

Hjúkrun á geðdeildum — siðferðilegar mótsagnir þvingandi meðferðar og líkan um öruggar sjúkradeildir

Eyrún Thorstensen, hjúkrunarfræðingur, MSc, verkefnastjóri¹; Helga Bragadóttir, hjúkrunarfræðingur, PhD, FAAN, prófessor, forstöðumaður fræðasviðs í hjúkrunarstjórnun^{1,2}

Inngangur

Hlutverk bráðageðdeilda er að annast móttöku og meðferð sjúklinga með bráð geðræn einkenni sem eru taldir hættulegir sjálfum sér, umhverfi sínu eða öðrum (Salzmann-Erikson, Lutzen, Ivarsson og Eriksson, 2008). Ofbeldi, hegðunartruflanir og sjálfsvígshætta eru algengustu ástæður fyrir innlögnum á bráðageðdeildir og ofbeldishegðun er algengasta ástæða fyrir þvingandi meðferð á geðdeildum (Bowers, 2014; Bowers o.fl., 2008; Happell og Gaskin, 2011). Sjúklingar á bráðageðdeildum eru því í aukinni hættu á að vera beittir þvingandi meðferð (Bowers o.fl., 2008). Helstu meðferðarúrræði á geðdeildum á Íslandi sem fela í sér þvingun eru nauðungarvistun, nauðungarlyfjagjöf, einangrun og að halda sjúklingum kyrrum með líkamsaflí. Einnig má rökstyðja að náð eftirlit starfsfólks þar sem gát (öryggis meðferð) er höfð á sjúklingum, læstar dyr geðdeilda og markasetning sé ákveðin þvingun. Tilgangur þessara úrræða er að minnka eða fyrirbyggja truflandi hegðun órólegra sjúklinga með það að markmiði að tryggja öryggi, ró og meðferðarvænt deildarumhverfi (Ryan og Bowers, 2005). Meðferð sem felur í sér þvingun getur verið afar erfið fyrir sjúklinga, starfsfólk og aðstandendur. Því er talið mikilvægt fyrir alla hlutadeigandi að skapa aðstæður sem koma í veg fyrir eða lágmarka þvingandi meðferð á geðdeildum.

„Þrátt fyrir það að ekki séu notaðar ólar eða belti á geðdeildum á Íslandi þá hefur þvingandi meðferð á geðdeildum hér á landi verið gagnrýnd.“

Þrátt fyrir það að ekki séu notaðar ólar eða belti á geðdeildum á Íslandi þá hefur þvingandi meðferð á geðdeildum hér á landi verið gagnrýnd. Meðal annars gerði Evrópunefnd um varnir gegn pyntingum og ómannúðlegri eða vanvirðandi meðferð eða refsingu athugasemdir um skort á skráningu þvingandi meðferðar á geðdeildum á Íslandi árið 2012 (Council of Europe, 2013). Úrbætur hafa í framhaldinu verið gerðar varðandi

skráningu og framkvæmd nauðungarvistunar og upplýsingagjöf til þeirra sem eru nauðungavistaðir. Auk þess voru, á fyrri hluta árs 2019, gerðar umfangsmiklar breytingar á verklagi um gát eða öryggis meðferð sjúklinga á geðdeildum Landspítala. Þær breytingar voru gerðar til þess að auka gæði náins eftirlits með sjúklingum, auka öryggi sjúklinga, draga úr þvingunum og bæta alla skráningu. Ástæða er til enn frekari aðgerða og því vert að huga að umhverfi sjúklinga og þeim þáttum sem geta haft áhrif á líðan þeirra og meðferð. *Safewards*-líkanið um öruggar sjúkradeildir byggist á fjölmörgum rannsóknum síðustu áratuga sem gerðar voru til að kanna tengsl mismunandi þátta við þvingandi meðferðarúrræði og hvaða leiðir væru færar til þess að draga úr notkun hennar. *Safewards*-líkanið er því hannað til þess að draga úr atvikum er geta leitt til þvingandi meðferðar (Bowers, 2014).

Með þessari grein er leitast við að varpa ljósi á siðfræði þvingandi meðferðar á geðdeildum og þeim tengdu þáttum sem *Safewards*-líkanið felur í sér. *Safewards*-líkanið bendir á þá þætti legudeilda sem hafa áhrif á atvik sem leiða til árekstra og þvingandi meðferðar. Mikilvægt er fyrir hjúkrunarfræðinga sem starfa á geðdeildum að þekkja þessa þætti og hvernig hægt er að vinna með þá til að draga úr árekstrum og spennu á deildum sem leitt geta til þvingandi meðferðar sjúklinga.

