

## **Forord**

Denne masteroppgaven om gruppebehandling til pasienter på Regional sikkerhetsavdeling Brøset, har vært en lærerik og spennende prosess. Det er mange som har bidratt til inspirasjon og hjelp til gjennomføring av oppgaven.

Først vil vi takke vår arbeidsgiver RSA Brøset v/ St. Olav Hospital, som har gitt oss mulighet, og lagt til rette for oss i arbeidssituasjonen med masterutdanningen og oppgaveskriving. Vi ønsker også å benytte anledningen til å takke våre kolleger som har drevet med gruppebehandlingen sammen med oss. Dere utgjør et inspirerende arbeidsmiljø i et interessant fagfelt.

En spesiell takk til vår veileder v/ NTNU Toril A. Elstad som har veiledet oss, og kontinuerlig gitt oss konstruktive tilbakemeldinger, motivasjon og innspill underveis i prosessen.

Vi ønsker også å rette en stor takk til bi-veileder Erik Søndena, forsker ved kompetansesenteret avdeling Brøset. Du har vært til uvurderlig støtte med din faglige kompetanse innenfor kvantitativ forskning.

Takk til Erik Kroppan, systemrådgiver ved RSA Brøset. Ditt bidrag med kompetanse på risikovurderingsverktøyet START har vært nyttig. Til slutt en takk til Runar B. Iversen som har hjulpet oss med ferdigstillelse av oppgaven.

En arbeidskrevende og interessant prosess er nå ved veis ende. Uten den unike muligheten til å drive gruppebehandling for denne pasientgruppen som har utfordret seg selv og vært modig nok til å dele sine livserfaringer, har ikke denne studien vært mulig.

Innholdet i denne oppgaven står for forfatterens regning.

Opgavens innhold har blitt til gjennom et jevnlig samarbeid. Arbeidsfordelingen har vært lik i de ulike kapitlene. Det meste av arbeidet er gjort når vi har arbeidet sammen med oppgaven. Vi har fordelt arbeidet i teori og i diskusjonsdel, hvor vi har hatt ansvaret for hver våre tema. I denne skriveprosessen har vi hatt en tett dialog. Berit har spesielt jobbet med forskning på feltet. Nils Kristian har jobbet spesielt med analyse av data.

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Studiens formål har vært å utforske hvordan pasienter med alvorlig psykiske lidelser, rus og voldsproblematikk kan behandles med en gruppe/psykoedukativ modell og hvilke erfaringer kan vi presentere etter å ha gjennomført behandling til 15 pasienter.

Brøsetmodellen er et gruppebasert lærings- og mestringsprogram spesielt utviklet for personer med alvorlige psykiske lidelser og sinne-, aggresjons- og rusproblemer. Programmet er utviklet av professor Rolf W. Gråwe og faggruppa ved St. Olavs Hospital, Psykisk Helsevern, avdeling Brøset.

**Metode:** Studien anvender et kvantitativt kvasi-eksperimentelt design, og det er gjort en pilotstudie med pretest- posttest. Studien har ingen kontrollgruppe, og prosjektet er vurdert som et kvalitetssikringsprosjekt. Gradene av økning og nedgang i henholdsvis styrker og sårbarheter hos pasienten etter gjennomført behandlingstilbud med Brøsetmodellen, er blitt målt med kartleggingsskjemaet START (Short Term Assessment of Risk and Treatability). Dataene ble analysert ved hjelp av kvantitative analyser i SPSS versjon 21.

**Resultat:** Analysene viser at styrkeledd i START viser positiv utvikling mellom innledning og avslutning av Brøsetmodellen for 9 av pasientene, uendret for 2 og negativ utvikling for 4 pasienter. Vurdert med Wilcoxon Signed Rank Test, var ikke endring for utvalget signifikant ( $Z=1.882$ ;  $p=0.068$ ). For sårbarhetsleddene i START fant vi en reduksjon fra innledning til avslutning av Brøsetmodellen for 9 av pasientene, uendret for 1 og forverring for 5 pasienter. Endringen var ikke signifikant ( $Z=1.169$ ;  $p=0.243$ ). For subskalaene «holdninger og oppførsel» og «mottakelighet for behandling» ble det funnet en signifikant økning for styrkeleddene, men ikke for sårbarhetsledd. De øvrige subskalaene «sosiale ferdigheter» og «psykisk tilstand og rus» viste mindre endringer før og etter behandling. Resultatene vil bli diskutert i sammenheng med teori og tidligere forskning på fagfeltet.

**Konklusjon:** Formålet med studien var å evaluere gruppebehandlingen «Brøsetmodellen». Resultatene bidrar med informasjon i prosessen med å evaluere behandlingstilbudet, men bør tolkes med varsomhet på grunn av lite utvalg, manglende kontrollgruppe og type design. Studiens resultater kan også være påvirket av andre faktorer som medikamentell behandling, miljøterapeutiske intervensjoner, struktur og rammer over tid. Dette vil bli drøftet i oppgaven. Videre forskning på gruppebehandling i den regionale sikkerhetsavdeling er nødvendig.

Nøkkelord: schizofreni, psykoedukasjon, gruppebehandling, sikkerhetspsykiatri, risikovurdering, bedringsprosesser, kognitiv terapi.

## Abstract

**Background:** The aim of this thesis is to evaluate the treatability of patients with serious mental illnesses, and/or patients with serious anger, aggression or drug problems with a group psychoeducative program. In addition we would like to present our findings after we have treated 15 patients with the program Brøsetmodellen. The treatment is a group-based learning and mastering program specifically developed for seriously mentally ill patients and patients with anger, aggression and drug problems. The program has been developed by Professor Rolf W. Gråwe and the professional group at St. Olavs Hospital, avdeling Brøset.

**Method:** We have used a quantitatively quasi-experimental design, and a pilot study including pre- and post-testing. However, there is no control group and the study should be assessed as a quality assessment project. Degrees of increase or decrease in vulnerabilities and strengths have respectively been measured with the clinical guide Short Term Assessment of Risk and Treatability. Quantitative analysis of the data were done in SPSS version 21.

**Results:** Our analysis shows that strengths measured with START between the beginning and the conclusion of the program show a positive development for 9 patients, no changes for 2 and a decline for 4 patients. Assessed with Wilcoxon Signed Rank test the changes for the sample was not significant ( $Z=1.882$ ;  $p=0.068$ ). Vulnerabilities measured with START in the same time interval showed a decline for 9 patients, unchanged for 1, and a decline for 5 patients. The changes for the sample was not significant ( $Z=1.169$ ;  $p=0.243$ ). In the subranges “attitudes and behavior and “receptiveness for treatment” there was a significant increase in the strengths. For the other subranges “social skills” and “mental state and drug abuse” there were only minor changes between the beginning and the end of the program. We will discuss the results later in connection with existing theory and previous research in this field of study.

**Conclusion:** The aim of the study was to evaluate the group treatment with “Brøsetmodellen”. Our findings provide useful information for the quality assessment process of the treatment program. However, they must be treated and interpreted with due caution due to a small sample group, the lack of a control group, and the type of design. Also, our findings, may also be the result of other factors, as for instance drug treatment, therapeutical changes, and differences in the daily patient structures and framework over time. We will discuss this further in this thesis. Further research on group-based treatment in a high security facility is necessary.

Key words: schizophrenia, psycho-education, group-based treatment, high security hospitals, risk assessments, recovery, cognitive therapy.

# Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn .....	2
1.2	Litteratursøk .....	4
1.3	Oppsummert forskning på START .....	5
1.4	Oppsummert forskning om gruppebehandling/kognitiv terapi .....	8
1.5	Studiens hensikt og forskningsspørsmål .....	11
1.6	Begrepsavklaring.....	12
1.7	Oppgavens oppbygging.....	13
1.8	Presentasjon av Regional sikkerhetsavdeling.....	13
1.9	Pasientforløp i Regional sikkerhetsavdeling Brøset:.....	14
2	Teoretisk Grunnlag.....	17
2.1	Brøsetmodellen og sosial læringsteori.....	17
2.2	Kognitiv terapi, psykoedukativ tilnærming og gruppebehandling .....	18
2.3	Motiverende intervju .....	19
2.4	Alvorlig psykisk lidelse.....	20
2.5	Schizofreni.....	21
2.6	Ruslidelse og psykisk lidelse- ROP- lidelser:.....	23
2.7	Recovery/Bedringsprosesser .....	23
2.8	Empowerment .....	25
3	Design og metode.....	27
3.1	Valg av metode.....	27
3.2	Design.....	28
3.3	Utvalg og datainnsamlingsmetode .....	28
3.4	Datainnsamlingsmetode .....	29
3.5	Intervensjonen- Brøsetmodellen.....	31
3.6	Kursets struktur .....	33
3.6.1	Trinnene i problemløsningsmetoden. ....	35
3.6.2	Presentasjon av behandlingsmanualens moduler .....	36
3.7	Måleinstrumentet -START .....	43
3.8	Konsesjon/meldeplikt .....	51
3.9	Etiske refleksjoner .....	51
3.10	Sårbar gruppe .....	52
3.11	Forske på eget fagfelt .....	53
4	Analyse.....	55
4.1	Presentasjon av resultater .....	55
4.2	Demografiske data.....	55

4.3	Styrker og sårbarhets ledd i START. ....	56
4.3.1	Resultat av START- Styrke og Sårbarhetsledd .....	56
4.4	Resultater av START med Subskalaens grupperinger .....	60
4.4.1	Presentasjon av START og Subskala .....	60
4.4.2	Resultat av START Målinger på Styrkeledd i henhold til Subskala .....	61
5	Diskusjon.....	63
5.1	Psykisk tilstand og rus .....	64
5.1.1	Psykisk Tilstand .....	64
5.1.2	Emosjonell tilstand .....	69
5.1.3	Rusmisbruk.....	71
5.1.4	Mottakelighet for behandling .....	74
5.1.5	Mottakelighet for behandling .....	74
5.1.6	Innsikt.....	77
5.1.7	Mestring.....	78
5.1.8	Eksterne utløsende faktorer .....	80
5.2	Sosiale ferdigheter .....	81
5.2.1	Sosiale ferdigheter .....	82
5.2.2	Relasjoner.....	83
5.2.3	Holdninger og oppførsel.....	85
5.2.4	Impulskontroll .....	86
5.2.5	Oppførsel .....	87
5.2.6	Holdninger.....	88
5.2.7	Forhold til regler.....	89
5.2.8	Gruppebehandlingen sett i et recovery perspektiv .....	90
6	Metodediskusjon og konfunderende faktorer .....	93
6.1	Er måleresultatene nøyaktig .....	93
6.2	Gir måleresultatene informasjon om det fenomenet vi ønsker å måle .....	94
6.3	Konfunderende faktorer.....	95
7	Konklusjon .....	98
	Litteraturliste .....	99

Tabell 1:	Demografiske opplysninger over pasienter i undersøkelsen diagnose/lovverk/rusproblem/ikke rusproblem.
Tabell 2:	START subskala
Tabell 3:	Subskala før og etter behandling med Brøsetmodellen: styrkeledd
Tabell 4:	Subskala før og etter behandling med Brøsetmodellen: sårbarhetsledd
Figur 1:	Presentasjon av et pasientforløp ved St Olav Regional sikkerhetsavdeling
Figur 2:	Sinnesirkel
Figur 3:	START styrkeledd før og etter behandling med Brøsetmodellen
Figur 4:	START sårbarhetsledd før og etter behandling med Brøsetmodellen
Figur 5:	START styrkeledd for hver av pasientene før og etter behandling
Figur 6:	START sårbarhetsledd for hver av pasientene før og etter behandling
Figur 7:	Konfunderende faktorer

Vedlegg 1	Vurdering av de Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK) Side 1 Vurdering av de Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK) Side 2
Vedlegg 2	Norsk Senter for Forskningsdata
Vedlegg 3	Personvernombud St.Olavs Hospital
Vedlegg 4	START skjema
Vedlegg 5	START - Leddforklaringer

# 1 Innledning

Schizofreni rammer mellom 0,5 og 1 % av befolkningen, og det oppstår om lag et nytt tilfelle av schizofreni per 10 000 innbygger hvert år. Forekomsten varierer mye mellom forskjellige kulturer. Industrialisering og urbanisering er av betydning for forekomsten. Det er en overvekt av schizofrenitilfeller i urbane strøk (Aarre, T. F., Bugge, P., Juklestad, S.I., 2009). I løpet av de siste årene har det vært en merkbar økning av pasienter med både psykose- og ruslidelser. I en rapport fra Sintef, Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne oppgis det at ca.9 % av psykiatriske pasienter i en døgnavdeling har en samtidig rusmiddeldiagnose (Gråwe, R. W. & Ruud, T., 2006). Denne pasientgruppen har en del spesielle problemer som rusbruk og sårbarhet for stress tilknyttet forstyrret impuls kontroll, vold og kriminell atferd som krever spesielle behov i forhold til informasjon, både med hensyn til sykdom og behandling. I Nasjonal faglig retningslinje anbefales det: «*Ved behandling av psykose og samtidig rusmiddelbruk anbefales det å ha et samtidig fokus på både rus og psykose (integrert behandling)*» (Nasjonale retningslinjer for behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, Helsedirektoratet, 2013 IS-1957 s. 37).

Denne mastergradsoppgaven omhandler et gruppebasert lærings- og mestringsprogram for pasienter med alvorlige og sammensatte psykoselidelser i en Regional sikkerhetsavdeling. Ved Sikkerhetsavdelingen er det utviklet et strukturert, gruppebasert behandlingsopplegg for inneliggende pasienter. Behandlingen integrerer mestring av psykose lidelser, rusmidler, aggresjon og utagering, fritid og venner, psykoedukasjon, med mer. Målet er at pasientene skal forstå sin sykdom, kjenne til, å mestre sine varselsignaler for tilbakefall for psykose. De bør også ha kunnskap om sunne fritidsaktiviteter, et meningsfullt liv uten skadelig bruk av rusmidler og kunne mestre ulike kommunikasjonsferdigheter. I Nasjonale faglige retningslinjer for «Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser» beskrives behandlingsformer som har dokumentert effekt: *Behandlingen bør inneholde en individuelt tilpasset kombinasjon av evidensbaserte virksomme elementer, som legemiddelbehandling, psykoedukativt (kunnskapsformidlende) familiesamarbeid og kognitiv terapi*» (Nasjonale retningslinjer for Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Helsedirektoratet, 2013 IS-1957 s.56).

Behandlingsopplegget er også i tråd med de Nasjonale faglige retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med både ruslidelse og med alvorlige psykiske lidelser hvor det rådes helsepersonell til å ha et samtidig behandlingsfokus på

rusmiddelbruk. Der anbefales det at en effektiv og kunnskapsbasert behandling av rusmiddelbruken og aggresjon hos denne pasientgruppen «må baseres på en helhetlig forståelse av alvorlig psykisk sykdom og sammensatte og integrerte behandlingstiltak» (Sosial og Helsedirektoratet, Utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser).

## 1.1 Bakgrunn

Personer med langvarig og alvorlig psykoselidelser har ofte alvorlige symptomer, lavt funksjonsnivå og lav livskvalitet. Selv om pasienter har samme type sykdom eller diagnose (som for eksempel schizofreni) rammes de ulikt. Det betyr at de har ulik symptomatologi, funksjonssvikt, respons på behandling og komorbiditet. Pasienter med psykoselidelser har også et større forbruk av alkohol og narkotika enn normalpopulasjonen (Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL & Goodwin FK., 1990), og de har dårligere behandlingsrespons på anbefalte psykososiale og farmakologiske behandlingstiltak enn andre som ikke bruker rusmidler (Ibid). Dette medfører oftere tilbakefall, flere behandlingsepisoder, økning i symptomer, ustabil behandlingsmotivasjon, økt funksjonssvikt og mer tvangstiltak i behandlingen (Kavanagh DJ, McGrath J, Saunders JB, Dore G & Clark D., 2002). En spesielt viktig undergruppe er personer med alvorlige psykiske lidelser med sinne-, aggresjons- eller voldsproblematikk. I en NOU- rapport fra 2010 om drap i Norge i perioden 2004-2009 fremheves det at alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med rusmiddelbruk predikerer voldsutøvelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010.NOU (2010:3). Slike forskjeller gir ulike behov for behandling og rehabilitering hos spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse og omsorgstjenestene. Norske og utenlandske behandlingsretningslinjer anbefaler mange behandlingstiltak for pasienter med alvorlige psykoselidelser (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Anbefalinger og forskning beskriver at behandlingstiltak bør inneholde en individuelt tilpasset kombinasjon av evidensbaserte virksomme elementer, som behandling med antipsykotiske legemidler, kognitiv atferdsterapi, psykoedukasjon og familietiltak.

I nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser anbefales også sosial ferdighetstrening:

*«Pasienter med psykoselidelse som mangler sosiale ferdigheter tilknyttet hverdagslivets aktiviteter, bør tilbys trening i sosial interaksjon og i andre ferdigheter som er nødvendige for å mestre et selvstendig liv» (Helsedirektoratet, 2013, s.72).*



En annen anbefaling fra den samme retningslinjen er at: *«Ved psykose og samtidig rusmiddelbruk anbefales, i tillegg til behandling for rusmiddelproblemer, den samme bredden av kunnskapsbasert psykososial behandling og legemiddelbehandling som ved psykose alene.»* (Ibid).

Vi har i mange år arbeidet med mennesker med alvorlige psykiske lidelser som har en historie med vold, både i og utenfor institusjon. Utgangspunktet for denne oppgaven var å se nærmere på betydningen av et ikke-medikamentelt behandlingstilbud som tilbys denne pasientgruppen. Som nevnt i innledningen har vi de siste årene brukt mye tid og ressurser på å utvikle en «psykososial» grunnpakke (Brøsetmodellen), som kan tilbys denne pasientgruppen, på lik linje med den daglige miljøterapien, medisiner og andre tiltak. Det har vært en stor velvilje og engasjement for at tilbudet skal være en del av satsningsområdene til sikkerhetsavdelingen. I 2014 (løpet av de siste årene har Regional Sikkerhetsavdeling, Brøset v/ St Olav Hospital utgitt) ble «kurspakken» utgitt i bokform, med en manual for kursledere og en arbeidsbok til pasientene. Dette arbeidet har ført til at vi nå vil se nærmere på om behandlingen har hatt noen betydning for pasientenes bedringsprosesser, utover våre antagelser om at dette er nyttig og et godt supplement til den øvrige behandlingen pasientgruppen mottar. Valg av forskningsstrategi skiller mellom to ulike strategier, en kvantitativ basert på talldata og en kvalitativ forskningsstrategi basert på tekstdata. En kvantitativ metode gir beskrivelser av virkeligheten i tall og tabeller, mens en kvalitativ metode gir tekstlige beskrivelser basert på utskrifter fra intervjuer.

Siden 2005 har RSA Brøset brukt kartleggingsverktøy Short-Term Assessment of Risk And Treatability (START). START gir en strukturert klinisk vurdering av risiko og behandling i et mellomlangt perspektiv. Instrumentet tar for seg 20 dynamiske ledd som skåres i forhold til styrker og svakheter i henhold til leddforklaringer. Eksempler på ledd forklaringer er relasjoner, psykisk tilstand, rusmisbruk, medisinoppfølging, impuls kontroll og mottakelighet for behandling. Ved å innhente START-skåringer til hver enkelt pasient som er gjort før og etter gjennomført gruppebehandling kan resultatene vise om denne har hatt innvirkning på pasientenes styrker og sårbarheter i START. Kartleggings verktøy Short-Therm Assessment of risk and Treatability (START) vil bli omtalt nærmere i metoddelen av oppgaven.

## 1.2 Litteratursøk

For å belyse problemstillingen ble det søkt i følgende databaser: Bibsys, Idunn, Pub Med, Sve Med, Cinahl, Oria og Helsebiblioteket. I søkene er det brukt forskjellige søkeord i ulike kombinasjoner både på norsk og engelsk. Søkeord på norsk som kognitiv gruppeterapi, psykoselidelser, schizofreni, psykoedukativ, mestring og ruslidelser, gir få eller ingen relevante treff for vår problemstilling. Det finnes lite forskning i Norge rettet mot psykoedukativ/kognitiv gruppebehandling til pasienter med psykoselidelser/schizofreni som er inneliggende i sykehus/døgnavdeling. På Helsebiblioteket ble det funnet et par oversiktsartikler med oppsummert forskning utgitt av kunnskapssentret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet. En er knyttet til effekter av støtte og oppfølging for personer med alvorlig psykisk lidelse, den andre er knyttet til positiv effekt av gruppeundervisning. Ved bruk av engelske søkeord ble søkene avgrenset til litteratur som ikke er eldre enn 10 år, funnene ble begrenset og det ble også her, få relevante treff/funn. På grunn av dette ble søkene i enkelte databaser utvidet til litteratur eldre enn 10 år. I de engelske databasene ble det brukt søkeord som cognitive therephy, Schizophrenia, drug abuse, Group therapy, In hospital, illness management, efficacy, recovery program og psychoeducation, psychosis. Mye av forskningen som er publisert om illness management og recovery er gjennomført i USA og Canada. Funnene knyttet opp mot kognitiv gruppebehandling rettet mot spesialisthelsetjenesten er ofte i form av poliklinisk behandling. Resultatene blir av den grunn ikke helt sammenlignbare. En del av litteraturen som er brukt er sekundærkilder. I de tilfellene primærkildene ikke ble funnet vil det alltid være en mulighet for at primærkilden kan ha blitt fortolket og endret på av sekundærkilden. Det er også blitt brukt offentlige publikasjoner/dokumenter fra Helsedirektoratet i oppgaven, som for eksempel «Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser», også retningslinje fra samme instans knyttet til, samtidig rus og psykoselidelse (Helsedirektoratet).

Det ble også søkt etter forskning på START, risikokartlegging/vurderings verktøyet som blir anvendt som måleverktøy i forhold til metode i oppgaven. Når det ble brukt søkeord som START ble dette et for stort søk som gav mange treff av all forskning som inneholdt ordet «start». Søkene ble begrenset til å søke etter tittel og da ble hele tittelen «Short -Term Assessment of Risk and Treatability» gjengitt. Funnene ble da begrenset til omtrent 30 treff. Mye av forskningen er gjort i vestlige land som USA, Canada, Storbritannia, Australia. Det ble funnet en norsk artikkel. Det meste av forskningen som ble funnet er tilknyttet

«sikkerhetsavdelinger», Mental health security hospital og kriminalomsorgen. Vi har valgt å trekke fram tre artikler i oppgaven hvor to er norsk og gjennomført på Brøset Regionale sikkerhetsavdeling. Den ene er publisert i 2010 og gjort av Kåre Nonstad med flere, den andre er gjort av Erik Kroppan med flere på Sikkerhetsavdelingen i Trondheim (2017). Den siste er en oversiktsartikkel gjort av O Shea & Dickens (2014).

### **1.3 Oppsummert forskning på START**

START er validert gjennom studier og utprøvinger, og er tatt i bruk i flere land (Nicholls et al., 2011). Det er det utgitt en START manual av Webster med flere (2009) med utfyllende bakgrunnsstoff, forskning, empiriske bevis og utfyllende informasjon om hvert enkelt ledd og skåring (Webster CD, Martin ML, Brink, J Nicholls, TL, Desmaris, SL., 2006). I deler av oppgaven som omhandler START og skåringer knyttet til gruppebehandlingen, velger en å bruke teori og forskning gjengitt fra START-manualen (Kroppan et al., 2004). I og med at mye av forskningen som er brukt i oppgaven blir hentet fra den Norske oversettelsen av START- Manualen (Kroppan et al.), blir denne å betrakte som sekundærlitteratur. I tillegg til denne trekkes det fram tre artikler av nyere dato, den ene er en artikkel med systematisk gjennomgang av forskning på START (Short Term Assessment of Risk and Treatability) gjort av O Shea og Dickens (2014). De to andre artiklene som det blir henvist til er gjennomført ved sikkerhetsavdelingen av Nonstad med flere (2010) hvor man undersøker gyldighet og andre psykometriske egenskaper ved START i den regionale sikkerhetsavdelingen på Brøset (Nonstad K, Nettet MB, Koppa E, Pedersen TW, Nøttestad JAa, Almvik R., 2010). Den andre som også er fra sikkerhetsavdelingen på Brøset er gjennomført av Kroppan med flere (2017). I denne artikkelen beskrives det hvordan implementeringen av START som risikovurderingsverktøy fungerer i den kliniske virksomheten (Kroppan E, Nonstad K, Iversen RB, Søndneaa E, 2017).

I en systematisk gjennomgang av 24 studier av START (Short Term Assessment of Risk and Treatability) gjort av O Shea og Dickens (2014), beskrives de psykometriske egenskapene til kortvarig vurdering av risiko og behandling (START). En metaanalyse vurderer de 7 spesifikke risikodomenene som er identifisert i manualen (Vold mot andre, selvskaading, selvmord, rusmisbruk, offer, uautorisert utgang og forfall) blant innlagte pasienter med psykiske lidelser og/eller personlighetsforstyrrelser. Studier om muligheten og bruken av verktøyet hadde positive resultater, men manglet kontrollgruppe. START-

vurderingene viste høy intern konsistens, pålitelighet av interrater og konvergent validitet med andre risikobestemmelser. Det var mangel på informasjon om variabiliteten til START-skåringer over tid. START's bruk som et tiltak for å redusere vold i rettsmedisinske psykiatriske poliklinikker ble ikke funnet bedre enn standard omsorg. START-risikovurderinger viste sterk prediktiv-validitet for voldsutøvelse og god prediktiv validitet for risiko for selvskading. Det beskrives også at gyldighet for å prediktere risiko for forfall ikke var bedre enn tilfeldige vurderinger. Undersøkelsen anbefaler fremtidig forskning som tar for seg START- prediktive validitet for hele spekteret av uønskede utfall. START verdsettes av brukere, selv om noen mener det kan være vanskelig å differensiere skårene på de enkelte leddene og risikoområder. I den sammenheng er det etterlyst mer trening i bruken av START. I forhold til reliabilitet viser resultatene fra sju studier et akseptabelt resultat ved å bruke Cronbacs Alfa for å måle intern konsistens og interrater reliabilitet (O Shea & Dickens., 2014). Tre andre studier viser til god validitet der man har sammenlignet START med andre retningsgivende klinisk strukturerte risikoinstrumenter som HCR-20 («Historical, Clinical and Risk- Management-20») og SAPROF («Structured Assessment of Protective Factors for violence risk») (Ibid).

Kroppan med flere publiserte i 2017 en artikkel som viste til implementering, bruk av START og dens utvikling siden oppstarten i 2005 på RSA Brøset. Undersøkelsen beskriver implementeringen og gjennomføringen av Short Term Risk and Assessment of Risk and Threatability - START i den Regionale sikkerhetsavdelingen over en periode på ti år. Formålet med studien var å beskrive videreføringen og de tverrfaglige risikovurderingene gjennom de siste ti årene. Undersøkelsen tar for seg to faser av implementeringen hvor første fase er implementering av instrumentet og andre fase handler om å tilpasse verktøyet til daglig behandling og planlegging i avdelingen. Resultatene viste at antall START- skåringer har vært stabile siden implementeringen og at tiden mellom hver skåring hadde en signifikant nedgang. Gjennomgangen av START- skjema viste også en signifikant økning i den tverrfaglige deltakelsen med tanke på faglig bakgrunn. 887 START vurderinger hadde blitt gjort på Regional sikkerhetsavdeling Brøset siden 2005, fordelt på 181 pasienter (Kroppan et al., 2017).

Nonstad med flere publiserte i 2010 en studie som hadde som mål å undersøke gyldigheten av START i et mellomlangt perspektiv med tanke på mulighetene til å forutsi risiko for vold hos pasienter som var innlagt på sikkerhetsavdelingen, Brøset. De fleste av pasientene har blitt dømt til obligatorisk psykiatrisk behandling eller de er blitt henvist fra ordinære psykiatriske sykehus på grunn av alvorlig psykisk lidelse kombinert med alvorlig

atferdsproblemer og volds problemer. Brøset har brukt HCR- 20 (Webster et al., 1997) i en del år, og de fleste av behandlere og miljøpersonale har formell utdanning i risikovurdering. For å sikre en vellykket og god rutine av implementering av START i daglig praksis, ble det i 2015 opprettet en gruppe klinikere på tvers av avdelingene som hadde ansvar for å sikre at START vurderinger ble tatt regelmessig. Målet med implementeringen var å bruke START i behandling, planlegging og vurdering av risiko.

I en periode fra 15. april 2005 og 31. desember 2007. fullførte behandlere og personale 258 START vurderinger av 61 pasienter (Nonstad et al. 2010). Av disse kunne 47 inngå i valideringsstudien fordi de hadde vært på sykehuset i tre måneder etter deres første START vurdering. Disse var 39 menn (83%) og åtte kvinner (17%). Gjennomsnittsalderen var 36 år. 96% hadde diagnosen Schizofreni, 4% hadde primærdiagnose av mental retardasjon med atferdsforstyrrelser. I tillegg hadde 18 av de 47 (38%) rusproblemer (hovedsakelig amfetamin og cannabis), og syv (15%) hadde en personlighetsforstyrrelses diagnose. Analysene ble utført ved hjelp av SPSS hvor START vurderinger (N= 258) mellom april 2005 og Desember 2007 ble inkludert i en reliabilitets analyse. Det ble også beregnet de gjennomsnittlige summene av risiko og styrke skåringer i forhold til endringer fra første til siste måling, for å undersøke dynamisk endring i disse vurderingene. Validitetsanalysen ble utført ved hjelp av 47 pasienter som var innlagt på sikkerhetsavdelingen i minimum 90 dager etter den første START-vurderingen, for å undersøke forholdet mellom START- risiko og styrke skårene og fysisk angrep mot ansatte. For å prediktere gyldigheten av START ble det foretatt en ROC (Operating Characteristic) analyse. Analyser viser at både risiko og styrke skåringer viste god forutsigbar nøyaktighet. Resultatene på den globale vurderingen av risiko for vold viste at 85% av de som hadde blitt estimert som lav risiko hadde ingen voldsepisoder de neste 90 dagene. Undersøkelsen henviser til at det er mye som tyder på at systematiske tverrfaglige team diskusjoner/vurderinger og START manualen hjelper behandler teamet til en grundigere kunnskap om pasienten, noe som gjør en ekte negativ konklusjon om volds risiko mer troverdig. Funnene viser til lovende resultater og viser at START er et skritt i retning av det opprinnelige målet som var å være et nyttig tverrfaglig dynamisk risikovurdering og behandlingsplanleggingsverktøy for et kortsiktig og mellomlangt perspektiv. Forskning på styrker synes også å være relevant i risikovurdering og dette perspektivet er trolig hvis målet prediktiv gyldighet av START er å integrere ulike faggrupper i et helhetlig perspektiv på risikovurderinger og behandling. Bruk av instrumenter som START kan egentlig bidra til å fokusere både på risikostyring og behandling. Dette vil ikke automatisk føre til eliminering av vold i sykehus, men kan gi bedre behandlingsstrategier og ikke minst føre til bedre

samarbeide mellom de ulike faggruppene rundt pasienten. Resultatene indikerer at START er et gyldig risikohånderingsverktøy som responderer på forandringer i en sikkerhetspsykiatrisk avdeling (Nonstad et. al. 2010).

#### **1.4 Oppsummert forskning om gruppebehandling/kognitiv terapi**

Norske og utenlandske behandlingsretningslinjer anbefaler mange behandlingstiltak for pasienter med alvorlige psykoselidelser (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Anbefalinger og forskning beskriver at behandlingstiltak bør inneholde en individuelt tilpasset kombinasjon av evidensbaserte psykoedukasjon og familietiltak (Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, 2013 IS-2013).

Forskning antyder at pasienter med psykoselidelser har et større forbruk av alkohol og narkotika enn normalpopulasjonen (Regier et al., 1990), og de har dårligere behandlingsrespons på anbefalte psykososiale og farmakologiske behandlingstiltak enn andre som ikke bruker rusmidler. Dette medfører oftere tilbakefall, flere behandlingsepisoder, økning i symptomer, ustabil behandlingsmotivasjon, økt funksjonssvikt og mer tvangstiltak i behandlingen (Kavanagh et al., 2002). En spesielt viktig undergruppe er personer med alvorlige psykiske lidelser med sinne-, aggresjons- eller voldsproblematikk. I en NOU-rapport fra 2010 om drap i Norge i perioden 2004-2009 fremheves det at alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med rusmiddelbruk predikerer voldsutøvelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010).

Forskning gjort av McQuaid med flere (2008) henviser at pasienter med psykosesyntomer kan ha nytte av gruppebaserte intervensjoner (McQuaid JR, Mueser K.T & Jeste D.V., 2008). Gruppebehandling kan gi rom for at deltagerne lærer gjennom å observere andre. Eventuelle gruppebaserte intervensjoner for pasienter med psykoselidelser bør ledes av erfarne gruppeterapeuter, ha et evidensbasert grunnlag og en strukturert plan for de ulike gruppemøtene. Omfattende forskningslitteratur på feltet viser at det er empirisk evidens for flere virksomme elementer i psykosebehandling, legemiddelbehandling, psykoedukativt (kunnskapsformidlende) familiesamarbeid og kognitiv terapi (Xia J., Merinder L.B. & Belgamwar, M.R., 2011). I en studie fra MC Master universitetet i Canada ble det foretatt en metaanalyse av 40 studier med til sammen 2104 deltakere, blir det konkludert med at personer med schizofreni kan dra nytte av kognitiv trening, og at

behandlingsformen er et effektivt tilskudd til standard behandling (Wykes T., Huddy V., Cellard C., McGurk S.R., & Czobor P., 2011). Det er også dokumentert at kontinuerlig oppfølging over tid i form av en tillitsfull relasjon mellom behandler og pasient er av stor betydning for forløp og tilfriskning.

Kognitiv terapi er en godt dokumentert behandlingsmetode til mennesker med psykiske lidelser. Dette er bakgrunnen for at kognitiv terapi ofte fremheves i nasjonale behandlingsveileder, også her i Norge (Berge & Repål, 2010). Kognitiv trening anbefales som en del av en helhetlig tilnærming for å trene opp ferdigheter knyttet til daglige aktiviteter og yrkesdeltakelse. Forskning på effekten av kognitiv gruppeterapi på hørselshallusinasjoner og vrangforestillinger ser ut til å være begrenset (Lawrence, Bradshaw, Mair & Haddock 2006). Andre studier, der den kognitive gruppeterapien er rettet mot å behandle samtidige (komorbide) symptomer som depresjon og sosial angst, viser til mer lovende resultater (Ibid).

I en studie foretatt av forskere ved kunnskapssenteret hvor 17 systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet ble inkludert. I denne studien konkluderes det med at undervisning i egen diagnose til pasienter med schizofreni og schizofrenilignende lidelser, bipolar lidelse, alvorlig depresjon, samtidig psykisk lidelse og rusmisbruk, posttraumatisk stress lidelse og blandede grupper med ulike former for alvorlig psykisk lidelse, førte til færre tilbakefall og reinnleggelse for pasienter med bipolar lidelse, schizofreni og schizoaffektive lidelser. Pasienter som fikk undervisning var også mer fornøyde enn de som fikk vanlig behandling (Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten, nr. 10- 2012). I en annen rapport fra Kunnskapssenteret med oppsummert forskning som vurderer effekt av gruppeundervisning til pasienter og pårørende, konkluderes det fra de 15 inkluderte studiene at gruppeundervisning generelt ser ut til å ha en positiv effekt på psykososiale utfall som psykisk helse, mestring, relasjoner og kunnskap om egen sykdom. Rapporten konkluderer også med at for personer med schizofreni har gruppeundervisning muligens bedre effekt på psykisk helse og kunnskap om egen sykdom enn vanlig praksis. I rapporten henvises det til behov for mer forskning som vurderer effekter av gruppeundervisning på helseutfall, pasienttilfredshet og bruk av helsetjenester (Kunnskapssenteret, 19.22. 2011). I en annen rapport fra samme kilde (Kirkhei, 2008) som oppsummerer forskning fra ti ulike psykososiale behandlingstiltak for pasienter som både har ruslidelser og alvorlig psykisk lidelse, henvises det til at kun to av behandlingstiltakene ga dokumentert effekt. Den ene var motiverende intervju, som er en behandling rettet mot ruslidelsen og den andre var motiverende intervju i kombinasjon med kognitiv atferdsterapi kan virke positivt på sosial atferd og livskvalitet sammenlignet med behandlinger som psykoedukasjon og gruppeterapi. Forskningen viste ingen dokumentert

effekt for de andre behandlingstiltakene. Forskere tar forbehold om at resultatene er basert på enkeltstående studier, ofte med få deltakere og metodiske svakheter. Forskning gir visse holdepunkter for at motiverende samtale metoder reduserer rusmiddelbruk. Motiverende intervju bygger på forskning som viser behov for et alternativ til en konfronterende stil i møte med pasienter med rusmiddelproblemer. En konfronterende stil fører til høyere frafall i behandlingen og dårlig behandlingsresultat (Helsedirektoratet, 2011). Kognitiv atferds basert samtalebehandling kombinert med motiverende intervju kan redusere rusmiddelbruk og bedre sosialt funksjonsnivå og generell livskvalitet hos pasienter med psykoselidelser og samtidig rusmiddel problemer. Personer med psykoser bruker i større grad illegale rusmidler og alkohol enn normalpopulasjonen (Ibid, 2011). Livstidsforekomsten av rusmiddelbruk er rapportert å være så høy som 40 til 50 % i enkelte pasientgrupper men det finnes betydelige kulturelle forskjeller. I Norge har livstidsraten vært rapportert til 45 % for cannabismisbruk hos pasienter med schizofreni og 62,5 % for rusmiddelmisbruk hos inneliggende pasienter med primær psykoselidelse (Ibid, 2011). Videre er det rapportert 44 % høyere misbruk av illegale stoffer blant pasienter med diagnosene schizofreni og bipolar lidelse sammenlignet med normalpopulasjonen. Forekomsten av ruslidelser (både rusutløst psykose og rusmiddelbruk ved psykoser) er særlig høy i sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger. Samtidig rusmiddelmisbruk ved psykoser er av stor klinisk betydning, fordi det har en negativ effekt på prognosen og kan påvirke valget av behandling og oppfølging. Studier har rapportert om lengre psykoseepisoder, oftere tilbakefall og reinnleggelse, økt symptomtrykk samt senket funksjonsnivå og behandlingsmotivasjon (Helsedirektoratet 2011). Alvorlige psykiske lidelser og samtidig rusmiddelmisbruk øker også risikoen for voldsbruk. Ved behandling av psykose og samtidig rusmiddelbruk anbefales det å ha et samtidig fokus på både rus og psykose (integreert behandling). Dette er i tråd med Nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Utgangspunktet er at behandlingen til enhver tid skal bygge på faglig anerkjente og evidensbaserte metoder og tilnærminger.

