

Recoveryfilosofien kan tilpasses sikkerhetspsykiatrien

En recoveryorientert tilnærming vektlegger pasientens autonomi og valgfrihet. Likevel kan recoveryprinsippene implementeres i sikkerhetspsykiatrien samtidig som samfunnsvernet blir ivaretatt.

Cecilie Løfstrand Solhaug

Psykiatrisk sykepleier og prosjektfasilitator
Klinikk sikkerhetspsykiatri, Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen

Marius Johan Vevang

Vernepleier
Klinikk sikkerhetspsykiatri, Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen

Mette Senneseth

Førsteamanuensis
Klinikk sikkerhetspsykiatri, Haukeland universitetssjukehus, Helse Bergen og Fakultet for helse- og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet

Recovery

Sikkerhetspsykiatri

Psykisk helse

Sykepleien 2021 109 (86078) (e-86078)
DOI: 10.4220/Sykepleiens.2021.86078

Hovedbudskap

Recoveryorientert praksis går ut på å gi pasienter støtte i deres personlige bedringsprosesser blant annet ved økt medvirkning i behandlingen. Sikkerhetspsykiatrien har samtidig et oppdrag om samfunnsvern. Denne fagartikkelen beskriver hvordan Klinikk sikkerhetspsykiatri ved Haukeland universitetssjukehus implementerte recovery innenfor sikkerhetspsykiatriske rammer gjennom Recoveryprosjektet.

Behandlingsfilosofien recovery har vokst frem som en foretrukket tilnærming i de psykiske helsetjenestene i Europa, Nord-Amerika og Australia. Den representerer en endring i behandlingsfokus fra en tradisjonell biomedisinsk filosofi til en mer personsentrert tilnærming der pasientens deltakelse og mål blir styrende for behandlingen (1). Recoveryorientert praksis går ut på å gi pasienten støtte i sine personlige bedringsprosesser blant annet ved økt medvirkning i behandlingen (2, 3).

Sikkerhetspsykiatrien (se mer om dette under) har samtidig et oppdrag om samfunnsvern. Kombinasjonen av behandling og samfunnsvern har ført til at miljøpersonalet ved Klinikk sikkerhetspsykiatri ved Haukeland universitetssjukehus har etterspurt en felles tilnærming i arbeidet som kan ivareta begge hensyn. Klinikk sikkerhetspsykiatri satte derfor i gang et forbedringsprosjekt for å finne ut hvordan man kan innføre recovery innenfor sikkerhetspsykiatriske rammer.

Pasientens mål kan ikke overstyre sikkerheten

For sikkerhetspsykiatrisk omsorg kan det være en utfordring å skape et miljø som bidrar til selvstendighet og personlig vekst i en kontekst der pasientene er innlagt på tvang og underlagt strenge sikkerhetstiltak. Vektlegging av pasientenes egne mål, prioriteringer og valg kan noen ganger stå i motsetning til betingelsene og rammene for sikkerhetspsykiatrisk behandling. Dette kan by på utfordringer for en recoveryorientert praksis (4).

«Pasientautonomi kan være forenlig med forsvarlig risikohåndtering.»

Det finnes imidlertid ingen dokumentasjon på at implementering av recoveryorientert praksis går på bekostning av en avdelings sikkerhet. Derimot har man kunnskap om at pasientautonomi kan være forenlig med forsvarlig risikohåndtering, og at gode samarbeidsrutiner kan redusere konfliktnivået og antallet voldsepisoder (5, 6).

Lovhjemler, risikovurdering og risikohåndtering kan imidlertid ikke overstyres av pasientens egne mål, og det vil dermed være snakk om en optimalisering av pasientens medvirkning og valgfrihet innenfor disse rammene (7).

Denne fagartikkelen presenterer hvordan recoveryorientert praksis ble implementert i Klinikk sikkerhetspsykiatri i Helse Bergen. Først vil vi imidlertid kort forklare hva som ligger i begrepene sikkerhetspsykiatri og recovery.

Hva er sikkerhetspsykiatri?

Klinikk sikkerhetspsykiatri er en psykiatrisk spesialklinikk for personer med alvorlig sinnslidelse som har en betydelig risiko for å utøve alvorlig vold. Pasientene kan ha en atferd som er så ressurskrevende at de ikke kan behandles sikkert på et lavere omsorgsnivå. Noen har kompliserende tilleggsproblemer som alvorlig personlighetsforstyrrelse og rusmisbruk.

