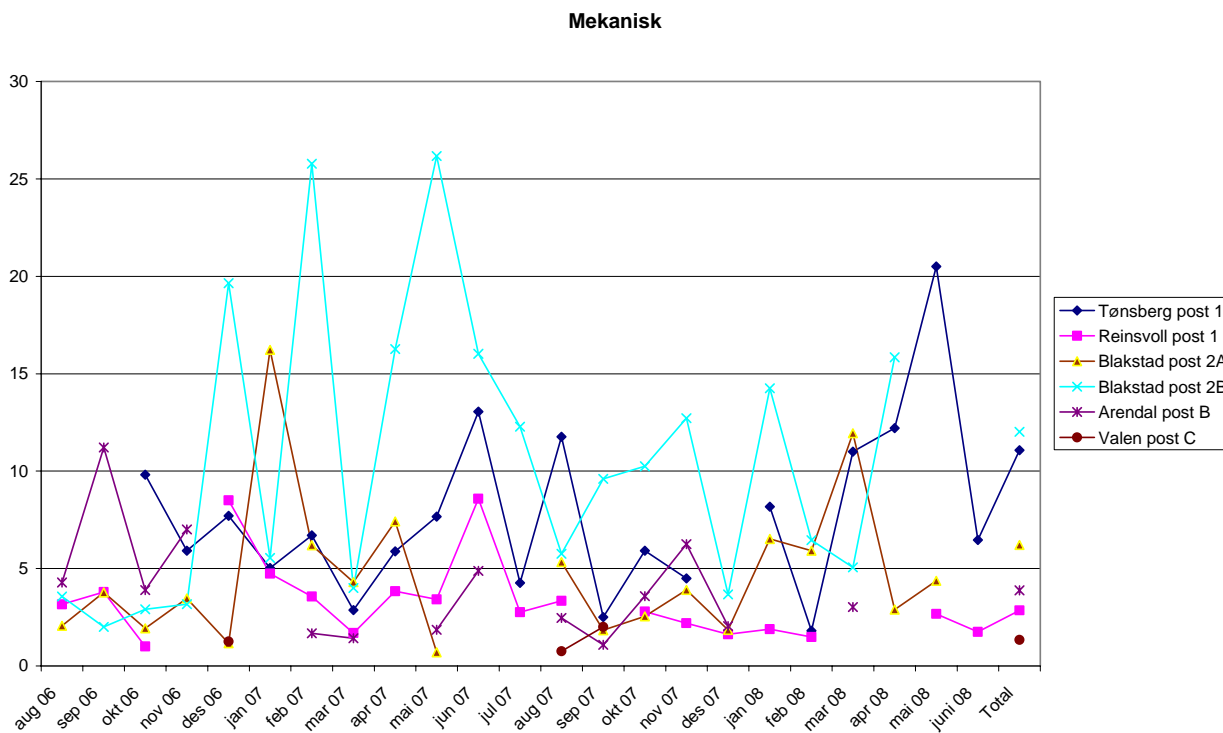
Oppadgående: korttidsvirkende legemidler



Figuren går kun til februar 2008. Siden dette har posten ikke benyttet tvang.

Vedlegg 5

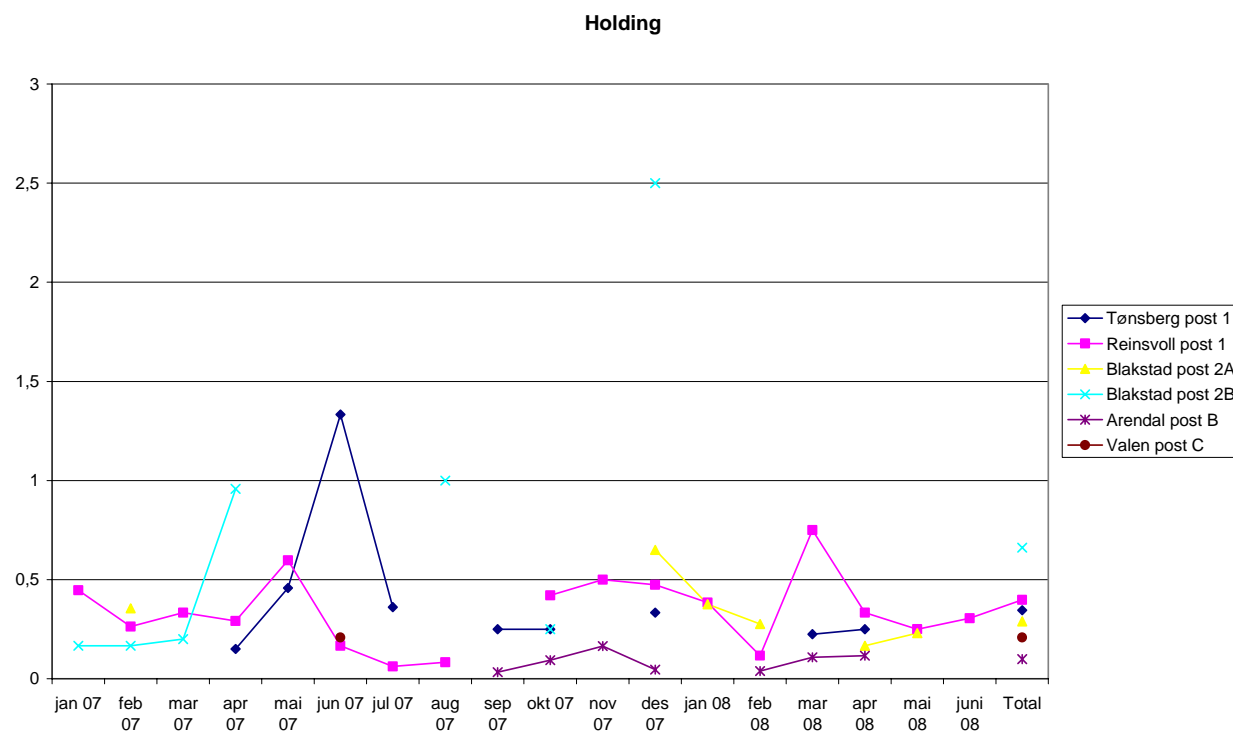
Endringer i varighet av mekaniske tvangsmidler, holding og skjerming i postene, timer



Trendline viser:

Svakt oppadgående varighet: Blakstad 2A, 2B og Tønsberg

Svakt nedadgående: Reinsvoll og Arendal. Reinsvoll signifikant nedgang i varighet.