Þvingandi meðferð á geðdeildum

Tilgangur þvingandi meðferðar á geðdeildum hefur skýra tilvísun í kenningar atferlismótunar innan sálfræðinnar. Kenningar atferlismótunar fjalla um tengsl mismunandi áreitis við breytingar á hegðun og hvernig unnt er að stjórna áreiti til að hafa áhrif á hegðun. Þær eru í raun námskenningar þar sem áhrif umbunar og refsingar eru í aðalhlutverkum. Rannsóknir hafa sýnt að með því að veita umbun fyrir ákveðna hegðun eykst sú hegðun í framtíðinni en þá er um jákvæða styrkingu að ræða. Refsing er hins vegar þegar ákveðinni hegðun fylgir neikvætt áreiti, eins og skammir, og leiðir það til þess að hegðunin minnkar (Martin og Pear, 1992). Þvingandi meðferð sem hefur neikvæð áhrif á sjúklinga getur því fallið undir skilgreiningu sem refsimeðferð innan atferlismótunar (Rachman, 1996). Sýnt hefur verið fram á að jákvæð skilyrðing gefur mun betri árangur en refsimeðferð. Refsingar geta haft í för með sér neikvæð viðbrögð eins og reiði og ofbeldi. Neikvæð hegðun minnkar hratt við

¹ Landspítala

² Hjúkrunarfræðideild, Heilbrigðisvísindasviði, Háskóla Íslands v/Hringbraut, 101 Reykjavík

refsimeðferð en langtímaárangur er lítill. Þar sem neikvæð hegðun minnkar hratt í fyrstu eftir refsingu er fólk gjarnt á að nota slíkar aðferðir þrátt fyrir að vita að þær geti vakið upp neikvæð viðbrögð og haft aukaverkanir (Gleitman, 1995).

Þvingandi meðferð er réttlætt á þeim grunni að hún dragi úr spennu og áreiti, skapi umhverfi sem er vænlegt til að takast á við óróleika og óæskilega hegðun sjúklinga og hafi því meðferðarlegt gildi (Hem, Molewijk og Pedersen, 2014; Larsen og Terkelsen, 2014; Perkins, Prosser, Riley og Whittington, 2012). Slík úrræði eru réttlætt þrátt fyrir að rannsóknir hafi sýnt að þvingandi meðferð geti haft neikvæðar afleiðingar á líðan sjúklinga og starfsfólks (Happell og Koehn, 2010; Holmes, Kennedy og Perron, 2004). Sjúklingar upplifa þvingandi meðferð gjarnan sem refsingu sem hafi ekkert meðferðarlegt gildi og valdi þeim vanmætti og vonleysi (Stewart, Bowers, Simpson, Ryan og Tziggili, 2009; Van Der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili og Bowers, 2013). Neikvæðum áhrifum þvingandi meðferðar á starfsfólk hefur einnig verið lýst, svo sem sektarkennd, eftirsjá, gremju, kvíða og starfsleiða (Chuang og Huang, 2007; Happell og Koehn, 2010; Holmes o.fl., 2004). Ofbeldisatvik og þvingandi meðferð geta skapað hættu á slysum hjá sjúklingum og starfsfólki (Stewart o.fl., 2009), haft neikvæð áhrif á meðferðarsamband og traust (Bowers o.fl., 2014; Holmes o.fl., 2004; Katsakou o.fl., 2010) og geta jafnvel valdið dauðsföllum hjá sjúklingum (Berzlanovich, Schopfer og Keil, 2012). Með þvingun er hætta á að valdabarátta skapist milli starfsfólks og sjúklinga og verði að nokkurs konar vítahring þar sem þvinganir leiði til frekari þvingana (Larsen og Terkelsen, 2014; van Doeselaar, Slegers og Hutschmaekers, 2008).

Gagnsemi þvingandi meðferðar

Umdeilt er hvort þvingandi meðferð skilar árangri, slík úrræði eru jafnvel talin skaðleg eða í besta falli gagnslaus (Bowers o.fl., 2012; Renwick o.fl. (2016). Líklegasta skýringin á því að starfsfólk réttlæti notkun þvingandi meðferðar er sú að eftir því sem bein þátttaka starfsfólks í framkvæmd þvingandi meðferða er meiri því auðveldara verði að beita sjúklinga þvingun (van Doeselaar o.fl., 2008). Framkvæmdin sjálf kemst upp í vana og fólk verður ónæmt fyrir neikvæðum áhrifum þvingana á sjúklinga. Siðir og venjur á deildum geta haft blindandi áhrif og dregið úr gagnrýnni og sjálfstæðri hugsun starfsfólks. Þvingun verður þá hluti af starfsvenjum deilda (van Doeselaar o.fl., 2008). Eitt frægasta dæmi um þetta er rannsókn Haney, Banks og Zimbardo (1973) þar sem könnuð var hegðun sjálfboðaliða sem valdir voru af handahófi úr hópi háskólanema og þeir fengnir til að látast vera fangar eða fangaverðir í fangelsi. Rannsóknin átti að standa í tvær vikur en henni var hætt eftir sex daga því hegðun þeirra sjálfboðaliða sem léku fangaverði varð skaðleg þeim sem léku fangana. Rannsóknin fjallar einmitt um það hvernig þvinganir geta haft áhrif á einstaklinga og blindað siðferðisvitund þeirra. Auk siða og venja deilda virðist manlegt eðli starfsfólks skipta máli þegar kemur að þvingandi meðferð á geðdeildum. Vinnustaðarandi sem einkennist af því

