

Tiltak for å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler

Kandidatnummer: 35
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 7271
Dato: 19.04.2022



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 19.04.2022
Tittel Tvang i psykisk helsevern	
<u>Problemstilling</u> Hvilke tiltak kan bidra til å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler hos pasienter innlagt i psykiatrisk avdeling?	
<u>Teoretisk perspektiv</u> Teori som presenteres i oppgaven handler om tvungent psykisk helsevern, konsekvenser av bruken av tvangsmidler, og tiltak for å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler. Sykepleierens rolle, og relevante etiske og juridiske perspektiver forklares i teorien. I tillegg presenteres Lovisenbergmodellen.	
<u>Metode</u> Litterær oppgave anvendes som metode. Det er valgt fire forskningsartikler som besvarer problemstillingen sammen med faglitteratur, lovverk, etikk, og nasjonale faglige retningslinjer. Forskningslitteraturen som ble valgt ble søkt i databasen PubMed, og i søkemotoren Google Scholar.	
<u>Drøfting</u> Tiltakene som drøftes for å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler er hovedsakelig verbal deeskalering, voldsrisikovurdering, og involvering av pasienten. Videre drøftes pasienters tanker og meninger om hvordan bruken av tvangsmidler kunne ha blitt forebygget. I tillegg blir Lovisenbergmodellen, og etiske og juridiske rammer knyttet til bruken av mekaniske tvangsmidler drøftet.	
<u>Konklusjon</u> Studiene viser til at tiltakene som er inkludert i denne oppgaven kan bidra til å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler i psykiatriske avdelinger. Det er viktig at sykepleiere som jobber med pasienter innlagt i psykiatrisk avdeling har kunnskap om tiltakene. Dessuten er det viktig å jobbe innenfor etiske og juridiske rammer.	

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensning.....	2
1.4	Begrepsavklaring	2
1.5	Oppgavens disposisjon	3
2	Teori.....	4
2.1	Tvungent psykisk helsevern.....	4
2.2	Ulike former for tvang.....	4
2.3	Konsekvenser av mekaniske tvangsmidler.....	5
2.4	Tiltak for å redusere bruken av tvangsmidler	5
2.5	Sykepleierens rolle	5
2.6	Makt og avmakt	6
2.7	Lovverk.....	6
2.7.1	Psykisk helsevernloven	6
2.7.2	Pasient- og brukerrettighetsloven.....	7
2.7.3	Helsepersonelloven	7
2.8	Relevante etiske retningslinjer og prinsipper ved bruk av mekaniske tvangsmidler	7
2.8.1	Forsvarlig sykepleie	7
2.8.2	Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer	8
2.8.3	Autonomiprinsippet.....	8
2.8.4	Velgjørhetsprinsippet.....	8
2.8.5	Ikke skade-prinsippet	8
2.9	Teoretisk modell.....	8
3	Metode	10
3.1	Søkehistorikk.....	10
3.1.1	Søkestrategi	10
3.2	Litteratursøk	11
3.2.1	Avgrensning	11
3.2.2	Inklusjonskriterier	11
3.2.3	Begrunnelse av valg av forskningsartikler	11
3.3	Litteratur	12
3.4	Kildekritikk	12
3.5	Etiske vurderinger	13
4	Presentasjon av forskningslitteratur	14
4.1	Artikkelmatrise	14
5	Drøfting	16
5.1	Verbal deeskalering.....	17
5.2	Risikovurdering av vold	18
5.3	Involvering av pasienten	19
5.4	Hvilke tiltak mener pasientene kan redusere bruken av mekaniske tvangsmidler?....	20
5.5	Lovisenbergmodellen.....	21
5.6	Etikk og lovverk.....	21
6	Avslutning	24
	Referanseliste	25

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tvang i psykisk helsevern er en pågående debatt. Ifølge Hem & Skuterud (2021), evaluerer den nye regjeringen en endring i psykisk helsevernloven. Tvangslovutvalget har lagt frem forslag til endringer (NOU 2019: 14). I «Debatten» på NRK er det ulike fagfolk som har ulike bekymringer om bruken av tvang. Enkelte mener for eksempel at det kan føre til farlige situasjoner i samfunnet hvis en pasient ikke blir tvangsinnlagt (Krohg, 2021). Lars Lien, professor og leder i Norsk psykiatrisk forening, sier til NRK at nye regler og mindre bruk av tvang, kombinert med færre sengeplasser og redusert kapasitet, kan føre til økt risiko for vold og utagering i samfunnet. Derimot er det flere pasienter som opplever alvorlige skader som følge av tvang (Hem & Skuterud, 2021; Hafstad, 2021).

Jeg har valgt å skrive om bruken av mekaniske tvangsmidler i psykiatriske avdelinger fordi det er et viktig tema å belyse som sykepleier. Sykepleiere spiller en viktig rolle i vurderingene om å bruke tvangsmidler, som beskrives videre i avsnitt 2.5. I 2018 var det fattet 4074 vedtak for bruk av mekaniske tvangsmidler på 1017 personer (Tvangsforsk, u.å.). Når pasienter blir underlagt mekaniske tvangsmidler, innebærer det en risiko for fysiske og psykiske skader for pasienten. For øvrig kan ansatte involvert også bli fysisk skadet ved nedleggelsen av en pasient (Wynn, 2015).

Av egen erfaring i psykiatrisk avdeling, har jeg observert utfordringene når det blir vurdert å fatte vedtak på bruk av belteseng hos en pasient. Til tross for at det er psykiateren eller psykologspesialisten som skal fatte vedtaket, har sykepleierne stor innvirkning i avgjørelsen fordi observasjonene de gjør kan fortelle mye om hvordan pasienten oppfattes av personalet. Jeg opplever at uten nok kunnskap og trening i håndtering av voldelige og aggressive pasienter, føler jeg meg raskt utrygg i å stå i en situasjon hvor pasienter får aggressive og voldelige atferd. Dessuten mener jeg at det er viktig å vite hvilke tiltak som bør utføres for at ansatte skal føle seg tryggere på slike situasjoner.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvilke tiltak kan bidra til å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler hos pasienter innlagt i psykiatrisk avdeling?

1.3 Avgrensning

Oppgaven avgrenses til voksne over atten år, og gjelder sykepleiere og pasienter i psykiatrisk avdeling med døgnopphold. Det er ikke avgrenset til bruken av mekaniske tvangsmidler hos pasienter med en spesifikk diagnose. Pasienter med demens er ikke inkludert.

Det er flere tiltak som er relevante for å redusere bruken av tvangsmidler, men oppgaven avgrenses til tiltak som sykepleieren kan gjøre. Tiltak som ledelsen har ansvar for å innføre er ikke inkludert. Enkelte tiltak drøftes mer enn andre i henhold til funnene i forskningsartiklene som er valgt. Sykepleierens evne til å kommunisere og å bygge terapeutisk relasjon er heller ikke drøftet på grunn av oppgavens omfang.

1.4 Begrepsavklaring

Tvangsmidler

Tvangsmidler er mekaniske tvangsmidler, kortvarig isolasjon, bruk av korttidsvirkende legemidler og kortvarig fastholding (psykisk helsevernloven, 1999, § 4-8).

Mekaniske tvangsmidler

Mekaniske tvangsmidler innebærer bruk av belter og remmer som hindrer pasientens bevegelsesfrihet (psykisk helsevernloven, 1999, § 4-8). Vanligvis er pasienten beltelagt til en seng med «five point fixation» med et belte over magen og fire belter som holder tilbake armer og bein. Det er sjeldent det blir brukt andre former for mekaniske tvangsmidler i Norge, som spesialklær. I Norge er bruken av mekaniske tvangsmidler strengt regulert og overvåket. Det er ulovlig å bruke mekaniske tvangsmidler for terapeutiske grunner eller som straff. Denne formen for tvang blir eksempelvis brukt som et sikkerhetstiltak og representerer ikke behandling (Wynn, 2015).

Multimodalt intervensjonsprogram

Multimodal blir definert i «Det norske akademis ordbok» som noe som anvender flere metoder. I denne oppgaven er det fire metoder som blir anvendt i det multimodale intervensjonsprogrammet som blir introdusert kapittel 4.

Deeskaleringsteknikker

Deeskaleringsteknikker består av ulike psykososiale teknikker som har som mål å redusere voldelig og forstyrrende oppførsel. Hensikten er å redusere risikoen for vold ved bruk av verbale og non-verbale kommunikasjonsferdigheter (Hallett & Dickens, 2017; Pérez-Toribio, 2016).

Verbal deeskalering går ut på å hjelpe pasienter med å håndtere egen atferd som er voldelig, og å hjelpe pasienten med å roe seg uten konfrontering eller provokasjon (Pérez-Toribio, 2016, s. 3).

1.5 Oppgavens disposisjon

I første kapittel presenteres en begrunnelse for valg av tema, og problemstillingen valgt for oppgaven. Videre beskrives avgrensningene gjort i forhold til problemstillingen og avklarer viktige begreper i teksten. Teorien som blir anvendt i oppgaven blir forklart i kapittel to.