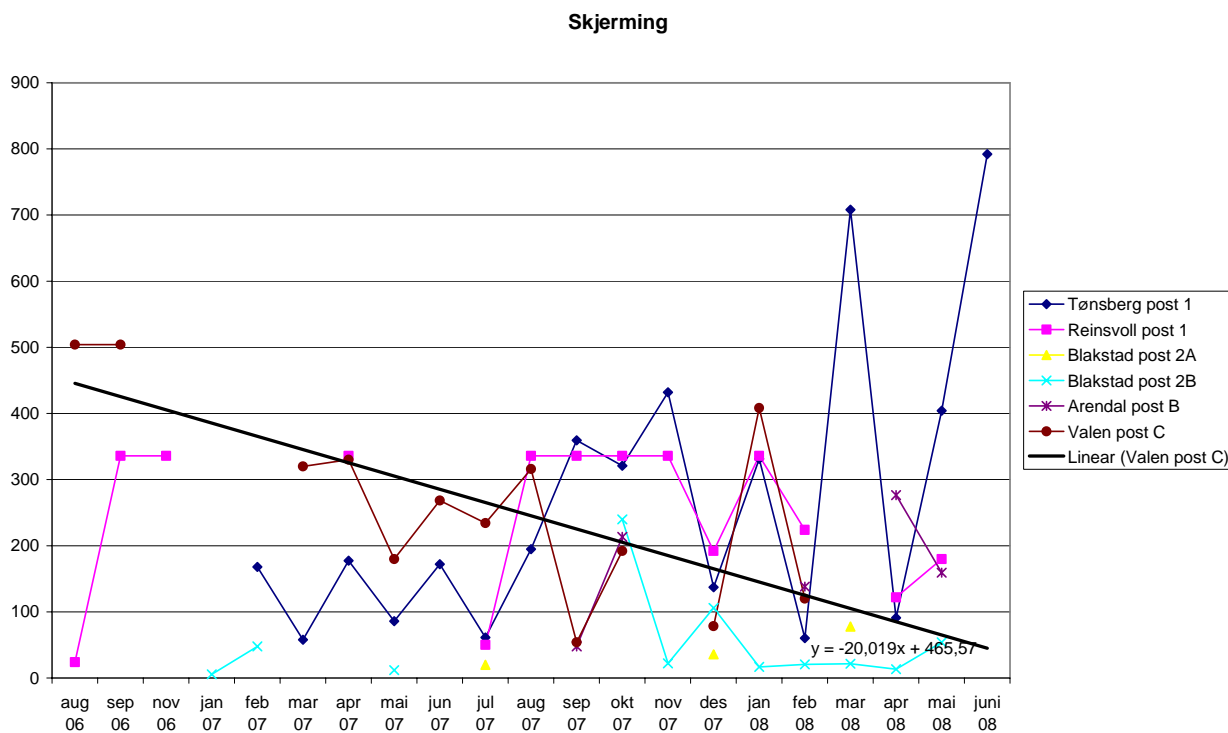


Trendline viser:

Uforandret: Reinsvoll; Arendal

Svak nedgang: Tønsberg og Blakstad

NB! Det kan være noe underregistrering på grunn av kvalitet på tvangsregisteringen.



Trendline viser: Nedgang i varighet ved Valen sykehus

NB! Tallene kan ikke benyttes til direkte sammenlikning sykehusene imellom pga ulike/evt. noe mangelfulle registreringspraksiser.

Vedlegg 6

Synspunkter fra brukerrepresentantene fra lokallagene til Mental Helse Norge Redaktør og forfatter: Turid Bakken, Mental Helse Vestfold

BRUKER MED VIRKNING?

Mental Helse Norge ble spurt av Reidun Norvoll i SINTEF om de kunne finne brukerrepresentanter til BAT prosjektet. Mette Kammen, Generalsekretæren i Mental Helse Norge tok da kontakt med lagene i de aktuelle områdene, og ut fra dette ble det utsett 2 brukere til hvert sykehus. Alle ble forelagt et brev med hva dette gikk ut på, vi ble også informert om muligheten for å trekke oss når og hvis vi ville. Noen utskiftninger ble det, men de fleste har vært med hele tiden.

Brukerne har ulike ståsteder når det gjelder tvang, noen har opplevd det på kroppen flere ganger, mens andre ikke har vært utsatt for dette, men alle er vi enig om at tvang bare må brukes som absolutt siste utvei for å beskytte pasienten.

Vi var en gjeng spente brukere som gikk inn i dette prosjektet, ville vi bli tatt på alvor eller skulle vi være et "alibi". Vi var usikre på om vi virkelig var ønsket, og om vi ville bli lyttet til.

Det har vært ulik praksis når det gjelder møtevirksomhet ved enhetene. Ved noen sykehus har det vært rutiner med møter hver 14.dag, mens enkelte steder har dette vært mer tilfeldig møtevirksomhet. På de stedene det har vært faste rutiner, har det vært veldig positivt å være en del av prosjektet. Vi har blitt tatt på alvor og våre meninger har blitt hørt i arbeidsgruppa. På enkelte sykehus har man valgt å involvere brukerne i undervisningen noe begge parter mener har vært verdifullt.

Praksisen har vært forskjellig ved sykehusene når det gjelder tilgang til avdelingene, på noen steder har de vært med mens andre steder har de ikke vært innenfor dørene. Dette er noe som gjør det vanskelig å utale seg presist om forandringer som har skjedd, ettersom det blir å stole på det de ansatte sier og ikke egne oppfatninger.

Hva som skjer etter BAT prosjektet er flere av oss mer skeptisk til, sykehusene sier at de vil videreføre de forandringene de har gjort og fortsette å finne alternativer til tvangsbruk, men som sagt vi er skeptiske og er redd for at man faller tilbake til gamle og "trygge" rutiner.

Som nevnt tidligere har det vært store forskjeller på møtevirksomheten ved de forskjellige sykehusene, noen steder mener man at det har vært for mang rapporter og for mye fagprat, hadde kanskje vært en ide med en avdeling med bare fag og en med brukere.

Vi brukere mener det første som burde gjøres når en pasient kommer inn er: Snakk **med** pasienten og ikke til, når man blir snakket **med** føler man seg mer tilstede i sitt eget liv. Ved å snakke til en pasient kan man utløse en «trass reaksjon» som igjen kan føre til utagering og deretter tvangsbruk. Pasientene må også behandles individuelt og ikke som en diagnose. Det finnes ikke 2 like mennesker her i verden og dermed ikke 2 like psykisk syke selv om de tilfeldigvis har samme symptomer. DE ER 2 PERSONER som har krav på å bli særbehandlet.

Når en person blir innlagt på sykehuset, må det være en selvfølge at journal fra tidligere blir funnet fram og lest, så den syke slipper å komme med sin historie hver gang. Det burde være en selvfølge at man har færrest mulig å forholde seg til under oppholdet, dette skaper trygghet for

den syke.

Her kommer noe forslag vi bruker mener vil redusere tvangen:

HUSREGLER/ORDENSREGLER

Lage regler som er fornuftig å lette og forholde seg til og ikke virker ”diktatoriske”

FORSLAGKASSE

En kasse som pasientene kan komme forslag både til aktiviteter og regler

INDIVIDUELL PLAN

Det må være et krav at alle får utarbeidet en plan og at den blir fulgt

PSYKEBIL

Vi ser for oss en helt vanlig ambulanse som er bemannet med egnet personell

PRIMÆRKONTAKT

Ha en person og forholde seg til under hele oppholdet

MØTES AV EN MYK PERSON

Ikke bruke ”bodybilder”, men helst en jente/dame ettersom disse virker mindre skremmende på pasienten uvisst av hvilken grunn.

RESPEKT OG OMSORG

Alle har krav på dette uansett hvor syk man måtte være

JOURNAL VED RE INNLEGGELSE

Personalet må finne fra opplysninger fra tidligere så pasienten slipper å male på det samme gang etter gang

SAMTYKKEERKLÆRING

Dette er noe alle bør ha, så de man vil skal informeres får informasjon

SNAKKE MED OG IKKE TIL

Dette er viktig for å få til en dialog og ikke en enetale fra den ansatte.

PUTEROM

Et rom man kan få ut aggresjon på om man vil

AKTIVITETSROM

Det er viktig at de som vil har mulighet for å bedrive en eller annen form for aktivitet

Vi ønsker også at det fantes en psykiatrisk legevakt man kunne henvende seg til, en somatisk legevakt har ikke alltid spesialister i psykiatri på vakt hele døgnet. Ved første gangs innleggelse i en akuttpost burde man ikke bli plassert sammen med ”gjengangere” ettersom dette kan gjøre vedkommende sykere.

Tilslutt ønsker vi at det snart kan være det samme å være somatisk syk og psykisk syk, men dette mener vi at om en pårørende ringer og spør om en sønn/datter eller mor/far er innlagt så skal vedkommende få den samme beskjeden uansett hvilk avdeling det er snakk om.

