

SINTEF A4572

RAPPORT

Delrapport 1 Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus – en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur

Reidun Norvoll

SINTEF Helse
Januar 2008

www.sintef.no



SINTEF RAPPORT

TITTEL

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

**Delrapport 1 Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus-
en presentasjon av internasjonal og nasjonal litteratur**

FORFATTER(E)

Reidun Norvoll

OPPDRAGSGIVER(E)

Sosial- og helsedirektoratet
Rådet for psykisk helse

RAPPORTNR.

SINTEF A4572

GRADERING

Åpen

OPPDRAGSGIVERS REF.

Trude Hagen (Shdir) og Anne- Grethe Skjerve (Rådet)

GRADER. DENNE SIDE

Åpen

ISBN

978-82-14-04357-0

PROSJEKTNR.

78i061- 30/31

ANTALL SIDER OG BILAG

78

ELEKTRONISK ARKIVKODE

Document3

PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.)

Reidun Norvoll

VERIFISERT AV (NAVN, SIGN.)

Trond Hatling

ARKIVKODE

DATO

2007-01-18

GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.)

Britt Venner, forskningssjef, SINTEF Helse, avd. for psykisk helse

SAMMENDRAG

Rapporten er delrapport i prosjektet Brukerorienterte alternativer til tvang (BAT) hvor seks sykehus deltar i et følgeforskningsprosjekt gjennom utviklingsprosjekter i tilsammen 10 akuttposter. Hoverapporten fra prosjektet er ventet ferdig tidlig høst 2008.

Delrapporten gjennomgår og presenterer den internasjonale og nasjonale forsknings- og faglitteraturen som omhandler brukerorienterte alternativer til tvang. I hovedrapporten vil litteraturen ytterligere vurderes i forhold til erfaringene fra norske akuttposter. Litteraturstudien omhandler i hovedsak alternativer til tvang i sykehus innenfor psykisk helsevern for voksne, selv om også noen studier fra barn- og ungdomsavdelinger blir presentert. Det er spesielt gjennomført mange suksessfulle utviklingsprosjekter i USA. Disse viser at store muligheter for tvangsreduksjon uten økte skader på personal og pasienter ved målrettet satsing. Det mangler imidlertid fortsatt mer systematisk og utdypende forskningsbasert kunnskap om faktorer som påvirker utviklingsarbeidet, også i Norge.

Hensikten med litteraturstudien er å øke kunnskapen innenfor BAT-prosjektet og andre relevante miljøer om mulige alternativer til institusjonsintern tvang og hvordan utviklings- og endringsarbeid i sykehus kan utformes. Selv om de foreslåtte alternativene må gjøres til gjenstand for kritisk forskning- og fagdiskusjon og ikke alltid har direkte overføringsverdi, kan de bidra til å gi inspirasjon til arbeidet i Norge. Rapporten er på denne basis også utformet slik at den kan fungere som en praktisk "idé-bank" for det kliniske feltet, blant annet ved utdypende bokser, fotnoter og praktiske eksempler i vedlegg.

STIKKORD

NORSK

ENGELSK

GRUPPE 1

GRUPPE 2

EGENVALGTE

INNHold

1	Innledning	7
1.1	Bakgrunn for litteraturstudien	7
1.2	Begrepsavklaringer og avgrensning av litteraturstudien.....	8
1.3	Oppbygning av rapporten.....	9
2	Om utvalg av litteratur og tendenser i forskningen om tvang	10
2.1	Om utvalg og gjennomgang av litteratur	10
2.2	Forskningen om tvang og alternativer til tvang	11
2.3	Vurdering av kunnskapstilfanget	12
3	Sentrale alternativer til tvang som er beskrevet i litteraturen	14
3.1	Innledning	14
3.2	Satsingen i USA	16
3.3	Alternativer utgjør multiple intervensjoner i et bredt organisatorisk perspektiv	20
3.4	Alternativer til tvang må sees i et forebyggende perspektiv	23
3.5	Behandlingsfilosofi om individuell behandling, recovery, krise og traume	24
3.5.1	Det individuelle og familiære perspektivet	26
3.5.2	Recovery.....	27
3.5.3	Traume-informert behandling og omsorg ("care")	29
3.5.4	Krise og krisehåndtering	29
3.5.5	Tilnærminger til problemer som omhandler aggresjon, vold og sikkerhet	30
3.6	Betydningen av lederskap og en klar plan på alle nivåer	33
3.6.1	Støtte til tvangsreduksjon på statlig nivå.....	33
3.6.2	Lederskap i sykehusene.....	34
3.6.3	Å utvikle en klar visjon om tvangsreduksjon.....	35
3.6.4	Å utvikle en handlingsplan for tvangsreduksjon.....	36
3.7	Bruk av data for å få oversikt og følge opp virksomheten	38
3.8	Systematisk refleksjon, review og debriefing	41
3.9	Kvalitetssikring av beslutninger om å iverksette tvang	43
3.10	Økt involvering av brukere/ pasienter og pårørende i behandlingen	44
3.10.1	Pasientenes opplevelser av tvang og egne forslag om alternativer	45
3.11	Bruk av fysiske rom i postene.....	47
3.12	Utvikling av personalgruppens holdninger og kompetanse	48
3.12.1	Utvikling av arbeidsstokken – "work-force development"	48
3.12.2	Utvikle holdninger og faglig, etisk refleksjon over praksis	49
3.12.3	Kompetanse og ferdigheter i forhold til tvang	52
3.12.4	Generell relasjons- og kommunikasjonskompetanse	52
3.12.5	Kunnskap om organiseringsformer som understøtter personalets arbeid	53
3.12.6	Kompetanse om å møte mennesker i kriser og krisehåndtering.....	53
3.12.7	Kompetanse om deeskalering og forhandling	53
3.12.8	Kompetanse om håndtering av vanskelig og krevende atferd.....	54
3.12.9	Kompetanse i bruk av mindre restriktive intervensjoner	55
3.12.10	Utforming av undervisningskurs og programmer	56
3.13	Økt kompetanse hos pasienten	59

3.13.1	Aktiv behandling gjennom bruk av ”sinnehåndteringsskjema”	59
3.13.2	Bruk av individuelle kriseforebyggende planer i samarbeid med pasienten.....	64
3.13.3	Stress/sinne.-håndteringsgrupper for pasienter	65
4	Avslutning	67
	Referanser	
	Vedlegg	

SAMMENDRAG

Denne litteraturstudien inngår som en del av prosjektet ”Brukerorienterte alternativer til tvang” (BAT). Prosjektet er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet under Tiltaksplanen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang, Rådet for psykisk helse under KUP-prosjektet (Kvalitetsutvikling i psykisk helsevern) og Psykiatrien i Vestfold. SINTEF Helse er administrativt og forskningsmessig ansvarlig for hele prosjektet. Seks sykehus med tilsammen ti akuttposter deltar i prosjektet gjennom lokale utviklingsprosjekter ved hvert sykehus. Disse er drevet av en lokal arbeidsgruppe bestående av representanter fra personalet og to brukerrepresentanter fra tilhørende lokallag i Mental Helse. Sykehusene har selv valgt tema de vil arbeide med. Prosjektet varer fra høsten 2006- våren 2009, med hovedvekt på perioden januar 2007- høsten 2008. Hovedrapporten for hele prosjektet er planlagt å utgis høsten 2008.

Hensikten med denne rapporten er å presentere internasjonal og nasjonal litteratur som omhandler brukerorienterte alternativer til tvang. I hovedrapporten vil vi så relatere og diskutere litteraturen i forhold til erfaringene som er gjort i norske akuttposter gjennom BAT-prosjektet. Særlig fra slutten av 1990-tallet og frem til i dag er det kommet flere bidrag som beskriver brukerorienterte alternativer til tvang. De fleste beskriver reduksjon av isolat og tvangsmidler (ofte forkortet til S/R), samt annen uformell tvang og evt. medisiner. Denne internasjonale forskningen og fagutviklingsarbeidet er imidlertid kun delvis kjent i Norge. Rapporten har dermed som målsetting å gi et kunnskapsmessig bidrag til det lokale arbeidet i BAT og til andre aktuelle miljøer. Erfaringene gjennom BAT-prosjektet har også vist viktigheten av å øke kunnskapen om brukerorienterte alternativer til tvang hos sentrale aktører for å styrke utviklingsarbeidet på dette området.

Litteraturstudien er basert på en gjennomgang av sentrale publikasjonsbaser internasjonalt og nasjonalt og på internasjonalt samarbeid i forbindelse med BAT-prosjektet. Denne viser at de fleste bidragene kommer fra USA. Satsingen i USA har blant annet bakgrunn i initiativ fra sentrale organisasjoner innenfor fagfeltet og den helsepolitiske debatten som fulgte avisartikler og rapporter fra 1998-tallet om hyppige dødsfall og skader på pasienter i forbindelse med isolat og tvangsmidler. Dette førte til en sterk satsing, også fra helsemyndighetenes side, på reduksjon av isolat og tvangsmidler i psykiatriske sykehus. Det finnes noen spredte europeiske og norske studier. Vi ligger imidlertid etter på dette fagfeltet i europeiske sammenheng selv om vi ser en økende interesse, også i Norge, de senere årene.

Artiklene fra USA beskriver vanligvis fagutviklings- eller kvalitetsutviklingsprosjekter for tvangsreduksjon i sykehus for voksne og barn- og unge. Artiklene befinner seg dermed i skjæringspunktet mellom forskning og fagutvikling. Flere av bidragene er ideologisk preget. De vellykkede faktorene ved utviklingsarbeidet løftes frem, mens faktorer som forhindrer tvangsreduksjon er mindre beskrevet. Disse forhold gjør det komplisert å oppsummere kunnskapen fra artiklene på en systematisk måte. Det mangler også systematiske forskningsstudier som studerer påvirkende faktorer for tvangsreduksjon i detalj. Som Gaskin et al (2007) påpeker vil det være vanskelig å studere slike komplekse organisatoriske prosesser gjennom vanlige kvasi- eksperimentelle design. Systematiske multiple case- studier som viser positive og negative erfaringer kan på sin side bidra til å øke kunnskapen om alternativer til tvang og mulighet for tvangsreduksjon. Disse aspektene gjør at litteraturen må leses med et kritisk blikk

på linje med annen faglitteratur. Bidragene har heller ikke alltid direkte overføringsverdi til norske forhold. I Norge har eksempelvis skjering i hovedsak erstattet isolatet. Mange pasienters tilbakemelding på skjering som frihetsberøvelse og straff i norske studier, gjør imidlertid at de beskrevne alternativene kan være aktuelle for pasienter som opplever skjering av liten behandlingsmessig verdi. Spørsmålet om redusert varighet av skjering og alternativ utforming av skjering er også aktuelt. Litteraturen som har utspring i sykehusene vektlegger også i for liten grad en helhetlig tilnærming til tvangsproblematikken på tvers av ulike tjenestenivå til fordel for et fokus på sykehusintern tvang. Bidragene er likevel viktige fordi de bidrar til å løfte frem mulighetene for tvangsreduksjon innenfor sykehusene.

Til tross for svakhetene ved faglitteraturen kan denne gi viktig kunnskap til arbeidet i Norge. Vi vil derfor i rapporten beskrive de viktigste alternativene som er fremhevet i litteraturen og utforming av fagutviklingsprosjektene på området. I tillegg vil vi beskrive en rekke konkrete fagutviklingsprosjekter, praktiske tiltak og metoder i egne ”eksempel-bokser” og vedlegg. Disse skal tjene som en ”idé-bank” til BAT-prosjektet og utviklingsarbeidet i Norge, selv om de ikke kan overføres direkte.

Flere av de kliniske intervensjonene er allerede kjent og benyttet i Norge. Prosjektene benytter imidlertid intervensjonene mer målrettet og systematisk i praksis for å redusere den institusjonsinterne tvangen. Dette målrettede og systematiske endringsarbeidet hvor man benytter flere type intervensjoner på ulike nivå er trolig en viktig faktor for suksessen til sykehusprosjektene. Artiklene vektlegger også en ”empowerment” av både personalet og pasientene på ulike måter for å løse vanskelige situasjoner relatert til tvang. De gir dermed ingen lettvinte svar på problemstillingene. De fleste prosjektene viser til vellykkede resultater fra 20-80% reduksjon i bruk av isolat og tvangsmidler, og evt. reduksjon av annen type tvang uten at skader på personal og pasienter går opp. I flere sykehus har ikke dette arbeidet krevd økte ressurser, men reallokering av eksisterende ressurser. Det rapporteres også om reduserte kostnader ved tvangsreduksjon. For noen i personellgruppen kan imidlertid tvang fremstå som praktisk effektivt. Det synes likevel som det foreligger et betydelig potensiale ved tvangsreduksjon ved målbevisst satsing i sykehusene.

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. Ikke minst fremheves viktigheten av å skape et avdelingsmiljø som virker ivaretagende og konfliktforebyggende.
- Endring av behandlingsfilosofi mot økt vekt på individuell- og familierettet behandling, recovery, krisehåndtering samt traume-informert behandling for å unngå traumer ved tvangsbruk. Det fremheves også 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 å inkludere ledelsen i tvangssituasjoner og å benytte spesielt erfarent personell og/eller krise-team i postene for å løse krisene eller problemene på alternative måter.
- Økt involvering av brukere (pasienter) og pårørende i behandlingen.
- Endrede fysiske lokaler og romlige løsninger.

- Lederskap på ulike nivå fremheves som en avgjørende faktor i de fleste artikler. Viktige aspekter er å utarbeide en felles visjon og strategisk handlingsplan for tvangsreduksjon i sykehusene.
- Bruk av data for å få oversikt over og følge opp virksomheten rundt tvangsreduksjon.
- Hyppig og systematisk bruk av refleksjon, review og debriefing hvor ledelsen og brukerne er involvert for å se på forebygging av tvang og muligheter for tvangsreduksjon gjennom alternative tilnærminger.
- Kvalitetssikring av forhåndsvurderingene og beslutningene om å iverksette tvang.
- Utvikling av personalgruppen gjennom målbevisste ansettelser, utvikling av holdninger og faglig, etisk refleksjon over praksis. I tillegg vektlegges betydningen av systematiske utdanningskurs rettet mot økt kompetanse og ferdigheter i forhold ny behandlingsfilosofi og å løse vanskelige situasjoner i praksis uten tvang. Personalet må bli mer bevisst mulighetene for å intervenere på en mindre restriktiv og mer samarbeidende måte med pasientene.
- Økt kompetanse hos pasienten i forhold til å håndtere vanskelige følelser, sinne og aggresjon på bedre måter bl.a. gjennom ”sinne-håndteringsverktøy”, kriseforebyggende planer og stress-/sinne- håndteringsgrupper for pasienter.

Artiklene viser til gode resultater av intervensjonene. Særlig systemomfattende utviklingsarbeid har gode resultater. Det understrekes samtidig at et slik arbeid tar lang tid og at det er krevende arbeid å snu store etablerte organisasjoner. Hindringer for et godt utviklingsarbeid er bla:

- Ingen overordnende ledere deltar aktivt i arbeidet, alt blir delegert.
- Personal som er kritiske 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..
- S/R (isolat og tvangsmidler) 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 S/R, 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 best praksis.
- Brukerne (pasienter/pårørende) er ikke virkelig involvert, kun talemåter.
- S/R trening er orientert mot legge personen ned, ikke forebygging
- Debriefing er ikke systematisk og forpliktende endringsarbeid, men kun en ventilasjon for personalet.

Artiklene kan da bidra til å gi mange konkrete alternativer til tvangsreduksjon. Det mangler imidlertid mer systematiske forskningsbaserte studier om muligheter for reduksjon av tvang og faktorer som har betydning for tvangsreduksjon i Norge. Det foreligger i dag også for lite empirisk kunnskap om forholdet mellom hjelp og bruk av makt og tvang, samt reduksjon av andre type tvang. Disse spørsmålene bør gjøres til gjenstand for ytterligere forskning i tiden fremover.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for litteraturstudien

Denne litteraturstudien inngår som en del av prosjektet "Brukerorienterte alternativer til tvang" (BAT). Prosjektet er finansiert av Sosial- og helsedirektoratet under Tiltaksplanen for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang, Rådet for psykisk helse under KUP-prosjektet (Kvalitetsutvikling i psykisk helsevern) og Psykiatrien i Vestfold. SINTEF Helse er administrativt og forskningsmessig ansvarlig for hele prosjektet. Seks sykehus med tilsammen ti akuttposter deltar i prosjektet gjennom lokale utviklingsprosjekter ved hvert sykehus. Disse er drevet av en lokal arbeidsgruppe bestående av representanter fra personalet og to brukerrepresentanter fra tilhørende lokallag i Mental Helse. Sykehusene har selv valgt tema de vil arbeide med. Prosjektet varer fra høsten 2006- våren 2009, med hovedvekt på perioden januar 2007- høsten 2008. Hovedrapporten for hele prosjektet er planlagt å utgis høsten 2008.

Hensikten med denne rapporten er å presentere internasjonal og nasjonal litteratur som omhandler brukerorienterte alternativer til tvang. I hovedrapporten vil vi så relatere og diskutere litteraturen i forhold til erfaringene som er gjort i norske akuttposter gjennom BAT-prosjektet. Litteraturstudien viser at det har vært økende forskning om tvang innenfor ulike fagdisipliner de siste årene. Den internasjonale forskningen og fagutviklingsarbeidet om alternativer til tvang er imidlertid kun delvis kjent i Norge i dag. Vi ønsker derfor gjennom denne rapporten både å gi et kunnskapsmessig bidrag til det lokale arbeidet i BAT og til andre aktuelle miljøer. Erfaringene gjennom BAT-prosjektet har også vist viktigheten av å øke kunnskapen om brukerorienterte alternativer til tvang hos myndigheter, forskere, ledere, det utøvende personalet og brukere for å styrke utviklingsarbeidet på dette området. Den engelske litteraturen kan ofte være for tidkrevende å lese. At forskerne bidrar med å utarbeide en litteraturstudie som også er på norsk, har derfor blitt viktigere enn antatt gjennom prosjektet. Gjennom en grundig litteraturgjennomgang fant vi også frem til litteratur som var lite kjent for oss når vi startet dette prosjektet. Særlig i USA har dette blitt et stort fagområde.

Det mest særegne ved fagfeltet i USA er at det er mer direkte rettet mot tvangsreduksjon enn for eksempel BAT-prosjektet som hadde en mer utforskende målsetting om mulige alternativer. Flere av de kliniske intervensjonene som presenteres i de amerikanske bidragene er allerede kjent og benyttet i Norge. I utviklingsprosjektene benytter man imidlertid intervensjonene mer målrettet og strategisk i praksis for å redusere den institusjonsinterne tvangen. Dette målrettede og systematiske endringsarbeidet er trolig en viktig faktor for suksessen til sykehusprosjektene (Busch 2000). Det sterke fokuset på tvangsreduksjon skyldes trolig også at det er vanskelig å få til praksisendring i store etablerte sykehussystemer uten direkte fokus. Dersom man stadig ender opp i en diskusjon for eller mot tvang kan dette virke handlingslammende. Utviklingsarbeidet tar samtidig utgangspunkt i at tvangssituasjoner i praksis ofte gjenspeiler vanskelige og komplekse situasjoner. Det er derfor viktig at man styrker ressursene i situasjonen og "myndiggjør" (eller "empower") både personalet og pasientene på ulike måter.

Presentasjonen av litteraturen i denne rapporten kan benyttes på ulike måter. For det første beskriver litteraturen noen konkrete og praktiske alternativer til tvang. For det andre beskriver mange bidrag hvordan utviklingsarbeidet kan utformes for å nå målene om redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Bidragene fra litteraturen skal samtidig ikke forstås som ”fasit-svar” og de må gjøres til gjenstand for kritisk refleksjon på linje med annen litteratur. Ikke alle har direkte overføringsverdi. Flere av de grunnleggende perspektivene i litteraturen gjenspeiler spenningsfylte tema og problemstillinger som det ikke er faglig konsensus om i dag, herunder den behandlingsmessige effekten av ”innelukking”, grensesetting og medisiner. Diskusjonene i BAT-prosjektet viser at det særlig foreligger uenighet om tvang heller skal sees på som god behandling og omsorg og/eller som nødvendig i mange tilfelle. Flere mener at diskusjonen om redusert tvang lett kan bli for unyansert. Tema reiser dermed mange vanskelige og spenningsfylte spørsmål som man må ta hensyn til i vurderingen av tvang. Innenfor rammene av denne rapporten er det samtidig ikke mulig å drøfte alle disse komplekse spørsmål på en utfyllende måte. Vi tar derfor heller prinsipielt utgangspunkt i at BAT-prosjektet har en eksplisitt målsetting om redusert og kvalitetssikret bruk av tvang, og presenterer litteratur ut fra denne målsettingen. Med dette utgangspunkt kan artiklene gi et verdifullt kunnskapsbidrag, også i Norge.

1.2 Begrepsavklaringer og avgrensning av litteraturstudien

På grunn av BAT- prosjektets fokus på institusjonsintern tvang i akuttposter avgrenses litteraturstudien til bruk av tvang i sykehus til voksne pasienter selv om vi også redegjør for noen prosjekter i tilknytning til barn og unge når de generelle strategiene på organisatorisk nivå har overføringsverdi.

Når vi skal gjennomgå den internasjonale litteraturen om alternativer til tvang er denne ofte rettet mot reduksjon av ”seclusion and restraint”, ofte forkortet som ”S/R”. Seclusion defineres ofte som *”The placement of an individual alone in a room or an area from which he or she cannot leave at will (or where the patient reasonably believes that he or she will be prevented from leaving).”* (Vedlegg 1.) Busch (2000:262) definerer seclusion som: *”involuntary confinement of a person in a room or an area where the person is psychologically prevented from leaving.”* Hun mener at seclusion kan være frivillig, men at det er den ufrivillige innelukkingen som er av prinsipiell betydning i forhold til tvang. Restraint defineres som *”any manual method or physical or mechanical device that restricts freedom of movement or normal access to one’s body, material, or equipment attached or adjacent to the patient’s body that he or she cannot easily remove.”* (Vedlegg 1). Det benyttes også begrepene ”chemical restraint” eller ”drug used as restraint” i tilfelle hvor medisiner benyttes for å kontrollere atferd eller for å begrense bevegelsesfrihet. I tillegg omtales bruk av medisiner og den generelle kontrollkulturen innenfor sykehusene.

Restraint inkluderer i norsk forstand både holding, ulike typer belter eller mekaniske hjelpemidler som begrenser fysiske bevegelser. I tillegg benytter man i USA også tvangstrøyer, omslagslaken og håndklær til å bite i. Seclusion samsvarer i hovedsak med det norske begrepet ”isolat” eller ”isolering”. Internasjonalt er det fortsatt vanlig å bruke isolat i sykehus. Norge skiller seg ut ved at isolat tidlig ble sett på som en inhuman metode som skulle begrenses. Dette førte til en kraftig innskrenkning av metoden fra 1980-tallet, og til at skjermingsmetoden vokste frem som erstatning for isolatet (Vaglum et al 1984, Norvoll 2007). Skjerming ble introdusert som en

behandlingsmetode som ikke var tvang eller kunne sidestilles med isolatet. Ut fra definisjonen til Busch (2000) er de prinsipielle tvangsforskjellene mellom isolat og skjerming likevel mindre i de tilfelle den praktiske utformingen av skjerming gjør at pasienten er forhindret fra å forlate rommet frivillig. Skjermingsdebatten i Norge viser også at flere pasienter opplever frihetsberøvelse og sosial isolasjon ved skjerming selv om andre opplever skjerming eller elementer fra skjerming som god hjelp. Langvarig skjerming øker opplevelsen av skjerming som tvang og isolering (Norvoll 2007). Skjerming er samtidig et mer kompleks og mangetydig begrep enn isolatet fordi skjerming er ulikt utformet lokalt og innvever forskjellige tiltak- og praksisformer. Som vi skal se berører også noen foreslåtte alternativer stimulimodulering som behandling. De ulike oppfatningene om skjerming som behandling og/eller tvangsmetode skaper dermed lettere uenighet om det bør være en målsetting å redusere skjerming på samme vis som isolatet. I denne litteraturstudien har vi ikke mulighet til utdype alle disse aspektene. For pasienter som opplever skjerming som tvang og av liten behandlingsmessig verdi kan samtidig de foreslåtte alternativene være aktuelle. I tillegg kan også reduksjon av varighet av skjerming være aktuell for flere pasienter. Alternativene kan også omhandle endringer i *utforming* av skjermingspraksis for å øke pasientenes tilfredshet med behandlingen. Dette har vært et viktig tema ved flere sykehus som deltar i BAT-prosjektet.

I resten av rapporten vil vi benytte forkortelsen S/R for å gjengi artiklene korrekt. Ved norsk oversettelse vil vi hovedsakelig benytte begrepene "isolat" (seclusion) og "tvangsmidler" (restraint da det er vanskelig å vite hva som konkret omtales når ordet "restraint" benyttes. Det synes imidlertid ofte som at man implisitt omtaler belter eller holding. Videre vil vi omtale legens ordinasjon av ekstra medisiner som miljøpersonalet kan benytte når de mener det er nødvendig, kortfattet som "eventuelt- medisin". Dette er ofte et vanlig begrep i norske sykehus. I litteraturstudien vil vi benytte begrepene "bruker" og "pasient" om hverandre da betegnelsen "pasient" er vanligst i sykehus. Fokuset i prosjektet er å se hvorvidt man i større grad kan øke innlagte pasienters sosiale status og innlemme deres opplevelser og synspunkter i behandlingsarbeidet i akuttpostene. Brukerperspektivet påvirker samtidig også den grunnleggende tilnærmingen til tvang og alternativer til tvang.

1.3 Oppbygning av rapporten

Oppbygningen av rapporten er følgende:

I *kapittel 2* redegjøres for utvalg av litteratur og utviklingen i forskningen om tvang og alternativer til tvang. I tillegg gjøres en forskningbasert kunnskapsvurdering av den foreliggende litteraturen.

I *kapittel 3* gjennomgås litteraturen som beskriver viktige alternativer til tvang. Dette kapitlet utgjør den største delen av rapporten. Det presenteres her både sentrale strategier som er blitt identifisert som vellykkede internasjonalt, og konkrete eksempler på noen utviklingsprosjekter.

I *kapittel 4* avsluttes rapporten med en kort avsluttende diskusjon om relevans av forskningen og utviklingsarbeidet for sykehus i Norge.

2 Om utvalg av litteratur og tendenser i forskningen om tvang

2.1 Om utvalg og gjennomgang av litteratur

I det innledende litteratursøket gikk vi bredt ut for å se etter bøker og tidsskrifter som inneholdt bidrag om tvang, alternativer til tvang samt brukeres eller pasienters opplevelser av tvang. I tillegg benyttet forskerne sin kjennskap til relevant litteratur fra doktorgradsarbeidet og helsetjenesteforskningen.

Viktige søkeord på norsk var tvang, alternativer til tvang, kontroll/psykiatri, psykiatriske akuttposter. Viktige søkeord på engelsk var eksempelvis (foruten psychiatry, psychiatric hospitals, mental OR psychiatric services) "coercion", "seclusion and restraint", "reducing seclusion and restraint", "alternatives to seclusion and restraint", "restraint-free environment" og "forced medication".

Det brede litteratursøket inkluderte forskningsartikler, fagartikler og oppgaver på høgskole- og universitetsnivå fra en rekke ulike fagdisipliner innen samfunnsfag, medisin, psykologi og treårige helse- og sosialfagutdanninger. I tillegg ble også bidrag om alternativer fra andre områder deriblant barn- og ungdomspsykiatri, psykisk utviklingshemmede og demensomsorg gjennomgått. Viktige baser var Pub-med, Cinahl og Psychinfo samt BIBSYS. Et utvalg artikler ble gjennomgått og man innhentet så igjen ytterligere referanser som ble beskrevet i artiklene. I tillegg har forskningssamarbeid med Grace McNasser og Hank Visalli i forbindelse med BAT-prosjektet samt samtaler med Kevin Ann Huckshorn fra USA gitt utfyllende kunnskap om aktuell litteratur og arbeidsmåter for å skape endring. McNasser og Visalli har mange års klinisk og faglig erfaring med konkret utviklingsarbeid i sykehus på dette området. Huckshorn har særlig erfaring fra helsemyndighetenes satsing i USA gjennom stillingen som direktør i Technical Assistance, National Association of State Mental Health Program Directors. Den innsamlede litteraturen ble så gjennomgått for å se på utviklingen av tema og perspektiver i forbindelse med tvangsbruk siden 1970-tallet. Deretter ble et utvalg litteratur om alternativer til tvang som er gjengitt i referanselisten gjort til gjenstand for utdypende og grundig lesning.

Rapporten vil inkludere litteratur fra flere tvangsrelaterte tema når disse er relevante for diskusjonen om alternativer til tvang. Det vil samtidig ikke være mulig å gå i dybden i all litteratur. Rapporten vil i mindre grad diskutere bruk av tvang i et juridisk perspektiv eller menneskerettighetsperspektiv selv om disse tema er viktige. I tillegg vil rapporten i begrenset grad omhandle spørsmålet om tvang har behandlingsmessig effekt siden gjennomgang av litteraturen på dette området er svært kompleks og mangetydig. Det synes som at spørsmålet om behandlingsmessig effekt er svært følsom for det metodiske designet eller måleinstrumentet som benyttes. En gjennomgang av denne forskningen krever derfor en annen grundighet enn det som er mulig i denne rapporten.

2.2 Forskningen om tvang og alternativer til tvang

Utviklingen til forskningen om tvang nasjonalt og internasjonalt har vært preget av noen ulike tendenser. I tiden fra asylenes begynnelse frem til 1970-tallet og tildels begynnelsen av 1980-tallet var tvang mye brukt og omdiskutert. Det er samtidig lite klinisk forskning om dette tema i tidsperioden selv om det finnes enkelte undersøkelser. De viktigste bidragene om bruk av tvang og kontroll i sykehusene på denne tiden kommer fra den tverrfaglige institusjonsdebatten.

Fra 1980-tallet kom det flere bidrag som diskuterer tvang og ulike tvangsformer internasjonalt og nasjonalt. En viktig årsak til dette var økende offentlig og helsepolitisk debatt om bruk av tvang. Tvangsbruken kunne dermed i mindre grad ta form som en selvfølgelig praksis på samme måte som tidligere. Den tiltakende akademiseringen av sykepleien og andre relevante helse- og sosialfag fra 1980-tallet bidro trolig også til økende publisering. Fra 1980- og utover på 1990-tallet blir tvang omtalt jevnlig, men spredt, i forskningslitteraturen. Mange studier er kvantitative, men særlig innenfor sykepleielitteraturen er det også mange kvalitative studier eller studier som kombinerer kvantitative og kvalitative forskningsmetoder.

Fra slutten av 1990-tallet frem til i dag har den forskningsmessige interessen for å studere tvang og alternativer til tvang vært økende. Fra 2000-tallet er det en sterk økning i studier av forekomst av tvang internasjonalt og nasjonalt. Denne forskningen omtaler også implisitt alternativer til tvang. Spesielt på 2000-tallet ser vi en økning i antall publikasjoner om alternativer til tvang i ulike fagtidsskrifter, særlig innenfor helsetjenesteforskning og sykepleie. I tillegg finnes det noen sosialfaglige bidrag om tvang som har relevans for psykisk helsevern. Det skjer en begynnende omtale av alternativer til S/R i medisinske tidsskrift (bla Gaskin et al 2007 i British Journal of Psychiatry). De fleste artiklene beskriver erfaringer med å utvikle alternative praksiser til tvang ved ulike delstater eller sykehus. Bidragene ligger ofte i skjæringspunktet mellom fagutviklingsprosjekter og forskning.

Gjennomgangen av litteratur som omhandler tvang 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 en dag skifter fokuset til større vekt på tvangsreduksjon og alternativer til tvang. Særlig i tiden mellom 1994 og 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 publiserte bidragene i forhold til alternativer til tvang er kommet fra USA. Det finnes kun spredte europeiske og norske bidrag, selv om det er kjent at debatten er økende i flere land deriblant Danmark. Beskrivelsene av den amerikanske satsingen er utdypet av Kevin Ann Huckshorn på 5th European Congress on Violence in Psychiatry, oktober 2007 (<http://www.oudconsultancy.nl/violenceadam/violence/5theuropeancongg.html>, senere referert til som Huckshorn 2007). En nylig britisk review-artikkel (Gaskin et al 2007) gjennomgår mange av de samme artiklene som gjengitt i denne rapporten. I likhet med vår studie konkluderer denne med at de fleste artiklene viser til vellykkede erfaringer med utviklingsprosjekter og at disse viser at det finnes en rekke intervensjoner som gjør at isolatbruk og øvrig tvang kan reduseres.

I Norge er det gjennomført flere studier av tvang, og det finnes landsomfattende statistikk om tvangsbruk i sykehus utgitt av SINTEF Helse. Til tross for økende interesse for tema, er det publisert forholdsvis lite eksplisitt litteratur om alternativer til tvang. De første bidragene kom i forbindelse med demente på sykehjem (Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens 2004). Deretter ble det gjennomført et prosjekt om alternativer til tvang i forhold til psykisk utviklingshemmede (Ellingsen et al 2002, Ellingsen 2003). I de senere årene har det vært noe økende fokus på alternativer til tvang i Norge, spesielt innenfor sykepleie og sosialfag. De sykepleiefaglige bidragene omhandler alternativer til tvang, hvordan ivareta mest mulig pasientautonomi under tvang, og hvordan klare å terapeutisere relasjonen når pasienten er innlagt under tvang. For øvrig gjenspeiles den amerikanske fagtradisjonen om alternativer til tvang i liten grad i norsk litteratur. Gjennombruddsprosjektet for reduksjon av tvang i psykiatrien av Den norske legeforening utgjorde et viktig initiativ på dette området i Norge. Det er imidlertid publisert få rapporter om det lokale utviklingsarbeidet i sykehusene som deltok foruten hovedrapporten (Mathiesen og Føyn 2002). Gjennomlesing av noen lokale rapporter kan tyde på at flere norske sykehus hadde tilsvarende tilnærminger som i USA. Det finnes imidlertid lite skriftlig dokumentasjon av de norske utviklingsarbeidene. Disse tendensene i litteraturen gjør at denne delrapporten i liten grad vil inkludere europeiske og norske bidrag. I tiden fremover vil det imidlertid være viktig å dokumentere erfaringer fra andre land for å øke det teoretiske kunnskapsgrunnlaget på tvers av juridiske, kulturelle og faglige områder.

Til tross for økningen i interessen for forskning om tvang, er den samlede forskningslitteraturen om tvang og alternativer til tvang likevel beskjeden gitt det store omfanget av tvangsbruk innenfor psykiatrien. Mange debatter har ofte hvilt på generelle begreper og i liten grad studert spørsmålet om tvang empirisk. Dette vanskeliggjør diskusjonene om tvang. Det vil derfor være viktig med økt empirisk forskning i tiden fremover.

2.3 Vurdering av kunnskapstilfanget

De fleste utviklingsprosjektene kan vise til vellykkede resultater i forhold til tvangsreduksjon på flere områder. Det synes dermed som det foreligger et stort potensiale for tvangsreduksjon av institusjonsintern tvang ved målrettet utviklingsarbeid. Det samme fant man i Gjennombruddsprosjektet for redusert tvang i Norge (Mathiesen og Føyn 2002).

