

SPV KURSUS MATRIALE

fadi 

KAPITEL PSYKIATRI 1+2



Pensum til sygeplejevikarer i psykiatrien

Opdateret efteråret 2023
af Sasha Reinhardt, sygeplejerske, cand.scient.san., lektor

Indhold

| | |
|--|----|
| Forord..... | 5 |
| Ansvar og kompetencer som sygeplejeviker (SPV) | 5 |
| Psykiatriens organisering..... | 5 |
| Personalesammensætning..... | 6 |
| Et patientforløb | 7 |
| Overdødelighed og ulighed i sundhed i psykiatrien | 7 |
| Psykiatriske grundbegreber og sygepleje | 7 |
| Kommunikation | 8 |
| Recovery | 9 |
| CHIME & empowerment | 10 |
| Recoverymentor..... | 10 |
| Kognitiv miljøterapi (KMT) og kognitiv adfærdsterapi (KAT) | 11 |
| Psykoedukation..... | 12 |
| Motiverende samtale (MI)..... | 12 |
| Tavshedspligt..... | 13 |
| Sikkerhed i psykiatrien..... | 13 |
| Visitering..... | 13 |
| Konflikt og konflikthåndtering | 14 |
| Deeskalering | 15 |
| Observationsniveauer | 15 |
| Observationsniveauerne differentieres i 8 niveauer: | 15 |
| Begrundelse for at iværksætte et øget observationsniveau er primært: | 16 |
| Ordination og løbende justering..... | 16 |
| Dokumentation af observation..... | 16 |
| Brøset Violence Checklist (BVC)..... | 16 |
| Selvmord og selvmordsforebyggelse (suicidalitet)..... | 18 |
| Rapport | 19 |
| Psykiatriske diagnoser..... | 19 |
| WHO ICD-10 til ICD-11 | 20 |
| Skizofreni..... | 20 |

| | |
|---|----|
| kriterier for skizofreni (F20)..... | 20 |
| Uddybelse af symptomer ved skizofreni..... | 21 |
| Epidemiologi og ætiologi..... | 23 |
| Bipolar affektiv lidelse | 23 |
| Diagnostiske kriterier for manisk enkeltepisode (F30) | 24 |
| Diagnostiske kriterier for depressiv enkeltepisode af moderat grad (F32.1)..... | 24 |
| Epidemiologi og ætiologi..... | 25 |
| Anorexia nervosa..... | 25 |
| Diagnosticering anorexia nervosa (F50.0)..... | 26 |
| Epidemiologi og ætiologi..... | 26 |
| Psykofarmaka | 27 |
| Elektrokonvulsiv terapi (ECT)..... | 28 |
| Udførelsen af ECT | 28 |
| Bivirkninger ved ECT | 29 |
| Transkraniel Magnetisk Stimulation (TMS)..... | 29 |
| Bivirkninger ved TMS | 29 |
| Misbrug..... | 29 |
| Lovgivning og etik i psykiatrien..... | 30 |
| Mindstemiddelprincippet og proportionalitet..... | 30 |
| Former for tvang | 30 |
| Tvangsindlæggelse | 30 |
| Tvangstilbageholdelse | 31 |
| Tvangsbehandling..... | 31 |
| Anvendelse af fysisk magt | 31 |
| Personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen..... | 32 |
| Tvangsfiksering | 32 |
| Patientens rettigheder ved tvang..... | 32 |
| SPV-opgaver som fast vagt ved bæltefiksering..... | 33 |
| Fokus på nedbringelse af tvang..... | 34 |
| Dobbeltindlagte patienter..... | 34 |
| Referencer | 35 |

Forord

Dette materiale er basisviden for en sygeplejeviker i psykiatrien og skal betragtes som pensum til kurset i psykiatri. Meget af materialet vil også indgå i psykiatriundervisningen og blive yderligere uddybet. Det anbefales, at du har læst materialet grundigt inden psykiatriundervisningen.

Ansvar og kompetencer som sygeplejeviker (SPV)

For at være sygeplejeviker (SPV) i psykiatrien skal du have viden om udvalgte psykiatiske diagnoser, symptomer, sygepleje og behandling samt psykiatrilov, kommunikation, relationsdannelse og ikke mindst viden om, hvordan du som SPV altid er opmærksom på din og patientens sikkerhed.

Denne viden skal omsættes til praksis, når du som SPV kommunikerer med en patient og anvender din faglige viden til at observere og reagere hensigtsmæssigt på patientens reaktioner og behov. Du udøver som SPV ikke lægefaglig behandling eller terapi, men du fremtræder lyttende og omsorgsfuld i kontakten til patienten.

Faglige spørgsmål, der vedrører patientens konkrete behandling videregives til afdelingens faste personale, og for at sikre sammenhæng i patientens behandling samarbejder du med og involverer altid det faste personale, hvis du er i tvivl og oplever, at der er opstået en forandring i patientens tilstand.

Dette skriftlige materiale kombineret med undervisningen i psykiatri er tilrettelagt netop for at klæde dig allerbedst på til denne opgave.

Psykiatriens organisering

Cirka 20 % af den danske befolkning vil i løbet af et år opleve symptomer, der svarer til kriterierne for én eller flere psykiske lidelser (Danske Regioner, 2023). Det er dog langt fra alle, som får behov for at blive indlagt på et psykiatrisk hospital. Langt de fleste mennesker med psykiske lidelser eller ”ondt i sindet” bliver behandlet hos egen læge og/eller hos privatpraktiserende psykiater eller psykolog.

Dette materiale retter sig imod patienter med behov for indlæggelse på et psykiatrisk hospital også kaldet behandlingspsykiatrien i henholdsvis Region Hovedstaden Psykiatri og Region Sjællands Psykiatri.

Region Hovedstadens Psykiatri er Danmarks største psykiatiske hospital. Her behandles årligt ca. 50.000 voksne og børn med psykiske lidelser som skizofreni, depression og personlighedsforstyrrelser m.fl. Behandlingen foregår på et af regionens 9 psykiatiske centre.

Et psykiatrisk center består typisk af en akutmodtagelse jf. skadestue, et antal åbne- og intensive¹ døgnafsnit samt en række ambulante tilbud. De fleste døgnafsnit kategoriseres som almene, hvilket betyder, at afsnittet behandler alle typer psykiatriske lidelser og enkelte afsnit har et speciale og retter sig mod særlige sygdomskategorier fx spiseforstyrrelser, ADHD, retspsykiatri m.fl. Herudover gælder, at de fleste centre er målrettet voksne patienter på 18 år eller derover. Hvis patienten er under 18 år, bliver patienten henvist til Børne- og Ungdomspsykiatrien, og patienter på 70 år eller derover henvises typisk til et ældrepsykiatrisk afsnit.

Indgangen til behandlingspsykiatrien sker for de flestes vedkomne via egen læge og/eller via den psykiatriske akutmodtagelse. På baggrund af en lægefaglig vurdering foretaget af en psykiater eller en anden læge ansat i psykiatrien bliver patienter, som har behov for indlæggelse, visiteret til et åbent- eller et intensivt afsnit.

Der er flere forskelle mellem åbne- og intensive afsnit. Centralt for de åbne afsnit gælder, at dørene ikke er aflåste, og at patienten som regel er indlagt frivilligt. I et intensivt afsnit er yderdøren låst hele døgnet, og patienterne kan således ikke bare forlade afsnittet. Afgørende for indlæggelse på et intensivt afsnit er sværhedsgraden af den psykiske lidelse kombineret med patientens adfærd og behov for sikkerhed (Sundhedsstyrelsen, 2019). Det betyder, at patientens ejendele bliver visiteret for genstande, der kan være potentielt farlige for patienten selv og/eller omgivelserne. Værd at bemærke er også, at normeringen oftest er bedre på intensive psykiatriske afsnit, således at personalet har mulighed for at tilbyde et tættere observationsniveau og dermed ”tættere” kontakt til patienten hvis behov herfor.

Personalesammensætning

Behandlingen i psykiatrien favner såvel medicinske- som psykosociale og tværprofessionelle indsats, hvilket kræver et tæt samarbejde mellem mange forskellige faggrupper. Generelt består sammensætningen af det kliniske personale af psykiatere/læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter (SOSU) og herudover fysio- og ergoterapeuter, socialrådgivere, pædagoger og psykologer.

Patienten tilknyttes en eller flere kontaktpersoner, som er organiseret i teams, så patienten kun skal forholde sig til få personer. På afsnitsniveau er kontaktpersonen oftest en sygeplejerske og/eller en SOSU, men det kan også være andre faggrupper fx pædagoger, ergoterapeuter etc.

Formålet med kontaktpersonssystemet er at skabe grundlag for en nærværende og tillidsfuld relation, hvor kontaktpersonen opnår indgående indsigt i patientens sygdom og behandling. Denne organisationsform skaber et optimalt grundlag for kontinuitet og sammenhængskraft i indlæggelsesforløbet.

Foruden ovennævnte personalegrupper vil man som sygeplejevikar i psykiatrien møde patientrådgivere, diætister, rengøringspersonale, teknisk personale, læger fra somatikken, som går tilsyn fx en neurolog, pårørende og ikke mindst recoverymentorer og peermedarbejdere.

¹ Intensive afsnit refererer til et afsnit hvor yderdøren er aflåst. Tidligere refereret til som lukkede afsnit.

Den psykiatriske overlæge har det overordnede ansvar for behandlingen og udgør sammen med oversygeplejersken ledelsen af et afsnit. Et afsnit har typisk plads til mellem 10 til 16 patienter og langt de fleste afsnit tilbyder enestuer med eget toilet og bad. Personalenormeringen afhænger af afsnitstype samt, om det er dag-, aften- eller nattevagt.

Et patientforløb

En indlæggelse i psykiatrien varer i gennemsnit lidt over to uger med betydelig variation. Der er pres på sengepladserne, og nogle patienter kan have en oplevelse af, at blive udskrevet for tidligt. En negativ konsekvens heraf ses i genindlæggelsesraterne, der er steget betydeligt.

Et patientforløb er summen af de aktiviteter og kontakter i sundhedsvæsenet som en patient oplever i relation til en indlæggelse. I psykiatrien, vil mange patienter efter indlæggelse på et døgnafsnit blive visiteret videre til ambulans opfølgning. Her kan patienten fortsætte sit hverdagsliv og samtidig indgå i behandling hjemmefra. Den ambulante psykiatri består af forskellige tilbud bl.a. FACT-team, OPUS-team, AKUT-team og ambulatoriefunktioner.