I en Svensk studie foretatt av Rickard Färdig m.fl «A Randomized Controlled Trial of the Illness Management and Recovery Program for Persons With Schizofrenia», hvor hensikten var å evaluere effekten av Illness management and recovery (IMR) program på symptomer og sosial fungering til pasienter med schizofreni og schizoaffektive lidelser. Blir det konkludert med at deltakerne i IMR- programmet hadde forbedringer i mestring av egen lidelse enn pasienter i kontrollgruppen som fikk ordinær behandling. Flere pasienter har gitt uttrykk for at de trives med å delta i gruppe og at de opplever en større grad av medvirkning i



egen behandling, samt at de har lært gode teknikker for mestring av varselsignaler (Färdig R, Lewander T, Melin L, Folke F & Fredriksson A, 2011).

## **1.5 Studiens hensikt og forskningsspørsmål**

Brøsetmodellen er et lærings- og mestringsbasert gruppe tilbud rettet mot personer med psykosesykdom, sinne/aggresjonsproblemer og rusproblemer. Målet med gruppebehandlingen er å fremme mestring og bedringsprosesser hos personer med schizofreni. Litteraturen beskriver at Recovery, eller bedringsprosesser, kan sees på som en filosofi eller en handling som fremmer muligheter og tro på at mennesket kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv. Selv om man har psykiske problemer eller lidelser (Vatne, 2006).

Hensikten med studien er å evaluere et allerede etablert gruppebasert behandlingstiltak. En evaluering av gruppebehandlingen, kan bidra til og videreutvikle intervensjonen i forhold til mennesker med alvorlige psykose lidelser på sikkerhetsavdelingen.

Det er flere grunner til at det er interessant å se nærmere på dette temaet. For det første er dette et ikke- medikamentelt behandlingstilbud til pasienter med en alvorlig psykoselidelse. Gruppebaserte behandlingstilbud er ingen tradisjonell behandlingsform i en Regional Sikkerhetsavdeling. Den Regionale sikkerhetsavdeling har som mål å yte tjenester til pasienter med alvorlige psykiske lidelse, som har høy risikoatferd, eller er for ressurskrevende for det ordinære helse- eller fengselsvesen. Hovedfokuset er å gjøre pasienten i stand til å motta tjenester på et lavere omsorgsnivå, og å redusere atferdsavvik, da spesielt risikofylt atferd. I en sikkerhetsavdeling er fokuset rettet mot sikkerhet, stabilisering av psykisk tilstand og risikovurdering/håndtering. Gruppebehandlingstilbud er å betrakte som et supplement til standardisert behandling. Pr i dag foreligger det ikke noen undersøkelser/studier på Brøset om hvorvidt pasientene har hatt nytte av gruppebehandlingen. Det vi vet er at deltakerne har gitt uttrykk for at de synes dette er et godt tilbud, der de fleste har fullført, og beskriver at de har opplevd kursprogrammet som nyttig.

Funnene i undersøkelsen kan være viktig på flere områder, og kan bidra til kunnskap om at gruppebehandling kan være en god tilnærming. Ved å se på innholdet i et slikt behandlingstilbud, kan dette gi oss nyttig informasjon om hvilke elementer i behandlingen som kan bidra til mestring av egen lidelse hos pasienter med alvorlig psykoselidelse.

Erfaringer og tilbakemeldinger fra kursledere og pasienter er positive, og vi har på bakgrunn av dette en forforståelse av at dette er et virksomt og nyttig kurstilbud til pasientene. Flere pasienter har gitt uttrykk for at de trives med å delta i gruppe, og at de opplever en større grad av forståelse og medvirkning i egen behandling, samt at de har lært gode teknikker for mestring av egne varselsignaler. Brøsetmodellen er ment for å intervensere på områder hvor pasientene kan bedre sine ressurser, samt redusere sine sårbarheter. Hensikten med gruppebehandlingen er å fremme mestring av egen lidelse, bedring av sosiale ferdigheter og redusere risiko hos personer med alvorlige psykiske lidelser. Det er foreløpig ikke blitt gjort noen klinisk forskning på gruppebehandlingen. Vårt forskningsspørsmål vil for denne oppgaven være følgende:

*«Hvordan kan pasienter med alvorlig psykisk lidelse, rus og voldsproblematikk behandles med en gruppe/psykoedukativ behandling og hvilke erfaringer kan vi presentere etter at det har vært gjennomført behandling med 15 pasienter?»*

## **1.6 Begrepsavklaring**

Denne studien er særlig rettet mot pasienter som i oppgaven blir omtalt som mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Med alvorlig psykisk lidelse menes det et bredt sammensatt spekter av ulike tilstander, beskrevet med deskriptive diagnoser i ICD-10 (WHO, 2014). Denne oppgaven omhandler spesielt pasienter med psykoselidelser da primært schizofreni ICD 10-F.20.

Det sees en økning av pasienter med forekomst av psykiske lidelser og samtidig rusmiddelbruk. Denne pasientgruppe benevnes som ROP-lidelser (Rus og psykiske lidelser). Innenfor ICD -10 hører disse pasientgruppene til i kapittel F.20-29. Lidelsene kan ofte utløses, vedlikeholdes og forverres ved bruk av rusmidler, men symptomene blir ikke helt borte, selv uten rusmiddelinntak (Ibid, 2014).

Begreper som pasient, deltaker, gruppedeltaker blir brukt om hverandre, og henviser til mottakeren av behandling i en Regional sikkerhetsavdeling. Begreper som, Brøsetmodellen, gruppebehandling, kurs og psykoedukasjon blir brukt om hverandre og henviser til som den ikke-medikamentelle behandling som gis. Når utvalget blir omtalt beskrives det som både pasienter, kartleggingskjema og deltakere.

Mestring, i en mestringsprosess veksler vi gjerne mellom ulike strategier og tilnærminger. En tilnærming er å se på karakteristiske trekk ved en persons mestring for å se

på karakteristiske trekk for eventuelle mestringsstiler, og om de er hensiktsmessige. En annen tilnærming er å se på mestring som en prosess der vi veksler mellom ulike mestringsstrategier. Lazarus og Folkman har en slik tilnærming (Renolen, 2008). En tredje måte er å se på mestring i et salutogenetisk perspektiv, slik som Antonovsky gjør. Vinklingen i denne tilnærmingen er forståelse av faktorer som bidrar til individets mestring. Håp og sosial støtte er også av betydning for mestring (Ibid. 2008).

Recovery, eller bedringsprosesser, kan sees på som en filosofi eller en holdning som fremmer muligheter og tro på at mennesket kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, selv om man har psykiske problemer eller lidelser. Det finnes flere definisjoner på recovery, den mest kjente er: *«Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve på som er tilfredsstillende, deltakende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv»* (Anthony 1993 i Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013 s.10).

## **1.7 Oppgavens oppbygging**

Innledningsvis har vi gjort rede for oppgavens tema og bakgrunn. Der har vi presentert hva de Nasjonale Faglige retningslinjer og forskning anbefaler i forhold til behandling og oppfølging av pasienter med alvorlig psykoselidelser, samt rus og psykoselidelser. I neste kapittel presenterer vi den Regionale sikkerhetsavdelingen, med en beskrivelse av sikkerhetspsykiatriens juridiske grunnlag. I kapittel 3 presenteres det teoretiske grunnlaget for gruppebehandlingen. Kapittel 4 omhandler oppgavens metode og design. Her presenteres intervensjonen (Brøsetmodellen) og måleverktøyet (START). Resultatene fremlegges i kapittel 5. Deretter følger diskusjonskapittelet som blir innledet med studiens diskusjon av metode. Oppgaven avsluttes med en konklusjon, vurdering av studiens styrke og svakhet, og avsluttende anbefalinger til klinisk praksis og videre forskning.

## **1.8 Presentasjon av Regional sikkerhetsavdeling**

Denne studien er gjennomført ved en regional sikkerhetsavdeling. I dette kapittelet beskrives sikkerhetsavdelingenes funksjon og juridiske grunnlag.

Regionale sikkerhetsavdelinger finnes i Oslo, Bergen og Trondheim, og skal ta imot sinnslidende som er så farlige eller særlig vanskelige at de ikke kan være i det ordinære

Helsevesenet. RSA Brøset yter tjenester til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, som har høy risikoatferd, og/eller er for ressurskrevende for det ordinære helse- og eller fengselsvesenet. Hovedfokuset: er å gjøre pasientene i stand til å motta behandling på et lavere omsorgsnivå – å redusere atferdsavvik, i særlig grad risikofylt atferd.

Sikkerhetsavdelingens oppgaver/lovverk

- Behandling av pasienter etter PHL. § 3.2/3.3
- Gjennomføring av dom til tvunget psykisk helsevern § 5.2
- Straffegjennomføringsloven §12 og § 13
- Rettspsykiatrisk observasjon etter straffeprosessloven. § 167
- Risikovurdering og risikohåndtering.

Etablering og gjennomføring av psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten reguleres av psykisk helsevernloven (1999), og pasienter som behandles innenfor sikkerhetspsykiatrien skal som andre psykisk syke, behandles ut fra sin psykiske lidelse og tilstand, og ut fra sitt behov for behandling og sikkerhetstiltak (Sosial- og helsedirektoratet, 2003).

Hensikten med miljøbehandling for pasienter i en sikkerhetsavdeling er å skape et behandlingsmiljø som setter grenser for pasients atferd, og som samtidig holder ut deres følelser. De skal gis utfordringer som de er i stand til å mestre, og som samtidig er utfordrende nok til at ny læring kan finne sted (Krøvel B, Rishovd Rund & Rør E, 1997).

### **1.9 Pasientforløp i Regional sikkerhetsavdeling Brøset:**

St. Olavs Hospital har i løpet av de siste årene implementert standardiserte pasientforløp for alle behandlingseenhetene ved sykehuset. Definisjonen av et standardisert pasientforløp bygger på European Pathway Association(EPA) sin definisjon av Care pathway, og fremhever følgende viktige kriterier for et standardisert pasientforløp:

- En koordinert tverrfaglig prosess for en definert pasientgruppe, som kan omfatte utredning, behandling, oppfølging og omsorg.
- Diagnostikk, behandling og oppfølging skal være evidensbasert og skal føre til kunnskapsbasert praksis (St. Olav, kilden, 2014).

Om standardiserte pasientforløp brukes også betegnelser som standardiserte behandlingslinjer, behandlingsforløp, Critical pathways, Care pathways og Clinical pathways.

Et pasientforløp er *den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene* (St.meld. nr. 47, 2008).

Helse Midt-Norge har følgende definisjon:

*«Et standardisert pasientforløp er implementering av en dokumentert beskrivelse av et planlagt pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i faglig evidens og koblet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater. I det beskrevne pasientforløp inngår både kliniske og ikke-kliniske prosedyrer, tid og samhandling»* (Helse Midt-Norge RHF 2008).

Målet med standardisert pasientforløp:

- Er retningsgivende for den daglige pasientbehandlingen
- Sikrer kunnskapsbasert og likeverdig pasientbehandling.
- Gir alle involverte oversikt over behandlingsforløpet og sikrer god ressursutnyttelse og samhandling.
- Sikrer riktig pasientinformasjon
- Er et hjelpemiddel i opplæring av studenter og nytilsatte
- Er et hjelpemiddel i løpende oppfølging av pasientbehandling og gir grunnlag for forskningsbasert evaluering (St. Olav, kilden, 2014).

Fig.1: Presentasjon av et pasientforløp ved St Olav Regional sikkerhetsavdeling

Pasienter innlagt under  
psykisk helsevern ved RSA  
Brøset.

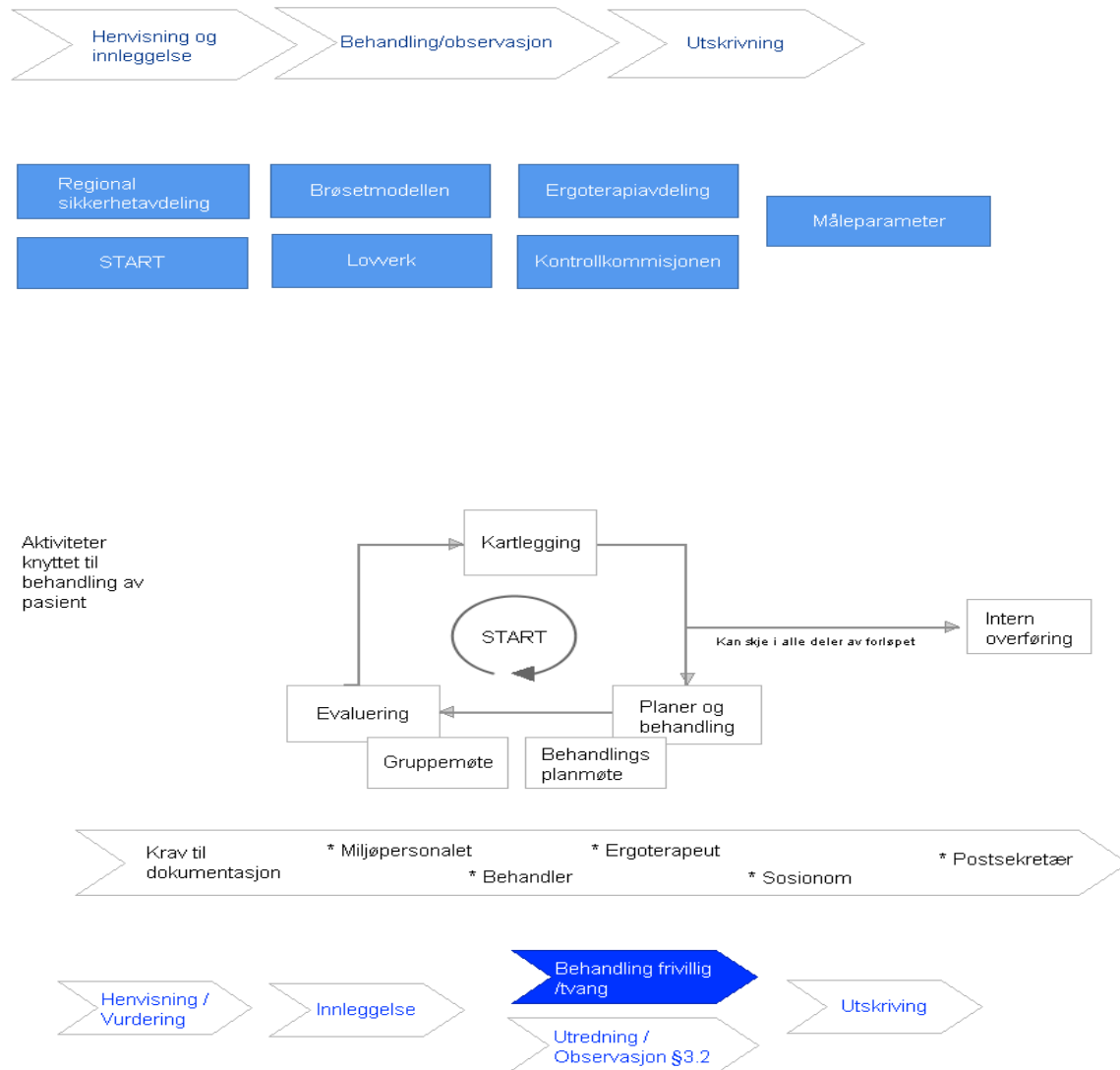


Fig. 1

## 2 Teoretisk Grunnlag

I dette kapitlet vil vi presentere relevant bakgrunns teori for studien. Først vil vi presentere aktuell teori og kunnskapsgrunnlag som kursprogrammet er forankret i. Deretter følger teori som omhandler fagområdet vi tilhører. For å synliggjøre utgangspunktet for vår studie, har vi funnet det hensiktsmessig å beskrive studiens faglige plassering, alvorlig psykisk lidelse, ROP-lidelse, schizofreni og til slutt recovery/bedringsprosesser, empowerment og mestring, da vi anser disse som viktige i forhold til undersøkelsens problemstilling som er knyttet til spørsmålet om mestring og bedringsprosesser.

### 2.1 Brøsetmodellen og sosial læringsteori

Sosial læringsteori ser på rollen som observasjons læring og selvregulering i initiering av menneskelig atferd, oppmerksomhet til samspillet mellom menneskelig atferd og miljø. Læringsteorien anses å undersøke individuelle kognitive, atferdsmessige og miljømessige faktorer og deres samspill. Noe av det viktigste innen denne teorien er at vår atferd er mer påvirket av «viktige» andre enn av vår viten og intensjoner. Antakelsen er at mennesker lærer gjennom modellering og sosial forsterkning. Når barn observerer at ønsket atferd fører til positive sosiale forsterkninger, er det økt sannsynlighet for at de selv skal utføre ønsket atferd. En viktig forutsetning for barn selv skal utføre ønsket atferd, er at barnet har nødvendig sosial kompetanse til å utføre handlingen (Renolen, 2008).

Læringsprinsippene i kursprogrammet er hentet i fra sosial læringsteori. Det er modellering, feedback med belønning/ros, atferdsforming, repetisjon og generalisering (Gråwe RW & Espeland B, 2001).

Modellering: Er det som skjer når gruppelederne demonstrerer sosiale ferdigheter via rollespill. Læringen skjer via observasjon av andre.

Belønning/ros: Belønning eller positiv forsterkning i form av mye ros for alle bidrag. Vi unngår kritikk og andre negative tilbakemeldinger, noe som gjør at det blir lystbetont og trygt læringsmiljø. Vi legger inn oppmuntringer underveis og serverer kaffe, noe å spise på. Vi ser på film, går på kafe for å markere når vi har avsluttet en modul.

Atferdsforming: Ferdighetstrening og læring hos pasienter med kognitiv svikt skjer ofte med små skritt. De fleste ferdighetene som skal læres, er for komplekse til at de kan læres på første forsøk. Hvis du skal skape trinnvise forandringer i deltakernes sosiale ferdigheter,

kreves det at gruppelederne er oppmerksomme på selv mindre forandringer. Ved å gi mye positiv oppmerksomhet til disse framskrittene, vil de feste seg og du kan gå videre. Forandring i sosial atferd skjer gradvis, og over tid hvis det gis rikelig med oppmuntring og støtte for hvert skritt på veien.

Repetisjon: Det legges stor vekt på å repetere ferdighetene så mange ganger at de til slutt blir den mest naturlige handlemåten uten at man tenker seg om.

Generalisering: Det å kunne bruke en innlært ferdighet i en annen situasjon kan være vanskelig for mange. Kursledernes oppgave er å skape så mange muligheter til å praktisere ferdighetene at det blir naturlig å bruke dem i passende situasjoner. Derfor er rollespill og problemløsnings øvelser hyppig brukt (Ibid).

## **2.2 Kognitiv terapi, psykoedukativ tilnærming og gruppebehandling**

Kognitiv terapi innebærer å lære ferdigheter og oppnå mål, og er en fleksibel arbeidsform som kan kombineres med andre behandlingsformer. Berge og Repål (2010) sier at en god behandling inkluderer kombinasjoner av flere tilnærminger. Supplerende forståelsesmåter øker muligheten for fleksibel tenkning. Det kan bidra til at terapeuten blir mer åpen for det særegne ved den enkelte pasients situasjon.

Utgangspunktet for den kognitive tilnærmingen er at det er en glidende overgang mellom psykiske lidelser og normal fungering. Det vil si at det dreier seg om gradsforskjeller og ikke vesensforskjeller. Det fører igjen til at vi kan kjenne oss igjen i hva et menneske med psykiske problemer opplever. Hovedpunktet i kognitiv terapi er å støtte pasienten i å mestre sine livsproblemer, samtidig hjelpe personen med å endre uhensiktsmessige tankemønstre og atferd som er forbundet med problemene, og belyse hva som kan ha bidratt til dem (Berge T & Repål A, 2010). Samarbeidet mellom terapeut og pasient går ut på å gi en forklaring på hva som skjer, og hvorfor det skjer. Det er viktig at terapien gjøres forståelig for pasienten. På den måten kan pasienten fremstå som en aktiv problemløser og medarbeider i terapien. Andre kjennetegn i den kognitive terapien er at terapeuten er aktivt samtalende ved å informere, forklare, gi råd og stille konkrete spørsmål. Et viktig mål i kognitiv terapi er at pasienten forholder seg utforskende og spørrende til sitt liv, sine tanker og sin egen indre samtale. Det fører ofte til at pasienten i større grad kan gi seg selv bekreftelse, støtte, forståelse og trøst. (Berge T & Repål A, 2010).

Kognitiv terapi er en populær og etterspurt terapiform både internasjonalt og i Norge. Terapiformen, som også kalles kognitiv atferdsterapi, anvendes i stadig nye sammenhenger.



Kognitiv terapi er en godt dokumentert behandlingsmetode til mennesker med psykiske lidelser. Dette er bakgrunnen for at kognitiv terapi ofte fremheves i nasjonale behandlingsveiledere, også her i Norge. Kognitiv terapi ved psykoser er et felt i utvikling, og tilnærmingen har bidratt til økt forståelse av psykotiske lidelser og økt behandlingsoptimisme. (Berge & Repål, 2010). Berge & Repål henviser i *håndbok for kognitiv terapi* til studier hvor det er godt dokumentert at kognitiv terapi ved psykoser har god effekt, og at denne synes aller best for pasienter med vedvarende og medikament resistente psykotiske symptomer (Ibid). Kognitiv trening anbefales som en del av en helhetlig tilnærming for å trene opp ferdigheter knyttet til daglige aktiviteter og yrkesdeltakelse. Den kognitive ABC-modellen beskriver sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger. Modellen er grunnleggende i kognitiv terapi og blir ofte brukt i behandlingen (Ibid).

Effekten av kognitiv gruppeterapi på hørselshallusinasjoner og vrangforestillinger ser ut til å være begrenset (Lawrence, Bradshaw, Mair & Haddock, 2006). Andre studier, der den kognitive gruppeterapien er rettet mot å behandle samtidige (komorbide) symptomer som depresjon og sosial angst, viser til mer lovende resultater (Ibid).

Psykoedukativ tilnærming er blitt en anerkjent tilnæringsform som anvendes i forhold til behandling av flere typer psykiske lidelser, og er en del av den kognitive behandlingsmodellen. Tilnæringsformen brukes både til pasienter, deres pårørende og omsorgspersoner. Intensjonen med psykoedukativ tilnærming er å informere og veilede om lidelsen eller problemet, som kan hjelpe frem personlig ansvar og optimisme, - gi styrke til egen medvirkning (Berge & Repål, 2010). Metoden er i dag brukt i forbindelse med mange ulike helseproblemer, og forskning viser at den er effektiv ved at den øker mestringskompetansen, forebygger tilbakefall og fremmer rehabiliteringen (Berntsen H, 2003). I psykoedukativ tilnærming er det viktig å invitere pasienten inn som aktiv samarbeidspartner i behandlingsprosessen. Gjennom samarbeide som innbefatter undervisning er målsetningen at pasienten skal ta mer ansvar for eget liv, se behovet for å endre atferd, handling eller livssituasjon.

### **2.3 Motiverende intervju**

I kursets modul som omhandler «Å mestre ruspress og rustrang» anvendes teknikker fra motiverende intervju.

Motiverende intervju er en evidensbasert samtalemetode som passer i alle sammenhenger der man ønsker å stimulere en annen person til å endre sin atferd. En definisjon av motiverende intervju fra Miller og Rollnick er følgende:

«Motiverende samtale er en samarbeidsorientert samtalemetode som har til hensikt å styrke en persons egen motivasjon og forpliktelse til endring» (Ivarsson BH, Ortiz L & Wirbing P, 2015. s.12).

Motiverende intervju, passer godt til samtaler om endring i sosialt arbeid. Motiverende intervju engasjerer klienten i løsningen av problemer i hans/hennes eget liv ved å lokke fram motivasjon. Metoden bygger på det grunnleggende synet om at mennesker som befinner seg i ulike vanskelige livssituasjoner, har en iboende kompetanse til å finne den riktige veien i sitt eget liv. Metoden brukes i dag på de fleste livsstilsområdene, blant annet innenfor alkoholavhengighet, tobakk- og rusmiddelbruk, overvekt, spiseforstyrrelser og fysisk innaktivitet (Ibid).

Motiverende intervju samtaler i kombinasjon med andre metoder og programmer, kan forsterke effekten av de andre metodene. Motiverende samtaler kan for eksempel brukes før eller under en kognitiv atferds behandling for å øke klientens motivasjon for behandlingen (Ibid).

Forskning gir visse holdepunkter for at motiverende samtale metoder reduserer rusmiddelbruk. Motiverende intervju bygger på forskning som viser behov for et alternativ til en konfronterende stil i møte med pasienter med rusmiddelproblemer. En konfronterende stil fører til høyere frafall i behandlingen og dårlig behandlingsresultat (Helsedirektoratet, 2011). Kognitiv atferdsbasert samtalebehandling kombinert med motiverende intervju kan redusere rusmiddelbruk og bedre sosialt funksjonsnivå og generell livskvalitet hos pasienter med psykoselidelser og samtidig rusmiddel problemer

## **2.4 Alvorlig psykisk lidelse**

Psykiske lidelser er et bredt sammensatt spekter av ulike tilstander, beskrevet med deskriptive diagnoser i ICD-10 (WHO, 2014). Avhengighetslidelser regnes også som psykiske lidelser. I rapporten Psykiske lidelser i et folkehelseperspektiv beskrives psykiske lidelser slik:

«Psykiske lidelser er plager og symptomer som påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Det omfatter alt fra mildere plager som fobier og lettere angst og depresjonslidelser til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni» (Mykletun A, Knutsen AK, & Mathiesen KS, 2009).

Pasienter med alvorlig psykiske lidelser er en heterogen gruppe, og mange av dem har psykosesymptomer og psykosial funksjonssvikt. Vi har i denne oppgaven avgrenset oss til denne undergruppen pasienter. Selv om pasienter har samme type sykdom eller diagnose som for eksempel schizofreni rammes de ulikt. Det betyr at de har ulik symptomatologi, funksjonssvikt, respons på behandling og komorbiditet. Slike forskjeller gir ulike behov for behandling og rehabilitering hos spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helsedirektoratet, 2013).

## **2.5 Schizofreni**

Schizofreni er den alvorligste psykiske lidelsen. Den starter oftest tidlig i livet, har ofte et kronisk forløp og gir nedsatt funksjonsevne og livskvalitet. Ofte vil pasienter med schizofreni være hjelpetrequende det meste av livet. Knappt 1 % av folket får denne lidelsen, likevel er den blant de ti viktigste årsakene til tapte leveår og funksjonssvikt verden over. I tillegg til de direkte følgene av lidelsen kan pasienten også slite med stigmatisering og fordommer. Selv om prognosen er dyster, finnes det gode holdepunkter for at moderne behandling og rehabilitering kan bidra til å redusere plagene og gi en forbedret livskvalitet (Aarre, Bugge og Juklestad, 2009).

Schizofreni blir definert ved at pasienten er psykotisk over tid uten å være alvorlig deprimert eller manisk. Det legges vekt på såkalte førstegangssymptomer som er karakteristiske for schizofreni. De typiske schizofrenisymptomene kan deles opp i positive og negative symptomer. Eksempler på positive symptomer er: hallusinasjoner, vrangforestillinger, kaotisk atferd og tankeforstyrrelser. Negative symptomer kan beskrives som: følelsesmessig avfatning, viljehemming, lite initiativ og engasjement, kontaktsvakheter og gledesløshet (Ibid).

De fleste pasienter med schizofreni har vrangforestillinger. Dette er uriktige forestillinger som personen fastholder til tross for manglende grunnlag eller til og med bevis for det motsatte. Eksempler på vrangforestilling kan være at pasienter føler trakassering, forfølgelse, komplott og utspionering. Et annet vanlig symptom er tankeforstyrrelse. Det innebærer at tankestrukturen blir oppløst og viser seg ved at talen blir vanskelig og vanskelig å forstå på grunn av avsporinger, vilkårlige assosiasjoner, ugjennomtrengelig symbol- eller metaforbruk, merkelig bruk av kjente ord eller neologismer (Ibid).

Det vanlige ved negative symptomer er at pasientene blir likegyldige med sitt eget utseende og blir uflidde og ustelt. Det fører også til lav livskvalitet og dårlig sosial og

yrkesmessig funksjon. De negative symptomene regnes ikke som psykotiske, og man kan ikke diagnostisere schizofreni kun på bakgrunn av de symptomene.

Pasienter med schizofreni har større sjanse for å utvikle rusmiddelbruk. Det er vanskelig å avgjøre om rusmidlene har framkalt eller vedlikeholdt en psykose, eller om pasienten har schizofreni som følge av rusmiddelbruk (Ibid).

Årsaksforholdet til schizofreni er i dag ukjent. Det er uklart om spesielle personlighetsegenskaper eller forhold under oppvekst kan være av betydning for at noen utvikler schizofreni. Diagnosen stilles som oftest etter det første psykotiske gjennombruddet. Likevel kan man anta at de psykotiske symptomene ofte bare er sluttproduktet av en langvarig sykdomsutvikling. Den gradvise utviklingen av symptomer betegnes som prodromalfase. Typiske prodromalsymptomer er sosial tilbaketrekking, sviktende hygiene, uvanlig atferd, sinne eller manglende interesse for skolearbeid. Sykdomsutviklingen kan være brå eller snikende. Den første psykotiske episoden inntreffer ofte i tidlig 20-årene for menn, og sent 20-årene for kvinner. Personer som får lidelsen tidlig, har ofte dårligere prognose. Tidlig debut av symptomer er ofte forbundet med dårlig sosial tilpasning i årene før, lavt utdanningsnivå, negative symptomer, kognitiv svikt og holdepunkter for strukturelle hjerneforstyrrelser (Ibid).

Det videre forløpet er ofte varierende. De fleste opplever det som kalles residualsymptomer som for eksempel kan være negative symptomer, tankeforstyrrelser eller uvanlig atferd. Ofte blir de negative symptomene og kognitiv svikt mer uttalt senere i sykdomsforløpet. Snikende sykdomsutvikling gir verre prognose. Det med best utgangspunkt er personer som tidligere har fungert normalt, og de med kortvarige psykotiske symptomer. Noen hevder at psykotiske episoder i seg selv er skadelige for sentralnervesystemet, slik at prognosen blir dårligere for hver psykotisk episode (Ibid).

Pasienter med schizofreni er forbundet med betydelig overdødelighet. Dette sees i sammenheng med økt fare for selvmord og kroppslige sykdommer. Selvmord skjer oftest i faser med depresjon, de aller fleste personer med schizofreni utvikler depresjoner i løpet av sykdomsforløpet. Schizofreni er i tillegg forbundet med helseskadelig atferd som tobakksrøyking, usunt kosthold, rusmiddelbruk og lite fysisk aktivitet. Mange pasienter opplever også betydelig vektøkning på grunn av legemiddelbehandling (bivirkninger). Effektive behandlinger mot schizofreni er antipsykotisk medisin, familierapi, systematiske opplæringsprogrammer, kognitiv atferdsterapi og sosial ferdighetstrening (Ibid).

## **2.6 Ruslidelse og psykisk lidelse- ROP- lidelser:**

Ruslidelser og psykiske lidelser påvirker hverandre gjensidig og krever spesiell oppmerksomhet. Personer med samtidig rus lidelse og psykisk lidelse bruker ofte rusmidler på en ødeleggende måte, og de faller lett utenfor behandlingstiltak. Rusmiddelmissbrukere er en svært sårbar gruppe, de befinner seg nær bunnen av den sosiale rangstigen og møter ofte liten forståelse, men desto mer moralisering, diskriminering og mistenkeliggjøring (Skårderud, 2010). Det er ingen enkeltstående forklaringer på sammenhengen mellom rus og psykiske lidelser. Psykiske lidelser kan utløse rusproblemer, samtidig som rusavhengighet kan forårsake psykiske problemer. I tillegg vil det ofte være en gjensidig interaksjon der ruslidelser og psykiske problemer utløser, forsterker og vedlikeholder hverandre (Ibid).

En rusdiagnose kan settes når følgene av et rusmiddelbruk påvirker personens livssituasjon og livsførsel på en ødeleggende måte. Det finnes to allment godtatte definisjoner på rusdiagnoser og substanser, i ICD-10 og DSM. IV. Rusdiagnoser knyttes til ICD-10 dels hvilke stoffer som brukes, dels til brukermønsteret. I ICD-10 skilles det mellom skadelig bruk og avhengighet. I DSM-IV skilles det mellom misbruk og avhengighet. I dagligtale brukes gjerne «rusmiddelmissbruk» om begge begrepene. Man skiller ikke mellom legale og illegale rusmidler, men hvordan rusmidlene påvirker den psykiske lidelsen og det psykososiale funksjon nivået. I ICD-10 betegnes skadelig bruk som når psykoaktive substanser brukes slik at de gir helseskader. Skaden kan være somatisk eller psykisk. Ved rusutløste psykoser er symptomene framkalt av den relativt umiddelbare effekten av kjemiske substanser. Psykosesymptomene oppstår vanligvis noen timer eller dager i etterkant av inntak av det respektive stoffet (Helsedirektoratet, 2012).

## **2.7 Recovery/Bedringsprosesser**

Tidligere har ofte synet på mulighetene for bedring hos personer med alvorlige og langvarige psykoselidelser vært preget av pessimisme. Dette synet understøttes ikke i forskningslitteraturen, som tvert om viser at mennesker med alvorlige psykiske lidelser kommer seg og opplever bedring (Borg M., 2009).

Recovery, eller bedringsprosesser, kan sees på som en filosofi eller en holdning som fremmer muligheter og tro på at mennesket kan leve meningsfulle og tilfredsstillende liv, selv om man har psykiske problemer eller lidelser. Det finnes flere definisjoner på recovery, den mest kjente er av Anthony 1993:

«Recovery er en dypt personlig, unik prosess med endring av egne holdninger, verdier, følelser, mål og ferdigheter og/eller roller. Det er en måte å leve på som er tilfredsstillende, deltakende og fylt av håp, selv med de begrensninger som lidelsen forårsaker. Bedring involverer utvikling av ny mening og innsikt i eget liv» (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013 s.10).

Hummelvoll (2014) skriver at begrepet recovery brukes på flere måter: som en prosess, en innstilling, en visjon eller som et veiledende prinsipp. Grovt sett kan det skilles mellom tre hovedbruksmåter:

1. *Recovery som en spontan og naturlig hendelse. Selv om man har fått en diagnose, kan man komme seg igjen uten behandling. Fenomener som resiliens (motstandsdyktighet) og personlig robusthet kan ligge bak denne forståelsen av bedring.*
2. *Recovery som en konsekvens av virksomme behandlingsintervensjoner («klinisk bedring») viser seg gjennom at man er symptomfri og makter dagliglivets oppgaver.*
3. *Recovery som oppleves selv om man fortsatt har symptomer og funksjonssvikt, men hvor man bærer håpet og ambisjonen om å leve godt og meningsfullt på tross av omstendighetene (Hummelvoll, 2012. s. 56).*

Forutsetninger for at bedring skal skje, er at det tilbys hjelp og støtte fra omgivelsene som gjør det mulig å leve et trygt og verdig liv. Begreper som brukes i psykisk helsearbeid har en tilnærmet lik betydning som «recovery». Begrep som, *rehabilitering* (omfatter de tjenester og ressurser som gjøres tilgjengelig for mennesker med funksjonshemminger for å lette tilpasningen til deres livssituasjon), *Empowerment* (myndiggjøring), restituering (gjenvinne eller gjenopprette noe som er mistet pga. helsesvikt som for eksempel sosial status), mestringsstrategier (finne fram til hva som hjelper for å møte problemer, og å utvikle egne verktøy for og « håndtere» helseproblemer), *Healing og Velvære* (å oppdage på nytt ens indre kapasitet for selvheling- med eller uten hjelp fra profesjonelle- og oppnå velvære på tross av at symptomer fortsatt finnes), og *resiliens* (motstandskraft- dvs. evnen til å klare seg og å lære av livsutfordringer). Alle disse begrepene bør ikke sees som konkurrerende, men som aspekter ved recovery – som kan omfatte alle disse betydningene (Ibid).

Professor i psykologi, Patricia Deegan, hevder at recovery eller bedringsprosesser i forhold til psykiske lidelser for noen kan være en vedvarende og i enkelte tilfeller livslang prosess. Det helt sentrale er at det er den lidende, eller den som har et psykisk funksjonsproblem, som selv er ansvarlig for egen bedringsprosess. Deegan sier også at en godt kan velge å samarbeide med fagfolk i bedringsprosessen men at det da er viktig å finne

de rette fagfolkene. Den som har psykiske problemer, skal altså selv være den aktive og styrende i sin bedringsprosess (Bøe & Thommassen, 2007). Borg og Topor har i forskning pekt på noen elementer i forhold til hva som er betydningsfullt for gode bedringsprosesser, der trekkes det fram tre hovedkategorier som handler om, «en selv, den profesjonelle og tjenestene og det sosiale». I følge studier av Borg og Topor (gjengitt i Hummelvoll, 2012), trekker de også fram det å fremme håp og positive forventninger til fremtiden er vesentlige elementer (Ibid).

I en studie om «Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet. Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser», av Marit Borg, konkluderes det med at informantenes opplevelse av bedringsprosesser var knyttet til prosesser om «å leve livet sitt». Hverdagen fortsatte tross de psykiske problemene og de var opptatt av å håndtere konsekvensene av vanskene sine. Det å oppleve psykose og påfølgende langvarig helse- og sosiale problemer ble beskrevet som skremmende og smertefullt. I studien trekkes det frem noen sentrale forhold som «behovet for å bli møtt som en aktør i sitt eget liv, å bli sett på som en person i en hverdagssammenheng, og der omgivelsene vies oppmerksomhet. Noen omgivelser oppleves som å være støttende for bedring mens andre opplevdes som hinder for den enkelte. Informantene i undersøkelsen framhevet de vanlige samfunnsarenaene som særlig egnet for bedring (Borg, 2009).

En undersøkelse av Bonney & Stickley, 2009 (gjengitt av Hummelvoll, 2012) om bedringsprosesser beskrives også betydningen av å være aktør i eget liv. Det å være et verdsatt medlem av samfunnet med mulighet for å arbeide, har stor betydning for bedring, selvaktelse og livskvalitet (Hummelvoll, 2012). Bedring hadde i denne sammenhengen betydning for sosial identitet, ved at en fjerner seg fra stemping og stigmatisering og dermed får tilgang til samfunnsmessige goder som arbeid og meningsfylt virksomhet og deltakelse i ordinære fritidsaktiviteter (Ibid, 2012).

