

Basal eksponeringsterapi hjelper pasienter med alvorlige psykiske lidelser

BET-seksjonen ved Blakstad sykehus har forankret arbeidet i verdiene empati, respekt, likeverd og autonomi. De gode resultatene blir lagt merke til av FN og WHO.

Arne Lillelien

Fag- og kvalitetsutvikler
Klinikk for psykisk helse og rus, Avdeling Blakstad, Vestre Viken

Jørgen Strand

Seksjonsleder
BET-seksjonen, Klinikk for psykisk helse og rus, Avdeling Blakstad, Vestre Viken

Inger Hilde Vik

Fagutvikler
Klinikk for psykisk helse og rus, Avdeling Blakstad, Vestre Viken

Trude Wallin Haugen

Spesialvernepleier
BET-seksjonen, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken

Jan Hammer

Spesialrådgiver og spesialsykepleier
Klinikk for psykisk helse og rus, Avdeling Blakstad, Vestre Viken

Brukermedvirkning

Habilitering

Psykisk helse

Internasjonal helse

Sykepleier-pasient-forhold

Hovedbudskap

Ønsket om en verdiforankret praksis er tett knyttet til nasjonale og internasjonale føringer. Seksjon for basal eksponeringsterapi (BET-seksjonen) ved Blakstad sykehus i Vestre Viken HF har verdiforankret både driften og behandlingen. Det har ført til lovende behandlingsresultater og bedre ressursutnyttelse i et helseøkonomisk perspektiv. Både FN og Verdens helseorganisasjon berømmer seksjonen for tilbudet de gir til mennesker med alvorlige og sammensatte helseutfordringer.

Alle seksjoner innenfor psykisk helsevern må forholde seg til helsemyndighetenes føringer og lovverk. I en offentlig finansiert tjeneste er det også nødvendig å jobbe kostnadseffektivt under gitte økonomiske rammer.

Det er viktig med systemer og en organisering som sikrer faglig utvikling for personalet innenfor disse rammene. Pasientene på sin side vil naturlig nok være opptatt av kvaliteten på dette tjenestetilbudet. Hvilken plass har så verdier i en slik hverdag?

Hva er basal eksponeringsterapi?

Basal eksponeringsterapi (BET) er utviklet for pasienter med alvorlige eller sammensatte psykiske lidelser og et tilstandsbilde preget av selvmordsatferd, hallusinasjoner, vrangforestillinger og dissosiasjon (1).

Når pasienter henvises til BET, baseres avgjørelsen i all hovedsak på at flere behandlingsforsøk ikke har ført til varig bedring for pasientene. Både pasientene og fagpersonene som henviser dem til BET, anser derfor BET som en siste mulighet for å få hjelp. BET tar sikte på å styrke autonomien til disse pasientene og øke deres evne til funksjonell selvregulering.

Pasientens psykiske lidelse forstås primært som et resultat av at de prøver å unngå uønskede indre opplevelser. Gjennom behandlingen kan pasientene bli bevisst på hva som hindrer dem i å leve livet sitt slik de ønsker, samtidig som de får anledning til å utforske muligheter og utfordre seg selv sammen med terapeutene.

Behandlingsforløpet går gjennom fem faser, der den overordnede målsettingen er pasientens selvvalgte eksponering for de uønskede indre opplevelsene. Eksponeringserfaringer øker pasientens aksept for opplevelsene, som igjen reduserer behovet for å utøve dramatiske og skadelige handlinger.

BET-modellen ble utviklet på 1990-tallet av psykologspesialist Didrik Heggdal og er i systematisk bruk ved BET-seksjonen på Blakstad sykehus.

Verdier gjenspeiler menneskesynet

BET-tilbudet kan plasseres innenfor recovery-tenkningen. Ifølge Slade (2) baseres en recovery-orientert behandling på et overveid valg av hvilke verdier som skal være grunnlaget for daglig beslutningstaking. Verdier er ikke bare retningsgivende for hvilke kvaliteter organisasjonen ønsker å bli identifisert med. Verdier gjenspeiler organisasjonens menneskesyn.

