

Gäller för: Verksamhet Psykiatri Affektiva, Verksamhet Psykiatri Psykos,
Verksamhet Neuropsykiatri, Verksamhet Beroende
Innehållsansvar: Emelie Ekoff Andersson, (emeek3), Projektledare
Granskad av: Johannes Nordholm, (johno23), Enhetschef
Godkänd av: Anna Sveide Antonelli, (annsv59), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-03-01

Giltig till: 2028-02-23

Fastspänning med bälte – praktiskt utförande

Förändringar sedan föregående version

Tillägg av information om nödvärnsrätt, tydliggörande av indikation för lägesval och vissa språkliga justeringar. Tillägg även av behov av kontroll av vitalparametrar och bifogad länk till NEWS2. Borttag av rådet att ge patienter lugnande beröring.

Termen bältesläggning är ersatt med Socialstyrelsens term fastspänning.

Bakgrund och syfte

Rutinen syftar till att följa Lag om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) och Lag om rättspsykiatrisk vård (1991:1129) § 8 så att fastspänning sker korrekt och på ett så patientsäkert och humant sätt som möjligt.

Fastspänning kan även tillämpas enligt nödvärnsrätt och nödrätt (Brottsbalken 24 kap 1, 4 § §). Nödvärnsrätt respektive nödrätt gäller när fara hotar liv, hälsa, egendom eller annat av rättsordningen skyddat intresse. Detta innebär att patient kan spännas fast utan läkarordination, men enbart till dess att det omedelbara hotet är avvärjt. Kontakta alltid läkare när patienten lagts i bälte enligt nödvärnsrätt.

Ansvar

Verksamhetschef ansvarar för att rutinen finns och följer gällande författningar/lagar.

VEC/SEC ansvarar för spridning och implementering av rutinen. De ansvarar även för att medarbetare regelbundet och frekvent ges möjlighet att delta i självskyddsutbildning/-utbildning. Varje medarbetare har ett eget ansvar att delta i av verksamheten anordnad utbildning.

Utförande

Samordning inför fastspänning med bälte

Tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för och leder samordning och organisation av fastspänning med bälte. Sjuksköterskan kan lämna över arbetsuppgiften till medarbetare som bedöms vara mest lämplig, t.ex. någon med god relation till patienten och/eller med stor erfarenhet av fastspänningar.

Vid fastspänning behövs vanligtvis medverkan av tre till fyra medarbetare med erfarenhet av fastspänningar. Med erfaren medarbetare avses tränad personal som deltagit i självskyddsutbildning inom vårdkedjan. Om befintlig bemanning bedöms vara otillräcklig i antal eller med avseende på kompetens eller erfarenhet, kan förstärkning tillkallas från andra avdelningar. I dessa fall är det viktigt att ge en lägesbeskrivning av aktuell situation.

Samordningen innefattar:

- Utse medarbetare som informerar och kommunicerar med patienten.
- Utse medarbetare som ansvarar för att bältessängen är förberedd och finns i närheten.
- Fördela uppgifter vid fastspänningen, exempelvis vem som håller fast respektive kroppsdel hos patienten.
- Kontrollera att bältesnyckel finns.
- Utse medarbetare som ansvarar för att ta hand om medpatienter.
- Utse medarbetare för ständig tillsyn.
- Genomgång med medarbetare som deltagit i fastspänningen.
- Dokumentation i Melior och KVÅ-kodning.

Omhändertagande av medpatienter

En eller flera i personalen ska utses att ta hand om medpatienterna. Detta innebär att:

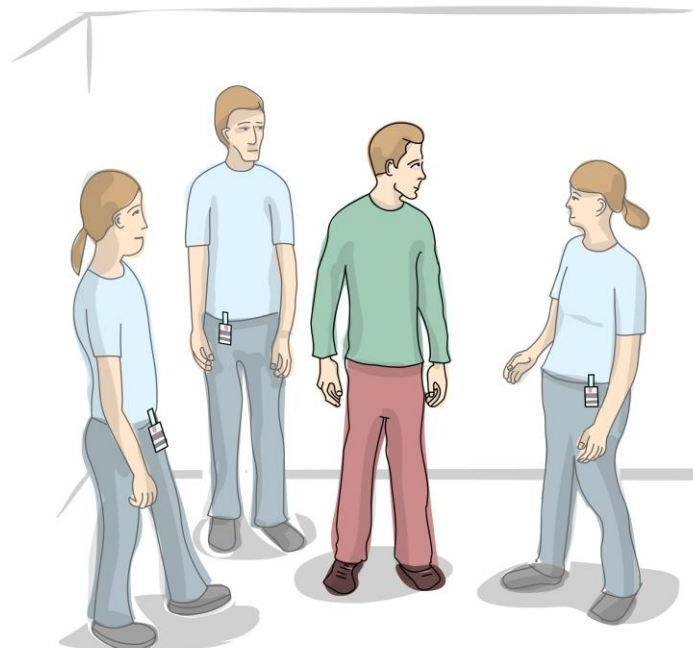
- Uppmana medpatienterna att gå in på sina rum, gärna innan fastspänningen ska genomföras.
- Vara i närheten av medpatienterna och finnas till hands för att lägga märke till reaktioner som t.ex. rädsla och/eller ilska.
- Lyssna på och lugna medpatienter samt bistå med viss information.

Information till patient

1. Ledaren går fram och försöker prata med och informera patienten.

Informationen innefattar:

- Att patientens beteende av säkerhetsskäl inte kan accepteras.
- Att läkare har ordinerat fastspänning.
- Att patienten kommer läggas i en bältessäng och ha en personal hos sig i rummet.
- Att patienten fortfarande har möjlighet att själv lägga sig i bältessängen. Om patienten inte direkt går med på detta anses frågan slutdiskuterad. Se bild 1 nedan.



*Bild 1. Samtliga illustrationer gjorda av Jacob Stålhammar.
Ledaren för gruppen ska fånga patientens uppmärksamhet och stå ensam. Hen ska ha erfarenhet av liknande situationer av omhändertagande och vara utsedd av arbetsledaren på avdelningen i den mån det går.*

2. Personal tar tag i patienten. Ledaren markerar tydligt att denna punkt är nådd genom att säga t.ex. ”då tar vi tag”. Ledaren fångar patientens uppmärksamhet. Se bild 2 nästa sida.



Bild 2.

Ledaren går in och tar grepp om den arm som är närmast. Personal 2 går in och greppar den arm som är fri. Personal 3 går sedan ner och låser fast benen. Det är viktigt är att detta sker snabbt, men det måste vara kontrollerat för både patientens och personalens skull. På signal från ledaren läggs patienten sedan ner. Försök alltid att lägga patienten på magen.

Nedtagning och fasthållning

OBS! Dessa moment ställer krav på att medarbetare regelbundet medverkar i självskyddsutbildning, där nedtagning och fasthållning tränas. Detta för att minska risken att patient eller medarbetare kommer till skada.

1. När personalen efter informationsdelen ska ta tag i patienten uppstår ofta ett mer eller mindre tumultartat kaos. Personalen försöker då snabbt och smidigt greppa tag i de olika kroppsdelar hos patienten som de anvisats.
2. Patienten måste komma ner på golvet. Här är det väsentligt med en bra teknik för minsta möjliga skada på patient och personal. Det är viktigt att försöka undvika ”kraschlandningar” som resulterar i näsblod, genombiten tunga och spruckna ögonbryn mm hos patient och personal. Patientens balans kan brytas, t.ex. genom att personal samtidigt tar tag i benen och överarmar/axlar. Se bild 3 nedan.

