

## Opcat-inspektion av Region Norrbotten, barn- och ungdoms- psykiatri, avdelning 45, Sunderby sjukhus den 27–29 juni 2017

---

**JO:s uttalande i korthet:** ChefsJO anger att utgångspunkten i behandlingen av tvångsvårdade patienter måste vara att man vidtar åtgärder som minskar behovet av tvångsåtgärder, och säkerställer att den tvångsanvändning som inte kan undvikas sker utifrån principen om den minst ingripande åtgärden. För att kunna erbjuda en god och säker vård rekommenderar chefsJO kliniken att bl.a. se över lokalerna för att kunna tillgripa den mindre ingripande tvångsåtgärden avskiljning istället för fastspänning. Kliniken behöver även säkerställa att det finns tillräckliga personalresurser dygnet runt för att patienterna ska få den tillsyn som bedöms nödvändig. ChefsJO avser att inleda en dialog med Inspektionen för vård och omsorg med anledning av vad som kommit fram vid inspektionen om de fysiska förhållandena för barn i samband med fastspänning i bälte.

### Inspektionens genomförande

På uppdrag av chefsJO Elisabeth Rynning genomförde enhetschefen Gunilla Bergerén tillsammans med föredragandena Johanna Fransson, Ellen Ringqvist och Simon Törnvall den 27–29 juni 2017 en oanmäld inspektion av barn- och ungdomspsykiatri (BUP), avdelning 45, och den vuxenpsykiatriska slutenvården vid Sunderby sjukhus. Iakttagelserna rörande den vuxenpsykiatriska slutenvården redovisas i ett särskilt protokoll i samma ärende.

Inspektionen inleddes med att verksamheten kortfattat presenterades av tf. verksamhetschefen chefsöverläkaren AA.

Efter en rundvandring i lokalerna samtalade JO:s medarbetare med tre personal, två patienter samt en förälder och en personal från ett HVB-hem.

Inspektionen avslutades med en genomgång av de iakttagelser som gjorts med chefsöverläkaren samt sjuksköterskan BB, skötaren CC och kuratorn DD.

### Syftet med inspektionen

Inspektionen är en del av JO:s verksamhet 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.

### **lakttagelser vid inspektionen**

#### **Organisation**

BUP-avdelningen vid Sunderby sjukhus är placerad i en särskild del av sjukhuset, det s.k. Barnhuset. Där har man samlat all kompetens kring barn såsom kirurgi och medicin. BUP-avdelningen tillhör länssjukvården och har sex slutenvårdsplatser för barn som vårdas enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, eller lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. De sex vårdplatserna utgjorde det totala antalet slutenvårdsplatser i region Norrbotten. Under sommaren 2017 hade antalet vårdplatser reducerats till tre. Vid inspektionens inledning fanns fyra patienter inneliggande på avdelningen och samtliga vårdades enligt HSL.

Chefsöverläkaren arbetar dagtid under vardagar. Övriga tider har barnläkare på övriga avdelningar i Barnhuset primärjour för chefsöverläkaren. Läkarna i primärjouren har inte delegation för beslut enligt LPT utan kan endast fatta beslut om kvarhållning (jfr 39 § LPT). Överläkarna på vuxenpsykiatri har bakjour gentemot primärjouren och de har delegation att som chefsöverläkare fatta beslut enligt LPT.

#### **Bemanning och bemötande**

BUP har ca 20 anställda varav 10 är sjuksköterskor. Avdelningen bemannas dagtid av två sjuksköterskor och en skötare. Mellan kl. 21.30 och 7.00 ska det vara två anställda i tjänst varav en sjuksköterska. När chefsöverläkaren inte är i tjänst tas kontakt med en barnläkare om ett kvarhållningsbeslut enligt LPT behöver fattas.