að þarfir starfsfólks eru settar ofar þörfum sjúklinganna, lélegri stjórnun og skorti á teymisvinnu ýti undir að þvinganir séu réttlættar og geti því leitt til þess að þvingandi meðferð sé ofnotuð (Paterson, McIntosh, Wilkinson, McComish og Smith, 2013). Nýleg rannsókn, sem gerð var á lokuðum öryggisgeðdeildum á þremur sjúkrahúsum í Bretlandi þar sem fylgst var með störfum 68 geðhjúkrunarfræðinga, sýndi að tilfinningaleg viðbrögð hjúkrunarfræðinga við ofbeldi höfðu áhrif á notkun þvingandi meðferðar. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að hjúkrunarfræðingar sem fundu til reiði gagnvart sjúklingum í kjölfar munnlegs ofbeldis eða lítilsvirðandi framkomu í sinn garð voru líklegri til að samþykkja notkun þvingandi meðferðar, eins og fjötra og einangrunar, en þeir sem ekki fundu til reiði gagnvart sjúklingunum (Jalil, Huber, Sixsmith og Dickens, 2017). Því má segja að þvingandi meðferðarúrræði séu gagnslítill og standi höllum fæti gagnvart siðfræðilegum gildum og siðalögmálum. Nauðsynlegt að fylgja ströngum reglum varðandi notkun þvingandi meðferðar og mikilvægt er að hafa hugfast að tilgangur hennar er fyrst og fremst sá að tryggja öryggi sjúklinga og starfsfólks (NICE, 2015).

„Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að hjúkrunarfræðingar sem fundu til reiði gagnvart sjúklingum í kjölfar munnlegs ofbeldis eða lítilsvirðandi framkomu í sinn garð voru líklegri til að samþykkja notkun þvingandi meðferðar, eins og fjötra og einangrunar, en þeir sem ekki fundu til reiði gagnvart sjúklingunum.“

Siðfræði þvingandi meðferðar

Kenningar siðfræðinga og heimspekinga eru mikilvægar varðandi gildi þvingandi meðferðar. Vilhjálmur Árnason (1991) segir: „Markmið lækna og hjúkrunarfræðinga er að stuðla að heilbrigði sjúklinga sinna og draga úr þjáningum þeirra.“ (bls. 35). Þvingandi meðferð veldur sjúklingum og starfsfólki þjáningum og það bendir til þess að þvinganir stríði gegn betri vitund og séu í mótsögn við siðferðileg gildi og ríkjandi siðareglur. Þá vakna spurningar á borð við hvort nægjanlegt sé að treysta á siðferðisvitund hvers og eins þegar kemur að umönnun sjúklinga með alvarlega geðsjúkdóma og hvort þjáning sé órjúfanlegur þáttur meðferðar þeirra. Auk þess kveða siðareglur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga á um að: „Hjúkrunarfræðingur hefur samráð við skjólstaðing og virðir rétt hans til að taka ákvarðanir um eigin meðferð“ (Siðaráð, 2015). Hér er aftur dæmi um augljósa mótsögn sem rennir stöðum undir þau átök sem eiga sér stað í tengslum við þvingandi meðferð. Sjúklingar sem eru beittir þvingunum eru ekki samþykkir meðferð sinni. Þó má telja óhætt að fullyrða að einstaklingur yrði eflaust ósáttur við meðferðarleysi eða afskiptaleysi heilbrigðisstarfsfólks ef heilsa hans ógnaði öryggi hans sjálfs eða annarra. Sjúklingar eru í sumum tilfellum hlynntir þving-

andi meðferð, eins og einangrun og nauðungarlyfjagjöf, og telja hana nauðsynlega og gagnlega í þeim tilfellum þegar sjúkdómsástand þeirra er alvarlegt (Georgieva, Mulder og Wierdsma, 2012). Fyrri reynsla sjúklinga skiptir þó máli. Sjúklingar sem höfðu fengið góða hjúkrun á meðan á meðferðinni stóð og gagnsemi af meðferðinni sögðust myndu kjósa þá meðferð aftur (Georgieva, Mulder o.fl., 2012). Samkvæmt siðareglum um ábyrgð heilbrigðisstétta gagnvart almenningi eða samfélaginu má skyldan við einstaklinginn ekki verða svo afdráttarlaus að öðrum geti stafað hætta af (Vilhjálmur Árnason, 1991). Þannig er siðferðilega rangt að hafa ekki vit fyrir sjúklingum sem myndu valda sjálfum sér eða öðrum skaða ef ekki er gripið til aðgerða (Culver og Gert, 1982; Hem o.fl., 2014). Því má ef til vill réttlæta notkun þvingandi meðferðar þegar einstaklingur er hættulegur sjálfum sér eða öðrum. Kenningar siðfræðinnar styðja að þvingandi meðferð sé fyrst og fremst öryggistæki og eingöngu skuli grípa til hennar þegar hegðun sjúklinga ógni eigin öryggi eða öryggi annarra (Georgieva, Mulder o.fl., 2012; Holmes o.fl., 2004).