Overdødelighed og ulighed i sundhed i psykiatrien

Mennesker med psykisk sygdom og behov for indlæggelse i behandlingspsykiatrien er i risiko for at dø 15-20 år tidligere end baggrundsbefolkningen. Årsagerne hertil er flere. Selvmord og ulykker er en del af forklaringen, men hovedårsagen er somatisk sygdom (Kammacher, A., 2020).

Landsdækkende undersøgelser viser, at risikofaktorer som svær overvægt, rygning, usund kost og stillesiddende adfærd forekommer ca. dobbelt så hyppigt hos mennesker med psykisk sygdom sammenlignet med den generelle befolkning. Mennesker med psykisk sygdom søger ikke somatisk behandling i samme omfang som andre mennesker, og desværre bliver somatiske sygdomme hos denne patientgruppe også underdiagnosticeret og underbehandlet (ibid.).

Dette kan bl.a. skyldes at mennesker med psykisk sygdom kan have en anderledes/læderet kropsfornemmelse og generelle vanskeligheder ved at reagere på somatiske symptomer. Men noget af forklaringen hænger også sammen med, at vi som sundhedsprofessionelle ikke opdager og/eller kan fejlfortolke somatiske symptomer hos patienten som psykiatriske.

Som SPV er det derfor vigtigt, at du ALTID har en bevågenhed på om de symptomer du observerer hos patienten evt. kan skyldes somatisk sygdom. Dit ansvar som SPV er i disse tilfælde at videregive dine observationer, som de manifesterer sig hos patienten til det faste personale - IKKE at diagnosticere.

Psykiatriske grundbegreber og sygepleje

Den psykiatriske sygepleje retter sig ikke specifikt mod en bestemt lidelse. Det er væsentligt at påpege, at trods sygdommens klassiske symptombilleder vil symptomer og manifestationer variere fra patient til patient og i styrke og omfang. Ingen patienter er ens.

Dette betyder, at teorier og metoder inden for fx kommunikation ikke direkte kan overføres i forhold til diagnose og symptombillede. Anvendelse af teorier skal altid tilpasses den individuelle patients situation og dennes forudsætninger og behov for sygepleje.

Relationen mellem den sundhedsprofessionelle og patienten er det mest centrale i psykiatrien, og tillid i relationen er ikke noget, der nødvendigvis er givet på forhånd. Nogle patienter har ikke tillid til, at de vil få den hjælp de oplever at have behov for, eller tror på at de kan få det bedre ved at være indlagt i psykiatrien. Dette kan bero på tidligere erfaringer som patient eller være forbundet med vedkomnes lidelse og symptombillede fx paranoide vrangforestillinger.

For at opbygge en tillidsfuld relation må du som SPV udvise respekt, accept, lydhørhed, rummelighed og anerkendelse. I psykiatrien trækker du som SPV på din faglige viden, men lige så væsentligt er din empatiske sans og livserfaringer som menneske.

I relationen til patienten fremstår den sundhedsprofessionelle som rollemodel, og derfor vil man som fagperson også fremstå som personlig. Ikke personlig i den forstand, at man bliver privat, men personlig som det menneske man er med de erfaringer i livet, som man har.

Som SPV er det en fordel, hvis du ”kender dig selv” og dine egne grænser, for du vil opleve, at en tillidsfuld relation til patienten fordrer, at du også er villig til at vise, hvem du er som menneske. Du har som SPV også et privatliv som du IKKE deler med patienten. Dette gælder fx informationer som adresse, telefonnummer, Facebook etc. Det forventes, at du som fagperson er i stand til at agere professionelt ved netop at have opmærksomhed på grænsen mellem at være personlig og privat.

Kommunikation

Den kommunikationsmæssige opgave i psykiatrien er at skabe kontakt og møde patienten, hvor patienten er.

Kommunikationen kan med fordel tage form af støtte frem for at tale om de invaliderende symptomer. I stedet kan der fokuseres på patientens ressourcer og interesser. I kommunikationen kan der indgå eksistentielle dimensioner som fx kærestesorger, ensomhed, social modgang eller tab. Disse aspekter giver hos mennesker med fx skizofreni anledning til helt de samme refleksioner og reaktioner som hos dig og mig.

Tankeforstyrrelser og/eller hallucinationer hos mennesker med fx skizofreni er ofte forbundet med sanseindtryk som lyde eller stemmer, der ikke har rod i virkeligheden. Disse sanseindtryk opleves som virkelige for psykotiske mennesker. Det er væsentligt, at du som SPV ikke signalerer at oplevelserne er forkerte, men i stedet indtager en nysgerrig og undrende holdning. Du kan fx sige; ”vi forstår og oplever ikke virkeligheden på samme måde” – således realitetsorienterer du og samtidig udviser anerkendelse og empati.

Teorien om aktiv lytning har hentet inspiration fra flere teoretikere, og en af ophavsmændene er den amerikanske professor i psykologi Carl Rogers (1902-1987). Med aktiv lytning kan den sundhedsprofessionelle vise, at man er interesseret i patienten som person, forsøge at forstå vedkommende og anerkende, at patientens følelser er vigtige. Aktiv lytning omfatter både den verbale og nonverbale kommunikation (Jørgensen, K., 2021).

Nonverbal kommunikation anses for at være den mest udtryksfulde. I det første møde med en patient danner man sig lynhurtigt et indtryk af patienten. Før man overhovedet taler med et andet menneske, har man allerede dannet sig en opfattelse af, hvem dette menneske er. Hvis man ikke bryder sig om personen, trækker man sig ofte tilbage og undgår at være i kontakt med personen. Omvendt vil udtryksmåder som mimik, smil, øjenkontakt og en åben kropsholdning udtrykke sympati for et andet menneske. Med kropssproget signalerer man bl.a. ønsker om nærhed og afstand, tillid og tryghed (ibid.)

I samtalen med patienten bør sygeplejevikaren vise, at hun lytter, følger med og forsøger at forstå, hvad patienten siger. Man kan vise, at man følger med i samtalen med nonverbale signaler som nik, øjenkontakt og smil, men også med verbale responser i form af åbne- og/eller lukkede spørgsmål.

Med åbne spørgsmål stimuleres patienten til at uddybe eller fortælle om et problem eller en situation. Der åbnes for, at patienten kan tale om følelser, tanker og erfaringer. Åbne spørgsmål kan lukke op for den andens subjektivitet. Et åbent spørgsmål kan lyde; *hvordan kan jeg hjælpe dig?*

Lukkede spørgsmål kan også have en aktiverende, åbnende og reflekterende funktion. Lukkede spørgsmål kan være indgangen til at skabe en dialogisk samtale, hvor patienten hjælpes til større indsigt i og forståelse af sin situation og til håndtering heraf. Et lukket spørgsmål kan lyde; *er dine høreballucinationer blevet værre?*

Nogle patienter kan have svært ved at bedømme psykisk og fysisk afstand mellem mennesker. Her er man som en del af personalet med til at vejlede patienten i, hvad der er passende. Bliver man som SPV adspurgt om sit private liv, eller kommer patienten fysisk for tæt på og det føles ubehageligt, er man forpligtet til at informere patienten om, at man ikke ønsker at dele alt fra sit private liv og gerne vil have passende fysisk afstand.

Recovery

Udviklingen i retning af en recoveryorienteret psykiatri handler bl.a. om at forløbsstudier har vist, at 20-25% kommer sig fuldstændig efter psykisk sygdom, og 40-50% kommer sig socialt. Det betyder, at hvad man tidligere anså som en kronisk lidelse fx skizofreni i dag betragtes som episodisk. Denne viden har i kombination med andre faktorer haft stor betydning for, hvordan psykiatrien har udviklet sig gennem de sidste 10 år med fokus på håb, patientinddragelse og afstigmatisering af psykisk sygdom (Roper, C., 2020).

Recovery betyder at komme sig og beskrives ofte i relation til tre typer af recovery:

- Klinisk recovery, der betyder fravær af symptomer, og hvor målet er symptomfrihed
- Social recovery, der har fokus på funktionsniveau, og hvor målet er økonomisk og boligmæssig uafhængighed, mens personen fortsat kan leve med symptomer
- Personlig recovery

I Region Hovedstadens Psykiatri defineres recovery ud fra en forståelse af personlig recovery som en:

Dybt personlig og unik forandringsproces med belysning af ens holdninger, værdier og mål, færdigheder og/eller roller. Det er en måde at leve et tilfredsstillende liv på præget af håb og aktiv medvirken selv med de begrænsninger, der er forårsaget af sygdom.

I Region Sjællands Psykiatri henviser recovery både til personlig og klinisk recovery.

Når man rammes af psykisk sygdom, er det vigtigt at holde fast i, at langt de fleste kommer sig efter deres sygdomsforløb. Og selv hvis sygdommen bliver med en, er livet foranderligt med både mindre gode og gode perioder.

CHIME & empowerment

CHIME er en model, der er udviklet i et samarbejde mellem brugere af psykiatrien, klinikere og psykiatere, og identificerer fem overordnede temaer, der er vigtige for personlig recovery. Du kan som SPV lade dig inspirere af temaerne og få indblik i, hvad der fremmer personlig recovery, i en bevægelse væk fra det dominerende perspektiv på klinisk recovery (ibid.).

- Forbundethed. Handler om oplevelsen og kvaliteten af relationer fx venner, familie og professionelle
- Håb og optimisme. Håb er et vigtigt element i en recoveryproces.
- Identitet. For nogle vil psykisk sygdom betyde, at man skal arbejde med at generhverve en ny positiv selvfølelse
- Mening og formål med livet. Handler om at finde mening til at genopbygge livet
- Empowerment er af særlig betydning for recoveryprocessen og handler om oplevelsen af at have kontrol over sit liv. Empowerment fokuserer på ressourcer og styrker og omfatter bl.a. personligt ansvar som at tage chancer på en positiv måde

Recoverymentor

En recoverymentor er en lønnet medarbejder, som selv har erfaring med psykisk sygdom og recovery. Recoverymentoren bruger sine erfaringer fra sin egen recoveryproces som afsæt til at hjælpe indlagte og ambulante patienter med deres recoveryproces. Recoverymentoren har generel viden om recovery og kan rådgive og støtte patienter og deres pårørende i tiden fra indlæggelse til tiden omkring udskrivelse eller i løbet af et ambulante behandlingsforløb.

