

Våldsproblematiken i den akuta psykiatriska intensivvården

Tom Palmstierna

I denna artikel beskrivs bakgrunden till förändringar av våldsproblematiken inom psykiatriska institutioner, liksom en studie av faktorer relaterade till våld på en akut psykiatrisk intensivvårdsavdelning.

Tom Palmstierna är psykiater vid psykiatriska kliniken i Västerås.

Introduktion

Vålds- och aggressionshandlingar från patienter som vårdas inom psykiatrisk sjukvård är sedan länge ett välkänt problem. Förvånansvärt nog har tidigare endast fåtalet forskare ägnat detta sin uppmärksamhet. Undantaget från detta utgörs av Bengt Ekbloms beskrivande undersökning över allvarliga våldshandlingar inom mentalsjukvård under en tio-årsperiod (1). Bakgrunden till varför intresset tidigare varit relativt lågt för problemet inom psykiatrisk forskning inrymmer säkert flera förklaringar. En förklaring kan vara att de mest vålds- och aggressionsbenägna patienterna tidigare sköttes i stort sett uteslutande vid mentalsjukhusen, då dessa institutioner tidigare var i stort sett de enda som bedrev tvångsvård. Eftersom forskningsresurser och forskningsintresserade psykiatrer inte i någon större utsträckning lokaliserats till dessa institutioner, ofta långt belägna från universitet, så var avståndet mellan forskning och problemställning stort.

Emellertid har det de senaste 10–20 åren skett stora omstruktureringar av mentalsjukvården i västerlandet. De tidigare stora, kustodiellt förvaringsinriktade, mentalsjukhusen har avvecklats till förmån

för mer rehabiliteringsinriktade psykiatriska insatser under öppnare former, närmare samhället. Lasarett- och universitetsanslutna psykiatriska kliniker har därigenom i större utsträckning än tidigare kommit att sköta aggressiva och våldsbenägna patienter. Nedläggningen av stora institutioner har inneburit en stor neddragning av antalet sängplatser för psykiatrin, vilket inte enbart varit av godo (2). Konsekvensen av detta har blivit ett högre utnyttjande av de kvarvarande platserna med kortare vårdtider som följd, därav även en koncentrerings på vårdavdelningarna av de svårast sjuka patienterna under deras sämsta perioder.

Denna utveckling har sammantaget inneburit dels att vålds- och aggressionsproblematik har koncentrerats och samtidigt kommit närmare forskningsresurser än tidigare. Problematiken är inte en angelägenhet endast inom svenska institutioner, utan ett internationellt problem, då man har i stort sett likartad utveckling inom övriga västerlandet. I Sverige har problemet uppmärksammas inom många psykiatriska vårdorganisationer, ffa med det ökande antalet arbetsskadeanmälningar inom psykiatrin. Trots detta har en stor del av de forskningsinsatser som gjorts internationellt ffa handlat om våldsbenägna patienters riskbeteenden i samhället och inte deras beteende inom institutionerna. I USA har säkerligen den sk Tarasoff-doktrinen bidragit till detta eftersom denna i mitten av 70-talet inneburit att amerikanska psykiatrer och deras institutioner är juridiskt och ekono-

.....

Lasarett- och universitetsanslutna psykiatriska kliniker har därigenom i större utsträckning än tidigare kommit att sköta aggressiva och våldsbenägna patienter.

.....

.....
Ett stort problem vid utvärdering och forskning omkring aggressivitet inom psykiatrisk sjukvård har varit bristen på tillförlitliga mätmetoder.
.....

miskt ansvariga för utskrivna patienters våldshandlingar. En stor del av aggressionsforskningen har därför fokuserats på att förutsäga våldsbeteende efter utskrivning från en institution. 1983 publicerades till hjälp för amerikanska psykiatrer i dessa bedömningar en stor översikt av kända sk "riskfaktorer" för framtida aggressivt beteende (3) (se *tabell 1*). Av flera olika skäl, inte minst rent statistiska (4) så har dessa faktorer mycket lågt prediktionsvärde vid bedömningen av enskilda patienter.

Tabell 1. Riskfaktorer för aggressivt beteende (utdrag från Kroll & Mackenzie, 1983)

Risken för ökad aggressivitet anses ökad vid

- Låg ålder (15 – 35 år)
 - Manligt kön
 - Missbruk av alkohol eller andra droger
 - Hjärnskadebilder
 - Underbegränsning
 - Psykosor med upplevelse av förföljelse
 - Tidigare dokumenterat våldsbeteende
 - Instabila sociala levnadsomständigheter
-