Líkan um öruggar sjúkradeildir: SAFEWARDS

Undanfarin ár hefur athygli fræðimanna í auknum mæli beinst að þeim aðferðum sem geta dregið úr notkun þvingandi meðferðar á geðdeildum. Árið 2014 setti Len Bowers fram líkan um öruggar sjúkradeildir, sem nefnist *Safewards*, í þeim tilgangi að fækka þeim atvikum sem leiða til þvingandi meðferðar á geðdeildum. Hugmyndafræði *Safewards*-líkansins byggist á fjölmörgum rannsóknum allt frá árinu 1960 sem voru gerðar til að kanna áhrif þvingandi meðferðar á sjúklinga og starfsfólk og hvernig megi draga úr notkun hennar (Bowers, 2014). *Safewards*-líkanið er heildræn umgjörð hjúkrunar og stjórnunar á geðdeildum og tekur til þeirra þátta sem hafa áhrif á umfang og tíðni þvingandi meðferðarúrræða á geðdeildum (sjá mynd 1). Líkaninu er skipt í sex áhrifsvið sem taka til þátta varðandi sjúklinga, starfsfólk, umhverfi, þátta utan spítala, samfélag sjúklinga og regluverk. Það er hannað til þess að draga úr árekstrum og þvingandi úrræðum á geðdeildum með því að styðja við skipulag, teymisvinnu, umhverfi, stuðning, þekkingu, upplýsingaflæði og fagleg vinnubrögð (Bowers, 2014; Bowers o.fl., 2014). Hugtakið *árekstrar* er notað um erfða hegðun sem reynir á starfsfólk, eins og ef sjúklingar neita meðferð, reyna að strjúka af deildinni, neyta vímuefna á meðan á innlögn stendur, beita ofbeldi eða skaða sjálfa sig sýna og hugtakið *þvingun* er notað sem samnefnari yfir öll þvingandi meðferðarúrræði sem notuð eru á geðdeildum (Bowers, 2014).

Safewards-líkanið sýnir að margir þættir tengjast þvingandi meðferð. Ýmsar rannsóknir hafa leitast við að skýra tengsl milli þvingandi meðferðar og ýmissa breyta sem tengjast sjúklingunum sjálfum. Að sögn Bowers o.fl. (2014) eru 28% atvika sem leiða til þvingandi meðferðar rakin til einkenna sjúklinga, eins og lýðfræðilegra breyta, sjúkdómsgreininga, sjúkdómseinkenna og hegðunar. Kyn og aldur sjúklinga getur skipt máli en



Mynd 1 er byggð á líkani um öruggar sjúkradeildir, Safewards, og sýnir á einfaldan hátt meginbyggingareiningar þess. Í ytri hring eru áhrifsviðin sex (sjá nánar töflu 1). Þvingun og árekstur eru kjarninn í líkaninu, tviátta ör þar á milli merkir að árekstur getur valdið þvingandi meðferð og öfugt. Innan ytri hringu eru blossar og demparar sem tákna áhrif fjölmargra þátta meðal sjúklinga og starfsfólks sem geta haft áhrif á hve oft þarf að beita þvingandi meðferð.

meiri hætta er á að ungir nauðungarvistuðir karlmenn séu beittir þvingandi meðferð, eins og einangrun og fjötrum, en konur og þeir sem eldri eru (Bowers o.fl., 2014; Georgieva, Vesselinov og Mulder, 2012). Nauðungarlyfjagjöf er oftast valin til að meðhöndla sjúkdómseinkenni kvensjúklinga en karlsjúklinga (Jarrett, Bowers og Simpson, 2008; Nawka o.fl., 2013). Félagsleg staða sjúklinga hefur einnig áhrif en sjúklingum sem búa einir og hafa lítil tengsl við fjölskyldu sína er hættara við að vera beittir þvingandi meðferð (Girela o.fl., 2014; Lay, Nordt og Rossler, 2011) og þeir sem eru atvinnulausir eiga sömuleiðis frekar á hættu að vera beittir þvingandi meðferð (Lay o.fl., 2011).

Forspárbættir þvingandi meðferðar

Sjúkdómseinkenni, sjúkdómshreiningar og hegðun sjúklinga hefur mikil tengsl við þvingandi meðferð. Sjúklingum með geðrofsgreiningu (F20-F29) samkvæmt ICD-10 sjúkdómshlokkunarkerfinu sem sýna einkenni geðklofa, eins og ofsýnjanir og ranghugmyndir, og sjúklingum sem sýna ofbeldisfulla hegðun eiga frekar á hættu að lenda í þvingandi meðferð en öðrum (Georgieva, Vesselinov o.fl., 2012; Kalisova o.fl., 2014; Noorthoorn o.fl., 2015). Sjúklingar sem vitað er að hafa misnotað vímuefni og að hafa beitt ofbeldi gagnvart öðrum eru einnig oftast beittir þvingandi meðferðarúrræðum (Bowers

o.fl., 2012; Stewart, Bowers og Ross, 2012) og sjúklingar sem áður hafa verið beittir þvingandi meðferð eiga frekar á hættu að verða beittir slíkri meðferð aftur (Georgieva, Vesselinov o.fl., 2012; Girela o.fl., 2014). Þvingandi meðferð er oftast beitt þegar sjúklingar sýna erfiða hegðun, eins og að neita lyfjum og meðferð, biðja um aukalyf (Baker, Bowers og Owiti, 2009) og sýna óviðeigandi kynferðislega hegðun (Happell og Koehn, 2010) eða sýna sjálfskaðandi hegðun (Stewart o.fl., 2012).

