

## **Opcat-inspektion av Landstinget Värmland, allmänpsykiatriska slutenvården vid Centralsjukhuset i Karlstad, avdelningarna 42 och 46, den 11 och 12 maj 2017**

---

**JO:s uttalande i korthet:** ChefsJO uttalar sig bl.a. om att utgångspunkten i behandlingen av tvångsvårdade patienter bör vara att man vidtar åtgärder som minskar behovet av tvångsåtgärder och säkerställer att det tvång som tillgrips sker utifrån principen om den minst ingripande åtgärden. Kliniken uppmanas att säkerställa att den tvångsanvändning som bedöms nödvändig kan ske på ett sätt som dels inte äventyrar patienternas integritetsskydd, dels fullt ut tillgodoser patientsäkerheten.

### **Inspektionens genomförande**

På uppdrag av chefsJO Elisabeth Rynning genomförde enhetschefen Gunilla Bergerén tillsammans med byråchefen Dan Johansson och föredragandena Eva Fridén och Johanna Fransson (protokollförare) den 11 och 12 maj 2017 en för-anmäld inspektion av Landstinget Värmland, allmänpsykiatriska slutenvården vid Centralsjukhuset i Karlstad, avdelningarna 42 och 46.

Inspektionen inleddes med att verksamheten kortfattat presenterades av verksamhetschefen AA, avdelningschefen BB och tf. avdelningschefen CC. Därefter visades avdelningarna 42 och 46. Samtal fördes med sex patienter och sex anställda. En översiktlig granskning gjordes av bl.a. den information som lämnas till patienterna, personalinstruktioner och patientjournaler.

Inspektionen avslutades med en genomgång där JO:s medarbetare redogjorde för sina iakttagelser. Vid redogörelsen deltog, förutom de som närvarade vid det inledande mötet, även överläkaren DD. Verksamhetschefen och överläkaren närvarade under delar av mötet.

### **Syftet med inspektionen**

Inspektionen är en del av JO:s uppdrag för att förebygga tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning av frihetsberövade personer, Opcat-verksamheten. Denna verksamhet hade under 2017 ett fokus på vilken löpande tillsyn av frihetsberövade som utförs i syfte att skydda deras liv och hälsa.

Opcat är den engelska förkortningen av tilläggsprotokollet till FN:s tortyrkonvention (Optional Protocol to the Convention against Torture). Länder som anslutit sig till protokollet har förbundit sig att inrätta ett nationellt besöksorgan som regelbundet besöker platser där personer kan hållas frihetsberövade. I Sverige har JO tilldelats detta uppdrag. Information om JO:s Opcat-verksamhet finns på JO:s webbplats.

Uttalanden av chefsJO Elisabeth Rynning med anledning av inspektionen

Protokollet innehåller avslutningsvis uttalanden av chefsJO Elisabeth Rynning.

## **Information om organisationen**

Storlek och uppdrag

*Allmänt*

År 2011 invigde landstinget i Värmland det nya psykiatrihuset vid Centralsjukhuset i Karlstad. Den allmänpsykiatriska slutenvården i Värmland samlokaliseras till Karlstad samma år och tar emot patienter från hela Värmland.

Vården bedrivs enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Slutenvården bedrivs i säkerhetsnivå 3.<sup>1</sup> Det finns totalt 72 vårdplatser och 5 observationsplatser fördelade på fem vårdavdelningar, en psykiatrisk akutmottagning och en avdelning för psykiatrisk intensivvård (PIVA) samt platser för vård av patienter med komplicerade abstinensstillstånd. Vid inspektionstillfället var PIVA stängd på grund av brist på sjuksköterskor.

*Vårdtider*

Den genomsnittliga vårdtiden från 1 januari 2017 till dagen för inspektionens inledande var inom den allmänpsykiatriska slutenvården drygt 13 dagar, inklusive permissionsdagar.

På samtliga avdelningar vårdas både män och kvinnor.

**De inspekterade avdelningarna**

*Avdelning 42*

Avdelning 42 är en psykosavdelning med 14 platser varav 4 platser för patienter med akut abstinens.

Vid inspektionens första dag var 13 patienter inskrivna varav 5 vårdades med stöd av LPT.

---

<sup>1</sup> Säkerhetsnivå 3 är den lägsta säkerhetsklassen. Avdelningar i säkerhetsnivå 3 ska ha rutiner för en fortlöpande kontroll av var patienterna befinner sig (4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter [2006:9] om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet).

### *Avdelning 46*

Avdelning 46 är en förstärkningsavdelning med 14 platser varav 4 platser är avsedda för patienter med ätstörningar.

Vid inspektionens första dag var 13 patienter inskrivna varav 2 vårdades med stöd av LPT.