Rapportering och bedömning av aggressionshandlingar

Ett stort problem vid utvärdering och forskning omkring aggressivitet inom psykiatrisk sjukvård har varit bristen på tillförlitliga mätmetoder. Före 1986 fanns inga dokumenterat och tillförlitligt utprovade metoder att utvärdera aggressivt beteende. När vårt intresse för denna problematik utkristalliserades 1984 blev därför huvuduppgiften till att börja med att utveckla sådana instrument (5). Det instrument vi använder oss av utgår från en enkel systematiserad rapporteringsblankett, SOAS (Staff Observation Aggression Scale) där den personal som arbetar på den avdelning där undersökningen skall genomföras gör en rapport för varje incident på detta formulär (*Figur 1*). Från formuläret kan därefter olika delmoment, om så

önskas, graden av aggressivitet dokumenteras för jämförelse. Metoden har visats ha en hög grad av tillförlitlighet. Vi har i flera undersökningar använt denna metodik för att kartlägga mönster i aggressivt beteende från dels institutionsbundna åldersdementa patienter samt även från akut intagna psykiskt sjuka.

En kartläggning inom akut psykiatrisk vård

Under oktober 1985 till mars 1986 gjordes en inventering av allt aggressivt beteende på en akut psykiatrisk intensivvårdsavdelning i Västerås. Denna avdelning svarade för allt akut omhändertagande av akut särskilt vårdkrävande patienter i Västmanland (ca 250 000 innevånare). Personalen på avdelningen rapporterade allt aggressivt beteende under denna tid med användande av SOAS som rapporteringsmetod. Aggressiviteten analyserades dels rent beskrivande men även i relation till riskfaktorer hos patienterna för aggressivt beteende (enl *tabell 1*), till olika grad av psykiatriska symtom (enligt en särskild skattningsskala – Brief Psychiatric Rating Scale, (BPRS), samt även i relation till situationen på avdelningen avseende variationer i beläggning, omsättning av patienter, könsmässig fördelning av patienter.

Under detta halvår intogs vid klinikerna i Västerås 105 patienter akut och vårdades med tvång. Medelåldern var låg, 39,2 år. 95 % av dessa vårdades initialt på denna avdelning. 39 % av dessa patienter var fysiskt aggressiva månaden innan intagningen. 29 % hade ett till sin psykiatriska sjukdom sekundärt missbruk av alkohol och/eller andra droger. 7 var vid tidigare tillfälle dömda för våldsbrott och en tredjedel av de patienter som var 40 år eller yngre var redan pensionerade pga sina psykiska besvär. Trots att det handlar om en akut intagen population, så är patienterna redan stigmatiserade socialt (6).

Under detta halvår rapporterades 119 olika aggressionsincidenter från de 163 patienter som vårdades på avdelningen (alla vårdades inte enligt LSPV). 49 % av patienterna hade en schizofren/schizofreniform sjukdom, 14 % en manisk och 13 % någon annan form av psykotisk sjukdomsbild. Endast 2 incidenter var så allvarliga att de krävde läkarvård eller undersökning. De allra flesta incidenter (55 %) var av lindrig art (< 5 poäng enl definitioner i SOAS). I de flesta fall utlöstes incidenterna antingen av att patienten nekades en

Staff Observation Aggression Scale, SOAS
Palmstierna T & Wistedt B, 1987

Aggressionsrapportblad

Vid varje aggressionstillfälle görs
markering för tidpunkt samt mar-
keringar i samliga tillämpliga kryss,
minst ett kryss i varje kolumn.
Rapporteringen avser allt som
uppfattas som aggressioner, både
adekvata och inadekvata.

Patientdata

Kön:.....

Ålder:

Diagnos.....

Vårdad enl LSPV? ...Ja ...Nej

HUR BÖRJADE AGGRESSIONEN?	VAD ANVÄNDE PATIENTEN?	VEM/VAD RIKTADES AGGRESSIONEN MOT?	VAD HÄNDE ELLER SKADADES?	HUR LUGNADES PATIENTEN?
☐ EJ PROVOCERAD	☐ Ord, ej hot	☐ Ingen/inget	☐ Ingen skadades	☐ Av sig själv
☐ PROVOCERAD AV:	☐ Ord,fysiskt hot	☐ Annat föremål	☐ FOREMÅL: Skadad, men användbart	☐ Lugnande samtal
☐ Medpatienter	☐ Hand	☐ Kvinnlig vårdpersonal	☐ Skadad, måste kasseras	☐ Fördes bort
☐ Hjälp med ADL	☐ Fot	☐ Manlig vårdpersonal	☐ PERSONER: Kände sin säkerhet hotad	☐ Fick tabl alt flytande läkemedel
☐ Krav på aktivering	☐ Vas	☐ Kvinnlig medpatient	☐ Fick ont mindre än 10 min	☐ Fick spruta
☐ Krav på medicinering	☐ Stol	☐ Manlig medpatient	☐ Fick ont mer än 10 min	☐ Måste hållas fast eller bindas
☐ Nekas förmån t ex permission	☐ Strypgrepp	☐ Annan kvinna	☐ Fick hudskada:blåmärke bula, rivsår el dyl	
☐ Annat _____	☐ Tänder ☐ Kniv	☐ Annan man	☐ Behövde enklare behandling vila, värktabl, bandage	
	☐ Annat _____		☐ Behövde behandling av läkare eller sjukskrivning	