Reynsla og þekking starfsfólks spáir fyrir umfangi þvingandi meðferðar

Áhrif starfsfólks á þvingandi meðferð hefur einnig komið fram í rannsóknum. Starfsreynsla, fræðsla, menntun og þjálfun starfsfólks tengjast tíðni og umfangi þvingandi meðferðar (Putkonen o.fl., 2013; Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson og Jones, 2010). Viðmót starfsfólks og samskiptafærni hafa tengsl við notkun þvingandi meðferðar. Starfsfólk með jákvætt viðhorf gagnvart sjúklingum beitir síður þvingandi meðferð (Bowers o.fl., 2014; Happell og Koehn, 2010; Stewart o.fl., 2010) og notar mildari aðferðir við að ná stjórn á krefjandi aðstæðum og tekst frekar að róa sjúklinga án þvingandi meðferðar (Bjorkdahl, Palmstierna og Hansebo, 2010; Happell og Koehn, 2010; Hem o.fl., 2014). Starfsfólki sem er vel þjálfað, í góðu líkamlegu og andlegu jafnvægi og vinnur vel saman tekst betur að draga úr árásargirni sjúklinga og

„Viðmót starfsfólks og samskiptafærni hafa tengsl við notkun þvingandi meðferðar. Starfsfólk með jákvætt viðhorf gagnvart sjúklingum beitir síður þvingandi meðferð og notar mildari aðferðir við að ná stjórn á krefjandi aðstæðum og tekst frekar að róa sjúklinga án þvingandi meðferðar.“

Tafla 1. Innihaldslýsing *Safewards*-líkansins eftir áhrifasviði

Áhrifasvið	Demparar	Blossar
Sjúklingar	Meðferð, eins og samtalsmeðferð, lyfjameðferð og virknimeðferð. Stuðningur, hughreysting og nærvera.	Versnun einkenna eins og ranghugmynda og ofskynjana. Persónuleikabættir eins og jafðarpersónuleikaröskun og andfélagsleg persónuleikaröskun. Lýðfræðilegir þættir: aldur og kyn.
Starfsfólk	Tilfinningastjórnun, siðvitund, viðhorf, þekking, færni í samskiptum, tæknileg færni, eins og viðbrögð gegn ofbeldi, slökunaraðferðir o.fl. Samvinna, samhæfð vinnubrögð, skýrir verkferlar, teymisvinna, gagnkvæmur stuðningur og starfsánægja.	Vanræksla, valdbeiting, vanvirðing, fordómar, hroki, skortur á þekkingu, umhyggju og tilfinningastjórnun starfsfólks.
Umhverfi	Hönnun húsnæðis, eins og sjónlínur, rými, útlit, lýsing og hljóð. Viðhald og þrif.	Slæm hönnun húsnæðis, eins og þrengsli, skúmaskot, fjölbýli og skortur á aðstöðu til næðis og virkni. Slæmt viðhald og óþrifnaður.
Samfélag sjúklinga	Siðvitund sjúklinga, gagnkvæmur skilningur og stuðningur þeirra á milli. Starfsfólk sem fyrirmynd. Stjórnun og stuðningur starfsfólks. Komið í veg fyrir aðstæður sem leiða til árekstra.	Hermihegðun; lærd óæskileg hegðun af samsjúklingum eins og sjálfskaðandi hegðun eða ofbeldi. Álag og áreiti í umhverfinu, eins og spennu, hávaði, þrengsli, ógnandi hegðun og ofbeldi, mikið flæði inn- og útskrifta.
Þættir utan spítala	Fjölskylduhjúkrun. Aðstoð og stuðningur varðandi félagsleg vandamál.	Áföll, sorg, missir, áhyggjur og ofbeldi í tengslum við fjölskyldu og vini. Áhyggjur varðandi búsetu, atvinnu og fjárhag.
Regluverk	Virðing fyrir réttindum sjúklinga og þeim veitt aðstoð við að sækja rétt sinn, leggja fram kærur eða kvartanir. Upplýsingar og fræðsla. Sjúklingum veittur stuðningur við að skipuleggja framtíð sína (batamiðuð þjónusta og vekja von).	Lög og reglur þjóðar, eins og lögræðislög og framkvæmd nauðungarvistunar og sjálfræðissviptingar. Hvaða þvingandi meðferðar eru heimilaðar. Stefna yfirvalda í gedheilbrigðismálum. Ferli kvartana og kærumála. Hjá sumum þjóðum geta ofantalin atriði verið íþyngjandi fyrir sjúklinga.

Tafla 1 gefur yfirsýn yfir áhrifasvið, dempara og blossa sem hafa áhrif á tíðni og umfang þvingandi meðferðar. Áhrifasviðin eru: sjúklingur, starfsfólk, umhverfi, samfélag sjúklinga, þættir utan spítala og regluverk. Demparar eru verndandi þættir sem draga úr notkun þvingandi meðferðar og blossar eru ógnandi þættir sem geta aukið hættu á að henni sé beitt.

þar með að draga úr notkun þvingandi meðferðar (Jón Snorrason og Guðrún Úlfhildur Grímsdóttir, 2019). Sjúklingar telja einnig að starfsfólk sem kemur fram af virðingu, umhyggju og nærgætni beiti síður þvingandi meðferð en annað starfsfólk (Stewart o.fl., 2015). Þetta starfsfólk sýnir sjúklingum samhygð með því að gefa sér tíma til að hlusta, gefa góð ráð, veita upplýsingar og huggun og sýnir raunverulegan áhuga á að hjálpa sjúklingum hvort sem er með því að vera til taks, finna upp á dægradvöl og dreifa athygli sjúklinga, nota snertingu og humor eða að setja viðeigandi mörk án þess að beita valdi (Larsen og Terkelsen, 2014). Samhygð getur því dregið úr notkun þvingandi meðferðar og haft áhrif á batahorfur sjúklinga því hún hvetur sjúklinga til að breyta venjum, aðlagast sjúkdómi eða ástandi eða sinna meðferð sinni (Hsu o.fl., 2012). Jákvæð samskipti milli starfsfólks og sjúklinga geta því dregið úr atvikum sem leiða til þvingandi meðferðar. Því mætti segja að sá tími sem er varið í beina umönnun og samskipti sé mikilvægur í þessu samhengi. Þó eru niðurstöður mismunandi rannsókna að sumu leyti þversagnarkenndar og það bendir til flókins sambands mönnunar, vinnuálags, þekkingar og færni starfsfólks, einkenna sjúklinga og þvingandi meðferðar. Mönnun, vinnuálag og bráðleiki sjúklinga virðist spila hér saman (Bowers o.fl., 2014; Sharac o.fl., 2010; Staggs, 2013). Rannsakendur eru þó fremur á því að þjálfun og menntun starfsfólks sé mikilvægara en fjöldi hjúkrunarfræðinga og annars hjúkrunarstarfsfólks varðandi tíðni ofbeldisatvika og notkun þvingandi meðferðar og að vel þjálfað og menntað starfsfólk dragi úr notkun þvingandi meðferðar (Bowers o.fl., 2014; Jón Snorrason og Guðrún Úlfhildur Grímsdóttir, 2019; Putkonen o.fl., 2013).

