

Vägledning vid psykiatrisk tvångsvård

Förslag baserat på material framtaget i EU-projektet EUNOMIA

2008-05-28/LK /AW/JB

Psykiatriskt forskningscentrum, Örebro

Innehållsförteckning

Inledning	3
EUNOMIA-projektet	3
Om riktlinjerna	4
Tvångsintagning	5
Indikationer för tvångsintagning	5
Vårdintyg.....	5
Beslut om tvångsvård	6
Vårdplan.....	7
Rutiner på avdelningen.....	7
Patientens rättigheter samt information och kommunikation med patient och anhöriga	7
Att överväga i övrigt	8
Anhörigmedverkan.....	9
Förslag till förbättringar (från det europeiska EUNOMIA-projektet)	9
Övergång från frivillig vård till tvångsvård (konvertering)	10
Villkor	10
Beslut och genomförande.....	10
Etiska överväganden	11
Information till patienten och anhöriga.....	11
Tvångsmedicinering och fastspänning	13
Tvångsmedicinering	13
Fastspänning.....	14
Uppföljning och dokumentation.....	14
Avskiljning	15
Klinisk bedömning och beslut.....	15
Genomförande/uppföljning	15
Etiska överväganden	16
Information till patienten.....	16
Uppföljning och dokumentation.....	16
Bilaga 1 Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid tvångsinjektion	
Bilaga 2 Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid bältesläggning	

Inledning

EUNOMIA-projektet

EUNOMIA (European Evaluation of Coercive Measures in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice) är ett EU-projekt där 13 psykiatriska verksamheter i tolv länder deltagit: Bulgarien (Sofia), Tjeckien (Prag), Tyskland (Dresden), Grekland (Thessaloniki), Israel (Tel Aviv), Italien (Neapel), Litauen (Vilnius), Polen (Wroclaw), Slovakien (Michalovce), Spanien (Granada och Malaga), Sverige (Örebro län) och England (East London).

Syftet med studien är att analysera existerande variation i användningen av psykiatrisk tvångsvård, samt dess bakomliggande faktorer och effekter. Projektets frågeställningar har handlat om vilka det är som tvångsvårdas, i vilken omfattning tvång upplevs av patienterna, vilka tvångsåtgärder som används, vilket vårdresultatet är efter tre månader, vilka prediktorer som finns för ett positivt vårdresultat samt hur den internationella variationen ser ut i dessa avseenden.

Studiens centrala del bygger på intervjuer med och bedömningar av patienter som lagts in, med tvång eller frivilligt, på psykiatrisk vårdavdelning.

Som en del av EUNOMIA-projektet ingick därutöver att gemensamt i de deltagande länderna ta fram underlag till förslag till gemensamma europeiska kliniska riktlinjer för de tvångsåtgärder som definierats i studien: tvångsintagning, konvertering från frivillig vård till tvångsvård, tvångsmedicinering, fastspänning och avskiljande. Inledningsvis skulle samtliga centra se om det i respektive land fanns några liknande riktlinjer gällande tvångsåtgärder sedan tidigare. I några länder, däribland Sverige, fanns olika nationella och lokala riktlinjer framtagna, i andra länder fanns inga riktlinjer sedan tidigare.

Arbetet med att ta fram förslag till riktlinjer gick till på lite olika sätt i de olika länderna. I Sverige utgick arbetet från befintlig lagstiftning samt nationella och lokala riktlinjer. Diskussioner fördes i en arbetsgrupp bestående av lokala representanter från psykiatri, anhörig- och patientföreningar, polis och domstol. Diskussioner fördes även i den lokala EUNOMIA-gruppen bestående av personer verksamma inom den psykiatriska verksamheten i Örebro län. Det underlag som togs fram utifrån detta arbete skickades runt till olika organisationer och personer i Sverige för synpunkter innan materialet därefter omarbetades och skickades in till EUNOMIA:s projektledning i Dresden.

I övriga länder jobbade man på olika sätt med gruppdiskussioner, intervjuer eller enkäter. De personer som involverades i arbetet var psykiatripersonal från hälso- och sjukvården och kommunerna, representanter från anhörig- och patientorganisationer, polis och domstol.

Samtliga förslag har analyserats utifrån definierade kategorier och sammanställts i Dresden till ett gemensamt dokument, Establishing a Guideline for Best Clinical Practice in the Use of Coercive Measures, som utgör en del av EUNOMIA-projektets avrapportering till EU-kommissionen i Bryssel. Följande översättning är en förkortad omarbetning som är tänkt att rikta sig till personal inom psykiatri i första hand. Det engelska dokumentet är en längre version som även tar upp frågor gällande polis, domstol och andra myndigheters agerande i samband med tvångsintagning och andra tvångsåtgärder.

Denna del av EUNOMIA-projektet utgör alltså ett försök att bidra till en harmonisering av tillämpningen av tvång i psykiatrisk vård i Europa.

Om riktlinjerna

Denna bearbetade översättning till svenska har delvis anpassats till de förutsättningar som gäller enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT), men avsikten är också att visa hur resultatet blev när material från tolv olika länder och förslag från ett stort antal involverade personer i dessa länder har sammanförts. I de fall detta har lett till rekommendationer som avviker från den svenska lagstiftningen kommenteras detta särskilt. Självfallet gäller den svenska lagen i Sverige, och detta dokument är alltså i första hand avsett som underlag för en fortsatt diskussion.

Förslaget omfattar i huvudsak tvångsintagning, konvertering, tvångsmedicinering, fastspänning och avskiljande. Vad som därutöver gäller under tvångsvårdstiden enligt LPT med avseende på vårdens genomförande, visitering, permission, patientens rätt att överklaga, ansökan hos länsrätten om förlängning av vårdtiden, utskrivning m.m. tas inte upp i detta förslag. Vissa delar under avsnittet om tvångsintagning är av generell karaktär och tillämpliga även vid konvertering och tvångsåtgärder. Dessa delar upprepas inte på nytt under varje avsnitt.

I detta förslag finns inga detaljerade regler för tillämpning av LPT. Riktlinjerna är alltså inte avsedda att ersätta befintliga lokala instruktioner för vård enligt LPT, utan mer utgöra ett komplement av policykaraktär med inslag av etiska överväganden. Det är avsett att stimulera till diskussion, varefter delar av det på sikt kan tänkas ingå i lokala riktlinjer. En sådan utveckling förväntas bidra till ett mer likartat förhållningssätt vid tillämpning av tvångsvård i psykiatrin på olika håll i Sverige och Europa.

Det som sägs i dokumentet om chefsöverläkare gäller genomgående chefsöverläkare eller specialistkompetent psykiater med delegation att fatta beslut enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Tvångsintagning

Tvångsintagning skall endast användas om alla villkor är uppfyllda och om alla andra behandlingsalternativ övervägts och uteslutits och om patienten inte kan motiveras att läggas in frivilligt.

Indikationer för tvångsintagning

Sammanställningen som gjordes i Dresden av samtliga länders underlag resulterade i att för tvångsintagning skall följande villkor vara uppfyllda:

- a. Patienten lider av en psykisk sjukdom enligt definition i lag (t.ex. psykos, allvarlig personlighetsstörning, måttlig eller allvarlig utvecklingsstörning eller demens) och är inkapabel att fatta beslut om sitt eget väl, samt att behandling inte kommer till stånd eller patientens hälsa försämras om han eller hon inte läggs in på sjukhus.
- b. Patienten utsätter sig själv eller andra personer för fara, t.ex. genom att fysiskt attackera andra eller begå suicidala eller självstympande handlingar, eller patienten förstör föremål i sin omgivning eller andras värdefulla tillhörigheter.

Detta kan jämföras med LPT, enligt vilken tvångsvård endast får ges om

1. patienten lider av en allvarlig psykisk störning,
2. patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård, och
3. patienten motsätter sig sådan vård som sägs i 2 eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke.

Tvångsvård får enligt LPT inte ges om patientens psykiska störning utgör enbart en utvecklingsstörning. Vid bedömning av vårdbehovet skall även beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Om patienten utsätter sig själv för fara ingår i bedömningen enligt punkt 2. Farlighet mot andra är betydligt nedtonat i den svenska lagstiftningen i jämförelse med punkt b ovan och avser i första hand, enligt lagens förarbeten, att skyddet för närstående och andra i omgivningen ska beaktas i bedömningen. Efter granskning av två uppmärksammade våldsdåd begångna av personer med psykiska störningar har dock Socialstyrelsen uttalat att farlighetsbedömningen även ska innefatta risk för allmänheten.

