

Chefsjustitieombudsmannen  
Elisabeth Rynning

## **Inspektion av Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Malmö (regional heldygnsvård), Region Skåne, den 9–11 april 2019**

---

### **Inledning**

Den 9–11 april 2019 genomförde chefsjustitieombudsmannen Elisabeth Rynning tillsammans med byråchefen Dan Johansson och föredragandena Veronica Widell Edlund, Madeleine Arpegård, Eva Fridén (Opcat-enheten) och Agnes Morin (protokollförare) en inspektion av BUP Malmö (regional heldygnsvård) inom Region Skåne.

JO begärde före inspektionen att få ta del av en anonymiserad beläggningslista, lokala rutiner, arbetsordning och/eller delegationsordning, delegationsbeslut för den senaste niomånadersperioden, lista på avvikelserapporter som upprättats från den 1 april 2017 och framåt samt den skriftliga information som patienter/vårdnadshavare får när det gäller rättigheter, rutiner, tvångsåtgärder och ordnings-/trivselregler. Dessa handlingar kom in till JO före inspektionen. Vidare begärde JO att få del av patientjournaler för samtliga inskrivna patienter som vårdats enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, (heldygnsvård) på BUP den senaste niomånadersperioden och patientjournaler för samtliga inskrivna patienter födda dag 1–10 varje månad som vårdats enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, (heldygnsvård) den senaste fyramånadersperioden. JO begärde även att på plats få en uppdaterad beläggningslista för avdelningarna där information om antalet patienter, kön, ålder, vårdform och datum för intagning framgick. Dessa handlingar fick JO tillgång till under inspektionen. Under inspektionen kompletterades rekvisitionen med bl.a. Region Skånes riktlinje för hantering av handlingar.

### **Tisdagen den 9 april 2019**

Inspektionen inleddes med att chefsJO:s medarbetare togs emot av enhetschefen AA och påbörjade därefter granskningen av patientjournaler m.m.

Ett inledande möte hölls där verksamhetschefen chefsöverläkaren BB och överläkaren CC samt enhetscheferna AA och DD deltog. ChefsJO redogjorde

kortfattat för JO:s verksamhet och förklarade att inspektionen ingick som ett led i JO:s ordinarie tillsynsverksamhet. Hon berättade även kortfattat om Opcat-enhetens verksamhet.

Därefter beskrev kliniken förtärdare verksamhetens organisation översiktligt. Visst material rörande verksamheten lämnades över till JO.

Därefter besökte chefsJO och hennes medarbetare bl.a. akutmottagningen och vårdavdelningen.

### **Onsdagen den 10 april 2019**

Granskningen av patientjournaler m.m. fortsatte.

ChefsJO och hennes medarbetare höll enskilda samtal med totalt fem patienter och sex vårdnadshavare som hade begärt att få tala med JO. Samtal hölls även med några av de anställda.

### **Torsdagen den 11 april 2019**

ChefsJO och hennes medarbetare slutförde granskningen av handlingar. Totalt granskades ca 60 patientjournaler.

Inspektionen avslutades med ett möte där chefsJO och hennes medarbetare gick igenom de iakttagelser som gjorts. Vid mötet närvarade samma personer som deltagit vid det inledande mötet.

De iakttagelser som gjordes under inspektionen har i huvudsak diskuterats vid det avslutande mötet. En del förhållanden har då fått en förklaring och i några avseenden har brister konstaterats.

### **Iakttagelser och bedömningar**

Allmänt om organisationen

BUP Malmö är en del av Psykiatri Skåne som ansvarar för all offentlig psykiatri inom Region Skåne. Kliniken bedriver psykiatrisk vård enligt HSL och LPT. Slutenvården bedrivs vid två vårdenheter – Akutavdelningen och Vårdavdelningen – i säkerhetsnivå 3, vilket innebär att kliniken ska ha rutiner för fortlöpande kontroll av var patienterna befinner sig (se 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter [2006:9] om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet). Inom verksamhetsområdet finns även Velandergården, en vårdenhet som kombinerar vård och skola. Kliniken är den enda BUP-klinik som bedriver heldygnsvård inom Region Skåne. Inspektionen omfattade endast Akutavdelningen och Vårdavdelningen.

Varje år är ca 400 barn föremål för slutenvård på kliniken, ca en fjärdedel av dessa barn tas in med stöd av LPT. Belägningsgraden ligger normalt på ca 80-85 procent. De flesta patienter är 14-17 år men det händer även att kliniken

vårdar patienter som är 8–10 år. I normalfallet har patienterna alltid med sig en förälder under hela vårdtiden.

Akutavdelningen har elva vårdplatser och vårdavdelningen tio vårdplatser. Den genomsnittliga vårdtiden är ca en vecka på akutavdelningen och ca fem veckor på vårdavdelningen. På båda avdelningarna arbetar bl.a. två överläkare, två psykologer, två kuratorer, sjuksköterskor, familjebehandlare och skötare. Kliniken har även tillgång till arbetsterapeut, sångterapeut, fysioterapeut och en vårdhund. På båda enheterna vårdas både pojkar och flickor.

Den första inspektionsdagen var tolv patienter inneliggande på akutavdelningen, varav två var intagna med stöd av LPT. Därutöver befann sig en inskriven patient i hemmet på permission. På vårdavdelningen var tio patienter inskrivna, varav en var intagen med stöd av LPT.

### Fysisk miljö

Alla patienter har ett eget rum som i de flesta fall delas med patientens vårdnadshavare. Rummen är av varierande storlek och spartanskt inredda. Gemensam dusch och toalett finns i korridoren. På båda avdelningarna finns gemensamma utrymmen i form av bl.a. matsal, dagrum och tv-rum. Varje avdelning har även en inbyggd atriumgård som patienterna kan vistas på. Där finns bl.a. sittmöbler och planteringar. Gårdarna saknar regnskydd. Kliniken har även ett oinrett rum för avskiljning/fastspänning.

