

Kapittel 8

Håndteringsstrategier i kritiske situasjoner

Læringsmål:

Deltakeren skal i slutten av denne undervisningen:

1. **Kjenne til** de ulike tvangsmidlene som psykisk helsevernloven åpner opp for, og når og hvordan de ulike midlene kan benyttes i møte med aggresjon
2. **Kjenne til** indikasjoner for fysisk håndtering
3. **Ha kunnskap om** eskaleringens ulike faser og hvilke tiltak som kan anvendes på ulike nivå i et eskaleringsforløp
4. **Kunne anvende** alternativer til tvangsmidler i praksis
5. **Kjenne til** vurderingsgrunnlaget for fortsatt benyttelse av fysisk håndtering og reverseringsmuligheter
6. **Kunne** ivareta pasientens integritet og autonomi

Del 1: Teoretisk og empirisk bakgrunn

Håndteringsstrategier i kritiske situasjoner

Av Thor Egil Holtskog Msc m.fl.

De øvrige MAP-kapitlene, Aggresjonsforståelse (Urheim, 2017) Voldsrisikovurdering (Hoff, 2019), Voldsforebygging (Fluttert & Eidhammer, 2018), Forebyggende Kommunikasjon (Logan, 2017), Deeskalering (Paterson, 2018), Selvregulering (Harris & Meland, 2018), Samhandling (Olsen, 2017), Kunnskap om fysiske teknikker

(Lickiewicz, 2017) og Etterarbeid (Ekeberg, 2018), er alle deler av grunnlaget for håndtering av møte med aggresjon og potensiell vold. Med håndteringsstrategier menes hvilke handlingsalternativer som kan benyttes før, under, og/eller i etterkant av en aggressiv eller voldelig hendelse. I denne teoridelen avgrenser vi håndteringsstrategier til å gjelde situasjoner i rød/tertiær fase (WHO, ??)

Juridiske rammer Kvalitetssikring av fremgangsmåter der potensiell vold utfordrer pasient- og personalsikkerhet, reguleres av juridisk rammer.

Pasient og brukerrettighetsloven (2015), § 1-1 Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd

Spesialisthelsetjenesteloven (1999), § 2-2. Plikt til forsvarlighet
Helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til denne loven skal være forsvarlige. Spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999), § 3-4 a Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Arbeidsmiljøloven (2005), § 3-2 For å ivareta sikkerheten på arbeidsplassen, skal arbeidsgiver sørge for: at arbeidstaker gjøres kjent med ulykkes- og helsefarer som kan være forbundet med arbeidet, og at arbeidstaker får den opplæring, øvelse og instruksjon som er nødvendig.

Arbeidsmiljøloven (2005), § 4-3
Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.

Plan og strategi for håndtering Det anbefales å lage en plan og strategi for håndtering av kritiske situasjoner som kan oppstå. Dette i form av tiltak og handlinger som kan benyttes for å redusere konsekvensene og begrense skadepotensialet av eventuell vold. Ved å ha en plan, kan situasjoner gjøres håndterbare i større grad for alle involverte, samt at det kan øke pasienten og personalets bevissthet om hvilke handlingsalternativer som finnes.

En god håndtering vil kunne gi opplevelse av mestring, og en strategi vil kunne gi forutsigbarhet med bedre betingelser for å lykkes (Tannenbaum, 2013), dette ved blant annet å redusere stressnivået og øke opplevelse av kontroll. Slik kan uheldige konsekvenser og skadepotensial reduseres (Ekeberg, 2018).

Gjennom opplæring, instruks, prosedyrer og samhandlingstrening, legges det til rette for at personal får et felles mentalt bilde av ulike situasjoner.

Å ha et mentalt bilde av hva som skal løses og hvordan, vil kunne sikre raskere omstillingsevne og tilpasset situasjonsforståelse for alle involverte (Olsen, 2017). Mangel på struktur og felles mentalt bilde kan gi utrygghet og høyere frekvens av aggresjon/vold i en enhet (Morrisson, 2002).

Vi trener på samhandling for å oppnå rask kontroll for å begrense potensiell skade. Primært trenes det på å oppnå kontroll ved bruk av ulike kommunikasjonsteknikker, men også fysiske teknikker dersom det skulle bli nødvendig. Samtidig er det viktig å unngå unødvendig bruk av styrke og automatiske prosesser som kan skade både relasjon og pasient, for eksempel ved at fysisk håndtering alltid resulterer i bruk av mekaniske tvangsmidler (Austegaard, 2017). Om flest mulig kjenner igjen prosessen og opplever at de kan beholde kontrollen, så gir det også bedre forutsetninger for å kommunisere underveis.

