
Meddelandeblad

Mottagare:
Vårdgivare och verksamhetschefer
inom öppen och slutna psykiatrisk vård
och rättspsykiatrisk vård

Nr. 7/2011
September 2011

Kraven på information och delaktighet vid ECT inom psykiatrin

Patienter som behandlas med elektrokonvulsiv behandling (ECT) måste få bättre information från hälso- och sjukvården. Detta har Socialstyrelsen konstaterat i en pilotstudie om användandet av ECT i Sverige 2010 [1], i flera tillsynsärenden och genom enskilda klagomål och lex Maria-anmälningar [2]. Otillräcklig, missförstådd eller utebliven information till en patient kan liksom brister i kommunikation mellan olika vårdgivare, vårdenheter eller personalkategorier utgöra en väsentlig patientsäkerhetsrisk.

Detta meddelandeblad syftar till att tydliggöra vilka regler som gäller för vårdens skyldighet att informera och göra patienten delaktig vid ECT. Huvudsaklig källa är Socialstyrelsens handbok "Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig" [3].

Meddelandebladet är i första hand riktat till vårdgivare och verksamhetschefer. Det är vårdgivarens ansvar att ange mål och direktiv till verksamhetsansvariga för den inriktning som ska gälla för bemötande, information och kommunikation med patienter och närstående. Verksamhetschefen ska se till att det finns ändamålsenliga och dokumenterade rutiner som är anpassade till de patientgrupper som ingår i verksamhetschefens ansvarsområde. Det kan till exempel handla om rutiner som klargör ansvaret för olika typer av besked och annan information som ges under vårdprocessen och av olika yrkesgrupper. (Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12)

Fakta om ECT

ECT är en behandlingsmetod som används vid framför allt svåra depressioner, med eller utan psykotiska inslag, samt vid depressioner med hög självmordsrisk. Det handlar således om personer med allvarliga sjukdomstillstånd som ska ges företräde till vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL). Behandlingen rekommenderas till

denna patientgrupp i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – Stöd för styrning och ledning [4].

ECT har två kliniska effekter – den är verksam vid depression, men påverkar också minnet. Det är vanligt med kortare minnesstörningar. I vissa fall kan de vara längre men av övergående typ. Man kan inte utesluta bestående minnesstörningar i sällsynta fall. Värdering av depressionsgrad, självmordsrisk och kognitiva symtom bör ske på ett strukturerat sätt. Det är vårdgivarens ansvar att ge förutsättningar till att ovanstående är möjligt att utföra.

ECT som behandlingsform spänner normalt över flera verksamhetsområden. För att tillgodose patientsäkerheten förutsätts att vårdgivaren ser till att samverkan fungerar inom och mellan berörda verksamheter (SOSFS 2005:12).

Iakttagelser i pilotstudien och krav i tillsynsbeslut

ECT är en behandlingsform som använts i över 70 år och som utvecklats över tiden. För att få aktuell kunskap om hur behandlingen används i Sverige genomförde Socialstyrelsen en pilotstudie 2010 [1]. I studien undersöktes tillgängliga data samt fördes dialog med patienter, vårdpersonal, experter och brukarorganisationer. I studien konstaterades att det är viktigt att ECT ges på rätt indikationer och på rätt sätt. Både patienter och närstående måste få god information och ges möjlighet att vara delaktiga i behandlingen. Informationen ska vara utformad så att den ger kunskap om sjukdomens och behandlingens effekter, biverkningar samt konsekvenser av utebliven behandling.

Med ledning av pilotstudien har Socialstyrelsen i sina tillsynsbeslut bland annat ställt krav på att verksamhetschefen genom egenkontroll ska säkerställa att ECT inbegriper information till patienterna om effekter utifrån aktuell kunskap.

Socialstyrelsen har också tagit initiativ till ett nationellt tillsynsprojekt av ECT. Det inleddes 2010 och ska genom tillsyn säkerställa att ECT är kunskapsbaserad, ändamålsenlig, patientfokuserad, säker, jämlik och ges i rimlig tid. Genom tillsyn granskas bland annat organisation av ECT-verksamhet, samverkan och ansvaret kring patienten, ECT och tvångsvård, önskade och oönskade effekter och biverkningar samt information till patient och närstående.

Lagstiftningens krav på individuellt anpassad information

Vårdens informationsskyldighet är tydligt uttalad i både HSL och patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL). En patient ska ges individuellt anpassad information om

1. sitt hälsotillstånd,
2. de metoder för undersökning, vård och behandling som finns,
3. sina möjligheter att välja vårdgivare och utförare inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, samt
4. vårdgarantin.

Dessa skyldigheter regleras för vårdgivaren i 2 b § HSL och för hälso- och sjukvårdspersonalen i 6 kap. 6 § PSL. Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället lämnas till en närstående. Information får dock inte lämnas till patienten eller en närstående, om det finns sekretesshinder (2 b § HSL och 6 kap. 6 § PSL).

Den information som lämnas till patienten och de ställningstaganden som gjorts om val av behandlingsalternativ ska dokumenteras i patientjournalen (3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355, PDL). Om en patient anser att en uppgift är oriktig eller missvisande ska det antecknas i journalen (3 kap. 8 § PDL).