Avdelning 45 har ett rutindokument ”Hot och våld giltigt fr o m 7 juni 2011, handlingsprogram Barn- och ungdomspsykiatri avd 45 Sunderby sjukhus”. I dokumentet listas under olika punkter bl.a. personalens eget ansvar, hur patienter ska bemötas och förebyggande åtgärder. Under den sistnämnda punkten anges att all personal ska känna till arbetsrutiner och ansvarsfördelning,

att personalen ska ha adekvat utbildning samt att all personal ska känna trygghet i arbetslaget och stöd från sina arbetsledare m.m.

Vid samtal med personal kom det fram att det råder brist på sjuksköterskor med specialistkompetens och att avdelningen har haft en hög personalomsättning. Ibland kan en personal periodvis under kvälls- och nattetid bli ensam på avdelningen om den andre måste lämna avdelningen, vilket enligt personalen inte känns tryggt. Det finns en möjlighet att ringa efter sjukhusets väktare om det uppstår ett behov av hjälp. Vidare kom det fram att flera i personalgruppen är relativt unga och nyanställda vilket i viss utsträckning påverkar vården.

Vid samtal med patienter och anhöriga kom det fram att personalen bemött dem väl under vårdvistelsen.

### Fysisk miljö

Avdelningen utgörs av en bredare korridor med två gemensamhetsrum, ett samtalsrum och ett rum där måltider serveras. Patientrummen har två sängar men är i övrigt spartanskt inredda. Rummen går inte att låsa. Toalett och dusch finns i korridoren. Dubbelbeläggning förekommer inte. Om det uppstår ett behov av fler vårdplatser placeras patienter på den barnmedicinska avdelningen 44. En patient får då vistas dagtid på BUP-avdelningen och sova på avdelning 44. Föräldrar vistas tillsammans med patienten dygnet runt på avdelningen.

Personalen uppgav i samtal att lokalerna ur omvårdnadssynpunkt inte är anpassade efter patientgruppen och att patienterna behöver en mer stressfri miljö. Den nybyggnation som ska ske av vuxenpsykiatri omfattar inte BUP. Patienterna får inte vistas på varandras rum. Svåra och utåtagerande patienter kan föras till avdelningen 32, vuxenpsykiatri, om de bedöms utgöra en säkerhetsrisk för andra patienter eller personal.

Patienterna på avdelning 45 kan delta i den sysselsättning som är gemensam för alla Barnhusets patienter t.ex. bordtennis och pyssel och det finns också en gymnastiksal i huset.

JO:s medarbetare upplevde avdelningen som lugn.

Vid samtal med flera patienter kom det fram att de upplevde miljön som vilsam.

### Information till patienter

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. Vidare ska LPT-lagstiftningen finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna (30 och 48 §§ LPT).

Enligt rutindokumentet "Rutin vid samtal" är läkare och patientansvarig sjuksköterska ansvariga för inskrivningssamtalet. Läkaren gör sin bedömning och sjuksköterskan ställer sina frågor utifrån omvårdnadsanamnesen.

Sjuksköterskan kan välja att fortsätta med omvårdnadsanamnesen inne på avdelningen efter samtalet.

Vid samtal med personal kom det fram att efter en läkares beslut om inläggning är det en sjuksköterska som skriver in patienten i närvaro av vårdnadshavare. Ankomstsamtal kan genomföras av en skötare. Muntlig information om vården lämnas vid inskrivningen, liksom informationsfoldern ”Välkommen till BUP avdelning 45”. Det finns en informationstavla på avdelningen och patienten får muntlig information om rutiner på avdelningen.

JO:s medarbetare noterade att lagstiftningen inte fanns anslagen på avdelningen.

Vid samtal med HSL-patienter och en anhörig uppgav de att de hade förstått den information som lämnats och var nöjda med den.

### Tvångsåtgärder

Avdelning 45 har ett rum med en vanlig patientsäng för fastspänning. Bältena är avsedda för vuxna och har försetts med fler hål i ett försök att anpassa dem för barn. Vid fastspänning placeras patienten på rygg. En till två personal sitter med patienten i bältesrummet. Om patienten blir kissnödig under fastspänning kan bäcken användas.

Det finns inte något avskiljningsrum på avdelningen och enligt personal använder man sig inte av avskiljning på patientrummen.

