

"Jag tror på en psykiatrivård utan bältesläggning"

Bältesläggning, eller fastspänning som det formellt kallas, är en tvångsåtgärd som ibland används inom psykiatrisk tvångsvård.

Text: Linda Weichselbraun | Bild: Bild: Hans P A Karlsson | [Prenumerera](#) | Artikel i [SocialPolitik nr 4 2013](#)

Länge har det, både från lagstiftarhåll och bland vårdföreträdare, rått enighet kring att det i vissa situationer är oundvikligt att använda fastspänning för att hindra en patient från att skada sig själv eller andra.

Men något är på väg att hända. Bältesläggning har allt mer börjat diskuteras och problematiseras. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, presenterade 2010 en nationell kartläggning av den psykiatriska heldygnsvården. Exempelvis uppmärksammades stora skillnader mellan olika enheter när det gällde förekomsten av tvångsåtgärder, däribland bältesläggning. Det saknades också i stor utsträckning systematisk uppföljning av tvångsåtgärder med personal och patienter.

Att det är skillnader mellan olika vårdavdelningar är något Anneli Jäderholm känner igen. Hon är 44 år, egen företagare och bor med sin sambo på en lantgård med hästar, kor och höns. För 15 år sedan var hon en högpresterande heltidsarbetande tvåbarnsmamma, övermotiverad och lite för stark för sig själv. Hon brände ut sig och insjuknade i en psykossjukdom. Sedan dess har hon vid sex olika tillfällen vårdats inom den psykiatriska heldygnsvården, oftast under tvång.

– Jag har vårdats på olika avdelningar och på vissa har jag nästan direkt hamnat i bälte, medan jag på andra ställen har sluppit det. Flera gånger har jag upplevt bältet som en

bestraffning, som något man tagit till för att man inte orkat med mig. När jag är sjuk blir jag ofta uppvarvad och om jag blir rädd eller trängd kan jag bli verbalt aggressiv och utåtagerande för att hålla folk på avstånd. Så visst förstår jag att jag ibland behövt en gräns. Men oavsett nödvändigheten så är mina erfarenheter av fastspänning traumatiska och jag lever för resten av mitt liv med minnena av personalens stressade och förvridna ansiktsuttryck inom mig. Det är som att bilderna frysts fast av traumat, säger Anneli.

Exakt hur ofta bältesläggning förekommer inom psykiatrin är svårt att säga. Sedan 2009 finns föreskrifter om att individbaserade tvångsvårdsuppgifter, däribland fastspänning, ska rapporteras in till Socialstyrelsens patientregister. I början var det flera landsting och regioner som inte rapporterade över huvud taget, vilket gjorde det omöjligt att få en tillförlitlig överblick över tvångsvårdens omfattning. 2009 fick Sverige kritik för just detta från Europarådets kommitté för förhindrande av tortyr.

Våren 2010 startade SKL ett omfattande och systematiskt arbete för att utveckla och förbättra den psykiatriska heldygnsvården. Projektet, som fick namnet Bättre vård – mindre tvång, satte bland annat fokus på att inrapporteringen till patientregistret skulle förbättras. Under 2011 rapporterades runt 3 400 fastspänningar. 2012 var antalet uppe i 4 100. Skillnaderna behöver inte betyda att bältningar ökat, i stället är det mer troligt att inrapporteringen ökat.

Vad som däremot är tämligen säkert är att kvinnor bältesläggs oftare än män och att kvinnor mellan 18 och 34 år med diagnosen personlighetsstörning är den grupp som bältas allra mest.

– Det är så klart olika hur man upplever en bältning, säger Anneli. Jag har till och med träffat personer som tycker att det känns lugnande. Men för mig är det skräckfyllt och i det utsatta läge som en fastspänning innebär är det jätteviktigt för mig att det finns någon där som håller kontakten med mig. Någon som kan vara tröstande när jag kommit genom fasan.

Tyvärr har jag inte upplevt det så ofta, men när jag gjort det har det varit väldigt betydelsefullt.

