

Kapittel 9

Fysiske teknikker

Læringsmål:

Deltakerne skal i slutten av denne undervisningen:

1. *Kunne anvende* fagetiske prinsipper ved bruk av fysiske teknikker i praksis
2. *Kunne anvende* ulike fysiske teknikker for å ivareta sin egen og pasientens sikkerhet
3. Kjenne til ulike faremomenter ved bruk av de ulike fysiske teknikkene

Del 1: Teoretisk og empirisk bakgrunn

Av Jakub Lickiewicz, Ph.D

Mange helsearbeidarar har ein arbeidssituasjon som innimellom kan kreve ei evne til å takle aggresjon. Dei kan møte forskjellige pasientar som kan vise ekstreme følelsar, som kan svinge mellom depresjon og fysisk aggresjon. Undersøkelser viser at dette problemet gjeld både forhold mellom personalet og pasienten, pasienten sin familie, og mellom personalet (Whittington, 2004). I samband med dette er det viktig å huske at ein bør unngå fysisk konfrontasjon med aggressoren, og prøve, så langt det er mulig, å løyse konflikten gjennom kommunikasjon. Det overordna målet i eit møte med aggresjon er å løyse konflikten gjennom forhandlingar og kompromiss. I ein kamp er det alltid ein mulighet for kroppsskade, både hos pasienten og hos helsearbeidaren.

Fysisk aggresjon frå ein pasient kan løysast på ulike måtar. Tidlegare brukte ein tradisjonelle grep frå kampsport. Det har ofte vore bygd på eit filosofisk grunnlag, medan nokre av teknikkene utelukkande har hatt karakter av trening. Kampsport forutsetter derimot eit rivaliseringselement basert på bestemte reglar, der ein dommar passar på at reglane blir fulgt. Dette gjer at kampsport ofte ikkje kan brukast ved ein reell konfrontasjon i ein sjukehussituasjon. Til gjengjeld representerer kampsystem dei mest effektive teknikkar og prinsipp, med sjølvforsvar som mål. Desse gjer det mulig å overmanne aggressoren ved bruk av alle tilgjengelige midlar, som til dømes ved å angripe alle sensitive punkt på ein aggressor sin kropp, som augene, halsen

eller perineum. Disse teknikkane er effektive i situasjonar der det er fare for liv og helse, men det er rett å stille spørsmålsteikn ved nytte i kontakt med pasienten.

For å kunne gripe fysisk inn overfor pasientar blir det krevd eit tilstrekkeleg rettsleg grunnlag. Til mer inngripande eit tiltak er, til strengere krav blir stilt til det rettslege grunnlaget. Nokre tiltak er så strenge at dei krev ein lovhjemmel. Direkte tvang blir kontrollert gjennom lov om psykisk helsevern, og formålet med lova er å forebygge og redusere bruk av tvang. Institusjonar har fått ei oppgåve med å gje pasientbehandling, og bruk av makt er ein uønska biverknad ved innlegging i sjukehus. Bruk av tvangsmiddel er ikkje behandling. Bruken er kontroversiell og vekker ei rekke moralske spørsmål og tvil hos personalet. Tvangsmiddel skal bare nyttast når dette er uomgjengeleg nødvendig for å hindre skade på seg sjølv eller andre, eller for å avverge betydelig skade på bygningar, klede, inventar eller andre ting. Tvangsmiddel skal bare brukast når lempelegare middel har vist seg å vere openbart fånytteløse eller utilstrekkelege. Vidare har vi straffelova der § 47 om Nødrett inneber at ein kan foreta handlingar som under normale omstendigheter ville vore rettstridig. (td. bryte seg inn i ein bil for å redde ut eit barn frå ein overoppheta bil). § 48 om nødverge inneber at ein ellers straffbar handling blir brukt for å avverge eller forsvare seg mot eit rettstridig angrep (td. tillate spark og slag på sårbare kroppspunkt for å beskytte seg mot eit

plutseleg og brutalt angrep, som oftast eit ran). Med tanke på arbeidssituasjonen til helsepersonell, så har vi òg § 7 i Helsepersonellova som pålegg helsepersonell plikt til å gje øyeblikkeleg hjelp (td. å starte gjenopplivning hos ein pasient som har hjertestans). Det inneber også å hjelpe når ein pasient ønsker å påføre seg sjølv skade.