Omstillingsevne, hurtighet, smidighet og klokskap når en hendelse oppstår, beskrives som sentralt for et godt utfall av en kritisk situasjon (Olsen, 2017). Altså trenger vi en innøvd reaksjon når aggressive hendelser oppstår, basert på en relevant situasjonsforståelse. En aggressiv hendelse kommer sjelden uten forvarsler, men kan forebygges fra et relativt tidlig tidspunkt gjennom samvær og kommunikasjon (Hoff, 2019). En metode for å kunne trene på håndtering, er ved bruk av simuleringsøvelser der

resonnementer/veiledning blir sentralt. Tekniske ferdigheter, samhandling og utfordrende scenarioer kan trenes på gjennom organiserte simuleringer, der refleksjoner sikres hver gang (Østergaard, Dieckmann & Lippert, 2011). Trening/simulering vil også kunne gi en forventning om hvordan kolleger vil samhandle/delta i hendelsen.

Samarbeidsdialogen

Pasienten skal spørres på *et tidlig tidspunkt* i forløpet om hvilke situasjoner som kan lede til angst, uro og/eller sinne, og hvilke tiltak pasienten selv ønsker skal iverksettes i slike situasjoner. Etterspør videre pasientens erfaringer med aggresjon og vold rettet mot seg selv eller andre. Utarbeid en behandlingsplan, fortrinnsvis i dialog med pasienten, som angir pasientens sårbarhetsområder, utløsende faktorer for vold og aggresjon, varselsignaler og egne mestringsstrategier. Forebyggende strategier er særlig viktig overfor pasienter som har en kjent voldelig adferd rettet mot seg selv og /eller andre, eller som tidligere har blitt påført mekaniske tvangsmidler (**Psykisk helsevern - forskriften 2017, Abderhalen 2008, Foster 2007, Hollins 2010, Psyknytt 2013, Bak 2012**).

Forebyggende tiltak Forebyggende tiltak kan være å sikre hensiktsmessig omsorgsnivå som «entil-en kontakt», regulere stimuli, vurdere medikamenter og hjelpe pasienten til å finne et egnet aktivitetsnivå (Bjørge 2014, Husum 2014). Et annet forebyggende tiltak er å identifisere utløsende faktorer (triggere) for vold

hos pasienten og om mulig fjerne disse. Vi kan ved dette hjelpe pasienten til å unngå vanskelige situasjoner og lære mestringsstrategier. Ved å ha kunnskap om utløsende faktorer, kan personalet gjenkjenne situasjoner som påvirker pasienten negativt og forsøke å forebygge, eventuelt deeskalere.

Plan for systematisk og regelmessig opplæring og trening av personalet bør foreligge (Bak 2012, Moyo 2012, Smith 2015). Hensikten er å utvikle personalets holdninger og kunnskap om redusert og riktig bruk av tvang, og å styrke sikkerheten i avdelingen for pasienter og ansatte.

Flere tiltak som kan synes sentrale for å redusere bruk av tvangsmidler beskrives av Maria Knutzen (2013):

1. Systematisk registrering av voldelige og aggressive hendelser.
2. Systematisk bruk av ettersamtaler med pasienter der tvangsmidler er brukt, særlig viktig for å kunne justere samarbeidsavtalen som viser hvordan vi i fremtiden håndterer eventuell ny aggressiv hendelse sammen.
3. Identifisere pasienter med økt risiko for tvangsmiddelbruk.
4. Identifisere tiltak som kan iverksettes for å unngå ny tvangsmiddelbruk.

Disse punktene sammenfaller med behovet for å utarbeide en fungerende samarbeidsavtale som kan identifisere fremgangsmåter når aggresjon oppstår, som da er bedre tilpasset individuelle forskjeller.

De ulike tvangsmidlene i psykisk

helsevernloven Tvangsmidler er en mulighet når alt annet er forsøkt og kobles til tertiær fase (Bjørkdahl, 2010). Det er ikke tillatt å bruke andre tvangsmidler og heller ikke på andre indikasjoner enn det som er hjemlet i Psykisk helsevernloven § 4-8 (2017): Tvangsmidler skal bare brukes overfor pasienten når dette er uomgjengelig nødvendig for å hindre ham i å skade seg selv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar eller andre ting. Før bruk av mekaniske tvangsmidler skal lempeligere midler ha vært forsøkt, altså alt som kan brukes for å håndtere en situasjon uten bruk av tvangsmidler. Mekaniske tvangsmidler skal ikke brukes for å håndtere alminnelig uro, trusler o.l. i behandlingsøyemed eller som etterfølgende reaksjon, straff, på utagering o.l. Restriksjoner og tvang innskrenkes til det mest nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det skal fattes vedtak ved all bruk av tvangsmidler.

Bruken av tvangsmidler skal vurderes fortløpende og straks avbrytes dersom den viser seg ikke å ha de forutsatte virkninger eller har uforutsatte negative konsekvenser.

