



Medicinskt
programarbete

Omvårdnadsbilagor

Regionalt vårdprogram

Depression
och bipolär sjukdom

Stockholms läns landsting

2007



Innehåll

Bilaga 1	3
Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid bältesläggning, Anna Björkdahl i samarbete med PIVA, M48 Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, 2005.	
Bilaga 2	11
Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid tvångsinjektion, Anna Björkdahl i samarbete med PIVA, M48 Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, 2005.	
Bilaga 3	17
Observationslista Extravak: Observationer med risk för suicid, Anna Björkdahl i samarbete med PIVA, M48 Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, 2000	
Bilaga 4	19
Observationer vid självdestruktiv handling, Anna Björkdahl i samarbete med PIVA, M48 Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, 2000.	

Bilaga 1

Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid bältesläggning

Följande moment identifierades i bältesläggning:

Bältesläggning

- Indikation för bältesläggning
- Kontakt och diskussion med läkare
- Ordination på bältesläggning
- Samordning inför bältesläggning
- Information till patient
- Omhändertagande av medpatienter
- Nertagning och fasthållning
- Bältesläggning
- Eftervård
- Extravak
- Efterbearbetning i personalgruppen
- Dokumentation

Akut bältesläggning (nödvärn)

Läkarkontakt och ordination ska enligt lag alltid ske före bältesläggning. Då bältesläggning används i särskilt farliga akuta fall av nödvärn kontaktas läkare snarast efter bältesläggning.

- Akut våldsincident och akut farligt beteende hos patient (indikation)
- Akut nertagning och fasthållning av patient
- Samordning inför bältesläggning och information till patient
- Bältesläggning
- Eftervård
- Omhändertagande av medpatienter
- Extravak
- Efterbearbetning i personalgruppen
- Dokumentation

Bältesläggning: utförande och omvårdnad

Samordning inför bältesläggning

1. En sjuksköterska ska som arbetsledare ansvara för samordningen och organisationen av bältesläggningen (kallas här "ledaren"). Hon/han kan välja att lämna över denna arbetsuppgift till en medarbetare som hon/han bedömer i praktiken vara mest lämplig, t.ex. en personal med god relation till patienten och stor erfarenhet av bältesläggningar.
2. För bältesläggning behövs fem personal med kunskap och erfarenhet av bältesläggningar. Om befintlig personal bedöms vara otillräcklig kan förstärkning ringas in från andra avdelningar och från väktare. Väktarnas roll är enbart att skydda personal och medpatienter.
3. Samordningen omfattar:
 - Vem informerar och håller den personliga kontakten med patienten?
 - Vem ser till att bältessängen finns i närheten?
 - Vem håller fast vilken kroppsdel hos patienten?

- Kontroll att bältesnyckel finns.
- Vem tar hand om medpatienterna?
- Vem tar första extravaket?

Information till patient

Ordinerande läkare är ansvarig för att informera patienten om orsak och genomförande av bältesläggningen. Om läkaren inte är personligen närvarande ges denna information av ledaren.

1. Informationen omfattar (ge så mycket av informationen som är relevant för situationen):
 - Att patientens beteende av säkerhetsskäl inte kan accepteras.
 - Att läkare har ordinerat bältesläggning.
 - Att patienten kommer läggas och spännas fast i en bältesäng och ha en personal hos sig i rummet.
 - Att patienten fortfarande har möjlighet att själv lägga sig i bältesängen. Om patienten inte inom några minuter går med på detta anses frågan slutdiskuterad och bältesläggningen genomförs. Endast läkare kan häva ordinationen efter att den är given.

Omhändertagande av medpatienter

En eller flera i personalen är utsedda för att ta hand om medpatienterna. Detta innebär att:

- Uppmana medpatienterna att gå in på sina rum, om möjligt innan bältesläggningen ska genomföras. Besökare ombeds gå till avskilda allmänna delar av avdelningen, t.ex. dagrum. Åskådare utan uppgift i bältesläggningen ska inte förekomma.
- Vara i närheten av medpatienterna och finnas till hands för att lägga märke till reaktioner som t.ex. rädsla, ilska.
- Lyssna på och lugna medpatienter samt kortfattat förklara vad som händer.