### *Fastspänning av en 8-årig LPT-patient*

Vid samtal med personal kom det fram att en patient född i december 2007, och som tidigare vårdats på avdelningen enligt LPT, hade blivit fastspänd i bälte och tvångsmedicinerad vid flera tillfällen under hösten 2016. Vid intagning var patienten 8 år gammal (enligt egen uppgift 11 år).

Av journalen framgår att patienten vid ett tillfälle den 15 oktober 2016 kl. 13.15 blev fastspänd i bälte på fem punkter med hänvisning till nödvärn. Bakjour på vuxenpsykiatri kontaktades upprepade gånger utan resultat. Barnjouren ordinerade fastspänning. Vidare finns anteckningar om att patienten slet och drog i bältena och lyckades slå huvudet i knäna, varvid patienten vid ett tillfälle slog i näsan och började blöda näsblod. Tider för stegvis uppsläppning ur fastspänning saknas. Det framgår att patienten med stöd av 19 § LPT blev fastspänd vid ytterligare två tillfällen samma dag. Enligt en daganteckning sov patienten kl. 22.45 och i samråd med bakjour vuxenpsykiatri beslutades att patienten skulle släppas ur bälte.

Patienten blev därefter föremål för fastspänning vid flera tillfällen med hänvisning till nödvärn. Ett beslut om fastspänning den 21 oktober 2016 kl. 18.00 fattades av bakjourläkare via telefon liksom beslut om upptagning ur bälte. Enligt en journalanteckning blev patienten kl. 21.15 föremål för ny fastspänning av avdelningspersonal. Av journalen framgår följande:

#### Fastspänning LPT 19§

Beslut om fastspänning kl. 18:00 till 22:00 och beslut om fortsatt fastspänning kl. 22:00 och ytterligare högst fyra timmar beslutat av AA, bakjour vuxenpsykiatrin.

Enligt journalanteckningar släpptes det sista bältet kl. 23.55 när patienten sov.

I samband med en fastspänning som inleddes kl. 11.50 den 26 oktober 2016 blev patienten motoriskt orolig och skrek för att plötsligt bli helt lugn. Från och med kl. 13.20 slutade patienten att andas. Patienten reagerade inte vid stimulans men hade puls. Personal akutlarmade samtidigt som patienten släpptes upp ur bälte och lades i stabilt sidoläge, då han började ”kvicka till”. Patienten fick även vid ytterligare tillfällen andningsuppehåll i samband med fastspänning. Av flera daganteckningar kommer det fram att patienten vid fastspänning gled i sängen och riskerade att skada sig själv.

Enligt anteckningar i journalen framför patienten att denne önskade mer personalnärvaro och samtal i stället för fastspänning.

Vid de samtal som JO:s medarbetare hade med personal efterfrågades tydliga rutiner för fastspänning.

#### Utomhusvistelse

När det finns en LPT-patient på avdelningen låses avdelningsdörren. Det finns inte något frigångsområde.

I samtal med personal kom det fram att det är läkaren som avgör om en HSL-patient får gå ut. Dörren till avdelningen är öppen men man begränsar patientens möjlighet att gå ut, t.ex. så får de endast gå ut med personal eller föräldrar. Om en patient insisterar på att gå ut ombeds de vänta för att personal behöver göra en kontroll med läkare. Några i personalgruppen uppgav att en HSL-patient alltid måste ha med sig någon, personal eller vårdnadshavare, vid utevistelse.

#### Visitation

Av rutindokumentet ”Visitation – gällande rutin daterad den 20 juni 2011 för avdelning 45, Sunderby sjukhus” framgår att syftet är att tydliggöra regelverk och tillvägagångssätt samt öka patientsäkerheten och säkra arbetsmiljön.

