

Dialogmøter

- et hefte om å redusere bruken av tvang



Nasjonalt senter for
erfaringskompetanse
innen psykisk helse

Innledning

I 2017 var en del av oppdragsbrevet fra helseministeren til foretakene at alle enheter som benyttet tvang innen psykisk helsevern, skulle arrangere dialogmøter mellom pasienter og fagpersoner. Hensikten med møtene var å redusere bruken av tvang innen psykiatrien, både på avdelingene og tvang uten døgnopphold (TUD). Nasjonalt senter for erfaringskompetanse fikk i oppdrag å bistå foretakene i organiseringen av disse møtene.

For oss i Erfaringskompetanse, var det særlig viktig at møtene skulle ha en reell effekt i å redusere tvangsbruken innen psykisk helsevern. Det er selvfølgelig alltid fint at folk snakker sammen, men i denne sammenhengen ønsket vi at møtene skulle føre til faktiske endringer.

Gjennombruddsmodellen

For å øke sannsynligheten for konkrete resultater, var vår anbefaling at møtene skulle bygge på Gjennombruddsmodellen. Dette er en modell som bygger på dialog og er spesielt utviklet for å føre til endringer. Metoden har hatt gode resultater i helsevesenet ved tidligere prosjekter, også når det gjelder å redusere tvang.

Sentralt i modellen er at man ikke har ett møte, men en serie av møter. I første fase blir man enige om konkrete mål som skal oppnås, og hvilke tiltak man ønsker å iverksette for å nå disse målene.

Tiden mellom møtene brukes til å arbeide mot målene, og senere møter brukes til å evaluere resultatene, og justere tiltakene ved behov.

Vi tilpasset modellen noe, og utdypet områder som vi mener er særlig viktige i denne sammenhengen.

Erfaringer fra arbeidet med dialogmøtene

Noen av helseforetakene valgte å bruke modellen vi anbefalte. Andre har brukt en tilpasset eller endret variant, mens noen har valgt en egen modell. Det var også noen som trengte lengre tid på å komme i gang. Flere av enhetene som brukte denne modellen rapporterte tilbake om gode resultater og reelle endringer fra møtene. Det samme gjorde noen enheter som brukte tilpassede modeller. Andre enheter brukte egne modeller som ikke innebar arbeid mot konkrete mål eller evaluering av resultat. Det kan godt være disse enhetene fikk gode resultat, men siden det ikke var klare mål, og ikke måling av resultat, er det vanskelig å ta stilling til. En del enheter opplevde også en del utfordringer og vansker underveis i prosessen.

Nå er oppdragsbrevet fra 2017 historie, men behovet for tvangsreducerende tiltak er fortsatt tilstede. Vi har derfor valgt å samle anbefalingene om hvordan tvangsreducerende dialogmøter kan gjennomføres i dette heftet. Det kan brukes som inspirasjon for enheter som av ulike grunner ikke arrangerte møter i 2017. Erfaringene fra samarbeidet med enhetene viste at noen områder var særlig utfordrende. Disse områdene, samt forslag til mulige løsninger, basert på erfaringer fra enhetene som prøvde ut denne metoden, har fått særlig plass i dette heftet.

Forberedelser

Koordinatorer

For å sikre en god flyt i arbeidet er det viktig at det oppnevnes koordinatorer for prosjektet. Koordinatorene har ansvar for å drifte prosjektet, noe som innebærer at de har ansvar for å:

- Innhente nødvendig bakgrunnsinformasjon.
- Finne deltagere til og opprette dialoggruppen.
- Praktisk organisering av møter og oppfølging av deltagere.
- Være et bindeledd mellom dialoggruppen og ledergruppe, avdeling og ansatte.
- Sørge for at avtalte tiltak blir iverksatt.
- Følge utviklingen, inkludert resultater, som videreformidles til dialoggruppen.

Koordinatorene behøver ikke å gjøre alt dette selv, men de har ansvaret for at det blir gjort.