Klinikken har et ansvar for å ivareta et vern av samfunnet, samtidig som pasientene skal motta en behandling som skal gjøre dem i stand til igjen å bli deltakere i samfunnet.

Hva er recovery?

En vanlig beskrivelse av personlig recovery er at det er en unik og personlig prosess og en måte å leve et deltakende og meningsfullt liv på, til tross for de helseutfordringene og begrensningene som den psykiske lidelsen forårsaker (8). Personlig recovery representerer dermed noe annet enn klinisk recovery, som tradisjonelt handler om å redusere symptomer og komme tilbake til det «normale» igjen (3).

En recoveryorientert tilnærming i psykisk helsevern vil dermed si at man støtter pasienten i hans eller hennes bedringsprosesser (2, 8), og at man ser på pasienten som en sentral ressurs og nødvendig deltaker i behandlingen.

«Recoverytilnærmingen er en internasjonalt anerkjent behandlingsfilosofi, også i sikkerhetspsykiatriske miljøer.»

Recoverytilnærmingen er således i tråd med målsettingen i pakkeforløpet for psykisk helse om økt pasientinvolvering og at forløpet skal tilpasses hver enkelt pasients situasjon, ønsker og behov (9).

Tilnærmingen er også en internasjonalt anerkjent behandlingsfilosofi, også i sikkerhetspsykiatriske miljøer (10).

Den recoveryorienterte tilnærmingen som ble valgt i Klinikk sikkerhetspsykiatri, bygger på et teoretisk rammeverk for personlig recovery som er basert på en systematisk gjennomgang av nærmere hundre studier av pasienters erfaringer med bedring av psykisk lidelse (3).

Dette rammeverket er kjent som CHIME, som er et akronym dannet av de fem sentrale bedringsprosessene som ble funnet i den nevnte gjennomgangen: *connectedness* (tilhørighet og sosial støtte), *hope* (håp og optimisme for fremtiden), *identity* (identitet), *meaning* (meningsfylt liv) og *empowerment* (selvbestemmelse og kontroll i eget liv).

Slik ble recovery implementert

Prosjektgruppen fikk et mandat av klinikkens ledelse til å sette i gang med prosjektet. Prosjektet skulle «definere en faglig forankring i det miljøterapeutiske arbeidet ved sengepostene» og «ta utgangspunkt i en pasientsentrert tilnærming».

Prosjektgruppen besto av en pasient, en erfaringskonsulent, miljøpersonale (heriblant C.S. og M.V.), en psykolog, en overlege, seksjonsledere, klinikkdirektøren og en forsker (M.S.) fra regionens kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri (SIFER Vest).

Prosjektgruppen ville finne ut hvordan sikkerhetsavdelingene kunne implementere en recoveryorientert praksis, og startet dermed Recoveryprosjektet.

Gruppen hadde ikke kjennskap til om andre sikkerhetsavdelinger i Norge hadde implementert en recoverytilnærming tidligere. Prosjektgruppen søkte derfor inspirasjon fra sikkerhetspsykiatriske fagmiljøer i Australia (1) og Storbritannia (7). Inspirasjonen dannet grunnlaget for hvordan vi kunne tolke recovery inn i en sikkerhetspsykiatrisk kontekst.

«Hele klinikken var med på å utarbeide tiltakene som skulle implementeres, også pasientene.»

Prosjektgruppen fulgte stegene i kvalitetsforbedringsmodellen til Kunnskapssenteret (13). Modellen består av fem trinn: forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp. Imidlertid var det ikke en enkelt prosedyre som skulle implementeres. Det var en ny tilnærming som ville ha betydning for mange personer og en hel kultur.

For å få til en vellykket implementering ble det dermed også sett til relevant implementeringsforskning (11, 12), som i stor grad overlapper med kvalitetsforbedringsmodellen. Implementeringen har fulgt stegene identifisering av problem og initiering av policyprosessen, forberedelse, beslutning, implementering og evaluering (11).

I tråd med anbefalinger fra implementeringsforskning (12) ble to representanter fra miljøpersonalet ved sengepostene (C.S. og M.V.) ansatt som fasilitatorer i 20 prosent stilling ved SIFER Vest. Disse bidro spesielt i implementeringen av tiltakene.

Hele klinikken var med på å utarbeide tiltakene som skulle implementeres, også pasientene. Dette ble gjort for at de nye tiltakene skulle forankres i alle ledd, fra pasient til klinikkdirektør, i tråd med en såkalt *bottom-up*-modell.