### **lakttagelser vid inspektionen**

#### **Fysisk miljö**

På avdelningarna 42 och 46 finns bl.a. matrum, dagrum, samtalsrum, besöksrum och tvättstuga. I anslutning till dagrummen finns en stor balkong. Det finns två expeditioner på varje avdelning. En ljusgård med klarglasfönster löper genom hela byggnaden, uppifrån och ned, vilket innebär att man kan titta nedåt i byggnaden och i viss mån se in på andra avdelningar.

Alla patienter har egna bostadsrum med toalett och dusch. Patienterna kan själva reglera ljusinsläppet med gardiner och det finns även persienner som kan regleras av personalen. Patienterna kan inte låsa dörren till sina rum. Lokalerna och bostadsrummen upplevdes av JO:s medarbetare som ljusa och rymliga.

Vid samtal med personal kom det fram att patienterna uppmanas att umgås med varandra i de allmänna utrymmena på avdelningarna och att de upplyses om att de inte får vistas i varandras rum. Personalen försöker kontrollera att intima relationer inte uppstår mellan patienterna. Det hade dock inträffat en incident där en patient gjort ett sexuellt närmande mot en medpatient vilket ledde till att patienten fick byta avdelning.

Vid samtal uttryckte en patient att han ville ha möjlighet att låsa dörren till sitt bostadsrum.

#### **Bemanning och kompetens**

I april 2017 var 196 personer anställda inom den allmänpsykiatriska slutenvården, varav 181 var tillsvidareanställda och 15 var visstidsanställda.

Vid samtal med ledningen kom det fram att det finns en brist på specialistsjuksköterskor inom psykiatrin vilket gör att det är svårt att rekrytera personal med rätt kompetens.

Personalen har genomgått utbildning i arbetsmetoden RESIMA (Resurser i möte med aggression) vilken innebär ett lågaffektivt bemötande med fokus på människan bakom beteendet. Vidare ges utbildning i bland annat suicidriskbedömning, hjärt- och lungräddning samt en metod för strukturerad kommunikation SBAR (Situation, Bakgrund Aktuellt tillstånd och Rekommendation) och LPT.

Vid samtal med personal på avdelning 46 kom det fram att de ibland är för få i tjänst vilket påverkar möjligheterna att följa med patienter ut på promenad. Det

ska vara två sjuksköterskor i tjänst på kvällar men ofta är det endast en sjuksköterska i tjänst då.

### Sysselsättning

I psykiatrihuset finns ett aktivitetsrum med träningscyklar och fotbollsspel m.m. Det är möjligt att låna böcker från sjukhusbiblioteket. Arbetsterapeuterna har promenadgrupper två gånger i veckan. På avdelning 46 finns en pysselvagn med stickor och virknålar m.m.

Vid samtal med flera patienter kom det fram att de brukar spela spel, titta på film och umgås med andra patienter. Det finns inte någon organiserad sysselsättning på avdelningarna. En patient uppgav att hon fick vetskap om psykiatrihusets aktivitetsrum en månad efter att hon kommit till avdelningen och att aktivitetsrummet endast är till för de som har tillsynsgrad 2 eller 3 (se s. 7 nedan om tillsynsgrader).

### Inskrivning

#### *Visitering*

Det finns två rutindokument med ordningsregler och säkerhetsåtgärder, en för HSL-patienter och en för LPT-patienter. Båda rutinerna beskriver kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. I rutinen för HSL-patienter som vårdas vid en avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård anges att en patient omfattas av 21 och 23 §§ LPT och får kroppsvisiteras om det är nödvändigt för kontroll av att patienten inte bär på sådan egendom som avses i 21 § LPT.

Verksamheten använder en visiteringsblankett där det ska antecknas bl.a. vilka föremål som blivit omhändertagna och vilka två i personalen som genomfört visitationen. Det finns en checklista – inskrivning, som ska användas av vårdpersonal under det första dygnet som stöd för att komma ihåg viktiga moment i inskrivningsförfarandet. Under punkten 10 ska det kryssas i om frivillig visitering är gjord och om inte ska orsak anges.

Vid samtal med personal kom det fram att de vid inskrivningen av en patient inte kontrollerar en HSL-patients väskor men att många patienter ändå visar upp vad de har med sig. Om en LPT-patient samtycker till kontroll går personalen igenom patientens väska. Vid uteblivet samtycke får patienten inte ta med väskan in på avdelningen. Läkare fattar inte några beslut om kroppsvisitation.

### Information om rättigheter och rutiner

Avdelningarna lämnar ibland ut broschyren Psykiatrisk tvångsvård, information till dig som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård till patienterna. I broschyren finns bland annat information om olika rättigheter t.ex. möjligheten att överklaga beslut, information om vården och tvångsåtgärder.

I checklistan för inskrivning under punkten 13.2 efterfrågas ”Har patienten fått Välkomstmappen (denna är under utveckling)”.

JO:s medarbetare noterade vid rundvandringen på avdelningarna 42 och 46 att LPT inte fanns anslagen på avdelningarna.

