

«Fra tvang til dialog» – en kvalitativ casestudie om ny praksis i en psykiatrisk sikkerhetsavdeling

 psykologisk.no/sp/2018/12/e12

I denne casestudien undersøkte vi hvordan en pasient og et behandlingsteam ved en psykiatrisk sikkerhetsavdeling opplevde en praksis som i mindre grad vektla kontroll og tvangstiltak og i større grad vektla samhandling og dialog, skriver Ritva Kyrrø Jacobsen og Bengt Eirik Karlsson.

TEKST: Ritva Kyrrø Jacobsen og Bengt Eirik Karlsson

Sikkerhetspsykiatri er et fagfelt som forholder seg til personer som er voldelige, har en alvorlig sinnslidelse og/eller har begått seksuelle overgrep, og som kan være til fare for seg selv og/eller andre (Sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri: nasjonalt kompetansesenternettverk (SIFER), 2018).

Det er etablert egne sikkerhetsavdelinger i Norge for å kunne gi behandling til disse personene. Sikkerhetsavdelingene er inndelt i regionale og lokale sikkerhetsavdelinger (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Regionale sikkerhetsavdelinger behandler pasienter som krever mer ressurser enn generelle psykiatriske avdelinger, forsterkede langtidsavdelinger eller lokale sikkerhetsavdelinger kan tilby (Oslo universitetssykehus, 2018). Nødvendige sikkerhetstiltak avgjør på hvilket nivå pasienten tilbys behandling. Pasienter på en lokal sikkerhetsavdeling er enten dømt til tvungent psykisk helsevern for å verne samfunnet eller innlagt på grunn av forhøyet risiko for voldsutøvelse. I Norge er sikkerhetspsykiatrien en integrert tjeneste innenfor det psykiske helsevernet (Oslo universitetssykehus, 2015). De fleste pasienter innlagt på en sikkerhetsavdeling har ofte en utfordrende og lang behandlingstid før utskrivelse og tilbakeføring til samfunnet vurderes som forsvarlig.

Avdelingen som beskrives i denne artikkelen, er en lokal sikkerhetsavdeling. I tråd med gjeldende føringer (Sosial- og helsedepartementet, 1997) har faget sikkerhetspsykiatri vært viktig for utviklingen av helsepersonellens kompetanse i møte med den aktuelle pasientgruppen. Som en del av kompetanseoppbyggingen i avdelingen har man lagt til grunn verktøy og behandlingsformer innen sikkerhetspsykiatri, så som voldsrisikovurderinger og voldsrisikohåndtering (SIFER, 2018).

Et annet element i kompetanseoppbyggingen har vært opplæring i Early Recognition Method (ERM). Dette er en metode for voldsrisikohåndtering som utarbeides sammen med pasienten for å forebygge fremtidig voldsutøvelse (Fluttert, Van Meijel, Nijman, Bjørkly & Grypdonck, 2010; Fluttert et al., 2008). Samtidig har avdelingen, over tid, etablert behandlingstilnærmingen «Åpen dialog i nettverksmøter» (Jacobsen, Sørgård, Karlsson, Seikkula & Kim, 2018; Seikkula, 2002; Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001), der relasjonsarbeid og brukermedvirkning står sentralt. Brukermedvirkning innen strukturert voldsrisikoarbeid har generelt vært ignorert i sikkerhetspsykiatrien, ifølge Eidhammer, Fluttert og Bjørkly (2014). De foreslår at klinikere anvender positive erfaringer med brukerinvolvering fra generell psykiatri og prøver disse tilnærmingene ut i sikkerhetspsykiatrien.

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) påpeker at god kvalitet på tjenestene forutsetter samarbeid med pasienter og brukere der medbestemmelse handler om å trekke begge grupper mer aktivt inn i beslutninger om eget behandlingsopplegg. Videre påpekes det at «En mer brukerorientert helse- og omsorgstjeneste vil kreve omstilling og nytenkning. Skal tjenesten lykkes med en slik omstilling, er det nødvendig med opplæring i nye arbeidsformer, praktiske tiltak innenfor kommunikasjon og beslutningsstøtte, og kultur- og holdningsendringer» (s. 8). Tilnærmingen «Åpen dialog i nettverksmøter» ble etablert ved avdelingen som et forsøk på å utvikle en praksis der brukermedvirkning og relasjonsarbeid kunne få større plass enn det man tradisjonelt har lyktes med innen psykisk helsevern (Jacobsen et al., 2018). I nettverksmøtene deltar pasienten, dennes familie, nettverk og fagpersoner i en åpen dialog. Hensikten er å skape en felles forståelse mellom deltakerne der man sammen forsøker å løse problemene som har oppstått (Seikkula & Arnkil, 2013).

I denne artikkelen fokuserer vi på *ett* konkret pasientforløp ved en sikkerhetsavdeling. Dette pasientforløpet representerer en behandlingstilnærming som tidligere ikke har vært forsøkt ovenfor pasienter ved sikkerhetsavdelingen. Behandling har hittil i hovedsak bestått i individuelle samtaler, medikamentell behandling, miljøterapi og kontrolltiltak for å forhindre vold og utagering. Med kontrolltiltak menes bruk av mekaniske tvangsmidler, korttidsvirkende legemidler, skjerming og kortvarig fastholding samt restriksjoner vedrørende utgang og eiendeler. Det har også vært vanlig å planlegge behandling uten pasienters tilstedeværelse. I forberedelsene til mottak av denne pasienten ble ideen «om ikke å gjøre mer av det samme» utviklet (Watzlawick, 1993). Hittil hadde denne pasientens behandling vært

preget av isolasjon, tvang- og kontrolltiltak. På tross av mange års behandling innenfor sikkerhetspsykiatri hadde pasienten fortsatt behov for en sikkerhetsavdeling.

Ideen om ikke å gjøre mer av det samme var basert på ønsket om *ikke* å tilby den samme behandlingen som pasienten tidligere hadde fått. Et bytte av behandlingssted ga muligheter for å vurdere nytten av tidligere behandling og å benytte denne kunnskapen til å muliggjøre nye behandlingstilnæringer. Hensikten var å se om en endret behandlingstilnærming kunne gi andre resultater enn det tidligere behandling hadde gitt. Den nye behandlingstilnærmingen besto i å være sammen med pasienten store deler av døgnet – uavhengig av hans psykiske form – og involvere pasienten i egen behandling samt å benytte reflekterende team som samtaleverktøy for å involvere og ansvarliggjøre pasienten etter voldsepisoder.