Klinikens företrädare uppgav att lokalerna är slitna och inte helt ändamåls- enliga. Det finns en planering att kliniken framöver ska flytta till nya lokaler och därför har renoveringsarbetet inte prioriterats av regionen. Personalen har dock under de senaste åren vidtagit åtgärder för att med små medel fräscha upp lokalerna och förbättra trivseln. Om det uppstår behov av fler vårdplatser kan ett rum på den andra avdelningen, eller ett rum som inte är ett ordinärt patientrum, tillfälligt tas i anspråk. Kliniken har även samarbete med heldygnsvården i Region Halland och Region Blekinge.

I samtal med patienter och anhöriga framkom att matrummet på framför allt vårdavdelningen upplevs som trångt och att matsituationen kan bli besvärlig eftersom många patienter har en ätstörningsproblematik. Vidare framfördes klagomål över att väntrummet på akutavdelningen är litet och utan direkt tillsyn av personal. En patient och dennes närstående berättade att de hade fått vänta på undersökning i fem timmar samt känt sig mycket trängda och otrygga när vissa andra personer befann sig i väntrummet.

Vid den avslutande genomgången uppgav företrädare för kliniken att väntrummet inom kort ska byggas om i syfte att skapa en tryggare och mer öppen miljö. Vidare framkom att kliniken erbjuder enklare mat och dryck till alla som får vänta.

### ChefsJO:s uttalanden

Av 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen framgår bl.a. att vårdgivare ska bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet i sådana lokaler som behövs för att god vård ska kunna ges. Mitt övergripande intryck är att kliniken med små medel har lyckats skapa en trevlig fysisk miljö trots de mindre ändamålsenliga lokalerna. Särskilt glädjande är patienternas i princip obegränsade möjligheter till utomhusvistelse på de två atriumgårdarna. Jag har dock noterat att båda gårdarna saknar regnskydd. Det finns därför anledning för kliniken att överväga hur atriumgårdarna kan göras tillgängliga i alla väder.

Jag har vidare noterat att lokalerna generellt är trånga, t.ex. toaletter och duschrut, samt att vissa av klinikens patientrum är mycket små. Det finns inte några särskilda regler om patientrummens storlek och standard i verksamheter där det bedrivs psykiatrisk tvångsvård enligt LPT. En del av klinikens patientrum uppfyller dock sannolikt inte de minimikrav som i andra sammanhang brukar ställas på golvyta för två personer.

När det gäller t.ex. rum i häkten ska dessa ha en golvyta på minst 6 kvm (se 2 § förordningen [2014:1108] om utformningen av häkten och polisarrester). Miljööverdomstolen har vidare uttalat att dubbelbeläggning i ett utrymme med en rumsarea om 7 kvm utgjorde en olägenhet för människors hälsa (se MÖD 2005:45). Med rumsarea avsågs golvyta som kan möbleras och användas som ett normalt rum. Miljööverdomstolen förbjöd i det aktuella målet staten genom Kriminalvårdsstyrelsen att förvara mer än en intagen i de utrymmen i häktet som hade en golvyta på 7 kvm. Europarådets kommitté mot tortyr (CPT) har i en standard som gäller inkvartering för intagna bl.a. uttalat att ett rum för två intagna bör ha en golvyta som är minst 8 kvm (exklusive toalettutrymme) och att dubbelbeläggning i rum med en mindre golvyta helt bör undvikas (CPT/Inf [2015] 44, Living space per prisoner in prison establishments: CPT Standards). I en nationell rutin för dubbelbeläggning i häkte har Kriminalvården nyligen beslutat att detta bör gälla som inriktning för dubbelbeläggning vid myndighetens häkten (se Kriminalvården, Nationell rutin för dubbelbeläggning på häkte, beslutad den 1 mars 2019, dnr 2018-14601).

Jag är medveten om att de befintliga lokalerna innebär en utmaning och att frågan om den fysiska miljön i flera avseenden ligger utanför klinikens kontroll. Det är givetvis även viss skillnad mellan att dela rum med sin vårdnadshavare och att dela rum med en utomstående person. Jag förväntar mig dock att dessa synpunkter tas i beaktande inför planeringen av nya lokaler. Det är positivt att det redan nu pågår ett arbete med att bygga om väntrummet på akutavdelningen. Min förhoppning är att åtgärderna ska bidra till en ökad trygghet för patienter och närstående.

## Journalföring

### *Rättslig reglering m.m.*

Bestämmelserna om journalföring inom hälso- och sjukvården finns i patientdatalagen (2008:355), PDL, och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. För tvångsvården finns även särskilda regler om journalföring i förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

En patientjournal utgörs av en eller flera journalhandlingar som rör samma patient. Med journalhandling avses framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas, eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder (1 kap. 3 § PDL). En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten (3 kap. 6 § första stycket PDL). Om uppgifterna finns tillgängliga ska en patientjournal alltid innehålla väsentliga uppgifter om bl.a. vidtagna och planerade åtgärder. Vidare ska journalen innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i den och när anteckningen gjordes (3 kap. 6 § andra stycket PDL). Uppgifterna ska föras in i journalen så snart som möjligt och anteckningen ska signeras av den som ansvarar för uppgiften, om det inte finns något synnerligt hinder mot det (3 kap. 9 och 10 §§ PDL). Som exempel på synnerligt hinder nämner Socialstyrelsen i sin handbok till de tidigare föreskrifterna till PDL (SOSFS 2008:14) att den som svarar för anteckningen har slutat sin anställning vid vårdenheten innan det är praktiskt genomförbart att fullgöra signeringskyldigheten (se Nymark, Patientdatalagen [14 februari 2019, Zeteo] kommentaren till 3 kap. 10 §).