I dokumentet anges att patienter som vårdas enligt HSL ”ska vid inskrivning och direkt ankomst till avdelningen få information om visitering av medhavda tillhörigheter för att undvika att patienter innehar föremål, klädesplagg eller läkemedel som kan skada patienten själv eller andra”. Det ska alltid vara två personal som genomför en visitering. Vidare anges att ”Om patienten motsätter sig visitering, blir bedömning för anmälan till socialtjänst eller tvångsvård enligt LPT aktuell”. En chefsöverläkare kan alltid fatta beslut om att visitering ska genomföras. Det ska dokumenteras i omvårdningsjournalen när visiteringen är utförd.

Enligt ”Checklista vid samtliga ärenden – AVD 45” anges i en kommentar att patienter som är inskrivna enligt HSL måste lämna sitt samtycke till att deras tillhörigheter går igenom och att saker som kan vara till skada tas omhand.

Vid samtal med personal kom det fram att de i samband med inskrivning ber om att få gå igenom väskor och känna på patienten. Enligt personalen har det aldrig hänt att en patient nekat till en sådan visitation. Om det skulle inträffa att en HSL-patient inte vill visiteras, så berättar man om rutinerna och frågar om tillhörigheterna kan låsas in i ett skåp. Vidare uppgav personal att visitationsrutinen är under uppbyggnad.

## Tillsyn

### *Lokal rutin för tillsyn*

Av rutindokumentet ”Tillsynsnivåer och övervakningsgrader avd 45” framgår följande:

Det finns fyra olika tillsynsgrader: normal tillsyn, extra tillsyn, extravak och skärpt extravak.

För normal tillsyn gäller att patienter ska ses till en gång per timme och avdelad personal sköter tillsyn enligt lista. Nattpersonal tittar in till patienten minst två gånger på natten. Patienten får lämna avdelningen med förälder eller personal om inte annat anges.

Vid extra tillsyn ska avdelad personal alltid veta vad patienten gör men behöver inte ha patienten inom synhåll varje minut. Patienten ska ses till var tionde minut. Patienten får duscha och gå på toaletten själv dock under viss kontroll innebärande att man knackar på efter tio minuter och har rätt att öppna om adekvat svar ej erhålls. Patienten sover med dörren på glänt och nattpersonal tittar in var trettionde minut efter att patienten har somnat. Patienten får inte ha något som denne kan skada sig på exempelvis sladdar, necessär, skärp, glas m.m. Patienten får inte lämna avdelningen det första dygnet. Extra tillsyn kan efter första dygnet överlåtas till förälder efter läkarbedömning.

Vid extravak ska personal enligt upprättad lista befinna sig i samma rum som patienten och ha kontinuerlig tillsyn över denne. Personal får nattetid sitta utanför patientrummet så länge patienten är inom synhåll. Lampan ska vara tänd i patientrummet. Personal är med vid toalettbesök och dusch. Patienten får inte ha något som denne kan skada sig på exempelvis sladdar, necessär, skärp, snören, glas m.m. Patienten får inte lämna avdelningen. Extravak kan inte överlåtas till förälder.

Vid skärpt extravak ska det finnas beredskap för omedelbart fysiskt ingripande. Personal ska ständigt befinna sig i patientens omedelbara närhet och i samma rum. Detta gäller även vid toalettbesök och duschning. Händer och huvud ska hållas ovan täcket. Säkerhet prioriteras före nattsömn. I övrigt samma som vid extravak.

Undantag från samtliga tillsyns- och övervakningsgrader kan endast ordinerars av läkare.

#### *Personalens redogörelser för hur tillsyn fungerar*

Vid samtal med personal kom det fram att alla patienter får tillsyn och att det är en trygghet för dem. Vid normal tillsyn har alla i personalen ett ansvar. Vid extra tillsyn har en personal tillsyn över berörd patient i en timme och sedan lämnar denne över till nästa personal. Den som har tillsynsuppgiften har en särskild tillsynsbricka fäst på sig som lämnas över när uppgiften övergår till nästa. När en patient har extravak utförs tillsynen av ytterligare en personal och det förs en vaklista men det är oklart om den sparas. De iakttagelser som gjorts vid normal tillsyn och extra tillsyn lämnas muntligen till den som tar över uppgiften. Vid dagens slut görs en sammanfattande omvårdnadsanteckning i patientens journal. Det är läkare som bedömer och fattar beslut om tillsyn.