Formålet var å forsøke en behandling som i mindre grad vektla kontroll og tvangstiltak og i større grad vektla dialog, dels med pasienten og dels innad i behandlingsteamet. De ansatte erfarte denne nye tilnærmingen i samarbeid med pasienten som vellykket. Vi ønsket å undersøke hva den endrede behandlingstilnærmingen besto i, hvilke erfaringer pasienten og fagpersonene gjorde seg og hvorvidt der var likheter og ulikheter i pasientens og fagpersonenes beskrivelser.

Målsettingen med casestudien – og denne artikkelen – er å undersøke, beskrive og systematisere erfaringene pasienten og fagpersonene gjorde seg med den nye behandlingstilnærmingen.

Forskningsspørsmålene er:

1. Hvordan beskriver pasienten og fagfolkene sine erfaringer med den nye behandlingstilnærmingen?
2. Hvordan kan de systematiserte erfaringene gi utvidet kunnskap om den nye behandlingstilnærmingen ved en psykiatrisk sikkerhetsavdeling?

Metode

Studien har en kvalitativ tilnærming, med et deskriptivt og eksplorativt design. Dette fordi problemstillingen i liten grad er belyst tidligere ([Kvale & Brinkmann, 2015](#)). Studiens vitenskapsfilosofiske grunnlag er forankret i en fenomenologisk-hermeneutisk metode. Forfatterne har valgt casestudie som metode fordi dette tillater oss å gå i dybden på et komplekst og sammensatt fenomen, og dermed kan vi få frem detaljerte og inngående beskrivelser om fenomenet. Casestudier er særlig å foretrekke ved endringer i sosiale relasjoner og samspill hvor målsettingen er endring ([Flyvbjerg, 2006](#)).

Utvalg

Utvalget ble satt sammen slik at materialet hadde størst mulig potensial for å belyse problemstillingen ([Malterud, 2012b](#)), noe som innebar å inkludere ansatte som hadde arbeidet med pasienten over tid. Pasienten var den første som ble tilbudt den nye behandlingstilnærmingen. Totalt 13 fagpersoner deltok i intervjuene. Av disse var en psykolog og en psykiater, en leder og miljøpersonalegruppe på ti personer bestående av spesialsykepleiere, vernepleiere, sykepleiere, hjelpepleiere, miljøterapeuter og assistenter. Ti av fagpersonene hadde deltatt i behandlingen fra det tidspunkt pasienten ankom avdelingen, to kom inn i arbeidet etter kort tid. Leder som deltok i intervjuet, hadde vært med helt fra planleggingsstadiet. Vedkommende deltok i planleggingen av behandlingen uten selv å være klinisk involvert. Pasientens nærmeste pårørende ble informert om og invitert til å delta i studien, og takket nei.

Datainnsamling

Vi valgte fokusgruppeintervjuer som datainnsamlingsmetode for fagpersonene. Denne intervjuformen er velegnet til å få frem bredden i erfaringer samt å utnytte mulighetene for dynamikk mellom deltakerne ([Malterud, 2012a](#)). Vi valgte individuelt, kvalitativt intervju med pasienten ([Kvale & Brinkmann, 2015](#)). Erfaring og kjennskap til pasienten tilsa at hans stemme ville bli bedre ivaretatt i et individuelt intervju. Vedkommende er en mann av få ord. Vi ønsket en intervjuform som bidro til at pasienten kunne få snakke fritt og uavbrutt innenfor rammen av temaet, og uten forstyrrelser fra andre. Intervjuet med pasienten ble gjennomført i pasientens stue på avdelingen og på et tidspunkt som passet ham. Under intervjuet satt begge forfatterne og pasienten i en sirkel med opptakeren i midten. En miljøterapeut som kjente pasienten godt, var til stede i lokalet. Vedkommende satt tilbaketrunket og utenfor sirkelen.

Vi innledet alle intervjuene med å spørre deltakerne hvordan de ville beskrive sine erfaringer og opplevelser med den nye behandlingstilnærmingen, for slik å gi dem muligheten til å snakke fritt om sine erfaringer med og om behandlingstilnærmingen. Vi styrte intervjuene i minst mulig grad – dette i tråd med den fenomenologiske posisjonen, som innebærer mest mulig fokus på fenomenene som undersøkes og hvordan de trer frem for hver enkelt deltaker gjennom deres subjektive beskrivelser ([Gallagher & Zahavi, 2007](#)). Vi hadde utarbeidet en temaguide som støtte i intervjuene ([Malterud, 2012b](#)). Intervjuene ble gjennomført våren 2017. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert av begge tekstforfatterne.

Dataanalyse

Avdelingen, hvor studien gjennomføres, innrammes av en psykiatrisk diskurs. Denne viser seg blant annet gjennom deltakernes språk og valg av ord. Kvale og Brinkmann (2015) fremholder betydningen av å benytte det språket deltakerne brukte i intervjuet, også i fremstillingen av funnene. Dette bidrar til å gi en mest mulig autentisk fremstilling av datamaterialet og funnene. Vi benyttet tematisk analyse av datamaterialet fra fokusgruppene (Braun & Clarke, 2006). En tematisk analyse innebærer en kombinasjon av induktiv og deduktiv tilnærming til utvikling av temaer basert i datamaterialet. Først gjennomgikk vi hele datamaterialet hver for oss, med den hensikt å finne tematiske forskjeller og likheter. Deretter møttes vi for å diskutere de foreløpige temaene og sammenholde disse. Til slutt gjennomgikk vi datamaterialet og temaene på ny, med fokus på å sortere temaene i endelige kategorier.

Forskningsetiske forhold

REK påpeker at det påhviler den enkelte forsker å rådføre seg med egen institusjon og bringe på det rene om behandling av opplysninger er av en slik karakter at det fordrer en særskilt vurdering av personvernkonsekvenser. Studien ble derfor på forhånd søkt om og godkjent av personvernombudet ved gjeldende sykehus (Saksnummer 17/ 00273).