De har ansvaret for fremdrift av prosjektet og igangsetting av tiltak i enheten, og det bør velges personer med nok erfaring og myndighet i organisasjonen til at dette blir mulig. Minst én av koordinatorene bør ha kunnskap om- og interesse for implementerings- og endringsarbeid i organisasjoner.

Hvis koordinator(ene) ikke er lokal leder, bør de ha tett og regelmessig kontakt med enhetsledelsen.

For å sikre kontinuerlig fremgang i prosjektet, og at prosessen ikke stopper opp ved sykdom eller annet fravær, bør det oppnevnes minst to personer som koordinatorer.

Hva er utgangspunktet?

For å oppnå en endring, i dette tilfellet redusert bruk av tvang, er det nødvendig å vite hva utgangspunktet er. Koordinatorene må derfor skaffe relevant lokalt tallmateriale som beskriver bruk av tvang i enheten.

Denne beskrivelsen skal inneholde antall og omfang av de ulike tvangstiltakene som benyttes i enheten i en gitt periode (tvungen observasjon, tvangsinnleggelse, mekaniske tvangsmidler, skjerming, tvangsmedisinering i avdeling, TUD, o.a.).

Det er også hensiktsmessig å utarbeide en oversikt over relevante uønskede hendelser (vold, utagering, suicid i avdelingen, skader på personalet, o.a.), for å sikre at prosessen ikke fører til en økning i slike hendelser og for å sikre alle involverte blir ivaretatt.

Kunnskapsgrunnlag

Det finnes allerede mye god kunnskap om hva som kan bidra til å redusere bruken av tvang. De lokale koordinatorene bør innhente relevant bakgrunnsinformasjon, forskning og annen kunnskap de kan dele med dialoggruppen.

Noe av dette arbeidet kan gjøres på forhånd, og kan fungere som en tilgjengelig «verktøykasse» med mulige tiltak, som dialoggruppen kan velge fra og tilpasse til lokale forhold.

Det er også viktig å følge opp prosessen underveis med relevante litteratursøk, både knyttet til målene man setter seg, og for å kvalitetssjekke de tiltakene man velger å prøve ut.

Å etablere en gruppe

Dialoggruppen bør møtes minst tre ganger, men det kan være hensiktsmessig med flere møter, for å få en god prosess, og sikre at målene blir nådd. Ofte trenger også gruppen litt tid på å bli kjent og finne felles mål.

Hensikten med møtene er å bli enige om konkrete tiltak for å redusere tvang i den lokale enheten, og å følge opp prosessen med iverksetting av tiltakene. Det trengs derfor deltakere med ulik bakgrunn, men med en felles motivasjon om å se fremover, og fokusere på handling og endring.

Deltagere

Vi anbefaler at gruppen har ca 12- 16 medlemmer, avhengig av lokale forhold. Gruppen bør være stor nok til å være robust mot tilfeldig fravær, men ikke så stor at den ikke er effektiv. Deltagerne skal ha ulik bakgrunn:

Ledelse: Forskningen er tydelig på at hvis man skal redusere tvang, må tiltakene være igangsatt av, eller ha støtte i, ledelsen. Det aller beste er derfor om minst en av koordinatorene er leder ved enheten, eller at en leder deltar i gruppen. Hvis dette ikke er mulig, må det være helt tydelig at prosjektet er støttet av ledelsen, og leder må være i tett kontakt med koordinatorene underveis i prosessen.

Klinikere/vedtaksansvarlige er helt sentrale i å redusere tvang, og det bør derfor være minst to-tre vedtaksansvarlige med i gruppen. Dette kan gjerne være personer med ulik bakgrunn (lege, overlege, psykologspesialist).

Miljøpersonalet er de som i praksis ofte gjennomfører tvangstiltakene, og ofte har størst mulighet til å forebygge slik at tvang ikke blir nødvendig å benytte. Det er derfor helt nødvendig å ha flere representanter for miljøpersonalet med i gruppen. Også her gjerne med ulik bakgrunn (sykepleier, hjelpepleier).

