

Island bältar inte

Med anledning av det aktuella [Uppdrag granskning med rubriken Fastspänd](#) om Daniel Hallin som låg bältad på Motala lasarett i 42 timmar och sedan föll ihop och dog när han fick komma loss, lyfter vi nu upp den här texten från SocialPolitik 2014. Det finns alternativ till bältning!//Anna Fredriksson redaktör

I Sverige sker varje år tusentals bältesläggningar inom psykiatrin. På Island inga. Hur kan det komma sig? Anneli Jäderholm sökte svaren.

Anneli Jäderholm sitter nedsjunken i en svart skinnfåtölj på psykiatern Ólafur Þvarssons mottagning i centrala Reykjavik. Hon berättar om sin sjukdom. Om psykoserna som bryter ut då och då, sedan femton år tillbaka. Om vården hon så väl behöver men blivit rädd för. Om bältena hon spänns fast i när hon är som allra sjukast.

Ólafur lyssnar. Säger till Anneli att han är ledsen för att hon haft det så svårt. För honom är bältesläggning en främmande tanke.

– Jag tycker inte det passar in i den medicinska modellen. Läkare kan ju inte binda patienter. Det går bara inte, säger han.

Ólafur är verksam inom öppenvården, men har även arbetat femton år i akutpsykiatrin, varav sju i Sverige. Första gången han såg en bältessäng var på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Den fick stå orörd, för Ólafur var redan van vid andra sätt att hantera situationer som i Sverige kan leda till bältesläggning.

– Det går att arbeta utan att använda bälte. Och jag har aldrig någonsin blivit skadad av en patient eller haft personal som blivit det.

– Det är viktigt med en kontinuerlig tanke i behandlingen när det gäller svåra psykiska sjukdomar, menar Ólafur Þvarsson. Jag tror att bältning kan störa förtroendet och ge en väldigt dålig start.

På Island försvann bältena för över 80 år sedan. Dessförinnan vårdades psykiskt sjuka på liknande sätt som i närliggande länder. Islands första sinnessjukhus Kleppur stod färdigt 1907 och var en för den tiden ganska typisk inrättning, med celler för våldsamma patienter, liksom remmar, bälten med kedjor, tvångströjor och liknande.

Psykiatern Ottar Gudmundsson, som skrivit en bok om Kleppur och som är väl insatt i den isländska psykiatrihistorien, berättar om när bältena avskaffades. 1929 kom Helgi Tómasson som ny överläkare till Kleppur. Han var utbildad i Danmark och övertygad motståndare till restriktiva tvångsmedel.

– 1932 fattade han det modiga beslutet att avskaffa tvångsmedel som hindrade patienternas fysiska rörlighet. Han tog alla bälten, tvångsjackor och liknande och såg till att de brändes upp, berättar Ottar.

I stället satsade Helgi Tómasson på den mänskliga närvaron. Om en patient var våldsam sattes extra personal in för att lugna och om nödvändigt hålla patienten. Reformen krävde inte mer personal, däremot prioriterades tid för att vara tillsammans med patienterna. I ett brev till det isländska parlamentet, daterat vintern 1932, skriver Helgi Tómasson att trots att tvångsutrustningen tagits bort har de dagliga kostnaderna per patient inte ökat. Tvärtom.

Vid den här tiden hade Kleppur ungefär 150 sängplatser. Det var ofta överbelagt och ibland vårdades mer än dubbelt så många samtidigt. Det förekom en hel del våldsamheter.

– Detta var före psykofarmakans tid. Visserligen fanns morfin och andra lugnande medel, men i övrigt mycket bristfälliga mediciner. Mitt i denna röra satsade Helgi Tómasson ändå på mänsklig närvaro. Svårt sjuka eller våldsamma patienter lämnades inte bara i en cell eller bundna någonstans i sin ensamhet, säger Ottar.