#### *Avdelning 42*

Vid ingången till avdelningen finns information uppsatt om besökstider och fotografering m.m. Enligt ledningen finns ingen specifik folder innehållande information om rättigheter m.m. Till hösten ska en mapp ha tagits fram med den information som ska delas ut till patienterna.

Vid samtal med personal kom det fram att det är en läkare som informerar patienterna om rättigheter, stödperson och om möjligheten till överklagande. Patienterna informeras i övrigt om rutiner m.m. av vårdpersonalen.

Vid samtal med flera patienter kom det fram att några av dem hade fått information om tvångsvårdens innebörd. En del av patienterna kom inte ihåg om de hade fått sådan information.

#### *Avdelning 46*

Vid samtal med personal kom det fram att avdelningen delar ut broschyren Välkommen till avdelning 46, till patienterna. Broschyren innehåller allmän information om vilka regler och tider som gäller på avdelningen.

Vid samtal med patienter på avdelning 46 kom det fram att de hade fått skriftlig information om LPT och bl.a. möjligheten att överklaga beslut.

### **Tvångsåtgärder**

#### *Allmänt*

I rutindokumentet "Tvångsåtgärder – fastspänning, avskiljning och tvångsbehandling" (s. 1–2) anges bland annat att 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. En patient ska hållas kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning är avgjord. Det hänvisas till att om andra åtgärder inte är tillräckliga så får det tvång som är nödvändigt användas (6 och 18 §§ LPT). Vidare anges (s. 2):

Bestämmelsen ger personalen rätt att ingripa med tvång om andra åtgärder inte är tillräckliga. Det kan gälla till exempel att med fysiskt våld hålla fast en patient som vill lämna avdelningen eller angriper personal eller medpatienter. Detta sker genom låsta dörrar med slussfunktion.

I samtal med personal beskrevs en situation där man hanterat en patient som blivit våldsam och kastat stolar. Personal talade om för patienten att de ville att han skulle lugna ned sig annars skulle han få en injektion. Han lugnade sig inte och eftersom läkaren var på plats gavs en ordination om tvångsinjektion på en gång.

### *Avskiljning*

I det nämnda rutindokumentet (s. 4) anges att avskiljning endast får användas när andra åtgärder inte fungerar eller är lämpliga. Avskiljning används i syfte att skydda medpatienter.

Det finns inte avskiljningsrum på avdelningarna 42 och 46. I stället kan en patient avskiljas på sitt rum. Vid avskiljning på en patients rum sitter personalen i rummet eller utanför rummet med dörren på glänt.

### *Fastspänning*

Av rutinen (s. 10) framgår också att vid fastspänning med bälte ska patienten i normalfallet tillfrågas om han eller hon vill ligga på rygg eller mage och att patientens önskemål ska följas om inte särskilda skäl hindrar det. Om det inte är lämpligt att tillfråga patienten ska patienten i normalfallet läggas på rygg. I ett ingångsläge kan patienten ligga på mage för att, när läget stabiliserats, omedelbart läggas på rygg.

Det framgår vidare av rutinen (s. 11) att vid fastspänning med bälte ska kontroll och observation av patienten göras regelbundet med stöd av en checklista för vad som ska kontrolleras och observeras. Vid fastspänning med bälte, avskiljning och tvångsbehandling ska uppföljningssamtal med patienten göras enligt "Checklista för uppföljningssamtal med patienten".

Det finns totalt fyra bältessängar i psykiatrihuset belägna på avdelning 42, avdelning 43, PIVA och akuten. Det fanns vid inspektionen möjlighet att avskilja patienter i PIVA:s lokaler eftersom avdelningen var stängd.

Vid samtal med personal på avdelning 42 kom det fram att fastspänning i säng oftast utförs med hjälp av fem personal. Vid fastspänning med stöd av nödvårnsrätten kontaktar personalen en läkare i huset som kommer och bedömer patienten så fort det går. Personal är ständigt närvarande när en patient är fastspänd och en läkare beslutar när patienten ska släppas upp. Efter att en fastspänning är avslutad genomförs ett patientsamtal. Fastspänning nyttjas så lite som möjligt.

Vid samtal med personal på avdelning 46 kom det fram att patienter som ska spännas fast måste föras till en avdelning på ett annat våningsplan. Det innebär att patienten bärs från avdelning 46 genom korridorer och i hissar som används av allmänheten för att komma till ett rum med bältessäng. Personalen förde fram att det inte är en bra ordning och att patienternas integritet kränks. De har ett uppföljande samtal med patienten när tvångsåtgärden avslutats.

### *Avvikelse rapportering och uppföljning*

Inför inspektionen begärde JO statistikuppgifter om klinikens användning av tvångsåtgärder (avskiljning, bältesläggning och tvångsbehandling) för perioden den 1 januari 2016 till dagen för inspektionens inledande. Kliniken ombads även att lämna information om hur många självmord, självmordsförsök och

allvarliga självskaedehandlingar som inträffat vid samtliga avdelningar under samma tidsperiod.