Etiske aspekt

Det fins lite evidensbasert forskning rundt bruk av tvangsmiddel innafor psykiatrien. Historisk sett blei det brukt ulike teknikker som varierte frå stad til stad basert på individuell og kulturell erfaring. Tvangsmidla baserte seg på teknikkar som blei brukt i straffeanstaltar, og innanfor rettspsykiatri blei det tillete meir tvang enn på allmenne psykiatriske avdelingar (Wright, 1999).

Bruk av tvangsmiddel inneber fleire etiske utfordringar (Lind, 2004). Trass i at bruk av direkte tvangsmiddel er lovregulert, oppstår det vanskelege etiske dilemma på grunn av avgrensing av frihet ved bruk av direkte tvangsmiddel, både når det gjeld begrensing av fysisk frihet og når det gjeld muligheten til å treffe sjølvstendige val vedrørande eiga helse.

Tvangsmidla gjev vesentlege begrensingar i menneske sin autonomi, samtidig som formålet er å beskytte mennesket sitt liv og helse. Helsepersonellet er nøydde til å endre behovshierarkiet, og stille pasienten sitt liv og helse over hans/hennar rett til å bestemme over seg sjølv. Dette demper likevel ikkje etiske tvilmoment. Sjølv i situasjonar når tvang framstår som den

einaste rette løysinga, og omstende som talar for bruken er fullt rettsleg grunngeve, spør personalet seg sjølv om ein slik intervensjon er moralsk korrekt (Gaudine, 2011). Denne behandlinga blir opplevd som plagsom og negativ ikkje bare for pasientar. Den gjev også ein uønska sideeffekt av ei psykiatrisk innlegging for personalet. (Newton-Howes, 2012). Bruk av fysisk makt i forhold til pasientar blir som oftast grunngeve med eit behov for å ivareta sikkerhet. Det som likevel er problemet her, er at pasienten sin autonomi blir krenka. Nøkkelen synest å vere eit forsøk på å etablere likevekt mellom helsevern og avgrensing av skadar, både fysiske og psykiske (Hem, Gjerberg, 2016). Personalet sitt største problem i samband med bruk av tvangsmiddel, er frykt for å utløyse smerte hos pasienten (Wright, 2005).

I ei norsk undersøking på eit utvalg av 215 helsepersonell kjem det fram at personlege haldningar til tvangsmiddel er avgjerande for om dei tyr til slike middel eller ikkje. Personar som aksepterer denne metoden for handtering av pasienten, bruker den oftare i praksis. Dei av helsearbeidarane som blei intervjua som ikkje eintydig støtta denne metoden, det vil seie var verken positive eller negative til bruken av tvangsmiddel, hadde meir tendens til å handle pragmatisk, -dvs handle utifrå grad av fare som pasienten gjennom si adferd skapar for seg sjølv og omgjevnadane (Husum, Finset i in., 2008).

Ei anna norsk undersøking på eit utval av 651 helsearbeidarar fordelt på over 30 ulike avdelingar, viser at faktorar som

bestemmer og motiverer bruk av tvangsmiddel er personlighet og verdisynet til den enkelte helsearbeidar. (Husum, Bjorngaard, 2011).

Ifølge generelle etiske prinsipp, inneber ein person sin autonomi ein rett til å bestemme over seg sjølv. Frå omsorgsetikken sitt perspektiv, inneber respekten for pasienten sin autonomi likevel ofte noko meir enn ikkje å gripe inn i pasienten sine avgjerdsler. I løpet av behandlingsforløpet kan det oppstå situasjonar der pasienten kan ha vanskar med å avgjere kva som er best for han/henne. Nettopp i slike tilfelle bør helsepersonell gripe inn ut frå sin fagkunnskap og erfaring, til beste for pasienten (Guy, 2011).

