

Bemötande av psykotiskt oroliga patienter

Kerstin Eriksson

Artikeln bygger på föredrag vid Riksstämman för läkare 1987 som en del i symposiet Vårdsbenägna patienter inom akut psykiatrisk slutenvård samt på ett föredrag vid CTP:s (Care and Treatment of Psychosis) symposium om Aggression inom den slutna psykiatriska vården oktober 1988.

Kerstin Eriksson är överläkare vid psykiatriska kliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Inledning

Psykiatrin går mot allt öppnare vårdformer. En ny lag är skisserad med snävare gränser för tvångsvård. Samtidigt diskuteras ett ökat våldsinslag i samhället både i riksdag, regering och på lokal nivå. Vi vet att psykiatrin även i fortsättningen kommer att få ta hand om oroliga patienter. Ju mer kunskap vi har, desto större chanser har vi att förebygga och minska effekterna av våld.

Attityder

Man brukar skilja mellan humanitär och kustodiell attityd hos personalen. Med kustodiell menas von oben attityd. Dominerar en sådan på avdelningen stängs tvåvägskommunikationen mellan personal och patienter och blir envägs kommunikation. Sådant väcker alltid motstånd och aggressioner och aktiverar hos psykotiska patienter paranoidea tendenser, som de sedan måste försvara sig emot. Envägs kommunikation ökar skillnaden mellan vi och dom och mer kraft går åt för personalen att hålla oron borta (1).

Det brukar vara dominant personerna i personalgruppen som driver sådan attityd och avdelningsklimatet kan dramatiskt förändras inom den eller dessa försvinner. Att se eller lyssna efter sådana tendenser

är en ständig uppgift för överläkaren och personalgruppen måste hela tiden ha stöd för att motverka dylikt.

I en kommunikation kan även sändare och mottagare uppfatta samma ord helt olika. Tex kan orden "om Du gör så och så, händer det och det" menas som information från personalen men mottas som hot. Även situationen dessutom litet spänd med höjda röster är det än mer tvetydigt och slutligen förekommer att personalen kan mena orden som hot. Det kan påpekas att psykotiska patienter ofta har svårt att förstå meningar av typen Om..... så.....

I en personalenkät (2) framkom osäkerhet runt tvång. Vad är egentligen tvång och vad är skillnaden mellan juridiskt tvång, tvång, informellt tvång eller hot, information och övertalning. Som exempel på tvång mot frivilligt intagen patient angavs bl a övertalning. Sammanfattningsvis vill personalen ha så tydliga lagar och föreskrifter som möjligt.

Krissituationer

Risk finns för von oben attityd i krissituationer. Vi har nog alla märkt hur oron stegras när för många nyinsjuknade patienter kommer på en gång eller när det är för många semestervikarier. Spänningen ökar även hos personalen. De börjar markera gränserna tydligare. Krav på flera inskränkningar för patienterna och fler regler brukar komma. För mycket regler och förbud ökar patienternas behov av protest. Ju mer "tung" en avdelning är desto mer regler (struk-

.....
Det handlar mer om HUR reglerna sägs och vilka BEHOV de fyller hos patienter och personal. Det är en BALANS som kräver ständiga omvärderingar.
.....

tur) brukar finnas. Det är också vad norrmannen Friis (3) kommit fram till behövs. Det handlar mer om *hur* reglerna sägs och vilka *behov* de fyller hos patienter och personal. Det är en *balans* som kräver ständiga omvärderingar.

Hur skall vi förändra attityder?