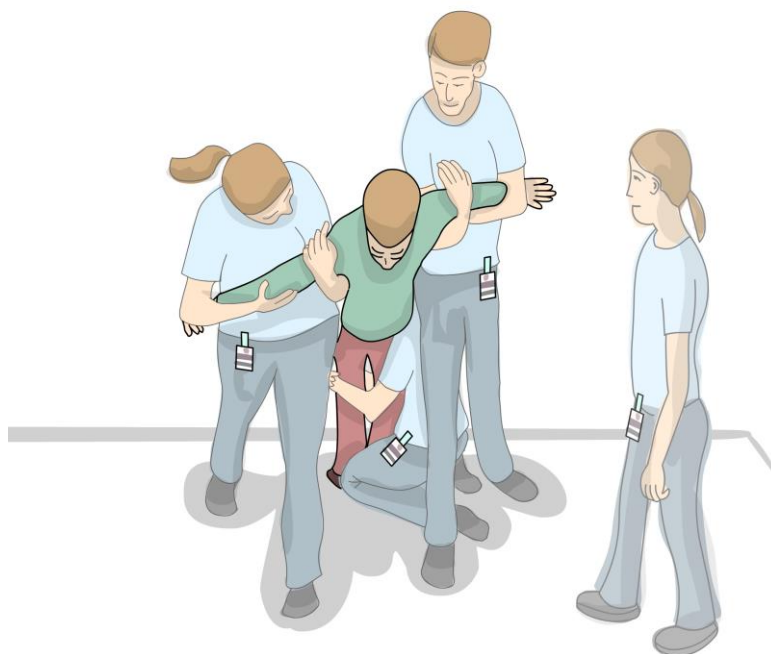


Bild 3.

När patienten läggs på golvet är det viktigt att personalen håller upp patienten för att undvika risken för kroppslig skada för patient och personal. Personal som låser benen följer med på utsidan för att undvika att hamna under patienten.

3. Patienten ska på golvet hållas fast på mage eller rygg. En skonsam fasthållning är att man punkthåller. De som håller patientens armar ska låsa högt upp och mot axeln. Se bild 4 nedan.



Bild 4.

När patienten kommit ner på golvet görs ett greppbyte. Har man hamnat rätt är personalens arm under patienten. Där skall grepp bytas så att armen hamnar ovanför axeln.

4. Vanligtvis behövs tre till fyra personal för fasthållning. En personal per arm och en per ben. Fasthållningen kan förstärkas genom att personalen ligger på de armar och ben som hålls fast och använder sin egen kroppstyngd istället för att enbart hålla i med händerna. Vid fasthållning använder personalen båda händerna, den ena handen håller i t.ex. patientens överarm, den andra handen används för att hålla emot patientens rörelser från underarmen. Undvik fasthållning och högt tryck över leder. Försök vara avslappnad, det är lättare att tappa greppet om man är spänd. Se bild 5.
5. Om patienten är extremt orolig, fysiskt stark och svårkontaktbar måste fasthållning säkerställas genom att patienten hålls fast på mage, detta för att minimera risken för att patienten kan slå sig lös.
6. När patienten hålls fast på golvet ansvarar ledaren för att försöka hålla en personlig kontakt med patienten och minska objektivisering. Detta kan innebära att: söka ögonkontakt med

patienten och gärna gå ner på huk för att komma i rätt nivå, tala lugnande och informerande till patienten om vad som händer och att kalla patienten vid hens namn.

Ledaren ansvarar under fasthållningsmomentet för att patientens fysiska säkerhet inte utsätts för påfrestningar.

7. Kontrollera att fasthållningen inte innebär att patienten utsätts för högt tryck över bröstkorg och bål, t.ex. hjärta, lungor, luftvägar och andra inre organ.
Observera tecken på försämrad andning, minskad syresättning och stas av blodcirkulation, t.ex. blåa läppar, högröd ansiktsfärg, stötvis andning, svårighet att tala.
8. Kontrollera vid fasthållning på mage att patientens armar inte vinklas upp på patientens rygg.
9. Skydda patientens huvud t.ex. om patienten börjar dunka huvudet mot golvet.
10. Håll patientens huvud om patienten t.ex. börjar bita eller spotta.

Val av läge - rygg eller mage

1. Medicinsk bedömning är viktigast vid val av läge.

Patientstatus / Anamnes	1:a handsval
Andningssvårigheter	Rygg
Astma	Rygg
Hjärtinsufficiens, -sjukdom	Rygg
Gravid	Rygg
Kraftig övervikt	Rygg
Kraftig buk	Rygg
Kraftig byst	Rygg
Alkohol-, drogmissbruk	Mage
Risk för kräkning	Mage
Extrem oro och fysisk styrka, oförmåga att ligga stilla, nedsatt kontaktbarhet	Mage, rygg

2. Patienten ska tillfrågas om hen vill ligga på rygg eller mage. Följ patientens önskemål om inte särskilda skäl hindrar det, se ovan.

3. Om det inte är möjligt att tillfråga patienten om läge ska patienten läggas på rygg. I ett ingångsläge kan patienten ligga på mage för att omedelbart när läget stabiliserats, läggas på rygg.
4. Om medicinska skäl föreligger ska läkare ordinera lämpligt läge.

