

# Alternativer til tvang

Ordstyrer: Olav Nytingnes  
Referent: Tonje Lossius Husum

## Økt 1

### Ideer til intervensjonsstudier for å redusere tvang?

Hvordan gjøre tvang mer sjeldent?

Ettervern, bryte negative. Langtidsplan for ettervern, stigmatisering.

Hvordan kan ambulerende team forebygge tvang?

I de tilfeller hvor det blir brukt tvang, hvordan kan det gjøres mindre krenkende?

Grunnforskning i forhold til ambulerende team.

Organisering av PH i Norge fremmer bruk av tvang. Se på organisering.

Forebygge tvang, hvordan gjøre det best mulig?

Helsepersonell bør lese pasientens IP. Frustrerende at ikke IP leses.

Hvordan får til større allianse slik at ikke tvang blir nødvendig?

Hvordan tvang kan utøves miljø terapeutisk best mulig; godt og respektfullt?

Møtet mellom pasient og personell. Hvordan møte for å redusere angst og frykt hos pasient?

Manglende innsikt. Hvordan få til samarbeid når ikke pasient mener hun er syk; mangler innsikt?

Hvordan kan vi som jobber i miljøet være med på å redusere antall døgn på tvang.

Hvordan gjøre bruk av tvang minst mulig krenkende?

Positive sjanser i miljøet, mer aktivitet i intensiv periode, brukerne egne alternativer til tvang

Ungdom bør bruke fastlege og helsestasjon mer. Få fastlege mer på banen fort! Allmennpraktikere! Kommunehelsetjenesten.

Intervensstudier: Aggressive hendelser; fange opp forvarsel, Early recognition method (ERM).

Tvang inne på institusjon; under innleggelse: psykoedukativ til pasienter, forvarsel, analysere episoder sammen med bruker etterpå. Ivereta krenkelser.

Hva som faktisk virker. Alternativer?

Nettverk, forebygge. Hva skjer før og etter? Ikke bare der og da? Hva skjer mens man er innlagt? Det skjer ofte lite. Får telefoner fra folk som er innlagt. Folk som er innlagt får lite samtaler og aktivitet. Mer fokus på det forebyggende og nettverk.

Utenlandske leger/ psykologer. Hva er effekt av det? Kjempevanskelig når ikke pasient skjønner språket!

Hvordan oppnå meningsfull terapi når tvang ødelegger allianse mellom pasient og terapeut.

Forskning på tvangens negative effekter?

Bedre å belyse tvangens behov. Behandlingsperspektiv eller systemets behov?

### **Hva er viktig om 10 år?**

Er fastlege/ kommunehelsetjenesten blitt bedre?

Har akutteamene har ønsket effekt?

Har det hatt effekt på reduksjon av tvang?

Bli flere utsatt for tvang? Reduksjon?

Vil forutsigbart blir bedre med verktøy? For eksempel kriseplan og farlighetsvurderinger? Hvilken effekt har det?

Har fokus på tidlige tegn til psykose/ aggresjon har det effekt? Vil det forebygge farlige situasjoner?

Evaluer ERM! Beskrevet i siste nummeret i Sykepleien.

Hvordan fungerer det i lengden?

Hvordan kan organiseringen føre til bruk av tvang?

Hvordan kan det forskes på det?

Fastlegen er kjempeviktig må mer inn! Hvordan får det til?

Legen kjenner ikke pasienten eller kommunen. Tjenesteyterne kjenner ikke hverandre. Det kan oppleves som lang vei fra kommune til spesialisthelsetjeneste.

Politikk  
Økonomi  
Brukermedvirkning  
Organisering  
Sammenheng  
Kontinuitet  
Ansvar  
Tidlig hjelp.

Mer fokus på etikk. Hvordan få helsepersonell til å reflektere over etiske problemstillinger? Hva slags utdanning?

Har reformene effekt på brukernes opplevelse?

Hvordan har det etiske aspektet forandret seg i utdanningene?

Hvordan få tjenestene til å lytte mer få brukerne mer involvert?

Brukerne må mer inn i utdanningene.

Hvordan endre litteratur/ pensum for helsepersonell til å harmonere med etiske perspektiver og helsepolitiske planer?

Hvordan få mer bruker involvering til å funke?

Finnes det en psykisk helsestasjon for barn og unge? Like vanlig som en helsestasjon?

Stor geografisk versjon; forske på områder med lite tvang!! Hva gjør de??