Nertagning, fasthållning och lyft

I samband med att personalen fysiskt ingriper för att ta tag i patienten, hålla fast och lyfta patienten är risken för skada både på personal och patient mycket stora. Särskilda tekniker bör användas som är utformade för dessa situationer. Sådana fysiska tekniker beskrivs dock inte vidare i detta material.

1. När patienten hålls fast ansvarar ledaren för att själv eller genom utsedd personal, hålla en personlig kontakt med patienten och minska risken för objektifiering. Detta kan innebära att:
 - Söka ögonkontakt med patienten och vid behov gå ner på huk för att komma i rätt nivå.
 - Tala lugnande och informerande till patienten om vad som händer.
 - Att kalla patienten vid hans/hennes namn.
 - Ge lugnande kroppslig beröring, t.ex. stryka över håret, klappa patienten.
2. Ledaren ansvarar under fasthållningsmomentet för att se till att patientens fysiska säkerhet, t.ex. andning och cirkulation inte utsätts för påfrestningar. Detta innebär att:
 - Observera tecken på försämrad andning, minskad syresättning och staser av blodcirkulation, t.ex. cyanos, högröd ansiktsfärg, stötvis andning, svårighet att tala.
 - Kontrollera att fasthållningen inte innebär att patienten utsätts för högt tryck över bålen, t.ex. hjärta, lungor, luftvägar och vitala organ.
 - Kontrollera att patienten utsätts för minska möjliga smärta.
 - Kontrollera vid fasthållning på mage att patientens armar inte bryts upp på patientens rygg.
 - Skydda patienten och andra om patienten t.ex. börjar dunka huvudet mot golvet, bita eller spotta.

Val av bältesläge

1. I normalfallet ska patienten tillfrågas om han/hon vill ligga på rygg eller mage. Följ patientens önskemål om inte särskilda skäl hindrar det (se tabell).
2. Om det inte är lämpligt att tillfråga patienten om läge, ska patienten i normalfallet läggas på rygg.
3. Vid kränkingsrisk och vid extrem oro ska patienten ligga på mage.
4. Läkare ordinerar vid behov av medicinska skäl lämpligt läge.

Patientstatus/anamnes	1:a handsval
Andningssvårigheter	rygg
Astma	rygg
Hjärtinsufficiens - sjukdom	rygg
Kraftig övervikt	rygg
Kraftig buk	rygg
Kraftig byst	rygg
Alkohol-, drogmissbruk	rygg
Sexuellt övergrepp	rygg
Suicidalitet	rygg
Självd destruktivitet	rygg
Kraftig motorisk oro och fysisk styrka	mage
Risk för kränkning	mage

Bältesläggning

1. När patienten har lagts på bältessängen ansvarar ledaren för att gå runt och fästa och låsa bältena på patienten medan armar och ben hålls fast. Midjebälte låses först. Fotbälten ska normalt vara fästa så att patientens ben låses rakt ner, inte isär. Bältena ska låsas så de sitter stadigt runt handleder, anklar och bål utan att de stasar blodcirkulationen. Spänn ungefär så att en blyertspenna skulle kunna passera.
2. Ledaren eller utsedd personal fortsätter även under detta moment att hålla en personligt kontakt med patienten. Övrig medverkande personal ska hålla låg ljudvolym.
3. Fasthållande personal får inte släppa respektive kroppsdel förrän den som låst säger att det är OK att släppa. Lakan eller filt läggs över patientens kropp. Höj huvudänden något för ökad överblick och bekvämlighet för patienten.
4. Ledaren noterar klockslag för bältesläggningen för senare dokumentation.
5. Ledaren gör en yttre kontroll samt frågar patienten om fysiska skador uppkommit av bältesläggningen, t.ex. sår, smärta. Vid behov rättas patientens kläder till för att undvika obehag.