Recoverymentoren skal støtte patienten i dennes recoveryproces og sammen med patienten finde en vej mod eller tilbage til en god og stabil hverdag. Dette sker ved at:

- skabe håb hos patienten om, at det er muligt at komme sig fra psykisk sygdom
- fokusere på de muligheder, patienten selv har for at komme sig
- styrke patienten i at skabe en god og stabil tilværelse for sig selv

Recovery-mentorens primære arbejdsopgaver er at:

- tilbyde individuelle og støttende samtaler med patienter
- afholde recovery-gruppe for relevante patienter i afsnittet/teamet
- stå til rådighed for uformel samtale og samvær med patienter

- være brobygger og hjælpe patienten ved overgange i behandlingsforløbet fx ved udskrivelse, overgang fra indlagt patient til ambulans behandling, eller i forbindelse med kontakt til en anden aktør udenfor hospitalet

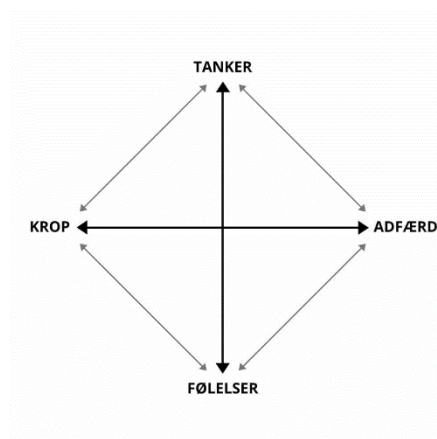
Kognitiv miljøterapi (KMT) og kognitiv adfærdsterapi (KAT)

Kognitiv miljøterapi (KMT) er en behandlingsform, der tilbydes til psykiatriske patienter mhp. at bedre deres psykiske tilstand og mindske graden af symptomer. Miljøterapi defineres som anvendelse af afsnittets rammer til behandling. I KMT planlægges behandlingsmiljøet aktivt og struktureret med henblik på træning og udvikling af nye færdigheder i kombination med metoder fra KAT (Bliksted, V.F., 2012).

I KMT tilpasses behandling til den enkelte patient og bygger på en individuel miljøterapeutisk plan, der udarbejdes i samarbejde med patienten og indeholder:

- KAT med fokus på symptomreduktion og problemløsning
- Miljøterapeutiske aktiviteter fx morgen- og aftenmøder, måltider og deltagelse i afdelingens grupper, hvor patienten træner praktiske og sociale færdigheder fx psykoedukation- og recoverygrupper
- Rekreative aktiviteter såsom motion og fritidsaktiviteter, hvor formålet er, at patienten ”holder pause” fra sine symptomer.

KAT er forkortelsen for kognitiv adfærdsterapi og er en kompleks terapiform, der lægger vægt på kognitionens og adfærdens betydning for følelseslivet og for udvikling af psykiske problemer og symptomer. Den grundlæggende hensigt med KAT handler om at patienten opnår indsigt i, hvordan kognitionen skaber og fastholder følelsesmæssige problemer og mønstre og aflærer uønskede følelsesmæssige reaktioner. Centralt i metoden er den kognitive diamant, der illustrerer, hvordan tanker, følelser, kropslige fornemmelser og adfærd påvirker hinanden i enhver situation (Mørch, M.M. & Rosenberg, N.K., 2015)



Figur 1: Den kognitive diamant.

I den kognitive miljøterapeutiske tilgang tilrettelægges patientens individuelle plan med fokus på personlige mål og omfatter:

- Konkrete mål for den individuelle miljøterapi
- Identifikation af relevante kognitive færdigheder, der skal arbejdes med fx
 - Holde-ud færdigheder
 - Acceptfærdigheder
 - Krisefærdigheder
 - Problemløsning
- Identifikation af relevant fysisk aktivitet, social færdighedstræning og adfærdseksperimenter
- Ugeplan, hvor det fremgår, hvornår og hvordan patienten skal arbejde med ovenstående
- Kriseplan

Psykoedukation

Både i somatikken og i psykiatrien er det blevet en helt almindelig praksis at undervise patienter i forhold af relevans for deres lidelse, da man ved, at livet med kronisk- eller/og en psykisk lidelse håndteres langt bedre, når man har indsigt i, hvordan symptomer kan håndteres og kontrolleres. I psykiatrien kaldes denne praksis for psykoedukation (Iversen, T., 2020)

Det centrale i psykoedukation er gennem tilrettelagte undervisningsforløb i psykiatriske lidelser og behandling at gøre patienten i stand til at hjælpe sig selv bedst muligt jf. empowerment. I praksis organiseres psykoedukation ofte som gruppebaserede undervisningstilbud til både patienter og pårørende, hvor emnerne centrerer om sygdomme, symptomer, medicin, behandlingsmetoder, recovery mm.

Motiverende samtale (MI)

Den Motiverende Samtale (MS) er en evidensbaseret samtaleteknik, der ved at hjælpe en person til at blive afklaret omkring sine værdier og livsstil søger at skabe indre motivation til forandring af en konkret adfærd eller livsstil (Miller & Rollnick, 2002).

I den motiverende samtale fokuseres der på personens ressourcer og egne forslag til løsninger, og fokus holdes på, hvad personen tidligere er lykkedes med. Dermed får personen synliggjort sine styrker og kompetencer og styrkes i troen på sine egne evner.

Grundpillen er, at de sundhedsprofessionelle skal være håbbærende og hjælpe patienten til at se og realisere muligheder i sit liv. Der må ikke forekomme fordømmelser af patientens adfærd, og patienten skal selv nå frem til et ønske om at ændre noget i sit liv. Den sundhedsprofessionelle må derfor tøjle egne eventuelle fordomme mod patientens livsstil og adfærd (ibid.).

Den sundhedsprofessionelle kan gennem kommunikation hjælpe patienten til at vurdere og prioritere i de fordele og ulemper, der kan være ved en adfærd eller ved et ønske om forandring og kan tilbyde patienten støtte gennem en proces, hvor tilbagefald kan forekomme en til flere gange.

Tavshedspligt

Som SPV er man underlagt loven om tavshedspligt jf. Sundhedsloven (Indenrigs- og Sundhedsministeriet). Det betyder, at en sundhedsperson ikke må videregive oplysninger om en patients helbred og andre fortrolige oplysninger uden patientens samtykke.

Tavshedspligten er en patientrettighed, som giver patienten krav på fortrolighed fra sundhedspersonens side og mulighed for i visse tilfælde at bestemme, om oplysninger om patientens helbred og personlige og økonomiske forhold må videregives.

Tavshedspligten omfatter for eksempel oplysninger om diagnoser og undersøgelser, indlæggelse på et sygehus, behandling på en skadestue, sociale problemer, misbrug af nydelsesmidler, strafbare forhold, privatøkonomi, gæld, formue og skatteforhold.

Sikkerhed i psykiatrien

Sikkerhed er et meget vigtigt arbejdsområde i psykiatrien, der gælder for både åbne- og intensive afsnit.

Miljøet på et afsnit er indrettet med fokus på sikkerhed, så patienter og medarbejdere ikke udsættes for fare. Alle medarbejdere skal bære en overfaldsalarm, så de i en akut situation med trusler eller vold kan udløse alarmen og få øjeblikkelig hjælp fra et stort antal kollegaer fra eget og nabo afsnit. I disse akutte situationer vil en fra plejepersonalet tage ledelse og fordele medarbejdernes opgaver i forhold til, hvad der skal ske efterfølgende, fx hvis patienten skal lægges i bælte.

I psykiatrien (gælder ikke alle afsnit) anvendes ikke uniform, men du har dit eget tøj på. Din påklædning skal naturligvis afstemmes med det at skulle på arbejde. Det betyder, at du ikke skal iklæde dig nedringede bluser, kjoler osv. Desuden skal du overveje brugen af smykker, ure, tørklæde, fodtøj, motiver på bluser mm. Overvej inden du skal på vagt, om din påklædning udfordrer din sikkerhed? Hvis ja, så skift.

Herudover er miljøet indrettet med fokus på sikkerhed fx er genstande, der kan anvendes til våben eller til at suicidere med ikke frit tilgængelige. På intensive afsnit må patienter aldrig være i besiddelse af lightere eller tændstikker. Andre eksempler på farlige genstande er; bæltter, snørebånd, ledninger, barberblade, sakse, nåle, medicin osv. På intensive afsnit må der heller ikke anvendes plastikposer. Farlige genstande aflåses og barberskrabere kan evt. og efter aftale udleveres af fast personale.

Visitering

I forbindelse med indlæggelse på et psykiatrisk afsnit bliver alle patienter informeret om afdelingens husorden, og hvilke effekter det er tilladt at medbringe. Patienten orienteres om formål med et eventuelt gennemsyn af ejendele og spørges dernæst, om vedkommende har medbragt effekter, der vurderes at være farlige.

Lægen ordinerer visiteringsniveauet i forbindelse med indlæggelsessamtalen på baggrund af indlæggelsesoplysninger, vurdering af den aktuelle patienttilstand og eventuelle journaloplysninger fra tidligere indlæggelser og konference med personalet. Kun patienter, som indlægges, får ordineret et visiteringsniveau.

Formålet med visiteringsniveauet er at tage stilling til, hvor stor risikoen er, for at patienten medbringer uønskede eller farlige effekter ind i afdelingen. Det vil altid være en individuel vurdering, om patienten skal visiteres og i givet fald hvornår. Visiteringsniveauerne er vejledende.

Visiteringsniveauet skal justeres løbende under indlæggelsen af læge/specialpsykolog i takt med ændringer i patientens tilstand og erfaringer med patienten fra fx udgang og besøg. Det kan også være nødvendigt med justering i forbindelse med flytning til et andet afsnit.

Plejepersonalet har til hver en tid mulighed for at forespørge patienten, om samtykke til gennemførelse af visitering uagtet det fastsatte visiteringsniveau. Dette er relevant, hvis der i den pågældende situation fx er mistanke om indsmugling eller besiddelse af ulovlige genstande. Hvis patienten ikke samtykker, skal læge kontaktes. Efterfølgende vil det ofte være relevant at justere visiteringsniveauet, så det passer til den nuværende mistanke.

Visiteringsniveau 1 er, når der ikke er mistanke om, at patienten medbringer medikamenter, rusmidler, eller farlige effekter. Ved niveau 1 er der ingen anledning til at visiteres.

Visiteringsniveau 2 er, når patienten mistænkes at kunne gøre skade på sig selv eller andre, eller personalet mistænker, at patienten medbringer medikamenter, rusmidler, eller farlige genstande.

Visiteringsniveau 3 er gældende for patienter med sandsynlig risiko for at skade sig selv eller andre og mistanke om, patienten medbringer medikamenter, rusmidler eller farlige genstande.