Deretter gjør jeg rede for metoden som er brukt og kildekritikk til litteratur som er valgt i kapittel tre. I kapittel fire presenteres forskningsartiklene som drøftes videre i kapittel fem. I tillegg blir Lovisenberg-prosjektene, og etikk og lovverk diskutert. Til slutt oppsummerer jeg de viktigste funnene, og besvarer problemstillingen i sjette kapittel.

2 Teori

2.1 Tvungent psykisk helsevern

I psykisk helsevern er hovedregelen at all helse og hjelp skal være frivillig og basert på pasientens samtykke. Regelen baserer seg på pasient- og brukerrettighetsloven. Det er mulig for helsepersonell å bruke tvang for å sikre pasienten nødvendig helsehjelp, dersom forholdene tilsier at det ikke er mulig med samarbeid om behandling. For å kunne bruke tvang, er hovedvilkåret at pasienten har en alvorlig sinnslidelse (Stensrud, 2020, s. 420). Det er tre områder tvang kan forstås innenfor: institusjonstvang, behandlingstvang eller bruk av tvang som et sikkerhetstiltak. Mekaniske tvangsmidler brukes kun som et sikkerhetstiltak sammen med kortvarig fastholding, og bruk av korttidsvirkende legemidler (Stensrud, 2020, s. 420). Det brukes kun hvis pasienten er til fare for seg selv eller andre, eller for å hindre betydelig materiell skade på inventar og utstyr. I Norge er det ikke lov å bruke mekaniske tvangsmidler for terapeutiske årsaker eller som straff (Wynn, 2015).

2.2 Ulike former for tvang

Formell tvang er det som er forankret i lovverk (Stensrud, 2020, s. 421). Bruken av mekaniske tvangsmidler er strengt overvåket i Norge, og det skal være fattet et juridisk vedtak ved bruk av tvangsmidler. Det er formelt regulert i lovverket, og det blir ført statistikk på bruken av mekaniske tvangsmidler (Husum et. al., 2017, s. 191; Stensrud, 2020, s. 421). Uformell tvang har fått økt oppmerksomhet de siste årene. Det er tvang som det ikke fattes vedtak om, men hvor pasienter opplever press og maktutøvelse fra helsepersonell. Det kan for eksempel være situasjoner hvor pasienter ikke får valgfrihet, eller at de blir truet med konsekvenser dersom de ikke følger det helsepersonellet sier. Fordelen med formell tvang fremfor uformell tvang er at det vil være ettersyn og klageadgang til kontrollkommissjonen som styrker pasientens rettssikkerhet (Husum et. al, 2017, s. 191). Det vil være mer utfordrende for pasienten å klage eller få en annen vurdering på uformell tvang (Husum et. al, 2017, s. 196).

Opplevd tvang er det pasienten selv erfarer som tvang. Det er viktig å belyse dette fordi Stensrud (2020, s. 421-422) har vist til studier med funn som viser at en del pasienter som var tvangsinnlagt ikke opplevde så mye tvang. Derimot var det pasienter som var frivillig innlagt som opplevde høy grad av tvang. Stensrud (2020, s. 422) peker på at det er måten tvangen gjennomføres på som er en utfordring, og ikke kun tvang i seg selv.

2.3 Konsekvenser av mekaniske tvangsmidler

Bruken av mekaniske tvangsmidler kan unngå eller redusere skader på en pasient eller deres omgivelser, og kan eventuelt redusere agitasjon hos en pasient (Wynn, 2004, s. 14). Derimot kan det ødelegge den terapeutiske relasjonen mellom en pasient og en ansatt, og kan påvirke holdningene til pasienten om fremtidige behandlinger. Ifølge Wynn (2004) er andre konsekvenser fysiske og psykiske skader, og tvangsmiddelbruken øket sjansen for flere hendelser med vold. Bruken av mekaniske tvangsmidler krever mer ressurser fra ansatte, og terapeutiske aktiviteter blir muligens nedprioritert (Wynn, 2004, s. 15).

2.4 Tiltak for å redusere bruken av tvangsmidler

Det er økt fokus på å redusere bruken av tvang, og å ha det som et mål. Det er ulike tiltak som har blitt iverksatt for å nå målet (Stensrud, 2020, s. 427). Det er viktig at helsepersonell vet om andre alternativer til bruken av tvangsmidler som bedre ivaretar pasientens mestring og selvbestemmelse (Stensrud, 2020, s. 427). Ifølge Stensrud (2020) kan en systematisk vurdering av risiko for aggressiv og voldelig atferd hos akuttinnlagte pasienter redusere bruken av tvangsmidler. Voldsrisikovurderinger øker presisjonen i kliniske vurderinger. Det er basert på forskning om hva som øker risikoen for fremtidig voldsutøvelse. Det baserer seg på forhold knyttet til pasienten, som for eksempel tidligere utøvd vold, personlighetstrekk og sykdomsinnsikt. Disse forholdene blir knyttet opp mot situasjoner som kan oppstå hvor pasienten er sårbar, som mangel på sosial støtte, eller profesjonell oppfølging (Stensrud, 2020, s. 427). Folkehelseinstituttet viser til at voldsrisikovurdering har hatt effekt på å redusere bruken av tvangsmidler i akuttpsykiatrisk avdeling, sammen med rådgivning og støtte av helsepersonell (Folkehelseinstituttet, 2017).

2.5 Sykepleierens rolle

Sykepleiere har ikke det formelle ansvaret for vedtaket om bruken av tvangsmidler. Tvang etter loven kan fattes av psykiateren eller psykologspesialisten som er den faglige ansvarlige for behandling. Det er en unntaksregel dersom den faglig ansvarlige ikke er til stede ved en akutt nødsituasjon hvor tvangsmidler må anvendes. Da kan ansvarshavende, som kan være lege, psykolog eller avdelingssykepleier, fatte vedtak om bruk av tvangsmidler. Sykepleiere er

direkte involvert i de kliniske vurderingene som tas ved vurdering av bruk av tvangsmidler (Stensrud, 2020, s. 419-421).

2.6 Makt og avmakt

Pasienter som mottar hjelp, er vanligvis i en sårbar situasjon. Dermed er det viktig at sykepleieren som yter helsehjelpen er bevisst på sin maktposisjon, spesielt hos pasienter som blir underlagt tvang. Sykepleieren og pasienten kan ha en asymmetrisk relasjon, som kan gi en risiko for at sykepleieren utøver makt hos pasienten. Det skal alltid tilstrebes likeverdige relasjoner i psykisk helsearbeid (Gonzales, 2020, s. 66).

Makt har forskjellige definisjoner og kan oppleves tvetydig (Ingstad, 2021, s. 156-157).

Definisjonen av makt er at en i maktposisjonen har mulighet til å tvinge en annen til å gjøre noe, selv om de motsetter seg det (Weber, 1972, sitert i Ingstad, 2021, s. 157). Helsepersonell kan bruke sin makt til å fremme pasientens helse. Det kan derimot oppleves negativt hvis en pasient blir påtvunget sykepleierens vilje (Ingstad, 2021, s. 157).

Avmakt innebærer at en person ikke opplever kontroll over en situasjon. Mangel på selvbestemmelse og mulighet for å bidra i valg om sin situasjon, er et eksempel på en årsak til at mennesker opplever avmakt (Ingstad, 2021, s. 172). Både sykepleieren og pasienten kan oppleve avmakt i situasjoner de står i. Eksempelvis kan sykepleieren føle at ingenting hjelper, eller det at pasienten ikke føler seg forstått, som gir følelsen av avmakt (Gonzales, 2020, s. 66).

2.7 Lovverk

2.7.1 Psykisk helsevernloven

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern regulerer det frivillige vernet og tvangsvernet i sykehus og andre helseinstitusjoner. Det er spesialisthelsetjenestens tiltak og tilbud som reguleres av denne loven.

Psykisk helsevernloven (phvl) (1999, § 4-8) forklarer bruken av tvangsmidler i institusjon for døgnopphold. Tvangsmidler kan kun brukes dersom det er absolutt nødvendig for å hindre en pasient i å skade seg selv eller andre, eller for å hindre betydelig skade på inventar og utstyr.

Dessuten skal det ha vært prøvd mindre inngripende tiltak før bruken av mekaniske tvangsmidler kan vedtas. I tillegg er det kun aktuelt i institusjoner for døgnopphold.

Tvangsmidler kan anvendes ovenfor pasienter som er tvangsinnlagt, men også ovenfor

pasienter som er frivillig innlagt som har en atferd som gjør at bruk av tvangsmidler kan være nødvendig (Syse, 2020, s. 493).