Tidpunkt: Datum _____ Klockslag c:a _____ Sign: _____

förmån (39%), dvs inte fick göra det han/hon ville – typ permission, utgång och liknade, eller så kunde den observerande personalen just när händelsen inträffade inte uppfatta vad som utlöste aggressiviteten (39%). Det vanligaste var att aggressiviteten riktades mot personalen (77%).

Vidare kunde konstateras att då de patienter som under sin vistelse var aggressiva, var aggressiva, så var beläggningssiffrorna i genomsnitt högre dessa dagar jämfört med de dagar de inte visade aggressivt beteende. Det visades även att benägenheten för aggressiva handlingar överlag ökade, när antalet patienter på avdelningen ökade (7).

För en selekterad grupp av de akut tvångsintagna patienterna (under 70 år, svensktalande, kommunicerbara, icke primärt missbrukare), så relaterades aggressiviteten till graden av psykiatriska sjukdomssymtom skattade av en från studien i övrigt oberoende och erfaren psykiater (Rolf Lassenius). Det kunde då konstateras att om patienten vid intagningen rapporterade en hög nivå av ångest, upplevde sig själv som fientligt inställd i allmänhet eller specifikt mot någon annan samt saknade "grandiositet" (= självöverskattning), så var han/hon i mycket högre grad aggressiv under första veckan av sin vistelse. De flesta aggressionstillbud inträffar under den första veckan (8). Dessa faktorer hade även ett högt prediktionsvärde, i en multipel regressionsmodell blev förklaringsvärdet för dessa tre symtom 49%, dvs 49% av variationen mellan patienterna i aggressivitet förklarades av enbart variationer i dessa faktorer. (Tabell 2).

Sammanfattning

Problemen med aggressivitet inom psykiatrisk sjukvård har varit kända länge. I och med den omstrukturerad av psykiatrisk sjukvård som västerlandet upplevt under senaste decennier, så har problematiken kommit att uppmärksammas i högre grad än tidigare. Den aggressivitet som uppstår inom akuta slutenvårdsenheter, kanske inte har samma mönster som kan ses i andra vård- eller samhällsperspektiv, men vid vård av akuta svårt psykiskt sjuka människor (dvs ffa psykos) ses vissa mönster. Viktigast tycks den sjukas egen upplevelse av fientlighet, ångest och låg

Tabell 2. Våldet på akuta psykiatriska intensivvårdsavdelningar

... uppfattas ofta av personalen som utlöst av frustration av patientens önskemål eller oprovocerat i det ögonblick det uppstod

... ökar om patienten upplever sig fientligt inställd, ångestfylld eller upplever låg självkänsla

... påverkas av hög beläggning på avdelningen

självkänsla vara. Av betydelse tycks även stabilitet på vårdavdelning vara, med så få patienter som möjligt. En stor del av aggressiviteten uppstår i samband med frustrationer hos patienten eller utan att sammanhanget mellan provokation och aggression är uppenbart. För att komma närmare en lösning av detta tilltagande vård- och arbetsmiljöproblem måste både olika vårdorganisatoriska samt terapeutiska försök komma till stånd för att finna vägar att minska problemet.

REFERENSER

1. Ekblom B. Acts of violence by patients in mental hospitals. Scandinavian University Press, Stockholm 1970.
2. Jansson B. Universitetskliniken – den nya asylen. Läkartidningen 1987;84:94–5.
3. Kroll J, Mackenzie TB. When psychiatrists are liable: Risk management and violent patients. Hosp Community Psychiatry 1983;34:29–37.
4. Palmstierna T, Wistedt B. Psykiatrin kan inte axla samhällets ansvar för skydd mot våldsbrottslingar. Läkartidningen 1987;84:2768–9.
5. Palmstierna T, Wistedt B. Staff observation aggression scale, SOAS. Presentation and evaluation. Acta Psychiatr Scand 1987;76:657–63.
6. Palmstierna T, Wistedt B. Prevalence of riskfactors for aggressive behavior and characteristics of an involuntary admitted population. Acta Psychiatr Scand 1988;78:227–229.
7. Palmstierna T, Huitfeldt B, Wistedt B. Characteristics of violent inpatient behavior on an acute psychiatric intensive care unit. In manuscript.
8. Palmstierna T, Lassenius R, Wistedt B. Evaluation of BPRS in relation to ratings of aggressive behavior from acute involuntary admitted patients. Acta Psychiatr Scand 1989; 79: 313–316.