Personer med egenerfaring fra psykiatrien er en viktig del av dialoggruppen. For å få til en best mulig dialog, anbefaler vi sterkt at det velges pasienter med egen erfaring med tvang. Det er en klar fordel om erfaringene er forholdsvis ferske, og gjerne fra den aktuelle enheten/helseforetaket.

Mange helseforetak har nå ansatt erfaringskonsulenter eller medarbeidere med brukererfaring, og det kan være hensiktsmessig å invitere disse inn i gruppen. Hvis foretaket ikke har erfaringskonsulent ansatt, er det mulig å invitere inn en eller flere representanter for aktuelle brukerorganisasjoner. Erfaringskonsulenter og representanter for bruker- og pårørende-organisasjoner kan være svært nyttige for å se et større bilde. Ofte kan de representere flere pasienter og pasienthistorier. Hvis de ikke selv har opplevd tvang, helst nokså nylig, kan de imidlertid ikke erstatte pasienter med egen erfaring, men være et viktig supplement.

Hvis en person nylig har hatt det så vanskelig at tvungen behandling var aktuelt, er det sannsynlig at personen kan være i en sårbar situasjon. Det er derfor viktig at man ikke rekrutterer bare en eller to personer med egenerfaring, men helst minst 3-4, gjerne flere, hvis mulig. En større gruppe med personer med egen erfaring kan støtte hverandre, og det gjør også gruppen mindre sårbar, hvis noen av ulike grunner ikke klarer å komme til alle møtene.

Pårørende

Pårørende er ikke spesifikt nevnt i oppdragsbrevet. Vi opplever det likevel som svært nyttig og relevant å involvere dem i disse gruppene. På samme måte som for personer med egenerfaring, kan det være nyttig med en kombinasjon av representanter for organisasjoner/erfaringskonsulenter og personer med nylig erfaring med å være pårørende til en person som ble utsatt for tvungen psykisk helsevern.

Samtidig som pårørende er en naturlig del av gruppene, er det viktig å passe på balansen og sammensetningen av gruppen, slik at personer med egenerfaring får god plass. Personer med egenerfaring som pasient kan ikke erstattes med personer med egenerfaring som pårørende.

Rekruttering og tilrettelegging

Erfaringen fra arbeidet med oppdragsbrevet er at det ofte kan være vanskelig å rekruttere pasienter med egen erfaring, særlig nylig erfaring. For en del pasienter er opplevelsen av tvungen behandling så vanskelig og belastende at de ikke tør, orker eller vil snakke mer om den. Noen er redde for konkrete sanksjoner, for eksempel ved en senere innleggelse, noen vil bare gå videre i livet uten å tenke mer på det som skjedde, mens for andre er opplevelsen så lite bearbeidet at de rett og slett ikke orker å snakke om den.

En del opplever også praktiske hindringer for å delta i gruppen. Det kan være belastende å sitte i et rom med mange andre og diskutere, det kan være utfordringer med transport, økonomi eller andre praktiske vansker.

Erfaringsmessig er det derfor ofte nødvendig å bruke tid på rekrutteringsprosessen. Informasjon om prosjektet kan legges ut på avdelinger, med oppfordring til pasienter og pårørende om å ta kontakt.

Det kan også være hensiktsmessig å kontakte aktuelle pasienter direkte, mens de fortsatt er på avdelingen, i forbindelse med utskrivning eller ved direkte kontakt etter utskrivning. Slike henvendelser krever selvfølgelig etisk bevissthet. Taushetsplikten må alltid respekteres, det er viktig å spørre pasienter med varierte erfaringer, og ingen pasienter skal utsettes for press. Det kan lette rekrutteringen å tilby praktisk hjelp, for eksempel til transport, å bli møtt utenfor sykehuset, tilbud om oppfølging etter møter, osv. Noen personer med ferske opplevelser med tvang opplever erfaringskonsulentene som en god støtte, mens andre foretrekker å forholde seg til ansatte ved foretaket.