Hovedfokuset i problemstillingen er mekaniske tvangsmidler som hindrer pasientens bevegelsesfrihet, det vil si belter og remmer. Kortvarig fastholding vil også bli inkludert. Ved bruk av tvangsmidler, skal pasienten ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale. Dersom pasienten er fastspent til seng eller stol, skal pleiepersonale oppholde seg i samme rom, med mindre pasienten motsetter seg det. Bruk av tvangsmidler vedtas av den faglig ansvarlige og kan påklages til kontrollkommisjonen av pasienten, eller pasientens nærmeste pårørende (phvl, 1999, § 4-8).

Phvl. (1999, § 1-5) viser til at pasient- og brukerrettighetsloven gjelder ved etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

2.7.2 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven gjelder alle pasienter som mottar helsehjelp som sier at pasienten har rett til å medvirke i helsehjelpen som gis, og at tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes sammen med pasienten (pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.), 1999 § 3-1). I følge pbrl. (1999, § 3-2) har pasienten også rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand. Det er et unntak hvor informasjon ikke gis dersom pasienten ikke ønsker det, eller hvis det er fare for liv eller alvorlig helseskade hvis pasienten får informasjonen (pbrl., 1999, § 3-2).

2.7.3 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven gjelder alle helsepersonell, og skal bidra til sikkerhet og kvalitet for pasienter i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg er formålet med loven å skape tillit til helsepersonell og tjenesten som ytes (helsepersonelloven (hpl), 1999, § 1-2). I kapittel 2 § 4, viser loven til kravet til helsepersonellens yrkesutøvelse. Det går ut på at helsepersonell skal arbeide ut ifra kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp basert på helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter, og situasjonen (hpl, 1999, § 4).

2.8 Relevante etiske retningslinjer og prinsipper ved bruk av mekaniske tvangsmidler

2.8.1 Forsvarlig sykepleie

Faglig forsvarlighet går ut på å ha god praksis i sykepleie til pasient og brukere, og setter standarden for hvordan yrkesutøvelsen bør utføres. Formålet med faglig forsvarlighet er å

beskytte pasienter mot handlinger som ikke er i tråd med forsvarlighetskravet.

Helsepersonelloven, etiske prinsipper, og yrkesetiske retningslinjer ligger til grunn for faglig forsvarlighet i yrkesutøvelsen som sykepleier i møte med pasienter og pårørende (Norsk sykepleierforbund (NSF), u.å.a).

2.8.2 Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer

Ifølge sykepleierens yrkesetiske retningslinjer punkt 2.6, skal sykepleieren respektere pasientens rett til selv å forta valg (NSF, u.å.b). I tillegg står det også i punkt 2 at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet. Det har blitt lagt økt vekt på selvbestemmelse, og som er en sentral verdi i menneskerettighetene. Før det kan vedtas bruk av tvang etter psykisk helsevernloven, må pasienten mangle samtykkekompetanse. Et unntak er hvis pasienten er i fare for eget eller andres liv, som tidligere beskrevet i avsnitt 2.7.1. (Pedersen & Aarre, 2017, s. 153).

2.8.3 Autonomiprinsippet

Nortvedt (2021) peker på autonomiprinsippet som én av de fire viktigste etiske prinsippene i sykepleien. Det går ut på at en pasient selv skal bestemme over sin behandling og pleie, inkludert å nekte slik hjelp (Nortvedt, 2021, s. 87).

2.8.4 Velgjørhetsprinsippet

Velgjørhetsprinsippet handler om å handle i pasientens beste interesse (Nortvedt, 2021, s. 85). Det er et viktig fundament i alt helsesrelatert arbeid, og krever at man handler upartisk uansett hvem pasienten er.

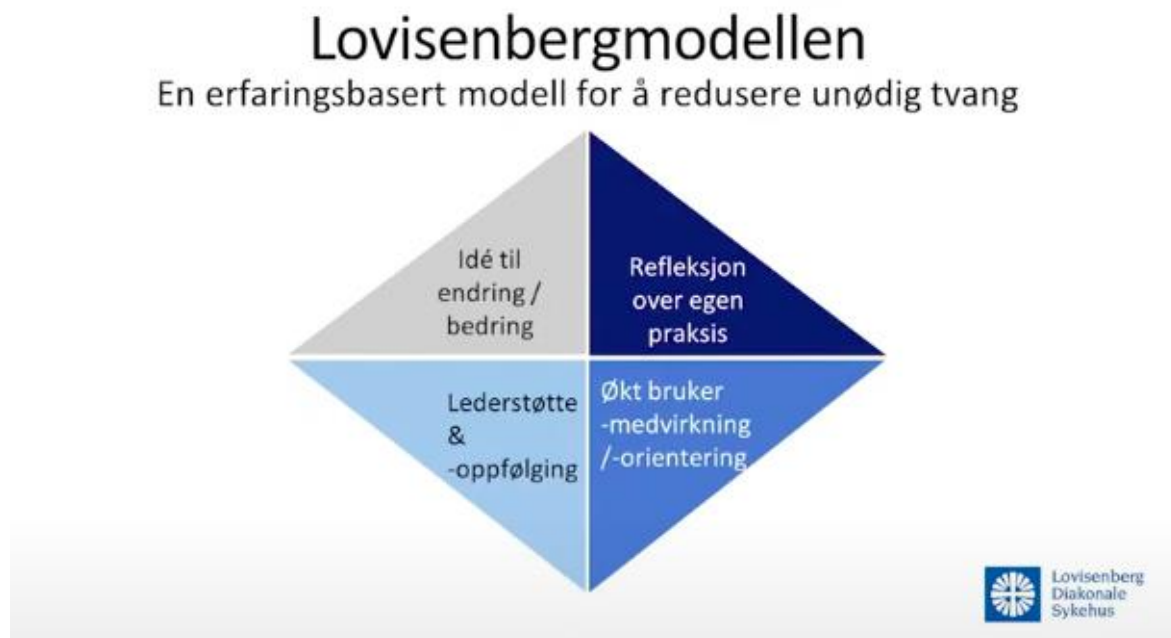
2.8.5 Ikke skade-prinsippet

Ikke skade-prinsippet er et prinsipp som ivaretar pasienten slik at de har minst mulig smerter og ubehag, hvor sykepleieren lindrer og viser omtanke for pasienten (Nortvedt, 2021, s. 86). Nortvedt (2021) viser også til viktigheten av å utføre prosedyrer som er nødvendig så skånsomt og varsomt som mulig.

2.9 Teoretisk modell

Klinikk for psykisk helsevern ved Lovisenberg diakonale sykehus har jobbet med å få ned bruken av tvang i sine døgnposter og på akutenhetene (Hoel, 2021). Lovisenbergmodellen er en fremgangsmåte som reduserer unødvendig bruk av tvang basert på erfaringer fra brukere,

pårørende, og ansatte. Erfaringskompetansen fra situasjoner der tvang brukes, blir brukt til å utvikle idéer, og ved innføring, gjennomføring og opprettholdelse av redusert bruk av unødig tvang. Lovisenberg diakonale sykehus (LDS) har jobbet spesifikt med å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler der Lovisenbergmodellen anvendes (Hoel, 2021).



Figur 1. Lovisenbergmodellen

Figuren ovenfor er en oversikt over Lovisenbergmodellen. I et webinar (Hoel et al., 2021) presenterte Nikolaj Kunøe et eksempel på bruken av Lovisenbergmodellen, knyttet til prosjektet til LDS om å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler. Refleksjonen over praksis var at det var for mange situasjoner som ble håndtert med belter. Idéen til endring/bedring var å legge bort beltene, og gjøre de mindre tilgjengelige på postene. I tillegg var meningen å trene mer på andre alternativer som var mindre inngripende, som frivillig dialog, forebygging, og kortvarig fastholding. Lederstøtte og -oppfølging gikk ut på å bli lyttet til av ledelsen, og det ble satt tydelige mål for prosjektet. I tillegg ble ansatte fulgt opp, og betrygget om at prosjektet skulle gå bra. Forskning har også vært en del av støtten og oppfølgingen, for å utvikle løsninger sammen med ansattes erfaringskompetanse, og brukernes og pårørendes erfaringer. Pasientene fikk et bedre møte med tjenesten, og det ble mer riktig bruk av tvang som en del av økt brukermedvirkning/-orientering (Hoel et al., 2021).

3 Metode

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. I en litterær oppgave, hentes det data ut fra eksisterende fagkunnskap, forskning og teori (Dalland, 2020, s. 199). I dette kapittelet vil søkene og valgene av forskning, pensumlitteratur, og andre kilder bli forklart.

3.1 Søkehistorikk

Litteratursøk ble gjort i databasene PsycInfo, CINAHL, PubMed, og søkemotoren Google Scholar. Søkeordene brukt vises i tabell 1. Jeg ønsket først og fremst å finne forskningsartikler på de tre førstnevnte databasene fordi Google Scholar ikke har samme mulighetene for avansert søk. Jeg gjorde flere systematiske søk i de ulike databasene, men fant mest på PubMed.