Vårdintyg

Intagning för psykiatrisk tvångsvård kräver omsorgsfullt agerande. Om möjligt enligt gällande sekretessbestämmelser bör till exempel anamnestic information från andra källor (anhöriga, vårdare, socialarbetare, andra institutioner etc.) inhämtas innan den läkare som skall göra bedömningen har direkt kontakt med patienten.

Legitimerad läkare gör därefter en undersökning för utfärdande av vårdintyg enligt särskilt formulär, om det finns skälig anledning till en sådan undersökning. Av vårdintyget skall det framgå att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för tvångsvård av patienten är uppfyllda. Det skall också innehålla en redogörelse för den psykiska störningen och de omständigheter i övrigt som ger upphov till vårdbehovet. Eftersom en fysisk undersökning kan leda till en eskalering av situationen kan denna senareläggas. Om möjligt skall patienten

undersökas i enrum; eventuellt kan en person som patienten litar på delta. Patienten måste informeras om varför undersökningen görs. Vårdintyget skall utfärdas i omedelbar anslutning till undersökningen.

Förutom de kliniska bedömningarna bör även de etiska övervägandena dokumenteras, där tvångsingripandet vägs mot de värden som står på spel, t.ex. fara för liv, självbestämmande, integritet, värdighet, lidande, omsorg och skydd. Vilka värden och vems värden det handlar om, samt vilka värdepreferenser den som gör bedömningen kommit fram till i det aktuella fallet, bör tydliggöras i beslutsunderlaget.

All information måste vidarebefordras till den ansvarige läkaren vid avdelningen. Patientens ankomst skall meddelas per telefon så att förberedelser på avdelningen kan göras. Om möjligt skall patienten ges möjlighet att ta med sig personliga tillhörigheter och anhöriga informeras.

Läkaren som är ansvarig för situationen innan inskrivning bör följa patienten till sjukhuset, och är ansvarig för att överföra informationen till den läkare som är ansvarig för inskrivningen vid sjukhuset.

Vid behov kan polishandräckning begäras för att kunna genomföra bedömningen och för att föra patienten till sjukhus sedan vårdintyg utfärdats, men detta bör inte ske innan andra möjligheter att föra patienten till sjukhus har övervägts. Vid behov kan polis också påkallas för att finnas till hands på avdelningen.

Beslut om tvångsvård

Helst innan, men åtminstone under undersökningsprocessen skall all, med hänsyn till gällande sekretessbestämmelser, möjlig anamnestisk information om patienten och hans/hennes beteende inhämtas, t.ex. från anhöriga, polisen, socialtjänsten och tidigare behandlande läkare. För att underlätta detta bör all relevant information överföras från dem som redan varit involverade i intagningsprocessen till ansvarig läkare på sjukhuset. Detta är viktigt för att vid behov kunna besluta om restriktiva åtgärder, för att bedöma om patienten kan vara farlig (riskbedömning) och för att vid aggressivt beteende se till att extrapersonal finns närvarande. I sådana situationer skall de-eskalering liksom verbala och icke verbala strategier för att hantera aggression tillämpas. Medicinering med haloperidol och benzodiazepiner ska inte rutinemässigt användas i dessa fall.

Efter den kliniska undersökningen som utförs av läkaren vid sjukhuset, skall patienten upplysas om sin sjukdom, om vidare behandling, prognos och möjligheter att få juridisk hjälp. Läkaren måste informera patienten om dennes rättigheter och skall ge så mycket objektiv information som möjligt. Om patienten tillåter det skall anhöriga informeras.

Förutom de kliniska bedömningarna bör även de etiska övervägandena dokumenteras, där tvångsingripandet vägs mot de värden som står på spel, t.ex. fara för liv, självbestämmande, integritet, värdighet, lidande, omsorg och skydd. Vilka värden och vems värden det handlar om, samt vilka värdepreferenser den som gör bedömningen kommit fram till i det aktuella fallet, bör tydliggöras i beslutet.

Efter beslut om tvångsvård skall undersökande läkare ge information till avdelningen.

Varje åtgärd under intagningsprocessen skall dokumenteras i detalj i journalen, helst i ett särskilt formulär med definierade rubriker, t.ex.:

- Patientens tillstånd
- Tvångsåtgärder som vidtagits och alla andra åtgärder som utförts med patienten
- Namnen på deltagande personer
- Kliniska överväganden
- Etiska överväganden.

Vårdplan

Om beslutet är att patienten skall intas för tvångsvård skall en vårdplan upprättas som anger de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården skall uppnås och för att resultaten av dessa insatser skall kunna bestå. Vårdplanen skall ge en fullständig bild av patientens medicinska, psykologiska och sociala problem, behov och önsningar, samt ange åtgärder och mål med behandlingen.

Vården i den akuta fasen efter intagning skall baseras på vårdplanen och planen skall ange de huvudsakliga grunddragen för den fortsatta vården. Vårdplanen skall revideras så snart som möjligt för att planera den fortsatta vården mer i detalj. Vårdplanen skall så långt som möjligt upprättas i samråd med patienten. Om det inte bedöms olämpligt och patienten inte motsätter sig detta, skall samråd även ske med anhöriga.

Om patienten har behov av insatser från kommunen och den öppna hälso- och sjukvården skall planen upprättas i samråd med socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården, primärvården och den psykiatriska öppenvården.

Rutiner på avdelningen

Patientens ankomst till psykiatrisk klinik skall meddelas per telefon före ankomst. När patienten är på väg till kliniken skall mottagande psykiater om möjligt få nödvändig information från de personer som redan är involverade i intagningsprocessen. Idealiskt är om det team som tar emot patienten är den läkare och den personal från avdelningen som kommer att vårda patienten, inklusive den eller de som utses till patientens kontaktperson/er.

Innan patienten kommer till sjukhuset bör förberedelser göras av avdelningspersonal; rum och säng bör vara klart. Det är också viktigt att kontrollera patientens bagage.

Obereonde av läkarna är sjuksköterskor och vårdpersonal ansvariga för att informera patienten om vad som kommer att hända honom/henne då de har en daglig och nära kontakt med patienten. Kommunikationen skall vara lugn, aktiv och stödjande för att undvika upptrappning. Det är nödvändigt att dokumentera alla patientens tillhörigheter och informera honom/henne om resurser och viktiga regler på avdelningen. Avdelningsinformationen skall ges också i skriftlig form och bör finnas på olika språk.

Patientens rättigheter samt information och kommunikation med patient och anhöriga

Patienten skall alltså informeras om alla viktiga frågor och skall involveras i intagningsprocessen så mycket som möjligt. Nedan förtecknas mer i detalj viktiga aspekter att beakta när det gäller information till patienter och anhöriga.

- Patienten skall informeras om utfärdandet av vårdintyget och anledningen till detta.
- Patienten skall informeras om tillvägagångssättet innan transport till psykiatrisk klinik och skall tillåtas att ta med sig ett fåtal personliga tillhörigheter och dokument.
- Tvångsintagna patienter skall informeras om sina juridiska rättigheter, rätten att överklaga vissa beslut, att kontakta myndigheter, att anlita ombud eller biträde och få juridisk hjälp

via ett ombud samt få stöd från en stödperson. Patienten skall ha möjlighet att kontakta ombud eller anhöriga, och en telefon skall finnas tillgänglig för detta.