Vid samtal med såväl ledningen som annan personal kom det fram att det inte finns någon statistik för antal självmordsförsök och allvarliga självskaedehandlingar. De uppgifter som lämnats till JO baseras på de händelser avdelningscheferna mindes. Personalens uppfattning är att avvikelserapporteringen borde användas mer. Som exempel uppgavs att en del patienter placeras på flera avdelningar under vårdtiden och agerar på olika sätt på olika avdelningar och personalen vet inte orsaken till detta.

#### *Särskilt om en patient som var avskild på PIVA*

Vid samtal med personal kom det fram att en patient sedan den 8 maj 2017 vistades på den annars stängda avdelningen PIVA.

Vid en översiktlig genomgång av dokumentationen för patienten för tiden den 4–11 maj 2017 noterades att det vid två tillfällen hade fattats beslut om att avskiljandet skulle upphöra. Samtidigt hade det fattats ett beslut om fastspänning.

#### Tillsyn

##### *Ordinerad tillsyn, tillsynsgrader och utevistelse*

I ”Instruktionen för tillsyn – övervakning, observation och bedömning av tillsynsgrader” (s. 1–3), anges att en primär uppgift är att säkerställa patientens säkerhet. Övervakning och observation är åtgärder som syftar till att skydda, begränsa och hindra t.ex. vid suicidala och självskaedande handlingar eller aggressivitet. Observation och övervakning ska göras strukturerat.

Det finns olika tillsynsgrader, 0–3, som anger patientens rörelsefrihet. Tillsynsgrad 0 innebär att patienten inte får lämna avdelningen. Tillsynsgrad 1 innebär att patienten efter överenskommelse med ansvarig läkare får vistas ute. Vistelse ska ske tillsammans med personal. För tillsynsgrad 2 gäller att patienten får vistas själv ute på tim- eller dagpermission. Tillsynsgrad 3 innebär att patienten får vistas ute själv med möjlighet till natt/dygnpermission. Utöver tillsynsgraderna finns andra tillsynsformer som extravak/skyddsarbete och skärpt observation. Extravak/skyddsarbete innebär att patienten inte får lämna avdelningen och aldrig får lämnas ensam. Skärpt observation innebär att patienten inte får lämna avdelningen och en särskild ordinarie personal utses för att ansvara för observation enligt en övervakningslista. Skärpt observation med tillsyn enligt definierat tidsintervall ska noteras på patientens tillsynsgradslista.

Av instruktionen framgår också att det är överläkaren som ansvarar för ordination av tillsyn. Tillsynsgraden ska succesivt omprövas under vårdtiden. Om en HSL-patient ordinerar ständigt tillsyn ska han eller hon samtycka till åtgärden. Om en HSL-patient avsäger sig övervakningen men där det finns ett behov av tillsyn ska patienten motiveras att fortsatt acceptera åtgärden. Om patienten inte accepterar åtgärden ska en bedömning av patientens vårdbehov

göras för att ta ställning till om tvångsvård är aktuellt. Tjänstgörande sjuksköterska kan höja övervakningsnivån om det behövs för att garantera en patients säkerhet. Denna övervakningsnivå gäller till dess att en överläkare gjort en ny bedömning. Det är endast patienter som vårdas enligt LPT som kan förhindras att lämna avdelningen. För patienter som vårdas enligt HSL sker detta genom frivillig överenskommelse.

Vid ordinerad tillsyn används ett särskilt tillsynsformulär. Det är uppdelat i olika kolumner för klockslag, vad patienten gör och signatur.

Vid samtal med en läkare lämnades rutindokumentet "Vårdgrader" över till JO:s medarbetare. Denna rutin använde läkaren bl.a. vid utbildning av AT-läkare. I rutinen anges bl.a. att vårdgrader tillämpas inom den allmänpsykiatriska slutenvården både för LPT-patienter och HSL-patienter. Vårdgradernas innebörd stämmer överens med de tillsynsgrader som beskrivs ovan. JO:s medarbetare noterade att rutindokumentet "Vårdgrader" inte längre var giltigt och att den var ersatt av den instruktion som nämnts ovan.

#### *Avdelning 42*

Vid samtal med personal kom det fram att de ifrågasatte att även patienter som vårdas med stöd av HSL inledningsvis har tillsynsgrad 0. Om en HSL-patient kräver att få gå ut på promenad kontaktas alltid primär- eller bakjouren för bedömning. Det har enligt personal inträffat att läkaren då skrivit ut en patient. Det händer att det är personalbrist när patienter vill gå ut och därför kan patienterna, även HSL-patienter, inte få lämna avdelningen. Det är därför viktigt att patienterna på morgonen uppger om de vill komma ut under dagen.