Vedlegg 7

Synspunkter fra WSO og LPP, menneskerettighetsutvalget

Forfattere: Mette Ellingsdalen WSO, Hege Orefellen og Bjørg Njaa, Menneskerettighetsutvalget, LPP. Medlemmer av BATprosjektets referansegruppe

Vi har fulgt BAT-prosjektet hele vegen, gjennom referansegruppen og samlingene. Vi har en prinsipiell innvending mot prosjektet som innebærer at rammeverket er for snevert ved at det i stor grad fokuserer på å humanisere tvangsbruken inne i avdelingene som deltar i prosjektet, og ikke er fokusert på å forhindre tvang. De grunnleggende diskusjonene om tvang er ikke tatt i prosjektet. BAT-prosjektet har derfor etter vår mening ikke vært et prosjekt som fremmer reelle alternativer til tvang. Resultatet av prosjektet må ses i lys av dette, og det må jobbes for alternativer som endrer maktstrukturene i psykisk helsevern og hindrer bruk av tvang i behandlingsøyemed.

Vi har fra og med det første seminaret hvor prosjektet ble presentert, pekt på svakheter i prosjektets målsetting og opplegg, med utgangspunkt i vår forståelse av hvordan tvang kan reduseres/fjernes.

Vi har ut fra vårt ståsted pekt på at rammebetingelsene for prosjektet ikke var egnet til å gjøre noe grunnleggende med de forhold som fører til den omfattende tvangsbruken i norsk psykiatri.

Vi har pekt på behovet for en grunnleggende debatt om ”psykiatriens ideologi”, menneskesyn, kunnskapsgrunnlag og behandlingsstrategi.

Vi har pekt på behovet for grunnleggende endringer, som innebærer noe annet enn å ”flikke på” et system som vi mener har grunnleggende feil ved seg.

Vi har påpekt at sinnelagsetikk ikke er tilstrekkelig; det er ikke nok å ”ville det gode” å tro at man utfører ”det gode”, når det oppleves som krenkelser.

Vi har og pekt på det paradoksale i at utøverne av krenkelser og overgrep, føler seg krenket av vår/pasienters/pårørendes opplevelser av krenkelser, av vår kritikk. Denne motsetningen har også kommet til uttrykk i referansegruppa og på seminarer.

Vi har pekt på nødvendigheten av å lære av/ ta i bruk erfaringer som viser at lav/ingen tvang er mulig.

Vi har hatt et konsekvent ikke-krenkelses og menneskerettighetsperspektiv.

Dette er synspunkter vi har brakt fram i de ulike sammenhenger vi samlet har deltatt i; fire to-dagers seminarer, møter i referansegruppa, forberedte innlegg på samlingene, blant annet innlegg om menneskerettigheter på Trondheimsseminaret.

Disse synspunktene har ikke fått noen avgjørende innvirkning på prosjektets målsetting og gjennomføring.

BAT-prosjektet fokuserer i hovedsak på bruk av tvangsmidler (samt noe fokus på tvangsmedisinering), altså på den tvangsbruken som kommer oppå den generelle tvangssituasjonen (som oftest i tillegg til frihetsberøvelse). Det fremgår ikke tydelig av rapporten at pasientene man forsøker å redusere tvang og *opplevelse* av tvang overfor allerede befinner seg i

en ”total” tvangssituasjon, og at man ikke forsøker å redusere den grunnleggende tvangen/undertrykkelsen. Pasientene er i all hovedsak underlagt tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon. Det burde derfor problematiseres at det i en slik situasjon, med en slik maktubalanse, er så godt som umulig å få et reelt bilde av hva som er tvang og hva som er frivillighet, og at det sannsynligvis vil være store mørketall hva gjelder tvangsbruk i dette prosjektet (særlig i forhold til tvangsmedisinering).

Prosjektets forløp og diskusjonene i prosjektfasen har gjort det stadig klarere at det har vært viktigere med kvalitetssikring enn seriøst å arbeide for å redusere eller avskaffe tvangen. Brennbare utfordringer, som tvangsmedisinering, har for eksempel heller ikke vært i fokus i noen av delprosjektene. Prosjektets innretning, har gjort at oppmerksomheten har blitt rettet inn mot å gjøre tvangen mer ”hyggelig,” særlig tydelig har dette blitt i forhold til skjerming. Vi kan snakke om en mer human tvang, og at det blir sett på som et bra resultat av deltakerne i prosjektet. En slik humanisering av tvangen har hindret en mer grunnleggende holdning til spørsmålet om berettigelsen av tvangsbruk og frihetsberøvelse overhodet, og er også en forklaring på at tvangen i så liten grad er blitt redusert på de avdelinger som har deltatt. - Og en forklaring på at en så stor andel av deltakerne(ansatte) fortsatt ser på tvang som riktig og nødvendig. Prosjektets rammebetingelser gir m.a.o ikke rom for målrettet arbeid for å få ned tvangen.

Vi er klar over at endringer ikke kan skje ”over natta”, og at prosessen kan være vanskelig for de ansatte i psykiatrien. Men det må ikke føre til at det som er et prosjekt med tittel ”Brukerorienterte alternativer til tvang” lar bevissthet og innsikt hos personalgruppene i for stor grad bestemme hvilke dilemmaer og problemstillinger som skal løftes fram og bearbeides.

Helt i sluttfasen av rapportskrivningen, har vi hatt en diskusjon med prosjektledelsen i forhold til at våre sentrale synspunkter ikke var gjengitt i rapportutkastet vi fikk til gjennomsyn. Dette er et stykke på veg rettet opp i sluttrapporten. Hovedproblemet, sett fra vårt ståsted, er imidlertid at våre synspunkter ikke i større grad har blitt integrert underveis i prosjektet. Det mener vi ikke kan forsvares innenfor et prosjekt med tittel ”Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus.”

At prosjektet ikke viser signifikant nedgang i tvangen, faktisk betydelig mindre enn legeföreningens tidligere Gjennombruddsprosjekt, ser vi som et uttrykk for at målsettingen har vært for lite ambisiøs; dvs ikke rettet eksplisitt inn mot å redusere tvangsbruken. Videre har det dårlige resultatet mht tvangsreduksjon sammenheng med at avdelingene og deres interesser og forståelse i for stor grad har fått være premissgivende, slik vi ser det. Prosjektets resultater kan på den andre siden også forstås som et uttrykk for hvor sterkt oppfatningen om tvang som en nødvendighet står i psykiatrien i Norge, og er i det perspektivet en nyttig beskrivelse av status.

Men at det er slik, blir desto mer alvorlig sett i forhold til at Opptrappingsplan for psykisk helse(1999-2008), har tvangsreduksjon som sentral målsetting, presiserer at frivillighet skal prøves før tvang, vedtok menneskerettsloven i 1999. Vi kan slå fast at politikerne og helsemyndighetene har sviktet grovt når det gjelder å ta i bruk målrettede virkemidler for å redusere tvangsbruken og sikre rettsvern og menneskerettigheter til dem som har psykiske lidelser.

BAT-prosjektet har blitt betraktet som et viktig bidrag i det tvangsreducerende arbeid. Vi ønsker imidlertid ikke å bli tatt til inntekt for et syn som innebærer at prosjektet er et egnet virkemiddel for å redusere eller avskaffe tvangen. At prosjektets innretning har dreid over mot å ”humanisere” tvangen, har stengt for muligheten til å bearbeide grunnleggende spørsmål som gjelder selve berettigelsen av tvang og frihetsberøvelse. Vi er skeptiske til det vi vil kalle en strategi for humanisering av tvangen, Vi må derfor reservere oss i forhold til prosjektets målsetting og gjennomføring.