Konflikt og konflikthåndtering

Konfliktfyldte situationer på psykiatriske afsnit kan fx være vold, selvskade, selvmord eller absentering. Der foreligger viden om faktorer eller triggere, som man ved øger risikoen for konflikter, og disse er relateret til både patient, personale og miljø (Berring, L., 2020).

De mest almindelige trigger-faktorer er:

- Frustration over fx afslag på ønsker om medicin, udgang eller lign.
- Krav og grænsesætning fx hvis man bliver irettesat eller bedt om at slukke en cigaret, rydde op efter sig selv og lign.
- Oplevelsen af fysisk påtrængende personale. Når personale kommer for tæt på og bevæger sig ind på patientens enemærker

Og herudover ved man, at konflikter fremprovokeres, hvis:

- Der mangler ligeværd og gensidig respekt
- Patienten konfronteres med autoritære kontrollerende holdninger i såvel verbal- som nonverbal kontakt eller ved grænsesætninger
- Når personalet ikke lytter til patientens oplevelse af situationen

Konflikthåndtering handler om at analysere situationen og kommunikere situationsbestemt på en ligeværdig måde med patienten. Et roligt kropssprog, toneleje og en nærværende kontakt med patienten kan medvirke til at forebygge og deeskalere konflikter (ibid.).

Deeskalering

Er en kompleks interaktiv proces, hvor patient og personale forsøger at løse patientens problem uden anvendelse af fysisk magtanvendelse. Målet er gennem kommunikation, at patienten oplever at genvinde sin værdighed og derefter guides mod en roligere psykisk og fysisk sindstilstand (Berring, L., 2020)

Deeskalering foregår som en struktureret proces i en akut- og en relationsfase:

I den akutte fase:

- sikre personligt rum ved at holde afstand og skabe tid
- Skabe fokus ved at lytte til patienten, være opmærksom på kropssprog og kun tale til patienten
- Skifte kontekst verbalt, praktisk, socialt og/eller fysisk

I relationsfasen:

- Udvide empati ved at være anerkendende, understøtte autonomi og ressourcer
- Bevare patientperspektivet ved at lytte og forstå patienten
- Afstemme forventninger ved at informere og medinddrage
- Evaluere processen med patienten, kollegaer og medpatienten

Observationsniveauer

Differentierede observationsniveauer anvendes for at understøtte patientsikkerheden for den enkelte patient og tjene som støtte til personalet i forhold til at varetage relevant observation i forhold til den enkelte patients tilstand.

Patienten orienteres om beslutning og begrundelse for observationsniveau. Patientens samarbejde søges altid opnået. Observationsniveauerne anvendes på sengeafsnit og i psykiatrisk akutmodtagelse i voksenpsykiatrien samt Børne- og Ungdomspsykiatrien i såvel Region Hovedstadens Psykiatri som Region Sjællands Psykiatri.

Observationsniveauerne differentieres i 8 niveauer:

- ALM (alment observationsniveau, minimum 3 gange pr. vagt)
- SK60 (skærpet observation med max. 60 minutters interval)
- SK30 (skærpet observation med max. 30 minutters interval)
- SK15 (skærpet observation med max. 15 minutters interval)
- KUV (kontinuerlig observation **uden** konstant visuel kontakt)
- KMV (kontinuerlig observation **med** konstant visuel kontakt)

- PS (personlig skærmning uden samtykke)
- FVB (fast vagt til den bæltefikserede patient)

Begrundelse for at iværksætte et øget observationsniveau er primært:

- Selvmordsadfærd
- Selvskadende adfærd
- Aggressiv adfærd
- Hærværk
- Forulempelse af medpatienter
- Patientens behov for psykiatrisk behandling
- Patienten ukendt i psykiatrien
- Bæltefikserede patienter

Ordination og løbende justering

I forbindelse med indlæggelse skal indlæggende læge eller behandlersygeplejerske, der arbejder på lægelig delegering, ordinere et observationsniveau.

Observationsniveauet kan justeres af læge, specialpsykolog eller ansvarshavende sygeplejerske. Ansvarshavende sygeplejerske kan dog kun justere niveau til og med de skærpede observationsniveauer (SK60, SK30 & SK15).

Plejepersonalet har pligt til at øge intensiteten af observationsniveauet, hvis der opstår et akut behov herfor.

Dokumentation af observation

Plejepersonalet har ansvaret for løbende at dokumentere, at patienten er observeret jf. det pågældende observationsniveau. For patienter med kontinuerlig observation skal der dokumenteres **minimum 1 gang i timen**.

Brøset Violence Checklist (BVC)

Det kan være vanskeligt at forudsige voldelig adfærd. Brøset Violence Checklist (BVC) er en risikovurderings-tjekliste og et nemt redskab, du som SPV anvender aktivt i forhold at forudsige og forebygge aggression og sikre din egen sikkerhed.

På baggrund af patientens adfærd vurderer du risikoen ud fra nedenstående seks variabler:

| BVC-adfærd (variabel) | Definition |
|------------------------------|--|
| (mere) forvirret | Opføre sig åbenlyst forvirret og desorienteret. Kan hænde at patienten ikke er orienteret i tid og sted samt person. |

| | |
|--|---|
| (mere) irriteret | Patienten bliver let irriteret; tåler dårlig andres tilstedeværelse. |
| (mere) støjende adfærd | En støjende og vredsladen adfærd; fx smækker med døren, råber i stedet for at snakke osv. |
| (oftere) verbale trusler | Et verbalt udbrud som er mere end bare at hæve stemmen, og har til hensigt at ydmyge eller skræmme en anden person. |
| (oftere) fysiske trusler | Viser med tydeligt kropssprog, at hensigten er at true en anden person, fx en aggressiv kropsholdning, griber fat i en anden persons tøj, løfter og truer med knyttet næve osv. |
| (oftere) angreb på ting eller genstande fx slag, spark mod inventar | Et direkte angreb på ting eller genstande og ikke en person; slår på eller knusninger af vindue, slår eller skader en genstand eller slår et møbel i stykker. |

BVC bruges til at vurdere patienten i hver vagt. Man vurderer tilstedeværelsen eller fravær af seks former for adfærd jf. variabler.

Hvis du vurderer, at patienten opfylder én eller flere af de beskrevne symptomer scorer du 1 i det aktuelle felt. Vurderer du, at patienten ikke har det beskrevne symptom, scores der 0. Hvis din BVC-vurdering indikerer risikoadfærd dvs., at der mindst er 1-2 symptomer til stede, skal der igangsættes forebyggende handlinger. Handlinger er individuelle og tilpasses kontekst. I alt kan patienten score 6 point, hvilket udløser høj risiko. Omvendt hvis patienten scorer 0, er der lav risiko. Det betyder ikke at der ingen risiko er. Mærk altid efter og stol på din mavefølelse.

1 = Adfærden er observeret, 0 = Ingen forekomst

Sum:

0 = lille risiko for vold

1-2 = moderat risiko for vold. Præventive forholdsregler skal gennemtænkes.

> 2 = høj risiko for vold. Præventive forholdsregler skal tages, og planer for, hvordan et eventuelt angreb undgås, skal gennemtænkes.

SPV anvender BVC til at registrere ændringer i patientens adfærd og rapporterer til personalet ved behov herfor (Berring, L., 2020)

Selv mord og selvmordsforebyggelse (suicidalitet)

Siden 2010 har antallet af selvmord i Danmark ligget relativt stabilt på ca. 600 personer om året. I 2020 blev der registreret 410 selvmord blandt mænd og 170 selvmord blandt kvinder (psykiatrifonden).

Selv mord udgør en øget risiko blandt mange mennesker med en psykisk sygdom. Således er selvmordsraten højere blandt mennesker med en psykisk lidelse. Personer, som tidligere har forsøgt selvmord, er en kendt højrisikogruppe, idet der er en øget risiko for, at de senere vil gentage selvmordsforsøget.

Man skelner mellem selvmord, selvmordsforsøg og selvskade.

Selv mord defineres som en handling med dødelig udgang, som afdøde med viden om eller forventning om et dødeligt udfald selv har foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den døde ønskede forandringer

Selv mordsforsøg defineres som en handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der ville være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser.

Selvskade er en bevidst selvforårsaget skade af ens eget legeme, hvor skaden er foretaget af den pågældende alene uden hjælp fra andre, og hvor skaden er af en sværhedsgrad, så der opstår vævsskade (f.eks. resulterende i ar). Udelukket er selvbeskadigende handlinger, som patienten oplyser, er foretaget med ønske om at dø, eller som har seksuel ophidselse som formål.

Selv mordsrisikovurdering indgår som en naturlig og vigtig del af behandlingen under indlæggelse på et psykiatrisk afsnit, og består af en vurdering i fire trin; historisk selvmordsadfærd, selvmordsscreening, aktuel selvmordsadfærd og risikovurdering og risikohåndtering.

Det centrale i selvmordsscreening er at afklare, hvorvidt patienten har tanker om at begå selvmord, og i hvilken grad patienten ytrer disse tanker og har konkrete planer om at handle på dem. Sidstnævnte skal tages alvorligt, og der skal udarbejdes en plan for, hvordan man kan undgå, at patienten fører disse planer ud i livet. I psykiatrien vil man ofte vælge, at patienten indlægges på et lukket (intensivt) afsnit og med et øget observationsniveau måske endda med KMV, kontinuerlig observation med konstant visuel kontakt. (Nordentoft, 2017).

| | |
|-----------------------------------|--|
| Ingen øget selvmordsrisiko | Der <i>kan</i> være selvmordstanker, men ingen planer eller intentioner. Patienten tager på troværdig vis afstand fra evt. selvmordstanker. Psykisk tilstand eller informationer fra sundhedspersoner eller pårørende giver ikke mistanke om øget selvmordsrisiko. |
|-----------------------------------|--|

| | |
|----------------------------------|---|
| Øget selvmordsrisiko | Selvmordstanker med evt. konkrete selvmordsplaner, men ingen aktuel selvmordsadfærd. Hvis patienten benægter selvmordstanker, kan selvmordsrisiko alligevel være øget, f.eks. hvis sundhedspersoner eller pårørende udtrykker bekymring og evt. i kombination med påvirkning af den psykiske tilstand, f.eks. agitation eller håbløshedsfølelse. |
| Akut øget selvmordsrisiko | Potentielt livsfarlige selvmordsforsøg eller vedvarende selvmordstanker med stærke intentioner eller selvmordsadfærd. |

Rapport

Inden du går ind til patienten, er det vigtigt, at du modtager den rette information om patienten. Du har behov for at vide noget om patientens diagnose, symptomer og aktuelle tilstand. Her vil patientens historik og aktuelle situation også blive beskrevet.

