

Effekten av komplementær ytre regulering (KYR) på tvangstiltak

Implementering av komplementær ytre regulering ved en langtidsseksjon for psykoser og sammensatte lidelser ble fulgt av en markant nedgang i bruken av tvang overfor kvinnelige pasienter.

TEKST

Jan Hammer

Roar Fosse

Åse Lyngstad

Paul Møller

Didrik Heggdal

PUBLISERT 1. juli 2016

ABSTRACT:

Effects of complementary external regulation (CER) on coercive measures

We examined whether implementation of Complementary External Regulation (CER) led to a reduction in coercive measures in female patients. Women admitted to the CER ward and a comparison ward from 2006 to 2014 were included (n = 101). We extracted data on mechanical, psychopharmacological and physical restraint and open-area seclusion (selected § 4 resolutions) from medical records and protocols. Changes in the use of coercive measures were investigated first with non-parametric tests and then with general linear modeling adjusted for possible covariates. At the CER ward a decrease was seen in both total § 4 resolutions (99 %) and in the proportion of patients with at least one resolution (74 %). No systematic changes over time were found at the comparison ward. CER may be a promising intervention for reducing coercive measures at long-term psychosis wards.

Keywords: coercion reduction, complementary external regulation, basal exposure therapy, psychotic disorders, complex mental disorders, autonomy

I psykisk helsevern er bruk av tvang hjemlet i psykisk helsevernloven (1999). Innleggelse i døgnseksjoner kan skje frivillig (§ 2.1), ved tvungen observasjon (§ 3.2) eller tvungent psykisk helsevern (§ 3.3). De vanligste tvangstiltakene ved døgnopphold er mekaniske tvangsmidler (§ 4–8a), korttidsvirkende legemidler (§ 4–8c), kortvarig fysisk holding (§ 4–8d) og skjerming på pasientens rom eller i eget avsnitt (§ 4–3) (Helsedirektoratet, 2016). Slike tvangstiltak kan øke helsepersonells trygghetsfølelse og vurderes som nødvendige for å ivareta sikkerhet og pasientens helse (Happell & Harrow, 2010; Wynn, 2003), men de kan også oppleves som belastende for pasienter og helsepersonell (Bonner, Lowe, Rawcliffe, & Wellman, 2002; Happell & Harrow, 2010). På bakgrunn av en «vedvarende tverrpolitisk bekymring over omfanget av tvang i psykisk helsevern»

lanserte Helse- og omsorgsdepartementet i 2012 Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 8). Strategiens visjon var at «de psykiske helsetjenestene skal understøtte den enkelte brukers autonomi, verdighet og mestring av eget liv og være basert på frivillighet og respekt for den enkeltes ønsker og behov» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 6). Til tross for økt bevissthet rundt bruken av tvang og alternativer til tvang har omfanget av tvangsbruken ikke gått ned (Helsedirektoratet, 2016).

De fleste kontrollerte studier om tvangsreducerende tiltak er gjennomført ved akutt- og sikkerhetsseksjoner (Dahm, Odgaard-Jensen, Husum, & Leiknes, 2015), der tvangsmidler og skjerming brukes hyppigst (Helsedirektoratet, 2016). To landsdekkende prosjekter er utført ved norske akuttseksjoner de siste 15 årene, henholdsvis Gjennombruddsprosjekt Psykiatri i regi av Den norske legeforeningen (Mathisen & Føyn, 2002) og Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT) i regi av SINTEF (Norvoll, Hatling, & Hem, 2008). I tråd med funn fra internasjonal forskning indikerte begge prosjektene at økt bevissthet rundt tvang og iverksettelse av helhetlige, sammensatte tiltak på flere nivåer reduserer tvangsbruk (Bak, Brandt?Christensen, Sestoft, & Zoffmann, 2012; Gaskin, Elsom, & Happell, 2007; Scanlan, 2009; Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson, & Jones, 2010). I litteraturen identifiseres enkeltkomponenter som inngår i målrettet og systematisk arbeid på organisatorisk nivå, samtidig som det påpekes at komponentene hver for seg ikke er tilstrekkelige (Hatling, 2013). På et overordnet nivå handler dette særlig om forankring av arbeidet på ledelsesnivå og endring av behandlingsfilosofien og personalets holdninger i retning av økt samarbeid med og involvering av pasienten i behandlingen (Bak et al., 2012; Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009). Blant strukturelle endringer er etablering av krisehåndteringsteam og økning av bemanningen (Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Stewart et al., 2010). Terapeutiske tiltak inkluderer kontinuerlig opplæring og trening av helsepersonell i kommunikasjonsferdigheter, strategier for å de-eskalere potensielt farlige situasjoner og intervensjoner som utvikler pasientenes evne til emosjonsregulering (Bak et al., 2012; Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Stewart et al., 2010). Videre er monitorering av tvangsbruken, gjennomgang av tvangsepisoder og systematisk kartlegging av voldsrisiko nevnt som betydningsfulle (Bak et al., 2012; Dahm et al., 2015; Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Stewart et al., 2010).

«Personalet viser respekt for pasientens verdier og valg, også i situasjoner der pasienten velger å ikke samarbeide»

Den eneste kontrollerte studien vi fant i litteraturen som undersøkte tvangsbruk ved langtidsseksjoner utenom sikkerhetsseksjoner, sammenlignet en modell for intensiv døgnbehandling og en forsterket versjon av Assertive Community Treatment med ordinær behandling. Ingen effekter ble funnet på tvangsbruk (Øhlenschläger et al., 2007). En retrospektiv korrelasjonsstudie som inkluderte tolv langtidsseksjoner i

Danmark og Norge, fant at lav bruk av mekaniske tvangsmidler var knyttet til obligatorisk gjennomgang av tvangsepisoder, pasientinvolvering, større areal og liten følelse av trengsel i seksjonene (Bak, Zoffmann, Sestoft, Almvik, & Brandt?Christensen, 2014).

Komplementær ytre regulering (KYR)

En lukket langtidsseksjon for psykoser og sammensatte psykiske lidelser ved Psykiatrisk avdeling Blakstad begynte i 2008 å implementere strategien komplementær ytre regulering (KYR) (Gjerde, 2013; Heggdal, Lillelien, Johnsrud, & Dyrhol Paulsen, 2013). KYR utgjør en terapeutisk plattform som tilrettelegger for avlæring av atferdsforstyrrelser og reduksjon av tvangsbruk. Strategien ble utviklet som en ny komponent i Basal eksponeringsterapi (BET), en psykoterapeutisk behandlingsmodell for døgnpasienter med antatt behandlingsresistente psykiske lidelser og vedvarende funksjonssvikt (Heggdal et al., 2013). I BET anses unngåelse av ubehagelige følelser og opplevelser å være sentralt for pasientens psykopatologi og dysfunksjon. Løsningen, og kjerneelementet i BET, er eksponering for frykten for affektiv aktivering. Ved å normalisere samhandling og mobilisere pasientens ressurser skal KYR både initiere den psykoterapeutiske BET-prosessen og fremme motivasjon for samarbeid om eksponeringsterapi.