Verdiene viser vei for medarbeiderne når de foretar handlingsvalg i møte med mennesker som søker hjelp. Medarbeideren vil for eksempel kunne spørre seg selv: «Er det i tråd med verdien om å understøtte pasientens autonomi hvis vi ringer til pasientene når de er på permisjon?»

Arbeidet ved BET-seksjonen er forankret i verdiene empati, respekt, likeverd og autonomi i tråd med verdidokumentet for Blakstad sykehus. Etikken og menneskesynet i BET gjenspeiler humanistiske og helsepolitiske kjerneverdier.

Verdiforankring styrker den kollektive bevisstheten knyttet til språk og handlinger. Som et eksempel heter «Vaktrommet» ved BET-seksjonen «Velkommen». Personalet er ikke «på vakt». De er på jobb for å veilede pasientene i behandlingsprosessen, ikke for «passe på».

Forpliktelsen overfor kollektivt eide verdier innebærer at disse forvaltes på handlingsnivå i hele seksjonen. Hvordan kan en behandlingseenhet operasjonalisere verdiene og sikre at de etterlevs og ikke bare blir tomme ord?

Seksjonen er organisert i henhold til verdidokumentet

BET-seksjonen har implementert to kjernestrukturer for å innarbeide den verdiforankrede grunnholdningen, utvikle kompetansen og forvalte verdibaserte handlinger og beslutninger.

En ukeplan som er utarbeidet av seksjonens medarbeidere, sikrer at veiledningsformatet «feedbackbasert kollegaveiledning» (3, 4) gjennomføres fem ganger i uken. Der trener medarbeiderne på klinikknære situasjoner gjennom rollespill innenfor rammen av en definert tilbakemeldingsmetodikk.

Feedbackbasert kollegaveiledning bidrar til å utvikle kliniske ferdigheter og innarbeide grunnholdningen i intervensjonene personalet utfører.

Feedbackbasert kollegaveiledning

Fremgangsmåte i BET:

1. Hva skal vi jobbe med?

Gruppen blir enige om hvilket tema og hvilken situasjon treningen skal omhandle, hvilken ferdighet det skal trenes på, og hvem som ønsker å trene på den.

2. Hvem skal rollespille?

Fordel roller (for eksempel terapeut, miljøbehandler, pasient).

3. Hvem skal gi tilbakemelding?

Den som skal ta imot tilbakemelding, peker ut to eller tre som skal gi tilbakemelding.

4. Positiv og/eller korrigerende tilbakemelding?

La personen som skal ta imot tilbakemelding, velge om vedkommende vil ha positiv og/eller korrigerende tilbakemelding. Den som rollespiller, kan for eksempel bestille tilbakemelding på konkrete verbale og nonverbale handlinger, og på hvordan disse virker på pasienten.

5. Ny runde med rollespill og tilbakemelding

Det er mest nyttig å starte med korrigerende tilbakemelding for så å ta med tilbakemeldingene i et nytt rollespill. Rollespillet etterfølges deretter av en runde med positiv tilbakemelding.

Kilder: Heggdal D (3) og Heggdal D, Svergia T (4)

Tabell 1. Regler for tilbakemelding i feedbackbasert kollegaveiledning

Når du gir en tilbakemelding, ...	
fokuser på én handling	ikke gi summarisk tilbakemelding
vær direkte og tydelig	ikke pakk inn budskapet
snakk handlingsspråk (for eksempel: «Da du lente deg tilbake, tok pasienten initiativ til å fortsette samtalen ved å si ...»)	ikke bruk mentale begreper (for eksempel: «Du møtte pasienten på en god måte.»)
Når du tar imot en tilbakemelding, ...	
se på den som gir tilbakemelding	ikke involver andre i utforskningen
lytt til tilbakemeldingen	ikke kom med dine perspektiver
hold oppmerksomheten på det du gjorde	ikke snakk om hva andre gjør
utforsk handlingens funksjon (hvordan virket handlingen på pasienten?)	ikke forklar hva du forsøkte å få til

I ukeplanen ligger også møtestrukturen «reflekterende team» (4), som benyttes for at både medarbeidere og pasienter kan fremme perspektiver som belyser aktuelle problemstillinger knyttet til alle dimensjonene i BET-behandlingen.