Du har som SPV også behov for vide, hvilket fokus du skal have og hvilke regler, der gælder for samværet med patienten fx observationsniveau, BVC og om patienten må gå udenfor afsnittet evt. med følge af personale, om patienten må komme ud og ryge, sidde ude i miljøet med de andre patienter, eller om patienten skal opholde sig på sin stue uden kontakt med de øvrige patienter.

Sådanne og andre aftaler er vigtige at få afstemt. Når det gælder restriktioner i forbindelse med tvang, har overlægen godkendt dem og gjort patienten bekendt med dem, og de er nedskrevet i patientens journal.

Som SPV forventes det ligeledes, at du rapporterer videre til personalet om de observationer, du har gjort i forhold til symptomer, adfærd, kommunikation, mad, væske, toiletforhold, patientens interesser etc. Ofte rapporteres der mundtligt videre til personalet, men man kan også blive bedt om at dokumentere i sundhedsplatformen.

Psykiatriske diagnoser

I det følgende gennemgås udvalgte psykiatriske diagnoser mhp., at du som SPV kan observere patientens symptomer og anvende fagsprog i din rapportering til det faste personale.

WHO har på basis af international konsensus udarbejdet den psykiatriske diagnostiske klassifikation ICD, der er en forkortelse for International Classification of Diseases and Related Health, der i sin nuværende form foreligger i sin 10. version. Det bør dog noteres, at WHO ICD-11 efter 10 års forberedelse er frigivet til implementering. Men da version ICD-11 endnu ikke er oversat til dansk, henvises i dette materiale fortsat ICD-10.

En psykiatrisk diagnose hviler på et empirisk (erfaringsmæssigt) grundlag, og i modsætning til somatikken findes der i psykiatrien ikke mange fuldt opklarede sygdomme med fastlagt ætiologi og patogenese. En psykiatrisk diagnose er defineret som et sæt af symptomer eller et mønster af adfærdstræk som er af klinisk betydning (forbundet med ubehag), og er afgrænset overfor hinanden, pålidelige og brugervenlige og endeligt hierarkisk inddelt i en ikke tilfældig orden.

WHO ICD-10 til ICD-11

I ICD-11 vil der ikke længere være en opdeling af diagnoser mellem børn og voksne. Det betyder, at diagnoser går på tværs af aldersgrupper og således bliver mere brugervenlige i klinisk praksis. Herudover benyttes i ICD-11 i højere grad dimensionalitet (sværhedsgrader) f.eks. som ved inddeling i mild, moderat, svær depression i ICD-10. Det betyder at det bliver nemmere at prioritere hvem, som har behov for behandling.

Der vil også forekomme flere i diagnoser i ICD-11 versionen bl.a. kompleks PTSD, der er en ny diagnose, som indeholder både PTSD og personlighedsrelaterede ændringer forårsaget af traumer.

Udover den følgende gennemgang af udvalgte sygdomme: skizofreni, depression, mani, anorexia og misbrug henvises til Grundbog i psykiatri af Erik Simonsen & Bo Møhl fra 2017, hvor der kan opnås et bredere og dybere indblik i psykiske sygdomme (Simonsen, E., 2017)

Skizofreni

| |
|--|
| kriterier for skizofreni (F20) |
| Et eller flere førsterangssymptomer (FRS) og/eller vedvarende ”bizarre” vrangforestillinger Eller to eller flere af følgende symptomer: <ul style="list-style-type: none">• Dagligt optrædende hallucinationer ledsaget af vrangforestillinger uden affektivt indhold• Svære sproglige (formelle) tankeforstyrrelser• Kataton adfærd• Styringsoplevelser• Negative symptomer Følgende udelukket: <ul style="list-style-type: none">• Primær affektiv lidelse• Organisk ætiologi uacceptabelt |
| Symptom(er) og adfærd skal have været til stede de fleste dage i en måned |

Uddybelse af symptomer ved skizofreni

Skizofrene førsterangssymptomer (FRS)

Tankepåvirkningsoplevelser:

- Tankefradrag (ens tanker bliver fjernet)
- Tankepåføring (andre påfører en tanker)
- Tankeudspreddning (tankerne udsendes, kan høres eller aflæses af andre)
- Tankehørighed (kan høre egne og/eller andres tanker)

Styringsoplevelser er en oplevelse af, at en anden person, magt eller vilje overtager ens egen vilje på en måde, som er umulig at modstå eller beherske. Oplevelsen ledsages af vrangforestillinger, fx om at være offer for besættelse eller hypnose. Der kan også være tale om påførte handlinger, hvor bevægelse eller handlinger opleves som påført af anden ydre magt eller vilje på en måde, som man ikke selv havde tilsigtet eller har indflydelse på.

På samme måde kan det opleves, at andre udefrakommende påfører en følelser mod ens vilje. Der kan forekomme legemlige påvirkningsoplevelser, når kropslige hallucinationer (fx af dyr under huden eller giftsmag) er koblet med vrangforestillinger. Et eksempel kan være, at den syge er overbevist om, at han er ved at blive ædt op indefra af monstre, eller at sygeplejersken kommer gift i maden.

Vrangagtige sansningsoplevelser betegner en almindelig sanseoplevelse, der udløser en vrangforestilling, som er åbenbaringsagtig, mystisk eller truende. Vrangforestillingen har ofte personen selv i centrum. Et eksempel kan være, at fordi der lå tre sten ved min cykel, er jeg udvalgt som leder af en hemmelig mission.

Bizarre vrangforestillinger:

Vrangforestillinger er forestillinger, som man ikke deler med andre mennesker inden for samme religion eller kultur, og som man er overbevist om er virkelige, selv om de er forkerte. Bizarre vrangforestillinger er vrangforestillinger, der er fuldstændig utænkelige, som f.eks. at man tror at man kommer fra en fremmed planet eller er gravid i sit knæ.

Hallucinationer:

Hallucinationer er en sanselig oplevelse relateret til en eller flere sanser. Det kan fx dreje sig om at høre stemmer, være synshallucineret eller føle man smager eller lugter gift.

Hørehallucinationer er den mest udbredte hallucination blandt mennesker med en skizofreni diagnose, hvorimod syns-, føle-, lugte- og smagshallucinationer ikke forekommer i samme grad.

Hørehallucinationer medfører vanskeligheder ved at koncentrere sig og fx føre en samtale, idet stemmerne kan tale til patienten samtidig med, at han forsøger af holde fokus. Stemmerne er ofte negativt ladede som fx taler ned til patienten, kommanderer til bestemte handlinger etc. Stemmerne kan også være opmuntrende og vittige, og i disse tilfælde er de ikke så invaliderende. Nogle hører kommenterende stemmer, hvor man hører andre tale om en og kommentere en selv. Desuden hører nogle diskuterende stemmer, hvor han hører to eller flere personer, der hele tiden diskuterer, hvad han gør.

Taktile hallucinationer er det faglige udtryk for hallucinationer på følesansen; dette er ikke så almindeligt som høre hallucinationerne. Når patienten oplever denne form for hallucinationer, kan det komme til udtryk som en orm, der kravler rundt i kroppen og spiser de indre organer. Dette er meget pinefuldt, så ofte tager patienten omvejen omkring en kirurg eller anden læge for at få fjernet "ormen".

Kataton adfærd:

Formålsløs adfærd, eller hvor patienten går helt i stå og kan stivne i bestemte positioner. Kan komme til udtryk ved en fastlåst gang, hvor armene ikke er i medsving.

Sproglige- og formelle tankeforstyrrelser:

Den mest udtalte form for tankeforstyrrelse er ordsalat. Her er det umuligt at forstå hvad patienten siger.

Vagthed er en anden form for tankeforstyrrelse. Patientens tale mangler forankring (udtaler sig vagt fx om politikerne). Hos en person med skizofreni er vagthed ikke et forsøg på at undgå at sige noget konkret, men en mangel på evne til netop at forankre budskab i tid, sted etc.

Konkret tænkning viser sig ved, at patienten har svært ved at opfatte ting på et mere abstrakt niveau. Patientens opfattelse er mere bogstavelig.

Neologismer betegner den særlige tankeforstyrrelse, der består i dannelsen af et helt nyt ord. Tankeforstyrrelser kan også vise sig som en springende tankegang, der er vanskelig at følge.

Negative symptomer:

- Træghed (fx langsomme bevægelser)
- Sløvhed (meget lidt overskud)
- Affektaffladning (ude at stand til at involvere sig følelsesmæssigt, fx svært ved at føle begejstring, glæde eller sorg)
- Initiativløshed
- Passivitet

- Sprogfattigdom (svært ved at italesætte sine tanker)
- Kontaktforringelse (svært ved at etablere relationer og være i dem)
- Manglende fremdrift (tilbagetrukket adfærd)
- Tom eller formålsløs adfærd
- Indsynken i sig selv
- Social tilbagetrækning

Epidemiologi og ætiologi

Livstidsrisikoen for at få behandlingskrævende skizofreni tyder ifølge nyere dansk forskning på, at det for mænd er 2% og for kvinder 1,5%. Mænd har således højere risiko for at udvikle skizofreni end kvinder. For både mænd og kvinder gælder, at 22-årsalderen er den alder, hvor der ses den største forekomst af incidenter (nye tilfælde) patienter med skizofreni.

Skizofreni er en episodisk sygdom med meget varierende forløb. Nyere resultater tyder på, at over halvdelen af patienter med skizofreni er fri for psykotiske symptomer to år efter debut, og ca. 20 % er helt fri for symptomer og kan betragtes som raske jf. recovery. Ca. 15 % får et kronisk forløb.

Omvendt og som tidligere beskrevet i dette materiale, er risikoen for at dø af en somatisk lidelse tredobbelt i forhold til baggrundsbefolkningen, og mænd indlagt med skizofreni lever i gennemsnit 20 år kortere.

I forbindelse med årsager (ætiologi) til skizofreni er disse fortsat ikke klarlagt, men man ved, at arvelighed er en væsentlig komponent i risikoen for at få skizofreni, hvilket bl.a. tvillingestudier har påvist. Andre risikofaktorer for skizofreni omfatter bl.a. miljømæssige forhold/psykosociale forhold fx:

- Komplikationer under graviditet eller fødsel
- Hyppig hashrygning
- Højere forekomst af skizofreni blandt immigranter
- Aldrende fædre
- Børn født og opvokset i større byer mf.