- Om patienten behöver tolk skall en utbildad tolk anlitas. Tolken skall närvara vid alla viktiga samtal vad gäller vårdens genomförande och patientens rättigheter.
- Lagen om psykiatrisk tvångsvård skall finnas tillgänglig för patienterna på svenska och engelska, och om möjligt översatt till andra språk.
- Patienten skall ges möjlighet att använda telefon, fax och e-post, besökare skall inte utestängas och censur får inte förekomma, såvida det inte är reglerat i lag.
- Patienten skall ha regelbunden kontakt med personalen och en relation byggd på ömsesidig respekt och förståelse skall eftersträvas.
- Patienten och anhöriga skall så tidigt i processen som möjligt få förklarat för sig alla funktioner och professioner hos de personer som är involverade i tvångsintagningen och vården.
- Patienten har rätt att få information om sitt hälsotillstånd och om tillgänglig vård, och skall fortlöpande informeras om åtgärder som vidtas.
- Patienten skall också informeras om förväntad vårdtid, fortsatt behandling och prognos.
- Under hela processen skall patienten ges möjlighet till kommunikation med och assistans av anhöriga så att familjen också är involverad i hela förfarandet.
- Patienten skall informeras om tillgängliga resurser och gällande regler på avdelningen (bör finnas i skriftlig form).
- Rutinmässig information om patientens intagning på psykiatrisk klinik skall inte utan patientens medgivande lämnas ut till andra vårdgivare, myndigheter etc. som ej är involverade i processen om inte detta är reglerat i lag.

All kommunikation med patienten skall anpassas till patientens kliniska tillstånd. Information skall ges vid upprepade tillfällen och vårdgivaren skall försöka försäkra sig om att patienten har förstått informationen. Allmänt vid tvångsintagning skall det tas i beaktande att patienten kan vara i ett tillstånd av förvirring och vanda och vara uppjagad av situationen, varför det är viktigt att kommunikationen med patienten sker lugnt, aktivt och stödjande för att inte vålla frustration och stress hos patienten. All allmän exponering av patienten skall undvikas.

Även anhöriga skall omedelbart informeras om utfärdandet av vårdintyg, intagning av patienten (om patienten inte motsätter sig att anhöriga informeras om detta) och få information om det dagliga tidsschemat för terapeutiska aktiviteter på avdelningen.

För patienten och anhöriga är det viktigt att tydliga besked kan ges så tidigt som möjligt för att klargöra situationen.

Att överväga i övrigt

- Patienten skall ges möjlighet att själv eller med hjälp av familjen ta sig till sjukhuset.
- Patienten skall i normalfallet läggas in på närmast belägna psykiatriska klinik.
- Hela intagningsproceduren skall ske inom en begränsad tidsram för att reducera påfrestningen på patienten, t.ex. genom att ordna snabb transport direkt till kliniken utan att "mellanlanda" på någon annan enhet. I vissa fall kan det dock vara bra att inte pressa tiden alltför mycket, för att inte äventyra eventuellt partiellt samtycke från patienten.
- Man skall så långt möjligt undvika att patienten flyttas runt mellan olika enheter även under den efterföljande vårdtiden.
- Helst bör den initiala undersökningen för vårdintyg ske utanför den psykiatriska enheten.

Anhörigmedverkan

Vanligtvis skall anhöriga involveras i tvångsintagningsituationen så tidigt som möjligt, exempelvis för utbyte av giltig information om hur sjukdomen yttrar sig och om tidigare intagningar. Sådan viktig information kan fås genom direkt samtal med anhöriga eller via telefon. Om patienten så medger skall också familjen informeras om tvångsintagningen och om eventuella tvångsåtgärder som vidtas.

Under varje steg i intagningsproceduren skall patienten ges rätt till adekvat kontakt med och att få hjälp av anhöriga, och behandlingen skall planeras, så långt möjligt, i samarbete med patienten och hans eller hennes anhöriga. Vidare skall de anhörigas behov av snabba och tydliga beslut tas i beaktande.

Förslag till förbättringar (från det europeiska EUNOMIA-projektet)

Personal som är involverade i tvångsvård skall erbjudas utbildning som syftar till att vidmakthålla och öka kunskaper och förmåga att på ett lämpligt sätt utföra uppgifterna i dessa situationer. Utbildningen skall inkludera:

- Verbala och icke verbala strategier för att hantera aggression
- Allmänt om psykisk sjukdom
- Användning av inskränkande åtgärder
- Dokumentation
- Information om tidsgränser för olika steg i intagnings- och vårdprocessen
- Kommunikation inom teamet.

Övergång från frivillig vård till tvångsvård (konvertering)

Villkor

Det räcker inte som skäl för konvertering att patienten bryter mot behandlingskontraktet/vägrar acceptera ordinerad behandling eller begär utskrivning mot läkarens inrådan.

Villkoren för konvertering enligt det gemensamma europeiska underlaget är nära överensstämmande men lite vidare än det svenska regelverket. Enligt sammanställningen som gjordes i Dresden av samtliga länders underlag måste förutsättningarna för tvångsvård vara uppfyllda:

- Patienten lider av en allvarlig psykisk störning.
- Patienten har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad dygnetruntvård.
- Patienten motsätter sig sådan vård så att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke (därför att patienten är inkapabel att ta ställning till sitt eget väl och att inte kvarhålla honom eller henne skulle medföra att ingen behandling kommer till stånd eller försämring av hans eller hennes hälsa).
- Patienten utgör en fara för sin egen eller andras hälsa eller sitt eget eller andras liv, och till egna eller dessa andras egendom.

Enligt LPT gäller, att om en patient är intagen på en sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård, får chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas besluta om tvångsvård efter det att vårdintyg utfärdats av annan läkare när

1. förutsättningarna enligt LPT §3 föreligger (se ovan under tvångsintagning) och
2. patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan.

Här tycks det alltså som de svenska kriterierna slagit igenom i den gemensamma europeiska formuleringen, men med vissa tillägg: dels när det gäller att patientens tillstånd kan försämrans om ingen vård kommer till stånd, dels när det gäller farlighetskriterierna som utvidgats till att omfatta även fara för egen och andras egendom.

Beslut och genomförande

Chefsöverläkaren kan besluta om kvarhållning av en patient som är frivilligt intagen på avdelningen om villkoren för konvertering är uppfyllda. Men detta får endast ske efter en psykiatrisk bedömning av patienten, och om patienten efter individuellt anpassad information inte kan motiveras att delta i behandlingen frivilligt. Läkaren skall tydligt informera patienten om åtgärden och förklara orsakerna i detalj liksom de omedelbara konsekvenserna samt de fortsatta stegen i proceduren (t.ex. användning av annan tvångsbehandling eller prövning i domstol).

Beslutet och den förändrade legala statusen skall dokumenteras i journal och även motiveringen till varför detta sker. Samtidig personal skall omgående informeras om beslutet och förberedelser skall vidtas för att bemöta potentiella protester, utagerande eller aggressivt beteende. Personalen skall därför vara beredd på möjligheten att andra tvångsåtgärder (t.ex. tvångsmedicinering, fastspänning eller avskiljning) måste vidtas.

Om patienten för tillfället vårdas på en öppen avdelning skall en förflyttning till en låst avdelning övervägas. Om förflyttning inte är möjlig skall andra patienter informeras om att dörren på den aktuella avdelningen låses.

I samband med beslutet om konvertering skall vårdplanen revideras med redogörelse för behandlingsmöjligheterna samt de åtgärder som behövs för att uppnå målet med tvångsvården och för att få bestående resultat av vården. När det är lämpligt skall vårdens genomförande planeras i samarbete med patienten och med anhöriga, om detta inte är olämpligt för patientens bästa och om patienten inte mottätter sig att anhörig deltar.

Tvång kan användas för att förhindra patienten från att lämna avdelningen. Vid omedelbar fara för patientens liv och hälsa får nödvändig behandling ges under kvarhållningen, men depotmedicinering får inte ges förrän ett konverteringsbeslut är klart. Om det finns fara att patienten skadar sig själv eller andra och alla andra möjligheter till samarbete har misslyckats, får patienten under en kortare period spännas fast i bälte eller liknande.

Etiska överväganden

Förutom kliniska överväganden skall även de etiska övervägandena dokumenteras eftersom tvångsingripandet skall balanseras mot värden som står på spel (t.ex. fara för liv, självbestämmande, integritet, värdighet, lidande, omsorg och skydd). Det skall klargöras vilka värden och vems värden som står på spel, samt vilka värdepreferenser den som gör bedömningen kommit fram till i det aktuella fallet.

Tvångsåtgärder med syfte att genomföra vården får endast användas om alla andra alternativ har provats och föreslagits patienten, med individuellt anpassad information, och hon eller han inte kan motiveras att delta frivilligt.

För att uppnå fortsatt frivillighet från patienten att delta i behandlingen skall alla medel för att de-eskalera situationen användas. Även personalen skall tydligt informera patienten varför åtgärden används och förklara vilka konsekvenser detta innebär.