En av grunnpilarene i dagens psykiatri er tvang som nødvendig helsehjelp. Etter over 150 år med omfattende tvangs- og særlovgivning på psykisk helsevernfeltet, samt nærmest uinnskrenket faglig frihet og definisjonsmakt, er tiden moden for en menneskerettslig maktoverføring til enkeltindividene, hvor medisinsk paternalisme erstattes med selvråderett i viktige spørsmål som angår enkeltmenneskers liv og helse. Politikere og helsemyndigheter må ikke lenger la seg styre av psykiatriprofesjonen. Det er nå behov for nytenkning og paradigmeskifte.

En målrettet reduksjon av tvang krever etter vår oppfatning:

- Grunnleggende vekt på informert samtykke; pasienten må gis mulighet til å foreta egne valg i sentrale spørsmål om eget liv og helse. Lovverk og systembetingelser som er bygget opp rundt fordommer om at mennesker med psykiske lidelser, og mennesker som blir ansett å ha en ”alvorlig sinnslidelse”, generelt mangler selvinnsett og ikke vet sitt beste, må endres, og de systematiske overgrep og menneskerettighetsbrudd et slikt menneskesyn forårsakes, må motarbeides.
- Sammenblandingen av tvang og behandling må opphøre; behandlingsskriteriet må fjernes. (Behandlingskriteriet: At tvang trengs for nødvendig behandling, at bedringsmuligheter forspilles uten tvang)
- Tvangsmedisinering må i tråd med dette opphøre/forbys.
- Lov om psykisk helsevern bør fjernes, dvs ingen diskriminerende særlovgivning med omfattende og inngripende tvangshjemler for mennesker med psykiske lidelser. Da vil hjelpen kunne baseres på frivillighet, medvirkning, dialog og reell ivaretagelse av den hjelptrengendes integritet, autonomi og verdighet.
- Det bør gjennomføres en uavhengig og offisiell granskning av tvangsbruk og menneskerettighetsbrudd i norsk psykiatri.
- Det bør satses på kompetanseutvikling og forskning på traumer og andre skadevirkninger etter tvangsinngrep.
- Helsepersonell bør få undervisning og opplæring i menneskerettigheter.
- Det bør opprettes et institutt for registrering og behandling av klager om krenkelser, overgrep og menneskerettighetsbrudd.
- Bruk av politi, politibil og håndjern ved innleggelse må opphøre og erstattes av ”sivil” innleggelse med ambulanse og helsepersonell, når nødvendig. Den rådende praksis kan påføre pasientene store traumer, og innebærer en stigmatisering og kriminalisering av hjelptrengende mennesker i krise.

Internasjonalt har kampen mot tvang og for menneskerettigheter i psykiatrien blitt trappet opp, med brukerorganisasjoner i aktive roller. FN's konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter, ratifisert i mai i år, gir mennesker med psykiske lidelser samme vern mot diskriminering og de samme menneskerettigheter som alle andre. Konvensjonen vil kreve lovendringer som hindrer tvangsbehandling og frihetsberøvelse på grunn av psykiske lidelser. Veggen fram mot ratifiseringen av denne konvensjonen i Norge, planlagt i 2010, og kampen for lovendringer i tråd med denne blir svært viktig i strategien for avskaffelse av tvangsbehandling. Rapport fra FN's spesialrapportør for tortur (2008), hvor det blir slått fast at tvangsmedisinering og tvungen bruk av elektroshokk i noen tilfelle kan defineres som tortur, er også en viktig understreking-og aksept-av at det skjer en sammenblanding av behandling og mishandling.

Politikere og helsemyndigheter må nå få øynene opp for at det som er forkledd som behandling i norsk psykisk helsevern, faktisk kan dreier seg om tortur. I tiden fremover risikerer Norge å bli dømt for brudd på menneskerettigheter i psykiatrien i den europeiske menneskerettighetsdomstolen i Strasbourg, og også i rettssaker her hjemme. Tiden er overmoden for at politikere og helsemyndigheter tar ansvar og rydder opp i disse uverdige forholdene. Myndighetenes strategi og virkemidler må være i samsvar med FN's konvensjon om funksjonshemmedes rettigheter og i samsvar med at Norge har undertegnet internasjonale konvensjoner om menneskerettigheter og vedtatt menneskerettsloven i 1999.

For en utdyping av spørsmålet om tvang og menneskerettigheter; vises det til Hege Orefellens innlegg på Batprosjektets seminar i Trondheim: Alternativer til tvang(er psykiatrisk tvang et alternativ?) Psykiatrisk tvang i et menneskerettslig perspektiv.

Vedlegg 8

Sammendrag fra lokal rapport Asker og Bærum HF, Blakstad sykehus

Forfatter: Fysioterapeut akuttseksjon A/B/Psykologstudent Heidi Gjerde

Bakgrunn for prosjektet

Det var et ønske fra ledelsen om kvalitetsutvikling av virksomheten i tråd med økt fokus på brukerperspektivet og på bruken av tvang i psykisk helsevern. Deltagelse i prosjektet Brukerorienterte alternativer til tvang var en viktig mulighet til å lære mer om alternativer til tvang og undersøke tiltak som kan bidra til å redusere tvangsbruken. Det er akuttseksjon A/B, med to lukkede enheter, som har deltatt i prosjektet. En tverrfaglig arbeidsgruppe ble etablert, og besto av overlege, psykolog, seksjonsleder, tre psykiatriske sykepleiere hvorav en var leder for gruppen, psykiatrisk hjelpepleier og fysioterapeut.

Målsetting og problemstilling

Arbeidsgruppen var opptatt av flere mulige forbedringsområder, bl.a. miljøterapiens innhold, kunnskap om relasjonsarbeid, pasientundervisning med fokus på å øke innsikt og bedre affektbevissthet, kunnskap om grensesettingsmetode og strukturelle og organisatoriske endringer. Det var vanskelig å bestemme hvilket område som burde være det viktigste satsningsområde. Det var enighet i gruppen om at det fortsatt eksisterer holdninger og tilnærminger til pasientene som er uprofesjonelle, og hvor personalet har for høyt fokus på å kontrollere og korrigere pasientenes atferd. Samtidig er det for lite fokus på personalets ansvar i forhold til å tilby empatisk og omsorgsfull hjelp. Spørsmål gruppen stilte var "Hvordan kan pasientorienterte alternativer brukes i terapeutiske situasjoner hvor pasienten viser atferd som før ville ledet til tvangsbruk?" og "Vil vår endrede praksis og håndtering i grensesettingssituasjoner redusere pasientens opplevelse av tvang?" Ikke minst var spørsmålet "hva man kan gjøre i forkant av konfliktsituasjoner slik at man unngår beltelegging?" viktig.

Gruppen jobbet med fire hovedområder for forbedring;

- vår tilnærming til pasientene
- kunnskap om grensesettingsteori
- endring av husregler og endring i bruk av postens fysiske arealer/nytt akuttbygg
- pasientundervisning

Når tiden kom til å starte implementering av tiltak i seksjonen hadde gruppen som jobbet med et undervisningsopplegg med fokus på holdningsendringer et ferdigutviklet produkt. Ledelsen valgte at en modifisert utgave av undervisningsopplegget skulle være vår intervensjon i prosjektperioden. Siden hovedfokuset for undervisningen var holdningsendringer, ble det naturlig å velge problemstilling ut fra det.