När det gäller patientjournalens struktur ska vårdgivaren säkerställa att uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna. Vidare ska vårdgivaren säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga samt regelbundet granska att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i journalen enligt gällande författningar (5 kap. 1, 2 och 6 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [HSLF-FS 2016:40] om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården). Därutöver ska vårdgivaren säkerställa att det finns rutiner för bl.a. signering av journalanteckningar och att uppgifter i en patientjournal inte kan ändras eller utplånas annat än med stöd av bestämmelserna i PDL (6 kap. 4 och 6 §§ i föreskrifterna). Rutiner ska även säkerställa att uppgifterna signeras eller låses (gäller vårdgivare som har elektroniska journaler) viss tid efter att de har förts in i patientjournalen, dock senast efter fjorton dagar (se Nymark, a.a.).

För patienter som vårdas med stöd av LPT är det bl.a. från patient- och rättssäkerhetssynpunkt viktigt att de olika tvångsåtgärder som vidtas mot dem

noga antecknas. Enligt 2 § förordningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ansvarar chefsöverläkaren för att det förs en särskild förteckning över de patienter som avses i LPT. Chefsöverläkaren ska också se till att journalen för en sådan patient, utöver vad som följer av PDL och föreskrifter meddelade med stöd av den lagen, innehåller bl.a. vårdplan och uppgifter om ansökan om förlängning av LPT-vård, tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område, beslut om tvångsåtgärd som rör patienten samt när patienten har fått upplysningar om sin rätt att överklaga vissa beslut och sin rätt att få hjälp av en stödperson. Vidare ska journalen innehålla uppgift om när patienten efter en genomförd tvångsåtgärd erbjudits ett uppföljningssamtal, patientens inställning till erbjudandet och i förekommande fall tidpunkten då samtalet genomfördes.

#### *Journalföringen vid kliniken*

Vid kliniken förs de löpande journalanteckningarna i ett datorsystem, Melior, som är gemensamt för läkare och omvårdnadspersonal. Patientjournalen består bl.a. av en beslutsjournal, en läkarförd journal och en omvårdnadsjournal. JO hade tillgång till samtliga delar av patientjournalerna i löpande form. Melior har en sökordsfunktion som innebär att den som skriver in en anteckning kan välja mellan specifika sökord/rubriker som framträder i en vänsterkolumn.

Vid journalgranskningen konstaterades att anteckningarna överlag var fylliga, välformulerade och gav en utförlig bild av vården. Det var dock svårt att följa kronologin eftersom anteckningarna, i de handlingar som JO hade tillgång till, inte alltid låg i rätt ordning. Det var även svårt att få en överblick över vilka beslut som fattats enligt LPT, i synnerhet vad gäller beslut om permissioner som bara i något enstaka fall hade dokumenterats i journalen. Vidare noterades att ett par motiveringar till beslut om intagning var otydliga och att det inte framgick om rekvisiten i tillämplig bestämmelse var uppfyllda.

Vid granskningen framkom att det fanns en hel del osignerade journalanteckningar och det saknades uppgift om när signering hade skett. Det fanns även en bristande enhetlighet beträffande bl.a. vilka sökord och rubriker som användes samt var i journalen en viss typ av information placerades. Vid granskningen noterades även att vissa sökord som sällan användes innehöll gamla uppgifter, t.ex. att beslut om konvertering hade underställts LR (dvs. länsrätten). Landets länsrätter ersattes 2010 av förvaltningsrätter. I journalerna saknades regelmässigt information om att ansökan om förlängning av LPT-vård hade gjorts och om att beslut om konvertering enligt 11 § LPT hade underställts förvaltningsrätten. I några fall framgick det inte om ett uppföljande samtal hade hållits efter en tvångsåtgärd. Vidare gick det i många journaler inte att utläsa om en vårdplan hade upprättats och om information om rättigheter enligt 30 och 48 §§ LPT hade lämnats, trots att journalsystemet har sådana sökord/rubriker.

Vid det avslutande mötet uppgav företrädare för kliniken bl.a. följande:  
Permissionsbeslut som fattas vid kliniken antecknas på en manuell lista som

förvaras i en patientpärm på avdelningen. Listan förs in i patientens journal när patienten skrivs ut från kliniken. När det gäller förlängning av LPT-vård läggs själva ansökan till förvaltningsrätten in i patientens journal. I Melior finns numera en automatisk funktion för låsning av journalanteckningar efter fjorton dagar. Uppgift om när en anteckning har signerats går att ta fram i systemet.

#### ChefJO:s uttalanden

Psykiatrisk tvångsvård innefattar i stor utsträckning myndighetsutövning mot den enskilde och ställer därmed särskilt höga krav på dokumentation. Jag vill framhålla att det under inspektionen inte har kommit fram uppgifter som tyder på att vårdplaner inte upprättats, att tidsfrister missats eller att uppföljnings-samtal inte hållits på kliniken. Jag har vidare förståelse för att dokumentationen inte är det som ges högsta prioritet i situationer med vård under stor tidspress. Brister i dokumentationen är dock problematiskt ur rättssäkerhetssynpunkt och kan medföra risker i vården. Journalen är vidare av stor betydelse som underlag i vissa legala sammanhang och vid bedömning från bl.a. tillsynsmyndigheternas sida av den vård och behandling som patienterna erhållit.