#### *Avdelning 46*

Vid samtal med personal kom det fram att avdelningen för tillfället var låst eftersom det vårdades flera LPT-patienter där. Avdelningen är olåst när det endast vårdas HSL-patienter där. När avdelningen är låst får en HSL-patient fråga om han eller hon kan få gå ut. Personalen kan inte säga att en HSL-patient inte får gå ut. Det är egentligen en rekommendation. Om en HSL-patient har tillsynsgrad 0 och vill gå ut kontaktas läkare för bedömning om det ska ske en konvertering till tvångsvård eller utskrivning. Personalen följer med de patienter som har tillsynsgrad 1 och som vill gå ut. Ätstörningspatienter kan ha restriktioner angående hur mycket de får röra på sig.

Vidare kom det fram att om en HSL-patient skrivs in på en fredag och får en tillsynsgrad så gäller den tillsynsgraden för det mesta över helgen om patienten inte får träffa en läkare. En patients tillsynsgrad 0–3 bedöms på vardagar vid rondan. Vid behov kan personalen kontakta jourläkare som kan höja tillsynsgraden och ibland gör jourläkaren denna bedömning per telefon. Ständig tillsyn (vak) sker i patientens rum eller utanför rummet med öppen dörr. Vakiet delas upp mellan personalen. Extra personal kallas in om det behövs två personal samtidigt vid ständig tillsyn (vak).



Vid samtal med en HSL-patient kom det fram att patienten hade tillsynsgrad 1 och fick gå ut med personal eller anhöriga. I början gick patienten ut mycket men vid tiden för inspektionen hade personalen bara möjlighet att gå ut med patienten varannan dag. I stället gick patienten ut med anhöriga de dagar personalen inte hade tid.

#### *Tillsyn i övrigt*

På avdelning 42 finns ett formulär som används för övrig tillsyn under natten. Personalen ser till patienterna varannan timme och fyller i utförd tillsyn i formuläret och kan där även ange om patienten sover, är vaken eller övrigt. Även på avdelning 46 sker tillsyn varannan timme under natten och personalen går in på patienternas rum och kontrollera om de andas och sover.

Det är inte uttalat att personalen ska titta till patienterna särskilt under dagtid eftersom personalen ser patienterna ändå t.ex. vid måltiderna. Om en patient inte syns till på länge tittar personalen till dem på rummet. Vidare uppgav personal på båda avdelningarna att det kan vara svårt att ha god överblick över avdelningarna på grund av lokalernas utformning.

Vid samtal med patienter kom det fram att de kände sig trygga med att ha tillsyn nattetid och att de var nöjda med personalens bemötande.

### **Avslutande genomgång**

JO:s medarbetare redogjorde för sina iakttagelser vid inspektionen. Företrädare för den allmänpsykiatriska slutenvården lämnade följande kommentarer:

#### **Vårdmiljö**

Ljuskorridor som löper genom byggnaden är gjord för att skapa ljus och luft vilket är bra men den är mindre bra utifrån sekretesshänseende eftersom det är möjligt att se ned till andra avdelningar och iakttä patienter som vistas där.

På avdelning 45 genomfördes ett projekt där patienterna fick möjlighet att låsa dörren till sina bostadsrum. Projektet resulterade inte i någon förändring. Ledningen anser att det behöver göras uppföljningar av projektet. När det gäller en patient som går in på andra patienters rum kan man behöva vidta åtgärder, t.ex. besluta om ständig tillsyn.

#### **Sysselsättning**

Information om aktivitetsrummet finns anslagen på avdelningarna. Ledningens uppfattning var att personalen behöver informera om aktivitetsrummet på flera sätt.

#### **Bemannning och kompetens**

Enligt ledningen har personalomsättningen påverkat vården eftersom kunskap och erfarenhet har försvunnit. Bristen på sjuksköterskor som är specialiserade i psykiatri skapar kunskapsluckor. När de olika verksamheterna slogs samman 2011 uppstod oenigheter i personalgruppen som till viss del fortfarande

kvarstår. En del personal som arbetat länge blir informella ledare och de påverkar andra. Arbetet riskerar då att utföras på olika sätt. Det behövs personal som arbetar med förbättringsarbete.

Bemanningen på avdelningarna ses med jämna mellanrum över och ledningen jämför med hur det ser ut på andra psykiatriska avdelningar i landet. Det diskuteras om verksamheten ska inrätta en pool för vikarier, t.ex. sjuksköterskor och skötare som arbetat med psykopatienter och en pool för de som arbetat med förstärkningspatienter. Det finns även behov av att anställa en psykolog.

### Visitering

JO:s medarbetare informerade om att ny lagstiftning trädde i kraft den 1 oktober 2014. Den innebär att bestämmelsen i 21 § LPT kan tillämpas även på patienter som är intagna enligt HSL, se 23 § LPT. Ledningen uppgav att de inte kände till innebörden av bestämmelsen och att de behöver vägledning om detta.

### Information om rättigheter och rutiner

Verksamheten håller på att sammanställa en informationsmapp som sedan ska delas ut till patienterna.