Mekaniske tvangsmidler

Mekaniske tvangsmidler hindrer pasientens bevegelsesfrihet. Det finnes spesialsydd belter som begrenser pasientens bevegelsesradius, såkalte mobile belter, som festes på hender og føtter.

I mobile belter kan pasienten gå og bevege seg med tett oppfølging fra personalet, evt. sitte i en stol. En annen form for spesialsydd belter kan festes

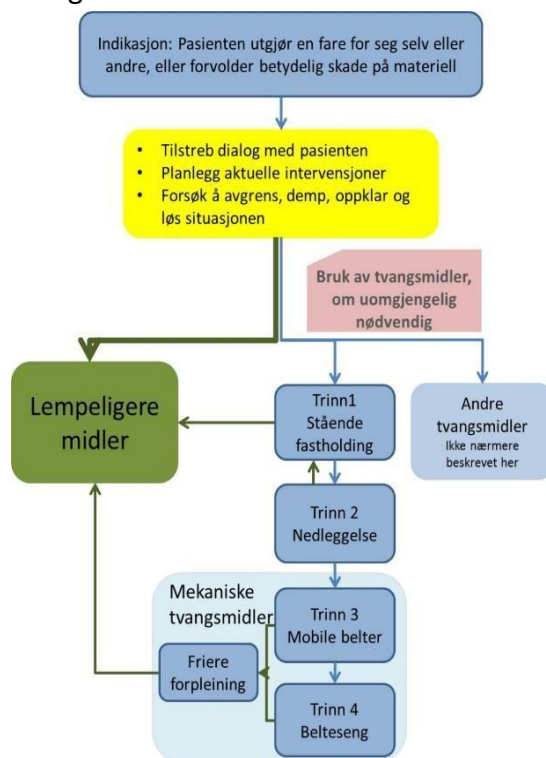
til en sengeramme og festes rundt pasientens ankler, håndledd og mage.

Kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede(isolasjon) Det skal fattes vedtak i akutte nødssituasjoner der døren blir holdt lukket mellom pasient og personale ved fysisk makt, ved hjelp av kloss, stol eller lignende. Også situasjoner der døren står på gløtt, men hvor pasienten er alene i rommet og ikke har mulighet til å forlate dette, har karakter av en slik fysisk atskillelse at tiltaket må anses som isolasjon. Tvangsmidlet kan maksimalt anvendes i inntil to timer om gangen, og bør da kun anvendes i egnede rom hvor personalet kan ha tilstrekkelig tilsyn med pasienten. Isolasjon bør brukes med forsiktighet.

Medikamenter Enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt. Begrepet "korttidsvirkende" innebærer at valg av medikament og dosering må skje ut fra formålet om å dempe akutt uro. Langtidsvirkende preparater kan derfor ikke anvendes. Dersom det er behov for å bruke legemiddel som tvangsmiddel når legen ikke er tilstede, kan legen muntlig treffe vedtak og meddele dette over telefon, dersom dette vurderes faglig forsvarlig. Vedtaket må nedtegnes så snart som mulig. *Kortvarig fastholding* Kortvarig fastholding hindrer pasientens bevegelsesfrihet ved at pasienten

blir holdt fast i en akutt nødsituasjon. Holding skal gjøres så kortvarig, skånsomt og omsorgsfullt som mulig.

Når og hvordan de ulike midlene kan benyttes i møte med aggresjon og vold Vi har i MAP valgt å dele håndteringsstrategien inn i trinn (figur 1) hvor reverseringsmuligheter vektlegges. Ved innøvelse/gjenkjennelse av trinnene legges det til rette for at personalet unngår unødvendig bruk av makt og tvang.



Figur 1

Gjennom trinnvise intervensjoner må leder gjøre en fortløpende vurdering om vi skal fortsette til neste trinn eller om vi kan gå tilbake til forrige trinn, og dermed mindre inngripende tvangstiltak. Noen ganger kan situasjonene eskalere raskt, og vi vil ikke ha anledning til å stoppe opp og vurdere mellom hver intervensjon, men dette er unntaket. Vurdering av

lempeligere midler skal også foregå underveis i prosessen dersom situasjon og forutsigbarhet tillater dette. Flytskjema er hentet fra fagprosedyren «Bruk av mekaniske tvangsmidler» (Austegaard, 2017).

I samtlige trinn og alternativer i flytskjema, tilstreber personalet størst mulig grad av selvregulering, og uttrykker respekt og empati i møte med pasienten. Personalet begrenser, avklarer og søker løsninger på den eller de kritiske situasjonene som oppstår, i dialog med pasienten. Samtidig må det etableres tilstrekkelige sikringstiltak, som for eksempel å fjerne farlige gjenstander eller flytte pasienten til egnet skjermingsenhet/rom (Safewards 2017).

Blå boks Den øverste blå boksen viser indikasjon for når vi må vurdere bruk av tvangsmidler. Pasienten utgjør en fare for seg selv eller andre, eller forvolder betydelig skade på materiell.