## **2.8 Empowerment**

Psykiske problemer er ofte forbundet med dårlig selvtillit, lavt selvbilde, manglende tiltro til egne ressurser, muligheter og evner. Psykiske lidelser påvirker ofte evnen til å ta initiativ. Taushet, tilbaketrekning og angst er ofte en del av sykdomsbildet ved psykiske lidelser. Dette representerer en spesiell utfordring og kan stå i motsetning til en aktiv og utadvendt brukerrolle. Brukermedvirkningsprinsippet har i utgangspunktet en grunnleggende anerkjennelse av at det finnes ressurser i den enkelte, og at disse kan gjenerobres. Dette ligger nær opp til Empowerment, eller myndiggjøring som kan beskrives som en prosess for å

styrke og aktivere menneskets egenkraft. Det handler om mobilisering av egen kompetanse, styrke og innsikt, egne erfaringer, vilje og evne til å mestre eget liv. (Almvik & Borge, 2007). Empowerment løftes stadig frem som viktig element innen bedringsprosesser. Begrepet forklares av flere faktorer. På individnivå beskrives Empowerment som følelse av kontroll, selvbestemmelse om mål og utvikling, selvtillit, positivt selvbilde og høy grad av positiv selvfølelse. Veilederen «sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014) ansvarliggjør tjenesteapparatet i deres rolle i selvhjelpsarbeid. Å involvere og anvende pasientens kompetanse er avgjørende for at pasientens ressurser og mestringsevne skal bevares og styrkes. Gjennom å legge til rette for at pasienten gis makt og innflytelse i eget liv, øker evnen og mulighetene til deltakelse og innflytelse. Vi tror at mange pasienter trenger å bli satt på sporet av tenkning rundt egenverd og det å se egne ressurser (Ibid, 2014).



### **3 Design og metode**

I dette kapittelet redegjøres det for valg av design og metode. I følge de Regionale etiske komiteer er studien å betrakte som en kvalitetssikringsstudie. Videre blir det gitt en beskrivelse av populasjonen og utvalget, samt intervensjonen (Brøsetmodellen) og måleinstrumentet (START) som er benyttet av innsamling av datamaterialet. Det blir også beskrevet hvordan dataene er behandlet og analysert. Avslutningsvis gjøres etiske refleksjoner rundt oppgaven.

#### **3.1 Valg av metode**

Hensikten med studien er å evaluere et gruppebehandlingstilbud som blir tilbudt til pasienter med alvorlig psykoselidelse ved en regional sikkerhetsavdeling i Trondheim. Vi ønsker å se på betydningen av gruppetilbudet i forhold til pasientenes mestring med spesielt henblikk på sosiale ferdigheter, mestring av egen lidelse og risikoatferd. I dette arbeidet er vår forforståelse styrende for våre valg av metode. Med bakgrunn i å ha deltatt i utarbeidelse, samt å ha vært gruppeleder for denne gruppebehandlingen, ønsker vi å evaluere gruppebehandlingen. Vår forforståelse er knyttet til positive tilbakemeldinger fra pasienter som har deltatt på gruppebehandlingen. Vi har valgt å studere gruppebehandlingen som en utvalgsstudie med kvantitativ metodikk. Den naturvitenskapelige teori har som oppgave å forklare, forutsi og kontrollere hendelser ved å avdekke årsaks relasjoner. Den mest utbredte tilnærmingen innenfor naturvitenskapen, er den hypotetisk-deduktive metoden. Denne tilnærmingen innebærer at en hypotese (påstand) blir dannet på bakgrunn av teori. Ved å bruke hypotesen gjøres en studie, og ut fra studiens funn trekkes det slutninger som bekrefter eller avkrefter hypotesen (Drageset & Ellingsen, 2009). I følge Drageset & Ellingsen kan forskningen lede til generalisering hvis hypotesen blir bekreftet (Ibid). Den kvantitative forskningen er spesielt egnet til å kartlegge, se på sammenhenger, belyse årsak, virkning og måle effekt av tiltak. Den bygger på naturvitenskap som vitenskapssyn (Ibid). Kvantitativ forskning er hovedsakelig inspirert av positivisme og kritisk rasjonalisme, samtidig som det påpekes at kritisk teori og pragmatisme anvendes som overordnet forståelsesrammer (Jacobsen, 2015).

### **3.2 Design**

I kvantitativ forskning finnes det ulike design. De klassifiseres på ulike måter. I en hovedinndeling, så skiller man mellom beskrivende design og eksperimentelt design. Beskrivende design beskriver verden som den er, mens eksperimentelle design tilfører en endring/intervensjon. Denne studien har et pretest- posttest design, der samme pasients kartlegging av risiko vurderinger (START) er testet med seg selv fra før oppstart til etter avsluttet gruppebehandlingen, uten at det finnes en kontrollgruppe. START- skjema med skåringer er hentet fra pasientjournaler. Da dette er en masteroppgave, ligger det en begrensning i forhold til tid og omfang. Prosjektet har et utvalg på 15 personer som har gjennomført gruppebehandlingen i en tidsperiode på ½ - 1år. Designet i denne studien benytter kartleggingsverktøyet Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) i datainnsamlingen, for å innhente nødvendig informasjon på hver enkelt deltaker. I vår studie har RSA Brøset som målsetning å gi et kurstilbud som kan bidra til at pasientene skal forstå og mestre sin egen lidelse bedre. Studien er å betrakte som en pilotstudie/intervensjonsstudie med et selektert utvalg (kohort) og uten kontrollgruppe.

Hvis problemstillingen inneholder et ønske om å beskrive endring over tid i en gruppe, for eksempel i form av spørsmålet: «Hvordan utviklet tilfredsheten med studiet i klasse X og klasse Y seg over tid?», bør vi velge kohortstudie som design. Når vi ser på to kohorter, vil vi bare få frem endringer på gruppenivå. Vi kan for eksempel få svar på spørsmål av typen «Har pasientgruppen endret seg fra måletidspunkt 1 til måletidspunkt 2. Kohortundersøkelser kan ikke si oss noe om hvilke endringer som skjer hos den enkelte pasient. I følge Ringdal (2007) består en kohort av de personer i en populasjon som opplever en betydningsfull begivenhet i samme tidsrom.

I denne studien sammenligner vi ikke gruppen som har vært eksponert for behandling (Brøsetmodellen), med målinger av eventuelle endringer som har skjedd i en kontrollgruppe. Forklaringen til det ligger i at det ikke pr i dag er mulig å innhente data fra en lignende pasientgruppe som bruker kartleggingsverktøyet START.

### **3.3 Utvalg og datainnsamlingsmetode**

I vårt utvalg er det totalt femten pasienter/kartleggingsskjema med alvorlig psykisk lidelse som har vært innlagt ved RSA Brøset. Samtlige har gjennomført hele kurset med en varighet på inntil et år. Vi har valgt og ikke inkludere pasienter som har gjennomført deler av kurset.

Dette er vår eneste eksklusjon for utvalget. For at pasientene skal kunne delta på kurset har vi imidlertid flere eksklusjonskriterier som for eksempel pasienter med for aktivt symptombylde, høy farlighetsvurdering, korttidsinnlagte og personer som er til rettspsykiatrisk observasjon. Sistnevnte mottar ikke noen form for behandling, verken medikamentell eller ikke-medikamentell.

### **3.4 Datainnsamlingsmetode**

Vi har benyttet medisinske undersøkelser/tester fra journaldata hos hver enkelt pasient. Data er samlet inn prospektivt, ikke retrospektivt. Prospektivt design er et tidsdesign der analyseenheterne følger frem i tid. I følge Regionale etiske komiteer kan personopplysninger innhentes direkte fra den registrerte for eksempel gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler. I tråd med retningslinjer har vi etter godkjenning fra REK, NSD og lokale personvernombud, innhentet START-skåringskjema fra elektronisk pasientjournal for hver av de 15 i vårt utvalg. START- vurderingene kan sees som primærdata, dette er eksisterende data som blir analysert for å kunne gi oss nye opplysninger (sekundærdata). Datainnsamlingen er en sentral fase i undersøkelsesprosessen. Man skiller mellom primærdata, som er opplysninger som samles inn for første gang og sekundærdata, som er eksisterende data som blir analysert. Dragset og Ellingsen (2009) henviser i sin artikkel til at primærdata kan innhentes i form av strukturerte selvadministrerte spørreskjema, standardiserte intervju, strukturert observasjon og innsamling av biofysiologiske data (Grønmo, 2004).

I all forskning er det et grunnleggende prinsipp at personvernet ivaretas. Ved å erstatte personalia med et eget id nummer, bidrar en med å sikre anonymisering av data (Dalland, 2015). Vi har nummerert hver enkel pasient med nr. 1 til 15. Alle data (START- skjema) som er hentet ut fra pasientjournal er oppbevart i sikret arkivskap. Studien er godkjent av sykehusets ledelse samt godkjent av personvernombudet ved St.Olavs Hospital.

Ved å systematisere innholdet i START- skåringer henter fra pasientjournaler, er det mulig å se på de opplysningene/temaene i skåringskjemaet som kan knyttes i sammenheng til de temaene som pasienten undervises i gruppebehandlingen. I denne studien er utvalget vårt bestående av tidligere inneliggende pasienter som har gjennomført kurset «Brøsetmodellen, et program i serien «På vei til et bedre liv». Etter å ha gjennomgått aktuelle kandidater er det 15 personer som passer til kriteriene. Utvalget kan derfor sees som et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra den målsetting at materialet har best mulig potensial til

å belyse den problemstillingen vi vil ta opp. Intervensjonsvariabelen er tiltaket man iverksetter mens effektvariabelen er den endringen intervensjonen medfører (Jacobsen, 2015).

En datamatrix er en systematisk oppstilling av data fra en gruppe enheter. I denne datamatriksen (tabell 1), har vi tatt med de aktuelle bakgrunnsvariablene som beskriver gruppen vi undersøker. Det er diagnose, type opphold, lovverk og rusproblemer. Opplysninger om demografiske data som, kjønn og alder er utelatt for og ikke å gjøre informasjon identifiserbar.

*Tabell 1, Demografisk oversikt over pasienter i undersøkelsen diagnose/lovverk/rusproblem/ikke rusproblem.*

Pasient	Diagnose	LPHL. §3.3/5.2	Rusproblem
1	F.20.0	§5.2	NEI
2	F.20.1	§3-3	JA
3	F.22.0	§3-3	NEI
4	F.20.0	§3-3	JA
5	F.20.0	§3-3	NEI
6	F.20.0	§5-2	NEI
7	F.20.0	§5-2	NEI
8	F.23.0	§3-3	JA
9	F.20.0	§5-2	JA
10	F.20.0	§5-2	NEI
11	F.20.1/F.60.2	§5-2	JA
12	F.20.0	§3-3	NEI
13	F.25.0	§3-3	JA
14	F.20.0	§5-2	NEI
15	F.20.0	§3-3	JA

Diagnose: ICD-10. F20.0-Schizofreni

F. 20.1-Hebefren Schizofreni

F. 22.0- Paranoid psykose(vrangforestillingslidelse).

F. 23.0 Akutt paranoid psykose

F.25.0 Schizoaffektive lidelse, manisk type

F. 60.0 Personlighetsforstyrrelse.

De syv pasientene med rusproblem, hadde ikke en rusdiagnose, men en udiagnostisert rusproblematikk.

Lov verk/paragraf § 3-3, Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern  
§ 5-2, Lov om gjennomføring av dom til tvungent psykisk helsevern

Demografiske data viser at testutvalget var heterogent i forhold til diagnose og lovverk som at alle deltakerne er underlagt lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven, 1999).

### **3.5 Intervensjonen- Brøsetmodellen**

Her presenteres en beskrivelse av Brøsetmodellen – et program i «På vei til et bedre liv» - serien. Brøsetmodellen er et lærings- og mestringsbasert gruppetilbud rettet mot personer med psykosesykdom, sinne/aggresjonsproblemer og rusproblemer. Kurset er laget som en psykososial «grunnpakke» som kombinerer ferdighetstrening, kognitiv atferdsterapi, elementer fra motiverende intervju og psykoedukasjon. Modellen er satt sammen av sju moduler hvor man jobber med temaene: Grunnleggende kommunikasjonsferdigheter, selvfølelse, selvhevdelse, psykose, psykose og rus, mestre sinne og vanskelige følelser og fritid/venner (Gråwe et al.2014). Fremgangsmåten og metoden i lærings- og mestringsprogrammet bygger på de øvrige i serien «På vei til et bedre liv» (Gråwe & Espeland, 2004). Delen om sinne og mestring av vanskelige følelser er basert på mestringsprogrammet «Sinnemestring- en Brøsetmodell», som er utviklet ved Brøset Regional sikkerhetsavdeling og kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. Lærings- og mestringsprogrammet er lagt opp med læringsaktiviteter, mange øvelser og hjemmearbeid. Programmet består av en behandlingsmanual for helsepersonell og et arbeidshefte for pasienten.

Kurset tilbys til inneliggende pasienter på Brøset, som et supplement til andre kunnskapsbaserte behandlingstiltak, og er en del av et mer helhetlig, multimodalt behandlingstilbud. Kurset passer til pasienter som har hatt eller som har psykosesymptomer, og som har evne til å forstå og mestre sine symptomer for å redusere risikoen for tilbakefall. For å delta på kurset må pasientene være over den akutte fasen av lidelsen og symptomene må være rimelig under kontroll. Deltakerne må ha en viss evne til konsentrasjon og vilje til læring av ferdigheter (Gråwe et al, 2014).

I etableringsfasen av gruppetilbudet, ble det tatt i bruk et manualisert lærings og mestringsbasert gruppetilbud av Gråwe & Espeland (2004), «På vei til et bedre liv». Ingen av

gruppelederne hadde noe erfaring med å drive slike kurs, så veiledningen/introduksjonen i manualen ble styrende for kursets teoretiske innhold og struktur på samlingene. I forkant av kurs oppstart fikk hver enkelt deltaker personlig invitasjon til å delta på kurset, samt at det var et informasjonsmøte hvor pasientene fikk informasjon om de ulike temaene i kurspakken. Når kurset startet, bestod gruppen av syv pasienter, alle med samme diagnose, men med ulik bakgrunn og forskjellig symptombilde (Gråwe & Espeland, 2004). Kurslederne erfarte at gruppa ble for stor og uoversiktlig, og det ble vanskelig for kurslederne til å følge opp individuelle behov. Pasientene opplevdes som å være lite deltakende, og motivasjonen til å møte var lav. Mange av pasientene var også mistenksomme og skeptiske til å snakke om egne opplevelser/erfaringer, noe som ofte ble kommentert som, «hvis jeg sier noe kommer dere til å bruke det imot meg». De fleste av pasientene hadde liten, eller ingen erfaring i å delta i gruppe. Mange av deltakerne hadde ikke kunnskaper om egen lidelse. Når de ble undervist i temaer som omhandlet psykiske/psykose lidelser opplevde noen av deltakerne dette som at det ble snakket om dem personlig. På bakgrunn av dette, fant vi det mer hensiktsmessig med små grupper. Dette ga rom for mer individuell veiledning av hver enkelt deltaker og således lettere for gruppelederne å oppklare misforståelser som kunne oppstå underveis (Gråwe et al, 2014). Deltakerne opplevdes også som å bli tryggere i små grupper, og de våget i større grad å komme med egne erfaringer/innspill. Små grupper var også mer hensiktsmessige, hvis deltakerne hadde ustabile symptomer, kognitive vansker og aggresjonsvansker. Likens ble det brukt en del tid på å vurdere sammensetningen av deltakerne i gruppen (Ibid). Den regionale sikkerhetsavdelingen har et maks pasientbelegg på 16 plasser, noe som gjorde vurderingen om hvem som passet sammen i grupper oversiktlig. Pasientenes behandlere og miljøpersonalet deltok aktivt i denne vurderingen. Elementer som ble diskutert var blant annet, har pasientene noenlunde likt funksjonsnivå, var symptomene rimelig under kontroll/var stabile, kjent rusproblematikk/ikke rus problematikk og at de ikke representerte for stor risiko for å utøve vold. Forskning understøtter at små grupper er særlig viktige for personer med schizofrenilidelser (Gåwe et al, 2014). En liten gruppe fungerer best mht. felleskap, trygghet, gjensidig støtte og lojalitet. I en liten gruppe som skal jobbe sammen over et langt tidsrom, vil deltakerne hente like mye kunnskap og motivasjon fra hverandre som av kurslederne (Ibid).

Forskning bekrefter at personer med psykoselidelser tåler mindre mengde rusmidler enn de som ikke har slike lidelser, og rusbruk har langt mer negative konsekvenser for dem. Selv små mengder har stor innvirkning på deres psykiske tilstand (Mueser et al, 2000). Summen av de erfaringene som er blitt til underveis med å drive kurs til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, har bidratt til en forståelse om at selv om pasientene har samme

diagnose, kan de ha sammensatte og ulike behov. Kursprogrammets ulike temaer/moduler er kommet til underveis og er et resultat av pasientenes ulike behov (Gråwe et al, 2014). Den ferdige behandlingsmanualen og arbeidsboka er blitt tilpasset av kurslederne i samarbeid med prosjektansvarlig Antje Gross Benberg, faggruppa på Brøset og Rolf Gråwe. Kursprogrammet er satt sammen av moduler med ulike tema og er laget slik at kursprogrammet kan brukes i sin helhet, eller man kan bruke utvalgte deler av det i forhold til spesielle behov, som for eksempel modul om rus (Ibid).

Programmets ulike moduler:

- Grunnleggende kommunikasjons ferdigheter
- Selvfølelse
- Positiv selvhevdelse
- Å leve med en alvorlig psykisk lidelse
- Å motstå ruspress og rustrang
- Å mestre sinne og vanskelige følelser
- Fritid og venner (Gråwe et al.2014).

### **3.6 Kursets struktur**

Det er alltid to kursledere på hver samling. På denne måten sikrer man god forberedelse, gjennomføring og kontinuitet. Det er en fordel å være to kursledere, da det ofte er noen av deltakerne som trenger ekstra støtte og veiledning i gjennomføring av de ulike øvelsene. Krav til kurslederne er at de bør ha kunnskap og erfaring fra arbeid med mennesker med psykiske lidelser, den psykososiale problematikken som er aktuell for gruppedeltakerne og om rusproblematikk/arbeid med rusmisbrukere (Gråwe et al, 2014). Mange av kurslederne har utdanning i kognitiv terapi og ferdigheter i bruk av motiverende intervju. Kurset blir holdt en gang i uken med en varighet på 2 ½ time med innlagt pause. Deltakerne får utlevert kursmateriell og det er enkel servering under samlingene. Kurslederne møtes før og etter hver kurssamling for forberedelse og evaluering. Det er viktig å ha en viss struktur på samlingene (Ibid). Hver samling starter alltid med en repetisjon fra forrige time, presentasjon og gjennomgåelse av dagens tema, samt en oppsummering og eventuelle hjemmelekser til slutt. Det å ha en fast struktur på timene skaper en forventning og trygghet i forhold til innholdet i

kurset (Ibid). Selv om strukturen på kurssamlingene er viktig, må man som kursledere også inneha en høy grad av fleksibilitet i forhold til gjennomføring av dagens agenda. Av og til trenger noen av deltakere litt ekstra motivasjon til å delta, noen er trøtte og uopplagte, andre har mye uro. Her blir gruppelederne stadig utfordret og man prøver å finne alternative aktiviteter for å få en «myk» start på dagen, blant annet blir det lyttet til musikk, små prat om hverdagslige temaer, tar en ekstra pause og lignende. Det er viktig å skape et godt klima i gruppa og legge vekt på trivsel og trygghet. Som gruppeleder bør man ikke bli for ambisiøs i forhold til kursets agenda (Ibid). La pasientene få komme med det som de synes er viktig, vis forståelse og lytt til hva som opptar han/hun «her og nå». Som kursledere er det viktig at man er åpen for at i bedringsprosesser, må hver person finne sin vei ved passende aktiv deltakelse (Bøe & Thomassen, 2007). Grunnleggende holdninger som ubetinget positiv akseptasjon, empati og ekthet, er nødvendig for å finne et klima som fremmer samtaler og som fokuserer på hele personen og åpner for muligheter istedenfor begrensninger (Almvik og Borge, 2007). Hver gruppe lager sine egne grupperegler for hvordan det skal være i gruppa. I tillegg til dette, lager hver enkelt deltaker egne mål for sin deltakelse i kurset. Det er en fast regel om taushetsplikt, det vil si at alle deltakerne i gruppa presenteres for en moralsk taushetsplikt, noe som henvises som, taushet utad, åpenhet innad. Som gruppeledere i en terapeutisk setting er man underlagt juridisk taushetsplikt jmf. Helsepersonell loven. Gruppa presenteres også for regler for oppmøte, sosial samhandling/oppfølging. Gruppetilbudet er implementert som et supplement til andre behandlingstilbud i sikkerhetsavdelingen. Kursledere dokumenterer i pasientjournal på hver enkelt deltaker etter hvert møte.

Mennesker med psykose lidelser, har ofte svikt i evne til å bearbeide informasjon og å velge målrettede handlinger på bakgrunn av den informasjonen de har fått (Gråwe & Espeland, 2004). Helt i oppstarten av kurset presenteres deltakerne for «problemløsningsmetoden». Problemløsningsmetoden er gjennomgående i hele kurset og gir pasientene mulighet til å øve opp sin evne til å løse problemer. Gjennom denne metoden lærer pasienten å gjenkjenne og mestre de problemer eller hindringer som dukker opp i hverdagen. Det er ofte slik at manglende trening i å se alternative løsninger på problemer som kan gjøre oss stresset (Gråwe et al, 2014).

I problemløsningsmetoden er fokuset rettet mot å trene på å se muligheter ikke begrensninger. Deltakerne tar opp et problem som kan dukke opp når nye ferdigheter skal brukes. Det kan for eksempel være enkle hverdags problemer eller nye ferdigheter skal brukes knyttet til mestring av sinne, rus, venner etc. Problemløsningsmetoden er et nyttig verktøy som blir mye brukt i gruppen (Ibid)



### 3.6.1 Trinnene i problemløsningsmetoden.

Trinn 1, Her er det meningen man skal stoppe opp å tenke. Er jeg i en situasjon der jeg ikke vet hva jeg skal gjøre? Er dette et problem for meg? Kan jeg bruke problemløsningsmetoden? Hvis svaret er ja, gå i gang med metoden (Gråwe et al, 2014).

Trinn 2, Skriv ned hva som er problemet og hva som er målet. Å identifisere hva som er et problem går som regel greit, men hva som er målet er ikke alltid like lett å finne. Man må tenke på hva man ønsker eller vil oppnå. Ofte blir dette overskygget av problemene eller hindringene en møter. Deltakerne kommer med forslag. Hvis man senere ikke blir enige om hvilke forslag som kan løse problemet, skyldes det som regel at en ikke har definert problemet og målet godt nok (Ibid).

Trinn 3, På hvilken måte kan problemet løses? Be deltakerne om å komme med forslag, og skriv dem ned. De skal ikke vurderes nå. Prøv å ha en idemyldring- også kurslederne kan komme med forslag, ikke vurder om det er gode eller dårlige-skriv alle ned. Det er viktig å gi ros for alle forslag (Ibid).

Trinn 4, Vurder hvert løsningsforslag, hva er fordelene/hva er ulempene. Vil fordelene oppveie ulempene? Vil det løse problemet? Hvis kompliserte problemer lag ei liste. Sett opp positiv og negativ markering(pluss/minus) ved hvert forslag, slik at det blir lettere å se. For å gjøre det mer realistisk kan dere bruke «anta at- metoden» på løsningsforslagene – dvs. at kurslederne problematiserer forslagene. Eks. hvis forslag går ut på å ringe en venn for å låne penger, kan man utfordre dette ved å si «dette var et bra forslag, men anta at denne vennen ikke er hjemme eller ikke har penger å låne deg» (Ibid).

Trinn 5, Velg et eller flere løsningsforslag. Vanligvis er det en kombinasjon av flere forslag som kan være best egnet til å løse problemet. Hvis det er en bestemt person sitt problem er det en selvfølge at denne velger hvilke løsningsforslag som passer best. De andre kan foreslå, men ikke avgjøre (Ibid).

Trinn 6, Hva trenger jeg for å gjennomføre løsningen? For eksempel, tid, penger, eller hjelp fra andre. Legg en plan for gjennomføringen (Ibid).

Trinn 7, Prøv ut løsningsforslaget og vurder etterpå om problemet ble løst og målet nådd. Hvis problemet ikke er løst eller målet ikke er nådd, bruk metoden på nytt. Still spørsmål til deltakerne slik at man er sikker på at de har forstått hva de skal gjøre, og hva som er problemet (Gråwe et al, 2014).

### 3.6.2 Presentasjon av behandlingsmanualens moduler

#### Modul 1. Grunnleggende kommunikasjonsferdigheter

Man starter kurset med å lære deltakerne enkle kommunikasjonsferdigheter. God kommunikasjon er nøkkelen til samvær med andre mennesker. Alvorlige psykiske lidelser kan gjøre mellommenneskelig kontakt vanskelig. Psykoselidelser kan innebære affektavflating/mimikkfattighet, upassende latter, redusert tale, dårlig talemessig intonasjon, lite variasjon i tonefallet, assosiasjonsforstyrrelser, desorganisert tale m.m. Noen har også vansker med konsentrasjonen og andre kan ha vansker med å oppfatte og fortolke andres signaler i forskjellige sosiale sammenheng. Depresjon og angst kan også forstyrre ens sosiale fungering (Gråwe et al, 2014). Målet er å lære deltakerne enkle prinsipper for kroppsspråk, å lære å oppfatte og gi de rette signalene. Deltakerne lærer også enkle teknikker for å starte og opprettholde en samtale. Viktige forhold ved kommunikasjon som aktiv lytting, hvordan vi kan vite at andre er interessert i å snakke med oss, velge åpningsreplik m.m. Treningen i kommunikasjonsferdigheter starter med grunnleggende øvelser som alle vil lykkes i. På denne måten kan alle bli mer tygge og mer motivert for å eksponere seg for gruppen senere. Kommunikasjonsferdighetene som tas opp i denne modulen, ligger til grunn for andre sosiale ferdigheter knyttet til de øvrige temaene i kurset da spesielt tema som selvhevdelse, vennskap osv. (Ibid).

#### Modul 2, Selvfølelse

Psykiske lidelser kan medføre sosiale og yrkesmessige problemer, noe som ofte kan bidra til dårlig selvfølelse. Dette kommer som regel av skuffelser, unngåelse, bruk av tryggingstrategier, depresjoner og at men handler på måter som gjør at man ikke er stolt av seg selv. En del mennesker har dårlig selvfølelse fra barndommen og ungdomsalderen, som forsterkes av at de utvikler rusproblemer eller psykiske problemer. For å mestre psykiske problemer, bør man jobbe med seg selv på mange områder samtidig, også med tiltak som styrker ens selvfølelse. Selvfølelse refererer til den grunnleggende måten å vurdere seg selv på, og hva slags person en opplever at en er, samt bedømmer og evaluerer seg selv. Dette omhandler spesielt de grunnleggende og generelle meningene en har om seg selv (Gråwe et al, 2014). I denne modulen lærer deltakerne om hva selvfølelse er, og å identifisere holdninger/sårbarheter som er forbundet med tidligere opplevelser. De lærer også noe om konsekvenser av lav selvfølelse- og hvordan den kan bedres. Det er rimelig å anta at jo flere livsområder man mestrer godt og som er forbundet med positive selvoppfatninger, dess bedre

blir ens grunnleggende selvfølelse. I tillegg omhandler modulen temaer som, hvordan dårlig selvfølelse oppstår, tidlige opplevelser som kan føre til dårlig selvfølelse, konsekvenser av lav selvfølelse, hva opprettholder dårlig selvfølelse og til slutt å bekjempe dårlig selvfølelse- å bryte mønstret (Ibid).

### Modul 3, Selvhevdelse

Vi mennesker er sosiale vesener, og det å ha et trygt og godt forhold til andre omkring oss betyr mye for vår livskvalitet. I dagens samfunn har vi mange muligheter for å ha kontakt med andre mennesker. Telefon, datamaskiner og ulike transportmidler, gjør at vi kan ha en stor kontaktflate hvis vi ønsker det. Dersom vi sliter med uro, stress, angst, depresjon, følelssvingninger, utmattelse eller andre psykiske problemer, kan det hende at vi har forsømt våre behov eller lever på måter som hindrer oss i selvrealisering og tilfredshet. Behovet for å stå på vårt (positiv selvhevdelse) er for de fleste av oss et grunnleggende behov (Gråwe et al, 2014). Noen mennesker mangler tro på egne evner og har så mange negative erfaringer i livet, at de har mistet en grunnleggende tro på at de kan skape sitt eget liv eller påvirke tilværelsen med egen vilje. Dette kan medføre både angst, depresjon, isolasjon og stadige skuffelser. Selvhevdelse handler mye om hensyn til egne behov og muligheten til å uttrykke sine følelser og meninger(Ibid). I denne modulen lærer deltakerne blant annet hva selvhevdelse er, hvordan bli mer selvhevdende og kommunisere dette mer effektivt. Eksempelvis, å greie å si nei til andre, mestre kritikk, be andre om noe m.m. Videre diskuteres temaer som for eksempel, situasjoner hvor det kan være viktig å være selvhevdende og hvordan man kommuniserer positiv selvhevdelse (Ibid).

### Modul 4, Å leve med en alvorlig psykisk lidelse

Psykose (fra gresk *psyke*, «sinn» og *-osis*, «abnorm tilstand`»), er et begrep som omfatter svært alvorlige psykiske symptomer, hvor den rammede har vrangforestillinger, opplever gjennomgripende personlighets forandringer, og helt eller delvis sykdomsinnsikt. Andre symptomer kan være hallusinasjoner, følelss- og humørsvingninger og forstyrrelser i språk, tanker og kommunikasjonsevne (Gråwe et al, 2014). Den mest kjente psykoselidelsen er schizofreni, men psykoser kan også forekomme i sammenheng med andre psykiske lidelser. I denne modulen lærer deltakerne hva en psykose er, symptomer på psykose, hva som kan utløse psykoser og om ulike former for psykoser(Ibid).

Deltakerne presenteres for stress sårbarhets modellen. De fleste er enige om at psykoselidelse har en sammensatt årsak med både biologiske og psykologiske elementer: Det

man ofte sier, er at personen har en medfødt sårbarhet for å utvikle psykose, og at psykosen kan bli utløst dersom personens individuelle stressterskel er nådd. Det man ønsker under behandlingen og rehabiliteringen er å identifisere pasientens sårbarhet ovenfor ulike former for stress, og forsøke å gi pasienten beskyttelse mot dette. Stress kan være både psykisk og fysisk betinget (Ibid). Den kan for eksempel utløses på grunn av press i skolesituasjon, skilsmisse, flytting eller langvarig slitasje. Beskyttelsesfaktorer kan være enten fysiske, psykiske eller sosiale. Fysiske beskyttelsesfaktorer kan være: Medisiner, sunt kosthold og redusert rusbruk. Psykologiske kan være: støtte, psykoterapi osv. og sosiale kan være: nettverk, bolig (Ibid).

Videre gjennomgås temaer som hva psykose gjør med deg, og om hvilken behandling du kan få, som for eksempel medikamenter, samtalerapi og miljøterapi. Deltakerne lærer å identifisere og gjenkjenne sine personlige varselsignaler. De lager egen mestringsplan for mestring av varselsignaler og vedvarende symptomer (Gråwe et al, 2014).

#### Modul 5, Psykose og rus – å motstå ruspress og rustrang

Her starter kurslederne alltid med en generell informasjon om sammenhengen mellom rus og psykoser. Informasjonen blir hentet fra et hefte som er utgitt av Psykopp, «rusa eller gal», som handler om psykiske lidelser og rusbruk ([www.psykopp.no](http://www.psykopp.no)). Hftet gir en god innføring i effekt og langtidsskader av rusbruk. Kurslederne presenter sammenhenger mellom rusmiddelbruk og alvorlig psykiske lidelser på en enkel og kortfattet måte. Sammenhengen mellom sykdomsdebut, alder, sykdomsalvorlighet, effekt av behandling, angst, depresjoner, søvnnvansker, selvmordsfare, ikke minst andre tilleggsproblemer som er knyttet til økonomi, vold, relasjoner til andre mennesker, skolegang og fysisk helse m.m. Rusmisbruk er generelt et stort problem for samfunnet, særlig alvorlig blir det når den kombineres med en psykisk lidelse. De positive symptomene ved schizofreni kan bli forsterket, og kan medføre hyppigere innleggelse. Faren for selvmord øker. Aggressive handlinger øker og antipsykotisk medisin virker dårligere, kognitive funksjoner svekkes m.m. (Gråwe & Espeland, 2004). Her er det fokus på at kurslederne bruker en mild, konfronterende stil. Kurslederne frarådes å gå inn i en diskusjon med deltakerne i forhold til om narkotika bør legaliseres, om narkotika er farligere enn alkohol for eksempel. Det blir en håpløs diskusjon som ingen vinner, og som bare skaper avstand. Eksempler på problemer knyttet til rusmisbruk: symptomene i form av hallusinasjoner, tankeforstyrrelser, tvangstanker forverres, angst/depresjon, større sjanse for reinnleggelse, økt risiko for selvskading og selvmord, vold, kriminalitet og fengsling, redusert

effekt av medisiner, økt sjanse for å få bivirkninger av medisinene og problemer med økonomi, venner, familie, jobb og utdanning (Gråwe et al, 2014).

Forslag til problemer som kurslederne presenterer, gir deltakerne mulighet til å reflektere over sine psykiske problemer og sitt rusmiddelbruk.

Deltakerne blir også introdusert til en enkel teori om hvordan rusmidlene virker på hjernen vår (Ibid). I denne modulen blir også deltakerne presentert til å lage sin egen mestringsplan. Planen inneholder faktaopplysninger om hver enkelt deltakers sin faste medikasjon, navn på behandlere og behandlingssted. Deltakernes personlige målsettinger med kurset taes opp, det kan være målsettinger som for eksempel, kutte ut rusmidler eller få bedre kontroll over sin rusmiddelbruk. Videre lærer deltakerne å identifisere personlige risikosituasjoner, samt hva de kan gjøre for å komme seg ut av situasjonen når de står i fare for å bruke rusmidler. Kursdeltakerne trener gjennom rollespill på hvordan de kan motstå ruspress og hvordan si nei til rusmidler i en risikosituasjon. De lærer også forskjellen på en mindre sprekk og et tilbakefall og hvordan hindre at en sprekk blir et tilbakefall (Gråwe et al, 2014). Kurslederne oppfordrer deltakerne til å dele egne erfaringer og tanker om situasjoner de har opplevd å bli utsatt for ruspress. Mestringsplanen inneholder også et punkt for hvordan de skal skaffe en støtteperson, hvor de identifiserer hvem som kan være en aktuell støtte når de trenger hjelp/støtte til å mestre russtrang eller komme seg ut av risikosituasjoner, eller når de trenger noen å gjøre noe hyggelig sammen med. En støtteperson skal være en som deltakeren kan stole på, en som man har mye kontakt med og som ikke bruker narkotika eller alkohol. Deltakerne blir oppfordret til å spørre en person i sitt nettverk eventuelt en kontaktperson i fra behandlingsapparatet som de har en god relasjon til (Ibid).

## Modul 6, Å mestre sinne og vanskelige følelser

Denne modulen om sinnemestring er et utdrag fra kurstilbudet «Sinnemestring- en Brøsetmodell» ved Regional sikkerhetsavdeling Brøset. Modellen bygger på kognitiv terapi, som er en anerkjent behandlingsform for å regulere belastninger som angst, depresjon og sinne og som er i denne sammenheng forsøkt tilpasset til personer med psykoselidelser og symptomer. Ved en psykose er det ikke uvanlig at sinne eller aggresjon kan bli kanalisert på en lite sosialt akseptabel måte. Sinne og aggresjon kan være rettet mot omgivelsene i form av truende tale, skremmende oppførsel, ødeleggelse av materielle gjenstander eller vold mot andre. I ytterste konsekvens kan sinne og aggresjon handle om mord og selvmord. Å føle aggresjon er menneskelig og det trenger ikke å være galt i seg selv, men når den ødelegger for oss selv eller omgivelsene, må vi lære å mestre den. Ukontrollert sinne er ofte kombinert med

alkohol, rus og personlighetsproblemer. Forskning viser at alkoholbruk blant pasienter med schizofreni øker muligheten for vold. Det er spesielt de positive symptomene som trigger sinne, for eksempel hos hallusinerte pasienter kan stemmene utløse vold. Aggresjon er ofte knyttet til dårlig selvfølelse (Gråwe et al, 2014).

Sinne og aggresjon er en naturlig reaksjon når personale i en psykiatrisk avdeling setter grenser for pasientene, begrenser aktivitet og ved tvangsinnleggelse. I tillegg vil tiltak som tvangsmedisinering, ta fra pasienten retten til medbestemmelse, og dette kan oppleves krenkende. I gruppebehandlingen skal kursdeltakerne og kurslederne arbeide for å forhindre at deltakernes sinne går ut over andre. Kursdeltakerne skal øke sin bevissthet om hva som ligger til grunn for deres sinne og aggresjon. Det er fokus på tanker og følelser før, under og etter voldelige episoder. Deltakerne lærer om sine personlige risikosituasjoner, og hva som skjer med kroppen når de blir sinte. Ved å arbeide med sine utfordringer, vil deltakerne kunne oppleve mestring, som igjen kan gi bedre selvtillit og bedre selvbilde (Gråwe et al, 2014).

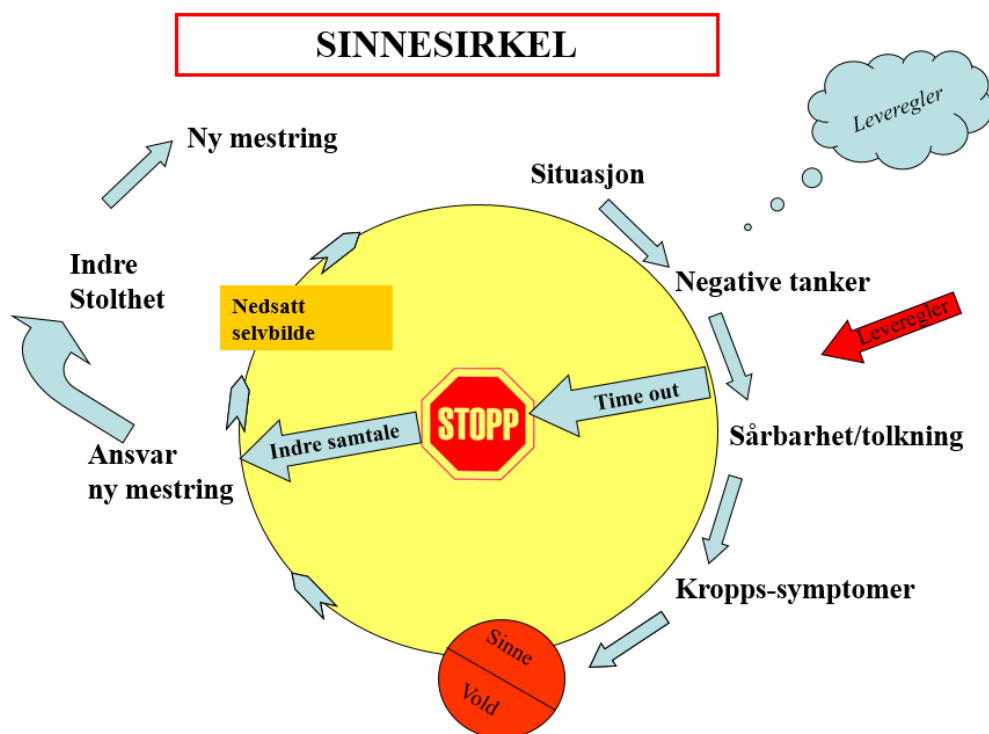
Det er fokus på å utforske pasientens motivasjon og ønske/tvil om endring. Kurslederne starter ofte med å fortelle at sinne er en følelse, mens aggresjon er noe vi gjør(atferd). Sinne er en normal følelse, på samme måte som glede, tristhet, sorg og redsel. I denne fasen handler det om å utforske og lytte aktivt. Kurslederne gjenspeiler responsen og oppsummerer det deltakerne bidrar med. Når denne utforskningen er avsluttet, spør kurslederne om den positive siden ved endringen (Ibid).

