

Aggressionshandlingar inom psykiatrisk jourverksamhet och slutenvård

Börje Wistedt

Trots många förbättringar och satsningar inom psykiatrin har under senare år olika forskningsprojekt belyst de relativt höga antal aggressionsincidenter inom den psykiatriska vården. Docent Börje Wistedt, bitr chefsläkare för de psykiatriska klinikerna, Danderyds Sjukhus, belyser de förändringar i sjukvårdsorganisationen, framför allt minskningen av antalet vårdplatser, som kan påverka aggressionsfrekvens och -mönster framför allt inom den slutna psykiatriska vården. Dessutom ges en del praktiska råd om hur bedöma risksituationer och vilka praktiska åtgärder, som man bör iakttaga framför allt inom den psykiatriska akutvården.

Aggression har säkert alltid varit ett viktigt problem inom den psykiatriska vården. En förklaring till det tidigare relativt ringa intresset kan vara att våld från patienter också möttes av våld från personalen. Fram till introduktionen av neuroleptika i mitten av 50-talet fanns inga farmakologiskt effektiva behandlingsmetoder. De ständiga aggressiva utbrotten från svårt sjuka patienter kan ha provocerat personalen till motvåld. Rapporter om denna typ av "våld" var förr inte ovanlig. Däremot synes idag denna typ av våld mot patienter vara relativt sällsynt, och detta är en positiv utveckling.

Varför har då intresset för aggression och våld ökat? En faktor kan vara att vi har fler patienter ute i den öppna vården och de patienter som är kvar på institutionen är därför de svårast sjuka, de som man inte lyckats rehabilitera. De rehabiliteringsframgångar som man uppenbart uppnått under de senaste decennierna beror delvis på införandet av neuroleptika

men även på den ökade socio-arbeterapeutiska insatsen där man systematiskt har lärt sig träna patienternas olika sociala funktioner.

Dessa framgångar som man otvetydigt nådde i slutet på 60-talet ledde bl a till en omtolkning av sjukdomsbegreppet, psykiska sjukdomar, en myt (Scanzoni) "Begreppet hospitalisering" lacerades. Många tolkade det så att sjukdomar inte existerade utan endast var en produkt av det sjuka samhället eller av sjukhuset. Detta ledde i sin tur till en önskan att i princip avveckla alla institutioner.

Den stora "deinstitutionaliseringsvågen" som inleddes i USA på 60-talet (Community Psychiatry) innebar tyvärr inte att tillräckliga resurser till olika mellanvårdsformer och den öppna vården tillfördes. Detta ledde till en katastrofal försämring av psykiatrin. Det har uppmärksamats på många sätt bl a (från USA) påpekas att man har en ökad frekvens av våldsam kriminalitet både från, men även mot tidigare personer som vårdats på psykiatrisk institution.

Rent matematiskt framgår att ju fler patienter som är ute i den öppna vården desto fler potentieella jourbesök och intagningar kan bli fallet. Vi har alltså fått en ökad "turnover" dvs omsättning av patienter. I och med att antalet intagningar, dvs möten mellan återinsjuknade patienter och personal sker så ökar också riskerna för olika typer av aggressiva urladdningar. Detta har lett till ett ökat intresse för att identifiera riskfaktorer och riskpatienter.

Aktuella studier visar också att relativa andelen av patienter med sk psykosdiagnos har ökat på våra psykiatriska jourmottagningar.

Metodfrågor, hur mäta aggressivitet

För att komma ifrån alltför mycket tyckande och bedömningar så är det viktigt att utveckla en mätme-

todologi som på ett reliabelt och valit sätt kan mäta det man här avser att mäta dvs aggressivt beteende. Tidigare var intresset ringa och intresset för att utveckla skalor var inte särskilt stort. I första hand så var det bearbetningen av de formella anmälningarna som fanns tillgängliga vilket ex belyses av Ekbloms avhandling. Sedan 70-talet har systematiskt gjorts skadeanmälningar men för det fysiska våldet har visats ett förvånansvärt ringa intresse. På Danderyds sjukhus har sedan 1 januari 1984 systematiskt lästs igenom och följt upp de skadeanmälningar som skett inom klinikerna.

