

BET- avdelingen - Blakstad Sykehus, Vestre Viken helseforetak

**Kapittel i teknisk pakke om sykehusbaserte tjenester WHO-veilederen 2021 –  
«Psykiske helsetjenester i lokalsamfunnet: Utvikling av personsenterte og  
rettighetsbaserte tilbud»**

Oversatt av WSO – We Shall Overcome [wso.no](http://wso.no)

OBS: Denne oversettelsen er ikke laget av Verdens helseorganisasjon (WHO). WHO er ikke ansvarlig for innholdet eller nøyaktigheten av denne oversettelsen. Den engelske originalutgaven er den bindende og autentiske utgaven.

Lenke til WHO – veilederen inkludert de syv tekniske pakkene:

<https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>

#### Referanser

Tallene i parentes refererer til referansene som finnes helt til slutt i den tekniske pakken om sykehusbaserte tjenester.

Den kan lastes ned

her: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025745>

## Innholdsfortegnelse

<b>BET- avdelingen - Blakstad Sykehus, Vestre Viken helseforetak .....</b>	<b>1</b>
<i>Referanser .....</i>	<i>1</i>
<i>Innholdsfortegnelse .....</i>	<i>2</i>
<b>Kontekst .....</b>	<b>3</b>
<b>Beskrivelse av tjenesten .....</b>	<b>3</b>
<b>Den psykoterapeutiske modellen som brukes av BET-enheten .....</b>	<b>5</b>
<i>Komplementær Ytre Regulering.....</i>	<i>7</i>
<i>Validerende kommunikasjon .....</i>	<i>8</i>
<i>En behandlingskontekst som ligner et normalt arbeidsliv.....</i>	<i>8</i>
<i>Morgenmøte og psykoedukasjon .....</i>	<i>8</i>
<i>Individuelle terapi- og støttesamtaler .....</i>	<i>8</i>
<i>Omsorgsplanlegging .....</i>	<i>9</i>
<i>Fokusmøter .....</i>	<i>9</i>
<i>Legesamtaler.....</i>	<i>10</i>
<i>Månedlige møter .....</i>	<i>10</i>
<i>Fysisk aktivitet.....</i>	<i>10</i>
<i>Helgen .....</i>	<i>10</i>
<i>Koordinering av tjenester og klinisk opplæring .....</i>	<i>10</i>
<i>Teamkoordinatoren som brukerens personlige assistent.....</i>	<i>11</i>
<b>Grunnleggende prinsipper og verdier .....</b>	<b>12</b>
<i>Respekt for rettslig handleevne .....</i>	<i>12</i>
<i>Praksis uten tvang.....</i>	<i>14</i>
<i>Deltakelse.....</i>	<i>15</i>
<i>Inkludering i lokalsamfunnet .....</i>	<i>15</i>
<i>Recovery-tilnærming.....</i>	<i>16</i>
<b>Evaluerings av tjenesten.....</b>	<b>16</b>
<i>Kostnader og kostnadssammenligninger .....</i>	<i>19</i>
<b>Utfordringer og løsninger.....</b>	<b>19</b>
<i>Å overvinne skepsis .....</i>	<i>19</i>
<i>Oppbygging av en positiv arbeidskultur .....</i>	<i>20</i>
<i>Å øke forståelsen for BET-tilnærmingen i det øvrige psykiske helsevesenet.....</i>	<i>20</i>
<b>Viktige hensyn å ta i ulike sammenhenger .....</b>	<b>20</b>
<b>Mer informasjon .....</b>	<b>21</b>

## Kontekst

Enheten for basal eksponeringsterapi (BET) ligger ved Blakstad sykehus nær Asker, 30 km sør for Oslo. Blakstad sykehus er en del av Vestre Viken helseforetak i Helse Sør-Øst - den største av fire helseregioner i Norge. Siden opprettelsen i 2000 har BET vært et tilbud til mennesker med psykiske lidelser og psykososiale funksjonsnedsettelse som ikke har funnet andre former for psykisk helsehjelp og støtte verken nyttig eller effektiv. BET-enheten var tidligere en del av den lukkede psykoseavdelingen ved Blakstad sykehus, men i 2018 ble BET-enheten en selvstendig åpen dør-tjeneste som er tilgjengelig 24 timer i døgnet, syv dager i uken. Siden den gang har tilnærmingen som enheten bruker, også blitt mer utbredt i hele helseforetaket og er i dag tilgjengelig som et behandlingsalternativ ved flere poliklinikker. BET-tilbudet mottar henvisninger fra hele landet, og BET-enheten på Blakstad har vært med på å etablere BET-tilbud andre steder i landet.

Blakstad har hjulpet Helse Nord med å implementere BET-tilnærmingen ved en behandlingsinstitusjon for ungdom (UPS) i 2017, og Distriktpsikiatrisk senter ved Sykehuset i Vestfold fikk hjelp til å etablere en BET-enhet i 2019 og etablerte året etter et spesialisert BET-team ved sin poliklinikk. Blakstadklinikken er for tiden involvert i planleggingen av en BET-enhet ved Helse Sør-Øst i 2021 og søker om status som Nasjonal kompetansetjeneste. Mandatet for en slik nasjonal enhet er å spre kunnskap om BET og støtte implementeringen av denne behandlingsformen ved flere helseforetak i Norge.

## Beskrivelse av tjenesten

BET-enheten ble utviklet som et tilbud til personer med komplekse, langvarige psykiske lidelser. Den åpne enheten har seks sengeplasser og tilbyr døgnbasert behandling og støtte til i gjennomsnitt 6-10 personer per måned. Tjenesten tilstreber å møte den enkelte på hans eller hennes egne premisser, og tilbyr en helhetlig omsorgsmodell som går utover den tradisjonelle biomedisinske modellen for diagnostisering og behandling. Tjenestens brukere er personer som har eller identifiserer seg med diagnoser som schizofreni og andre psykoselidelser, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), komplekse traumer og dissosiative tilstander, samt ulike psykiske lidelser som påvirker humør og personlighet. Mange av brukerne sliter også med skadelig bruk av rusmidler.