#### *Avvikelse rapporter*

Vid en översiktlig granskning av avvikelserapporter noterade JO:s medarbetare flera rapporter som handlade om brister i tillsynen av patienter. En rapport rörde en patient med extra vak som skar upp sina suturer under täcket. Den personal som hade tillsyn var ny i tjänst. I avvaktan på kirurgjour bedömdes patienten som uppvarvad, orolig och till slut våldsam. Patienten blev till slut fastspänd och fick tvångsmedicinering intramuskulärt. En annan rapport handlade om en patient som hade extra tillsyn och som fått med sig plastsaker från sin sminkväska. Under natten skar patienten upp sår på armen vilket upptäcktes på morgonen när personal lyfte på täcket. I en rapport beskrevs en patient som hade tillsyn på avdelningen och som fick gå på lekterapi med sin mormor och morfar. Patienten fick med sig rakblad från en pennvässare från lekterapi och skadade sig själv med detta vid återkomsten till avdelningen. Vidare uppmärksammades flera rapporter om att sjuksköterskor arbetat ensamma kvälls- och nattetid. En rapport handlade om att en patient vållat stor skada på sig själv genom att skära djupa sår i handleden. Sjuksköterskan var vid tillfället själv på avdelningen eftersom skötaren var på akuten för att hämta en ny patient. Barnjour kom till avdelningen. Vakt tillkallades för att hjälpa till med att lyfta patienten till en bår och patienten transporterades till akuten för att sutureras. Patienten gjorde kraftigt motstånd, och ville ej sutureras. Ett vårdintyg skrevs och patienten fick en lätt narkos för att sutureras. Patienten blev också fastspänd inför ingreppet.

### **Avslutande genomgång**

JO:s medarbetare redogjorde för sina iakttagelser vid inspektionen, och representanter för kliniken kommenterade enligt följande:

#### **Bemanning och organisation**

När chefsöverläkaren inte är i tjänst har barnläkarna jourtjänst. En barnläkare kan endast fatta beslut om kvarhållning och för det krävs inte någon delegation.

Däremot har läkare på bakjouren på vuxenpsykiatriska avdelningen chefsöverläkardelegation.

Om personal på BUP behöver psykiatriska råd när chefsöverläkaren inte är i tjänst får de vända sig till vuxenpsykiatrin som har bakjour. Det händer att det är stafettläkare på bakjouren som ibland fattar beslut om intagning, när en patient kommer med ett vårdintyg. Det har fungerat men företrädarna för kliniken uppgav att de ofta känner att det skulle kunna vara mer kvalitet i vården, om det fanns tillgång till en läkare på BUP dygnet runt. Enligt ledningen har det vid samtal med läkarna på barnmedicin inte kommit fram något om rådande ordning. Kvalitén på barnläkare och deras bedömningar varierar. Det är olika beroende på vem som arbetar, vissa läkare har haft mer kontakt med BUP och det finns de som är jättebra. Totalt sett blir det mycket ansvar för den personal som är i tjänst på kvällar och helger. Det krävs visst mod för att ringa och ”bolla frågor” med en läkare på vuxenpsykiatrin.

Det händer att en personal kan bli ensam kvar på avdelningen kväll och natt t.ex. i samband med akutintag. Facket har tagit upp frågan och driver att det inte ska förekomma ensamarbete.

#### *Lex Maria anmälningar*

Det har inte gjorts några anmälningar enligt lex Maria under 2016. En anmälan enligt lex Maria sker i samråd med chefsläkaren på sjukhuset.

#### Tillsyn

På fråga om personalen inte riskerar att ”tappa information” om den endast lämnas muntligen i samband överlämning vid extra tillsyn, uppgav chefsöverläkaren att patienten ses till för att se hur denne mår vid det tillfället. Ofta görs också separata bedömningar. Det förs även samtal mellan personal och med patienten angående måendet parallellt med tillsynen. Detta för att följa upp tillsynen, den följs även upp i samband med rond.