Det finnes samtidig flere svakheter ved den foreliggende litteraturen om alternativer til tvang. De foreliggende artiklene omhandler et foreløpig begrenset antall "sykehus-case" og omhandler oftest spørsmålet om reduksjon av institusjonsintern tvang og kontroll. Bruk av tvangsinnleggelser, tvangsmedisinering og tvang utenfor sykehus er mindre omtalt, og det synes som at oppfatningene av denne tvangsbruken er mer variert. Det mangler dermed kunnskap om alternativer til andre tvangsformer. Det er også en svakhet ved mange bidrag at de i for liten grad ser på endringer av tvangsstrukturer på systemnivå. Strukturelle endringer på makronivå vil trolig gi langt større effekt enn justering av det etablerte systemet, eksempelvis ved å endre avdelingsstrukturer fra lukkede til åpne poster og ved å etablere flere nettverkbaserte behandlingstilbud. I tillegg er de fleste bidrag opptatt av de sykehusinterne praksisene. Dette gjør at man kun i mindre grad ser på tvangsbruk i en helhetlig sammenheng og diskuterer sammenhengen mellom tiltak på de ulike tjenestenivåene og forebygging av tvang på tvers av og

utenfor institusjon. Bidragene i litteraturen inkluderer samtidig indirekte et videre perspektiv gjennom å innføre en behandlingsfilosofi som er rettet mot recovery, økt brukermedvirkning og frivillighet og eksempelvis bruk av kriseplaner på tvers av tjenestenivåer. De peker også på mulighetene for tvangsreduksjon *innenfor* sykehusorganisasjonen og ikke bare utenfor institusjonen slik den norske debatten ofte har vært preget av. De kan derigjennom gi et verdifullt kunnskapsbidrag til fagfeltet som omhandler innholdet i sykehustjenestene.

Artiklene beskriver vanligvis fagutviklings- eller kvalitetsutviklingsprosjekter for tvangsreduksjon i sykehus for voksne og barn- og unge. Artiklene befinner seg dermed i skjæringspunktet mellom forskning og fagutvikling. Det er vanskelig å vurdere kvaliteten på utviklingsprosjektene ut fra beskrivelsene i artiklene. Vi tar dermed ikke stilling til dette, men fremhever artikler som vi mener gir best kunnskapstilfang. Flere av bidragene er ideologisk preget. Dette gjør at de vellykkede faktorene løftes frem, mens negative erfaringer er lite beskrevet eller kun beskrevet implisitt. Det er mulig at nærheten til prosessen for mange av forfatterne kan gjøre at de mangler nødvendig kritisk distanse til både prosess og resultat. I tillegg har trolig sykehus med mislykkede prosjekter ikke skrevet artikler. Det synes imidlertid som at noen sykehus i en delstatssatsing ikke klarte å gjennomføre utviklingsprosjektet (Huckshorn 2007). Hvilke faktorer som medvirket til dette vil være av forskningsmessig interesse. Disse forhold vanskeliggjør oppsummering av kunnskapen fra artiklene på en systematisk måte. Det mangler dermed systematiske forskningsstudier som studerer faktorer som har betydning for tvangsreduksjon på en mer detaljert måte. Og vi mangler kunnskap om andre tiltak av betydning for tvangsreduksjon. Det sies også lite om hvorfor systemene har en tendens til å gli tilbake til gamle tvangspraksiser. Et forskningsmessig spørsmål er derfor også: Hva er det som gjør at tvangsbruk ”presser seg fram på nytt” når det ikke er et aktivt arbeid for det motsatte?

Disse aspektene gjør at litteraturen må leses med et kritisk blikk på linje med annen faglitteratur. Bidragene har heller ikke alltid direkte overføringsverdi til norske forhold. Det finnes både forskjellige kulturer i bruk av tvang og ulik organisering av helseforvaltningen og sykehus. På flere områder er situasjonen bedre i Norge, for eksempel i forhold til ressursituasjonen i de offentlige sykehusene, mindre utbredt tvang overfor barn- og unge og allerede lav isolatbruk. Det er også mulig at utgangsnivået for tvang vil påvirke mulighetene for tvangsreduksjon. Dersom tvangsbruken allerede er mindre i Norge enn USA, er det et spørsmål om hvor rask tvangsreduksjon man vil oppnå her. Kulturelle forhold påvirker også utformingen av alternativene. Utloving av priser og hedersbevis til ansatte som er foreslått og benyttet vil kanskje bryte mot kulturen på norske arbeidsplasser. I tillegg må man også – som i USA – omgjøre og tilpasse de generelle prinsippene til lokale forhold og utfordringer i sykehusene.

Det foreligger også mange forskningsmessige metodologiske utfordringer i forhold til å studere spørsmålet om alternativer til tvang. Som Gaskin et al (2007) påpeker gir kompleksiteten i fenomenet og betydningen av flere samvirkende faktorer forskningsmessige utfordringer i den forstand at kvasi- eksperimentelle studier rettet mot å isolere noen enkeltstående påvirkningsvariabler vil være vanskelige. Man bør ikke underkjenne viktigheten av andre metodologiske tilnærminger. Forfatterne mener derfor at systematiske case- studier av det enkelte utviklingsarbeidet hvert sted hvor man lærer av gode og dårlige erfaringer med intervensjonene kan gi viktige kunnskapsbidrag til feltet. Noen av disse erfaringene vil presenteres i neste kapittel.

3 Sentrale alternativer til tvang som er beskrevet i litteraturen

3.1 Innledning

Når man gjennomgår den internasjonale og nasjonale faglitteraturen om tvangsreduksjon og alternativer til tvang dekker denne et bredt område. Utviklingsprosjektene er preget av en kompleks blanding av ulike intervensjoner på ulike nivå og rettet mot endring av flere sider ved organisasjonen. Påtrykket av endring har kommet som ekstern påvirkning (for eksempel gjennom lovendring, sjefpsykiatere og brukerorganisasjoner) og fra personalet innen organisasjonen. Disse intervensjonene innveves i hverandre på ulike vis og gjør at endringsarbeidet ofte er forskjellig lokalt i det enkelte sykehus (jf også Gaskin et al 2007).

Gjennomgangen av litteratur viser også at omfanget av utviklingsprosjektene er forskjellige og spenner fra store endringer i delstatens praksis til relativt små utviklingsprosjekter i enkelte sykehus. De utviklingsprosjektene som er beskrevet har også foregått i ulike avdelingstyper. Mange har foregått i statlige psykiatriske sykehus. Noen utviklingsprosjekter har også foregått i kommunale sykehus med blandede pasientgrupper slik at alternativene til tvang også har innbefattet bla urolige pasienter på somatiske intensivavdelinger. Man har da tilpasset alternativene til de lokale avdelingsformene. Ikke alle konkrete alternativer ved et sted vil dermed være relevante, selv om prinsipielle sider ved alternativene kan ha overføringsverdi.

De fleste utviklingsprosjektene kan vise til vellykkede resultater av satsingen fra 20- 80 % redusert tvangsbruk. I Pennsylvania har satsingen ført til at man ikke har brukt tvang ved et sykehus på over to år (Smith et al 2005). Ved de aller fleste sykehus oppgis det at tvangsreduksjonen ikke har ført til at skader på pasienter og personalet har gått opp. Ved noen sykehus har skadeomfanget på personal og pasienter blitt redusert. Ett sykehus rapporterer om at det muligens var litt mer skader på personalet første året før personalet hadde utviklet nye ferdigheter. Deretter gikk skadene ned (McCue et al 2004). Det synes dermed som det er et stort utviklingspotensiale for tvangsreduksjon uten at skadene øker. Dette skyldes trolig at alternativene er rettet mot å unngå en tendens til ”enten tvang eller ikke hjelp- tenkning”. Alternativene skal derimot sikre en aktiv behandlingstenkning som kan bidra til å løse psykiske problemer eller vanskelige situasjoner på alternative måter slik at man ikke trenger å benytte tvang som løsningsstrategi. Gjennom alternative strategier reduseres tvangens nødvendighet.

Til tross for de lokale forskjellene er det samtidig mange felles strategier som går igjen i artiklene. I resten av kapittelet vil vi gjennomgå de mest sentrale intervensjonene som er beskrevet i litteraturen steg for steg. Disse vil suppleres med annen kunnskap fra forskning om tvang mer generelt. I tillegg vil vi presentere noen konkrete eksempler på utviklingsprosjekter ved delstater eller sykehus i egne ”bokser” for å utdype enkelte punkter eller for å vise ulike sammensetninger av intervensjonene i prosjektene. Utdypende forskningslitteratur om tvang er presentert i fotnoter for særskilt interesserte.

Eksempel 1: Vellykket utviklingsprosjekt ved barne- og ungdomspsykiatriske enheter

LeBel og Goldstein (2005) beskriver et større tvangsreduksjonsprogram ved barn- og ungdomsenheter i Massachusetts. I tillegg til dette gjør de en analyse av kostnadene av tvangsreduksjon målt i kostnader til personell og medisiner, samt effektene av tvangsreduksjon i forhold til andre faktorer som outcome, utskrivelse og residiv.

Bakgrunn for utviklingsprogrammet: I 1985 utarbeidet Departement of Mental Health i delstaten strengere kriterier og flere restriksjoner for bruk av S/R overfor barn. Dette var vellykket for å redusere tvangen. Departementet brukte i 2001 på nytt sin statlige autoritet til å endre S/R praksis i psykiatriske institusjoner for barn og unge gjennom å utvikle et statsomfattende initiativ for å redusere tvangsbruken. Dette ble gjort fordi tvangsbruken i forhold til barn og unge var opp til fem til seks ganger høyere enn i avdelinger for voksne. Sykehuset var også på virket av de nye offentlige føringene fra bla NASMHPD, SAMSHA og Children's Health Act fra 2000 som fremhevet viktigheten av redusert tvang, også i forhold til barn og ungdom (jf. pkt. 3.2). En annen bakgrunn for utviklingsprogrammet var økt konsensus om at tvangsmidler var behandlingsmessig feil ("treatment failure") og at slik tvangsbruk motvirker en mer aktiv og individuell tilpasset behandling rettet mot bedring. I tillegg kan barn og unge som allerede hadde store traumer ta skade av ytterligere tvangstraumer. Det skjer da et paradigmeskifte i det etablerte systemet.

Utforming av intervensjonene: Oppstarten av programmet var i 2001 og fullt implementert i 2002. Programmet inneholdt strategiske planer for tvangsreduksjon, trening og teknisk assistanse fra departementet i form av kvartalsvise visitter til alle sykehusene, årlige ressursforum, månedlige institusjonskonsultasjoner, datamonitorering og komparative rapporter samt kontinuerlige review (gjennomgang) av tvangsbruk. Ingen nye eksterne ressurser ble gitt. Alternative intervensjoner ble skapt gjennom reallokering av eksisterende ressurser som støttet oppunder bestrebelsene. For eksempel fokuserte man nå personaltreningen på det å bygge relasjoner, forstå pasientens (ungdommens) behov, førkrise- intervensjoner og utvikling av kriseplaner, samt utvikling av deeskaleringsferdigheter. De økte rollen til arbeidsterapeuten og utarbeidet ulike tiltak hvor alt fra stimulimodulering/integrasjon til kjæledyr ble inkludert i kriseforebyggende planer og aktiviteter ut fra den enkelte ungdommens behov. I tillegg benyttet man debriefing og etablerte administrative debriefinger etter hver tvangsepisode.

Effektene av prosjektet: Artikkelen konkluderer med at endringene førte til både bedre behandling og bedre arbeidsbetingelser gjennom bedret utkomme for ungdommene, færre skader på personalet og mindre turn-over i personalgruppen. Sammenlikningstall fra 2001 og 2003 viste en reduksjon av S/R- episoder med 68 % og redusert varighet på 79 %. Tvangsreduksjonen førte igjen til en sterk reduksjon av kostnader i forbindelse med tvangsbruk. I tillegg ble kostnader i forhold til sykefravær, turnover, gjenskaffelser av ødelagt utstyr, samt skader på ungdom og staben redusert. I perioden økte ungdommenes GAF- score ved utskrivelse og det var mindre residiv. Utviklingen viste blant annet 32 % færre reinnleggelser og 60 % mindre "restraint- relaterte" skader. Initiativet førte også til endring i personalets fokus ved at de i større grad ble orientert mot forebygging og mot å intervenere på det tidligste tidspunkt av fortvilelse og uro. Samtidig som store skader på inventar gikk ned, økte også personalet toleranse for mindre skader som eksempelvis møbler uten at de benyttet tvang. De meldte seg heller til å hjelpe med å reparere og sette vedkommende i stand til å gå inn i pasientfellesskapet igjen. Langt færre timer av personalets tid ble brukt til tvangsrelaterte aktiviteter. 19 % av personalets tidsbruk ble omdirigert til ikke- tvangsrelaterte aktiviteter. Dreiningen var fulgt av økt kompetanse i personalstokken som gjorde at de brukte mer tid på behandlingsarbeid med pasienten og til å involvere familie og andre fagpersoner i behandlingen samt å følge opp pasienten etter utskrivelse. Videre førte også mindre bruk av tvang til at personalet kunne bruke mer tid på å være ute i miljøet. Dette igjen førte til at de kom i forkjøpet i forhold til kriser ved å være mer tilgjengelig for pasientene før problemet utviklet seg. Dette ga en god sirkel.

3.2 Satsingen i USA

Satsingen i USA startet på 1990-tallet med enkeltinstitusjoner (eksempelvis Visalli og McNasser 2000). Senere gjennomførte noen delstater – herunder Pennsylvania, Massaschusetts og New York State et stort utviklingsarbeid på dette området. Til tross for store variasjoner i delstatenes praksis i forhold til tvang, har andre delstater senere blitt inspirert av denne satsingen og selv igangsatt egne utviklingsprosjekter på området. Dette har ført til økende litteratur de siste årene.

I mange sykehus er arbeidet for å redusere tvang sett på som en del av det kontinuerlige arbeidet med å kvalitetsutvikle/forbedre helsetjenestene (Huckshorn 2004, Visalli og McNasser 1997ab). Flere artikler beskriver også at det nye initiativet ble påvirket av mediadebatten som fulgte artiklene til The Hartford Courant (bla Huckshorn 2004, Smith et al 2005, Busch 2000, GAO-rapporten 1999). Dette var en liten lokalavis som i 1998 dokumenterte mange dødsfall og skader i forbindelse med isolat og tvangsmidler i psykiatriske sykehus. Årsakene til dødsfallene skyldtes hyppigst asfyksi (kvelning), hjertestans hos personer under 40 år uten tidligere hjerteproblemer og skader på grunn av feil teknikk eller dårlig tilsyn. 26 % av dødsfallene var barn og unge. På bakgrunn av variasjoner i delstatenes statistikk beregnet avisens statistiske konsulent at faktisk antall trolig var 50 – 150 per år. I følge beskrivelsene skyldtes flere av dødsfallene omslagslaken/trøyer og bruk av håndkle for å forhindre pasienten fra å bite og spytte. Disse restraint-metodene ble senere forbudt i New York (Huckshorn 2004, Busch 2000, New York State, se Vedlegg 1). Avisen påpekte så vellykkede resultat av utviklingsforsøk om redusert bruk og krevde en nasjonal satsing på området (Busch 2000). Den offentlige oppmerksomheten førte til en offentlig utredning av GAO (U.S. General Accounting Office, Health, Education and Human Services Division) på vegne av Kongressen. GAO-rapporten (1999) støttet oppunder funnene til avisen. De viste samtidig til en mangelfull dokumentasjon av dødsfall og skader på pasienter i mange delstater og konkluderte med at det trolig var en underrapportering av slike hendelser. Avslutningsvis foreslo rapporten en rekke tiltak for å redusere bruken av S/R, også gjennom alternative metoder. De fleste er beskrevet i denne rapporten.

Eksempel 2: GAO-rapporten 1999. Eksempler på dødsfall og skader i forbindelse med isolat og fysiske tvangsmidler

A 36-year-old man died in November 1998 from cardio-respiratory failure caused by extreme agitation after being restrained by eight staff members and bound in leather restraints.

In May 1997, a 35-year-old man who was doing yard work with a staff member at a group home became agitated, pushed the staff member, and walked away. The staff member pursued the man and placed him in a basket hold. (A basket hold consists of crisscrossing a person's arms over his or her chest and holding them from behind. This hold compresses the chest and also prevents the staff member from observing the person's face and breathing). The staff member wrapped his arms around the man's chest and took this man down to his knees, then face down on the ground. This action compressed the man's chest and killed him.

In February 1999, a 16-year-old girl died of respiratory arrest in California while being restrained by four staff members with her face on the floor.

The use of basket holds was involved in the deaths of a 17-year-old girl in a Florida residential treatment center in November 1998 and a 9-year-old boy, who died in March 1999 in North Carolina after being restrained in a basket hold following a period of seclusion.

During fiscal year 1998, P&As received about 1,000 complaints regarding restraint and seclusion and documented numerous instances of bruising and broken bones. In one instance, a 24-year-old man suffered a severe fracture in the right arm while being put into restraints by staff. He was subsequently left in four-point restraints⁴ for 12 hours, despite his requests for medical attention.

Other examples of excessive or abusive restraint use reported by the National Alliance for the Mentally Ill and the P & As included the following:

An 18-year-old man in a New York psychiatric hospital was tackled to the floor by five staff members, hit in the face, and then placed in restraints in February 1998.

A woman was kept in seclusion for over 30 hours in an Oregon hospital in December 1998 without being allowed to use the bathroom or contact a relative. She eventually began screaming, and staff held her down by placing a knee to her neck and injected her with medicine.

In February 1999, a man in a Missouri state psychiatric hospital was restrained for 21 days and secluded for 30 days. As a result of the long periods of restraint, he developed kidney problems and lost muscle tone.

(GAO-rapporten 1999:7-8)

Mediadebatten førte til stor aktivitet fra profesjons- og brukerorganisasjonenes side og hos helsemyndigheter på føderalt og delstatlig nivå som medvirket til ulike legale og pedagogiske initiativ. Dette kan forklare den store satsingen på tvangsreduksjon og målbevisst endring gjennom alternativer i USA de siste årene i motsetning til Europa.

Helsemyndighetenes krav om økt satsing og målbevisst arbeid for tvangsreduksjon førte også til at det ble etablert egne avdelinger og/eller programmer i statsforvaltningen som har spesielt ansvar for å stimulere til tvangsreduksjon. Eksempelvis etablerte Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) innenfor de føderale helsemyndighetene et treårig prosjekt om S/R- reduksjon i 2000- 2001 (Huckshorn 2004). De forvalter også føderale midler som blir benyttet som tilskudd til delstater som ville oppstarte utviklingsprosjekter om tvangsreduksjon. I tillegg utarbeidet også andre føderale avdelinger innenfor helseforvaltningen som gir offentlig finansieringstøtte til sykehusene kvalitetindikatorer og krav om kvalitetsutviklingsarbeid i forhold til S/R ¹. Også andre store organisasjoner fikk støtte av helsemyndighetene til kunnskapsinnhenting og etablering av utviklingsprosjekter. En sentral organisasjon for utviklingsarbeidet er ”The National Association of State Mental Health Program Directors ” (NASMHPD, se også Huckshorn 2006). Disse har utviklet en policy- uttalelse om S/R reduksjon som utfordrer til reduksjon og eventuelt eliminasjon av disse metodene. NASMHPD har fra 2002 holdt årlige ekspertmøter om tema og utarbeidet litteraturgjennomgang på området. De lanserte så i 2003 noen hovedstrategier for å redusere bruk av S/R. I tillegg har de utviklet et

¹ Eksempelvis JCHO (Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations) og HCFA (The Health Care Financing Administration), Schreiner et al 2004.

treningsprogram om tvangsreduksjon og alternativer til tvang. Satsingen har også ført til at organisasjonen holder regionale treningsseksjoner gjennom det Nationale Executive Training Institute og SAMSHA hvor representanter fra 26 delstater og 16 barneprogrammer er med. Initiativet er blitt fulgt opp av sentrale profesjonsforbund og brukerorganisasjoner som har utarbeidet tilsvarende policy- uttalelser og anbefalinger. Det har dermed vært en satsing på høyt statlig nivå med støtte fra sentrale profesjons- og brukerorganisasjoner. I følge samtaler med Kevin Ann Huckshorn i 2007 har også interessen i sykehusene de senere årene vært langt større enn de føderale tilskuddsmidlene har gitt rom for. De forteller samtidig at mye gjenstår før man har fått gjennomslag nedover i alle organisasjoner, og at det tar tid å spre kunnskap og å bygge nye kulturer. Det påpekes også at det er forholdsvis stort sprik mellom den forskningsmessige kunnskapen som utvikles på området, og lokal kjennskap til denne forskningen samt lokal praksis (Huckshorn 2004). Videre er det mange steder, tross mange vellykkede utviklingsprosjekt, fortsatt stor tro på bruk av S/R blant personalet som arbeider i praksis.

Som det fremgår av beskrivelsene er et viktig aspekt ved utviklingsarbeidet i USA at mange prosjekter har foregått over relativt lang tid. Ved det tidligere asylt Mohawk Valley Psychiatric Center (MVPC) i New York State og i delstaten Pennsylvania har utviklingsarbeidet foregått som en langsiktig satsing over ti år. Det langvarige utviklingsarbeidet har skapt en økt konsensus om målet om tvangsreduksjon. Gjennom flere vellykkede endringer har disse også utviklet en langt mer offensiv holdning til tvangsreduksjon enn andre steder. I Pennsylvania State mener for eksempel både statlige myndigheter og sykehusene at det å eliminere isolat og beltebruk er et viktig og oppnåelig mål på sikt. I norsk sammenheng er et slikt mål langt mer radikalt og omdiskutert. Det synes da som at tro på alternative tilnærminger vokser frem over tid og øker gjennom vellykkede praktiske erfaringer basert på et langvarig og målbevisst endringsarbeid.

Eksempel 3: Pennsylvania State – vellykket systemomfattende utviklingsarbeid

I litteraturen utmerker Pennsylvania State seg i arbeidet med systemomfattende tvangsreduksjon (Smith et al 2005), *Psychiatric Services* september 2005). Det har vært store endringer i delstaten som har ført til bemerkelsesverdige reduksjon i bruk av S/R ved ni statshospitaler over 11 år fra 1990- 2000. Ved ett sykehus er det ikke benyttet S/R de siste to årene. Pennsylvania State hospital er et av de eldste sykehusene i USA og har mange innlagte pasienter med alvorlige og langvarige psykiske lidelser.

Utformingen av intervensjonene: Utviklingsarbeidet har vært kjennetegnet av at de har jobbet med mange faktorer og de fremhever at det er vanskelig å isolere effekten av én faktor. Ledelsen i delstaten hadde stor betydning fordi de innførte et program for "nonrestraint movement" innenfor statshospitalsystemet. Den største reduksjonen kom mellom 1993 og 1997. Reduksjonen skyldes en kombinasjon av ledelsens initiativ, den store innsatsen til personalet som var involvert i pasientbehandling og ulike brukerrepresentanter. Når personalets verdier ble applisert gjennom lederskap hadde de suksess med å endre kulturen i forhold til tvang. Personalet i avdelingene og brukerne utenfor sykehuset jobbet dermed både internt og eksternt for å endre tvangskulturen.

Gjennom programperioden tjenestegjorde flere personer som stedfortredende ledere for de delstatlige myndighetene og som sjefspsykiater. Alle spilte en viktig rolle. Den stedfortredende lederen Charles Curie spilte en særskilt viktig rolle for en ny reduksjon i perioden 1996 til 2001 ved å innføre nye standarder og ytterligere restriksjoner i bruk av S/R. I 1997 kunngjorde han at tvang var et behandlingsmessig feilgrep ("treatment failure") og utfordret hele systemet til å eliminere bruken og finne mer positive måter å støtte folk i kriser på. Han mente at tilbakemeldingene fra brukerne og deres talsmenn (bla pårørende og

brukerorganisasjoner) tydet på at det var et stort behov for endring. Han mente også at tvang stod i konflikt til recoverytenkningen som behandlingsfilosofi, og som var implementert i hele delstaten. Denne kunngjøringen hadde enormt stor betydning. I delstaten var det på denne tiden flere psykiatere og personell som mente at tvang var et viktig verktøy i behandlingen, at tvang var nødvendig i kriser og at de selv ville avgjøre tvangsbruken. De mente også at sykehusmiljøet ville bli mer voldelig og utrygt uten tvang. Curie's kunngjøring var imidlertid ikke en bannlysning eller forbud mot bruk av S/R. Men kunngjøringen tjente som en utfordring til systemet om å finne mer positive veier å støtte personer i kriser på. Kunngjøringen førte også til at diskusjonen for eller mot tvang ble nedtonet, slik at man klarte å etablerte en retning for videre systemomfattende endringer.

Curie fortsatte arbeidet med å redusere tvang gjennom å innføre et system for bedre datainnsamling om tvangsbruk og et gjennomsliktig system hvor informasjon om tvangsbruken i sykehusene ble delt og sammenliknet. Det ble innført et forenklet hendelsesorientert datasystem slik at ikke bare ledelsen, men også personalet lett kunne gå inn og få oversikt over tvangsbruken på de enkelte områder til enhver tid.

Han tilrettela også for statsomfattende kvalitets- og fagutviklingsprosjekter som fokuserte på ulike måter å redusere bruken av restriktive prosedyrer. Denne satsingen førte til en sterkere vekt på personalutdanning /trening i å håndtere kriser. Den økte kompetansen i personalgruppen om ikke å opptre på en krenkende måte forsterket igjen bruk av verbale deeskaleringsmetoder i stedet for S/R.

Det ble også noen endringer i institusjons- og avdelingsstrukturene. Man reduserte størrelsen på avdelingene og øke bemanningen noe da man mente dette økte kvaliteten på omsorgen og førte til et tryggere og mer tvangsfritt miljø². I tillegg førte nedbyggingen av institusjoner i delstaten til at personell fra psykisk utviklingshemmedefeltet ble ansatt. Denne utviklingen bidro til å utfordre tenkningen om langtidsbehandling på sykehus og tendensen til å hvile for mye på tvangsmidler i stedet for å jobbe atferdsmessig.

Interessegrupper for brukere gjorde også en stor innsats i utviklingsarbeidet. De var viktige for å endre tendensen til å hvile for mye på bruken av restriktive metoder. De var også involvert i mange av klagenes om unødig bruk av tvang. I 1995 innførte staten også en ordning hvor man ansatte uavhengige brukerrepresentanter i sykehuset for å støtte innlagte pasienter på daglig basis. De store diskusjonene i brukerorganisasjonene la grunnlag for krav om bedre rapporter om tvangsbruken som igjen førte til bedre dataregistrering i sykehusene. De presset også på for bedre personaltrening som skulle bidra til at S/R virkelig ble siste utvei. Interessegruppene var effektive i å løfte frem enkelte pasienters behov og i å presse sykehusene og utviklingsprogrammet videre.

Etter Curie's kunngjøring fikk delstaten strengere kriterier for tvangsbruk. Disse definerte mekaniske tvangsmidler og isolering som ekstreme virkemidler og begrenset bruken til nødsituasjoner. Det ble innført ytterligere restriksjoner i varighet av tvang og større plikt til legeinvolvering ved bruk. Man innførte en ny tvangsprotokoll hvor isolat og belter kun kan ordineres av lege og ikke mer enn en time av gangen. Pasienten skulle bli sett av lege 30 minutter etter en telefonordinasjon. Det var pålagt debriefing etter hver episode med klinisk, administrativ og kvalitetsmessig review samt endring av behandlingsplan i forhold til dette. Påførende skulle varsles etter en tvangsepisode. De ansvarlige for kvalitetsforbedringsprogrammet ved sykehusene fikk ansvar for å sørge for at disse kravene ble fulgt i praksis.

² Merk at avdelingsstørrelsen og bemanningen er svært annerledes enn ved akuttposter i Norge. Ved en post var det eksempelvis 36 tvangsinnlagte pasienter med en sykepleier og tre assistenter på dag- og kveldsvakt. De bedret så bemanningen ved å redusere til 32-senger med to sykepleiere og fire assistenter.

Videre etablerte delstaten retningslinjer for årlige utdannings- og treningssamlinger. I tillegg til disse tiltakene etablerte man ***Psykiatriske Emergency Response Team's (PERTs)***. De er rettet mot å sikre stor personalstøtte i en krisesituasjon for å skape sikkerhet. Dette gjøres ved at man bringer sammen en stor gruppe personell i en krisesituasjon for en kort periode. Målet for PERT er å håndtere krisene ved å benytte konfliktløsning, mekling, terapeutisk kommunikasjon og voldsforebyggende ferdigheter slik at man løser situasjonen uten bruk av tvang. Teamet består av 40 sykepleiere og programledere som jobber skift. Team på syv med leder har bakvakt to ganger i uken. Dersom det er for lite folk i teamet, hentes vanlig personell inn. Ved en krise møtes de som er på vakt for å vurdere aktuelle tiltak gjennom observasjon og teamdiskusjon om hvordan man best kan håndtere krisen. Dersom pasienten ikke er i umiddelbar fare for seg selv eller andre, ryddes området. Deretter går leder for teamet eller en annen inn i samtale med pasienten for å høre hva som er årsaken til krisen. Fokuset er å snakke med pasienten om hva som trengs for at vedkommende kan gjenvinne kontroll. Etter krisen er løst gjøres en debriefing med personalet, og når pasienten er rolig gjøres debriefing med pasienten. Dette brukes særlig i situasjoner hvor pasienten har en historie med aggresjon. En gjennomgang av episoder fra 1998-2000 viser at PERT klarte å unngå tvang i 70 % av krisene. Dette arbeidet ble understøttet av at alle ansatte i sykehusene måtte oppgradere kunnskapen om krisehåndtering og verbale deeskaleringsteknikker. Det ble innført som et årlig krav for alt klinisk personale og program – personell.

Artikkelforfatterne mener at også innføringen av andregenerasjons antipsykotika hadde betydning. I tillegg økte kvantitet og kvalitet på andre aktive pasient- og behandlingstilbud til alle pasientene. Disse innebar økt vekt på funksjonelle aspekter som yrkesfaglige tilbud, betalt arbeid, personlig økonomi, ferdighetstrening og trening i selvadministrering av medisiner – dvs. alt de mener er nødvendig for å hjelpe en person til å bli utskrevet. Man laget tilsvarende behandlingstilbud utenfor postene som pasienter fra ulike poster kunne delta i. Effekten av disse tilbudene for tvangsbruken er vanskelige å måle, men personalets vurderinger var at disse bidro til å redusere behovet for tvang fordi pasientene fikk aktive tilbud.

Resultater av utviklingsarbeidet: Den dramatiske reduksjonen i omfang av og varighet av S/R uten økte personalskader var et resultat av mange endringer og skjedde ikke gjennom en enkelt hendelse. Endringene varierte ved det enkelte sykehus. Tross samme program appliserte det enkelte sykehus endringene på ulike måter og til ulike tider.

3.3 Alternativer utgjør multiple intervensjoner i et bredt organisatorisk perspektiv

Som det fremgår av beskrivelsene til nå består utviklingsprosjektene av multiple intervensjoner på ulike nivå. Denne innfallsvinkelen har sammenheng med at tvangsbruk sees i et bredt klinisk og organisatorisk perspektiv. Alternativene må derfor berøre mange aspekter ved organisasjonen (jf Gaskin et al 2007, Fisher 2003, Schreiner et al 2004, Sullivan et al 2005, Smith et al 2005). En enkelt intervensjon vil ikke være tilstrekkelig, men det er den målrettede og systematiske bruken av flere intervensjoner for tvangsreduksjon på organisatorisk nivå som sikrer effekter av utviklingsarbeidet. Det synes også som prosjekter som har inkludert et bredere systemisk og organisatorisk perspektiv har størst effekter av utviklingsarbeidet.

Eksempel 4: Multiple intervensjoner over tre år

Fisher (2003) beskriver et utviklingsprosjekt som bestod av multiple intervensjoner ved et psykiatrisk statssykehus. Intervensjonene bestod av offentlig støtte fra administrerende direktør ved sykehuset om tvangsreduksjon og en survey til personalet og pasientene om bruk av S/R ved sykehuset. I tillegg implementerte de den nye policyen til staten som fokuserte på identifisering av pasientatferd som kan lede til aggressiv atferd og bruk av verbale deeskaleringsmetoder i stedet for S/R. Det ble også fokusert mer på respekt mellom personal og pasienter gjennom foredrag av gjesteforeleser. Man innførte et åttetimers kurs for personalet. I tråd med statens nye policy innførte man debriefing etter hver S/R episode, datamonitorering av tvangsbruk og dataanalyse av personalet med formål om tvangsreduksjon. Ytterligere tiltak var revurdering av bruk av farmakologiske intervensjoner og hjelp til pasienten om å gjenvinne selvkontroll gjennom å bruke Linehan's dialectic behaviour therapy. Disse intervensjonene førte til 67 % reduksjon i bruk av S/R over tre år.

Den brede og organisatoriske tilnærmingen til tvangsreduksjon understøttes av den generelle tvangsforskningen som peker på en rekke individuelle, relasjonelle og organisatoriske faktorer som kan forklare den store forskjellen i bruk av tvang internasjonalt og nasjonalt. På samme vis berører alternativene til tvang mange av de samme kontekstuelle og organisatoriske faktorene kombinert med individuelt behandlingsarbeid.

Internasjonale og nasjonale studier viser blant annet at det er store lokale forskjeller i bruk av tvang mellom ulike delstater (USA), sykehus og avdelinger internt i sykehus (Carpenter et al. 1988, Betemps m.fl. 1993, Alty og Mason 1994, Crenshaw et al 1997, Ray et al 1996, Mason 1997, Lendemejer og Shortridge-Baggett 1997, Hatling m.fl. 2002, Pedersen m.fl. 2004, Statens Helsetilsyn 2006). Forskjellene gjelder både omfang og varighet av tvang. Forskjellene i tvangsbruk har vært forklart med flere ulike faktorer. Noen finner at tvangsbruk skyldes pasientens tilstand (se bl.a. Bjørngaard 2000, Bjørngaard og Heggstad 2001, El-Badri og Mellsop 2002, Tunde-Ayinmode og Little 2004). Andre finner at forskjellene i størst grad skyldes ulike sosiale, organisasjonsmessige og personellmessige forhold. Disse forhold er for eksempel forskjellig lovgrunnlag og praksisstandarder for isolatbruk innenfor delstatene i USA (Betemps m.fl. 1993). Det er også mer bruk av isolat i byer enn i rurale strøk (Carpenter et al 1988). Flere studier fremhever også at sykehuspostenes fysiske utforming, filosofi og kultur samt ledelsens og personalets holdninger til bruk av tvang og isolat påvirker omfanget av bruken (Soliday 1985, Fisher 1997, Goren og Curtis 1996, Lendemejer og Shortridge-Baggett 1997, Visalli og McNasser 2000, Taxies 2002). Det er videre fremholdt at bemanning, utdanning, trening, kompetanse og beslutningsprosesser er viktige, påvirkende faktorer (Mason 1997, Kirckpatrick 1989, de Cangas 1993, Donat 2003).

Noen bidrag har også påpekt at ulike sosiale og kulturelle, lokale fortolkninger av urolig atferd, og hva slags atferd som er farlig, er en viktig årsak til forskjeller innen tvangsbruk (Dabrowski m.fl. 1986, Johnson 1998). Mens noen studier fremholder at isolatbruk skyldes vold, fremhever andre at isolatet ofte er knyttet til uspesifikk, urolig atferd som ikke nødvendigvis er farlig. Fortolkningen av urolig atferd vil dermed påvirke tvangsbruken (Brown og Tooke 1992a, Kaltiala-Heino et al 2003, Meehan m.fl. 2000:371, Esther 1997). Norvoll (2007) finner også at håndtering av ulike typer urolig atferd har større betydning for bruk av skjerming enn vold har, og at toleransen for uro i posten påvirker skjermingsbruken. Lehane og Rees (1996) viser at tett en-til-en sykepleie evt. i kombinasjon med medisiner kan bidra sterkt til å redusere behov for

isolering. Bruk av isolasjon henger da sammen med bruk av andre tilsynsformer i posten. Det samme gjelder skjerming (Norvoll 2007). I tillegg til disse faktorene vektlegger flere studier samhandlingsrelasjonens betydning for tvangbruken. Det foreligger samtidig få konkrete samhandlingsstudier som utdyper kunnskapen om samhandlingsprosessenes betydning i tvangsrelaterte situasjoner. Dette synes å være et viktig område for utdypende studier.