Information till patienten och anhöriga

Patienten måste tydligt informeras om ändringen i legal status och användningen av denna åtgärd. Patientens skall ges information om anledningen till åtgärden och vilka konsekvenser detta får för honom/henne. Personalen skall också informera patienten om hans/hennes hälsotillstånd och om tillgänglig behandling och så fort patienten mår tillräckligt bra skall information ges om patientens rättigheter att överklaga vissa beslut, att anlita ett ombud eller biträde, att få juridisk hjälp via ett offentligt ombud och få hjälp av stödperson. Patientens skall fortlöpande få information om vidtagna åtgärder.

Patienten skall ha möjlighet att kontakta myndigheter och släktingar och en telefon skall finnas tillgänglig för patienten för dessa ändamål. Censur av brev, besöksförbud och begränsning av patientens möjligheter att ringa är inte tillåtet såvida inte sådana förbud regleras i lagen. Patientens skall också med hjälp från personal ges möjlighet att använda fax och e-post om inte annat regleras i lag (se LPT §20a).

Om patienten behöver tolk skall en utbildad sådan anlitas och närvara i alla samtal som rör vårdens genomförande.

All information skall ges vid upprepade tillfällen och vårdgivaren skall försöka försäkra sig om att patienten har förstått informationen.

Även patientens anhöriga och hans eller hennes förmyndare/stödperson, om sådan finns, skall informeras om ändringen i legal status. Vid konvertering är kontakt med anhöriga viktig, om patienten inte motsätter sig detta.

Tvångsmedicinering och fastspänning

Tvångsintagning och konvertering innebär att patienten måste acceptera vården och stanna kvar på vårdavdelningen. Detta är i de flesta fall tillräckligt för att få patienten att i samförstånd acceptera nödvändiga behandlingsåtgärder. Tvångsåtgärder får endast tillgripas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden och när andra möjligheter uteslutits. Behandlingsåtgärderna skall anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården.

Tvångsmedicinering

När tvångsmedicinering måste tillgripas är det ofta en engångsinsats i början av behandlingsperioden. Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid tvångsinjektion har utarbetats vid Huddinge sjukhus. En preliminär version av dessa insändes som en del av det svenska underlaget till framtagande av gemensamma riktlinjer inom EUNOMIA-projektet. Detta svenska förslag anammades i stort sett i sin helhet vid sammanställningen av det gemensamma dokumentet i Dresden, varför dessa riktlinjer, i sin aktuella version (utveckling av riktlinjerna pågår), ingår i denna omarbetade svenska version av riktlinjerna (bilaga 1).

Eftersom krissituationer kan vara mer eller mindre akuta och mer eller mindre farliga (för patienten själv och/eller andra) går det inte att definiera i vilka situationer tvångsmedicinering måste tillgripas. I första hand skall man försöka undvika tvångsmedicinering genom att överväga andra möjliga alternativ. Endast om andra åtgärder visat sig ineffektiva eller inte tillämpliga skall tvångsmedicinering tillgripas. Detta innebär att patienten konsekvent nekar att ta medicinen frivilligt, oberoende av patientens skäl till detta. Förutom att erbjuda patienten att ta medicinen frivilligt skall andra de-eskalering strategier användas:

- Verbal de-eskalering (se nedan)
- Att muntligt förklara situationen
- Att involvera patienten i sysselsättning på avdelningen
- Att erbjuda en promenad eller något att äta
- Att tillgodose något önskemål från patienten
- Att presentera andra vägar att lösa situationen (t.ex. ett samtal med chefsöverläkaren)
- Att involvera någon person som patienten litar på.

Innan tvångsmedicinering tillgrips skall flera steg övervägas:

- Att erbjuda medicinering
- Att försöka övertala
- Att upprepa erbjudandet
- Att informera om att det blir tvångsmedicinering om patienten inte tar medicinen
- I sista hand intramuskulär eller intravenös tvångsmedicinering.

Vid en eskalerande konfliktsituation måste psykiatrikern bedöma om den pågående behandlingsepisoden kan avbrytas, men om han eller hon av medicinska eller legala skäl inte kan ta ansvar för en utskrivning måste proceduren med tvångsmedicinering (t.ex. orsak, typ av medicin) på ett rimligt sätt förklaras för patienten. Om denna information inte kan ges innan tvångsmedicineringen genomförs måste patienten informeras i efterhand.

Vid tvångsmedicineringen skall läkare närvara, även om själva injektionen ges av annan personal. Den skall genomföras på det minst restriktiva sätt som är säkert och effektivt. Patientens värdighet, privata sfär och säkerhet skall så långt möjligt bevaras under hela processen.

Tvångsåtgärder som tvångsmedicinering är en känslig fråga i den kliniska vardagen på psykiatriska vårdavdelningar. För att förhindra traumatisering av patienten vid tvångsmedicinering är det nödvändigt att åtgärden utförs av utbildad psykiatrisk personal. Personalen skall ha erfarenhet av att utföra sådana åtgärder och av att använda de-escaleringstekniker. Sådana verbala och icke verbala strategier är:

- Att etablera en god relation till patienten
- Att visa aktivt deltagande
- Att lyssna
- Att utverka en mer detaljerad beskrivning av patientens historia
- Goda kommunikationsfärdigheter (att etablera verbal och visuell kontakt, att använda korta meningar med mycket tydligt innehåll, att tala med en varm och lugnande röst, att använda patientens namn, att inte argumentera emot patientens uttalanden).

Fastspänning

Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid bältesläggning har också utarbetats vid Huddinge sjukhus. Liksom när det gällde tvångsmedicinering insändes en preliminär version av dessa som en del av det svenska underlaget till framtagande av gemensamma riktlinjer inom EUNOMIA-projektet. Även detta svenska förslag anammades i stort sett i sin helhet vid sammanställningen av det gemensamma dokumentet i Dresden, varför dessa riktlinjer, i sin aktuella version (utveckling av riktlinjerna pågår), ingår i denna omarbetade svenska version av riktlinjerna (bilaga 2). Ett särskilt rum avsett för fastspänning bör finnas på avdelningen.

Vad som sägs ovan om tvångsmedicinering gäller i tillämpliga delar även fastspänning. Därutöver är det viktigt att beakta att fastspänning inte skall betraktas som det enda sättet att lugna patienter. Den intervenerande personalen skall ha kunskap om sina uppgifter och agera med en respektfull attityd utan att visa någon fysisk eller verbal aggressivitet. Lämplig utbildning skall tillhandahållas, eftersom framgångsrik användning (eller undvikande av) bältesläggning till stora delar är beroende av tillgång till ett tillräckligt antal väl utbildad personal. Utbildningen skall avse såväl själva bältesläggningsproceduren som de-escaleringstrategier enligt ovan. Viktigt är att hela tiden så långt möjligt beakta patientens värdighet.

Uppföljning och dokumentation

För såväl fastspänning som tvångsmedicinering gäller, utöver vad som sägs ovan samt i bilagorna 1 och 2, att

- efter det att en sådan tvångsåtgärd utförts, skall en genomgång av händelsen göras, förutom med patienten, också inom det kliniska teamet
- hela händelseförloppet skall dokumenteras i patientens journal, t.ex.: tidpunkt, vad som inträffat som gjorde att tvångsåtgärden övervägdes, vilka åtgärder som vidtogs för att försöka undvika tvångsåtgärden, vilka som var med, vad beslutet blev, om åtgärden hade avsedd effekt samt uppföljningen av åtgärden tillsammans med patienten och i personalgruppen
- i samband med uppföljningen kan övervägas att tillsammans med patienten träffa en överenskommelse ("kontrakt") om hur en liknande situation skall hanteras om den inträffar på nytt.

Avskiljning

Avskiljning eller isolering tillämpas inte vid alla kliniker som ingick i EUNOMIA-projektet. Nedanstående riktlinjer har sammanställts från de bulgariska, polska, slovakiska, svenska och tjeckiska förslagen.

Klinisk bedömning och beslut

Avskiljning skall endast användas i en akutsituation när andra åtgärder inte fungerar eller är lämpliga, t.ex. om patienten utsätter sig själv eller andra för fara genom att agera på ett suicidalt eller självskadande sätt eller fysiskt attackerar andra personer, allvarligt förhindrar behandlingen av andra patienter, förstör föremål i sin omgivning eller värdefull egendom för andra.