Problemstillingen ble:

- a) Kan vi endre holdninger hos personalet?*
- b) Vil endrede holdninger medføre redusert bruk av tvang?*

Målsettingene var:

- å øke kunnskap om og refleksjon rundt eksisterende praksis
- å øke kunnskap om alternative, anerkjennende arbeidsmetoder

Metode

Metoden vi valgte var undervisning. Undervisningsopplegget inneholdt god tid til refleksjon og teorien skulle knyttes opp mot det praktiske arbeidet. Det var lagt opp til en undervisningsrekke med fire temabølker. Temaene skulle bygge på hverandre, og skulle til sammen utgjøre en helhet. Solfrid Vatnes bok ”Korrigerer og anerkjenner. Relasjonens betydning i miljøterapi” ble valgt som teoretisk fundament.

Undervisningstema:

- empati og profesjonell holdning
- økt forståelse for eksisterende praksis/kunnskap om tvang
- bevisstgjøring rundt egen sykdomsforståelse
- bekreftelse av følelser og opplevelser
- alternative kommunikasjonsmetoder
- å sette grenser uten å krenke, selvavgrensning
- håndtering av vanskelige situasjoner

Målet for den praktiske gjennomføringen var at alle fast ansatte skulle få delta i hele undervisningsrekken, slik at det ble felles kunnskap. Undervisning ble lagt til den vanlige undervisningstiden, som ble utvidet med en time. Brukerrepresentantene deltok på noen undervisninger. Det har ikke vært noen planlagte tiltak i postene utover undervisningen, men flere medlemmer av arbeidsgruppen har jobbet aktivt med å prøve ut alternative og mer romslige tilnæringer til pasientene. De har hatt økt fokus på å skape en god arbeidsallianse med pasientene gjennom relasjonelt arbeid, bruke tid i vanskelige situasjoner for å løse det uten unødig tvangsbruk, forhandlet med pasientene om innholdet i behandlingen osv. De har oppfordret kollegaer til økt refleksjon og fungert som rollemodeller. Husreglene har vært under revisjon i prosjektperioden, med fokus på å fjerne restriksjoner som skaper unødvendig frustrasjon og konflikter. Nye husregler ble innført mai 2008.

Resultater

Gjennomføringen av undervisningsopplegget har vært vanskelig. Undervisninger har blitt forskjøvet flere ganger, noe som har medført at flere tema har gått ut av programmet. Planleggingen av deltagelse har ikke fungert så godt som ønsket, slik at det er mange i personalgruppen som bare har deltatt på noe av undervisningen og som har hatt lange opphold mellom hvert tema. Sentrale personer i behandlergruppen har arbeidsgruppen ikke lyktes i å få til å engasjere seg i arbeidet. Mulige forklaringer kan være at andre arbeidsoppgaver måtte prioriteres grunnet driften og stort overbelegg i perioden hvor undervisningen skulle gjennomføres. For å få kunnskap om effekten av undervisningsopplegget ble det gjort intervju med ti personer som hadde fått med seg tre undervisningstema, og med seks pasienter som har vært innlagt i seksjonen før prosjektet startet og hatt ny innleggelse mens prosjektet pågikk.

Resultater fra intervjuene viser at personalet ikke mener at de har endret holdninger. Det er et lite utvalg som er spurt, og flere av dem mener at de allerede er liberale og fleksible i sin tilnærming. Det er likevel slik at flertallet av de spurte mener at det er skjedd en endring i seksjonen i form av økt refleksjon, og at tilnærmingene til pasientene er blitt mer fleksible. Noen av de spurte har prøvd ut bekreftende kommunikasjon fra undervisningen i praksisfeltet, og opplever at det har en effekt på relasjonen til pasientene. Det er et uttalt ønske om mer undervisning, spesielt om metoden bekreftelse av følelser og opplevelser. Personalet ønsker en grundigere opplæring i alternative metoder, slik at de kan begynne å anvende disse i sitt daglige arbeid. Personalet opplevde det positivt at brukerrepresentant deltok i undervisningen. Pasientene opplever ingen endring i akuttpostenes tilnærming. De nevner personale som er aktive, engasjerte, viser respekt og omsorg, som svært positivt og viktig.

De forteller om mange negative erfaringer og om vanskelige opplevelser i forbindelse med tvangsbruk. Det tydeliggjør behovet for å fortsette arbeidet med å bedre tilnærmingen til pasientene, slik at personalgruppen har en mer ens arbeidsmåte som sikrer pasientene respektfull og omsorgsfull behandling. Pasienter og personale har mange felles tanker om alternativer til tvang, spesielt vektlegges tid til samtaler og mulighet til å tilby aktivitet.

Tvangsbruken har ikke endret seg signifikant i løpet av prosjektperioden. Det ser ut som det skjer en nedgang i bruken av mekaniske tvangsmidler (nesten signifikant på A), oppgang i bruk av korttidsvirkende tvangsmedikasjon på A og oppgang i skjerming på B (sannsynligvis grunnet endret registreringspraksis). Når det gjelder holdningsendring er det en svak tendens til mindre positive holdninger til tvang på B, og en svak endring mot mer positive holdninger til tvang på A. (ikke signifikante) På B har arbeidsgruppens medlemmer lykkes med å ta i bruk en mer fleksibel og romslig tilnærming til pasientene. Personalet som har blitt intervjuet virker positive til endringen, og det har ikke medført økt bruk av tvang på enheten. Den positive utviklingen skyldes sannsynligvis at arbeidsgruppens medlemmer fra B har sentrale posisjoner i pasientarbeidet, med høy faglig autoritet. (Overlege, gruppeledere /psyk. sykepleiere) Det har vært vilje til endring/tenke alternativt hos mange i personalgruppen. På A er endringene mindre tydelige, men noe personale rapporterer om mer refleksjon og større fleksibilitet i tilnærmingen til pasientene. Det kan være nyttig å engasjere sentrale personer på A mer aktivt i videre endringsarbeid, slik som overlege, teamleder, gruppeledere.

Konklusjon

Arbeidet med å påvirke holdninger har ikke medført signifikante endringer i tvangsbruk eller holdninger til tvang. Gjennomføringen av intervensjonene i seksjonen har ikke vært optimal, og det er mulig at resultatene hadde vært tydeligere dersom vi hadde klart å gjennomføre disse etter planen. Resultatene fra intervjuene tyder likevel på at prosjektet har medvirket til å sette i gang endringsprosesser. Målsettingen om å øke refleksjonen rundt tvangsbruk og egen praksis, virker det som om arbeidsgruppen har oppnådd. Personalet har fått økt kunnskap om metoden bekreftelse av følelser og opplevelser, og ønsker grundigere opplæring for å tørre å ta metoden ordentlig i bruk. De som har prøvd det ut, opplever at det har en positiv effekt på relasjonen til pasientene. Arbeidsgruppen mener at det vil være viktig å satse på videre opplæring av personalet i alternative anerkjennende metoder, slik at de blir trygge på å anvende dem i praksis.

De viktigste erfaringene arbeidsgruppen har gjort gjennom arbeidet med prosjektet er:

- Det er viktig med god kommunikasjon med ledelsen i alle ledd.
- Ledelsen bør kreve kontinuerlig tilbakemelding om utviklingen i arbeidet, og ha tydelige forventninger.
- Den som skal lede omfattende prosjektarbeid bør ha erfaring fra slikt arbeid.
- Det er nyttig å involvere brukere i undervisning av personalet.
- Det kreves grundig planlegging av tiltak for å unngå problemer med gjennomføring.
- For best resultater kreves det at personalet tør å tenke kreativt og prøve ut alternative tilnærminger i praksis. Det krever støtte fra overlegene, og fra ledelsen, slik at arbeidet verdsettes og legitimeres. Det er tungt å endre egen praksis!
- Det er viktig å trekke inn personer som er engasjerte og motiverte til å drive utviklingsarbeid, og bruke disse aktivt i opplæring og veiledning av andre.