Enligt litteraturen (4) betyder yrke och utbildning mer för attityder än kön och ålder. En 18-årig person, direkt från gatan, som vikarierar som nattskötare tjänar mer med sk ob-tillägg mm än avdelningsföreståndaren, som har utbildning, arbetat 10–15 år och har ansvar för 20 personal. Därmed saknas det ekonomisk drivkraft till att skaffa sig utbildning. Att inhämta utbildning kräver ofta studier på icke arbetstid, vilket inte alltid är populärt. Fritid är fritid hävdas det och att läsa på arbetsplatsen är svårt. Därtill har många utan utbildning redan tillsvidareanställning och samma lön som de utbildade – varför skall man då skaffa sig studieskulder? För att vikariera som sekreterare, kurator, läkare etc måste man ha viss grundutbildning. Detta gäller inte för skötarnivån. Gemensamma ansträngningar måste till för att lösa dessa problem.

Dagpersonalen kan vi nå med attitydpåverkan. Men nattpersonalen? Som det är konstruerat på de flesta ställen i Sverige träffar överläkaren nattpersonalen på en konferens i månaden. Det räcker inte. Och inte hinner dag- och nattpersonalen rapportera något om attityder eller bemötande när rapporttiden är 5 minuter på morgonen och 7 minuter på kvällen. Natten är sin egen värld. För att våga arbeta natt måste man ha en viss grad av självsäkerhet. Om denna kombineras med förmåga till empati och utbildning finns grunden till ett bra bemötande. Om personalen inte har självsäkerhet finns ökad risk för von oben attityd. Det gäller att ha auktoritet utan att vara auktoritär (5).

Inga absoluta krav på utbildning finns före ett vikariat som skötare. Sekreterare anställer vi bara om de kan sina maskiner.

Den *möjlighet* vi har är att skapa intresse för patienterna som människor. Att hela tiden analysera, förklara, uppmuntra till utbildning. Överläkarens roll är här att skapa utrymme för frågor och diskussioner både från personalens och patienternas sida – hålla

.....
Att bedöma vad som inte fungerar är KUNSKAP OCH ETIK
.....

kommunikationsvägarna öppna. I mångt och mycket handlar det om etik – vad är rätt och vad är fel?

Ta och lämna tillbaka ansvar

Med vilken rätt

- hur och när
- ska, bör eller får vi

ta över ansvar från patienten och vikariera för de delar som inte fungerar? Denna fråga har både juridisk, medicinsk och etisk karaktär. Den juridiska delen styrs av våra lagar, den medicinska av vetenskap och beprövad erfarenhet och den etiska av vår egen kunskap och mognad. Tillsamman styr detta vårt bemötande av patienten.

Praktiskt bemötande

Attityden mot patienten börjar i samma ögonblick som han eller hon kommer innanför dörren till mottagningen/sjukhuset. Patienten är ofta upprörd, kanske dithörd mot sin vilja och ibland kommer han/hon också med polis iförd hand- och fotbojor. Om man utgår från att patienten i sådant ögonblick känner sig mycket kränkt och man kan bejaka det, kan samarbetet lättare börja.

Tala lugnt och tydligt.

Försök vänd dig till den friska delen hos patienten, till medmänniskan. Var samtidigt inte rädd för att ta ansvar för den del som inte fungerar och gör det *utan att ha dåligt samvete*. Man tillåter inte ett barn att rusa ut i trafiken. Då rusar man efter, grabbar tag i barnet och håller om det. Patienten, som pga sin sjukdom eller störning inte kan ta hand om sig bör värnas om på samma sätt genom att vi tar ansvar för den del som inte fungerar. Att bedöma vad som inte fungerar är *kunskap* och *etik*. Den svåra konsten är att *lämna tillbaka ansvar* i rätt mängd i den takt patienten förbättras. Om inte detta sker, är det lätt att en paternalistisk (faderlig) inställning uppstår, som hindrar patienten från att växa.

Jag tror den springande punkten är att våga ta

ansvar. Det är inte så lätt att våga det om det är många som ifrågasätter om man som personal gör rätt eller fel. Här tänker jag både på patienten, anhöriga, Socialstyrelsen, massmedia osv. Samtidigt måste psykiatrin våga ifrågasätta sig både inifrån och utifrån, dels för patienternas rättssäkerhet, dels som vitalitetsmetod.