Alternativ till avskiljning skall provas, t.ex. att personal och patient gör någon form av aktivitet eller går någonstans tillsammans. Endast om nödvändigt skall patienten för en kort tid avskiljas. Chefsöverläkaren fattar beslut om avskiljande efter bedömning av patientens tillstånd, och skall dokumentera samtliga aspekter av tvångsåtgärden, t.ex. nödvändighet, användning och varaktighet, i patientens journal och signera. Vid akut oro eller om det krävs av säkerhetsskäl, kan sjuksköterska besluta om avskiljning och sedan informera läkaren omedelbart. Patienten måste alltid informeras om åtgärden, t.ex. om orsaker och varaktighet.

Genomförande/uppföljning

Patientens fysiska funktioner måste regelbundet kontrolleras av tjänstgörande sjuksköterska. Alla förändringar måste rapporteras omedelbart till läkaren. Om patienten övervakas ständigt skall endast personal av samma kön som patienten övervaka patienten i känsliga situationer, så som toalettbesök. Tillsammans med läkare skall personal överväga om samtal med patienten behövs för att undvika trauma.

Patienten skall ha möjlighet att kommunicera med personalen eller med andra patienter och skall ofta tillfrågas om grundläggande behov för att säkerställa patientens säkerhet och att vården bedrivs humant och enligt gällande kvalitetsstandards. Personalen skall därför behärska återupplivning, kunna identifiera beteende, händelser och omgivande faktorer som kan trappa upp situationen, fysiska tecken på utmattning hos patienten och riskfaktorer för skada så som övervikt eller andningsbesvär. De skall också kunna använda icke fysiska ingripanden (t.ex. de-eskalering, aktivt lyssnande) för att på lämpligt sätt kunna övervaka patienter under avskiljning.

Rummet som är avsett för avskiljning skall utformas så att det skyddar patienten mot kroppslig skada (alla saker som kan skada patienten eller rummet, t.ex. smycken, skarpa föremål, tändare etc., skall tas bort). Patienten måste exempelvis ges visst rörelseutrymme inom det givna utrymmet. Personalen skall ta hand om patientens tillhörigheter, och en lista skall upprättas över dessa.

Fastställda tidsgränser, återkommande avbrott och kvalitetsstandards skall följas och alla beslut skall vara tidsbegränsade. Åtgärden skall avslutas så snart det är möjligt.

Patienter som avskiljts och personal som deltagit i åtgärden skall delta i en efterföljande diskussion efter händelsen för att gå igenom vad som hände och hur man i framtiden skall kunna undvika en liknande upptrappning.

Etiska överväganden

Patientens värdighet, privata sfär och säkerhet skall skyddas så långt som möjligt under hela isoleringen. Övervakning i känsliga situationer, så som toalettbesök, skall endast göras av personal av samma kön som patienten. Den minst restriktiva isoleringsmetod som är säker och effektiv skall användas. Alternativ skall diskuteras. Alla beslut skall begränsas till en bestämd tidsperiod och patienten skall avlägsnas från isoleringen så fort som möjligt, när hon/han inte längre utgör ett hot mot sig själv och andra. Det skall vara tydligt utsagt att protestbeteende, brytande av behandlingsöverenskommelse eller vägran att ta medicin inte skall anses vara anledning till att använda denna åtgärd.

Information till patienten

När åtgärden används skall orsaken till och varaktigheten av isoleringen kortfattat delges patienten. Det skall vara tydligt för patienten att åtgärden inte används som bestraffning. Om patienten samtycker skall även anhöriga informeras om att beslut om isolering har fattats.

Uppföljning och dokumentation

Liksom vid fastspänning och tvångsmedicinering gäller vid avskiljning att

- efter det att en sådan tvångsåtgärd utförts, skall en genomgång av händelsen göras, förutom med patienten, också inom det kliniska teamet
- hela händelseförloppet skall dokumenteras i patientens journal, t.ex.: tidpunkt, vad som inträffat som gjorde att tvångsåtgärden övervägdes, vilka åtgärder som vidtogs för att försöka undvika tvångsåtgärden, vilka som var med, vad beslutet blev, om åtgärden hade avsedd effekt samt uppföljningen av åtgärden tillsammans med patienten och i personalgruppen
- i samband med uppföljningen kan övervägas att tillsammans med patienten träffa en överenskommelse ("kontrakt") om hur en liknande situation skall hanteras om den inträffar på nytt.

Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid tvångsinjektion

Följande moment identifierades i tvångsinjektion:

- Indikation för tvångsinjektion
- Kontakt och diskussion med läkare
- Ordination på tvångsinjektion
- **Samordning inför tvångsinjektion**
- **Information till patient**
- **Omhändertagande av medpatienter**
- **Medtagning av patient till utsett rum**
- **Fasthållning/injektionsgivning**
- **Eftervård**
- Efterbearbetning i personalgruppen
- Dokumentation

Som undergrupp identifierades:

- **Tvångsinjektion till patient i bälte**

Moment markerade med **fet** stil motsvarar riktlinjernas omfattning.

Omvårdnadsteori/modell

De kliniska riktlinjerna för omvårdnad vid tvångsinjektion har speglats mot delar av tre omvårdnadsmodeller. Dessa har varit utarbetade av Henderson, King och Paterson och Zderad.

Henderson fokuserar på allmänmänskliga basbehov som fysiska och trygghetsmässiga behov. Sådana basala behov är väsentliga i krissituationer som tvångsinjektion. I samband med fasthållning är det viktigt att beakta fysiologiska behov som andning, cirkulation och smärtfrihet. De trygghetsmässiga behoven behöver särskild uppmärksamhet när personal agerar mot patientens vilja.

King visar hur patientens själv- och kroppsuppfattning påverkas av vårdpersonalens bemötande och attityder. I samband med tvångsinjektion ska personalen därför tänka på att inte ge det King kallar ”negativa jag-bilder”, som t.ex. att patienten är besvärlig, elak eller ett opersonligt ting. Personlig interaktion och icke-objektifiering är väsentligt i dessa situationer, t.ex. genom att kalla patienten vid namn, hålla ögonkontakt, informera om vad som händer och varför och genom lugnande kroppslig beröring.

Paterson/Zderad betonar att omvårdnadens mål är patientens välbefinnande. Här är personalens självkänedom av stor vikt där ork och mod att kunna leva sig in i patientens situation anses väsentlig för relation och icke-objektifiering av patienten. Samtidigt, menar Paterson/Zderad, måste personal snabbt kunna växla mellan ett fokus på relation till patienten och praktisk handling i vårdåtgärder av mer naturvetenskaplig karaktär. Sådana växlingar är viktiga under tvångsinjektion där säkerhetsaspekten för både patient och personal är högprioriterad samtidigt som patientens subjektiva krisupplevelse ska vara så lindrig som möjligt.

Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid tvångsinjektion

Samordning inför tvångsinjektion

1. Tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för samordningen och organisationen av tvångsinjektionen (ledaren). Hon/han kan välja att lämna över samordningen till en medarbetare hon/han bedömer vara mest lämplig, t.ex. en person med bra relation till patienten och stor erfarenhet av tvångsinjektionssituationer.
2. För tvångsinjektion behövs vanligtvis fyra personal med viss erfarenhet av tvångsinjektionssituationer. Om befintlig personal bedöms vara otillräcklig kan förstärkning ringas in från andra avdelningar och från väktare.
3. Samordningen innefattar:
 - vem informerar och håller den personliga kontakten med patienten?
 - vilka i personalgruppen är mest lämpliga att delta vid just den här tvångsinjektionssituationen?
 - vem ansvarar för beredskap med bältessäng om kraftigt våld skulle uppstå?
 - i vilket rum injektionen ska ges i första hand? Vanligtvis är detta behandlingsrummet eller patientens egna rum.
 - vem tar hand om medpatienterna.
4. Sjuksköterskan drar upp och förbereder sprutan.

Information till patienten

Läkare ska ha informerat patienten om vad som ska ske och varför, ofta tillsammans med sjuksköterska/skötare. Informationen kan behöva upprepas av ledaren om inte tvångsinjektionen skett direkt efter läkarens information.