Leder informerte fagpersonene på avdelingen om studien, og delte ut skriftlig informasjon og samtykkeskjema. I forkant av intervjuet ga vi selv muntlig informasjon om studien, og deretter samlet vi inn samtykkeskjemaene. Ingen av deltakere har trukket seg fra studien. Pasientens behandler ga vedkommende informasjon om studien en uke før gjennomføring. Dermed hadde pasienten mulighet til å vurdere egen deltakelse i studien. Behandler vurderte også pasientens samtykkekompetanse, og mente at pasienten selv var i stand til å vurdere deltakelse i studien. Muntlig informasjon om studien ble gitt før intervjuet startet. Pasienten ble spurt om han ønsket å gjennomføre intervjuet, noe han samtykket til. Informert samtykke ble innhentet skriftlig og muntlig, og ga pasienten mulighet til å trekke seg. Av anonymitetshensyn har vi beskrevet pasientens bakgrunn og liv i minst mulig grad. Likeså i fremstillingen av funnene. Dette kan bidra til at pasienten i selve artikkelen ikke fremstår som et helt menneske med sin egen, unike historie.

Presentasjon av funn

Gjennom den tematiske tekstanalysen har vi samlet pasientens og fagpersonenes beskrivelser under tre hovedtemaer: 1. Fremvekst av nye holdninger og praksiser, 2. Faglighet tar en ny form og 3. Nye

(sam)arbeidsformer utvikles. Under hovedtemaene er funnene delt inn i undertemaer for å vise til distinksjoner, nyanser og forskjeller som på ulike måter belyser hovedtemaene.

1. Fremvekst av nye holdninger og praksiser

Deltakerne i studien ga mange og ulike beskrivelser av hvordan nye holdninger og nye praksiser vokste frem. Analysen viser til to betydningsfulle elementer i denne fremveksten: 1. Menneskesyn og 2. Sammen med, ikke alene.

Menneskesyn

Fagpersonene hadde mange eksempler på hvordan pasienten ble omtalt i forkant av innleggelsen. Han ble ofte beskrevet som «et monster». Voldshandlinger og voldsutøvelse stod sentralt i disse beskrivelsene. Medikamentell behandling, skjerming, bruk av mekaniske hjelpemidler og isolasjon preget behandlingen rettet mot disse voldshandlingene. En behandling som hadde foregått i mange år, og som ikke så ut til å ha bidratt til særlig bedring av pasientens vansker eller situasjon. De nevnte monsterbeskrivelsene og tidligere behandlingstilnærmingene overfor pasienten bidro til å utvikle et nytt syn på behandling. Tanken om «ikke å gjøre mer av det samme» preget avdelingen tidlig. En fagperson beskrev fremveksten av nye tanker og holdninger slik: «Klart dette hadde noe med menneskesyn å gjøre. At vi våget. At vi turte å se pasienten på en annen måte. Behandle ham annerledes». En annen sa: «På tross av en massiv historie med vold og utagering har vi møtt pasienten på lik linje med alle andre pasienter her». En uttalte: «Jeg vet ikke om det har hatt noen effekt, men vi har ikke blitt redd pasienten når vi har blitt presentert for disse monsterfortellingene». En annen fremholdt: «Vi har sikkert gjort oss monsterforestillinger, men vi har ikke vært redde. Vi har hatt bemanning og kompetanse til å håndtere pasienten helt trygt». En sa: «Pasienten har heller ikke fått noen skader og har ikke ligget i belter en eneste gang. Det er vi veldig stolte av». En annen uttalte: «Vi turte å være sammen med ham til tross for utageringsfaren. Vi så potensialet i pasienten». At fagpersonene kunne tilnærme seg pasienten slik ble begrunnet i forberedelsene som ble gjort i forkant av innleggelsen. God og grundig rekruttering, et funksjonelt og samkjørt team, hospitering og samarbeid med forrige behandlingssted samt involvering av alle ansatte var avgjørende elementer: «Det er en vesentlig faktor at man rigget det til slik for å kunne ta imot denne pasienten».

Pasienten tematiserte ikke disse elementene slik fagpersonene gjorde. Han brukte ord som «bedre» og «mer frihet» når han beskrev sine erfaringer med behandlingen på avdelingen: «Det er litt bedre her. Det

er litt friere». Da pasienten ble spurt om han kunne utdype dette, fortalte han at det var strengere der han var tidligere. Her hadde han muligheten til å bevege seg mer rundt i avdelingen, gå ut i fellesmiljøet og tilbringe tid sammen med de andre pasientene. Pasienten var usikker på hvorfor han hadde det litt bedre og friere ved avdelingen. Pasienten utdypet videre at: «Det kan hende de tenker annerledes [om behandlingen] her». Samtidig kunne han tenke seg en annen behandling de gangene han pratet med stemmene sine i fellesmiljøet: «Det er litt ofte jeg blir ført inn hit [til skjermet enhet] når jeg prater med stemmene. Da må jeg ut av miljøet, og det er litt dumt. Det blir som å holde meg nede når jeg hører stemmer».

Sammen med, ikke alene

Samvær med pasienten ble beskrevet som et sentralt element i det å gjøre noe nytt. Fagpersonene ønsket «å åpne dørene» slik at pasienten skulle kunne sosialisere med og delta i fellesskapet. En uttalte: «Det er viktig å påpeke at vi var usikre på hvordan det ville gå». En annen sa: «Det var ikke sånn at vi tenkte at vi hadde en sikker løsning, men det var viktig for teamet å gjøre noe annet enn det som var forsøkt tidligere, og ikke hjelp».