Hank Visalli og Grace McNasser (Visalli og McNasser 1997, Visalli et al 1997 og Visalli og McNasser 2000) fremhever også at alternativer til tvang krever en mangefasettert tilnærming. De beskriver noen av de multiple intervensjonene i figuren som presenteres i Eksempel 5.

Eksempel 5: Intervensjoner ved Mohawk Valley Psychiatric Center (Visalli et al 1997:56)

Improvements in Monitoring and Reporting Techniques	
Education and training • Inservices are given on aggression guidelines. • A new video, <i>Managing Restrictive Interventions</i>, was produced for staff development. • Behavior management classes focus on prevention. • Articles on related topics are distributed to direct care staff describing the patients' perspective on seclusion and restraint, the impact of staff's attitude toward this intervention, and the staff-patient culture in this milieu.	
Newsletter • Various topics on this matter are presented in the institution's newsletter.	
Sensitivity training • Employees from the peer advocacy department discussed their experiences with seclusion and restraint with hospital direct care employees.	
Changes in ward structure • On 3 June 1994, the secure unit (Ward 35) became a nonsecure, coed unit.	
Changes in hospital structure • The secure unit was closed, and each ward is now responsible for managing its own psychiatric emergencies. • Seclusion rooms have been relocated at the back of the unit.	
Secure unit survey • Patients were surveyed to identify the hospital's approach to care, strengths of the existing program, and desired changes.	
Quality improvement • Staff in the peer advocacy service joined	
	- the nursing quality improvement team. • Monitoring is performed to determine whether the interventions in the treatment plan reflect the least restrictive methods identified in the nursing assessment. • New data collection forms have been developed to capture the use of least restrictive measures. • Problematic cases, including frequent users of seclusion and restraint, are reviewed with the treatment team and, if needed, outside consultants.
	Seclusion and Restraint Committee • Members of the committee meet frequently to review and discuss opportunities for improvement. As a result, the data collection forms have been modified.
	Mechanical Support Reduction Committee • This committee examines the use of mechanical supports and provides consultation to nursing staff for complex and problematic situations.
	Reporting • The Incident Review Committee receives a copy of all incident reports. This helps other disciplines become involved in the process.
	Seclusion and restraint • The criteria for early reassessment and release were clinically redefined to ensure that this remains an objective process. As a result, the number of minutes the patient is in seclusion or restraint has been markedly reduced.

På samme vis beskriver McCue et al (2004) i eksempel 6 vellykkede resultater i et utviklingsprosjekt som integrerte flere ulike intervensjoner.

Eksempel 6: Et mindre prosjekt ved et psykiatrisk senter i Brooklyn

McCue et al (2004) beskriver erfaringene fra et prosjekt om tvangsreduksjon ved et offentlig psykiatrisk senter i Brooklyn som ivaretar en befolkning med dårlige økonomiske kår. De begrunner prosjektet med at tvang kan ha skadelige fysiske og emosjonelle effekter. Samtidig ser mye personell på tvang som en rutinebasert og akseptabel måte å ivareta sikkerhet på. De gjennomførte så seks intervensjoner: bedre identifikasjon av pasienter som det var tendens til å benytte tvang på, en stress/sinne-håndteringsgruppe for pasienter, personaltrening i forhold til kriseintervensjon, utvikling av et responderende kriseteam, daglig gjennomgang (review) av all tvangsbruk, og et insentivsystem for personalgruppen. Intervensjonene førte til en kraftig reduksjon i tvangsbruken uten økt skade på personalet eller pasienter.

3.4 Alternativer til tvang må sees i et forebyggende perspektiv

Et viktig moment som fremheves i flere artikler (bla Visalli og McNasser 2000, Huckshorn 2004) er at de alternative intervensjonene ofte er rettet mot å forebygge problemer eller episoder som lett fører til tvang. En studie av Knight (2005) viser også at innleggelsesprosessen, tidlige behandlingsinitiativ og tidligere erfaringer med gjentatte isolasjons- eller tvangsmiddelepisoder er kritiske faktorer som må bli håndtert for å forebygge tvangsintervensjonene. Viktigheten av det forebyggende aspektet er også fremholdt som alternativ strategi i forhold til psykisk utviklingshemmede i Norge (Eriksen og Sandersen 1999). På samme vis påpeker Busch (2005) at spørsmålet ikke er om akutt aggressive pasienter kan være en risiko for skade, men heller om man kan gjøre en bedre jobb med å forebygge eller deeskalere slike situasjoner slik at vi ikke trenger å benytte isolasjon, belter eller tvangsmedisinering. Her mener hun at en stor mengde litteratur sier ja til dette.

Huckhorn (2004) beskriver seks hovedstrategiene for å redusere bruk av S/R basert på tenkningen i et forebyggende folkehelseperspektiv (Public Health Prevention Model). Hun mener den forebyggende tenkningen utgjør en god logikk for praktiske hensyn i forbindelse med bruk av isolasjon og tvangsmidler. Modellen bidrar også til å samle faktorer som er av betydning for å utvikle strategier for å forebygge, minimalisere eller unngå problemer dersom de oppstår. Den fokuserer både på forebygging og kvalitetssikret bruk av tvang. De ulike forebyggingsnivåene kan benyttes som modell for arbeidet:

Primærforebygging av tvang gjennom utvikling av avdelingsmiljø og individuelle tiltak :

Primærforebygging utgjør en mer universell forebygging ved å utvikle strategier som er rettet mot å forebygge konflikt på viktige risikoområder. Det skjer en kontinuerlig vurdering av pågående praksiser og prosedyrer samt tiltak for individuelle risikofaktorer.

Visalli og McNasser (2000 samt foredrag Oslo) påpeker også viktigheten av å forebygge tvangshendelsen ved å skape et miljø i posten som virker konfliktforebyggende, omsorgsfullt og responsivt til pasientenes ulike behov. I denne forbindelse bør man gjennomføre en review (systematisk gjennomgang) av postens miljø hvor man ser på hvert aspekt ved miljøet sammen med personalet, pasientene/brukerne og deres familier. Viktige spørsmål i gjennomgangen av postmiljøet kan eksempelvis være:

- Virker miljøet beroligende eller er det fullt av regler og restriksjoner? Hvilke regler er nødvendig for trygg og terapeutisk funksjon for posten? Hvorfor eksisterer regelen? Hvordan er denne regelen kommunisert? Det er også viktig å gjennomgå reglene og postens policy ut fra pasientenes og familiens perspektiv.
- Hva er det første budskapet som pasientene får når de ser /møter miljøet?
- Hvordan blir pasientene møtt velkommen i posten? Hvordan skal de vite at personalet bryr seg om dem?

Visalli og McNasser mener at brukerne og familiene erfaringsmessig har gode forslag når man skal se på utforming av miljøet i posten. Videre er det viktig at personalet spør om man har klart å lage et miljø som stimulerer til at pasientene kan føle seg trygge nok til å si hva de mener og tenker uten å være redd for å bli straffet. Er dette et sted hvor familien/pårørende vil følge seg velkommen og komfortable? Er dette et sted hvor vi formidler håp? Er pasientene sett på som fullverdige partnere i å planlegge og utforme sin behandling?

Andre studier synes å bekrefte viktigheten av å skape et konfliktreduserende miljø gjennom økt anerkjennende kommunikasjon og innføring av en miljøterapi med økte daglige samtaler, samarbeidsmøter om behandlingsstrategier med pasientene og flere fellesmøter mellom pasienter og personalet for å utveksle informasjon (Bowers et al 2006, Mistral et al 2002).

Sekundærforebygging av tvang:

Disse utgjør mer selektive intervensjoner som er rettet mot tidlig å iverksette intervensjoner for å minimalisere og løse konflikt og aggresjon når disse er oppstått slik at man kan unngå bruk av isolat, tvangsmidler eller andre restriktive intervensjoner. Dette innebærer blant annet metoder for deeskalering, trening av personalet i holdninger og væremåte i slike situasjoner samt bruk av det som kalles "comfort rooms". Alle disse intervensjonene vil omtales senere i rapporten.

Tertiærforebygging:

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

3.5 Behandlingsfilosofi om individuell behandling, recovery, krise og traume

I mange artikler blir det fremhevet at utvikling av alternativer til tvang i stor grad handler om en grunnleggende endring av behandlingskulturen innenfor dagens psykiske helsevern (bla Huckshorn 2004, 2007). Tvangsbruk gjenspeiler i vid forstand det psykiske helsevernets og sykehusenes behandlingsfilosofi. Betydningen av behandlingsfilosofi er funnet i andre internasjonale og nasjonale studier som en viktig faktor for bruk av tvang og skjerming (jf pkt. 3.3, og Norvoll 2007, kap. 6 og 8).

Som vi skal utdype i dette punktet, berører betydningen av behandlingsfilosofi i forhold til alternativer til tvang flere aspekter. For det første påvirker behandlingsfaktoren synet på tvang som behandling og i hvilken grad man skal tilstrebe eller ikke tilstrebe tvangsreduksjon. I artiklene fremhever mange at de anser ”rutinemessig” bruk av isolat, tvangsmidler og ensidig kontrollfokus som et behandlingsmessig feilgrep fordi det innebærer en for lite individuell, positiv og aktiv behandlingstilnærming til pasientene, og fordi farene for fysiske og psykiske skader på både personalet og pasienter er stor. Schreiner et al (2004) begrunner eksempelvis visjonen om S/R-reduksjon med at disse tvangsmetodene er inhumane, det fører til nedsatt pasienttilfredshet med sykehusbehandlingen og at det å måtte utføre disse intervensjonene innvirker negativt på personalets psykologiske helse. Bruk av slike intervensjoner skader omdømme til psykisk helsevern, og det finnes mange alternativer dersom man søker etter dette. Mange av utviklingsprosjektene ved sykehusene definerer derfor arbeidet med tvangsreduksjon som kvalitetsutvikling av sykehusbehandlingen.

For det andre omhandler behandlingsfilosofien spørsmålene om hva som er de beste løsningsstrategiene i forhold til psykiske problemer og hva man skal sette inn *i stedet for* tvang eller kontroll. Alternativdiskusjonen motvirker tendensen til å tenke ”enten tvang eller ingen hjelp” i psykisk helsevern. Bruk av alternativene skal redusere opplevelsen av tvangens nødvendighet fordi andre og behandlingsmessig bedre intervensjoner finnes.

Eksempel 7: Behandlingsfilosofi ved Mohawk Valley Psychiatric Center, New York State

Hank Visalli og Grace McNasser fremhever i ulike artikler at spørsmålet om tvangsreduksjon innebærer at man må se på hele ”tilnærmingen til behandlingen”. Dette inkluderer spørsmål om menneskesyn og grunnleggende verdier i behandlingen. På denne bakgrunn definerer de arbeidet for tvangsreduksjon som et kvalitetsutviklingsprosjekt eller som ”Striving Toward a Best Practice Modell for a Restraint-Free Environment.” (Visalli et al 1997). Utviklingsarbeidet begrunnes med ny kunnskap innenfor feltet og at brukernes tilbakemeldinger gir behov for å kvalitetsutvikle sykehusenes behandling og miljøterapi (care). Det er også viktig å øke fokuset på rehabiliteringsprosesser innenfor et minst mulig restriktivt miljø.

I en senere artikkel definerer de behandlingsfilosofien i sykehuset som at behandlingen skal være basert på pasientens mål og hvor det tverrfaglige teamet skal hjelpe pasienten til å nå målene sine. (Visalli og McNasser 2000:39) Grunnleggende verdier for sykehusets arbeid er:

Recovery: Hjelpe personer til å nå sine mål.

Respekt: Lytte aktivt, være oppriktig i ønskene om å hjelpe.

Empowerment: Hjelpe mennesker til å hjelpe seg selv.

Lederskap: Forvente ansvarlighet, ”gå over og fremfor”.

Brukermedvirket tjenesteutforming: En tilnærming hvor brukerne er først og hvor tjenestene formes etter brukernes anmodninger.

Disse grunnverdiene kombineres med individuell behandlingstilnærming dersom pasienten har særskilte problemer med sinne, aggresjon og vold. De har bla utviklet bruke redskapene ”Anger Assessment Tool” og ”Triangle of Choice i behandlingen” (pkt. 3.13.1). Hensikten med disse redskapene er å skape en mer aktiv behandlingstilnærming til disse problemstillingene. Ved å hjelpe pasientene til å uttrykke sine følelser kan personalet hjelpe pasienten til gode mestringsferdigheter slik at de kan uttrykke og håndtere følelsene sine på en sunn måte. I situasjoner som eskaleres eller defineres som krisesituasjon, skal behandlingsteamet som kjenner pasienten godt være tilstede og nærværende. Hver skal ha sin rolle i å hjelpe pasienten. Personalet benytter sin kunnskap om pasienten og tidligere samarbeid som grunnlag for å

deeskalere situasjonen og for å sikre at pasienten får hjelp på en trygg og terapeutisk måte. Personalet spiller en stor rolle i å formidle håp. De skal formidle at det går an at ting/personer endres og at det finnes en mulighet til å få et liv med bedre livskvalitet. Personalet skal dermed formidle *håp* i alt de gjør gjennom sin væremåte og sine liv.

Behandlingsplanene skal hjelpe personalet og pasientene til å interagere på gode måter. Planene skal stille forventninger til atferd for begge parter. I tillegg skal de være rettet mot mestringsmåter som pasienten har benyttet og kan benytte i sitt hjemmemiljø. Behandlingsplanen skal være rettet mot at pasienten skal oppleve suksess selv om det kan gå opp og ned. Den skal fokusere på pasientens styrker og ressurser og ikke bare problemer. Kontinuiteten i behandlingsplanen må sikres av ledelsen eller gjennom å skape kontinuitet mellom vaktskiftene gjennom en ansvarlig person. I tillegg bør spesielt utdannede og erfarne personell benyttes som veiledere i behandlingsgjennomføringen.

3.5.1 Det individuelle og familiære perspektivet

Et viktig aspekt ved forebygging av tvang og det å arbeide alternativt er økt vekt på individuell behandling, særlig innenfor sykepleie og miljøterapi (bla Visalli og McNasser 2000, Huckshorn 2004). Dette paradigmeskiftet beskrives bla i artikkelen "Moving toward Restraint Free Patient Care":

" In the 1980s, nurses working in extended care facilities confronted a paradigm shift from controlling behaviours through the use of restraints to responding to behaviours through the use of individualized interventions (Swauger og Tomlin 2000: 325). "

Den begynnende vekten på individuell behandling som løsningsstrategier på 1980-tallet har så blitt styrket i disse senere prosjektene.

I det norske prosjektet om alternativer til tvang overfor personer med psykisk utviklingshemming fremhever Ellingsen mfl i boken "Sett og forstått" (2002) at alternativer ikke er rene teknikker eller metoder, men det å ha kjennskap til personen. Gjennom bestrebelser og forsøk på å forstå den andre kan man sammen finne frem til fremgangsmåter som bygger opp under målene som vedkommende setter seg eller utarbeider sammen med sine støttepersoner. Liknende aspekter fremheves også av pasientene (jf pkt 3.10.1).

Et viktig aspekt ved behandlingsfilosofiene er ønsket om et mer anerkjennende og brukerorientert perspektiv enn det som ofte har vært vanlig i sykehus. Den samme diskusjonen om fokus på atferdsendring via korrigerende eller en mer anerkjennende tilnærming er også funnet blandt sykepleiere i Norge (Vatne 2002). Fokus på en mer anerkjennende tilnærming til pasientene ansees også viktig for å skape et konfliktforebyggende miljø. Det samme finner Bowers et al (2006) i et forskningsprosjekt hvor innføring av mer anerkjennende og empatisk tilnærming til pasientene bidro til å redusere konfliktnivået i sykehusavdelingene.

Det individuelle fokuset innebærer også en større vekt på den enkelte pasientens *behov* som grunnlag for det kliniske arbeidet. I mange prosjekter fører dette til et tydeligere fokus på familiens behov. I forbindelse med en intervensjonsstudie i en psykiatrisk enhet for barn (Regan et al 2006) skiftet man for eksempel behandlingsparadigme til en behandlingsfilosofi som i større

grad enn tidligere fokuserte på barnet og familiens behov ("child- and family –centred care"). Dette innebar en mer samarbeidende problemløsning i forhold til barnets vanskelige atferd. Avdelingen var åpen 24 timer i døgnet for foreldrene og man utviklet protokoller og prosedyrer som var sensitive for traumer som barnet hadde opplevd. Den allerede lave bruken av isolat og kjemisk tvangsmidler ble eliminert etter innføring av denne tilnærmingen.

3.5.2 Recovery

Tenkningen om recovery, eller bedringsprosesser, har eksistert som en viktig behandlingsfilosofi i over 20 år. Den har oftere vært benyttet innenfor rehabiliteringsarbeidet og i den kommunale helse- og sosialtjenesten enn i spesialisthelsetjenesten. Huckshorn (2004) påpeker at det ofte er liten kunnskap hos mange ansatte om recovery innen sykehusene og spesielt kunnskap om hvilke elementer som må inn for å konstituere et behandlings- og omsorgssystem som bidrar til recovery. På samme vis er recoveryfilosofien i liten grad blitt benyttet i den norske litteraturen om akuttposter.

Recoveryfilosofien har ofte nær forbindelse med fokuset på empowerment (myndiggjøring). Et viktig grunnperspektiv er at behandlingen skal være rettet mot å bygge opp livskraft og robusthet og å tilrettelegge for bedring (Huckshorn 2007). Bruk av S/R blir sett på som noe som bryter med disse prinsippene fordi disse intervensjonene kan skape traumatiske settinger som ikke forstrer håp, sunne relasjoner, sosial atferd og tillit. Hun påpeker også at det kan være traumatisk for personalet å delta i slike intervensjoner og at pårørende også kan reagere sterkt. Dette taler også for viktigheten av å finne alternative intervensjoner.

Curie (2005) og Glover (2005) uttrykker i tidsskriftet *Psychiatric Services* en visjon om at det psykiske helsevernet skal være fokusert på recovery hos pasientene og at disse skal ha valgmuligheter i sin egen behandling. Visalli og McNasser (2000) har på sin side et behandlingsparadigme for sykehuset bestående av en trekant hvor stabilisering er på topp, fulgt av recovery og så en bredere base rettet mot økt livskvalitet. De mener at det er bedre å fokusere på recovery fra traume enn direktiver om "å slutte å bruke belter" da tvangsbruken må settes inn i et videre perspektiv.

Donat (2005) mener at lukkede avdelinger i offentlige sykehus lett blir siste utvei for pasienter med alvorlige, langvarige problemstillinger som ikke har respondert tilstrekkelig i kommunal sektor. Hos flere kan farlighetsaspektet være tilstede. Dette aspektet i kombinasjon med avdelinger som har få ressurser gjør det lett å hvile for mye på restriktive intervensjoner som isolat, belter og bruk av sedativa som eventuelt-medisin. Denne tendensen skaper ofte mindre tilfredshet med sykehusbehandling hos pasientene og konflikter i forhold til retten om å få en mer aktiv behandling uten unødvendig restriksjoner i frihet eller bevegelsesrom. For mye bruk av eventuelt-medisin kan også redusere mulighetene for å utvikle ferdigheter i daglig funksjon og mestringsstrategier som er nødvendig utenfor sykehuset. I tillegg bør slik medisinbruk være kontraindisert for den store andelen pasienter som har et rusrelatert problem.

Flere artikler (bla Visalli og McNasser 2000, Huckshorn 2004) er opptatt av språkbruken til personalet som de mener bør være kjennetegnet av "person-first language". De mener det er viktig å unngå dehumaniserende, stemplende og konfliktpreget språkbruk. Viktigheten av å endre

språkbruk begrunnes med recoverytenkning og språkfilosofien om at ” How we speak about something is indicative of how we value and treat it”. I tillegg kan en negativ forhåndsdefinisjon lett lede til selvpoppfyllende spådommer. Eksempler på dehumaniserende og konfliktorientert språkbruk er for eksempel ”legge ned pasienten”, ”schizofrene”, ” de psykisk syke” ”borderline-ere”, ”manipulerende”, ”oppmerksomhetssøkende” og ”non-compliant”. Språket skal i større grad gjenspeile at personen kan være kulturelt kompetent, og gjennomsyre en respektfull og personsentrert holdning til pasienten. Det er viktig å benytte navnet til personen og ord som ”personen”, ”brukeren”, ”voksne”/”barn” og/eller ”pasienten som er i bedring”.

Eksempel 8: Reduksjon i bruk av S/R i en ungdomsavdeling for pasienter med utviklingshemming og alvorlig psykiske problemer.

Schreiner et al (2004) beskriver et vellykket utviklingsprosjekt ved Southeast Louisiana Hospital i Mandeville LA. Prosjektet bestod av to faser: 1) vurdering og 2) systemintervensjoner.

Vurderingsfasen

I den første fasen nedsatte man en tverrfaglig komité som så på enhetens mønster i bruk av S/R og vurderte mulige faktorer som førte til bruk av disse intervensjonene. Komiteén formulerte så en plan for tvangsreduksjon som var konsistent med sykehusets visjon om å ”gi en trygg og rehabiliterende behandling og omsorg”. Komiteen bestod av enhetenes sjefpsykiater, sjefpsykolog, oversykepleier og administrativ leder for enheten. Prosjektet skulle også forbedre pasientivaretakelsen, skape et tryggere og mer positivt boligmiljø og redusere den potensielle faren for skader i forbindelse med bruk av isolat og tvangsmidler. Planleggingsfasen varte tre måneder og inkluderte tilslutt tre hovedtilnærminger i denne fasen: 1) man innsamlet en baseline for S/R bruken og en database for mønsteranalyse, 2) omfattende åpne og ustrukturerte intervjuer med personalet om deres syn på riktig bruk av S/R samt rasjonale for å benytte disse. Disse avdekket mange myter og misforståelser om bruk av disse intervensjonene. I tillegg ble det gjennomført gruppeintervjuer med pasientene om opplevelser av S/R. Pasientene fortalte her også om positive faktorer ved isolat og tvangsmidler som metode for å gjenvinne kontroll, for å fremstå som tøff i forhold til de andre ungdommene og som en måte å få oppmerksomhet fra personalet på (se pkt.3.13.3), og 3) I tillegg til dette forsøkte prosjektet å ha i det minste en person fra komiteen som observator i hver mulige krisesituasjon (hvor en pasient truet eller viste aggresjon eller selvskade) og situasjoner som inkluderer bruk av S/R. Observasjonene viste i likhet med mytene at personalet for raskt grep inn med de sterkeste restriksjonene (S/R) og ofte kun etter én episode med selvskade eller aggresjon. I hvert tilfelle så personalet likevel mulighet for å finne en mindre restriktiv intervensjon. I mange tilfelle var det mange mulige alternative løsninger, men disse var ikke prøvd ut. Man fant også at det ofte var noen nøkkelpersoner i posten som avgjorde beslutningene om tvangsbruk, selv om de ikke hadde lederansvar. Disse var en viktig gruppe å arbeide med i forhold til tvangsbruken.

Systemisk intervensjonsfase

Den systemiske intervensjonsfasen begynte med at ledelsen og komiteén kunngjorde en enkel og formell erklæring til hele personalgruppen om at reduksjon av S/R var en prioritet for enheten. Kunngjøringen ble fulgt opp med møter med alle teamene på slutten av vurderingsfasen hvor de organisatoriske målene og ”offentlige” direktivene om tvangsreduksjon ble definert og gjennomgått. Man påpekte de positive effektene av tvangsreduksjon for personalet, som bedre boligmiljø for pasientene, hyggeligere arbeidsmiljø for personalet og redusert fare for skader på personalet og pasienter. Personalet ble oppmuntret til å se muligheter for å benytte minst mulig restriktive intervensjoner i krisesituasjoner og gjennom dette redusere S/R. I tillegg ble tvangsdata gjennomgått hver måned. Videre gjennomførte man flere ulike personalintervensjoner som utdanning og trening av personalgruppen (pkt. 3.12),

behandlingsintervensjoner med pasientene hvor man bla engasjerte pasientene selv til å bidra til redusert bruk av S/R på ulike måter og systemendringer rettet mot reduksjon av S/R.

Resultater

Det totale antall episoder av isolat og belter ble redusert med 38 % gjennom perioden. Dette førte også til at personalet var mindre involvert i S/R episoder og til bedre pasient-personalinteraksjon. Det ble ikke benyttet mer eventuelt-medisin, slik at disse ikke overtok som erstatning for S/R.

3.5.3 Traume-informert behandling og omsorg ("care")

I flere av artiklene blir behovet for tvangsreduksjon og alternativene begrunnet med det de kaller den voksende vitenskapelige kunnskapen om "trauma- informed care" (Huckshorn 2004, 2007, Visalli og McNasser, Cusack et al 2003, Bonner et al 2002, Fruh et al 2005). Bakgrunnen for den økende oppmerksomheten er forskning som viser at det finnes en stor forekomst (opp til 98%) av traumatiske livshendelser for mennesker med psykiske lidelser og som er innlagt i institusjon. Man mener så at tvang kan skape traumer eller post-traumatisk stress syndrom som gir alvorlige ettervirkninger. Behandlings- og omsorgssystemene bør dermed bygge inn en tenkning om at tvangsmessige eller voldelige handlinger potensielt kan føre til retraumatisering og/eller skape nye traumer og derfor bør unngås.

Cusack et al (2003) og Fruh et al (2005) finner for eksempel at mange pasienter med tidligere livstraumer opplevde traumatiske eller skremmende erfaringer under sykehusinnleggelsen. Disse hendelsene hadde ført til at de hadde opplevd seg ydmyket, ulykkelig og redde. Dette var spesielt tilfelle hos pasienter som hadde vært utsatt for tvang eller isolat. Erfaringene omhandlet blant annet å bli utsatt for eller se fysiske overfall (av medpasienter eller personalet), å bli hentet av politi, tvangsinnlagt, seksuelle tilnærminger, oppleve personell som snakket nedlatende til pasienter, eller det være innelukket med svært dårlige eller sinte medpasienter. For flere hadde tvangsbruken vekket til live tidligere traumer. Kun 23 % hadde snakket med personalet om disse erfaringene, men satte pris på å diskutere dem i intervjuene. Resultatene taler for å unngå slike hendelser i avdelingene, samt at personal og pasienter snakker mer sammen om disse ting. Fruh et al (2003) viser også hvordan pasienter kan ha traumatiske og skadelige opplevelser under sykehusoppholdet pga erfaringer med politi ved innleggelse, personalet eller andre medpasienter.

Vekten på traumer har ført til at man understreker viktigheten av "traumeinformerte systemer" som er rettet mot å unngå å skape skade. Gitt pasientenes tidligere historie, må avdelingene utformes slik at de er klar over de potensielle alvorlige konsekvensene av traumatiske, skremmende og ydmykende erfaringer under sykehusopphold. Det trengs derfor økt kontroll av sykehusvirksomheten, sensitivitetstrening av personalet og reduksjon av tvangsbruk.

3.5.4 Krise og krisehåndtering

Det er også flere artikler som forstår situasjoner som kan lede til tvang som at pasienten er *i krise* eller det er oppstått en *krisesituasjon* i stedet for å fokusere på pasienten som aggressiv eller voldelig, selv om disse elementene kan finnes der (bla Smith et al 2005, McCue et al 2004). Alternativene til tvang er dermed rettet mot å forstå og håndtere kriser på en annen måte enn ved

bruk av isolat, belter eller overdreven bruk av medisiner som gjør pasienten for ”neddopet” til å drive eget behandlingsarbeid. Dette fører til at mange er opptatt av kompetanseøkning om krisehåndtering i personalgruppen samt innføring av PERT- team (se pkt. 3.2).

3.5.5 Tilnærminger til problemer som omhandler aggresjon, vold og sikkerhet

Et viktig område i forbindelse med tvangsbruk er spørsmålet om hvordan man på best mulig måte skal løse problemer i forhold til aggresjon, vold og sikkerhet. I den internasjonale og nasjonale forskningen er det ofte ulike oppfatninger om bruk av tvang som behandlingsmessig eller sikkerhetsmessig løsning på disse problemene (jf Richter, Whittington et al 2006). Det kan synes som om tendensen til å omhandle disse begrepene som abstrakte og generelle bidrar til å skape uklarhet om disse spørsmålene. Flere studier viser for eksempel at spørsmålet om urolig atferd eller sosialt avvikende atferd er vel så viktig for bruken av isolat, skjerming og tvangsmidler som vold (se pkt.3.3). Det skilles ofte for lite mellom ”rutinisert tvangsbruk” og tvangsbruk som oppstår i konkrete vanskelige situasjoner. Videre diskuterer i forholdsvis liten grad hvorvidt det som defineres som aggresjon eller vold i posten kan skyldes pasientens protest mot selve tvangsinnleggelsen i institusjonen og ønske om alternative tilnærminger til problemene. I denne rapporten kan vi ikke gå i dybden på disse faglige debattene. De nevnes imidlertid innledningsvis for å sette diskusjonen inn i en videre sammenheng. I resten av punktet vil vi beskrive hvordan utviklingsprosjektene forholder seg til problemer med aggresjon, vold og sikkerhet og deres forslag til, og erfaringer med alternative intervensjoner for å løse problemene.

I flere artikler om alternativer til tvang fremheves betydningen av en god og ofte bedre vurdering av problemstillinger knyttet til atferd som omhandler sinne, aggresjon og vold. Flere bidrag peker på betydningen av å definere hva man legger i aggresjons- og voldsbegrepet og innsamle informasjon om pasientens subjektive mening bak atferden (bla Visalli et al 1997b, Visalli og McNasser 2000). I visse situasjoner gjenspeiler pasientens sinne ikke en patologisk aggresjon, men sunn selvhevdende reaksjon på krenkelser av sin verdige integritet eller det å ikke bli hørt. Det påpekes også at det er viktig å ikke bare se på atferden kun som problematisk atferd, men som uttrykk for *behov* pasienten har og som trenger å bli ivaretatt (Black & Haralambous 2005). I flere bidrag (deriblant Clover 2005 og Huckshorn 2007) påpeker man en tendens til at man i for liten grad har sett på miljøet eller samhandlingen som sinne eller vold inngår i, og hvordan man kan skape andre interaksjoner som reduserer faren for vold. Både internasjonalt og nasjonalt finner man for eksempel at situasjoner som endte opp i tvang begynte med en krangel om en husregel (Visalli og McNasser 2000, Huckshorn 2004, 2007). Alternative tilnærming til bruk av husregler og restriksjoner kan dermed bidra til å forhindre slike eskalerende konfliktforløp.

I utviklingsprosjektene tar man samtidig problemene med aggresjon og vold på alvor som viktige og vanskelige problemstillinger å løse. Det synes dermed i liten grad som at man ser lettvtint på disse problemstillingene. Dette skyldes trolig at mange utviklingsprosjekter er nært forbundet med praksisfeltet og det daglige arbeidet i postene. Et eksempel på dette er at man ved Mohawk Vally Psychiatric Center (Visalli et al 1997, Visalli og McNasser 2000) har utviklet en offentlig politikk om at sykehusets område skal være et ”voldsfritt område”. Pasientene må ved innleggelsen underskrive et rutinebasert skjema om at de forplikter seg til å overholde dette. Samtidig påpekes det i skjema at personalet da på sin side er forpliktet til å lytte til det pasienten har å si og sammen finne løsninger på de behov som pasienten har. Det skal dermed ikke være

nødvendig å kaste møbler el for å bli hørt. Vanlig kommunikasjon skal tilstrebes av alle parter. Dette inngår i en mer generell behandlingstenkning om at sykehuset skal gjenspeile en streben mot ”sunne relasjoner”. I en sunn relasjon skal begge parter få komme til ordet og bli hørt som utgangspunkt for forhandlinger. Både personalet og pasienter skal tilstrebe dette.

En vanlig oppfatning i utviklingsprosjektene er at mange situasjoner i tilknytning til tvang er komplekse og vanskelige. Det er derfor viktig å styrke personalet slik at de er i stand til å takle problemene på en annen måte enn ved tvang. Dette viser seg for eksempel ved dannelsen av PERT – team (Psychiatric Emergency response Team) ved Pennsylvania (se Eksempel 3). I vanskelige krisesituasjoner og ved vanskelige ”uro-tilstander” bør man allokere organisasjonens ressurser slik at man kan få til en bedre løsning av situasjonen for personalet og pasientene. Tvangsbruk kan i mange tilfelle være resultat av en institusjonens defensive reaksjon på uorden, uro, sinne og vold (Jönsson 1997). Ved å styrke personalet kan man bidra til å løse problemene uten bruk av fysisk tvang som igjen gir mindre fare for skade på pasienter og personale. Eksempelvis Sullivan et al (2005, eksempel 9) fremhever at en viktig årsak til deres vellykkede reduksjon av S/R gjennom et voldsforebyggende program er at en stor andel av bruken i praksis egentlig skyldes uro eller forvirring, mer enn umiddelbar fare for vold. Personalet predikerer og frykter ofte vold fordi de mangler alternative løsninger. Økte ferdigheter i vurdering av pasientens problemer og alternative tilnærminger reduserer dermed også frykten for vold.

Det synes også som mange har en mer aktivt behandlingsmessig tilnærming til pasientens sinne- eller voldsproblematikk (Visalli et al 1997, Visalli og McNasser 2000, Smith et al 2005). Utviklingsprosjektene viser gode resultater i forhold til voldsforebygging, også ved akutte innleggelser, gjennom en kombinasjon av mer positive og proaktive tilnærminger til pasientene, trening i personalet vurdering av aggresjon/vold og samarbeid med pasientene om egne mestringsmåter (også Sullivan et al 2005). I tillegg utvikler man ulike behandlingsverktøy og tilnærminger som er rettet mot å øke kompetansen om egenmestring hos pasienter (punkt 3.13).

Eksempel 9: Voldsforebygging og tvangsreduksjon gjennom alternative intervensjoner.

Sullivan et al (2005) beskriver prosessen ved Elmhurst Hospital Center i Queens, New York City når de innførte ”The Violence Safety Programme ” i 2002 – 2003. Programmet var rettet mot en kraftig reduksjon i bruk av isolat og tvangsmidler i avdelingene samtidig som man ville skape et sikkert og terapeutisk miljø for pasientene. Sykehuset er et akutt- og allmenn hospital med 525 senger og har dermed ansvar for akutte innleggelser. 65 % av pasientene var innlagt via politi eller kriseteam.

Utformingen av intervensjonene: I 2001 besluttet avdelingen for psykiatri at de ville tilslutte seg det departementsomfattende initiativet om å redusere S/R til så nært null som mulig. Denne tenkningen var influert av filosofien til JCAHO og CMS (se pkt. 3.3.). New York State hadde på denne tiden lenge gjennomført ”en – time- regel” ved bruk av isolat og tvangsmidler (se Vedlegg 1). Initiativet representerte derfor i hovedsak en endring i filosofi hvor man nå i større grad fremhevet at alternativer kan være veldig effektive og at bruk av S/R virkelig skal være en siste løsning. Tenkningen om at bruk av restraint var en ”treatment failure” eller ”failing to meet the patient’s need” var en svært radikal endring i filosofi for noen ansatte i avdelingene. Prosjektet utfordret status quo ved å innlemme følgende forventninger til personale:

- 1) Å øke personalets og pasientenes sikkerhet ved å redusere bruk av S/R.
- 2) Støtte pasientens involvering i behandlingen ved å bruke pasientens selvvalgte intervensjoner for å håndtere aggresjon.
- 3) Intervenere før tap av kontroll, forsterke sikkerhet gjennom identifikasjon og vurdering av vold.