Det är också viktigt att ha rutiner för information vid vårdskador och hantering av klagomål. Vad som då gäller beskrivs i handboken "Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig" [3].

Kravet på individuellt anpassad information

Begreppet "individuellt anpassad" innebär att informationen ska förmedlas utifrån varje patients förutsättningar och förmåga att ta till sig information. Informationen får inte ges slentrianmässigt, utan måste anpassas till varje patients förutsättningar och behov i den aktuella vårdssituationen. Den måste därför med nödvändighet ges varierande innehåll och utformning (regeringens proposition Stärkt patientinflytande 1998/99:4, s. 25). Det betyder att språk, media och andra kommunikationsmedel i möjligaste mån ska anpassas till varje patients hälsotillstånd, mognad och erfarenhet, kognitiv förmåga, eventuell funktionsnedsättning samt kulturell och språklig bakgrund. Personalen måste också ta hänsyn till de svårigheter att ta till sig information som kan bero på själva sjukdomen. För att kunna individanpassa informationen är det vidare angeläget att försöka få en uppfattning om vilka föreställningar, farhågor och förväntningar enskilda patienter har på vården och föreslagen behandling. Kulturella faktorer kan till exempel inverka på upplevelser av och förväntningar på vård och behandling.

Den individuellt anpassade information som enligt lagen ska ingå är bland annat uppgifter om patientens hälsotillstånd och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (2 b § HSL och 6 kap. 6 § PSL). I informationen om metoder ingår även vilka biverkningar och risker som finns, förväntade effekter eller följdverkningar av olika behandlingsmetoder, prognos och egna insatser för att nå förväntat resultat [5].

Det handlar således om den information som individen behöver för att kunna ta ställning, ta tillvara sina intressen och vara delaktig i såväl val av behandling som själva behandlingen. Samtidigt gäller det att skapa realistiska förväntningar hos patienten om vilka effekter behandlingen har generellt enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt vilka resultat som kan uppnås i det enskilda fallet. Det gäller att vara tydligt med vad som krävs från patientens sida och ge patienten kunskap om hur han eller hon själv kan bidra genom att vara uppmärksam på biverkningar eller andra förändringar av symtom och när man bör ta kontakt med vården.

Generellt sett är det bra att kombinera muntlig och skriftlig information. Det är också bra att upprepa informationen på olika sätt, uppmuntra patienten att ställa frågor och på olika sätt underlätta för patienten att få svar på sina frågor. Det vill säga sträva efter att uppnå en dialog mellan patient och ansvarig personal.

Att bemöta patienters tveksamhet

Hälso- och sjukvårdspersonal ställs ofta inför svåra avvägningar. Inte minst hur man hanterar en situation där patienten tackar nej till en behandling som man bedömer kan ge bäst resultat, till exempel vid svår depression med självmordsrisk. Om patienten, till exempel av rädsla för risken med åtgärden, väljer ett alternativ som ger en smärre

förbättring av hälsotillståndet istället för ett alternativ som skulle kunna ge en väsentlig förbättring, till exempel ECT, måste den som har det medicinska ansvaret försäkra sig om att patienten fattar ett välgrundat beslut. Den som har ansvaret för behandlingen måste se till att patienten har klart för sig allvaret i sjukdomen innan man på patientens initiativ avstår från att sätta in en viss behandling. (Prop. 1998/99:4 s. 28)

Återföring och uppföljning av informationen

För att kunna bedöma hur patienten har uppfattat den information som lämnats behövs olika former av avstämning och återföring direkt vid mötet eller vid en senare uppföljning. Genom till exempel följdfrågor kan man kontrollera om patienten har uppfattat informationen på rätt sätt. Det kan krävas en förmåga att lyssna både på det patienten säger och det som kan vara uttalat eller underförstått. Det är också önskvärt att patienten och närstående har en namngiven och lättillgänglig person att vända sig till för att få fortsatt information och möjlighet att fråga om det som är oklart eller som väcker oro.

Referenser

1. Socialstyrelsen, ECT-behandling. En pilotstudie.; april 2010.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-4-3>
2. Socialstyrelsen, Tillsynsrapport 2011; 2011.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/tillsynsrapport>
3. Socialstyrelsen, Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Aktuell från januari 2011; 2011. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-2-7>
4. Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning; Stockholm; 2010.
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerfordepressionochangest>
5. SOU 1997:145 Patienten har rätt. Delbetänkande av HSU 2000. Stockholm: Socialdepartementet; 1997.

Lagar, föreskrifter och propositioner

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL)

Patientsäkerhetslagen (2010:659, PSL)

Patientdatalagen (2008:355, PDL)

Regeringens proposition Stärkt patientinflytande (Prop. 1998/99:4)

Denna information (art nr 2 011-9-15) kan laddas ner och beställas från Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se/publikationer. Den kan även beställas från Socialstyrelsens kundtjänst, 120 88 Stockholm, fax 08-779 96 67.



Publicerad: www.socialstyrelsen.se, 2011