Eftervård

Ledaren ansvarar för att utse en personal som tar upp händelsen med patienten vid lämpligt tillfälle, helst inom ett dygn men innan utskrivningen beroende på patientens status. Utsedd personal bör ha varit med på bältesläggningen. Detta innefattar t.ex:

- Fråga hur patienten mår.
- Låt patienten berätta om sin upplevelse av händelsen oemotsagd.
- Beskriva hur personalen upplevde händelsen.
- Förklara varför bältesläggning ordinerades.
- Ta upp med patienten om bältesläggning hade kunnat undvikas.
- Diskutera patientens önskemål om en liknande situation uppkommer igen.

- Om patienten blivit bälteslagd förr, be patienten jämföra denna gång med tidigare gånger.
- Erbjud patienten fler samtal om händelsen.

Särskilt akut bältesläggning

Ibland inträffar tillfällen där en patient visar ett akut farligt beteende med omedelbar fara för att skada sig själv eller andra. Ingripande kan då göras med hänvisande till nödvärn. På Psykiatriska kliniken Sydväst framgår i de lokala direktiven att om tid och möjlighet inte finns i det akuta läget att kontakta läkare för ställningstagande kan tjänstgörande sjuksköterska besluta om bältesläggning. Riktlinjerna omfattar följande moment:

- Akut nertagning och fasthållning av patient
- Samordning inför bältesläggning och information till patient
- Bältesläggning
- Eftervård
- Omhändertagande av medpatienter

Akut nertagning och fasthållning av patient

1. Vid händelse av akut våldsincident enligt ovan måste snarast ett tillräckligt stort antal personal uppmärksammas på vad som händer. Det kan göras genom att:

- Närmaste personal ropar högt efter övrig personals uppmärksamhet
- Kalla på akut förstärkning genom överfallslarm
- Om möjligt avsetts en personal att ta emot larmpersonalen för kort information och uppgiftsfördelning.

I övrigt följer detta moment samma punkter som bältesläggning under normala omständigheter.

Samordning inför bältesläggning och information till patient

1. Samma princip gäller här som under normala omständigheter, dvs att tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för samordningen och organisa-

tionen av bältesläggningen (ledaren). Hon/han kan välja att lämna över denna arbetsuppgift till en medarbetare som hon/han bedömer vara mest lämplig, t.ex. en personal med god relation till patienten och stor erfarenhet av bältesläggningar.

2. I akuta situationer måste säkerhet och snabba beslut prioriteras, vilket innebär att det i trängda lägen kan vara någon annan än ovanstående som initialt tar på sig samordning. Eventuella meningsskiljaktigheter kring detta tas upp först när bältesläggningen är genomförd under personalens efterbearbetning.
3. Samordningen innefattar:
 - Se till att bältessäng hämtas.
 - Se till att medpatienter omhändertas.
 - Se till att bältesnyckel finns.
 - Se till att riktlinjerna följs.
4. Information till patient görs i samband med bältesläggningen och innefattar:
 - Att patientens beteende av säkerhetsskäl inte kan accepteras.
 - Att patienten kommer läggas i en bältessäng och ha en personal hos sig i rummet.

Bältesläggning/Eftervård

Dessa moment följer samma punkter som under normala omständigheter för bältesläggning.

Omhändertagande av medpatienter

Detta moment följer samma punkter som under normala omständigheter för bältesläggning med undantag av att bältesläggningen ofta kan vara ett faktum innan medpatienterna hinner omhändertas.

Bilaga 2

Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid tvångsinjektion

Följande moment identifierades i tvångsinjektion:

- Indikation för tvångsinjektion
- Kontakt och diskussion med läkare
- Ordination på tvångsinjektion
- Samordning inför tvångsinjektion
- Information till patient
- Omhändertagande av medpatienter
- Medtagning av patient till utsett rum
- Fasthållning/injektionsgivning
- Eftervård
- Efterbearbetning i personalgruppen
- Dokumentation