Bipolar affektiv lidelse

De affektive lidelser dækker over lidelser, hvor stemningslejet er påvirket. Stemningslejet skal forstås som en grundstemning, som kan være neutral, forsænket eller løftet. De affektive lidelser deles op i unipolare og bipolare lidelser, men i det følgende præsenteres den bipolare affektive lidelse, som er kendetegnede ved at have udsving fx skiftende forsænket og løftet stemningsleje.

Bipolar affektiv sindslidelse er en relativt ny sygdomsbetegnelse, der har været anvendt siden 1994, hvor WHO's diagnoseliste, ICD-10 (International Classification of Diseases), blev introduceret i Danmark. Tidligere hed sygdommen mani-depressiv psykose.

For at stille diagnosen kræves forekomst af mindst to sygdomsepisoder, af hvilke mindst én skal være mani. Hos et mindretal af patienterne optræder alene maniske episoder, men lidelsen hedder alligevel bipolar affektiv sindslidelse. Er der udelukkende tale om depressionsepisoder, kaldes lidelsen unipolar eller i diagnoselisten: depressiv enkeltepisode eller tilbagevendende depression.

Lidelsens alvor viser sig ved en høj dødelighed, hovedsageligt på grund af øget selvmordshyppighed, øget komorbiditet i form af samtidig misbrugssygdom og - ikke sjældent - et ødelagt familie- og arbejdsliv.

Patienten med en bipolar affektiv sindslidelse kan foruden de klassiske symptomer også have psykotiske symptomer, men dette er ikke det typiske billede. Såfremt der optræder psykotiske symptomer, kan det fx dreje sig om vrangforestillinger eller hørehallucinationer.

Diagnostiske kriterier for manisk enkeltepisode (F30)

A. Opstemthed, eksaltation eller eretisme (forhøjet irritabilitet) > 1 uge.

B. > 3 af følgende:

- Hyperaktivitet, rastløshed, uro
- Talepres
- Tankeflugt
- Hæmningsløs adfærd
- Nedsat søvnbehov
- Øget selvfølelse, grandiositet
- Distraktibilitet eller usamlethed
- Hensynsløs, uansvarlig adfærd
- Øget sexdrift

C. Ingen hallucinationer eller vrangforestillinger

D. Organisk ætiologi udelukket

Diagnostiske kriterier for depressiv enkeltepisode af moderat grad (F32.1)

A. Generelle kriterier opfyldte (varighed mindst 2 uger, organisk ætiologi udelukkes)

B. Mindst 2 af følgende depressive kernesymptomer:

- Nedtrykthed
- Nedsat lyst eller interesse
- Nedsat energi eller øget træthæd

C. Mindst 4 af følgende depressive ledsagesymptomer:

- Nedsat selvtillid eller selvfølelse
- Selvbebrejdelser eller skyldfølelse
- Tanker om død eller selvmord
- Tænke- eller koncentrationsbesvær
- Agitation eller hæmning
- Søvnforstyrrelser
- Appetit- eller vægtændring

D. Ingen hallucinationer, vrangforestillinger eller depressiv stupor

Epidemiologi og ætiologi

Det skønnes, at bipolar lidelse forekommer hos 20.000-40.000 voksne danskere. Det vurderes ikke, at der er en stigning i antallet. Depressive episoder er oftere end maniske ved bipolar lidelse – patienterne har depressive symptomer tre gange mere end maniske symptomer. Risikoen for nye episoder og for udvikling af både medicinske og psykiatriske følgetilstande øges efter hver episode, uanset om disse er maniske eller depressive.

Debutalder er oftest mellem 15 – 25 år. Lidelsen kan være årstidsrelateret, ofte med depressioner forår/vinter og eventuelt opstemte om foråret.

Bipolar lidelse er en af de psykiske lidelser, der har den største arvelige komponent. Man ved, at arv udgør 60-80% af risikoen for at udvikle bipolar lidelse. Samtidig ved man også, at sygdommen udvikles i et samspil mellem arvelige og miljømæssige faktorer. Blandt børn af en forælder med bipolar lidelse vil ca. 10% have udviklet bipolar lidelse og yderligere ca. 30% depression, angst eller andre psykiske lidelser ved 20-års-alderen.

Man kender endnu ikke den mere præcise genetiske baggrund og de nærmere biologiske mekanismer, der fører til bipolar lidelse. Det er sandsynligt, at sygdommen skyldes ændringer i flere forskellige af hjernens områder, herunder forhjernen og tindingelappen. Mennesker med bipolar lidelse er særligt følsomme over for stress og bliver let overstimuleret. Det kan øge mængden af stresshormoner og udløse både depression og mani.

Befolkningsundersøgelser tyder på, at de depressive og maniske episoder i sig selv øger tilbøjeligheden til nye sygdomsepisoder (sensibilisering), måske fordi nerveaktiviteten i visse hjerneområder løbende ændres.

Inspirationskilde til kapitlet (Kessing, L.V. & Miskowiak, K., 2017).

Anorexia nervosa

Spiseforstyrrelser omhandler to forskellige lidelser; nervøs spisevægring (anorexia nervosa) og bulimi. Som SPV vil det hovedsageligt være anorexia, du vil komme til at møde, da det hyppigst er dem der indlægges. Derfor introduceres der kun til anorexia i dette materiale.

Anorexia repræsenteres oftest hos yngre kvinder, som har et forvrænget kropsbillede, hvor frygten for fedme består som en påtrængende, overlødig idé, og patienten påtvinger sig selv en lav væggtærskel.

Omfattende endokrinforstyrrelse, som involverer hypotalamus-hypofyse-gonade-aksen. Hos kvinder betyder det manglende menstruation, og hos mænd betyder det manglende seksuel interesse og potens. Menstruationer kan forekomme hos piger/kvinder, som får hormonbehandling (f.eks. p-piller).

Ved præpubertal debut forsinkes eller standser pubertetsudviklingen (ingen brystudvikling og hos drenge underudviklede genitalier). Ved helbredelse afsluttes puberteten ofte normalt, men menarchen er forsinket.

Diagnosticering anorexia nervosa (F50.0)

Kropsvægten holdes mindst 15 % under den forventede vægt enten ved vægttab eller vægtstagnation i vækstperioden.

For voksne benyttes alternativt $BMI \leq 17,5$ som vægtgrænse.

For yngre patienter benyttes 10-percentilen (opdeling i hundrededele) for en given alder som vægtgrænse. Vægttabet er selvinduceret ved at undgå ”fedende mad”.

En eller flere af følgende faktorer kan være til stede:

- Selvinduceret opkastning,
- Misbrug af afføringsmidler
- Overdreven træning
- Anvendelse af appetithæmmende midler og/eller vanddrivende midler.

Epidemiologi og ætiologi

For anorexia nervosa er prævalensen 0,7 % hos piger i adolescensen (teenagealderen) og ca. 1 % hos voksne kvinder. Anorektiske træk ses hos ca. 1,5 % hos piger i adolescensen. Hos mænd er forekomsten lav ca. 0,02 %

Incidensen har været stigende de sidste 50 år med nu 9-25 per 100.000 hos piger 10-14 år, 11-69 pr. 100.000 hos piger 15-19 år. Hos mænd ca. 1,8 per 100.000.

Over 90 % af patienterne er unge kvinder, men sygdommen kan ses helt ned til børn i 8-10 års alder. Tilstanden opstår oftest i teenageårene, når der sker store fysiske forandringer med kroppen, og den unge oplever mange psykosociale udfordringer. Især for piger, der går tidligt i pubertet, eller hvor den psykologiske modning af andre grunde ikke følger den fysiske, kan puberteten medføre et stort ønske om selv at kunne styre vægt og figur. Nogle få har forud for tilstanden vejet i overkanten af det normale, og ofte starter sygdommen med en slankekur. Ofte

ses problemer i de nære relationer eller med øget præstationspres i skole eller fritid som medvirkende faktor.

Genetik spiller en betydelig faktor fx er konkordansen for enæggede tvillinger ca. 50 %. En lang række gener har vist sig at disponere for sygdommen (**Valbak, 2010**).

Psykofarmaka

Medicin er fortsat en betydelig komponent i den psykiatriske behandlingsstrategi, om end der de seneste år har været et øget kritisk fokus på konsekvenser af farmakologisk behandling.

De medicinske præparater, der anvendes i behandlingen af psykiske lidelser, inddeles i hovedgrupper rettet mod de forskellige symptomer i sygdommene. I psykiatrien anvendes terminologien psykofarmaka som fællesbetegnelse for de lægemidler, der har specifik indvirkning på psykiske funktioner, fx stemningsleje, følelser og tænkning. Herved søges en normalisering af de psykopatologiske forstyrrelser, som karakteriserer psykiske sygdomme.

Psykofarmaka benyttes primært til behandling og forebyggelse af psykiske symptomer, men visse psykofarmaka har et bredere anvendelsesområde, der også omfatter fx krise- og belastningsreaktioner samt lettere søvnforstyrrelser hos normale.

I det følgende gives en kort oversigt over de hyppigst anvendte former for psykofarmaka (Olsen & Hallin, 2017).

Antipsykotisk

Behandling af psykotiske tilstande som vrangforestillinger, hallucinationer, usammenhængende tankegang og manisk opstemthed. Under denne gruppe findes:

1. generationsantipsykotika: høj-middel-lav dosis. kendetegnet ved flere ekstrapyramidale bivirkninger.
2. generationsantipsykotika. Har færre bivirkninger og bedre virkninger på negative symptomer.

Behandling med antipsykotika er symptomatisk. Blokerer D2 receptorerne, 1. generation blokerer mest – derfor ekstrapyramidale bivirkninger

Antidepressive

Stemningsløftende og symptomatisk behandling. Ved depressioner er serotonin og noradrenalin nedsat. Behandlingen består i at påvirke serotonin og noradrenalin, så de bliver længere i synapsespalten, og deres virkning dermed forstærkes.

Anxiolytika

Angstdæmpende lægemidler. Benzodiazepiner, hæmmer impulser mellem nervecellerne og virker angstdæmpende, beroligende, hypnotisk, krampestillende, antiepileptisk og muskelafslappende.

Hypnotika

Lægemidler, som i daglig tale kaldes sovemedicin, sovepiller, indsovningsmidler og slumringspiller. Benzodiazepiner (se anxiolytika) er mest anvendte.

Cyclopyrroloner har mindre muskelafslappende virkning end benzodiazepiner og mindsker derfor faldulykker.

Imidazopyridiner, mindre muskelafslappende virkning end benzodiazepiner og mindsker derfor faldulykker.

Litiumsalte

Anvendes bipolar affektive lidelser. Naturligt grundstof i vores omgivelser. Påvirker transporten af kemiske transmittorer ind i cellerne.