Av den grunn rekrutterte avdelingen ansatte som ønsket å arbeide i teamet rundt pasienten. Ifølge fagpersonene arbeidet teamet tett sammen i forkant av innleggelse, for å være samkjørte og godt forberedt. Det var ingen tilfeldighet hvem som ble ansatt i teamet rundt pasienten. Speed-intervjuer og nøye gjennomgang av kandidatene ble gjennomført for å få de rette teammedlemmene. Noen ble rekruttert inn i teamet selv om de ikke hadde formell utdanning innen psykisk helsearbeid. Andre i teamet hadde høy faglig kompetanse og erfaring innen sikkerhetspsykiatri. Fagpersonene opplevde at personlig egnethet var det som ble vektlagt når teamet ble sammensatt. Flere uttalte: «I tillegg måtte man ikke være redd for å få seg en på trynet. Man måtte være forberedt på utageringer og voldshendelser. Var man ikke forberedt på det, hadde man ingen ting der å gjøre».

Fagpersonene beskrev et tett samarbeid med pasienten fra første stund. De var sammen med pasienten i en egen enhet den første tiden under innleggelsen. Pasienten kunne trekke seg tilbake på eget rom når han hadde behov for å være alene. Fagpersonene var til stede for pasienten hele døgnet. Tilnærmingen gikk fra å isolere pasienten, noe som ble gjort tidligere, til å være sammen med pasienten store deler av døgnet.

Pasienten beskrev en utvidet frihet med større muligheter for kontakt med andre. Utgang fra avdelingen på egen hånd og deltakelse i fellesmiljøet sammen med de andre pasientene var sentrale og gode

erfaringer for pasienten – han hadde mulighet til å treffe andre. Han beskrev at han hadde samarbeidet med de samme fagpersonene på avdelingen over lang tid og blitt godt kjent med dem. Det mente han var bra. Mange av de samme pasientene hadde også vært på avdelingen over tid, og pasienten fortalte at han var blitt godt kjent med noen av dem. Pasienten beskrev at det var godt å ha personalet rundt seg. Han følte seg mindre alene da.

2. Faglighet tar en ny form

Deltakerne beskrev sentrale elementer som preget den nye fagligheten. Disse ble systematisert i følgende undertemaer: 1. Ansvarliggjøring, 2. Arbeid med vold og 3. Reflekterende team.

Ansvarliggjøring

Et sentralt element i behandlingen var å ansvarliggjøre pasienten når det gjaldt egne handlinger. Hensikten var å hjelpe pasienten med å ta ansvar for eget liv. Fagfolkene og pasienten samarbeidet om å utforme ukeplaner og progresjonsplaner som beskrev pasientens forløp frem mot utskrivelse. Planene hadde definerte mål og oppgaver, og tilhørende «belønning» for oppnådde mål. I samarbeid med fagfolkene trenet pasienten på å følge opp avtaler og egen progresjonsplan. En av fagpersonene uttalte: «Vi har jo sett hvordan pasienten har respondert på behandlingen. Hvordan han har taklet det å ta ansvar. For hans liv er det jo et paradigmeskifte. Et helt annet liv». Pasienten trakk frem at han ved innleggelsen på avdelingen opplevde økte muligheter for å holde på med de aktivitetene han likte å drive med. Han fortalte at han var med og planla ukene sine. Han bestemte selv hvilke aktiviteter han ønsket å holde på med. Sammen med personalet hadde han lagt flere planer for fremtiden. «Vi snakker mer om fremtiden her enn der jeg var tidligere». Det ble brukt en annen form for samtaler for å komme i dialog og støtte pasienten i å ta ansvar for egne handlinger. Disse samtaler ble av fagpersonene benevnt som reflekterende team.

Arbeid med vold

Fagpersonene hadde over tid vært opptatt av hvordan man arbeidet med vold i avdelingen. De uttalte at de tidligere vurderte og håndterte vold, men at de ikke behandlet vold. Voldssamtaler ble derfor et viktig element i behandlingen og i møter med pasienten. Tidligere håndtering av pasientens voldsepisoder innebar tvangsmidler, skjerming eller isolasjon. Etersom fagpersonene ønsket at pasienten skulle utvikle et bevisst forhold til egen voldsutøvelse, ble nevnte voldssamtaler derfor en del av de nye faglige tilnærmingene ovenfor denne pasienten. Etter hver voldsepisode måtte pasienten, hans behandler og de andre involverte samle seg og snakke om det som hadde hendt.

Fagpersonene fortalte at pasienten i begynnelsen nektet å delta i

samtalene. De opplevde at pasienten ikke var vant til å snakke om voldshendelser og at han stilte seg uforstående til det å tematisere dem. En av fagpersonene sa: «Pasienten ønsket det ikke, men fikk ikke slippe. Samtalen skulle gjennomføres. Om ikke det gikk samme dag, så ble det gjennomført dagen etter». Samtalene om vold ble gjennomført ved bruk av reflekterende team. Fagpersonene omtalte denne arbeidsformen som ny og annerledes.

Arbeid med vold var ikke fremtredende i pasientens beskrivelser av den nye behandlingen ved avdelingen.

Reflekterende team

Fagpersonene beskrev reflekterende team som en betydningsfull del av den nye behandlingstilnærmingen til pasienten. Arbeidsmåten besto i at teamet og pasienten samlet seg og snakket om et tema som opptok dem. Tanken om å snakke *med* pasienten, og ikke *om*, var styrende. Pasientens voldshandlinger ble trukket frem som det mest sentrale temaet når man anvendte reflekterende team. Deltakerne samlet seg i et rom på avdelingen som var nært tilknyttet pasientens rom. Fagpersonene opplevde at pasienten var uvant med denne typen samtaler etter utageringer og utøvelse av vold. En uttalte: «Tidligere hadde han blitt lagt i belter. Man hadde liksom snørt inn enda mer etter utageringer. Nå var det rett og slett å undersøke hva det er som skjer, og hvorfor det skjer». Det var en ny arbeidsmåte også for de ansatte. Samtalene ble styrt av behandleren som hadde behandlingsansvar.

Samtalene handlet oftest om hendelser pasienten var involvert i: «De som deltok i disse samtaler, var pasienten, den forulempede og overlegen. I tillegg var det alltid noen fra teamet med. Vi satt i ring og snakket om situasjonen». Under samtalen fikk de involverte snakke om hvordan de hadde opplevd og blitt berørt av en konkret episode. Den som var blitt utsatt for utageringen, snakket direkte med pasienten om hendelsen. På den måten ble pasienten konfrontert med handlingene sine: «Hvis jeg hadde blitt angrepet, så var det jeg som pratet direkte til pasienten om hvordan jeg følte om det. Det stikker litt dypere enn om overlegen skulle ta over samtalen».