Alle håndterer følelser på ulike måter og iblant kan følelser og tanker virke kaotiske og vanskelig å sortere eller komme bort fra. Våre følelser påvirker hvordan vi handler. Å kunne forstå egne følelser, og hvordan andre føler seg er en viktig sosial ferdighet. Når det gjelder sinne kan dette være både positivt og negativt. Kurslederne er aktive i forhold til å få i gang en diskusjon i gruppe da spesielt rundt tema som, hva er vanskelige eller ubehagelige følelser? Hvorfor er det viktig å mestre vanskelige følelser? Hva kan skje hvis du ikke klarer dette? Hvilke følelser synes du er vanskelig å mestre? Deltakerne presenteres for en «sinneskala» (0-100), hvor de beskriver hvor høyt de kan gå, samtidig som de beskriver hvilke følelser de har kjent i kroppen (Ibid).

Deltakerne introduseres til den kognitive ABC-modellen. Der beskrives sammenhengen mellom tanker, følelser og handlinger (Berge & Repål, 2008). Deltakerne lærer hva som er forskjellen på en tanke og en følelse. Vi foretar tolkninger av situasjoner som påvirker hva vi føler og hva vi velger å gjøre, og at det finnes flere tolkningsmuligheter. Her kan gruppelederne bruke et par enkle eksempler før deltakerne oppfordres til å komme med et eksempel fra eget liv (Ibid).

Å få inn denne ABC modellen tidlig er viktig. Dette er kjernen i det deltakerne skal trene på og som er grunnlaget for endring. De må forstå med tankene, og erfare med følelsene, at han fortolker og at det finnes flere tolkningsmuligheter. Det kan være hensiktsmessig å få fokus bort fra hva som er «den riktige tolkningen» til hvilke som er mer «fornuftige» eller «nyttige» med tanke på å ta ansvar for eget reaksjonsmønster (Ibid).

Figur 2: Sinnesirkel



St. Olavs Hospital. Brøsetmodellen versjon 1.1, 2013 ved Stig Jarwson, Roar Berg. [www. Sinnemestring.no](http://www.Sinnemestring.no)

Deltakerne øver på å stoppe sitt sinne ved hjelp av sinnesirkelen (figur 2). Denne er laget som en egen poster og henger på tavla under hele kurset.

”Sinnesirkelen” er en illustrasjon som brukes både som en generell innføring i modellen og for å illustrere spesifikke enkeltepisodes. Den beskriver mønstret i det som faktisk skjer på det indre og ytre plan under og etter voldsepisoden. Den er ment som et redskap for den enkelte voldsutøver til å se sitt eget mønster. ”Sinnesirkelen” favner den kognitivt terapeutiske forståelse av symptomutvikling, der vold er symptomet. Den hjelper den enkelte å identifisere situasjon, utløsende faktorer, tolkning, følelser og atferd. Videre er den sentral for å kunne skape en felles forståelse i gruppen, og for å illustrere hvordan den dysfunksjonelle strategien både er skadelig for utøver og omgivelsene. Alternativt kan den anvendes når deltakeren

presenterer sin første situasjon og denne settes inn en ABC-modell. Når hver enkelt deltaker har vært igjennom ABC-modellen på tavla, presenteres han for et «lynkort» som lages på bakgrunn av situasjoner som er gjennomgått i timene. Det tar utgangspunkt i noe som synes å være en typisk risikosituasjon for sinneutbrudd/ vold (Berge & Repål, 2008).

Deltakerne lærer å finne sammenhengen mellom de «sinte tankene» og sårbarhetene/holdningene til seg selv, og vurderer om dette påvirker deres tolkning av hendelsen. Ved å hjelpe den enkelte til å se hvordan negative holdninger og sårbarhet har påvirket livet deres tidligere, og avklar om disse negative holdningene blir aktivert i dagens livssituasjon. I denne sammenhengen blir leveregler og negative automatiske tanker introdusert og vi bruker tid på å snakke om tidligere opplevelser/barndomsopplevelser, og om de tror det kan være en sammenheng mellom dem og deres negative holdninger og sårbarheter (Ibid).

#### Modul 7, Fritid og venner – å bygge et nettverk

Dette er siste tema i kurset/manualen. Den handler om fritid og venner. Målet med denne er å lære hvordan en kan finne positive aktiviteter som en kan gjøre alene eller sammen med andre, og hvordan en kan utvikle vennskap. Dette er en utfordring for mange, for noen vil det handle om å finne seg nye venner utenfor rusmiljøet. For å gjøre det vil dette medføre en utfordring i forhold til å se at mange av vennene de har i dag ikke er heldige for dem. For å klare å kutte ut rusbruken må de sannsynligvis bryte kontakten med mange i sin nåværende omgangskrets. Ensomhetsfølelsen er ofte stor, selvtiliten er ofte liten, og de fleste har vansker med å tro at de klarer å få nye venner som ønsker kontakt og samvær. Manglende sosiale ferdigheter og sterk sosial angst er ofte medvirkende årsaker til dette (Gråwe et al, 2014). Man vet også at det er vanskelig å bryte med fastlagte vaner og handlingsmønstre for å unngå risikosituasjoner og rustring. For å kunne bryte handlingsmønstre må en ha meningsfulle alternativer, og det å endre levemønstre krever en betydelig innsats fra den enkelte (Ibid). Når man spør pasienter hva de ønsker mest i livet, svarer de fleste at de ønsker, nære, omsorgsfulle relasjoner (Ibid). Dette er et tema hvor det anbefales å bruke god tid til diskusjoner. Tilgang på PC- internett, film, og forskjellige informasjonsmateriale om ulike aktiviteter er en fordel, og i løpet av denne modulen drar ofte gruppa ut for å besøke ulike aktivitetstilbud som finnes i kommunen. Målet er at deltakerne skal bli klar over hva fritidsaktiviteter er, og få fram noen aktiviteter de kan tenke seg å prøve. I tillegg er det fokus på viktige elementer i et vennskap, som å holde avtaler, uttrykke positive følelser, gi og motta komplimenter, inngå kompromisser, oppnå fortrolighet og dele hemmeligheter (Ibid).



### 3.7 Måleinstrumentet -START

Dette avsnittet bygger i hovedsak på teori og forskning som er oppsummert i START-manualen som er tilpasset og oversatt av Erik Kroppan m.fl. (2012) etter den canadiske original versjonen 1.1 av Webster, CD, Martin ML, Brink J, Nicholls TL, Desmarais SL, 2009). I dette kapitlet har vi valgt å bruke den oversatte START-manualen når vi henviser til forskning som er hentet fra denne. Forskingen som det henvises til foreligger i denne manualen og blir derfor å betrakte som sekundærlitteratur.

Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) er valgt fordi det brukes til å gi en strukturert klinisk vurdering av risiko og behandling av våre inneliggende pasienter under hele oppholdet. Vi har derfor mulighet til å hente ut vurderinger som er gjort før oppstart av Brøsetmodellen og etter endt deltakelse i Brøsetmodellen.

START er et nyere kartleggingsinstrument utviklet i Canada blant annet av Chris Webster, for strukturert klinisk vurdering av risiko og behandling i et mellomlangt perspektiv (0-3 mnd.) (Vedlegg 4). Regionale sikkerhetsavdeling Brøset var først ute med å innføre START i Norden. START ble innført ved sikkerhetsavdelingen i 2005. Den er over år blitt prøvd ut og tilpasset vårt faglige og behandlingsmessige arbeid på RSA Brøset. Ved den Regionale sikkerhetsavdelingen gir START grunnlag for vedtak om behandling, grad av sikkerhet og/eller overføring til sykehus med lavere sikkerhet.

START brukes til å gi en strukturert klinisk vurdering av risiko og behandling i et mellomlangt perspektiv(0-3mnd.). Instrumentet tar for seg 20 dynamiske ledd som skåres i forhold til styrker og svakheter i henhold til leddforklaringer (se vedlegg 5). De ulike leddene er:

1. Sosiale ferdigheter defineres ifølge O`Conner, Lovell og Brown (2002) (gjengitt av Kroppan et al. 2012) som «mellommenneskelige forståelse, verbal, nonverbal/skriftlig kommunikasjon og sinnemestring» (s. 50). Pasienter med svake sosiale ferdigheter har vansker med å etablere og vedlikeholde stabile, intime, vennskapelige og terapeutiske forhold, adekvat arbeid og boforhold. Mangler innen disse feltene kan utvikle seg til å redusere sosial støtte, øke psykologisk ubehag, risikere destabilisering (f.eks. manglende medisinsoppfølging) og eksponering for eksterne triggere (f.eks. rusmisbruk), slik at pasientens risiko for vold og tilbakefall øker. Endringer som utvikler omfang av prososiale- og tilpasningsevner vil kunne øke pasientens evne til å se ting i perspektiv, sannsynligheten for positiv sosial utveksling og en stabil livsstil; og dermed resultere i redusert ubehag for pasienten og redusere sannsynligheten for selvskading og suicidal atferd (Ibid).

2. Relasjoner og sterk nettverkstilknytning kan fungere som dempende i forhold til antisosial atferd. Omvendt kan voldelige relasjoner, svak nettverkstilknytning og prokriminelle forbindelser øke risikoen for vold mot andre. Stabile sosiale relasjoner beskytter også mot selvmord og selvskading, mens voldelige relasjoner er en risiko for selvmord og selvskading. Avisning fra familie, venner eller fagpersoner kan øke følelsen av sårbarhet og frykt for at det ikke finnes noen å henvende seg til når man er i krise. Det å redusere sosial isolasjon og det å være familieorientert kan bidra til at man avstår fra kriminelle handlinger. Estroff og Zimmer (1994) (gjengitt av Kroppan et al. 2012) viser til at pasienter med tilstrekkelig sterke og stabile forhold til fagpersoner kan ha mindre sannsynlighet for å utøve vold/aggresjon enn pasienter som ikke har det (Kroppan et al. 2012).

3. Sysselsetting er en viktig del av livet. For mange mennesker er ikke arbeid kun bruk av tid og fremskaffelsen av en stabil inntekt, det er også en kilde til identitet. For mange av pasientene med psykiske lidelser utgjør ikke arbeid en meningsfylt del av livet, det er faktisk få som jobber. I START- manualen henvises det til en detaljert sykepleieorientert studie av McDonald og Badger (2002). som viser at arbeidstrening og jobbintegrering var det mest etterspurte tilbudet (gjengitt etter Kroppan et al. 2012). Secker og Membrey (2003) viser også til i en studie gjengitt etter Kroppan et al. (2012) at pasienter innen psykisk helse ønsker og evner å jobbe, eller at arbeid kan være fordelaktig for deres mentale helse. Flere antyder at selvsikkerheten er blitt påvirket av psykisk sykdom og mangel på sysselsetting/arbeid. For de fleste mennesker vil utdanning gi flere fordeler i tillegg til stabil inntekt (Ibid).

4. Fritidsaktiviteter gir muligheter for å utvikle støttende sosiale forhold til andre. Mennesker med psykiske lidelser møter mange utfordringer relatert til deltakelse i rekreasjon/fritid på grunn av stigmatisering, psykiske symptomer, helseproblemer, sosiale ferdigheter, økonomiske vansker og manglende tilgjengelighet. Rekreasjon, fritid og fysisk fostring kan ha en positiv effekt på rehabilitering av personer med psykisk lidelse ved å øke sosialisering, vennskap, sosiale ferdigheter og bedre fysiske, sosiale, emosjonelle og kognitive funksjoner (Kroppan et al. 2012). Kroppan et. al (2012) henviser til studier gjort av Martinsen (1994) at fysiske aktiviteter bedrer humøret, psykisk velvære, selvbilde og øker motivasjon. Trening kan også bidra til å redusere angst.

5. Egenomsorg er evnen til å vare på seg selv. Egenomsorg omfatter mange faktorer som sannsynligvis påvirker avgjørelser i forhold til tvangsinnleggelse. Evnen til å ta vare på seg selv var en av fem variabler som ble vektlagt av psykiatere ved avgjørelse om akutte innleggelse i psykiatrien (Kroppan et al. 2012).

6. Psykisk tilstand relateres til symptomer og tegn på alvorlig psykisk lidelse, spesielt tanke- og affektforstyrrelser, som er tydeliggjort i diagnostiske utgangspunkt som DSM-IV og ICD-10. Det blir lagt vekt på tilstedeværelse og alvorlighetsgrad av symptomer som kan inkludere forstyrrelse av tale, affekt, humør, form og innhold av tanker, persepsjonsforstyrrelser og svekket bevissthet når man vurderer innleggelse eller utskrivelse fra sykehus. Det er nå en aksept for at personer med schizofreni har signifikant økt sannsynlighet for å være voldelig enn andre i befolkningen (Ibid). Det bemerkes i studier gjort av Walsh, Buchanan og Fahy (2002), (gjengitt av Kroppan et al., 2012) at andelen vold i samfunnet som kan tilskrives schizofreni er liten. Funn gjort av Junginger, Parks-Levy og McGuire 1998, Appelbaum, Robbins og Monahan, 2000; Monahan et. al., 2001; Steadman et al., 1998 (gjengitt av Kroppan et al., 2012) indikerer at samtidig stoffmisbruk og høy skår på sinne og impulsivitet kan forårsake økt forekomst av vold under psykose. Bekymring rundt selvskading og selvmord er betydelig når helse, materielle eller økonomiske problemer resulterer i negative faktorer som er av sær betydning hos personer med psykiske lidelser. Studier viser at det er en signifikant økning av suicidale tanker hos personer med en psykotisk tilstand (Ibid).

7. Emosjonell tilstand involverer mange systemer; atferd inntreffer som et resultat av kombinasjoner av kognitive, biofysiologiske og affektive prosesser. Emosjon er en tilstand av aktivering som er karakterisert av endring i følelsetilstand og av fysiologiske atferdsendringer. De ytre tegn på emosjoner kalles affekt; en omfattende og vedvarende emosjonell tilstand som blir omtalt som stemningsleie. Stemningsleie er ikke det samme som med affekt og er brukt for å referere til oppstemthet eller nedstemthet. Andre eksempler på emosjonell tilstand er sorg, glede, frykt og sinne. Emosjonell tilstand påvirker hvordan erfaring prosesseres og er involvert i motivasjon bak atferd. Man skiller mellom tre ulike tilstander av emosjoner; positive emosjonelle tilstander (glede, begeistring, nytelse), negative emosjonelle tilstander (sinne, fiendtlighet, frustrasjon) og nøytrale emosjoner (avflatet, dempet) (Kroppan et al., 2012). Manglende evne til å oppleve et bredt spekter av emosjoner kan være assosiert med vansker omkring planlegging, beslutningstaking, opprettholdelse av meningsfulle forhold og kan føre til at en person er disponert for kriminelle og/eller voldelige handlinger (Ibid).

8. Rusbruk antas å utgjøre en betydelig forskjell av voldsforekomst mellom klienter og ikke-klientgrupper. I følge forskning gjort av Silver (1999) (gjengitt etter Kroppan et al., 2012) antydes det en potensiell interaksjon mellom rusmisbruk og psykiske lidelser. Rusmisbruk kan bidra til å svekke oppfatning av sosiale signaler, fungere som en

rasjonalisering for antisosial atferd, redusere selvvinnsikt, oppmerksomhet for konsekvenser, fungere som en kjemisk opphever av aggressive impulser, forverre psykotiske symptomer, øke konfliktnivå i mellommenneskelige forhold og svekke sosial støtte. Rusmisbruk øker også sannsynligheten for eksponering i voldelige eller utsatte miljøer og kontakt med strafferettssystemet (Ibid). Forskning viser at stoffmisbruk kan resultere i andre negative utfall som hjemløshet, manglende medisin- og behandlingsoppfølging og destabilisering (Hunt, Bergen og Bashir, 2002 gjengitt etter Kroppan et al., 2012).

9. Impulskontroll er evnen til å kontrollere trangen til å leve ut impulser, lyster, drifter eller ønsker på en sosial upassende eller uakseptabel måte. Litteraturen beskriver impulsiviteten til å handle med mindre omtenksomhet enn de fleste andre mennesker med tilsvarende evner og intelligens. Impulsiviteten karakteriseres av både funksjonelle og dysfunksjonelle aspekter. Impulsivitets varierende effekter er relatert til reduserte hemninger, søken etter nye opplevelser og følelser, mellommenneskelige instabilitet og upassende oppførsel. Personer som anses som impulsive innen psykiatri, rettsmedisin og kriminalomsorg gjør ofte dette personlighetstrekket lett synlig for hjelpeapparatet (Kroppan et al., 2012).

10. Eksterne utløsende faktorer kan øke risikoen for antisosial og aggressiv atferd viser en gjennomgang av prioriteringer i en rettspsykiatrisk undersøkelse gjort av Hodgins (2002) (gjengitt av Kroppan et al., 2012). Innvirkninger av situasjonsmessige og miljømessige påvirkninger kan føre til en forhøyet risiko av utøvelsen av vold hos mennesker med en psykisk lidelse. Man skal ta i betraktning at personer med alvorlig psykisk sykdom i overveiende mindretall begår voldelige handlinger (Ibid). Ilkiw-Lavalle et al. (2003) (gjengitt av Kroppan et al., 2012) har undersøkt signaler i forkant av voldsutøvelse viser at det ikke kun er sinnstilstanden som viser seg å være den primære årsaken til aggresjon. Mellommenneskelige faktorer og miljømessige faktorer oppfattes som å være like utløsende årsak til vold, som psykisk tilstand hos personer med en alvorlig psykisk lidelse. Eksterne utløsende faktorer spiller også en viktig rolle når det gjelder rusmisbruk (Ibid).

11. Sosial støtte påvirker helse og sykdom. Ved å evaluere den fysiske, emosjonelle og materielle støtten en person får fra andre vil man kunne estimere omfanget av den sosiale støtten. Videre bidrar den sosiale støtten følelse av trygghet, tilhørighet, kjærlighet og det å være godtatt. Den sosiale støtten kan være en pådriver til å hjelpe personer med å takle stress og redusere stress. Få personer med som har en alvorlig psykisk lidelse bor med familien sin. Personer med schizofreni har uvanlig lite støttende nettverk sammenlignet med ikke-psykiatriske grupper Negative symptomer ved schizofreni er ofte forbundet med

tilbaketrekning/isolasjon og mindre sosiale nettverk på individnivå (Kroppan et al., 2012). En svensk studie av Hansson et al. (2002) (gjengitt av Kroppan et al., 2012) viser at intervensjoner for å øke sosial støtte kan føre til en mobilisering av potensielt støttende relasjoner. Siden rettspsykiatriske pasienter ofte har vært i fengsel eller bodd i institusjoner i mange år møter de utfordringer i forhold til sosial støtte. Den nevnte pasientgruppen returnerer ofte til miljøer der de har begått en straffbar handling eller har oppført seg upassende. Mangel på sosial kontakt og sosial støtte kan forhøye risikoen for tilbakefall og gjentakelse av kriminelle handlinger (Ibid).

12. Materielle ressurser eller mangel på dette er en risikofaktor som kan fremme ødeleggende, aggressiv og voldelig atferd. Kroppan et al. (2012) henviser til en studie gjort av Elbogen, Swanson, Swartz og Wagner (2003). De studerte 240 personer med en psykotisk eller en affektiv lidelse. Samtlige hadde vært tvangsinnlagt, og alle var i ferd med å utskrives til poliklinisk oppfølging. I 41% av tilfellene ble pasientens økonomi styrt av andre enn pasienten selv. Halvparten av hele utvalget hadde ikke råd til å delta i sosiale aktiviteter. Forfatterne av studien konkluderte med følgende: Gitt at behandlingen for alvorlig psykisk lidelse legger vekt på opptrening av sosiale ferdigheter og sosiale støttenettverk så signaliserer funn en finansiell styring kan underminere behandlingsforsøk. Det er derfor viktig at helsepersonell vurderer rollen av økonomiske forhold når de skal se nærmere på hvorvidt pasienten har blitt isolert som følge av symptomforverring, eller at de ikke har hatt mulighet til å delta på sosiale aktiviteter på bakgrunn av økonomiske vansker (Ibid).

13. Holdninger er et åpenbart fokusområde når det gjelder behandling. START manualen (Kroppan et al., 2012) bruker begrepet ”kriminelle holdninger”, som sammenfatter kriminelt orienterte holdninger, verdier, overbevisninger og rasjonalisering. Prokriminelle overbevisninger og verdier legitimerer ofte bruken av vold og antisosial atferd (Ibid). Quinsay, Coleman, Jones og Altrows (1997) (gjengitt av Kroppan et al., 2012) har dokumentert at det er en sammenheng mellom antisosiale holdninger og avvikende atferd i institusjonelle settinger. Negative holdninger er en av de største risikofaktorene for en kriminell livsstil. Gendreau, Goggin og Law (1997) (gjengitt av Kroppan et al., 2012) henviser til at kriminelle holdninger bemerkes å være blant de sterkeste prediktorene for dårlig oppførsel på institusjoner.

14. Medisinoppfølging og svekket medisinoppfølging sees å være avgjørende for potensialet til bedring. I studier av Swartz et al. (1998) (gjengitt av Kroppan et al., 2012) viser en klar sammenheng mellom manglende medisinoppfølging, forverring av den psykiske tilstanden og reinnleggelser. Samtidig rusmisbruk bidrar til tilleggs vansker og har en

sammenheng mellom ufullstendig medisinoppfølging, fiendtlighet og vold. Studiene rapporterte at historikk med voldelig atferd, rusmisbruk og manglende medisinoppfølging var sammenfallende. Kombinasjon av rusmisbruk og dårlig medisinoppfølging var utløsende for voldelig atferd. Det er å bemerke at pasienter med en alvorlig psykisk lidelse ofte faller inn i en ond sirkel bestående av motstand for behandling, sykdomsforverring, rusmisbruk, voldelig atferd gjentatte reinnleggelser. Disse er en bestemt sammensetning av problemer som oppleves å være svært utfordrende for både pasienten og hjelpeapparatet. Begrenset innsikt av nytteverdi som følge av den psykiske tilstanden utgjør en tilleggsbarriere i forhold til å oppnå medisinoppfølging. Grundig vurdering av dette temaet kan bidra til en forbedret terapeutisk allianse og en bedre forståelse av årsaken til manglende medisinoppfølging. Et bredt fokus på området kan gjøre at potensialet for bedring, langvarig oppfølging og vellykkete terapeutiske intervensjoner øker (Kroppan et al., 2012).

15. Forhold til regler sier noe om sannsynligheten for at pasienten tar hensyn til regler, reguleringer og avtaler som er ansett å være fornuftige og nødvendige. Evnen til å etterleve et sett av regler sees å være betinget i et antall kontekstuelle og kliniske faktorer. Tydelig formidling av forventet oppførsel og konsekvente følger kan gjøre til at personer får hjelp til å oppnå kontroll og sine impulser. Atferd som ikke responderer på ulike signaler fra omgivelsene krever grundig utredning i forhold til mulig alvorlig personlighetsforstyrrelse (Ibid). Man må i forhold til regler evaluere om pasienten forstår, verdsetter og aksepterer nødvendigheten av at atferd må ha samsvar med rimelige forventninger. Pasienter med kognitiv svekkelse, alvorlige personlighetsforstyrrelse og langvarig psykiske lidelser kan oppleve mangler som negativt påvirker deres evne til å fornuftige og konstruktive avgjørelser, samt evnen til å kontrollere sin egen atferd i positiv retning. Det er dokumentert at negative holdninger som for eksempel opposisjonelle, kyniske, likegyldige, utnyttende, manipulerende og prokriminelle holdninger kan føre til vanskelig atferd og en forhøyet risiko for vold (Ibid).

16. Oppførsel viser til kartlegging av observert og dokumentert atferd som i minst mulig grad støttes til slutninger om personlighetsstruktur, psykiske symptomer og emosjonell dysregulering. Oppførsel bygger på forskning av Douglas og Webster (1999) (gjengitt av Kroppan et al., 2012) som sier at vold ofte predikerer fremtidig voldelig atferd. Ved å se på en oversikt over oppførsel kan man antyde risikoen for vold mot andre, aggresjon, selvmord og selvneglisjering (Ibid).

17. Innsikt kan anses som å besitte klar, logisk og integrert intelligens, med bruk av kognitive funksjoner og uten en forvrengning av tanker en forstyrret sinnsstemning eller inntakelse en forsvarsposisjon kan medføre. I psykiatri og rettspsykiatri anser man generelt at

personer viser innsikt dersom: de erkjenner at de har en lidelse, de tilskriver eventuelle symptomer til den aktuelle lidelsen og at de kan se at tilstanden deres sannsynligvis bedres dersom de mottar passende behandling eller intervensjoner som tar sikte på bedring (Kroppan et al., 2012). Det er å bemerke at pasienter med fraværende eller uoverensstemmende oppfatning av egenskaper og omfanget av sine symptomer kan ta del i og profitere på behandling. Innsikt trenger ikke å være absolutt og ubøyelig krav for å kunne hjelpe personer til å utvikle funksjonelle utfall og forbedre behandlingstilslutning. Helsepersonellet bør derfor være fleksible med hvordan, i hvilken grad og når de skal ha fokus på å hjelpe personer med å utvikle innsikt (Ibid).

18. Planer er et viktig aspekt for å leve et sunt og tilfredsstillende liv. Det kan være krevende å ha evnen til å planlegge og å gjøre endringer. Å motsette seg endringer er normalt, og frykt for det som er ukjent kan gjøre personer tilbakeholdende med å planlegge for endring. Det må identifiseres mål som er realistiske, håndterlige og oppnåelige. Pasienten selv må ha mulighet til å vurdere behov og problemer, sette seg mål, bestemme strategier og evaluere hvorvidt tilnærmingen har fungert. Pasientens planlegging kan også involvere selvmonitorering for å gjenkjenne potensielt skadelige situasjoner og hvordan det påvirker egne tanker, følelser og atferd (Ibid).

19. Mestring er en kompleks prosess som kan være vanskelig å forstå. Renolen (2008) henviser til Lazarus og Folkman (1984) som beskriver mestring som de konstant endrende kognitive og atferdsmessige anstrengelsene for å takle eksterne og/eller interne krav som oppfattes som belastende eller som overgår ressursene personen sitter inne med (Renolen, Å., 2008). Hos personer med alvorlig psykisk lidelse kan deres mestringsstrategier være påvirket av deres evne til å prosessere informasjon. Forskning gjort av Middelboe og Mortensen (1997) (gjengitt av Kroppan et al., 2012) viser at mestringsstrategier hos personer med alvorlig psykisk lidelse er varierende. Bare noen få av mestringsstrategiene var effektive. Mestring kan hjelpe personer til å håndtere eller redusere stress og symptomer. Hvis pasienten er i en psykotisk tilstand kan han/hun være ute av stand til å tenke logisk eller å gjennomføre en effektiv problemløsning. Opplæring og ferdighetstrening for å lære andre mestringsstrategier er ofte et mål i den psykososiale behandlingen (Ibid).

20. Mottakelighet for behandling kan oppleves å være et diffust begrep. Serin, Kennedy og Mailloux (2002) (gjengitt av Kroppan et al., 2012) definerer mottakelighet for behandling som å omfatte mottakelighet for respons/effekt på terapeutisk intervensjon, mens Rogers og Webster (1989) (gjengitt av Kroppan et al., 2012) hevder at mottakelighet for behandling refererer til den kliniske avgjørelsen angående hvilke pasienter som ved hvilke

behandlingstilnæringer og miljømessige omstendigheter vil respondere mest gunstig. Mottakelighet for behandling vil uansett begrepsforståelse vise til pasientens villighet til å delta i det som er vurdert til å være en best mulig behandling. Noen pasienter kan benekte behovet for behandling, mens andre er mer villige til å reflektere over potensiell gevinst ved å aktivt delta/ta del i. Mellommenneskelig væremåte ut ifra kynisme, likegyldighet, utsettelse, makt og kontroll presenterer terapeutiske utfordringer og virker negativt i forhold til mål om vellykket behandling (Ibid).

21. og 22. I likhet med andre nylig utviklet strukturerte kliniske veiledere gir START rom for inkludering av to (eller flere) kasusspesifikke ledd. Dette vil avhenge av den enkelte pasient og aktuelle omstendigheter som gjør det naturlig å implementere flere ledd enn de 20 som anses som standard i et START- skjema. Eksempler som blir hyppig brukt er medisinske og helsemessige faktorer. Dette kan være eksempelvis være kosthold, angst, fiendtlighet, abstinens, mani og seksuell avhengighet (Kroppan et al., 2012). I denne studien var det ingen av de femten pasientene som hadde et slikt kasusspesifikt punkt.

START vurderinger gjennomføres i felleskap av fagpersoner som har daglig kontakt med pasienten. Vurderingene blir gjennomført ca. hver 6-8 uke. Hvert ledd i skjemaet blir vurdert og etter gjennomgang av disse finner vi en profil for personens styrker og svakheter. Dette gir et kvalifisert grunnlag for å prioritere behandling og risikovurdering/risikohåndtering av pasienten (Kroppan et al., 2012).

Hvert ledd skåres 0 (Minimalt tilstede), 1 (Moderat tilstede), eller 2 (Maksimalt tilstede). I tillegg til de nevnte vurderingene gis det mulighet for å markere ”nøkkelledd” og ”kritiske ledd” som kan være særlig relevant for risiko og risikohåndtering av den enkelte pasient. START gir også muligheten til å beskrive varselsignaler i et eget felt. På bakgrunn av dette lages en spesifikk risikovurdering på bakgrunn av de ulike leddene. Her angis også eventuell historie knyttet til spesifikk risiko (Ibid).

Til slutt inneholder START et felt for beskrivelse av selve risikohåndteringen med en kort sammenfatning av hvilken risiko for hva, under hvilke forhold og hvordan man skal forholde seg til dette. Kort sagt, er START ment for å hjelpe helsearbeidere til å strukturere sin tenkning frem mot vurdering av risiko for bestemte problemer. Den skal også bidra til å lage behandlingsplaner som tar hensyn til de identifiserte risikoområdene for hver pasient, og som bygger på pasientens faktiske, eller potensielle ressurser (Ibid).



START bidrar til:

- Kartlegging av ressurser
- Kartlegging av problemområder
- Kartlegging av sårbarhetssituasjoner
- Kartlegging av varselsignaler
- Kartlegging av risiko
- Beslutningsstøtte for behandlingsplan (Ibid).

### **3.8 Konesjon/meldeplikt**

Regional komite for medisinsk for helsefaglig forskningsetikk (REK) ble kontaktet med protokoll. I tilbakemeldingen fra REK, saksnr. 2015/1696, blir prosjektet å betrakte som ei intern evaluering av et gjennomført behandlingstilbud. Komiteen mener at prosjektet er å betrakte som en kvalitetssikringsstudie, noe som faller utenfor REK`s mandat å vurdere jf. helseforskningsloven § 2. Prosjektet er ikke fremleggs pliktig, jf. helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4 annet ledd, og kan gjennomføre uten forhåndsgodkjenning fra REK (Vedlegg 1).

Kvalitetssikringsprosjektet er godkjent fra NSD (se vedlegg 2) og det lokale personvernombudet v/Øyvind Reset St. Olav Hospital. Prosjektet er også godkjent av lederforum v/ Regional sikkerhetsavdeling Brøset. (ESA 16/1484, tilrådning fra PVO). NSD og Ø. Reset (vedlegg 3).

### **3.9 Ethiske refleksjoner**

I følge REK/NSD er vårt prosjekt å betrakte som et kvalitetssikringsprosjekt.

*«Kvalitetssikringsarbeid kan bestå i kartlegging av virksomheten, etablering av relevante og adekvate kvalitetsmål, evaluering om hvorvidt virksomheten oppfyller disse målene, utviklingsarbeid for å endre diskrepans mellom idealer og realiteter, og ny evaluering for å vurdere om utviklingsarbeidet fungerer etter hensikten» (Malterud, 2011, s. 32).*

Helsinkideklarasjonen er et internasjonalt styrende dokument innen medisinsk og helsefaglig forskning. Deklarasjonen trekker frem fire grunnleggende etiske prinsipper;

Autonomiprinsippet, godhetsprinsippet, prinsippet om ikke å skade og rettferdighetsprinsippet (Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi, 2006).

Vi har benyttet medisinske undersøkelser/tester i journaldata hos hver enkelt pasient. I følge Regionale etiske komiteer kan personopplysninger innhentes direkte fra den registrerte for eksempel gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler. I tråd med retningslinjer har vi etter godkjenning fra REK, NSD og lokale personvernombud innhentet START-skåringskjema fra elektronisk pasientjournal for hver av de 15 i vårt utvalg. START-vurderingene kan sees som primærdata, dette er eksisterende data som blir analysert for å kunne gi oss nye opplysninger (sekundærdata).

I all forskning er det et grunnleggende prinsipp at personvernet ivaretas. Ved å erstatte personalia med et eget id nummer bidrar man med å sikre anonymisering av data (Dalland, 2015). Vi har nummerert hver enkel pasient med nr. 1 til 15. Demografiske opplysninger er oppgitt i tabell 1.0. Som nevnt tidligere er demografiske opplysninger som, kjønn og alder utelatt for og ikke å gjøre informasjon identifiserbar. Alle data (START skjema) som er hentet ut fra pasientjournal er oppbevart i sikret arkivskap.

### **3.10 Sårbar gruppe**

Helsinki-erklæringen vektlegger i særlig grad forskerens ansvar overfor utsatte og sårbare gruppe. Mennesker med alvorlig psykisk lidelse, som deltar i gruppebehandling i en Regional sikkerhetsavdeling, må anses å være en sårbar gruppe. Forskeren må være dette bevisst under hele forskningsprosessen, ikke minst ved anonymisering av opplysninger. Det vil likevel være viktig å ha en bevissthet rundt resultatene som fremkommer ved å være upartisk, redelig og åpen for egen feilbarlighet i diskusjonen av disse (Jacobsen, 2015).

Psykiske lidelser kan komme til uttrykk i et spenn fra mild angst og moderat depresjon, til invalidiserende og omfattende problemer med realitetsbrist, vrangforestillinger og tap av kontroll. Opplevelsen av smerte og fortvilelse gjør personer med psykiske lidelser særlig sårbare. Denne sårbarheten får betydning for hvordan vi skal tenke om forskningsetikk.

Ved å hente ut data fra en liten gruppe hvor diagnose og psykiske problemområder vil bli omtalt og vurdert som styrker eller svakheter ved ulike karaktetikka knyttet til helse opplysninger, så blir alle data anonymisert. Anonymitet innebærer at det ikke skal være mulig å identifisere opplysninger knyttet til enkeltpersoner (Ibid). Pasientgruppa som blir omtalt i prosjektet, kan bli utsatt for ubehag som for eksempel stigmatisering, diskriminering. I tillegg er pasienter som er inneliggende på en Regional sikkerhets avdeling allerede en belastet

gruppe på bakgrunn av sin lidelse, handlinger og ikke minst at dette er mennesker som betraktes som svært alvorlig psykisk syke, som enten er for farlige eller for krevende for det ordinære helsevesen. I tillegg er pasientene underlagt tvang/tvangs behandling/dømt til behandling. Her vil den forskningsetiske vurderingen være knyttet til forsvarlighetsvurderingen. Forsvarlighetsvurderingen henviser til Helsinkideklarasjonen, som baserer seg på at risiko må stå i rimelig forhold til nytte. Når det gjelder risiko, omfatter dette ikke bare fysisk skade, men også slike ting som ubehag, bryderi – og ikke bare knyttet til den enkelte, men også på gruppenivå (for eksempel fare for diskriminering eller stigmatisering). Våre refleksjoner med hensyn til dette, er at valg av metode har betydning for hvordan man går fram for å finne svar, og at man da samtidig kan begrense belastningen på den enkelte pasient. Vi antar at ved å velge en kvantitativ metode, så vil dette medføre liten risiko for den enkelte, men heller risiko/byrder for gruppen/pasientgruppa. I Nürnberg- kodeksen anføres det, at det er en forutsetning for å kunne forske på mennesker, at forskningen har vitenskapelige og samfunnsmessig nytte. Helsinkideklarasjonen fastslår også at forskningen “må følge generelt aksepterte vitenskapelige prinsipper”. Den baserer seg på at risiko må stå i rimelig forhold til nytte (Ibid).

Vi må være oppmerksom på å unngå demografiske opplysninger for å ivareta våre pasienters anonymitet på best mulig måte. I våre variabler vil vi unngå informasjon som sivilstatus, familieforhold, bosted, bakgrunn/årsak for innleggelse på Regional sikkerhetsavdeling, kjønn og alder. Pasienter som blir innlagt på en regional sikkerhetsavdeling på grunn av en kriminell handling, blir av ofte omtalt i nyhetsbildet i forkant av innleggelsen. På den regionale sikkerhetsavdelingen er det også få sengeplasser, noe som gjør ivaretakelsen av aidentifisering svært viktig for at det ikke blir gjenkjennbart hvem personene er i studien.

### **3.11 Forske på eget fagfelt**

Når en undersøkelse er knyttet til en institusjon, bør man avklare med de ansvarlige for institusjonen hvilken grad av anonymitet de ønsker for institusjonen. Når dette er avklart vil vårt ansvar være å sørge for at denne anonymiteten blir ivaretatt. Dersom en undersøkelse tar sikte på å bidra til faglig utvikling i en institusjon, bør det være mulig å formulere seg slik at en ikke behøver å skjule institusjonens navn (Dalland, 2007). Å studere egen arbeidsplass kan ha både fordeler og ulemper. Det å ha førstehåndskjennskap til feltet gjør at man kan lettere få tilgang til informasjon, og at man lettere kan vurdere kvaliteten på denne informasjonen.

Ulempen er at man som ”insider” kan ha utviklet ”blinde flekker”. Det kan være en fare for at man da får en forutinntatt holdning til hvordan ting faktisk er, og at man da registrerer det man forventer og se, slik at andre sider blir oversett. Det kan også være vanskelig å ha den nødvendige kritiske avstanden til det man skal studere. Det kan være vanskelig å si noe om fordelene er sterkere enn ulempene. En skal imidlertid gjøre det helt klart for leseren at man studerer egen arbeidsplass, samtidig som at man skal reflektere over egen posisjon som både ansatt og undersøker. Denne studien er knyttet til egen arbeidsplass, i tillegg er gruppebehandlingen som tilbys pasientene, utarbeidet og drevet av personalet. Dette medfører en utfordring i forhold til hvordan vår forforståelse kan virke inn på prosjektet. Vår forforståelse er basert på ønsker og motivasjon til å studere dette nærmere på grunn av positive opplevelser/erfaringer fra det daglige pasientarbeidet/gruppetilbudet (Jacobsen, 2015).