BET-enheten er lokalisert på Blakstad sykehus. Den ligger i en toetasjes bygning med enerom og tre felles bad for brukerne av tjenesten. Bygget er nylig renvert og tilrettelagt for BET-behandling, og interiøret er relativt minimalistisk, men komfortabelt, mens kontorer og behandlingsrom ligger i et eget bygg i nærheten. Enheten har totalt 19,5 heltidsansatte, inkludert en psykiater, to psykologer og administrativt personale (4). I tillegg er det ansatt psykiatriske sykepleiere, sosionomer og vernepleiere. Alle teammedlemmene ved BET-enheten får samme terapeutiske opplæring i BET-modellen. Uavhengig av formell kompetanse omtales de alle som terapeuter og er direkte involvert i de intensive psykoterapeutiske prosessene i enheten, der de arbeider som et tverrfaglig team.

Personer som henvises til BET-enheten, har som regel vært innlagt flere ganger og over lang tid i psykisk helsevern. De fleste har gjentatte ganger forsøkt å skade seg selv, gjort selvmordsforsøk eller vært utsatt for overdreven tvang og fastholding fra andre instanser i psykisk helsevern. Mange har brukt flere psykofarmaka over lengre tid (5, 6). Alle som er innlagt ved BET-enheten, har alvorlige og sammensatte psykiske lidelser og utfordringer med sterkt nedsatt psykososial fungering. Til tross for flere tidligere forsøk på langvarig eller intensiv behandling har disse personene ikke rapportert om vesentlige forbedringer i livskvalitet, og noen har fått det verre over tid (5).

BET-enheten gir ikke tilbud til personer med utviklingshemming eller psykiske lidelser som kjennetegnes av omfattende skadelig bruk av rusmidler kombinert med vedvarende fiendtlighet og hyppige episoder med alvorlig voldelig atferd (6). Skadelig bruk av rusmidler er ikke et eksklusjonskriterium i seg selv. Men hvis det har en negativ innvirkning på den enkeltes muligheter til å profitere på behandling, blir det behandlet som en unngåelsesstrategi og dermed som en del av problemet.

Personer med sammensatte alvorlige psykiske helseutfordringer henvises til BET-enheten fra fastleger, poliklinikker og andre døgnavdelinger i Vestre Viken og andre helseforetak i Norge. Ved inntak av henvisninger til BET-enheten vurderer de kliniske behandlerne - psykiatere eller spesialister i klinisk psykologi - om:

- personen oppfyller de lovbestemte kriteriene som norske helsemyndigheter har fastsatt for et slikt tilbud innen psykisk helsevern;

- personen har behov for døgnbehandling eller kan i stedet dra nytte av polikliniske tjenester eller annen evidensbasert behandling som er mindre kostbar; eller
- behandling ved BET-enheten er et kostnadseffektivt alternativ sammenlignet med andre tjenester.

Beslutningen om å tilby døgnkontinuerlig BET-omsorg og -støtte er basert på informasjonen som gis i henvisningen, intervjuer med den aktuelle personen og psykometriske vurderinger. En beslutning om å avslå en henvisning til BET-enheten vil vanligvis bli tatt etter å ha møtt personen og gjennomført vurderinger. I 2020 var ventelisten for inntak til BET-enheten 8-12 måneder lang. I ventetiden fortsetter personen å motta behandlingstjenester fra sin lokale distriktpsikiatriske tjeneste.

Det er svært uvanlig at BET-teamet ber en bruker av tjenesten om å forlate enheten. En slik anmodning kan imidlertid være nødvendig på grunn av pågående skadelig bruk av rusmidler eller aktiv motstand mot behandling og støtte, særlig når dette går ut over andre brukere av tjenesten. Brukerne kan når som helst avslutte behandlingen og forlate tjenesten. De kan også avbryte behandlingen midlertidig hvis utfordringene i livet utenfor enheten krever for mye tid og energi.

### Den psykoterapeutiske modellen som brukes av BET-enheten

Basal eksponeringsterapi, retter seg mot symptomer på alvorlige, komplekse psykiske helseutfordringer som kan ha sitt utspring i en gjennomgripende fryktrespons - noen ganger kalt fobisk frykt eller "eksistensiell katastrofeangst" (5, 6) - som personen ikke er i stand til å håndtere ved hjelp av effektive, funksjonelle mestringsstrategier. Brukerne kan for eksempel føle at de kommer til å eksplodere hvis de ikke gjør alt de kan for å forhindre at den affektive opphisselsen øker. Som et resultat av dette gjør tjenestemottakerne alt de kan for å unngå utløsende faktorer og opplevelser som er forbundet med denne frykten. På den måten opprettholder og forverrer de ofte sin psykiske lidelse. Eksempler på unngåelsesstrategier er direkte og indirekte selvskading, inaktivitet og hyperaktivitet, sult og overspising, dissosiasjon og overdreven bruk av legale og illegale rusmidler (7).

Ved BET-enheten får brukerne mulighet til å eksponere seg for sin innerste frykt - både tanker og følelser - i trygge omgivelser. Gjentatt eksponering gjør at man gradvis innser at det faktisk ikke er noe å frykte, selv om det kan føles

som om det er fare på ferde (8). Etter hvert mister unngåelse sin funksjon, siden det ikke lenger er den eneste måten å håndtere frykten på. Dermed lærer man å forholde seg til og akseptere smerte eller vanskelige opplevelser i stedet for å bruke all sin energi på å unngå dem.

Et av målene med denne terapeutiske prosessen er at personen skal begynne å håndtere emosjonelt stress ved å eksponere seg selv for frykten når han eller hun er alene og ikke bare med støtte fra en terapeut. Denne autonome mestringen valideres, følges opp og støttes av terapeuter gjennom løsningsfokuserte intervensjoner. Denne metoden forsterker personens vellykkede forsøk på å prøve ut nye funksjonelle mestringsferdigheter, slik at intervensjonene styrker personen og fremmer mestringstro (4).

Løsningsfokuserte intervensjoner kan også brukes til å støtte og forsterke prosessen med å utvikle rutinemessige mestringsferdigheter og ta funksjonelle valg, for eksempel å stille vekkerklokken for å komme presis til avtaler og be om hjelp før situasjonen blir kritisk. Slike handlinger fremheves, valideres og tilskrives individets vilje og innsats for å takle og håndtere utfordringer. På denne måten forsterkes de funksjonelle valgene individet tar, noe som øker sannsynligheten for at disse positive mestringsstrategiene gjentas under andre utfordrende omstendigheter.