Gjennombruddsmodellen som prosess

Det eller de første møte(ne)

I begynnelsen er det naturlig å bruke noe tid på å bli kjent, og å etablere grunnstrukturene i gruppen. Det er viktig at deltakerne i gruppen er trygge på hverandre, og at retningslinjene for hvordan man skal arbeide sammen er kjent for alle deltagerne. Det er også viktig at alle deltagerne, både fagpersoner, pasienter og pårørende, har mulighet til å uttrykke seg fritt i gruppen, så lenge de gjør det med respekt for de andre deltagerne. Målet er dialog, ikke beskyldninger, maktkamp og kontroll.

Selv om det er viktig at gruppen er trygg nok til å arbeide godt sammen er dette en gruppe som bare skal arbeide sammen i et begrenset tidsrom. Derfor er det viktig at man kommer raskt i gang med arbeidet.

Konkrete mål

I løpet av det eller de første møte(ne) skal man gå gjennom tvangsbruken i enheten, og sette opp mål for arbeidet.

Det er viktig at disse målene er konkrete og målbare. «Mindre tvang» eller «mer respekt» er nokså uklare mål som det kan være vanskelig å måle. «Å redusere bruk av belter med minst 30 %» eller « redusere antall pasienter som opplever tvungen medisinerings» er et konkret mål, som det er lett å vurdere om man har oppnådd.

Når gruppen skal bestemme seg for mål, er selvfølgelig tallmaterialet som viser aktuell bruk av tvang på avdelingen relevant, samtidig som dette bare er en del av beslutningsgrunnlaget.

Dialoggruppen skal bestemme målene

Mange enheter har allerede planer eller strategier for reduksjon av tvang. Det er bra, og et godt utgangspunkt. Samtidig er det viktig at man faktisk benytter seg av den ressursen gruppen utgjør. Gruppen bør ha nokså stor frihet til selv å velge målsetninger, og det er særlig viktig at målet med prosjektet ikke er bestemt før gruppen har startet opp.

Eksempel: En døgnavdeling har allerede et uttalt mål om å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler, særlig belter. Leder og koordinatorene er enige om at dette er målet dialoggruppen skal arbeide mot. Flere av deltagerne i gruppen, særlig pasienter og pårørende, men også noen fagpersoner, opplever imidlertid bruk av tvungen medisiner, både i avdelingen og i TUD (tvungen behandling uten døgnopphold) som et større problem. Siden målet allerede er fastlagt, er det imidlertid lite rom for diskusjoner om alternative målsetninger.

Tiltak

Når gruppen har blitt enige om mål, må de beslutte hvilke tiltak de ønsker å forsøke for å nå målene. I denne prosessen er det nyttig med litteratursøk og å sjekke kunnskapsgrunnlaget. Det kan være en hjelp til å finne egnede tiltak («Hva har andre forsøkt tidligere?» «Kan vi gjøre noe lignende, eventuelt med tilpasning?»)

Og det kan selvfølgelig være lurt å sjekke ut allerede foreslåtte tiltak – er dette noe som andre har forsøkt? Hva var deres erfaring?

At noe har fungert, eller ikke fungert, på en avdeling, er ingen garanti for at det vil, eller ikke vil, fungere på en annen enhet. Likevel kan det være lurt å ta med seg andres erfaringer inn i diskusjonen og beslutningsprosessen.

Arbeidsfase

Når målene er satt, har koordinatorene, i tett samarbeid med ledelsen, ansvaret for å igangsette og følge opp de tiltakene som ble besluttet i dialogmøtet.

Hindringer og vansker må registreres fortløpende, sammen med suksess. Det samme må variasjoner (når får vi det til, når får vi det ikke til), og eventuelle nødvendige justeringer.

Evaluering

All bruk av tvang må kartlegges fortløpende, sammen med alle uønskede hendelser. Når tiltakene er etablert, og før neste møte, må det utarbeides en ny oversikt over bruken av tvang og en ny oversikt over uønskede hendelser, for å registrere utviklingen i enheten.