Mot bakgrund av ovan konstaterade brister i journalföringen vill jag understryka vikten av att journalanteckningar förs enhetligt och att dokumentation görs i enlighet med gällande regelverk. Ett sätt att åstadkomma enhetlighet och göra journalen mer överskådlig kan enligt min mening vara att använda sig av en sådan sökordsfunktion som finns inbyggd i Melior. Det är dock viktigt att den i så fall används konsekvent och att de sökord/rubriker som finns i systemet hålls uppdaterade.

När det gäller beslut enligt LPT är det naturligtvis viktigt att det av beslutsmotiveringen går att utläsa om de aktuella rekvisiten är uppfyllda, bl.a. för att den enskilde ska kunna förstå besluten och i förekommande fall bedöma om det skulle kunna löna sig att överklaga. Motiveringen är också av stor betydelse för att det vid en efterföljande intern eller extern granskning ska kunna kontrolleras om det funnits lagstöd för de åtgärder som beslutats. Vidare vill jag påminna om att en journalanteckning som huvudregel ska signeras av den som ansvarar för uppgiften. Jag återkommer nedan till frågan om beslut om permission.

#### Information till patienter och vårdnadshavare

##### *Rättslig reglering*

En patient som vårdas enligt LPT ska upplysas om sin rätt att få en stödperson, att överklaga vissa beslut, att anlita ombud eller biträde och att få ett offentligt biträde (30 och 48 §§ LPT). Vidare ska lagen finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna.

##### *Information till patienter och anhöriga vid kliniken*

Vid inspektionen kunde konstateras att LPT inte fanns anslagen på klinikkens avdelningar. I samtal med patienter och anhöriga framkom att flera av dem inte hade fått information om rättigheter och lokala rutiner i den utsträckning de

önskat vid sin ankomst till kliniken. Det gällde särskilt skriftlig information. ChefsJO:s medarbetare noterade vidare att en s.k. patientpärm med skriftlig information bara fanns tillgänglig i vissa patientrum.

Vid det avslutande mötet uppgav företrädare för kliniken att LPT fanns översatt till flera andra språk men att lokala rutiner m.m. bara fanns på svenska.

#### ChefsJO:s uttalanden

Vård med stöd av LPT innebär ett frihetsberövande och är ett allvarligt ingrepp i den personliga friheten. Det är därför angeläget att den som vårdas med stöd av denna lag får information om sina rättigheter så att han eller hon kan göra dessa gällande. Jag tar för givet att kliniken åtgärdar de brister som framkommit så att såväl det föreskrivna kravet på att lagen ska finnas anslagen på sjukvårdsinrättningen som dokumentationsskyldigheten uppfylls. Jag vill vidare rekommendera kliniken att se över sina rutiner för hur information lämnas till patienter och närstående för att säkerställa att alla får tillgång till den information de behöver på ett lättillgängligt sätt. Kliniken bör även överväga om fler regler och rutiner behöver göras tillgängliga på andra språk än svenska.

#### Bemötande och bemanning

Vid kliniken arbetar personalen enligt metoden TERMA (terapeutiskt möte med aggression), en övergripande metod som används inom Psykiatri Skåne för att förebygga och bemöta hot och våld. Metoden går ut på att bemöta irritation och ilska på ett lugnande sätt. Målet är att skapa trygghet och minska risken för att en våldsam situation uppstår.

Vid det inledande mötet uppgav företrädarna för kliniken att de i stort sett var nöjda med bemanningen på kliniken. Av den lista med avvikelserapporter som JO tagit del av framgick dock en del rapporter där bristande bemanning verkade ha varit en bidragande orsak till avvikelserna.

Vid samtal med personal kom det fram att personalen överlag verkade mer nöjd med bemanningen på akutavdelningen än på vårdavdelningen. Flera i personalen upplevde att kliniken på senare tid har tagit emot fler yngre patienter med ätstörningsproblematik vilket blivit mycket resurskrävande. Det kom fram önskemål om mer utbildning och ökade resurser för att hantera dessa patienter. Vidare framkom att det finns ett par vakanta sjukskötersketjänster vid kliniken vilket kan ge upphov till en ansträngd arbetssituation och ensamarbete för personal i den yrkesgruppen. Personalen uppgav även att det är en brist att ny personal kan få vänta upp till ett halvår på att få gå en grundutbildning i TERMA-bemötande.

Vid samtal med patienter och anhöriga framkom att personalen överlag hade ett mycket bra bemötande samt upplevdes som synlig och tillgänglig. Flera vårdnadshavare till barn med ätstörningsproblematik framhöll t.ex. att den utbildning de fick i hur de ska hantera matsituationer var mycket givande. Det framkom dock i samtalen även något exempel på maktutövning från en del i



personalen i form av hot om konsekvenser/bestraffningar. Det framkom även några klagomål om att kommunikationen mellan läkare och omvårdnadspersonal ibland brast samt att personalen var olika generös med avvikelser från rutiner och ordningsregler, t.ex. när det gäller möjligheten att gå ut och röka på kvällen. Några patienter uppgav vidare att det var jobbigt att de fick en ny kontaktperson varje dag, trots att den kontaktperson patienten haft dagen innan var i tjänst.

#### ChefsJO:s uttalanden

Europarådets kommitté mot tortyr (CPT) uttalade efter sitt besök i Sverige 2003 att bemanningen vid en vårdinrättning bör vara tillräcklig vad gäller antal, kategorier, erfarenhet och utbildning. Brister i dessa avseenden medför ofta att möjligheten att erbjuda aktiviteter och en vård av hög standard undergrävs (CPT/Inf [2004] 32, para. 88). Mot bakgrund av de uppgifter som kommit fram under inspektionen finns enligt min mening anledning att se över bemanningen av vissa personalkategorier på kliniken, i syfte att säkerställa att patienterna får en god och säker vård. Kliniken bör även utvärdera om det behövs ytterligare insatser för att höja personalens kompetens och ge dem det stöd som de behöver samt överväga om patienterna i större utsträckning kan få behålla samma kontaktperson.

