

Remissvar avseende: SLS rapport Uppmärksamhetsinformation rörande blodsmitta och hotbild i hälso- och sjukvårdens journaler (SLS 2019)

Med särskilt fokus på UMI-märkning av hotbild

1. Inledning

Hot- och våldsincidenter är kända negativa utfall inom all sjukvård och så som beskrivs i SLS rapport om UMI är de särskilt vanliga inom akutsjukvård, psykiatri och geriatrik. Fram till 1970-talet bedömdes risken för hot och våld inom psykiatriska verksamheter i form av *farlighetsbedömningar*. Denna form av statisk dikotomisering av huruvida en individ var farlig eller ofarlig visade sig inte vara tillförlitlig och medförde inte förbättrade riskbedömningar varför man istället övergått till strukturerade professionella bedömningar av kliniskt erfarna psykiatriker med hjälp av riskbedömningsinstrument. Den moderna riskbedömningen inkluderar dynamiska, påverkansbara riskfaktorer och beskrivs på en skala från låg – medelhög – hög, med var individs unika riskfaktorer som tillägg till var bedömning. Man tar hänsyn till såväl sjukdoms- som miljöfaktorer och skapar även en riskhanteringsplan.

Tidigare forskning har visat att det finns en viss ökning av risken för våldsamt beteende (inkluderat hot) hos individer med allvarlig psykisk störning (exempelvis schizofreni) men riskökningen är förhållandevis måttlig. Missbruk i sin ensamhet men också i tillägg till annan psykisk ohälsa ökar risken för våld betänkligt och är tillsammans med tidigare våldsbeteende den starkaste riskfaktorn för framtida våld. Även om kunskapen kring en individs tidigare våldsbeteende samt sjuklighet finns lokalt på en psykiatrisk klinik kan det innebära en ökad risk för våldsincidenter om informationen inte går att överföra till andra vårdgrannar. Att hänvisa till löpande journaltext försvåras av journalernas omfattande utformning samt det faktum att inre sekretess endast gäller inom samma vårdgivare. Frågan om UMI-märkning blir därför aktuell.

Följande argumentation kommer främst behandla individer vars våldsbeteende är kopplat till psykisk ohälsa. En kortare kommentar kring UMI-märkning av journal för individer vars beteende är kopplat till kriminalitet finns i sammanfattningen.

2. Argument *mot* UMI-märkning av hotbild

- 2.1. De främsta argumenten mot UMI-märkning av hotbild är det ökade stigmat som psykiatriska patienter redan upplever och blir drabbade av. Med detta stigma medföljer ett sämre bemötande och därmed försämrad vård, vilket med hänsyn till en redan förhöjd morbiditet och mortalitet jämfört med övrig befolkning är att betrakta som mycket allvarligt.
- 2.2. Tolkning av hotbildsbegrepp som ett antingen/eller-tillstånd och risken för dikotomiserat tänkande bör också betecknas som ett motargument. Konsekvensen av en varningstriangel för våldsamt beteende kan vara att sjukvårdspersonal uppfattar individen som konstant våldsbenägen även om den reella risken för våld just där och då är låg.

3. Argument *för* UMI-märkning av hotbild

- 3.1. Det främsta argumentet för UMI-märkning av hotbild är att sprida vetskapen om en individs våldsbenägenhet till övriga vårdgrannar så att man har möjlighet att förbereda sig på patientmötet och därmed minska risken för våld.
- 3.2. Som ett motargument till stycke 2.1 bör man nämna att stigma kring psykisk sjukdom redan finns, och det finns knappast anledning att tro att det skulle minska genom att inte belysa samtliga delar av tillstånden. Vad tidigare decennier har lärt oss - då det var ett större tabu att prata om psykisk ohälsa än idag - är att det inte gav ett minskat stigma. Under de senaste årens öppnare samtal kring psykisk ohälsa har stigmat och tabut däremot minskat. Styrelsen för SRPF menar således att en öppen dialog kring riskfaktorer för våldsanvändande tillsammans med patienten och medföljande märkning av journal med rekommendationer kring bemötande snarast kan minska risken för stigmatisering.
- 3.3. Ett våldsbeteende hos en patient är inte bara ogynnsamt för den eller de som blir föremål för våldet, det är också en negativ händelse för patienten. Att inte öppet identifiera ett tillstånd eller en risk vilket möjliggöra preventivt agerande är att motverka en positiv utveckling för patienten. God vård innebär också att aktivt försöka förhindra att patienten agerar med hot eller våld.

4. Sammanfattning och rekommendationer

Styrelsen för SRPF är sammantaget positivt inställd till UMI-märkning av hotbild och föreslår följande åtgärder för att minska risken för negativa konsekvenser av sådan märkning:

- Beslut om UMI-märkning av hotbild bör tas av specialistläkare eller av person i verksamhetsledande position.
- Vid sådan märkning bör utrymmet för fritext vara minimalt. I syfte att göra bedömningen enhetlig och övergripande föreslås möjlighet att bocka i rutor för kända statistiska riskfaktorer. UMI-märkningen ska dateras och kopplas till journalanteckning/vårdplan/krisplan med uppgifter om dynamiska riskfaktorer vid tidpunkten för bedömningen samt rekommendation kring åtgärder och bemötandestrategier (närvaro av ordningsvakt, skyndsam handläggning, undvikande av vissa läkemedel mm). Denna anteckning kan därvidlag aktivt efterfrågas av annan vårdgivare och utlämnas efter sedvanlig menprövning.

Angående UMI-märkning för hotbild hos kriminella individer utan allvarlig psykisk störning: våldsbeteende som inte är kopplat till en allvarlig psykisk störning utan som snarast är en följd av kriminell antisocial livsstil och eventuell organiserad kriminalitet bör *ej* medfölja UMI-märkning för hotbild då beteendet inte är en följd av medicinsk ohälsa utan snarast instrumentellt. Hot- och våldssituationer relaterade till dessa individer bör vid behov föranleda kontakt med polis och gängse rutiner kring antal besökande mm bör upprätthållas.

För styrelsen i Svensk Rättspsykiatrisk Förening (SRPF):

Hanna Edberg

Specialist i psykiatri och rättspsykiatri

Chefsöverläkare

Sekreterare i SRPF

Hedvig Krona

ST-läkare i psykiatri

Vetenskaplig sekreterare i SRPF