Elektrokonvulsiv terapi (ECT)

Elektrokonvulsiv terapi eller ECT er en behandling, der blev udviklet i 30'erne og senere videreudviklet, så der i dag ikke er de samme komplikationer som dengang (Videbech, P., 2018).

ECT er en behandling, hvor patienten under total bedøvelse over nogle uger gives et antal elektrisk udløste, generaliserede krampeanfald. Dette påvirker blandt andet signalstoffer i hjernen, der umiddelbart efter mindsker depressionen og giver en stigning i humøret. ECT anvendes hovedsagligt til svært deprimerede med selvmordsfare og i behandlingen af akutte delirøse tilstande, men kan også anvendes i behandlingen af andre tilstande, hvor anden behandling ikke virker.

Man kender ikke den præcise virkningsmekanisme ved ECT, men den antidepressive effekt synes at hænge sammen med den øgning i krampetærsklen, som man typisk ser i løbet en ECT-serie. Det har desuden vist sig, at der visse steder i hjernen kan dannes nye nerveceller, og at ECT stimulerer denne proces.

Udførelsen af ECT

Patienten skal være fastende og bringes til søvn med et kortvirkende anæstesimiddel. Når patienten sover, gives et muskelafslappende middel, og efterfølgende anbringes to elektroder på patientens hovedet, som afgiver en svag elektrisk strøm. Dette vil fremkalde et krampeanfald.

Krampeanfaldet viser sig i form af svage trækninger i arme og ben og minder om et epileptisk anfald om end det slet ikke er lige så kraftigt.

En typisk ECT-serie er på 8-16 behandlinger, og oftest vil patienten kunne mærke en bedring allerede efter 1-3 behandlinger, hvilket er medvirkende til, at behandlingen er så effektiv (Videbech, P., 2018).

Bivirkninger ved ECT

I forbindelse med opvågning efter ECT (og narkose) klager en del patienter over hovedpine. Næsten alle patienter oplever efter en serie af ECT-behandlinger hukommelsesproblemer. De aftager dog som regel i løbet af et par uger.

Længerevarende oplevede gener ved ECT-behandlinger er sjældne og hænger ikke sikkert sammen med behandlingen (ibid.)

Transkraniel Magnetisk Stimulation (TMS)

TMS er en behandling, der henvender sig til patienter med vanskeligt behandlelig depression som tillæg til anden antidepressiv behandling. Princippet i behandlingen er, at man via elektromagnetisk induktion udsætter et afgrænset område af hjernen for en svag strøm og påvirker de områder i hjernen (præfrontale cortex), der indgår i sygdomsmekanismerne bag depression (Buchholtz, P.E., 2018).

Behandlingen foregår uden narkose i modsætning til ECT. Typisk gives der ca. 20 behandlinger med 1 behandling pr. dag. Men der eksperimenteres med andre behandlingsregimer.

Bivirkninger ved TMS

Bivirkningerne begrænser sig til forbigående gener i form af sammentrækninger i ansigtsmuskulaturen, smerter svarende til det sted, der stimuleres, samt hovedpine. Der er ikke evidens for, at interventionen øger risiko for krampeanfald i betydelig grad.

Misbrug

Mange patienter med en psykisk lidelse udvikler et sekundært misbrug. Misbruget kan for mange patienter betragtes som en form for selvmedicinering for at dulme eller distancere sig fra de svære symptomer, der kan følge med en psykiske lidelse. Kombinationen af en psykisk lidelse og et misbrug klassificeres som dobbeltdiagnose og betyder desværre også en dårligere prognose.

WHO definerer dobbeltdiagnose ved: ”Samtidig forekomst hos den samme person af forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktivt stof og andre psykiske forstyrrelser” (WHO, 1995).

Misbrug kategoriseres som alkohol, opioider, cannabinoider (hash), beroligende medicin, sovemedicin, kokain og koffein. Patienten kan benytte et eller kombinere flere af disse stimulanser.

Misbrug er ofte et stort problem på de psykiatriske afdelinger, idet der trods forbud om misbrug kan forekomme indtag af stoffer, hvilket er et forstyrrende element i behandlingen, idet patienten påvirkes og derfor ikke er i stand til at forholde sig til sin sygdom og samarbejde om behandlingen.

Lovgivning og etik i psykiatrien

I psykiatrien er der mulighed for, i tilfælde hvor en patient ikke samtykker omkring behandling at anvende Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien, i daglig tale psykiatriloven. Hvis det vurderes, at patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling (Indenrigs- og sundhedsministeriet, 2022).

Der er tale om tvang i de tilfælde, hvor en patient ikke giver sit informerede samtykke til indlæggelse, ophold og behandling jf. kapitel 5 i sundhedsloven. Stk. 4.

Mindstemiddelprincippet og proportionalitet

For at sikre patientens retsstilling og i henhold til mindstemiddelprincippet må tvang ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid.

Og i forhold til proportionalitet skal anvendelsen af tvang stå i rimeligt forhold til det, som søges opnået herved. Er mindre indgribende foranstaltninger tilstrækkelige, skal disse anvendes.

Tvang skal udøves så skånsomt som muligt og med størst mulig hensyntagen til patienten, således at der ikke forvoldes unødigt krænkelser eller ulempe. Tvang må ikke anvendes i videre omfang, end hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål. Tvang må ikke benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå patientens frivillige medvirken. Når forholdene tillader det, skal patienten have en passende betænkningstid.

Former for tvang

Tvang kan udøves som frihedsberøvelse, hvor patienten indlægges eller tilbageholdes og må kun finde sted, såfremt patienten er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der kan sidestilles hermed. Endvidere at det ville være uforsvarligt ikke at frihedsberøve patienten med henblik på behandling, idet det skønnes, at udsigten til helbredelse eller bedring ville blive væsentlig forringet.

Tvangsindlæggelse

I forbindelse med tvangsindlæggelse skal patienten være til fare for sig selv eller andre (rød tvang) eller være i en sådan psykisk tilstand, at det ville være uforsvarligt ikke at sætte patienten i behandling (gul tvang).

Politiet og lægefagligt tilsyn kan afgøre, hvorvidt grundlaget for tvang er til stede, og om patienten ønsker at give sit informerede samtykke til indlæggelse. Den indlæggende læge skal så vidt muligt være til stede, indtil politiet forlader stedet sammen med vedkommende, der skal tvangsindlægges. Overlægen på det psykiatriske center træffer afgørelse om, hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt.

Tvangstilbageholdelse

Tvangstilbageholdelse kan ske i de tilfælde, hvor en patient forlanger sig udskrevet, men hvor overlægen skønner patienten skal forblive indlagt.

Overlægen kan tilbageholde patienten i 24 timer. Fremsættes anmodning om udskrivning, skal overlægen snarest muligt og senest inden 24 timer meddele patienten, om denne kan udskrives, eller om tvangstilbageholdelse skal ske.

Tvangsbehandling

Tvangsbehandling må kun anvendes over for personer, der er indlagt og opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse jf. § 10 i lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.

Afgørelse om tvangsbehandling træffes af overlægen. I overlægens fravær kan beslutningen træffes af en anden læge. I sådanne tilfælde skal overlægen efterfølgende snarest tage stilling til beslutningen.

Afgørelse om behandlingsform og indhold skal træffes i overensstemmelse med reglerne i lovens § 4 om mindstemiddelprincippet

Tvangsbehandling kan være:

- Medicinering som behandling eller som akut beroligende
- Ernæring
- Behandling med ECT

Anvendelse af fysisk magt

En person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling, kan fastholdes og om fornødent med magt.

Over for personer, der er frihedsberøvet, kan der anvendes den magt, der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Er det af afgørende betydning for bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen bestemme, at patienten om fornødent med magt skal have et beroligende middel.

Fastholdelse som selvstændig tvangsforanstaltning skal være så kort som muligt og bør aldrig have en varighed på mere end 30 minutter.

Personlig skærmning og aflåsning af døre i afdelingen

Ved personlig skærmning forstås i loven foranstaltninger, hvor et eller flere personalemedlemmer konstant befinder sig i umiddelbar nærhed af patienten. Personlig skærmning, som patienten ikke samtykker til, må kun benyttes, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient

- 1) begår selvmord eller på anden vis udsætter sit eller andres helbred for betydelig skade
- 2) eller forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller andre.

Tvangsfiksering

I tvangsfiksering må alene anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker. Tvangsfiksering må kun anvendes kortvarigt og i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at en patient

- 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred
- 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter, eller
- 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

En patient kan tvangsfikseres i længere tid end nogle få timer, når hensynet til patientens eller andres liv, førlighed eller sikkerhed tilsiger dette. Så længe en tvangsfiksering opretholdes, skal der foretages fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfikseringen, så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst tre gange i døgnet, som skal være jævnt fordelt, efter at beslutningen om anvendelse af tvangsfiksering er truffet.

En patient, der er tvangsfikseret med bælte, skal have fast vagt (se afsnit om SPV ved bæltefiksering)

Patientens rettigheder ved tvang

Efter ophør af enhver tvangsforanstaltning skal patienten tilbydes en eller flere eftersamtaler. Formålet er at evaluere, hvad der gik forud og under den valgte tvangsforanstaltning og gennem dialog med patienten udarbejde en forebyggende kriseplan for at forebygge tvangsforanstaltninger.

Så længe en tvangsfiksering opretholdes, skal der foretages fornyet lægelig vurdering af spørgsmålet om fortsat anvendelse af tvangsfikseringen, så ofte som forholdene tilsiger det, dog mindst tre gange i døgnet, som skal være jævnt fordelt, efter at beslutningen om anvendelse af tvangsfiksering er truffet.

Der beskikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes eller undergives tvangsbehandling, tvungen opfølgning efter udskrivning, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt, indgivelse af et beroligende middel med magt, beskyttelsesfiksering, anvendelse af personlige alarm- og pejlesystemer og særlige dørlåse, personlig skærmning, der uafbrudt varer mere end 24 timer.

Patientrådgiveren skal vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling. Patientrådgiveren skal endvidere bistå patienten med iværksættelse og gennemførelse af eventuelle klager. Patientrådgiveren skal så vidt

muligt være til stede ved klagens behandling i Det Psykiatriske Patientklagenævn ved Statsforvaltningen.

SPV-opgaver som fast vagt ved bæltefiksering

En fast vagt er et kvalificeret personale fx en SPV, som ikke samtidig har andre arbejdsopgaver end at tage sig af den eller de bæltefikserede patienter. Det tilsyn, den faste vagt skal udføre, skal varetages under hensyntagen til patientens ønsker og med respekt for dennes værdighed og selvfølelse. Patienten har ret til et vist privatliv, når dette ikke er uforeneligt med hensynet til patienten selv og vedkommendes sikkerhed.