Som undergrupp identifierades

- Tvångsinjektion till patient i bälte

Samordning inför tvångsinjektion

1. Tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för samordningen och organisationen av tvångsinjektionen (ledaren). Hon/han kan välja att lämna över samordningen till en medarbetare hon/han bedömer vara mest lämplig, t.ex. en person med bra relation till patienten och stor erfarenhet av tvångsinjektionssituationer.
2. För tvångsinjektion behövs vanligtvis fyra personal med viss erfarenhet av tvångsinjektionssituationer. Om befintlig personal bedöms vara otillräcklig kan förstärkning ringas in från andra avdelningar och från väktare.
3. Samordningen innefattar:
 - Vem informerar och håller den personliga kontakten med patienten?
 - Vilka i personalgruppen är mest lämpliga att delta vid just den här tvångsinjektionssituationen?
 - Vem ansvarar för beredskap med bältessäng om kraftigt våld skulle uppstå?
 - I vilket rum injektionen ska ges i första hand? Vanligtvis är detta behandlingsrummet eller patientens egna rum.
 - Vem tar hand om medpatienterna.
4. Sjuksköterskan drar upp och förbereder sprutan.

Information till patienten

Läkare ska ha informerat patienten om vad som ska ske och varför, ofta tillsammans med sjuksköterska/skötare. Informationen kan behöva upprepas av ledaren om inte tvångsinjektionen skett direkt efter läkarens information.

1. Ledaren går fram och informerar patienten:
 - Att patienten är tvungen att ta medicinen och varför detta bedömts nödvändigt.
 - Att läkare ordinerat tvångsinjektion om detta är nödvändigt.
 - Att patienten kommer tas till utsett rum och där få en spruta.

- Att det bästa är om patienten kan tänka sig att frivilligt acceptera att ta sprutan. Om patienten inte direkt går med på detta anses frågan slutdiskuterad.

Omhändertagande av medpatienter

1. En eller flera i personalen är utsedda för att ta hand om medpatienterna. Tvångsinjektioner kan ibland gå så lugnt till att medpatienterna inte lagt märke till att de skett. Vid andra tillfällen kan situationen bli mycket upprörd både för patienten som ska tvångsinjiceras och medpatienterna. Graden av omhändertagande av medpatienter anpassas efter behov. Omhändertagandet kan innefatta:
 - Uppmana medpatienterna att gå in på sina rum.
 - Vara i närheten av medpatienterna och finnas till hands för att lägga märke till reaktioner som t.ex. rädsla, ilska.
 - Lyssna på och lugna medpatienter samt bistå med viss information.

Medtagning av patienten till utsett rum

1. Patienten ska försöka övertalas att följa med till utsett rum.
 - Ledaren säger t.ex. ”Nu går du och jag till ditt rum” eller ”Nu får du komma med oss till behandlingsrummet”
 - Ta inte tag i patienten om han/hon följer med frivilligt, var bara i närheten.
 - Personalen ska i sitt förhållningssätt tänka på att patienten nu är mycket sårbar och ”ger sig”. Försök upprätthålla en värdighet för patienten, t.ex. genom att godta en önskan i rökrummet att få ”röka färdigt” eller att en personal med god relation till patienten ”bjuder armen” när patienten bestämmer sig för att frivilligt följa med.
 - Ledaren ska inte acceptera att patienten ”drar ut på tiden” mer vad som kan bedömas vara rimligt, inte mer än någon eller några minuter.

2. Om patienten laddar för kamp/våld:
 - Utsedd personal ser till att bältessängen är nära.
3. Om patienten inte mycket snart följer med frivilligt:
 - Ledaren ger tydligt starttecken, t.ex. säger ”OK, då får vi hjälpa till”.
 - 2-3 personer tar tag i patienten och går med patienten till utsett rum.
 - Ledaren ser till att vägen är fri, öppnar dörrar mm.

