



Triggere til voldsepisoder som resulterer i bruk av tvangsmidler i akuttpsykiatriske avdelinger - et multisenterpsosjekt

PhD-prosjekt, finansiert av Helse Sør-Øst

Prosjektorganisering

Prosjektet utgår fra SIFER Sør-Øst.

- Deltakere er Akuttpsykiatriske avdelinger for voksne innenfor Helse Sør-Øst

Prosjektleder:

- Øyvind Lockertsen, Forsker (RN, MSc, PhD), SIFER Sør-Øst / Førsteamanuensis OsloMet.

Prosjektgruppedeltakere:

- Tonje Lossius Husum, Professor (Psykologspesialist) OsloMet
- Johan Sigveland, Seniorforsker (Psykologspesialist, PhD), Psykisk helsevern og rus-divisjonen, avdeling FOU, Ahus
- Veronica Lockertsen, Førsteamanuensis (RN, MSc, PhD), OsloMet
- Tonje Granmo, Leder av brukerrådet BUPA og APA, OUS
- John Olav Roaldset, Overlege SIFER Sør-Øst.
- Stipendiat, Skal tilsettes

Lokale prosjektledere

- Lokale prosjektledere ved alle deltakende avdelinger

Bakgrunn

- Akuttpsykiatriske avdelingsmiljøer er assosiert med økt risiko for vold (Abderhalden et al., 2007; Carr et al., 2008; Dack et al., 2013; Szabo et al., 2015).
- Mellom 17 – 31 % av innlagte pasienter utøver vold (fysisk vold eller trusler) under innleggelse i akuttpsykiatriske avdelinger (Bowers et al., 2011; Iozzino et al., 2015).
- Lavere rater er beskrevet i prospektive studier fra akuttavdelinger i Norge (9 - 15 %) (Hartvig et al., 2011; Lockertsen et al., 2020; Mellesdal, 2003).
- De fleste episodene oppstår de første dagene etter innleggelse (Abderhalden et al., 2007; Grassi et al., 2001; Lockertsen et al., 2018; Mellesdal, 2003)
- Et mindretall av pasientene er uforholdsmessig ansvarlige for flere episoder (Bowers et al., 2011; Mellesdal, 2003)

Noen konsekvenser av voldsepisoder

- Påvirker alle involverte negativt (Dack et al., 2013)
- Resulterer ofte i bruk av tvangsmidler og langvarige tvangsinnleggelses (Jeandarme et al., 2016).
- Å være vitne til vold kan indusere frykt og usikkerhet blant medpasienter (Hamrin et al., 2009; Kennedy et al., 2019).
- Kan påvirke det terapeutiske miljøet negativt, og være traumatiserende og demoraliserende for alle involverte (Kennedy et al., 2019; Szabo et al., 2015).

Viktigste risikofaktorer for aggresjon (Weltens et al., 2021)

- Pasientrisikofaktorer
 - psykotisk- eller bipolar lidelse, rusmisbruk, historie med aggresjon og yngre alder.
- Personalrisikofaktorer
 - menn, ufaglært eller midlertidig ansatt, høy jobbelastning, misnøye med jobben eller ledelsen, utbrenthet og kvaliteten på interaksjonen med pasientene.
- Personalets beskyttelsesfaktorer
 - godt fungerende team, godt lederskap og involvering i behandlingsbeslutninger.
- Avdelingsrisikofaktorer
 - høy beleggsprosent, travle områder i avdelingen, utrygt eller restriktivt miljø, mangel på struktur på dagtid, røyking og mangel på privatliv (Weltens et al., 2021).

Forskning på risikofaktorer og voldsrisikovurderinger

- Forskning på voldsrisikovurderinger vektlegger statiske risikofaktorer, men assosiasjonene mellom statiske faktorer og aggresjon er svake (Dack et al., 2013).
- Viktig å vurdere dynamiske kliniske faktorer i risikovurderinger (Sands et al., 2012).
- Risikovurderinger må utføres raskt, historisk informasjon er kanskje ikke tilgjengelig, og korte sjekklister og korttidsrisikovurderinger er nødvendig (Almvik et al., 2000; Anderson & Jenson, 2018; Dickens et al., 2020; Eriksen et al., 2022).
- En review anbefaler instrumentene V-RISK-10 (Hartvig et al., 2007) og BVC (Linaker & Busch-Iversen, 1995) til dette formålet i akuttpsykiatriske avdelinger (Anderson & Jenson, 2018).
- Pasienters egenvurdering er lite undersøkt, men funn tyder på at det kan anerkjennes som en risikofaktor i akuttavdelinger (Lockertsen et al., 2018; Roaldset & Bjorkly, 2010)
- Mangler forskning på pasienters perspektiv på dynamiske risikofaktorer (Greer et al., 2020).
- Pasientfaktorer studeres oftest, og fremtidige studier bør fokusere på faktorer som er bedre egnet for å forebygge aggresjon som avdelings- og personalfaktorer (Weltens et al., 2021)