Med Google Scholar skulle jeg gjøre et søk for å ha oversikt over artikler som var lagt ut om tematikken mekaniske tvangsmidler i Norge. Jeg så kun gjennom de første tre sidene fordi jeg allerede fant flere artikler som kunne være relevante. Jeg leste ulike sammendrag og artikler som belyste både pasienters og sykepleieres perspektiv på bruken av mekaniske tvangsmidler. På PubMed brukte jeg først søkeord direkte knyttet til problemstillingen. Det ble gjort et andre søk med fokus på håndtering av pasienter med aggresjon og voldelige tendenser som kunne redusere bruken av tvangsmidler.

Tabell 1

Tabellen viser søkeordene og databasen/søkemotoren som er brukt, dato for søkene, antall treff for søkene, antall leste sammendrag og artikler, og hvilke artikler som er valgt.

3.1.1 Søkestrategi

Søkedato	Søk nr.	Søkeord/-kombinasjoner	Database/Søkemotor	Antall treff	Leste sammendrag	Leste artikler	Valgte artikler
11.01.2022	2	1. Physical restraint 2. Norwegian psychiatric ward	Google scholar	22700	4	3	Wynn, R. (2007) Psychiatric inpatients' experiences with restraint
14.01.2022	3	1. Nurses 2. Prevention 3. Mechanical restraint 4. Psychiatric unit OR hospital 5. 1 AND 2 AND 3 AND 4	PubMed	10	2	2	Guzman-Parra, J., Serrano, C. A., Garcia-Sánchez, J. A., Pino-Benitez, I., Alba-Vallejo, M., Moreno-Küstner, B. & Mayoral-Cleries, F. (2016) «Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward»

							Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Lluch-Canut, T., Molina-Martínez, L., Bastidas-Salvadó, A., Puig-Llobet, M. & Roldán-Merino, J. F. (2021) "Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study"
21.03.2022	4	1. Managing 2. Aggressive or violent psychiatric patients 3. Reduce mechanical restraint	PubMed	3	2	1	Fernández-Costa, D., Gómez-Salgado J., Fagundo-Rivera, J., Martín-Pereira, J., Prieto-Callejero, B. & García-Iglesias, J. J. (2020) «Alternatives to the use of mechanical restraints in the management of agitation or aggressions of psychiatric patients: A scoping review»

3.2 Litteratursøk

3.2.1 Avgrensing

Avgrensningene som ble gjort på PubMed var at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år og at artikkelen skulle være på engelsk eller norsk. Inklusjonskriterier var at artiklene skulle omhandle bruken av mekaniske tvangsmidler i psykiatrisk avdeling. Artiklene skulle også ha belyst tiltak som kunne brukes for å unngå eller redusere bruken av tvangsmidler.

3.2.2 Inklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene på Google Scholar var at studien ble gjennomført i Norge, i voksenpsykiatrisk avdeling. Kriteriene var ikke like spesifikke på Google Scholar, ettersom jeg var mest ute etter å se hva slags studier om mekaniske tvangsmidler som ble utført i Norge. Google Scholar er dessuten en søkemotor som ikke gir mulighet for systematiske søk på samme måte som databaser som PubMed og CINAHL.

3.2.3 Begrunnelse av valg av forskningsartikler

Avgrensningen skulle være artikler nyere enn 10 år. Jeg har likevel valgt å inkludere Wynn (2007) fordi studien ble utført i Norge, og jeg vurderte den som relevant fordi den gir en forståelse av pasientenes opplevelse av tvang utført i Norge og drøfter pasientenes egne meninger om hva som kan bidra til å unngå bruken av tvangsmidler.

Tre av forskningsartiklene jeg har valgt er kvantitative forskningsartikler. Det er lagt vekt på kvantitative forskningsartikler fordi jeg vurderte det som mest hensiktsmessig i forhold til at problemstillingen min er ute etter spesifikke tiltak. I tillegg ville jeg velge én kvalitativ forskningsartikkel som belyser pasienters erfaringer for å ha pasientperspektivet på hvilke tiltak som bør brukes, fordi jeg tenker at det er pasientene som blir mest påvirket av tvangsmiddelbruken.

3.3 Litteratur

Litteratur er valgt gjennom pensumlitteratur fra Lovisenberg diakonale høyskole under emnet om psykisk helsearbeid. Fra Gonzales *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* fra 2020 er kapitlene til Stensrud og Syse vektlagt. Disse kapitlene forklarer situasjoner som kan innebære bruk av tvang, og tvungen psykisk helsevernloven. De to kapitlene belyser problemstillingen min i tilknytning til lovverket. Dessuten viser kapitlene til sykepleierens rolle i utøvelsen av tvang hos pasienter.

I Pedersen & Nortvedt *Etikk i psykiske helsetjenester* fra 2017 bidrar kapitlene skrevet av Pedersen, Aarre, og Husum til å belyse etiske dilemmaer ved bruken av tvang.

Lovisenberg sykehus har jobbet med å få ned tvangsbruken, og har ulike prosjekter for å få det til (Hoel, 2021). Artikkelen om Lovisenbergmodellen er derfor svært relevant. I tillegg har jeg brukt en doktorgradsavhandling av Rolf Wynn i flere deler av teorien som kilde fordi den fokuserer på bruken av tvangsmidler i Norge. Lovverket, yrkesetiske retningslinjer, nasjonale retningslinjer, og enkelte andre artikler blir også benyttet. Lovverket og ulike retningslinjer er rammene og premissene for tiltak som bør brukes for å redusere bruken av tvangsmidler.

3.4 Kildekritikk

Det hadde vært en fordel dersom forskningsartiklene som ble valgt, ble utført i Norge. Det var derimot ikke mange artikler jeg fant som besvarte problemstillingen. Valg av søkeord begrenset dessuten antall artikler. Det kan være artikler jeg har oversatt på Google Scholar fordi det var mange resultater.

To av studiene ble utført i Spania, én i Norge, og litteraturstudien omfatter for det meste land i Europa. Sammenligning av tvang både nasjonalt og internasjonalt har vist seg å være vanskelig på grunn av mangelfullt datagrunnlag, ulike lovgrunnlag og at det er store variasjoner i organisering av tjenestene og det enkelte lands definisjon av tvang (Helsedirektoratet, 2015, s. 13). Det gjør at overførbarheten til norske forhold blir svakere. Studien fra Norge er eldre, og pasienters erfaringer med bruk av mekaniske tvangsmidler kan ha endret seg. Jeg valgte likevel å ha studien til Wynn (2007) fremfor å ha en nyere artikkel, fordi den drøftet godt rundt de intervjuede pasientene mente var relevante tiltak for å forebygge bruken av tvangsmidler i deres situasjon.

Jeg har søkt opp tidsskriftene der forskningsartiklene har blitt publisert i «Register over vitenskapelige publiseringskanaler.» Alle tidsskrift inkludert hadde nivå 1, som tilfredsstillte minimumskravet til vitenskapelighet.

Det er valgt enkelte tiltak fra forskningsartiklene etter min egen vurdering. Valget kan ha ført til at oppgaven ikke tar for seg tiltak som også er viktige for å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler.

Forfatterne i annen litteratur jeg har valgt, har relevante utdanninger og arbeid innenfor psykiatri (Gonzales, 2020, s. 510; Pedersen & Nordtvedt, 2017, s. 353-355). Derfor vurderer jeg valgt litteratur som troverdig. Fagbøkene som er brukt i oppgaven er av nyere dato, og kan vise til oppdatert kunnskap.

Som nevnt i avsnitt 2.9., er Lovisenbergmodellen utviklet for å redusere tvangsbruken. Lovisenberg diakonale sykehus har gjort flere prosjekter og har flere erfaringer som kan brukes i andre sykehus. Prosjektene er ikke utprøvd i andre sykehus foreløpig, og derfor tenker jeg at man ikke kan vite om det har god effekt generelt i andre sykehus også,

3.5 Etske vurderinger

Både i innledning og drøfting nevner jeg kort om egne erfaringer fra praksis og arbeid. Taushetsplikten ivaretas ved at navnet på sykehuset eller avdelingen ikke kommer fram. Dessuten blir ikke enkeltsituasjoner beskrevet om én pasient.

Studiene valgt har blitt vurdert og godkjent av etiske komiteer. I den kvalitative studien fikk de informert skriftlig samtykke fra pasientene (Wynn, 2007). Deltakerne fra studiene er anonymisert.

4 Presentasjon av forskningslitteratur

I dette kapittelet presenteres resultater fra forskningsartiklene i en artikkelmatrise uten foretatte tolkninger eller vurderinger.

