



Samtaler etter bruk av mekaniske tvangsmidler og holding - En kvalitativ studie om pasienter og personal sine erfaringer

Unn Elisabeth Hammervold

Psykiatrisk sykepleier/Stipendiat

Universitetet i Stavanger

uis.no



Universitetet
i Stavanger

Veiledere

Hildegunn Sagvaag, Førsteamanuensis

Universitetet i Stavanger

Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Institutt for helsefag

og

Reidun Norvoll, forsker

Universitetet i Oslo

Senter for medisinsk etikk



Universitetet
i Stavanger

Anne:

« ..så får du liksom aldri snakket om det. Du skal sitte der å snakke om det som har skjedd før i livet, før psykiatrien kom, men du kan ikke snakke om de tingene som gjør vondt i psykiatrien. Og det og synes jeg er litt vondt »



Anvendelse av tvangsmidler er regulert av Lov om psykisk helsevern § 4.8:

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. Tvangsmidler skal bare brukes når lempeligere midler har vist seg å være åpenbart forgjeves eller utilstrekkelige.



Som tvangsmiddel kan anvendes:

- a. mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, herunder belter og remmer samt skadeforebyggende spesialklær.
- b. kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede.
- c. enkeltstående bruk av korttidsvirkende legemidler i beroligende eller bedøvende hensikt.
- d. kortvarig fastholding.



2009: Mekaniske tvangsmidler og holding:

Mekaniske tvangsmidler

4426 vedtak - 1065 pasienter

Flere menn enn kvinner

Varighet: Menn: 6 timer
 Kvinner: 2.25 timer

9,4 % av kvinnene ble beltelagt mer enn 10 ganger
mot 3,2% av mennene

Holding

1680 vedtak - 574 pasienter

Flere kvinner enn menn

Kilder: Bjørkly, Knutzen, Furre & Sandvik, 2011



Universitetet
i Stavanger

Helsedepartementet, 2012:

Økt fokus på pasientsikkerhet og reduksjon av skader

«Bruk av mekaniske tvangsmidler og fysisk fastholding kan i visse tilfeller medføre alvorlige fysiske skader på pasienter, også med dødelig utfall (35,36,37,38). Bruk av tvangsmidler kan også være traumatiserende og bringe tidligere traumer tilbake (33). I internasjonal forskningslitteratur (33) påpekes det at bruk av tvangsmidler er å betrakte som ”høyrisiko-intervensjoner” som øker faren for psykiske og fysiske skader både for pasienter og personale».



Utfordringer også for helsepersonell og tjenestene

- V.C. Iversen 2009
Mechanical restraint - A philosophy of man, a philosophy of care or no philosophy at all?
- Bigwood, S. & Crowe, M. (2008). 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D. & Wellman, N. (2002). Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the uk.
- Paterson, B., McIntosh, I., Wilkinson, D., McComish, S. & Smith, I. (2013). Corrupted cultures in mental health inpatient settings. Is restraint reduction the answer?



Channing, 1880 (Ref. i Colaizzi, 2005)

«Hand restraint means the use of force. To allow the ordinary attendant to use personal force to restrain the patient in an outburst of excitement and violence seems to me in most cases highly undesirable.

One attendant cannot control the patient; it must take two or three, and a scuffle must frequently ensue, sometimes continue until the patient is exhausted, and often to be again renewed. Such hand-to-hand fights are demoralising, both to the patient and attendants».



Bestilling av publikasjoner

Offentlige institusjoner:
Departementenes servicesenter
Internett: www.publikasjoner.dep.no
E-post: publikasjonsbestilling@ds.dep.no
Telefon: 22 24 20 00

Privat sektor:
Internett: www.fagbokforlaget.no/offpub
E-post: offpub@fagbokforlaget.no
Telefon: 55 38 66 00

Publikasjonene er også tilgjengelige på
www.regjeringen.no

Trykk: 07 Aurskog 05/2011

NOU 2011:9

Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet

Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett
og omsorgsansvar i psykisk helsevern

Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet



Public Health Prevention Model

- **Primærforebygging:** Utvikle et behandlingsmiljø som er konfliktforebyggende. Tidlig risikovurdering.
- **Sekundærforebygging:** Tidlig intervensjon for å forebygge og håndtere aggresjon; TMA
- **Tertiærforebygging:** Lindre skade etter hendelser.
 - Umiddelbar samling for å lindre skade og gjenopprette miljøet før hendelsen
 - Debriefing der bruker skal være med