Deeskalering

- Deeskalering anbefales som første intervensjon ved eskalering av aggresjon (National Collaborating Centre for Mental, 2015; Richmond et al., 2012)
- Deeskalerende inngrep bør stå i forhold til risikoen for skade (Price & Baker, 2012)
- Rigide, unødvendige eller overdrevent restriktive tilnærminger er kjent for å øke risikoen (Duxbury, 2002).
- Å svare ved å vise respektløshet, i form av å være hierarkisk og ikke gi tid, hindrer effektiv deeskalering (Price et al., 2018)

Restriktive tiltak og tvang

- Lav risiko bør oppmuntre ansatte til å legge til rette for større tilgang til frihet og redusere restriktive inngrep, og for restriktive tiltak kan bidra til å øke risiko (Maguire., 2018)
- Bruk av tvangsmidler ikke er terapeutisk og kan forårsake fysisk og psykisk skade (Bonner et al., 2002; Duxbury et al., 2019; Maguire et al., 2018)
- Har blitt sådd etisk tvil om bruk av tvang, og bruk av dialogiske tilnærminger er foreslått (Haugvaldstad & Husum, 2016; Salzmann-Erikson, 2017; Terkelsen & Larsen, 2016)
- Økt fokus på voldsforebygging og voldshåndtering som alternativer til tvangsmidler (Duxbury et al., 2019)

En tidligere studie sammenliknet sykepleiere og pasienters vurdering av hvorfor voldsepisoder oppstår (Duxbury & Whittington, 2005)

- Sykepleiere og pasienter vurderer årsakene til voldsepisoder forskjellig.
- Sykepleiere oppfatter psykiske lidelser som en sterk forløper, mens pasienter fremhever pleiepersonalets dårlige kommunikasjon og ineffektive lytteferdigheter
- Økt kunnskap om utløsende faktorer for voldsepisoder vil kunne redusere tvangstiltak og stigmatisering av personer med psykiske lidelser innlagt ved akuttpsykiatriske avdelinger.

Hypotese

- Pasienter og miljøpersonale har ulik opplevelse av hva som bidrar til å utløse episoder med vold som resulterer i bruk av tvangsmidler i akuttpsykiatriske avdelinger.

Målsetting

- Hovedmålet med dette prosjektet er å utforske hva som bidrar til å utløse episoder med vold som resulterer i bruk av tvangsmidler i akuttpsykiatriske avdelinger.

Delmål å undersøke

1. Hvorvidt pasienter og miljøpersonell skårer tilstedeværelse av triggere til episoder ulikt i et overlappende spørreskjema, basert på evidensbaserte dynamiske risikofaktorer, fordelt på avdelings-, behandlings-, personal- og pasientfaktorer.
2. Undergrupper av pasienter og miljøpersonell i hvordan de skårer triggere til episoder, og mulige forskjeller mellom undergruppene.
3. Pasienter og miljøpersonells erfaringer med andre ting som bidro til å utløse episoder og pasienter og miljøpersonells forslag til hvordan man kan forebygge fremtidige episoder.

Metode,
multisenterdesign

Vår 2023, rekruttering av om lag fem ulike akuttpsykiatriske avdelinger

Samarbeids- og databehandler avtale med hver avdeling

Lokale prosjektledere

Innhente godkjenning fra REK

Datainnsamlingsperiode, seks måneder på hver avdeling. Oppstart høst 2023?

Deltakere / Målgruppe

Alle pasienter som blir innlagt i de deltakende og som under innleggelsen utsettes for vedtak om bruk av tvangsmidler etter phvl §4-8.

Miljøpersonale som er til stede under episoder med beslutninger om bruk av tvangsmidler etter phvl §4-8.

Prosedyre

Etter alle episoder med bruk av tvangsmidler:

- Pasienten spørres om å fylle ut spørreskjema om hva pasienten opplevde at medvirket til å utløse episoden som ledet til tvangsmiddelbruk. Fylles ut i ettersamtalen om hvordan pasienten opplevde bruken av tvangsmiddel.
- Miljøpersonal som var tilstede da episoden startet, fyller ut eget spørreskjema om hva miljøpersonalet opplevde at medvirket til å utløse episoden. Fylles ut ved slutten av den respektive vekten.