#### Information om rättigheter

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, och LPT ska finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna (30 och 48 §§ LPT).

Enligt ledningen får en patient som är intagen enligt LPT information av både läkare och avdelningspersonal. Även anhöriga får denna information. Läkaren lämnar framför allt information om överklagandemöjligheten. Det kan hända att det ibland missas att ge viss information. JO:s medarbetare pekade på att det är en god hjälp att i utformningen av rutiner ha tillgång till lagstiftningen för att på så sätt säkerställa att man uppfyller kraven.

Tolk används alltid när en patient talar lite eller ingen svenska alls.



Enligt företrädarna för kliniken finns det också ett behov av att få tillgång till information på andra språk. BUP har endast tillgång till information på svenska och engelska. Det fanns vid tidpunkten för inspektionen ingen särskild skriftlig avdelningsinformation.

### Visitation

På fråga om när beslut fattas om kroppsvisitation uppgav företrädarna för kliniken att om en HSL-patient nekar till att visa sin väska och innehållet i den, kommer han eller hon inte att tvingas till det. Ledningen kände inte till om personal känner på patienterna. JO:s medarbetare erinrade om 23 a § LPT enligt vilken alla patienter, dvs. även HSL-patienter, kan visiteras om det bedöms nödvändigt.

På fråga om när en rumsvisitation genomförs uppgavs att det görs på indikation. Personalen har funderat på hur man gör och när man ska göra en visitation. Ska personalen vara nitisk och göra en kontroll så fort en patient varit ute? Så gör man inte idag. Ledningen uppgav också att de ibland finns skäl att fundera på om visitation ska göras hos en del patienter utifrån den diagnos de har.

Det har förekommit en del avvikelserapportering rörande visitationer. Avdelningen hade vid inspektionen varit utan en enhetschef sedan ett år tillbaka vilket har gjort att uppföljningen inte fungerat som den ska. Visitationer hade diskuterats på avdelningen utifrån en flicka som varit inläggande enligt både HSL och LPT. Ledningen uppgav att de skulle behöva mer vägledning om de lagliga förutsättningarna för kropps- och rumsvisitationer.

De väktare som finns på sjukhuset kan anlitas om det blir stökigt på BUP och patientsäkerheten är i fara.

### Tvångsåtgärder

På fråga om hur man arbetar med avvikelserapportering och uppföljning av fastspänningar – med utgångspunkt i de upprepade fastspänningar som en patient var föremål för under hösten 2016 – uppgav chefsöverläkaren att en avvikelse skrivits vid något enstaka tillfälle. Angående uppgifterna om att personalen efterfrågar rutiner för hur fastspänning ska ske, uppgav chefsöverläkaren att de precis börjat fundera på om det finns andra sorters bälten som kan användas vid fastspänning av barn. I Norge finns bälten där en patient kan ligga på sidan.

På fråga uppgav chefsöverläkaren att tidsuppgifter vid beslut om en tvångsåtgärd ska anges i journalen. Men med den patient som under hösten 2016 var föremål för upprepade fastspänningar så var det en kaotisk situation, vilket kan ha lett till att alla uppgifter inte antecknats.

Chefsöverläkaren uppgav att i samband med att en injektion ges med tvång så kan det ske antingen genom fasthållning eller genom fastspänning med bälte.

På fråga om varför den mindre ingripande tvångsåtgärden avskiljning inte används uppgav chefsöverläkaren att det finns ett behov av att kunna avskilja. Det skulle vara möjligt att använda åtgärden om det sker vissa förändringar i de nuvarande lokalerna. Enligt chefsöverläkaren började de fundera på möjligheten att kunna avskilja i samband med att den 8-årige patienten vårdades på avdelningen.

Ledningen uppgav att man saknar ett tydligt uppdrag från politikerna om vilka patienter som ska vårdas på BUP. Det finns t.ex. ungdomar som behöver läggas in för avgiftning och det är oklart vem det är som ska hjälpa dem. Tillnyktringsenheterna tar inte emot patienter under 18 år.