KYR administreres som to separate, komplementære regimer, henholdsvis underregulering og overregulering, og tilpasses den enkelte pasient (Gjerde, 2013; Heggdal et al., 2013). Underregulering er det definerte standardregimet som alle pasientene blir møtt med. Her har pasienten full frihet, og personalet utøver ingen kontroll. Det gis ikke oppmerksomhet til dysfunksjonelle handlingsvalg såfremt liv og helse ikke settes i fare. Funksjonelle handlingsvalg møtes med løsningsfokusede intervensjoner (De Shazer & Dolan, 2012) for å fremme mestringstillit og generalisere funksjonell atferd til andre livsområder. Ved underregulering brukes *instrumentell ytre regulering* for å håndtere enkeltstående hendelser der liv og helse står på spill (Gjerde, 2013). Helsepersonell griper da inn i henhold til sykehusets prosedyrer, uten samtidige psykologiske intervensjoner som kan representere sekundærgevinster (Balint, 1969). Når faren er forhindret og eventuell skade håndtert, trekker personalet seg raskt ut av situasjonen og fortsetter med underregulering.

Enkelte pasienter vil fortsette med å velge destruktive løsninger selv etter gjentatte intervensjoner med instrumentell ytre regulering. Hvis behandler eller vakthavende lege beslutter at pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn, tilrettelegges oppfølgingen som overregulering. Fokuset er utelukkende på å sikre liv og helse. Ved å senke tempo og redusere stimuli skapes en stillstand der ikke noe skjer før pasienten tar initiativ til en mestringsdialog. Det legges inn forsinkelser mens pasienten stadig blir utfordret til å tydeliggjøre en intensjon om å prøve ut funksjonelle mestringsstrategier. Når pasienten har en mestringsplan og viser at han/hun er motivert til å gjøre aktive valg i tråd med den, føres han/hun tilbake til underregulering og full frihet.

En risiko ved å polarisere markant mellom frihet og frihetsbegrensninger er at pasienten kan oppleve at helsepersonell veksler mellom å være likegyldige og autoritære. Derfor

vektlegger opplæring og veiledning av helsepersonell at alle KYR-intervensjoner skal være forankret i empati, respekt og likeverd (Heggdal, Hammer, Alsos, Malin, & Fosse, 2015). Disse verdiene praktiseres primært med bekreftende kommunikasjon, en intervensjon som brukes gjennomgående både ved høyt emosjonelt nivå (appell, krav, trusler) og passivitet (ambivalens, håpløshet og handlingslammelse) (Gjerde, 2013). Empati gjenspeiles ved at personalet anerkjenner pasientens subjektive opplevelser som sanne og gyldige. Personalet viser respekt for pasientens verdier og valg, også i situasjoner der pasienten velger å ikke samarbeide. Begge parter fremstår da for den andre og seg selv som avgrensede og autonome, likeverdige individer.

KYR har blitt utviklet og implementert som en del av den daglige driften og uten tilføring av ekstra ressurser. Strategien er en integrert komponent i alle behandlingsforløp ved seksjonen (heretter kalt KYR-seksjonen) og ikke kun for pasienter som mottar BET. Selv om KYR er utviklet innenfor rammen av BET, er strategien frittstående og kan brukes til å organisere og koordinere andre typer behandling, og til å utvikle holdninger hos personalet som fremmer pasientenes autonomi. Implementeringen av KYR har vært lagt opp som en kontinuerlig prosess med etablering av faste programposter for arbeid med verdier, holdninger, kompetanseutvikling og ferdighetstrening (Heggdal, 2014; Heggdal & Svergja, 2014).

«Ved å senke tempo og redusere stimuli skapes en stillstand der ikke noe skjer før pasienten tar initiativ til en mestringsdialog»

Psykiatrisk avdeling Blakstad har organisert tilbudet for langtidsbehandling slik at pasienter som først og fremst er til fare for seg selv, henvises eller overføres til KYR-seksjonen. De som er eller kan være til fare for andre, behandles ved andre langtidsseksjoner, herunder en sikkerhetsseksjon. Dette har ført til markant kjønnsdifferensiering og en majoritet av kvinner ved KYR-seksjonen.

Hensikten med denne studien er å undersøke om implementeringen av KYR har ført til nedgang i § 4 tvangsvedtak. Vi innhentet tvangsdata i perioden 2006 til 2014 ved KYR-seksjonen og sammenliknet tvangsvedtak fra før innføring av KYR i 2008 med perioden etterpå. Det lot seg ikke gjøre å etablere et kasus-kontrolldesign ettersom ingen andre seksjoner i Vestre Viken var fullt sammenliknbare med KYR-seksjonen. For likevel å ha et sammenlikningsgrunnlag samlet vi inn data om tvangsvedtak også fra den langtids psykoseseksjonen i Vestre Viken som lignet mest KYR-seksjonen med hensyn til målgruppe og antall kvinnelige pasienter. Endringer i tvangsvedtak ved denne seksjonen kunne gi en indikasjon på om eventuelle endringer ved KYR-seksjonen berodde på implementeringen av KYR eller på endret fokus, holdninger mv. til tvangsbruk i foretaket generelt. På grunn av den markante overvekten av kvinnelige pasienter ved KYR-seksjonen er undersøkelsen begrenset til kvinner.

Metode

I denne før-og-etter-studien undersøkte vi endringer i antall § 4 tvangsvedtak ved KYR-seksjonen og ved en sammenlikningsseksjon i Vestre Viken i perioden 2006–2008 (før KYR var implementert) til henholdsvis 2009–2011 og 2012–2014. Regional etisk komité vurderte studien som et kvalitetsprosjekt som faller utenfor deres mandat. Studien er tilrådd og godkjent for publisering av personvernombudet.

