

## FAGUTVIKLING

# Psykisk helsevern: Åpen dør-policy er mer enn en ulåst dør

**Helsepersonell i psykisk helsevern opplever at kommunikasjonen med pasientene blir bedre og mer ærlig med en åpen dør-policy.**

### Anne-Marthe Indregard

Sykepleier og postdoktor

Senter for psykisk helse og rus, Lovisenberg diakonale sykehus

### Kristin Vegerstøl

Spesialsykepleier og avdelingsleder

CRUX Bergfløtt behandlingssenter

### Hans Martin Nussle

Spesialrådgiver

Lovisenberg diakonale sykehus

### Grete Meisingset Lund

Sykepleier og avdelingsleder

Senter for psykisk helse og rus, Lovisenberg diakonale sykehus

### Nikolaj Kunøe

Psykologspesialist og forsker

Senter for psykisk helse og rus, Lovisenberg diakonale sykehus

### Arbeidsmiljø

### Psykisk helse

### Tvang

### Brukermedvirkning

Sykepleien 2022;110(89585):e-89585

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2022.89585](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.89585)

## Hovedbudskap

Inspirasjonen til åpen dør-policy er hentet fra arbeid på sykehus i Sveits og Tyskland. Som navnet antyder, innebærer det at pasienter som er innlagt i psykisk helsevern, ikke møter låste utgangsdører. Men det handler om mye mer enn det – det handler om tillit, selvbestemmelse og personlig frihet. Hvis man skal oppnå det, er det ikke tilstrekkelig kun å låse opp dører.

Ved å innføre en *åpen dør-policy* (1, 2) må helsetjenesten jobbe for en organisering som bidrar til å inkludere pasienten i sitt eget behandlingsløp gjennom åpen dialog og økt brukermedvirkning.

Målet er å motivere pasientene til å ta imot behandling uten bruk av tvang. Mennesker med akutt psykisk lidelse må ivaretas på en så god måte at man samtidig kan bevare bevegelsesfriheten deres.

Tidligere forskning på åpen dør-policy viser at ulåste dører fører til en reduksjon i bruk av tvangsmidler (3–7). Det kan ha sammenheng med at pasientenes opplevelse av frihet skaper et lavere spenningsnivå på posten og færre eskalerende situasjoner (8).

Videre har forskning vist at pasienter som er innlagt på poster med åpen dør-policy, opplever en mer positiv postatmosfære, bedre pasientsamhold, høyere grad av trygghet og terapeutisk støtte (8, 9).

### ***Ulåste dører kan endre opplevelsen av sikkerhet***

Åpen dør-policy skal øke graden av tillit, selvbestemmelse og personlig frihet. Samtidig er det en viktig målsetting at ulåste utgangsdører ikke fører til flere alvorlige hendelser som rømninger, selvmord og vold mot personalet.

For å ivareta en forsvarlig helsetjeneste kreves det at helsepersonell gjennomfører kontinuerlige vurderinger av pasientenes tilstand og utgangsstatus og iverksetter tiltak overfor enkeltpasienter når det er behov for økt sikkerhet.

Forskning som har undersøkt alvorlige hendelser i forbindelse med åpen dør-policy, finner en reduksjon i selvmordsforsøk, selvmord, rømninger og vold mot personalet (1, 5).

Da låste dører er det vanlige innen akutt psykisk helsevern, kan ulåste dører muligens endre en sentral opplevelse av sikkerhet innad i institusjonen. Vi ønsket derfor å intervju helsepersonell om deres erfaringer. Dette er kunnskap som har verdi for andre som ønsker å innføre åpen dør-policy i fremtiden.

## Metode

Studien er godkjent av personvernombudet på Lovisenberg diakonale sykehus. Deltakerne mottok informasjonsskriv om studien, og vi innhentet skriftlig samtykke. Vi gjorde lydopptak ved å bruke diktafonappen til Nettskjema, Universitetet i Oslo (10).

Dataene ble analysert i henhold til Malteruds modell for systematisk tekstkondensering (11) etter følgende fire trinn: helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og syntese.

Tabell 1 viser et utdrag av analyseprosessen. I det første trinnet dannet vi et helhetsinntrykk ved at transkripsjonen ble lest igjennom samtidig som foreløpige temaer ble skrevet ned.