I begynnelsen ønsket ikke pasienten å delta. Fagpersonene opplevde at pasienten ble sint, frustrert, snakket usammenhengende og forsvant inn på rommet. Flere fagpersoner opplevde at pasientens adferd var en unngåelsesmekanisme for å slippe å snakke om voldsepisoden. Teamet satt igjen og ventet. Etter hvert kom pasienten tilbake, og samtalen startet. I begynnelsen sirklet pasienten rundt teamet og ønsket ikke å sitte ned. Fagfolkene startet da å snakke med hverandre om hvordan de hadde opplevd situasjonen, i håp om å engasjere pasienten. Noen ganger fremstilte de hendelsen uriktig for å «lure»

pasienten til å delta i samtalen. Da opplevde de at pasienten korrigerter og beskrev hendelsen slik han mente den hadde forløpt. På den måten ble pasienten engasjert og trukket inn i samtalen og utfordret til å forholde seg til egne utageringer. Etter hvert deltok pasienten mer aktivt i samtaler, da spesielt i samtaler som dreide seg om konsekvenser av voldshendelser: «Det har jo vært en dialog mens pasienten er til stede og hører hva vi mener er riktig konsekvens nå. Noen ganger har han meldt seg ut, og noen ganger har han protestert og meldt seg inn i diskusjonen om konsekvenser». En annen sa: «Vi har spurt pasienten om hva han mener er en riktig konsekvens av voldshandlingen. Da har han vært med å diskutere det så langt det har latt seg gjøre».

Den samme tilnærmingen ble beskrevet når samtaler dreide seg om behandling og fremtidsperspektiver. En fagperson uttalte: «At vi kommuniserer med hverandre foran pasienten og ikke går inn på møterommet, det er nok den største endringen sånn jeg ser det. Egentlig så er det litt rart at man ikke har gjort det før. At man skal trekke seg tilbake til et møterom for å snakke. Det er ikke noen grunn til det».

Pasienten beskrev at personalet satt og snakket sammen med ham om ting som hadde hendt istedenfor å gå ut av rommet for å diskutere. Dette hadde han merket seg. Det var han ikke vant med fra tidligere. Han likte å være deltakende i samtaler og beskrev viktigheten av å bestemme selv. Pasienten var usikker på om personalet diskuterte behandlingen mens han var til stede, men bekreftet at han deltok i å legge planer for egen fremtid.

3. Nye (sam)arbeidsformer utvikles

Deltakerne hadde flere beskrivelser av utviklingen av nye (sam)arbeidsformer. Disse (sam)arbeidsformene er systematisert i to undertemaer: 1. Øvelse i selvstendighet og 2. Samvær og samarbeid.

Øvelse i selvstendighet

Fagpersonene beskrev hvordan de samarbeidet med pasienten om å utvikle hans selvstendighet. De fortalte at de tidlig i behandlingsforløpet hadde latt pasienten bevege og oppholde seg utenfor avdelingen. I begynnelsen var det flere ansatte som fulgte pasienten. Etter hvert trappet de ned på antall ansatte. Når det var vurdert som forsvarlig, ble pasienten oppmuntret til å gå ut alene. Dette beskrev fagpersonene som utfordrende for pasienten. Han ønsket at personalet skulle være med selv om han hadde mulighet til å gå ut alene: «Han spurte om det gikk an å få aleneutgang med følge». Etter hvert gikk pasienten ut alene. Utgang og alenetid ble styrt ut fra pasientens behov. Denne tilnærmingen ble også anvendt i forbindelse

med familie og ny bolig; fagpersonene var med så lenge pasienten ønsket det. Etter hvert kunne de trekke seg mer og mer tilbake. Tempoet var det pasienten og familien som bestemte.

Pasienten var opptatt av at han var blitt behandlet mildere på avdelingen enn det han var vant med fra tidligere. Da han ble spurt om han kunne utdype dette, forklarte han det med at forskjellen var rett til privatliv. Å kunne gjøre ting alene. Dette var noe han satte stor pris på. Han mente han hadde hatt få muligheter til det ved tidligere innleggelseser.

Samvær og samarbeid

Flere av fagpersonenes beskrev samværet med pasienten. De tegnet bildet av en pasient som på grunn av sin historie og lidelse hadde få nære relasjoner. I samvær med pasienten var fokus å gjøre noe sammen. Aktiviteter som pasienten likte, var i fokus for det sosiale samværet. Dialogen som utviklet seg sammen med pasienten, ble beskrevet som kameratslig: «Vi har pratet veldig direkte med han. Jeg prater med han slik som jeg ville pratet med en venn. Jeg snakker til han som jeg ville gjort til en venn når han oppførte seg dårlig. For eksempel: 'Nå oppfører du deg som en idiot.' At vi har sagt det på den måten da. Rett og slett. Det er ganske uvanlig i forhold til mange andre pasienter, at man prater sånn. Det funka bra med han.» En annen uttalte at pårørende hadde uttrykt at de syntes det var bra at han ble behandlet som en venn. En tredje sa: «Jeg vet ikke, men kanskje en av suksessfaktorene er at han har fått seg venner her inne som han faktisk til slutt begynner å stole litt på, og kanskje respekterer. Kanskje kan det være en av grunnene til at utageringene har blitt redusert. Det er vanskeligere å slå venner enn voktere. Kanskje har det noe med det å gjøre? Jeg vet ikke». I utforskningen av dette vennskapet uttaler en av fagpersonene: «Jeg tenker jo mer profesjonelt på det. Jeg tenker at på jobb så er vi kompiser. Jeg tror det er en bra ting så lenge man greier å skille litt på den rollen i ny og ne, for det må man også. Absolutt».

Pasienten beskrev at det har vært godt å ha personalet rundt seg. Han fortalte at han hadde blitt godt kjent med mange på avdelingen. «De har vært allrighte stort sett. Men det er også enkelte jeg har kommet bedre eller dårligere overens med». Han beskrev flere aktiviteter han likte å holde på med i lag med personalet. Pasienten brukte ord som «mindre alene» når han beskrev sine erfaringer fra oppholdet på avdelingen.