- 4) Støtte opp under troen på at pasientene har kontroll over sin atferd også i kriser og at de gjennom personalets støtte kan gjøre adekvate valg.
- 5) Sørge for kreativ støtte, ikke kontroll ved å benytte nye metoder som situasjonell allianse, empati, improviserende teknikker, tøye husreglene, lytte til pasienten og respektfull bruk av humor.
- 6) Se og forstå ulike kulturelle måter sinne kan uttrykkes på (gitt multikulturelt pasientbelegg).
- 7) Skifte paradigme fra vekt på personalets frykt og kontroll til empowerment av pasienten og samarbeid. Sendte beskjeden om at "vi er i dette sammen og sammen kan vi klare å komme gjennom dette."

Resultater: Viktige alternative metoder til isolat og tvangsmidler som ble benyttet var særlig samtaler med personalet og turer ut med personalet. Deretter bruk av "time-out" i et rolig rom/område og reduserte stimuli. Andre tiltak var å få samtale med utenforstående per telefon, film/TV etter eget valg og samtale med andre pasienter med assistanse av personalet. I prosjektperioden ble omfang av episoder og varighet av isolat og belter kraftig redusert. Det var også en reduksjon i skadelig atferd og krangler samt i antall timer til observasjon. Ut fra målinger på en post ble også bruk av eventuelt-medisin redusert. Liggetiden forble den samme. De mener derfor at tvangsreduksjon er fullt mulig i akuttavdelinger. Tvangsreduksjon trenger ikke nødvendigvis å føre til økt vold, skader, lengre opphold i sykehuset eller mer bruk av "kjemiske" tvangsmidler eller observasjonstid. Det var imidlertid ulike effekter i de ulike postene avhengig av postens særegne karakteristikker og kultur.

I flere bidrag påpekes det at isolat, skjerming og tvangsmidler ikke bare kan forstås som intervensjoner som reduserer skade og vold på personal og pasienter, men at disse intervensjonene også kan forstås som "*høyrisiko- intervensjoner*" som øker faren for psykiske og fysiske skader på både personal og pasienter (eksempelvis Visalli et al 1997, Visalli og McNasser 2000, Smith et al 2005, Wynn 2003). Reduksjon av slik tvangsbruk kan dermed føre til mindre skade på personalet og pasientene. Som Smith et al (2005) påpeker, er det samtidig ulike vurderinger i forskningen mellom de som mener at isolat /skjerming reduserer vold og de som viser til at disse intervensjonene kan øke faren for aggresjon og vold på grunn av høyt konfliktnivå og uforutsette hendelser i "kampens hete". Det vil derfor være behov for ytterligere forskning for bedre å differensiere når intervensjonene virker forebyggende og når de selv kan bidra til økt konflikt og skade.

Forskning viser likevel at mange personalskader skjer i grensesettingssituasjoner og i situasjoner i tilknytning til isolat, skjerming og tvangsmiddelbruk (eksempelvis Vatne 2002, Wynn 2002, 2003, Norvoll 2007, Visalli et al 1997, Smith 2005 et al, Sullivan et al 2005). Visalli et al (1997) fremhever at særlig fysiske kampsituasjoner, som ved en beltelegging, øker farene for skader for begge parter. På bakgrunn av denne tenkningen innførte de en "*hands- off philosophy*" ved sykehuset (Visalli og McNasser 2000). Dette innebærer at man i det lengste utsetter bruk av fysisk makt eller fysiske virkemidler fordi dette ofte utløser eskalerende situasjoner med økt fare for skader på personalet og pasienter. Man bør derfor tilstrebe at situasjoner heller løses verbalt gjennom kommunikasjon og andre tiltak. I tillegg vektlegger man betydningen av å støtte personalet gjennom lederskap og økt kompetanse og ferdigheter i kommunikative tilnærminger i slike situasjoner (jf pkt. 3.12). Dette leder an til neste punkt som omhandler betydningen av lederskap for tvangsreduksjon og utvikling av alternative tilnærminger innenfor sykehusorganisasjonen.

3.6 Betydningen av lederskap og en klar plan på alle nivåer

En viktig faktor som påpekes i mange artikler er den store betydningen av et tydelig lederskap på alle nivåer for å redusere tvangsbruk og en kontinuerlig støtte fra ledelsen gjennom utviklingsarbeidet (bla Visalli og McNasser 2000, Huckshorn 2004, Smith et al 2005, Donat 2005, Gaskin et al 2007). Viktigheten av lederskap omfatter støtte til tvangsreduksjon på statlig nivå. I tillegg er det viktig at den administrative og faglige ledelsen i sykehusene utvikler en visjon om tvangsreduksjon, en systematisk plan for dette arbeidet og en oppfølging eller kontroll over tvangsbruken i organisasjonen.

3.6.1 Støtte til tvangsreduksjon på statlig nivå

I flere utviklingsarbeider påpekes viktigheten av bestrebelsene til de statlige helsemyndighetene i arbeidet for tvangsreduksjon (bla LeBel et al 2004, Smith et al 2005, McCue et al 2004, Curie 2005, Glover 2005, Fisher 2003). Dette aspektet er også tidligere berørt i forbindelse med satsingen i USA (pkt. 3.3).

I artiklene beskrives flere tiltak fra helsemyndighetene som har bidratt til tvangsreduksjon. For det første har myndighetene stor betydning for tvangsreduksjon ved å utarbeide et lovgrunnlag som begrenser og kvalitetssikrer tvangsbruken. I delstater med mest offensiv holdning til tvangsreduksjon (jf Pennsylvania State, eksempel 2), bidrar de de statlige myndighetene til tvangsreduksjon ved å gi sterkere legale restriksjoner for tvangsbruk og ved å avgrense kriteriene for institusjonsintern tvang til nødssituasjoner. De legale restriksjonene omfatter blant annet økt kontroll med bruken, økt restriksjoner i forhold til når og hvor isolat og belter kan benyttes, hvem som kan iverksette bruken og tiden disse virkemidlene kan benyttes. I tillegg pålegges debriefing (se pkt. 3.7) etter hver episode, også med en uavhengig representant (ikke personale) for pasienten det angår.

Et annet viktig virkemiddel har vært å sette offentlige målsettinger og standarder gjennom utarbeidelse av en spesifikk policy for tvangsbruk som inkluderer de alternativene som er beskrevet i denne rapporten. Et eksempel er manualen til New York State Government i Vedlegg 1. Tilsvarende er utarbeidet i Pennsylvania. I tillegg påvirker myndighetene fagfeltet ved å utarbeide kvalitetsindikatorer for tvangsbruk. Denne ble knyttet til offentlig finansieringsordninger i USA

Videre benyttes en del pedagogiske og økonomiske virkemidler. De statlige helsemyndighetene har bedt sykehusene utarbeide en strategisk plan for tvangsreduksjon (Smith et al 2005, eksempel). Det gis også tilskudd til utviklingsprosjekter fra statlige myndigheter (jf pkt. 3.2). Det Videre gjennomføres årlige eller kvartalsvise besøksrunder ved det enkelte sykehus fra statlige myndigheter hvor sykehuset tilhører. I besøkene gjennomgår man data om tvangsbruken og sykehusets interne kontroll med tvangsbruken. Samtidig besitter de statlige helsemyndighetene spesiell kompetanse om tvangsreduksjon slik kan veilede det enkelte stedet om ulike alternativer til tvang på besøkene, eksempelvis om kriseforebyggende planer (LeBel et al 2004). I tillegg til disse tiltakene er det beskrevet at helsemyndighetene i den enkelte delstaten oppmuntrer feltet til endring gjennom ulike konferanser som "Call for action"- samlinger hvor aktuelle aktører diskuterer muligheter for tvangsreduksjon samt årlige "provider- forum" eller ressursforum om

tvangsreduksjon og alternativer til tvang. Det er holdt delstatsomfattende konferanser om ”beste praksis” ved tvang som innlemmer alternativer til tvang. Gjennom disse ulike tiltakene bidrar helsemyndighetene til å skape kulturelle endringer og øke kompetansen om disse tema.

3.6.2 Lederskap i sykehusene

I mange bidrag fremheves den sentrale betydningen til sykehusets administrative og faglige ledelse for tvangsreduksjon. Bakgrunn for mange av kvalitetsutviklingsprosjektene i sykehusene har også vært lederes mål om å redusere bruk av restriktive intervensjoner ut fra en ny visjon og behandlingsfilosofi.

Visalli og McNasser (foredrag BAT 2007) og Huckshorn (2007) påpeker at ledelsens betydning er avgjørende fordi bare lederne:

- Har autoritet som er nødvendig for å gjøre endringer
- Kan gjøre reduksjon av tvang til et høyt prioritert område på agendaen
- Sikre utviklingsplaner på området
- Redusere og eliminere organisatoriske barrierer
- Tilby eller reallokere nødvendige ressurser
- Holde folk ansvarlig for deres handlinger

Gaskin et al (2007) påpeker på samme vis i sin review-artikkel at ledelsen synes å ha betydning ved å sette nye forventninger til tvangsreduksjon og endre policyen ved tvangsbruk. Ledelsen er også viktige ved at de offentlig forsvarer viktigheten av tvangsreduksjon (Fisher 2003).

Forfatterne mener også at ledelsen har betydning for å endre praksis gjennom å gjøre tvangsreduksjon til en prioritert oppgave (Schreiner et al 2004), og ved å gi personalet nok ressurser til å redusere tvangsbruken. I tillegg er ledelsen, som vi skal vise til i neste punkt, sentrale for å introdusere ulike revisjonsverktøy hvor man samler informasjon og gjennomgår hver S/R - episode (Taxies 2002). For å bidra til tvangsreduksjon har også det å skape en visjon og leve nøkkelverdiene vært effektive lederstrategier. Det er viktig å utvikle de menneskelige teknologiene og passe på personalets innsats og ytelse. I tillegg er det viktig å ha oversikt over uheldige hendelser og sikre at forebyggingsplaner for reduksjon av tvang og vold utvikles og implementeres (Huckshorn 2007).

En viktig side ved lederskapet og kvalitetsutviklingsarbeidet er supervision eller det å ta kontroll over dem kliniske virksomheten gjennom oversikt over det som foregår (Visalli og McNasser 1997). Lederne og personalet i direkte utøvende virksomhet er ansvarlige for å ha oversikt over og implementere alternativene til S/R (Visalli og McNasser 2000). Denne kontrollen av virksomheten kan skje på ulike måter. Ved at ledelsen sikrer seg informasjon om det som foregår i forhold til tvangsbruk i postene for eksempel gjennom datamonitorering og systematisk debriefing og review av tvangshendelser. Dette vil vi utdype i de to neste punktene.

Ledelsen er også ansvarlig for å skape en behandlingskultur som bidrar til å møte pasientenes behov og for å øke ferdighetene hos personalet. Det er viktig å skape et emosjonelt trygt miljø i posten hvor folk kan utprøve sine nye ferdigheter gjennom formelle og uformelle aktiviteter og veiledning. I tillegg bør ledelsen ha oversikt over spesielt vanskelige situasjoner/ problemstillinger hvor det er behov for å sikre at personalet er korrekte, kompetente og ansvarlige

for behandlingen. Ledelsen bør bli tilkalt på et tidlig tidspunkt når en mulig eskalering eller krisesituasjon kan oppstå, slik at de kan øke valgmulighetene og allokere tilstrekkelige ressurser til at man kan unngå at en krisesituasjon oppstår. Ledelsen skal bidra til å endre miljøet gjennom kontinuerlig observasjon, endring og å følge opp tilnærmingene til potensielle eller etablerte kriser. Når spenningsnivå øker, er det lett for at pasienten ikke ser muligheter. Personalet må derfor bidra til at pasienten kan se flere muligheter. Gjennom en slik aktiv tilnærming kan pasientene lære at noen tror på dem, bryr seg om dem og at det finnes løsninger, utviklingsmuligheter og muligheter til å mestre situasjonen.

Eksempel 10: Erfaringsmessige hindringer mot suksess

Huckshorn (2007) beskriver på bakgrunn av sin omfattende erfaring med utviklingsprosjekter i sykehusene noen hindringer mot suksess:

- Ingen overordnende ledere deltar aktivt i arbeidet, alt blir delegert.
- Personal som er kritiske 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..
- S/R 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 S/R, 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 best praksis.
- Brukerne (pasienter/pårørende) er ikke virkelig involvert, kun talemåter.
- S/R trening er orientert mot legge personen ned, ikke forebygging
- Debriefing er ikke systematisk og forpliktende endringsarbeid, men kun en ventilasjon for personalet.

3.6.3 Å utvikle en klar visjon om tvangsreduksjon

Et viktig moment som ble fremholdt i forrige punkt som del av effektivt lederskap, var utformingen av en visjon eller ”mission” om tvangsreduksjon som grunnlag for endringsarbeidet. Denne visjonen gir arbeidet retning. Arbeidet med å samle de ansatte rundt en felles visjon bidrar også til å skape en organisasjonskultur på dette praksisområdet i sykehuset.

Visalli og McNasser (1997) utviklet for eksempel en felles visjon for sykehuset ved å etablere en stor styringskomité bestående av 50 personer som representerte hver avdeling i sykehuset. Denne visjonen fastslo at sykehuset skulle gi individualiserte kvalitetsmessige tjenester inkludert tvangsreduksjon som skulle fremme bedring fra alvorlig psykisk lidelse. Visjonen ble publisert bredt i organisasjonen, og det ble holdt fokusgrupper med personalet for å diskutere hvordan denne visjonen kunne prege behandlingen. Deretter benyttet styringskomiteen den nedtegnede visjonen og tilbakemeldingen fra fokusgruppene til å utvikle en strategisk plan. Siden de administrative lederne har en stor innflytelse på sykehusets daglige aktiviteter, må de styrke

oppslutningen om visjonen gjennom ulike roller som veileder, lærer, kontrollør, leder og service - koordinator. De viser til et eksempel med husregler hvor tidligere regelpraksis ikke hadde gitt pasienten anledning til å uttrykke sinne på samme måte som i det vanlige samfunnet. Gjennom at lederne, behandlingspersonalet og brukerrepresentanter gikk sammen, endret man policy til at avdelingene skulle gi mer rom for fleksibilitet og individualitet for å møte pasientenes behov.

3.6.4 Å utvikle en handlingsplan for tvangsreduksjon

En viktig faktor for å utvikle alternative praksiser er at ledelsen utvikler en handlingsplan for forebygging og reduksjon av tvang. Visalli og McNasser (2000) påpeker også nødvendigheten av en langsiktig handlingsplan. Etter deres erfaring tar utviklingsarbeid på dette området lang tid, og det vil derfor være viktig å ha en langsiktig strategi. Som del av kvalitetsutviklingsarbeidet bør man sette opp de tiltak som vil være nødvendig lokalt for å få ned tvangen. På denne basis utvikler man en handlingsplan hvor man prioriterer når de enkelte tiltak skal gjennomføres i forhold til hensiktsmessighet og ressurser som er til rådighet. Planen bør ivareta tvangsforebyggende tiltak på organisatorisk nivå og planarbeidet være ledet av lederen for institusjonen eller avdelingen.

Ut fra beskrivelsene i litteraturen (bla Swauger og Tomlin 2000 og Smith mfl 2005) ser det også ut som at de steder som har hatt suksess – også i akuttposter - har utviklet egne mer omfattende ”programmer” for tvangsreduksjon ved sykehuset (”restraint reduction programme”). Disse programmene inneholder flere delementer som til sammen gir gode effekter. Utformingen av programmene er såpass inngripende at det er trolig at de må forankres, ledes og iverksettes på høyt ledelsesnivå i organisasjonen for sikre tilstrekkelige ressurser og fremdrift over tid.

Det er sammenfallende beskrivelser av hva planen bør inneholde i flere artikler. Det fremheves blant annet at planen skal operasjonalisere sykehusets visjon om behandlingsfilosofi og tvangsreduksjon slik at visjonen og behandlingsfilosofien blir operasjonell i de daglige interaksjonene i sykehuset, policy og behandlingsarbeidet. Planen må være basert på et kontinuerlig forbedringsarbeid, at endring av kulturer tar tid og at folk lærer ettersom de går (bla Visalli og McNasser 1997 og 2000).

Huckshorn (2004, 2007) fremhever også at strategiplanen bør være handlingsrettet, inneholde mål, definerte utviklingsområder og handlingsaktiviteter som skal sikre måloppnåelse over tid. Man kan tenke seg planen som en behandlings- (eller pleie-) plan, men på organisatorisk nivå. Den bør ha en forebyggende tilnærming, inkludere kontinuerlige kvalitetsutviklingsprinsipper og individualisere i forhold til den enkelte enhet eller post. Den skal videre inneholde data for fullføring og ansvarlig person. Videre bør målsettingene være operasjonalisert og lett målbare. Rollene i utviklingsarbeidet bør tydeliggjøres og kommuniseres ut til alle.

Planen bør involvere ledere, personale for alle fagdisipliner (horisontalt organisert), personell med spesiell kompetanse på området, brukere og andre aktuelle. Visse steder har man også nedsatt egne tverrfaglig ”arbeids-og/eller utviklingsteam” som mottar direktiver fra ledelsen og har spesielt ansvar for å implementere disse i postene. Teamets koordinator rapporterer tilbake til ledelsen. Teamets arbeid skal igjen være rettet mot forebygging av tvang og mot forbedring av personalets ferdigheter på området. Det er viktig å sette opp rutiner for arbeidet med jevnlige

møter og skriftlige møtereferater. Planen bør revideres jevnlig. Videre skal man erstatte medlemmer i teamet etter som det er nødvendig. Ledelsen må være involvert og gå god for planen til enhver tid.

Som det fremgår av beskrivelsene til Visalli og McNasser (1997, 2000, presentasjon Oslo 2007) jobbes det med mange ulike tiltak på ulike nivåer i sykehusorganisasjonen. Det første året omhandlet i stor grad det å tydeliggjøre ledelsens rolle i arbeidet, utarbeidelse av en visjon og arbeid med å få denne visjonen til å gjennomsyre sykehusets organisasjon på alle plan. Brukerne ble raskt inndratt i utviklingsarbeidet på ulike plan. Det synes ikke som planarbeidet er rettlinjet i den forstand at man kommer tilbake til samme tiltak flere ganger i løpet av utviklingsarbeidet, men da kanskje på en ny måte. Det innledende arbeidet omhandlet dermed i stor grad det å revidere sykehusets visjon og verdier til å reflektere sykehusets forpliktelse til filosofien om tvangsreduksjon, utvikle en strategisk plan for dette og jobbe med dette i avdelingsvise arbeidsgrupper slik at de blir gjennomført i postene. Videre reviderer man tvangspolicyen slik at denne reflekterer den nye filosofien. I den innledende fasen benyttes også ulike muligheter til å spre den nye visjonen og behandlingsfilosofien fra ledelsen ved eksempelvis innlegg fra ledelsen i sykehusets informasjonsbrev, at ledelsen deltar i alle debriefinger av tvangshendelser og ved at dette inkorporeres som kjernepensum i personalutdanningen og i ledelsens innlegg der. I tillegg økes tilgjengeligheten til ledelsen og assisterende stab i krisesituasjoner på ulike måter. Deretter inkorporeres de ulike intervensjonene som er beskrevet for øvrig i rapporten.

Eksempel 11: Andre eksempler på vellykkede utviklingsprosjekt basert på nytt lederskap og strategisk plan ved ulike sykehus i USA (Huckshorn 2007)

Elgin Mental Health Services, Chicago. Varighet 2000-2007. Sterk reduksjon i bruk av isolat og belter samt skader på pasienter. Effektive strategier: Utvikling av formell plan, traume- informert behandling, revisjon av postens husregler, brukerråd med full involvering, kick-off ved avdelingene, personalopplæring ift forebyggende modell, beroligende rom, ny policy om å redusere timer ved tvang, bruk av data, pris til personalet for best praksis og bruk av fortellinger av personell og pasienter.

Worcester State Hospital, Massaschusetts. Varighet 2003-2007. Sterk reduksjon i bruk av S/R. Effektive strategier: Utarbeidelse av plan, ny policy for bruk, kick-off, personalopplæring, bruk av data distribuert til personalet, jevnlig møter med personalet og profesjonsforbund for å vurdere utviklingsområder, tidlig intervensjon, stimulirelaterte metoder, konsultasjonsteam, brukerinvolvering og debriefing.

Atlantic Shores Healthcare, South Florida State Hospital, Pembroke Pines. Varighet 1999-2007. Reduksjon i S/R og kontinuerlig holdt nede. Effektive strategier: Uttrykt målsetting, brukere ansatt og benyttet, døgnkontinuerlig tilgjengelig legetilsyn med morgen reviews, ledelsen daglige runder alle poster, bruk av data, personalopplæring, endring av policy, komfort- rom, endring i sikkerhetsrutiner og sykepleierutiner, debriefing inkludert pasienten, alle er ansvarlige, "behandlingssenter" ("treatment mall", ulike behandlingstilbud som pasienter fra ulike poster kan nyttiggjøre seg eksempelvis sinne- håndteringsgruppe, rusavhengighet, yrke- og fagveiledning, aktiviteter mm). Arbeidskontor/tilbud.

Massachusetts Child og Adolescent Services. Varighet 2001- 2007. 85 % redusert bruk av S/R. Isolattiden ned med 50 %. Effektive strategier: Identifisere "resept for tvang" som er: a) utfordrende atferd – grensesetting – eskalering – mer restriktiv personell- barnet mister kontroll – bruk av S/R. b) Ignorere

tidlige varselsignaler og mangel på passende støttende intervensjoner, maktkamper med barnet som leder til eskalering, c) Mangel på trening og oppfølging av personalet, d) Mangel på erkjennelse av traumets betydning hos mange barn. Effektive strategier: program for tvangsreduksjon, identifisere gode behandlingsalternativer med vekt på forebygging og relasjonsbygging, ferdighetstrening personalet og barna, lederskap og forpliktelse. Best praksis- konferanse, kick-off, årlige treningsforum, kvartalsvise runder med myndighetene, innføring av behandlingsmodeller som fellesskapelig problemløsning, psykoedukativ modell, positiv atferdsstøtte, traume- informert systemterapi, holistisk og livsmot- orientert (Huckshorn 2007).

3.7 Bruk av data for å få oversikt og følge opp virksomheten

Et tiltak som blir fremholdt som viktig i mange av prosjektene er systematisk bruk av informasjon og data om tvangsbruken for å få oversikt over og for å kunne følge opp virksomheten i forhold til tvangspraksiser. Denne informasjonen kan komme fra mange ulike kilder og på ulike måter, eksempelvis fra det tverrfaglige teamet og fra brukerne (Visalli og McNasser 2000).

Visalli et al (1997:59) beskriver også et eksempel på et kvalitetsutviklingsskjema for datamonitorering som heter "*Behaviour Management Data Collection Tool*". Dette er presentert i Eksempel 12. Skjemaet, som brukes rutinemessig i posten, er utarbeidet for å få oversikt, stimulere til økt bevissthet om alternativer og sikre bedre lederoppfølging av hver tvangsepisode. Denne inkluderer også pasientenes opplevelser av tvangen, samtale med pasienten, forslag til nye, alternative intervensjoner og avsluttende kommentar og råd fra ledelsen om hvordan følge opp videre. Skjema sjekker også ut om vurdering av alternative tiltak og pasientens egne forslag er innebygd i behandlingsplanen i tiden fremover. I tillegg til denne informasjonen fremhever mange artikler viktigheten av å bruke dataregistreringen av tvangsbruken aktivt, også kalt datamonitoring. Dataregistreringen omhandler både antall episoder og antall timer eksempelvis i isolat og belter. Registreringene av tvangsbruken skal benyttes til å få oversikt over tvangsbruken til enhver tid, se om utviklingsprosjektene fører til reduksjon i tvangsbruken og for å utvikle alternativer.

Tvangsregistereringen er et viktig verktøy for ledelsen slik at man kan overvåke tvangsbruken til enhver tid ved det enkelte sted og sammenlikne tvangsbruken de ulike sykehus imellom. I tillegg er det enkelte steder (jf Pennsylvania State, Eksempel 3) utarbeidet et forenklet og lett tilgjengelig datasystem som personalet inne i postene kan benytte for å se utviklingen på egen hånd. Data om tvangsbruken er også tilgjengelige for brukerorganisasjonene i tilknytning til sykehuset. Dette fører til en mer transparent og informert praksis til enhver tid. Dataregistreringen av tvang er også benyttet aktivt i utviklingsarbeidet ved de fleste sykehusprosjektene som er beskrevet gjennom rapporten for å se om man oppnår målet om tvangsreduksjon. Oversikten over tvangsbruken skal gis tilbake til postene ukentlig eller månedlig, og oversiktene – sammen med oversikten over personalskader - skal gjøres til et aktivt tema på møter med personalet, ledelsen og brukerorganisasjonene.

Eksempel 12: Skjema ved tvangsepisoder: "Behaviour Management Data Collection Tool"

Instructions:

- . The most therapeutic approach is to use the least restrictive interventions. Restraint is the most restrictive.
- . Do not use seclusion with patients who have an MR diagnosis.
- . This form needs to be completed for each patient incident.
- . Forward this form to the Nursing Office with your daily log report.

I. IDENTIFYING DATA:

PATIENT: _____ C#: _____ UNIT/WARD: _____
 DAY: _____ DATE: _____ TIME: _____
 WARD RN Completing Form: _____

Was NA I or N III contacted? Yes _____ No _____, why not?

Suggestions given:

II. DESCRIPTION OF SITUATION, INTERVENTIONS AND PATIENT RESPONSE:

1. Describe the situation and patient's behavior prior to the incident. Include all precipitating factors.

2. INTERVENTIONS: All interventions must be documented in the progress note.

- A. () Verbalizing: Allowing the patient to express themselves with staff (primary helper, nurse).
 B. () Counseling: Helping them examine their thoughts, feeling, behaviors, options.
 C. () Limit setting: Provide acceptable alternatives and consequences.
 D. () Reassurance: Using a calm tone of voice, non-threatening posture.
 E. () Redirection: Helping them work out their anger in a positive way.
 F. () Change of environment: Changing rooms, going outside, etc.
 G. () Anger management: Allow patient to cope in their usual non-aggressive manner (time alone, pacing).
 H. () Time Out: Indicate length of time for each episode:
 #1. Length of time: _____ min. #4. Length of time: _____ min.
 #2. Length of time: _____ min. #5. Length of time: _____ min.
 #3. Length of time: _____ min. #6. Length of time: _____ min.
 I. () Medications: Were routine meds used/given early? Yes _____ No _____
 Were stat meds ordered? Yes _____ No _____
 Was P.O. offered before IM? Yes _____ No _____
 List meds given: _____
 J. () Comfort Wrap: Length of time: _____ min.
 K. () BMT: Did two or more persons conduct this intervention? Yes _____ No _____
 L. () Infection Control Blanket: Length of time: _____ (maximum 10 minutes) - not used under age 9
 Did two or more persons conduct this intervention? Yes _____ No _____
 Documentation of behaviors include biting or spitting? Yes _____ No _____
 Yes _____ No _____ If no, why not: _____
 M. () Code 7: 1. Did Safety Officer respond? Yes _____ No _____ Who _____
 If no, why not? _____
 2. Was emergency psychiatric equipment available? Yes _____ No _____
 3. The emergency psychiatric equipment was in good condition? Yes _____ No _____
 4. Were all needed medications readily available? Yes _____ No _____
 N. () Seclusion: Length of time: _____ min. 2nd order Length of time: _____ min.
 O. () Wrist-to-Belt: Length of time: _____ min. 2nd order Length of time: _____ min.
 P. () Restraint: Length of time: _____ min. 2nd order Length of time: _____ min.
TYPE: () 4-Point face up () 4-Point face down () 5-Point
 Q. Was Seclusion Tried Before Restraint? Yes _____ No _____ NA _____
 If No, Why Not:

1. Was the patient injured while being placed in seclusion/restraint? YES _____ NO _____

If yes, type of injury?

2. Were staff injured? YES _____ NO _____ If yes, how many and type of injury:

III. RESPONSE:

1. Was Safety Assessment completed? Yes _____ No _____
 2. Were interventions chosen by patient? Yes _____ No _____
 3. Explain patient response to intervention:

Figure 3. continues

4. What helped most? What would you try next time?

IV. POST PSYCHIATRIC EMERGENCY DOCUMENTATION:

A. Describe the patient's behavior after the episode:

B. What was the patient's response when you discussed the incident with him/her? (include patient's statement).

C. Have you added the intervention(s) which helped on the Treatment Plan? Yes ___ No ___ If no, explain:

V. COMPLETE FOR SECLUSION OR RESTRAINT EPISODES:

1. Were the following monitored as soon as possible after being placed in seclusion or restraint and every hour?

A) T. P. R.: Yes ___ No ___ B) Blood Pressure: Yes ___ No ___

If monitoring not completed, please explain:

2. If the patient was in seclusion or restraint for one hour,

- Were fluids given/offered at least every hour? Yes ___ No ___ (explain)

- Was toileting offered at least every hour? Yes ___ No ___ (explain)

- Was patient turned/repositioned, given ROM? Yes ___ No ___ (explain)

- Was patient's condition assessed and descriptively documented every 15 minutes? Yes ___ No ___ (explain)

- Does the progress note reflect the least restrictive interventions (A-I) and the patient's response? Yes ___ No ___ (explain)

- Were the interventions on the Nursing Assessment/Treatment Plan implemented? Yes ___ No ___ (explain)

ADDITIONAL COMMENTS: _____

RN COMPLETING FORM: _____ **DATE:** _____

NURSE ADMINISTRATOR TO COMPLETE: Review this form in its entirety.

- Identify problem areas and/or documentation deficiencies.
- Note the date problems and/or deficiencies were corrected with the responsible RN.

RECOMMENDATIONS FOR IMPROVEMENT/ACTIONS TAKEN:

SIGNATURE OF NURSE ADMINISTRATOR: _____ **DATE:** _____

Figure 3. Behavior management data collection form.

Dersom vi ser på presentasjonen av tvangsregistreringene i artiklene er tallene vanligvis oppgitt som enkle frekvensoversikter eller omregnet til relative tall hvor man ser på omfang av tvangsbruk i forhold til andel av antall pasienter eller antall innleggelser ved sykehuset. Det anbefales at man benytter en baseline av episoder og timer eksempelvis i belter på opptil seks måneder til ett år før iverksettelse av prosjektet for deretter å følge utviklingen i tvangsbruken etter at utviklingsarbeidet har startet (Huckshorn 2007). I tillegg benyttes registreringer av skader på personal og pasienter eller registreringer av voldsrelaterte hendelser. Voldshendelsene forstås imidlertid oftere i et langt bredere organisatorisk, samhandlingsmessig og mer brukerorientert perspektiv enn skaderegistreringene i dag.

Aktuelle data for å identifisere og analysere hendelser kan videre være:

- Avdeling/Dag/Skift/Tid på dagen
- Alder/kjønn/etnisitet
- Data om innleggelsen/diagnosen
- Pasientansvarlig lege
- Om personalet som var involvert i hendelsen utgjør noen spesielle mønstre.
- Antall skader og belastninger

Som vi skal komme tilbake til kan data benyttes for å overvåke prosessen og gjennom dette oppdage nye bedre praksiser. Dataregistreringen viser også at ledelsen følger tvangsbruken nøye og tar denne på alvor. Registrering av data skal ikke brukes på en straffende eller disiplinerende måte, men til å holde bevisstheten om tvangsbruken oppe. Gjennomgangen av data kan også bidra til å identifisere personale som er gode til å håndtere slike situasjoner og finne personell som trenger mer trening i slike situasjoner. Den sikrer at alle vet hva som foregår og kan på sitt beste stimulerer til sunn konkurranse om å få ned tvangen på sitt sted. Som vi skal utdype i neste punkt, kan de innsamlede data også benyttes i review eller debriefing hvor man gjennomgår tvangshendelser for å analysere dem.

3.8 Systematisk refleksjon, review og debriefing

Et annet tiltak som blir fremholdt i en rekke av artiklene er systematisk bruk av review (eng. oversettelse: gjennomgåelse) og debriefing (eng. oversettelse: avhør, avlegge rapport) etter hver tvangshendelse. Debriefing defineres blant annet som ” a stepwise tool designed to rigorously analyze a critical event, examine what have occurred and facilitate an improved outcome next time (manage events better or avoid event) (Huckshorn 2007). Debriefing omhandler spørsmål som:

- Hvem var involvert?
- Hva skjedde?
- Hvor skjedde det?
- Hvorfor skjedde det?
- Hva bidro til at det skjedde?
- Hva har vi lært av dette?

Debriefing inndeles ofte i to former; en *akutt debriefing* som gjøres rett etter en hendelse på posten for å samle informasjon, håndtere miljøet og ivareta sikkerhet. *Formell debriefing* som er en mer systematisk problemløsende hendelse med behandlingsteamet og pasient/pårørende, vanligvis 24 timer senere (se blant annen definisjonene til New York State i Vedlegg 1).

I likhet med datamonitorering skal review og debriefing ikke ha straffende aspekter i seg (mot personalet eller pasienten), men bidra til å finne ut hva som skjedde og forebygge nye episoder. Den nye informasjonen som fremkommer, skal bidra til å endre sykehusets/avdelingens policy og praksisordninger. Hensikten med debriefing er dermed å forebygge fremtidig bruk av isolat og tvangsmidler og minimalisere de negative effekten av bruken av disse metodene. Den skal også inkludere organisatoriske forhold og gjøre nødvendige endringer i organisasjonen for å redusere og kvalitetssikre tvangsbruken.

Gjennomføringen av review og debriefing kan skje på noe ulike måter. Visalli og McNasser (1997) viser til noe ulike debriefingsmåter som var nyttig i deres sykehus når de skulle gjennomgå bruk av isolat, fysiske tvangsmidler og tvangsmedisinering. De etablerte et tverrfaglig team inkludert brukerrepresentanter som gikk gjennom hver hendelse. Diskusjonen med brukerne ga innspill til hvordan forebygge og unngå tvangsbruk. Dersom pasienten opplevde at medisiner ble benyttet på en uheldig måte var også personalet forpliktet til å diskutere og se etter alternative behandlingsformer som alle parter er enige om. De mener at det benyttes alt for mye verdifull tid til formelle klager på dette området i stedet for at dette løses mellom behandlingspersonalet og pasienten. De fremholder at teamet må komme sammen så fort som mulig etter hendelsen og ikke vente til to eller tre hendelser før review. Ellers kan personalet tilvenne seg tvangsbruken på en uheldig måte, pasienten kan tro at ingen forventer at de skal kontrollere sinne sitt, og pasienter føler seg ikke trygge på at personalet beskytter de fra andre sinte medpasienter eller for at personalet bruker virkemidler som de motsetter seg. De fant at bruk av møter ved vaktskifter var hjelpsomme ved at personalet kan gi informasjon om hendelser og hvordan de tror de kan forebygge nye til de nye som kommer på jobb. Det bidrar også til å oppmuntre personalet til å utvikle behandlingsplaner på disse områdene. De hadde også erfaring på at disse tingene bidro til å redusere bruken av de mest restriktive metodene. Bruk av review og debriefing er også kjent og vanlig i Norge i dag. Det synes som bruken av review og debriefing i denne litteraturen skiller seg i forhold til noen komponenter: Vurderingene er mer målrettet i forhold til tvangsreduksjon og hyppigheten og systematikken rundt debriefing er langt større. Videre styrker man vurderings- og beslutningsprosessene ved å utvide deltakerne i debriefingsprosessen. Dette gjøres ved å inkludere flere faggrupper, pasienten/pårørende eller andre talsmenn for brukerne og ledelsen. Til sammen gir dette større effekt enn kun ventilerings av personalets følelser etter en vanskelig situasjon, selv om dette også skal inkluderes.

Donat (2003) viser for eksempel til reduksjon på 75% i bruk av isolat og tvangsmidler gjennom hyppigere og grundigere review av pasienter som har gjentatte belteleggingsepisoder. I tillegg til økt hyppighet styrket man vurderingene gjennom opprettelsen av en "case review committee" som ikke bare inkluderte klinisk personal, men også representanter for ulike ledernivåer, en klinisk psykofarmakolog, og en konsulent fra atferdsteam for å gi råd til personalet om utvikling av behandlingsplanen. I tillegg økte man bemanningsfaktoren. Disse faktorene, i kombinasjon med økt kompetanse om utvikling av behandlingsplaner og bedre kvalitet på review førte til reduksjon av S/R i tidsperioden.