„Samskipti sem einkennast af áreitni, ógnun, samkeppni og stríðni milli sjúklinga eru dæmi um neikvæða hegðun sem geta aukið hættu á notkun þvingandi meðferðar.“

Áhrif umhverfis og aðbúnaðar

Aðbúnaður sjúklinga og umhverfi deilda hafa áhrif á hversu oft þvingandi meðferð er beitt. Hlýlegt umhverfi sem býður upp á góða aðstöðu til næðis, hvíldar og virkni dregur úr þvingandi meðferð (Bowers o.fl., 2014) og þrengsli og tímaskortur virðist auka líkurnar á þvingandi meðferð (Lay o.fl., 2011). Notkun sérstakra slökunarherbergja hefur borið góðan árangur við að fækka þeim atvikum sem leiða til þvingandi meðferðar, eins og kvíða, spennu, óróleika og ofbeldi (Cummings, Grandfield og Coldwell, 2010; Sivak, 2012). Innra skipulag geðdeilda, skýrir verkferlar, góð stjórnun, stuðningur, góð teymisvinna og upplýsingaflæði eru mikilvægir þættir sem draga úr notkun þvingandi meðferðar (Bowers o.fl., 2014; Bowers, Nijman, Simpson og Jones, 2011; Stewart o.fl., 2015). Gott skipulag hefur jákvæð áhrif á líðan starfsfólks og sjúklinga, síða og venja innan geðdeilda og starfsandann (Bowers o.fl., 2014). Mikil



Ljósmynd. Rudolf Adolfsson.

starfsmannavelta og slæmur starfsandi geta því valdið því að þvingandi meðferð er oftast beitt á geðdeildum en ella (Papadopoulos, Bowers, Quirk og Khanom, 2012; Stewart o.fl., 2015).

Samfélag sjúklinga á geðdeildum getur haft áhrif á hve þvingandi meðferð er oft beitt. Að sögn Bowers o.fl. (2014) er talið að um fjórðung allra ofbeldisatvika sem leiða til þvingandi meðferðar megi rekja til samskipta milli sjúklinga. Samskipti sem einkennast af áreitni, ógnun, samkeppni og stríðni milli sjúklinga eru dæmi um neikvæða hegðun sem geta aukið hættu á notkun þvingandi meðferðar. Einnig getur spennan vegna mikils óróleika sjúklinga haft neikvæð áhrif á aðra sjúklinga og leitt til atvika eins og þeirra að sjúklingar reyni að strjúka frá deildinni, neiti meðferð eða sýni aðra óæskilega hegðun. Einnig hefur verið sýnt að samskipti milli sjúklinga sem einkennast af hjálpssemi og hvatningu geta dregið úr óæskilegum atvikum. Rannsókn Bowers o.fl. (2014) bendir einnig til að ýmislegt sem eigi sér rót utan spítala, eins og áhyggjur af nákomnum, félagslegri stöðu, fréttir af þjóðmálum, áföll eða missir af einhverju tagi, hafi áhrif. Fjölmargir þættir utan spítala hafi áhrif á líðan sjúklinga en að um 3% ofbeldisatvika sem leiði til þvingandi meðferðar megi rekja til þessa. Auk þess hafi umgjörð og skipulag deilda áhrif, eins og deildarreglur og verklag sem gildir á hverri deild. Óskýrar, of strangar eða ósveigjanlegar reglur geti leitt til árekstra sem leiða til þvingandi meðferðar (Alexander, 2006). Læstar dyr geðdeilda og frelsisskerðing getur einnig haft neikvæð áhrif og lagarammi hvernar þjóðar varðandi nauðungarvistun getur haft áhrif bæði til góðs og illis (Bowers o.fl., 2014).

Safewards-líkanið bendir á þætti sem geta virkað sem demparar og blossom á þvingandi meðferð á geðdeildum. Það getur því gagnast sem ákveðinn leiðarvísir fyrir stjórnendur og starfsfólk, en vísbendingar eru um að notkun þess geti dregið umtalsvert úr þvingandi meðferð og atvikum vegna árekstra á geðdeildum (Bowers o.fl., 2015).