Bättre vård – mindre tvång är på många sätt ett banbrytande projekt. Mentalsjukhusens successiva nedläggning och sektoriseringen av psykiatrin som inleddes i mitten av 1980-talet förde med sig att satsningar på psykiatrin främst riktades mot öppenvården, medan heldygnsvården hamnade i skuggan. Detta trots att behovet av heldygnsvård för de allra sjukaste fortfarande fanns kvar. Bakom avdelningarnas låsta dörrar gick livet sin gilla gång. Verksamheter och vårdkulturer utvecklades utan några övergripande nationella satsningar på vårdinnehållet. Kanske är detta en delförklaring till att användandet av tvångsmedel i dag skiljer sig åt så mycket mellan olika avdelningar.

När Bättre vård – mindre tvång drog igång 2010 var det första gången heldygnsvården hamnade i fokus för ett nationellt förbättringsarbete. Att uppmärksamheten riktades mot just tvång innebar att man tog sig an något av det svåraste psykiatrin har att brottas med, både ur personal- och patientperspektiv. Ämnet är komplext och berör inte bara omvårdnad, bemötande och behandling utan även kunskapsfrågor, etik och juridik.

– För mig är tvångsvård svårt och kränkande, berättar Anneli. Men mina barn har rätt att ha en mamma som inte förlorar sig helt i en psykotisk verklighet, fylld av magi och symboler, och under några episoder i livet har jag varit tvungen att tvångsvårdas för att överleva. Så jag är inte motståndare till tvångsvård, men innehållet i den måste vara så bra som möjligt.

En grundbult i Bättre vård – mindre tvång är att det inte handlar om att skapa förbättringar för organisationen eller personalen. Istället ska arbetet bedrivas med ett tydligt patient- och närståendefokus. Personer med egen erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård ska ta aktiv del i det.

– När jag fick höra talas om projektet och att själverfarna

skulle få delta kände jag direkt att jag under inga omständigheter fick missa den chansen. Vid den här tiden var jag förbaskad på psykiatrin och jag var medveten om att vill man förändra en organisation så måste man komma innanför dörrarna. Och jag ville in.

Så blev det också. Anneli deltog. Som en del i projektet ordnas lärandeseminarier där personalteam från olika delar av landet återkommande får lära sig förändringsmetodik och utbyta erfarenheter och idéer med varandra. Mellan seminarierna testas och utvärderas olika förändringsidéer på hemmaplan. På lärandeseminarierna deltar både personer med egen erfarenhet av tvångsvård och närstående som resurspersoner, med uppgift att fungera som bollplank och se till att arbetet behåller fokus på patienter och närstående. Dessa personer rekryteras från den nationella anti-stigmakampanjen Hjärnkoll, inom vilken över 300 attitydambassadörer med egen erfarenhet av psykisk ohälsa arbetar för att sprida kunskap och minska fördomar. Anneli är sedan 2010 en av dessa ambassadörer, vilket gjorde att hon kom med i projektet.

– Jag glömmer aldrig ett grupparbete under mitt första lärandeseminarium. Ingen av oss som satt runt bordet kände varandra och det var lite nervöst. Vi hade papper med olika etiska frågeställningar på bordet framför oss.

Diskussionen startade och handlade om vad som bör göras efter en tvångsåtgärd. Anneli försökte intensivt följa deltagarnas resonemang. En äldre man menade att det efter en bältning var viktigt att omgående ha ett personalmöte, så att personalen kunde prata av sig och få stöttning.

– Plötsligt återupplevde jag en av de många bältningar jag utsatts för. Det kala stela rummet, all smärta. Känlorna åkte berg- och dalbana inom mig. Jag visste att min uppgift var att föra diskussionen till patientperspektivet, men hur? Jag får inte bli arg, hann jag tänka. Sedan hörde jag mig själv säga, med hög och klar stämma: "Men du, om ni nu behöver gå iväg på personalträff för att prata av er allt obehag, vad händer då med mig som ligger i bältet?" Alla vände sina blickar mot mig

och det blev helt tyst.

Senare fick Anneli höra att hon fått mannen att tänka till. Det gjorde henne stärkt och mer målmedveten i att förmedla sina upplevelser. Hon ansträngde sig för att hitta en bra samtalston utan att bli aggressiv av de underliggande känslorna som hon trots allt bar på.

– Jag ville bidra till förändring och inte skapa konflikter som inte leder någon vart. När teamen väl förstått vilken roll jag och de andra attitydambassadörerna hade var det som att en dammlucka öppnades. Det fanns ett genuint intresse att verkligen försöka förstå våra upplevelser. Vi blev plötsligt auktoriteter som man vände sig till med frågor som man kanske burit på i årtal.