Vedlegg 9

Sammendrag fra lokal rapport Sykehuset Innlandet, Reinsvoll

Forfatter: Wenche Iren Gamme

SINTEF Helse kom med en forespørsel til landes akuttavdelinger høsten 2006 om å delta i prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang"(BAT). På bakgrunnen av 1A sin interesse for mer brukermedvirkning inn i behandlingen på skjerming, søkte vi deltagelse i prosjektet.

Akuttposten 1A i Sykehuset Innlandet HF hadde i 2003 et ønske om endring av praksis på skjerming. Ledelsen og personalet mente at skjerming var mer oppbevaring enn behandling. Hensikten med dette utviklingsarbeidet var å gi pasientene en bedre opplevelse av å være på skjerming. I tillegg gi personale en mulighet til å yte god behandling. Teorien sier at skjerming skal være stimulusbegrensende, uten å være depriverende (Vaglun 1984). Hva ligger det egentlig i denne definisjonen? Hva skal denne behandlingen inneholde? På 1A har vi et ordtak som stadig går igjen, det er "å ta en Omdal". Hvorfor skal vi gjøre det vi alltid har gjort? Hvorfor ikke utvikle oss og kanskje gjøre det motsatte av det som står i teorien. Pasientene selv sier at det å være innestengt, uten stimuli, ikke gir dem bedring (Norvoll 2007).

På bakgrunn av mangel på kunnskap om hvordan brukermedvirkning kan utformes i akuttpostenes praksis ønsker vi i denne undersøkelsen å stille spørsmål om mer brukermedvirkning vil redusere tvang.

"Kan mer brukermedvirkning i behandling på skjerming redusere formell og opplevd tvang?"

- *Hvile alternativer til tvang kan brukes?*
- *Hvilken grad brukermedvirkning fører til reduksjon av tvang?*
- *Hvordan gode erfaringer med brukermedvirkning kan implementeres?*

Ut i fra personalgruppa`s erfaringer og et ønske om endring, formulerte vi nye retningslinjer for skjerming. Vi har brukt mange små elementer som er lett å korrigere under veis. De strekker seg fra ledelsesnivå, til den praktiske gjennomføringen inne på skjerming. Ved gjennomføring av skjerming la vi ned alle de gamle uoffisielle målsettingene, for eksempel å holde pasienten på rommet for enhver pris. Vi har godtatt å ha dårligere pasienter i miljøet og vært fleksible i fht å finne den beste løsningen for hver enkelt pasient. Ingen pasienter er like og må derfor ha individuelt tilpasset behandling.

Vår arbeidsgruppe i prosjektet har jobbet sammen med brukere fra Mental Helse for å få med erfaringer fra brukernes perspektiv. Vi hadde to brukere i starten av prosjektet men senere bare en. Tilbakemelding fra bruker som har vært med under hele prosjektet, er at det har vært spennende å være med i prosjektet, men har savnet å være flere brukere som kunne ha støttet hverandre og diskutert litt mellom møtene. Hun syntes det har vært litt vanskelig å komme med innspill i forhold til, at hun ikke har vært innlagt selv på skjerming. Hun har prøvd å snakke med noen som har vært tvangsinnlagt, men de vil ikke snakke om det.

Arbeidsgruppa sammen med brukerne har gjennom refleksjon av vår praksis og diskusjon av tvangssituasjoner, kommet fram til alternative måter å jobbe på skjerming:

- ✓ Dialogbasert arbeidsmåte:

- Mer samarbeid med pasienten i hverdagen – planer for dagen sammen med pasienten, vise respekt ved å lage aktiviteter som pasienten er interessert i.
- ✓ Mer utetid:
 - For å redusere følelsen av å være innestengt og i uro situasjoner for å redusere bruken av tvangstiltak.
- ✓ Prøver pasienten fortære ut i miljøet:
 - Hvis han ønsker det – lager avtaler.
- ✓ Overlapping:
 - Inne hos pasienten, mellom hvert vaktskifte. Personale og pasienten snakker om hvordan dagen har vært. Viktig å fokusere på det positive.
- ✓ Legevisitt:
 - Hver dag på skjerming etter morgenmøte, noe som skaper forutsigbarhet.
- ✓ Mer ressurser:
 - 2 eller flere personale per skjermingspasient, etter behov.
- ✓ Endring av husregler:
 - Ikke så rigide lenger, bruker mer skjønn.

Gjennom BAT prosjektet har vi gjort en kvalitativ/kvantitativ undersøkelse for å kvalitetssikre vår skjerming. Den har gått ut på å registrere innholdet i skjermingen og måle pasientens opplevelse av den.

Ved å få pasienten mer deltagende i sin utforming av skjerming har denne undersøkelsen vist at pasientene er mer fornøyd.

Vedlegg 10

Sammendrag fra lokal rapport Psykiatrisk fylkesavdeling i Tønsberg (PFA). Psykiatrien i Vestfold HF (PIV).

Forfatter: Prosjektleder Ingrid Nordsveen

1.0

Introduksjon

Psykoseenheten (Post 1) er en lukket/korttidspost med relativ god bemanning som til sammen utgjør 44.6 årsverk. Post 1 gir behandling til pasienter i den mest akutte fasen og har 15 sengeplasser hvor 8 plasser er i en stabiliseringsenhet som kan benyttes til pasienten med sterk uro.

1.1

Bakgrunn for prosjektet med målsetting

Intern undervisning om holdninger/refleksjon/ kommunikasjon og refleksjon over hva som skjer i grensesetting/korrigerende situasjoner var hadde pågått en tid før vi ble med i prosjektet. Personalet mente at posten var regelstyrt og de ville endre dette. De var opptatt av hvordan de brukte mekaniske tvangsmidler da posten lå høyt i bruk av dette. De hadde begynt å stille kritiske/undrende spørsmål vedrørende deres rutiner ved bruk av skjerming og tvangsmidler. Det var en generell kontrollkultur i posten noe som gjorde at behandlingen ikke ble individuell. Pasienter følt seg redde og opplevde ofte tvang krenkende. Personalet tok utgangspunkt i egne holdninger og deres faglige kunnskap. For å få til reduksjon av tvang (beltelegging, holding, skjerming, begrense kontakt m/omverden) måtte det en kulturendring til. Rutinemessig bruk av skjerming og høyt bruk av forskjellige tvangsmidler var noe av postkulturen. Personalets målsetting var å redusere bruk av tvang og finn alternativer til bruk dette i posten.

1.2

Hypotese: ”Kan økt kunnskap og endring i holdninger hos personalet føre til reduksjon av tvang i grensesetting/korrigerende situasjoner”

Det fremheves i ulike artikler at tvangsreduksjon innebærer at man må se på hele tilnærmingen til behandlingen (Delrapport 1 v/ Reidun Norvoll SINTEF-Helse). Utvikling av alternativer til tvang handlet for oss i stor grad om en grunnleggende endring av behandlingsskiltur i posten. For å endre kulturen var kunnskap og holdninger hos personalet det vi i BAT- gruppa jobbet med inn i posten.