Det kan også være hensiktsmessig å registrere eventuell variasjon. Er det lettere å få tiltakene til å fungere på hverdager enn i helgene? Hva med dag versus natt? Er det noen situasjoner som er spesielt utfordrende, og hvor tiltakene ikke helt fungerer?

Ofta er det en liten andel av pasientene som utsettes for mye av tvangen. Dette kan være et selvstendig problem (forventningseffekter, vansker med å gi gode, sammenhengende tilbud til alvorlig syke pasienter), men det kan også være situasjoner hvor det faktisk er påkrevd med tvungen behandling i en kritesituasjon. Når man evaluerer tvangsbruken, må man derfor ta hensyn til om det er spesielle situasjoner som har påvirket tallene.

Eksempel 1: I perioden før prosjektets oppstart, hadde en avdeling innlagt en alvorlig syk pasient som brukte mye vold. Det ble brukt uvanlig mye tvang mot denne pasienten. Etter at prosjektet begynte, ble tvangsbruken kraftig redusert. Mesteparten av reduksjonen skyldes imidlertid at den ene pasienten var overført til en annen avdeling, og det hadde ikke vært noen reell endring i tvangsbruk på avdelingen.

Eksempel 2: I perioden når tiltakene skulle prøves ut, hadde en avdeling innlagt en pasient som ble utsatt for mye tvang, av hensyn til egen og andres sikkerhet. Evalueringen viste ingen reduksjon i bruk av tvang, tvert imot var det en svak økning. Når koordinator så nærmere på tallene, fant hun imidlertid at hvis hun utelukket den ene pasienten, var det en klar reduksjon i bruken av tvang på avdelingen som helhet.

Dialogmøter underveis i prosessen

Etter at målene er satt, tiltakene bestemt, og arbeidsfasen påbegynt, brukes dialogmøtene til å følge opp prosessen som er startet, og eventuelt bli enige om nødvendige endringer eller justeringer.

Det er selvfølgelig særlig viktig å følge opp om det faktisk har skjedd en reduksjon i bruk av tvang, i henhold til målsetningen. Men, det er også viktig å følge med på om det skjer endringer eller forflytninger i bruken av tvang. Det kan for eksempel være at avdelingen bruker mindre mekaniske tvangsmidler, fordi det er målet, men at bruken av skjerming eller tvungen medisinerer øker.

Det er også relevant å følge opp eventuelle variasjoner i tvangstallene som ikke kan forklares naturlig, og man må også følge med på utviklingen av uønskede hendelser.

Basert på resultatene må møtet diskutere progresjon i forhold til målsetning og eventuelle uønskede bivirkninger av tiltakene. Da kan man konkludere med om man skal fortsette med de påbegynte tiltakene, eller om det er nødvendig med endringer eller justeringer.

Møtene i denne fasen bør resultere i konkrete beslutninger om videre gjennomføring av tiltakene for å redusere tvangsbruken.

Deretter fortsetter prosessen med nye arbeidsfaser hvor tiltak blir justert og prøvd ut i praksis, fulgt av nye evalueringer, og nye møter i dialoggruppen.

Enhetene og gruppene må avgjøre hvor mange møter og faser som er nødvendig. Noen ganger holder det med to arbeidsfaser, men ofte vil det være behov for flere arbeidsfaser, med tilhørende evalueringer og dialogmøter.

Avsluttende dialogmøte

I det avsluttende møtet skal prosessen oppsummeres. Det må vurderes om man nådde målene, evt. endringer av andre typer av tvang, og endringer i antall uønskede hendelser.

En naturlig del av den avsluttende evalueringen er å vurdere om det er nødvendig å fortsette prosjektet for å sikre bedre måloppnåelse, og/eller om det er ønskelig med et nytt prosjekt, for å nå andre mål knyttet til reduksjon av tvang.

Det må også lages en konkret plan for å sikre at målene opprettholdes etter avsluttet prosjektperiode. Møtet skal resultere i en konkret vurdering av om målene er nådd, eventuelt andre konsekvenser av prosjektet. Basert på disse resultatene skal det også utarbeides en konkret plan for videre oppfølging.