Trygghet

Hur kan både patienter och personal bli trygga? Man måste försöka att vid oro mota Olle i grind. Det gör man dels genom att avleda, dels förstå bakgrunden till oro. Van personal gör avledningar tiotals gånger per dag automatiskt. Patienten har rätt att vara arg och gränsen måste gå om ilskan skadar andra. En orolig patient som pga sin psykos är på väg att tappa självkontrollen, mister denna direkt om han möter en rädd och osäker personal. Psykologiskt måste då patienten även ta på sig personalens oro vilket brukar leda till explosion. Det är personalen som skall stå för tryggheten i situationen. För att man själv som personal ska vara trygg, måste alla i personalgruppen kunna lita på varandra beträffande hjälp. Av personalenkäten (2) framkom att 19 % inte trodde eller tvekade om de skulle få hjälp av medpersonal i nödläge gentemot patient. Alla måste veta hur och vad man skall göra vid öppen oro. En desperat person har oanade krafter och ibland räcker inte ord.

På flera håll i landet finns nu kurser i bemötande av oroliga patienter. På min ort har vi sådana kurser där attityder, gruppdynamik och vikten av tvåvägskommunikation lärs ut. Dessutom lär polisen ut sina grepp.

Numera är det få avdelningar som har bälten. De skall användas enligt klara regler. Att använda bälte som straff är förkastligt. Enligt min åsikt ska bälte inte heller användas i patientens egen säng eftersom det är det enda revir han/hon har på avdelningen. Både att ligga i bälte och att sitta bredvid som extravak är oerhört jobbigt. Det finns alternativ till bältesläggning och det är fysisk fasthållning. Ingen personal klarar av att hålla en patient en längre stund, 5–10 minuter. Då, när krafterna sinar, ligger personalens egen aggressivitet nära under ytan och då kan riktigt farliga situationer uppstå. Några patienter, 5–

10%, begär själva att ligga i bälte i rädsla över att förlora kontrollen över sig själva och jag har personligen varit med om sådana situationer när jag bedömt att detta varit enda lösningen. Dessa patienter skall enligt min åsikt för insynens skull vårdas enligt LSPV – och naturligtvis skall alla andra vägar vara prövade.

Trygghet är också att veta att doktorn står bakom. I oroliga situationer skall svåra avvägningar göras blixtnabbt. Att kunna ta upp och diskutera svåra situationer utan att känna sig dömd på förhand är viktigt, men också att veta att doktorn säger ifrån om oegentligheter har förekommit. Jag brukar regelbundet, om patienten klagar, föra in deras version i journalen samt begära in personalens beskrivning och bilägga denna till journalen. Bådas version finns då.

Det är också viktigt att man efter svåra händelser sätter sig ner och förutsättningslöst diskuterar vad som har hänt, vad som kunde ha undvikits, alternativa lösningar, dvs förebygga för framtiden.

Aggressioner

En annan hjälp att få trygghet är om man förstår orsaken till aggressivitet. Inga patienter är så känsliga för oärlighet som psykotiska patienter. Var så ärlig och tydlig som Du kan ! Om patienten tex frågar hur länge han måste stanna och kräver omedelbar utskrivning, lämnar jag en rimlig bedömning. Om han då reagerar med ilska, svarar jag att det är bättre att jag är ärlig och säger som jag bedömer det än säger ett svar som jag tror han vill höra. Sådana svar ger sällan upphov till fysisk oro. Ärlighet kan också innebära att man kan undvika vissa ämnen, men det man säger skall man kunna stå för.

Ironi väcker alltid aggressivitet. Skämt gör inget – om det sker på lika villkor. Man bör i regel på något sätt kontrollera att patienten förstår att det är frågan om skoj. Jag vill i det här sammanhanget påminna om på 70-talet berodde c:a 75 % av anmälningarna till Hälso – och sjukvårdens ansvarsnämnd på felaktigt bemötande (6).