Den første forskningsartikkelen viser til pasienter som mener at bruken av mekaniske tvangsmidler kunne ha blitt unngått hvis de ansatte hadde handlet på et tidligere tidspunkt, men med mindre restriktive tiltak (Wynn, 2007). I andre forskningsartikkel er det et intervensjonsprogram som viser seg å være effektiv i å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler (Guzman-Parra et al., 2016). Tiltak som var inkludert i studien til Guzman-Parra et al. (2016) var verbale deeskaleringsteknikker, risikovurderinger, og inkludering av pasienter i behandlingen deres. Forskningsartikkel nummer fire inkluderer samme tiltak og viser til samme resultater som er at det blir mindre bruk av mekaniske tvangsmidler (Fernández-Costa, 2020). Den tredje forskningsartikkelen fokuserer på verbal deeskalering, hvor funnene viser at nesten halvparten av pasientene som blir underlagt mekaniske tvangsmidler ikke får nytte av verbal deeskalering (Pérez-Toribio et al., 2021). Disse funnene vil bli diskutert videre i drøftingsdelen av oppgaven.

Tabell 2

Tabellen under viser funnene fra forskningsartiklene valgt for oppgaven.

4.1 Artikkelmatrise

Nr	Forfatter/årstall/ Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Wynn, R. (2007) « <i>Psychiatric inpatients' experiences with restraint</i> »	Journal of Forensic Psychiatry & Psychology	Å undersøke pasienters erfaringer med bruken av mekaniske tvangsmidler.	Kvalitativ studie med individuelle intervjuer av pasienter som har opplevd mekaniske tvangsmidler.	Noen pasienter forsto og var enige i bruken av tvangsmidlene, mens andre var mer kritisk til det. Mange mente at det kunne ha blitt unngått hvis de ansatte hadde behandlet dem på en bedre måte, som å handle tidligere, men med mindre restriktive tiltak. Det var noen som mente at det svekket alliansen mellom pasient og hjelper i tillegg til at de følte mistillit, redsel og sinne mot personalet etter hendelsen. Studien diskuterer pasienters tanker om hvordan bruken av tvangsmidler kunne ha blitt unngått, samt hva de tenker er konsekvensene av tvangsmidler.
2	Guzman-Parra, J., Serrano, C. A., Garcia-Sánchez, J. A., Pino-Benitez, I., Alba-Vallejo, M., Moreno-Küstner, B. & Mayoral-Cleries, F. (2016) « <i>Effectiveness of a Multimodal Intervention</i> »	Journal of American Psychiatric Nurses Association	Å evaluere effekten av et multimodalt intervensjonsprogram basert på prinsippene «six core strategies» for å redusere hyppigheten av bruken av mekaniske tvangsmidler i en	Kvantitativ studie. Restrospektiv analyse av hyppigheten og varigheten av hendelser med mekaniske tvangsmidler mellom året før intervensjonen og mens intervensjonen pågikk.	Det kan være indikert at intervensjonen er mer effektiv for å forebygge voldelig atferd fremfor aggressiv atferd. Forskningsartikkelen er støttet av andre forskning som viser at intervensjonen bidro til å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler.

	<i>Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward»</i>		akuttpsykiatrisk avdeling.		
3	Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Lluch-Canut, T., Molina-Martínez, L., Bastidas-Salvadó, A., Puig-Llobet, M. & Roldán-Merino, J. F. (2021) « <i>Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study</i> »	International Journal of Mental Health Nursing	Å undersøke sammenhengen mellom sykepleieres bruk av verbal deeskalering og den kliniske tilstanden til pasienter som har vært underlagt mekaniske tvangsmidler i en akuttpsykiatrisk avdeling.	En retrospektiv kohort-studie var gjort hos pasienter som hadde behov for mekaniske tvangsmidler.	Nesten halvparten av pasientene som blir underlagt mekaniske tvangsmidler får ikke nytte av bruken av verbal deeskalering. Derimot var verbal deeskalering mindre brukt hos pasienter som ikke hadde opplevd å være underlagt mekaniske tvangsmidler og hos pasienter som ikke har fått beroligende medikamenter. I tillegg ble verbal deeskalering mindre brukt hos pasienter med schizofreni eller andre psykoselidelser.
	Fernández-Costa, D., Gómez-Salgado J., Fagundo-Rivera, J., Martín-Pereira, J., Prieto-Callejero, B. & García-Iglesias, J. J. (2020) « <i>Alternatives to the use of mechanical restraints in the management of agitation or aggressions of psychiatric patients: A scoping review</i> »	Journal of clinical medicine	Å vurdere påvirkningen av hovedtiltakene forebygger eller reduserer bruken av tvangsmidler ved håndtering av agiterede psykiatriske pasienter.	En systematisk oversiktsartikkel. (A scoping review)	Det er anbefalt å trene ansatte i å håndtere agiterede pasienter med verbale og non-verbale deeskaleringsteknikker. For å kunne fremheve mindre invaderende tiltak enn mekaniske tvangsmidler, er det viktig med tidlig oppdagelse ved bruk av risikovurderinger. Å aktivt inkludere pasienten i egen pleie inkluderes også som forebyggende tiltak mot bruk av tvangstiltak.

5 Drøfting

For å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler, kan ulike tiltak drøftes. Bruk av korttidsvirkende legemidler, og kortvarig fastholding er mulige tiltak. Derimot bidrar disse tiltakene til økt tvangsmiddelbruk, som blir diskutert kort i avsnitt 5.5. Dermed blir ikke tiltakene med tvangsmidler satt i fokus, fordi jeg tenker at det er bedre å fokusere på tiltak som bidrar til mindre tvangsbruk i psykiatriske avdelinger.

Å utvikle en mellommenneskelig relasjon mellom sykepleier og pasient, er kjernen i det sykepleiefaglige arbeidet i psykiatrien (Gonzales, 2020, s. 57). For å bygge en relasjon, kreves det tillit og allianse mellom pasienten og sykepleieren (Gonzales, 2020, s. 59).

Kommunikasjonsferdigheter og relasjonsarbeid med pasienten tenker jeg er viktig å belyse, men det blir ikke drøftet videre i de neste avsnittene, på grunn av oppgavens omfang.

Imidlertid tenker jeg at det er viktig å ha gode kommunikasjonsferdigheter, og å ha en god terapeutisk relasjon med pasienten når tiltakene for å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler utføres.

I Guzman-Parra et al. (2016) har de gjort en studie som evaluerer effekten av et multimodalt intervensjonsprogram basert på fire strategier. Tiltakene var endringer i ledelse og organisering, registrering og overvåkning av risikopasienter, opplæring av personalet i deeskaleringsteknikker, og forebygging, og å involvere pasienter i behandlingsplanen deres. I drøftingen er det de tre sistnevnte tiltakene som er inkludert, fordi det er der sykepleieren er mest involvert. I studien til Fernández-Costa et al. (2020) er voldsrisikovurderinger, deeskaleringsteknikker, og involvering av pasienter også inkludert. Pasienters erfaringer om bruken av mekaniske tvangsmidler blir belyst gjennom artikkelen til Wynn (2007), som blir drøftet videre. Forskningsartikkelen til Pérez-Toribio et al. (2021) går i dybden på effekten av verbal deeskalering. Videre drøftes lovisenbergmodellen, og etiske og juridiske punkter som er aktuelle for problemstillingen. Punktene jeg har valgt å drøfte er tiltak som utføres av sykepleiere i samarbeid med andre yrkesgrupper. Tiltakene som drøftes har som hensikt å besvare problemstillingen:

Hvilke tiltak kan bidra til å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler hos pasienter innlagt i psykiatrisk avdeling?

5.1 Verbal deeskalering

Det er flere artikler som peker mot at verbal deeskalering er et tiltak som kan redusere bruken av tvangsmidler. Fernández-Costa et al. (2020, s.11) finner fem artikler som betrakter det som et godt valg av tiltak. Ifølge studien har verbal deeskalering god effekt på å redusere angst og aggresjon. Dermed er det et godt valg for å håndtere psykomotorisk agitasjon. (Fernández-Costa et al., 2020, s.11).

Pérez-Toribio et al. (2021) undersøkte forholdet mellom bruken av verbal deeskalering utført av sykepleiere, i forhold til pasienter som ble underlagt tvangsmidler i akuttpsykiatriske avdelinger. De mente at ved å undersøke forholdet mellom verbal deeskalering og pasientene, kan det gi en bedre forståelse av faktorer som gjorde at sykepleiere bruker deeskalering i klinisk praksis. Videre kan denne forståelsen bidra til å etablere tiltak for å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler (Pérez-Toribio et al., 2021). Studien konkluderte med at nesten halvparten av pasientene som ble underlagt mekaniske tvangsmidler ikke har nytte av bruk av verbal deeskalering i forkant. For å lykkes med verbal deeskalering, var det viktig at sykepleiere visste hvordan og når det skulle brukes. Til tross for at verbal deeskaleringsteknikker er godt støttet av andre studier (Fernández-Costa et al., 2020, s.11), var det noen funn i forskningsartikkelen til Pérez-Toribio et al. (2021) om svikt i bruken av verbal deeskalering blant sykepleiere. Det vil si at verbal deeskalering ikke alltid ble brukt på riktig måte, eller på riktig tidspunkt. I tillegg kunne det være at sykepleierne ikke brukte verbal deeskalering i det hele tatt. Resultatet kan ha vært påvirket av manglende dokumentasjon, at det ikke ble gitt nok opplæring i det, eller at enkelte sykepleiere hadde behov for å utøve makt ovenfor pasienten (Pérez-Toribio et al., 2021, s. 5). Sykepleiernes behov for å utøve makt ovenfor pasienten, ble ikke utdypet videre i artikkelen. Imidlertid påstår Ingstad (2020) at det kan være nødvendig å bruke makt som blir utøvd på en positiv måte, for å gi god pleie og behandling (Ingstad, 2021, s. 156). Jeg tolker sykepleiernes behov for å utøve makt ovenfor en pasient som mindre positiv i studien, fordi det hindret sykepleierne i å utføre tiltak som kunne ha bidratt til å redusere bruken av tvangsmidler. Makt i denne sammenhengen går ut på at sykepleieren har muligheten til å påtvinge en pasient en atferd, selv om pasienten gjør motstand (Weber, 1971, sitert i Ingstad, 2021, s. 157). Avmakt er viktig for å forstå makt. De som opplever avmakt, ser ingen utvei eller muligheter til å endre sin situasjon (Ingstad, 2021, s. 171). Jeg tenker at pasienter som blir underlagt tvangsmidler føler avmakt i situasjonen, og at sykepleierne som utfører prosedyren bør være bevisst på deres maktposisjon.

