



BRUKER MINDRE TVANG

Psykatri. Reduksjon i tvangsbruk og varighet i slike tiltak kan gi et bedre behandlingstilbud.

PILOTPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
60 % praksis
 40 % teori



DOI-NUMMER:

10.4220/Sykepleiens.2016.57137



Martin C. Veland,
 Klinikkssjef,
 Psykiatrisk
 klinikk
 Lovisenberg
 Diakonale
 Sykehus

I vår artikkel «Jobber for mindre tvang» i Sykepleien nr. 9–2014 (1), presenterte vi et overordnet mål om å redusere bruk av tvangsmidler på pasienter som er innlagt på psykiatrisk akuttavdeling ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Vi har hatt særlig vekt på å redusere mekaniske tvangsmidler i form av belter.



Anders Jacob,
 Psykolog,
 akutteamet
 Lovisenberg
 DPS og akutt-
 psykiatrisk
 avdeling,
 Lovisenberg
 Diakonale
 Sykehus

PROSJEKTER. Flere lignende prosjekter har vært gjennomført i Norge, og mange ser ut til å være preget av mye logistikk og har krevd mye ressurser. Prosjektene har også vist begrenset evne til å produsere varige resultater. I en rapport fra Sintef Helse (2) vises det til norske prosjekter hvor man har vektlagt å redusere bruk av tvangsmidler. Det framgår av litteraturgjennomgangen at en generell plan vil ha liten spesifikk effekt på bruk av tvangsmidler. Det som synes å være nødvendig er et bredt spekter av tiltak på flere nivåer, som offentlige retningslinjer, tydelig ledelse, og aktivitet rettet mot både institusjons- og enhetsnivået. Man bør også involvere pasienter og personalet i utvikling og gjennomføring av nye rutiner.

RESULTATER. Vår artikkel skisserer en filosofi og et rammeverk for hvordan avdelingen ønsket å gå

frem for å redusere unødvendig bruk av tvang. Psykoedukasjon og preventiv kommunikasjon, brukermedvirkning samt holdningsendringer i personalgruppen har hatt en sentral plass i dette arbeidet.

Vårt pilotprosjekt varte fra november 2013 til november 2014. Når vi sammenlikner tall fra prosjektperioden med tall fra samme avdeling to år tilbake, er bruk av mekaniske tvangsmidler i form av belter redusert med over 85 prosent. Dette vil si tre vedtak i perioden. Administrering av korttidsvirkende legemidler fremstår i hovedsak uendret, mens kortvarig fastholding er vesentlig økt. Det var 839 innleggelses i prosjektperioden.

VOLDSRISIKO. I prosjektet ble pasienter innlagt på tvangsparagraf rutinemessig voldsrisikovurdert. Etter vurdering ble de tilbudt aggresjonsforebyggende samtale og «Intervju om Vold» (se figur 1, neste side). Statistiske risikofaktorer og klinisk vurdering ble lagt til grunn for tiltakene (1). Alle vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler fattet i prosjektperioden ble systematisk gjennomgått med personalet som var involvert.

I de tre situasjonene hvor det ble besluttet å legge pasienter i belter, ble dette vurdert å være den beste løsningen for å forhindre alvorlig

skade på personalet eller pasienten. Samtidig åpnet den rutinemessige gjennomgangen for refleksjoner om hva som kunne blitt gjort annerledes. En av våre hypoteser er at de episodene som tidligere ville resultert i et vedtak om bruk av belter, trolig er erstattet med kortvarig fastholding.

VURDERING. Våre rutiner for forebygging av aggressiv atferd sier at dersom man vurderer en inneliggende pasient til å ha moderat eller høy voldsrisiko, skal det gjennomføres en kontinuert voldsrisikovurdering innen tre døgn. I denne vurderingen inngår innhenting av informasjon fra politi, pårørende og andre behandlingsinstitusjoner ved behov. Hvor farlig miljøpersonalet opplever pasienten, er ofte avgjørende for hvor grundig vurderingen gjøres.