Den kunskap om vad som faktiskt sker på de egna klinikerna var en av de faktorer som gav oss intresse för att mer systematiskt mäta aggressioner. I litteraturen framkom att propranolol (Inderal) hade effekt mot aggressivt beteende som uppstått i samband med organisk lesion ex status post insult etc. Men i samtliga studier användes inte något reliabelt skattningsinstrument. Detta ledde till konstruktionen av den sk SOAS-skalan, Staff Observation Aggressive Scale och med SOAS-skalans hjälp tydligare kunnat identifiera typer av våld, vad som kan provocera fram våldssituation m.m. Detta belyses utförligare i Palmstiernas artikel.

Bedömning av risk för aggressiva handlingar i den akuta situationen

Hur skall man då kunna minska risken för aggressiva incidenser? För det första måste man kunna identifiera vilka riskgrupperna är. Ålder och kön är generellt inga självklara faktorer även om det allmänt i litteraturen anges att yngre män har ett statistiskt sett mer aggressivt beteende. Det viktigaste är anamnesen därefter beteendet, därefter diagnosen, att psykopatologi dvs vissa symtom som fientlighet, ångest. När det gäller den psykiatriska diagnosen är det olika typer av psykoser som står i förgrunden framför allt schizofreni, mani men även organiska hjärn-skador och missbruk i den initiala fasen.

Förebygg våld på akuten genom att identifiera en potentiell våldsam patient

En verbalt eller fysiskt aggressiv patient oroar eller skrämmer både personal och patienter på akutmottagningen. För att undvika fysiskt våld och för att

En verbalt eller fysiskt aggressiv patient oroar eller skrämmer både personal och patienterna på akutmottagningen.

bibehålla en god atmosfär på akutmottagningen bör den potentiella patienten identifieras och behandlas snabbt. Patienterna på akutmottagningen föredrar säkert att vänta ytterligare en stund, medan den "stöki-ge" patienten bedöms, framför att dela väntrum med någon, som är verbalt eller fysiskt aggressiv.

Misstanke att en patient kan bli våldsam, baserar sig på anamnes, beteende och diagnos.

Anamnes

Uppgifter från journal eller personal, polis, social myndighet, anhörig, att patienten reagerar våldsamt vid frustrering då han inte får sin vilja fram.

Beteende

- Hållning: Spänd, framåtlutande, griper i armstöden.
- Tal: Högt pressat
- Motorik: Svårt att sitta stilla, orolig, ångestfylld. Rycker till vid främmande ljud.

Diagnos

- a) Berusning: Alkohol, amfetamin, LSD, PCP.
- b) Abstinens.
- c) Delirium.
- d) Post-iktalt
- e) Akut psykos: Schizofreni och mani.
- f) Paranoid symtomatologi.
- g) Personlighetsstörningar typ: Psykopathi, Borderline.

Exempel på praktiska försiktighetsåtgärder i samband med undersökningen

- a) Dörren till undersökningsrummet skall aldrig vara låst.
Orientera Dig om var larmet är
- b) I de små undersökningsrummen skall läkaren sitta närmare dörren än patienten. (Helst bör både patienten och läkaren ha flyktvägar).

- c) Tveka inte att be någon av personalen att sitta med vid samtalet. Utnyttja gärna någon som patienten känner förtroende för (anhörig t ex). I enstaka fall kan polishandräckning enl LSPV 35 § vara nödvändig för att skydda undersökaren.
- d) Vänd aldrig ryggen åt patienten.
- e) Respektera patientens "revir". Undvik ögonkontakt, om patienten jagar upp sig.
- f) Tala lugnt, bestämt. Tala lägre, om patienten höjer rösten. Tala om för patienten, vilket intryck han gör på Dig, t ex Jag tycker Du verkar orolig" eller "Är Du arg för att Du fått vänta"?
- g) Erbjud patienten något att äta eller dricka.
- h) För en patient införd till akutmottagningen mot sin vilja, är det viktigt att visa, att man förstår, hur kränkt man känner sig. Initialt uppfattar patienten läkaren som ytterligare en myndighetsperson, som inkräktar i hans liv. Viktigt att etablera förhållandet Du - jag och de andra. Få patienten att berätta hur han blivit kränkt.
- i) Aggressiva patienter är ofta så pass dåliga, att de är inläggningsfall. Undantag berusade patienter. Erbjud och se till att patienten tar medicin redan på akutmottagningen innan inläggning på avdelningen. Beträffande principerna för psykofarmakologisk behandling, se sid 341.
- j) Patienten vägrar intagning. Ställningstagande till vårdintyg.