For eksempel kan en medarbeider be om perspektiver på hvordan teamet skal forholde seg når samarbeidet med pasienten har gått i stå. Kollegene vil da reflektere rundt forståelse og mulige tiltak, som teamet så tar med seg tilbake til det kliniske arbeidet.

Reflekterende team

Fremgangsmåte i BET:

1. Identifikasjon av en eller flere problemstillinger (det temaet eller fenomenet vi skal reflektere over).
2. Organisering av det tverrfaglige teamet for å få bredest mulig tilfang av perspektiver (hvem reflekterer, og hvem skal lytte eller utforske?).
3. En gruppe reflekterer i midten av rommet. En gruppe medarbeidere som lytter og noterer, sitter i en sirkel rundt gruppen som reflekterer.
4. Gruppen som satt i lytterposisjon, utforsker perspektiver fra refleksjonen (for eksempel: «Per, du sa noe om at vi skal være mer empatiske. Kan du utdype hva du mener konkret med det, og hvordan du tenker at det vil bidra til å belyse problemstillingen?»).
5. Samlet gruppe oppsummerer og konkretiserer eventuelle tiltak.

Kilde: Heggdal D, Svergia T (4)

Pasienter i BET har permisjon i helgene. Likevel er det sporadisk pasienter til stede på seksjonen i helgene. Noen bor langt unna eller kommer tilbake fra permisjon tidligere enn planlagt, noe som ofte leder til spørsmål om driften.

Samtidig åpnes en mulighet til å drøfte problemstillinger som disse: Hva skal til for at helgen er faglig dekket? Hva skal til for at du føler deg trygg på jobb? Hvilke situasjoner ser vi for oss når det gjelder ressursbehov?

«Ressursene i BET brukes i henhold til personalets kompetanse.»

Mens det ofte er kostnadskrevenne med føre-var-prinsippet og en statisk bemanning med et visst antall ansatte på jobb uavhengig av kompetanse, brukes ressursene i BET i henhold til personalets kompetanse.

Personalet bruker reflekterende team for å lage tydelige planer og koordinere hvordan utfordringen skal møtes, uten nødvendigvis å øke bemanningen. En slik tilrettelegging for personalets autonomi og kompetanseutvikling sikrer i sum en kostnadsbesparende drift.

Alle medarbeiderne har en «dynamisk kompetanseplan» (4), der både forventet teoretisk kunnskap, kliniske ferdigheter og bidrag til felles læring er tydelig definert. Medarbeideren inviterer den faglig ansvarlige psykologspesialisten og eventuelt seksjonslederen i snitt to ganger i året til en fagutviklingssamtale. Her får medarbeideren hjelp til selvevaluering gjennom å identifisere utfordringer definert i planen og mulige tiltak for å sikre individuell kompetanseutvikling knyttet til sine utfordringer.

Dynamisk kompetanseplan

Fremgangsmåte i BET:

1. Den enkelte medarbeideren skårer seg selv på en skala fra 1 til 5 på definerte ferdighetsområder (for eksempel «bemyndigelse av pasient i møter» eller «medarbeideren kan organisere og lede feedbackbasert kollegaveiledning»).
2. I dialog med faglig ansvarlig identifiserer medarbeideren selv kompetansehevingstiltak og jobber videre innenfor rammen av etablerte strukturer.
3. Medarbeideren har selv ansvaret for å kalle inn til nytt møte.