BET-enheten anser medisiner som sekundære i forhold til den psykoterapeutiske tilnærmingen. Begrunnelsen for å unngå visse medikamenter ved denne enheten er at de kan hindre personen i å få tilgang til sine innerste opplevelser, fobier og redsler som en del av eksponeringsterapien (6). I løpet av ukene eller månedene før innleggelse innleder BET-teamet ofte en dialog om nedtrapping av medisiner med brukerens informerte samtykke. Selv om nedtrapping av medisiner ikke er obligatorisk på BET, trapper de fleste med polyfarmasi ned medisinene sine med støtte på grunn av negative helseeffekter og for å oppnå maksimal nytte av den terapeutiske prosessen.

Tjenestebrukeren og BET-psykiateren samarbeider om å utarbeide en plan for seponering eller reduksjon av medisiner. Denne dialogen fokuserer på personens egne verdier, som er viktige for å fremme eierskap til prosessen (6). Sammen utarbeider de en plan som tar hensyn til personens motivasjon, tidligere erfaringer med medisiner, type medisiner, dosering, alvorlighetsgrad av bivirkninger, interaksjoner og psykiske utfordringer. For å sikre en helhetlig tilnærming til omsorg og støtte under hele oppholdet

gjennomgår og justerer psykiateren og det tverrfaglige BET-teamet brukerens medisinalister ukentlig.

### Komplementær Ytre Regulering

Komplementær ytre regulering (KYR) er en tilnærming som iverksettes så snart personen kommer inn i BET-tjenesten. KYR har som mål å fremme positive funksjonelle valg og handlinger og å eliminere tvangstiltak fra omsorgsprosessen (7). En vellykket anvendelse av KYR-strategien både sikrer og styrker personens autonomi, slik at døgnoppholdet kan brukes til å håndtere psykiske helseutfordringer i stedet for å håndtere akutte kriser (4).

KYRs primære strategi kalles underregulering. Her samhandler terapeutene med brukerne på en ikke-hierarkisk måte og behandler dem som likeverdige personer som er fullt ut ansvarlige for sine egne valg og handlinger. Brukerne på BET-enheten står for eksempel fritt til å forlate enheten når de vil, men de blir holdt ansvarlige for å komme tidsnok til avtaler (4). De blir aldri påminnet eller bedt om å ta medisiner eller spise måltider. I stedet blir de hele tiden bekreftet og anerkjent for at de er i stand til å ta egne beslutninger. De oppfordres imidlertid til å gi beskjed til personalet når de forlater avdelingen, og til å være åpne om eventuelle planer om å forlate avdelingen.

Hvis en bruker skader seg selv mens han eller hun er på avdelingen, vil BET-teamet ikke ta rettslige skritt. I stedet fokuserer oppfølgingen utelukkende på å gi den medisinske hjelpen personen trenger etter selvskadingen (for eksempel syng av sår). I situasjoner der brukerens handlinger utgjør en akutt trussel mot liv eller helse, griper personalet inn på en rent medisinsk og prosedyremessig måte. Hvis slike handlinger gjentar seg, kan tjenestetteamet sammen med brukeren bli enige om en strategi for å innføre en såkalt overreguleringsfase. Overregulering er en koordinert tilnærming der personalets omsorg og oppmerksomhet intensiveres, mens eksponeringen for stimuli i omgivelsene reduseres. Alt går for eksempel saktere, og terapeutene snakker sakte og tar lengre pauser enn vanlig før de svarer. Overregulering utføres på en medfølelse, varsom og respektfull måte og i samarbeid med personen det gjelder (7, 9).

Det er viktig å understreke at overregulering ikke har blitt brukt ved mer enn fire eller fem anledninger siden 2005. I alle tilfellene har brukerens liv og helse vært i fare i akutte situasjoner, og BET-teamet har følt seg forpliktet til å ta kontroll og forhindre at personen tar sitt eget liv eller påfører seg selv alvorlig,

irreversibel fysisk skade. Godt koordinert underregulering er den viktigste måten tjenesten håndterer selvmords- og selvskadingshandlinger på. Selvmordsrisikovurderinger utføres regelmessig, men ikke ved å spørre brukeren direkte. Teamet gjør observasjoner døgnet rundt, og hvert skift rapporterer til neste skift hvis det er indikasjoner på økt selvmordsrisiko. Psykiateren eller den kliniske psykologen i BET-teamet dokumenterer risikofaktorer ukentlig og kommer med anbefalinger knyttet til sikkerhet for den kommende uken.

### Validerende kommunikasjon

Validerende kommunikasjon er en kontinuerlig strategi som brukes i BET. Brukerne er alltid inkludert i en aksepterende relasjon til medlemmene i BET-teamet. Opplevelsene som brukerne deler, blir alltid respektert; enhver følelse anses som sann og ekte, uansett hvem eller hva som har fremkalt den. Å anerkjenne og snakke fritt om følelser styrker brukernes selvbevissthet og evne til funksjonell selvregulering (7).

### En behandlingskontekst som ligner et normalt arbeidsliv

BET-enheten tilbyr et svært strukturert miljø som er organisert som en fulltids arbeidsdag for brukerne av tjenesten. Dagen er planlagt fra kl. 09.00 til 16.30. Aktivitetene fra mandag til fredag omfatter gruppe- og individuelle samtaler, fysiske aktiviteter og behandlingsplanlegging, samt prosessmøter med personer som er aktive deltakere i programmet.

### Morgenmøte og psykoedukasjon

For å koordinere og informere brukerne starter hver dag med et gruppemøte for å dele informasjon om avtaler og aktiviteter. Psykoedukative grupper holdes sammen med en besøkende, ofte en tidligere bruker av tjenesten eller en terapeut. Brukerne kan be om at bestemte temaer tas opp. Det forventes at de deltar, selv om det ikke er obligatorisk.

### Individuelle terapi- og støttesamtaler

Hver bruker har minst én daglig individuell terapisaftale med en terapeut. En bruker har imidlertid ikke bare én utpekt terapeut. Terapeutene i BET-teamet alternerer, og teammedlemmene er til en viss grad involvert i alle terapeutiske prosesser i enheten. Det at terapeutene bytter på å være terapeuter, bidrar til

å utvide spekteret og omfanget av perspektiver som er tilgjengelige for brukeren. Dette kan stimulere den psykologiske fleksibiliteten og bidra til å tilpasse behandlingen til den enkelte og dermed gjøre eksponeringsterapien mer effektiv. Hyppigheten av vekslingen kan imidlertid variere fra person til person. For noen brukere kan det være optimalt å møte en ny terapeut hver dag, mens det for andre er mer verdifullt å jobbe med den samme terapeuten to eller tre dager på rad.