«Intervju om Vold» er utarbeidet som del av dette prosjektet og tematiserer ulike aspekter ved aggresjon. Intervjuet skal bidra til at pasienten reflekterer over egen atferd og reaksjonsmønstre i en stressende situasjon. For mange er en tvangsinnleggelse nettopp en slik situasjon. Pasienten oppfordres til å delta aktivt i samtalen for å få frem refleksjoner rundt egen atferd (1).

DIALOG. I tilfeller hvor man ikke

Fakta ●●●

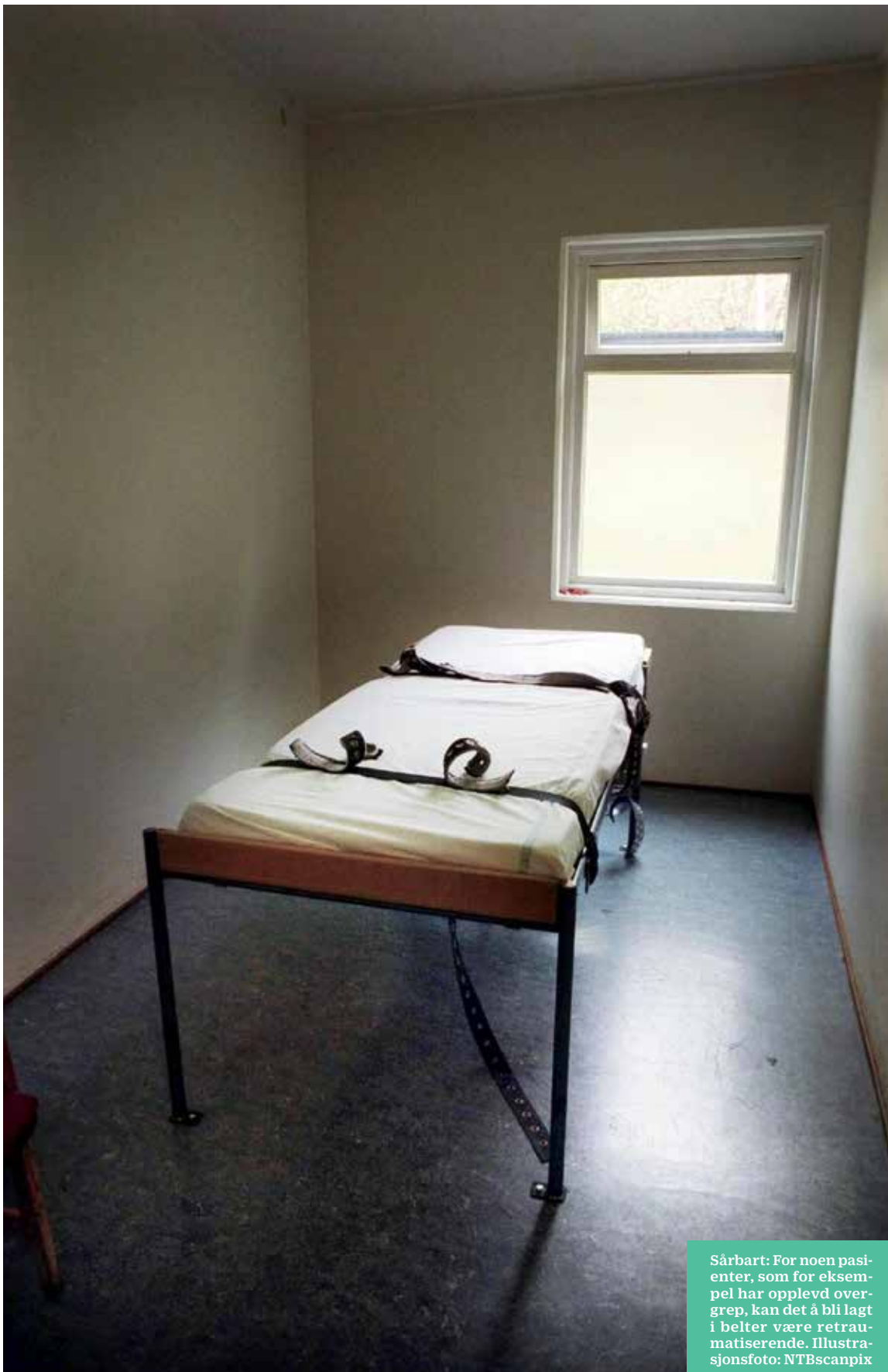
Hovedbudskap

Inntaksposten ved Lovisenberg Diakonale Sykehus har jobbet med holdninger, kultur og struktur for å få ned nødvendig bruk av tvangsmidler. Hvis dette er hovedgrunnen til at bruk av mekaniske tvangsmidler ble redusert med over 85 prosent, er det stor sannsynlighet for at slike resultater kan oppnås ved andre psykiatriske avdelinger i Norge. Er det fornuftig at det er opp til den enkelte avdeling å definere riktig bruk av tvang, eller burde vedtak om tvangsmidler få strengere tilgangskriterier i lovverket?

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider

- Psykiatri
- Psykisk lidelse
- Tvang



Sårbart: For noen pasienter, som for eksempel har opplevd overgrep, kan det å bli lagt i belter være retraumatiserende. Illustrasjonsfoto: NTBscanpix

har gjennomført «Intervju om Vold», har likevel de generelle strukturelle endringene i posten ført til at dialog omkring uønsket atferd har blitt en større del av den miljøterapeutiske kommunikasjonen. Fjerning av belteseng