I det andre trinnet hentet vi ut meningsbærende sitater og sorterte dem etter de foreløpige temaene som var identifisert. Meningsbærende enheter ble så kodet og klassifisert.

I det tredje trinnet ble materialet redusert (kondensert) til de hovedgruppene av meningsbærende enheter som pekte seg ut. I analysens siste trinn beskrev vi hovedtemaene i en sammenfatning (resultatdel).

**Tabell 1.** Utdrag fra analyseprosessen

Meningsbærende enhet	Kode	Kondensering – fra kode til mening
<i>«Jeg kan merke at noen pasienter kan slappe litt mer av. Pasientene får en sjanse til å vise at de vil samarbeide. De vet at døra er åpen, og de velger å bli. Det er en ny måte for dem å vise at de vil samarbeide på.»</i>	Mer avslappet stemning Sjansetil å samarbeide	Økt tillit og ansvar til pasienten
<i>«Legg vekt på samarbeid og vis tillit. Da får du det tilbake.»</i>	Samarbeid og tillit	
<i>«Pasienter har sagt at det føles fint, og det er bra. En pasient sa at da har vi mer ansvar selv. Det reduserer pasientens opplevelse av tvang i møte med behandlingsapparatet.»</i>	Mer ansvar til pasienten Reduserer opplevelse av tvang	
<i>«Vær åpen og ærlig med pasientene. La dem ta litt styring på sin egen behandling. Ikke snakk om pasienten, men med pasienten.»</i>	Åpen og ærlig kommunikasjon Styre egen behandling Brukermedvirkning	
<i>«Vær ærlig med pasientene. Det er det jeg føler at jeg har kommet lengst med. Si det klart og tydelig – ‘disse forventningene har jeg til deg, og du har sikkert noen forventninger til meg. Og dersom du vil gå ut, så bare kom til meg’. Det er vanlig å si fra hvor man går.»</i>	Ærlig kommunikasjon Forventninger	

## Resultater

### ***Alle informantene var ambivalente i starten***

Samtlige informanter fortalte om ambivalente følelser i planleggings- og oppstartsfasen. På den ene siden var det en positiv innstilling blant personalet og en opplevelse av å være med på en viktig endring i psykisk helsevern.

Informantene brukte beskrivelser som «et skritt i riktig retning», «dette er fremtiden» og «et paradigmeskifte». Men de fortalte også om usikkerhet og en følelse av å miste kontrollen når døren skulle være ulåst:

«På den positive siden tenkte jeg at det var ganske sprekt. Jeg ble stolt av arbeidsplassen min, som prøver noe nytt. Men selvfølgelig, i likhet med mange av mine kollegaer tenkte jeg at det var litt skummelt også.»

### **«Ville det føre til flere rømninger, farlige situasjoner og mer rus inne på posten?»**

Usikkerheten de beskrev, var i stor grad knyttet til hvordan pasientene ville forholde seg til en ulåst dør. Ville det føre til flere rømninger, farlige situasjoner og mer rus inne på posten?

### ***Overgangen til åpen dør-policy ble udramatisk***

Informantene fortalte at overgangen til ulåst dør ble håndtert med en dørvakt i starten, men at de raskt erfarte at det ikke var nødvendig: «Folk var veldig interessert i å se den døra hele tiden! Det var så uvant. Folk var redd for at noen skulle stikke av, og for at man ikke hadde den kontrollen som man vanligvis har.»

Samtlige informanter fortalte at usikkerheten gikk over da de erfarte at de alvorlige situasjonene de fryktet, ikke skjedde. Alt i alt beskrives overgangen til åpen dør-policy som udramatisk. Ulåst utgangsdør ble raskt en naturlig del av den daglige driften:

«Jeg synes det er mindre dramatisk enn jeg fryktet før vi i satt i gang. Det har ikke hatt så store konsekvenser som jeg hadde forestilt meg. Jeg har ikke vært i mange situasjoner hvor jeg har vært bekymret. Det har på en måte vært en stille overgang.»

### ***Det er ikke nødvendig med mye kontroll***

Samtlige informanter forteller at innføringen av åpen dør-policy krever at helsepersonell må vurdere hver enkelt pasient og risikoen for alvorlige hendelser dersom pasienten forlater avdelingen.