BET-enheten tilbyr også psykososial støtte, interaksjoner som ikke er basert på individuelle terapitimer. Støtten kan finne sted under hverdagslige aktiviteter, for eksempel før eller etter et måltid eller en spasertur; terapeuten kan invitere brukeren til å sette seg ned sammen og jobbe med å akseptere påtrengende smertefulle tanker. Disse terapisaftalene koordineres i reflekterende teamsamtaler blant personalet.

### Omsorgsplanlegging

Brukerne har regelmessige individuelle prosessmøter med BET-teamet. Disse møtene varer vanligvis i en halvtime og tar for seg omsorgsplanlegging i form av hva brukeren ønsker å bearbeide eller reflektere over sammen med de ansatte. En bruker kan for eksempel be om en gruppediskusjon om behovet for kommunale tjenester etter utskrivning fra BET. Brukeren er aktivt involvert i å formulere og spesifisere agendaen for slike gruppemøter, samt i oppfølgingsarbeidet med å revidere og oppdatere omsorgsplanen. Brukeren kan også oppfordre teamet til å gi tilbakemelding på selve behandlingsprosessen. De blir rutinemessig invitert og oppfordret til å gjøre dette ved slutten av BET-behandlingen.

### Fokusmøter

Fokusmøter om morgenen og ettermiddagen brukes til å hjelpe brukerne med å identifisere og zoome inn på en spesifikk utfordring i løpet av dagen, og til å tenke over hva de har opplevd og lært ved å håndtere denne utfordringen. Fokusmøtene er begrenset til 10-15 minutter og har mer formelle rammer. Det overordnede målet er å legge til rette for og forberede brukeren på eksponeringsterapi, og deretter jobbe systematisk sammen med terapeutene for å erstatte unngåelsesstrategier med aksept og oppmerksomhet.

## Legesamtaler

BET har som mål å skille terapi fra somatiske helseproblemer. Sammen med legen på BET-enheten legger brukerne planer for å justere og tilpasse medisinbruken til den psykoterapeutiske prosessen, noe som vanligvis innebærer en trinnvis nedtrapping av psykofarmaka. Brukerne har ukentlig mulighet til å diskutere eventuelle somatiske helseproblemer.

## Månedlige møter

Brukerne møter BET-administrasjonen en gang i måneden for å ta opp praktiske spørsmål, for eksempel kvaliteten på matserveringen, renhold og hvordan de kan forbedre den praktiske organiseringen av omsorgsprogrammet og arbeidsdagen. BET-personalet kan også benytte dette forumet til å informere brukerne om relevante praktiske spørsmål og sykehusets rutiner.

## Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet inngår i BET-programmet på daglig basis, med en 30-minutters spasertur etter morgenmøtet som obligatorisk minimum. Eventuell ytterligere fysisk aktivitet kan initieres og organiseres av den enkelte bruker.

## Helgen

Som en del av programmet normaliseres arbeidsuken og skilles fra fritiden. Brukerne tilbringer helgene hjemme, der de kan praktisere det de har lært og få nye erfaringer som kan være fokus for terapitimene i den kommende uken. Brukere som bor for langt unna, har mulighet til å tilbringe helgene på avdelingen, men må ta helgepermisjon minst én gang i måneden. Dette er en godt koordinert praksis, slik at enheten er bemannet i tre av fire helger. For brukere som tilbringer helgene i enheten, er det et minimumsprogram som består av en daglig fokusøkt, supplert med en 20- eller 30-minutters terapitime som kan være mer praktisk rettet enn de vanlige eksponeringsøktene i løpet av arbeidsuken.

## Koordinering av tjenester og klinisk opplæring

For å styrke den tverrfaglige koordineringen og sikre at medarbeiderne opprettholder et konsistent behandlingsforløp selv i vanskelige situasjoner, benyttes ulike strategier. Teammedlemmene deltar i tilbakemeldingsbasert

veiledning, som består av ferdighetstrening med rollespill og tilbakemeldinger fra andre teammedlemmer. I de kollektive veiledningsøktene trenes terapeutene i å ta funksjonelle beslutninger om når og hvordan de skal gripe inn, samtidig som de er klar over det terapeutiske formålet med å samhandle med brukeren. Situasjoner som oppleves i terapirommet og hverdagsituasjoner i avdelingen, vil senere bli brukt til både rollespill og tilbakemelding.

Tilbakemeldingsbasert veiledning finner sted seks ganger i uken i 30-minutters økter. Formålet med denne hyppige og omfattende ferdighetstreningen er å styrke teammedlemmenes evne til å lede og praktisere en klinisk praksis som bevisst gjenspeiler prinsippene og retningslinjene i BET.

Som en del av BET-teamets morgenmøte deltar de ansatte også i egne reflekterende teammøter i tillegg til den mer strukturerte, tilbakemeldingsbaserte veiledningen. Formålet med disse møtene er å etablere et felles fokus og en følelse av sammenheng for alle teammedlemmene med tanke på å støtte og veilede individuelle brukere. Ved å bruke et reflekterende team jobber BET-terapeutene sammen for å overføre BET-prinsipper og verdier til den kliniske hverdagen. Reflekterende teammøter inngår også i det kontinuerlige arbeidet med å forbedre BETs tjenester når det gjelder administrasjon, kliniske tjenester og veilednings- og utdanningstjenester til andre enheter i helseforetaket.

#### [Teamkoordinatoren som brukerens personlige assistent](#)

En sentral rolle i BET-enheten er rollen som teamkoordinator. Her fungerer et medlem av BET-teamet, vanligvis en av sykepleierne eller sosionomene, som personlig assistent eller sekretær for brukerne. Det er brukeren selv som har ansvaret, men teamkoordinatoren støtter brukeren på ulike måter, blant annet ved å hjelpe til med å kontakte familien eller kommunale tjenester, utarbeide omsorgsplaner og sette opp en agenda for neste møte med BET-teamet. Regelmessige møter mellom tjenestemottakeren og teamkoordinatoren fungerer som et middel til å etablere gjensidig forståelse. Brukeren kan formidle hva som er viktig for ham eller henne, og teamkoordinatoren forklarer kjerneprinsippene i BET-behandlingen.