#### Visitation

##### *Rättslig reglering*

Om det är nödvändigt får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas bl.a. för kontroll av att han eller hon inte bär på sig egendom som inte får innehas (23 § första stycket LPT). Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning (23 § andra stycket LPT). Bestämmelsen ska gälla alla som vårdas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för slutna psykiatrisk tvångsvård (23 a § LPT). Med kroppsvisitation avses en kontroll av en patients kläder, väskor eller något annat som han eller hon för med sig (prop. 1990/91:58 s. 148 och 263).

##### *Visitationer i samband med inskrivning m.m.*

Kliniken har en rutin som innebär att alla patienter får genomgå en s.k. trygghetskontroll vid inskrivning och vid de tillfällen när personalen bedömer att det finns anledning till det. Enligt rutindokumentet "Trygghetskontroll" ska denna kontroll inte förväxlas med kroppsvisitation, syftet är att säkerställa vården utifrån patientsäkerhet under vårdtiden och kontrollen är frivillig (se Rutinbeskrivning "Trygghetskontroll" Skånevård Sund, VO BUP Regional Haldygsvård, BUP Vårdavdelning, daterad den 7 maj 2015). Av dokumentet framgår vidare bl.a. följande:

##### **Om patient ej medverkar till trygghetskontroll**

Trygghetskontrollen tillämpas för att kunna erbjuda en god och säker vårdmiljö. Om en patient motsätter sig denna kontroll kan istället öppenvård erbjudas. I det fall bedömningen görs att patienten lider av en så allvarlig psykisk störning att öppenvård ej är möjlig ska en vårdintygsbedömning göras. Om det efter denna

konstateras att tvångsvård enligt LPT är nödvändig ska kroppsvisitation och andra säkerhetsåtgärder ske inom ramen för denna lagstiftning.

#### **Tillvägagångssätt**

Trygghetskontrollen sker i ett avskilt rum på så sätt att patienten ombeds uppvisa medhavda föremål ur fickor och väskor/påsar. Två personal medverkar alltid vid trygghetskontrollen och hänsyn till kön tas.

#### **Tillämpning av trygghetskontroll under pågående vårdtid**

Behov av tillfällig/återkommande trygghetskontroll då patient inlett vården på avdelningen hanteras i samband med rond/konferens (i akuta situationer gör personal en bedömning tillsammans med avdläk/jourläk). Ansvarig läkare tar ställning till om behov av trygghetskontroll föreligger i samband med utvistelse samt/eller besök. En trygghetskontroll ska alltid vara etiskt försvarbar och ske med respekt för individens integritet samt stå i rimlig proportion till syftet med kontrollen. [...]

Av rutinen framgår vidare att vissa föremål (bl.a. droger, vapen och egna läkemedel) är otillåtna och ska i första hand skickas hem med vårdnadshavarna eller närstående. Omhändertagna föremål förvaras i en försluten påse inlåst i värdeskåp under vårdtiden och återlämnas i samband med utskrivning.

Vid samtal med patienter och närstående framkom exempel på att personal hade gått igenom en patients väska eller bett patienten att tömma ut hela innehållet i väskan för att därefter gå igenom det.

#### **ChefsJO:s uttalanden**

Den skriftliga rutin kliniken har för genomgång av patienters tillhörigheter, och vad som kommit fram i samtal med patienter och närstående, tyder på att kroppsvisitation av patienter sker rutinmässigt. Ett sådant förfarande är att jämföra med en allmän inpasseringskontroll och får endast förekomma vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård med förhöjd säkerhetsklassificering (23 b § LPT). Jag har full förståelse för att det av patientsäkerhetsskäl kan finnas behov av att kontrollera att patienter inte tar in otillåtna föremål på kliniken. Såsom lagstiftningen är utformad krävs dock att det alltid görs en individuell bedömning för att avgöra om en visitation är befogad, och att åtgärden i förekommande fall föregås av ett beslut. Kliniken behöver därför se över sina rutiner.

Jag vill i sammanhanget även peka på att bestämmelserna om visitation och omhändertagande av egendom gäller alla som vårdas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård (23 a § LPT). Sådana beslut kan alltså fattas även när det gäller HSL-patienter.

Vidare har jag noterat att det i riktlinjedokumentet ”7.11 Kroppsvisitation – ytlig kroppsbesiktning” (Skånevård Sund, VO BUP Regional Slutenvård, daterad den 1 mars 2019) bl.a. anges att ”om frivilligt intagen patient motsätter sig befogad undersökning/visitation behöver ansvarig läkare ta ställning till om vården ändå kan erbjudas eller om det finns skäl att överväga tvångsvård”. Enligt min mening ger skrivningen intryck av att tvångsvård kan bli aktuellt

enbart på grund av att en patient motsätter sig en visitation. Så är naturligtvis inte fallet (jfr förutsättningarna för tvångsvård i 3 § LPT) och dokumentet bör förtydligas i detta avseende.

### Tvångsåtgärder

#### *Rättslig reglering m.m.*

Varje medborgare är gentemot det allmänna skyddad mot bl.a. påtvingat kroppsligt ingrepp och frihetsberövande (2 kap. 6 och 8 §§ regeringsformen, RF). Dessa fri- och rättigheter får endast begränsas genom lag (2 kap. 20 § RF). I LPT finns bestämmelser som medger inskränkningar i de nämnda grundläggande fri- och rättigheterna.

Tvångsåtgärder vid vård enligt LPT får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas (2 a § första stycket LPT). Tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten (2 a § andra stycket LPT). Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får vidare användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta (2 b § LPT).