Deltakende seksjoner

Begge seksjonene gir et døgntilbud til pasienter med alvorlig psykisk lidelse og kompleks komorbiditet. Seksjonene er lukkede og har kun enerom. KYR-seksjonen har på grunn av omorganiseringer skiftet lokalisering og hatt mellom 6 og 10 døgnplasser gjennom studieperioden. Pasientene mottok enten BET eller individuelt tilpasset psykoterapi, miljøterapi og medikamentell behandling. Sammenlikningsseksjonen hadde 12 døgnplasser gjennom hele studieperioden og tilbød miljøterapi med vekt på relasjonsarbeid, psykoedukasjon og mestring samt medikamentell behandling. Seksjonen hadde gjennom hele studieperioden hatt hovedfokus på samarbeid og dialog med pasienten, praktisert en holdning om at tvang skal være siste alternativ, lagt opp til trening av personalet i konflikthåndtering og konfliktforebygging og brukt debrifing av personalet etter tvangsepisoder. Fra 2009 og ut studieperioden har seksjonen i tillegg hatt ekstern veiledning. Før etableringen av Klinikk for psykisk helse og rus i Vestre Viken i 2010 inngikk KYR-seksjonen i daværende Sykehuset Asker og Bærum. Sammenlikningsseksjonen tilhørte Sykehuset Buskerud. Frem til oktober 2013 var KYR-seksjonens opptaksområde Asker og Bærum kommuner, med en befolkning på 170 000. Opptaksområdet for sammenlikningsseksjonen var Buskerud fylke, med en befolkning på 265 000. Fra oktober 2013 har begge seksjonene betjent alle de nevnte områdene.

Deltakere

Ut fra DIPS-rapporter identifiserte vi kvinner innlagt ved de to døgnseksjonene i 2006–2014. Ved KYR-seksjonen inkluderte vi 49 pasienter (snittalder 31,2 år, SD 8,4, variasjon 18–52 år). Ved sammenlikningsseksjonen hadde 66 kvinner vært innlagt i perioden. Disse hadde en noe høyere snittalder enn ved KYR-seksjonen (40,8 år, SD 13,4, variasjon 17–70). Fjorten pasienter ved sammenlikningsseksjonen var eldre enn den eldste pasienten ved BET-seksjonen (52 år). Vi ekskluderte disse 14, slik at det inkluderte utvalget fra sammenlikningsseksjonen bestod av 52 kvinner, med snittalder 35,8 år (SD = 10,1, variasjon 17–52) (tabell 1). Av de totalt 101 inkluderte pasientene hadde 20 vært innlagt i to av de tre tidsperiodene, to i alle tre tidsperiodene og 79 i kun én tidsperiode.

Tabell 1. Pasientkarakteristika ved de to seksjonene

	KYR-SEKSJONEN (N = 49)		SAMMENLIKNINGSEKSJONEN (N = 52)	
Alder (snitt, SD)	31,2	(8,4)	35,8	(10,1) ^{1*}
GAF-F (snitt, SD)	34,7	(9,3)	29,0	(9,3) ^{1*}

KYR-SEKSJONEN (N = 49) SAMMENLIKNIINGS-SEKSJONEN (N= 52)

GAF-S (snitt, SD)	33,4	(10,4)	30,6	(9,0)
Antall/andel pasienter på TPH (n, %)	22	(44,9 %)	44	(84,6 %) ^{2*}
F20.0–9 Schizofreni (n, %)	15	(30,6 %)	22	(42,3 %) ^{2*}
F22–29 Andre psykoselidelser (n, %)	8	(16,3 %)	17	(32,7 %) ^{2*}
F30–39 Affektive lidelser (n, %)	8	(16,3 %)	4	(7,7 %)
F60.3 Emosjonelt ustabil PF (n, %)	9	(18,4 %)	6	(11,5 %)
Andre diagnoser (n, %)	9	(18,4 %)	3	(5,8 %)

De vanligste hoveddiagnosene registrert i DIPS, var innenfor schizofreniområdet (F20.0–20.9, n = 37), andre psykoselidelser (F22–29, n = 25), affektive lidelser (F30–39, n = 12) og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (F60.3, n = 15). Tolv pasienter hadde andre diagnoser. I analysene brukte vi de fem nevnte diagnoseområdene som variabler.

Sekstiseks (65,3 %) av de 101 pasientene hadde i minst én periode vært innlagt på tvangsparagraf (§ 3–2 eller § 3–3), herunder 44,9 % av pasientene ved KYR-seksjonen og 84,6 % ved sammenlikningsseksjonen. For KYR-seksjonen var andelen innlagt på § 3 spesielt lav for pasienter i BET (33,3 %) sammenliknet med de øvrige pasientene (68,8 %). Denne variasjonen kan avspeile forskjeller mellom pasientene, men også forskjeller i behandlingstilnærming. Ved KYR-seksjonen generelt, og i BET spesielt, er det et eksplisitt mål å få til frivillig innleggelse eller eventuelt overføring til frivillig paragraf så raskt som mulig. For BET har i tillegg en betydelig andel av pasientene selv ønsket å bli søkt inn til dette tilbudet. Det bemerkes at majoriteten av BET-pasientene (75,8 %) hadde vært innlagt på tvangsparagraf det siste året før inntak. Fordi innleggelse på tvangsparagraf delvis avspeiler behandlingsbetingelsen og også kan ses som et utfallsmål, betraktet vi ikke dette som et trekk ved pasientene i studien.

Mål

For hver av de tre tidsperiodene registrerte vi alle vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler (belter) (§ 4–8a), korttidsvirkende legemidler (§ 4–8c), fastholding (§ 4–8d) og skjerming (§ 4–3). Data ble hentet fra vedtaksoversikt i DIPS. Seksjonene registrerer også tvangsvedtak i protokoller som vi gjennomgikk. Vedtak registrert i minst én av kildene ble inkludert. Vi oppsummerte alle vedtak i en totalskåre for hver pasient.

«For hver av de tre tidsperiodene registrerte vi alle vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende

legemidler, fastholding og skjerming»

GAF-skårer ble hentet ut fra DIPS. Skårene var konsensusvurderinger gjort av miljøpersonalet og behandler. For hele utvalget var snitt GAF funksjonsskårer (GAF-F) 31,1 (SD 9,6) og snitt GAF symptomskårer (GAF-S) 31,4 (SD 10,0).

For en mer inngående analyse ved KYR-seksjonen innhentet vi informasjon om antall fast ansatt helsepersonell fra HR-avdelingen, årsmeldinger og konsensusbeskrivelser fra ansatte. Informasjon om fellesareal ble innhentet fra Avdeling for Eiendomsforvaltning og -utvikling i Vestre Viken. Ut fra dette etablerte vi en variabel for antall helsepersonell per pasient og fellesareal per pasient ved KYR-seksjonen, som vi kvantifiserte for hver tidsperiode i studien. Tilgjengelig informasjon var utilstrekkelig til å beskrive sammensetning av personalet med tanke på utdanning og kjønn.