## 4 Analyse

Statistiske analyser og bearbeidinger av data ble gjort med Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versjon 21. Studien bruker non-parametrisk statistikk på bakgrunn av et begrenset og ikke et normalfordelt utvalg. Et egnet mål i denne studien vil være Wilcoxon Signed Rank Test som er tilpasset små utvalg. Dette muliggjør statistisk analyse av resultatene pre- og posttest. Deskriptiv statistikk gjør bearbeiding, presentasjon og tolkning av kvantitative data mulig. Innsamlet data vil derfor bli gjenstand for deskriptiv analyse ved bruk av tabeller og grafisk framstilling i denne studien.

I drøftingen prøver vi å knytte funn opp mot teori, egne erfaringer og relevant forskning. Det gjøres ved at en tolker og diskuterer alternative forklaringer, som forhåpentligvis fører til en konklusjon. I alle statistiske beregninger ble en p-verdi på under 0,05 vurdert som statistisk signifikant endring. Et sentralt punkt er at resultatene i en studie kan være statistisk signifikant uten at de er klinisk viktige eller betydningsfulle (klinisk signifikant) (Polit og Beck 2004).

### 4.1 Presentasjon av resultater

I dette kapittelet presenteres data basert på empiriske funn i forhold til problemstillingen/forskningsspørsmålet. Resultatene vil bli presentert i tekstform, gjennom stolpe og boks diagrammer.

### 4.2 Demografiske data.

Det er 15 pasienter/kartleggingsskjema i utvalget. Alle har vært innlagt ved den Regionale Sikkerhetsavdelingen og mottatt gruppebehandlingen «Brøsetmodellen». Av utvalget er 9 pasienter lagt inn etter lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern §3-3 og 6 pasienter dømt til behandling etter lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 5-2. Alle deltakerne fra undersøkelsen har diagnosen Schizofreni i tillegg har 6 pasienter rusproblemer.

### **4.3 Styrker og sårbarhets ledd i START.**

De fleste former for risikovurdering har fokus på enkelte problemer og svakheter hos pasienten. De har ofte en tendens til å fokusere på faktorer assosiert med økt risiko, karakteristika eller egenskaper som i seg selv er negative, enn personlige styrker eller beskyttelsesfaktorer (Kroppan et al. 2012). Mens en sårbarhet (risikofaktor) er assosiert med økt sannsynlighet for uheldig utfall. Er en styrke en aktuell ressurs i seg selv for å redusere, dempe og håndtere sannsynligheten for uheldig utfall. Sårbarheter og styrker i START sameksisterer (Ibid).

Som allmenn regel skåres START hver 4-6 uke på hver enkelt pasient i løpet av institusjonsoppholdet. I forhold til denne undersøkelsen er det foretatt en START skåring rett før intervensjonen startet og ved gruppeslutt for hver enkelt pasient. Gruppeprogrammets varighet var fra ½ -1 år avhengig av pasientenes funksjonsnivå (symptomtrykk, konsentrasjonsevne, kognitive evne, innstilling til behandling og lignende). Gruppestørrelsen har variert fra to til tre deltakere pr. gruppe i tillegg til to gruppeledere. Mange av deltakerne hadde vært innlagt ved avdelingene (tre avdelinger) i lang tid før deltakelse i gruppebehandlingen. START skåringene blir foretatt av behandlergruppa til hver enkelt pasient, dvs. behandlende lege/psykolog, miljøpersonale (sykepleier/vernepleier), sosionom og ergoterapeuter.

#### **4.3.1 Resultat av START- Styrke og Sårbarhetsledd**

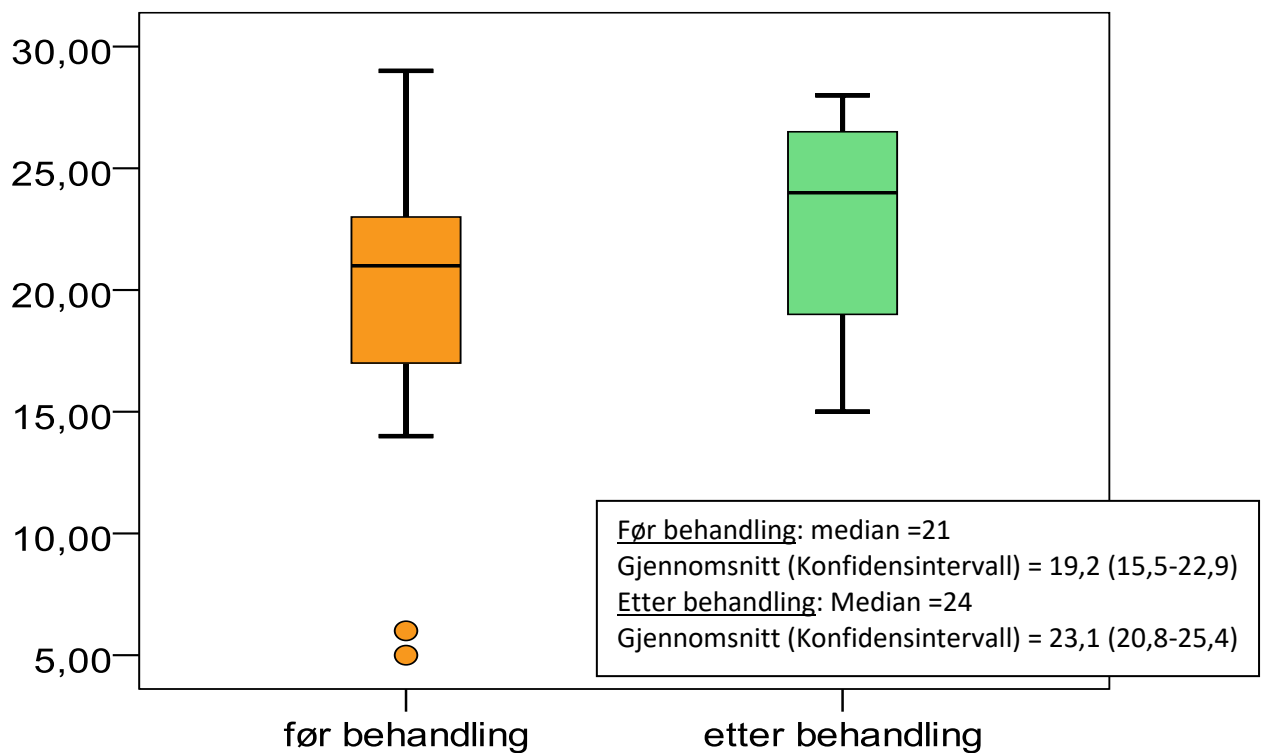
Boksdigram (box and whiskers plot) beskriver fordelingen av en variabel. Diagrammet består av en boks som inneholder 50 prosent av fordelingen med medianen i midten. Medianen er et mål som angir tyngdepunktet i fordelingen, den splitter en ordnet fordeling i to like store mengder av enheter. På topp og bunn i boksen er det uteriggerne (whiskers) som markerer grensene mellom vanlige og uvanlige verdier i en fordeling. Både figur 3. og figur 4. viser henholdsvis to og en uteriggere. Slike uvanlige verdier kan antyde at variablene ikke er normalfordelte (Ringdal, 2016).

Ikke- parametrisk statistikk bygger på enklere og færre forutsetninger enn parametrisk statistikk. Parametrisk statistikk er mer sårbar for ekstreme verdier av variablene enn ikke parametriske alternativer som Wilcoxon Signed Rank Test og Mann-Whitney U test. Forutsetninger om fordelinger er mest problematisk i små utvalg, det er også i små utvalg at uvanlige verdier gir størst utslag. Det bør derfor benyttes ikke-parametriske alternativer i særlig små utvalg (Ibid).

Analysene viser at styrkeledd i START viser positiv utvikling mellom innledning og avslutning av Brøsetmodellen for 9 av pasientene, uendret for 2 og negativ utvikling for 4 pasienter. Vurdert med Wilcoxon Signed Rank Test, var ikke endring for utvalget signifikant ( $Z=1.882$ ;  $p=0.068$ ). For sårbarhetsleddene i START fant vi en reduksjon fra innledning til avslutning av Brøsetmodellen for 9 av pasientene, uendret for 1 og forverring for 5 pasienter. Endringen var ikke signifikant ( $Z=1.169$ ;  $p=0.243$ ). Funnene er altså for usikre til at vi kan utelukke at de har oppstått tilfeldig.

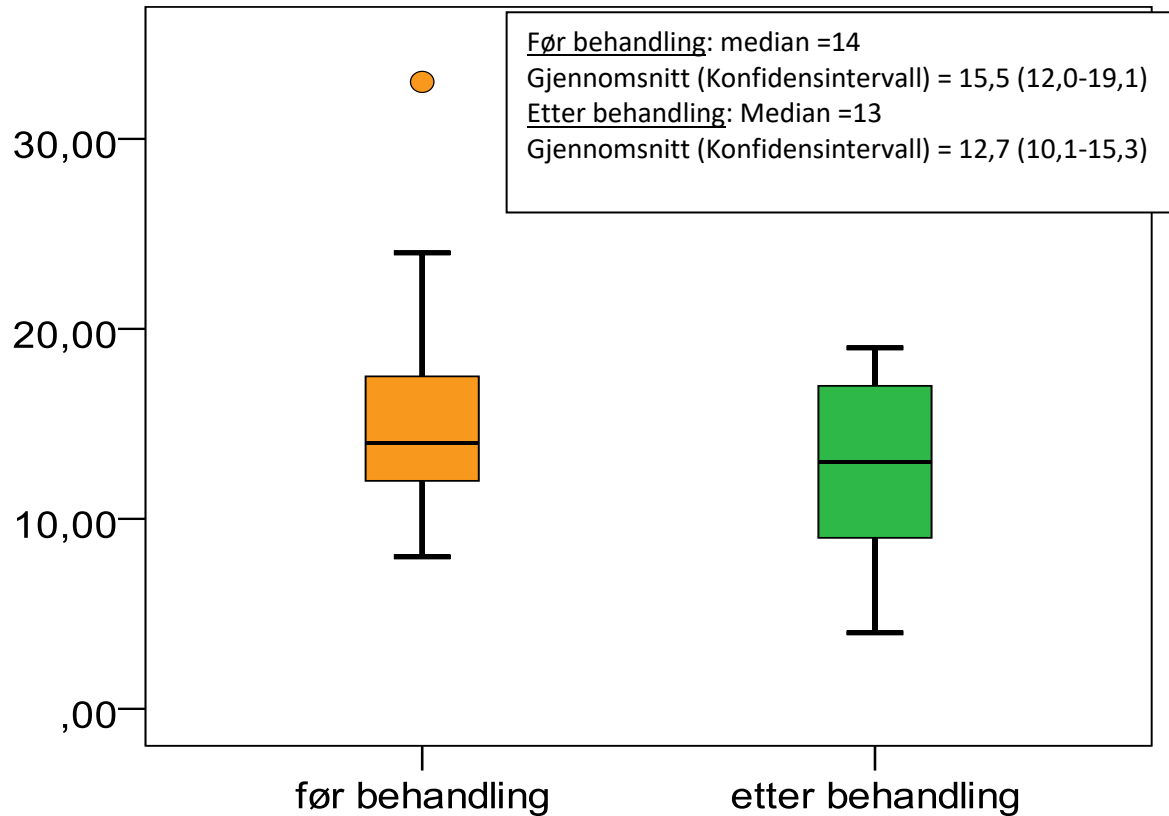
Figur 3: Forandringer i START styrkeledd før og etter behandling med Brøsetmodellen. Hver boks angir 75 % av utvalget, ”vingene” fanger opp 95 %. To pasienter skårer langt under gjennomsnitt før behandling.

Figur 3: START styrkeledd før og etter behandling med Brøsetmodellen



Figur 4: Forandringer i START sårbarhetsledd før og etter behandling med Brøsetmodellen. Hver boks angir 75 % av utvalget, ”vingene” fanger opp 95 %. En pasient skårer langt over gjennomsnitt før behandling.

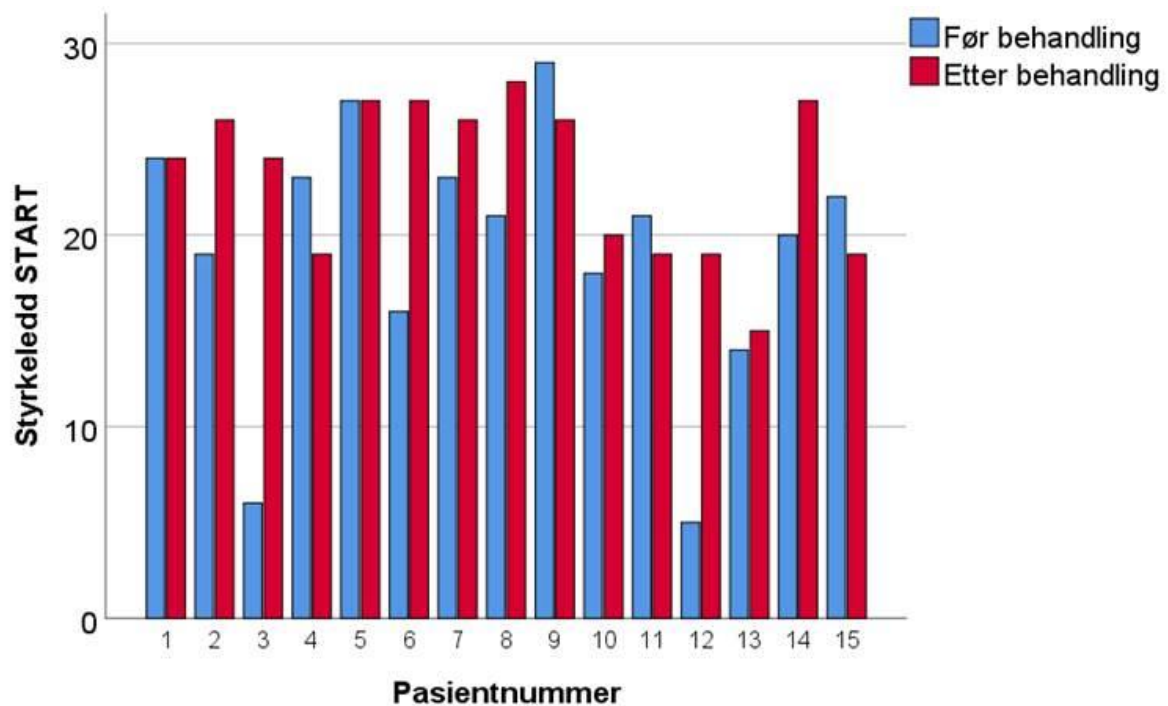
Figur 4: START sårbarhetsledd før og etter behandling med Brøsetmodellen





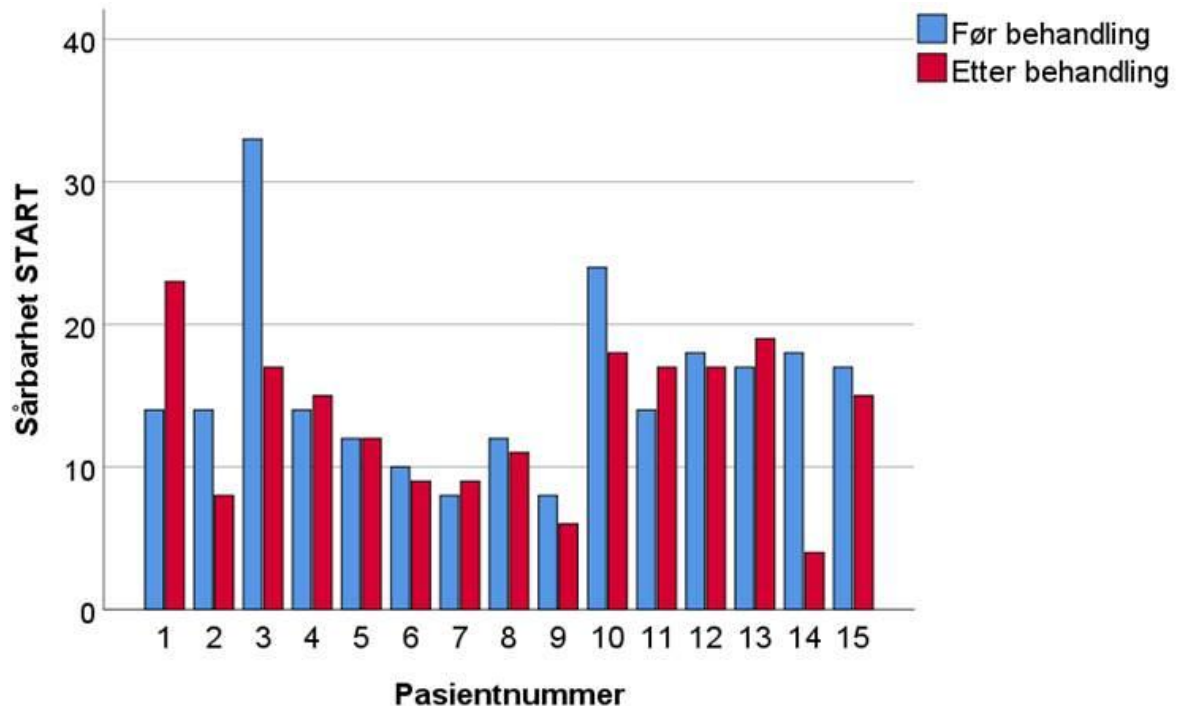
De 15 personene som fikk oppfølging med Brøsetmodellen ble studert samlet, slik som framstillinga over viser. En presentasjon av den totale endringen i START skårer hos hver enkelt pasient ble også studert. Ved nærmere gjennomgang av styrkeleddene hver enkelt pasient viser analysen at 9 av 15 pasienter har hatt en positiv utvikling/bedring, 2 av 15 er uendret og de siste 4 pasientene har hatt en negativ utvikling av sine 20 områder i START, skåret før og etter behandling av Brøsetmodellen (figur 5).

Figur 5: START styrkeledd for hver av pasientene



Tilsvarende ser vi at en nærmere gjennomgang av sårbarhetsleddene til hver enkelt pasient viser at 9 av 15 pasienter har hatt en positiv utvikling/bedring, 1 av 15 er uendret og de siste 5 pasientene har hatt en negativ utvikling av sine 20 områder i START, skåret før og etter behandling av Brøsetmodellen (figur 6).

Figur 6: START sårbarhetsledd for hver av pasientene



#### 4.4 Resultater av START med Subskalaens grupperinger

##### 4.4.1 Presentasjon av START og Subskala

En av grunnleggerne til START, C. Webster, har tidligere presentert en gruppering av START der ledd som passer sammen kategoriseres (tabell 2). Det å slå sammen ledd som passer sammen gir et større funksjonsområde enn å fokusere på enkelte ledd. I analysen av datamaterialet er det valgt å bruke samme gruppering (Subskala) da på bakgrunn av at START-leddene kan knyttes tematisk opp mot undervisnings moduler og tema/ferdigheter pasientene i Brøsetmodellen lærer (Kroppan,2014). Vi har på bakgrunn av dette valgt å studere 4 temaer fra subskalaen som særlig kan knyttes til Brøsetmodellen. Disse er sosiale ferdigheter, holdninger og oppførsel, mottakelighet for behandling og psykisk tilstand og rus.

Tabell 2: START subskala

<b>Sosiale ferdigheter</b> Sosiale ferdigheter Relasjoner	<b>Behov</b> Sosial støtte Materielle ressurser
<b>Holdninger og oppførsel</b> Impulskontroll Holdninger Forhold til regler Oppførsel	<b>Mottakelighet for behandling</b> Mottakelighet Innsikt for behandling Mestring Eksterne utløsende faktorer
<b>Sysselsetting</b> Sysselsetting Fritidsaktiviteter	<b>Helse/Egenomsorg</b> Egenomsorg Medisinoppfølging
<b>Psykisk tilstand og rus</b> Psykisk tilstand Emosjonell tilstand Rusmisbruk	<b>Planer</b> Planer

E. Kroppan 2014

#### 4.4.2 Resultat av START Målinger på Styrkeledd i henhold til Subskala

Vi studerte hvordan skårene på subskalaene hadde endret seg etter behandling med Brøsetmodellen. Med bruk av Wilcoxon Signed Rank Test kunne vi dessuten antyde noe om hvilke endringer som var signifikante. Tabell 3 viser hvordan styrkeledd for de fire subskalaene endret seg mellom før og etter behandlingen. I tabell 4 er de samme subskalaene vurdert mot endringene i sårbarhetsleddene før og etter behandlingen.

**Tabell 3: Subskala før og etter behandling med Brøsetmodellen: styrkeledd (N=15 pasienter)**

	Økte styrkeledd	Uendret	Reduserte styrkeledd	Signifikans
Sosiale ferdigheter	3	11	1	Ikke signifikant Z=1,473; p=0,141
Holdninger og oppførsel	6	9	0	Signifikant Z=2,232; p=0,026

Mottakelighet for behandling	7	7	1	Signifikant Z=2,342; p=0,019
Psykisk tilstand og rus	7	5	3	Ikke signifikant Z=1,775; p=0,76

**Tabell 4: Subskala før og etter behandling med Brøsetmodellen: sårbarhetsledd (N=15 pasienter)**

	Økte sårbarhetsledd	Uendret	Reduserte sårbarhetsledd	Signifikans
Sosiale ferdigheter	2	9	4	Ikke signifikant Z=1,190; p=0,234
Holdninger og oppførsel	2	8	5	Ikke signifikant Z=1,190; p=0,234
Mottakelighet for behandling	3	3	9	Ikke signifikant Z=1,1288; p=0,198
Psykisk tilstand og rus	1	9	5	Ikke signifikant Z=1,803; p=0,072

I START-Subskala «Sosiale ferdigheter», inneholder områdene relasjoner og sosiale ferdigheter. Resultatene viser at styrker på nevnte områder har økt, samtidig som sårbarhetene har gått ned. Endringene er ikke nok til å betegne dem som en signifikant endring.

I START-Subskala «Holdninger og oppførsel», inneholder områdene holdninger, oppførsel, forhold til regler og impuls kontroll. Resultatene viser at styrker på de nevnte områder har økt, samtidig som sårbarhetene har gått ned. Endringene på styrkeledd er bedret på et statistisk signifikant nivå.

I START-Subskala «Mottakelighet for behandling», inneholder områdene mottakelighet for behandling, eksterne utløsende faktorer og innsikt. Resultatene viser at styrker har økt, samtidig som sårbarhetene har gått ned. Det er å bemerke at endringene på styrkeledd er bedret på et statistisk signifikant nivå.

I START-Subskala «Psykisk tilstand og rus», inneholder områdene psykisk tilstand, emosjonell tilstand og rusmisbruk. Resultatene viser at styrker på de nevnte områder har økt, samtidig som sårbarhetene har gått ned. Endringene er ikke nok til å betegne dem som en signifikant endring.

## 5 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres funnene fra studiens empiriske del i lys av teori og litteratur. Det brukes litteratur fra oppgavens teoridel og tidligere forskning. Egne erfaringer og eksempler fra gruppene som er undersøkt i denne studien. For å få en helhetlig og ryddig diskusjon, tas det utgangspunkt i funnene fra START- (Short -Term Assessment of Risk and Treatability) Subskala, hvor de ulike områdene blir presentert. Disse blir kategorisert og diskutert. Vi velger også å ta med noe teori og perspektiver på bedringsprosesser/recovery i diskusjonen, da vi mener at dette er et tema som er aktuelt i forhold til pasientgruppen som omtales i oppgaven. I siste del av oppgaven diskuteres metode og konfunderende faktorer. Helt til slutt i oppgaven samles resultatene i en konklusjon

Hensikten med studien har vært å evaluere et allerede eksisterende gruppebehandlingstilbud til pasienter med alvorlige psykisk lidelser som er innlagt i en Regional Sikkerhetsavdeling i Norge. Pasientene som er innlagt i sikkerhetsavdelingen, er å betrakte som alvorlige psykisk syke, med høy risikoatferd og de er vurdert som for ressurskrevende for det ordinære helse- og eller fengselsvesenet. Hovedfokuset i hjelpetilbudet er å gjøre pasientene i stand til å motta behandling på et lavere omsorgsnivå gjennom å redusere atferdsavvik, i særlig grad risikofylt atferd. Som nevnt innledningsvis er det de fire søylene fra START – Subskala som blir diskutert. Subskalaen inneholder områder som psykisk tilstand og rus, mottakelighet for behandling, holdninger og oppførsel og sosiale ferdigheter, i tilknytning til disse er det igjen underpunkter som presenteres under hver sin respektive søyle.

Som vi har utdypet i kapittel 4.3 side 56, beskrives styrker» som en styrke i seg selv i START-sammenheng, det vil si som en aktuell eller fremtidig ressurs.. I START betegnes sårbarheter som en risikofaktor, og er assosiert med en økt sannsynlighet for uheldige utfall. Når en foretar START vurderinger, velger en å se på sårbarhetsledd og styrkeledd som at de sameksisterer. Det innebærer at en sårbarhet(risiko) er assosiert med sannsynligheten for uheldig utfall, mens en «styrke» er en positiv egenskap/ressurs som kan redusere/dempe sannsynligheten for et uheldig utfall (Kroppan et al., 2012). Når en ser på resultatene hvor en har valgt å gruppere enkelte START ledd i en subskala i forhold til at deres egenskaper kan sammenfalle, blir det vanskelig å gi et entydig svar på hvilke faktorer hos pasientene som er mest virksomme (vist bedring). Hva er årsakene til at enkelte ikke hadde noen endring, og hvorfor hadde noen dårligere resultater etter endt gruppebehandling? Hvilke elementer i behandlingen fungerer positivt for ni av pasientene, negativ utvikling for to og uendret for fire

av pasientene på styrker etter endt gruppebehandling? Hvilke elementer i behandlingen viste en reduksjon på sårbarheter for ni av pasientene, uendret for en og forverring av sårbarheter for fem pasienter? For eksempel, Medisiner, autoseponering (dvs. at pasienten slutter å ta medisinene sine uten avtale med legen), tilbakefall/økt symptomtrykk, rus/ikke rus, uautorisert utgang, eksterne utløsende faktorer, innsikt, relasjoner/behandlingsallianse, non respondere.

## **5.1 Psykisk tilstand og rus**

START- Subskala «Psykisk tilstand og rus», inneholder områdene psykisk tilstand, emosjonell tilstand og rusmisbruk. Resultatene viser at styrker på de områdene har økt ( $Z=1,775;p=0,076$ ), samtidig som sårbarhetene har gått ned ( $Z=1,802;p=0,72$ ). Endringene er ikke store nok til å betegnes som en signifikant endring.

### **5.1.1 Psykisk Tilstand**

Som vi har utdypet i kapittel 2.4 side 20-21, så blir psykisk tilstand relatert til symptomer og tegn på alvorlig psykisk lidelse, spesielt tanke- og affektforstyrrelse, sett ut ifra diagnostiske utgangspunkt som DSM-IV og ICD-10 (WHO 1992). Felles for pasientgruppen i studien er at de har en type av den alvorligste psykiske lidelsen, schizofreni. Denne lidelsen fører ofte til et kronisk forløp som gir nedsatt funksjonsevne og livskvalitet. Schizofreni blir definert ved at pasienten er psykotisk over tid uten å være alvorlig deprimert eller manisk. Psykosen kjennetegnes av at pasienten opplever hallusinasjoner, vrangforestillinger, formelle tankeforstyrrelse eller atferd som er kaotisk eller kataton (Aarre et al, 2014).

Erfaringer med de 15 pasientene i studien er at de hadde liten kunnskap om egen lidelse. Flere av dem benektet at de lider av en alvorlig psykisk lidelse. De opplever at det ikke er grunnlag for tvangsinnleggelse, medisiner, miljøterapi, struktur og rammer, risikovurderinger i form av regler og avtaler, fysisk aktivitet/hvile, kosthold og døgnrytme. Litteraturen understøtter dette når det vises til at pasienter med en alvorlig psykisk lidelse kan ha vanskeligheter med å erkjenne sin lidelse. Hvordan skal man hjelpe når personen ikke aksepterer sin lidelse? Hummelvoll (2012) understreker at hjelpeapparatet ikke må gå til frontalangrep mot benektning, men heller utvikle et tillitsforhold, deretter gradvis prøve å hjelpe frem til større selvinnsikt (Hummelvoll, 2012). Videre vektlegger litteraturen (Hummelvoll, 2012) at pasienten trenger kunnskap om for eksempel schizofreni, denne må

presenteres på en slik måte at det blir forståelig for pasienten slik at han ser behovet for behandling. Mange pasienter opplever en psykose som overbevisende og sann i form av hvordan den påvirker tanker og tro. Det å lytte til pasientens fremstilling er avgjørende for å forstå hans lidelse. Slik at en senere kan bidra til alternative forståelser som hjelper pasienten til å se situasjonen på en annen måte (Ibid).

Evaluering av gruppebehandlingen viser en økning av styrker og en reduksjon i sårbarheter i START for ni av de femten deltakerne. Forskjellene er imidlertid ikke store nok til at det blir en signifikant endring. Når en vurderer START leddene som ligger under Subskalaen «Tilstand» som er psykisk tilstand, emosjonell tilstand og rus er det, slik vi ser det, overaskende at forskjellene ikke er større. I gruppebehandlingen taes opp temaer som «psykose, å leve med en alvorlig psykose», «selvfølelse og selvhevdelse» samt «Å mestre sinne og vanskelige følelser» og «psykose og rus». Lærings modulene i gruppebehandlingen kan således knyttes tematisk til leddene som skåres i START. Faglitteraturen henviser til mange typer behandling som kan hjelpe når man har en psykoselidelse. I sikkerhetsavdelingen er de vanligste behandlingsformene medikamentell behandling og miljøterapi. Ved å redusere symptomene kan legemidlene bidra til at pasientene kan bruke evnene og ressursene sine i større grad, ifølge Helsedirektoratet (2013).

Miljøterapi har også en viktig rolle i behandlingen. Den tilrettelegger dagliglivet til pasienten i avdelingen. Miljøterapi omfatter både enhetens psykososiale miljø, det sosiale læringsmiljøet og relasjonen mellom miljøterapeuten og den enkelte pasient. Litteraturen (Helsedirektoratet, 2013) henviser til enkelte karakteristika ved miljøterapi som kan, ha en gunstig effekt, mens andre kan virke uheldige. Disse beskrives i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013) som å være beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring. Den daglige miljøterapien ved sikkerhetsavdelingen inneholder også en del faste aktiviteter som pasientene deltar i når lidelsen er stabilisert som for eksempel, fysisk aktivitet, skole, snekkerverksted, matlaging mm. I tillegg får pasientene tilbud om å delta på gruppebehandlingen. Pasientene har også jevnlig samtaler med sine behandlere. Hvilke elementer i behandlingen er virksomme og hva er til hinder når bedring ikke skjer? Når en evaluerer gruppebehandlingen, ser en at ni av de femten pasientene som har deltatt i gruppebehandlingen har hatt en positiv utvikling både på «styrker» og «sårbarheter» etter endt gruppebehandling. Fire pasienter hadde en negativ utvikling på «sårbarheter» og to har ikke hatt noen endring i START målingene. På «sårbarheter» har også her ni pasienter en positiv utvikling, uendret for en og forverring for fem pasienter. Det kan være flere årsaker til dette. Behandlingsmessige årsaker kan for

eksempel være knyttet til at pasienten hatt et tilbakefall, med økt symptomtrykk, og dårligere fungering, eventuelt kan det ha vært gjort endringer i medisinerings. Det kan også skyldes brudd på avtaler, uautorisert utgang, rusepisoder, episoder med utagering og vold rettet mot personale eller medpasienter. Det fremkommer heller ikke fra data om det kan ha skjedd endringer i pasientens somatiske helse eller sosiale livssituasjon.

Alle pasientene som deltok i gruppebehandlingen hadde diagnosen schizofreni. Selv om pasientene har samme diagnose rammes de ulikt, de har ulik symptomatologi, funksjonssvikt, respons på behandling og komorbiditet. Slike forskjeller gir ulike behov for behandling og rehabilitering (Helsedirektoratet, 2013). I Nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling og oppfølging av personer med alvorlig psykoselidelser (2013) nevnes såkalte «non respondere», dette er pasienter med dårlig eller manglende behandlingsrespons. I retningslinjen henvises det til forskning som sier at behandling av personer med alvorlig schizofreni er det 20-30% av pasientene som ikke har positiv respons på behandling (non respondere) med antipsykotisk legemidler. Miljømessige årsaker kan også spille en rolle, hvis pasientene har flyttet til en annen avdeling med ukjent personale, og hvor godt kjenner de pasienten når de foretar en START skåring? Kan endring i faggruppa som skårer START ha betydning for at denne blir vurdert annerledes?

I følge Nonstad med flere (2010) som hadde som mål i sin studie å undersøke forutsigbar gyldighet av START i et mellomlangt perspektiv, konkluderes det med at START er et skritt i riktig retning av det opprinnelige målet- som at det er et nyttig tverrfaglig dynamisk risikovurdering og behandlingsplanleggingsverktøy i et mellomlangt perspektiv(0-3mnd). I en undersøkelse av Kroppan med flere (2017), beskrives det hvordan de har gått frem i opplæring av personale og etablering av START i klinikken. Der henvises det til en egen profesjonell og tverrfaglig START-gruppe, som hadde overordnet ansvar for opplæring og gjennomføring av START. Det bemerkes at de fleste av personale i klinikken har utdannelse i risikovurdering/risikohåndtering.

Yalom (2005) ønsker en holdningsendring innen psykisk helsevern. Han mener at holdningene til fagfeltet bærer preg av at gruppebehandling passer best poliklinisk, og at døgnavdelinger skal i all hovedsak tilby kun medisinerings og forvaring. Noe av samme holdningene forstås som å være ganske vanlige i retts- og sikkerhetspsykiatri. Dette kan gi et inntrykk av at synet på muligheter hos mennesker med alvorlig og langvarig psykoselidelser fortsatt er preget av pessimisme. Forskningslitteraturen viser derimot til at mennesker med alvorlige psykiske lidelser kommer seg og opplever bedring (Borg M. 2009).



I en studie foretatt av kunnskapssenteret hvor 17 systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet ble gjennomgått, ble det konkludert med at undervisning i egen diagnose til pasienter med schizofreni førte til færre reinnleggelser og tilbakefall. Pasientene som fikk denne undervisningen var også mer fornøyd enn de som fikk vanlig behandling (Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten, nr. 10- 2012). En annen rapport konkluderer med at gruppebehandling ser ut til å ha en positiv effekt på psykisk helse, mestring, relasjoner og kunnskap om egen sykdom. For personer med schizofreni har gruppeundervisning muligens bedre effekt på psykisk helse og kunnskap om egen sykdom enn vanlig praksis. Den samme rapporten viser til et behov for mer forskning som vurderer effekten av gruppeundervisning på helseutfall, pasienttilfredshet og bruk av helsetjenester (Kunnskapssenteret, 19.22.2011).

I gruppebehandlingen legges det opp til at pasientene kan dele sine erfaringer om hvordan de opplever sin lidelse. Pasientene deler sine opplevelser fra tiden før, under og etter at de ble syk. Mange av pasientene forteller i den sammenheng om et økende rusmisbruk, manglende fungering på jobb/skole, mindre kontakt med venner/familie, generell ustabilitet, seponering av medisiner og mindre kontakt med omverdenen.

Fowler, Garety og Kuipers (1998) sier at kognitiv terapi ved psykoser innebærer å ha samtale med pasienter om symptomene og deres vanskelige livssituasjon, og å forsøke å forstå dette ved hjelp av kognitiv formulering av psykosen. Ved å engasjere pasientene til samarbeid og diskusjoner, kan dette føre til at den psykiske tilstanden oppleves som mindre belastende, som kan bidra til en mer konstruktiv måte å forstå psykosen og atferden sin på.

I gruppebehandlingen er det et gjennomgående tema å kartlegge egne varselsignaler. Pasienten har som hjemmelektse å kartlegge daglige gjøremål og å registrere tilstedeværelse av symptomer og graden av disse. Dette kan bidra til bedre forståelse for sammenhengen mellom vedvarende symptomer og forverring i den psykiske tilstanden. Målet med denne kartleggingen er at hver enkelt deltaker skal utarbeide sin egen «mestringsplan». Denne er ment som et hjelpemiddel når pasienten opplever forverring av symptomer. Planen inneholder pasientens egne mestringsstrategier for å dempe symptomtrykk. Planen inneholder også aktuelle kontaktpersoner hvis de skulle trenge hjelp fra behandlingsapparatet.

«Mestringsplanen» kan beskrives som en akutt/kriseplan for hva man skal gjøre hvis man kjenner at den psykiske tilstanden forverres. Den kan også være med når vedkommende blir overført til et lavere omsorgsnivå, med ikke samme grad av oppfølging som i en Regional sikkerhetsavdeling.

Det er i løpet av de siste årene en har begynt å undersøke effekten av kognitiv behandling ved psykotiske symptomer. Studier viser at kognitiv behandling ved psykotiske

symptomer har en effekt på både positive og negative symptomer (Recktor og Beck, 2001). Det er derimot ikke en enighet om én kognitiv behandlingsmanual for psykoser, men heller flere og overlappende tilnærminger til kognitiv behandling ved psykoser (Gaudio 2005). Det etterlyses behov for videre studier, spesielt når det gjelder spesifisering av behandling og varighet av bedring, men det påpekes at styrken på evidensen tilsier at kognitiv atferdsterapi er ansett som en viktig del av en standard behandling, i tillegg til antipsykotisk medisinering (Ibid).

I denne studien om gruppebehandlingen, er det viktig å poengtere at de 15 pasientene som har gjennomført kurset har i gjennomføringen vært rusfri og medisintert over tid. Våre erfaringer med pasienter som har deltatt med et aktivt symptombilde som vrangforestillinger, hørsels- synshallusinasjoner og forhøyet paranoid beredskap, er at dette har vært veldig utfordrende. Forskning antyder at pasienter med psykosesyntomer kan nyttiggjøre seg av gruppebaserte intervensjoner (Helsedirektoratet, 2013). Erfaringsmessig har det vært nyttig å lytte til, prøve å forstå og få en oversikt over hvilket symptombilde pasienten har. Den psykoedukative tilnærmingen blir vanskelig, men muligheten til å stille spørsmål rundt hva pasientene tenker, føler og handler blir viktig. Litteraturen sier også noe om dette, blant annet at pasienter som får minst utbytte av kognitiv terapi, er de helt uten sykdomsinnsikt, liten evne til verbalisering og omfattende kognitiv svikt (Berge og Repål 2008).