Senere, i tilbakemeldingsbasert veiledning og reflekterende teamsamtaler, kan teamkoordinatoren søke veiledning fra andre medlemmer av BET-teamet. I forberedelsene til utskriving fra BET-enheten kan brukeren be om hjelp fra

teamkoordinatoren og BET-teamet. Hjelpen vil vanligvis omfatte møter med pårørende, veiledning om bruk av kommunale tjenester, planlegging av avtaler og tilrettelegging av oppfølgingsmøter mellom brukeren og BET-enheten.

## Grunnleggende prinsipper og verdier

### Respekt for rettslig handleevne

Behandlingen ved BET-enheten og den terapeutiske prosessen er aldri påtvunget den enkelte. Den er alltid basert på brukerens egne valg (7). I prinsippet kan en bruker velge å ikke eksponere seg i det hele tatt. I slike tilfeller diskuterer BET-teamet og brukeren hva som skal gjøres videre. Hvis brukeren takker nei til behandling rettet mot mestring og autonomi, vil neste skritt være å forberede utskrivning, noe som svært sjelden har vært nødvendig. I de tilfellene det har vært nødvendig, har BET-teamet støttet brukeren slik at vedkommende har kunnet finne et psykisk helsetilbud som passer bedre til hans eller hennes behov.

BET-tjenesten er basert på prinsippet om at før bedring kan finne sted, er det avgjørende at brukeren tar ansvar for sine egne valg og sitt eget liv (10). Brukerne anses som hovedaktører i beslutninger om egen omsorg og støtte gjennom hele prosessen. De kan for eksempel bestemme hyppigheten og intensiteten av eksponeringen i de terapeutiske timene med terapeutene, og de er med på å utarbeide sin egen nedtrappingsplan for psykofarmaka. Alle terapeutiske trinn er diskutert med brukeren. Dette er en praksis som fremmer eierskap til og ansvar for at behandlingen lykkes (11). Informert samtykke innhentes gjennom strukturerte intervjuer, prosessorienterte møter med teamkoordinatoren og BET-teamet. Brukeren involveres også i beslutninger som vanligvis tas på slutten av samtalene med teamet. Denne praksisen gjenspeiler BETs prinsipper om at brukerne anses å ha rettslig handleevne på lik linje med andre. De som sliter med uvanlige opplevelser, som for eksempel å høre stemmer, anses også som ansvarlige for sine egne valg og handlinger, noe som betyr at de også er i stand til å delta i beslutninger om sin egen behandling.

Videre inviterer den Komplementære Ytre Reguleringsstilnærmingen mennesker som opplever psykiske helseutfordringer til å ta fullt ansvar for sine handlinger. Helsearbeiderne på BET avstår fra å gripe inn i brukernes forestillinger om å bli reddet eller tatt vare på av andre. I stedet oppmuntrer BET-tjenesten brukerne til å ta funksjonelle valg for å regulere sin egen atferd (12). I en underregulert

kontekst holdes brukerne ansvarlige for alle sine beslutninger og handlinger (for eksempel om de vil spise, gå ut eller trekke seg tilbake fra sosialt samvær, og om de vil være passive eller aktive i møter).

Selv om det er sjeldent, hender det at brukere skader seg selv gjentatte ganger. I slike tilfeller gir overregulering et miljø som stimulerer personen til å innlede en dialog om hvordan han eller hun kan gjenvinne full frihet til selv å bestemme hva som skal skje. Når personen er tilbake på sporet, tilskrives de ulike skrittene mot bedring utelukkende personens egne valg og handlinger. Denne totale anerkjennelsen av progressiv endring og behandlingssuksess er myndiggjørende og styrker brukerens evne og motivasjon til å mestre psykiske helseutfordringer (7).

Noen ganger oppstår det situasjoner som krever akutt medisinsk behandling og dermed selvstendig inngripen i henhold til bestemmelsene i den eksisterende norske lovgivningen om rettslig handleevne og øyeblikkelig hjelp. Til tross for disse lovbestemmelsene forsøker enheten å løse slike dilemmaer ved å henvise til brukerens vilje og preferanser i en krisesituasjon. For å redde liv eller avverge alvorlig fysisk skade gis medisinsk behandling ut fra en antakelse om at brukeren ville ha ønsket behandling - basert på tidligere samtaler med brukeren. I sin utforming er denne handlingen forankret i en støttende beslutningsmodell snarere enn en tilnærming basert på hva som er best for brukeren. BET har utarbeidet prosedyrer for når og hvordan man skal gripe inn, når man ikke skal gripe inn, samt hvordan episoder og tiltak skal dokumenteres i brukerens journal.

Det gis også opplæring og institusjonell veiledning for å sikre at de ansatte respekterer verdiene og valgene til brukerne, også når de velger å ikke samarbeide (9). BET-opplæringen fokuserer på språket som brukes under en inngripen, spesielt hvordan spørsmål formuleres, hvilket toneleie som brukes, og hva slags svar som er passende for en bestemt type atferd. Målet er å legge til rette for autonomi i enhver interaksjon. Brukerne blir intervjuet før og under behandlingsprosessen, slik at de kan forklare behandlingsmålene sine og uttrykke sine ønsker på forhånd. I prosessen kartlegges også brukernes nettverk, inkludert hvem de ønsker å involvere i behandlingen, og hvem som støtter deres autonomi og rett til å ta beslutninger. BET-enheten tilstreber å ha et terapeutisk fokus på å fremme brukernes evne til å ta funksjonelle, veloverveide valg, ikke minst under vanskelige eller utfordrende omstendigheter. Dette reduserer avhengigheten av forhåndsplanlegging for å håndtere en potensiell krise.

## Praksis uten tvang

BET-enhetens klare holdning er at det ikke skal brukes tvang. I løpet av de siste to årene har ikke BET brukt tvangsmidler. Sikkerheten og velværet til andre brukere og terapeuter har bare én gang vært truet ved BET-enheten. For at terapien skal lykkes, er det en forutsetning at det er en sterk arbeidsallianse mellom personalet og brukerne. Når det oppstår vanskeligheter, fokuseres det på "konteksten som utløste situasjonen" (4). Nesten uten unntak vil en beskjeden justering og økt koordinering av underreguleringstilnærmingen effektivt kunne løse krisen og gjenopprette samarbeidet mellom brukeren og BET-teamet.