I tillegg fremholdes viktigheten av at ledelsen deltar i debriefing i langt større grad enn vanlig. Det fortelles om særlig effekt av å ha ledelsen med i debriefing etter hver tvangshendelse. Det anbefales bruk av "*witnessing by executive manager*". Dette innebærer at overordnede deltar i overvåkningen eller bearbeidingen av hver hendelse med tvangsbruk, og ser hva man kan lære av dette, og hvilke praksis som må endres. Dette kan implementeres gjennom et rutinemessig daglig morgenmøte hvor man diskuterer dette. Ledelsens delaktighet er viktig for å holde prioriteringen av lite tvang høy, og for å forplikte personalet til planen om å redusere tvangsbruken. Lederskapet må også inkludere pasientene og familien.

Donat (2005) viser også til viktigheten av tydelig administrativt lederskap i et utviklingsprosjekt. Det å systematisk involvere de kliniske administratorene og å redusere terskelen for å inkludere saker til review var viktig for å redusere tendensen til å hvile på tvang og eventuelt-medisiner. Utformingen av reviewformen gjorde at deltakelsen der ikke tok lang tid for lederne. Den systematiske reviewpraksisen førte til en kraftig reduksjon i bruk av eventuelt-medisin sammen med reduksjon i tvangsbruk. I en avdeling i sykehuset ble det gjennom utviklingsprosjektet tydelig at de hvilte sterkt på bruk av slike medisiner. En psykiater mente for eksempel at reduksjon av både tvang og eventuelt-medisin /sedativa ville være farlig og skadelig. En review som inkluderte sykehusledelsen og overlegen førte imidlertid til en oppmuntring til heller å benytte atferdsplaner. Dette igjen førte til reduksjon av eventuelt-medisin samtidig som det ikke skjedde noen økning i farlige hendelser.

3.9 Kvalitetssikring av beslutninger om å iverksette tvang

Et viktig aspekt ved å kvalitetssikre tvangsbruken er også å utvikle bedre forhåndsvurdering av beslutningene om å iverksette tvang.

Flere studier påpeker den viktige betydningen av prosessene rundt ulike faggruppers og sykepleieres beslutning om å benytte isolat og tvang (Marangos- Frost 2000 , Mason 2007, se også review i Busch 2000). Disse viser at iverksettingen av eksempelvis isolat gjenspeiler mange vanskelige og komplekse beslutninger for personalet i postene. I tillegg er det viktig å se på rollene til de ulike ansatte og pasienten i beslutningsprosessen. Studiene viser for eksempel at beslutninger om å benytte S/R påvirkes av personalets utdanningsnivå og kjønn. Sykepleiere med mindre enn 3 års utdanning benyttet de mest restriktive tiltakene. Sykepleierne beslutninger er også ofte basert på kliniske "tegn" på uro hos pasienten, selvskade, angrep på andre og ødeleggelse av eiendeler. Samtidig var ofte disse tegnene benyttet inkonsistent av personalet. Dette funnet samsvarer med en mangelfull korrelasjon mellom alvorlighetsgrad av aggresjon og eventuelt-medisin (p.r.n. medication). Sykepleierne var mindre enig i sin egen bruk av S/R i ettertid når de vurderte tvangsiverksettelsen.

En norsk studie (Norvoll 2007) viser også at ledernes og legenes beslutninger om skjerming og tvang ofte hvilte på miljøpersonalets (deriblant ekstravaktenes) fortellinger da de sjelden så pasienten eller kun over kortere tid. De var ofte, i likhet med beskrivelsene internasjonalt, i praksis mindre involvert i disse intervensjonene enn loven forutsetter. I mange situasjoner deltok heller ikke pasientene eller familien i beslutningsprosessene om skjerming og tvang.

Organisasjonsstrukturene kan vanskeliggjøre mer grundige forhåndsvurderinger. I mange situasjoner skjer også vurderingene relativt raskt, og behovet for grundigere og mer langsiktige vurderinger kan komme i et spenningsforhold til akuttpostenes vanlige fokus på det akutte og her- og nå situasjoner. I tillegg krever ofte krisesituasjoner rask intervensjon (Vatne 2002). Det mangler dermed kunnskap om hvordan man kan utvikle gode rutiner for å kvalitetssikre forhåndsvurderingene av tvangsintervensjonene, og dette bør diskuteres i tiden fremover.

3.10 Økt involvering av brukere/ pasienter og pårørende i behandlingen

Et viktig aspekt ved mange av utviklingsprosjektene, særlig de som er rettet mot større endring av hele sykehusorganiseringen, er økt eller full involvering av brukerne og deres familie på alle nivå i organisasjonen. I flere artikler beskrives dette som en viktig nøkkel til suksess (bla Visalli og McNasser 1997, 2000, Huckshorn 2004, se også beskrivelser i eksemplene).

I litteraturen beskrives flere ulike måter å involvere brukerne i arbeidet med tvangsreduksjon på. Disse samsvarer med metoder for brukerinvolvering mer generelt. Viktige metoder har vært:

- Deltakelse i ulike brukerutvalg og sentrale utvalg/komiteer
- Brukersenter som man kan droppe innom
- Brukerne er med på debriefing av hver hendelse
- Brukerne er med på review av klager fra pasienter
- Brukerne og deres familier deltar i undervisning til personalet, pasienter og recovery grupper
- Brukerne er med og støtter personalet i det å forstå recovery-orienterte modeller for behandling/miljøterapi/pleie.

Dette innebærer at brukere involveres i møter på alle nivå i sykehusene og at de informeres om det som foregår. Flere steder oppmuntres også brukerne å komme med forslag til tvangsreduksjon og å delta i utviklingen av tvangsreduserende tiltaksplaner ved sykehuset. I tillegg er man opptatt av å involvere pasienten og pårørende i behandlingen i langt større grad enn tidligere. Det vektlegges at pasienten og familien bør involveres i planleggingen av behandlingen allerede fra starten, og at det er viktig å plassere kontrollen hos pasienten og familien mer enn hos personalet. Visalli og McNasser (1997) mener også at involvering av pasienten og familien helt fra begynnelsen av gjør at debriefing med pasienten ikke blir enkeltstående handlinger, men inngår som en naturlig del av behandlingen.

Det legges vekt på at personalet inntar en spørrende og lyttende tilnærming til pasienten og familien, for eksempel ved innkomst. Man bør da spørre pasienten og familien om de har hatt tidligere erfaringer med tvang når de innlegges og be om forslag til hvordan personalet kan jobbe best mulig for å assistere pasienten i å roe seg slik at man unngår tvang. Det er viktig at det skapes arenaer hvor personalet og pasientene/brukerne med deres familier kan møtes og hvor brukerne kan fortelle om sine opplevelser og oppfatninger av personalet. Videre bør de oppmuntres til å dele sine opplevelser av tvang dersom de har opplevd dette.

3.10.1 Pasientenes opplevelser av tvang og egne forslag om alternativer

I løpet av de siste tiårene har flere studier belyst pasientens subjektive opplevelser av tvang, selv om dette området på langt nært er uttømmende beskrevet. Ut fra de kvalitative og kvantitative undersøkelser som er gjort, synes det som om pasienter har noe ulike opplevelser av tvang. Disse kan spenne fra positive til negative opplevelser. En stor andel pasienter opplever imidlertid tvang som belastende eller krenkende.³

Et viktig aspekt ved pasientenes opplevelser av tvang er at disse inngår i en bredere behandlingssammenheng og at deres opplevelser omhandler ofte den uformelle kontrollutøvelsen. I Olofssons (2000) studie uttrykte for eksempel pasientene følelser av ikke å få være involvert i egen behandling og at de opplevde miljøterapien ("vården") som meningsløs og ikke bra. De opplevde seg avmektige, at de ikke ble lyttet til, og at de uansett ville bli utsatt for tvang på en eller annen måte. De fremhevet ofte tvang som det å få sanksjoner dersom de ikke gjorde slik personalet sa. Pasientene fortalte at relasjonen og kontakten med personalet var svært viktig. Kontakt, i form av nærhet og oppmerksomhet fra leger og sykepleiere, reduserte opplevelsen av ubehag og fikk de til å kjenne seg tryggere i forhold til tvangen. Også andre studier viser at informasjon og det å bli hørt, sett og møtt med respekt reduserer tvangsupplevelsen (Svindseth et al 2007, Norvoll 2007).

På samme vis forteller pasientene i en annen studie fra akuttposter (Hafstad 2000) at kontaktpersonen er viktig. Pasientene ønsker at ansatte oftere tar initiativ til kontakt. Det er også ønsket om mer informasjon, flere aktivitetstilbud og kontakt med pårørende. Omsorg, tryggheten med ansatte rundt seg, tid til en prat, bli møtt med engasjement, forståelse og å bli trodd går igjen

³ Flere undersøkelser viser at pasienter som er utsatt for mye tvang har sterkere tvangsupplevelser (Svindseth et al 2007, Poulsen 1999, Lidz et al. 1997). Andre studier viser at opplevelsen av tvang ved innleggelse i sykehus ikke alltid samsvarer med bruk av legal tvang, slik at frivillige innlagte også kan ha opplevelse av å bli utsatt for tvang (Monahan et al 1999). Svindseth et al (2007) finner i sin studie at tvangsinnleggelsesprosessen kan oppleves krenkende. 60 % av pasientene opplevde imidlertid lettelse ved innleggelsen. Krenkelsesopplevelsene var sterkest dersom de ikke opplevde seg hørt, ikke autonome, ikke anledning til å si sin mening ved uenighet ved innleggelsen, eller at det var brukt overtalelse, trusler eller fysisk makt. Hun konkluderer med at man må se på rutine og situasjonene i innleggelsesprosessen som stimulerer til krenkelse. En review- artikkel som gjennomgår den kvalitative forskningen om pasientenes opplevelser av beltelegging viser en klar overvekt av negativ virkning av beltelegging på pasienten og dens familie (Fitzgerald 2002). Isolatforskningen viser at en del pasienter forteller om en kompleks blanding av både gode og negative opplevelser (bla Wadeson og Carpenter 1976, Richardson 1987, Mann et al 1993, Hoekstra et al 2004, Meehan et al 2000). De fleste pasienter har negative opplevelser av isolering som tvang, frihetsberøvelse, avmakt og krenkelse (bla. Brown og Tooke 1992ab, Martinez et al 1999, Ray et al 1996, LeGris et al 1999, Johnson 1998). De få studiene av pasienters opplevelser av skjerming viser ulike og sammensatte erfaringer. Om dette skyldes metodiske eller substansielle årsaker er vanskelig å si. Noen pasienter opplever skjerming som trygghet, andre som fengsel og straff på samme vis som ved isolering (Myhrer 1993, sitert i Holte 2003, Karlsson 2004, Wynn 2003, 2004, Iversen et al 2002, Sørgaard 2004, Norvoll 2007). Pasientene var mindre fornøyd med skjerming enn personalet. I to danske spørreskjemaundersøkelser var pasientene imidlertid ofte fornøyd med skjerming (Kielberg og Jensen 2003, Poulsen et al. 2005). Studier finner også forskjeller i pasientenes og personalet opplevelser av tvangsbruken. Personalets kan eksempelvis ha en oppfatning av isolatbruken som nødvendig, terapeutisk og ikke-straffende, mens pasientenes opplever at isolatbruken har liten terapeutisk verdi, at den ofte brukes som straff for uønsket atferd og er et resultat av personalets kontrollutøvelse (Brown og Tooke 1992b, Meehan et al 2000, 2004). Flere pasienter fremhever også at isolat og tvangsmidler ofte blir brukt som behandlingsform eller for å disiplinere pasientene mer enn kun bare i en krise- og/eller nødsituasjon slik dette ofte fremstilles.

i mange brukerundersøkelser om hva pasienter ønsker under sykehusopphold (se også Rådet for psykisk helse 2004ab, Mental Helse Sør-Trøndelag 2002). Det er viktig at personalet understøtter optimisme og håp. Pasientene ber også om engasjement fra personalet i sitt arbeid med å gjennomføre sitt livsprosjekt (Norvoll 2007). I en annen rapport (Sverdrup, Kristofersen og Myrvold 2005:6) mener flere brukere at rutinesamtalene i sykehus er for lite dialogorienterte. Flere er fortvilet over at de bare får medikamenter og ikke samtale og annen hjelp. Flere brukere ønsket også mer involvering av pårørende.

Det foreligger i dag få studier som eksplisitt utdyper pasienters egne forslag til alternativer til tvang. De foreslåtte alternativene fremkommer ofte implisitt i de kvalitative studiene som undersøker pasientenes opplevelser av tvang, herunder flere av de nevnte i fotnote 3. I gjennomgang av litteraturen foreslår pasientene flere alternativer som presenteres nedenfor. Som det fremgår av listen samsvarer pasientenes forslag ofte med alternativene som er presentert i denne rapporten.

Pasiententens forslag omhandler ofte alternativ organisering av sykehuset. Disse omhandler:

- alternativer til innleggelse i sykehus: mer frivillig og åpen behandling.
- tett observasjon eller personalkontakt, en-til en kontakt ute i miljøet.
- normalisere miljøet, åpne tilgangen til det åpne miljøet.
- annet ikkestraffende rom/ sted å få roe seg, eller et sted de fritt kan få uttrykke følelsene så lenge de ikke skadet noen.
- mer aktiviteter, også fysisk.
- styre skjerming selv ved tilgang til rom.
- sette tidsgrense for isolat (eller skjerming) og begrense bruk av isolat til de farlige.

I tillegg fremholder pasientene ofte viktigheten av alternative tilnærminger og samhandlingsmåter fra personalets side. Disse omhandler blant annet forslag som:

- Personalet burde vurdere årsak til isolering mer kritisk.
- Å se belastningen kunne føre til at personalet brukte det mindre.
- Mindre orientering mot restriksjoner.
- Bedre kommunikasjonen mellom personalet og pasientene.
- Økt terapeutisk kontakt ved mer empatisk, omsorgsfull og samtalebasert tilnærming.
- Mer menneskelig kontakt for å bli tryggere, lyden av en stemme, menneskelig berøring og forsikringer.
- Bedre kommunikasjon og åpen samtale med personalet om sine behov og ønsker, anliggende, og hva de selv tror hjelper.
- Mer informasjon om hvorfor og hvor lenge isolering.
- Å ha mer kommunikasjon med personal under isolering, eksempelvis ved å sitte inne hos de, ikke bare i døren eller utenfor.
- Ha noen hos seg som de kan ha tillit til.
- Få respekt, bli behandlet som voksen, ikke diagnose.
- Personalet må lære å forholde seg til pasientens opplevelser av angst og sinne på en mer terapeutisk og omsorgsfull måte.
- Lære alternative mestringsmåter for følelsene.

Pasientene fremhever at sykehussettingen kan bidra til å skape vold, for eksempel ved å samle pasientene i et lite lukket område uten aktiviteter eller private stille steder for refleksjon (Busch 2000:267). De mener også at personalet må vurdere tiltakene ovenfor pasienten ut fra vedkommendes historie, fordi mange pasienter har en bakgrunn med fysiske og seksuelle overgrep. På en dialogkonferanse i Norge (Andvig 2003) ble det fremhevet at det bør gjøres mer bruk av flere frivillige korte innleggelser. Det var ønske om mer frivillighet i forhold til valg av kontaktperson, mer respektfull kontakt, medbestemmelse, delaktighet og opplevelse av å være et verdig menneske. Dialogkonferansen påpekte behovet for bedre behandlingstilbud ved akuttavdelingene. Det ble samtidig fremhevet at psykiatrien er i en positiv utvikling. Resultatene fra Norge samsvarer i stor grad med internasjonale erfaringer. De konkrete forslagene til alternativene viser hvordan det er mulig å vurdere konkrete endringer innenfor sykehusorganisasjonen som trolig vil øke tilfredsheten med behandlingen. Man ser også at forholdet til personalet oppleves som en viktig behandlingsmessig ressurs for pasientene. Det er derfor et stort potensial som kan utnyttes i organisasjonen på dette området. Dette vil vi diskutere mer i punktet om utvikling av personalet i punkt 3.12.

3.11 Bruk av fysiske rom i postene

I flere artikler påpekes betydningen av å endre de fysiske lokalene i postene for å utvikle en alternativ tilnærming. Endring av de fysiske forholdene er rettet mot å heve pasientenes og pårørendes sosiale status i postene. I tillegg ser man på alternative romlige løsninger, særlig til bruk av isolatet. De fysiske rommene skal legge en god ramme for at pasienten selv kan arbeide med problemene sine på andre måter, og flere utprøver også andre romlige ordninger.

I likhet med Norge synes det som at noen sykehus opprettholder stimulimodulering som en forebyggende intervensjon. Prinsippet om stimulimodulering er ikke helt tilsvarende skjermingstenkningen (eks beskrevet i Norvoll 2007, Vaaler 2007). Det synes som om man med begrepet "stimulimodulering" i større grad er opptatt av en kontinuerlig *tilpasning* av stimuli til pasientens behov enn vekt på *begrensning* av stimuli som er vanlig ved skjermingsideologien i Norge. Det legges vekt på at de fysiske omgivelsene skal være godt vedlikeholdt og ha beroligende og attraktiv utforming gjennom kunst, tekstiler, musikk, dvd, planter, fisk, gode og komfortable stoler og soverom. I tillegg skal det være rom for å drive fysisk trening/øvelser.

I litteraturen kan man for eksempel se forslag til "*low stimulus area*" for pasienter som kjemper med aktive symptomer, oppmerksomhetsvansker og hvor frustrasjon og aggresjon lett kan bli vekket (Visalli og McNasser 1997, 2000). Disse områdene skal ta form som hyggelige hvileaktige rom med dempet belysning og avkroker hvor man kan trekke seg tilbake for å ha tid for seg selv, lese og høre på musikk med mer.

Andre liknende alternativ er "*Sensory Room*" eller "*Comfort Room*" som er en omgjøring av det tidligere stille rommet (quiet room) eller "time-out-rommet" til et sted som virker avstressende og hvor pasienten kan ta ut følelsene sine innenfor visse aksepterte rammer. Rommet består på samme vis av ulike trøstende og beroligende gjenstander, gode stoler, musikk, lesestoff, dvd-

stoff som da personen kan benytte. Hensikten med rommet er ikke å erstatte isolatet, men å tilrettelegge for rom som kan bidra til å forebygge bruk av isolat og øvrige tvangsmidler.

Andre type lokaler som er utprøvet er "quiet zones" Visalli og McNasser (1997). Disse er ikke et skjermingsområde, men områder i posten hvor det blir etablert et klima med dempede uttrykk for følelser. De laget en markert sone i gangen som skulle vise at alle personer her måtte bruke en normal stemme når man snakket. Dette bidro til å øke bevisstheten hos alle om hvordan høyrøstede interaksjoner bidro til å skape spenninger i postmiljøet.

3.12 Utvikling av personalgruppens holdninger og kompetanse

Som det allerede har fremkommet tidligere i rapporten er utvikling av personalgruppen et sentralt strategisk område for å utvikle alternative tilnærminger til pasientene. Betydningen av personalgruppen er fremhevet i de fleste artikler internasjonalt og nasjonalt. Det synes som intervensjonene som omhandler personalet kan inndeles i noen ulike aspekter: utvikling av arbeidsstokken ("workforce"), utvikle holdningskompetanse og etisk refleksjon hos personalet samt økt kompetanse og ferdigheter i forhold til problemstillinger som kan lede til tvang.

3.12.1 Utvikling av arbeidsstokken – "work-force development"

I noen artikler og foredrag påpekes det at rekruttering av personer som skal arbeide i sykehuset og utvikling av arbeidsstokken er et viktig aspekt når man skal heve kvaliteten på tjenestene og redusere tvangsbruken (Visallig og McNasser (2000, egen pp- presentasjon som kan fås av Norvoll samt Huckshorn 2004, 2007). Undervisning og trening må sees i videre perspektiv. Det handler også om å øke de menneskelige ressursene i arbeidsstokken ved å inkludere målet om tvangsreduksjon i rekruttering av personell til avdelingen.

For å styrke rekruttering og utvikling av arbeidsstokken påpekes viktigheten av ansettelses- og innleingsmetoder. Det er viktig å inkludere organisasjonens tvangsreduksjonsfilosofi, recovery-tenkning og stabens rolle på disse områdene i ansettelsesprosessen. I tillegg er det viktig å undersøke personenes holdninger og kompetanse på disse områdene for å se om vedkommende er en god "match" med avdelingens policy.

I tillegg bør avdelingens behandlingsfilosofi og forventede kunnskap og ferdigheter i forhold til tvangsreduksjon inkluderes i jobbeskrivelsene. Dette kan eksempelvis ta form ved at det nedfelles noen få enkle anvisninger om nødvendige kliniske ferdigheter og holdninger. Det bør også lages noen objektive kriterier for kompetanse i personalgruppen på disse områdene som kan måles. Det anbefales at det jevnlig gjøres en evaluering av personalets utførelsesdyktighet på disse områdene for eksempel på årlige evalueringer, gjennom å utdele positive utmerkelser, identifisere gode fagpersoner og å be disse være veiledere for nye på dette området.

Utviklingen av arbeidsstokken omhandler også kunnskap, holdningskompetanse og ferdigheter. Disse vil utdypes i de neste punktene.

3.12.2 Utvikle holdninger og faglig, etisk refleksjon over praksis

Et viktig område som diskuteres er også å øke personalets holdningskompetanse ved at personalet kontinuerlig skal vise holdninger om respekt og empowerment til pasienter og personalet (Visalli og McNasser 2000, Huckshorn 2004, 2007). Flere fremhever også betydningen av ”sensitivering” hos ledelse og personalet om pasienters opplevelser av tvang som et viktig tiltak for å utvikle alternativer til tvang.

For å utvikle holdningskompetanse er refleksjon viktig. Ellingsen et al (2003) finner i sitt kompetanseutviklingsprosjekt om alternativer til tvang og makt overfor psykisk utviklingshemmede at kortvarige opplæringstiltak kan skape refleksjon og kunnskap, men at mer omfattende profesjonsstudium naturlig nok skaper mer dyptgående prosesser og etisk refleksjon. Endring skapes særskilt gjennom faglig og etisk refleksjon. Et viktig tiltak var også å skifte fokus fra hvilket tiltak som var mest effektivt til hva som er faglig og etisk forsvarlig fordi man da unngår diskusjonen om mildere metoder er like effektive som tvang.

Flere studier påpeker også viktigheten av økt etisk refleksjon og veiledning i forhold til tvangsbruk fordi tvangsutøvelse gjenspeiler mange etiske dilemma for personalet som kan være vanskelig å bære alene. En svensk studie av legers, sykepleieres og pasienters opplevelser av tvang (Olofsson 2000), viser for eksempel at sykepleierne var svært opptatt av hvordan tvangen ble utført da de ønsket å utføre tvang på en mest mulig skånsom og human måte. Samtidig gjenspeilte fortellingene en spenning mellom ønsket om å fremstå som en som gjør godt samtidig som de opplevde tvangen som ikke bra. Denne spenningen førte til at det ble vanskelig for sykepleierne å stille spørsmål ved tvangsbruken og vurdere alternative tiltak (jf også Norvoll 2007). Både leger og sykepleierne fortalte ofte om tvangen som noe negativt og noe som gjorde de ukomfortable. Legene opplevde seg ofte satt i en presset situasjon hvor de ønsket å unngå konflikt med sykepleiere, kollegaer og legale krav. Både leger og sykepleiere mente at det å kjenne pasienten og å ha en god relasjon til pasienten gjorde tvangshandlingene lettere og mindre krenkende for pasienten. Det gjorde det også lettere å velge mindre inngripende tiltak. Både leger og sykepleiere fortalte at de sjelden snakket om sine opplevelser av tvangsbruken og at de kunne kjenne seg emosjonelt ensomme i forhold til tvangsbruken. De etterspurte muligheter for bedre etisk og faglig vurdering og økt diskusjon om tvangsbruken og muligheter for alternative tiltak.

Også i to andre oppgaver innen sykepleiefaget (Hauan 2004, Henriksen 2004) forteller sykepleiere om mange praktiske og etiske dilemma i forhold til bruk av tvang. Tvungen omsorg bringer sykepleieren i konflikt med sitt ønske om å være god, ikke bare ut fra handlingen, men særlig ut fra pasientens reaksjoner i situasjonen. Å ivareta behov for omsorg under tvang er komplekst. Å møte pasientenes emosjonelle reaksjoner på tvangen kan lede til moralsk stress hos sykepleieren. Vanskelige etiske tvangssituasjoner som ble fremhevet var tvangsmedisinering, frykt for å miste alliansen med pasienten, vurdering av fremgangsmåter overfor pasienten, tvungen fysisk pleie og omsorg over tid, å korrigere pasienten i full offentlighet samt å etablere kontakt med pasienter man følte avsky for. Spørsmålet er hele tiden om tvang er moralsk akseptabelt og om hvordan pasienten kan oppleve minst mulig krenkelser på tross av at sykepleierne bruker tvang. I likhet med studien til Oloffson opplever sykepleierne at det å kjenne pasientene forsterker eller reduserer erfaringene med etisk vanskelig valg ift tvang. De peker samtidig på problemene med negative holdninger til de som stadig innlegges, usikkerhet med å lese ukjente pasienter og at aktiv dialog er viktig for å redusere usikkerheten. Sykepleierne

fremhever betydningen av å ha allianse (eller et tillitsforhold) med pasienten. De mener at tvang kan ødelegge allianse og skape usikkerhet i relasjonen. Det var mye systemkritikk i sykepleiernes fortellinger. Det var en uro hos sykepleierne etter å finne noe som var bedre - disse forsøkte også å bryte tausheten rundt de psykiatriske institusjonene og deres krenkende praksiser.

Bollingsmo (2002) har sett på ansattes opplevelse av å utføre tvang i tilknytning til sosialtjenesteloven kapittel 6A overfor psykisk utviklingshemmede. I likhet med studier av sykepleiere finner han en ambivalens og usikkerhet i syn på tvang og tvangsbruk hos de ansatte. Alle opplever å utføre tvang som kunne vært unngått. Usikkerhet om tvangens og maktens berettigelse kan være følelsesmessig tung å bære. Studien viser også at tvangsbruk er nært knyttet til etisk praksis. Flere ansatte forteller at tvangssituasjonene kan lede til en makt- motmakt- spiral med økt maktkamp mellom personalet og klienten. Det største grånesone- problemet i forhold til etikk er atferdsendrende tiltak og grensesetting. Vekten på atferdsendring og atferdstiltak innenfor psykisk utviklingshemmings- området kan stå i motsetning til et mer humanistisk menneskesyn (også Ellingsen et al 2002). Mange forteller også om negative erfaringer med dette. Flere mener at mindre regelorienterte opplegg fører til mer positive klienter. Å være i ubehagelige situasjoner leder lett til tvangsbruk. Problemene med å tolke pasientens atferd på en riktig måte kan lede til feil bruk av tvang og makt. De fleste mener at mindre tvang ville føre til en bedre relasjon med pasientene. De viser samtidig til at det er en spenning mellom frivillighet og aktivisering fordi det kan være vanskelig å få klientene til å delta aktivt. Tvangsbruken fremstod også som praktisk effektivt: man fikk ting fortære gjort enn ved frivillighet. Dette gjorde at mange var positive til tvangsbruk.

Studiene (Olofsson 2000, Hauan 2004 og Bollingmo 2002) konkluderer med at det er viktig å styrke den etiske refleksjonen rundt tvangsbruken blant leger og sykepleiere. Denne refleksjonen må inkludere et sterkere samarbeid mellom personalet og pasientene. Det er også viktig å alltid ha en uro eller usikkerhet tilstede i forhold til tvangsbruken selv om dette kan skape frustrasjon fordi uroen holder vedlike en etisk bevissthet om bruken. Det etiske må leves med kontinuerlig. Det trengs også systematiserte møter hvor man kan diskutere tvangssituasjonene. Dette kan forhindre at man tilvenner seg tvangen og at personalet får luftet ut sine tanker og følelser i forhold til tvangsrelaterte situasjoner. "Refleksjonsrutiner" kan stimulere til mer reflektert etisk praksis. Dette er også viktig for å unngå rutinemessig, vanebasert tvang hvor man for eksempel rutinemessig skriver at alternativer er utprøvd (jif lovens krav) uten at dette virkelig er forsøkt på en aktiv måte.

Traumeforskningen (jif Cusack et al. 2003 pkt.3.5.3) viser også til betydningen av økt sensitivering av personalgruppen i forhold til hvordan tvangen kan opplevelsene og faren for nye traumer som følge av tvangsutøvelsen. Dette kan føre til at personalet søker andre tilnærminger og derigjennom bidra til å forebygge og redusere skade.

Et annet moment som fremheves i den internasjonale litteraturen (bla Huckshorn 2004, eksempel 11) er at det er viktig å ta fatt i de underliggende mytene og antakelsene for å bruke tvang. Dette kan for eksempel være de vanlige oppfatningene om nødvendigheten og viktigheten av tvang for trygghet. I tillegg er også oppfatningene om at tvang bare anvendes når det er nødvendig ofte gale eller upresise.

Eksempel 13: Langsiktig program for tvangsreduksjon ved Edward Hospital, Naperville

Markwell (2005) beskriver et langsiktig program for tvangsreduksjon ("Long-term Restraint Reduction") ved Edward Hospital i Naperville. Dette er et 236 – sengs lokalsykehus. Ut fra beskrivelsene synes det som at pasientgruppen er blandet og består av pasienter med psykiske lidelser, forvirringstilstander hos eldre og somatiske lidelser. Bakgrunnen for utviklingsprogrammet beskrives som resultat av helsemyndighetenes press om å redusere tvang og utarbeidelse av strenge restriksjoner for tvangsbruken. Dette utfordret sykehusene til å redusere og finne alternativer. Sykehuset lagde da en "Restraint Reduction Task Force" hvor de satte et uttrykt mål om å redusere tvang. Dette inngikk i et langsiktig arbeid.

Intervensjoner: Ledelsen støttet det langvarige arbeidet hele tiden. I forbindelse med programmet nedsatte de også et tverrfaglig team med brukerrepresentanter, sykepleiere, omsorgsteknikere (form for "omsorgsarbeidere"), fysioterapeuter og enhetsledere. Etter å ha fastslått målet, begynte gruppen å undersøke personalets opplevelser av pasienter som det benyttes tvang ovenfor og deres kunnskap om alternativer til tvang. De laget en survey for å undersøke personalets holdninger om tvang og alternativer til dette. Personalet ble også bedt om å komme med forslag til alternativer (de fleste listet tre eller færre). Denne informasjonen skulle også gi base for å formulere en innholdsrik plan for å redusere tvang. Konklusjonen på denne første fasen av programmet var at det var nødvendig å øke personalets kunnskap om alternativer til tvang for å få den redusert. Videre etablerte de en database slik at de kunne se om tvangsbruken endret seg over tid. I andre fase av programmet begynte de å samle ideer til alternativer ved å holde en konkurranse hvor personalet ble utfordret til å gi kreative praksismetoder for å holde pasientene ut av beltene. Det ble gitt ut pris for de fem beste forslagene. Dette hjalp til å skape en idébank som gruppen kunne benytte i sitt videre arbeid. Hvert forslag – ett av gangen – ble sendt ut på en ukentlig mail til personalet som reduksjonstips over en periode på 24 måneder. Personalet fortsatte å sende inn forslag etter konkurransen. Gruppen utviklet og implementerte så en "prosedyreperm" for hver post som skulle støtte personalet med de verktøy de trengte for å redusere tvangen. De laget også et skriv med konkrete praktiske tips om hva de ellers kunne gjøre, eksempelvis gi forslag til ulike aktiviteter, familie på sengekanten oa. Videre innførte de nye tekniske hjelpemidler som for eksempel en alarm som ga signal når forvirrede og ustøe pasienter var i ferd med å gå ut av sengen slik at de slapp å binde disse til sengen. De gjennomførte også utdanning av personalet på avdelingsmøter, årlige fagdager, og nyansatt kurs. Tvangsreduksjonsideer og alternativer til tvang ble stadig stresset og personalet ble stadig invitert til å komme med forslag til alternativer på en kreativ måte. Utdanningen var først og fremst rettet mot å finne alternativer, så hva som må gjøres dersom tvang må benyttes. Videre fikk personalet undervisning om prinsipper for "early release" og viktigheten av kontinuerlig reevaluering av pasienter som er i belter. Undervisningen av personalet ble fulgt opp av stadige tverrfaglige tvangsreduksjonskonferanser med ledere, personal og brukerrepresentanter om alternativer, årsak til tvangsbruken og fremheving av målsettingen om å fjerne tvangen på tidligst mulig tidspunkt. Slike diskusjoner om tvangsbruk og hvordan redusere denne var vellykkede for å få ned tvangen.

Effekter av programmet: Det langsiktige programmet over fire år førte til en begynnende reduksjon av tvang i første år og så opp til 50 % reduksjon av tvangen i det andre året. Det var deretter litt økning, men fortsatt under utgangspunktet. De vil nå ta nye grep siden tvangen øker. De peker på at en vesentlig årsak til suksessen var stadig støtte fra ledelsen og tilretteleggelsen for at pleiepersonalet kan komme opp med mange ulike og innovative ideer om alternativer til tvang. Mange alternativer var ganske lett tilgjengelige løsninger i kombinasjon med utdanning. De påpeker også det viktige med at arbeidet er kontinuerlig pågående. De mener at et enkelt utdanningstiltak ikke kan oppnå det samme. Dette handler om en prosess hvor man lager en felles forpliktelse om å endre sykepleiepraksis og å skape og opprettholde en kultur hvor man tilbyr pasientene alternativer til tvang før man benytter dette, og også da i sin minst restriktive form.

3.12.3 Kompetanse og ferdigheter i forhold til tvang

I de fleste artiklene rettes det spesiell oppmerksomhet mot utvikling av personalets kompetanse og ferdigheter på ulike områder. Vekten på kompetanse begrunnes ut fra flere forhold. Teambuilding og kompetanse er helt sentralt for å endre kulturer. Trening av personalet bidrar også til å endre personalets handlings-, eller intervensjons-, repertoar. I tillegg er det nødvendig med kompetanse hos personalet for å øke mestringsferdighetene av vanskelige situasjoner. Breeze (1998) viser for eksempel i sin studie av personalets opplevelser av "vanskelige" pasienter behovet for ressursallokering og kompetanse i personalgruppen i vanskelige situasjoner. Visse kontekstuelle sammenhenger og atferdsformer kan skape avmaktsopplevelser hos personalet som øker sjansen for maktkamper og bruk av tvang. Ved å "empower" både personalet i slike situasjoner kan man bidra til bedre interaksjonsforløp i behandlingsforløpet.

Werner (1994) påpeker også at stadig pågående kurs/utdanning er viktig for å opprettholde sykepleiernes bevissthet om alternativer til tvang, og å møte stress og frustrasjon som leder til tvang. Busch (2000) presenterer flere studier – både innen avdelinger for barn, unge og voksne – som viser at økt kompetanse og trening av personalet kan bidra til å redusere bruk av tvang i stor grad. I tillegg reduseres også skader på både personal og pasienter. GAO-rapporten (1999) beskriver også at treningen av personalet kan fremstå som kostbart for sykehusene, men at man på den andre siden innsparer kostnader i forhold til sykefravær og overtid på grunn av skader på personalet.

Hvilken kompetanse og ferdigheter er så fremhevet som viktige for å skape en alternativ tilnærming til pasientene?