En studie omtaler psykoedukativ behandling til personer med schizofreni som et paradoks. Terkelsen (2010) er kritisk til hvordan pasienten skal kunne lære om en sykdom de er overbevisst de ikke har. Hun påpeker viktigheten av at pasienter skal få beholde sine opplevelser inntil de er klare for å gi slipp på dem. Da for eksempel i en trygg dialog med helsepersonell. Hun mener det vil føre til en større grad av medbestemmelse at unaturlige forestillinger ikke blir sett i et sykdomsperspektiv, men heller la pasientene utforske dem sammen med helsepersonell. Denne undersøkelsen støtter noe av de samme erfaringene med gruppebehandlingen, særlig i samhandling med pasienter som har et aktivt symptombilde. Å bruke tid på å konfrontere eventuelle vrangforestillinger eller bestride disse på en bastant måte, har vært lite effektiv ut ifra vår erfaring. Det har også ført til en større avstand mellom pasient og terapeut. Særlig sinne og frustrasjon blir fremtredende når man setter seg selv og pasienten i en slik situasjon. Terkelsen (2010) trekker frem menneskers selvfølelse og identitet når hun problematiserer behandlingen til mennesker med en schizofreni lidelse. Det å lytte mer, vise aksept og forståelse og ikke utelukkende plassere alt i et sykdomsperspektiv kan bidra til akkurat dette. Våre erfaringer med kognitiv gruppebehandling til denne pasientgruppen understøtter dette punktet. Pasientene gir uttrykk for at de trives, og de

oppleves som å være deltakende i temaer som handler om egen psykose, diagnose, symptombylde og varselsignaler. Ved noen tilfeller er dette de samme pasientene som over lang tid har benektet at de har vært syke og vist liten innsikt i egen lidelse. Dette sees også i undersøkelsen hvor to av pasientene (se figur 3 analysen) som deltok i gruppebehandlingen hadde dårligere utgangspunkt enn de andre deltakerne på styrkeleddene, og som viser etter endt deltakelse i gruppebehandlingen en sterk bedring på styrker. Det kan se ut som at våre antakelser om at pasienter med aktivt symptombylde ikke egner seg for deltakelse i gruppebehandling ikke understøttes, men viser heller det motsatte.

I en anbefaling fra Helsedirektoratet (2012) sies det om psykoterapeutiske behandlingstiltak at hvis terapeuten møter pasientene med en konfronterende stil fører dette til høyere frafall i behandlingen og dårlig behandlingsresultat (Helsedirektoratet, 2012). Dette støtter opp rundt våre erfaringer med tilnærmingen til pasientene i gruppebehandlingen. Ved å være konfronterende og bastant opplever en som gruppeledere at dette kun skaper avstand mellom hjelper og pasient.

### **5.1.2 Emosjonell tilstand**

Under Subskala psykisk tilstand og rus, finner en også startleddet emosjonell tilstand. Emosjonell tilstand påvirker individet på mange måter. Den emosjonelle tilstanden utøver en påvirkning på evnen til å resonnerer. Det påvirker også beslutninger, handlinger, hukommelse og oppmerksomhet. Emosjonelle tilstander påvirker hvordan man opptrer og den kan deles inn i tre tilstander; positive, negative og nøytrale emosjoner (Kroppan et al., 2012). Berge og Repål (2010) beskriver viktigheten av å forstå pasientens følelsesmessige tilstand og bakgrunn. For å illustrere dette gir han et eksempel på at pasienten sjelden søker hjelp for at deres tenkning er forstyrret, de opplever vanligvis å ha følelsesmessige problemer. De fleste er enige om at emosjonell aktivering er nødvendig betingelse for endring. Forandring kan bare finne sted hvis pasienten er engasjert i sin egen situasjon (Ibid).

Pasienter som deltar i gruppebehandlingen blir tidlig introdusert til den kognitive ABC- modellen. I den kognitive tilnærmingen er modellen grunnleggende. Modellen forklarer hvordan situasjon, tenkning og konsekvenser påvirker hverandre, det vil si følelser, kroppsreaksjoner og handling som oppstår som følge av de tanker som inntreffer i den aktuelle situasjonen.

I gruppebehandlingen er selvfølelse et tema som har som mål å identifisere holdninger/sårbarheter som er forbundet med tidligere opplevelser. For mange fører psykiske

lidelser til dårlig selvfølelse. Pasientene kan ha opplevelser fra barndommen og ungdomsalderen som har negativ innvirkning på selvfølelsen. Disse kan bli forsterket senere i livet av rusproblemer eller psykiske problemer (Gråwe et al 2014). I gruppebehandlingen er fokuset å bidra til å styrke pasientens selvfølelse. Pasientene får i løpet av gruppebehandlingen muligheten til å lære og gjenkjenne vanskelige følelser og tanker. De lærer å finne andre måter å håndtere disse på, fremfor følelser som sinne, tristhet og håpløshet. Dette gir et godt grunnlag til å fortsette med tema om selvhevdelse. Pasientene blir i denne modulen introdusert til å lære positive selvhevdende teknikker i form av å kommunisere mer effektivt, blant annet å greie å si nei til andre, mestre kritikk, be andre om noe å spørre om informasjon. Selvhevdelse handler i hovedsak om å si til andre hva man føler og ønsker på en direkte, bestemt og positiv måte (Ibid).

Utgangspunktet for de fleste former for terapi, er å forstå egne følelser og årsakene til dem. Det kan gjøre oss bedre i stand til å reagere hensiktsmessige overfor disse følelsene. Forstår vi egne følelser, kan vi bruke denne informasjonen til å utvikle et sammenhengende bilde av oss selv, samt gi mening til våre opplevelser. En blir også bedre i stand til å håndtere negative effekter, som sinne og aggresjon, og vurdere om det er riktig å gi uttrykk for slike opplevelser eller ikke (Berge og Repål 2010).

Ved å lære hvilken funksjon følelsene har, kan det føre til at pasienten blir mindre skamfull over disse. Vi oppfordrer også til å foreta reflekterte handlinger både i og utenfor institusjonen. Hvis det har oppstått situasjoner som har vært uheldig for enten pasienten eller personalet i avdelingen i uka før samling, så gir vi mulighet til å reflektere/drøfte dette sammen med pasienten i en høringsrunde på hvordan pasienten har hatt det siden sist. Ved å ta opp slike hendelser, kan vi få til en god dialog rundt det som eventuelt har oppstått. Det blir også en god mulighet til å bruke «problemløsningsmetoden» og/eller «ABC- modellen». Informasjonen kan også være verdifull for behandler eller helsepersonell hvis det er behov for å prate mer rundt en eventuell situasjon/episode. Det oppleves som at det er en større aksept og toleranse for å ta opp det som kan være vanskelig for pasienten i gruppa.

Flere utenlandske studier viser en høy forekomst av ruslidelser hos pasienter som er til behandling i psykisk helsevern, særlig hos pasienter med de mest alvorlige psykiske lidelsene (Fowler et al., 1998, Mueser et al., 2000). Studiene viser til at blant personer med psykisk lidelse, er livstidsforekomsten av rusmisbruk på mellom 40 og 60 prosent. Det er gjort noen få norske studier som har kartlagt bruk, misbruk og avhengighet av rusmidler blant psykiatriske pasienter. Disse viser til høy forekomst av rusmiddelproblemer og ruslidelser blant psykiatriske pasienter. Størst er prevalensen av ruslidelser i sikkerhetsavdelinger og

akuttavdelinger (Helsedirektoratet 2012). I en rapport fra Sintef (2006), presenteres forekomst av ROP lidelser blant pasienter som mottar døgnbehandling i psykisk helsevern til 9% (N=392) som hadde en rusdiagnose som hoveddiagnose eller bidiagnose. 56 % av ROP pasientene hadde schizofreni diagnoser. Ellers hadde 19 % affektive lidelser og 11 % personlighetsforstyrrelser (Gråwe, R & Ruud, T., 2006).

### 5.1.3 Rusmisbruk

Under subskala psykisk tilstand og rus, finner en også startleddet rusmisbruk. I denne studien er også forekomsten av pasienter med såkalte ROP lidelser tilstede. I undersøkelsens utvalg har 6 deltakere av totalt 15, rusproblemer. Det er imidlertid ingen av disse som er blitt diagnostisert med en avhengighet/rusdiagnose. Det kan være mye som tyder på at fokuset innen det psykiske helsefeltet er knyttet til den psykiske lidelsen, og at holdningen til rusavhengigheten må behandles av andre før behandling i psykisk helsevern kan igangsettes. I sikkerhetsavdelingen er pasientene innlagt etter lov om psykisk helsevern, hvor de er lagt inn på «tvang» (§3.3) eller «dømt til behandling» (§5.2), hvor lovverket og sykehusets sikkerhetssystem/grad av frihetsberøvelse setter krav til rusfrihet. Pasienter som er innlagt i den Regionale Sikkerhetsavdelingen, har som regel alvorlige psykiske lidelser med sinne-, aggresjons- eller voldsproblematikk. I en NOU- rapport fra 2010 om drap i Norge i perioden 2004-2009 fremheves det at alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med rusmiddelbruk predikerer voldsutøvelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010).

I helsepedagogisk sammenheng er bruk av grupper en anerkjent metode for å få folk til å endre helsevaner og holdninger. Litteraturen sier om gruppemetodens effektivitet i forebyggende helsearbeid at holdninger og innstillinger stammer fra normer i den eller de referansegruppene som vi har (Renolen, 2008). Renolen (2008) henviser til Lewin som sier at individets uvilje mot å avvike fra gruppens normer er viktig bakgrunn for gruppemetodens effekt. Hele gruppen må endre holdning hvis en skal oppnå holdningsendring hos individet (Ibid). Andre viktige forhold som har sammenheng med metodens effekt, er at diskusjonen i gruppen tar utgangspunkt i deltakernes hverdag. Det tas utgangspunkt i et konkret problem som alle deltakerne er interessert i. Deltakerne må kunne identifisere seg med de øvrige deltakernes situasjon. Alle må få mulighet til å uttale seg om temaet og til å utveksle erfaringer (Ibid). I gruppebehandlingen er alle gruppedeltakerne med på å bestemme/skrive regler for hvordan «vi vil ha det i gruppa», hva som er akseptabel atferd, hvordan vi kommuniserer med hverandre og regler for fravær. Renolen henviser også til at kursledernes

erfaring og ferdigheter som kursleder er viktig. Vedkommende må kunne skape en trygg og aksepterende atmosfære der alle våger å åpne seg (Ibid).

For denne pasientgruppen innebærer mye av den daglige miljøterapien en streng grad av sikkerhet og kontroll. Dagsprogrammet i avdelingene er fast og preget av struktur, kontroll og forutsigbarhet. Mange av pasientene kan ha et omfattende rehabiliteringsbehov både med hensyn til dagliglivets aktiviteter, arbeid, økonomi og bolig. Den tiden de er lagt inn i institusjon bør i størst mulig grad benyttes til å forberede en vellykket utskrivning til et lavere omsorgsnivå. I løpet av den tiden pasientene er lagt inn i Sikkerhetsavdelingen blir grad av aktive psykosesyntomer, risiko (START) og sikkerhetsnivå rundt hver enkelt pasient vurdert fortløpende og rammer for utgangsnivå blir avklart. Dette kan for eksempel være, kun utgang i luftegård, utgang med personale, friutgang og permisjon. Frihetsberøvelse i form av tvangs behandling innebærer noen etiske utfordringer både for pasienten og den som skal yte tjenesten. Pasientens rett til autonomi, selvbestemmelse og brukermedvirkning står høyt i helsetjenesten og helselovgivning (Hummelvoll, 2012). Det kan være utfordrende for helsepersonell å møte pasienter i en slik tilstand. Å vise respekt er et sentralt utgangspunkt for kontakt mellom alle mennesker også når de er innlagt i Sikkerhetsavdelingen. Respekt er viktig for etablering av gode relasjoner, det vil alltid være viktig å se medmennesker og ikke bare diagnoser (Ibid). Pasienter med en alvorlig psykisk lidelse og samtidig en ruslidelse er en svært sårbar gruppe. De befinner seg nær bunnen av den sosiale rangstigen og møter ofte lite forståelse, men desto mer moralisering, diskriminering og mistenkeliggjøring (Skårderud et al.,2010). Det å delta i gruppebehandling kan bidra til at de får nye erfaringer som kan hjelpe dem til å forholde seg annerledes til seg selv og andre. Skal man lykkes med dette, er det viktig at de som arbeider i avdelingen og gruppelederne har gode holdninger. I sikkerhetsavdelingen er det obligatorisk kontroll og regelmessig testing med urinprøver hos pasienter som har et rusmiddel problem. Mange er kritisk til dette og tviler på om dette er hensiktsmessig. Det henvises til at det er viktig å holde fast på at det er pasienten som har et problem, og ikke institusjonen (Aarre et.al 2009). Det er vanlig at folk sprekker, og sykehuset må ha en klar strategi å møte dette med. I sikkerhetsavdelingen er det vanlig strategi å inndra all utgang samt at pasienten må oppholde seg på skjermet avdeling til han er stabil/rusfri. Hvis dette skjer i løpet av den perioden pasientene deltar på gruppebehandlingen, blir denne en arena for pasienten til å reflektere igjennom hendelsen sammen med gruppa. Den kognitive tilnærmingen hvor man bruker ABC- modellen er et godt hjelpemiddel for gruppelederne i en slik refleksjon. Spørsmål som; hva skjedde (situasjon), hva tenkte du? (tanke), hva følte du? (følelse) hva gjorde du? (handling), hvor/når i løpet av hendelsesforløpet har du kunnet

stoppet deg selv? Fordelen med modellen er at den deler komponentene opp på en hensiktsmessig måte. Slik kan modellen hjelpe pasienten til å skille mellom hendelser, tanker og konsekvenser. I slike situasjoner er det viktig at en avstår fra å dømme og prøver å hjelpe pasienten videre. Det ville vært urimelig å forlange at pasienten skal ha løst problemet sitt og blitt avholden kun ved å være innlagt og fratatt sin rett til å være autonom. Deltakerne i gruppebehandlingen har også i løpet av denne modulen laget sin egen mestringsplan ved rustrang. Der har de en personlig målsetting for hva som motiverer dem til å holde seg rusfri. I undersøkelsen er det ingen konkrete målinger på om deltakerne har fortsatt å holde seg rusfri etter oppholdet på sikkerhetsavdelingen. Det er imidlertid en usikkerhet knyttet til pasientenes motivasjon til å fortsette å holde seg rusfri etter sykehusoppholdet. Litteraturen beskriver at gruppebehandling og motivasjonsarbeid er en kontinuerlig prosess og at risiko for tilbakefall og effekten av intervensjonen avtar når gruppen avsluttes (Berge & Repål, 2008).

Risiko for tilbakefall er en stadig trussel også etter et institusjonsopphold. Når pasientene blir skrevet ut fra sykehuset opphører den daglige støttet en får fra behandlingsapparatet og medpasienter. Personer med schizofreni og schizofrenilignende lidelser, samt bipolar lidelse med psykosesyntomer som misbruker rusmidler, har oftere psykotiske tilbakefall og flere sykehusinnleggelses (Helsedirektoratet, 2011). Nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse anbefaler: «på grunn av faren for tilbakevendende psykotiske episoder, er det viktig at spesialisthelsetjenesten følger opp denne gruppen ekstra tett». Det anbefales også et tett samarbeid med relevante aktører i kommunen (Ibid).

Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig psykiske lidelser og rusavhengighet (ROP-lidelser). Retningslinjene er utarbeidet for å være toneangivende for hva som er god praksis knyttet til denne pasientgruppen og spesialisthelsetjenesten er pålagt i størst mulig grad å følge de nasjonale retningslinjene. Retningslinjene anbefaler at begge lidelser skal behandles samtidig og helst av samme behandlingsteam. Dette forutsetter forpliktende samhandling omkring pasienter med sammensatt problematikk – ROP- pasienter (Helsedirektoratet, 2012).

Det foreligger solid dokumentasjon på vesentlig komorbiditet mellom rusavhengighet og psykiske lidelser. Mange vil være avhengige av medisiner mot psykiske lidelser for å kunne mestre et rusfritt liv i ettervernsfasen. Men samtidig må man ikke glemme at pasienten også har behov for informasjon om sin tilstand. Pasientopplæring og psykoedukativ innsats

kan utgjøre en form for empowerment arbeid som bidrar til at pasienten blir mer forberedt på og i stand til å mestre sin livssituasjon etter utskrivning (Skårderud et al. 2010).

#### **5.1.4 Mottakelighet for behandling**

I START – Subskala inneholder områdene mottakelighet for behandling, innsikt, mestring og eksterne utløsende faktorer. Resultatene viser her en endring på subskalaens Styrkeledd at resultatene etter gruppebehandling på skalaen mottakelighet for behandling har en statistisk signifikant økning ( $Z=2,343;p=0,019$ ). Samtidig viser resultatene at subskalaens Sårbarhetsledd har gått ned, denne er imidlertid ikke nok til at det blir en signifikant endring ( $Z=1,288;p=0,198$ ).

I forhold til Subskalaens Mottakelighet for behandling, velger vi å drøfte tematisk de START leddene som inngår under denne, disse er «mottakelighet for behandling», «innsikt», «mestring» og «eksterne utløsende faktorer».

#### **5.1.5 Mottakelighet for behandling**

Mottakelighet for behandling kan oppleves som å være et diffust begrep. I START manual definerer Serin, Kennedy og Mailloux (2002) (gjengitt av Kroppan et al. 2012) mottakelighet for behandling som å omfatte mottakelighet for respons/effekt på terapeutisk intervensjon, mens andre hevder at mottakelighet for behandling refererer til den kliniske avgjørelsen angående hvilke pasienter som ved hvilke behandlingstilnærminger og miljømessige omstendigheter vil respondere mest gunstig (Kroppan et al., 2012). Når en ser på resultatene i forhold til subskalaens mottakelighet for behandling, viser «styrkeledd» en signifikant bedring, noe som kan tyde på at pasientene som har deltatt i gruppebehandlingen, har hatt en positiv endring i forhold til deltakelse og ønske om behandling. Mottakelighet for behandling vil uansett begrepsforståelse vise til pasientens villighet til å delta i det som er vurdert til å være en best mulig behandling. Noen pasienter kan benekte behovet for behandling. I START manual anmerkes det at en grundig betraktning av i hvilken grad et individ har profitert på tidligere behandling gir nyttig tilleggs veiledning, ikke bare i vurdering av mottakelighet for behandling, men også i behandlingsplanlegging. De som skårer START, vil være oppmerksomme på i hvilken grad et individ er mottakelig for, og deltar i hensiktsmessig rehabilitering eller behandling, inkludert medisiner og behandlingsopplegg for å forbedre ferdigheter (Kroppan et al, 2012).



Teoretikere påstår at det å undertrykke uakseptabel atferd hos mennesker med psykiske lidelser har vært en sentral behandlingsoppgave i moderne psykiatri og som ofte har vært til liten hjelp og noen ganger også skadelig (Vatne, 2006). Psykiatrien har hatt en sentral sosial rolle som handler om å beskytte samfunnet mot ekstreme avvik. Kritikere hevder at psykiatriens behandlingseksperter kamuflerer denne virksomheten bak teorier om avvik, svikt og defekter hos den det gjelder (Ibid). Felles for alle avviksteorier er at de preges av at hjelperne oppfatter pasienters atferd som uttrykk for forstyrrelser i pasientens indre, som tanke og følelsesforstyrrelser. Det at pasienten ikke er bevisst på disse forstyrrelsene, kan forårsake manglende innsikt i egen situasjon, problemer og svikt i egenomsorgen. Dette innebærer at pasientene på ulike måter og områder ikke kan ivareta seg selv og livet sitt på en god måte (Ibid). Alvorlige psykiske lidelser og spesielt Schizofreni har vært omkranset av mystikk og pessimisme. Fortsatt er forestillingen om schizofreni som en kronisk og nedbrytende sykdom levende, både blant fagfolk og i befolkningen generelt. Tradisjonelt sett har psykiatriens behandlingssfokus vært rettet mot medikamentell behandling og individualterapi som gis av psykiatere, psykologer, og miljøterapi som gis av miljøpersonale i avdelingen (Vatne, 2006). Det å tilby gruppebehandling til pasienter som er innlagt i en Regional Sikkerhetsavdeling er fremdeles betegnet som et noe utradisjonelt behandlingstilbud. Så hva vil det innebære for pasienter som har en alvorlig psykisk lidelse og som blir betegnet som å være for farlige eller ressurskrevende til å være innlagt i en ordinær sykeavdeling, å delta i gruppebehandling? Det er som nevnt tidligere behandlergruppa rundt hver enkelt pasient som henviser/anbefaler pasient til å delta i gruppebehandlingen. Vurderinger som blir foretatt i forkant av dette er om pasientens symptombilde er under kontroll, sikkerhetsvurderinger og om risiko for vold er lav eller moderat. Pasienten må også ha en viss evne til kognisjon. Pasienter med schizofreni har ofte problemer med å konsentrere seg og de kan ha problemer med å tenke og løse problemer/ta avgjørelser. Slike problemer kan skape problemer i dagliglivet (Gråwe et al, 2014).

Litteratur om helseundervisning og helserådgivning anbefaler at det må tas utgangspunkt i pasientens behov for kunnskap (Hummelvoll, 2012). Hvis man da velger å se på dette i et recovery perspektiv, kan en tenke seg at strukturerte behandlingstilbud som inkluderer behov for kunnskap om lidelsen med fokus på pasientens ressurser, mestring og opplæring i hvordan lidelsen kan håndteres, sammenfaller godt med recovery perspektivet. Det å lære pasienten å utvikle strategier for å mestre ulike psykiske utfordringer og å takle de sosiale konsekvensene som disse problemene medfører, kan bidra til at pasientene kan leve et meningsfylt liv, til tross for de hindringer som lidelsen medfører (Ibid). Hvis man da tar

hensyn til anbefalingene om at helseundervisning må ta utgangspunkt i pasientens behov for kunnskap. Kan man undre seg over om strukturerte behandlingsprogrammer er en god tilnærming? Hvor de profesjonelle hjelpere ofte starter med informasjon om det de mener pasientene bør vite. Dette kan være virkningsfullt hvis pasienten oppdager og innser at han trenger denne informasjonen. Imidlertid kan denne fremgangsmåten noen ganger føre til manglende samsvar mellom pasienten og den profesjonelles syn på hva som er relevant å vite (Hummelvoll, 2012). Dette var også utgangspunktet i starten av gruppebehandlingen «Brøsetmodellen», hvor det ble anvendt en behandlingsmanual «På vei til et bedre liv» utgitt av Rolf W Gråwe og Bente Espeland. Det en imidlertid erfarte var at pasientene hadde liten eller ingen kunnskap om sin lidelse. Dette kunne gi seg utslag i misforståelser, uro, manglende oppmerksomhet og motstand mot å delta i gruppa. Dette ble grunnlaget for at kurslederne måtte revurdere behovet for hvilken kunnskap og hvilken type informasjon hver enkelt pasient hadde behov for. Disse erfaringene ble grunnlaget til at kurslederne/faggruppa på Brøset har revurdert og laget en egen undervisningsmanual. Denne har flere ganger underveis i prosessen fått tilført nye temaer/moduler. Det ble viktig å starte med å undersøke hvilke behov pasienten hadde, for så å gå over til tema som erfaringsmessig er av betydning for å mestre lidelsen og hverdagslivet. Ved oppstart av nye grupper er det viktig å ha fokus på den sosiale samhandlingen, det å gi pasientene god tid til å bli kjent med gruppa gjennom sosial samhandling og å gi rom for uformell prat ble prioritert framfor undervisning. Erfaringer i fra å drive med gruppebehandling til denne pasientgruppen har vært positive. Pasientene har gitt tilbakemeldinger som at de trives, at det er lærerikt og at de opplever å bli hørt/lyttet til når de hadde behov for å ta opp ulike problemer. Forskning antyder at kortvarig gruppeundervisning for schizofrene muligens fører til bedre psykisk helse, mer kunnskap om schizofreni, mer riktig legemiddelbruk og redusert bruk av helsetjenester (Kunnskapssentret, systematisk oversikt. Nr 09 – 2011).

Gruppemøtene ble en arena for pasientene hvor de kunne ta opp vanskelige temaer i fra daglig livet, som kunne være alt fra hendelser i avdelingen eller saker som angikk deres behandling. Ikke sjelden ble konkrete situasjoner tatt opp i gruppa og diskutert, noe som ble en god lærings arena i forhold til felleskap, samhold og sosial støtte. Kurslederne opplevde at deltakerne gradvis turte å åpne seg mer etter hvert som de ble bedre kjent med hverandre og gruppemøtene ble en trygg arena for deltakerne. Litteraturen henviser til elementer i gruppelivet som kan virke terapeutisk ofte er knyttet til gruppesamhold og å kjenne på en fellesskapsfølelse. Det å oppnå bedre sosiale ferdigheter, slik som å bli med på gruppeprosessen, løse konflikter og være åpen og støttende i forhold til andre (Hummelvoll,

2012). Gruppemøtene ble en arena for sosial ferdighetstrening, og flere av pasientene formidlet at de så fram til gruppemøtene og det sosiale felleskapet. Topor (2006) sier om det «å komme seg» er en individuell prosess som avhenger av en sosial sammenheng. Her spiller andre mennesker en avgjørende rolle, det er blant annet viktig med dyktig personale. Hummelvoll (2012), beskriver det relasjonelle domene som svært viktig for bedringsprosessen fordi den gode, hjelpende relasjonen kan stimulere håp og mot hos personen som er i bedring. Det å legge til rette for et miljø med trygghet og trivsel vil også bidra til at pasientenes motivasjon til deltakelse i gruppen bedres (Ibid). Empowerment modellen legger vekten på å informere og formidle kunnskap om helsespørsmål slik at folk kan fatte beslutninger om helseatferd på informert, frivillig grunnlag. Modellen understøtter at helsepedagoger skal støtte opp om forandringer i helseatferd gjennom valg og ikke gjennom tvang. Enkelt sagt skal empowerment bare formidle kunnskap for å gi grunnlag for informerte valg (Hummelvoll, 2012). En mer utviklet versjon vil supplere kunnskapen med å klargjøre oppfatninger og verdier gjennom gruppediskusjoner, gi øvelse i å fatte beslutninger, gjennom for eksempel rollespill og lek. På grunnlag av denne fremgangsmåten vil beslutninger om helseatferd kunne tas på informert grunnlag. Ved å stimulere individets selvaktelse, myndighet, autonomi og sosiale ferdigheter vil man støtte opp om deres avgjørelser og valg av helseatferd (Ibid).

I manual for Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) definerer Serin, Kennedy og Mailloux (2002) (gjengitt av Kroppan et al., 2012) mottakelighet for behandling som å omfatte mottakelighet og respons/effekt på terapeutisk intervensjon, mens andre hevder at «mottakelighet for behandling refererer til den kliniske avgjørelsen angående hvilke klienter som ved hvilke behandlingstilnæringer og miljømessige omstendigheter vil respondere mest gunstig» (Kroppan et al., 2012). For at en slik tilnærming skal være av klinisk nytte, kreves det at en tar i betraktning flere relaterte aspekter, som kontekstuelle aspekter, grad av innsikt, modenhet for behandling og behandlingsrespons. De kontekstuelle betraktningene inkluderer pasientens juridiske status (frivillig eller rettsbestemt innleggelse), tilgjengelighet av ulike typer behandling og hvorvidt den terapeutiske intervensjonen tilbys på sykehus eller i samfunnet (Ibid).

### **5.1.6 Innsikt**

Under subskalaen mottakelighet for behandling, finner en også startleddet innsikt.

Innsikt i psykiatriske og rettspsykiatriske kretser anser en generelt at personer viser innsikt dersom de erkjenner at de har en lidelse, de tilskriver symptomene sine til den aktuelle lidelsen, og de kan se at tilstanden deres sannsynligvis bedres dersom de tar imot passende behandling eller intervensjoner med formål å forbedre sin livskvalitet (Kroppan et al, 2012).

For pasienter med en psykoselidelse kan selvforståelsen være uklar, og opplevelsen av meningssammenheng i tilværelsen er truet. På bakgrunn av dette trenger pasienten støtte i å bearbeide sitt selv bilde og styrke selvfølelsen (Hummelvoll, 2012). Så langt det er mulig, bør pasienten tas med på råd og avgjørelser om sin egen behandling. I gruppebehandlingen forsøker man å støtte opp om pasientenes ressurser og gir tilbakemeldinger på oppgaver som han mestrer slik at selvfølelsen styrkes. En vesentlig innsiktsøkende oppgave er å prøve å hjelpe pasienten til å integrere tidligere erfaringer, som har blitt avbrutt av lidelsen, slik at de på nytt kan utnyttes til å mestre dagliglivets oppgaver. Det er nødvendig at dette arbeidet preges av en realistisk, hverdagsnær tilnærming til de problemene pasienten opplever for at han skal få et bedre grep om sin livssituasjon (Ibid). Erfaringer knyttet til de pasientene som har deltatt på gruppebehandlingen, er at mange kan ha problemer med å erkjenne at de har en alvorlig psykisk lidelse. Tilnærmingen til denne problemstillingen har vært basert på å skape et tillitsforhold til deltakerne, være åpen, lyttende til deltakernes betraktninger og så gradvis prøve å hjelpe han frem til større selvinnikt. Det er også mye som tyder på at det å gi pasientene generell undervisning og kunnskaper om de ulike lidelsene kan bidra til større innsikt i egen situasjon (Ibid). I introduksjonen til temaet psykose/lidelser brukes det i gruppebehandlingen en del informasjonsmateriale i form av film, illustrasjoner og lignende. Kursledernes erfaringer er at dette blir en «ufarlig» og generell introduksjon til et vanskelig tema. Slik kan deltakerne lettere engasjere seg og man får gode diskusjoner rundt temaene. I litteratur om psykiatrisk sykepleie til mennesker med psykotiske erfaringer sier Hummelvoll at det er fruktbart å støtte pasienten til å uttrykke sin egen forståelse av sine vanskeligheter. Å lytte til historier vil kunne øke forståelsen for kompleksiteten i psykiske lidelser og personale kan stimulere pasienten til å oppnå en sammenhengende og holdbar personlig mening (Ibid).

### **5.1.7 Mestring**

Under subskalaen mottakelighet for behandling, finner en også startleddet mestring. Mestring er en kompleks prosess som ikke er forstått fullt ut. Lazarus og Folkman (1984) (gjengitt av Kroppan et al., 2012) beskriver mestring som «de konstant endrende kognitive og atferdsmessige anstrengelsene for å takle eksterne og/eller interne krav som oppfattes som

belastende eller som overgår ressursene personen sitter inne med» (Kroppan et al, 2012). Mestringsstrategier brukt av personer med psykiske lidelser kan være påvirket av deres evne til å forstå informasjon. Personer med psykiske lidelser bruker et liknende utvalg mestringsstrategier i forhold til psykososiale stressfaktorer sammenliknet med den generelle befolkningen (Hummelvoll, 2012). Mennesker med psykiske lidelser er mer sårbare for kritikk, interpersonlige problemer, høye forventninger og mangel på psykosial støtte. Selv i perioder med store påkjenninger, sykdom og helsesvikt viser mennesker en utpreget evne til å tåle stress, og til å kunne tilpasse seg endrede livssituasjoner (Ibid). Denne elastisiteten er antakelig en forutsetning for å kunne bevare helsen. Teori om kognitiv adaptasjon har vist hvor forbausende menneskers tilpasningsevne er når det opplever stress. Teorien hevder at når mennesket opplever en personlig truende hendelse vil tilpasningsprosessen sentreres om tre temaer: Man søker mening med hendelsen, man forsøker å gjenvinne mestring av livssituasjonen og man arbeider for å ta vare på og øke selvaktelsen (Ibid). Livshendelser oppleves ulikt fra person til person. Hva som oppleves som stress vil variere avhengig av hvilken evne personen har til å reorganisere sitt eget liv. I gruppebehandlingen presenteres deltakerne for stress- sårbarhetsmodellen. Stress- sårbarhetsmodellen (Zubin & Spring, 1997) (gjengitt av Hummelvoll, 2012) er relevant som bakgrunn når man skal kartlegge pasientens situasjon. Denne modellen opplever mange av pasienten som meningsfull. Modellen går ut fra at psykose er et episodisk problem, og at episoden blir forårsaket av flere faktorer som samspiller. Stressende livshendelser samvirker med sårbarhetsfaktorer som bestemmer om en person blir psykotisk (Hummelvoll, 2012). Sårbarhetsfaktorene (medfødte eller ervervede) kan være av biologisk art, genetiske (en familiehistorie med psykose), fødselskomplikasjoner, dårlig sosial støtte, dårlig egenomsorg, søvnmangel og lignende. Det er mye som tyder på at personer som utvikler psykose for første gang nylig har opplevd en traumatisk livshendelse (Ibid). Psykotiske personer er mer sårbare for stress enn andre. Ved å kartlegge pasientenes livssituasjon i forhold til denne modellen, kan man få informasjon som kan brukes i behandlingen (Ibid). I gruppebehandlingen er et av hovedmålene at pasientene skal få bedre innsikt og kunnskaper slik at de kan mestre sine symptomer bedre. Sentralt i dette arbeidet om symptomestring, står kartlegging av varselsignaler eller hendelser som har vært tilstede forut for tidligere psykotiske episoder. Disse tegnene er et viktig ledd i arbeidet med å forebygge tilbakefall (Gråwe et al., 2014). Undersøkelser har vist at pasienter ofte utvikler tegn eller signaler forut for akutte psykotiske episoder (Berge & Repål., 2010). I gruppebehandlingen blir deltakerne presentert for en «sjekk liste», som henviser til de mest vanlige varselsignalene i forhold til psykosesymptomer (Gråwe et al., 2014). Deltakerne går

igjennom denne og krysser av på varselsignalene de kan gjenkjenne fra sine egne opplevelser. I tillegg kartlegger de sine vedvarende symptomer. Denne listen er ment som et hjelpemiddel da erfaringer knyttet til det å sette ord på sine følelser og opplevelser kan være svært krevende (Ibid). For mange vil det også være spesielle situasjoner som erfaringsmessig kan utløse varselsignaler. Sammen med kurslederne får pasientene hjelp til å prøve å kartlegge situasjoner og signaler som er spesifikke for hver enkelt pasient. Eksempel på risikosituasjoner kan være nye sosiale miljøer, økonomiske problemer, konflikter og lignende. Eksempel på varselsignaler kan være endret søvnmønster, økt uro, angst, økt tendens til isolasjon. Hvis en finner ut at et slikt mønster av varselsignaler har gjentatt seg i tidligere psykotiske episoder, blir disse en del av mestringsplanen som hver enkelt deltaker utarbeider. Planen inneholder også mestringsstrategier i forhold til hva pasienten kan gjøre hvis han opplever forverring av sine varselsignaler. Denne inneholder også hvem pasienten skal kontakte for å få hjelp. I Nasjonal retningslinje for oppfølging og behandling av personer med psykoselidelser sies det om informasjon og opplæring til pasienter med psykoselidelser at informasjonen må være god nok til at pasienten får et tilstrekkelig grunnlag til å medvirke og ta valg om egen helse. Den må tilpasses pasientens forutsetninger og blant annet omfatte kunnskap om sammenhengen mellom stress-sårbarhet, symptomutvikling, diagnose, prognose og ulike behandlingsalternativer (Gråwe et al., 2014).

### **5.1.8 Eksterne utløsende faktorer**

Under subskalaen mottakelighet for behandling, finner en også startleddet eksterne utløsende faktorer. De fleste av pasientene som er innlagt i sikkerhetsavdelingen har en historikk på alvorlig vold og kriminelle handlinger. Eksterne utløsende faktorer i START sammenheng handler om pasientens evne til å gjenkjenne, unngå eller takle potensielle utløsende faktorer i omgivelsene. Disse kan være prososiale personer i omgivelsene, upassende miljøer (kriminelle, rus), påvirkning av visse destabiliserende faktorer og skiftende krav fra omgivelsene, tilgang til våpen og lignende. I START skåringen vurderes også karakteristika av pasientens tidligere lovovertridelser.

Forskning viser til en høy forekomst av ruslidelser hos pasienter som er til behandling i psykisk helsevern, spesielt hos pasienter med de mest alvorlige psykiske lidelsene (Fowler et al., 1998, Mueser et al., 2000). Størst er prevalensen av ruslidelse i sikkerhetsavdelinger og akuttavdelinger (Hagen og Ruud, 2004). Det er ofte en sammenheng mellom ruslidelser og både vold og drap. I en NOU rapport 2010;3 Drap i Norge i perioden 2004-2009 vises det til

at totalt 38 prosent (49 av 129 gjerningspersoner) som hadde en eller flere diagnoser innen rus området. Dette inkluderte ni personer med rusutløst psykose, hvorav fem også hadde en alvorlig psykisk lidelse.

Pasienter som er innlagt i sikkerhetsavdelingen, kan bli påvirket av medpasienter med rusproblematikk og aggresjonsproblem. Spesielt hvis disse prater mye om rus, og i tillegg kan få smuglet inn rusmidler i avdelingen. Prososiale medpasienter kan påvirke miljøet og andre medpasienter i avdelingen på en negativ måte. Det er viktig at pasienter som blir utsatt negativt for ulike eksterne faktorer, får hjelp og støtte for å beskytte seg fra påvirkning av disse. Hvis de selv klarer å beskytte seg for negativ påvirkning, ved å trekke seg unna eller søke hjelp/støtte hos personalet i avdelingen, så blir det viktig at pasienter får ros/støtte for dette. I gruppebehandlingen blir temaer som er rettet mot sinne og vanskelige følelser, samt rus og psykoselidelser, spesielt viktige i forhold til påvirkning fra eksterne utløsende faktorer. Temaer som positiv selvhedelse og fritid og venner er også svært relevante i denne sammenheng. Aarre, Bugge og Juklestad (2009) henviser til at det er flere gode studier som beskriver at fast antipsykotisk medisin reduserer aggresjonsnivået til pasientene. De antar imidlertid at det meste av aggresjonen er situasjonsbestemt, og at vi dermed kan forhindre farlige situasjoner ved å opptre korrekt og gi pasienten en oversikt over situasjonen og klarhet i hva som foregår (Aarre et al., 2009). Erfaringer med å drive gruppebehandling til pasientene i sikkerhetsavdelingen i forhold til tema sinne, aggresjon og vold er knyttet til en oppfatning av at når pasientenes symptomtrykk er stabilisert både medikamentelt og miljøterapeutisk er det en redusert risiko for utagerende atferd hos denne pasientgruppen. Man antar også at det sosiale felleskapet i gruppene kan være en destabiliserende faktor (Ibid).

## **5.2 Sosiale ferdigheter**

Under subskalaen sosiale ferdigheter, finner en startleddene sosiale ferdigheter og relasjoner. Resultatene viser at styrker på de områdene har økt ( $Z=1,473$ ;  $p=0,141$ ), samtidig som sårbarhetene har gått ned ( $Z=1,190$ ;  $p=0,234$ ). Endringene er ikke nok til at å betegne dem som en signifikant endring.

### 5.2.1 Sosiale ferdigheter

Sosiale ferdigheter defineres ifølge O`Conner, Lovell og Brown (2002) (gjengitt av Kroppan et al., 2012) som mellommenneskelige forståelse, verbal, nonverbal/skriftlig kommunikasjon og sinnemestring. Pasienter med svake sosiale ferdigheter har vansker med å etablere og vedlikeholde stabile, intime, vennskapelige og terapeutiske forhold, adekvat arbeid og boforhold. Mangler innen disse feltene kan utvikle seg til å redusere sosial støtte, øke psykologisk ubehag, risikere destabilisering (f.eks. manglende medisinoppfølging) og eksponering for eksterne triggere (f.eks. rusmisbruk), slik at pasientens risiko for vold og tilbakefall øker (Kroppan et al., 2012).

