



JOBBER FOR MINDRE TVANG

Akuttpsykiatri. Et pilotprosjekt på Lovisenberg sykehus tar sikte på å redusere bruken av tvangsmidler.

PILOTPROSJEKT:

Artikkelen bygger på
50% praksis
50% teori



DOI-NUMMER:

10.4220/sykepleiens.2014.0102



Martin Veland, avdelingsleder, Akuttpsykiatrisk Inntakspost ved Lovisenberg Diakonale Sykehus

Psykiatrisk akuttavdeling ved Lovisenberg sykehus består av en inntakspost og to sub-akuttposter med til sammen 26 sengeplasser. Akuttavdelingen yter helsehjelp til pasienter fra bydel Grünerløkka, St. Hanshaugen og Gamle Oslo, og har cirka 900 innleggelses i året. På inntaksposten har vi et prosjekt hvor hensikten er å redusere bruk av tvangsmidler i avdeling. Prosjektet gjennomføres som pilot over ti måneder, og målet er å redusere bruk av mekaniske tvangsmidler, også kalt belter eller remmer. Vi ønsker også å prøve ut nye verktøy som retter seg mot å forebygge generell bruk av tvangsmidler på pasienter som er innlagt i avdeling.

viser til tre hovedfaktorer som assosieres med redusert bruk av tvangsmidler på innleggende pasienter: 1) Pasientmedvirkning, 2) gjennomgang av tvangsepisoder, og 3) god fysisk plass på avdelingen. I tillegg til avdelingens kliniske og formelle kompetanse, ønsker vi å anvende disse studiene som utgangspunkt for å utvikle avdelingens rutiner.

HENSIKT. Hensikten med dette prosjektet er både å få ned antall tvangsepisoder (§ 4.8 vedtak) på inntaksposten; sekundært å redusere bruk av mekaniske tvangs-

finder sted ved å tematisere konfliktsituasjoner og alternative løsningsforslag i samtale med pasienten på et tidlig stadium i innleggelsen. Klinisk erfaring viser en klar og tydelig forbindelse mellom tvang og aggresjon.

RUTINER. Man har vurdert de etablerte rutine for voldsrisikovurdering på akuttpsykiatrisk avdeling som hensiktsmessige for å estimere potensiell risiko for vold under innleggelse. Per i dag anvendes V-risk 10 (3) rutinemessig ved alle innleggelses. Med dette instrumentet gjennomgår man ti statistiske risikofaktorer for om risikofaktorer er til stede eller ikke. Konklusjonen av en slik vurdering angir en lav, moderat eller høy voldsrisiko. Instrumentet brukes ikke til å forutsi voldelig atferd, men som en formalisert retningssigevende indikator om hvor høy beredskap man bør ha for pasienten. Dersom man vurderer en innleggende pasient til å ha moderat eller høy voldsrisiko, gjennomføres det en kontinuert voldsrisikovurdering innen 48 timer. Denne vurderingen innebærer innhenting av informasjon fra politi, pårørende og andre behandlingstiltak ved behov. Hvor farlig man opplever pasienten avgjør ofte hvor grundig man gjør denne

«Vi ser på kortvarig fastholding som mindre invaderende tiltak enn mekaniske tvangsmidler.»

midler (§ 4.8 A), til sist å anvende mindre belastende tvangsmidler som for eksempel kortvarig fastholding, framfor mekaniske tvangsmidler. Vi har som mål å forebygge aggressiv atferd før den

Fakta ●●●

Hovedbudskap

Inntaksposten på akuttpsykiatrisk avdeling, Lovisenberg Diakonale Sykehus, gjennomfører et pilotprosjekt for reduksjon av tvangsmidler på innlagte pasienter. Vi ønsker å minimere tvang generelt, men hovedsakelig redusere unødvendig bruk av mekaniske tvangsmidler uten at det går på bekostning av behandlingskvalitet eller miljøpersonalets sikkerhet. Holdningsendringer og nye rutiner står sentralt. Etter åtte måneder har prosjektet vist lovende resultater.