og kontinuert voldsrisikovurdering er eksempler på slike endringer. Dette er terapeutiske intervensjoner som er vanskelige å kvantifisere, men blir betraktet som en sterkt medvirkende årsak til at bruk av mekanisk tvang og tvangsmiddelets varighet er kraftig redusert.

GJENNOMGANG. I etterkant av tvangsepisoder på posten har vi innført rutinemessig gjennomgang av hver enkelt episode. Den som er ansvarlig for gjennomføring av vedtak fyller ut en protokoll som kartlegger aktuelle aspekter ved situasjo-

«Pasienten oppfordres til å delta aktivt i samtalen.»

nen. Hensikten med rutinemessig gjennomgang av tvangsepisoder er å sikre at personalet får gjennomgått tvangsepisoder i etterkant. Slik får man samlet inn informasjon som hele tiden kan brukes til å forbedre arbeidet knyttet til reduksjon av tvang.

IVERKSETTING. 72 prosent av tvangsvedtakene ble iverksatt innen seks timer etter innkomst i avdelingen, og understreker verdien av å iverksette preventive tiltak tidlig i forløpet. Vi har vektlagt at en eventuell nedgang i bruk av mekaniske tvangsmidler ikke skal gå på bekostning av behandlingskvalitet eller pasientens eller personalets sikkerhet. Det er ikke levert flere skademeldinger på ansatte i prosjektperioden enn foregående år. Pasientperspektivet er ikke formelt undersøkt i denne piloten, men en undersøkelse av pasienters opplevelse av tvang er nylig gjennomført på samme post. Vårt prosjekt er ikke en randomisert kontrollert





Figur 1.