Det som er viktig her, er personalet sine haldningar og verdiar. Difor er det viktig at personalet får opplæring i og blir gjort bevisst på pasienten sin subjektivitet, sjølv når han/ho oppfører seg aggressivt.

Kriterie for utvelging av teknikkar

Når metodar og teknikkar er valgt ut er det lagt vekt på at dei er effektive, enkle å lære og bruke, i tillegg til hensynet til sikkerhet. Det overordna målet for dei fleste aggressive situasjonar i medisinsk kontekst, er å flykte og tilkalle hjelp, og ikkje å takle den aggressive pasienten åleine. I eit møte med fysisk aggresjon skal helsepersonellet kunne forsvare seg mot det første åtaket, og så flykte eller tilkalle hjelp. Nøkkelen i situasjonar der det foreligg fysisk fare, er alltid teamarbeid (Southcott, 2007).

Viktige kriterie i utvelging av fysiske teknikkar til ein medisinsk kontekst er at teknikkane skal vere minst mulig farlege, smertefulle og krenkande ovanfor pasienten. Avgjerda om bruk av tvangsmiddel skal kun takast dersom alle lempelegere middel er forsøkt. Når tvangsmiddel blir brukt, må ein tilstrebe kontakt og fortløpande dialog med pasienten, og informere han/henne om tiltaket som blir gjennomført av personalet. Målet er å la pasienten gradvis gjenvinne evnen til å kontrollere seg sjølv og vise at han/ho stadig blir behandla som eit menneske og ikkje som eit aggressivt objekt, trass i hans/hennar vanskelege åtferd. Tvangsmiddel og teknikkar for fysisk sjølvforsvar kan aldri bli sett på som eit element av behandlingsprosessen.

Teknikkane må vere enkle å gjennomføre og mest mulig skånsomme for pasienten. Det vil seie at det må nyttast teknikkar som i minst mulig grad vil påføre smerte og skade på pasient eller personale. Det grunnleggande kriteriet skal vere personalet og pasienten sin sikkerhet. Denne forutsetningen stammar frå det faktum at det er ein pasient som personale har å gjere med, altså ein person som dei skal hjelpe istadanfor å forverre hans/hennar tilstand. Bruk av teknikkar som nødverge kan ha nettopp ein slik konsekvens. Vi høyrer om episodar der manglande kjennskap til somatisk helsetilstand kan gje fare for pasienten sitt liv og helse dersom pasienten er aggressiv under innlegging, og det blir brukt farlege fysiske teknikkar. Helsepersonellet sitt overordna mål er behandling og omsorg.

Bruk av farlege fysiske teknikkar kan komme til å øydelegge relasjonen mellom personale og pasienten (Wright, 1999). Dette vil gjere behandling vanskelegare, fordi det kan føre til ein stemning som er lada med frykt og mistillit hos pasienten i forhold til personalet. Når fysiske teknikkar skal brukast, må det gjerast på ein minst mulig krenkande måte, slik at det ikkje skaper vonde kjensler hos pasienten, eller ei kjensle av manglande respekt frå personalet si side. Tvangsbruk må ikkje assosierast med eit traume for pasienten. Fysisk konfrontasjon er alltid siste valg for å komme ut av ein situasjon. Det skal ikkje kårast ein vinnar og ein tapar. Målet er å beskytte helsa vår, ikkje å slåss. Enkelte personale kan synast det er vanskeleg å delta på opplæring der det skal trenast på fysiske teknikkar. Noko av grunnen kan vere at som helsepersonell er vi lært opp til å hjelpe, og vil ha ein innebygd motvilje mot å bruke fysisk makt for å forsvare oss. Dette burde vere ein unødvendig ferdighet for helsepersonell, då oppgåva vår er at vi skal behandle sjuke menneske.

Instruktøren bør i starten bli kjent med deltakarane sine begrensingar og skepsis, og understreke at det er viktig å kunne fysisk handtere aggresjon. Instruktøren bør også gjere deltakarane medvitne på at effekten av metodane som blir nytta, er basert på teamarbeid, og at det difor er viktig at samtlege personale har dei samme ferdighetane. Dette vil igjen kunne bidra til at ein kjenner seg trygg på sine kolleger.