Er patienten tvangsfikseret og har fast vagt skal SPV altid have visuel kontakt til patienten og sikre at patienten ikke kan iagttages af uvedkommende. Der skal føres OBS-skema hvert 15 min. i sundhedsplatformen (SP), hvor psykisk- og fysisk tilstand dokumenteres fx:

- Sover patienten
- Respiration
- Cirkulation
- Trykudsat
- Psykomotorisk urolig
- Smerter
- Hallucineret
- Selvdestruktiv
- Ophidset/vred/udadreagerende/truende
- Kommunikation
- Ligger remme korrekt
- Mobiliseret
- Tilbudt aktivitet
- Mad og drikke

I hver vagt dokumenteres ligeledes, hvorvidt patienten har haft afføring, vandladning, BT, P, TP, og er tilbudt hygiejne.

Ved rapporten skal SPV informeres om:

- Hvor skal jeg sidde? Som udgangspunkt skal der være god afstand.
- Er der observationer ud over OBS skemaet, der er vigtige?
- Særlige regler for toilet, spisning, rygning mm.?
- Alarm

Servering af mad, toiletforhold, personlig hygiejne, mobilisering mm. varetages som udgangspunkt af det faste personale. SPV er sammen med patienten i hele vagten og er derfor også den person, der har overblikket over, hvordan patienten virker til at have det. SPV er både patientens nærmeste kontakt og samtidigt også bindeleddet mellem patienten og personalet på afsnittet. Det påhviler derfor også SPV at vurdere, hvor langt ens eget ansvar og kompetencer

rækker, når patienten giver anledning til at udfordre dette spørgsmål. I udgangspunktet er det dit ansvar som SPV at observere patienten og tilbyde en omsorgsfuld form for kontakt.

Giver patienten udtryk for bekymringer, beder om medicin eller har andre spørgsmål, er det din pligt som SPV at kontakte personalet. Opstår der tvivl om, hvordan man som SPV skal forholde sig til bestemte spørgsmål, stiller personalet sig til rådighed for råd og vejledning.

Fokus på nedbringelse af tvang

Skønt tvang er beskrevet og reguleret i psykiatriloven og kan være en berettiget del af behandlingen, så er selve tvangsudøvelsen et indgreb i den enkeltes personlige frihed. Derfor er det overordentligt vigtigt at have fokus på anvendelsen af tvang i psykiatrien, på omfanget, varigheden og den kvalitet, der præsteres ved tvangsforanstaltninger.

Der har siden Det Nationale Gennembrudsprojekt i 2014 været et massivt fokus på at nedbringe anvendelsen af tvang i psykiatrien og særligt nedbringelse af bæltefikseringer, der kategoriseres som den mest indgribende form for tvang, har været et indsatsområde med øget bevågenhed.

Forebyggelse af tvang sker bl.a. via uddannelse af personale i kommunikation og deeskalering, systematiske gennemgange efter bl.a. bæltefiksering, forhåndstilkendegivelser samt eftersamtaler med patienten efter hver tvangsepisode – alt med fokus på at forebygge tvang.

Forskning viser, at kulturen på den psykiatriske afdeling spiller en væsentlig rolle for udvikling af konflikter, der kan føre til tvang. Safewards er en britisk model, der er skabt med henblik på at reducere konflikter på psykiatriske afdelinger. Den er udviklet på baggrund af 20 års international forskning og har dokumenteret effekt i forhold til nedbringelse af konfliktsituationer (Bowers, L., 2015).

Centralt i Safewards er 10 relativt konkrete interventioner, der detaljeret beskriver, hvordan man på psykiatriske afsnit kan arbejde på at udvikle en kultur, der fremmer tryghed og sikkerhed for patienter og personale. Modellen giver idéer til, hvordan personalet kan forebygge konflikter og reducere anvendelse af tvang så meget som muligt. De 10 interventioner er som følger: Lær hinanden at kende, afklare gensidige forventninger, milde ord, kommunikativ deeskalering, positive ord, støtte ved dårlige nyheder, beroligende metoder, genskabe tryghed, hjælp hinanden møde og udskrivelseshilsen (ibid.).

På mange afsnit i både Region Hovedstadens Psykiatri og i Region Sjællands Psykiatri arbejdes ud fra disse 10 principper. Til yderligere fordybelse i Safewards kan anbefales at læse videre på Safewards hjemmeside: <https://www.safewards.net/da/model>

Dobbeltindlagte patienter

En dobbeltindlagt patient er en patient, som er i psykiatrisk behandling, og hvor der er tilstødt et somatisk problem fx delir eller et brækket ben. Patienten udstationeres derfor på et somatisk hospital, men er indlagt på en psykiatrisk afdeling, mens den somatiske behandling pågår.

En patient, som er sindssyg eller i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og som afviser behandling af en legemlig sygdom, der udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare, kan

tvangsbehandles efter psykiatrilovens § 13. Det er en betingelse, at patienten frihedsberøves efter psykiatriloven.

Beslutning om tvangsbehandling af den legemlige sygdom træffes af den somatiske overlæge og den psykiatriske overlæge i fællesskab. Hvis der under opholdet på den somatiske afdeling er behov for at anvende tvang, kan det kun ske efter psykiatrilovens regler og efter fælles beslutning fra den psykiatriske og den somatiske overlæge. En besluttet tvangsforanstaltning iværksættes af plejepersonale fra psykiatrisk afdeling i samarbejde med personale fra den somatiske afdeling.

Psykiatrien sikrer, at der foretages revurdering af tvangsfiksering samt ekstern vurdering ved psykiatrisk speciallæge ved tvangsfikseringer, der udstrækkes ud over 24 timer.

Der skal foretages 3 revurderinger af tvang i døgnet, jævnt fordelt over døgnet. Revurdering skal normalt foretages af en psykiatrisk læge, men er det ikke muligt, kan det aftales, at somatisk læge varetager max. 2 ud af de 3 lægelige revurderinger i døgnet. Den revurderende læge har ansvar for dokumentation af revurderingen i patientjournal og registrering i tvangsprotokol.

Hvis betingelserne for fortsat frihedsberøvelse ikke længere er til stede, skal frihedsberøvelsen straks ophæves, og patient og patientrådgiver orienteres herom.

Psykiateren varetager revurdering af frihedsberøvelsen og sikrer dokumentation i patientjournal og registrering i tvangsprotokol samt, at patientrådgiveren og patienten efter begæring orienteres om resultat af revurderingen.

Referencer

- Berring, L. & Boulund, E. (2020). Deeskalering af konflikter på psykiatriske afdelinger I: Buus, N., Askham B., Berring, L.L., Hybholt, L., Stjernegaard, K. & Tønder, E.S. (Red.), *Psykiatrisk sygepleje*. 2. udgave, 1. oplag. Forfatterne og Munksgaard, København.
- Berring, L., Hvidhjelm, J. & Bak, J. (2020). På vej mod en tvangsfri psykiatri I: Buus, N., Askham B., Berring, L.L., Hybholt, L., Stjernegaard, K. & Tønder, E.S. (Red.), *Psykiatrisk sygepleje*. 2. udgave, 1. oplag. Forfatterne og Munksgaard, København.
- Bliksted, V.F. (2012). Kognitiv miljøterapi I: Arendt, M. & Rosenberg, N. (red.). *Kognitiv terapi. Nyeste udvikling*. Hans Reitzels Forlag.
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A, SUGAR, Stewart, D, Hodson, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards. The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 52. 1412-1422.
- Danske Regioner. (2023). Lokaliseret 17. nov. 2023 på:
<https://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. LBK nr 185 af 01/02/2022
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr 210 af 7/01/2022
- Jørgensen, K. (2021). Aktiv lytning, spørgsmål og gensvar I: Jørgensen, K. (Red.), *Kommunikation for sundhedsprofessionelle*. 5. udgave, 1. oplag. Forfatterne og Gads Forlag.
- Kessing, L.V. & Miskowiak, K. (2017). Affektive lidelser. I: Simonsen, E. & Møhl, B. (Red.),

- Grundbog i psykiatri*. 2. udgave, 2. oplag. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivationssamtalen*. Hans Reitzels Forlag. København.
- Mørch, M.M. & Rosenberg, N.K. (2015). Kognitiv adfærdsterapi I: Alberdi, F. et al. (red.) *Moderne psykoterapi. Teorier og metoder*. Hans Reitzels Forlag.
- Nordentoft, M. (2017). Den suicidale patient. I: Simonsen, E. & Møhl, B. (Red.), *Grundbog i psykiatri*. 2. udgave, 2. oplag. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag.
- Nordentoft, M., & Kjær, S. (2017). Skizofreni. I: Simonsen, E. & Møhl, B. (Red.), *Grundbog i psykiatri*. 2. udgave, 2. oplag. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag.
- Olsen, I., & Hallin, S. P. (2017). *Farmakologi*. 2. udgave. Munksgaard Danmark, København.
- Psykiatrifonden. Lokaliseret 17. november 2023: <https://psykiatrifonden.dk/soeg?s=selvmoerd>
- Roper, C., Stjernegaard, K., Kennedy, H. & Edan, V. (2020). Recovery I: Buus, N., Askham B., Berring, L.L., Hybholt, L., Stjernegaard, K. & Tønder, E.S. (Red.), *Psykiatrisk sygepleje*. 2. udgave, 1. oplag. Forfatterne og Munksgaard, København.
- Sundhedsstyrelsen. (2019). Intensiv behandling til mennesker med svær psykisk lidelse.
- Valbak, K. (2010). Spiseforstyrrelser. I: Simonsen, E. & Møhl, B. (red.), *Grundbog i Psykiatri*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kammacher, A., Schnor, H. & Rasmussen, B. (2020). Psykosocial sundhedspædagogik I: Buus, N., Askham B., Berring, L.L., Hybholt, L., Stjernegaard, K. & Tønder, E.S. (Red.), *Psykiatrisk sygepleje*. 2. udgave, 1. oplag. Forfatterne og Munksgaard, København.
- Videbech, P. (2018). Elektrokonvulsiv terapi (ECT) I: Rosenberg, R. & Videbech, P. *Klinisk neuropsykiatri - fra molekyle til sygdom*. 3. udgave, 1. oplag. FADL's Forlag.
- WHO. (1994). Lexicon of alcohol and drug terms. *WHO Geneve*.