#### Utevistelse

Chefsöverläkaren uppgav att en patient som är inskriven enligt HSL alltid får gå ut. Det görs en överenskommelse med patienten i samband med intagning som bygger på att om de vårdas enligt HSL så vill de också vara på avdelningen. Ibland kan det behövas ett klargörande samtal med föräldrarna också. Avdelningen dubbelkontrollerar alltid att patienter och föräldrar känner sig trygga. Om det finns LPT-patienter på avdelningen så låses avdelningsdörren, och om HSL-patienter vill gå ut öppnar man dörren för dem.

#### Övrigt

Det förekommer sondmatning av patienter, senast för ungefär ett år sedan. Det finns inte någon rutin avseende sondmatning.

Protokollförare vid inspektionen var Johanna Fransson.

Justeras den 8 november 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 bl.a. den personal som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL). Vård enligt LPT ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god säkerhet i verksamheten (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 avser 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 som yttre säkerhet. Med inre säkerhet avses t.ex. 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.).

Europarådets kommitté mot tortyr (The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT) uttalade efter sitt besök i Sverige 2003 att bemanningen på psykiatriska vårdinrättningar 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).

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 (20 § LPT). Tvångsåtgärder får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden (2 a § LPT). Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas. Tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

Det har kommit fram att kliniken vid tidpunkten för inspektionen hade brist på sjuksköterskor med specialistkompetens och att avdelningen haft en hög personalomsättning. Vidare beskrevs att en personal under kvälls- och natttid kunde bli ensam om den andre måste lämna avdelningen. Detta upplevdes som otryggt av personalen.

Jag vill påminna om att alla patienter som vistas på kliniken, oavsett om de vistas där frivilligt eller på grund av ett beslut med stöd av LPT, har av läkare bedömts ha ett behov av sluten vård. För att kunna ge god vård med god

säkerhet behöver personalen ha tillsyn över patienterna. Kliniken behöver vidta åtgärder som säkerställer att det finns tillräckliga personalresurser dygnet runt för att kunna ha den tillsyn över patienterna som bedöms nödvändig. Personalen behöver vidare alltid ha tillgång till all den information om patienterna som krävs för att de ska kunna utföra tillsynen på ett patientsäkert sätt.

Jag noterar att kliniken i sitt rutindokument anger att en beslutad extra tillsyn kan överlåtas till en förälder (s. 6). När det gäller frågan om vem ska ha tillsyn över patienten måste utgångspunkten vara att det är sjukvårdspersonalens uppgift. I annat fall blir det svårt att få till stånd en patientsäker bedömning och dokumentation av tillsynen. Jag har givetvis förståelse för att behovet av sådan tillsyn kan påverkas av att någon anhörig vistas hos patienten, men det är inte detsamma som att hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar kan överlåtas på den anhörige. När en läkare bedömer att det i en viss situation eller under viss tid inte krävs att vårdpersonal är involverad i tillsynen av en patient, får det enligt min mening uppfattas som att det i den aktuella situationen inte finns behov av det som i rutindokumentet benämns extra tillsyn. Jag rekommenderar kliniken att se över sina rutiner.

Vidare uppgav personalen att det finns behov av ett särskilt avskiljningsrum på avdelningen. Det är enligt personalen en nödvändig förutsättning för att kunna minska användandet av den mer ingripande tvångsåtgärden fastspänning. Behovet blev tydligt i samband med att en 8-årig patient vårdades på avdelningen hösten 2016. Vidare efterfrågade personalen rutiner för när och hur tvångsåtgärder kan vidtas.

Med anledning av vad som framkommit kan jag konstatera att det finns ett behov av att se över klinikens lokaler och bemanning i syfte att säkerställa att patienterna får en god och säker vård. Det är enligt min mening tveksamt om det överhuvudtaget går att bedriva god vård utan möjligheter till den mindre ingripande tvångsåtgärden avskiljning bl.a. när andra patienters säkerhet är i fara. Utgångspunkten i behandlingen av tvångsvårdade patienter måste vara att man vidtar åtgärder som minskar behovet av tvångsåtgärder och säkerställer att den tvångsanvändning som inte kan undvikas sker utifrån principen om den minst ingripande åtgärden.