Fasthållning/Injektion

1. Om patienten hålls fast, släpp inte när patienten kommit in i utsett rum.
2. Sätt patienten på brits/säng.
3. Lägg patienten i ”framstupa sidoläge” eller på mage. Tag ev. av patientens skor.
4. Personalen håller sina händer på patientens armar och ben, v.b. tar tag och håller fast.
5. Personalen som håller patientens händer ansvarar för att hålla en personlig kontakt med patienten och minska objektifiering. Detta kan innebära att:
 - Söka ögonkontakt med patienten.
 - Tala lugnande och informerande till patienten om vad som händer.
 - Kalla patienten vid hans/hennes namn.
6. Sjuksköterskan injicerar.
7. Sjuksköterskan noterar klockslag för tvångsinjektion för senare dokumentation.

Eftervård

1. Släpp inte ev. fasthållning förrän patienten känns tillräckligt lugn.

2. Om patienten blir alltmer aggressiv, kontakta läkare för ev bältesordination.
3. När patienten känns tillräckligt lugn:
 - Släpp ev fasthållning.
 - Fråga patienten om han vill ha någon hos sig.
 - Låt annars patienten gå iväg och lämna honom ifred en stund.
4. Sök upp patienten efter en kortare stund, ca 15 min, och fråga hur han känner sig.
5. Låt någon i personalen finnas i närheten av patienten för stöd och observation av sinnesstämning och eventuella biverkningar.
6. Ta upp händelsen med patienten efter en något längre tid, dock helst inom ett dygn. Detta innefattar t.ex:
 - Fråga hur patienten mår.
 - Observera och fråga efter ev medicinbiverkningar.
 - Låt patienten berätta om sin upplevelse av händelsen oemotsagd.
 - Ge patienten en beskrivning av personalens upplevelse av händelsen.
 - Förklara varför tvångsinjektion ordinerades.
 - Ta upp med patienten om tvångsinjektion hade kunnat undvikas.
 - Diskutera patientens önskemål om en liknande händelse skulle uppstå igen.
 - Om patienten blivit tvångsinjicerad förr, be patienten jämföra denna gång med tidigare gånger.
 - Erbjud patienten fler samtal om händelsen.

Tvångsinjektion till patient i bälte

Det är vanligt att kombinera bältesläggning med tvångsinjektion. För tvångsinjektion till patient i bälte behövs vanligtvis tre personal inklusive sjuksköterska. Vanligaste injektionsställe är M. gluteus maximus övre yttre kvadrant men även yttre lårmuskeln kan vara lämplig.

Om patienten ligger i bukläge

- Personal säkerställer att patienten ligger tillräckligt stilla för att injektion ska kunna ges av sjuksköterskan på ett säkert sätt.
- Om patienten ligger i ryggläge
- Efter läkarordination lossas ett fotbälte så att patienten kan lägga sig på sidan med det rörliga benet över det andra.
- Två eller flera personal säkerställer att patienten ligger tillräckligt stilla för att injektion ska kunna ges av sjuksköterskan på ett säkert sätt.
- Ett alternativ är att injicera i yttre lårmuskeln, M. vastus lateralis, som inte kräver att fotbältet lossas.

Bilaga 3 - Extra vak - Observationer vid risk för suicid

• Se särskild blankett

Datum År:	
Namn vak	
Vak mellan kl	
Emotionellt tillstånd	Ängsladdad
	Rastlös
	Förtvild
	Nedstämd
	Spittrat la/tänkande
	Psykosisk
	Irriterad, arg
	Misstänksam
	Lugn, adekvat
	Röfylld
	Upprymd
	Beteenden/Handelser
Sovit	
Vistats ute på avd	
Talat om suicid/död	
Talat om framtiden	
Gråtit	
Åtit	
Druckit	
Besökt toalett	
Fått besök	
Självdestruktivitet*	
Övrigt	
Daganteckning finns	
Sign	

Extra-vak: Observationer vid risk för suicid

Namn: _____ Pers.nr: _____

charlotte.polaris@sil.se

Beställning

Kontorsservice

Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: informationsmaterial.lsf@sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivecronas väg 7, bv; Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt programarbete är publicerade på:
www.webbhotell.sll.se/sv/cvu/Medicinska-program-och-kunskapsstod



Stockholms läns landsting

Forum för kunskap och gemensam utveckling

Box 12175, 118 91 Stockholm

Telefon 08-737 30 00. Fax 08-737 44 64