Oppfølging.

Gjennombruddsmetoden har vist seg å kunne gi gode resultater når det gjelder å endre praksis i helsevesenet, ofte på kort tid. En utfordring er likevel å opprettholde kvalitetsarbeid og resultater over tid, og det har dessverre vist seg at endringene ikke alltid vedvarer.

Derfor er det hensiktsmessig at man lager en plan for hvordan man skal opprettholde endringene over tid. Det er også viktig å kontinuerlig følge med på utviklingen av bruk av tvang, slik at det raskt kan settes inn tiltak hvis bruken av tvang øker igjen. Det bør også oppnevnes personer som, i samarbeid med ledelsen, har ansvaret for å følge utviklingen, og gi beskjed hvis det er behov for justeringer eller nye tiltak.

Det er som nevnt tidligere også en fare for at fokus på ett område kan føre til økning av tvang på andre områder, eller økning av uformell tvang. Det er derfor hensiktsmessig å ha regelmessig kontakt med erfaringskonsulenter, brukerrepresentanter, pasienter og pårørende ved avdelingen, for å sjekke at det ikke utvikler seg nye, uheldige tvangspraksiser i skyggen av de gode resultatene.

Litteraturforslag:

Aagaard, J., Tuszewski, B., & Kolbaek, P. (2017). Does Assertive Community Treatment Reduce the Use of Compulsory Admissions? *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(6), 641-646.

Abderhalden, C., Needham, I., Dassen, T., Halfens, R., Haug, H. J., & Fischer, J. E. (2008). Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193(1), 44-50.

Andersen, C., Kolmos, A., Andersen, K., Sippel, V., & Stenager, E. (2017). Applying sensory modulation to mental health inpatient care to reduce seclusion and restraint: A case control study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(7), 525-528.

Andrassy, B. M. (2016). Feelings Thermometer: An Early Intervention Scale for Seclusion/Restraint Reduction Among Children and Adolescents in Residential Psychiatric Care. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 29(3), 145-147.

Ashcraft, L., & Anthony, W. (2008). Eliminating seclusion and restraint in recovery-oriented crisis services. *Psychiatric Services*, 59(10), 1198-1202.

Barton, S. A., Johnson, M. R., & Price, L. V. (2009). Achieving restraint-free on an inpatient behavioral health unit. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 47(1), 34-40.

Blair, E. W., Woolley, S., Szarek, B. L., Mucha, T. F., Dutka, O., Schwartz, H. I., . . . Goethe, J. W. (2017). Reduction of Seclusion and Restraint in an Inpatient Psychiatric Setting: A Pilot Study. *Psychiatric Quarterly*, 88(1), 1-7.

Borckardt, J. J., Madan, A., Grubaugh, A. L., Danielson, C. K., Pelic, C. G., Hardesty, S. J., . . . Frueh, B. (2011). Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 62(5), 477-483.

Boumans, C. E., Egger, J. I., Bouts, R. A., & Hutschemaekers, G. J. (2015). Seclusion and the importance of contextual factors: An innovation project revisited. *International Journal of Law & Psychiatry*, 41, 1-11.

Browne, V., Knott, J., Dakis, J., Fielding, J., Lyle, D., Daniel, C., . . . Virtue, E. (2011). Improving the care of mentally ill patients in a tertiary emergency department: development of a psychiatric assessment and planning unit. *Australasian Psychiatry*, 19(4), 350-353.

Chandler, G. (2008). From traditional inpatient to trauma-informed treatment: transferring control from staff to patient. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 14(5), 363-371.

Cummings, K. S., Grandfield, S. A., & Coldwell, C. M. (2010). Caring with comfort rooms. Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 48(6), 26-30.