Gul boks

Deeskalering og samhandling vil foregå parallelt gjennom alle trinn og målet vil hele tiden være å benytte lempeligere midler. Spørsmål en kan stille seg i situasjonen: Finnes det bedre egnede lokaler? Kan pasienten få trekke seg tilbake, evt. ut av enhet/situasjon? Er det nødvendig med en overgang til bruk av tvangsmidler? Hva tilsier samarbeidsdialogen (hvis denne er gjennomført)?

Grønn boks - Lempeligere midler
Lempeligere midler er alt som kan brukes for å håndtere en situasjon uten bruk av tvangsmidler. Før bruk av mekaniske tvangsmidler skal lempeligere midler ha vært forsøkt. Lempeligere midler kan i denne sammenheng være verbal tilnærming, skifte eller supplere med personell, bruk av egnet rom (samtalerom, sanserom, komfortrom), bruk av skjerming eller bruk av andre tvangsmidler som den enkelte pasient gir uttrykk for at han/hun finner mindre inngripende. Dette medføre at kommunikasjonen fortsetter i roligere former eller at pasienten tilbys andre løsninger uten bruk av tvangsmidler, fortrinnsvis i tråd med det vi allerede vet pasienten selv foretrekker som løsning på konflikten. Her vil samarbeidsdialogen være et viktig verktøy.

Dersom det er uomgjengelig nødvendig å oppnå kontroll over pasienten, vil vi gå videre til bruk av tvangsmiddel, enten andre tvangsmiddel (isolasjon eller medikament) eller til boksen «trinn 1, stående fastholding».

Stående fastholding Under stående fastholding må en vurdere mindre inngripende tvangstiltak, som f.eks. å sette seg ned på seng eller i en sofa, eller gå til bedre egnet lokale, før en vurderer å gå videre til eventuelt nedleggelse.

Fastholding skal gjøres så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Personalet skal fortløpende forsøke å redusere pasientens grad av utrygghet og ubehag i situasjonen, og

fortløpende vurdere muligheten for å avslutte holding.

I prosessen vurderes følgende:

- Grad av muskeltonus, pustefrekvens og fysisk motstand. Er pasienten tilgjengelig for dialog og samarbeid? Bruk tid, både pasient og personale trenger tid til å roe ned situasjonen. Vi må gjenetablere trygghet, si til pasienten at vi har lyst å slippe, men at vedkommende må være rolig først.
- Grad av kontroll. Dersom pasienten gjenvinner kontroll, bør man spørre pasienten om hvilken kontroll han/hun opplever å ha, og hva som vil skje dersom fastholdning avsluttes, før man vurderer å avslutte fastholdning.

Gjør avtale med pasienten om hvordan personalet vil slippe opp, slik at alle som er i situasjonen hører hva som blir sagt. Vurder om behovet fortsatt er tilstede for å holde en pasient som har reist seg opp fra liggende posisjon til stående posisjon. Noen ganger må en fortsette å holde og gjenta trinn 1-2, før pasienten slippes helt.

Nedleggelse Dette tiltaket er aktuelt når det fortsatt er fare for at pasienten kan skade seg selv og/eller andre, og at andre dempende strategier/mindre inngripende tvangstiltak har vist seg åpenbart forgjeves eller utilstrekkelig.

Påføring av mobile belter Dette tiltaket er kun aktuelt når pasienten fortsatt antas å ville skade seg selv eller andre, til tross for fastholding og nedleggelse på gulv, dialog og andre dempende strategier/ mindre inngripende tvangstiltak.

Bruk av belteseng

Dette tiltaket er aktuelt når pasienten, til tross for påføring av mobile belter, dialog og andre dempende strategier / mindre inngripende tvangstiltak (stående/sittende/liggende fastholding/mobile belter), fortsatt utgjør en fare, og øvrige tiltak har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelig.

Vurdering av fortsatt benyttelse av belter og reverseringsmuligheter

Bruk av mekaniske tvangsmidler skal gjøres så kortvarig som mulig og gjennomføres på en mest mulig skånsom og omsorgsfull måte. Personalet skal fortløpende forsøke å redusere pasientens grad av utrygghet og ubehag i situasjonen, og fortløpende vurdere muligheten for friere forpleining. Når pasienten har gjenvunnet egenkontroll, skal bruk av mekaniske tvangsmidler lempes på eller opphøre (Austegaard, 2017). Det kan være hensiktsmessig å løse opp beltene trinnvis for å teste ut pasientens grad av kontroll.

Følgende spørsmål kan fungere veiledende i vurderingsgrunnlaget om friere forpleining skal forsøkes:

- Hva var årsaken til bruk av tvangsmiddelet? Er årsaken fortsatt til stede?