Statistiske analyser

Vi undersøkte først endringer i tvangsvedtak over tid (tre perioder) ved hver av de to seksjonene. Her brukte vi tre komplementære mål på tvangsvedtak: i) totalt antall tvangsvedtak (Kruskal-Wallis-testen), ii) hvorvidt pasientene hadde minst ett tvangsvedtak eller ei (chi-kvadrat-test) og iii) om pasientene hadde minst seks tvangsvedtak eller ei (chi-kvadrat-test). Vi brukte chi-kvadrat-tester til å undersøke eventuelle endringer over tid i hver av de fire § 4 vedtakstypene, skåret som ja/nei for hver pasient i hver tidsperiode.

Som det fremgår av resultatdelen, identifiserte vi systematiske endringer i tvangsvedtak over tid kun ved KYR-seksjonen. Ut fra dette gjennomførte vi mer inngående analyser ved (kun) KYR-seksjonen for å undersøke om tidsperiode (og dermed implementeringen av KYR) fremdeles hadde en signifikant effekt på antall tvangsvedtak når følgende pasientkarakteristika ble tatt i betraktning: pasientenes alder, GAF-skårer og diagnoser. Vi brukte først univariate analyser for å undersøke om disse variablene var signifikant knyttet til henholdsvis antall tvangsvedtak og om pasienten hadde tvangsvedtak eller ei. Pearson korrelasjonstest ble brukt til å undersøke sammenhenger mellom tvangsvedtak og alder og GAF. Sammenhengen mellom diagnosekategori og tvangsvedtak ble undersøkt med Kruskal-Wallis-testen, med diagnosekategori som uavhengig variabel med fem nivåer. Deretter tok vi med oss de pasientkarakteristikaene som viste seg å være knyttet til tvangsvedtak som prediktorer, sammen med tidsperiode (faktor), i to generell lineær modelleringsanalyser (GLM). I disse analysene var den avhengige variabelen henholdsvis antall tvangsvedtak og forekomsten av tvangsvedtak (ja, nei). Hvis endringer i tvangsvedtak over tid ved KYR-seksjonen berodde på endringer i pasientkarakteristikaene, så burde det slå ut i GLM-analysene ved at disse heller enn tidsperiode var signifikante. Analysene ble utført i SPSS versjon 18.

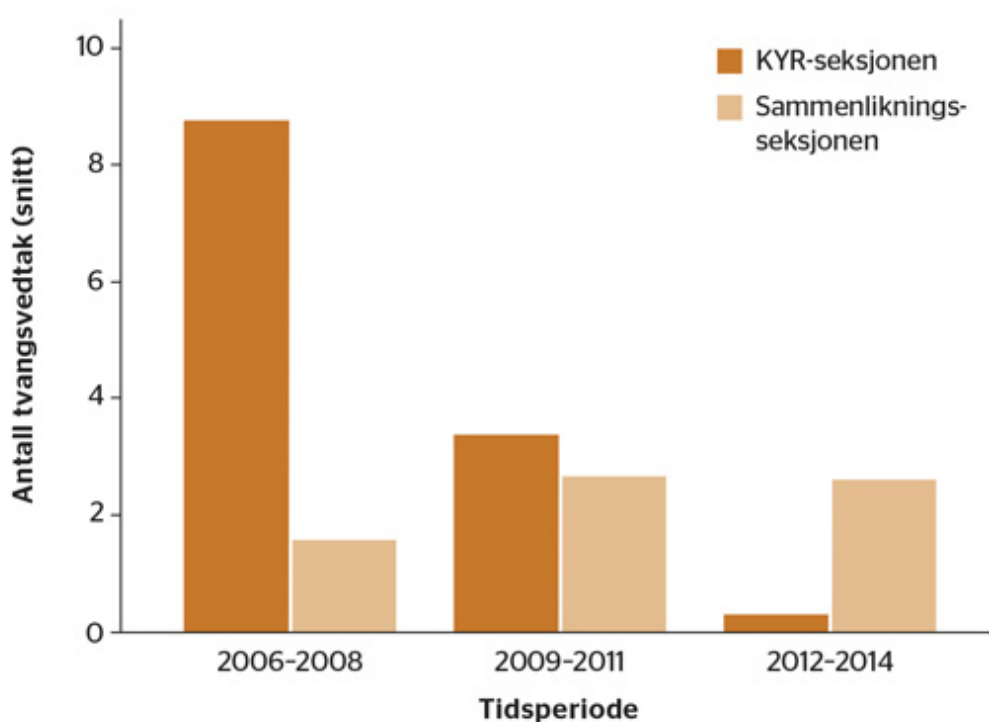
Resultater

For 41 av 101 pasienter (40,6 %) ved de to seksjonene var det fattet totalt 581 § 4 tvangsvedtak. Sytten pasienter (17 %) hadde minst seks tvangsvedtak og stod for til

sammen 538 (87 %) av vedtakene. Seks pasienter hadde mer enn 20 vedtak, mens to pasienter hadde mer enn 110 vedtak. Det hyppigst brukte vedtaket var belter (370 tilfeller) fulgt av skjerming (97), tvangsmedisinering (63) og holding (51).

Endringer over tid ved de to seksjonene

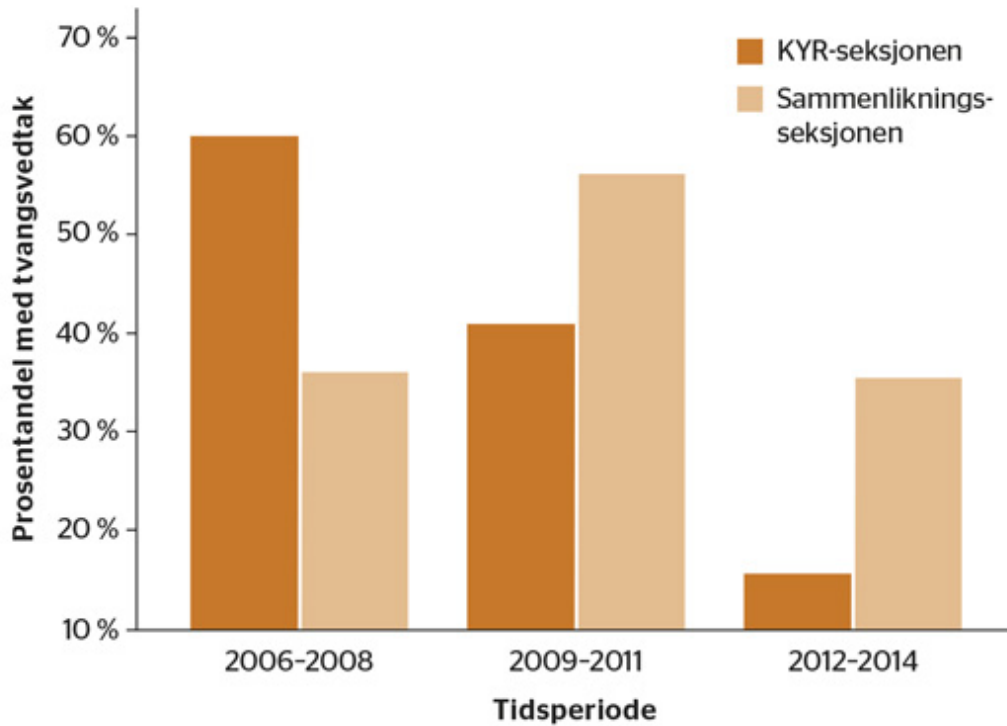
Figur 1 illustrerer antall tvangsvedtak totalt i hver tidsperiode ved de to seksjonene. Ved KYR-seksjonen gikk dette i snitt ned fra 23,5 i periode 1 til 3,4 i periode 2 og 0,3 i periode 3 (99 % nedgang), Kruskal-Wallis, $p = 0,004$. Når en ekstrem utligger i periode 1 (over 110 vedtak) ble ekskludert, var snittet for periode 1 på 8,7 vedtak, og nedgangen fra periode 1 til periode 3 var på 97 %. Ved sammenlikningsseksjonen var det ingen systematisk endring, $p = 0,36$. Gjennomsnittlig antall vedtak var her 6,2 i periode 1 (som falt til 1,6 når en ekstrem utligger ble ekskludert), 2,7 i periode 2 og 2,6 i periode 3.