Disse vurderingene har ført til at man tenker litt nytt rundt hva som kan skje dersom pasienten forlater sykehuset: «Man får et helt annet fokus. Har denne pasienten voldsrisiko, er det fare for suicidalitet her, hva er faren dersom denne pasienten stikker? Gjør det egentlig noe om pasienten stikker av?»

En annen informant fortalte at hen ser på bruk av kontroll i akutt psykisk helsevern på en annen måte etter at åpen dør-policy ble innført:

«Vi bruker jo veldig mye kontroll, og det har jeg skjønt etter at vi har lukket opp dørene. Vi trenger ikke å bruke så mye kontroll for å få til den behandlingen vi skal tilby. Nå driver vi i mindre grad kontroll sammenliknet med før.»

### ***De ansatte må ha tillit til at avtalene overholdes***

Informantene beskrev at en ulåst dør gir mer ansvar til pasienten, og de ansatte må ha tillit til at avtaler som inngås, overholdes. Flere av informantene la vekt på at samtaler med pasientene har blitt mer åpne og ærlige, og forventninger blir tydeligere kommunisert:

«Vær ærlig med pasientene. Det er det jeg føler at jeg har kommet lengst med. Si det klart og tydelig: 'Disse forventningene har jeg til deg, og du har sikkert noen forventninger til meg. Og dersom du vil gå ut, så bare kom til meg'.»

### **«Økt tillit og ansvar legger grunnlaget for brukermedvirkning og samarbeid.»**

Flertallet av informantene pekte på at økt tillit og ansvar legger grunnlaget for brukermedvirkning og samarbeid:

«Jeg kan merke at noen pasienter kan slappe litt mer av. Pasientene får en sjanse til å vise at de vil samarbeide. De vet at døra er åpen, og de velger å bli. Det er en ny måte for dem å vise at de vil samarbeide på.»

Flere informanter har erfart at å gi mer tillit og ansvar til pasienten får positive ringvirkninger for relasjonen mellom personalet og pasientene:

«Det føles som vi likestilles litt mer. Vi er bare to mennesker. Jeg er i den rollen, og du er i den rollen. Sånn har jeg alltid hatt lyst til å jobbe. At vi er mer på lik linje. Ikke vær så redd for å prøve det, men kommuniserer åpent, ærlig og transparent. Det er mitt råd.»

«Legg vekt på samarbeid og vis tillit. Da får du det tilbake.»

## ***Ansattes involvering er viktig for fagutvikling***

Samtlige informanter fortalte at det var viktig med god forberedelsestid hvor de fikk anledning til å diskutere ulike problemstillinger. En informant beskrev det slik:

«Det er viktig at man har en forberedelsesfase som innebærer en fagutvikling som gjør at personalet føler at de er en del av prosjektet, og ikke føler at det er noe som blir tredd over dem. Det er viktig med en forankring for hele posten.»

I samtalene ble det lagt vekt på at det ikke var ledelsen som skulle finne svarene på problemstillingene, men de ansatte gjennom workshops og seminarer: «Det var positivt at vi på avdelingen fikk ta så stor del i det, at ikke alt ble styrt fra øverste hold. Vi fikk lov til å være med å utforme det hele, og det var veldig fint.»

## **Diskusjon**

### ***De ansattes følelser må anerkjennes***

Et viktig funn i studien var ansattes beskrivelser av ambivalente følelser i planleggings- og oppstartsfasen. Informantene beskrev en positiv innstilling til å innføre åpen dør-policy. Samtidig fortalte de om usikkerhet og en følelse av å miste kontrollen når døra skulle være ulåst.

En rekke studier bekrefter at endringsprosesser vekker både positive og negative følelser blant ansatte (12, 16). Det er viktig å fremme psykologisk trygghet på arbeidsplassen for at ansatte skal føle seg ivaretatt og i stand til å endre praksis (14).

En viktig del av planleggingsfasen høsten 2020 var gjennomføring av tverrfaglige workshops og arbeidsgrupper. Her ble ulike problemstillinger knyttet til åpen dør-policy diskutert, og det var rom for å ta opp eventuelle motforestillinger og bekymringer.