- Hva sier eventuelt tidligere historie angående bruk av tvangsmidler på pasienten?
- Hvor tilgjengelig er pasienten for dialog?
- Hvilken grad av kontroll og samarbeidsevne utviser pasienten?
- Fremviser pasienten individuelle eller generelle forvarselssignaler på vold?
- Er det somatiske forhold som tilsier at man bør vurdere å endre tvangsmiddel?

Forslag til friere forpleining kan eksempelvis være:

- Benyttelse av forlengere til hender □ Frigjøring av fotbelter
- I belteseng; løsne diagonalt, dvs. personalet løsner beltene først på en arm, deretter på motsatt fot, så andre armen og andre foten, og magebeltet til slutt. Pasienten skal aldri være kun fiksert ved hjelp av magebeltet.
- Overgang fra belteseng til mobile belter.

Ved endringer i fikseringsgrad av belter skal minimum to personale være tilstede for å kunne håndtere eventuell ny uro eller utagering. All endring i beltebruk skal klareres med ansvarshavende ved avdeling. Dersom pasienten sovner, skal belter løses opp så fremt dette er sikkerhetsmessig forsvarlig.

Risikofaktorer, utarbeidet i prosedyren for bruk av

mekaniske tvangsmidler
(Austegard, 2017)

Faren for psykisk belastning/skade øker:

- om pasienten har svekket selvopplevelse, endret og/eller paranoid virkelighetsforståelse.
- om pasienten har erfaring med fysiske og/eller seksuelle overgrep fra tidligere.

Somatiske risikofaktorer er:

- Agitasjon og langvarig motstand
- Forebygge negative følgetilstander
□ Tromboseprofylaktiske tiltak: Immobilisert i belteseng i over ett døgn krever tromboseprofylaktiske tiltak (Hagg 2009, Hill 2010, Johnson 2012, Benjaminsen 2014, Masopust 2012, NICE 2010, Cecchi 2012)
- mobilisering i den grad dette er mulig
- tilstrekkelig hydrering, væskeskjema må føres
- ved risikofaktorer (se under) må tromboseprofylaktiske tiltak vurderes ved første legetilsyn.

Ved immobilisering i belteseng i over 3 døgn anbefales:

- Medikamentell tromboseprofylaktisk behandling med Fragmin (Dalteparin) inj. 5000, IE s.c. x 1 daglig, i tillegg til tiltakene nevnt over. □ Risikofaktorer er:
- Pasienter ≥ 60 år
- Overvekt med BMI (vekt / høyde x høyde) $> 30 \text{ kg/m}^2$
- Dehydrerte og /eller underernærte pasienter
- Antipsykotika, spesielt klopazin, olanzapin eller lavpotente 1. generasjons antipsykotika

- P-piller eller østrogenbehandling
- Graviditet
- Somatiske tilstander som disponerer for dyp venetrombose, for eksempel cancersykdom, polycytemi, betydelige varicer.
- Tidligere gjennomgått venetrombose/lungeemboli eller flere førstegradsslektninger (foreldre eller søsken) som har hatt tromboemboli.

Vedtak

Faglig ansvarlig treffer vedtak om bruk av tvangsmidler. Det vil imidlertid kunne oppstå situasjoner hvor faglig ansvarlig ikke er i umiddelbar nærhet. I slike unntakstilfeller vil ansvarshavende, for eksempel lege, avdelingssykepleier eller psykolog, kunne vedta bruk av mekaniske tvangsmidler, isolering eller kortvarig holding. Dersom tiltak i en akutt situasjon iverksettes og avsluttes av miljøpersonell før faglig ansvarlig eller ansvarshavende kommer til stedet, skal faglig ansvarlig, eventuelt ansvarshavende, fatte etterfølgende vedtak (Forskrift om pasientjournal). I akutt nødssituasjon, der ansvarshavende ved avdelingen har fattet vedtaket, skal faglig ansvarlig journalføre sin vurdering og beslutning med tanke på opprettholdelse av bruken av tvangsmidler (Pasientjournalforskriften, 2019). Det skal dokumenteres i journal hvordan vedtaket blir gjennomført, pasientens reaksjoner på tiltaket, inkludert kliniske observasjoner og

forsøk på friere forpleining. Ved sammenhengende bruk av tvangsmiddel ut over åtte timer, der friere forpleining ikke kunne iverksettes, skal årsaken til dette nedtegnes i journal og gjentas hver 8. time så lenge bruk av tvangsmidler varer. Pasienten skal tilbys minst én samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken. Pasientens syn på iverksatte tiltak skal journalføres (Forskrift om pasientjournal).

Det skal i tillegg føres opplysninger om bruk av mekaniske tvangsmidler i protokoll godkjent av Helsedirektoratet, fram til elektronisk protokoll foreligger (Psykisk helseverloven, 2017, § 30, 41).