I fråga om behandlingen under vårdtiden ska samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd ska ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt (17 § första stycket LPT). Behandlingsåtgärderna ska anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 § andra stycket (17 § andra stycket LPT). Om det är nödvändigt får patienten, efter chefsöverläkarens beslut, ges behandling utan samtycke (17 § tredje stycket LPT).

En patient som ges sluten psykiatrisk tvångsvård med stöd av LPT får, om det finns omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan, kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning (19 § första stycket LPT). Vårdpersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd. Om det finns synnerliga skäl, får patienten hållas fastspänd längre än vad som anges i första stycket (19 § andra stycket LPT). IVO ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt andra stycket (19 § tredje stycket LPT).

En patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar. Tiden för avskiljande får genom nytt beslut förlängas med högst åtta timmar (20 § första stycket LPT). Ett beslut om avskiljande får om det finns synnerliga skäl avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar (20 § andra stycket LPT). Chefsöverläkaren beslutar om avskiljande. Om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd ska IVO utan dröjsmål underrättas om detta. En patient ska under den tid han eller hon hålls avskild stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal (20 § tredje stycket LPT)

*Användning av tvångsåtgärder vid kliniken*

BUP Malmö deltog under år 2017 i Sveriges kommuner och landstings (SKL) nationella projekt "Genombrottsprojektet" och har därefter arbetat mycket med bl.a. bemötande av och delaktighet från patienterna. Enligt klinikens företrädare har detta arbete medfört ett minskat användande av tvångsåtgärder med ca 70 procent. I de fall tvångsåtgärder används på kliniken finns det enligt företrädarna alltid en läkare på plats som närvarar vid tvångsåtgärden, och en specialistläkare i bakjour som fattar beslutet.

Vid det avslutande mötet uppgav företrädarna för kliniken bl.a. följande: Behandling av unga patienter med ätstörningsproblematik väcker svåra frågor för personalen, bl.a. från vilken ålder vård enligt LPT kan bli aktuell och vilka åtgärder en vårdnadshavare kan godkänna för barnets räkning. När det gäller tillförsel av näring via sond som genomförs utan patientens samtycke, exempelvis genom fasthållning, är det normalt bestämmelsen i 17 § tredje stycket LPT om nödvändig behandling som tillämpas. När det gäller avskiljande så händer det att kliniken stänger ner en avdelning och låter en patient vistas ensam där med personal. Det bedöms i så fall som avskiljande och ett formellt beslut fattas.

*Särskilt om två patienter som tillfördes näring via sond*

I journalen avseende en LPT-patient framgick att patienten vid ett tillfälle fördes till ett behandlingsrum för att tillföras näring via sond och fick hållas fast av personal när patienten försökte lämna rummet. Vidare framgick att försöket att sätta sond avbröts och att patienten fördes till sitt rum. I rummet hade patienten ett utåtagerande beteende samt skrek att denne hade klaustrofobi och ville lämna rummet. I journalen stod antecknat att patienten "släpps till slut ut ur rummet". Av journalen framgick vidare att även ytterligare ett försök att sätta sond vid ett annat tillfälle fick avbrytas på grund av patientens starka motstånd samt att patienten då lugnade sig först på rummet dit denne leddes av personal. Det fanns inte noterat någon användning av tvångsåtgärd vid dessa två tillfällen.

I journalen avseende en annan LPT-patient stod antecknat att när patienten inte ville medverka till sondning en kväll kontaktades jourläkare. Tre personal transporterade därefter patienten till behandlingsrummet samt satt och höll denne under sondningen. Det framgick inte av journalen vilket lagstöd som åberopades för det tvång som utövades.

*Särskilt om avskiljande av en patient*

Av journalanteckningar avseende ytterligare en annan LPT-patient framgick att den patienten hade vistats ensam med personal på en avdelning utan kontakt med medpatienter under något dygn innan ett formellt beslut om avskiljande fattades. Vidare framgick att avskiljandet förlängdes vid två tillfällen och att skälen för dessa beslut var att patienten hade "behov av en lågeffektiv miljö".

### *Särskilt om besök för en HSL-patient*

I journalen avseende en HSL-patient som skrevs in på kliniken framgick under åtgärd i inskrivningsanteckningen ”inget besök”.

### *ChefsJO:s uttalanden*

Patienter som vårdas med stöd av LPT befinner sig i en mycket utsatt situation. Det är givetvis mycket glädjande att kliniken med hjälp av bl.a. bemötande- arbete och patientdelaktighet har lyckats kraftigt reducera användningen av tvångsåtgärder. Jag vill dock understryka vikten av att det sker en tydlig och rättssäker tillämpning av de tvångsåtgärder som faktiskt används. JO har tidigare uttalat att det är angeläget att man inte hamnar i lägen där vården bedrivs i en ”gråzon”, dvs. att det råder osäkerhet om huruvida åtgärder står i överensstämmelse med lagstiftningen (se bl.a. protokollet i JO:s ärende dnr 2222-2016). I det ärendet uttalade JO vidare att det aldrig får råda någon som helst tvekan, vare sig för personalen eller för patienterna, om när en tvångsåtgärd vidtas. Jag delar helt den uppfattningen.