1. Ledaren går fram och informerar patienten:
 - att patienten är tvungen att ta medicinen och varför detta bedömts nödvändigt.
 - att läkare ordinerat tvångsinjektion om detta är nödvändigt.
 - att patienten kommer tas till utsett rum och där få en spruta.
 - att det bästa är om patienten kan tänka sig att frivilligt acceptera att ta sprutan. Om patienten inte direkt går med på detta anses frågan slutdiskuterad.

Omhändertagande av medpatienter

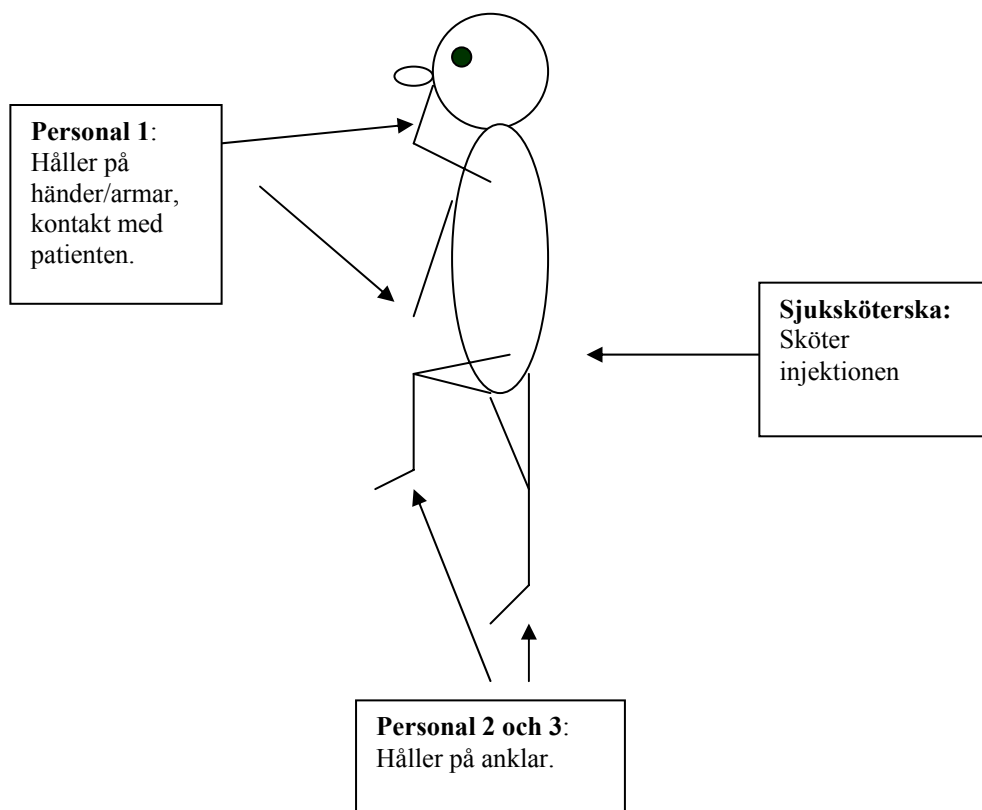
1. En eller flera i personalen är utsedda för att ta hand om medpatienterna. Tvångsinjektioner kan ibland gå så lugnt till att medpatienterna inte lagt märke till att de skett. Vid andra tillfällen kan situationen bli mycket upprörd både för patienten som ska tvångsinjiceras och medpatienterna. Graden av omhändertagande av medpatienter anpassas efter behov. Omhändertagandet kan innefatta:
 - uppmana medpatienterna att gå in på sina rum.
 - vara i närheten av medpatienterna och finnas till hands för att lägga märke till reaktioner som t.ex. rädsla, ilska.
 - lyssna på och lugna medpatienter samt bistå med viss information.

Medtagning av patienten till utsett rum

1. Patienten ska försöka övertalas att följa med till utsett rum.
 - Ledaren säger t.ex. ”Nu går du och jag till ditt rum” eller ”Nu får du komma med oss till behandlingsrummet”
 - Ta inte tag i patienten om han/hon följer med frivilligt, var bara i närheten.
 - Personalen ska i sitt förhållningssätt tänka på att patienten nu är mycket sårbar och ”ger sig”. Försök upprätthålla en värdighet för patienten, t.ex. genom att godta en önskan i rökrummet att få ”röka färdigt” eller att en personal med god relation till patienten ”bjuder armen” när patienten bestämmer sig för att frivilligt följa med.
 - Ledaren ska inte acceptera att patienten ”drar ut på tiden” mer vad som kan bedömas vara rimligt, inte mer än någon eller några minuter.
2. Om patienten laddar för kamp/våld:
 - Utsedd personal ser till att bältessängen är nära.
3. Om patienten inte mycket snart följer med frivilligt:
 - Ledaren ger tydligt starttecken, t.ex. säger ”OK, då får vi hjälpa till”.
 - 2-3 personer tar tag i patienten och går med patienten till utsett rum.
 - Ledaren ser till att vägen är fri, öppnar dörrar mm.

Fasthållning/Injektion:

1. Om patienten hålls fast, släpp inte när patienten kommit in i utsett rum.
2. Sätt patienten på brits/säng.
3. Lägg patienten i ”framstupa sidoläge” (se bild nedan). Tag ev. av patientens skor.
4. Personalen håller sina händer på patientens armar och ben, v.b. tar tag och håller fast (se bild).
5. Personalen som håller patientens händer ansvarar för att hålla en personlig kontakt med patienten och minska objektifiering. Detta kan innebära att:
 - söka ögonkontakt med patienten.
 - tala lugnande och informerande till patienten om vad som händer.
 - kalla patienten vid hans/hennes namn.
6. Sjuksköterskan injicerar.
7. Sjuksköterskan noterar klockslag för tvångsinjektion för senare dokumentation.



Eftervård:

1. Släpp inte ev. fasthållning förrän patienten känns tillräckligt lugn.
2. Om patienten blir alltmer aggressiv, kontakta läkare för ev bältesordination.
3. När patienten känns tillräckligt lugn:
 - Släpp ev fasthållning.
 - Fråga patienten om han vill ha någon hos sig.
 - Låt annars patienten gå iväg och lämna honom ifred en stund.
4. Sök upp patienten efter en kortare stund, ca 15 min, och fråga hur han känner sig.
5. Låt någon i personalen finnas i närheten av patienten för stöd och observation av sinnesstämning och ev biverkningar.
6. Ta upp händelsen med patienten efter en något längre tid, dock helst inom ett dygn. Detta innefattar t.ex:
 - Fråga hur patienten mår.
 - Observera och fråga efter ev medicinbiverkningar.
 - Låt patienten berätta om sin upplevelse av händelsen oemotsagd.
 - Ge patienten en beskrivning av personalens upplevelse av händelsen.
 - Förklara varför tvångsinjektion ordinerades.
 - Ta upp med patienten om tvångsinjektion hade kunnat undvikas.
 - Diskutera patientens önskemål om en liknande händelse skulle uppstå igen.
 - Om patienten blivit tvångsinjicerad förr, be patienten jämföra denna gång med tidigare gånger.

- Erbjud patienten fler samtal om händelsen.

Tvångsinjektion till patient i bälte

Det är vanligt att kombinera bältesläggning med tvångsinjektion. För tvångsinjektion till patient i bälte behövs vanligtvis tre personal inklusive sjuksköterska. Vanligaste injektionsställe är

M. gluteus maximus övre yttre kvadrant men även yttre lårmuskeln kan vara lämplig.

Om patienten ligger i bukläge

- Personal säkerställer att patienten ligger tillräckligt stilla för att injektion ska kunna ges av sjuksköterskan på ett säkert sätt.

Om patienten ligger i ryggläge

- Efter läkarordination lossas ett fotbälte så att patienten kan lägga sig på sidan med det rörliga benet över det andra.
- Två eller flera personal säkerställer att patienten ligger tillräckligt stilla för att injektion ska kunna ges av sjuksköterskan på ett säkert sätt.
- Ett alternativ är att injicera i yttre lårmuskeln, M. vastus lateralis, som inte kräver att fotbältet lossas.

Referenslista:

Cahill C et al (1991) Inpatient management of violent behavior: nursing prevention and intervention. *Issues in Mental Health Nursing*, 12:239-252

Forster P et al (1999) Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8 (5), sid 269-271.