### **Hva er mest kontroversielt?**

At selve grunnlaget vårt er feil. ICD 10, sykdomsmetafor, årsaksopplevelse. Modeller.

At det er dårlige data.

Dårlige studier.

Går det an å ha som utalt mål at vi ikke bruker feil, at det er behandlingssvikt/ nederlag/ feil. Hva skjer hvis vi tenker slik?

Hva snakker vi om? Operasjonalisere hva slags type tvang vi snakker om? Tvangsmidler, innleggelse, tvangsbehandling?

Avtale med de som er utsatt for de som er innlagt også akutt. De som ikke har innsikt, hvor har de det best? Man kunne satt i gang helt andre

og alternative tiltak; kultur, kommune, idrett, naturen, lokalmiljøet? Hvor har de det med lite sykdomsinnsikt det best?

Nullvisjon?

Er behandlingskriteriet et godt utgangspunkt for å bruke tvang?

Det å legge inne folk med politi som rutine, hvilke konsekvenser har det?

Er det forskjell med tilbøyelig til å bruke tvang av de som er innlagt?

Personlighet egnethet? Hvorfor jobber man i en avd. på en akuttavdeling?

Personlig preferanser og kultur?

Er det mulighet for medikamentfri behandling ved psykose? Også de som sliter mest?

Hva er det å være profesjonell? Å være personlig eller å tenke at pasienten som manipulerende? Det personlige i behandling, hvordan tolkes det? Kan man være det?

Hva mener en som blir psykotisk, at vedkommende trenger selv. Psykiatrisk testamente. Hva trenger jeg?

Organisering; vi har to grunnleggende modeller. Situasjon eller indre prosesser. Helsehjelpen ser bort fra sammenheng og kontekst. Kunne man gjøre det motsatte. At hjelpen organiseres ut i fra sammenheng og kontinuitet. Ikke en dekontekstuell modell, alltid en nettverksmodell. I utgangspunktet en nettverksmodell.

Vi bruker samme tenkning som den somatiske. Hvordan forske på det? 70 prosent av innleggelse i akuttavdelinger skyldes faktorer i nettverk, miljøet. Hvordan endre organiseringen totalt?

Hvordan bedre informasjon mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. At også andre yrkesgrupper dokumenterer.

### **Hva er minst kontroversielt?**

IP planen må brukes nå!! Hvordan få det til å bli brukt, og hvordan få den best mulig? Reduserer det bruk av tvang?

Blir det for få senger?

Hva er konsekvenser ved å bygge senger ned?

Hva er konsekvenser ved å ha lite og mange sengeplasser? Se på Internasjonale erfaringer? Studere også andre konsekvenser og tanker og praksis om kultur og geografi? Hvordan kan dette forskes på?

Omorganisere tjenesten. Reorganisering, kan ikke forske på mindre enn et DPS område. Lage et kontekstuet organisert system (nettverksmodell). En tversgående modell, bryte skiller mellom kommune, Samhandling!

### **Hvordan få bra nok og nok bruker involvering?**

Bedre dokumentasjon og studier av de som greier seg etter psykisk vanske?

Bruker spør bruker, dette kan gi andre svar.

Spørre brukere mer om deres erfaringer.

Systematisk etterspørre og samle inn brukernes opplevelser og meninger. Bruker involvering; Brukere å være med å lage spørreskjema og intervjuer. Lage spørsmål, velge tema. Bruker spør bruker er en veldig god ide! [www.brukererfaring.no](http://www.brukererfaring.no).

Hvordan få brukerinvolvering til å fungere på en best mulig måte? Fokusgrupper med pasienter og personale.

Studere løvetannbarna og voksne. Hva har de gjort?

I hvilken grad kan krenkelser ved tvangsbruk føre til vold senere? Skader ved/ etter tvangsbruk?

Kan man overføre kunnskap/ erfaringer fra dem som har greid seg bra til de som sliter? Kan man lære noe av disse erfaringene? Recoveryforskning!

Godtgjørelse for tapt arbeidsfortjeneste. At deltagelsen er reel. Reel innflytelse. Se på erfaringene til SURE (London).

Samle inn brukervurderinger.

### **Konkrete ideer til prosjekter?**

Evaluere ambulerende virksomhet:

Reduserer det antall tvangsinnleggelses? Reduserer det antall døgn under tvang?