Da bekymringer ble diskutert i fellesskap, ble det tydeligere hvilke forberedelser det var viktig å prioritere. En nylig litteraturstudie (15) støtter en tilnærming som anerkjenner ansattes følelser i forbindelse med endringer på jobben. Den peker på at en slik tilnærming legger til rette for bedre læringsprosesser.

### ***Tverrfaglig refleksjon er nødvendig***

Et sentralt spørsmål i planleggings- og innføringsfasen var knyttet til å ivareta sikkerheten. En ulåst dør krever at hver pasients tilstand og utgangstatus kontinuerlig blir vurdert. Ulike tiltak iverksettes ovenfor enkeltpasienter for å kunne ivareta sikkerheten.

Behovet for å gjøre kontinuerlige vurderinger førte til at hver post i fellesskap måtte se nærmere på hvordan arbeidshverdagen var organisert. I intervjuene kom det frem at høy grad av ansattinvolvering og tverrfaglige refleksjoner var viktig for å finne gode løsninger i planleggingsfasen.

## **«En ulåst dør krever at hver pasients tilstand og utgangstatus kontinuerlig blir vurdert.»**

Arbeidsteam som i fellesskap har evne til å reflektere åpent over måten de arbeider på, har et bedre utgangspunkt for læring og problemløsning. Det øker også kvaliteten på beslutninger (16–18).

I planleggingsfasen ble det satt av tid til refleksjon, men i en hektisk hverdag erfarer mange at refleksjon og korte debriker faller bort. Det er derfor anbefalt å prioritere korte økter med felles refleksjon for å ivareta holdninger og samstemtheten mellom ansatte i en post.

### ***Det er behov for mer kunnskap om pasienterfaringer***

Selv om intervjuene i denne studien vektla helsepersonells erfaringer, ble pasientperspektivet tydelig løftet frem. Basert på helsepersonells erfaringer kan det tyde på at åpen dør-policy har ført til en mer åpen og ærlig kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell.

Det funnet er i tråd med studien til Efke mann og kollegaer (8), hvor sykepleiere og psykiatere fortalte at åpen dør-policy bidrar til større grad av gjensidig respekt og åpen kommunikasjon.

Pasienter som er innlagt på poster med åpen dør-policy, forteller selv at de opplever en mer positiv postatmosfære, bedre pasientsamhold, høyere grad av trygghet og terapeutisk støtte (8, 9).

For å gjøre en helhetlig vurdering av hvordan pasientene opplever åpen dør-policy, vil det for fremtidige studier være viktig å innhente pasientenes erfaringer.

## **Konklusjon**

I all hovedsak har innføringen av åpen dør-policy vært en positiv erfaring for helsepersonell. Tverrfaglige refleksjoner, høy grad av ansattinvolvering og muligheter til å ta opp motforestillinger vektlegges som særlig viktig for en vellykket innføring.

Helsepersonell erfarer at åpen dør-policy har en positiv effekt på den terapeutiske relasjonen mellom helsepersonell og pasienter, men det er behov for mer forskning på pasientenes erfaringer for å kunne gi en helhetlig evaluering.

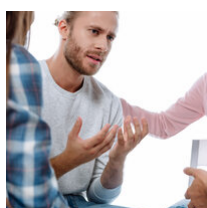
*Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter.*