Haglund K (1999) *Upplevelser av tvångsmedicinering – intervjustudier med patienter och personal i psykiatrisk vård*. Uppsala universitet, Inst för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsats 10 p, vårdvetenskap D (61-80p).

Lindh A m.fl. (2000) *Identifiering av risksituationer samt åtgärder för att förebygga att hot och våld inträffar – övergripande handlingsprogram inom psykiatriska kliniken SV, SLPO*.

Marangos-Frost S Wells D (2000) Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing* 31(2), 362-369.

Olofsson B, Norberg A, Jacobsson L (1995) Nurses' experience with using force in institutional care of psychiatric patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49(5):325-30.

Olofsson B (2000) *Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians*. Umeå university medical dissertation, sid 66-71.

Stilling L (1992) The pros and cons of physical restraints and behavior controls. *Journal of Psychosocial Nursing*, 30 (3):18-20.

Stuart G, Laraia M (1998) *Principles and practice of psychiatric nursing*, 6th ed. sid 632-638.

Svensson J (1996) *Patientens erfarenhet av tvångsvård – en intervjustudie av patienter som vårdats enligt LPT vid Beckomberga sjukhus*. FoU-enheten/psykiatri, Västra Stockholms sjukvårdsområde/RSMH.

SVPO, Psykiatriska kliniken, Huddinge sjukhus (1999) *Bältesläggning vid vård enligt LPT/LRV*. Handlingsplan tvångsmedicinering av patient som vårdas enligt LPT/LRV.

Thorsén H (1997) *Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik*. Liber, Falköping.

Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid bältesläggning

Följande moment identifierades i bältesläggning:

Bältesläggning

- Indikation för bältesläggning
- Kontakt och diskussion med läkare
- Ordination på bältesläggning
- Samordning inför bältesläggning
- Information till patient
- Omhändertagande av medpatienter
- Nertagning och fasthållning
- Bältesläggning
- Eftervård
- Extravak
- Efterbearbetning i personalgruppen
- Dokumentation

Akut bältesläggning (nödvärn)

Läkarkontakt och ordination ska enligt lag alltid ske före bältesläggning. Då bältesläggning används i särskilt farliga akuta fall av nödvärn kontaktas läkare snarast efter bältesläggning.

- Akut våldsincident och akut farligt beteende hos patient (indikation)
- Akut nertagning och fasthållning av patient
- Samordning inför bältesläggning och information till patient
- Bältesläggning
- Eftervård
- Omhändertagande av medpatienter
- Extravak
- Efterbearbetning i personalgruppen
- Dokumentation

Omvårdnadsteori/modell

De kliniska riktlinjerna för omvårdnad vid bältesläggning har speglats mot delar av tre omvårdnadsmodeller. Dessa har varit utarbetade av Henderson, King och Paterson och Zderad.

Henderson fokuserar på allmänmänskliga basbehov som fysiska och trygghetsmässiga behov. Sådana basala behov är väsentliga i krissituationer som bältesläggning. I samband med nertagning, fasthållning, lyft och bälteslåsning är det därför av stor betydelse att beakta fysiologiska behov som andning, cirkulation, smärtfrihet samt att skydda huden från skada. De trygghetsmässiga behoven står både i relation till patienten själv och till personal och medpatienter. Patienten skyddas genom bältesläggning mot egna destruktiva impulsgenombrott och personal och medpatienter skyddas mot våld från patienten.

King visar hur patientens själv- och kroppsuppfattning påverkas av vårdpersonalens bemötande och attityder. I samband med bältesläggning ska personalen därför tänka på att inte ge det King kallar ”negativa jag-bilder”, som t.ex. att patienten är besvärlig, elak eller ett opersonligt ting. Personlig interaktion och icke-objektifiering är väsentligt i dessa situationer, t.ex. genom att kalla patienten vid namn, hålla ögonkontakt, informera om vad som händer och varför och genom lugnande kroppslig beröring.

Paterson/Zderad betonar att omvårdnadens mål är patientens välbefinnande. Här är personalens självkännedom av stor vikt där ork och mod att kunna leva sig in i patientens situation anses väsentlig för relation och icke-objektifiering av patienten. Samtidigt, menar Paterson/Zderad, måste personal snabbt kunna växla mellan ett fokus på relation till patienten och praktisk handling i vårdåtgärder av mer medicinsk karaktär. Sådana växlingar är viktiga under bältesläggningar där säkerhetsaspekten för både patient och personal är högprioriterad samtidigt som patientens subjektiva krisupplevelse ska vara så lindrig som möjligt.

Bältesläggning: utförande och omvårdnad

Samordning inför bältesläggning

1. En sjuksköterska ska som arbetsledare ansvara för samordningen och organisationen av bältesläggningen (kallas här "ledaren"). Hon/han kan välja att lämna över denna arbetsuppgift till en medarbetare som hon/han bedömer i praktiken vara mest lämplig, t.ex. en personal med god relation till patienten och stor erfarenhet av bältesläggningar.
2. För bältesläggning behövs fem personal med kunskap och erfarenhet av bältesläggningar. Om befintlig personal bedöms vara otillräcklig kan förstärkning ringas in från andra avdelningar och från väktare. Väktarnas roll är enbart att skydda personal och medpatienter.
3. Samordningen omfattar:
 - vem informerar och håller den personliga kontakten med patienten?
 - vem ser till att bältessängen finns i närheten?
 - vem håller fast vilken kroppsdel hos patienten?
 - kontroll att bältesnyckel finns.
 - vem tar hand om medpatienterna?
 - vem tar första extravaket?

Information till patient

Ordinerande läkare är ansvarig för att informera patienten om orsak och genomförande av bältesläggningen. Om läkaren inte är personligen närvarande ges denna information av ledaren.

1. Informationen omfattar (ge så mycket av informationen som är relevant för situationen):
 - att patientens beteende av säkerhetsskäl inte kan accepteras.
 - att läkare har ordinerat bältesläggning.
 - att patienten kommer läggas och spännas fast i en bältessäng och ha en personal hos sig i rummet.
 - att patienten fortfarande har möjlighet att själv lägga sig i bältessängen. Om patienten inte inom några minuter går med på detta anses frågan slutdiskuterad och bältesläggningen genomförs. Endast läkare kan häva ordinationen efter att den är given.

Omhändertagande av medpatienter

En eller flera i personalen är utsedda för att ta hand om medpatienterna. Detta innebär att:

- uppmana medpatienterna att gå in på sina rum, om möjligt innan bältesläggningen ska genomföras. Besökare ombeds gå till avskilda allmänna delar av avdelningen, t.ex. dagrum. Åskådare utan uppgift i bältesläggningen ska inte förekomma.
- vara i närheten av medpatienterna och finnas till hands för att lägga märke till reaktioner som t.ex. rädsla, ilska.
- Lyssna på och lugna medpatienter samt kortfattat förklara vad som händer.

Nertagning, fasthållning och lyft

I samband med att personalen fysiskt ingriper för att ta tag i patienten, hålla fast och lyfta patienten är risken för skada både på personal och patient mycket stora. Särskilda tekniker bör användas som är utformade för dessa situationer. Sådana fysiska tekniker beskrivs dock inte vidare i detta material.

1. När patienten hålls fast ansvarar ledaren för att själv eller genom utsedd personal, hålla en personlig kontakt med patienten och minska risken för objektivering. Detta kan innebära att:
 - söka ögonkontakt med patienten och vid behov gå ner på huk för att komma i rätt nivå.
 - tala lugnande och informerande till patienten om vad som händer.
 - att kalla patienten vid hans/hennes namn.
 - ge lugnande kroppslig beröring, t.ex. stryka över håret, klappa patienten.
2. Ledaren ansvarar under fasthållningsmomentet för att se till att patientens fysiska säkerhet, t.ex. andning och cirkulation inte utsätts för påfrestningar. Detta innebär att:
 - observera tecken på försämrad andning, minskad syresättning och staser av blodcirkulation, t.ex. cyanos, högröd ansiktsfärg, stötvis andning, svårighet att tala.
 - kontrollera att fasthållningen inte innebär att patienten utsätts för högt tryck över bålen, t.ex. hjärta, lungor, luftvägar och vitala organ.
 - kontrollera att patienten utsätts för minskade möjliga smärta.
 - kontrollera vid fasthållning på mage att patientens armar inte bryts upp på patientens rygg.
 - skydda patienten och andra om patienten t.ex. börjar dunka huvudet mot golvet, bita eller spotta.