En egen studie har evaluert implementeringen

En evalueringsstudie i regi av SIFER Vest (Cristin-prosjekt-ID: 2496437) har undersøkt hvilken innvirkning implementering av recoveryorientert praksis har på pasientenes vurdering av behandlingen og pleiernes vurdering av sitt arbeid ved Klinikk sikkerhetspsykiatri. Både pasienter og ansatte har svart på spørreskjemaer med seks måneders mellomrom, fra før implementeringen startet og to år frem (juni 2018–juni 2020).

Det er undersøkt grad av pasienters opplevde støtte i bedringsprosessen, pasienttilfredshet, pasienters og ansattes vurdering av brukermedvirkning i institusjonen og sosialt klima på postene samt holdninger til recovery og jobbengasjement hos personalet.

Første datainnsamling handlet om å få frem utgangspunktet, altså pasientenes og de ansattes vurderinger av de ulike områdene før implementeringen startet. De tre andre måletidspunktene skulle avdekke om og i tilfelle hvordan vurderingene endret seg over tid, parallelt med implementeringen av de ulike nye recoveryorienterte tiltakene.

Innspill formet implementeringsprosessen

Første steg i implementeringsprosessen var å arrangere arbeidsseminarer for personalet og pasientene. For personalet ble det arrangert heldagsseminarer, hvor hele gruppen fikk undervisning i det teoretiske rammeverket for personlig recovery (CHIME). De fikk også foredrag om opplevde bedringsprosesser fra erfaringskonsulenter som var ansatt i Helse Bergen.

I tillegg ble det gjennomført gruppearbeid, der personalet skulle komme med forslag til mulige endringer i pasientarbeid, struktur og hverdag i klinikken for å kunne arbeide mer recoveryorientert. Resultatene fra personal- og pasientundersøkelsen på første måletidspunkt ble presentert, og disse avdekket områder som måtte styrkes, som blant annet pasientmedvirkning og pasientsamhørighet. Dette dannet også grunnlaget for de nye tiltakene.

For pasientene ble det arrangert arbeidsseminarer avdelingsvis, hvor de fikk undervisning og mulighet til å komme med forslag til hva som kunne gi dem en mer recoveryorientert behandling. Vi inviterte også en inneliggende pasient fra klinikken med i arbeidsgruppen som pasientrepresentant og bindeledd mellom pasientene og personalet.

Tiltak må tilpasses organisasjonen

En strategi for å utarbeide effektive tiltak er å skreddersy tiltakene til den aktuelle organisasjonen (11). Forslagene fra ansatte og pasienter dannet derfor grunnlag for prosjektgruppens arbeid med å prioritere og utvikle tiltak som skulle implementeres først. Dette arbeidet resulterte i følgende skreddersydde tiltak:

Faglig plattform og nytt verdigrunnlag

Den faglige plattformen som beskriver klinikkens oppgaver, arbeid og fagområde, ble oppdatert og revidert i tråd med behandlingsfilosofien recovery. Her ble et nytt recoveryorientert verdigrunnlag utviklet og integrert.

Ifølge Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid(15) er recoveryorienterte verdier mer effektive for pasientenes opplevde bedring enn store, strukturelle endringer i tjenestene. De viser til en studie gjennomført av Williams og kolleger (16).

Det nye verdigrunnlaget som ble integrert i den faglige plattformen, gjenspeiler derfor recoveryorienterte verdier, og skal samtidig sikre det faglige og etiske arbeidet i virksomheten.

Informasjon

Både pasientene og personalet etterlyste bedre informasjon. Ved innleggelse får nå alle pasienter en informasjonsbrosjyre som beskriver klinikken og mulighetene der, og som inneholder kontaktinformasjon og informasjon om klagemuligheter på behandlingen.

Pasientene fikk også en personlig mappe med oversikt over egne ukeplaner og møterefertat til å oppbevare på rommet sitt. Den personlige mappen følger dem gjennom hele behandlingsforløpet i klinikken.

Pasientmedvirkning

For å sikre at pasientene ble involvert i sin egen behandling, ble primærgruppens arbeidsinstruks oppdatert. Primærgruppen er en tverrfaglig behandlingsgruppe bestående av pasient, miljøterapeuter, lege, psykolog, sosionom og ergoterapeut.

Instruksen stiller høyere krav til helsepersonell om å invitere pasienten inn i behandlingen og primærgruppemøtene. Instruksene skulle legge til rette for at pasienten skulle være involvert i egen behandling.

«I tidligere rapportmaler var det somatiske mer i fokus, mens de nye vektlegger pasientens ressurser i større grad.»