Sykepleierne i studien brukte verbal deeskalering i mindre grad hos pasienter med schizofreni eller andre psykoselidelser. Det er uheldig med tanke på at pasientgruppen med psykoselidelser har høyere hyppighet av agitasjon og tvangsmiddelbruk (Pérez-Toribio et al., 2021, s. 5). Det kan være ulike faktorer, som manglende erfaring eller opplæring, frykt hos sykepleiere, og inntrykket av at det er mangel på alternative tiltak for å vedlikeholde sikkerheten i avdelingen, som fører til at verbal deeskalering blir mindre brukt hos pasienter med psykoselidelser (Pérez-Toribio et al., 2021, s. 5). Ut ifra forskningsartiklene som er drøftet, kan jeg tenke at verbal deeskalering alene ikke er nok til å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler. Andre deeskaleringsteknikker som non-verbale kommunikasjonsferdigheter er også aktuelt for å redusere tvangsmiddelbruken (Hallett & Dickens, 2017).

5.2 Risikovurdering av vold

Voldsrisikovurdering har vist seg til å redusere bruken av tvangsmidler, og blir i dag benyttet som et tiltak. Brøset Violence Checklist (BVC) er anbefalt for å vurdere risikoen for aggressiv og voldelig atferd (Austegard et al., 2017). Forskningsartikkelen til Fernández-Costa et al. (2020) viste til en studie av Abderhalden et al. (2008) at BVC reduserte voldelige hendelser og bruken av tvangstiltak med 41% og 27%. Fernández-Costa et al. (2020, s. 12) viste til en randomisert kontrollert studie av Hirsch og Steinert om at BVC reduserte risikoen for bruken av tvangsmidler i intervensjonsgruppa med 27%, mens tvangsmiddelbruken økte med 10% i kontrollgruppen.

En av strategiene i det multimodale intervensjonsprogrammet i Guzman-Parra et al. (2016, s. 235) var å registrere og overvåke pasienter som var i risiko for å bli underlagt tvangsmidler. Et verktøy kalt Presencia var brukt til å screene og kategorisere pasienter i ett av problemområdene: vold, suicidrisiko, angst, forvirring, og risiko for fall. Etter det ble risikoen, målet, og mulige tiltak evaluert hos pasientene (Guzman-Parra et al., 2016, s. 235). Basert på studiene og en prosedyre i ehåndboka fra Oslo universitetssykehus (Oslo universitetssykehus, 2021), tenker jeg at voldsrisikovurdering bidrar til å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler fordi den er med på å oppdage risikoen for vold hos pasienter som blir innlagt tidlig. Gjennom tidlig oppdagelse av voldsrisiko, kan sykepleieren i samarbeid med andre yrkesgrupper, iverksette tiltak for å forebygge og håndtere mulige voldshendelser

som kan føre til et behov for å bruke tvangsmidler. Dersom tiltak ikke blir iverksatt ved en forhøyet voldsrisiko, tenker jeg at det kan føre til en risiko for skader hos både pasienten og hjelper.

5.3 Involvering av pasienten

I Guzman-Parra et al. (2016, s. 235), var ett av tiltakene i intervensjonsprogrammet å inkludere pasienten i egen behandling. Etter en innleggelse av en pasient med risiko for vold, ble det tenkt ut en individuell plan for behandling sammen med pasienten. Det multimodale intervensjonsprogrammet viste at hendelser med mekaniske tvangsmidler ble redusert fra 164 til 85 tilfeller. Derimot økte varigheten av hver hendelse. Totalt sett ble antall timer i belteseng vesentlig redusert.

Det ble diskutert i studien at økningen kan være grunnet til at intervensjonsprogrammet hadde mål om å redusere hyppigheten av bruk av mekaniske tvangsmidler, og ikke varigheten av enkeltepisoder. Det viste til at de ulike strategiene i programmet, hadde bidratt til resultatet om redusert bruk av tvangsmidler, men det kan være vanskelig å vite om hvilke strategier som hadde bidratt mest til resultatet. Videre hadde ikke studien kontrollgruppe, så det kan ikke etableres hva som førte til reduksjonen av tvangstiltaket. Intervensjonen ble kun gjennomført på én avdeling (Guzman-Parra, 2016, s. 238), som gjorde at resultatene ikke kunne sammenlignes mellom ulike avdelinger.

Selv om studien til Guzman-Parra et al. (2016) hadde visse svakheter, støttet forskningsartikkelen til Fernández-Costa et al. (2021, s. 12) at å inkludere pasienten i egen behandling hadde vært koblet til bedre terapeutisk relasjon, og mindre hyppighet av voldelige hendelser og bruk av mekaniske tvangsmidler.

Fagprosedyren i Helsebiblioteket om bruken av mekaniske tvangsmidler i psykisk helsevern understreker at pasienten skal spørres om hvilke situasjoner som kan lede til angst, uro og sinne. Kartleggingen skal skje tidlig i forløpet. I tillegg skal de spørres om hvilke tiltak de ønsker skal iverksettes dersom det oppstår situasjoner med angst, uro, og sinne, og om deres erfaringer med aggresjon og vold mot seg selv eller andre (Austegard et al., 2017).

5.4 Hvilke tiltak mener pasientene kan redusere bruken av mekaniske tvangsmidler?

Forskningsartikkelen til Wynn (2007) undersøkte pasientenes synspunkt om hvorfor tvangsmidler ble brukt mot dem, om hvordan det kunne ha blitt unngått, deres erfaringer med det, og hva de tenkte var konsekvensene av tvangsmidlene. I kommende avsnitt vil pasientens tanker og meninger om tiltak som kunne ha bidratt til redusert bruk av tvangsmidler, bli belyst.

Flere av pasientene hadde nevnt at positiv oppmerksomhet og åpen kommunikasjon kunne ha bidratt til å unngå at pasientene ble så aggressiv at tvangsmidler ble nødvendig (Wynn, 2007, s. 131). En pasient sa at hvis de ble spurt om hva som foregikk, så kunne pasienten ha uttrykket engstelsen og behovet for å få ut aggresjonen. Pasienten mente da at det kunne ha ført til en samtale som kunne ha ført til at tvangsmidler ble helt unødvendig. Noen pasienter mente også at det føltes som om de ble dyttet mot et hjørne, og at de trengte å forsvare seg selv mot provokasjon ved å være truende eller fysisk aggressiv. Pasienter var forskjellige i personlighet, og hadde ulike symptomer. En pasient mente for eksempel at hvis de ansatte hadde latt pasienten være alene på rommet, så kunne situasjonen ha blitt bedre. I sammenheng med intervjuene med pasientene (Wynn, 2007, s. 131), oppfatter jeg at det er lettere for pasienter som har vært i psykose å forstå hvorfor bruken av tvangsmidler var nødvendig, og at de er mindre kritiske til det. Likevel var det ingen av pasientene som ville ha beskrevet erfaringen med tvangsmidler som positiv eller fordelaktig (Wynn, 2007, s. 133).

Med tanke på metoden Wynn (2007) har brukt, en kvalitativ studie, er det hensiktsmessig å vurdere funnene ut fra det. De har intervjuet tolv pasienter med ulike diagnoser. På den ene siden var det få pasienter som hadde blitt intervjuet, og derfor utfordrende å generalisere funnene i studien. På den andre siden hjalp studien med å gi en dybdeforståelse av hvordan de tolv pasientene opplevde å bli underlagt mekaniske tvangsmidler, og hva pasientene mente var relevante tiltak for å unngå det. Ifølge Stensrud (2020, s. 427) burde helsepersonell innarbeide en forståelse av at for pasienter som er i situasjoner hvor de tyr til vold, handler det ofte om at pasienten opplever avmakt, og mangel på mestring.