Sosiale ferdigheter er viktig i forhold til hvordan pasienter mestrer sosiale situasjoner og hvordan de skal klare å omgås andre mennesker. Erfaringer med pasienter med alvorlig psykisk lidelse er at de har problemer med kontaktevnen, sosial isolasjon, ensomhet og nedsatt evne til å fungere i for eksempel arbeid. Når de psykotiske symptomene er dempet, vil sosiale ferdigheter være viktig å trene på for å kunne håndtere fremtidige utfordrende situasjoner. Ved å trene systematisk og strukturert kan bedre disse ferdighetene. Ofte ser man at problemene rundt dette oppstår når det blir vanskelig å forstå hva andre formidler, løse problemer og å utrykke seg på en hensiktsmessig måte (Gråwe et al., 2014).

En viktig faktor i å utvikle de sosiale ferdighetene, er kommunikasjonsferdigheter. Dette handler om hvordan en omgås andre mennesker og hvordan man skal bedre personlig kontakt med andre mennesker. Når man sliter med dette er det behov for støtte og hjelp fra mennesker man stoler på. Litteraturen på området anbefaler at det er best å trene med andre, og at det er viktig med gode tilbakemeldinger og/eller forslag til forbedringer (Berge og Repål 2010).

I gruppebehandlingen er man innom temaet flere ganger underveis. Moduler som kommunikasjon, selvhevdelse og selvfølelse inneholder flere elementer som har betydning for de sosiale ferdighetene. Erfaringene er at gruppedeltakerne ofte deler sine opplevelser og erfaringer i gruppene. Ofte prater de om sårbarheter og nære opplevelser som de ikke har delt tidligere.

Gruppebehandlingen starter med modulen om grunnleggende kommunikasjonsferdigheter. Målet for denne modulen er å lære enkle prinsipper for kroppsspråk, lære enkle teknikker for å starte og opprettholde en samtale og generelt ha fokus på å bedre kommunikasjonsferdigheter. Denne modulen er av erfaring et område der gruppedeltakerne kan bidra med gode eksempler. Ikke sjeldent ser man at pasienter som har deltatt på kurset



kan presentere tankemåter som har forstyrret den sosiale fungeringen. Mange sliter også med selvbilde/selvfølelse, og kan ha ulike negative opplevelser/livserfaringer.

Alvorlige psykiske lidelser kan også gjøre mellommenneskelig kontakt vanskelig. Mange har vanskeligheter med å konsentrere seg, og noen har problemer med å oppfatte og fortolke andres signaler i forskjellige sosiale sammenhenger. I Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser, henvises det til at sosial ferdighetstrening har vist seg å kunne gi bedre psykososiale ferdigheter. Gjennom sosial ferdighetstrening kan pasienter med schizofrenilidelse tilegne seg sosiale ferdigheter (Helsedirektoratet, 2013).

I denne sammenheng er det viktig å fokusere på definerte aktiviteter, situasjoner og problemer. Sosial ferdighetstrening har vist å kunne bedre pasientens psykososiale ferdigheter, men har ikke den samme positive effekten med hensikt til å redusere psykosesympptomer (Ibid).

I modulen grunnleggende kommunikasjonsferdigheter brukes det ofte rollespill, hvor det øves på situasjoner som kan oppstå i samhandling med andre. Der vektlegges øvelser i å kommunisere på en god måte, og det å være selvhevdende.

Nyere forskning henviser til betydningen av å ha planer for fremtiden og sosial kompetanse for mennesker med en alvorlig psykisk lidelse (Hjemdal et al., 2006). For å utvide muligheten for den sosiale støtten er det viktig at pasienten vurderer seg selv som trygg nok til å kunne opprettholde og utvikle sosiale relasjoner og nettverk. I gruppemøtene øver pasientene på å starte og avslutte verbal kontakt, de kan reflektere over kontakten med nåværende sosiale nettverk, og/eller mangel av dette.

## **5.2.2 Relasjoner**

Under subskalaen sosiale ferdigheter, finner en også startleddet relasjoner. Det henvises til at positive mellommenneskelige forhold og sterk nettverkstilknytning fungerer dempende i forhold til risiko atferd (Kroppan et al, 2012).

Pasientens sosiale nettverk/relasjoner til andre, har betydning for mestring av sykdom. Noen pasienter har nære relasjoner, mens andre ikke har det. Alvorlig psykisk sykdom kan gi mulighet for at relasjoner styrkes, samtidig som det er en situasjon som kan tære, og i mange tilfeller kutte tidligere og fremtidige relasjoner (Renolen 2015).

Man skiller mellom tre ulike støttesystemer. Privat støtte av familie, venner og kollegaer. Profesjonell støtte, som blir gitt av helsepersonell. Likepersonstøtte som er gitt av

medpasienter, støttegrupper og pasientforeninger (Ibid). Pasienter med alvorlig psykisk lidelse som er innlagt i sikkerhetsavdelingen, har ofte liten støtte fra familie og venner. Dette kan skyldes at de har vært syke over lang tid, samtidig som de har begått handlinger som virker uforståelig, skremmende og sårende. Det blir da viktig å gi et tilbud som omfavner god støtte fra helsepersonell og medpasienter. Gjennom deltakelse og samhandling i grupper lærer de å dele erfaringer, gir hverandre støtte/oppmuntring, utvikle kunnskap om sin lidelse og være en viktig informasjonskilde for hverandre. Den profesjonelle støtten i det daglige livet i avdelingen, kan av og til bære preg av lite tid og travelhet. Gjennom ukentlige gruppesamlinger hvor det er fokus på pasientens opplevelser, kan være betydningsfullt i forhold til å oppnå god profesjonell støtte. Teorien tydeliggjør at miljøterapi er ressursfokusert. Pasientens ressurser og muligheter for utvikling skal anerkjennes i behandlingen. Hensikten er å oppnå utvikling, vekst og modning hos pasientene, dette kan skje gjennom gode relasjoner mellom pasient og miljøterapeut (Vatne 2006).

Ved å bruke andre arenaer enn sengepost, samtalerom, aktivitetsbygg og lignende for å prate/undervise, har erfaringsmessig blitt opplevd som å være positivt for pasientenes situasjon. Rommet som blir brukt i gruppebehandlingen er utformet som et undervisningslokale med egnede fasiliteter. Erfaringer med det å ta pasientene ut av de daglige rammene/konteksten ble en positiv erfaring i forhold til den sosiale samhandlingen i gruppene. Pasientene ga tilbakemeldinger som at grupperommet var deres arena, de deltok aktivt med å rydde og lage kaffe og lignende. Som gruppeledere var det for oss viktig å være en likeverdig del av gruppa. Gruppelederne bidro ofte med egne erfaringer og opplevelser fra hverdagslivet. Gjennom god støtte og i samspill med gruppelederne ble det tilrettelagt for at pasienten kunne oppleve seg selv som en del av felleskapet og bidro til å styrke pasientens selvfølelse.

Nyere litteratur peker på at ikke-spesifikke kvaliteter ved relasjonen til pasienten er av større terapeutisk betydning enn spesifikke terapeutiske teknikker. Sentrale kvaliteter er nevnt å være respekt, tillit, empati, støtte, ekthet, varme og ikke-dømmende tilbakemeldinger. Empatisk sensitivitet fra terapeuten trekkes spesielt frem som en grunnleggende egenskap (Vatne, 2006). Ved kognitiv miljøterapi er en av grunntankene, at man ikke skal være for konfronterende. I gruppebehandlingen er en bevisst på å skape et trygt og godt behandlingsklima, med fokus på personlige relasjoner. Det er først når pasientene føler seg trygge, at en kan begynne å reflektere sammen over vanskelige tanker, følelser og handlinger. En skal være seg bevisst over at en tvangsinnleggelse kan oppleves som ubehagelig og truende. Det er derfor viktig at pasienten opplever å bli møtt med forståelse og respekt. Ikke

minst er det viktig at pasienten får mulighet til å prate om sine tanker og følelser, i et tilrettelagt/egnet behandlingsmiljø (Ibid).

Sykdomsinnsikt og terapeutisk allianse knyttes som regel til oppfølging av medikamentell behandling hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Dette er kompliserte og dynamiske fenomener som inneholder flere dimensjoner i behandlingen, og de påvirker hverandre. Det finnes liten tvil om at medikamenter har en effekt i behandling av alvorlig psykiske lidelser. Utfordringen vil være å motivere og lære pasientene hvor viktig medisinen er og etterlevelsen av disse. Det må gjøres på en saklig måte, og man skal huske at prosessen til erkjennelsen kan være lang. Som oftest må ulike behandlingstilbud inkluderes, og tilnærmingen må tilpasses den enkelte pasient. (Opjordsmoen et al, 2006).

Det finnes mye forskning på behandling av psykiske lidelser. Dette gjelder både medikamentell og ulike terapeutiske metoder og teknikker. Forskningen viser ofte til relativt gode resultater og den tar som regel utgangspunkt i enkeltstående metoder eller teknikker. I en undersøkelse gjort av Topor (2003) beskrives det når medikamentell blir beskrevet som virksom av informantene. Så var det mye som tydet på at en ikke kan løsrive dette fra relasjonen og dialogen som er mellom pasient og behandler. En rekke studier viser at en god relasjon har betydning for utfallet for behandling, både poliklinisk og i institusjon (Horvath, 2006). Overfor mennesker med alvorlig psykiske lidelser og ruslidelser blir betydningen av langvarige relasjoner spesielt fremhevet som viktig (Mueser et al., 2003). Visse behandlereregenskaper har betydning for behandlingsresultatet. Disse ble ofte beskrevet som viktigere enn hvilken metode som ble brukt (Milner og Rollnick 2002). Klassiske behandlereregenskaper som ble beskrevet var ekthet, ubetinget positiv oppmerksomhet og empati (Ibid).

### **5.2.3 Holdninger og oppførsel**

Holdninger og oppførsel i START- subskala inneholder områdene impulskontroll, oppførsel, forhold til regler og holdninger. Resultatene viser signifikant økning for styrkeleddene ( $Z=2,232$ ;  $p=0,26$ ), men ikke for sårbarhetsleddene ( $Z=1,190$ ;  $p=0,234$ ). Når en ser på resultatene knyttet til subskalaen holdninger og oppførsel er dette interessante funn. Når en reflekterer over bakgrunnen til at pasientene som er blitt innlagt i sikkerhetsavdelingen, og som ofte skyldes risikofylt atferd, voldshistorikk, kriminalitet og i noen tilfeller drap, så er dette interessant. Når behandlere og personalet i sikkerhetsavdelingen møter pasientene for første gang i avdelingen, er alltid pasientens voldshistorikk med i vurderingen av pasientens

situasjon. I denne fasen av innleggelsen er det viktig å vurdere hvilken sikkerhet/rammer pasienten vil ha behov for i avdelingen som skal beskytte både pasienten, medpasienter og personale. Samtidig som en har fått etablert trygge rammer rundt pasienten (skjerming, personal, medikasjon, regler i avdelingen, sikre god døgnrytme mm) er det viktig at en gjør dette med respekt, høflighet og så langt det er mulig å ivareta pasientenes autonomi.

#### **5.2.4 Impulskontroll**

Under subskalaen holdninger og oppførsel, finner en også startleddet impulskontroll. Impulskontroll og mangel av dette er ofte en utfordring hos psykiatriske pasienter. I START manual, beskriver Dickman (1993) (gjengitt av Kroppan et al., 2012) at impulsivitet kan sees som «en tendens til å handle med mindre omtenksomhet enn de fleste individer med tilsvarende evner og intelligens (Kroppan et al, 2012). Der poengteres det at impulsivitet karakteriseres av både funksjonelle og dysfunksjonelle aspekter (Ibid). I en sikkerhetsavdeling, kan manglende impulskontroll være en årsak til at pasienten opptrer truende og/eller voldelig. START beskriver impulsiviteten som evnen til å kontrollere trangen til å leve ut impulser, lyster, drifter eller ønsker på en sosial upassende eller uakseptabel måte (Ibid).

Hvis pasienten vurderes som å ha en manglende impulskontroll, kan det være en forhøyet fare for voldelig eller truende atferd. Det kan også være økt sannsynlighet for at pasienten velger eksempelvis og ruse seg i, eller utenfor institusjonen. Ruspåvirkelse vil sannsynligvis bidra til enda lavere impulskontroll. I gruppebehandlingen arbeider en fortløpende med tema som kan bidra til å være risikodempende, gjennom at pasientene skal vurdere og reflektere over sine egne handlingsmønstre. Tema som, selvfølelse, selvhevdelse, psykose og rus, samt det å mestre sinne og vanskelige følelser, er gjennomgående under hele kurset. I gruppebehandlingen gis deltakerne anledning til å reflektere over egne holdninger. I modulen «å mestre sinne og vanskelige følelser» blir de presentert for «sinnesirkelen», som er en kognitiv modell, som viser at sinne/vold oppstår når situasjoner blir tilført et sett av negative tanker som følge av våre livserfaringer. De tolkningene/tankene fører til følelsen «sinne». Når dette temaet gjennomgås, bruker man situasjoner som har, eller kan oppstå i sykehusavdelingen ved å anvende den kognitive «ABC-modellen». Slik kan pasientene bli oppmerksomme på egne risikosituasjoner, egne symptomer på sinne/følelser, negative tanker, og hvilke livserfaringer de har med seg. Det er erfaringene og de negative tankene som aktiverer følelsen - sinne. Å lære/reflektere over egne negative tanker, livserfaringer og

følelser/atferd kan være med å styrke impuls kontrollen. I de kontrollerte rammene som er i en sikkerhetsavdeling med fast døgnrytme, strukturerte og forutsigbare «husordensregler», så kan dette også ha en innvirkning på impuls kontrollen både negativt eller positivt. I og med at en ser en signifikant bedring på styrkeleddene, så kan den positive endringen på styrkeleddet i START sees i sammenheng med gruppebehandlingen, men også i forhold til de rammene og forutsigbarheten som sikkerhetsavdelingen gir.

Sentralt i denne terapiformen er at leveregler/livserfaringer utvikler seg fra barndommen og skaper et mønster for hvordan tankemåter, følelser, reaksjoner og hvordan en forholder seg til andre blir styrt av disse levereglene/livserfaringene. Levereglene gjør personer sårbare gjennom aktivisering av disse, som kan føre til sterke følelser som sinne, angst, skam (Berge og Repål 2010). Dette til tross for at den objektive situasjonen tilsier noe annet. Det er viktig å avdekke leveregler som kan ligge til grunn for at en tolker situasjoner med hensyn til egne sårbarheter. Negative leveregler som ofte viser seg i forhold til sinne kan være, «jeg vil alltid bli avvist og forlatt», «andre vil utnytte og misbruke meg», «ingen bryr seg egentlig om meg, eller forstår hvordan jeg har det», «jeg er ikke god nok» og «jeg er mislykket» (Young & Klosko, 1993).

I en meta-analyse av 50 studier med til sammen 1640 pasienter gjort av Beck, R. og Fernandez, E. (1998) ble kognitiv terapi undersøkt som å være en effektiv behandling ved aggresjon og fiendtlighet. 76 % av pasientene ble i denne studien bedre enn pasienter uten samme behandling. Utvalget i undersøkelsen av omfattende og inkluderte voldelige foreldre, fanger, voldelige ektefolk, mindreårige kriminelle, aggressive barn, pasienter i behandlingshjem og studenter med aggresjons/vold problematikk.

### **5.2.5 Oppførsel**

Under subskalaen holdninger og oppførsel, finner en også startleddet oppførsel. Oppførsel bygger på forskning som sier at vold ofte predikerer fremtidig voldelig atferd (Douglas og Webster, 1999). Enkelte pasienter som har psykose, har vansker med å kontrollere atferden og blir lett utagerende. Andre kan være kaotiske og forvirrede og vise høy grad av angst (Hummelvoll 2012).

I START manualen ser man for seg behovet for en oversikt over oppførsel som antyder en risiko for vold mot andre, aggresjon mot seg selv, selvmord og selvneglisjering. Men bedømmere kan ønske å vurdere aggresjon, skremmende atferd, trusler, ødeleggelse av eiendom, overfall, seksuell usømmelighet, ildspåsettelse, barrikadering, uautorisert fravær

eller rømming som eksempler på uakseptabel atferd. Grandios atferd og manipulativ, kynisk og utnyttende opptreden er også eksempler på hva som kan inkluderes under vurdering av oppførsel (Kroppan et al., 2012). Kritikere hevder at sikkerhetspsykiatriens dominerende tenking er at «farligheten» forklares ut i fra et personperspektiv. Hvor pasienten og hans psykiske forstyrrelser blir de grunnleggende elementene i forståelsen av volden. De situasjonelle og relasjonelle perspektivene er i liten grad tilstede. I en psykiatrisk virksomhet som skal håndtere voldelighet, vil det være vanlig at en etablerer en rekke strukturer, regler, rutiner og kontrolltiltak som skal gi sikkerhet og forebygge volden. Kritikere hevder at et slikt miljø vil virke stagnerende og utviklingshemmende både for pasienter og personale (Bøe & Thomassen, 2003). En studie gjort av Dahlen og Deffenbacher (2000), ble kognitiv behandling brukt i et forsøk på å redusere sinne. Resultatene viste at kognitiv behandling førte til en signifikant reduksjon av menns aggresjon og økt bruk av mer positive former for selvhevdelse. I og med at det ble en signifikant endring på styrkeledd i START, så kan en anta at pasientene bedret sin oppførsel, eller ble mer bevisst på sin oppførsel i sikkerhetsavdelingen. Rammene, strukturen og forutsigbarheten i avdelingen kan også hatt innvirkning på oppførselen.

Det gjøres en fortløpende vurdering av pasientens oppførsel i avdelingen, og i ulike aktiviteter som kan gi grunnlag for en ny vurdering angående deltakelse i gruppebehandlingen. En viktig årsak til at denne type atferd sees som et eksklusjonskriterium, er av hensyn til sikkerhet for gruppeledere og medpasienter ettersom at gruppebehandlingen foregår i egne lokaler lokalisert i et annet bygg enn selve sikkerhetsavdelingen.

### **5.2.6 Holdninger**

Under subskalaen holdninger og oppførsel, finner en også startleddet holdninger. Om holdninger beskriver litteraturen at en holdning består av tre komponenter; det vi tenker, føler og gjør relatert til et bestemt fenomen (Almvik & Borge, 2000). I risikokartleggingssammenheng (START) handler holdninger om de elementene som er knyttet til risiko for kriminelle handlinger og voldsbruk. Prokriminelle overbevisninger og verdier legitimerer bruk av vold og antisosial atferd (Kroppan et al., 2012).

Prososiale overbevisninger og klare standarder i forhold til atferd er derimot blant de viktigste faktorene som beskytter mot kriminalitet og vold (Ibid). Sammenhengen mellom dyssosiale holdninger og avvikende atferd i samfunnet og i institusjonelle settinger, er godt dokumentert i litteraturen. Denne henviser til at negative holdninger er en av de største

risikofaktorene for en kriminell livsstil (Ibid). Det vil være avgjørende at pasientene får innsikt i hvordan deres måter å være på, måter å løse konflikter på, kan føre til at de skremmer andre bort fra seg. I gruppebehandlingen lærer deltakerne å se konsekvensene av sine handlinger. En prøver sammen med dem å finne fram til konstruktive måter å få utløp for den energien som sinne/aggresjonen representerer. Prososiale overbevisninger og klare standarder i forhold til atferd er derimot blant de viktigste faktorene som beskytter mot kriminalitet og vold (Ibid). Når det gjelder holdninger, så mener vi det er vanskelig å si noe om bedringen på styrkeledd, da det er vanskelig å «måle» i START. I START manualen (Kroppan et al. 2012) henviser en til at bedømmere må ta i betraktning både selvrapporterte og komparentopplysninger, og anbefaler at en skal forholde seg varsomt og til og med skeptisk av evaluering av holdninger.

### **5.2.7 Forhold til regler**

Under subskalaen holdninger og oppførsel, finner en også startleddet forhold til regler. Forhold til regler blir i START manualen, omtalt som «sannsynligheten» for at en person føyer seg til et sett med regler, reguleringer, tilstander og avtaler ansett som fornuftige og nødvendige som en del av risikohåndteringen. Evnen til å etterleve ett sett med regler er ofte betinget i et antall kontekstuelle og kliniske faktorer (Kroppan et al., 2012).

I forhold til regler, vil det i en sikkerhets psykiatrisk kontekst handle om forhold som omhandler sikkerhetstiltak som, kontroll, struktur, grensesetting og tvang i forhold til den voldsforbyggende tilnærmingen. Det å tilby pasienter i en sikkerhetsavdeling gruppebehandling med strenge krav til sikkerhet og kontroll, har i perioder vært utfordrende både for gruppelederne og pasientene. Det har vært situasjoner knyttet til ulike former for vilkårsbrudd fra pasientene som for eksempel, rus, seponering av medisiner, avtalebrudd ved permisjoner, bruk av vold og lignende. Disse har medført strengere sikkerhet og redusert frihet for dem. Noen av deltakerne har også i perioder hatt økt psykoseproblematikk, hvor de har hatt behov for å bli stabilisert i form av ro, skjerming, medisiner. Det har imidlertid vært viktig for gruppene å fortsette videre uavhengig av vilkårsbruddene hvis dette er forsvarlig. Fokuset i gruppebehandlingen etter slike hendelser har vært knyttet til de erfaringene deltakerne har hatt i forhold til sine opplevelser med henhold til «brudd på regler». I og med at en fikk en signifikant bedring på styrkeledd, så kan gruppebehandlingen gitt noen av pasientene økt bevissthet på noen av sine ressurser (styrker). I START manualen (Kroppan et al. 2012) henvises det til at dette leddet skåres, er det viktig å identifisere atferd

som er imøtekommende og som bunner i en aksept av regler og bestemmelser, som en styrke. En kan anta at gruppebehandlingen gjør pasientene mer bevisst på sin atferd i forhold til sikkerhetsavdelingens rammer.

### **5.2.8 Gruppebehandlingen sett i et recovery perspektiv**

Når vi bringer inn begrepet bedringsprosesser i denne studien, gjøres det med utgangspunkt i et ønske om å reflektere over om gruppebehandlingsinnhold og funksjon kan være av betydning for pasientenes bedringsprosesser. Kan denne være med på å bidra til at pasienter med alvorlig psykiske lidelser får mestringsopplevelser og bedring, ved å erverve seg kunnskap om sin lidelse. I en studie fra Uppsala har de undersøkt effekten av et gruppebasert opplæringsprogram hvor hensikten med programmet var å fremme bedringsprosesser hos personer med schizofreni. I undersøkelsen beskriver deltakerne en styrket følelse av håp om å bli bedre og at de håndterer sin lidelse bedre i hverdagen. Deltakerne henviser til at de lærer noe nytt, de opplever sosial støtte og får økt tro på egen bedring (Olsø, 2012). Både normalisering og Empowerment er blitt en rådende retning innen helse og sosialpolitikk de senere årene, og begge har oppstått som en kritikk av det medisinske paradigmet. Empowerment handler om både makt, avmakt, myndiggjøring, bemyndigelse og mestring. Empowerment bygger på en tenkning der holdningen er at alle mennesker har ressurser og muligheter til å finne egne handlingsstrategier, ha innflytelse, medbestemmelse og opplevd autonomi (Almvik & Borge, 2000).

I gruppebehandlingen «Brøsetmodellen» får pasientene en arena hvor de får kunnskaper om egen lidelse og informasjon om de ulike behandlingstilnærmingene som finnes, noe som kan bidra til at de forstår sin egen lidelse bedre, og på denne måten delta i planleggingen rundt sin behandling og framtid.

I Norge har det i de senere år vært økt oppmerksomhet rundt recovery i psykiske helsetjenester. I Helsedirektoratets veileder for lokalbasert psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne, «sammen om mestring», er recovery trukket fram som et sentralt perspektiv som bør prege tjenesteytingen fremover (NAPHA, 2015). Tidligere har ofte synet på mulighetene for bedring hos personer med alvorlige og langvarige psykoselidelser vært preget av pessimisme. Dette synet understøttes ikke i forskningslitteraturen, som tvert om viser at mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser kommer seg og opplever bedring (Borg, 2009). Recovery beskrives som en holdning som fremmer håp og tro på muligheter for at den enkelte kan leve et meningsfylt liv selv med en psykisk lidelse. Den individuelle



bedringsprosessen er personlig og unik, men samtidig også avhengig av grunnleggende forhold i livet som bolig, nærmiljø, arbeid og sosial tilhørighet. Borg og Topor (2014) har skrevet om bedringsprosesser ved alvorlig psykiske lidelser. De mener at pasienter med diagnosen paranoid schizofreni ofte feilaktig omtales som kronisk syke. Begrepet kronisk brukes innen medisin om sykdommer med et langvarig forløp. Kronisk er ikke ensbetydende med uhelbredelig, eller uten håp, og i møte med disse pasienten er det viktig å ikke bare ha fokus på symptomene som er karakteristiske for sykdommen. Da kan mennesket som opplever problemene og de sammenhengene de lever i ofte bli borte (Ibid).

I «Brøsetmodellen» blir det lagt vekt på at pasienten har personlige mål for å delta på gruppebehandlingen, disse har ofte handlet om, å få seg en jobb, egen bolig, ta utdanning, få sertifikat, redusere/holde seg rusfri, unngå å bli lagt inn igjen og få kontakt med familie og venner. Målene blir basert på pasientens personlige ønsker og ikke på behandlingsmål. Behandlingsmål har ofte fokus på å redusere effekten av en sykdom og å unngå negative konsekvenser, som for eksempel tilbakefall, innleggelse og skade. En skal imidlertid ikke glemme at behandlingsmål og tilknyttede tiltak utgjør grunnlaget for forsvarlig praksis, og er viktige og nødvendige. Utfordringen for kurslederne i denne sammenhengen handler om hvordan en kan fremme god behandling, samtidig som en integrerer hver enkelt pasients personlige mål. Erfaringer knyttet til dette er at kurslederne har hatt fokus på å etablere en god behandlingsallianse hvor gruppemøtene er blitt en arena for pasientene og deres deltakelse. Det har vært viktig å skape trygghet hos deltakerne, ha fleksible rammer og være respektfull i samtale. Det har også vært et viktig fokus for kurslederne å bli kjent med pasientene gjennom i samhandling, ved å samtale om hverdagslige temaer, bruk av humor, drikke kaffe, gå på restaurant og kino sammen med dem. Bedring fra psykisk sykdom blir ofte av klinikere definert som en kombinasjon mellom nedgang i psykosesymptomer og økning i sosial og samfunnsmessig fungering (Hummelvoll, 2012).

Bedring i recovery perspektivet henviser i større grad til at denne handler om å oppleve seg selv som autonom, og ha mulighet til å kunne påvirke sitt eget liv og å leve et meningsfylt liv uavhengig av om man opplever klinisk bedring eller ikke (Almvik & Borge, 2007). Vatne (2006) beskriver at hjelperens kyndighet i å samhandle er en nødvendig egenskap hos profesjonelle hjelpere. Denne mener hun handler om evnen til å sette seg inn i og forståelse for hva den enkelte pasient kan slite med. Hun sier også at en annen viktig forutsetning hos hjelperen er at han har profesjonell myndighet til å handle. Kyndighet og myndighet er forhold som har sammenheng med myndiggjøring eller «Empowerment». Det vil si oppdagelse, stimulering og bedring av menneskers behov, evne til å ivareta egne behov,

løse egne problemer og mobilisere egne ressurser for å få opplevelsen av å ha kontroll over egne liv (Vatne, 2006). Refleksjoner i forhold til pasientenes bedringsprosesser i denne undersøkelsen viser at de fleste av deltakerne har en bedring i styrker og reduksjon i sårbarheter i forhold til START skåringene som er gjort ved oppstart av gruppebehandlingen og ved avslutning av gruppebehandlingen. Det er imidlertid to av funnene som viser en signifikant endring i undersøkelsen, disse er knyttet til styrkeleddene for «mottakelighet for behandling» og «holdninger og oppførsel». Man kan undre seg over hvorfor denne gir gode resultater, det er imidlertid fristende å anta at gruppebehandlingens sosiale arena og tilnærming i forhold til temaer knyttet til kunnskaper om egen lidelse-innsikt, og mestring av egen lidelse-mestring, kan være viktige faktorer for at pasientene skal forstå å kjenne sin lidelse bedre og således få kunnskaper og ønske om å delta/motta i egen behandling. For mange pasienter med psykisk sykdom finnes det ingen mirakelkur, uansett hva de måtte håpe på. Bedring i et recovery perspektiv innebærer mange små steg og handlinger. Et faglig perspektiv må derfor formidles med oppriktig varsomhet og ikke bare som en terapeutisk manøver for å dempe effekten av den diagnostiske realiteten (NAPHA, 2015).

## 6 Metodediskusjon og konfunderende faktorer

I dette kapittelet prøver vi å belyse hvilke ytre forhold som truer studiens validitet i form av systematiske feilkilder (bias) og konfunderende faktorer (tredje-variabel, bakenforliggende/utenforliggende variabel). Studiens design er kvasiekseptimentell, hvor det ikke blir benyttet en kontrollgruppe. En studie med større kontroll over eksperimentet, der gruppebehandlingen prøves mot en randomisert kontrollert kontrollgruppe av lik størrelse og type som intervensjonsgruppen, kunne ha styrket både validitet, reliabilitet og generaliserbarhet.

I følge Friis og Vaglum (2002) er konfunderende faktor en bakenforliggende faktor som kan påvirke de variablene (START- skåringer) vi undersøker utover det som inngår i den undersøkte årsaken (Brøsetmodellen). Ved og ikke å ta hensyn til konfundere, vil dette kunne gi uriktige slutninger. Andre svakheter som valg av design og metode, kan også påvirke reliabiliteten og validiteten i denne studien.

### 6.1 Er måleresultatene nøyaktig

Reliabilitet sier noe om hvor nøyaktig det er målt. Velprøvede instrumenter øker sjansen for høy reliabilitet. START som risiko- og kartleggingsverktøy har over en lang periode blitt forbedret, videreutviklet og tilpasset norsk bruk. Internasjonal forskning viser til et akseptabelt nivå av reliabilitet ved bruk av Cronbacs Alfa (O Shea og Dickens., 2014). En annen faktor som styrker reliabilitet er erfaringer med måleinstrumentet. Hvis evaluatørene har lang erfaring og har faglig kompetanse innenfor risikovurdering og risikohåndtering, vil dette styrke reliabiliteten. Den regionale sikkerhetsavdelingen har som mål, at alle behandlere og miljøpersonell skal ha formell utdanning innenfor risikovurdering. Undersøkelser gjort ved sikkerhetsavdelingen viser at antall START- skåringer har vært stabile siden implementering. Tiden mellom hver skåring hadde en signifikant nedgang, og den tverrfaglige deltakelsen viste en signifikant økning. Siden 2005 har det blitt gjort 887 START vurderinger på RSA Brøset, fordelt på 181 pasienter (Kroppan et al., 2017).

Studiens datagrunnlag er basert på den faglige og behandlingsmessige arbeidet som er gjort på sikkerhetsavdelingen over flere år. I oppsummert forskning i oppgaven vises det til at START er et validert- og reliabilitetstestet kartleggingsverktøy. Dette både fra internasjonal forskning og forskning gjort på RSA Brøset. Usikkerhet knyttet til resultater som kommer frem opp mot intervensjonen Brøsetmodellen, må likevel understrekes og diskuteres videre.

Faktorer som kan være en trussel mot måleinstrumentet (START) pålitelighet er at skåringene blir utført av flere. Det er å anta at de personene som skårer gjør dette med forskjellig grad av entusiasme, nøyaktighet, og faglig kunnskap og erfaring. De har også ulik faglig bakgrunn. Det er sykepleiere, vernepleiere, hjelpepleiere, ergoterapeut, Sosionom, psykolog og psykiatere. Vi ser det som en styrke at beslutninger gjøres tverrfaglig. Men det vil likevel være nærliggende å tro at de samme fagpersonene har ulik tilnærming og faglig forståelse ved skåringene av START. Noen er mer «trenet» og har en bredere forståelse av risikoverktøyet START. Man må derfor ta høyde for at dette kan ha påvirket skåringene (variablene).

## **6.2 Gir måleresultatene informasjon om det fenomenet vi ønsker å måle**

Datagrunnlaget har vært basert på den daglige driften ved sikkerhetsavdelingen, og har ikke spesifikt vært innsamlet i forskningsøyemed. Dataene er samlet inn over en periode på flere år. Selv om testen har vært uendret, kan det være at fornyet kunnskap og erfaringer har påvirket utførelsen av testene i form av kvalitet og nøyaktighet. Studien vil heller ikke kunne oppdage eventuelle faktorer som har påvirket variablene i tiden mellom pre- og posttest. Måleinstrumentet START er ikke tiltenkt som måleinstrument på klinisk utprøving av en behandlingsmodell. Men heller et verktøy for å følge utviklingen og måle risiko hos innlagte pasienter i en sikkerhets psykiatrisk avdeling (Kroppan et al., 2012). Kontrollen for andre variabler har derfor vært liten, man kan derfor ikke utelukke at andre faktorer har medvirket til de observerte endringene.

I denne studien og i forskning generelt skal en være bevisst på feilkilder og forskjellige begrensninger som kan oppstå. Grunnen er at dette kan påvirke resultatene og konklusjonen som blir gitt. De viktigste kriteriene i en kvantitativ studie vil være validitet og reliabilitet. Validitet beskriver gyldigheten i undersøkelsen, og om man kan trekke slutninger basert på funnene. Validiteten styrkes hvis en kan redusere og fjerne eventuelle feilkilder. Reliabiliteten sier noe om hvor pålitelig innsamlet data er, det påvirkes av hvordan data er samlet inn og bearbeidet (Ringdal, 2016).

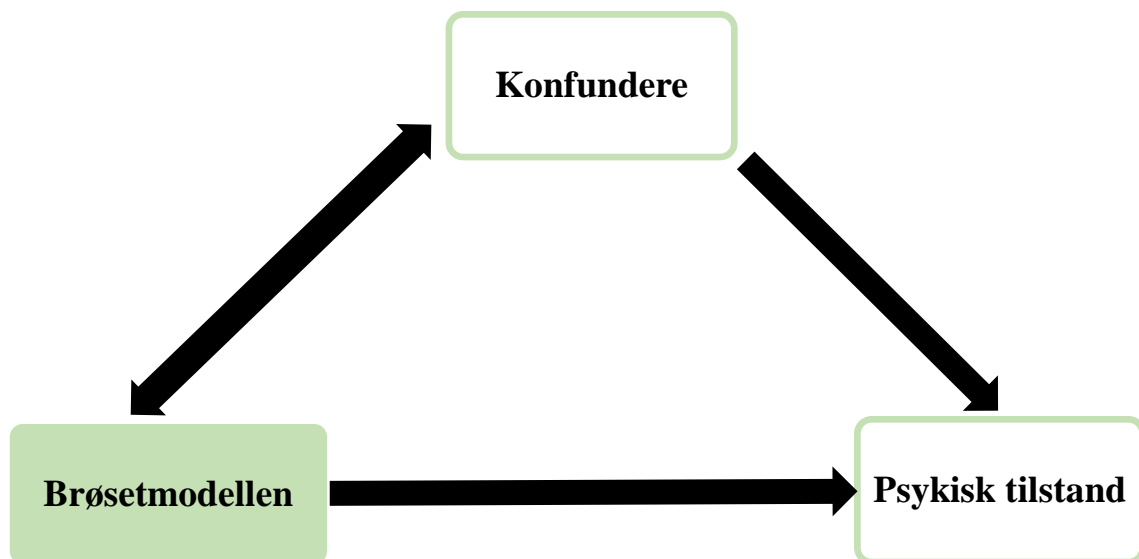
Når man studerer sammenhengen mellom to variabler blir de ofte karakterisert som forklarings- og responsvariabel, eller eksponerings- og utfallsvariabler. Variablene representerer sammenhengen en vil studere. I vår studie er dette Brøsetmodellen (eksponering) og sammenhengen med START sine styrke- og sårbarhetsledd (utfall). Det må også tas høyde for at det finnes andre faktorer som kan forstyrre den observerte

sammenhengen mellom eksponerings- og utfallvariabelen. Som beskrevet i innledningen omtales de nevnte faktorene som konfunderende faktorer. Påvirkningen av de konfunderende faktorene er ikke eliminert i studien ved bruk av for eksempel randomisering, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kontrollgruppe og flere måleverktøy enn START. Derfor er det flere faktorer som kan påvirke pasientene og de variablene vi studerer som trolig har påvirket utfallet av studien. Unnlater man å ta hensyn til disse faktorene fordi det kan gi uriktig resultater eller konklusjoner vil dette være feil. Konklusjoner som trekkes må ha klare forbehold på grunn av en ikke kan utelukke at det er andre variabler som kan ha påvirket resultatet (Friis og Vaglum, 2003).

### 6.3 Konfunderende faktorer

Vi ønsker å nevne potensielle konfunderende faktorer som kan ha påvirket funn i studien. Det er trolig at det forekommer flere slike konfundere som vi ikke har hatt tilstrekkelig kontroll med under arbeidet med metoden (Se figur 10).

Figur 7: Konfunderende faktorer



Utvalget i denne studien var inneliggende pasienter på en døgnavdeling. Samtidig som de har mottatt behandling (intervensjonen), har de hatt en hverdag som var preget av struktur og rammer. De er adekvat medisinerert (antipsykotika), enten med tablett eller ved depotinjeksjon. Antatt virkning av medikamentell behandling er en faktor som etter all

sannsynlighet har påvirket resultatene. Aarre (2009) viser til studier der omtrent 60% av pasientene som får antipsykotisk medisin, blir nesten helt uten positive symptomer i løpet av seks uker. Uten beskyttende behandling med antipsykotiske midler vil nesten alle få fullt eller delvis tilbakefall i løpet av to år (Aarre et. al 2009). Den strukturerte hverdagen som er gjeldende i en regional sikkerhetsavdeling innebærer også et høyt fokus på søvn, hvile, kosthold, fysisk aktivitet og arbeidsterapi.

Eksempler på den strukturerte hverdagen pasienten opplever i en regional sikkerhetsavdeling, er husordensregler som blant annet innebærer at pasientene skal være på eget rom senest fra midnatt til og med kl. 07:00. Tilstrekkelig søvn og et stabilt søvnmønster er betydningsfullt for mennesker med alvorlig psykiske lidelser (Hummelvoll, 2012). Hver enkelt pasient har en individuell tilpasset ukeplan. Ukeplanen inneholder tiltak som; fysisk aktivitet (enten i grupper eller som individuell tilrettelagt aktivitet) og arbeidsterapi. Eksempler på dette er snekkerverksted, matlaging, skole/utdanning, sykkelverksted og andre individuelle oppgaver som pasienten har interesse for. Hummelvoll henviser til psykologen Gerd Henrik Vedeler (1974) som sier at miljøterapi ikke er en behandlingsmetode, men heller en orientering som gjør det mulig å utnytte tilfeldige dagligdagse handlinger, planlagte programmer og avdelingsystemet som helhet på en terapeutisk måte. Dette innebærer også å gripe fatt i aktiviteter og samværsituasjoner i avdelingens daglige liv som for eksempel matlaging, rengjøring, aktiviteter, pasientmøter og husordensregler for avdelingen. Med terapeutisk mener han muligheter for å lære noe mer om seg selv og andre, til å få større selvinnsikt og å utvide sine mestrings- og problemløsningsmåter (Hummelvoll, 2012).