Figur 1. Antall § 4 tvangsvedtak totalt

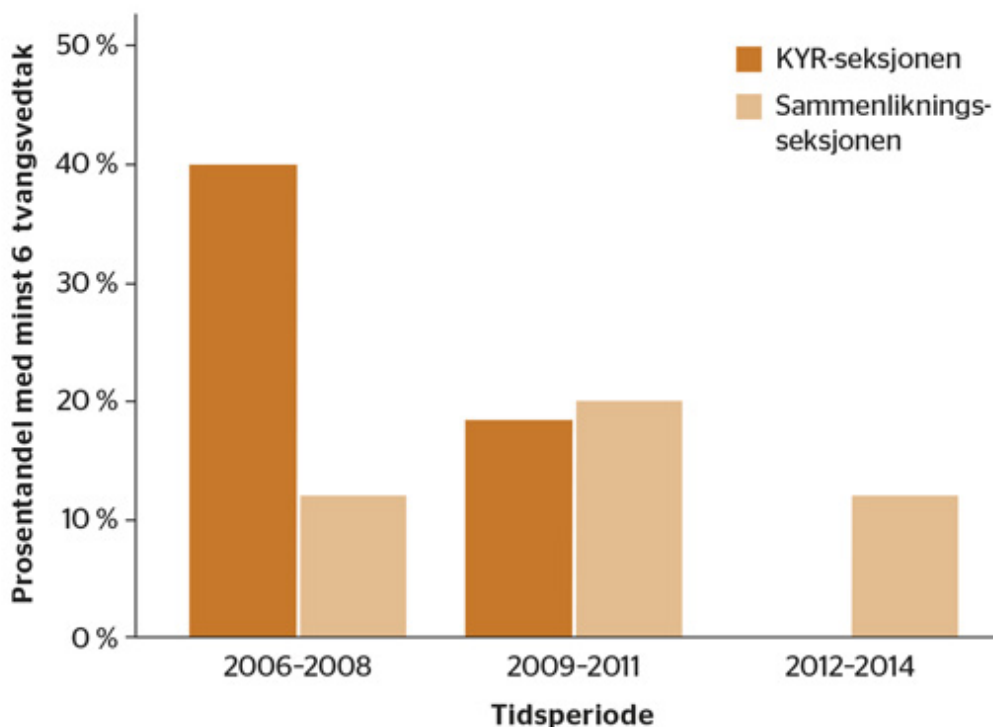
To ekstreme utligger (> 110 vedtak) er ekskludert, en ved hver av seksjonene i periode 1.

Samme mønster ble funnet når endringer over tid ble undersøkt for andelen pasienter med minst ett tvangsvedtak (figur 2). Ved KYR-seksjonen sank denne andelen gradvis fra periode 1 (60 % av pasientene) til periode 2 (40,9 %) og periode 3 (15,4 %). Nedgangen fra periode 1 til periode 3 var på 74 %. Endringen var statistisk signifikant, $c^2 = 10,3$, $p = 0,022$. Ved sammenlikningsseksjonen var det ingen systematisk endring over tid, med tilnærmet like høy andel pasienter med tvangsvedtak i periode 1 (36 %) som i periode 3 (35,3 %), $p = 0,27$.



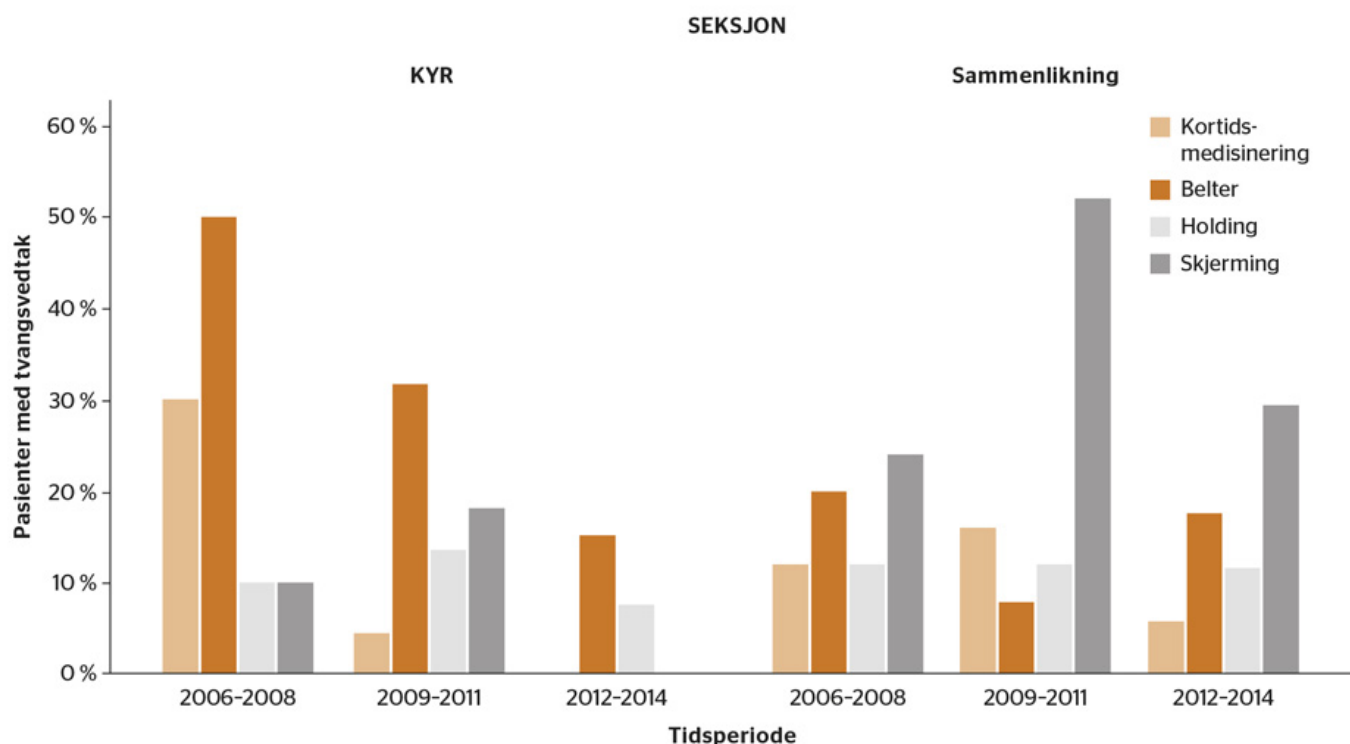
Figur 2. Prosentandel av pasientene med minst ett § 4 tvangsvedtak