Dokumentasjon Vedtaket om bruk av mekaniske tvangsmidler og gjennomføringen av dette skal dokumenteres i elektronisk pasientjournal (Spesialisthelsetjenesteloven, Forskrift om medisinsk utstyr), som vedtak i vedtaksmodulen og fort-løpende notater i behandler- og sykepleiejournalen. I tillegg skal opplysning om vedtaket og gjennomføringen av tiltaket nedtegnes i tvangsmiddelprotokollen. Tvangsmiddelprotokoll på papir regnes som en del av pasientjournal frem til ny «elektronisk tvangsmodul» blir tilgjengelig.

Ivaretagelse av integritet og autonomi

Det finnes en rekke tiltak og handlinger som kan benyttes for å redusere konsekvensene og begrense skadepotensialet av vold. Mest inngripende er bruk av mekaniske tvangsmidler. Slik vi ser det, er

kommunikasjon med pasienten det viktigste og det som skal forsøkes først og så tidlig som mulig. Vi må også skaffe oss kunnskaper om den aktuelle pasientens forhold til slike situasjoner, tidligere erfaringer, og pasientens meninger og synspunkter på hvilke alternative løsninger som han/hun foretrekker. Ivaretagelse av pasientens integritet og autonomi fremstår som den mest sentrale løsningsnøkkelen for å forebygge vold.

Ettersamtale - PHL § 4-2. Vern om personlig integritet Utdrag fra lovtekst som understøtter viktigheten med samarbeidsavtaler: Restriksjoner og tvang skal innskrenkes til det strengt nødvendige, og det skal så langt det er mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som gir en så gunstig virkning at den klart oppveier ulempene med tiltaket. Er mindre inngripende tiltak tilstrekkelig, skal disse benyttes. Før det treffes vedtak etter lovens kapittel 4, skal pasienten gis anledning til å uttale seg der dette er mulig. Opplysningene skal nedtegnes og ligge til grunn for vedtaket. Det skal legges særlig vekt på pasientens uttalelser om tidligere erfaring med bruk av tvang. Pasienten skal tilbys minst én samtale om hvordan vedkommende har opplevd tvangsbruken. Pasientens syn på iverksatte tiltak skal journalføres.

Samtalen(e) skal bl.a. omhandle: Pasientens opplevelse under bruk av tvangsmidler, og måten det ble gjennomført på; om det kunne ha

vært gjennomført på en måte som pasienten ville ha opplevd mer skånsomt, om pasienten fikk tilpasset informasjon før iverksettelse, om det mest hensiktsmessige tiltak ble valgt, og om det ble iverksatt på riktig tidspunkt. Pasientens oppfattelse av årsaken til bruken av tvangsmiddelet, effekt av tiltaket og hvorvidt tvangsbruken kunne vært unngått. Pasientens forslag til hvordan man kan forebygge lignende situasjoner og hva han/hun og de ansatte kan gjøre. Samtalen skal dokumenteres i journal, og pasientens syn på iverksatte tiltak skal tydelig fremkomme.

Samarbeid med pasienter med aggresjonsproblematikk vil i stor grad påvirkes av positive forventninger til hverandre. I de fleste tilfeller er det slik at personalet skal samarbeide med pasienten også etter en aggressiv episode. Harris (2019) beskriver en sammenheng-modell mellom utløsende stressorer og egen regulering av reaksjon. Ved hendelser der personalet opplever trusler om aggresjon og vold, er det viktig at en strategi ikke bare inneholder en plan om hvordan personalets sikkerhet ivaretas, men også pasientsikkerheten. Selvregulering, relasjon mellom pasient og personal, kjennskap til pasienten og samarbeidsdialog før en hendelse, kan være avgjørende for å løse trusselen om aggresjon og vold på minst mulig inngripende måte.

Brukerperspektiv og tvang – hva sier brukerne selv? Internasjonale undersøkelser tyder på at tvang har store konsekvenser for de involverte, både pasienter og ansatte. En gjennomgang av kvalitativ forskning

som har sett på pasientenes opplevelse av bruk av mekaniske tvangsmidler, fant 12 artikler med kvalitative data, hvorav en norsk. Disse dekket flere områder av helsetjenesten enn psykisk helsevern, men fire opplevelseselementer gikk igjen i undersøkelsene:

1. å ha negativ psykologisk virkning
2. å være retraumatiserende
3. å representere uetisk praksis
4. å bryte ned personens opplevelse av påvirkningskraft.