2.0

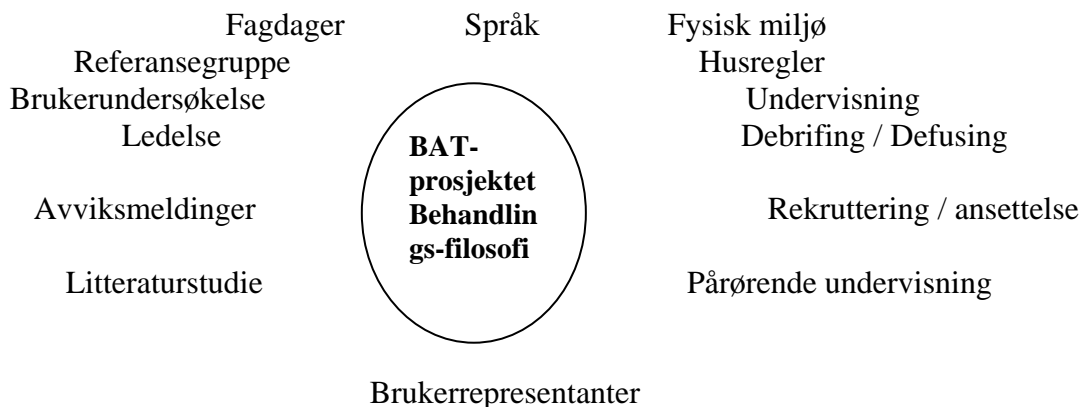
Organisering av prosjektet.

Psykiatrien i Vestfold HF (PIV) finansierte selv det første året i prosjektet. Styringsgruppen bestående av 4 personer, fagsjef i PIV, avdelingsoverlege, enhetsleder post 1 og lokale prosjektansvarlig fra PFA. Det avgjørende for å drifte prosjektet var forankring i ledelsen. Prosjektet har fått nødvendige midler til gjennomføring og til fortsatt implementering etter at BAT- prosjektet er avsluttet. Enhetsleder var nytilsatt høsten 2006 og ble aktiv involvert i prosjektet. Det var avgjørende for å få til kulturendring. Prosjektansvarlig er i stab til avdelingssjef PFA. Arbeidsgruppa BAT bestod av 4 sykepleiere og en miljøarbeider samt 2 brukerrepresentanter fra Mental Helse. Møtene var fast dag annen hver uke a`2timer i hele prosjektperioden. Referat fra møtene ble sendt ut til postens øvrige personal. Prosjektansvarlige innkalte til møter i styringsgruppen og informerte avdelingssjef om framdriften av prosjekt.

3.0

Metoder / Intervensjoner

Flere intervensjoner samtidig ble helt nødvendig at vi jobbet med. Dette hjulet illustrerer hvilke områder vi fordypet oss i .



3.1 Gjennomgang av personal avvik.

Vi gjennomgikk tidligere personal- avvik for å undersøke de situasjoner som førte til personal skade. BAT- prosjektet hadde en tro på at det ville føre til en reduksjon av personalavvik når oppmerksomheten på personalets holding og økt kunnskap ville føre til alternativer til bruk av tvang. Det var viktig å se det skjedde før hendelsen og på personalets væremåte. Hvordan snakke med pasienten og hvordan forstå og ivareta.

3.2 Internundervisning.

Undervisning i kommunikasjonsferdigheter og grunnleggende kunnskap om psykiske lidelser ble utført hver uke i 1 1/4t og gjennomført i 10 moduler. Hver modul ble undervist tre ganger slik at flest mulig av personalet fikk denne. Innholdet var psykoseforståelse, grensesetting, kommunikasjon, uro - dempende adferd. Underveis i prosjektet har en begynte å undervisning i terapeutisk mestring av aggresjon (TMA) for å øve på tekniske ferdigheter og i kommunikasjon med pasienter som kan være aggressiv. Psykisk helsevern lov er en del av den undervisning.

3.3 Refleksjons grupper.

To eksterne veiledere ledet refleksjonsgruppen for en bevisstgjøring av personalets holdningskompetanse. Gruppen opphørte etter kort tids eksistens for gjennomføringen ble vurdert som uttrykt av personalet. Så langt i prosjektet er det ikke refleksjonsgruppe.

3.4 Debrifing/ Defusing

Defusing gjennomføres etter hver vakt og all personal på vakt må være tilstedet. Personalet har her mulighet til å ta opp egne følelsesmessige hendelser. Defusing og debrifing er nå rutiner og er blitt satt i system gjennom BAT- prosjektet.

3.5 Husregler.

Vi undersøkte andre avdelingens husregler for sammenligning. Pasientene hadde også flere gode forslag til endring av husregler. Vi bruket tid på å bearbeide de data og kom frem til vårt eget produkt. Endringene har slått positivt ut i forhold til mindre konfliktsituasjoner mellom personal og pasient.

3.6 Språk.

Hvordan ordlegge seg, ha det anerkjennende perspektivet i fokus og ikke stemplende og konfliktpregede måten å omtale eller snakke til/om pasienten på. Det å ha respekt, være ydmyklyttende til hva /hvordan pasientens uttrykker seg - prøve å forstå og å møte pasienten på en humanistisk måte. En deeskalerende kommunikasjon.

3.7 Brukerundersøkelsen.

Vi ble inspirert av Innlandet HF's pasientundersøkelse og lage selv et spørreskjema til pasientene. Hensikten og spørsmålene om personalets holdninger i posten og hvordan bli bedre.

Spørsmålene: 1) Generelt om oppholdet. 2) Spesielt om tvang. Hensikten var å øke vår kunnskap om pasientenes opplevelser av oppholdet og om hva kan gjøres annerledes.

31 pasienter svarte på undersøkelsen som var over en periode på 4mnder. Svarresultatene generelt: Personalet er gode til å skape trygghet og å ivareta pasientens behov for omsorg.

Pasientene savnet å være med i planlegging av sin behandling og delaktig i plan ved uskrivelse.

Personalet og pasienten vurderer nå sammen mer den enkeltes behandling.

Brukerrepresentanter i BAT- gruppa skal evaluere spørreskjema og sammen vurdere eventuelle endringer - ny undersøkelse ønsker vi våren 2009.

3.8 Ansettelse/ Rekruttering.

Vi er bevisste på å ansette personal med egenskaper og holdninger som er forenelig med postens behandlingsfilosofi. Tre faste sykepleiere gjennomfører intervjuer. De har en intervju guide med fokus på holdninger/verdier og personlig egnethet. Referanser blir alltid kontaktet. Det blir gitt fem opplæringsvakter med en fadder. Vi gir et tilbud til de personene vi mener innehar de kvalitetene vi etterspør. Posten ønsker ikke fokus på muskler og vokteroller. Evalueringssamtale etter opplæringsvaktene gjøres sammen med enhetsleder og fadder. Vi se betydningen av personalets holdninger og egenskaper også hos ekstravakter. Rett person på rett plass.

3.9 Skjerming.

Mange pasienter opplevde skjerming som en straff og følte avmakt. Det var personalet som bestemte og hadde makt i en skjermingssituasjon. Man så også ofte at jo lenger skjerming varte, jo mer negativt opplevde pasientene det. Pasientene ønsket en behandling som var medmenneskelig, human og nyttig for deres individuelle problem. Det har vært viktig for oss å se på alternativer i utformingen av skjermingspraksisen slik at pasienten skulle oppleve en mer tilfredshet i behandlingen. Ett personal har hovedansvar for pasienten og er sammen med pasienten hele vakta. Skjermingsbegrepet er endret og oppleves positivt for pasienten og personalet som nå gjør en faglig god jobb.

3.10 Fysiske miljø.

Post 1 har fått ansiktsløft i 2006. Alle 15pasientrom var like, 8 rom var på en stabiliserings enhet og kunne bli brukt til skjerming. I 2008 har vi bygget om og postens areal er blitt betraktelig større. SØR – side (stab) 8 plasser med 4 doble skjermingsrom og NORD - siden med 7plasser. Lyse og god lokaler.