3.12.4 Generell relasjons- og kommunikasjonskompetanse

Mange internasjonale og nasjonale bidrag påpeker viktigheten av at personalet har kompetanse og ferdigheter om grunnleggende tilnærminger til pasienten og pårørende. Ved siden av holdningskompetanse og refleksjon, påpekes viktigheten av relasjonskompetanse, terapeutisk kommunikasjon og om kommunikasjonsferdigheter mer generelt. I tillegg bør personalet kunne gjennomføre traumeinformerte og traumeforebyggende intervensjoner (Visalli og McNasser 2000, Huckshorn 2004). Det fremheves at denne alternative tilnærmingen ikke bare omhandler teknikker eller metoder, men det å ha kjennskap til personen og sammen finne frem til løsninger av problemene (Ellingsen 2003).

Personalet bør også se etter pasientens styrker i stedet for et pessimistisk pasientsyn med fokus på pasientenes svakheter og manglende evner. Videre er det viktig at andre virkelighetsforståelser som bryter med personalet sitt anerkjennes og inkluderes som grunnlag for forhandlinger partene i mellom. Ved å lære personalet til å forhandle gjennom å se på muligheter og valg kan man unngå konflikter som lett leder til tvangsbruk. De grunnleggende verdiene av recovery, respekt, empowerment, lederskap og brukerperspektiv skal prege personalets kompetanse og arbeid.

3.12.5 Kunnskap om organiseringsformer som understøtter personalets arbeid

Det påpekes at det er viktig at organiseringen støtter opp under en fleksibel tilnærming slik at personalet kan utvikle sine ferdigheter og kreative løsninger i møte med den enkelte pasient (Huckshorn 2004, Visalli og McNasser 2000). Personalet må ha mulighet til å utvikle og praktisere individuelle behandlingsplanleggingsferdigheter som inkluderer tvangsreducerende strategier for spesielt utsatte pasienter.

Visalli og McNasser (1997, 2000) vektlegger også styrking av personalets kompetanse om forebygging, utforming og drift av miljøet i posten for å bedre den grunnleggende kommunikasjonen med pasientene. Et viktig aspekt ved denne tenkningen er at sinne er en normal følelse som kan skyldes personer eller situasjoner, utenfor eller innenfor sykehuset. Det er flere aspekter ved institusjonen som kan fremprovosere sinne. Deres egne brukere påpekte for eksempel at institusjonelle normer, å ha status som tvangsinnlagt, ulike forståelseshorisonter hos personal og pasienter, kommunikasjonsmønstre, nedskrevne og unedskrevne regler, hyppige personalskift, vanskelig tilgjengelig hjelp og inkonsistente tilnærminger og forvirrende budskap kan være potensielle problemområder som skaper irritasjon og sinne. For å unngå problemer med sinne hos pasienter må man derfor se på institusjonens utforming og utformingen av rollene. I tillegg må man se på hvordan man kan hjelpe pasienten til å bygge selvtillit, problemløsning og gi gode emosjonelle responser. Denne tilnærmingen kan hjelpe pasienten til å møte ulike situasjoner som kan trigge sinne eller andre følelser. Undervisningsprogrammet innebærer dermed at man jobber med undervisning og opplæring i forhold til både organisasjonen, personalet og på individuelt pasientnivå. Disse nivåene sees så i sammenheng.

3.12.6 Kompetanse om å møte mennesker i kriser og krisehåndtering

En viktig kompetanse som fremheves er også det å kunne møte mennesker i kriser og i akutte krisesituasjoner (Smith et al 2005). Satsingen i Pennsylvania State førte til en sterkere vekt på personalutdanning i forhold til å håndtere kriser og til å utvikle ikke-krenkende ferdigheter som igjen forsterker verbale deeskaleringsteknikker. Hele personalet fikk trening i kriseintervenerende teknikker som alternativ til tvang. Treningen utgjorde en videotape utarbeidet av Crisis Prevention Institute som inkluderte "The Art of Setting Limits" og Non-violent Crisis Intervention". Videoene inkluderte også trinnene i en krise og relevante intervensjoner for hvert trinn. Det ble gjennomgått forskjellene mellom rasjonell og primitiv kommunikasjon, hindringer for effektiv lytting og ulike måter å unngå maktkamper på. Håndteringen av krisesituasjonene ble så forsterket gjennom bruk av PERT- team (se Eksempel 3).

3.12.7 Kompetanse om deeskalering og forhandling

Et annet viktig område som fremheves er kunnskap og kompetanse om forebygging av tvangsbruk gjennom deeskaleringsmetoder og forhandlingsferdigheter i møte med pasientene. Også Gaskin et al (2007) vurderer at det vil være viktig å identifisere og adressere problemer på et tidlig stadium og derigjennom forebygge tvangsepisoder.

Dette innebærer også kompetanse å identifisere faktorer som fremprovoserer sinne og symptomer (cues- tegn). Blant annet Visalli og McNasser (1997, 2000) arbeidet mye med at personalet skulle bli bevisst faktorer som skaper sinne og gi en respons på dette i stedet for å bare se sinne-

uttrykket. Det er heller ikke nødvendig å gi respons til alt sinne som vises. De mener at årsaken til pasientens sinne ofte ikke fanges opp av personalet, selv om de er opptatt av om pasienten viser sinne. Når man finner ut av årsaken til sinne er det imidlertid langt lettere å finne passende og alternative intervensjoner. For eksempel vil ikke påfallende atferd eller møbelkasting automatisk kreve bruk av isolat eller mekaniske tvangsmidler. De erfarte så at innføringen av en slik tenkning hjalp personalet til å redusere sin stereotype respons og bidro til å introdusere intervensjoner som kommuniserer håp – i den forstand at pasienter er personer som lærer, endrer seg og som vokser på basis av slike erfaringer.

3.12.8 Kompetanse om håndtering av vanskelig og krevende atferd

Et annet område som påpekes er økt kompetanse og ferdigheter i håndtering av vanskelig eller krevende atferd. D’Orio et al (2004) viser for eksempel til en utviklingsstudie ved en akuttmottak, som finner at bruk av S/R ofte skyldes ineffektiv identifikasjon og håndtering av vanskelig atferd. Økt bruk av response –team, overvåkning med kamera og verbal deeskalering i kombinasjon med tilbud om medisiner og kortvarig time-out førte til en reduksjon av S/R på 40 %.

Forster mfl. (1999), gjennomførte et kvalitetsutviklingsprosjekt i postene som skulle redusere bruk av fysisk innelukking gjennom treningsprogrammer i hvordan håndtere angripende atferd. Prosjektet førte til reduksjon av fysiske tvangsmidler med 13,8 %, varighet ble redusert med 54.6 %, og skader på personal ble redusert med 18.8 % gjennom perioden.

Donat (2005) mener også at en lang rekke studier har vist at det er mulig å redusere bruk av isolat, fysiske tvangsmidler og tvangsmedisinering (øyeblikkelig hjelp) gjennom atferdsmessige tilnærminger. Selv om personalet ofte fokuserer på atferd har de for lite kunnskap og kompetanse om hvordan de kan hjelpe pasienten ved å benytte aktiv atferdsrehabilitering. Han mener derfor at alternativene i større grad bør baseres på atferdsfag og behandling rettet mot å håndtere vanskelig atferd enn isolat og mekaniske tvangsmidler. I tillegg bør personalet ha større ferdigheter i å vurdere hvordan miljøet, inkludert deres egen atferd, påvirker pasientenes atferd. Det er viktig å jobbe med forebygging av atferd som kan lede til tvang og deeskalere denne. Særlig ved urolig atferd bør man tilstrebe andre løsninger enn isolat og eventuelt-medisin ut fra bedre observasjon og vurdering av hva denne atferden skyldes. Han viser til et eksempel fra praksis hvor en pasient med språk-/taleproblemer ropte, bråkte og knuffet på personalet når andre pasienter på stua fikk en dessert som vedkommende ikke selv kunne nyte pga diettproblemer. I stedet for å isolere pasienten og gi eventuelt-medisin som tidligere løste de saken med å gi en alternativ suppe på stua. Pasienten sluttet da med den urolige atferden og spiste suppe fornøyd sammen med de andre. De endret dermed tiltak gjennom en bedre vurdering av hva pasienten protesterte på. Donat mener også at økt kompetanse om å jobbe med utfordrende atferd i hverdagen ofte reduserer stress hos personalet da de føler at de mestrer dette bedre. I tillegg mener han man bør innføre Token- systemet som er et system med positiv belønning og forsterkning hos pasienter med kontinuerlig atferdsproblemer (eks. uheldig oppmerksomhetskrevende atferd).

Den sterke vekten på atferd og overvåkning gjennom kamera som bla kommer til synet i de siste eksemplene står samtidig noe i spenning i forhold til alternativ- tenkningen mer generelt. For eksempel kritiserer Glover (2005) Donat for å teknifisere et slikt atferdsfokus for mye gjennom

Token-systemet. Et rent atferdsfokus er problematisk fordi den gjenspeiler en for sterk vekt på atferdsterapi og for lite fokus på pasientens subjektiv mening bak atferden. Ellingsen et al (2002) finner også Token- systemet problematisk i forhold til alternativer til tvang ved psykisk utviklingshemmede. Bidragene viser samtidig til et viktig poeng ved at de fremhever nytten av å sette personalet i stand til å jobbe mer proaktivt med atferdsproblemene enn å hvile på bruk av tvang og eventuelt-medisin.

Donat (2005) mener dermed at opplærings- /undervisningsopplegg for hele staben i å håndtere vanskelig atferd er viktig. De trenger også kontinuerlig veiledning. Det vil samtidig alltid være personale med ulike erfaring og ferdigheter i sykehusene. En slik undervisning må derfor kombineres med at man sikrer at de mest kompetente på området i avdelingene har oversikt over hva det som skjer i posten. Det vil også være viktig å sikre at noen i sykehuset/avdelingene har spesiell kunnskap om hvordan håndtere de vanskeligste situasjonene. Han foreslår at atferdskonsulenter eller psykologer også blir inkludert i gjennomgangen av tvangshendelsene. Andre har fremhevet utvikling av spesielle "rolle- konsulenter" i postmiljøet som har spesiell opplæring og ferdigheter i forhold til å løse vanskelige situasjoner uten å benytte tvang. Disse kan veilede det øvrige personalet. Slike personer kan bidra til å øke beredskapen i sykehusene for ekstra krevende situasjoner. Donat viser seg til eksempler hvor bruk av atferdskonsulenter aktivt i gjennomgang av tvangshendelser og utarbeidelse av behandlingsplaner i sykehus førte til en reduksjon i tvangsbruken med opp til 60 %. Det ble også reduksjon av tvangsbruken når konsulenten ikke inngikk i det større kvalitetsutviklingsprogrammet ved sykehuset. Atferdskonsulentens arbeid ble understøttet av systematisk bruk av review av tvangshendelser i med ledelsen og det tverrfaglige behandlingsteamet.

3.12.9 Kompetanse i bruk av mindre restriktive intervensjoner

Et annet kompetanseområde som fremheves er viktigheten av at personalet i større grad reflekterer over og øker kompetansen om det å benytte mindre restriktive intervensjoner for å løse vanskelige situasjoner. En studie av Morales og Duphorne (1995) viser for eksempel at det finnes et kontinuum av tiltak fra lite til svært restriktive for å håndtere uro og sinne hos pasienten. De viser for eksempel til en- til- en kontakt med pasienten, bruk av samtaler og eventuelt-medisin (se også Richmond et al 1996). I mange tilfelle kan problemene løses med de minst restriktive alternativene. Økt kompetanse og bevissthet i personalgruppen om rekkevidden av tiltak fra de mest til minst restriktive i kombinasjon med kunnskap om mulige alternativer i stressfylte situasjoner når pasienter blir forvirret, sinte, redde og i fare for å miste kontroll, gjorde personalet bedre til å iverksette mindre restriktive tiltak. De ble også bedre til og mer komfortable med å iverksette mindre restriktive tiltak i samarbeid med pasienten i stedet for å vente til at isolat eller tvangsmidler blir nødvendig. Pasienten lærte på sin side å bli mer bevisst deres egne valg og å forstå konsekvensene av deres atferd. På slutten av deres utviklingsprosjekt var tiden pasientene var i isolat eller belter redusert med 50 %. Slike planlagte utdanningstilbud i sykehusene kan dermed være effektive.

Ellingsen (2003) fant også at personalet fra avdelingene ofte stilte seg tvilende til at det var mulig å ikke benytte tvang. Ansatte som arbeider med klienter med krevende og utfordrende atferd til daglig har ofte vanskelig for å tro at det kan nytte å endre situasjonen. Å endre personalets oppfatninger er ofte tidkrevende prosesser. Det er spesielt viktig at det gjøres vellykkede

erfaringer av flere i personalgruppen ved enheten. En samlet personalgruppe med felles opplevelser av vellykket endring eller omlegging av praksis vil være i stand til å holde fast ved nye tilnæringsmåter.

3.12.10 Utforming av undervisningskurs og programmer

Som det fremgår indirekte av forrige punkt er det ved flere sykehus utviklet egne undervisningsprogrammer som ledd i arbeidet med å redusere tvang. Disse tar form som kurs for nyansatte, oppfriskningskurs og/eller årlige samlinger for personalet. Som det ble fremhevet i forrige punkt er det også viktig med en pågående kontinuerlig undervisning for å holde tenkningen ved like og for å lære opp det stadig skiftende personalet i postene. I tillegg har organisasjoner som NASMHPD (2002) og SAMSHA utarbeidet egne undervisningspakker på CD-rom som kan kjøpes av sykehusene og andre interesserte (se referanser).

Som det fremgår av tidligere beskrivelser gjennom rapporten er tema i undervisningsoppleggene noe ulike. Et viktig kjennetegn er samtidig at mange omhandler både behandlingsfilosofi, generelle kommunikasjonstilnæringer samt spesifikk kunnskap og demonstrerte ferdigheter i håndtering av vanskelige situasjoner. Det anbefales også at brukerrepresentanter deltar i undervisningen på ulike måter. Et vesentlig punkt er også vekten på demonstrerte ferdigheter i personalgruppen i å håndtere vanskelige situasjoner og ikke bare kjennskap til ferdighetene. Dette bidrar til å øke den praktiske handlingskompetansen.

Huckshorn (2007) vektlegger undervisning i hovedområdene som inngår i denne rapporten, herunder:

- forebyggende modell for tvang.
- vanlige antakelser og myter om S/R.
- opplevelsene til personalet og brukerne i forhold til tvangsbruk.
- nevrobiologiske og psykologiske effekter av traumer.
- rollen til pasienten, pårørende og andre talspersoner for pasientene.
- forhandling og problemløsningsferdigheter.
- hvordan skal traumeinformerte systemer og tjenester utformes?
- prinsipper om recovery og det å bygge livsmot.
- å møte intervensjoner i forhold til atferd.
- bruk av verktøy som deeskalering, sikkerhetsplaner, miljøendringer og språkbruk for å forebygge tvang.
- systematisk debriefing.

Visalli og McNasser (1997, 2000) viser til de samme områdene. I tillegg undervises det om utarbeidelse av kriseplaner (se neste punkt), anvendelse og monitorering av tvangsbruk for å redusere skadeomfang i tilfelle tvang benyttes. Se for øvrig Eksempel 12 for en nærmere beskrivelse av innhold i undervisning og kompetanseheving i personalgruppen.

Undervisningsprogrammet til SAMSHA består av syv moduler og understreker viktigheten av å skape kulturelle endringer innen organisasjonen for å redusere tvangsbruken. Programmet er

basert på tenkningen om recovery og wellness som grunnlag for å utvikle alternativer til S/R. Individene må bli behandlet med respekt. Isolasjon og beltebruk strippe ofte personen for verdighet, privatliv og potensielt sikkerhet. Når verdigheten til sårbare personer i samfunnet blir ignorert bryter dette med menneskerettighetene og virker dehumaniserende. Programmet er klinisk praktisk rettet og brukerinfluert, både i utforming og perspektiv. Det er rettet mot å gi personalet både kunnskap og verktøy de kan bruke for å redusere /eliminere tvangsbruken. I tillegg legger de vekt på å styrke den direkte åpne kommunikasjonen mellom pasienter og utøvende personale. Både brukerorganisasjoner, personell som arbeider i klinisk praksis samt andre sentrale aktører har bidratt med innspill. Undervisningsopplegget krever imidlertid en fortrolighet med brukerperspektivet for å bli undervist godt om. De anbefaler derfor at man bør innhente brukere i undervisningsopplegget og som medarrangør. Undervisningsopplegg hvor tidligere brukere og personalet jobber sammen har vist seg effektive og nyttige. I tillegg til undervisningen skal det gis veiledning. Ved å inkludere alle parter ønsker man også at treningsprogrammet skal bygge broer mellom personell som står i den direkte pasientbehandling og brukerne. Rollen til det direkte utøvende personalet er avgjørende for å redusere tvangsbruken. Det understrekes samtidig at alle må stå sammen om arbeidet for redusert tvang.

Eksempel 14: Utdanningsprogram ved ungdomsenhet i Manderville LA

I utviklingsprosjektet beskrevet av Schreiner et al (2003), ble det også benyttet utdanning og trening av personalet. De startet systemintervensjonene med en omfattende utdanning av personalet gjennom interne møter hvor hele personalgruppen på alle skift deltok. Utdanningen bestod av følgende momenter:

- Undervisning og diskusjon om hensikten og mål med S/R, delstatens lover i forhold til tvang og sykehusstandardene.
- Gjennomgang av tidligere review av krise- og tvangssituasjonene og intervjuene med personalet som ble gjort i den innledende vurderingsfasen.
- Gjennomgang av alle myter og misforståelser som fremkom ift bruk av S/R, for eksempel at en pasient automatisk skal isoleres eller i belter med en gang det er tegn på selvskade eller aggresjon. Påminning av effekten av små intervensjoner for at pasienten roer seg, slutter selvskade og kan gå tilbake til avdelingsmiljøet. Mindre restriktive intervensjoner kan ha like god og bedre effekt på atferden.
- Bruk av tidlige intervensjonsstrategier. Dette er eksempelvis det å snakke i en nøytral tone og vektlegge positive instruksjoner.
- At personalet hele tiden holder for øye den brede skalaen fra mindre til restriktive intervensjoner (jf Morales og Duphorne 1995), og ser muligheten av verbal deeskalering.
- Opptrening av nøkkelpersonell som ofte påvirket valget om å benytte tvang. S/R ble redusert ved å gjøre nøkkelpersonalet mer effektive i å forebygge S/R og benytte tidlige intervensjonsstrategier. Dette personalet trengte oppfølging og støtte av komiteen for tvangsreduksjon ved sykehuset gjennom hele prosjektet.
- Komiteen for tvangsreduksjon gikk inn i en mer opplærende rolle i krisesituasjoner gjennom intervensjonsperioden. De viste til alternative deeskaleringsintervensjoner i situasjonene.
- Daglig diskusjon av bruken av S/R det siste døgnet på morgenmøtet og man så på muligheten for reduksjon av S/R. Personalet fikk offentlig feedback i form av ros og støtte når de hadde taklet situasjonen godt gjennom alternativ deeskalering og forsøk på å unngå bruken av S/R.
- I tillegg til dette gjorde man pasientintervensjoner gjennom gruppemøter med pasientene (se neste pkt).

Eksempel 15: Handlingsplan for økt kompetanse og ferdigheter for personalet ved Mohawk Valley Psychiatric Center (Visalli og McNasser 1997).

PREVENTION	GOAL	ANTECEDENTS	ESCALATION	CRISIS	POST ESCALATION	POST CRISIS
				Adult = 30"; C&Y = 30"; under 12 yr. old = 0 min. • Assess release max q15".		
EDUCATION & TRAINING	• Sensitivity Training • Teach to promote choices • Ensure competence through curriculum development	• Patient Curriculum • Anger Management • Self assertiveness • Self esteem • Managing Mental Health • Staff Curriculum (Preventing and Managing Aggression) • Hands off, Culture of aggression	• Empower with skills • Help the patient refine skills and transfer new skills from class to the treatment unit. • Teach staff and patients assertiveness. • Focus is to prevent feelings of revictimization	• Coach patient through the feelings/behaviors. • Use encouragement to help the patient use positive past experiences to build into the current situation.	• Debriefing • Staff person(s) meets with patient privately	→
SUPERVISION	• Supervisor on site prior to the emergency. • Increase alternatives & less restrictive measures. • Evaluate competence	• Supervisor responds • Role Models • Fosters leadership • Supports alternatives	• Allocate resources to resolve the problem.	• Promotes team work (one person taken down not allowed)	→	• Record data on collection sheet. • Review documentation after each incident.

Table 1. continues

3.13 Økt kompetanse hos pasienten

Det siste alternativet i denne rapporten omhandler det å øke pasientens kompetanse i forhold til problemstillinger som kan lede til tvang. Flere sykehus har vektlagt betydningen av et mer aktivt arbeid for å øke pasientens kompetanse og mestringsstrategier i forhold til vanskelige følelser for å forebygge bruk av tvang.

I litteraturen er det beskrevet noe ulike metoder for å øke pasientenes kompetanse på disse områdene. Disse metodene kan skilles noe mellom bruk av verktøy overfor den enkelte pasient og ulike gruppetilbud.

3.13.1 Aktiv behandling gjennom bruk av ”sinnehåndteringsskjema”

Ellingsen (2003) viser til et skifte i arbeidstilnærming hos personale når de arbeidet med alternativ til tvang. I stedet for å vektlegge ”atferdsbelønning” begynte de med en langsiktig trening med klienten om å finne gode måter å uttrykke sinne på i ulike sosiale situasjoner. Man skilte her mellom sinne og aggresjon (jf Bjørkly 1997 og pkt. 3.12.2). Det var også viktig å lære klienten selv å skille mellom disse to gjennom å uttrykke sine ønsker og protester på en god måte, og å kontrollere sinnet sitt. Eksempelvis: Hvordan skal klienten takle situasjoner også sosialt hvor hun blir irritert eller sint uten å gå til angrep som igjen fører til holding eller nedleggelse? De benyttet blant annet video og rollespill i undervisningssituasjoner sammen med klienten. I tillegg utarbeidet man en hjelpeinstruks som personalet kunne benytte sammen med klienten for å påminne henne hvordan hun skulle håndtere situasjoner hvor hun ble sint. De måtte også lære personalet at det var akseptabelt for en klient å uttrykke sinne uten at dette overgikk til aggresjon. I tillegg måtte personalet – gitt utviklingshemmingen– bli flinkere til å se, fortolke og forstå meningen og ønsker som klienten forsøkte å uttrykke. Dette bidro til å redusere konfliktnivået og førte til stor reduksjon i ”nedleggingssituasjoner” (”take downs”). Siden prosjektet omhandler psykisk utviklingshemmede har ikke bidraget direkte overføringsverdi for mange pasienter. Men et viktig prinsipielt poeng er at alternativet omhandlet en endring i arbeidsmåte ved sinne- og aggresjonsproblematikk hvor man overgår fra en ensidig vekt på atferdskontroll til en vekt på mer langsiktig, forståelsesfullt og læringsorienterte tiltak sammen med klienten. Fokuset er i større grad på subjektiv mening og indre egen mestring enn kontroll av ytre atferd.

En annen metode som blir beskrevet i flere bidrag er å inkludere pasientens egne forslag til mestringsmåter av sinne i behandlingen. Ved et psykiatrisk sykehus for voksne vektla man for eksempel i større grad enn tidligere personalets støtte til pasientens egen deltakelse i behandlingen gjennom sinnehåndterings-intervensjoner som pasienten selv hadde valgt (Sullivan et al 2005). Derigjennom kunne personalet hjelpe pasienten til ikke å miste kontroll. Personalet støttet også pasienten til selv å tro at de hadde kontroll over sin atferd selv om kriser oppstod. De fremhevet også at pasienten, gjennom støtte av personalet, kunne gjøre kloke og adekvate valg. Sinnehåndteringsarbeid inngikk da i en behandlingstilnærming hvor personalets brukte sin kreativitet for å støtte pasientens eget arbeid enn kontroll. De la vekt på å være fleksible i forhold til husreglene og å bruke humor på en respektfull måte. Personalet skiftet paradigme i tilnærmingen til problemer i tilknytning til sinne og aggresjon. De hadde nå mindre fokus på personalets frykt og kontroll og mer vekt på samarbeid mellom personalet og pasient og empowerment av pasienten. Personalet fokuserte på det å formidle at ”we are in this together” og

”together we can get through this”. De utarbeidet også et verktøy (skjema) for en slik pasienttilnærming som de kalte “*Patient Violence Assessment Tool*”. Dette skjema inkluderte tidligere hendelser for pasienten og varselsignaler, en diskusjon om hvordan de vanligvis uttrykkes sinne, oppløsthet og vold og hvilke intervensjonen som pasienten ville finne nyttig i situasjoner hvor de potensielt kunne miste kontroll.

Visalli og McNasser (1997, 2000, se også Visalli et al 1997) beskriver utviklingen av to liknende skjema ved navn “*Anger Management Assessment Tool*” og “*Tringle of Choice*” som ble benyttet ved sykehuset (se Eksempler 14 og 16). Disse utgjorde to viktige praktiske forebyggende redskaper for å identifisere pasientens evne til å håndtere aggresjon og å håndtere aggresjon på mindre restriktive og mer aktive behandlingsmessige måter enn S/R.

Verktøyet “*Anger Management Assessment Tool*” ble utarbeidet i samarbeid med pleiepersonalet, psykologer og brukerrepresentanter ved sykehuset. Målsettingen for utviklingsarbeidet var å finne alternative måter for pasienten å håndtere sinne på og utarbeide et skjema som kunne benyttes i behandlingsplanleggingen for å øke samarbeidet mellom pasienter og personalet på dette området. Skjema skulle også hjelpe personalet ved å gi verdifull informasjon om hvilke mestringsstrategier pasienter selv benyttet for å håndtere sine følelser. Skjema inkluderer mange nyttige tips til håndteringformer, og pasienten får en kopi av det som blir avkrysset til eget bruk under oppholdet

Visalli og McNasser mener at alle pasienter som har eller potensielt kan ha et sinnehåndteringsproblem kan dra nytte av et slikt skjema fordi det kommuniserer forventninger om oppførsel og at sinnehåndtering er en viktig del av behandlingsplanen, ikke bare noe som skal kontrolleres. I hverdagen kan også arbeidet nedkortes til to konkrete spørsmål: ”

- 1) Hva gjør deg sint eller frustrert?”
- 2) ”Hva hjelper deg til å slappe av eller få deg til å roe deg?” .

For å hjelpe pasienten til å reflektere over hva de kan gjøre, hadde de en liste som presenteres i Eksempel 17. Deretter presenteres “*Anger Management Assessment- skjema*” i Eksempel 16 på neste side.

NURSING ASSESSMENT of SAFETY (Anger Management Assessment)	Patient's Name:	"C" No.
	Sex	Date of Birth
	Facility	Unit/Ward #

Our goal at Mohawk Valley Psychiatric Center is to work with you and your family members to provide a safe and supportive environment. We want to work together to plan your treatment.

Your safety and the safety of others is important to us. If you become upset or angry, employees are available to talk and find ways to help you solve the problem. Ideas to help you calm down might be getting away to be alone, finding a change of scenery, talking to a family member, or going for a walk. **We encourage you to choose the best way of managing your anger.**

This document will be used in planning your treatment. We are asking you and/or your family to answer the following questions so we can provide a safe and comfortable place for you to receive treatment.

1. What makes you angry, frustrated, or upset?

2. What helps you calm down? (check all that work for you)

- | | |
|--|--|
| ☐ thinking of something pleasant | ☐ deep breathing exercises |
| ☐ being alone | ☐ a change of scenery |
| ☐ talking to somebody/family member | ☐ going for a walk |
| ☐ physical exercises | ☐ getting involved in activities/crafts |
| ☐ watching TV | ☐ relaxation exercises |
| ☐ listening to music | ☐ talking to staff to solve problem |
| ☐ talking to yourself in a positive way | ☐ counting to 50 |
| (stay cool, I can handle it, take it easy) | ☐ thinking of the consequences |
| ☐ medication (name) | ☐ looking at books/reading |
| ☐ comfort wrap with blanket | |

Patient's Signature: _____ DATE: _____

Nurse's Signature: _____ DATE: _____

Figure 1. Anger management assessment tool.

Eksempel 16: Forslag til pasienten om situasjoner som kan trigge sinne, angst og aggresjon

Other Possible Triggers:
Situations that make you feel scared, upset or angry and could cause you to go into crisis?

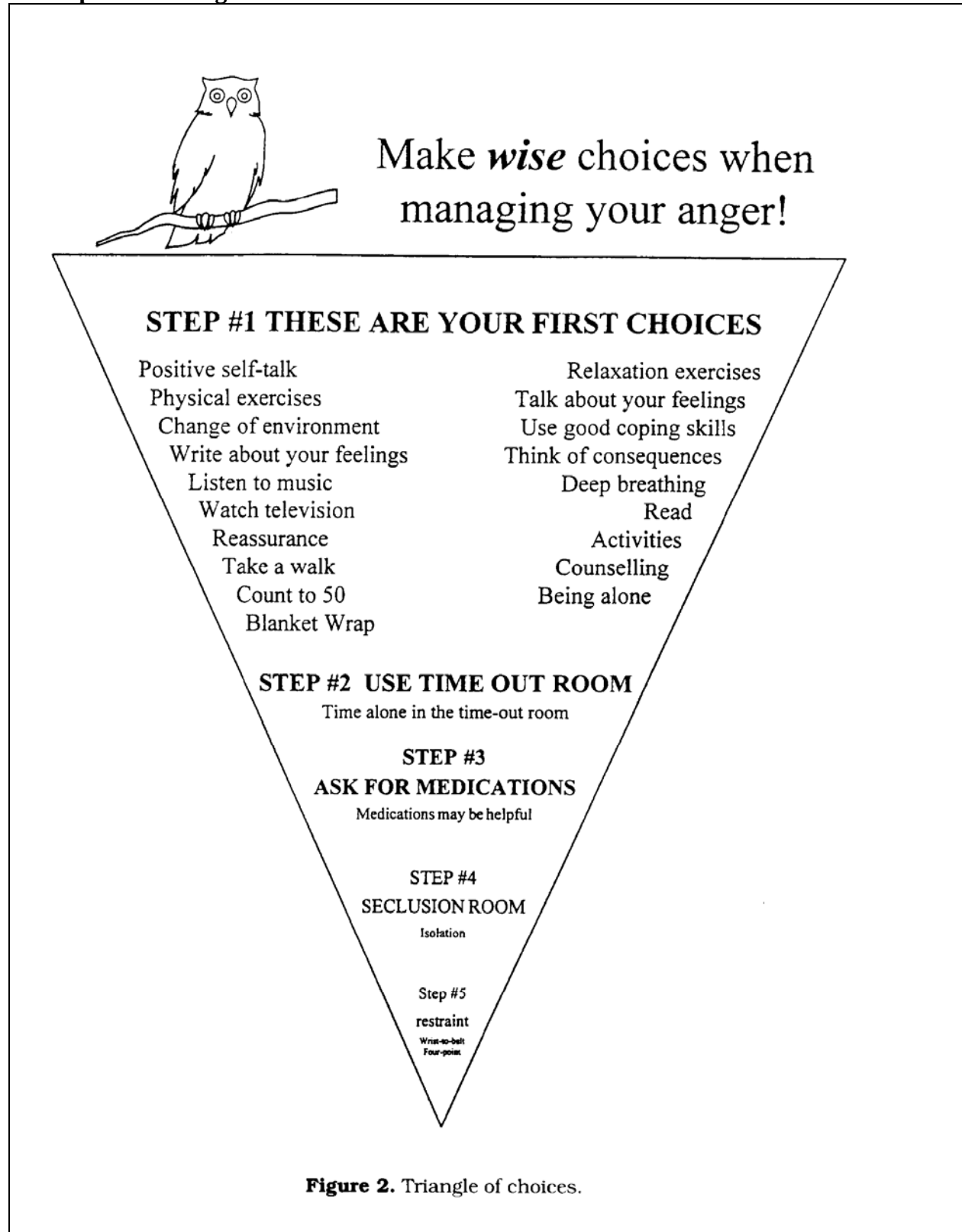
• Not being listened to • Lack of privacy • Feeling lonely • Darkness • Being teased or picked on • Feeling pressured • People yelling • Room checks	• Arguments • Being isolated • Being touched • Loud noises • Not having control • Being stared at • Other (describe)
---	--

I tillegg til disse redskapene utarbeidet Visalli og McNasser skjemaet ”Triangles of choices”, presentert i Eksempel 18. Dette skjema er bare en visuell forenkling som kan benyttes av pasienten som tips for å håndtere frustrasjon og sinne. Ved å benytte skjema kan det være lettere å identifisere sinnefølelsene. Det er et mål at pasienten selv gjør sitt valg og passende intervensjoner i forhold til sinnet og frustrasjonen sin. Dette gjør pasienten mindre avhengig av personalets intervensjoner. Personalet blir opplært i bruken av dette. Det inngår i arbeidet med forhandlinger og valg som alternativer til krisehåndtering og interessekonflikt.

I tillegg til disse verktøy og andre tiltak, kan disse tiltakene også kombineres ved bruk av ”comfort wrap”. Dette er en god dyne som pasienten selv kan velge å ha rundt seg i sengen som hjelp når de føler seg redde, sårbar og grenseløse og derigjennom kan gjenvinne følelser av trygghet og sikkerhet. I Norge har man for eksempel også benyttet ”kuledyne” på samme måte.

Ved siden av disse forslagene som er presentert blir pasienten oppmuntret til å bruke mestringsstrategier som fungerer godt hjemme og som ikke er på listen. Informasjonen blir så integrert i behandlingsplanen og brukt som en ressurs under oppholdet. Hvis pasienten er aktivt aggressiv blir denne tilnærmingen revudert daglig for å sikre at personalet og pasienten jobber aktivt sammen om dette. Det vektlegges at pasienten skal delta i evalueringen av hvordan håndtere sinne. En viktig forutsetning for å benytte redskapene er at både personalet og pasientene forplikter seg til å snakke om ting heller enn å benytte fysisk kamp. Pasienten skal velge å håndtere sinne på et mer konstruktiv måte, samtidig forplikter personalet seg til å lytte til og handle ift pasientenes ønsker og behov. Målet er å ”etablere sunne relasjoner” som forbilde for miljøterapien. Dette fordrer en gjensidig relasjon hvor begge parter lytter til og forhandler med hverandre.

Eksempel 18: Triangle of Choices



I følge Visalli og McNasser (1997, Visalli et al 1997) ga de beskrevne skjema positive effekter fordi de hjalp personalet og pasientene til å se et helt spenn av andre mulige alternativer til å håndtere problemene på enn S/R. De hjalp også sykehusorganisasjonen til å våge å åpne opp for at pasienter viser sinnefølelser som er en naturlig og viktig del av normalt liv ved å skape en struktur for hvordan slike følelser kan møtes og håndteres for begge parter. Innføring av skjemaene ga også gode effekter i forhold til tvangsbruk. Det ble en økning i bruk av andre mindre restriktive intervensjoner på 90 % og reduserte skader på personalet og pasienter. I tillegg ble det en reduksjon i bruk av S/R for mindre episoder og krisesituasjoner. Siden verktøyene var tverrfaglige, bidro de også til å øke den tverrfaglige tilnærmingen til problemstillingene. Utviklingen ble forsterket ved at man samtidig benyttet "Behaviour Management Data Collection Tool" som beskrevet i pkt. 3.6.2. Dette skjema økte også personalets bevissthet om å identifisere alternativer og underbygget ledelsens støtte i dette arbeidet.

3.13.2 Bruk av individuelle kriseforebyggende planer i samarbeid med pasienten

I litteraturen er det også foreslått bruk av individuelle kriseforebyggende planer som en metode som kan bidra til reduksjon av tvang (bla Huckshorn 2007). En individuell kriseforebyggende plan er langt mer enn bare en plan. Den utgjør en grunnleggende individualisert plan som er utviklet på forhånd for å forebygge kriser og unngå bruk av eksempelvis isolat og belter. Den er også en behandlingsprosess som er sensitiv til traumeaspektet, skreddersydd for den enkelte pasientens behov, utviklet i samarbeid med pasienten for å planlegge sikkerhet og lage en felles strategi for å håndtere kriser sammen. Planen skal også være bruker- eller pasienteiet og derfor skrevet på en forståelig måte slik at pasienten kan forstå og bruke den.