Val av bältesläge

1. I normalfallet ska patienten tillfrågas om han/hon vill ligga på rygg eller mage. Följ patientens önskemål om inte särskilda skäl hindrar det (se tabell).
2. Om det inte är lämpligt att tillfråga patienten om läge, ska patienten i normalfallet läggas på rygg.
3. Vid kränkingsrisk och vid extrem oro ska patienten ligga på mage.
4. Läkare ordinerar vid behov av medicinska skäl lämpligt läge.

<u>Patientstatus/anamnes</u>	<u>1:a handsval</u>
Andningssvårigheter	rygg
Astma	rygg
Hjärtinsufficiens, - sjukdom	rygg
Kraftig övervikt	rygg
Kraftig buk	rygg
Kraftig byst	rygg
Alkohol-, drogmissbruk	rygg
Sexuellt övergrepp	rygg
Suicidalitet	rygg
Självdestruktivitet	rygg
Kraftig motorisk oro och fysisk styrka	mage
Risk för kräkning	mage

Bältesläggning

1. När patienten har lagts på bältessängen ansvarar ledaren för att gå runt och fästa och låsa bältena på patienten medan armar och ben hålls fast. Midjebälte låses först. Fotbälten ska normalt vara fästa så att patientens ben låses rakt ner, inte isär. Bältena ska låsas så de sitter stadigt runt handleder, anklar och bål utan att de stasar blodcirkulationen. Spänn ungefär så att en blyertspenna skulle kunna passera.
2. Ledaren eller utsedd personal fortsätter även under detta moment att hålla en personligt kontakt med patienten. Övrig medverkande personal ska hålla låg ljudvolym.
3. Fasthållande personal får inte släppa respektive kroppsdel förrän den som låst säger att det är OK att släppa. Lakan eller filt läggs över patientens kropp. Høj huvudänden något för ökad överblick och bekvämlighet för patienten.
4. Ledaren noterar klockslag för bältesläggningen för senare dokumentation.
5. Ledaren gör en yttre kontroll samt frågar patienten om fysiska skador uppkommit av bältesläggningen, t.ex. sår, smärta. Vid behov rättas patientens kläder till för att undvika obehag.

Eftervård

Ledaren ansvarar för att utse en personal som tar upp händelsen med patienten vid lämpligt tillfälle, helst inom ett dygn men innan utskrivningen beroende på patientens status. Utsedd personal bör ha varit med på bältesläggningen.

Detta innefattar t.ex:

- Fråga hur patienten mår.
 - Låt patienten berätta om sin upplevelse av händelsen oemotsagd.
 - Beskriva hur personalen upplevde händelsen.
 - Förklara varför bältesläggning ordinerades.
 - Ta upp med patienten om bältesläggning hade kunnat undvikas.
 - Diskutera patientens önskemål om en liknande situation uppkommer igen.
 - Om patienten blivit bälteslagd förr, be patienten jämföra denna gång med tidigare gånger.
 - Erbjud patienten fler samtal om händelsen.
-

Särskilt akut bältesläggning

Ibland inträffar tillfällen där en patient visar ett akut farligt beteende med omedelbar fara för att skada sig själv eller andra. Ingripande kan då göras med hänvisande till nödvärn. På Psykiatriska kliniken Sydväst framgår i de lokala direktiven att om tid och möjlighet inte finns i det akuta läget att kontakta läkare för ställningstagande kan tjänstgörande sjuksköterska besluta om bältesläggning. Riktlinjerna omfattar följande moment:

- **Akut nertagning och fasthållning av patient**
- **Samordning inför bältesläggning och information till patient**
- **Bältesläggning**
- **Eftervård**
- **Omhändertagande av medpatienter**

Akut nertagning och fasthållning av patient

1. Vid händelse av akut våldsincident enligt ovan måste snarast ett tillräckligt stort antal personal uppmärksammas på vad som händer. Det kan göras genom att:
 - närmaste personal ropar högt efter övrig personals uppmärksamhet
 - kalla på akut förstärkning genom överfallslarm
 - om möjligt avsetts en personal att ta emot larmpersonalen för kort information och uppgiftsfördelning.

I övrigt följer detta moment samma punkter 1-6 som bältesläggning under normala omständigheter.

Samordning inför bältesläggning och information till patient

1. Samma princip gäller här som under normala omständigheter, dvs att tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för samordningen och organisationen av bältesläggningen (ledaren). Hon/han kan välja att lämna över denna arbetsuppgift till en medarbetare som hon/han bedömer vara mest lämplig, t.ex. en personal med god relation till patienten och stor erfarenhet av bältesläggningar.

2. I akuta situationer måste säkerhet och snabba beslut prioriteras, vilket innebär att det i trängda lägen kan vara någon annan än ovanstående som initialt tar på sig samordning. Eventuella meningsskiljaktigheter kring detta tas upp först när bältesläggningen är genomförd under personalens efterbearbetning.
3. Samordningen innefattar:
 - se till att bältessäng hämtas.
 - se till att medpatienter omhändertas.
 - se till att bältesnyckel finns.
 - se till att riktlinjerna följs.
4. Information till patient görs i samband med bältesläggningen och innefattar:
 - att patientens beteende av säkerhetsskäl inte kan accepteras.
 - att patienten kommer läggas i en bältessäng och ha en personal hos sig i rummet.

Bältesläggning/Eftervård

Dessa moment följer samma punkter som under normala omständigheter för bältesläggning.

Omhändertagande av medpatienter

Detta moment följer samma punkter som under normala omständigheter för bältesläggning med undantag av att bältesläggningen ofta kan vara ett faktum innan medpatienterna hinner omhändertas.

Referenslista

- Cahill C et al (1991) Inpatient management of violent behavior: nursing prevention and intervention. *Issues in Mental Health Nursing*, 12:239-252
- Forster P et al (1999) Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8 (5), sid 269-271.
- Lindh A m.fl. (2000) *Identifiering av risksituationer samt åtgärder för att förebygga att hot och våld inträffar – övergripande handlingsprogram inom psykiatriska kliniken SV, SLPO.*
- Marangos-Frost S Wells D (2000) Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *Journal of Advanced Nursing* 31(2), 362-369.
- Olofsson B, Norberg A, Jacobsson L (1995) Nurses' experience with using force in institutional care of psychiatric patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49(5):325-30.
- Olofsson B (2000) *Use of coercion in psychiatric care as narrated by patients, nurses and physicians.* Umeå university medical dissertation, sid 66-71.
- Stilling L (1992) The pros and cons of physical restraints and behavior controls. *Journal of Psychosocial Nursing*, 30 (3):18-20.
- Stuart G, Laraia M (1998) *Principles and practice of psychiatric nursing, 6th ed.* sid 632-638. Mosby, St Louis.
- Svensson J (1996) *Patientens erfarenhet av tvångsvård – en intervjustudie av patienter som vårdats enligt LPT vid Beckomberga sjukhus.* FoU-enheten/psykiatri, Västra Stockholms sjukvårdsområde/RSMH.
- SVPO, Psykiatriska kliniken, Huddinge sjukhus (1999) *Bältesläggning vid vård enligt LPT/LRV.* Handlingsplan tvångsmedicinering av patient som vårdas enligt LPT/LRV.
- Thorsén H (1997) *Omvårdnadsmodeller, människosyn, etik.* Liber, Falköping.
- Korrespondens med:
- Beroendecentrum Nord, Tom Palmstierna, överläkare.
Kriminalvården, Stefan Skagerberg, medicinskt sakkunnig.
Polishögskolan, Ingmar Bergman, prefekt.
Rosenhills behandlingshem, SLPO, Maria Starrsjö, processansvarig överläkare.
RSMH, Anders Printz, förbundsjurist.
Rättsmedicinalverket, Gunnar Holmberg.
Sektionen för rättspsykiatri och särskilt vårdkrävande, SLPO, Jeanne Ahlberg, sektionschef.
Socialstyrelsen, Helena Silfverhielm, psykiater.