Intervju om VOLD, LDS

Kartlegging av faktorer som øker fare for aggressive adferd

1) OPPLEVER DU STRESS I HVERDAGEN DIN? (Følelsen av å være stresset eller mye press fra omgivelsene)	Nei	Moderat	Høyt stressnivå
Opplevelse av impuls kontroll i stressende situasjoner:	Full kontroll	Redusert kontroll	Mister kontrollen
2) OPPLEVER DU IRRITASJON I HVERDAGEN DIN? (Følelse av uforløst negativ energi)	Nei	Moderat	Mye irritasjon
Hva er irritasjonen relatert til: _____			
3) HAR DU NYLIG OPPLEVD Å BLI KRENKET? (Opplevelse av å bli behandlet respektløst eller uten verdi)	Nei	Moderat	Alvorlig krenket
Hva ble du krenket av: _____			
4) OPPLEVER DU DEG TRUET. (Følelse av å bli forfulgt, organisert overvåking. Opplevelse av at livet står i fare)	Nei	Moderat	Alvorlig truet
Hva er trusselen: _____			

- 5) Har du hatt foreldre eller andre relasjoner som har vært fysisk voldelig mot deg gjennom oppveksten? **Ja** **Nei**
- 6) Har du noen gang blitt utsatt for trusler om å bli skadet? **Ja** **Nei**
- 7) Har du noen gang blitt utsatt for fysisk angrep fra andre? **Ja** **Nei**
- 8) Har du i løpet av det siste året:
- påført en annen person skade? **Ja** **Nei** (Ja = gå til spm 10)
 - truet med å påføre en annen person skade? **Ja** **Nei**
- 9) Har du etter at du fylte 16 år påført noen fysisk skade? **Ja** **Nei** (Nei = gå til spm 17)

10) Dersom du har påført andre skade, var det da i selvforsvar?	<u>JA</u>	<u>NEI</u>	<u>BÅDE JA OG NEI</u>
11) Hadde du inntatt rusmiddel i forkant av den voldelige handlingen?	<u>JA</u>	<u>NEI</u>	<u>BÅDE JA OG NEI</u>
12) Har du har påført andre fysisk skade uten at du var påvirket av rus?	<u>JA</u>	<u>NEI</u>	
13) Var det gjennomtenkt eller en impulsiv handling?	<u>GJENNOMTENKT</u>		<u>IMPULSIV</u>
14) Har du noen gang fått en behagelig følelse etter å ha utøvd vold?	<u>JA</u>	<u>NEI</u>	<u>KANSKJE</u>
15) Kan du tenke deg å jobbe for å finne alternativer til vold?	<u>JA</u>	<u>NEI</u>	<u>KANSKJE</u>

- 17) Har du tanker om å påføre andre skade? **Aldri** **Noen ganger** **Ofte**

FINNES DET FREMTIDIGE SITUASJONER SOM KAN FØRE TIL VOLDELIG ADFERD?

- 18) Vurder sannsynligheten for voldelig adferd mens du er innlagt i avdeling: **Lite sannsynlig** 1 2 3 4 5 **Meget sannsynlig**

(2012) Copyright Martin C Veland



studie som tillater at vi kan si noe om årsakssammenhenger. Vi har likevel grunn til å tro at de endringene vi innførte i prosjektperioden kan forklare deler av reduksjonen i tvangsbruk.

FASTHOLDING. Det kan se ut som bruk av mekaniske tvangsmidler i stor grad ble erstattet av kortvarig fastholding, på under 30 minutter, i prosjektperioden. Under fastholdingen forsøker personalet å opprettholde en løsningsorientert dialog med pasienten. I tilfellene hvor man brukte kortvarig fastholding ble dette gjennomført til pasienten ble vurdert å ha tilfredsstillende grad av kontroll over egen atferd. Estimert gjennomsnittlig varighet på fastholding var åtte minutter for kvinner (N=13), og 13 minutter for menn (N=11). En undersøkelse av Knutzen et al. (3) viser til at medianen for liggetid i belter er 5,6 timer i norske akuttpsykiatriske avdelinger.

UTSATT GRUPPE. Et tema som har kommet opp i prosjektperioden er om fastholding er mer belastende for enkelte pasientgrupper enn andre. For eksempel kan overgrepsutsatte retraumatiseres av denne type fysisk kontakt. Denne etiske problemstillingen både var og er aktuell, men vi har foreløpig

ikke kunnskap som tilsier at det ene alternativet er bedre enn det andre. På et generelt grunnlag vil vi derimot hevde at det er mindre belastende for utagerende pasienter å bli holdt fast en kort periode, enn å bli fastspent i en seng over et betydelig lengre tidsrom. En systematisk undersøkelse av pasientens opplevelse av tvangsmiddelbruk vil kunne gi oss et bredere perspektiv på dette.