Lokaorð

Þvingandi meðferð getur haft neikvæð áhrif á líðan sjúklinga og starfsfólks. Slík úrræði stríða gegn siðferðilegum gildum flestra og geta skaðað meðferðarsamband við sjúklinga og þar af leiðandi haft áhrif á batahorfur þeirra. Þó getur þvingandi meðferð verið nauðsynleg til að tryggja öryggi og koma í veg fyrir skaða sem hlýst af ofbeldi. Margir samverkandi þættir hafa áhrif á árekstra og atvik sem leiða til þvingandi meðferðar. Því er nauðsynlegt að huga að öllum þáttum sem fram koma í líkani um öruggar sjúkradeildir, *Safewards*, bæði áhrifasviðunum sex jafnt og blossom og dempurum. Þekking og þjálfun starfsfólks, samvinna og góð teymisvinna eru lykilþættir sem geta dregið úr notkun þvingandi meðferðar. Ánægt starfsfólk í líkamlegu og andlegu jafnvægi notar mildari aðferðir við að takast á við órólega og árásargjarna sjúklinga og grípur sjaldnar til þvingandi meðferðar. Færir stjórnendur og leiðtogar eru líklegri til að uppræta slæma stofnunarsíði og þar með það fóður sem réttlætir ofnotkun þvingandi meðferðar. Umhverfi geðdeilda er einnig mikilvægt en öruggt og hlýlegt umhverfi, sem styður við bata sjúklinga, er nauðsynleg umgjörð faglegrar þjónustu. Þvingandi meðferð á geðdeildum á Íslandi hefur verið gagnrýnd og úrbóta krafist. *Safewards*-líkanið getur gagnast vel sem leiðarvísir á þá þætti sem huga þarf að í því umbótastarfi.

Heimildir

Alexander, J. (2006). Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 543–553. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00977.x

Baker, J. A., Bowers, L. og Owiti, J. A. (2009). Wards features associated with high rates of medication refusal by patients: A large multi-centred survey. *General Hospital Psychiatry*, 31(1), 80–89. doi:10.1016/j.genhosppsych.2008.09.005

Berzlanovich, A. M., Schopfer, J. og Keil, W. (2012). Deaths due to physical restraint. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(3), 27–32. doi:10.3238/arztebl.2012.0027

Bjorkdahl, A., Palmstierna, T. og Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: Aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 17(6), 510–518. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01548.x

Bowers, L. (2014). Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499–508. doi:10.1111/jpm.12129

Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., ... Stewart, D. (2014). Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 354–364. doi:10.1111/jpm.12085

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D. og Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric

wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1412–1422. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001

Bowers, L., Jeffery, D., Bilgin, H., Jarrett, M., Simpson, A. og Jones, J. (2008). Psychiatric intensive care units: A literature review. *The International Journal of Social Psychiatry*, 54(1), 56–68.

Bowers, L., Nijman, H., Simpson, A. og Jones, J. (2011). The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(2), 143–148. doi:10.1007/s00127-010-0180-8

Bowers, L., Ross, J., Nijman, H., Muir-Cochrane, E., Noorthoorn, E. og Stewart, D. (2012). The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 826–835. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05784.x

Chuang, Y. H. og Huang, H. T. (2007). Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 486–494. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01563.x

Council of Europe. (2013). *European Report to the Icelandic Government on the visit to Iceland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 18 to 24 September 2012* Sótt á <http://www.cpt.coe.int/documents/isl/2013-37-inf-eng.htm>

Culver, C. M. og Gert, B. (1982). *Philosophy in medicine: Conceptual and ethical issues in medicine and psychiatry*. New York: Oxford University Press.

Cummings, K. S., Grandfield, S. A. og Coldwell, C. M. (2010). Caring with comfort rooms. Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(6), 26–30. doi:10.3928/02793695-20100303-02

Georgieva, I., Mulder, C. L. og Wierdsma, A. (2012). Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. *The Psychiatric Quarterly*, 83(1), 1–13. doi:10.1007/s11126-011-9178-y

Georgieva, I., Vesselinov, R. og Mulder, C. L. (2012). Early detection of risk factors for seclusion and restraint: A prospective study. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(4), 415–422. doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00330.x

Girela, E., Lopez, A., Ortega, L., De-Juan, J., Ruiz, F., Bosch, J. I., ... Torres-Gonzalez, F. (2014). Variables associated with the use of coercive measures on psychiatric patients in Spanish penitentiary centers. *BioMed Research International*, 2014, 928740. doi:10.1155/2014/928740

Gleitman, H. (1995). *Psychology* (4. útgáfa). New York: W.W. Norton & Company.

Haney, C., Banks, C. og Zimbardo, P. (1973). Interpersonal dynamics in a simulated prison. *International Journal of Criminology and Penology*, 1, 69–97.

Happell, B. og Gaskin, C. J. (2011). Exploring patterns of seclusion use in Australian mental health services. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), e1–8. doi:10.1016/j.apnu.2011.04.001

Happell, B. og Koehn, S. (2010). Attitudes to the use of seclusion: Has contemporary mental health policy made a difference? *Journal of Clinical Nursing*, 19(21–22), 3208–3217. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03286.x

Hem, M. H., Molewijk, B. og Pedersen, R. (2014). Ethical challenges in connection with the use of coercion: A focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 15, 82. doi:10.1186/1472-6939-15-82

Holmes, D., Kennedy, S. L. og Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 559–578. doi:10.1080/01612840490472101

Hsu, I., Saha, S., Korhuis, P. T., Sharp, V., Cohn, J., Moore, R. D. og Beach, M. C. (2012). Providing support to patients in emotional encounters: A new perspective on missed empathic opportunities. *Patient Education and Counseling*, 88(3), 436–442. doi:10.1016/j.pec.2012.06.015