Ein må huske på treninga sin psykologiske betydning. Den auker trygghetskjensla,

gjev ei større tru på eigne muligheter og gjer personalet tryggare dersom dei må gripe inn i ein situasjon med pasientaggresjon. Når ein er meir trygg på sine handlingar, vil det gjere det enklare å kommunisere med pasienten, fordi ein då tek avgjersler på ein meir roleg og gjennomtenkt måte. Av den grunn bør ein trene i lag med det teamet som ein vanlegvis arbeider i. Treninga vil også kunna påverke andre forhold i gruppa, blant anna kan det gje auka oppleving av sikkerhet på jobb og tillit til sine medarbeidarar. Dersom treninga blir gjennomført på rett måte, der personale blir meir sensitiv ovanfor pasienten sitt beste, vil den kunne bidra til at personale oppfører seg meir profesjonelt og etisk.

Frå eit metodesynspunkt, bør teknikkane som blir brukt vere lette å lære. For eit gjennomsnittleg menneske utløyer eit fysisk angrep ei sterk påkjenning, som begrenser mennesket sin effektivitet og evne til å tenke rasjonelt. I ein stressande situasjon oppstår det forstyrrelsar i den såkalla finmotorikken, som sørger for presise rørsler. Individet reagerer automatisk i denne typen situasjonar og vil ha store vanskar med å gjennomføre veldig samansette og vanskelege sjølvforsvarsteknikkar. Forskninga viser at personalet ofte ikkje rekk å gjennomføre teknikken, før åtakinget når sitt mål (Wright, 2005). Dei fysiske teknikkane må difor vere enkle å gjennomføre og ikkje omfatte samansette og kompliserte rørsler.

Mennesket si evne til å lagre informasjon i hukommelsen er avgrensa. Forskning viser at ein del minne bleiknar med tida. Det vil

seie at etter nokre månader kjem personen bare til å huske ein del av den mottekne informasjonen. Det samme gjeld trening på fysiske teknikkar. Ei eingongsopplæring gjev ei tilsynelatande trygghetskjenning, men vil ofte ikkje vere tilstrekkeleg mengdetrening for at teknikken skal kunna bli nytta automatisk i ein reell situasjon. Dette tyder på at det er nødvendig med enkle metodar og ein periodevis, regelmessig repetisjon av dei tileigna ferdighetane. (Wright, 2005). Bare på denne måten vil desse ferdighetane vere tilgjengelege i ein faresituasjon. Det å kunne ta slike ferdigheter i bruk bør bli ein vane hos ein helsearbeidar som trener på det.

Det er også feil å prøve å lære mange teknikkar som har til formål å forebygge den samme faren. Hicks lov tilseier at jo fleire metodar ein person har lært for å hanskast med ein bestemt fare, til lenger vil personen si reaksjonstid vere (Welford, 1980). Dersom personen har lært fleire teknikkar, må han/ho velge rett løysing, noko som i ein situasjon med fysisk konfrontasjon gjer eit effektivt og raskt sjølvforsvar vanskelegare (Rogers, 2007). På grunn av dette bør ein kvar farleg situasjon ikkje ha meir enn to løysingar. Dette for å avgrense mengd av stoff som bør lærast. Det beste er om teknikkane blir basert seg på samme grunnstruktur. På denne måten vil hjernen mykje lettare tilegne seg den nødvendige kunnskapen.

Ein må huske på at enkelte helsepersonell som kjem på opplæring, ikkje har fysiske forutsetnader og evner på dette området. Ein erfaren trenar vil legge merke til at

slike personar kan ha vanskar med koordinering av eigne rørsler, sjølv ved utføring av dei enklaste øvingar. Personar som er veltrente og som har tidlegare erfaring, vil oppleve trening som mykje lettare, men ikkje alle har eit slikt utgangspunkt (Benson, 2008). Av den grunn bør teknikkane vere lette å lære for alle grupper av helsearbeidarar, og dei må vere lette å utføre i ein faresituasjon. Medisinsk sjølvforsvar er ikkje eit valg, men ein nødvendighet. Helsepersonell treng ikkje vere topp trent, men det er nødvendig å kjenne til korleis ein skal forsvare seg og korleis ein skal kunne hjelpe ein kollega i ein situasjon.