## **Referanser**

1. Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, von Felten S, Walter M, et al. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15-year, observational study. *The Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):842–9. DOI: [10.1016/S2215-0366\(16\)30168-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30168-7)
2. Steinert T, Schreiber L, Metzger FG, Hirsch S. Offene türen in psychiatrischen kliniken. *Der Nervenarzt*. 2019;90(7):680–9.
3. Kowalinski E, Hochstrasser L, Schneeberger AR, Borgwardt S, Lang UE, Huber CG. Six years of open-door policy at the University Psychiatric Hospital Basel. *Der Nervenarzt*. 2019;90(7):705–8. DOI: [10.1007/s00115-019-0733-3](https://doi.org/10.1007/s00115-019-0733-3)
4. Schneeberger AR, Huber CG, Lang UE. Open wards in psychiatric clinics and compulsory psychiatric admissions. *JAMA psychiatry*. 2016;73(12):1293. DOI: [10.1001/jamapsychiatry.2016.1738](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1738)
5. Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, Schröder K, von Felten S, Zinkler M, et al. Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15-year naturalistic observational study. *Journal of Psychiatric Research*. 2017;95:189–95. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2017.08.017](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.017)
6. Hochstrasser L, Fröhlich D, Schneeberger A, Borgwardt S, Lang U, Stieglitz R-D, et al. Long-term reduction of seclusion and forced medication on a hospital-wide level: implementation of an open-door policy over 6 years. *European Psychiatry*. 2018;48(1):51–7. DOI: [10.1016/j.eurpsy.2017.09.008](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.09.008)
7. Cibis M-L, Wackerhagen C, Müller S, Lang UE, Schmidt Y, Heinz A. Comparison of aggressive behavior, compulsory medication and absconding behavior between open- and closed-door policy in an acute psychiatric ward. *Psychiatrische Praxis*. 2016;44(3):141–7. DOI: [10.1055/s-0042-105181](https://doi.org/10.1055/s-0042-105181)
8. Efkemann SA, Bernard J, Kalagi J, Otte I, Ueberberg B, Assion H-J, et al. Ward atmosphere and patient satisfaction in psychiatric hospitals with different ward settings and door policies. Results from a mixed methods study. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10(576). DOI: [10.3389/fpsy.2019.00576](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00576)
9. Lo SB, Gaupp R, Huber C, Schneeberger A, Garic G, Voulgaris A, et al. Influence of an «open door policy» on ward climate: impact on treatment quality. *Psychiatrische Praxis*. 2018;45(3):133–9.
10. Universitetet i Oslo (UiO). Nettskjema 2021. Oslo: UiO; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/> (nedlastet 01.02.2021).

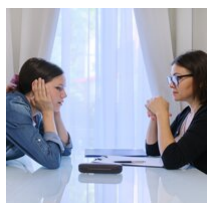


11. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
12. Klärner P, By RT, Diefenbach T. Employee emotions during organizational change – towards a new research agenda. Scandinavian Journal of Management. 2011;27(3):332–40.
13. Liu Y, Perrewe PL. Another look at the role of emotion in the organizational change: a process model. Human Resource Management Review. 2005;15(4):263–80.
14. Svibovich A. Understanding positive organizational change through social construct of psychological safety: an intrapersonal level perspective. Economic and Social Development: Book of Proceedings. 2020:326–38.
15. Hökkä P, Vähäsantanen K, Paloniemi S. Emotions in learning at work: a literature review. Vocations and Learning. 2020;13(1):1–25. DOI: [10.1007/s12186-019-09226-z](https://doi.org/10.1007/s12186-019-09226-z)
16. Yang M, Schloemer H, Zhu Z, Lin Y, Chen W, Dong N. Why and when team reflexivity contributes to team performance: a moderated mediation model. Frontiers in Psychology. 2020;10:3044. DOI: [10.3389/fpsyg.2019.03044](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.03044)
17. Konradt U, Otte K-P, Schippers MC, Steenfatt C. Reflexivity in teams: a review and new perspectives. The Journal of Psychology. 2016;150(2):153–74. DOI: [10.1080/00223980.2015.1050977](https://doi.org/10.1080/00223980.2015.1050977)
18. Lines RLJ, Pietsch S, Crane M, Ntoumanis N, Temby P, Graham S, et al. The effectiveness of team reflexivity interventions: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Sport, Exercise, and Performance Psychology. 2021;10(3):438–73. DOI: [10.1037/spy0000251](https://doi.org/10.1037/spy0000251)



**LES OGSÅ**

**Psykisk helsevern: Faste møter mellom pasienter og leder gir bedre samspill**



**LES OGSÅ**

**Bruker spør bruker om opplevelser med tvangsvedtak i psykisk helsevern**

---



**LES OGSÅ**

**En miljøterapeut i psykisk helsevern er alltid på vakt og i beredskap**

---



**LES OGSÅ**

**Masterkompetanse for sykepleiere er viktig og nødvendig i psykisk helsearbeid**

---



**ÅPEN DØR:** Helsetjenesten bør organiseres slik at pasientene inkluderes i sitt eget behandlingsløp. Økt brukermedvirkning og åpen dialog kan motivere dem til å ta imot behandling uten tvang. *Illustrasjonsfoto: Mostphotos*