Tvang under innleggelse:

Miljøterapi/ innleggelses (ERM)Forebygge. Bruke pasientens egne forvarsel egne tegn. Egenomsorg. Forebyggende. Dette kan gjennomføres både i sykehus og i kommune. ACT team kan også gjennomføre dette. De holder på med pilotstudie i Buskerud. Statistisk prosesskontroll. Baseline, måle flere ganger etter det. Ved små studier. Gjennombruddprosjektene. Ved småskala intervensjonsstudier. Tvangsmidler og Kriseplaner/ miljøplan, effekt av det: Vil ha reduserende effekt på alle typer tvang. Hvordan få IP til å bli mer brukt, og at pasient kjenner en og er involvert i den. Bruke IP som myndiggjøringsverktøy. Dokumentere bedre at bruk av IP har en reduserende effekt på bruk av tvang og tvangsinnleggelses.

Evaluere nettverksmodell / kontekstuell modell

Mer vennskaps lignende profesjonelle forhold.

### **Økt 2: Forslag til metode og design**

Bryte ned skillet mellom dem og oss. Det er bare oss! Mennesker med erfaring inn i planlegging og gjennomføring av studiene.

Miljøterapi/ reduksjon i bruk av tvang under innleggelse.  
Ambulant team som forebyggende av tvang/ reduksjon av tvang.  
Individuell plan som middel for å redusere bruk av tvang.  
Evaluere en ny organisasjonsmodell/ kontekstuell modell.

Design gjennomføres tre ganger på tre forskjellige poster og så måler han tre forskjellige ganger?

Sammenligne akutteam som er organisert forskjellig?

Kvalitative studier/ pasient opplevelser. Før og etter intervensjonen/ endringen i organisasjonsendringen. Det at brukeren forteller om deres erfaringer ved å for eksempel bli lagt inn/ bli behandle på forskjellige måter. At brukeren er sin egen kontroll. Opplevelsen av innholdet i psykisk helsevern er veldig viktig å etterspørre.

Gode kvalitative studier. Snakke med brukeren!

Design studier slik at REK godtar dem. Bearbeide REK i forhold til å la intervju mennesker med psykisk vanske.

Evaluere ordningen med psykebil.

Hvordan måle om akutteamene virker forebyggende på bruk av tvang?

Registerstudier. Før og etter intervensjon. Mindre tvangsinnleggelse etter organisasjonsendring eller intervensjon.

Hente data fra tvangsmiddel protokollen. Før og etter intervensjon.

Hva er gode outcome?

Tilbakefall (innleggelser)

Reinnleggelser er et godt resultatmål.

SOAS aggresjons skjema

Kvalitative utsagn fra pasienter som er blitt brukt tvang overfor.  
Hva tenker og opplever de?

Opplevd tvang, bruke "Mac Arthur Perceived coercion Scale".

Intervjue etter akuttinnleggelser.

Reise hjem til de som hadde vært innlagt. Spørre hva de tenker kunne vært gjort annerledes.

Registerstudier, se etter endring i antall paragrafer.

Innleggelsesparagrafen.

Liggetid på frivillig innleggelse.

Intervjue pasienten om vedkommende syntes at hun eller han hadde vært innlagt lenge nok, for kort eller for lenge og hva slags oppfølging synes selv at de kjenner etterpå.

### **Livskvalitet**

Arbeid, funksjon, interesser, oppmerksomhet, nettverk.

Mer fokus på andre fokus enn symptomer. Se på recovery forskningen.

Fokusgruppeintervjuer

Brukerforsker/ WSO.

### **Hele tiden være bevisst maktperspektivet!**

Se på critical theory.

Det undertrykkedes teater/ aksjonsforskning.

Rollespill/ teater/ ungdom? Innlagte?

Hvordan forske på krenkelser?

Og å være bevisst maktrelasjoner?

Gjennombruddsprosjekter.

Aksjonsforskning.

**Det ønskes og etterspørs mer kvalitative studier. Mer alternative design, intervjuer, fokusgrupper og aksjonsforskning. Men også randomiserte kontrollerte studier. Begge deler!**

### **Betale en med brukererfaring for å være med i Klekkengruppen!**

Biologiske studier. Serumspeil og blodprøver. Hva vil det si og fungere dårlig.

Evaluere alternative til medisiner,

Kvalitative intervjuer (psykologistudenter)

Samarbeid med universitetene og høyskole, om kvalitative intervjuer som intervjuere. Flere små studier kan utgjøre en stor.

Sammenligne to grupper pasienter som bruke lite og henholdsvis lite og mye medisiner.

Kunnskapssenteret og helsebiblioteket kan kanskje være behjelpelig med å lage oversikt.