Kilde: Heggdal D, Svergja T (4)

Alle de beskrevne strukturene fremmer koordinert behandling, der autonome medarbeidere er aktivt orientert mot fellesskapets holdning og verdier.

I en behandlingskontekst bygget på likeverd og autonomi har også pasientene en individualisert ukeplan. Det er da naturlig å referere til begrepene «arbeidsdag» og «arbeidsuke», både for pasientene og personalet i BET-seksjonen (1).

Ukeplanen gir en oversikt over all strukturert aktivitet knyttet til den enkeltes behandlingsprosess. På samme måte som at medarbeidere har en dynamisk kompetanseplan, har også pasientene et verktøy for hjelp til selvevaluering av sin prosess.

«Min prosess – min plan» er et levende dokument som pasienter i dialog med medarbeidere ved BET-seksjonen tar frem ukentlig. Her ser man spesielt på hvordan pasienten arbeider med å inngå i relasjoner og allianser og etter hvert delta i sin psykoterapeutiske prosess.

«Min prosess – min plan» for pasientene er det samme som «dynamisk kompetanseplan» er for medarbeiderne. I begge tilfellene er de et verktøy for å fremme autonomi, likeverd og respekt.

«Min prosess – min plan»

Pasientene får heftet «Min prosess – min plan» ved behandlingsstart. Heftet er i bruk rutinemessig. Dialogen knyttet til prosessen og planen sentrerer rundt følgende påstander:

- Jeg følger mitt program.
- Jeg vet hva jeg flykter fra.
- Jeg har bestemt meg for å slutte å flykte fra mine tanker og følelser.
- Jeg er i gang med å redusere eller seponere medisiner som kan være til hinder i min psykoterapeutiske prosess.
- Jeg vet hvordan jeg holder vanskelige tanker og følelser på avstand.
- Jeg tar imot invitasjoner og utfordringer i terapirommet.
- Jeg har sammen med BET-terapeutene erfart at tanker og følelser ikke er farlige.
- Jeg utfordrer meg selv når jeg er på egen hånd.

- Jeg ser på tanker og følelser som ufarlige.

Pasientens verdier er utgangspunkt for behandlingen

Slade (2) understreker at behandlingens viktigste mål er å støtte pasientens personlige recovery.

Helsepersonell er ikke der for å «fikse» pasienten, men for å støtte personen i å utvikle og ta ansvar for sitt eget liv og derved å leve i tråd med sine verdier.

Davidsen og medarbeidere (5) sier derfor treffende at spørsmålet ikke er hvilken rolle recovery spiller i behandlingen, men hvilken rolle behandlingen spiller i recovery-prosessen.

«Verdiforankring kan ofte være tema på et av de første behandlingsmøtene.»

BET-behandlingen starter alltid med slike spørsmål: «Hva er viktig for deg? Hvem ønsker du å være – som menneske og i samhandling med andre?» Klargjøring av verdier som utgangspunkt for behandlingen oppleves som nytt og meningsfullt (1). Verdiene gir det terapeutiske arbeidet retning og kan føre til at pasienten velger å gjennomføre behandlingen. Samtidig er det svært krevende.

Verdiforankring kan ofte være tema på et av de første behandlingsmøtene. I et reflekterende team kan medarbeiderne og pasienten for eksempel reflektere rundt hva som er verdier, og hvorfor det er viktig å være seg disse bevisst.

Vi har systemer for tilbakemelding fra pasientene

Seksjonens ledelse inviterer pasientene til regelmessig dialog gjennom planlagte møter om pasientens opplevelse av driften og behandlingen. Med disse møtene ønsker vi å gi pasienten mulighet til å kunne påvirke oppholdet ved BET-seksjonen.

Gjennom tilbakemeldinger kan for eksempel behandlingsprogrammet, informasjonsmateriell og rutiner revideres. Pasientene får tilbud om å fylle ut en brukerundersøkelse når de er ferdige med behandlingsoppholdet.