.....
Var så ärlig och tydlig som du kan.
.....

Ironi väcker alltid aggressivitet — skoj och skämt är på lika villkor

Som känt sker alltid i en vårdssituation regression vilket också innebär en ökad känslighet för integritetskränkning. I en undersökning (7) av 200 patienter kände sig hälften kränkta någon gång under vårdperioden — lika för tvångsvårdade som för frivilligt vårdade.

Psykotiska orsaker till aggressivitet är tex den mano-depressiva patientens affektlabilitet. Här kan man avleda med att säga ”att så här arg brukar du inte vara till vardags. Jag tror att du känner att det är något utöver det vanliga”. Denna labilitet är också skrämmande för patienten själv.

De schizofrenas röster kan öka risken för aggressivitet. Bakom ligger feltolkningar av budskap, verkliga som psykotiska. De verkliga budskapen står man själv för. Se därför till att de går in på rätt sätt och kontrollera gärna en gång till att patienten förstår vad du menar. Var tydlig nästintill övertydlig!

När patienten fångas av sina hallucinationer kan man i regel se att patienten glider in i sig själv, pannan rynkas, ögonen börjar stirra. De schizofrenas hallucinatoriska värld kan man oftast bryta igenom om man talar med hög och tydlig röst. Lämpligen talar man då om något neutralt och inte om psykopatologi. Hallucinationerna kommer lättast om det är tyst och mörkt. Ett vanligt problem nattetid brukar vara att radion är högt uppskruvad för att överrösta hallucinationerna. En tänd nattlampa eller personal som på annat sätt aktiverar patienten gör det lättare. Att bryskt utan förklaring stänga av radion väcker aggressioner då patienten är rädd för sina hallucinationer.

En tidigare kännedom om patienten är ytterst värdefull. När en patient återinsjuknar i en psykos, oavsett vilken, brukar symptomatologin upprepa sig och vara tämligen specifik för varje patient. Schizofrena patienter kan ha flera meters revir och om någon kommer närmare kan patienten försvara sig med slag. Trånga korridorer är av ondo! Om man vet att en patient är paranoid mot mörkögda medpatienter kan dessa läggas i var sin ände av avdelningen etc. Patien-

ter, som under svår sjukdomstid gjort svåra självdestruktiva försök, typ försökt sticka ut sitt öga eller gjort mordbrand, kan upprepa sitt beteende vid nytt skov. Detta skärper vikten av fortsatt stöd och kontakt i öppenvård.

Praktiskt handlande

Ett lugnt bemötande är A och O. Vid stor oro skall man vara så många som behövs. Om man ställer sig i en ring runt patienten, obs ej demonstrativt! — vissa kan utföra låtsassysslor i närheten — lugnar patienten ofta ner sig. Aggressiviteten kan riktas mot en men inte tio på en gång. De närmaste skall vara observanta på patientens fysiska manövrar, medan de som står litet längre bort tänker på det psykologiska innehållet och håller tvåvägskommunikationen uppe. Stå inte på vanligt samtalsavstånd eftersom det är slagavstånd. Man kan hålla garden uppe genom att klia sig på näsan som skydd. Man står gärna med sidan mot patienten — sidan har mindre vitala organ. Balansera gärna på den främre foten. Då kan tyngdpunkten snabbt överflyttas till den bakre. Spända muskler är stela; mjuka lättrorliga — rör dig litet hela tiden. Jag har noterat minst trettio patienter som reagerat på mörkbågade glasögon — ta om möjligt av dem.

Har patienten *tillhygge* är *stolar bra skydd*. Jag har sett en hel rumsinredning och fyra extra stolar demonterade av ett bordsben — men vare sig personal eller patient skadades fysiskt tack vare stolarna. Om man skall gå in i ett rum där en helorolig patient finns — öppna dörren på glänt, stick fram huvudet en halv meter längre ner och du slipper få den kastade saken i huvudet. All personal skall också veta hur man fysiskt ingriper och vilka grepp som är tillåtna på avdelningen. Utbildning i detta och trygghet i att veta att alla hjälper till leder till egen trygghet — och därmed större förmåga att lösa knepiga situationer.