En kvalitativ studie av Lanthén et al. (2015) utforsket pasienters erfaringer med tvangsmidler. Noen pasienter beskrev det å være underlagt mekaniske tvangsmidler som trygt, fordi det

hindret pasientene i å skade seg selv. Dermed var det beroligende for dem (Lanthén et al., 2015, s. 3). Det viste at det er ulike perspektiver på pasienters erfaringer med tvangsmidler. Dessuten nevnte noen av pasientene i Lanthén et al. (2015) at det handlet om hvordan prosedyren ble utført. Det kan hjelpe pasienten å roe seg hvis tvangsmiddelbruken blir gjort på en rolig måte. Enkelte pasienter beskrev at det var enkelte ansatte som handlet upersonlig og ga lite hensyn til pasienten som ble underlagt mekaniske tvangsmidler (Lanthén et al., 2015, s. 4). Det kan vise til at sykepleiernes holdninger spiller en viktig rolle for hvordan pasientene opplever å bli lagt i belteseng.

5.5 Lovisenbergmodellen

Som nevnt i avsnitt 2.8, viser Lovisenberg diakonale sykehus til deres erfaringer med å redusere bruken av tvang i døgnenhetene og på akutenhetene. Knyttet til å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler, hadde de utført et prosjekt som hadde til hensikt å redusere tilgjengeligheten av belter på avdelingen, og å gjøre andre verktøy mer tilgjengelig. Lovisenbergmodellen var brukt som en fremgangsmåte i prosjektet (se avsnitt 2.9). Fordelen med prosjektet var at det beviste at tiltakene som var gjort hadde redusert beltebruken med 84% (Hoel, 2021). En artikkel fra Sykepleien av Veland & Jacob (2016) viste til de samme resultatene, men at bruken av kortvarig fastholding hadde økt. Det kan da være nødvendig å finne forskning på om det er en større fordel for pasientene at kortvarig fastholding blir brukt fremfor bruk av beltesenger. Veland & Jacob (2016) hevdet dessuten at de ikke hadde kunnskap som tilsier at det ene er bedre enn det andre. Sammenligning mellom kortvarig fastholding og beltesenger blir ikke drøftet videre i henhold til oppgavens omfang. Voldsrisikovurdering, deeskalering, kommunikasjon, og involvering av pasienten er tiltak som er til felles med det som allerede er drøftet tidligere i oppgaven og faktorer som er antatt til å ha bidratt til reduksjonen av bruken av mekaniske tvangsmidler på Lovisenberg diakonale sykehus.

5.6 Etikk og lovverk

De etiske prinsippene kan gå imot hverandre når bruken av mekaniske tvangsmidler hos en pasient blir vurdert. Hvis kun autonomiprinsippet blir fulgt, skal pasienten teoretisk sett kunne få gjøre som de vil. Autonomiprinsippet kan være et hinder i en situasjon hvor tvangsmidler må anvendes. Med velgjørhetsprinsippet handler det om å handle i pasientens beste

interesse (Nortvedt, 2021, s. 85). Jeg har opplevd at det pasienten ønsker selv, og hva fagfolk tenker er det beste for pasienten, kan motstride hverandre. Dessuten er «ikke skade-prinsippet» et etisk prinsipp som skal ivareta en pasient slik at de har minst mulig smerter og ubehag. Hvis aggressiv og voldelig atferd fører til at de skader dem selv, mener jeg at bruken av tvangsmidler er det som ivaretar «ikke skade-prinsippet.» Derimot kan bruken av mekaniske tvangsmidler føre til mer enn ubehag og smerter for pasientene (Wynn, 2007).

Ved bruk av mekaniske tvangsmidler, er sykepleieren og andre yrkesgrupper bundet til å følge psykisk helsevernloven. Å redusere bruken av tvang mest mulig er dermed viktig i henhold til at det kun skal brukes når absolutt nødvendig (psykisk helsevernloven, §4-8). Selv om oppgaven omhandler pasienter som blir underlagt formell tvang, i form av mekaniske tvangsmidler som skal vedtas i henhold til lovverk, gjelder fortsatt pasient- og brukerrettighetsloven som er tidligere nevnt i avsnitt 2.6.1 og 2.6.2 hvor tjenestetilbudet skal utformes sammen med pasienten, så langt det lar seg gjøre (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999 § 3-1). Hvis pasienten er tvangsinnlagt, er det allerede et brudd på yrkesetiske retningslinje punkt 2.6, hvor det står at sykepleieren skal respektere pasientens rett til selv å forta valg (NSF, u.å.b). Da tenker jeg at det er spesielt viktig at pasienten blir inkludert i utformingen av egen behandlingsplan om mulig, som respekterer pasientens rettigheter. I helsepersonelloven (1999, §4), har helsepersonell plikt til å arbeide ut ifra kravene til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp. Forsvarlighetskravet er minstestandarden for hvordan yrkesutøvelsen bør utføres. Siden lovverk, etiske prinsipper og yrkesetiske retningslinjer ligger til grunn for faglig forvarlighet, kan det også være utfordringer knyttet til å jobbe ut ifra alle kravene.

I avsnitt 2.8.2. blir det nevnt at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet. Punktene i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer er grunnlaget for sykepleie til pasienter, også i psykiatriske avdelinger (NSF, u.å.b). Selv om de yrkesetiske retningslinjene er grunnlaget for sykepleien, åpner psykisk helsevernloven for unntak dersom det er absolutt nødvendig. Bruken av mekaniske tvangsmidler innebærer alltid en risiko for krenkelse (Stensrud, 2020, s. 427) som motstrider retningslinjene en sykepleier burde gå etter. Dessuten begrenser tvang individets rett til selvbestemmelse (Helsedirektoratet, 2021, kap. 5). Dermed kan lovverket som åpner for bruken av tvangsmidler i akutte nødssituasjoner, motstride etiske prinsipper og retningslinjer.

I 2016 fikk et utvalg i regjeringen Solberg oppdrag om å utrede behov for endringer i tvangslovgivningen i helse- og omsorgssektoren. Tvangsbegrensningsloven inneholder forslag til ny lov om begrensning av bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren (NOU 2019: 14). Hovedforslaget deres knyttet til bruk av mekaniske tvangsmidler, er å videreføre forbudet mot bruken av det i undersøkelse og behandling. Dessuten forslår de at dagens hjemmel for å bruke mekaniske tvangsmidler for å avverge betydelig skade på bygninger, klær, inventar, eller andre ting, ikke skal videreføres. Bruk av mekaniske tvangsmidler som skadeavvergende tiltak i nødssituasjoner blir foreslått å være faset ut i løpet av tre år etter at loven trer i kraft, og at mekaniske tvangsmidler kun skal brukes i sikkerhetsavdelinger (Helse- og omsorgsdepartement, 2021, avsn. 6.12.4). Jeg tenker at de nye forslagene kan bidra til å begrense bruken av mekaniske tvangsmidler betydelig, hvis det er mulig å utføre. Derimot har Lovisenberg diakonale sykehus (LDS) skrevet i sin høringsuttalelse vedrørende Tvangsbegrensningsloven at de, basert på deres erfaringer, er uenige i at tiltaket utfases uten reelle alternativer. Dessuten er de uenige i at det kun er på sikkerhetsavdelinger mekaniske tvangsmidler skal kunne anvendes (LDS, 2019, s. 9). Begrunnelsen er at det ofte er utagering og voldshendelser i tidlige akutfaser. Det skjer vanligvis før pasienter kan flyttes til sikkerhetsavdeling. Videre er det få plasser i sikkerhetsavdeling, så det vil være mange pasienter med forhøyet voldsrisiko i akuttmottak, og i enkelte psykiatriske døgnenheter. I tillegg kan det hende at hvis beltelegging ikke lenger blir mulig i akuttpsykiatriske avdelinger, vil noen pasienter måtte plasseres i fengsel eller politi-arrest som et alternativt (LDS, 2019, s. 9). LDS mener det vil være direkte anti-terapeutisk, og at pasienter med alvorlig selvskading ikke kommer til å få hjelpen de trenger. Det virker som om det er gode forslag som utvalget har lagt frem, men at enkelte forslag kan være utfordrende å gjennomføre i praksis. Dessuten understreker LDS at for å forebygge tvangsbruk, krever det økte ressurser i helsesektoren (LDS, 2019, s. 3).

6 Avslutning

Hvilke tiltak kan bidra til å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler hos pasienter innlagt i psykiatrisk avdeling?

For å besvare problemstillingen har jeg gjort rede for relevant teoretisk grunnlag, og valgt ut forskningsartikler som belyser ulike tiltak. Verbal deeskalering, risikovurdering av vold, og involvering av pasienten er tiltak jeg kommer frem til som kan bidra til å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler.