Som framgått ovan noterades vid journalgranskningen några fall där gränsdragningen för tvångsanvändning aktualiserades, t.ex. vid tillförsel av näring via sond och vid avskiljande. Händelseförloppet var i de flesta fall utförligt dokumenterat men det förekom t.ex. att det stod antecknat att en patient hade tillförts näring via sond men utan angivande av om det skett frivilligt eller inte. Vidare saknades i flera fall uppgift om vilket lagstöd vidtagna tvångsåtgärder baserades på, t.ex. om chefsöverläkaren hade beslutat om behandling utan samtycke enligt 17 § LPT. Jag vill mot den bakgrunden understryka vikten av att noggrant dokumentera även det rättsliga stödet för åtgärder som vidtas utan patientens samtycke. Även här vill jag påminna om att alla beslut måste motiveras korrekt. Jag måste framhålla att ett avskiljande med nuvarande lagstiftning enbart kan komma ifråga om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna (se 20 § LPT). Det saknas således laglig grund för att hålla en patient avskild med hänvisning till patientens ”behov av en lågaffektiv miljö”.

Jag kan vidare konstatera att flera svåra frågor aktualiseras vid vård av sjuka barn, bl.a. när det gäller vårdnadshavarnas ställning i förhållande till patientens egen vilja, vid vilken ålder tvångsvård kan bli aktuell och hur långt föräldrarnas möjligheter att godkänna en åtgärd som annars anses vara en tvångsåtgärd sträcker sig. Jag har även i andra sammanhang uppmärksammat liknande frågor och noterat att det finns behov av vägledning inom detta område. Jag har därför öppnat ett särskilt initiativärende för att utreda bl.a. vissa frågor som rör tillförsel av medicin och näring via sond, dnr 2782-2018. De iakttagelser som har gjorts under inspektionen kommer att beaktas i det ärendet och föranleder för närvarande inte några ytterligare uttalanden från min sida.

Slutligen vill jag framhålla att HSL inte erbjuder något lagstöd för att meddela besöksinskränkningar för en patient som vårdas frivilligt på kliniken.

#### Utomhusvistelse/permission

##### *Rättslig reglering*

Chefsöverläkaren får ge en patient tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område (permission). Tillståndet får ges för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen och förenas med särskilt villkor (25 § LPT).

Permission innebär en rätt för patienten att på egen hand vistas utanför sjukhusområdet. Även kortare vistelser utanför sjukvårdsinrättningens område, t.ex. för en timme eller en dag, utgör permission enligt 25 § LPT (se bl.a. prop. 1999/2000:44 s. 118). Om patienten vistas utanför sjukhusområdet tillsammans med personal är det däremot inte fråga om permission. Beslut om sådana utevistelser borde rättsligt vara att betrakta som beslut enligt 17 § LPT om behandling (se t.ex. protokollet i JO:s ärende dnr 5735-2015). Från permission ska vidare skiljas s.k. frigång, vilket innebär att patienten ges tillstånd att på egen hand vistas utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område. Frågor om detta faller under 18 § första stycket LPT.

Beslut om att avslå en ansökan om permission respektive att återkalla en permission enligt 25 § LPT får överklagas (33 § LPT). Av 44 § LPT framgår att en patient som har fyllt 15 år själv har rätt att föra sin talan i mål och ärenden enligt denna lag. Journalen ska innehålla uppgift om bl.a. beslut att bevilja respektive avslå en ansökan om permission samt att återkalla en beviljad permission (2 § 14 och 16 förordningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård).

##### *Utomhusvistelser och permission vid kliniken*

Som framgått ovan kom det vid journalgranskningen fram att det var svårt att få en överblick över vad som hade beslutats i fråga om permissioner. Detta berodde bl.a. på att beslut om permission dokumenterades mycket kortfattat i en manuell lista och att det inte framgick vad som hade beslutats i förhållande till vad patienten hade begärt. Det framgick inte heller av dokumentationen om patienter vid beslut om avslag hade informerats om att beslutet får överklagas. Vidare förekom i de elektroniska journalerna flera fall där patienter hade framfört ett mer allmänt önskemål om permission, varvid personal uppgett att önskemålet för närvarande inte kunde tillgodoses. I journalen avseende en patient framgick t.ex. att hempermissioner diskuterades vid ett läkarsamtal men att läkaren beslutade att vänta med sådana permissioner. Därefter stod antecknat i journalen att ”patienten tar detta beslut om att vi väntar med helgpermissioner på ett bra sätt utan att gå i affekt”.

När det gäller patienter som vårdats vid kliniken med stöd av HSL förekom det regelmässigt noteringar i journalen om att patienten inte fick gå ut, eller att patienten enbart fick gå ut tillsammans med personal eller vårdnadshavare.

Vid det avslutande mötet uppgav företrädare för kliniken att personalen behöver lära känna patienterna innan de får gå utomhus, vilket kan ta några dagar. Det rör sig inte om något förbud utan det är en muntlig överenskommelse som görs med patienten.

#### ChefsJO:s uttalanden

Det är viktigt att patienternas vistelser utanför kliniken hanteras på ett tydligt och korrekt sätt. Om en LPT-patient ansöker om permission och ansökan avslås ska patienten underrättas om beslutet och hur det kan överklagas. Om patienten är under 15 år är det som regel patientens vårdnadshavare – i egenskap av ställföreträdare – som för barnets talan i mål och ärenden enligt LPT. Beslut att bevilja permission, avslå permission och att återkalla en beviljad permission ska dokumenteras i journalen. Vidare ska dokumenteras att underrättelse om hur man överklagar har lämnats till patienten eller i förekommande fall till patientens vårdnadshavare. Det ska även framgå vad en ansökan om permission avser samt permissionens längd och övrigt villkor. Dokumentationen måste vara tydlig och enhetlig, inte minst av rättssäkerhetsskäl. Det är därför viktigt att lagstiftningens termer används och att de används korrekt. Om personalen inte har klart för sig när det är fråga om permission finns en överhängande risk att en patient inte informeras om t.ex. rätten att överklaga ett beslut.