3.11 Ledelsesperspektiv.

Som ny enhetsleder høsten 2006 og med erfaring fra DPS var det to forskjellige verdener i forhold til regler. For å jobbe med kulturendring var det god hjelp å være med i prosjektet. 5 personal fra posten ble med i prosjektet. De store positive endringer skyldes vår deltagelse i BAT – prosjektet. Overleger og psykolog ved posten utfordret miljøpersonalet til å ta ansvar for miljøbehandlingen. Som enhetsleder var det viktig å legge forholdene til rette for prosjektgruppa. Gjennomført jevnlig møter, nettverksamlinger, skriveseminar, media og å presentere postens prosjekt på kongress og til andre akuttposter. Det er utfordringer når en enkelt personal fra posten må ha en erstatte for sin vakt. Kvalitet i fokus er helt nødvendig for å være med i et slikt prosjekt og ha tro på at det nytter. Tilbakemelding fra pasienter som har vært innlagt flere ganger sier ” hva har skjedd med posten? det er så mye bedre nå.”

4.0 Erfaringer fra brukerrepresentantene i BAT- gruppa

Bruker med virkning

Mental Helse Vestfold så en unik mulighet til å påvirke prosessen med å redusere bruk av tvang i psykiatrien. 2 representanter har deltatt på nettverks- og brukersamlinger til stor inspirasjon for oss. Vi har vært en del av gruppa og våre synspunkter og meninger har blitt tatt på alvor. Vi har i prosjektiden sett forandring på personalet og deres holdninger og om den gjenspeiler seg blant øvrige personalet, da øyner vi håp for mindre bruk av tvang. Vi har vært i kontakt med et par personer som har flere innleggelse i posten både før og etter BAT, de forteller om store forandringer, og lurert på hva som har skjedd med posten.

5.0 Lokale prosjektleders oppgave og erfaring

Prosjektleders oppgave; prosessorientert, aktiv, holde en god struktur på faste møter og gruppemedlemmene hadde oppdrag fra gang til gang. Skrive referater etter arbeidsmøtene og gitt til all personal. Søttende/ veiledende og en reflekterende partner til hele gruppa. Bindeledd mellom ledelsen i PIV - forsker- arbeidsgruppe, brukerrepresentantene, enhetsleder og undervisningspersonalet i postens. Holde oversikten over framdriften – sentralt og lokalt - lage framlegg for nettverk samlingene og motivere for videre utvikling og inspirasjon for alternativ tenkning til tvang. Informasjon om prosessen jevnlig til personalets. Ivareta brukerrepresentantenes interesse og få fram deres stemme.” Hva er alternativene til tvang?” Redigere og sy i sammen rapporten, lage sammendrag og være en pådriver som purrer på med tidsfrister og lignende til BAT- gruppas medlemmer og enhetsleder. Oppgaven i sin helet – være altomfattende

6.0 Videreføring av prosjektet utover prosjektperioden

De positive endringer som har skjedd med hele posten vil fortsette. Vi har økonomiske midler til fortsatt drift for implementering av de forannevnte intervensjoner og er på mulighetene og detaljer for tvangsreduksjon og alternativene. Styringsgruppen for prosjektet fortsetter. Vi blir nå invitert til å legge fram resultater på kurs og konferanser. Vi har gått bredt ut på kulturendring og denne prosessen vil vi fortsette. Resultater registrert i prosjektet er en svak men gradvis tvangsreduksjon.

Vedlegg 11

Sammendrag fra lokal rapport Sørlandet sykehus HF, Arendal

Bakgrunn: De siste årene har det vært et økt fokus på tvang i norsk psykiatri. Både fra sentrale myndigheter og fra en rekke interessegrupper har det argumentert for nødvendighet av redusert tvang, og en rekke tiltak har vært iverksatt for å oppnå dette. Både Gjennombruddsprosjektet i 2000/2001 og det nylig avsluttet BAT-prosjektet har fokusert på konkrete metoder for å oppnå redusert bruk av tvang i akuttavdelinger.

En rekke studier viser imidlertid at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom formell tvang og pasientens opplevelse av tvang. Vi har ønsket å fokusere på en metode som øker pasientens opplevelse av innflytelse på behandling og gjennom dette redusere pasientens opplevelse av tvang. Få andre – om noen – prosjekter har på denne måte satt pasientens opplevelse av tvang i fokus.

En lang rekke vitenskapelige studier har vist at pasienter innlagt ved en sykehusavdeling i overraskende liten grad følger opp den behandling som initieres i avdelingen. Dette gjelder så vel innen somatikk som innen psykiatri, og både hva angår medikamentell behandling som øvrige behandlingsråd. I den grad man har tro på den behandling man gir må dette sies å være alvorlig. Innen psykiatri har man eksempelvis antatt at inntil 80% av pasienter ikke følger opp antipsykotisk medikamentell behandling, noe som hos en betydelig andel fører til tilbakefall, reinnleggelser og betydelige sosiale omkostninger. Siden midten av 1990-tallet er en rekke metoder lansert og utprøvet for å endre på dette, men med svært varierende effekt.

Når vi har ønsket å se denne problematikken i et videre perspektiv er dette bl.a. inspirert av tenkningen om Recovery ("bedringsprosesser") som kanskje først og fremst har fått prege deler av nord-amerikansk psykiatri. Om vi velger å se på en psykiatrisk akutt-avdeling som et "hierarki" der behandlere forordner behandling, miljøpersonell forordner denne og pasienten blir en passiv mottaker av denne, blir det naturlig å spørre om i hvilken grad pasienten opplever medbestemmelse. Dermed beveger vi oss inn på prosjektets hovedmålsetting: I hvilken grad opplever pasienten at de har noe valg med hensyn til forordnet behandling? I hvilken grad inviterer et slikt hierarki og de sanksjonsmuligheter overfor pasienter som finnes til medbestemmelse og innflytelse? I hvilken grad opplever pasienten frivillighet? Og i forlengelsen av dette kan man spørre om det er naturlig å tenke seg at en pasient etter utskrivelse fortsetter en behandling de ikke har deltatt i beslutningene omkring?

Målsettingen for vårt prosjekt har således vært å etablere fora der pasienten i større grad kan oppleve reell medbestemmelse og innflytelse, og derigjennom redusert opplevelse av tvang omkring denne.

Metode: Post B er en lukket akuttpost med 9 plasser. Posten har god erfaring med bruk av Samtalegrupper. Med samtalegrupper forsøkes åpne grupper for pasientene der det samtales om de temaer pasientene måtte ønske. Gruppene ledes av postpersonale, det legges vekt på trygghet og en aksepterende holdning med stor toleranse for den enkeltes uttrykk. I dette prosjektet videreutvikles disse erfaringene ved etablering av pasientgrupper fire dager i uken. Gruppene har faste temaer fokusert på deres opplevelse av innleggelse, tvang, ansvar for videre tilfriskning osv og følger et fast opplegg. Det er ansatt brukerrepresentant som deltar i ledelsen av gruppene en av dagene.

Det er utarbeidet eget skjema for undersøkelsen I tillegg til demografiske data måles pasientens opplevelse av medbestemmelse versus tvang i forhold til beslutninger om innleggelse,

behandling generelt, medisinerings spesielt og beslutninger omkring videre oppfølging. I tillegg benytter vi skjemaet DAI 10 for de som får medisiner. Pilotstudie med de 5 første pasientene med evt. justeringer av spørsmålene. 30 fortløpende pasienter inkludert i baseline – etter etablert intervensjon måles tilsvarende variabler på 30 pasienter for sammenligning med baseline. I tillegg gjøres intervjuer av postpersonalets holdning til tvang før og etter intervensjonen.

Resultater: Resultater foreligger enda ikke, men vil senere beskrives i endelig lokal rapport fra prosjektet som legges ut på nettsidene til SINTEF og sykehuset.