Figur 3 illustrerer andelen pasienter ved de to seksjonene i hver tidsperiode som hadde seks eller flere tvangsvedtak. Ved KYR-seksjonen sank denne andelen gradvis fra periode 1 (40,0 %) til periode 2 (18,2 %) og periode 3 (0,0 %), en nedgang på 100 % fra periode 1 til periode 3. Endringen over tidsperiodene var signifikant, $\chi^2 = 10,3$, $p < 0,0058$. Ved sammenlikningsseksjonen var det ingen systematisk endring over tid, med tilnærmet like stor andel pasienter med minst seks vedtak i periode 1 (12,0 %) som i periode 3 (11,8 %), $p < 0,67$.



Figur 3. Prosentandel pasienter med minst seks § 4 tvangsvedtak

Figur 4 indikerer endringer i hver av de fire § 4 vedtakstypene (ut fra andelen pasienter med hver type vedtak) over tid. Som illustrert i figuren, ses nedgangen over tid ved KYR-seksjonen særlig for tvangsmedisinering, $c^2 = 10,4$, $p < 0,0054$, med en tilsvarende trend for beltebruk, $c^2 = 4,65$, $p < 0,098$. Ved sammenlikningsseksjonen var det ingen signifikante endringer i noen av vedtakstypene, $p > 0,30$.



Figur 4. Enkelte § 4 vedtakstyper

Inngående analyser for KYR-seksjonen

Endringer over tid i pasientkarakteristika, personalsammensetning og fellesareal ved KYR-seksjonen er angitt i tabell 2.

Tabell 2. Karakteristika ved pasientene på KYR-seksjonen i de tre tidsperiodene

	PERIODE 1 2006-2008	PERIODE 2 2009-2011	PERIODE 3 2012-2014
Alder (år)	31,1	30,3	34,9
GAF-F	33,8	33,2	34,3
GAF-S	33,3	30,2	34,9
Andel schizofreni/ psykoselidelser ¹	60,0 %	31,8 %	46,3 %
Andre diagnoser	40,0 %	68,2 %	53,7 %
Antall helsepersonell per pasient (n)	2,4	2,3	2,1
Tilgjengelig fellesareal per pasient (m ²)	33,7	36	25,7

Pasientvariabler som var signifikant knyttet til tvangsvedtak ved KYR-seksjonen, kunne representere alternative forklaringer til den observerte endringen i tvangsvedtak over tid. Som angitt i tabell 3, var GAF-F knyttet til antall tvangsvedtak ved KYR-seksjonen, $r = -0,31$, $p = 0,019$, mens GAF-S viste en trend-sammenheng med om pasientene hadde tvangsvedtak eller ei, $r = -0,24$, $p = 0,08$. Alder og diagnosekategori viste ingen signifikant sammenheng med noen av tvangsvariablene.

Tabell 3. Sammenheng mellom pasientkarakteristika og tvangsvedtak ved KYR-seksjonen

PASIENTKARAKTERISTIKA	ANTALL TVANGSVEDTAK	P-VERDI	TVANGSVEDTAK (JA, NEI)	P-VERDI
Alder	¹ $r = -0,12$	0,37, i.s.	¹ $r = -0,07$	0,63, i.s.
GAF-F	¹ $r = -0,31$	0,019	¹ $r = -0,19$	0,17, i.s.
GAF-S	¹ $r = -0,03$	0,80, i.s.	¹ $r = -0,24$	0,08
Diagnosekategori		² 0,71, i.s.		0,70, i.s.

Ut fra ovennevnte tok vi med GAF-F som prediktor (kovariat) i en GLM-analyse for antall tvangsvedtak og GAF-S som prediktor i en GLM-analyse for tvangsvedtak (ja, nei). I begge analysene var tidsperiode faktor. Analysen for antall tvangsvedtak var signifikant, $F(3, 53) = 6,6$, $p = 0,001$, med effekter for både tidsperiode, $F(2, 54) = 6,4$, $p = 0,003$, og for GAF-F, $F(1, 55) = 6,9$, $p = 0,011$. Også analysen for tvangsvedtak (ja, nei) var signifikant, $F(3, 53) = 4,3$, $p = 0,009$, med en effekt for tidsperiode, $F(2, 54) = 4,6$, $p = 0,014$, men ikke for GAF-S, $p = 0,13$. Selv om vi dermed kontrollerte for de pasientvariablene som var knyttet til tvangsvedtak ved KYR-seksjonen, vedvarte effekten for tidsperiode på nedgangen i tvangsvedtak over tid.

Antall helsepersonell per pasient ved KYR-seksjonen gikk ned med 12,5 % fra periode 1 til periode 3 (tabell 2). Tilgjengelig fellesareal per pasient gikk noe opp fra periode 1 til periode 2, for deretter å synke fra periode 2 til periode 3, med en nedgang fra første til siste periode på 23,7 % (tabell 2). Disse endringene er ikke i tråd med det en skulle forvente, hvis disse forholdene bidro til den observerte reduksjonen i tvangsvedtak.