Ei anna utfordring er opplæringskurset si lengd (Dickens, 2009). Det er ikkje mulig, og heller ikkje hensiktsmessig, å vie heile kurstida til fysiske teknikkar. Ein bør heller ikkje undervise i fleire fysiske teknikkar på samme tid. Ein bør også satse på å ha undervisningstimar oftare, i staden for å samle opp altfor mykje stoff på samme time. Ein bør dele opp stoffet i deler som blir repetert i løpet av kurset, og introdusere nye element gradvis. Eit enkelt opplæringskurs vil kunne fungere som ein introduksjon og gjennomgang av grunnleggjande, nødvendige teknikkar. Det blir anbefalt etterkvart å legge til rette for jevnleg, systematisk trening for at kompetansen skal bli oppretthaldt og vidareutvikla.

Prinsipp for gjennomføring av trening

All trening i fysiske teknikkar bør starte med ei oppvarming. Det blir anbefalt å gjennomføre 5-10 minutt med oppvarming av heile kroppen, der ein startar med

ledda, heilt til heile kroppen er oppvarma. Dette sikrar større komfort for personane som øver, og reduserer sannsynligheten for eventuelle skader. Til å begynne med bør treninga foregå i ein gymsal tilpassa dette formålet, der det finst madrasser og treningsmatter. Deltakarane kan øve i treningklede, men målet er at dei seinare skal øve i dei samme kleda som dei bruker kvar dag når dei arbeider med pasienten. Læring av teknikkar bør følge eit fastsatt program, frå dei enklaste teknikkane til dei meir avanserte. Deltakarane bør ha ei kjensle av at programmet er logisk og konsistent. Ein bør ikkje undervise i eit stort antall teknikkar under ei og samme treningsøkt (Rogers, 2007). Neste trening bør begynne med ein repetisjon av stoffet lært under tidlegare treningsøktar. Det er best å bruke „kaos-metoden“, dvs å blande på ein tilfeldig måte allereie lært stoff. Instruktøren bør i starten demonstrere ein teknikk fort, deretter dele den opp i element og kommentere dei. Det lønner seg å framheve nøkkelpunkt ved teknikken og eliminere hyppigste feil allerede i starten. Her bør instruktøren basere seg på eigne erfaringar. Deltakarane bør trene parvis, med ein sakte repetisjon av rørsler til å begynne med, og eit høgare tempo etter kvart. Treninga bør gradvis gjerast vanskelegare, ved å instruere deltakare om å lukke igjen augene før angrepet, eller om å forsvare seg mot ein av valgte teknikkar. På eit høgare trinn kan ein tillate at treninga blir gjort meir praksisnær ved å bruke verbal aggresjon og rollespel, men dette kan bare skje under oppsyn av instruktøren.

Oppsummering

I det daglege tenker vi på sjølvforsvar i samband med fysiske teknikkar, der det handlar om å bruke teknikkar for å overmanne motstandaren. Men eit effektivt sjølvforsvar er ikkje alltid å vere stor og fysisk overlegen. Den beste metoden for sjølvforsvar er å unngå konfrontasjon med pasienten. Psykologiske og kommunikasjonsmessige ferdigheter

kan gjere det mulig å løyse konflikter utan å gripe inn fysisk. Dersom desse ferdighetane ikkje er tilstrekkelege og ein må gripe inn fysisk, så må teknikkane som blir nytta vere effektive, enkle og etisk gjennomtenkte. Når vi må gripe inn i ein situasjon så er det alltid i ein helsekontekst og dersom vi har mulighet til unngå kamp, så gjer vi det.