De rapporterte opplevelsene hadde også innslag av forståelse for at noe måtte gjøres i situasjonen, at pleiere hadde vist omsorg under tvangsmiddelbruken og at tvangsmidler kunne være rimelig. Den negative psykologiske virkningen bestod blant annet av sinne, frykt, maktesløshet, ydmykelse, demoralisering, degradering, umenneskeliggjøring, forlegenhet og identitetskrenkelse. Enkelte informanter brukte sterke språklige bilder som å være naglet til et kors, som et dyr i lenker, eller følte seg skitten. Flere av undersøkelsene tydet på at mekaniske tvangsmidler fikk dem til å minnes traumer og vold som de hadde vært utsatt for, blant annet seksuelle overgrep. En informant fortalte forskerne «Alt kom tilbake. Jeg følte det faktisk fysisk som jeg ble voldtatt hele den natta». En eldre informant hadde følt seg som krigsfange igjen, mens andre informanter ga mer generelle beskrivelser, for eksempel «føle seg som et offer igjen». Disse opplevelsene tyder på at mekaniske

tvangsmidler innebærer betydelig risiko for negativ psykisk virkning. Opplevelser av uetisk praksis kunne handle om å bli straffet, eller å bli latterliggjørende og krenkende omtalt, eller bli truet med vold under beltelegging. Alle artiklene inneholder opplevelser av at viljen brytes ned, og at mange pasienter innså at de var maktesløse og ikke kunne komme ut av beltene. Etter at de har prøvd å komme seg ut av beltene en stund, beskriver flere informanter at de går tom både for krefter og følelser. En del steder regnes tvangsmidler som terapeutisk, noe forfatteren advarer mot i lys av de sterke negative opplevelsene. Selv om artiklene omhandler mennesker med erfaring med mekaniske tvangsmidler i ulike typer avdelinger og tjenester, viste denne forskningsgjennomgangen at de ulike undersøkelsene avdekket betydelige likheter i opplevelser og følelser hos mennesker underlagt mekaniske tvangsmidler.

(Kilde:<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/?ch=5>) (feil i henvisning)

Det foreligger flere studier som beskriver personalets holdninger og følelser knyttet opp til tvangsmidler (Bigwood & Crowe, 2008). Felles for studiene er at personalet ser uheldige eller mulig uheldige sider ved anvendelse av tvang. De beskriver krenkelser, retraumatisering av pasientene, fare for den terapeutiske allianse, bekymringer for pasienters og personalets sikkerhet, mangel på opplæring, trening og debriefing, samt bekymring for annet personells holdninger.

Testad (2004) intervjuet pasienter og sykepleiere om felles erfaring med tvang. Hennes hovedfunn var at pasienter og personal hadde mange like opplevelser i tvangssituasjoner, noe hun beskrev som et felles avmakts-rom. Også mangel på

oversikt, kontroll og angst preget begge parter i situasjonen.

Utdrag fra erfaringskompetanse.no:
«Opplever mindre krenkelse når du blir lyttet til, og blir behandlet med respekt og verdighet». «Opplever mindre krenkelse når jeg får en god forklaring på tvangen».

Litteraturhenvisninger til kapittel 8: Håndteringsstrategier i kritiske situasjoner

Almvik R, Woods, P., Rasmussen K. *The Brøset Violence Checklist, Sensitivity, Specificity, and Interrater Reliability*. Journal of Interpersonal Violence. 2000;15(12):1284-96.

Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv (LOV-2019-0621-25). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>.

Austegard, A.T. (2017). *Bruk av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern*, Helse Bergen HF, www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mekanisktvangsmidler

Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. *Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial*. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2008;193(1):44-50.

Bak J, Aggernaes H. *Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries*. Nordic Journal of Psychiatry. 2012;66(5):297-302.

Benjaminsen S. (2014) *Tromboseprofylakse af tvangsfikserede patienter* . Available from: <http://ekstern.infonet.regionsyddanmark.dk/>.

Bjørngen D, Storvold A, Norvoll R, Husum TL. (2014) *Sett fra et bruker -og fagperspektiv*. Oslo 2014. Available from: <http://www.erfaringskompetanse.no/wpcontent/uploads/2015/08/Alternativer-til-Tvang-Ressurshfte.pdf>

Bigwood, S. & Crowe, M.(2008) *'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint*. International Journal of Mental Health Nursing, June, 2008, Vol.17(3), p.215(8)

Bjørkdahl, A.(2010) *Violence prevention and management In acute psychiatric care*, Published by Karolinska Institutet. Printed by LarsEric's Digital Print AB.

Cecchi R, Lazzaro A, Catanese M, Mandarelli G, Ferracuti S. *Fatal thromboembolism following physical restraint in a patient with schizophrenia*. International journal of legal medicine. 2012;126(3):477-82.

Fluttert F., Eidhammer G.(2018) *Voldsriskovurdering*, MAP kap. 3 - teoriartikkel

Foster C, Bowers L, Nijman H. *Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management*. Journal of advanced nursing. 2007;58(2):140-9.

Forskrift om pasientjournal, § 8. Krav til journalens innhold (2001).

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>

Forskrift om medisinsk utstyr, (2005).