Vård på avdelning, attityder och omvårdnad

Personalens utbildning och erfarenhet, personalitet spelar roll men naturligtvis också att man har en tillräcklig bemanning som gör att man har mer tid för den individuella patienten och slutligen, inte det minst viktiga, att man har en *allmän gemensam uppfattning om målen* för sjukvården. Det är viktigt att ha en konsekvens i sina behandlingsstrategier.

Administrativa rutiner ex hur stor en avdelning skall vara, ju tyngre patienter desto mindre avdelning, för psykospatienter helst inte mer än 10–14

Ju tyngre patienter desto mindre skall avdelningarna vara, för psykospatienter helst inte mer än 10–14 vårdplatser.

Det är också viktigt att på avdelningen respektera patientens integritet och ge dem ett tillräckligt utrymme.

vårdplatser. En annan faktor som spelar roll är hur många patienter som skrivs in och även könsdistributionen har betydelse. För de svårast sjuka så torde en avdelning bara för män respektive kvinnor vara att föredra.

Figur 1. Checklista på faktorer som ökar risk för framtida våldshandling

1. Har patienten visat aggressiva tendenser eller hotat någon i samband med det aktuella insjuknandet?
Om detta kriterium ej är uppfyllt är en farlighetsbedömning ej aktuell.
- 2.1 Har patientens symtom behandlats adekvat?
- 2.2 Kommer patienten sannolikt att följa upp planerad behandling?
Om någon av dessa frågor har besvarats med nej kan patienten ej skrivas ut.
- 3.1 Har patienten visat ett aggressivt beteende före 15 års ålder?
- 3.2 Har patienten tidigare visat ett aggressivt beteende?
- 3.3 Missbrukar patienten alkohol, sedativa-hypnotika eller narkotika, och har patientens aggressivitet samband med att patienten är påverkad av droger?
- 3.4 Har patienten ett identifierat offer eller typ av offer, och kommer patienten sannolikt att komma i kontakt med identifierat offer?
Om någon av dessa frågor har besvarats med ja föreligger hög risk för våldshandling.
- 4.1 Är patienten en man?
- 4.2 Är patienten 15–35 år gammal?
- 4.3 Är patientens intelligensnivå lägre än normalt för åldersgruppen?
- 4.4 Har patienten en organisk hjärnskada?
- 4.5 Missbrukar patienten alkohol, sedativa eller droger?
- 4.6 Har patienten paranoidea symtom?
- 4.7 Har patienten ett identifierat offer eller typ av offer?
- 4.8 Är patienten sjukskriven, pensionerad eller arbetslös?
- 4.9 Är patientens miljö stabil?
- 4.10 Kommer patienten att återvända till den miljö där våldet uppstod?

Undvik provokationer

Minska de provokativa faktorerna. Detta är olika för olika patientgrupper. Som visats tidigare gäller att ej samma ADL-aktiviteter är provocerande för psyko-geriatriska patienter jämfört med psykospatienter som ofta blir "provocerade" av krav på att ta medicin, att de nekas vissa förmåner, permission etc.

Det är också viktigt att på avdelningen respektera patientens integritet och ge dem ett tillräckligt utrymme.

Vid planering av sk låsta avdelningar måste det fysiska utrymmet tillgodoses i form av breda korridorer, rum för aktivering etc.

Det är viktigt att informera patienter och anhöriga om avsikten med den planerade behandlingen.

Det är också viktigt att kunna differentiera och på

så sätt skydda svagare patientgrupper mot aggressiva re tex dementa patienter kan lätt komma i skottgluggen för yngre psykotikers aggression.

Planerad utskrivning

I samband med planerad utskrivning är det viktigt att prospektivt bedöma risken för våldshandlingar (se figur 1). Är patienten aggressiv? På vilket sätt har aggressiviteten utvecklats, är patienten compliant dvs tar han den ordinerade behandlingen etc.

Det är också viktigt, att man under vårdtiden tänker på att förebygga noncompliance. Patienter som i samband med sitt första möte med psykofarmaka utvecklar svåra biverkningar blir naturligtvis mindre motiverade att ta sin medicin i framtiden.

Läsfrid

Får du **Socialmedicinsk tidskrift** på cirkulation långt efter sen den utkommit eller hinner du nästan inte med att läsa den alls?

Prenumerera så får du tidningen direkt hem i din egen brevlåda och kan läsa den i lugn och ro.

Förmånsprenumerera nu så får du årets återstående två nummer plus hela årgången 1991 för 1990 års pris 195: —

Socialmedicinsk tidskrift
Färjestadsvägen 18, 161 54 Bromma