Litteraturhenvisninger til kapittel 9: Fysiske teknikker

Benson R., Allen J., Miller G., et al. (2008) Motor skills learning in breakaway training using the evidence base of sports science. In: Proceedings of the First International Conference on Workplace

Violence in the Healthcare Sector (eds Needham, I., Kingma, M., O'Brien-Pallas, L., et al.), p. 336. KAVANAH, Amsterdam, The Netherlands.

Dickens G, Rogers G, Rooney C, Mc Guinness A, Doyle D. An audit of the use of breakaway techniques in a large psychiatric hospital: a replication study. Journal of psychiatric and mental health nursing. 2009 Nov 1;16(9):777-83.

Farrell G, Cubit K. Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs. International journal of mental health nursing. 2005 Mar 1;14(1):44-53.

Gaudine A., LeFort SM., Lamb M., Thorne L.: Ethical conflicts with hospitals: the perspective of nurses and physicians. Nursing Ethics. 2011; 18(6)

Guy A.M. Widdershoven and Tineke A. Abma (2011). Help and Coercion from a Care Ethics Perspective, Global Bioethics - Perspective for Human Survival, Prof. Brunetto Chiarelli (Ed.), InTech, DOI: 10.5772/22789. Available from: <https://www.intechopen.com/books/global-bioethics-perspective-for-human-survival/help-and-coercion-from-a-care-ethics-perspective>

Hem MH, Gjerberg E, Husum TL, Pedersen R. Ethical challenges when using coercion in mental healthcare: a systematic literature review. Nursing ethics. 2016 Mar 1:0969733016629770.

Lind M, KALTIALA-HEINO R, Suominen T, LEINO-KILPI H, Välimäki M. Nurses' ethical perceptions about coercion. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2004 Aug 1;11(4):379-85.

Husum T., L., Finset A., Ruud T. (2008). The Staff Attitude to Coercion Scale (SACS): Reliability, validity and feasibility. International Journal of Law and Psychiatry. 31(5), s. 417-422.

Husum T., L., Bjorngaard, Finset A., Ruud T. (2011). Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 46(9), s. 893-901.

Newton-Howes G., Stanley J.: Prevalence of perceived coercion among psychiatric patients: literature review and meta – regression modelling. The Psychiatrics. 2012; 36: 335 – 340

Southcott J, Howard A. Effectiveness and safety of restraint and breakaway techniques in a psychiatric intensive care unit. *Nursing standard*. 2007 May 22;21(36):35-41.

Rogers P, Miller G, Paterson B, Bonnett C, Turner P, Brett S, Flynn K, Noak J. Is breakaway training effective? Examining the evidence and the reality. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*. 2007 Sep 1;2(2):5-12.

Welford AT. Choice reaction time: Basic concepts. *Reaction times*. 1980:73-128.

Wright S. Physical restraint in the management of violence and aggression in in-patient settings: a review of issues. *Journal of Mental Health*. 1999 Jan 1;8(5):459-72.

Wright S, Sayer J, Parr AM, Gray R, Southern D, Gournay K. Breakaway and physical restraint techniques in acute psychiatric nursing: results from a national survey of training and practice. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 2005 Jun 1;16(2):380-98.

Austegaard m.fl. (2017) Mekaniske tvangsmidler – bruk i psykisk helsevern. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/mechaniske-tvangsmidler-bruk-i-psykisk-helsevern>

Positive & Safe PMVA Training Manual, Violence reduction and management programme. Ashworth Hospital, Broadmoor Hospital, Rampton Hospital, The State Hospital in UK (2018)

NOU (2011:9) Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-9/id647625/?ch=5>

Husum og Norvoll (2014) Alternativer til tvang II – sett fra et fag og forskningsperspektiv. UiO: Institutt for helse og samfunn Det medisinske fakultet. Tilgjengelig fra: <https://www.napha.no/content/14900/Alternativer-til-tvang-II---Sett-fra-et-fag--og-forskningperspektiv>

Fotland T., Holtskog T., Skjold J., Eriksen M., Engen M., Lickiewicz J.; MAP – Manual for fysiske teknikker, 2019