Ekeberg Ø. (2018) *Etterarbeid*, MAP kap. 10 – teoriartikkel.

www.erfaringskompetanse.no

Harris A. & Meland A. (2018) *Selvregulering*, MAP kap. 6 -teoriartikkel

Hagg S, Jonsson AK, Spigset O. *Risk of venous thromboembolism due to antipsychotic drug therapy*. Expert opinion on drug safety. 2009;8(5):537-47.

Helsepersonelloven, (1999) Lovdata.no, Lov om helsepersonell, §4. Forsvarlighet

Hill J, Treasure T. (2010) *Reducing the risk of venous thromboembolism in patients admitted to hospital: summary of NICE guidance*. BMJ (Clinical research ed). 2010;340:c95.

Hoff, H.(2019). *Voldsrisiko: vurdering og håndtering*, MAP kap. 2-teoriartikkelen.

Hollins LP. Proposing a common sense approach to assessing the risks posed by physical intervention techniques. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2010;17(3):21621.

Husum TL, Norvoll R. Sett fra et fag - og forskningsperspektiv 2014. Available from:
<http://www.erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2015/08/Alternativer-til-TvangUnderhefte.pdf>

Jonsson AK, Spigset O, Hagg S. Venous thromboembolism in recipients of antipsychotics: incidence, mechanisms and management. CNS drugs. 2012;26(8):649-62.

Knutsen M.(2013). Tvangsmidler i psykiatriske akuttavdelinger. Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, AIT Oslo A/S. Phd-studie,s.70-73.

Lickiewicz J, (2017), *Fysiske teknikker*, MAP kap. 9 - teorikapittel

Logan C, (2018).*Forebyggende kommunikasjon*, MAP kap. 4, -teorikapittel

Masopust J, Maly R, Valis M. Risk of venous thromboembolism during treatment with antipsychotic agents. Psychiatry and clinical neurosciences. 2012;66(7):541-52.

Morrisson, E.; Morman G.; Bonner G.; Taylor C.; Abraham I.; Lathan L., (2002), Reducing staff injuries and violence in a forensic psychiatric setting, Archives of psychiatric nursing, volume 16, issue 3, june 2002, s. 108-117.

Moyo N, Robinson P. The safety of nurses during the restraining of aggressive patients in an acute psychiatric unit. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 2012;29(3):5-13.

NICE National Institute for Health and Care Excellence. Venous thromboembolism: reducing the risk for patients in hospital 2010.

Olsen, O.K. (2017). *Samhandling*, MAP kap. 7-teoriartikkelen

Pasient og brukerrettighetsloven(2015), Lovdata.no, Lov om pasient- og brukerrettigheter
Patterson, B. (2018), *De-eskalering*, MAP kap.5 - teoriartikkel

Psykisk Helsevernloven og psykisk helsevernforskrifter med kommentarer. Helsedirektoratet Oslo, 2017.

Psykisk helsevernloven (2017), Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (LOV-1999-07-02-62).

Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk helsevern](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62?q=psykisk%20helsevern)

Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernforskriften med kommentarer. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo2017.

PsykNytt. Slik bruker du Brøset Violence Checklist (BVC) 2013. Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/slik-bruker-du-broset-violencechecklist-bvc>.

Rall,M. & Dieckmann P. (2005). Crisis Resource Management to improve patient safety. Center for Patient Safety and Simulation. Institute of Work Psychology. Dep. of Anesthesiology and Intensive Care Medicine Swiss Federal Institute of Technology (ETH) University Hospital Tuebingen Zurich, Switzerland, Tuebingen, Germany

Regjeringen, (Kilde: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-201119/id647625/?ch=5>)

Safewards. Talk down London: Institute of Psychiatry Health Service and Population Research; 2017. Available from: <http://www.safewards.net/interventions/talk-down>

Sim Oslo, www.simoslo.no – om medisinsk simulering, trening, pasientsikkerhet og pedagogisk modell.

Smith GM, Ashbridge DM, Davis RH, Steinmetz W. Correlation between reduction of seclusion and restraint and assaults by patients in Pennsylvania's state hospitals. *Psychiatric services* (Washington, DC). 2015;66(3):303-9.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

Tannenbaum, S.I. & Cerasoli, C.P. (2013). Do team and individual debriefs enhance performance? A meta-analysis. *Human Factors: The Journal of Human Factors and Ergonomics Society*, 55, 231-245.

Testad, I., et al.(2004) The effect of staff training on the use of restraint in dementia: a single-blind randomised controlled trial, *International Journal of Geriatric psychiatry*, may 2005 |, <https://doi.org/10.1002/gps.1329> |

Urheim R.(2017), *Aggresjonsteori*, MAP Kap. 1- teoriartikkel

Østergaard, D.,MD, DMSc *, Peter Dieckmann, Dipl.-Psych., PhD, Anne Lippert, MD, CHPE (2011), *Simulation and CRM*, Danish Institute for Medical Simulation, Herlev Hospital, Copenhagen University, Herlev, Denmark