Hensikten med kriseplaner er å kunne intervensere effektivt på tidligst mulig tidspunkt for å forhindre eskalering av kriser. Den skal også hjelpe pasienten/brukeren til å identifisere effektive mestringsstrategier før de trengs. Videre skal den hjelpe personalet til å planlegge på forhånd om hva de skal gjøre for å støtte hvem person når problemer oppstår, samt hjelpe og oppmuntre personalet til å benytte intervensjoner som reduserer risiko og traumer overfor den enkelte.

De kriseforebyggende planene bør inneholde en identifikasjon av "triggere som setter i gang en handling, prosess eller serie av hendelser (som frykt, panikk, uro eller sinne). Hva som er pasientens tidlige varsel signaler om mulig krise, for eksempel stress/uro vist ved (om ikke alltid) rastløshet, oppløsthet, rask pust, spent kropp, høyrøstethet og gråt. I tillegg bør planen inneholde gode strategier for å løse situasjonen. Med dette menes strategier som kan hjelpe til å berolige pasienten når vedkommende er oppskaket. Mange ulike tiltak kan hjelpe, og man bør diskutere og inkludere det vedkommende selv tror vil være til best hjelp.

3.13.3 Stress/sinne.-håndteringsgrupper for pasienter

En annen metode som er beskrevet i litteraturen er bruk av stress/ sinne- håndteringsgruppe for pasienter. McCue et al (2004) beskriver tema for disse gruppene i neste eksempel 19:

Eksempel 19: Innholdet i en stress/sinne håndterings gruppe for pasienter

1. *Identification of restraint—prone patients.* The initial psychiatric evaluation for all patients to be admitted was revised to include an assessment of the potential for agitated and assaultive behavior. Using this assessment, the inpatient treatment team could devise an appropriate plan of care.
2. *Patient education.* A stress/anger management group for patients was added to the inpatient service's therapeutic programming. The protocol for this group consisted of 4 sessions per week of 1 hour each. The sessions included both didactic and interactive components. Table 1 shows the content of each group session.

Table 1

Content of stress/anger management group

Session 1

- Defining the feeling of anger
- Exploring individual and group attitude about anger
- Describing angry behavior and its consequences

Session 2

- Understanding aggressive behavior and from where it comes
- Identifying anger "triggers"—how they get pushed and how to respond to them
- Exploring the connection between personal beliefs and misconceptions about anger
- Recognizing the choice: automatic response versus "thinking before reacting"

Session 3

- Changing the experience of anger through changing beliefs, perceptions, and attitudes
- Communicating angry feelings appropriately on the unit
- Communicating angry feelings at home and in the community

Session 4

- Changing the cycle of anger
- Learning coping skills and strategies to decrease angry feelings and behavior
- Learning problem-solving skills
- Learning listening skills
- Learning relapse prevention skills: maintaining new attitudes and responses to anger-producing events

Jones og Timbers (2003) beskriver på tilsvarende vis et utviklingsarbeid ved barn- og ungdomsposter hvor man innførte ferdighetsbaserte utdanningsprogrammer (Teaching- Family – model). Det var god erfaring med utdanningsprogrammet for å redusere bruk av isolat og tvangsmidler.

Visalli og McNasser (1997) innførte brukerdrevne grupper som tok for seg problemer med vanskelige følelser og sinnehåndtering. Disse gruppene var også meget nyttige for å gi tilbakemelding til personalet og pasientene om hvorfor sinne- følelser oppstod. Personalet deltok også i noen av diskusjonene som skulle være basert på åpne og jevnbyrdige diskusjoner.

Også ved et annet sykehus utviklet man et program som var rettet mot å jobbe mer strukturert, individualisert og fokusert på å støtte pasienter til å utvikle ikke- voldelige mestringsferdigheter (Taxies 2002). Personalet fikk så undervisning i å benytte dette overfor pasientene. I tillegg til personalundervisning mer generelt ved sykehuset, fikk pasientene undervisningstilbud i forhold til egenomsorg og selvstyring gjennom oppskakende hendelser inkludert sinnereduksjon og stresshåndteringsstrategier. Dette, i kombinasjon med andre intervensjoner som tidligere beskrevne alternativer som økt kompetanse i personalgruppen, endring av det fysiske miljøet, evaluering i form av strukturert debriefing og feedback (”communication feed-bak loop med evaluering av alle hendelser siste 14 måneder) førte til en reduksjon av antall episoder med S/R på 90%.

Eksempel 17: Ulike pasientintervensjoner ved ungdomsenhet i Manderville LA for å øke delaktigheten til pasientene for å få ned S/R

I tillegg til å arbeide med personalet beskriver Schreiner et al (2003) også ulike intervensjoner rettet mot ungdommene for å få ned bruken av S/R. De startet først med at komiteen for tvangsreduksjon gjennomførte møter med et lite antall pasienter av gangen og fortalte at det å redusere S/R nå var en viktig prioritet ved enheten. Pasientene ble informert om mange positive sider ved å redusere S/R som bedre boligmiljø, færre pasient- og personalskader og at det frigjorde personalet slik at de kunne bruke mer tid på hyggeligere og mer morsomme aktiviteter siden disse krisesituasjonene tok så mye av personalets tid og oppmerksomhet. Gjennom disse små pasientgruppene gjennomgikk så klinisk personalet ulike terapeutiske deeskaleringsteknikker med pasientene. Disse omhandlet teknikker for sinnehåndtering, spesielle opplegg for den enkelte pasient, riktig bruk av time-out, selv-samtaler for å redusere oppløst og sint atferd osv. I tillegg benyttet man pris for den enheten som klarte å redusere S/R bruken over 25 % over en viss tidsperiode (eks. pizza party, fun- day med morsomme aktiviteter etc.). Disse tiltakene oppfordret til å innskrenke atferd som kunne lede til en S/R episode. Man oppfordret også til at ingen skulle se det som status å være involvert i en S/R episode, men heller motsatt (jf. tidligere beskrivelser). Til slutt så man også spesielt på de pasientene som det ofte ble benyttet S/R overfor. Disse trengte ytterligere intervensjoner. Her møttes det tverrfaglige behandlingsteamet for å gjennomgå behandlingsplanen, gjennomføre ytterligere vurderinger og funksjonsanalyser og identifisere mulige årsaksfaktorer til at disse krisene hyppig oppstod. I forhold til disse pasientene ble det utarbeidet helt spesifikke planer i forhold til atferds- og kommunikasjonsstrategier som kunne hjelpe pasienten til å møte krisen på en bedre måte. Personalet skulle også sørge for at pasienten fikk nødvendige deeskaleringsferdigheter som vedkommende selv kunne benytte. Disse ferdighetene trente man med pasienten når vedkommende hadde det bedre. Videre gjennomførte man jevnlig møter med pasienten for å diskutere og gjennomgå vedkommendes egne behandlingsmål og tiltak for å oppnå disse.

4 Avslutning

I denne rapporten har vi gjennomgått og presentert mange bidrag, særlig fra USA, som har sett på utvikling av alternativer til tvang i sykehusene. Mange av bidragene som representerer mangeårig praktisk erfaring med utviklings- og endringsarbeid i sykehus innenfor psykisk helsevern. De fleste utviklingsprosjektene kan vise til vellykkede resultater. Det synes dermed som det foreligger et stort potensiale for tvangsreduksjon ved målrettet utviklingsarbeid.

Som diskutert i rapporten mangler det fortsatt mye systematisk og forskningsbasert kunnskap om faktorer som påvirker arbeidet for tvangsreduksjon, alternativer til andre tvangsformer og forutsetningene for tvangsreduksjon i Norge. Det er også påpekt mange problemstillinger og nyanser innenfor feltet i rapporten hvor det foreligger forskningsmessige og kliniske spenninger og uenigheter som trengs å avklares videre. Vi er dermed bare i startfasen i arbeidet med utvikling av brukerorienterte alternativer til tvang i Norge, og mye gjenstår forskningsmessig og klinisk i tiden fremover.

Det er samtidig i de senere årene blitt økt oppmerksomhet om tvang og det er økende konsensus mellom bruker- og profesjonsorganisasjoner om målsetningen om tvangsreduksjon i Norge. Helsemyndighetenes tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret tvang er et første skritt i en satsing som har likheter med den i USA. BAT-prosjektet inngår i en slik satsing. Vi har samtidig kommet langt kortere i forhold til å etablere utviklingsprosjekter i sykehus som bidrar til redusert og kvalitetssikret tvangsbruk i praksis. Det mangler også et større apparat på myndighetsnivå som kan bidra til en mer omfattende målbevisst satsing.

Det tar tid å omforme og integrere nye kunnskapstradisjoner i praksis. Huckshorn (2007) som har lang erfaring på dette området sier også at disse utviklingsforsøkene krever enormt med lederskap, forpliktelse og motivasjon. Dette har sammenheng med at tvangsrelaterte praksiser krever en kulturell endring i behandlingsmiljøene. I tillegg er det ofte krevende å gjennomføre store systemendringer i praksis. Dette bør vi også ha i mente når vi utvikler intervensjoner i Norge slik at vi utvikler tilstrekkelige støttesystemer rundt personalet i praksis og ledere for utviklingsarbeidet på ulike nivå.

Avslutningsvis vil vi påpeke at denne rapporten viser sammenhengen mellom tvangsbruk og behandlingsfilosofier. Utviklingsarbeidet gjenspeiler også i stor grad forsøk på organisasjonsutvikling av sykehusene mer generelt og kvalitetsutvikling av innholdet i helse- og sosialtjenestene som gis i sykehus. Slik sett omhandler litteraturen om alternativer til tvang også bredere anliggende som er av interesse for helsetjenestene i tiden fremover.

Referanser

Alty, A. & T. Mason (1994), *Seclusion and Mental Health. A Break with the Past*. London: Chapman og Hall

Andvig, E. (2003), *Rapport fra dialogkonferansen "Helt - ikke stykkevis og delt" - et hjelpeapparat mer på brukerens premisser*. Henær- rapport nr. 08/2003. Borre: Høgskolen i Vestfold

Betemps, E., E. Somoza & R. Buncher (1993), "Hospital Characteristics, Diagnosis and Staff Reasons Associated With Use of Seclusion and Restraint." *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 44, No. 4:367–371.

Bjørngaard, J. H. (2000), *Tvang og frivillighet ved innleggelse i voksenpsykiatriske institusjoner i 1997*. NIS minirapportserie. Oslo: SINTEF Unimed

Bjørngaard, J. H. og T. Heggstad (2001), "Kan ulik pasientsammensetning forklare forskjeller i tvangsinnleggelser?" *Tidsskrift for den norske lægeforening* 2001, Nr. 121: 3369–74.

Bjørkly, S. (1995), "Open- area seclusion in the long- term treatment of aggressive and disruptive psychotic patients, an introduction to a ward procedure." *Psychological Reports*, No. 76:147–157

Black, K. & B. Haralambous (2005), *Barriers to implementing "restraint free care" policies. Final Report*. National Ageing Research Institute, april 2005. Melbourne: Australia

Bollingmo, L. (2002), *Hvordan oppleves det å utøve legalisert tvang og makt? - reflektert etisk praksis som kompetanseområde i møte med utfordrende atferd?* Det medisinske fakultet og det psykologiske fakultet. Senter for etter- og videreutdanning. Bergen: Universitetet i Bergen

Bonner, G., et al. (2002), "Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK." *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, Vol 9, No. 4: 465-73.

Bowers, L., G. Brennan, C. Flood et al (2006), Preliminary outcomes of a trial to reduce conflict and containment on acute psychiatric wards: City Nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol. 13: 165-172. .

Breeze, J. & J. Repper (1998), "Struggling for control: the care experiences of "difficult" patients in mental health services." *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 28, No. 6:1301– 1311,

Brown, J. & S. Tooke (1992a), "On the seclusion of psychiatric patients." *Social Science of Medicine*, Vol. 35, No. 5:711–721,

- Brown, J. & S. Tooke (1992b), "Perceptions of seclusion: comparing patient and staff reactions." *Journal of Psychosocial Nursing*, No. 30: 23-26
- Busch, A. (2000), Seclusion and Restraint: A Review of Recent Literature. *Harvard Reviewed Psychiatry*. Nov.: 261- 270
- Busch, A. (2005), Introduction to the Special Section. *Psychiatric Services*, Vol. 56, No. 9:1104
- Carpenter, M., V. Hannon, G. McCleery & J. Wanderling (1988), "Variations in Seclusion and Restraint Practices by Hospital Location." *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 39, No. 4:418– 423
- Crenshaw, W.B, K.A. Cain & P.S. Francis (1997), An updated national survey on seclusion and restraint. *Psychiatric Services*, Vol. 48, No. 3:395-397
- Curie, C. (2005), Commentary: SAMSHA's Commitment to Eliminating the Use of Seclusion and Restraint. *Psychiatric Services*, Vol. 56, No.9:1139-1140
- Cusack, K. J., C. Frueh, T. Hiers, S. Suffoletta- Maierle & S. Bennett (2003), Trauma within the psychiatric setting: a preliminary empirical report. *Administration and Policy in Mental Health*, Vol. 30, No. 5: 453-460
- Dabrowski, S., L. Frydman & T. Zakowska- Dabrowska (1986), "Physical restraint in Polish psychiatric facilities." *International Law Psychiatry*, Vol. 8, No. 4: 369-382
- de Cangas, J. (1993), "Nursing Staff and Unit Characteristics: Do they affect the Use of Seclusion?" *Perspectives in Psychiatric Care*, Vol. 29, No. 3:16–22
- Donat, DC (2003), "An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital." *Psychiatric Services*, Vol. 58, No. 8:1119-1123
- Donat, D. (2005), Encouraging Alternatives to Seclusion, Restraint, and Reliance on PRN Drugs in a Public Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*, Vol. 56, No 9, 1105-1108
- El-Badri, S..M & G. Mellsop (2002), "A study of the use of seclusion in an acute psychiatric service." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, No.3:399– 403
- 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
- Eriksen, T.A og G. Sandersen (1999), *IABA-modellen - et alternativ for reduksjon av bruk av makt og tvang?* Lillestrøm: Høgskolen i Akershus, avd. for vernepleierutdanning.

- Esther, R. (1997), "Use of physical restraints in a nineteenth-century state hospital." *History of Psychiatry*. Vol. 3:83–93
- Fisher, W. A. (1994), "Restraint and seclusion: a review of the literature." *American Journal of Psychiatry*. Vol. 151, No.11: 1584-91.
- Fisher, W.A. (2003), Elements of successful restraint and seclusion reductions programs and their application in a large, urban, state psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric Practice*, Vol.9: 7-15.
- Fitzgerald, E. (2002), The experience of physical restraint: a systematic review of qualitative research. *Contemporary Nursing*, Vol.13, No.2-3: 126- 35
- Forster, P.L., Caveness C. og M.A. Phelps: Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol.13, No. 5: 269-71
- Frueh, B. C., R.Knapp, K.J. Cusack, A.Grubaugh, J. Sauvageot, C. Julie, V. Cousins, E.Yim, R. Eunsil, C. Robins, J. Monniers & T. Hiers (2005), Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. *Psychiatric Services*, vol 56, No. 9, 1123-1133.
- Gardner, W., et al. (1999), "Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization." *American Journal of Psychiatry*, Vol.156, No.9: 1385-91.
- 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.
- 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.
- Glover, R. (2005), Reducing the Use of Seclusion and Restraint: A NASMHPD Priority. *Psychiatric Services*, Vol. 56, No. 9, 1141-1142
- Goren, S. & W. J. Curtis (1996), " Staff members' beliefs about seclusion and restraint in child psychiatric hospitals. " *Journal of Adolescence Psychiatric Nursing*, Vol. 9, No. 4: 7-14
- Hafstad, T. (2000), *Brukertilfredshet hos psykiatriske pasienter innlagt ved 3 akuttavdelinger på Psykiatrisk avdeling RiTø*. Hovedoppgave i Psykologi.. Trondheim, Universitetet i Tromsø, Institutt for psykologi
- Hatling, T., M. Ådnanes og J. H. Bjørngaard (2002), *Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001*. Rapport STF78 A025017. Trondheim: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning

Hauan, K. (2004), "Det må alltid være en uro tilstede" - om sykepleie og bruk av tvang i psykiatrisk sykehus/psykiatrisk sykehusavdeling. Hovedoppgave ved avdeling for sykepleie og klinisk medisin, Tromsø: Universitetet i Tromsø

Henriksen, K. (2004), *Når omsorgen tvinger seg på - kunsten å stige ned av den høye hvite hesten. En studie av sykepleieres fortellinger om etisk vanskelige situasjoner i møte med tvangsinnlagte pasienter i akuttpsykiatriske avdelinger*. Hovedoppgave ved Institutt for sykepleievitenskap. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet

Hoekstra, T. Lendemeijer, H.H.G.M. og Jansen, M.G. M. J. (2004), "Seclusion: the inside story." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. Vol. 11, No. 3:276– 283

Holte, J. S. (2003), "Skjerming – utvikling av en begrunnet praksis." I: Jan Kåre Hummelvoll (red.), *Kunnskapsdannelse i praksis*. Kapittel 6:117–146. Oslo: Universitetsforlaget

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

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

Jones, R.J. og G.D. Timbers (2003), Minimizing the need for physical restraint and seclusion in residential youth care through skill- based treatment programming. *Families in Society. The Journal of Contemporary Human Services*. Vol. 84, No. 1: 21- 29

Johnson, M. E. (1998), "Being restrained: a study of power and powerlessness." *Issues in Mental Health Nursing*. No. 19:191–206

Jönsson, L.- E. (1998), *Det terapeutiska rummet. Rum og kropp i svensk sinnessjukvård 1850–1970*. Stockholm: Carlssons Bokförlag

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

Karlsson, B. (2004), *Mani som fenomen og lidelse: pasient- og personalerfaringer som grunnlag for kunnskapsutvikling i psykiatrisk sykepleie*. Avhandling for dr.polit.-graden. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Kielberg, P.og A. Jensen (2003), *Prosjekt skjerming i Region Nord*. Riskov: Utdannelsesadelen Psykiatrien i Århus Amt

Kirkpatrick, H. (1989), "A descriptive Study of Seclusion: the unit Environment, Patient Behavior and Nursing Interventions." *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol. 3, No.1:3–9

Klinge, V. (1994), "Staff opinions about seclusion and restraint at a state forensic hospital." *Hospital and Community Psychiatry*, Vol. 45, No.2: 138-41.

Knight, M.M. (2005), Quality improvement initiatives to minimize seclusion and restraint. *Journal of Health Quality*, Vol. 27, No.2: 20- 25

LeBel, J. og R.Goldstein (2005), The Economic Cost of Using Restraint and the Value Added by Restraint Reduction or Elimination. *Psychiatric Services*, Vol 56, No. 9, 1109-1114.

Lee, S., et al. (2003), "Views of nursing staff on the use of physical restraint." *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, Vol. 10, No.4: 425-30.

LeGris, J., M. Walters & G. Browne (1999), "The impact of seclusion on the treatment outcomes of psychotic in- patients." *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 30 No.2: 448–459

Lehane, M. & C. Rees (1996), "Alternatives to seclusion in psychiatric care." *British Journal of Nursing*. Vol. 5, No. 25:974, 976–979

Lendemeijer, B. & L. Shortridge-Bagget (1997), " The Use of Seclusion in Psychiatry: A Literature Review." *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, Vol. 11, No. 4: 299-315

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.

Mann, L. S, T. Wise & L. Shay (1993), "A prospective study of psychiatry patients' attitudes toward the seclusion room experience." *General Hospital Psychiatry*. Vol 15:177–182, Issue 3

Marangos-Frost, Sandy (2000), "Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma." *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 31, No. 2:362–369

Mathiesen, Juan R., Per A. Føyn og B. Heimdal (2002), *Rapport fra Gjennombruddsprosjekt Psykiatri. Bruk av tvang*. Skriftserie for leger. Utdanning og kvalitetsutvikling. Oslo: Den norske lægeforening

Markwell, S. K. (2005), Long- term Restraint Reduction. One Hospital's Experience With Restraint Alternatives. *Journal of Nursing Care Quality*, Vol. 20, No. 3: 253-260

Martinez, R., M. Grimm & M. Adamson (1999), "From the inside looking out. Does a patient see seclusion as therapeutic or punitive?" *Journal of Psychosocial Nursing* 1999. Vol. 37, No. 3:13–22

Mason, T. (1997), "En ethnomethodological analysis of the use of seclusion." *Journal of Advanced Nursing*. No. 26:780–789

McCue, R., L. Urcuyo, Y. Lilo, T. Tobias & M. Chambers (2004) Reducing Restraint Use in a Public Psychiatric Inpatient Service. *Journal of Behavioural Health Services & Research*. Vol. 31, No.2: 217- 224

Mistral, W., A.Hall & P.McKee (2002), Using therapeutic community principles to improve the functioning of a high care psychiatric ward in the UK. *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 11: 10-17.

Meehan, T., C. Vermeer & C.I Windsor (2000), "Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation." *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 31:370–377

Meehan, T., H. Bergen & K. Fjeldsoe (2004), "Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed?" *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 47, No. 1:33–38

Mental Helse Sør- Trøndelag (?) Delrapport 1 til sluttrapport for prosjekt "Kvalitetsforbedring gjennom brukererfaring 1998-2000) - Oppsummering av resultatene fra brukermøtene 1998-2000.

Monahan, J., Lidz, C.W., Hoge, S.K., Mulvey, E.P., Eisenberg, M.M., Roth, L.H., Gardner, W.P. og Bennett, N. (1999): Coercion in the provision of mental health services: The MacArthur Studies. I: Morrissey, J.P. og Monahan, J. (red.): *Research in Community and Mental Health. Coercion in mental health services – international perspectives*. Stamford: JAI Press.

Morales, E. & P. Duphorne (1995), Lest Restrictive Measures: Alternatives to four-points Restraints and Seclusion. *Journal of Psychosocial Nursing*. Vol 33, No.10 :13- 16

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

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.

O'Brian, L. & R. Cole (2004), "Mental Health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas." *Australian and New Zealand Journal of Ophthalmology*, Vol. 13, No. 2:89–99

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

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

Poulsen, H., L.Søndergård, C. Hansen og A. Lindhardt (2005), "Psykiatriske patienters oplevelse af ophold i skærmede enheder." *Ugeskrift for Læger*, Vol. 167, No. 5:509– 513

Poulsen, H.D. (1999), Perceived Coercion Among Committed, Detained, and Voluntary Patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, Vol. 22, No. 2:165-175

Ray, N., K.Myers & M. Rappaport (1996), "Patient perspectives on restraint and seclusion experiences: a survey of former patients of New York States psychiatric facilities." *Psychiatric Rehabilitation Journal*, Vol.1, No. 20:11–18

Richer, D. & R. Whittington et al (2006), *Violence in Mental Health Settings. Causes, Consequences, Management*. New York: Springer

Richmond, I., Trujillo, D., Schmelzer, J. Phillips & D. Davis (1996) Least Restrictive Alternatives: Do they really Work? *Journal of Nursing Care Quality* vol 11 (1): 29-37

Richardson, B.K. (1987), Psychiatric Inpatients' Perceptions Of the Seclusion-Room Experience. *Nursing Research*. Vol.36, No. 34: 234-238

Robins, C., J. Sauvageot, K.J. Cusack, S. Suffoletta- Maierle & B. C. Frueh (2005), Consumers' Perceptions of Negative Experiences and "Sanctuary Harms" in Psychiatric Settings. *Psychiatric Services*, Vol. 56, No. 9, 1134-1138.

Rådet for psykisk helse (2004a). *Stykkevis og delt. Forprosjekt om kvalitetsutvikling i psykisk helsearbeid*. Oslo: Rådet for psykisk helse

Rådet for psykisk helse (2004b), *Verdig liv. Velferd, medvirkning og helhet ved psykiske lidelser*. Oslo: Rådet for psykisk helse

Sailas E. & M. Fenton (2003), "Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses." *The Cochrane Library*, Issue 3. Oxford: Update Software

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/>

Schreiner, G.M., C.G. Crafton & J.A. Sevin (2004), Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion. *Administration and Policy in Mental Health*. Vol. 31: 449-463

Smith, G.M., R.H. Davis, E.O. Bixler, H.M. Lin, A. Altenor, R.J. Altenor, B.D. Hardenstine & G.A. Kopchick (2005), Pennsylvania State Hospital Systems' Seclusion and restraint Reduction Program. *Psychiatric Services*, Vol. 56, No.9:1115-22

Soliday, S. M. (1985), "A comparison of patient and staff attitudes toward seclusion." *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 173, No.5: 282-91

Statens helsetilsyn (2006), *Bruk av tvang i psykisk helsevern*. Rapport 4/2006. Oslo: Helsetilsynet

Sullivan, A.M, Bezmen, J. Barron, C.T et al (2005), Reducing restraints: alternatives to restraint on an inpatient psychiatric service – utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. *Psychiatric Quarterly*, nr. 76:51- 65

Swauger, K.C. og C.C. Tomlin (2000), Moving Toward Restraint- Free Patient Care. *JONA*, Vol. 30, No. 6: 325-329

Sverdrup, S., L. B. Kristofersen og T.M. Myrvold (2005), *Brukermedvirkning og psykisk helse*. NIBR-rapport 2005:6 Oslo: NIBR

Svindseth, M. F., A. A. Dahl og T. Hatling (2007), "Patients' experience of humiliation in the admission process to acute psychiatric wards." *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol. 61, No.1: 47-53.

Sørgaard, K. W. (2004), "Patients' perception of coercion in acute psychiatric wards. An intervention study." *Nordic Journal of Psychiatry*. Vol. 58, No. 4:299–304

Taxies, J. C. (2002), "Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting." *Issues in Mental Health Nursing*. No. 23:157–170

Tunde-Ayinmode, M. & J. Little (2004), "Use of seclusion in a psychiatric inpatient unit." *Australian Psychiatry*, Vol. 12, No. 4: 347–351

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

Wadeson, H. & W. Carpenter (1976), "Impact of the seclusion room experience." *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol. 163, No. 5:318–325

Wynn, R. (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, R. (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

Vedlegg 1 :

State of New York Office of Mental Health: Directive Seclusion and Restraint

State of New York OFFICE OF MENTAL HEALTH OMH OFFICIAL POLICY MANUAL	Date Issued 12/19/06	T. L. 06-12	Section # PC-701
	Section Patient Care - Patient Management		
	Directive Seclusion and Restraint		

NOTE: This policy directive shall not preclude the application of security measures during transportation of patients who are committed to a facility pursuant to an order of a criminal court¹.

A. Policy Statement

The purpose of this policy directive is to set forth conditions and procedures for the use of seclusion and restraint in State-operated psychiatric inpatient facilities. The directive addresses both the use of seclusion and restraint for behavioral management purposes, as well as the use of restraints for medical and post- surgical care.

In this regard, the policy maintains the recent focus of requirements governing the use of restraints. Historically, requirements focused on the type of device or restraint being used, and the setting in which it was being employed. Under current federal regulations and JCAHO standards, requirements are tailored to the function or purpose of the restraint, i.e., is the restraint being used for medical or post-surgical purposes or for behavioral management purposes?

In medical or post-surgical care, a restraint may be necessary to ensure good medical outcomes when mechanical supports are not effective.. For example, restraints may be used to prevent an intravenous (IV) or feeding tube from being removed, or to prevent a patient who is temporarily or permanently incapacitated with a broken hip from attempting to walk before it is medically appropriate. In these circumstances, a medical restraint may be used to limit mobility or temporarily immobilize a patient in relation to a medical, post-surgical, or dental procedure.

For behavioral management purposes, seclusion and restraint are interventions to be used only as a measure of last resort to avoid imminent injury to the patient or others. The use of seclusion or restraint may be considered a treatment failure and serves as a prompt for treatment teams to review the appropriateness of the treatment approaches currently being used for individual patients. It is the goal of the Office of Mental Health to significantly reduce the incidence of situations that necessitate the use of seclusion and restraint, to make the use of seclusion and restraint a rare occurrence, and to continue efforts to reduce the rate of such rare occurrences.

Among the Office of Mental Health's purposes and goals are the provision of a safe and therapeutic environment, the reduction of danger, and the prevention of violent behavior. Episodes of violent behavior

are frequently associated with the use of seclusion and restraint for behavioral management purposes. While it is clear that violent behavior may lead to seclusion and restraint, in other instances violent behavior may begin or increase following the initiation of seclusion and restraint. Statistically, seclusion and restraint are associated with increased risk of injury to both patients and staff.

Seclusion and restraint also may have deleterious effects on patients, including survivors of sexual trauma and/or physical abuse, and patients with hearing impairments who are unable to communicate without the use of their hands. In assessing the need to use these interventions, therefore, the potential for any negative impact of the procedure on the particular patient shall be considered.

¹For purposes of this policy directive, "patients who are committed to a facility pursuant to an order of a criminal court" means and includes patients committed to the custody of the Commissioner pursuant to Section 330.20 or Article 730 of the Criminal Procedure Law, as well as those subject to subsequent retention orders following an initial commitment made under these statutes. This does not include: (1) persons who were initially admitted under Criminal Procedure Law Article 730 "Final Orders of Observation" whose original charges have been dismissed and who are, within 72 hours, converted to voluntary or involuntary status (Ritter vs. Surles); or (2) persons admitted under Criminal Procedure Law Article 730 who are converted to civil status as the result of a Court order issued pursuant to Jackson v. Indiana. Questions regarding applicability of this provision should be directed to Counsel's Office.

The use of seclusion and restraint for purposes of behavioral management can be reduced through the creation and maintenance of an environment which promotes the empowerment of patients, and which emphasizes the education and sensitization of staff regarding the appropriate use of restraint and seclusion. It is the goal of this policy to encourage this result.

Procedures for use of seclusion or restraint for behavioral management purposes are established in section E of this policy directive, while procedures for the use of restraints for medical or post-surgical care are set forth in section F.

B. Relevant Statutes and Standards

Mental Hygiene Law §33.04

14 NYCRR §27.7

42 C.F.R. §482.13

P.L. 106-310 (Children's Health Act of 2000)

Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals (CAMH standards TX.7.1 through TX. 7.1.3.2)

C. Definitions

- 1) **Calming blanket** means a restraint consisting of a thick, stiff fabric comforter which encases a person's torso and limbs and is held in place by two persons.
- 2) **Chemical restraint**, or "Drug used as a restraint," means the use of a medication to control behavior or to restrict the patient's freedom of movement and is not standard treatment for the patient's medical or psychiatric condition². The use of medication to completely immobilize an individual is considered an inappropriate medical practice, is not an acceptable method of "drug used as a restraint," and is prohibited.
- 3) **Clinical director or designee** means the individual in charge of clinical services at the State-operated psychiatric facility, or a physician designated by that individual to carry out the responsibilities of the head of the clinical staff described in this directive.
- 4) **Comfort Wrap** means a lightweight blanket or sheet that a person may voluntarily use when they experience the need to feel safer and/or to provide an artificial boundary. When used in this manner, a comfort wrap is not a form of restraint.
- 5) **Five-point restraint** means a four-point restraint with the addition of a strap, which is placed over the person's upper torso and secured to the bed frame.
- 6) **Formal Debriefing** means a collaborative process among the treatment team, patient, and other involved parties, designed to rigorously analyze the use of a restraint or seclusion intervention in order to examine what occurred and to facilitate improved future outcomes by managing the event more effectively or preventing recurrence.
- 7) **Four-point restraint** means bracelets, encasing the wrists and ankles of a person lying on a bed, which are secured to the bed frame.

²If a drug is used as a restraint, all provisions governing the ordering, monitoring, and evaluation of restraint and seclusion apply. Federal CMS regulations define a drug used as a restraint (i.e., chemical restraint) as a "medication used to control behavior or to restrict the patient's freedom of movement and is not a standard treatment for the patient's medical or psychiatric condition" (42 CFR §482.13(f)). Federal guidance on this regulation provides that "the regulation is not intended to interfere with the clinical treatment of patients who are suffering from serious mental illness and who need appropriate doses of psychotropic medication to improve their level of functioning so that they can more actively participate in their treatment. Similarly, the regulation is not intended to interfere with appropriate doses of sleeping medication prescribed for patients with insomnia or anti-anxiety medication prescribed to calm a patient who is anxious. hence the notation that medications that are a standard treatment for a patient's medical or psychiatric condition are not subject to the requirements of the regulation." (CMS Interpretive Guidelines A-0063).

- 8) **Manual restraint** means the involuntary holding or pinning of an individual to restrict movement of the head, arms or body. Manual restraints include, but are not limited to, physical restraints required to facilitate the safe administration of court ordered or emergency medications administered over a patient's objection, physical "take downs," or other physical interventions that are designed to involuntarily hold or pin the individual to restrict movement.
- 9) **Mechanical restraint** means an apparatus which restricts an individual's movement of the head, limbs or body, and which the individual is unable to remove.³
- 10) **Mechanical support** means a device intended to keep a person in a safe or comfortable position or to provide the stability necessary for therapeutic measures such as immobilization of fractures, administration of intravenous solutions or other medically necessary procedures, which the patient can remove at will.⁴
- 11) **One-to-one constant observation** means a situation in which a staff member is responsible for maintaining continuous watch of a single patient, keeping the patient in view at all times, and, if clinically appropriate, attempting to initiate dialogue with the patient. In this situation, the staff member must remain in close enough proximity to the patient to be able to respond immediately if needed, and shall have no supervisory responsibilities for other patients.
- 12) **Restraint** means any manual method or physical or mechanical device that restricts freedom of movement or normal access to one's body, material, or equipment, attached or adjacent to the patient's body that he or she cannot easily remove⁵. For purposes of this policy directive, "restraint" means and includes manual restraint and mechanical restraint.
- 13) **Seclusion** means the placement of an individual alone in a room or area from which he or she cannot leave at will (or where the patient reasonably believes that he or she will be prevented from leaving), This includes restricting the patient's egress through the presence of staff, by coercion, or by imposing implicit or explicit consequences for non-compliance. However, it shall not mean confinement on a locked unit or ward where the patient is with others.
- 14) **Time-out** means a voluntary procedure used to assist the patient in regaining emotional control by providing access to a quiet area or unlocked quiet room away from his/her immediate environment. Time-out is not a form of restraint or seclusion. In order for an intervention to be considered time-out, the patient must be permitted to enter the area/room completely voluntarily. Exiting the time out area/room may not be restricted by any means. The room used for time-out should not be the same room that is used for seclusion.
- 15) **Wrist-to-belt restraint** means a belt, secured around a person's waist, with attached bracelets which encase the person's wrists. The tethers which secure the bracelets to the belt may be of adjustable lengths, which allow variation in the degree of restriction of the person's arms.

D. General Principles

- 1) The health and safety of the patient are the primary concerns of the Office of Mental Health at all times. Therefore, whenever a patient demonstrates a need for serious medical attention in the course of an episode of seclusion or restraint, medical priorities shall supersede psychiatric priorities, including the placement of the patient in restraint or seclusion.

³This term may apply to an apparatus not normally used for this purpose, such as a bed rail or bed sheet, if the patient is not able to release the mechanism. Restraint alternatives, such as chair or bed "sentinels," which patients themselves may release, may be useful in the treatment of, for example, elderly and confused patients who may otherwise injure themselves.

⁴Where the restraint is effectively equivalent to preventing a patient temporarily or permanently incapacitated by, e.g., a broken bone, from attempting prematurely to walk, the standard applicable to medical and post-surgical care, as identified in Section F of this directive, applies.

⁵A determination as to whether something is "easily removed" is based on a patient's physical and cognitive abilities to remove a restriction within a brief time span.