Nøkkelord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- Psykisk helse
- Psykisk lidelse
- Tvang



vurderingen. Dokumentasjon av observerte forvarsler dokumenteres ved bruk av Brøset Violence Checklist (BVC) (4).

INTERVJU OM VOLD. Som del av brukermedvirkning og rutinemessig tematisering av voldsrisiko i avdelingen er det utarbeidet nye retningslinjer på inntaksposten i møte med pasienter med forhøyet voldsrisiko ved innleggelse. Intervju om vold er utarbeidet på inntaksposten av Martin Veland i 2012, og tematiserer ulike aspekter ved aggresjon. Intervjuet omhandler status presens; mestring av sinne/aggresjon, tidligere erfaring med vold; som offer og utøver, fremtidige risikosituasjoner for vold, og sannsynlighet for utagering i avdelingen. Status presens handler om å kartlegge om pasienten opplever psykologisk belastning på sårbare områder som er assosiert med aggressiv atferd. Psykologisk belastning som stress, irritasjon, å føle seg truet eller krenket, blir kartlagt innledningsvis i intervjuet og danner et bakteppe for resten av samtalen. Videre blir pasienten spurt om erfaringer med vold. Dersom pasienten erkjenner å ha brukt vold eller har truet med vold, spør man mer inngående om dette for å kartlegge detaljer. Til slutt ber man pasienten tenke gjennom om det er fremtidige situasjoner som kan utløse voldelig atferd, og hva personalet på avdelingen eventuelt kan gjøre for å forebygge at frustrasjon, aggresjon og vold oppstår i løpet av innleggelsen. Intervjuet skal bidra til at pasienten reflekterer over egen atferd og egne reaksjonsmønstre i situasjoner, som for eksempel å være innlagt mot sin vilje med begrenset frihet i en avgrenset periode. Pasienten oppfordres til å delta aktivt i samtalen for å få frem refleksjoner rundt egen atferd.

AGGRESJONSFOREBYGGING. Vår erfaring er at å bli holdt tilbake i avdelingen og krav om å ta medisiner er blant de to viktigste faktorene som utløser utagering og

aggressiv atferd på akuttpsykiatrisk sengepost. I forlengelsen av intervjuet om vold gjennomføres en aggresjonsforebyggende samtale hvor pasienten blir spurt om hvordan han/hun kan reagere dersom de blir holdt tilbake i avdelingen, eller pålegges å ta medisiner. Disse spørsmålene stiller vi for å gjøre pasienten oppmerksom på hvilke situasjoner han eller hun kan forvente seg de nærmeste dagene. Hensikten er å gi pasienten bedre mulighet til å forberede seg mentalt på ubehagelig informasjon, og få muligheten til å diskutere problemstillinger før de blir en realitet. Å forberede pasientene på krevende situasjoner som innebærer tvangsmidler, kan bi-

«Vi vil vise at det er mulig å redusere unødvendig tvangsbruk til et minimum.»

dra til at pasienten tar mer hensiktsmessige valg i møte med krav, framfor å handle i affekt og sinne. Slike handlinger kan være forståelige i en presset situasjon, og som helsepersonell ønsker vi å samarbeide med pasienten for å bidra til hensiktsmessig atferd med likeverdig dialog før slike situasjoner oppstår.

Samtalen blir utført av miljøpersonalet, og er utviklet spesielt med tanke på å bygge og utvikle miljøterapeutisk kompetanse på pasienter med forhøyet voldsrisiko. I samtalen fokuserer vi på anerkjennelse av belastningen ved å være innlagt, ofte mot sin vilje, etablering av samarbeid og allianse med behandlingsapparatet. I tillegg vektlegger vi aktiv refleksjon rundt potensielle situasjoner og påfølgende egne handlingsmønstre. Videre søker vi i samtalen å reflektere over konstruktive måter å samarbeide

med miljøpersonalet på for å kunne dempe frustrasjon, ideelt sett før den oppstår, men også som et deeskalerende middel idet situasjonen har oppstått.