I det daglige har pasientene mulighet til å oppsøke miljøpersonell døgnet rundt. En kan tenke seg at miljøpersonalets tilstedeværelse bidrar til trygghet og forutsigbarhet for pasienten. Hver enkelt pasient har i tillegg ukentlig oppfølging av sin lege og psykolog. Litteraturen henviser til at vi påvirkes og påvirkes av omgivelsene vi lever i, og menneskene som omgir oss. Miljøet influerer vårt subjektive velvære samtidig som det virker inn på vår opplevelse av trygghet, trivsel, arbeidsevne og muligheten til avspenning og hvile (Hummelvoll 2012). Eksterne utløsende faktorer som rus, kriminelt og belastet miljø er naturlig nok eliminert hos en pasient som er innlagt i regional sikkerhetsavdeling. Dette er faktorer som gjør til at pasientene ikke får en sykdomsforverring som følge av livsstil og press/ubehag som mange av dem har levd under tidligere. Ved å utelukke slike risikofaktorer vil det mest sannsynlig styrke pasientens mulighet for bedring og stabilitet i forhold til psykisk helse (Ibid).

På bakgrunn av de konfunderende faktorene, kan vi ikke avgjøre om de observerte endringene kun kan tilegnes intervensjonen (Brøsetmodellen). Hovedgrunnen er for lav kontroll for andre ytre forhold som kan ha påvirket utvalget i tiden før og etter behandling av Brøsetmodellen. Manglende kontrollgruppe gjør det også vanskelig å si noe sikkert om årsakssammenhenger i denne studien. Bedring i psykisk tilstand og rus, sosiale ferdigheter, mottakelighet for behandling og holdninger/oppførsel kan skyldes andre faktorer det ikke måles eller kontrolleres for i denne studien.

## 7 Konklusjon

Formålet med studien var å evaluere gruppebehandlingen «Brøsetmodellen». Resultatene fra undersøkelsen bidrar med nyttig informasjon i prosessen med å kvalitetssikre behandlingstilbudet, men bør ellers tolkes med varsomhet på grunn av lite utvalg, manglende kontrollgruppe og type design. Generaliserbarhet vil øke når man har en kontrollgruppe. Mer valide resultater vil kunne oppnås ved hyppigere START (Short -Term Assessment of Risk and Treatability) målinger av deltakerne. Studiens resultater kan også være påvirket av andre faktorer som medikamentell behandling, miljøterapeutiske intervensjoner, struktur og rammer over tid. Forskningsspørsmålet for studien var:

*«Hvordan kan pasienter med alvorlig psykisk lidelse, rus og voldsproblematikk behandles med en gruppe/psykoedukativ behandling og hvilke erfaringer kan vi presentere etter at det har vært gjennomført behandling med 15 pasienter?»*

Resultatene viser en tendens til økning i styrker og reduksjon i sårbarheter på områdene «sosiale ferdigheter», «psykisk tilstand og rus», «mottakelighet for behandling» og «holdninger og oppførsel». Tendensene er ikke tydelige nok til å trekke noen konklusjon. Pasientene viste signifikant økning på styrkesiden når det gjelder «holdninger og oppførsel» og «mottagelighet for behandling».

Kognitiv gruppebehandling til pasienter med alvorlig psykisk lidelse er i tråd med de helsepolitiske føringene som sier at opplæring og undervisning av pasienter er et område som skal ivaretas og være et satsningsområde. Teori og tidligere forskning gir støtte til å anvende denne metoden. Studiens begrensninger i antall deltakere, ikke kontrollgruppe og type design, er områder som bør implementeres/bedres ved videre forskning på gruppebehandlingen til denne pasientgruppen.

Videre forskning og evaluering av gruppebehandling i en regional sikkerhetsavdeling er nødvendig. I den forbindelse hadde det vært interessant og undersøkt langtidseffekten av gruppebehandlingen hos tidligere inneliggende pasienter i forhold til bruk av mestringsplaner, tilbakefall og reinnleggelser. I tillegg til dette hadde det vært interessant å få intervjuet pasientene og deres opplevelser av gruppebehandlingen. Mer forskning på hvordan pasientene fungerer en tid etter endt gruppebehandling, kan bidra til en større forståelse for bedringsprosessen/recovery. For å kunne ivareta pasienters behov for behandling trengs det ytterligere forskning på gruppebehandling for pasientgrupper som er inneliggende i en sikkerhetsavdeling.



## Litteraturliste

- Aarre, Trond F., Bugge, Petter og Juklestad, Siv Iren. (2009). *Psykisatri for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Almvik, A. og Borge, L (red.) (2006) *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Almvik, A., & Borge, L. (2000). *Tusenkunstnerne : Muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Angermeyer, M. A., & Matschinger, H. (2005). *Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany*. British Journal of Psychiatry, 186, 331-334.
- Austvold-Dahlgren, A., Nøstberg, A. M., Steinsbekk, A. & Vist, G. E. (2011). *Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring*. Kunnskapsentret (nr 09-2011) ISBN 978-82-8121-405-7 ISSN 1890-1298.
- Beck, R. & Fernandez, E. (1998). *Cognitive-behavioral therapy, in the treatment of anger: Ameta-analysis*. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63–74.
- Berge, T. & Repål, A. (2008). *Håndbok i kognitiv terapi* (1. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berge, T. & Repål, A. (2010). *Håndbok i kognitiv terapi* (2. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Berntsen, H 2003. *Bedrer psykoedukativt familiebehandling forløpet ved schizofreni ?* Tidsskrift for Norsk legeförening, 123 (18), 2571-2574.
- Borg, Marit (2009):*Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser*. Tidsskrift for norsk psykologforening nr5/452-459
- Borg, M., Karslon, B. & Stenhammer, A. (2013) *Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapsammenstilling*. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid
- Borg, M. og Topor, A. (2014) *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. 3. rev. utg. Oslo: Kommuneforlaget.
- Bratteteig, M., Aakerholt, A., Hove, I., & Psykiatrisk opplysning, Stiftelsen. (2012). *Rusa eller gal? : Sammenhenger mellom rusmisbruk og psykiske lidelser* (5. utg. ed.). Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Bøe, T., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid : Om etikk, relasjoner og nettverk*(2 opplag). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bøe, T., & Thomassen, A. (2003). *Mot en mer menneskelig psykiatri : Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dahlen, E. R. & Deffenbacher, J. L. (2000). *A partial component-analysis of Beck's cognitive therapy for the treatment of general anger*. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 14, 77–95.

Drageset S & Ellingsen S. (2009). *Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt*. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* – nr. 2 – 2009, 5 årgang

*Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi* (2006). 19.09.2015, [www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/](http://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/)

Fowler, D. Garety, P. & Kuipers, E. (1998). *Cognitive behaviour therapy for psychosis: Formulation, treatment, effects and service implications*. *Journal of Mental Health*, 7, 123–134.

Everett, E. L. & Furuseth, I. (2012). *Masteroppgaven - Hvordan begynne og fullføre* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Fardig, R., Lewander, T., Melin, L., Folke, F. & Fredriksson, A. (2011). *A Randomized Controlled Trial of the Illness Management and Recovery Program for Persons With Schizophrenia*. *Psychiatric Services*, vol 62(No 6), s. 606 – 612.

Friis, S. & Vaglum, P. (2002). *Fra ide til prosjekt* (2 opplag). AIT Otta AS

Gaudiano, B. A. (2005). *Cognitive behaviour therapies for psychotic disorders: Current empirical status and future directions*. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12, 33–50.

Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget.

Gråwe, R. W. & Espeland, B. (2004). *På vei til et bedre liv* (3. utg.). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Gråwe, R. W. mfl. (2014). *Mestring av alvorlige psykiske lidelser*. Trondheim: Fagbokforlaget

Gråwe, R. W. & Ruud, T. (2006). *Rus og psykiske lidelser i psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. SINTEF Helse. [https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport\\_stf78\\_a06003\\_rus\\_og\\_psykiske\\_lidelser.pdf](https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_stf78_a06003_rus_og_psykiske_lidelser.pdf)

Hagen, R., Ruud, T. (2004). *Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003*. SINTEF Helse Rapport 3/04. <https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/a045026.pdf>

Hagen, R., Turkington, D., Berge, T. & Gråwe, R.W. (2010). *CBT for psychosis: a symptom-based approach*. London: Routledge.

Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP- lidelser*.

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose*

Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring*. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten (2014). Veileder, Helsedirektoratet. (del 1-7).

Helse- og Omsorgsdepartementet (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven)*.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC, Rosenvinge JH, Martinussen M. (2006) *Resilience predicting psychiatric symptoms: a prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2006;13:194–201. doi: 10.1002/cpp.488.

Horvath (2006). *The Alliance in Context: Accomplishments, Challenges, and Future Directions*. *Psychotherapy:theory, research and practice*; 2006;(43):258-263

Hummelvoll, J., & Dahl, T. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt : Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ivarsson, B. H., Ortiz, L. & Wirbing, P., (2015). *Motiverende samtaler* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Jacobsen, D. I., (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser* (3. utg.). Oslo: CAPPELEN DAMM AS

Kirkehei, I. (2008). *Dobbeldiagnose - alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse : Del 2 : Effekt av psykososial behandling* (Vol. Nr. 25-2008, Rapport fra Kunnskapssenteret). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Kroppan, E. (2014). *Strukturert risikohåndtering i forbindelse med psykiatrisk sykepleie og miljøterapeutisk arbeid med basis i START*. Masteroppgave

Kroppan, E., Nonstad, K., m.fl. (2012). *START : Short-term assessment of risk and treatability = Korttidsvurdering av risiko og behandling : Manual (Versjon 1.1. ed.)*. Trondheim. St. Olavs hospital.

Kroppan E, Nonstad K, Busch Iversen R, Sjødenaa E. (2017) *Implementation of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability over two phases*. *Journal of Multidisciplinary Helthcare* 2017;321-326

Krøvel, B., Rund, B. R. & Rør, E. (1997). *Vold og psykiatri-om forståelse og behandling*. Otta: Tano Aschoug

Kunnskapssenteret. Nr. 10-2012. *Effekter av støtte og oppfølging for personer med alvorlig psykisk lidelse*.

Lawrence, R., Bradshaw, T., Mairs, H. & Haddock, G. (2006). *Group cognitive behavioural therapy for schizophrenia: a systematic review of the literature*. *J Psychiatr Ment Health Nurs* vol 13 (6) DOI: 10.1111/j.1365-2850.2006.01014.x

Lov om helsepersonell m.v.(helsepersonelloven) (2017)

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

McQuaid, JR., Mueser, K. T. & Jeste, D.V., red. (2008) *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: Guilford.

- Miller W R, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people for change*. Guilford Press, New York 2002.
- Mueser, K. T., Meyer, P. S., Penn, D. L., Clancy, R., Clancy, D. M. & Salyers, M. P., (2006). *The Illness Management and Recovery Program: Rationale, Development and Preliminary Findings*. *Schizophrenia Bulletin* vol. (32). Doi: 10.1093/schbul/1022.
- Mueser, K. T., Noordsy D L, Drake R E, Fox L. *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective practice*. The Guildford Press, 2003.
- Mueser KT, Yarnold PR, Rosenberg S, Swett C, Miles KM & Hill D. (2000). *Substance Use Disorder in Hospitalized Severely Mentally Ill Psychiatric Patients: Prevalence, Correlates, and Subgroups*. *Schiz Bull*, 26:179-192.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S., *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009.
- Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. (2015). *100 råd som fremmer recovery*. *En veiledning for psykisk helsepersonell*.  
<http://www.melkeveien.me/NAPHA/mobile/index.html>
- NOU Rapport (2010:3) *Drap i Norge i perioden 2004–2009*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/6f5ab604e1394eabb8dc07b56d128bf1/no/pdfs/nou201020100003000dddpdfs.pdf>
- Olsø, T. M., (2012). *Et opplæringsprogram som fremmer bedringsprosesser*. NAPHA,  
<https://www.napha.no/content/14411/Et-opplæringsprogram-som-fremmer-bedringsprosesser>
- Opjordsmoen, S., Vaglum, P. & Thorsen, G. R. B. (2006). *Oss imellom. Om relasjonens betydning for mental helse*. Stavanger: Hertvig Forlag
- O'Shea LE, Dickens GL. Short-Term Assessment of Risk and Treatability(START): systematic review and meta-analytic. *Psychol Assess*. 2014; 26(3):990
- Forske på egen arbeidsplass* (2014). 20.09.2015,  
[www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/egenarbeidsplass.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forskningstemaer/egenarbeidsplass.html)
- Rector, N. A. & Beck, A. T. (2001). *Cognitive behavioural therapy for schizophrenia: An empirical review*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 278–287.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL & Goodwin FK., (1990). *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*. *Journal of the American Medical Association*, 21: 2511-2518.
- Renolen, Å., (2008). *Forståelsen av mennesker – Innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget
- Ringdal, K., (2007). *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stånice, E., (2010). *Psykiatriboken, Sinn-kropp-samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning. Stavanger. [www.psykopp.no](http://www.psykopp.no)

St.Olavs Hospital, Trondheim. *Beskrivelse av metodikk for standardiserte pasientforløp.*

Kilden (2014)

<http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/stolav/searchcenter/Sider/results.aspx?k=standardiserte%20pasientforl%C3%B8p&start1=31>

St.meld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen— Rett behandling – på rett sted – til rett tid.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/sec2>

*Støtte og oppfølging kan fremme helse og hindre tilbakefall for personer med alvorlig psykisk lidelse*(Kunnskapssentret) (2012) 27.10.2015,

<https://psyknyheter.wordpress.com/2012/11/19/stotte-og-oppfolging-kan-fremme-helse-og-hindre-tilbakefall-for-personer-med-alvorlig-psykisk-lidelse-kunnskapssenteret/>

Terkelsen, T. B. (2010) *Håndtering av engler og UFOer i en psykiatrisk avdeling: En etnografisk studie av hvordan psykotiske uttrykk forstås og kontrolleres.* Doktoravhandling.

[http://www.uib.no/info/dr\\_grad/2010/Terkelsen\\_TorilBorch.html](http://www.uib.no/info/dr_grad/2010/Terkelsen_TorilBorch.html)

Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne : Relasjonens betydning i miljøterapi.* Oslo: Gyldendal akademisk.

Webster, C. D., mfl. (2006). *Short-Term Assessment of Risk and Treatability.* Canada

Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R. & Czobor, P. (2011). *A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes.* The American Journal of Psychiatry (5) s. 472–485. Doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10060855

Xia, J., Merinder, L. B. & Belgamwar, M.R. (2011). *Psychoeducation for schizophrenia.* Cochrane Library, DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2

Yalom,I.D (2005) *The theory and practice of group psychotherapy* (5th ed.) New York: Basic Books.

Young, J. E. & Klosko, J. S. (1993). *Gjenvinn livet ditt. Hvordan du kan bryte ut av negative mønstre og ha det bra med deg selv igjen.* Norsk oversettelse 2002 ved P. A. Vogel, E. O. D. Vogel & T. L. Dahl. Ananke Norge. Institutt for psykiatri og medisinske atferdsfag, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

## Vedlegg 1 (Vurdering av de Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig Forskningsetikk (REK)) Side 1



---

<b>Region:</b> REK midt	<b>Saksbehandler:</b> Øystein Lundestad	<b>Telefon:</b> 73597507	<b>Vår dato:</b> 25.09.2015	<b>Vår referanse:</b> 2015/1696/REK midt
			<b>Deres dato:</b> 15.09.2015	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Nils Kristian Sandvik

### 2015/1696 Brøsetmodellen - et gruppebasert lærings- og mestringsprogram

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 15.09.2015. Henvendelsen ble behandlet av komiteens leder på fullmakt med hjemmel i helseforskningsloven § 2, forskningsetikkloven § 4 og forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10.

**Prosjektleder:** Nils Kristian Sandvik

#### Prosjektleders omtale av studien

*I 2008 ble det startet et kurstilbud til våre pasienter ved St.Olavs hospital, avd. Brøset, en regional sikkerhetsavdeling. Ved oppstarten ble det brukt et kursprogram utarbeidet av Rolf Gråwe kalt "et bedre liv" og "et selvstendig liv". Etterhvert oppdaget kursledere at våre pasienter hadde spesielle behov tilknyttet deres alvorlige psykiske lidelser, det ble derfor utarbeidet en egen manual som tok for seg tematikk som ble funnet mest hensiktsmessig. Fra og med 2011 hadde vi vårt eget kursprogram klart som idag heter "Brøsetmodellen - et program i På vei til et bedre liv serien". Det er et manualbasert lærings og mestringsprogram for pasienter med alvorlige og sammensatte lidelser som tar for seg sosial ferdighetstrening, kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon rettet mot mestrings av rusmiddel misbruk, psykose lidelser og sinne/aggresjonsproblematikk. Vi ønsker å få mer kunnskap om hvilken virkning/effekt kursprogrammet har hatt for våre pasienter som har fullført.*

#### Vurdering

Komiteen oppfatter studiens formål som ei intern evaluering av et gjennomført behandlingstilbud. Komiteen mener at prosjektet er å betrakte som en kvalitetssikringsstudie, noe som faller utenfor REKs mandat å vurdere, jf. helseforskningsloven § 2. Prosjektet er ikke framleggingspliktig, jf. helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4 annet ledd, og kan gjennomføres uten forhåndsgodkjenning av REK.

Vi minner imidlertid om at et kvalitetssikringsprosjekt bare kan gjennomføres når ansvarlig ledelse, vanligvis avdelingsleder, har godkjent det og stiller de nødvendige ressurser til rådighet. I tillegg må kvalitetssikringsstudier meldes til det lokale personvernombudet/NSD.

Vurderinga er gjort på grunnlag av de innsendte dokumenter. Vi gjør oppmerksom på at dersom det gjøres vesentlige endringer i prosjektplanen, må det sendes inn en ny framleggingsvurdering.

#### Vedtak

Prosjektet er ikke framleggingspliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

#### Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

---

Besøksadresse:  
Det medisinske fakultet  
Medisinsk teknisk  
forskningscenter 7489  
Trondheim

E-post: rek-midt@medisin.ntnu.no  
Web: <http://helseforskning.etikkom.no/>

All post og e-post som inngår i  
saksbehandlingen, bes adressert til REK  
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to  
the Regional Ethics Committee, REK  
midt, not to individual staff

Vedlegg 1 (Vurdering av de Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglig  
Forskningsetikk (REK)) Side 2

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold  
Dr.med.  
Leder, REK midt

Øystein Lundestad  
Rådgiver

**Kopi til:** *rek-midt@medisin.ntnu.no*



Toril Anne Elstad  
Avdeling for helse- og sosialfag Høgskolen i Sør-Trøndelag  
Ranheimsveien 10  
7004 TRONDHEIM

Vår dato: 04.07.2016

Vår ref: 453823/MSS/RH

Deres dato:

Deres ref:

### Avsluttet saksbehandling

Vi viser til meldeskjema mottatt den 28.10.2015 for prosjektet:

45382

*Gruppebehandling og intervensjoner på en Regional sikkerhetsavdeling: Hvordan forbedre sosiale ferdigheter, øke kunnskapen og egen sykdom og forebygge tilbakefall?*

Personvernombudet har i forbindelse med saksbehandlingen mottatt utfyllende informasjon vedrørende formålet med prosjektet, og viser her til e-poster fra daglig ansvarlig Toril Anne Elstad den 13. og 15. mars som svar på vår e-post den 14.12.2015.

Prosjektet var meldt inn som et studentprosjekt forankret ved NTNU. Prosjektet er beskrevet som en kvalitetssikringsstudie med formål å evaluere et behandlingstilbud ved St. Olavs Hospital. Vi har i e-post datert 15.03.2016, fra studentens veileder Toril Anne Elstad ved NTNU, fått bekreftet at studien er meldt til det interne personvernombudet ved St. Olavs.

Personvernombudet for forskning (NSD) avslutter med dette vår saksbehandling uten å realitetsbehandle prosjektet, og legger til grunn at behandlingen av personopplysninger er meldt til annen instans.

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marie Strand Schildmann

Kopi:

Berit Andresen Iversen, Kristianstensbk. 3.b, 7014 TRONDHEIM



Vedlegg 3 (Personvernombud St.Olavs Hospital)

**From:** Røset, Øyvind  
**Sent:** Friday, April 08, 2016 11:57 AM  
**To:** Sandvik, Nils Kristian  
**Cc:** Stokkaune, Hege Myrvang  
**Subject:** RE: Meldeskjema

Hei.

Beklager veldig sen tilbakemelding, saksmengden overstiger kapasiteten.

Jeg har gått gjennom prosjektet nå, og finner ut at dette er et veldig greit prosjekt.  
Jeg er ingen innvendinger eller kommentarer til gjennomføringen.

Hege: Kan du arkivere vedlagte godkjenning i ESA 16/1484 med følgende journalpostnavn:  
Tilråding fra PVO ?

Øyvind

(Jeg jobber 60% i prosjektet Helseplattformen, og det tar tid å få på plass vikar. Det kan derfor ta noe tid før jeg svarer på henvendelser. Beklager dette.)

Hilsen Øyvind Røset

.....  
Personvernombud og infosikkerhetskoordinator  
**St. Olavs Hospital**  
Fagavdelingen  
**Besøksadresse:** 1902-bygget, 1. et.  
**Fakturaadresse:** Fakturamottak St. Olav, Postboks 2622, 6405 Molde  
**Postadresse:** Postboks 3250 Sluppen, 7006 Trondheim  
**Telefon:** mob 907 77 719

**From:** Sandvik, Nils Kristian  
**Sent:** Monday, March 28, 2016 5:19 PM  
**To:** Røset, Øyvind  
**Subject:** Meldeskjema

Hei Øyvind.

Vet du noe mer ift til vår søknad om å innhente data til vår interne kvalitetssikring på Brøset ? Vår veileder på HIST og NDS etterspør svar. Vi trenger også godkjenningen for å fortsette med oppgaven.

Mvh

Nils Kristian Sandvik og Berit Andresen

Vedlegg 4 (START skjema)



Navn: \_\_\_\_\_  
 Kjønn: \_\_\_\_\_ Pasientnr: \_\_\_\_\_  
 F.dato: \_\_\_\_\_

**START - vurderingsskjema**

Diagnose: ICD-10  1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

STATUS:  Annet  Kriminalomsorg

HENSIKT:  Vurdering  Annet

START Tidsramme: \_\_\_\_\_

Nøkkel ledd	Styrke			START Items	Sårbarheter			Kritisk ledd	Varselsignaler					
	2	1	0		0	1	2		H*	Fare for:	Lav	Mod	Høy	
				1. Sosiale ferdigheter										
				2. Relasjoner										
				3. Sysselsetting										
				4. Fritidsaktiviteter										
				5. Egenomsorg										
				6. Psykisk tilstand										
				7. Emosjonell tilstand										
				8. Rusmisbruk										
				9. Impuls kontroll										
				10. Ekst. utløsende faktorer										
				11. Sosial støtte										
				12. Materielle ressurser										
				13. Holdninger										
				14. Medisinoppfølging										
				15. Forhold til regler										
				16. Oppførsel										
				17. Innsikt										
				18. Planer										
				19. Mestring										
				20. Mottaklighet for beh.										
				21. *Ekstrem mani										
				22. *Søvn										

Helsemessige hensyn / medisinske undersøkelser:

Risiko formulering: Risiko for hva, mot hvem, under hvilke omstendigheter/Sårbarhetssituasjoner- Dette skrives inn under Risiko vurdering i EPJ.

Begrunnelse for Kritiske og Nøkkel ledd.Evt. endringer:

**NB! Mer utfyllende kommentarer finner en under Risikovurdering og Risikohåndtering i EPJ og "F10"**

Utført av: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

Version 1.9 © 2011

## START- LEDDFORKLARING

Gradering av START-ledd vil normalt være basert på fungering over de siste to eller tre månedene, eller siden siste evaluering.

STYRKER				SÅRBARHETER			
Nøkkel Ledd O	2 Maksimalt Tilstede	1 Moderat Tilstede	0 Minimalt Tilstede	0 Minimalt Tilstede	1 Moderat Tilstede	2 Maksimalt Tilstede	Kritisk ledd O
<b>1. SOSIAL FERDIGHETER</b>				<b>1. SOSIAL FERDIGHETER</b>			
Hyggelig. Høflig. Deltar i gruppeaktiviteter. Innleder samtaler. Gode kommunikasjonsferdigheter. Sosialt akseptabel atferd. Liker seg i sosiale sammenhenger.				Unngår sosiale situasjoner. Isolert/tilbaketrukket/sjenert. Einstøing. Vanskelig å engasjere. Mangler manerer. Ikke flink til å kommunisere. Umoden. Påtrengende.			
<b>2. RELASJONER</b>				<b>2. RELASJONER</b>			
Empatisk. Hensynsfull. Gjensidig Setter pris på og bygger vennskap og nære forhold. Kommer overens med andre. Er i stand til å føle nærhet til andre. Er tilfreds med mellommenneskelige forhold. Vurderer hvordan handlinger påvirker andre. Danner nære forhold og terapeutiske allianser				Overfladisk. Upålitelig. Distansert. Hensynsløs. Utnytter andre. Manipulerer. Provoserer. Objektiviserer andre. Har lite utbytte av forhold med andre. Bedrar andre. Uvennlig. Manglende evne til å opprettholde relasjoner Mangler empati. Mangler empati. Danner ikke terapeutiske allianser. Blir utnyttet i destruktive forhold.			
<b>Har klienten en terapeutisk allianse (TA) med minst én fagperson? Ja/Nei</b>							
<b>3. SYSSELSETTING</b>				<b>3. SYSSELSETTING</b>			
Forstår verdien av utdanning og arbeid. Oppsøker muligheter. Er villig til å ta i mot råd. Samtykker til å starte på et nivå tilpasset eksisterende erfaring og evner. Pålitelig. Utfører oppgaver i tide. Har gode arbeidsvaner. Viser initiativ i klasserommet eller på jobben.				Har ingen åpenbar interesse for utdanning eller jobb. Følger ikke opp når muligheter melder seg. Møter ikke opp. Stadig for sein eller møter ikke i det hele tatt. Krever uforholdsmessig mye hjelp til å gjennomføre selv de enkleste oppgaver. Nektet å delta.			
<b>4. FRITIDSAKTIVITETER</b>				<b>4. FRITIDSAKTIVITETER</b>			
Kjenner til ulike fritidsaktiviteter. Bruker fritiden konstruktivt. Liker fritidsaktiviteter. Planlegger aktiviteter for seg selv og andre. Villig til å motta hjelp til å utvikle interesser og hobbyer. Trimmer regelmessig.				Stort sett stillesittende.. Ønsker ikke å delta i fritidsaktiviteter. Nektet å delta i nye aktiviteter og prososiale prosjekter. Har få eller ingen hobbyer eller interesser. Trimmer ikke regelmessig.			
<b>5. EGENOMSORG</b>				<b>5. EGENOMSORG</b>			
Har en god grunnleggende personlig hygiene. Holder tilfredsstillende orden rundt seg. Kler seg passende. Normalt søvnmønster. Spiser normalt. Følger helseråd.				Har en dårlig grunnleggende personlig hygiene. Har det generelt rotete og/eller skittent rundt seg. Kler seg sært eller upassende. Unormalt søvnmønster. Unormale matvaner. Unormalt inntak av væske. Følger ikke råd for god helse.			

STYRKER				SÅRBARHETER			
Nøkkel ledd O	2 Maksimalt Tilstede	1 Moderat Tilstede	0 Minimalt Tilstede	0 Minimalt Tilstede	1 Moderat Tilstede	2 Maksimalt Tilstede	Kritisk leskjermd O
<b>6. PSYKISK TILSTAND</b>				<b>6. PSYKISK TILSTAND</b>			
Viser stabilitet, fokus og fleksibilitet i tankegangen. Viser evne til konkret, abstrakt og kreativ tenking.				Ustrukturert tenking. Tvangstanker eller repetitive tanker. Vrangforestillinger. Hallusinasjoner. Lite oppfinnsom. Ukontrollerte tankestrømmer. Forvirret, desorientert. Lite konsentrert og svekket hukommelse.			
<b>7. EMOSJONELL TILSTAND</b>				<b>7. EMOSJONELL TILSTAND</b>			
Godt humør. Humoristisk sans. Håpefull. Følelsesmessig robust. Er i stand til å ta følelser inn over seg. Humøret er tilpasset omstendighetene.				Nedstemt. Upassende oppstemt. Labil. Pessimistisk. Emosjonelt tilbaketrukket. Sløv/Letargisk. Opplevelse av mangel på verdi. Sint. Emosjonelt begrenset.			
<b>8. RUSMISBRUK</b>				<b>8. RUSMISBRUK</b>			
Er avholdende. Driker moderat. Begrenser inntak. Forblir ansvarlig. Respekterer gjeldende lover. Beskytter andre fra negative virkninger (dvs. er klar over konsekvenser av uansvarlig bruk). Aksepterer behov for behandling (hvis nødvendig).				Har negativ effekt på en selv eller andre når påvirket. Bruker ulovlige stoffer. Ukritisk inntak / bruk. Bruker reseptbelagte/reseptfrie stoffer på en feilaktig måte. Benekter behov for behandling (hvis påpekt). Har ikke kontroll over bruk. Ruset. Avhengig			
<b>9. IMPULSKONTROLL</b>				<b>9. IMPULSKONTROLL</b>			
Tilbakeholden. Rolig. Behersket. Forsiktig. Kontrollert. Tenker seg om før en handler. Vurderer konsekvenser. Tolererer frustrasjon.				Overspent. Uberegnelig. Har mistet kontrollen. Anspent. Tar sjanser. Impulsiv. Handler impulsivt. Tenker ikke på konsekvensene. Dårlig toleranse for frustrasjon.			
<b>10. EKSTERNE UTLØSENDE FAKTORER</b>				<b>10. EKSTERNE UTLØSENDE FAKTORER</b>			
Prososiale personer i omgivelsene. Gode boforhold. Handler uavhengig av skiftende omstendigheter og press. Lar seg ikke lett påvirke til uansvarlig eller ulovlig atferd.				Påvirket av venner med atferdsproblemer. Trekkes mot upassende miljøer. Blir påvirket av visse destabiliserende faktorer og skiftende krav fra omgivelsene. Tilgang til våpen.			
<b>11. SOSIAL STØTTE</b>				<b>11. SOSIAL STØTTE</b>			
Sosial støtte fra familie, venner, fagpersoner og andre. Adekvat sosialt nettverk. Aksepterer sosial støtte				Fravær av eller problemer med å akseptere sosial støtte. Inadekvat sosialt nettverk.			
<b>Har pasienten positiv støtte fra omgangskretsen? Ja/nei</b>							
<b>12. MATERIELLE RESSURSER</b>				<b>12. MATERIELLE RESSURSER</b>			
Adekvate ressurser/inntekt. Ingen økonomiske belastninger Ansvarlig styring av økonomien. Stabile og tilfredsstillende boligforhold				Økonomisk begrenset. Uansvarlig håndtering av økonomien. Stor gjeld. Vil ikke ta i mot hjelp med økonomien. Dårlige eller ustabile boforhold. Har ikke penger til mat, transport, lege/medisinsk hjelp eller rimelige fritidssysler og underholdning.			

STYRKER				SÅRBARHETER			
Nøkkel ledd O	2 Maksimalt Tilstede	1 Moderat Tilstede	0 Minimalt Tilstede	0 Minimalt Tilstede	1 Moderat Tilstede	2 Maksimalt Tilstede	Kritisk ledd O
<b>13. HOLDNINGER</b>				<b>13. HOLDNINGER</b>			
Positivt innstilt til samfunnet. Adekvat selvtilit. Respektfull. Tilgivende. Angrende (hvis rimelig). Ærlig. Oppriktig. Viser omtanke for andre. Tolerant overfor andre. Respekterer rettmessige autoriteter. Adekvat selvfølelse. Aksepterende				Prokriminell. Grandios. Kynisk. Samvittighetsløs. Narsissistisk. Selvopptatt. Konspiratorisk. Fiendtlig. Uærlig. Mangler empati. Anklagende. Følger seg berettiget til å handle som han/hun vil. Blir lett fornærmet. Bitter. Problemer med selvfølelsen.			
<b>14. MEDISINOPPFØLGING</b>				<b>14. MEDISINOPPFØLGING</b>			
Ansvarlig oppfølging av medisiner. Gjør en innsats for å forstå funksjonen til det foreskrevne medikamentet og hvordan bivirkninger kan minimiseres eller elimineres.				Tar ikke foreskrevne medikamenter eller aksepterer kun spesifikke typer. Følger ikke det anbefalte medikamentregimet.			
<b>Merk. Noter hvis leddet ikke er aktuelt. Leddet gjelder også ikke-psykiatriske medikamenter.</b>							
<b>15. FORHOLD TIL REGLER</b>				<b>15. FORHOLD TIL REGLER</b>			
Overholder regler og rettslige bestemmelser. Gjør en innsats for å se meningen med restriksjoner. Leverer inn urinprøver og lignende for testing når bedt om det.				Forsøker ikke å forstå meningen bak regler og betingelser. Bryter regler. Godtar motvillig lovgitte betingelser. Nekter å samarbeide om urin-, blod- og andre rutineprøver. Forfalsker prøver.			
<b>16. OPPFØRSEL</b>				<b>16. OPPFØRSEL</b>			
Tar ansvar. Overholder lover. Respekterer andres eiendom. Punktlig. Skaper en positiv atmosfære. Er hensynsfull. Fornærmer ikke andre mennesker. Er oppmerksom i forhold til andres sikkerhet, velbefinnende og omsorg overfor seg selv og andre. Tilpasser atferd i forhold til sosial kontekst.				Rømmer. Barrikaderer. Truer. Starter branner. Ødelegger eiendom. Angriper. Stjeler. Forstyrrer. Legger til rette for at andre mislykkes. Klager gjentatte ganger uten grunnlag på ansatte. Fornærmer. Erter. Er støtende. Uakseptabel seksuell atferd. Gjør folk engstelig. Mobber. Kommer med rasistiske, kjønnsdiskriminerende eller liknende kommentarer. Blander seg opp i vurderinger, behandlinger og opplegg for medpasienters. Skader seg selv.			
<b>17. INNSIKT</b>				<b>17. INNSIKT</b>			
Er klar over styrker og begrensninger. Samsvar mellom tanke og handling. Relaterer fakta til egen tilstand og omstendigheter. Erkjenner mentale-, personlighets- eller stoffmisbrukstilstander og (dersom tilstedeværende) behovet for intervensjon. Forstår personlige risikofaktorer og nødvendigheten av å håndtere disse. Gjenkjenner tegn på tilbakefall på et tidlig stadium.				Mangler selvbevissthet. Klarer ikke å forstå motivet for egne handlinger. Forneker mentale-, personlighets- eller stoffmisbrukstilstander og (dersom tilstede) behovet for intervensjon. Identifiserer ikke og/eller håndterer ikke personlige risikofaktorer. Ingen anerkjennelse av tidlige tegn på tilbakefall.			

<b>STYRKER</b>				<b>SÅRBARHETER</b>			
Nøkkel ledd O	2 Maksimalt Tilstede	1 Moderat Tilstede	0 Minimalt Tilstede	0 Minimalt Tilstede	1 Moderat Tilstede	2 Maksimalt Tilstede	Kritisk ledd O
<b>18. PLANER</b>				<b>18. PLANER</b>			
Sosialt akseptabelt. Realistisk. Fokuseret. Fremtidsorientert. Målrrettet. Har planer for å oppnå kortsiktige og langsiktige mål.				Fraværende eller vage mål. Urealistisk. Uakseptabelt. Har verken kortsiktige planer eller langsiktige mål.			
<b>19. MESTRING</b>				<b>19. MESTRING</b>			
Løser problemer effektivt og selvstendig. Søker hjelp og benytter seg av den. Finner positive aspekter i ellers oppskakende eller bekymringsverdige omstendigheter. Håndterer stress. Motstandsdyktig. Tilpasningsdyktig. Takler omstillinger på en tilfredsstillende måte.				Ikke i stand til å løse problemer uten betydelig hjelp. Bryter sammen under press. Ikke i stand til å samle personlige ressurser i krisesituasjoner. Blir handlingslammet eller overveldet ved utfordringer. Mangler motstandsdyktighet. Vanskelig for å tilpasse seg. Synes det er vanskelig å takle kriser, omstillinger og faktiske, forestilte eller forventede tap.			
<b>20. MOTTAKELIGHET FOR BEHANDLING</b>				<b>20. MOTTAKELIGHET FOR BEHANDLING</b>			
Deltar i programmer og behandling som sannsynligvis vil være til nytte. Samarbeidsvillig. Ønsker å lykkes. Ikke tilfreds med kun å "se bra ut" eller å bli betraktet som en "eksemplarisk klient". Responderer godt på biologisk, sosial og psykologisk behandling.				Ser ikke noe poeng i å forsøke å endre seg. Uengasjert Ikke samarbeidsvillig. Gjør kun del aller mest nødvendige når mer eller mindre tvunget til å delta i programmer. Responderer ikke på biologisk, sosial eller psykologisk behandling.			
<b>21. &amp; 22. KASUS-SPESIFIKKE LEDD</b>							
Mennesker er svært forskjellige med hensyn til hvilke personlighetstrekk og ytre omstendigheter som øker risikoen for selvskading eller skading av andre. Ofte må andre faktorer enn de som fremkommer i listen med de 22 leddene tas i betraktning. Derfor er to av leddene åpne ledd hvor fagpersoner kan skrive inn ledd som er unike for hver enkelt pasient. Dette er "fyll-inn" ledd. Skårere oppfordres også til å inkludere og skåre ledd som kan, i det enkelte kasus, ha en positiv, beskyttende, risikoreduserende funksjon. Skårere bør også være oppmerksomme på individuelle helseproblemer som kan være knyttet til risiko for selvskading og skading av andre (for eksempel sterkt avvikende blodsukkernivå, TIA transitorisk iskemisk anfall (drypp), effekt av ulike medisiner, osv.).							
<b>7.1.1.1.1.1.1 VIKTIGHETEN AV HISTORISKE FAKTORER</b>							
START er designet for bruk nå og i den nærmeste framtid. Den må suppleres med grundig vurdering av historiske faktorer som har sammenheng med risiko for skade på seg selv eller andre. (f. eks. 10-ledds Historiske skala i HCR-20 Tema som er til hjelp for å sette sammen en historie er listet opp på historisk hjelpeark til START							