Om patienten är orolig vid samtal är det kontaktmannens uppgift att observera de fysiska manövrarna. Jag själv sitter alltid längst in i rummet. Den

Om patienten har tillhygge är STOLAR BRA SKYDD

psykotiska patienten utnyttjar flyktvägar om de finns – var så säker. De enda gånger jag har upplevt annorlunda har gällt personlighetsstörda sk psykopater och någon enstaka missbrukare.

De mest svårbedömda är enligt min mening bland missbrukare och man bör vidta åtgärder därefter (var fler personal runt patienten). Personal inom psykiatri har trots allt liten mängd sjukskrivning från fysiska skador i yrkeslivet, se Ekbloms artikel i detta nummer.

Andra betydelsefulla faktorer för orosgraden på en avdelning är mängden oroliga, se ovan, samt (Palmstierna), sk tryckkokareffekt. Utformning av lokaler mm finns utmärkt beskrivet i (8).

Avreaktioner

Lär personalen att expeditionen är ett andningshål. Man behöver inte vara en dålig personal för att man går dit och morrar. Då slipper ju patienten få det på sig. Att ha oroliga patienter runt sig hela dagarna är mycket påfrestande.

En psykologisk modell

Vi arbetar själva efter modellen förstå, förebygga, försvara, följa upp.

Det finns utvidgat beskriven (9) och sammanfattas nedan:

Förstå	förloppet bakom
Förutse	identifiera riskgrupper och situationer
Förebygga	undvikande av onödiga konflikter
Få förvarning	se tecken på uppladdning
Försvara	psykologiska och tekniska aspekter
Följa upp	efterbearbetning och som läro- situation för framtiden

Grunden till allt bemötande enkel: Bemöt patienten som Du själv skulle vilja bli bemött. Lägg därtill till professionellt kunnande.

Avslutning

Egentligen är grunden till allt bemötande enkelt. Bemöt patienten som du själv skulle vilja bli bemött. Lägg därtill till ditt professionella kunnande och du har en stor chans att kunna möta patienten i ett samarbete.

REFERENSER

1. *Creutzer, M:* Det välsignade våldet. Pockettidningen R, 1983, årg 13, nr 2.
2. *Eriksson K:* Studier av psykiatrisk vård, särskilt tvångsvård i två svenska län. Den psykiatriska vårdpersonalens attityder, erfarenhet och upplevelser av tvångsvård. Nord Psyk Tidskrift 1989; 43: 365 – 368.
3. *Friis S:* Hva kjennetegner et terapeutisk miljø for psykiatriske pasienter? Nord Psyk Tidskrift, 1985, vol 39, nr 1, s 65 – 68.
4. *Wretmark, G, Åström J:* Attitydundersökning på ett material av sjuksköterskeelever. Nord Psyk Tidskrift, 1965, band 19, häfte 5, s 437 – 446.
5. *Wretmark G:* Kurs i medicinsk psykologi, pers medd.
6. *Wretmark G:* Kurs i medicinsk psykologi i Linköping. Nord Psyk Tidskrift, 1979, band 33, häfte 7/8, s 505 – 516.
7. *Candefjord, I-L:* De psykiatriska patienternas upplevelser av tvångsvård. Nord Psyk Tidskrift 1989; 43: 353 – 356.
8. *Öhman A, Thelander U:* Som man bygger får man bot. Läkartidningen 1987; 84: 2179 – 2180.
9. *Brandt P, Smidelik G, Villius A:* Att bemöta konfliktsituationer i arbetsmiljön. Brevskolan 08/744 25 00. ISBN 91-574-1246-4.