### Tillsyn

Ledningens uppfattning är att alla patienter som vårdas med stöd av HSL egentligen borde ha tillsynsgrad 3. Tillsynsgrader behövs och de ska beslutas i samråd med patienten, vilket också sker. HSL-patienterna ska ha möjlighet att gå ut och personalen ska inte kunna hindra dem. På de avdelningar där många patienter vårdas med stöd av HSL uppmärksammas problemet mer. Det finns ett behov av mer utbildning.

Det finns redan en strukturerad tillsyn och ett arbetssätt för tillsyn dagtid även om den inte dokumenteras. Personalen ser patienterna vid väckning, rond, lunch, medicinutdelning och vid middagen. Avdelningscheferna brukar också påminna personalen om att titta till de patienter som inte hörs och syns så mycket, särskilt i de situationer när det finns andra patienter som tar stora resurser i anspråk, t.ex. vid vak.

### Tvångsåtgärder

Det har förekommit att patienter har anmodats att vara på sina rum men ledningen har inte varit med om att någon patient avskilts på rummet. Möjligheten att använda PIVA:s lokaler för avskiljning kommer inte att finnas kvar när den avdelningen öppnar igen. Ibland finns det patienter som fått stöd av personal genom att punktmarkeras i stället för att avskiljas. Det finns planer för ytterligare två avskiljningsrum på PIVA.

Det är otillfredsställande att personalen behöver bära patienterna från avdelning 46 ned till de avdelningar där det finns rum för fastspänning. Sjukhusets lokaler är dåligt planerade. Det borde finnas alternativa vägar att transportera en patient eller möjlighet att hålla en patient fastspänd på andra ställen i huset.

Ibland försöker man undvika fastspänning genom att förstärka med fler personal. Det är rutin att patienten läggs på mage inledningsvis vid en fastspänning. Om en patient kräks kan det vara farligt att ligga på rygg. Det krävs mindre våld vid fastspänning på mage.

*Särskilt om en patient som varit avskild på PIVA*

Ledningen menar att en patient inte kan ha ett beslut om avskiljning och fastspänning samtidigt. Därför fattas alltid ett beslut om att avsluta en avskiljning om ett beslut om fastspänning tas.

Det är viktigt att det dokumenteras på rätt sätt för att man ska kunna hålla reda på vad som skett. Det är inte tekniskt möjligt att i verksamhetens datasystem registrera flera tvångsåtgärder samtidigt. Om någon är avskild kan man inte registrera att denne också är fastspänd.

**Avvikelse rapportering och uppföljning**

Ledningen anser att systemet för att rapportera avvikelser inte är bra och att det finns brister i användningen av systemet för avvikelshantering. Ledningen är medveten om att detta medför svårigheter i arbetet med patientsäkerheten.

Protokollförare vid inspektionen var Johanna Fransson.

Justeras den 20 september 2018

Gunilla Bergerén

## Uttalanden av chefsJO Elisabeth Rynning med anledning av inspektionen

Jag vill med anledning av de iakttagelser som redovisas i protokollet göra följande uttalanden:

### Patienter ska ges en god vård med god säkerhet i verksamheten

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL), och för att en god säkerhet i verksamheten ska kunna tillgodoses (15 a § LPT). Begreppet god säkerhet avser dels samhällets skydd mot personer som är intagna för psykiatrisk vård, dels behovet av säkerhet i vården för de intagna och för personalen vid vårdinrättningen. Bestämmelsen i LPT ska utgöra ett stöd för ett mer dynamiskt säkerhetstänkande inom vården, t.ex. vad gäller en ökad differentiering när det gäller placering av patienter och en ökad kompetens hos personalen. Den säkerhetsanpassning som ska ske av verksamheten omfattar såväl inre säkerhet som yttre säkerhet. Med inre säkerhet avses bl.a. att det ska finnas dokumenterade och ändamålsenliga rutiner för vårdens bedrivande, vårdinnehåll och vårdmiljö samt för personalens kompetens. Yttre säkerhet avser t.ex. utformningen och anpassningen av sjukvårdsinrättningens område (prop. 2005/06:63 s. 24 f.).

The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) uttalande efter sitt besök i Sverige 2003 att bemanningen bör vara tillräcklig vad gäller antal, kategorier, erfarenhet och utbildning. Bristen i dessa avseenden medför ofta att möjligheten att erbjuda aktiviteter och en vård av hög standard undergrävs (CPT/Inf [2004] 32, p. 88).

Det framgår av protokollet att kliniken på grund av brist på sjuksköterskor tillfälligt hade stängt PIVA. Därtill var bemanningen stundtals för låg. Vidare har det kommit fram att det råder vissa motsättningar i personalgruppen, att man använder sig av olika rutindokument och även av rutindokument som inte längre gäller. Det finns även uppgifter om att personal upplever att det saknas tillräcklig kunskap om den lagstiftning som reglerar verksamheten. Personalen har berättat att de påtalade förhållandena påverkar sjukhusets möjligheter att ge en patientsäker vård och patienternas möjligheter till daglig utomhusvistelse.