Fagpersonene beskrev at de var sammen om å planlegge fremtiden, noe pasienten bekreftet at han kjente seg igjen i. Samtidig var ikke pasienten enig i at han hadde gode planer for fremtiden. Pasienten ga

uttrykk for at han hadde fått for lite informasjon om det som skulle skje fremover: «Jeg har fått litt dårlig beskjed om det som er planlagt fremover. Så det er jeg litt usikker på». Videre uttalte han at han ikke hadde sagt noe til personalet om at han savnet informasjon, og at han kanskje kom på det i intervjuet når vi snakket sammen. Han uttalte siden: «Jeg skulle gjerne hatt mer informasjon om min behandling i fremtiden. Det som er planlagt fremover. Jeg savner det». Pasienten bekreftet likevel å kjenne flere av fremtidsplanene etter utskrivelse, deriblant hvor han skulle bo etter utskrivelse. Han fortalte at han både gledet og gruete seg til dette: «Glede», «rart», «ensomt» og «usikker» er ord han brukte frem om tiden etter utskrivelse. «Det blir litt rart å bo for seg selv. Jeg gleder meg, men gruer meg litt også. Jeg er redd det kanskje blir litt ensomt».

Diskusjon

Det er særlig tre aspekter som trer tydelig fremt i studiens funn. Det første er systematikken og grundigheten i utvelgelsen av de ansatte som skulle samarbeide med og om pasienten. Det andre er fagfolkenes tydelige ønske og vilje til å gjøre noe annet enn det som allerede var gjort. Det tredje er betydningen av å ha en eller flere faglige ideer som inspirerer og som kollektivt kan bæres av fagfolk i sentrale posisjoner.

Lederen fikk rom til å utvikle og gjennomføre en åpen ansettelsesprosess i forbindelse med utvelgelsen av fagpersoner. Slik kom teamet rundt pasienten til å bestå av nye og gamle fagpersoner med og uten kjennskap til pasienten fra tidligere. Først etter at teamet var etablert begynte prosessen med hvordan og når pasienten skulle flytte til avdelingen. Teammedlemmene besøkte jevnlig pasienten. De deltok i behandlingen i avdelingen han skulle flytte fra, og slik ble det etablert et samarbeid med pasienten og med de ansatte ved denne avdelingen.

En slik tilnærming bidro i høy grad til å stimulere fagpersonene til å tenke annerledes. Det ble klart for teamet at de ikke skulle gjøre mer av det som allerede var gjort. De så en pasient som var isolert fra personalet og omgivelsene sine store deler av døgnet. Denne observasjonen ble ikke fremført som en avstandstakene kritikk av avdelingen der pasienten var innlagt, men uttrykte mer en holdning og et tankesett som fagpersonene så som et fundament i det videre arbeidet i den nye konteksten. Denne holdningen kan knyttes til hva det var de ansatte så. Ikke bare å se som i en objektiv observasjon – heller å se som en anerkjennelse av pasienten som et menneske på lik linje med seg selv. I betydningen «hvordan ville dette livet ha vært hvis det var meg – hvordan ville det ha innvirket på meg, mitt forhold til meg selv og mitt forhold til andre mennesker». Vetlesen (2010) peker på

empatisk innlevelse som grunnleggende i alt psykisk helsearbeid. Med dette tenker han på fagpersoners evne til å bli følelsesmessig berørt av pasientens egen berørthet. Denne berørtheten innebærer deltakelse i pasientens opplevelse, til forskjell fra å betrakte den fra utsiden. Empatiens kjerne er ikke å føle eller oppleve det samme som pasienten, men å bli engasjert i det pasienten opplever.

Fagpersonenes tydelige ønske om og vilje til å gjøre noe annet enn det man gjorde tidligere som allerede var gjort, kan sees i relasjon til det å kunne stå i det åpne og usikre – sammen som kollektiv. Konteksten for denne studien er en sikkerhetsavdeling hvor sentrale fokus er på forutsigbarhet, sikkerhet og faste rammer. Studien viser at også innenfor denne konteksten er forandring mulig. Andersen (1999) fremholdt at praksis alltid kom først, og at all kunnskapsutvikling starter i praksis. Andersen indentifiserer to typer forandring. En forandring kan knyttes til det å innskrenke det som var på forhånd. Da er forandringen styrende, kontrollerende og instrumentell. Den andre formen for forandring utvider eller fornyer det som var der fra før. Den som forandres, er personen selv. Forandringen kommer innefra og henger sammen med inntrykk som personen mottar, og slik finner sine egne uttrykk (Andersen, 1999). I dette perspektivet kan fagpersonenes ønsker om forandring sees på som individuelle reaksjoner på de inntrykk de fikk gjennom å møte pasienten i den etablerte konteksten. Disse inntrykkene kan ha gitt et fokus mot og interesse for utvikling av nye praksiser i samarbeidet med pasienten.

Samtidig innebærer ønsket om forandring av gjeldende praksis en åpenhet og en bevegelse mot det ukjente. Hansen (2008) skriver at dersom man innerst inne er sikker på hvor og i hvilken retning sannheten finnes, blir innlevelse i det fremmede nærmest umulig. Forandring innebærer dermed å kunne leve seg inn i det fremmede – å lete seg framover i det ukjente sammen med ett eller flere mennesker. Slik kan ønsket om å gjøre noe nytt utvides og kollektiviseres. Studien viser at fagpersonene delte ønsket om forandring, og at de opplevde det som nødvendig. Eidsvåg (2011) peker på arbeidsfellesskapet og dets betydning for det å utvikle seg sammen med andre mennesker. Et annet element er kunnskap og viten om arbeidet du utfører, og en tro på at du kan forandre dette arbeidet. Boklig kunnskap hjelper oss til å forstå verden rundt oss. Praksiser og erfaringer medfører kunnskap som gir oss større handlingsrom og handlingsberedskap. I møte med andre mennesker inviteres vi til å reflektere over vår egen og den andres utvikling. Innsikt er ikke noe som kan innpodes eller påføres andre, skriver Eidsvåg. Innsikt utvikles i individet og vokser frem i dets ulike møter, samtaler og samarbeid med andre.