Från golv till bältessäng:

1. För att lyfta patienten från golv till bältessäng krävs fyra personer.
2. Lyft av patient sker när detta kan genomföras på ett säkert sätt, det vill säga att patienten är så pass lugn att risk för skada bedöms låg.
3. Ledaren ser till att bältessängen finns till hands.
4. Lyftet sker med grepp och fördelning enligt bild nedan. Viktigt med god lyftteknik med rak rygg och tyngden så mycket som möjligt på ben- och magmuskulatur. Lyftet görs samordnat på tecken från ledaren, t.ex. ”nu lyfter vi”. Se bild 6.



Bild 5.

Ledaren avgör när det är dags att lyfta patienten. När detta ska ske behöver ytterligare en personal hjälpa till med lyftet. De som håller i armarna går tillbaka till det grepp de hade när nedläggningen gjordes. Man byter grepp en åt gången. När det är klart släpper den som håller benen ett ben till den 4:e personalen. När benen skall lyftas behöver man hålla ovanför knäna (i låret). På kommando från ledaren lyfts sedan patienten.

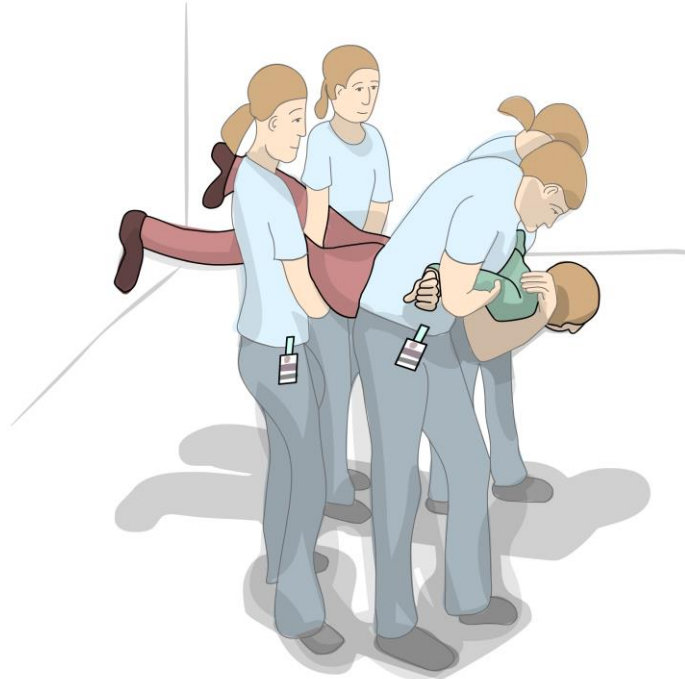


Bild 6.

När patienten läggs i bältessäng ska sängen stå med fot-/kortändan mot patienten och så nära som möjligt, för att underlätta lyftet för personalen. Det är viktigt att lyfta rätt för att undvika att skada ryggen.

5. Patienten lyfts upp på bältessängen från sängens kortända (fotända).
6. Ledaren försöker även under detta moment att hålla en personlig kontakt med patienten. Övrig medverkande personal eftersträvar att hålla en låg ljudvolym.
7. Fasthållande personal får inte släppa respektive kroppsdel förrän den som låst säger att det är går bra att släppa. Lakan eller filt läggs över patienten.
8. Ledaren noterar klockslag för fastspänning. Detta ska dokumenteras senare i patientjournalen. Se bild 7 nästa sida.



Bild 7.

När patienten ligger i bältesängen återgår de som håller i armarna till det grepp som användes när patienten hölls fast på golvet. Den personal som höll i benen vid nedläggningen återtar ansvaret för båda benen i sängen. Den 4:e personal som hjälpte till med lyftet går runt och spänner fast patienten.