HOLDNINGER. I vår artikkel i *Sykepleien* (1), vektla vi arbeid med struktur- og holdningsendringer.

«Fastholding er mer belastende for enkelte pasientgrupper enn andre.»

Målet var å forankre slike prosjekter i ledelse, personale og pasienter i lokale enheter. Vi har gjort en stor innsats for å endre holdninger og kulturen på avdelingen vår. Dette anser vi som en god tilnærming for å redusere tvangsbruk. Foreløpig ser vi at endring i struktur og behandlingsfilosofi vedvarer utover prosjektperioden, og det er flere etablerte faktorer som vi antar at

medvirker til dette. De viktigste faktorene er:

- Fjerning av belteseng fra miljøet
- Deeskalerende kommunikasjon
- Fleksibilitet, individuell behandling og lite rigide regler eller krav
- Involvering av pasienten
- Innføring av «Intervju om vold» og aggresjonsforebyggende samtaler
- Kontinuert voldsrisikovurdering
- Fokus på å styrke terapeutiske ferdigheter
- Forankring av prosjektet i ledelsen
- Stabil personalgruppe

ANSVAR. Ansvaret for hvordan situasjoner løses er lagt til miljøpersonalet, som avgjør om en situasjon er under kontroll eller ikke. Dersom de opplever å ha kontroll over en situasjon, blir det ikke fattet vedtak om bruk av mekaniske tvangsmidler. I motsatt fall må man be faglig ansvarlig om å fatte vedtak. Å skille uakseptabel fra akseptabel atferd er en sammensatt oppgave. Vi mener at en psykiatrisk akuttavdeling bør ha større takhøyde for avvikende atferd enn samfunnet ellers. Derimot må man ha en god og kvalitets-sikret plan for hvordan denne atferden kan forstås og endres. Det kan hende at vi har større forventninger til pasientens evne til å «ta seg sammen» enn det pasienten kan innfri der og da. Forventning blir da fort til krav; krav blir til regler, og brudd på regler kan ende med

tvangsmiddelvedtak. Definisjonsmakten for hva som er uakseptabel atferd ligger altså hos den enkelte institusjon, og påvirkes gjennom kultur, holdninger og kunnskap.

OPPSUMMERING. Bruk av tvangsmidler er en stor inngripen i menneskers liv, og vi må vise respekt for dette gjennom våre holdninger. Ut fra erfaringer vi har gjort oss i prosjektet tror vi at unødvendig bruk av tvang i stor grad handler om kulturer med lite ønske om endring. Inntaksposten ved Lovisenberg Diakonale Sykehus har gjort en innsats, men skal fremdeles jobbe for å finne flere alternativer til tvangsmiddelbruk. Vi ønsker fortsatt å jobbe målrettet for å forbedre pasientens opplevelse av psykisk helsevern og bidra til å utvikle et bedre behandlingstilbud som innebærer mindre grad av tvang. ●

REFERANSER:

1. Veland M, Jacob A. Jobber for mindre tvang. *Sykepleien* 2014; 102 (09): 50–51. DOI: 10.4220/sykepleiens.2014.0102
2. Pedersen PB, Hatling T, Røhme K. Bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern i 2001, 2003 og 2005. Hva kan forklare institusjons- og avdelingsforskjeller? Oslo: Sintef, 2007.
3. Knutzen M, Lorentzen S, Bjørkly S, Mjøsund NH, Eidhammer, G, Opjordsmoen S, et al. Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint – A register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Research* dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.024

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no

PLASS TIL ANNONSE
1/4 s bredde eller
1/8 s