Anneli och de andra ambassadörerna fick också tycka till om teamens olika förändringsidéer. Många av deras egna idéer testades också ute i verksamheterna. Flera gånger fick de höra att man aldrig tidigare tänkt på att patienterna skulle kunna bidra till att förbättra vårdinnehållet.

– Därför blev jag lycklig när en kvinna på ett lärandeseminarium ställde sig upp på scenen och sa: "Jag måste verkligen be om ursäkt, men jag som personal förstod inte att man faktiskt kan fråga patienterna."

Samtidigt menar Anneli att det bland vissa fanns en misstro mot hennes sjukdomshistoria. Kunde det vara möjligt att hon som var så verbal och närvarande verkligen hade varit så sjuk som hon påstod?

– Jag försökte förklara att jag visst varit det. Att jag under flera år betraktats som kroniker. En gång sa en läkare att jag aldrig skulle komma tillbaka till samhället, men det gjorde jag. Personalen får aldrig ge upp, hur sjuk en patient än kan verka. Det finns alltid hopp och deras arbete är oerhört betydelsefullt.

Även Anneli lärde sig viktiga saker av att delta i projektet. Hon insåg att personalen också var individer, ibland väldigt ensamma i sin arbetsgrupp.

– Någon hade arbetat i över trettio år. Hållit ut, skämts över hur man behandlade människor i den gamla vårdkulturen när man ställde upp dårarna på rad och tvättade dem med vattenslang. Men ändå kämpat på, utbildat sig och nu nått en position med mera makt att påverka vården till det bättre.

Anneli fick också ta del av smärta och skuld som vissa bar på efter en tvångsåtgärd. Hade de gjort rätt, satt gränsen för tidigt, för sent eller lagom? Och vad är i så fall lagom? Erfarenheterna fick henne att inse att en bältning även kan vara traumatiserande för den som måste verkställa, oftast på order av någon som inte ens är närvarande. I dag är hon övertygad om att psykiatrin måste finna andra alternativ till fastspänning, inte bara för att värna patienten utan även personalen.

– Jag glömmar aldrig när en patient sa att personalen aldrig kan förstå hur det är. Då frågade en personal "hur vet du det?" Och så sant. Jag måste erkänna att jag själv inte förstod att personal också är människor med sårbarheter och känslor. Jag skäms för det i dag.

Efter att ha deltagit i Bättre vård – mindre tvång under två år och mött personal från 135 olika enheter upplevde Anneli att hon befann sig i mitt en jättevåg av eldsjälar som alla var förändringsvilliga till max.

– Det fick mig att känna hopp och framtidstro. Redan när jag bältades första gången undrade jag hur någon kan tro att det hjälper att spänna fast en människa i själslig smärta på en brits när den mest av allt skulle behöva någon att gråta hos, någon att bli kramad av, eller åtminstone någon som pratade lugnt och inte bara skrek och drog. Nu äntligen kände jag att förändring var på gång.

Här, i Annelis nyväckta tillförsikt, kunde historien ha slutat. Om det inte varit så att hon insjuknat igen förra sommaren. Övertygad om att vården förbättrats vågade hon söka hjälp, trots att hon svurit på att aldrig sätta sin fot på en slutenvårdsavdelning igen. Vårdupplevelsen blev den värsta någonsin, med upprepade bältningar, inga eftersamtal,

kontaktförbud med anhöriga och en utskrivning i långt sämre skick än vid inskrivningen.

– Det fick mig att inse att det finns mycket kvar att göra. Vi måste fortsätta kämpa. De flesta verkar i dag vara överens om att bälte inte är bra, men att det är absolut nödvändigt i vissa fall. Men mitt hjärta klarar nog inte en bältning till utan att gå sönder och jag måste våga drömma. Jag tror på en vård utan bälten. På Island har bälten varit förbjudna sedan 1930-talet, och de klarar sig bra utan.

linda@lejoni.se

overlevnadskonstnar@gmail.com

Läs mer

www.skl.se om projektet Bättre vård – mindre tvång

www.hjarnkoll.se om ambassadörer

Anneli Jäderholm och Linda Weichselbraun leder retorikcirklar inom projektet SocialAktion. www.socialaktion.nu