Undersøkelsen er utviklet av BET-seksjonen, pasienter som tidligere har vært i behandling ved BET-seksjonen, og FoU-avdelingen i Vestre Viken. Her spørres det om pasientene opplevde at de ble møtt med empati, respekt, likeverd og autonomi i behandlingen. Pasientene bruker en skala fra 0 (svært sjelden) til 4 (nesten alltid) til å vurdere ti påstander om de fire verdiene.

Av 80 pasienter som har vært i BET-behandling siden vi startet opp med undersøkelsen i 2016, har 55 (70 prosent) besvart den. Drøye nitti prosent av dem svarte at personalet møtte dem «ganske ofte» eller «nesten alltid» i henhold til disse verdiene, mens litt under 10 prosent svarte «av og til».

For å høre mer om erfaringene til tidligere pasienter som ikke opplevde at BET var bra for dem, har BET-seksjonen bedt FoU-avdelingen om å gjennomføre en studie som undersøker dette. Studien er kalt «BET – ikke bra for meg».

Hvilke resultater kan BET-seksjonen vise til?

Psykoterafilorskning generelt viser at rundt 30–50 prosent av pasientene ikke blir bedre av terapi (6). I BET tyder datamaterialet på at det er rundt 20 prosent som ikke ser ut til å profitere på behandlingen. BET er en behandling for pasienter med svært høyt lidelsestrykk, der andre behandlingstilnæringer, inkludert medikamentelle behandlinger, allerede har vært forsøkt uten hell.

Henviste pasienter som vurderes til å kunne ha nytte av annen behandling, blir ikke tatt imot i BET.

Personene som tas imot til BET-behandling, har vært i kontakt med psykisk helsevern i mange år. Ofte har de slitt siden ungdomsårene (1). De har et stort behandlingsbehov, er ofte uten utdanning og jobb, og mange bor i boliger bemannet av helsepersonell (7).

«Dersom bare én av ti hadde fått hjelp av BET, ville det allerede vært en suksess.»

Slik sett kunne vi tenkt at dersom bare én av ti hadde fått hjelp av BET, ville det allerede vært en suksess. Foreløpige resultater tyder på at BET har potensial til å kunne hjelpe mange flere som tidligere ble ansett som behandlingsresistente.

De aller fleste pasientene beskriver redusert symptomtrykk og bedret psykososial fungering etter at de har gjennomført BET-behandling (8, 9). Antallet innleggelser blir betydelig redusert (10). Effekten ser ut til å holde seg også flere år etter utskrivning fra BET (1, 7, 9). De fleste bor da i egen bolig, halvparten har ikke lenger behov for tjenester fra psykisk helsevern, og en tredjedel kommer seg i arbeid (7).

Disse funnene er viktige med tanke på at psykiske lidelser koster Norge 185 milliarder kroner per år, både i form av helsetjenestekostnader og kostnader som tapt utdanning, produktivitet og trygdeutgifter (11).

Vi ser frem til resultatene fra «BET – ikke bra for meg»-studien for å få vite mer om hvordan vi kan tilpasse BET til flere, men også om hvem BET kanskje ikke er det rette tilbudet for.

Behandlingstiden er kortere, men ventetiden lengre

Behandlingstiden har i tråd med helsepolitiske føringer blitt redusert fra i snitt ett år til fire måneder. Det har ikke påvirket behandlingsresultatene negativt, og kortere behandlingstid gjør at flere pasienter får tilbud ved BET-seksjonen. Samtidig øker etterspørselen, og ventetiden for å få plass er nå mer enn ett år (12). For mange kan denne ventetiden utgjøre en vesentlig og helt unødvendig tilleggsbelastning.