Forskningsartiklene viste til at tiltakene i hovedsak hadde god effekt, og jeg tenker at tiltakene har overførbarhet til praksis. Jeg har erfart at risikovurdering av vold allerede brukes i praksis, men at utøvelsen av tiltak som verbal deeskalering, og involvering av pasienten fortsatt har potensiale til å bli mer brukt i praksis. En ulempe er at verbal deeskalering ikke har vist til god nok effekt i seg selv, ifølge Pérez-Toribio et al. (2021), men at det var mange faktorer som bidro til dette resultatet. Når jeg sammenligner forskningsartiklene, forstår jeg det slik at ett tiltak for å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler ikke er nok i seg selv. Det er et behov for at flere tiltak iverksettes på forskjellige nivåer av helsetjenesten, for at man skal kunne oppnå målet om å redusere bruken av mekaniske tvangsmidler.

I tillegg kommer tiltak som pasientene foreslo selv, som åpen kommunikasjon og positiv oppmerksomhet som de mente kunne ha bidratt til å unngå bruken av mekaniske tvangsmidler. Lovisenberg diakonale sykehus hadde også gjort belter mindre tilgjengelig på avdelingene, og var et tiltak som viste seg til å ha hatt god effekt (Veland & Jacob, 2016). Dermed tenker jeg at det burde prøves ut i andre avdelinger og sykehus også for å vite om det er et relevant tiltak å innføre i nasjonale faglige råd.

Etikk og lovverk knyttet til bruken av mekaniske tvangsmidler ble diskutert. Jeg tenker at dette er et utfordrende tema, og derfor er det viktig at sykepleieren som jobber med pasienter som er i risiko for å bli underlagt tvangsmidler, har kunnskap og bevissthet rundt de juridiske og etiske rammene sykepleieren skal jobbe ut ifra.

Referanseliste

Austegard, A-T. A., Bovim, K. J., Djupvåg, O. S., Fotland, T. S., Garvik, L., Holtskog, T. E., Lexau, J., Mjelde, K. E., Ramberg, T. M. & Nag, T. H. (2017). *Mekaniske tvangsmidler – bruk i psykisk helsevern*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mekaniske-tvangsmidler-bruk-i-psykisk-helsevern>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.

Fernández-Costa, D., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Matín-Pereira, J., Prieto-Callejero, B. & García-Iglesias, J. J. (2020). Alternatives to the use of mechanical restraints in the management of agitation or aggressions of psychiatric patients: a scoping review. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2791. <https://doi.org/10.3390/jcm9092791>

Folkhelseinstituttet. (2017). Effekt av tiltak for å redusere tvangsbruk i psykisk helsevern for voksne: en systematisk oversikt. <https://www.fhi.no/publ/2017/effekt-av-tiltak-for-a-reducere-tvangsbruk-i-psykisk-helsevern-for-voksne-e/>

Gonzales, M. T. (Red.). (2020). *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. Gyldendal.

Gonzales, M. T. (2020). Relasjonsarbeid - sykepleieprosessens mellommenneskelige del. I M. T. Gonzales (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s.57-67).

Guzmann-Parra, J., Serrano, C. A., García-Sánchez, J. A., Pino-Benítez, I., Alba-Vallejo, M., Moreno-Küstner, B. & Mayoral-Cleries, F. (2016). Effectiveness of a multimodal intervention program for restraint prevention in an acute Spanish psychiatric ward. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, s. 233-241.

<https://doi.org/10.1177/1078390316644767>

Hafstad, A. (2021). Tvang i psykisk helsevern: De umulige valgene. [Leder]. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/meninger/2021/11/tvang-i-psykisk-helsevern-de-umulige-valgene>

Hallett, N. & Dickens, G. L. (2017). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, s. 10-20.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003>

Helsedirektoratet. (2015). *Internasjonalt perspektiv på psykisk helse og helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser*. (IS-2314).

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/internasjonalt-perspektiv-pa-psykisk-helse-og-helsetjenester-til-mennesker-med-psykiske-lidelser/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf/_attachment/inline/2784807c-b441-4137-a3a1-61fff9f8836a:75040e04f7107e9eec48b8d9fada6ad1866dc7a4/Internasjonalt%20perspektiv%20p%C3%A5%20psykisk%20helse%20og%20helsetjenester%20til%20mennesker%20med%20psykiske%20lidelser.pdf

Helsedirektoratet. (2021, 14. desember). *Tvang – forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne: Nasjonale faglige råd*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tvang-forebygging-av-tvang-i-psykisk-helsevern-for-voksne/metode-og-prosess>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helse- og omsorgsdepartement. (2021). *Høringsnotat om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget*. [Høring].

<https://www.regjeringen.no/contentassets/0ea7eeab31a4475cb0ac7e63b72e7784/horingsnotat-oppfolging-av-forslagene-fra-tvangslovutvalget.pdf>

Hem, H. & Skuterud, A. (2021, 4. november). Det trengs mindre tvang i psykisk helsevern. Ikke mer. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/7dBv24/det-trengs-mindre-tvang-i-psykisk-helsevern-ikke-mer>

Hoel, T. L. (2021, 14. juni). *Lovisenbergmodellen: Har redusert tvangsbruken*.

Erfaringskompetanse. <https://erfaringskompetanse.no/nyheter/har-reduisert-tvangsbruken/>

Hoel, T. L., Kunøe, N., Nussle, H. M. & Nordhus, M. (2021). *Lovisenbergmodellen – en erfaringsbasert modell for å redusere bruk av tvang i døgneheter*. [Webinar]. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.

<https://erfaringskompetanse.no/nyheter/har-redusert-tvangsbruken/>

Husum, T. L., Hem, M. H., Pedersen, R. & Aarre, T. F. (2017). Ethiske dilemmaer ved bruk av tvang. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s.190-209). Gyldendal.

Ingstad, K. (2021). *Sosiologi: I helsefag og sykepleie* (2. utg.). Gyldendal.

Krohg, F. (Regissør). (2021). Tvang i psykiatrien [Episode i debattprogram]. I K. Wangen (Produksjonsleder), *Debatten*. NRK.

<https://tv.nrk.no/serie/debatten/202110/NNFA51102121/avspiller>

Lanthén, K., Rask, M. & Sunnqvist, C. (2015). Psychiatric patients experiences with mechanical restraints: An Interview Study. *Psychiatry Journal*, 748392.

<https://doi.org/10.1155/2015/748392>

Lovisenberg diakonale sykehus. (2019, 19. desember). *Høringsuttalelse vedr forslaget til Tvangsbegrensningslov*. [Høringssvar].

https://www.regjeringen.no/contentassets/47d4055d7e434e2b9c546d6d5252567d/lovisenberg-diakonale-sykehus.pdf?uid=Lovisenberg_Diakonale_Sykehus

Norsk sykepleierforbund. (u.å.a). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*.

<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>

Norsk sykepleierforbund. (u.å.b). *Yrkesetiske retningslinjer*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. (2021). Omtanke: *Innføring i sykepleieetikk* (3. utg.). Gyldendal.

NOU 2019: 14. (2019). *Tvangsbegrensningsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-14/id2654803/>

Oslo universitetssykehus. (2021, 4. januar). Voldsrisikovurdering – innleggelse og utskrivning. I *eHåndboken*. Hentet 12. april 2022 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/5817>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pedersen, R. & Aarre, T. F. (2017). Autonomi, informert samtykke og samtykkekompetanse. I R. Pedersen & P. Nortvedt (Red.), *Etikk i psykiske helsetjenester* (s.190-209). Gyldendal.

Pedersen, R. & Nortvedt, P. (2018). *Etikk i psykiske helsetjenester*. Gyldendal.

Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A. R., Lluch-Canut, T., Molina-Martínez, L., Bastidas-Salvadó, Puig-Llobet, M. & Roldán-Merino, J. F. (2021). Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*, s. 339-347.

<https://doi.org/10.1111/inm.12961>

Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern*. (LOV-1999-07-02-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62>

Stensrud, B. (2020). Kliniske situasjoner som kan innebære bruk av tvang. I M. T. Gonzales (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 419-429). Gyldendal.

Syse, A. (2020). Kort om psykisk helsevernloven. I M. T. Gonzales (Red.), *Psykiske lidelser: faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (s. 486-496). Gyldendal.

Tvangsforsk. (u.å.). *Nøkkeltall tvang*. Hentet 30. mars 2022 fra https://tvangsforskning.no/ressurser-og-lenker/noekkeltall_tvang/

Veland, M. C. & Jacob, A. (2016). Bruker mindre tvang. *Sykepleien*, 104(04).
[10.4220/Sykepleiens.2016.57137](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.57137)

Wynn, R. (2004). Restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital.
International Journal of Circumpolar Health. DOI:[10.3402/ijch.v63i4.17763](https://doi.org/10.3402/ijch.v63i4.17763)

Wynn, R. (2007). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, s. 124-144. <https://doi.org/10.1080/14789940410001655187>

Wynn, R. (2015). The Use of Physical Restraint in Norwegian Adult Psychiatric Hospitals.
Psychiatry Journal. <https://dx.doi.org/10.1155/2015/347246>