- 2) Seclusion or restraint for behavioral management purposes shall be employed only when necessary to prevent a patient from seriously injuring self or others, and less restrictive techniques have been tried and failed, or in the rare instance where the patient's danger is of such immediacy that less restrictive techniques cannot be safely applied.
- 3) Seclusion or restraint for behavior management is not a substitute for treatment. When it occurs, it indicates the need for a post-event analysis by the staff involved in the procedure, a debriefing by the treatment team and appropriate supervisory staff, and, in some cases, a formal treatment plan review. (See subdivision E)5)).
- 4) Seclusion or restraint shall not be used as punishment, for the convenience of staff, or as a substitute for treatment programs.
- 5) The criterion for release of a patient from seclusion or restraint for behavior management is achievement of a specific behavioral objective, which must directly relate to the situation that caused the seclusion or restraint episode. Examples that would satisfy this criterion include, but are not limited to, "the patient is no longer threatening to hurt staff"; or "the patient is able to verbalize that s/he is no longer intending to hurt self".
- 6) Simultaneous use:
 - (a) Seclusion and mechanical restraint shall never be used simultaneously.
 - (b) Two forms of restraint should not be used simultaneously, with the following exceptions:
 - (i) the use of mitts and helmets together;
 - (ii) the use of manual restraint while placing a patient in mechanical restraint; and
 - (iii) the use of chemical restraint with other forms of restraint.
- 7) The decision to utilize seclusion or restraint shall not be based on the individual's seclusion or restraint history or solely on a history of dangerous behavior.
- 8) Drug used as a restraint.
 - (a) The use of drugs as a restraint, while not prohibited, is not considered a standard practice. There may be rare instances where the degree of harm posed by a patient's behavior necessitates the use of medication to rapidly attenuate the behavior to ensure the safety of the patient and others.
 - (b) When medication is used to control behavior or to restrict the patient's freedom of movement and is not a standard treatment for the patient's medical or psychiatric condition, the use of the medication shall be deemed a restraint (i.e., "drug used as a restraint").
 - (c) Use of a drug as a restraint must be immediately reported to the facility's Clinical Director or designee and the facility Executive Director.
 - (d) All uses of drugs as a restraint can only be implemented following a written order of a physician.
 - (e) Monitoring and observation must include post-medication administration assessment by a registered nurse and shall include the same monitoring requirements as any other method of restraint, as set forth in this policy directive, provided, however, that monitoring of vital signs shall be done more frequently than with other forms of restraint, in accordance with good clinical practice and facility policy.
- 9) It is against Office of Mental Health policy to place objects on or over a patient's face during restraint procedures. In situations in which precautions need to be taken to protect staff against biting and spitting during restraint episodes, staff should wear bite gloves, masks or clear face shields when possible for purposes of infection control.

- 10) Mitts and helmets: The use of mitts and helmets as an emergency intervention to avoid imminent injury to the patient or others constitutes a restraint for behavioral management purposes and must follow the procedures set forth in section E of this policy directive.
- 11) When manual restraint is required to facilitate the safe administration of court ordered or emergency medications administered over a patient's objection, a physician's order for such manual restraint is required, and all provisions of this policy directive governing the use of manual restraint shall apply.
- 12) The use of manual restraint is the only form of restraint permitted with children less than 9 years of age in facilities operated by the Office of Mental Health. Other forms of restraint, as well as seclusion, shall be prohibited for this age group, except upon prior approval on a case-by-case basis by the Chief Medical Officer of the Office of Mental Health or his/her designee.
- 13) When manual restraint is used for the purpose of facilitating the placement of a patient in mechanical restraints or secluding a patient, a separate order is not needed for the manual restraint because an order will be written for the mechanical restraint or seclusion. The entire event must be documented in the patient's clinical record.
- 14) All clinical staff shall demonstrate competence in alternatives to, and the appropriate application of, seclusion and restraint prior to participating in the restraint or seclusion of a patient. Techniques sanctioned and taught by the Office of Mental Health must be employed. Excessive force shall not be used in initiating the use of seclusion or restraint. To enable staff to check the patient's airway and to prevent the possibility of positional asphyxia, care shall be taken to assure that patients are **not** placed in a face and chest down position.
- 15) In the case of patients who are known or reasonably believed to have a history of physical or sexual abuse, or in the case of patients with hearing impairments who would be unable to communicate without the use of their hands, an explanation of why restraint is the most appropriate intervention under the circumstances shall be included in the patient's case record when an order for the use of restraint is written pursuant to section E)3)).
- 16) The standard forms of mechanical restraint are the four-point restraint, five-point restraint, wrist-to-belt restraint, mitts, helmets, and calming blanket. No facility shall use these devices unless the related manufacturer and model have been approved by the Chief Medical Officer of the Office of Mental Health or his or her designee. Such approval shall be interpreted to allow facility-wide use. Mechanical restraints which employ a locking mechanism released by a key shall never be used or considered approved for use.
- 17) Facilities may use other types of mechanical restraints for specified patients for a specified period when so authorized by the Chief Medical Officer of the Office of Mental Health or his/her designee.
- 18) In choosing among the possible forms of intervention for a particular patient, staff shall utilize the least restrictive type which is appropriate and effective under the circumstances and shall only utilize restraint or seclusion as a last resort. Similarly, in cases where restraint or seclusion is used as a last resort, the least restrictive type which is appropriate and effective under the circumstances must be utilized. In determining whether or not a physical intervention rose to the level where it constitutes manual restraint, reasonable consideration must be given to the nature of the behavior of the patient that precipitated the intervention, the behavior of the patient subsequent to the intervention, federal guidance, clinical judgment, and common sense⁶.
- 19) The facility shall convey the intentions of OMH to make the use of restraint a rare occurrence, and to

⁶For example, if a staff member were to place his arm around a slightly agitated patient as he escorted him to a quiet room to regain control of his behavior, and the patient did regain control of his behavior and returned to the common area, such physical intervention would not constitute manual restraint. If an upset child was briefly held by staff to calm or soothe him, and the child soon quieted down, such physical intervention would not constitute manual restraint. If a patient erupted in violence and attempted to physically assault another patient or staff, and the patient had to be physically held prior to placing him in restraint or seclusion, such physical intervention would constitute manual restraint.

continue efforts to reduce the rate of such rare occurrences, to patients and to those families who, upon patient agreement, are involved in the patient's treatment planning process.

E. Procedures for Seclusion or Restraint for Behavioral Management Purposes

1) Individual Crisis Prevention Plans

- a) Within its assessment procedure for all patients, facilities must incorporate a patient interview, as clinically indicated, in which a number of specific inquiries are made regarding the patient's individual preferences and behaviors related to behavioral management interventions. These preferences or recommendations must be documented in the clinical record and used to develop an individual crisis prevention plan. In determining the appropriate intervention for a specific patient in response to an emergency situation which may warrant seclusion or restraint, any preferences or recommendations provided by the patient in the individual crisis prevention plan must be considered.
- b) Individual crisis prevention plans are designed to:
 - i) help patients during the earliest stages of distress or escalation before a crisis erupts;
 - ii) help patients identify practicable coping strategies;
 - iii) help staff plan ahead and know what to do with each person if a problem arises; and
 - iv) help staff use interventions that reduce risk and trauma to individuals.
- c) Individual crisis prevention plans should have at least three distinct sections which articulate triggers, early warning signs and coping strategies. The plans should encourage creativity and should be individualized to each patient's needs, linked to any personal history of trauma, and tailored to environmental resources.
 - i) "Triggers" are situations that may contribute to crisis for the patient under review (e.g., not being listened to, lack of privacy, feeling lonely, being teased, feeling pressured, people yelling, being touched, being isolated, loud noises, arguments, or not having control). The following questions should be conceptually utilized, as appropriate, to help articulate triggers:
 - (A) "What behaviors, situations or circumstances upset you?"
 - (B) "What makes you feel scared, upset or angry and could cause you to go into crisis?"
 - ii) "Early warning signs" are behaviors that a patient displays which indicate he or she may be upset or losing behavioral control (e.g., restlessness, agitation, pacing, shortness of breath, or sweating). The following questions should be conceptually utilized, as appropriate, to help articulate early warning signs:
 - (A) "What behaviors might you display as a result of what you are feeling or what might you or others notice just before you lose control?"
 - (B) "What subtle cues may you exhibit that indicate you are upset, frightened or angry?"
 - (C) "What are some things that you might say or do that would indicate that something was wrong?"
 - iii) "Coping strategies" are the patient's preferred strategies for managing and minimizing stress. (e.g., time away from a stressful situation, going for a walk, talking to someone who will listen, lying down, working out, or listening to peaceful music). The following questions should be conceptually utilized, as appropriate, to help articulate coping strategies:
 - (A) "What techniques, methods or tools help you control your behavior and thus prevent crisis situations, and what methods help you regain control when you are experiencing loss of

control?"

(B)" What are some things that help you calm down when you start to get upset?"

(C) "Are you able to communicate with staff when you are having a hard time? If not, what can staff do at these moments to help, essentially what can staff do to assist you?"

(D) "What does not help when you are upset; moreover, what should staff not do or what actions should staff avoid?"

(E) "Would you like your family to play a role when you are having trouble controlling your behavior? Is there anyone else you would like to have involved?"

(F) " What medications do you prefer (including dosages if known)? Do you prefer medication by mouth or by injection? Would it be helpful if someone held your hands and did not restrain your body?"

(G) "As a last resort in a crisis situation, when you are unable to maintain control and there is an imminent potential for you or others to be injured, do you have a preference for seclusion or a particular form of restraint?"

(H) "If seclusion or restraint is used as a last resort, do you want us to notify your family or a patient advocate of your choice?"

- d) Each facility shall develop a mechanism to be sure that all staff on all shifts, as well as floating staff, are aware of the patients' individual crisis prevention plans. At a minimum, the crisis plans should be attached to the patient's treatment plan and appear in condensed form which is readily accessible by staff. The information may also be included in other places where patient alerts are noted.
- e) A copy of the individual crisis prevention plan should be given to the patient and routinely reviewed and updated throughout his/her inpatient admission when changes are warranted. Once the specific coping strategies are identified, they should be incorporated into the patient's individual crisis prevention plan. To provide an opportunity for the patient to build proficiency and increase the probability that they will be effective during times of crisis, the patient should be given an opportunity to "practice" the identified coping strategies at times when he/she is not in crisis.
- f) Any preferences expressed by the patient regarding the gender of and/or languages spoken by the observing staff person shall be honored when practicable and clinically appropriate.

2) Strategies to Reduce the Use of Seclusion and Restraint

- a) Appropriate staff shall be made aware of patients' individual crisis prevention plans and shall be instructed to implement these plans in the early stages of patient crisis.
- b) In addition, consistent with OMH's emphasis on recovery, facilities shall demonstrate commitment to reduction of the use of restraint and seclusion, through hiring practices, training and hands on involvement of executive, administrative and supervisory staff. Such commitment can be demonstrated by assuring that all staff are encouraged and trained to utilize clinical intervention strategies that contribute to therapeutic communication, negotiation, problem solving, prevention of power struggles between patients and staff, and proactive prevention and management of crisis behavior through use of de-escalation strategies, trauma informed interventions, and least restrictive measures.
- c) Each State operated facility is required to develop and have in operation a plan to become violence and coercion free, the progress of which must be monitored regularly by the Facility Director or his or her designee.

3) Initiating Seclusion or Restraint

- a) Except as provided in section E)3)j), the implementation of seclusion or restraint shall only be pursuant

to a physician's written order, based on the results of a documented personal examination of the patient by the physician.

- b) The examination of the patient conducted by the physician shall include an assessment of the patient's mental status and physical condition, as well as a review of the clinical record for any pre-existing medical diagnosis and/or physical condition which may contraindicate the use of seclusion and/or restraint⁷.
 - i) The mental status assessment shall include an assessment of the patient's behavior, thought content, actual dangerousness to self or others, level of consciousness, and any other assessments which are clinically necessary. NOTE: The only reason that can justify the use of seclusion or restraint is imminent danger.
 - ii) The physical assessment shall include an assessment of the patient's general condition and vital signs, and any other examinations which are clinically necessary.
 - iii) The results of the examination shall be documented in the patient's clinical record, along with the inadequacies of less restrictive interventions and the specific behaviors that necessitated seclusion or restraint.
 - iv) Whenever any elements of the examination cannot be performed due to the condition of the patient, an explanation for the omission and the physician's clinical observations of the patient shall be recorded.
 - v) Any prior medical diagnoses, conditions, or behaviors which may serve as relative contraindications to the use of seclusion or restraint, including but not limited to a history of physical or sexual abuse or hearing impairment, should be documented, as well as the physician's rationale for ordering such an intervention at this time.
- c) The physician shall review the patient's existing medication orders and shall assess the need for modifying such orders during the period of restraint or seclusion. Documentation of this medication review shall be included in the patient's clinical record.
- d) The physician must document the time at which he or she personally examined the patient in the patient's clinical record.
- e) The physician's written order shall:
 - i) be written on the Order Sheet and included in the patient's clinical record;
 - ii) specify the facts and behaviors justifying the intervention and set forth the time of initiation and expiration of the authorization;
 - iii) specify the type of intervention to be used. If a physician orders the use of restraint, the written order shall specify the type of restraint to be used;
 - iv) identify the behavioral criteria for release; and
 - v) include any special care or monitoring instructions.
- f) The maximum time period of orders of seclusion or restraint shall be in accordance with the following:
 - i) one hour for adults;
 - ii) 30 minutes for patients ages 9 to 18, or for patients over age 18 in a children's facility or unit;

⁷For example, patients who are survivors of sexual assault should not be placed in restraints that position them in the "spread eagle" position.

- iii) 15 minutes for the use of calming blankets, which are not intended for use as ongoing restraints;
 - iv) up to 15 minutes for manual restraint of patients of any age, and
 - v) seclusion or mechanical restraint shall not be used for patients under the age of 9, except upon prior approval on a case-by-case basis by the Chief Medical Officer of the Office of Mental Health or his/her designee.
- g) Seclusion shall not be used with persons with a sole diagnosis of mental retardation or a sole diagnosis of any other developmental disability. However, seclusion shall be permitted for persons with a dual diagnosis of mental illness and mental retardation or any other developmental disability, only if performed in accordance with the requirements of this policy directive which govern seclusion interventions, in order to ensure compliance with 14 NYCRR Section 27.7.
- h) PRN orders shall not be used to authorize the use of seclusion or restraint.
- i) Continuous use of seclusion or restraint.
 - (i) The use of seclusion or restraint beyond a continuous 4-hour period requires prior approval by the clinical director or his/her designee. Continuous use shall not exceed 24 hours without notification of the Chief Medical Officer of the Office of Mental Health, or his or her designee.
 - (ii) The clinical director or his/her designee shall immediately be notified of the issuance of 2 or more separate orders for the use of seclusion or restraint on any patient within any 12 hour period.
- j) It is the expectation of the Office of Mental Health that staff will immediately interact/intervene to prevent a patient from seriously injuring him/herself or others. When patients display antecedents to aggressive behavior and a potential crisis appears to be evolving, the registered nurse or nurse practitioner and physician should be immediately notified. Seclusion or restraint may be initiated in the absence of a physician's written order if a patient presents an imminent danger to self or others and a physician is not immediately available to examine the patient. The procedure shall be employed in accordance with the following directives:
 - i) The procedure shall be initiated at the direction of a registered nurse, nurse practitioner, or physician's assistant.
 - ii) A physician must be called immediately to conduct a personal examination of the patient. The registered nurse, nurse practitioner, or physician's assistant shall note in the patient's clinical record the time of the call and the name of the physician contacted. All actions taken must be recorded on the Restraint or Seclusion Monitoring Form.
 - iii) If the physician's arrival exceeds 20 minutes from the time called:
 - (a) the registered nurse, nurse practitioner, or physician's assistant shall record the delay in the patient's clinical record, in addition to a description of the patient's behavior which requires seclusion or restraint, the type of procedure used, any condition for maintaining the seclusion or restraint pending the arrival of the physician, the reasons why alternative interventions were not used, and a description of the steps taken to assure the patient's comfort and safety; and
 - (b) the physician shall record in the patient's clinical record the explanation for his or her delay in arrival.
 - iv) In no event shall seclusion or restraint be applied for longer than 30 minutes without the written order of a physician.
 - v) If, based on the results of the physician's examination, the physician determines that the use of seclusion or restraint was and/or continues to be indicated, he or she shall write an order for the procedure consistent with the requirements of section E)3). The order shall commence from the

time at which the patient was initially placed in seclusion or restraints. The combined duration of the period specified in the physician's written order and the period of seclusion or restraint initiated by the registered nurse, nurse practitioner, or physician's assistant shall not exceed the time period allowed pursuant to section E)3)f).

- vi) If, based on the physician's examination, it is determined that seclusion or restraint are not needed, the physician shall document his rationale in a progress note. This should not be interpreted as a reflection of the judgment of the registered nurse, nurse practitioner, or physician's assistant, as the crisis may have passed. In addition, the physician must write an order to cover the period of time in which the patient was in restraint or seclusion prior to the physician's examination.
- k) Prior to placing a patient in seclusion or restraints pursuant to section E)3)a) or E)3)j), he or she shall be searched for potentially dangerous objects, and such objects shall be removed. If such search cannot safely be conducted, the reason for the delay shall be documented in the patient's clinical record. However, such search shall be conducted at a later time, as soon as it can be completed safely. In no event shall a patient be placed in seclusion or restraint in a nude or semi-nude state.
- l) Implementation of the seclusion or restraint order shall be consistent with the techniques sanctioned and taught by the Office of Mental Health.
- m) To enable staff to check the patient's airway and prevent positional asphyxia, care shall be taken to assure that patients are **not** placed in a face and chest down position. In cases where the patient moves, or is inadvertently moved, to a face or chest down position, he or she shall be immediately repositioned.
- n) Immediately after the application of the seclusion or restraint, a physician or registered nurse shall conduct an assessment of the patient to ensure that the intervention was safely and correctly applied without undue harm or pain to the patient.
- o) If the patient has granted permission for notification of his/her family and/or a patient advocate of the initiation of seclusion or restraint, a professional staff member shall promptly make such notification. If the seclusion or restraint is applied during the night, such notification may occur the following morning.

If a family has submitted a written request not to be notified of instances of seclusion and restraint, the facility shall honor this request.

- p) If, at any time after application of seclusion or restraint, clinical assessment indicates that the patient has met the behavioral criteria for release, release shall be immediate.

4) Monitoring Persons in Seclusion or Restraint

- a) A patient in seclusion or restraint shall be monitored and assessed to ensure that his or her physical needs, comfort and safety are properly cared for.
 - i) A patient in seclusion or restraint shall receive one-to-one constant observation and assessment by a staff member who is trained and competent in Office of Mental Health policies and procedures regarding seclusion and restraint with demonstrated skills in minimizing the use of seclusion and restraint, assisting patients in meeting behavior criteria for the discontinuation of seclusion or restraint, assisting patients in meeting their physical needs (e.g., nutrition and hydration, hygiene and elimination, circulation and range of motion in the extremities, and vital signs), assessing physical and psychological signs of distress or injury of patients who are in seclusion or restraint, and recognizing readiness for the discontinuation of these interventions.
 - ii) A written assessment of the need for seclusion or restraint and of the general comfort and condition of the patient shall be done at the time of the initial application of the seclusion or restraint and every 15 minutes thereafter, or at more frequent intervals as directed by the physician. The assessment shall be recorded on the Restraint and Seclusion Monitoring Form.

- b) Although audiovisual monitoring may be useful for time-out, one-to-one constant observation shall be used to monitor persons in seclusion or restraint. Staff members assigned to provide one-to-one constant observation may not have other assigned responsibilities during the time period that they are assigned this supervision responsibility.
- c) In order to reduce the possibility of choking, unless clinically indicated, patients shall not be fed while in restraints. If a patient has been restrained and not fed during mealtime, immediately after release from restraints, he or she shall be offered food and fluids.
- d) In order to assess the patient's physical status during the use of seclusion or restraint, vital signs, consisting of blood pressure, temperature, pulse and respiratory rate⁸, shall be taken and recorded on the Restraint and Seclusion Monitoring Form according to the following guidelines:
 - i) For patients in restraint, vital signs should be taken immediately after application of restraint, hourly thereafter, and upon release, or more frequently as ordered by the physician.
 - ii) For patients in seclusion, vital signs should be taken immediately after placement in seclusion and upon release if the patient's behavior is such that vital signs can be taken safely.
 - iii) If a patient is in seclusion beyond a period of 1 hour, vital signs should be taken every two hours or more frequently as specified by the physician, if the patient's behavior is such that vital signs can be taken safely.
 - iv) If vital signs of a patient in seclusion or restraint cannot be taken safely at the frequency required, the reason for each omission shall be documented in the patient's clinical record.
- e) A patient shall be released from seclusion or restraint as soon as he or she has achieved the behavioral criteria for release. Unless the nurse, doctor, or physician's assistant determines that the patient is obviously dangerous, an attempt should be made to release the patient at least once every 30 minutes. Patients who are sleeping are deemed not to be a danger to themselves or others.
 - i) If a patient, upon this attempt to release him/her from seclusion or restraint, is determined to be a continued danger to self or others, the intervention may be continued, unless the order pursuant to section E)3) has expired.
 - ii) If the order has expired, a subsequent episode of seclusion or restraint can only be initiated in accordance with the procedures set forth in section E)3).
 - iii) If a patient, upon being released from seclusion or restraint, makes no overt gestures or verbalizations that would indicate a threat of serious harm or injury to self or others, the procedure shall not be reimposed and a physician shall be immediately notified.
- a) It is the responsibility of the physician who has ordered seclusion or restraint to be accessible to staff in the event of an emergency. Accordingly, the physician shall advise appropriate staff how to contact him or her, or a relief physician, during the period of the order.
- g) Each State-operated psychiatric facility shall develop and implement written procedures to assure that physicians are accessible to staff on all shifts when the physician who has ordered seclusion or restraint is off duty after writing the order. These procedures shall include mechanisms for communication among shifts regarding the names of patients in seclusion or restraint, the condition of the patients, changes in medication and any complications or problems encountered during the period of seclusion or restraint.

5) Reviewing the Use of Seclusion or Restraint

⁸It is recommended that assessment of vital signs include, in addition to assessing temperature, blood pressure, and pulse and respiration rate, observation and documentation of status of respiration, skin color, and appearance of nail beds.

- a) Patient Evaluation. Upon the patient's release, the registered nurse, nurse practitioner, or physician's assistant shall conduct an in-person re-evaluation of the patient and write a progress note that includes a description of the patient's response to the use of seclusion or restraint.
- b) Post Acute Event Analysis. Immediately following the episode of seclusion or restraint, the key individuals involved in the procedure, including the staff who authorized and ordered the restraint or seclusion shall conduct and document a post acute event analysis. The scope and depth of the post acute event analysis shall be commensurate with the nature and duration of the intervention utilized, provided minimum JCAHO and CMS requirements are met. When possible, the immediate post acute event analysis should be led by the on-site supervisor, and an individual from outside the treatment team should be invited to participate. The input of the patient placed in restraint or seclusion shall also be sought, when clinically appropriate. The focus of the immediate post acute event analysis shall include the following:
 - i) to assess patient and staff members' immediate needs (e.g., survival, safety/security, injury or medical concerns);
 - ii) to identify steps that need to be taken to return to the pre-crisis milieu;
 - lii) to assure communication regarding the event between the administration, unit staff, the family and the patient; and
 - iv) to begin to evaluate the need for emotional support, including, if necessary, treatment of trauma, for the patient, witnesses/observers and the staff involved.
- c) Formal Debriefing. No later than the next working day following the use of seclusion or restraint, or sooner if practicable, a senior manager shall conduct a formal debriefing designed to separately delineate what happened, how the participants feel about the events that happened, and what operational and training issues need to be addressed. The scope and depth of the formal debriefing shall be commensurate with the nature and duration of the intervention utilized, provided minimum JCAHO and CMS requirements are met. At a minimum, participants in the formal debriefing should include the treatment team and appropriate supervisory staff, including the clinical lead; and, whenever practicable, an executive staff representative and one or more consumer advocates. The restrained or secluded patient should be encouraged to participate, as well as family members, if the patient so indicates.
 - i) Goals. The goals of the formal debriefing process include the following:
 - A). to reverse or minimize the negative effects of the use of seclusion and restraint;
 - B) to evaluate the physical and emotional impact on all involved persons;
 - C. to identify any need for, and then to provide, counseling or support for the patients (and staff) involved for any trauma that may have resulted (or emerged) from the incident;
 - D. to prevent the future use of seclusion and restraint by assisting the patient and staff in identifying what led to the incident and what could have been done differently; and in determining whether or not all alternatives to seclusion and restraint were considered; and
 - E. to address organizational problems and make appropriate changes by determining what organizational barriers may exist to avoiding seclusion and restraint in the future; and by recommending changes to the organization's philosophy, policies and procedures, environments of care, treatment approaches, staff education and training.
 - ii) Process. The Formal Debriefing should include inquiries designed to evaluate and understand the escalation of the crisis and the restraint/seclusion process.
 - A) The focus of the formal debriefing must be to identify opportunities for process improvement,

rather than to attribute fault or blame. The following inquiries may be conceptually included to achieve this result:

- 1) Had a treatment environment been created where conflict was minimized (or not)?
- 2) Could the trigger for conflict (disease, personal, environmental) have been prevented (or not)?
- 3) Did staff notice and respond to events (or not)?
- 4) Was there an Individual Crisis Prevention Plan, was it followed, and was it useful?
- 5) Did the interaction/intervention occur at the earliest opportunity?
- 6) Did staff choose an effective intervention (or not)?
- 7) If the intervention was unsuccessful was another chosen (or not)?
- 8) Were all pertinent members of the treatment team involved in the de-escalation process (or not)?
- 9) Did staff order seclusion or restraint only in response to imminent danger (or not)?
- 10) Was seclusion or restraint applied safely (or not)?
- 11) Was the individual monitored safely (or not)?
- 12) Was individual released as soon as behavioral release criteria were met (or not)?
- 13) Did immediate post-acute event activities occur (or not)?
- 14) Did learning occur and was it integrated into the treatment plan and practice (or not)?

B) During the Formal Debriefing, inquiries that are designed to assist staff in analyzing the situation should be explored. The following are sample questions for staff which conceptually capture these content areas, which should be addressed, as applicable to the specific situation:

- 1) What were the first signs that a crisis might be developing?
- 2) What de-escalation techniques were used?
- 3) What worked and what did not?
- 4) What could you do differently next time?
- 5) How could seclusion or restraint be avoided in this situation in the future?
- 6) What emotional impact does putting someone in restraints have on you?
- 7) What was your emotional state at the time of the escalation?

C) During the Formal Debriefing, inquiries that are designed to assist the patient in analyzing the situation should be explored. The patient should first be provided with a copy of his or her individual crisis prevention plan (if any). The following are sample questions for the patient which conceptually capture these content areas, which should then be addressed, as clinically appropriate and applicable to the specific situation:

- 1) Did we fail to understand what you needed?

2) What upset you most?

3) What did we do that was helpful?

4) What did we do that got in the way?

5) What can we do better next time?

6) Is there anything that you could have done differently; could you do something differently next time?

7) What could we have done to make the restraint/hold (or seclusion) less traumatic?

- iii.) Application of information gained. The information gathered should be used to identify, evaluate and modify facility policies and procedures, unit environments, rules, practices, staff interactions, individual crisis prevention plans, individual treatment plans, training needs and other areas, as appropriate. Any recommended solutions or intervention preferences offered by the patient during the debriefing or at any other time shall be noted in the patient's clinical record. Such information shall be considered in future situations, and implemented whenever clinically appropriate.
- d) It shall be part of the ward psychiatrist's responsibilities upon coming on duty to review the clinical record of any patients for whom he or she is responsible who have been in seclusion or restraint since he/she was last on duty, and to ascertain their current status.
- e) A report which indicates the utilization of seclusion or restraint shall be sent to the clinical director or designee on a daily basis. The report shall, at a minimum, include:
- i) the patient's name and ward;
 - ii) the type of seclusion or restraint used;
 - iii) the length of time that the patient was in seclusion or restraint for each written order;
 - iv) the behavior(s) necessitating the intervention; and
 - v) any less restrictive techniques attempted and a statement of why they were found inadequate.
- f) The clinical director or designee shall review the use of seclusion and/or restraint daily, and shall immediately investigate unusual or unwarranted patterns of utilization. Each episode of seclusion or restraint involving patients under the age of 18 shall be reviewed by the clinical director or designee no later than the next working day.
- g) Multiple episodes of seclusion or restraint with an individual patient shall be reviewed by the patient's treatment team and the clinical director or his or her designee. At a minimum, such reviews, which shall include a review of the patient's treatment plan, shall be conducted whenever three or more orders are written for a given patient every 30 days. The review team shall include a senior psychiatrist and, if available, at least one peer specialist.
- h) As part of the facility's quality management program, the incidence of violent behavior and the associated use of seclusion and/or restraint shall be monitored. Data regarding each order of seclusion and/or restraint shall be collected, analyzed, and reported to Central Office. These data shall be integrated into facility and Office of Mental Health performance improvement activities.
- i) Injuries and deaths related to the use of seclusion and/or restraint shall be reported as incidents pursuant to the mandates of Part 524 of Codes, Rules and Regulations of the State of New York and the Office of Mental Health clinical risk management and incident management plans policy (QA-510). Staff injuries shall also be reported, pursuant to employee accident reporting policies.

- j) The Office of Mental Health shall report to the Center for Medicare and Medicaid Services (formerly HCFA) any death that occurs while a patient is secluded and/or restrained, or in which it is reasonable to assume that the death is a result of seclusion and/or restraint. This notification will be made by the Office of Mental Health Director for Quality Management after consultation with the Associate Commissioner for State Psychiatric Center Management and the Chief Medical Officer or his/her designee and will occur by the next business day following the patient's death.

6) Training

- a) The facility shall assure that clinical staff, including professional staff, as well as any staff that may be involved in the seclusion and restraint, receive orientation and instruction in alternatives to both seclusion and restraint, the appropriate techniques of applying both seclusion and restraint, the potentially traumatic impact of seclusion and restraint, and the laws, regulations, policies and procedures governing the use of seclusion and restraint. The training shall also address the sensitization of staff regarding the use of seclusion and restraint and shall allow each staff member the opportunity to experience at least one of these interventions. When appropriate, persons who have experienced seclusion and restraint as patients shall be included as providers of training. If such persons are not available as trainers, the viewpoints of persons who have experienced seclusion or restraint shall be presented using written or audiovisual material, as available. A written record of training shall be maintained.
- b) Such training must be provided to all staff working in an inpatient setting who interact with patients as follows: a 2-day minimum training program should be provided initially, with one-day review programs provided on an annual basis.
- c) Staff must initially demonstrate competency in all of the training areas identified in paragraph a) of this subdivision prior to their participation in the seclusion or restraint of a patient, and shall further be required to demonstrate such competence on an annual basis.

7) Use of Mechanical Supports

- a) The requirements of this directive do not preclude the use of mechanical supports.⁹ For devices intended to keep a person in a safe or comfortable position, however, the patient must be able to release the device at will; otherwise, the procedure needs to be defined and handled as a restraint.
- b) The use of mechanical supports shall be ordered by a physician as part of the patient's treatment program in accordance with facility policy. Such order shall be documented in the patient's clinical record.
- c) As a matter of policy, mechanical supports shall not be used as a substitute for restraint or seclusion. In those rare events in which they are used as a form of restraint, such use shall only be implemented following the prior approval of the Chief Medical Officer of the Office of Mental Health or his/her designee and in accordance with the provisions of Section F, below.

F. Procedures for Use of Restraints for Medical or Post- Surgical Care

As with all restraints, risks associated with restraints for medical or post-surgical care must be considered in the ongoing loop of assessment, intervention, evaluation, and re-intervention. The greater the risks associated with an intervention, the more careful and thorough the assessment must be. The following guidelines apply to restraint of a patient in a facility operated by the Office of Mental Health when used for purposes of medical or post-surgical care:

- 1) A restraint for medical or post-surgical care shall not serve as a substitute for adequate staffing to monitor patients.

⁹Each facility should have in place a separate policy that governs the use of mechanical supports. The statements in this section are intended to clarify the relationship between mechanical supports and restraints.

- 2) The use of restraints for medical or post-surgical care shall be implemented in accordance with a written modification of the patient's treatment plan.
- 3) The implementation of medical or post-surgical restraint shall be pursuant to a physician's written order, based on the results of a documented personal examination of the patient by the physician.
- 4) The examination of the patient conducted by the physician shall include an assessment of the patient's mental status and physical condition, as well as a review of the clinical record for any pre-existing medical diagnosis and/or physical condition which may contraindicate the use of restraint.
 - a) The assessment shall include an evaluation of the patient's general condition and vital signs, and any other examinations which are clinically necessary.
 - b) The results of the examination shall be documented in the patient's clinical record, along with the inadequacies of less invasive interventions, the specific circumstances that necessitated the restraint, and the purpose that the intervention is to serve.
- 5) The physician's written order shall:
 - a) be written on the Order Sheet and included in the patient's clinical record;
 - b) specify the facts and circumstances justifying the intervention and set forth the time of initiation and expiration of the authorization;
 - c) specify the specific type of restraint to be used; and
 - d) include any special care or monitoring instructions.
- 6) The maximum time period for each order of restraint for medical or post-surgical care shall be 24 hours.
- 7) Implementation of the restraint order for medical or post-surgical care shall be consistent with standard techniques to ensure safety and efficacy. The facility shall assure that clinical staff, including professional staff, receive orientation and annual instruction in all techniques commonly used in the facility for restraining patients in medical and post-surgical care.
- 8) A patient in restraint shall be monitored to ensure that his or her physical needs, comfort and safety are properly addressed, including administration to the patient's limbs of range of motion exercises at least every 2 hours, when the patient is awake.
- 9) When utilizing four point or five point methods of mechanical restraint for medical or post-surgical care, written assessment of the need for the restraint of the general comfort and condition of the patient shall be done at the time of the initial application of the restraint and every 15 minutes thereafter, or at more frequent intervals as directed by the physician. The assessment shall be recorded on the Restraint and Seclusion Monitoring Form. Such patients shall be continually monitored on a one-to-one basis. For all other forms of mechanical restraint used for this purpose, written assessment of the need for the restraint of the general comfort and condition of the patient shall be done at the time of the initial application of the restraint and every hour thereafter, or at more frequent intervals as directed by the physician. The assessment shall be recorded on the Restraint and Seclusion Monitoring Form.
- 10) When utilizing four point or five point methods of mechanical restraint for medical or post-surgical care, in order to assess the patient's physical status during the use of restraint, vital signs, consisting of blood pressure, temperature, pulse and respiratory rate, shall be taken and recorded immediately after application of restraint, hourly thereafter, and upon release, or more frequently as ordered by the physician. For all other forms of mechanical restraint used for this purpose, such vital signs shall be taken and recorded immediately upon application of the restraint and thereafter on a daily basis, or at more frequent intervals as directed by the physician.
- 11) It is the responsibility of the physician who has ordered the medical post-surgical restraint to be accessible to

staff in the event of an emergency. Accordingly, the physician shall advise appropriate staff how to contact him or her, or a relief physician, during the period of the order.

- 12) The clinical director or designee shall review the use of medical or post-surgical restraint daily, and shall immediately investigate unusual or unwarranted patterns of utilization.
- 13) Injuries and deaths related to the use of medical or post-surgical restraint shall be reported as incidents pursuant to the mandates of Part 524 of Codes, Rules and Regulations of the State of New York and the Office of Mental Health incident management policy (QA-510).
- 14) The Office of Mental Health shall report to the Center for Medicare and Medicaid Services (formerly HCFA) any death that occurs while a patient is restrained, or in which it is reasonable to assume that the death is a result of restraint. This notification will be made by the Office of Mental Health Director for Quality Management after consultation with the Associate Commissioner for State Psychiatric Center Management and the Chief Medical Officer or his/her designee and will occur by the next business day following the patient's death.