For å kunne utnytte våre ressurser på en hensiktsmessig måte måtte vi gå bort fra en hverdag der innleid personale utførte tilsyn med, regulering av og kontroll over pasienter i situasjoner som ikke innebar en reell fare for liv og helse.

Miljøterapi har gitt gode resultater

Siden 2008 har BET-seksjonen utviklet og innarbeidet den miljøterapeutiske strategien «Komplementær ytre regulering (KYR)». Etter at vi startet opp med KYR, har seksjonen nærmest avviklet bruken av tvangstiltak (13). Videre er selvskading, selvmordsforsøk og bruk av psykofarmaka betydelig redusert.

Disse faktorene har skjedd til tross for at pasientgruppen ikke har endret seg nevneverdig siden 2008, med mange selvskadingsepisoder, selvmordsforsøk og ofte en behandlingshistorie med omfattende bruk av tvang og legemidler før de kommer til BET-behandlingen.

«Selvskading, selvmordsforsøk og bruk av psykofarmaka betydelig redusert.»

Ved å sammenlikne seksjoner av samme størrelse som BET ser vi at det er mulig å spare betydelige kostnader ved å møte pasientene med miljøbehandling som fremmer deres autonomi. Når vi sammenlikner driften med seksjoner på samme størrelse, ser vi at vi har en lavere døgnekostnad per pasient.

Vi erfarer også at verdibasert ledelse og behandling, og et samtidig kontinuerlig arbeid med kompetanseutvikling, er attraktivt i rekrutteringsprosesser. Vi har erfart at når verdier bæres av hele seksjonen gjennom forpliktende handlinger, får alle medarbeiderne en større opplevelse av mening og eierskap til egen arbeidshverdag, noe som er viktig for å trives på jobben.

Vårt arbeid er blitt lagt merke til

BET-seksjonen tar imot pasienter fra hele Norge og hospitanter fra andre institusjoner som ønsker å lære mer om hvordan seksjonen jobber. FN og Verdens helseorganisasjon (WHO) har kontaktet seksjonen for å se nærmere på hvordan behandlingen tilrettelegges, slik at rettighetene til mennesker med psykiske helseutfordringer ivaretas, herunder hvordan vi har eliminert bruken av tvang og gitt pasientene mulighet til å bli medisinfriske.

Etter sitt besøk ved BET-seksjonen i 2019 har FNs spesialrapportør for mennesker med nedsatt funksjonsevne (14) fremhevet seksjonen som et behandlingstilbud som gir kvalitativ god behandling uten tvangsbruk. WHO (15) publiserte nylig en veileder for personsentrert og rettighetsbasert praksis i psykisk helsevern, der arbeidet ved BET-seksjonen ble inkludert som et av kun tre døgntilbud i verden.

BET og KYR kan kombineres med andre faglige modeller (16, 17) og er allerede innarbeidet i psykisk helsearbeid for ungdom (18). Etterspørselen øker.

FNs spesialrapportør om retten til helse (19) uttrykte at det er behov for en revolusjon innen psykisk helsearbeid, der man beveger seg vekk fra tradisjonell praksis og tenkning og mot en recovery-orientert tilnærming som ivaretar menneskerettighetene fullt ut.

BET-seksjonen er allerede med på denne veien. Kanskje kan måten BET-seksjonen arbeider på, inspirere flere behandlingssteder i deres arbeid med å følge FNs og WHO's helsepolitiske føringer.