BET-tjenesten har verktøy som reflekterende praksis og tilbakemeldingsbasert veiledning for å fremme en koordinert tilnærming til omsorg som ikke inkluderer bruk av tvang. Øvelsene går ut på å se for seg en bestemt situasjon og reflektere over hvordan de ansatte bør reagere under slike omstendigheter. Personalet får også opplæring i konflikthåndtering og forebygging, og det gjennomføres debriefing etter kriser (9).

Gjennom tilknytningen til Blakstad sykehus er personalet ved BET-enheten forpliktet til å delta i opplæringsprogrammet Management of Aggression Problems (MAP). Kurset fremmer god praksis for samarbeid mellom helsepersonell innad i og mellom enheter. Helsepersonell får opplæring i å identifisere tidlige tegn på aggresjon og øve på deeskaleringsteknikker, samt teknikker som kan redusere risikoen for fysisk skade. Alle ansatte deltar i 45-minutters MAP-opplæring hver mandag.

I utfordrende situasjoner blir brukerne alltid behandlet som om de er i stand til å ta ansvar for sine egne handlinger. God kommunikasjon og verbal deeskalering brukes for å trygge situasjonen, og personen kan bli bedt om å forlate enheten eller vurdere henvisning til en annen enhet. Ved BET-enheten inviteres brukerne til å ta eierskap til problemene sine som utgangspunkt for en dialog med BET-terapeutene om hvordan de kan håndtere utfordringene de står overfor.

I noen tilfeller har sykehusledelsen bedt om (eller krevd) at BET-enheten skal ta ansvar for en person som er innlagt til tvangsbehandling. I slike tilfeller er det et uttalt mål å etablere en allianse med personen så raskt som mulig for å redusere behovet for sykehusbehandling mot personens vilje. I perioden 2018-

2020 tilbrakte en bruker noen uker i BET-tjenesten mens vedkommende var tvangsinnlagt på sykehus. Da vedkommende ble utskrevet, uttalte han/hun at hvis han/hun hadde behov for sykehusinnleggelse i fremtiden, ville han/hun gjerne bli overført til BET-enheten.

### Deltakelse

Brukerne av tjenesten deltar aktivt i planleggingen av sin egen behandling i de ukentlige psykoedukasjonsgruppene. En gang i måneden ledes disse gruppene av en person med egenerfaring og en tidligere bruker av BET-programmet. Her diskuterer de sine perspektiver og erfaringer (4).

BET-enheten innhenter rutinemessig tilbakemeldinger fra brukerne for å forbedre kvaliteten på tilbudet. Brukerne blir bedt om å identifisere de mest og minst nyttige aspektene ved tjenesten og komme med konkrete forslag til forbedringer. Mot slutten av oppholdet blir brukerne bedt om å reflektere over sin egen opplevelse av den terapeutiske prosessen og oppholdet ved enheten. Ved utskriving får brukerne et spørreskjema (utviklet i samarbeid med tidligere brukere). Tilbakemeldingene som samles inn, brukes til å ta beslutninger om hvordan tjenesten kan forbedres.

En formalisert gruppe av personer med egenerfaring er involvert i beslutningsprosesser på høyt nivå ved Vestre Viken helseforetak. Gruppen møtes en gang i måneden som en del av et større referansegruppemøte, og er involvert i finansiering og budsjettallokering, tjenesteutvikling og -implementering, revisjon og organisasjonsomstrukturering. BET-enheten arbeider for tiden med å ansette personer med egenerfaring på heltid.

### Inkludering i lokalsamfunnet

Alle brukerne ved BET-enheten sliter med utfordringer knyttet til sosial fungering. Tjenesten jobber tett sammen med brukerne for å identifisere og diskutere disse utfordringene og forstå hvordan den best kan støtte dem i deres bredere nettverk i lokalsamfunnet. Teammedlemmene, ofte teamkoordinatoren, kan ta en aktiv rolle for å sette i gang prosesser som hjelper folk med å finne bolig, komme tilbake til jobb eller skole og få kontakt med likemannsnettverk eller lignende tjenester i lokalsamfunnet. Dette fokuset på inkludering i lokalsamfunnet er sentralt i tjenestens helhetlige forståelse av recovery. Selv om det ikke eksplisitt tas opp i BET-modellen, respekteres og oppmuntres den enkeltes religiøse orientering og åndelighet.

BET-programmet oppmuntrer aktivt til å involvere den enkeltes familie og sosiale nettverk i behandlingen, noe som bidrar til at den enkelte opprettholder sitt engasjement i lokalsamfunnet. Det er også viktig at pasientene oppmuntres til å dra hjem i helgene for å opprettholde kontakten med lokalsamfunnet i den perioden de får behandling på BET-enheten. Sykehusområdet er lett tilgjengelig og har gode bussforbindelser til Asker sentrum og Oslo sentrum.

### Recovery-tilnærming

I sin overordnede utforming og praksis fremmer BET-tjenesten en helhetlig tilnærming til helse og behandling. I en studie som beskriver hvordan KYR kan bidra til å redusere tvang i behandlingen, konkluderer Hammer et al med at "en viktig komponent kan være [...] innføring av en helhetlig behandlingsfilosofi som vektlegger frivillighet, samarbeid og autonomi" (9).

I stedet for kun å fokusere på symptomreduksjon, er et sentralt terapeutisk mål å akseptere, selvregulere og mestre eksistensiell angst (12). Alle BET-tiltakene som tilbys ved enheten, har som mål å hjelpe brukerne til å gjenvinne kontrollen over egen livssituasjon og vise at de er de viktigste beslutningstakerne i eget liv. Tjenestens behandlingstilbud tar dessuten utgangspunkt i den enkelte bruker, og hver person følger en spesifikk nedtrappingsplan og eksponeringsplan som er spesielt utformet for å imøtekomme individuelle ønsker og behov gjennom hele behandlingsperioden. Brukernes egne mål og verdier - som kan variere mye fra person til person - identifiseres og innarbeides i behandlingsplanen. Avhengig av hvordan de definerer full tilfriskning, har noen som mål å bli symptomfrie, mens andre ønsker å trappe ned på medisiner eller ikke lenger ha behov for innleggelse ved kriser. BET-enheten forsøker å finne ut hvordan alle brukerne kan nå disse målene i samsvar med sine individuelle verdier.