Et tredje perspektiv i denne diskusjonen er knyttet til det å ha en eller flere faglige ideer som inspirerer og som bæres av fagpersoner i sentrale posisjoner. Studien viser at overlegen ved avdelingen var en bærer av og introduserte den faglige ideen og praksisen knyttet til reflekterende team. Bruk av reflekterende team og tilhørende arbeidsmåter ble utviklet i Tromsø rundt 1985 av en gruppe terapeuter basert i deres praksiser ([Andersen, 1995](#)). Tre sentrale aspekter i tilnærmingen er å invitere inn alle personer som er berørt av det som det skal samtales om, å skape rom for å bevege seg mellom å lytte og å snakke og å dele høyt de tanker og refleksjoner hver enkelt gjør seg når de hører hva de andre sier ([Andersen, 1995](#)). Som oftest føres disse samtaler med deltakerne sittende i en ring ledet av fagpersoner. Deltakerne i ringen kan også bytte på å tidvis sitte utenfor i en lytterposisjon, for senere å bytte med andre og sitte inne i ringen. Det har utviklet seg et mangfold av praksiser knyttet til reflekterende team og prosesser – det finnes ikke en autoritativ praksis på området ([Anderson & Jensen, 2008](#)). Studien viser hvordan fagpersonene på avdelingen har praktisert og erfart tilnærmingen som særlig nyttig relatert til det å reflektere over voldshendelser som pasienten har deltatt i. Deres organisering av reflekterende team var sentral når det gjaldt å sette ord på og snakke høyt om voldshendelser, la pasienten ta ansvaret og oppfordre ham til å erkjenne og beklage episoden. Studien viser at fagpersonene opplevde i større grad, og over tid, og nå frem til pasienten når det gjaldt ansvarstaking og erkjennelse. Samtidig viser studien at fagpersonene har fokusert mest på det de selv ble mest opptatt av i voldshendelsene. Voldshendelsene og samtaler rundt disse beskrives tydelig av fagpersonene, mens pasienten ikke beskriver dette. Han beskriver blant annet hvordan fagfolkene håndterte situasjonen der pasienten hørte stemmer. Han er opptatt av det at han blir ført tilbake til egen enhet de gangene han prater med stemmene sine i fellesmiljøet. Dette er ikke tema i fokusgruppeintervjuene med fagfolkene. Her kan det foreligge en diskrepans mellom pasientens og fagfolkens opplevelser knyttet til hva som er viktige elementer i behandlingen. Reflekterende samtaler rundt tema som pasienten er opptatt av, vil bringe behandlingen nærmere et eksistensielt nivå, og ikke bare knyttet til håndtering av adferd. Det vil bidra til å utvide brukermedvirkningen ytterligere og på flere områder.

Et annet interessant forhold ved denne tilnærmingen er at den er lite benyttet i psykisk helsevern generelt og sikkerhetspsykiatri spesielt. Gjennom et systematisk litteratursøk finner vi ingen internasjonale eller nasjonale studier relatert til bruk av denne tilnærmingen i vår kontekst. Overlegen ved avdelingen var en sentral aktør og inspirator for at tilnærmingen skulle tas i bruk i samarbeidet med pasienten – aktør

også i betydningen å befinne seg i en autorativ faglig posisjon hvor det er mulig å tillate en tilnærming som ikke kan omtales som evidensbasert i en tradisjonell forstand, eller som er utprøvd forskningsmessig i tilsvarende kontekster. Dette gir håp og inspirasjon om at ulike nye, uprøvde og utforskede tilnærminger og arbeidsmåter kan utvikles i nye og ukjente kontekster. Betydningen av å ha sentrale faglige, autoritative og utforskende lederskikkelser som inspirerer og samarbeider med kollegaer, fremstår som svært betydningsfullt for endringsarbeid i tradisjonsbundne praksiser med vekt på «practice as usual».

Konklusjon

Resultatet av studien er interessant og oppløftende, sett i lys av at behandlingsstilnærmingen er utviklet i en tradisjonell sikkerhets-psykiatrisk avdeling. Studien viser at det er mulig å endre praksiser i en slik kontekst. Fokus på relasjon, kommunikasjon og samvær er sentrale elementer i utviklingen av nye praksiser.

Funnene bygger på en casestudie omkring ett enkelt behandlingsforløp og har sine begrensninger. Med henvisning til Flyvbjerg (2006) vil vi påpeke nytten av å studere *ett* behandlingsforløp. Særlig i et forløp som vårt som kan benevnes som «critical». Flyvbjerg skriver: «If it is valid for this case, it is valid for all (or many) cases» (s. 230). Basert på sitatet vil vi hevde at funnene *kan* være gyldige for flere sikkerhetsavdelinger enn vår studiekontekst.

Det vil være interessant å utforske systematisk hvorvidt disse arbeidsmåtene gir muligheter for mer vedvarende relasjons- og kommunikasjonsorienterte praksiser. En systematisk forskningstilgang vil også kunne undersøke om tilnærmingen muliggjør redusert bruk av tvang og tvangsmidler. Erfaringer nasjonalt og internasjonalt viser at godt faglig arbeid er det viktigste redskapet for å redusere bruken av tvang (Helsedirektoratet, 2016). Vår studie tyder på at de nevnte arbeidsmåtene kan være gode faglige redskaper i så måte.

Referanser

Andersen, T. (1995). Reflecting processes: Acts of informing and forming I T. S. Friedman (red.), *The reflective team in action: Collaborative practise in family therapy* (s. 11–35). New York, N.Y.: Guilford.

Andersen, T. (1999). Et samarbeid–av noen kalt veiledning. I M. H. Rønnestad & S. Reichelt (red.), *Psykoterveiledning*. Oslo: Tano-Aschehoug.