Referanser

1. Hammer J, Heggdal D, Ludvigsen K. Inn i katastrofelandskapet. Erfaringer fra basal eksponeringsterapi. Oslo: Abstrakt forlag; 2020.
2. Slade M. 100 råd som fremmer recovery. Trondheim: NAPHA – Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid; 2015.
3. Heggdal D. Basal eksponeringsterapi (BET) – manual for feedbackbasert kollegaveiledning. Drammen: Vestre Viken HF; 2014. Tilgjengelig fra: <https://vestreviken.no/Documents/Helsefaglig/BET%20-%20Basal%20eksponeringsterapi/BET%20Veiledningsmanual.pdf> (nedlastet 19.06.2021).
4. Heggdal D, Svergja T. Basal eksponeringsterapi (BET) – implementeringsmanual. Drammen: Vestre Viken helseforetak; 2014. Tilgjengelig fra: <https://vestreviken.no/Documents/Helsefaglig/BET%20-%20Basal%20eksponeringsterapi/BET%20Implementeringsmanual.pdf> (nedlastet 19.06.2021).
5. Davidson L, O'Connell M, Tondora J, Styron T, Kangas K. The top ten concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*. 2006;57(5): 640–5.
6. Lambert MJ. Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy*. 2013;50(1): 42–51.
7. Hammer J, Heggdal D, Lillelien A, Lilleby P, Fosse R. Drug-free after basal exposure therapy. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2018;138(6).

8. Heggdal D, Fosse R, Hammer J. Basal Exposure Therapy: a new approach for treatment-resistant patients with severe and composite mental disorders. *Front Psychiatry*. 2016;7 (198).
9. Heggdal D, Hammer J, Alsos TH, Malin I, Fosse R. Erfaringer med å få og ta ansvar for bedringsprosessen og sitt eget liv gjennom basal eksponeringsterapi (BET). *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 2015;11 (02): 119–28.
10. Hammer J, Ludvigsen K, Heggdal D, Fosse R. Reduksjon av unngåelsesatferd og innleggelses grunnet villet egenskade etter basal eksponeringsterapi. *Suicidologi*. 2017;21(1): 20–7.
11. Holte A. Sats bredt på psykisk helse i barnehage og skole! Oslo: Psykologisk.no; 18.06.2016. Tilgjengelig fra: <https://psykologisk.no/2016/06/sats-bredt-pa-psykisk-helse-i-barnehage-og-skole/> (nedlastet 19.06.2021).
12. Valla B. Ett års ventetid på det vi BØR satse på innen psykisk helse. Hamar: Mad in Norway; 08.04.2021. Tilgjengelig fra: <https://www.madinnorway.org/?s=ett+%C3%A5rs+ventetid> (nedlastet 19.06.2021).
13. Hammer J, Fosse R, Lyngstad Å, Møller P, Heggdal D. Effekten av komplementær ytre regulering (KYR) på tvangstiltak: en retrospektiv undersøkelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. 2016;53(7): 518–29.
14. FN. Report of the special rapporteur on the rights of persons with disabilities. Genève: FN; 14.01.2020. Tilgjengelig fra: <https://undocs.org/en/A/HRC/43/41/Add.3> (nedlastet 15.01.2021).

15. Verdens helseorganisasjon (WHO). Guidance and technical packages on community mental health services. Genève: WHO; 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services> (nedlastet 10.06.2021).
16. Hammer J, Mantila H, Wolken H, Lillelien A, Nag T. Bedre kommunikasjonsferdigheter kan forebygge vold og trusler. Sykepleien. 2021;109 (84959): 84959.
17. Gjerde H. Implementering av Acceptance and Commitment Therapy ved døgnsesjonene på Kongsberg DPS. Tidsskrift for kognitiv terapi; 15.04.2018. Tilgjengelig fra: <https://tidsskrift.kognitiv.no/implementering-av-acceptance-commitment-therapy-ved-dognsesjonene-pa-kongsberg-dps/> (nedlastet 19.06.2021).
18. Ungdomspsykiatrisk seksjon. Læringsportal for helsepersonell om Komplementær Ytre Regulering – KYR. Tromsø: Universitetet i Nord-Norge. Tilgjengelig fra: <https://kyr.helsekompetanse.no/> (nedlastet 19.06.2021).
19. FN. World needs «revolution» in mental health care – UN rights expert. Genève: FN; 06.06.2017. Tilgjengelig fra: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21689> (nedlastet 19.06.2021).