Ukentlige dialogmøter mellom pasientene og ledelsen ble innført som en arena for pasientmedvirkning i hverdagen på avdelingene, og for å sikre bedre kommunikasjon.

Søkelys på bedringsprosesser

For å ha søkelys på bedringsprosesser og observasjoner som er relevante for behandlingen, ble det utformet nye rapportmaler som er tilgjengelige i journalsystemet. I tidligere rapportmaler var det somatiske mer i fokus, mens de nye vektlegger pasientens ressurser i større grad.

Pasient- og recoveryperspektivet har dermed fått større oppmerksomhet. Det ble også opprettet en egen stilling for en erfaringskonsulent tilknyttet klinikken for å fremme håp om bedring, dele erfaringer og være en brobygger mellom pasientene og avdelingene.

Samtalegrupper

Pasientene uttrykte et behov for og ønske om å bedre samhørigheten pasientene imellom. De ønsket seg en arena hvor de kunne være sammen og ha «normale samtaler» uten at personalet var til stede. Bakgrunnen var at de ønsket å være friere, og at ikke alt skulle bli journalført.

Dette kunne ikke innfris som tiltak i avdelingene på grunn av sikkerhetshensyn, men med bakgrunn i dette ønsket ble det etablert ukentlige samtalegrupper for pasientene. Samtalegruppene ble en arena hvor pasientene kunne møtes på tvers av postene, og hvor aktuelle tema ble tatt opp, men med personale til stede.

Personalet som er til stede, har ansvaret for samtalegruppene og har meldt seg spesielt til denne oppgaven. Det blir avtalt en taushetsplikt blant pasientene, og ingenting fra disse samtalene blir journalført. Pasientene kan utforske problemstillinger de står overfor, og dele positive erfaringer som har hjulpet dem i ulike situasjoner.

Ulike tema for samtalegruppene har for eksempel vært «Vennskap og samhold», «Intimitet og ensomhet», «Høytid og familie», «Rus» og «Tiden før utskrivelse».

Erfaringer underveis

Flere ønsket å arbeide recoveryorientert

Under implementeringsprosessen gjorde vi oss noen positive erfaringer, samtidig som vi fikk noen utfordringer. Vi hadde positiv erfaring med at alle arbeidet i samme retning og hadde en felles forståelse og et felles mål om implementering av recoveryorientert praksis i klinikken.

Spesielt prosjektgruppen, med dedikerte medlemmer fra alle nivåer i organisasjonen – klinikkdirektør, pasient, seksjonsledere, miljøpersonale og behandlere – var en suksess. Det var også involveringen av alle ansatte i undervisning og arbeidsseminarer.

«Økt brukerinvolvering utgjorde ikke noen risiko for sikkerheten på avdelingene.»

I evalueringsstudien kom det frem at før prosjektstart hadde så mange som 48 prosent av personalet ikke noe kunnskap om recovery. Kun 20 prosent hadde en del kunnskap om recovery. Et år senere var det ingen som ikke hadde noe kunnskap om recovery, mens 68,3 prosent hadde en del eller mye kunnskap om recovery.

Videre svarte flere at de ønsket å arbeide recoveryorientert i større grad etter implementeringen, og at de også i større grad gjorde det. Resultatene antydte også at personalet mente at pasientene hadde fått utvidet medvirkning, at de i større grad ble oppfordret til å delta i egen behandling, og at ledelsen var blitt sterkere pådrivere for pasientinvolvering (17). Pasientenes svar var i tråd med dette.

Opplevd trygghet på avdelingene endret seg ikke over tid, verken for pasienter eller ansatte. Dette kan tyde på at økt brukerinvolvering ikke utgjorde noen risiko for sikkerheten på avdelingene. Dette er i tråd med forskning som viser at pasientsentrert behandling sammenfaller med en reduksjon i antallet volds- og aggresjonsepisoder på sikkerhetsavdelinger (5).

Ledelse er avgjørende

Ulike barrierer mot implementering av recoveryorientert behandlingsfilosofi på sykehusavdelinger er dokumentert. Det kan være motstand mot forandringen fra den tradisjonelle tilnærmingen, negative holdninger til recovery eller fravær av pasientinvolvering (18). En felles forståelse er derfor vesentlig. For å utvikle en endringskultur må det være støtte i alle ledd i organisasjonen, det må brukes mange ulike metoder, og implementeringen må skje over lang tid (18).

Over en tolv månedersperiode var det ved klinikken en del utskiftning blant ledelsen, behandlere og pasienter. Dette gjorde den videre implementeringsprosessen sårbar. Det var en utfordring at nye pasienter, ansatte og behandlere ikke hadde fått ta del i *bottom-up*-prosessen.