- Anderson, H. & Jensen, P. (2008). *Inspirasjon: Tom Andersen og reflekterende prosesser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
doi:[10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Eidhammer, G., Fluttert, F. A. & Bjørkly, S. (2014). User involvement in structured violence risk management within forensic mental health facilities—a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19–20), 2716–2724. doi:[10.1111/jocn.12571](https://doi.org/10.1111/jocn.12571)
- Eidsvåg, I. (2011). Afullbyrde sin egen form: Et program for dannelse. I B. Hagtvedt & G. Ognjenovic (red.), *Dannelse: Tenkning, modning, refleksjon* (s. 156–170). Oslo: Dreyer.
- Fluttert, F., Van Meijel, B., Nijman, H., Bjørkly, S. & Grypdonck, M. (2010). Preventing aggressive incidents and seclusions in forensic care by means of the 'Early Recognition Method'. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11–12), 1529–1537. doi:[10.1111/j.1365-2702.2009.02986.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02986.x)
- Fluttert, F., Van Meijel, B., Webster, C., Nijman, H., Bartels, A. & Grypdonck, M. (2008). Risk management by early recognition of warning signs in patients in forensic psychiatric care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 22(4), 208–216. doi:[10.1016/j.apnu.2007.06.012](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2007.06.012)
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219–245.
doi:[10.1177/1077800405284363](https://doi.org/10.1177/1077800405284363)
- Gallagher, S. & Zahavi, D. (2007). *The phenomenological mind: An introduction to philosophy of mind and cognitive science*: Routledge.
- Hansen, F. T. (2008). *At stå i det åbne: dannelse gennem filosofisk undren og nærvær*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *God kvalitet – trygge tjenester: kvalitet og sikkerhet i helse- og omsorgstjenesten (Meld. St. 10 2012-2013)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/sec1>
- Helsedirektoratet (2016). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2014*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bruk-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne>

Jacobsen, R. K., Sørgård, J., Karlsson, B. E., Seikkula, J. & Kim, H. S. (2018). "Open Dialogue behind locked doors" – exploring patients', family members', and professionals' experiences with network meetings in a locked psychiatric hospital unit: A qualitative study. *Scandinavian Psychologist*, 5, e5. doi:[10.15714/scandpsychol.5.e5](https://doi.org/10.15714/scandpsychol.5.e5)

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Malterud, K. (2012a). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2012b). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795–805. doi:[10.1177/1403494812465030](https://doi.org/10.1177/1403494812465030)

Oslo universitetssykehus (2015). Sikkerhetspsykiatri i Norge 2015; en statusundersøkelse. Hentet fra http://sifer.no/files/RIKTIG_verisjon_Statusrapport_Sikkerhetspsykiatri_-_2015.pdf

Oslo universitetssykehus (2018). Regional sikkerhetsseksjon (RSA). Hentet fra [https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/psykisk-helse-nasjonale-og-regionale-funksjoner/regional-sikkerhetsseksjon-rsa#les-mer-om-regional-sikkerhetsseksjon-\(rsa\)](https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/psykisk-helse-nasjonale-og-regionale-funksjoner/regional-sikkerhetsseksjon-rsa#les-mer-om-regional-sikkerhetsseksjon-(rsa))

Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 263–274. doi:[10.1111/j.1752-0606.2002.tb01183.x](https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb01183.x)

Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2001). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(4), 247–265. doi:[10.1080/107205301750433397](https://doi.org/10.1080/107205301750433397)

Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis : respekt for annerledeshet i øyeblikket* (Open dialogues in relational practices). Oslo: Gyldendal akademisk.

SIFER (2018). Sikkerhetspsykiatri. Oslo: SIFER. Hentet 20. mars 2018 fra <http://sifer.no/side/kort-om-sikkerhetspsykiatri>

Sosial- og helsedepartementet (1997). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (Meld. St. 25 1996–1997). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>

Vetlesen, A. J. (2010). Empati under press. *Sykepleien*, 98(3), 60–63.
doi:[10.4220/sykepleiens.2010.0010](https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2010.0010)

Watzlawick, P. (1993). *The language of change: Elements of therapeutic communication*: W. W. Norton & Company.

Citation

Jacobsen, R. K., & Karlsson, B. E. (2018). «Fra tvang til dialog» – en kvalitativ casestudie om ny praksis i en psykiatrisk sikkerhetsavdeling [“From coercion to dialogue” – A qualitative case study about a new practice in one forensic mental health unit]. *Scandinavian Psychologist*, 5, e12. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.5.e12>

Abstract

“From coercion to dialogue” – A qualitative case study about a new practice in one forensic mental health unit

A forensic mental health unit in Norway has developed a new treatment approach that emphasizes not only relational and communicative aspects but also reflective processes and socializing. The idea behind this new approach was to facilitate the transformation of standard services characterized by isolation and coercion. The aim of this case study is to explore and describe how a patient and his clinicians experienced this new practice. The method is qualitative, applying a phenomenological-hermeneutical approach with an explorative and descriptive design. Two focus group interviews with the clinicians and one individual interview with a patient were conducted in developing data. Thematic analysis was used and three major themes were identified: 1) New academic positions and practices were developed. Humanity, togetherness, and not being alone were important aspects of this theme. 2) Professionalism took a new form. Reflecting team, thematic violence, and strengthening the patient’s responsibility were main issues. 3) New forms of collaboration were developed. Training in independency, togetherness, and collaboration served as subthemes here. The study indicates opportunities and relevance for a more humanistic and inclusive treatment approach in forensic mental health units, one that focuses on strengthening the user involvement.

Keywords: case study, forensic mental health unit, qualitative study, reflecting team, user involvement.

Author affiliations: Ritva Kyrrø Jacobsen – Department of Specialized Psychiatry, Akershus University Hospital, Lørenskog, Norway; Bengt Eirik Karlsson – Centre for Mental Health and Substance Abuse, University of South-Eastern Norway, Drammen,

Norway.

Contact information: [Bengt Eirik Karlsson](#), University of South-Eastern Norway (USN), P. O. Box 7053, 3007 Drammen, Norway.
Email: bengt.karlsson@usn.no.

Received: March 23, 2018. **Accepted:** November 20, 2018.

Published: December 20, 2018.

Language: Norwegian.

Competing interests: The authors report no conflict of interest. The authors alone are responsible for the contents and writing of this paper.

Author contributions: Both authors are recognized as the first authors as they have all equally contributed to the article.

This is a peer-reviewed paper.