Jalil, R., Huber, J. W., Sixsmith, J. og Dickens, G. L. (2017). Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 130–138. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.07.018

Jarrett, M., Bowers, L. og Simpson, A. (2008). Coerced medication in psy-

- chiatric inpatient care: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 538–548. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04832.x
- Jón Snorrason og Guðrún Úlfhildur Grímsdóttir. (2019). Hið ófyrirséða — fyrirbyggjandi aðgerðir gegn ofbeldi á geðdeildum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 2(95), 80–86.
- Kalisova, L., Raboch, J., Nawka, A., Sampogna, G., Cihal, L., Kallert, T. W., ... Fiorillo, A. (2014). Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(10), 1619–1629. doi:10.1007/s00127-014-0872-6
- Katsakou, C., Bowers, L., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T. og Priebe, S. (2010). Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatric Services*, 61(3), 286–292. doi: 10.1176/ps.2010.61.3.286
- Larsen, I. B. og Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426–436. doi:10.1177/0969733013503601
- Lay, B., Nordt, C. og Rossler, W. (2011). Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *European Psychiatry*, 26(4), 244–251. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.11.007
- Martin, G. og Pear, J. (1992). *Behavior modification: What it is and how to do it* (4. útgáfa). New Jersey: A Simon & Schuster Company Englewood Cliffs.
- Nawka, A., Kalisova, L., Raboch, J., Giacco, D., Cihal, L., Onchev, G., ... Kallert, T. W. (2013). Gender differences in coerced patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 13, 257. doi:10.1186/1471-244x-13-257
- NICE. (2015). Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings. Sótt á <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-1837264712389>
- Noorthoorn, E., Lepping, P., Janssen, W., Hoogendoorn, A., Nijman, H., Widdershoven, G. og Steinert, T. (2015). One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(12), 1857–1869. doi:10.1007/s00127-015-1094-2
- Papadopoulos, C., Bowers, L., Quirk, A. og Khanom, H. (2012). Events Preceding Changes in Conflict and Containment Rates on Acute Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*, 63(1), 40–47. doi:10.1176/appi.ps.201000480
- Paterson, B., McIntosh, I., Wilkinson, D., McComish, S. og Smith, I. (2013). Corrupted cultures in mental health inpatient settings. Is restraint reduction the answer? *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(3), 228–235. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01918.x
- Perkins, E., Prosser, H., Riley, D. og Whittington, R. (2012). Physical restraint in a therapeutic setting: A necessary evil? *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(1), 43–49. doi:10.1016/j.ijlp.2011.11.008
- Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyanen, O. P., Kautiainen, H. og Tiihonen, J. (2013). Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 64(9), 850–855. doi:10.1176/appi.ps.201200393
- Rachman, S. J. (1996). Trends in cognitive and behavioural therapies. Í Salkovskis (ritstj.), *Trends in cognitive and behavioural therapies* (bls. 1–24). England: John Wiley & Sons.
- Renwick, L., Stewart, D., Richardson, M., Lavelle, M., James, K., Hardy, C., ... Bowers, L. (2016). Aggression on inpatient units: Clinical characteristics and consequences. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi: 10.1111/inm.12191
- Ryan, C. J. og Bowers, L. (2005). Coercive manoeuvres in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(6), 695–702. doi:10.1111/j.1365-2850.2005.00899.x
- Salzmann-Erikson, M., Lutzen, K., Ivarsson, A. B. og Eriksson, H. (2008). The core characteristics and nursing care activities in psychiatric intensive care units in Sweden. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(2), 98–107. doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00517.x
- Sharac, J., McCrone, P., Sabes-Figuera, R., Csipke, E., Wood, A. og Wykes, T. (2010). Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatient wards: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 909–917. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.03.012
- Siðaráð. (2015). Siðareglur hjúkrunarfræðinga. Sótt af <http://hjukrun.is/fagsvid/sidareglur/>
- Sivak, K. (2012). Implementation of comfort rooms to reduce seclusion, restraint use, and acting-out behaviors. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(2), 24–34.
- Staggs, V. S. (2013). Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. *Res Nurs Health*, 36(1), 26–37. doi:10.1002/nur.21511
- Stewart, D., Bowers, L. og Ross, J. (2012). Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: The dual role of constant special observation. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1340–1348. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05844.x
- Stewart, D., Bowers, L., Simpson, A., Ryan, C. og Tziggili, M. (2009). Manual restraint of adult psychiatric inpatients: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(8), 749–757. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01475.x
- Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., ... Bowers, L. (2015). Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 82–90. doi:10.1111/inm.12107
- Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A. og Jones, J. (2010). A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), 413–424. doi:10.3109/01612840903484113
- Van Der Merwe, M., Muir-Cochrane, E., Jones, J., Tziggili, M. og Bowers, L. (2013). Improving seclusion practice: Implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(3), 203–215. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01903.x
- van Doeselaar, M., Slegers, P. og Hutschemaekers, G. (2008). Professionals' attitudes toward reducing restraint: The case of seclusion in the Netherlands. *The Psychiatric Quarterly*, 79(2), 97–109. doi:10.1007/s11126-007-9063-x
- Vilhjalmur Árnason. (1991). *Siðfræði heilbrigðisþjónustu* (2. útgáfa). Reykjavík: Háskóli Íslands.