(Huckshorn, 2004,2006)



Universitetet
i Stavanger

Debriefing kan defineres som:

“a stepwise tool designed to rigorously analyze a critical event, examine what have occurred and facilitate unimproved outcome next time (manage events better or avoid event)”

(Huckshorn, 2006)



Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer: Fagprosedyre om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern, 2012

«Ettersamtale med pasient

- Pasienten skal tilbys samtale(r) i etterkant og den første samtalen bør skje så snart som mulig etter hendelsen. Om pasienten ikke behersker norsk, må tolk være tilstede i samtalen. Gjennomgangen bør fortrinnsvis ledes av en som ikke var involvert i hendelsen. Seksjonsleder og behandler har et felles ansvar for at samtalen(e) finner sted.
- Samtalen(e) skal omhandle:
 - Pasientens opplevelse av å bli beltelagt og måten det ble gjennomført på
 - Pasientens oppfattelse av årsaken til belteleggingen, effekt av tiltaket og hvorvidt tvangsbruken kunne vært unngått
 - Pasientens forslag til hvordan man kan forebygge lignende situasjoner og hva de ansatte kan gjøre
 - Personalets oppfattelse av belteleggingssituasjonen, formålet med å beltelegge og effekt av tiltaket
- Det skal skrives referat fra samtalen. Pasienten får kopi av referatet og anledning til å kommentere dette. Referatet skal inngå i journalen.»



Foreløpig kunnskapsoppsummering

Systematiske ettersamtaler

- Brukere etterspør samtale om hendelsen i etterkant (Bonner et al., 2012; Wynn, 2004; Hammervold, 2009).
- Systematisk gjennomgang av tvangshendelser kun i personalgruppen bidrar til reduksjon av tvangsmiddelbruk (Bak et al., 2013). 7/40 institusjoner i Norge har dette.
- Systematiske ettersamtaler med pasienter i miljø med recoveryorientert tilnærming og «traumainformed care» bidrar til reduksjon av tvangsmiddelbruk (Huckshorn 2004; Muskett 2013; Azeem et.al 2011)).
- Det mangler kunnskap om nytteverdien av ettersamtaler.
- Videre mangler det kunnskap om hvordan denne samtalen praktiseres og hva som er ønskelig (Norvoll, 2008).



Systematiske ettersamtaler - en nyttig brikke?



Studiens hensikt

Studiens hensikt er å få kunnskap om betydningen av systematiske ettersamtaler mellom pasienter og personal etter anvendelse av mekaniske tvangsmidler og holding.

Videre utforskes om pasienters og personalets erfaringer bidrar til kunnskap som igjen bidrar til endring av praksis.



Problemstilling:

Hvordan påvirker systematiske ettersamtaler pasient og helsepersonell sin erfaring med, - og forståelse av mekanisk tvangsmiddelbruk og holding?



Universitetet
i Stavanger

Forskningsspørsmål:

1. Hva er kunnskapsstatus for systematisk samtale mellom pasient og personal etter anvendelse av mekaniske tvangsmidler og holding?
2. Hvilke erfaringer har pasienter med samtaler etter bruk av mekaniske tvangsmidler og holding?
3. Hvilke erfaringer har helsepersonell med samtaler etter bruk av mekaniske tvangsmidler og holding?
4. Bidrar samtaler etter bruk av mekaniske tvangsmidler og holding til andre erfaringer som gir ny kunnskap som får konsekvenser for praksis, - og i såfall hvordan?



Metodisk tilnærming:

Studien vil ha en hermeneutisk tilnærming.

Datainnsamling:

- Observasjon i postmiljø for å få et bilde av konteksten
AVSLAG FRA REK
- Individuelle intervju med pasienter og helsepersonell
- Fokusgruppe-intervju med helsepersonell
- Observasjon av ettersamtale?
- Intervju med pårørende?

Analyse:

- Kvalitativ innholdsanalyse?
- Diskursanalyse?
- Narrativ analyse?



Universitetet
i Stavanger

Veien videre:

- NSD har godkjent studien
- REK - Kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre studien.

- Noen institusjoner har besluttet å ha slike samtaler:
 - Helse Bergen
 - Nordfjordeid DPS
 - Jæren DPS
 - Sykehuset Østfold

- VET DU OM FLERE?