Andre variabler

Pasientkarakteristika:

- Følgende hentes fra journal etter innhentet samtykke fra pasienten:
 - Kjønn
 - Alder
 - Innleggelsesdato
 - Innleggelsesparagraf etter phvl (frivillig, observasjon, eller tvunget psykisk helsevern)
 - Evt forutgående vedtak om tvangsbehandling, og skjerming
 - Medisinsk diagnose
 - Norsk som førstespråk

Datahåndtering

Dataoppbevaring i hver enkelt avdeling

- Spørreskjema skåres på papirskjema, leveres ekspedisjonen el., oppbevares i låst skap på et egnet rom avlåst når ingen er til stede. En koblingsnøkkel som knytter sammen deltakernavn og prosjektnummer oppbevares separat og nedlåst.
- Både pasienter og miljøpersonell legger utfylte spørreskjemaer i separate forseglede konvolutter som kodes til den respektive episoden

Dataoppbevaring og håndtering på OUS forskningsserver

- Data aidentifiseres og plottes inn i SPSS. Plottes fysisk på avdelingen (av stipendiat el prosjektdeltaker fra SIFER Sør-Øst).
- Ingen pasientidentifiserbar informasjon ut fra avdelingen.
- Aidentifiserte data på OUS server på forskningsområdet K:\Sensitiv i tråd med gjeldende prosedyrer. En datafil for hver avdeling, slås sammen i en utvidet datafil når analysene gjøres.

Etiske betraktninger

- Deltakelse basert på skriftlig samtykke
- Godkjenning fra REK og PVO



Pasientnavn	Fødselsnummer
Klippes bort etter plotting i database	



Oslo universitetssykehus HF
 Klinikk psykisk helse og avhengighet, Avdeling for psykisk helse,
 nasjonale og regionale funksjoner,
 Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
 for Helseregion Sør-Øst

Løpenummer:
 Prosjekt nummer:
 Episode nummer:

Hva medvirket til å utløse episoden som ledet til tvangsmiddelbruk?
 Skåringsinstruksjon: Hver faktor skåres fra 1-5, der 1 indikerer helt enig og 5 indikerer helt uenig.

Skåres fra 1 (helt enig) til 5 (helt uenig):	Helt enig	Delvis enig	Verken eller	Delvis uenig	Helt uenig	Vet ikke
Stemningen i avdelingen						
Dårlige lokaler (trange, mørke slitte, dårlig luft, etc)						
Strengt husordensregler						
Jeg fikk ikke ha eller bestemme over mine egne ting						
Manglende mulighet for privatliv						
For få ansatte på jobb						
Jeg fikk ikke samtale med- eller svar fra behandler						
Jeg vil/ville ikke ha behandlingen						
Jeg fikk ikke informasjon om behandlingen						
Behandlingen er/var feil						
Grensesetting eller avslag på ønsker/behov						
Jeg ble tilbudt eller måtte ta medisiner jeg ikke ville ha						
Jeg fikk ikke mine faste medisiner						
Jeg hadde ikke effekt av utdelt ekstra medisin						
Personalet var redde						
Personalet var uengasjerte						
Personalet snakket ikke med meg						
Personalet viste meg ikke respekt						
Personalet viste meg ikke omsorg eller støtte						
Personalet misbrakte sin makt						
Personalet truet eller provoserte meg						
Medpasient truet eller provoserte meg						
Jeg truet eller provoserte personal eller medpasient						
Jeg kjedet meg eller hadde behov for avledning						
Jeg følte meg alene						
Jeg var forvirret						
Jeg var urolig eller stresset						
Jeg var ruset eller hadde abstinenser						
Jeg følte meg innesperret						
Jeg var sint						
Jeg var redd eller utrygg						
Jeg følte meg ignorert eller oversett av personalet						
Jeg hørte stemmer						
Dersom du hørte stemmer, fortalte stemmene deg hva du skulle gjøre	Ja	Nei	Vet ikke			

Benytt gjerne ekstra ark dersom du har behov for mer plass

Var det andre ting som bidro til å utløse episoden?

Hvordan skulle du ønske at personalet møtte deg i situasjonen som oppsto?

Hva kan personalet gjøre for å unngå at det blir brukt tvangsmidler i avdelingen?

Hvor lenge hadde du kjent personalet som var til stede da episoden startet?	1-2 dager	Mindre enn 1 uke	1-2 uker	3-4 uker	1-6 mnd	7-12 mnd	Mer enn ett år
---	-----------	------------------	----------	----------	---------	----------	----------------

Hvor godt kjente du personalet som var til stede da episoden startet? Fra 1 helt ukjent – 5 svært godt kjent	1 Helt ukjent	2 Delvis ukjent	3 Verken eller	4 Delvis kjent	5 Helt kjent	Vet ikke
---	---------------	-----------------	----------------	----------------	--------------	----------

Andre kommentarer:

Dato: _____

Underskrift: _____

Presentasjoner

Tre artikler i tråd med delmål for prosjektet

- Stipendiat førsteforfatter
- Alle deltakende avdelinger gis mulighet til en medforfatter på hver artikkel

Evt presentasjoner på internasjonal konferanse

Ønske om mer info og
eventuelt delta?

Ta gjerne kontakt for mer info

Øyvind Lockertsen

oylock@oslomet.no

uxloyv@ous-hf.no

Mob: 92662469