### Evaluering av tjenesten

En økende mengde dokumentasjon viser at BET-modellen og KYR-strategien bidrar til å forbedre den psykiske helsetilstanden til personer som tidligere ikke har respondert på gjentatte behandlingsforsøk i psykisk helsevern. Evalueringer av BET-tjenesten tyder på at bruken av tvang i behandlingen kan reduseres drastisk, og at livskvalitet og psykologisk og psykososial fungering kan bedres betydelig hos brukerne (7, 9).

For det første, ved hjelp av et prospektivt evalueringsrammeverk, viser brukerne en betydelig reduksjon i psykiske symptomer fra inntak til BET og i løpet av behandlingsperioden. Samtidig ser man en betydelig forbedring i brukernes funksjonsnivå. Disse fordelene samsvarer direkte med brukernes grad av suksess i eksponeringsarbeidet (9).

En retrospektiv studie fra 2017 viste at personer som brukte tjenesten, hadde færre påfølgende innleggelser i psykiatriske og generelle sykehusavdelinger 12 måneder etter utskrivning fra BET, sammenlignet med 12 måneder før innleggelsen (12). Denne reduksjonen er i samsvar med personenes forbedrede psykiske helse og samsvarer direkte med deres reduserte grad av erfaringsunngåelse.

Et annet interessant aspekt ved forskningen knyttet til BET er at den belyser og støtter muligheten for å redusere og avslutte medikamentell behandling, selv for personer som har brukt medikamenter i lang tid. Ifølge en studie fra 2016 ser det ut til at reduksjonen i medisinerer bidrar til positive behandlingseffekter. Ved langtidsoppfølging (i gjennomsnitt 5,3 år etter BET-behandling) hadde brukere som valgte å redusere bruken av psykofarmaka og til slutt ble rusfrie, signifikant bedre psykososial fungering enn de som fortsatte å ta psykofarmaka (9).

I tillegg tyder funnene på at implementeringen av KYR fører til drastiske reduksjoner i bruken av tvang og makt. I en studie som inkluderte 101 kvinnelige brukere, sammenlignet forskerne antallet tvangsinngrep ved BET-enheten fra perioden før KYR ble implementert (2006-2008) til perioden etter at KYR var på plass (2009-2014) (9). Resultatene viste en reduksjon på 97 % i antall tvangsinngrep (inkludert fysiske og mekaniske tvangsmidler, skjerming og tvangsmedisinering) etter innføringen av KYR. Det er viktig å merke seg at det gjennomsnittlige antallet tvangsinngrep per bruker ble redusert fra 23,5 før KYR til 0,3 i 2012-2014, da KYR var godt etablert. Forfatterne konkluderte med at KYR er et lovende tiltak for å redusere antall tvangstiltak i langtidspsykiatriske avdelinger. Det skal bemerkes at bare en liten andel av deltakerne i denne studien fikk BET som psykoterapeutisk behandling. Denne studien fokuserte kun på KYR, og minst halvparten av deltakerne fikk andre former for psykososial behandling kombinert med psykofarmaka.

En kvalitativ studie av brukere ved BET-enheten undersøkte effekten av behandlingen på recovery, særlig effekten av å gi den enkelte ansvar for eget liv. Forfatterne konkluderte med at "etter BET fikk [deltakerne i studien] et liv

som var bedre enn de hadde våget å håpe på. De var mindre plaget av symptomer og beskrev en betydelig forbedring av funksjonsnivået. Flere hadde gjenopprettet kontakten med familien, noen hadde stiftet egen familie, og de fleste var på et eller annet nivå i gang med utdanning eller arbeid. Noen hadde sluttet helt å bruke medisiner" (9, 10). Disse funnene tyder på at både myndiggjøring og ansvarliggjøring av den enkelte i behandling kan spille en stor rolle for bedring.

I tillegg til en rapport etter et besøk av FNs spesialrapportør for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne i 2019, ble det uttalt at BET var et eksempel på at det er mulig å gi intensiv omsorg og støtte uten bruk av tvang og makt. Flere brukere har deltatt i kvalitative studier, gitt intervjuer eller skrevet om sine erfaringer med å være i behandling ved BET-enheten. Her er noen utdrag:

«Det skjer noe med deg når du går gjennom BET. Du innser at du faktisk kan være fri og føle deg fri, og at du ikke trenger å bruke all din tid på å kjempe. Det at jeg kan romme og akseptere følelsesmessige opplevelser og la enhver følelse bli hos meg, betyr at jeg kan leve et normalt liv uten å produsere symptomer. Dessuten er jeg ikke lenger konstant sliten av å kjempe mot noe som jeg tidligere ikke forsto eller visste hva handlet om.» (7)

«Det er en enorm forskjell [...] Jeg var på sykehuset i to år før jeg kom til BET-enheten. I løpet av de to årene trodde jeg på det de sa: 'Du har en alvorlig psykisk lidelse som ikke kan kureres, du er avhengig av medisiner resten av livet'. Så kom jeg til BET-avdelingen og ble utskrevet uten noen diagnose, uten medisiner, uten noe som helst.» (13)

«Før følte jeg meg verdiløs etter å ha vært i psykiatrien så lenge og blitt kastet frem og tilbake fra en sykehusavdeling til en annen. (...) [Nå er jeg] i stand til å stå på egne ben og takle ting på en eller annen måte. Det er med andre ord så stor forandring som det er mulig å få, egentlig. Jeg har et liv. Det har jeg ikke hatt før.» (13)

«Gjennom BET tok jeg livet mitt tilbake. Hardt arbeid med terapeutene gjorde en enorm forskjell. Det å bli sett og hørt og å ha noen som var villige til å være sammen med meg i den vonde og vanskelige tiden, betydde mye. Jeg er ikke lenger redd for følelsene mine, og jeg kan akseptere at ting er som de er. I stedet for å kjempe mot tankene og følelsene mine, kan jeg nå følge strømmen

og akseptere det som skjer. Smerten er nå en naturlig del av livet, et liv jeg endelig kan leve.» (14)

### Kostnader og kostnadssammenligninger

I det offentlige helsevesenet i Norge finansieres all behandling av den norske stat og er gratis for brukerne. Alle behandlinger som tilbys, må være rimelige og anerkjent av det akademiske miljøet.