Detta förhållningssätt kom att prägla den isländska vårdtraditionen ända fram till våra dagar. Ottar berättar att när han som 19-årig student 1967 började arbeta extra på Kleppur, så var det just som personalresurs för oroliga eller

våldsamma patienter. Hos dem skulle det alltid finnas någon, natt som dag.

– Man var tillsagd att prata med patienten, och det försökte man göra även om det kunde vara svårt ibland. Många var psykotiska och hade vanföreställningar som man inte förstod så mycket av.

Vid den här tiden hade psykofarmakan kommit, men det var fortfarande självklart med den mänskliga närvaron. Via den kunde man tränga igenom dimman av vanföreställningar och nå fram till människan.

– Så småningom lugnade personen ofta ner sig och sjukdomsförloppet ebbade ut, berättar Ottar.

Även Ottar Gudmundsson har arbetat inom den svenska psykiatrin. Han beskriver stämningen på Kleppur som annorlunda än den han upplevt på psykiatriska kliniker med bältessängar. Han menar att möjligheten att bälta kan påverka atmosfären på en avdelning så att patienter blir mer fientliga, och han ser få fördelar med bälte.

– Det skulle väl i så fall vara att det behövs färre personal, fast det är ju inte att se till patientens bästa. Jag tror att bältning upplevs som traumatiserande av många, det är ju en form av frihetsberövande som är mycket besvärande. Man är väldigt sårbar i en sådan situation, säger han.

Anneli Jäderholm känner igen sig i att bältning traumatiserar. För henne har det satt så djupa spår att hon i dag inte frivilligt uppsöker slutenvården.

– Senaste gången jag bältades var sommaren 2012. När jag låg där, fullkomligt skräckslagen och utan att kunna röra mig, kände jag en sådan förtvivlan att hjärtat nästan brast. För mig var det tortyr och jag orkar inte mer. Inte en gång till, säger hon.

Samtidigt är hon medveten om att hon i vissa sjukdomsytttringar behövt någon form av gräns. Eller hjälp att härbärgera allt det kaos som far omkring i huvudet. Och om mänsklig närvaro inte räcker, till exempel om man blir utagerande, riskerar att

ha sönder saker eller skada sig själv eller andra, vad finns det då att ta till förutom spännbälte?

För att söka reda på det beger sig Anneli till psykiatriska kliniken på Landspítali, Reykjavíks universitetssjukhus. Här träffar hon Hilmar Thor Bjarnason, en jättelik man med stora händer och långsam, varm röst. Han arbetar som säkerhetsansvarig på avdelningen för patienter med dubbel diagnos, vilka förutom psykiatrisk problematik även kan behöva avgiftning. Hilmar har handplockats för att utbilda det särskilda resursteam som funnits sedan hösten 2008 och som specialtränats i verbal de-eskaleringsteknik och förhandling. Han ingår också själv i detta team, vilket finns till hands dygnet runt, redo att gripa in vid situationer med risk för våld eller skada.

Även före 2008 fanns det personal tränade i detta, men man tyckte inte att det räckte. Därför inrättades ett formellt team bestående av personer med särskilt stort intresse och engagemang. Man var medveten om risken att personal som möter mycket våld och aggression utvecklar en macho-kultur. Detta ville man motverka, och vid minsta tendens till macho-attityd tas man omedelbart bort från teamet. Ungefär hälften av dem som ingår i resursteamet är kvinnor.

Anneli tar upp block och penna och gör en snabb skiss för att illustrera för Hilmar hur en bältesläggning brukar se ut för henne. Hon ligger på rygg på en brits, med benen isär och remmar runt händer, fötter och mage. Hon frågar om detta är en metod Hilmar känner behov av att kunna tillgripa. I alla fall i de mest riskfyllda situationerna?

– Absolut inte. Att höra dig beskriva dina upplevelser är förfärligt. Det finns inget annat ord för det. Jag tycker att bälten, eller mekaniska tvångsmedel som är den tekniska termen, är något som alla länder borde arbeta på att förbjuda, svarar han.

Men även på Island händer det att patienter begränsas. När resursteamet tillkallas är deras roll i första hand att använda verbala tekniker för nedtrappning av aggression.