Det kan många gånger vara så att en patient framför ett mer allmänt önskemål om permission som inte kan eller bör tillgodoses för tillfället, och att saken kan klaras ut resonemangsvis. JO har tidigare uttalat att det emellertid är nödvändigt att det klagas om patienten ansöker om permission eller inte. I annat fall finns det en risk för s.k. informella avslag som kan frånta en patient möjligheten att överklaga beslutet och få frågan om permission prövad av domstol (se bl.a. protokollet i JO:s ärende dnr 5735-2015).

När det gäller patienter som vårdas med stöd av HSL vill jag understryka att HSL inte erbjuder något lagstöd för att hindra en patient från att lämna kliniken. Personalens möjligheter att hindra HSL-patienter att lämna kliniken begränsas sig således till vad som kan anses följa av brottsbalkens allmänna bestämmelser om nød samt den ställning av s.k. skyddsgarant som hälso- och sjukvårdspersonalen kan anses ha, med beaktande av patienternas mognad och hälsotillstånd. Jag är medveten om att detta är ett område med svåra avvägningar där det finns behov av ytterligare vägledning. Vad gäller klinikkens uppgift om att det ingås muntliga överenskommelser med patienterna om att inte gå ut vill jag peka på att jag nyligen har avgjort ett ärende rörande just överenskommelser mellan patient och vårdgivare inom den frivilliga psykiatriska vuxenvården (se mitt beslut den 18 april 2019 i ärende dnr 2744-2017). I beslutet framhöll jag bl.a. vikten av att den grundlagsskyddade

rörelsefriheten inte kringgås genom att den enskilde upplever sig tvingad att lämna sitt medgivande till att inte lämna vårdavdelningen. Det är alltså viktigt att den information som lämnas till patienterna är saklig och tydlig samt klargör förutsättningarna för vården.

Jag förutsätter att klinikledningen vidtar nödvändiga åtgärder för att komma till rätta med de beskrivna bristerna och säkerställa en rättssäker hantering av patienternas önskemål om att få komma utomhus.

### **Sysselsättning**

Genom samtalen med patienter kom det fram att flera av dem, särskilt de som inte deltog i skolundervisning, efterlyste mer sysselsättning och gemensamma aktiviteter. Ett par patienter uppgav vidare att de själva inte orkade ta initiativ till att hitta på saker men önskade mer initiativ från personalens sida. Det framkom även klagomål över bristen på fysiska aktiviteter på kliniken.

Vid det avslutande mötet uppgav företrädare för kliniken att patienterna har goda möjligheter att besöka gymmet och vistas utanför kliniken med personal eller vårdnadshavare.

#### *ChefsJO:s uttalanden*

Sysselsättning är ofta en viktig del av vården av en patient. På kliniken tycks det finnas relativt goda möjligheter till friskvård och vistelse utanför vårdinrättningen. Såvitt kommit fram är många aktiviteter dock beroende av att det finns tillgänglig personal, eller en vårdnadshavare, som kan följa med patienten. Det är vidare bekymmersamt om initiativet till aktiviteter förväntas komma från patienterna, som är unga och befinner sig i en svår situation. Jag vill därför uppmana kliniken att se över utbudet av sysselsättning och formerna för den.

### **Övriga iakttagelser**

#### *Chefsöverläkarens delegationsbeslut*

Vid handlingsgranskningen konstaterades att det fanns delegationsbeslut för sådana delegationer från chefsöverläkaren som krävde det och att besluten hade fattats före den tidpunkt när uppdragen enligt besluten började gälla. I ett par fall var besluten dock odaterade.

#### *ChefsJO:s uttalanden*

Delegationsbeslut ska naturligtvis vara daterade.

#### *Avvikelseberapportering och lex Maria-anmälningar*

I samband med inspektionen kom det fram att vårdgivaren inte har gjort någon lex Maria-anmälan under de senaste två åren. Det noterades vidare att kliniken hade en förhållandevis lång lista över avvikelserapporter.

#### *ChefsJO:s uttalanden*

Det är positivt att risksituationer på kliniken uppmärksammas genom en generös avvikelserapportering. Det är inte JO:s uppgift att uttala sig om en



myndighets bedömningar i sak och jag har inte heller underlag för att ifrågasätta avsaknaden av lex Maria-anmälningar. Jag vill dock framhålla vikten av att vårdgivaren alltid gör noggranna bedömningar i anmälningsfrågan.

#### *Utlämnande av allmänna handlingar*

Om en journalhandling eller en avskrift eller kopia av handlingen har lämnats ut till någon, ska det dokumenteras i patientjournalen vem som har fått handlingen, avskriften eller kopian och när denna har lämnats ut (3 kap. 11 § PDL).

Vid journalgranskningen noterades inte i någon patientjournal anteckningar om att handlingar hade lämnats ut.

Företrädare för kliniken uppgav vid det avslutande mötet att utlämnande frågor hanteras centralt inom Region Skåne och att chefsöverläkaren gör en menprövning i de fall det bedöms nödvändigt. Klinikens uppfattning är att det brukar framgå av journalen om handlingar har lämnats ut.

#### *ChefsJO:s uttalanden*

Jag har inte anledning att ifrågasätta uppgiften om att utlämnande av handlingar normalt dokumenteras i patientjournalen. Jag har dock noterat att det av den rutin som tillämpas inom regionen för bl.a. utlämnande av handlingar inte framgår av ett utlämnande ska dokumenteras i patientjournalen (se Instruktion ”Hantering av handlingar – registrering, utlämnande och posthantering”, v. 1.0, Koncernkontoret, Området för informationsförsörjning och regionarkiv, daterad den 21 juni 2017). Kliniken bör lyfta frågan om ett förtydligande i det avseendet.

Vid protokollet

Agnes Morin

Justeras 2019-07-09

Elisabeth Rynning