Diskusjon

Vi undersøkte om implementering av KYR i 2008 førte til endringer i § 4 tvangsvedtak for kvinnelige pasienter ved en langtidsseksjon for psykoser og sammensatte lidelser (KYR-seksjonen). Studien viser en markant reduksjon av tvangsvedtak fra 2006–2008 (før KYR var implementert) til henholdsvis 2009–2011 og 2012–2014. Gjennomsnittlig antall tvangsvedtak per pasient ble redusert fra 23,5 til 0,3 (99 %). Andelen pasienter med minst ett tvangsvedtak gikk ned fra 60,5 % til 15,4 % (74 %), mens andelen pasienter med minst seks vedtak gikk ned fra 40 % til 0 % (100 %). Nedgangen i tvangsvedtak var tydeligst for korttidsvirkende legemidler, fulgt av mekaniske tvangsmidler.

Vi fant ingen systematiske endringer i tvangsvedtak ved en annen langtidsseksjon i samme helseforetak. Selv om de to seksjonene ikke var fullt sammenliknbare med tanke på pasientsammensetning, indikerer dette at nedgangen i tvangsvedtak ved KYR-seksjonen ikke var en følge av et generelt økende fokus i foretaket over tid på å få ned tvangsbruken. De statistiske analysene indikerte at nedgangen i tvangsvedtak ved KYR-seksjonen heller ikke kunne forklares med endringer i pasientenes alder, diagnoser eller GAF-skårer. I tillegg endret ikke antall helsepersonell per pasient eller tilgjengelig fellesareal per pasient seg på måter som kan antas å ha bidratt til reduksjonen i tvangstiltak. Disse funnene styrker antakelsen om at implementeringen av KYR førte til nedgang i tvangsvedtak.

Pasientens autonomi og medbestemmelse er ofte begrenset ved døgninnleggelse på sykehus (Chow & Priebe, 2013). I lukkede institusjoner kan ansatte oppføre seg mer paternalistisk overfor pasienter enn på andre arenaer, noe som også vises gjennom økt bruk av tvang (Chow & Priebe, 2013). Våre resultater er i tråd med funn fra tidligere litteratur, som viser at det er mulig å få til store endringer i bruk av tvang (Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Stewart et al., 2010). Kasusbeskrivelser og kliniske observasjoner indikerer at reduksjon av tvangstiltak forutsetter at helsepersonell møter pasienten med holdninger som fremmer likeverd og myndiggjøring (Bak et al., 2012; Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Sullivan et al., 2005; Taxis, 2002; Visalli & McNasser, 2000). Forhold som kan myndiggjøre både pasient og helsepersonell, inkluderer økt samhandling (Bak et al., 2012; Bak et al., 2014; Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Stewart et al., 2010; Sullivan et al., 2005; Taxis, 2002; Visalli & McNasser, 2000) og korrigerende av helsepersonells forestillinger om at tvangstiltak er uunnværlig for å ivareta sikkerhet (Scanlan, 2009; Taxis, 2002). Her har atferdsterapeutiske og recovery-baserte tilnærminger vist seg å være nyttige (Bak et al., 2012; Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Sullivan et al., 2005; Taxis, 2002; Visalli & McNasser, 2000). Tidligere studier (Taxis, 2002; Visalli & McNasser, 2000) viser at pasientens valgfrihet og autonomi er sentrale faktorer, noe som sterkt vektlegges i KYR. Kvalitative undersøkelser indikerer at KYR fremmer samhandling som er preget av likeverd, og virker utviklende for både pasienter og helsepersonell (Gjerde, 2013; Heggdal et al., 2015).

Mens tvangsvedtak ved KYR-seksjonen gikk ned i første treårsperiode etter at KYR ble tatt i bruk, observerte vi en ytterligere nedgang de tre påfølgende årene. En mulig forklaring er at det tar tid å implementere intervensjoner som involverer hele personalgruppen, herunder vedtaksansvarlige leger og psykologer. Den fortsatte nedgangen i tvangsvedtak i den siste studieperioden kan være et uttrykk for at KYR-seksjonen har forvaltet KYR mer effektivt over tid. Implementeringsforskning viser at implementering innebærer endringer både i organisasjon og arbeidskultur (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005). I tråd med dette har implementeringen av KYR vært en kontinuerlig prosess, med et vedvarende fokus på å etablere og vedlikeholde systemer og rutiner for kompetanseutvikling og prosedyrer for å sikre programetterlevelse og implementeringskvalitet (Heggdal & Svergia, 2014). Det gjennomføres regelmessig individuelle fagutviklingssamtaler, der medarbeideren sammen med seksjonsleder og faglig ansvarlig identifiserer utfordringer som han eller

hun så tar inn som arbeidsoppgaver i sin kompetanseutviklingsplan (Heggdal & Svergja, 2014). Hele personalgruppen deltar i erfaringsbasert undervisning og regelmessig veiledning der det brukes rollespill for å trene på situasjonshåndtering og kommunikasjonsteknikker (Heggdal, 2014). Studier indikerer at involvering, opplæring og veiledning av hele personalgruppen kan være avgjørende for tvangsreduksjon (Dahm et al., 2015; Gaskin et al., 2007; Scanlan, 2009; Stewart et al., 2010).

«Gjennomsnittlig antall tvangsvedtak per pasient ble redusert fra 23,5 til 0,3 (99 %)»

Det er et problem at tvangsmiddelbruken ofte øker igjen etter at prosjekter med formål om å redusere tvangsbruk avsluttes (Hatling, 2013). En mulig forklaring er at implementering ikke forstås som en kontinuerlig prosess. Våre funn kan ha implikasjoner for hvordan en døgnsesjon kan organisere arbeidet med reduksjon av tvang for å sikre vedvarende effekt av tiltakene som iverksettes. Dette krever en helhetlig tilnærming på flere nivå og en systematisk og kontinuerlig implementeringsprosess som sikrer koordinering av individualterapien og miljøterapien, herunder koordinert samarbeid mellom behandlingsansvarlige psykologer og leger og mellom behandlere og miljøpersonale. KYR er en overordnet strategi som inkluderer mange av de enkeltkomponentene som tidligere studier har vist at kan bidra til tvangsreduksjon (se innledningen). En viktig komponent kan være å innføre en helhetlig behandlingsfilosofi som vektlegger frivillighet, samarbeid og autonomi. Videre bør helsepersonell trene på å romme utrygghet som oppstår når de skal gi fra seg kontroll og la mer av ansvaret ligge hos pasientene. Utfordringen er å stole på at pasienten gis god og forsvarlig behandling slik at ikke frykten for å kunne bli stilt til ansvar i ettertid blir et hinder. Dette kan sikres med rutiner for å lære opp og veilede hele personalgruppen, herunder behandlingsansvarlige psykologer og leger.