Det ble derfor viktig, men samtidig utfordrende, å sikre god nok kontinuitet, informasjon og undervisning til nye ansatte og nye pasienter. I tråd med tidligere forskning er erfaringen vår at ledelse er avgjørende for implementering, vedlikehold og videreutvikling av arbeidet (1, 14, 18).

Gjennom muntlige tilbakemeldinger uttrykte personalet et behov for et forum med mulighet for diskusjon og refleksjon over hva som menes med å arbeide recoveryorientert i sikkerhetsavdelinger. Dette er fortsatt et punkt for videreutvikling.

Pasientenes muntlige tilbakemeldinger går ut på at de mener at de er mer inkludert, at de har fått en bedre forståelse av hva som ligger til grunn for enkelte restriksjoner, og at samtalegruppene har vært et viktig tiltak for dem.

Også sikkerhetspsykiatrien kan preges av recovery

Denne fagartikkelen beskriver hvordan recoveryorientert praksis ble implementert i to sikkerhetsavdelinger i Norge. Implementeringen var basert på systematisk innhentede innspill fra både personale og pasienter.

Implementeringen førte til økt kunnskap om recovery blant personalet, som også ga uttrykk for at de ønsket å arbeide mer recoveryorientert. Den svarte også ut behov som ble presentert av pasientene, nemlig ønsker om større grad av medvirkning og økt pasientsamhørighet.

Både helsemyndigheter og fagmiljøer ønsker at recoveryorientert tilnærming skal prege psykisk helsevern fremover. Ved å implementere denne tilnærmingen i sikkerhetspsykiatrien sørger vi for at recoveryprinsippene også kommer denne pasientgruppen til gode, samtidig som samfunnsvernet blir ivaretatt.

Referanser

1. McKenna B, Furness T, Dhital D, Park M, Connally F. The transformation from custodial to recovery-oriented care: a paradigm shift that needed to happen. *J Forensic Nurs.* 2014;10(4):226–33.
2. Helsedirektoratet. Sammen om mestring: veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
3. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry.* 2011;199(6):445–52.
4. Shepherd A, Doyle M, Sanders C, Shaw J. Personal recovery within forensic settings. Systematic review and meta-synthesis of qualitative methods studies. *Crim Behav Ment Health.* 2016;26(1):59–75.
5. Urheim R, Palmstierna T, Rypdal K, Gjestad R, Senneseth M, Mykletun A. Violence rate dropped during a shift to individualized patient-oriented care in a high security forensic psychiatric ward. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):200.
6. Olsson H, Schon UK. Reducing violence in forensic care – how does it resemble the domains of a recovery-oriented care? *J Ment Health.* 2016;25(6):506–11.
7. Drennan G, Alred D. *Secure recovery.* London: Routledge; 2012.
8. Anthony W. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J.* 1993;16(4):11–23.

9. Helsedirektoratet. Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne. Oslo: Helsedirektoratet; 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne> (nedlastet 29.06.2021).
10. Simpson A, Penney S. Recovery and forensic care: recent advances and future directions. *Crim Behav Ment Heal.* 2018;28(5):383–9.
11. Flottorp S, Aakhus E. Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis. *Norsk Epidemiologi.* 2013;23(2).
12. Harvey G, Kitson A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implement Sci.* 2015;11(1):1–13.
13. Kongsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Norheim G, et al. Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2015.
14. Moore L, Britten N, Lydahl D, Naldemirci Ö, Elam M, Wolf A. Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scand J Caring Sci.* 2017;31(4):662–73.
15. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Hvordan lykkes med å implementere recoverypraksiser? NAPHA; 2017. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/content/21688/Hvordan-lykkes-med-a-implementere-recoverypraksiser> (nedlastet 25.05.2021).

16. Williams VC, Deane FP, Oades LG, Crowe TP, Ciarrochi J, Andresen R. Enhancing recovery orientation within mental health services: expanding the utility of values. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. 2016;11(1):23-32.

17. Hauso G, Alsaker K, Senneseth M. Service user involvement in a secure setting before and after the implementation of recovery-oriented practice: a quasi-experimental study. *J Adv Nurse*. 2021. DOI: [10.1111/jan.14841](https://doi.org/10.1111/jan.14841)

18. Lorien L, Blunden S, Madsen W. Implementation of recovery-oriented practice in hospital-based mental health services: a systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2020;29:1035-48.