– Mycket av detta handlar om sunt förnuft. Att ta reda på vad patienten vill, varför den är arg och om det finns något vi kan hjälpa till med. I 75 procent av fallen löses situationen genom verbal kommunikation, säger Hilmar.

Ungefär var fjärde gång används dock fysisk begränsning. Tre eller fyra personer ur resursteamet håller då i patienten, som kanske också läggs ner på golvet eller på en säng. En person ansvarar för att tala med patienten för att förklara, lugna och nå någon form av överenskommelse. Metoden saknar inte problem eller kritik. En invändning är att den kan orsaka fysisk smärta. En annan att den kan vara både skrämmande och kränkande. Många patienter tycker inte heller om att personalen tar i dem.

– Att begränsa fysiskt är förödmjukande och något vi gör allt för att undvika. Skulle jag gå ut på gatan, ta tag i en person, lägga ner den på marken och hålla fast i flera minuter så skulle jag bli arresterad. Det medför ett enormt ansvar att tvinga en person att göra något den inte vill och man får aldrig ta lätt på det ansvaret, säger Hilmar.

En utgångspunkt är att fasthållningen ska begränsas till ett absolut minimum, kanske några minuter. Sedan försöker man släppa för att se om personen lugnat sig. Fungerar inte det fortsätter man hålla fast – och tala med personen.

– Jämfört med bälten tycker jag att det är ett mer humant förhållningssätt. Det är mer dynamiskt. Ingen vill vara med om detta, varken patient eller personal, och alla blir trötta och vill komma ur det så fort som möjligt. Så patienten begränsas inte längre än nödvändigt, vilket är risken med bälten, säger Hilmar.

Det förekommer även andra tvångsmetoder än fasthållning. Om någon stör genom att exempelvis skrika eller sparka kan den tvingas hålla sig på sitt rum, vilket klassas som isolering. Dock finns det alltid personal nära, och oftast är dörren öppen så att patienten inte ska känna sig instängd.

En fråga många ställer sig är om frånvaron av bälten gör att

man medicinerar mer på Island. Detta har man kontrollerat och så är inte fallet. Men tvångsinjicering är tillåtet och används ibland. Hilmar menar dock att det är ovanligt.

Denna bild bekräftas av psykiatrisjuksköterskan Jón Snorrason, som arbetar på en säkerhetsavdelning för extra våldsamma patienter.

– Vad jag minns så har vi inte haft några tvångsinjiceringar på min avdelning det senaste året. Men det förekommer nog lite oftare på akuten, säger han.

Jón är den som har huvudansvar för att utbilda resursteamet. De senaste sex åren har han även forskat om våld inom psykiatrisk slutenvård, bland annat med fokus på verbala nedtrappningsmetoder.

– En metod som visat sig framgångsrik är vad jag kallar introduktion. Den är faktiskt enkel. Om jag möter en patient som är väldigt spänd eller arg så börjar jag med att säga exempelvis "ska vi gå in i ditt rum och prata om det" eller kanske "kan vi sätta oss ner innan du fortsätter".

Väldigt ofta är patienten lugnare redan när man kommit in till rummet eller satt sig ner för att prata. Jón tror att det beror på att patienten känner att personalen vill ge av sin tid och att man har rätt att göra sin röst hörd.

När det handlar om att begränsa en person genom tvång tycker Jón att den viktigaste frågan inte är om det är bäst att begränsa fysiskt eller mekaniskt, exempelvis med hjälp av bälten.

– Vi vet genom forskning att båda sätten upplevs som väldigt svåra, både av patienter och personal. Vad vi måste fråga oss nu på Island är vad vi kan göra för att inte behöva tvångsbegränsa överhuvudtaget. Vi är inte där än, och kanske är det orealistiskt. Men vårt mål måste ändå vara att försöka finna vägen dit, säger Jón Snorrason.

Text: Linda Weichselbraun

Bild: Anders Löwdin

Läs mer

www.no-more.se