Jag finner det anmärkningsvärt att kliniken inte har sådana ändamålsenliga skriftliga rutiner som efterfrågas av personalen. Kliniken behöver gå igenom verksamhetens styrdokument för att säkerställa en korrekt tillämpning av LPT.

Mot bakgrund av vad som har kommit fram vid inspektionen behöver kliniken vidta ytterligare åtgärder för att höja personalens kompetens och ge dem det stöd de behöver för att säkerställa att patienterna får en god vård med god säkerhet. Jag kommer att fortsätta följa frågan.

## Tvångsåtgärder

### *Fastspänning*

Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning (19 § LPT).

Det framgår av protokollet att personalen måste bära patienter till annat våningsplan och genom allmänna utrymmen när det uppstår behov av fastspänning av en patient som vårdas på avdelning 46. Vidare kom det vid inspektionen fram att det på avdelningarna 42 och 46 inte finns rum avsedda för att hålla patienter avskilda från andra patienter. Vid inspektionstillfället användes lokalerna på PIVA för att avskilja en patient.

En patient under tvångsvård befinner sig i en utsatt situation. Om behov uppstår av ytterligare tvång under vården, t.ex. fastspänning, ska åtgärden motiveras av att det finns en *omedelbar fara* för att patienten skadar sig själv eller någon annan, dvs. att det är fråga om att avvärja en hastigt uppkommen fara (se bl.a. JO:s protokoll i dnr 643-2015). Det ovan beskrivna förfarande som används i samband med att behov av fastspänning eller avskiljning uppstår är mycket bekymmersamt ur flera aspekter. Det är t.ex. oklart om det görs någon bedömning av vilka risker det innebär i det enskilda fallet när personalen tvingas bära en patient från en avdelning till en annan. Detsamma gäller bedömningen av om det fortfarande föreligger en omedelbar fara, när patienten väl är förd till det rum där fastspänning sker. Till detta kommer även den kränkning det innebär för en patient att bäras genom utrymmen till vilka allmänheten har tillträde.

Sammantaget ställer jag mig mycket frågande till klinikens arbetssätt. Utgångspunkten i behandlingen av tvångsvårdade patienter bör vara att man vidtar åtgärder som minskar behovet av tvångsåtgärder och i första hand säkerställer att det tvång som tillgrips sker utifrån principen om den minst ingripande åtgärden. Det är enligt min mening tveksamt om det överhuvudtaget är möjligt att genomföra avskiljning eller fastspänning på ett sätt som uppfyller kraven på god vård om det inte kan ske i nära anslutning till vårdavdelningen (se JO:s protokoll i dnr 4043-2017). Jag uppmanar kliniken att snarast vidta åtgärder för att säkerställa att en tvångsanvändning som bedöms nödvändig kan ske på ett sätt som dels inte äventyrar patienters integritet, dels fullt ut tillgodoser patientsäkerheten.

### *Visitationer i samband med inskrivning*

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. Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning (23 § andra stycket LPT). Bestämmelsen ska gälla alla som vårdas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård (23 a § LPT). Med kroppsvisitation avses kontroll av en patients kläder, väskor

eller något annat som han eller hon för med sig (prop. 1990/91:58 s. 148 och 263). En sådan kontroll som innebär att alla kroppsvisiteras är att jämställa med en allmän inpasseringskontroll och får endast förekomma vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård med förhöjd säkerhetsklassificering (se 23 b § LPT).

Av protokollet framgår att det sällan fattas beslut om kroppsvisitation av patienter och att personalen inte kontrollerar deras väskor mot deras vilja. Jag noterar dock att det finns lokala instruktioner för en sådan rutin. Inte heller ledningen hade kännedom om att det finns en rätt att kroppsvisitera HSL-patienter med stöd av LPT.

Det är positivt om personalen arbetar för att minska behovet av tvångsåtgärder. Jag vill i detta sammanhang ändå understryka att det är viktigt att individuella bedömningar görs om en visitation är befogad, och att åtgärden i förekommande fall ska föregås av ett beslut. Kliniken behöver därför se över sina rutiner i denna del.

#### Tillsynsgrader

De patienter som vistas på kliniken har av läkare bedömts ha ett behov av slutenvård, oavsett om de vistas där frivilligt eller på grund av ett beslut med stöd av LPT. För att kunna ge god vård med god säkerhet behöver personalen ha tillsyn över patienterna. Kliniken tillämpar en rutin med initial tillsynsgrad som medför att patienter som vårdas med stöd av HSL inte får gå ut från avdelningen, vilket står i strid med själva grunden för HSL-vården, dvs. frivilligheten. En sådan grundläggande rättighet kan en patient inte avsäga sig (se JO:s beslut i dnr 6823-2009 och 2196-2010 samt JO:s protokoll i dnr 5477-2014). Jag vill i detta sammanhang även peka på att det är bekymmersamt att personal använder sig av rutindokument som inte längre gäller. Tillämpningen av parallella rutiner medför en risk för minskad förutsebarhet och utrymme för godtycke, vilket i förlängningen medför risk för att patienter inte kan ta tillvara sina rättigheter. Jag rekommenderar därför ledningen att gå igenom gällande rutiner med sin personal och säkerställa att rutinerna är anpassade till hälso- och sjukvårdslagen.