Den omtrentlige kostnaden for BET-enheten per person per dag er ca. 8 800 norske kroner (ca. 1 042 USD). Sammenlignet med gjennomsnittskostnadene for de andre behandlingsenhetene i Vestre Viken, ligger tre skift (dag, kveld og natt) ved BET på Blakstad 30-40% lavere. De lavere kostnadene skyldes blant annet lavere bemanningskostnader på grunn av den normaliserte samhandlingsmodellen mellom personalet og brukerne. Mangel på tvang reduserer behovet for personalintensive intervensjoner, som 1:1-observasjoner og andre regulerende tiltak. I tillegg er det lavere kostnader til medisinerings sammenlignet med andre døgnbemannede enheter i Vestre Viken. Et lavere sykefravær kommer også BET-enheten til gode, og de ansatte rapporterer gjennomgående om høy jobbtilfredshet.

### Utfordringer og løsninger

#### Å overvinne skepsis

Til å begynne med ble ideen om tjenesten møtt med skepsis og delte meninger fra enkelte terapeuter og administrativt personale. Mange misforsto hva tjenesten gikk ut på, og noen ansatte protesterte til og med mot den. Skepsisen ble gradvis overvunnet ved at man kunne vise til positive resultater. Ved å samle inn data for å måle effektiviteten fra starten av kunne teamet bevise at det var mindre tvang, mindre medisinerings og (for noen brukere) full tilfriskning eller store positive endringer i brukernes livskvalitet.

Positive tilbakemeldinger fra personer som hadde brukt tjenesten, bidro også til å fremme denne måten å jobbe på blant kolleger og ledelse. Tjenesten arrangerte også folkemøter med brukere, pårørende, fagpersoner og andre interesserte.

## Oppbygging av en positiv arbeidskultur

Det var store forskjeller og konflikter mellom den foreslåtte behandlingsformen og en del eksisterende rutiner og regler. Til å begynne med ble tjenesten levert på en avdeling der "vanlig behandling" dominerte, og det var vanskelig å påvirke hvordan personalet (fra klinikere til vedlikeholds- og kjøkkenpersonale) samhandlet med brukerne av tjenesten.

En av løsningene var at tjenesten gradvis ble skilt ut fra avdelingen den ble startet på, og ble en selvstendig enhet med eget personale og egen administrasjon. Det var også avgjørende å etablere og opprettholde et verdigrunnlag for tjenesten gjennom all interaksjon og alle handlinger på lang sikt. Tjenesten fikk støtte fra det kliniske og administrative personalet og lyktes i å påvirke ikke-profesjonelt personale som renholds- og kjøkkenpersonalet. Opplæringsaktiviteter har også stått sentralt i teamets arbeid. Dette har bidratt til å svare på spørsmål fra andre og til å forklare logikken i behandlingen.

## Å øke forståelsen for BET-tilnærmingen i det øvrige psykiske helsevesenet

En stor utfordring har vært at tjenesten har blitt oppfattet som et tilbud utenfor det ordinære behandlingssystemet. I tillegg fikk teamet ofte henvisninger fra andre deler av psykisk helsevern, og var derfor ikke involvert i de tidlige behandlingstilbudene - ofte basert på tradisjonelle metoder.

En løsning har vært å gjøre BET-systemet mer kjent og brukt i hele det psykiske helsevernet i Norge. Klinikere fra andre deler av psykisk helsevern oppfordres til å besøke BET-enheten og få førstehånds kjennskap til prinsipper, verdier og praksis. Blakstad etablerte også et nasjonalt 2-årig BET-utdanningsprogram i 2014 med lærere fra BET-enheten eller fagfellelegodkjente BET-terapeuter fra andre enheter i Vestre Viken HF. Det var viktig at kursdeltakerne inkluderte helsepersonell fra psykisk helsevern for barn og unge rundt om i Norge, poliklinikker og lukkede og åpne sykehusavdelinger for voksne. Flere av kursdeltakerne har siden jobbet som enhetsledere og teamledere. Det planlegges en parallell BET-utdanning i Tromsø, i samarbeid med Helse Nord.

## Viktige hensyn å ta i ulike sammenhenger

Viktige hensyn å ta ved etablering eller utvidelse av denne tjenesten i andre sammenhenger er blant annet:

- å være tålmodig, tenke langsiktig og opprettholde de verdiene som ligger til grunn for tjenesten;
- å bygge opp et vitenskapelig kunnskapsgrunnlag som bidrar både til utvikling og forbedring av behandlingsprogrammet og til spredning av tjenestetilnærmingen;
- å være åpen for tilbakemeldinger og gjennomføre kvalitativ forskning for å utforske brukernes erfaringer;
- systematisk innsamling av kvantitative data om ulike aspekter ved behandlingen, inkludert resultater, og publisering av disse i fagfelleverderte tidsskrifter for å styrke tjenestens troverdighet og bærekraft, og
- fremme en kultur for selvrefleksjon, der man kontinuerlig spør seg om tjenesten er på rett spor når det gjelder å møte behovene til brukerne.

## Mer informasjon

Webseite: <https://vestreviken.no/avdelinger/klinikk-for-psykisk-helse-og-rus/psykiatrisk-avdelingblakstad/bet-seksjon-blakstad>

Videoer: Didrik Heggdal: What is Basal Exposure Therapy? Norsk tale.  
<https://www.youtube.com/watch?v=PXrdwOMznvs&t=10s>

Didrik Heggdal: Basal Exposure Therapy (BET): Alternative to coercion and control in suicideprevention. Engelsk.  
<https://youtu.be/fsfdrFoEhfQ>

Kontakt: Jørgen Strand, enhetsleder, BET avdelingen, Blakstad, Vestre Viken helseforetak

Epost: [jorgen.strand@vestreviken.no](mailto:jorgen.strand@vestreviken.no)

### **Tilleggsinformasjon lagt til av oversetter:**

Podkaster:

#5 Birgit inviterer – Didrik Heggdal / BET – tilnærmingen som endrer hvordan vi tenker om psykisk helse

#16 Birgit inviterer – Sigrid og Didrik / Erfaringer fra BET fra ei som har vært der