9. Ledaren gör en yttre kontroll samt frågar patienten om fysiska skador uppkommit av fastspänningen, t.ex. sår eller stor smärta. Vid behov rättas patientens kläder till för att undvika obehag. Se bild 8 nästa sida.
Vitalparametrar ska tas direkt vid fastspänning och därefter varje halvtimme, se separat [rutin för NEWS 2.](#)

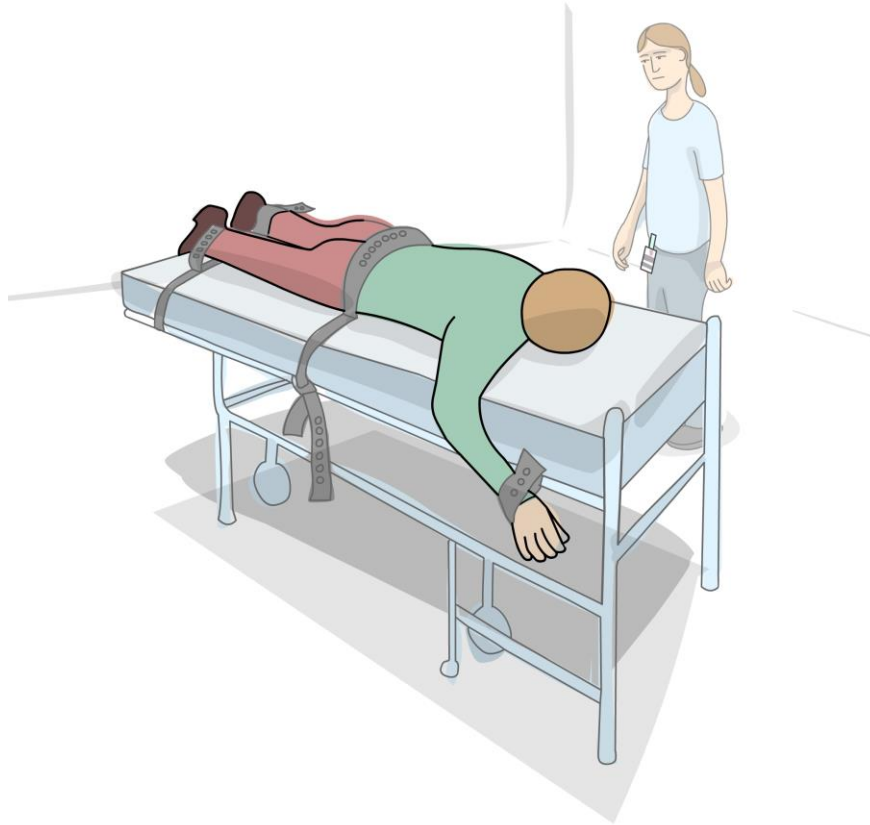


Bild 8

Nu är fastspänningen klar. För patientens och den egna säkerhetens skull måste personalen vara förberedd och tränad för att omhänderta den här formen av situationer.

Uppföljande samtal efter tvångsåtgärd

Avdelningen ska ha rutiner som säkerställer att händelsen tas upp och mallen för uppföljande samtal efter tvångsåtgärd i Melior genomförs.

Detta innefattar t.ex. att:

1. Fråga hur patienten mår.
2. Låt patienten oemotsagd berätta om sin upplevelse av händelsen.
3. Ge patienten en beskrivning av hur personalen upplevde händelsen.
4. Förklara varför fastspänning ordinerades.
5. Ta upp med patienten om fastspänning hade kunnat undvikas.
6. Diskutera patientens önskemål om en liknande situation skulle uppkomma igen.
7. Om patienten tidigare blivit fastspänd, be patienten jämföra upplevelsen denna gång med föregående tillfällen.
8. Erbjud patienten fler samtal om händelsen.

9. Dokumentera samtalet i patientjournalen samt ange KVÅ-kod enligt rutin.

Avvikelse från rutinen hanteras enligt SU:s riktlinjer för avvikelshantering i MedControl PRO.

Uppföljning

Verksamhetsutvecklare ansvarar för uppföljning, utvärdering och revision av rutinen.

Relaterad information

Se Rutin [”Hot och våld i psykiatrisk vård”](#).

Se Rutin [”LPT – Lagen om psykiatrisk tvångsvård”](#)

Se Rutin [”NEWS 2 - användning inom SU-psykiatri”](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Psykiatri Affektiva, Verksamhet Psykiatri Psykos, Verksamhet Neuropsykiatri, Verksamhet Beroende

Innehållsansvar: Emelie Ekoff Andersson, (emeek3),
Projektledare

Granskad av: Johannes Nordholm, (johno23), Enhetschef

Godkänd av: Anna Sveide Antonelli, (annsv59),
Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9806-1988473940-197

Version: 6.0

Giltig från: 2026-03-01

Giltig till: 2028-02-23