Kliniken ska senast den 30 november 2018 rapportera till JO vilka åtgärder som har vidtagits.

#### Avvikelsehantering

Av protokollet framgår att det finns brister i systemet för att rapportera avvikelser. Bland annat förs inte statistik över självmord och allvarliga självskadehandlingar. Jag vill understryka att dokumentation är nödvändig för att kunna granska och kontrollera händelser i efterhand, men också för att kunna följa upp och förbättra förhållanden framöver (3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen [2010:659]). Dokumentation är vidare ett viktigt verktyg i arbetet med att förebygga uppkomsten av kränkande eller omänsklig behandling. Jag uppmanar därför kliniken att se över sina rutiner för att rapportera avvikelser i syfte att

förbygga att patienter utsätts för omänsklig eller förnedrande behandling. Jag avser även att inleda en diskussion med Inspektionen för vård och omsorg om hur de i sin tillsyn följer upp avvikelserapportering m.m. i syfte att stärka patientsäkerheten.

### Utomhusvistelse

Med anledning av vad som kommit fram om patienternas möjligheter till utomhusvistelse vill jag erinra om att JO i tidigare ärenden har uttalat att utgångspunkten i psykiatrisk tvångsvård bör vara att en patient ges möjlighet till minst en timmes utomhusvistelse dagligen (se t.ex. JO:s dnr 643-2015). Jag delar denna uppfattning och vill även hänvisa till att CPT i en standard uttalat att dessa patienter bör ha möjlighet till daglig motion utomhus (CPT/Inf[98] 12, p. 37).

Under inspektionen kom det fram att flera frivilligt vårdade patienter fick möjlighet till utomhusvistelse endast tillsammans med personal eller anhörig (s. 7). Det har vidare uppgivits att personalen behöver lära känna LPT-patienterna innan de över huvud taget får gå utomhus, vilket kan dröja några dagar, och att patienterna på grund av personalbrist inte alltid erbjuds daglig utomhusvistelse.

Jag vill understryka att HSL inte erbjuder något lagstöd för att förhindra en patient att lämna sjukhuset. Personalens möjligheter att förhindra de patienter som vårdas enligt HSL att lämna sjukhuset begränsar sig således till vad som kan anses följa av brottsbalkens allmänna bestämmelser om nöd samt den ställning av s.k. skyddsgarant som hälso- och sjukvårdspersonalen kan anses ha, med beaktande av patientens hälsotillstånd och, i de fall det är relevant, mognad. Ledningen behöver därför tydliggöra för personalen hur den ska agera i nödliknande situationer där man bedömer att en patient som är föremål för frivillig hälso- och sjukvård exempelvis riskerar att komma till skada om han eller hon släpps ut från sjukhuset. Kliniken behöver vidta åtgärder som säkerställer en rättssäker hantering av dessa patienters önskemål om att få komma utomhus. Vidare behöver kliniken vidta åtgärder som säkerställer att alla patienter erbjuds daglig utomhusvistelse.

Kliniken ska senast den 30 november 2018 rapportera till JO vilka åtgärder som har vidtagits.

### Information till patienterna

En patient 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 § LPT). Därutöver ska LPT finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna (48 § LPT).

CPT har i en standard uttalat att skriftlig information om vårdinrättningens rutiner och patienters rättigheter bör överlämnas till varje patient, och dennes

anhöriga, i samband med intagning. Patienten ska få hjälp med att förstå informationen (CPT/Inf[98] 12, p. 53).

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. I LPT finns det inte något krav på att informationen ska vara skriftlig. Jag vill i sammanhanget hänvisa till att JO efter inspektionen av den Rättspsykiatriska kliniken i Säter (dnr 5556-2017) uttalade att det kan vara lämpligt att det finns ett skriftligt informationsmaterial om de lagstadgade rättigheterna som ett komplement till den information som initialt lämnas muntligt.

Det framgår i protokollet att det på avdelning 42 inte delades ut någon skriftlig information om bl.a. rättigheter. Däremot håller man på med att ta fram en informationsmapp som ska delas ut till patienterna.

Jag ser positivt på att kliniken har arbetat med att sammanställa en patientmapp med skriftlig information som varje patient ska få. Jag vill i detta sammanhang understryka vikten av att det skriftliga materialet innehåller all den information som enligt LPT ska lämnas till patienterna och att den skriftliga informationen även finns på andra språk än svenska.

JO:s medarbetare noterade att LPT inte fanns anslagen på avdelningarna. Kliniken behöver därför se till att kravet på att lagen ska finnas anslagen uppfylls.

Protokollet föranleder i nuläget inte några andra åtgärder eller uttalanden från min sida.

2018-09-20

Elisabeth Rynning