Styrker og begrensninger

Studiens hovedbegrensning er dens retrospektive, ikke-kontrollerte design og at den hadde forholdsvis få deltakere. En annen svakhet er at studien kun inkluderte kvinner. Funnene kan derfor ikke uten videre overføres til mannlige pasienter. Siden kvinner med voldsproblematikk i liten grad blir behandlet ved KYR-seksjonen, kan funnene heller ikke generaliseres til denne pasientgruppen. Konklusjonen om at KYR bidro til reduksjon av tvangstiltak, støttes noe av at vi ikke fant tilsvarende endringer ved en annen langtidsseksjon for psykoser i samme helseforetak, selv om de to seksjonene ikke var fullt sammenliknbare. En viss kontroll for alternative forklaringer til nedgangen i tvangsvedtak ble oppnådd ved å inkludere en rekke pasientkarakteristika i analysene og ved å undersøke endringer i antall helsepersonell og i tilgjengelig fellesareal. At informasjon om tvangsvedtak ble innhentet over en tidsperiode på ni år, svekker muligheten for at de observerte endringene var tilfeldige eller midlertidige. Studiens ukontrollerte design gjør likevel at andre forhold enn implementeringen av KYR kan ha

ligget til grunn for nedgangen i tvangsvedtak over tid. Eksempler er endringer i andre trekk ved pasientsammensetningen enn de vi målte – som voldsrisiko, endringer i personalgruppens utdanningsnivå og kjønnsammensetning. En annen faktor kan være selve systematikken i og kvaliteten av den kontinuerlige implementeringsprosessen.

Konklusjon

Bruken av tvangstiltak i psykisk helsevern har vært stabil over mange år til tross for økt bevissthet rundt tvang og alternativer til tvang (Helsedirektoratet, 2016). Vi fant at implementeringen av KYR ved en langtidsseksjon for psykoser og sammensatte lidelser ble fulgt av en markant nedgang i bruken av tvang overfor kvinnelige pasienter. Selv om funnene indikerer at KYR kan bidra til redusert tvangsbruk, kan andre faktorer ha spilt inn, og svakheter i studiedesignet gjør at eventuelle konklusjoner må anses som tentative. For å klargjøre om hvorvidt KYR kan bidra til å redusere tvang, trengs det prospektive kontrollerte studier som inkluderer både mannlige og kvinnelige pasienter.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 7, 2016, side 518-529

TEKST

Jan Hammer, spesialsykepleier

Roar Fosse, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken

KONTAKT: roar.fosse@vestreviken.no

Åse Lyngstad

Paul Møller

Didrik Heggdal, psykologspesialist

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Bak, J., Brandt?Christensen, M., Sestoft, D.M., & Zoffmann, V. (2012). Mechanical restraint – Which interventions prevent episodes of mechanical restraint? – A systematic review. *Perspectives in psychiatric care*, 48(2), 83-94.

Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D.M., Almvik, R., & Brandt?Christensen, M. (2014). Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study. *Perspectives in psychiatric care*, 50(3), 155-166.

Balint, M. (1969). *The basic fault. Therapeutic aspects of regression*. London: Tavistock Publications.

Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (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 and Mental Health Nursing*, 9(4), 465-473.

Chow, W.S., & Priebe, S. (2013). Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC psychiatry*, 13(1), 169. doi: 10.1186/1471-244X-13-169

Dahm, K.T., Odgaard-Jensen, J., Husum, T.L., & Leiknes, K.A. (2015). Interventions for reducing coercion in mental health for adults: a systematic review and the impact of updating. *Journal of Brain Sciences*, 1(1), 1-23.

De Shazer, S., & Dolan, Y. (2012). *More than Miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. New York: Routledge.

- Fixsen, D.L., Naoom, S.F., Blase, K.A., Friedman, R.M., & Wallace, F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231). <http://ctndisseminationslibrary.org/PDF/nirnmonograph.pdf>.
- Gaskin, C.J., Elsom, S.J., & Happell, B. (2007). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *The British Journal of Psychiatry*, 191(4), 298-303.
- Gjerde, H.M. (2013). Bekrefte og ansvarliggjøre. En kvalitativ studie av terapeutens opplevde utfordringer i forvaltningen av Komplementær Ytre Regulering. Universitetet i Oslo. Nedlastet 19. april 2016 fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/38079/hovedfagsoppgave.pdf>....
- Happell, B., & Harrow, A. (2010). Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(3), 162-168.
- Hatling, T. (2013). Bruk av tvang i psykiske helsetjenester. I R. Norvoll (red.), *Samfunn og psykisk helse - Samfunnsvitenskapelige perspektiver*. (s. 243-284). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Heggdal, D. (2014). Basal eksponeringsterapi (BET) - manual for feedbackbasert kollegaveiledning. Upublisert manuskript.
- Heggdal, D., Hammer, J., Alsos, T.H., Malin, I., & Fosse, R. (2015). Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(02), 119-128.
- Heggdal, D., Lillelien, A., Johnsrud, S.S., & Dyrhol Paulsen, C. (2013). Basal eksponeringsterapi: en vei inn til seg selv og ut til et liv det går an å leve. *Dialog*, 23(4), 7-19.
- Heggdal, D., & Svergja, T. (2014). Basal eksponeringsterapi (BET) - implementeringsmanual. Upublisert manuskript.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). Bedre kvalitet - økt frivillighet. Nasjonal strategi for økt frivillighet i psykiske helsetjenester (2012-2015). Nedlastet 19. april 2016 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Bedrekvalitet-okt_fri...
- Helsedirektoratet. (2016). Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014 (IS-2452). Nedlastet 19. april 2016 fra [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1161/Rapport %20om %20tvang %20IS-2452.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1161/Rapport%20om%20tvang%20IS-2452.pdf)
- Lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven) (1999).
- Mathisen, J., & Føyn, P. (2002). Rapport fra gjennombruddsprosjekt psykiatri. Hentet fra <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Gjennombruddspr...>
- Norvoll, R., Hatling, T., & Hem, K. (2008). «Det er nå det begynner!» Hovedrapport fra prosjektet Brukerorienterte alternativer til tvang i sykehus (BAT) (SINTEF A8450). Hentet fra https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/sintef_a84...
- Scanlan, J.N. (2009). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far. A review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 412-423.
- Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A., & Jones, J. (2010). A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), 413-424.
- Sullivan, A.M., Bezmen, J., Barron, C.T., Rivera, J., Curley-Casey, L., & Marino, D. (2005). Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service - utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. *Psychiatric Quarterly*, 76(1), 51-65.
- Taxis, J.C. (2002). Ethics and praxis: Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(2), 157-170.
- Visalli, H., & McNasser, G. (2000). Reducing seclusion and restraint: meeting the organizational challenge. *Journal of Nursing Care Quality*, 14(4), 35-44.

Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(6), 453-459.

Øhlenschläger, J., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Køster, A., Munkner, R., & Nordentoft, M. (2007). Intensive treatment models and coercion. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 369-378.