BRUK AV TVANGSMIDLER. I tilfeller hvor man ikke klarer å forebygge aggresjon med samtale, og tvangsmiddel må iverksettes for å sikre adekvat behandling eller forhindre skade, skal miljøpersonalet tilstrebe minst mulig belastning for pasienten. Vi ser på kortvarig fastholding som mindre invaderende tiltak enn mekaniske tvangsmidler. Etter en åpen diskusjon i personalgruppen har inntaksposten gått bort fra å ha ferdig montert belteseng i posten. At beltesengen er borte er et tydelig signal om at vi ønsker å finne alternative løsninger til beltelegging. I etterkant av tvangsepisoder (§4,8 vedtak) på posten har vi innført en rutinemessig gjennomgang, basert på konklusjoner gjort av Bak et al. (2). Den som er ansvarlig for gjennomføring av vedtak fyller ut en protokoll som kartlegger aktuelle aspekter ved situasjonen, og åpner for å komme med alternative handlingsmåter ved liknende situasjoner i fremtiden. Rutinemessig gjennomgang av tvangsepisoder kan sikre at personalet får gjennomgått tvangsepisoder i etterkant, og slik samle inn informasjon som hele tiden kan forbedre rutiner på sykehuset.

ERFARINGER. Norske tall fra TvangsForsk viser til at det i 2009 ble tatt i alt 8250 vedtak om bruk av tvangsmidler, fordelt på 4426 vedtak om mekaniske tvangsmidler. I 2013 ble det tatt 19 vedtak om mekaniske tvangsmidler på inntaksposten på Lovisenberg Diakonale Sykehus, mot 44 i 2012. I prosjektperioden og i forkant av prosjektstart (oktober 2013–juni 2014), har vi unngått bruk av mekaniske tvangsmidler helt, med kun to uvanlige unntak. Vi løser ikke tvangsproblemet i psykisk helsevern, men vi har stor tro på at inntaksposten kan gå

foran som et eksempel for å vise at det er mulig å redusere unødvendig tvangsbruk til et minimum. Ved å skape miljø for samarbeid, læring og kunnskapsutvikling i møte med potensielt farlige pasienter, har vi gode forutsetninger for å endre praksis slik at alternativer til tvang lettere blir synliggjort uten at det går på bekostning av de ansattes sikkerhet. Vi vil anvende flere utfallsmål for å estimere potensielle endringer før og etter prosjektet gjennomføres, både med deskriptiv statistikk og slutningsstatistikk. Antall tvangsvedtak og type tvangsvedtak er i hovedfokus. Vi skal gjennomgå data og undersøke normalvariasjonen for tvangsepisoder på posten, og sammenlikne dette med pilotperioden. Prosessen med å etablere en normalvariasjon for tvangsepisoder i en akuttpsykiatrisk avdeling er sammensatt, og blir påvirket av en rekke utenforstående variabler som ikke så lett kan kontrolleres. En sammenlikning kan likevel gi informasjon om hvilke relevante variabler som assosierer med en eventuell nedgang av tvangsepisoder, og nyansere bildet på avdelingen. ●

REFERANSER:

1. Loven om psykisk helsevern (1999). <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html> Helse og omsorgsdepartementet.
2. Bak J, Zoffmann V, Sestoft DM, Almvik R, Brandt-Christensen M. Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practice. A Danish-Norwegian Association Study. *Perspectives in Psychiatric Care* 2013; doi: 10.1111/ppc.12036.
3. Bjørkly S, Hartvig P, Heggen FA, Brauer H, Moger TA. Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *European Psychiatry* 2009;6:388–394.
4. Almvik R, Woods P. Predicting inpatient violence using the Brøset Violence Checklist. *International Journal of Psychiatric Nursing Research* 1999;4: 489–497.

FAGARTIKLER:

Fagartikler kan sendes til torhild.apall@sykepleien.no