- Deschietere, G. (2010). *Alternative work and world. Chronicity of emergencies and the work in crisis unit. Psychiatria Danubina, 22 Suppl 1, S165.*
- Føyn, P.A, Mathisen, J.R. (2002) *Gjennombruddsprosjekt psykiatri: Bruk av tvang. Rapport om gjennombruddsprosjekt i psykiatri om bruk av tvang (2002). Oslo: Den Norske Legeforeningen, 2002*
- Godfrey, J. L., McGill, A. C., Jones, N. T., Oxley, S. L., & Carr, R. M. (2014). *Anatomy of a transformation: a systematic effort to reduce mechanical restraints at a state psychiatric hospital. Psychiatric Services, 65(10), 1277-1280.*
- Hendryx, M., Trusevich, Y., Coyle, F., Short, R., & Roll, J. (2010). *The distribution and frequency of seclusion and/or restraint among psychiatric inpatients. Journal of Behavioral Health Services & Research, 37(2), 272-281.*
- Hochstrasser, L., Frohlich, D., Schneeberger, A. R., Borgwardt, S., Lang, U. E., Stieglitz, R. D., & Huber, C. G. (2018). *Long-term reduction of seclusion and forced medication on a hospital-wide level: Implementation of an open-door policy over 6 years. European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists, 48,*
- Hochstrasser, L., Voulgaris, A., Moller, J., Zimmermann, T., Steinauer, R., Borgwardt, S., . . . Huber, C. G. (2018). *Reduced Frequency of Cases with Seclusion Is Associated with "Opening the Doors" of a Psychiatric Intensive Care Unit. Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation, 9, 57.*
- Huber, C. G. (2017). *Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study. Journal of Psychiatric Research, 95, 189-195.*
- Jani, S., Knight, S., & Jani, S. (2011). *The implementation of milieu therapy training to reduce the frequency of restraints in residential treatment centers. Adolescent Psychiatry, 1(3), 251-254.*
- McCurdy, J. M., Haliburton, J. R., Yadav, H. C., Yoder, A. M., Norton, L. R., Froehlich, J. A., . . . El-Mallakh, R. S. (2015). *Case study: design may influence use of seclusion and restraint. HERD: Health Environments Research & Design Journal, 8(3), 116-121.*
- Omolewa, P. (2012). *The impact of instructive educational program on physical restraint reduction in acute mental health hospitals. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 73(6-B), 3522.*
- Petrakis, M., Penno, S., Oxley, J., Bloom, H., & Castle, D. (2012). *Early psychosis treatment in an integrated model within an adult mental health service. European Psychiatry, 27(7), 483-488.*
- Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyanen, O. P., Kautiainen, H., & Tiihonen, J. (2013). *Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. Psychiatric Services, 64(9), 850-855.*

Sclafani, M. J., Humphrey, F. J., 2nd, Repko, S., Ko, H. S., Wallen, M. C., & Digiacomio, A. (2008). Reducing patient restraints: a pilot approach using clinical case review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(1), 32-39.

Sivak, K. (2012). Implementation of comfort rooms to reduce seclusion, restraint use, and acting-out behaviors. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 50(2), 24-34.

Strand, M., & von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Patient-controlled hospital admission in psychiatry: A systematic review. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(8), 574-586.

Andre ressurser:

Nasjonalt senter for Erfaringskompetanse har en egen ressursbank dedikert til reduksjon av tvang, der finnes referanser, nedlastbare rapporter, og heftene våre om reduksjon av tvang, som kan lastes ned eller bestilles gratis.

Lovisenberg sykehus, klinikk psykisk helsevern, har også egne nettsider om reduksjon av tvang, med nedlastbare artikler, skjema, og prosedyrer de har benyttet for å redusere bruken av tvang.

På nettsidene til RVTs- Sør finnes mye informasjon om traumesensitiv behandling. Flere av artiklene under «anbefalt litteratur» henviser til traumesensitiv omsorg/traumesensitiv behandling som et sentralt virkemiddel for å redusere bruk av tvang.

Flere publikasjoner fra erfaringskompetanse kan du kjøpe på erfaringskompetanse.no



Erfaringskompetanse.no 2018

Serienummer: 2018:5