I protokollet finns redovisat vissa journalanteckningar som gjorts i samband med att en 8-årig patient spänts fast i bälte. Journalanteckningarna visar att det finns risk för fysiska skador om åtgärderna inte är anpassade för barn. Jag vill i sammanhanget hänvisa till vad jag uttalade i mitt remissvar till betänkandet För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård, SOU 2017:111 (JO:s dnr R-10-2018). Av mitt remissyttrande framgår att även fasta bälten kan orsaka skador om fastspänningsanordningarna inte är anpassade efter patientens kroppsstorlek (med hänvisning till JO:s protokoll från en Opcat-inspektion av Östersunds sjukhus, Område psykiatri, avdelningarna 3A, 3B och 4A, dnr 643-2015). Jag framhåller vidare att om

fastspänning av barn och ungdomar med fasta bälten ska få ske, så är det min bestämda uppfattning att dessa måste vara konstruerade utifrån barns och ungdomars kroppsstorlek. Med anledning av vad som kom fram vid den nu aktuella inspektionen, om de fysiska förhållandena när ett barn blev fastspänt, avser jag att fortsätta att följa denna fråga och inleda en dialog med Inspektionen för vård och omsorg.

#### Frågan om läkarundersökning i samband med att en patient initialt blir föremål för fastspänning eller avskiljning

Jag noterar även att det förekom allvarliga brister avseende beslutsgången i samband med tvångsåtgärder. I protokollet finns återgivet journalanteckningar rörande beslut om fastspänning avseende den 8-årige patient som vårdades på avdelningen under hösten 2016. En barnläkare fattade ett beslut om fastspänning eftersom personal inte lyckats få kontakt med överläkare hos vuxenpsykiatrien. Utifrån vad som redovisas i protokollet om avvikelserapportering och utifrån redovisade journalanteckningar kan jag konstatera att beslut om fastspänning regelmässigt tycks fattas via telefon utan att läkare i anslutning till beslutet undersöker patienten. Även beslut om förlängning av en fastspänning fattas utan föregående läkarundersökning.

Jag vill i detta sammanhang hänvisa till vad jag tidigare uttalat om läkarundersökning i samband med att patienter initialt blir föremål för fastspänning eller avskiljande (se JO:s protokoll Stockholms läns sjukvårdsområde, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken Stockholm, dnr 3816-2017). I protokollet pekar jag på att Socialstyrelsen föreskriver att den beslutande läkaren själv ska undersöka patienten innan ett beslut fattas om fastspänning under längre tid än fyra timmar eller om avskiljande under längre tid än åtta timmar (3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2008:18] om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård). Bestämmelsen avses säkerställa en rättssäker bedömning inför ett beslut om förlängning av tvångsåtgärderna. Utgångspunkten måste dock alltid vara att den beslutande läkaren genomför en personlig undersökning av patienten även inför, eller så snart som möjligt efter, det första beslutet om en tvångsåtgärd (se Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård [SOSFS 2008:18], juli 2009, s. 50).

CPT har i en standard uttalat att en patient ska bli läkarundersökt så snart som möjligt i samband med att ett beslut om att vidta en tvångsåtgärd fattas (CPT/Inf [2017] 6, para. 2).

Underåriga patienter inom den psykiatriska tvångsvården får generellt anses vara särskilt sårbara. Det är därför av största vikt att dessa patienter läkarundersöks i samband med att ett beslut om fastspänning eller avskiljande fattas. Jag uppmanar kliniken att se över sina instruktioner och rutiner i nämnda avseende, så att de blir tydliga för personalen och kan tillämpas på ett enhetligt

sätt. Eftersom beslut många gånger fattas av överläkare inom vuxenpsykiatri är det särskilt angeläget att riktlinjer och rutiner tas fram i samråd med vuxenpsykiatri.

#### Uppföljning av tvångsåtgärder

Jag vill understryka att det är viktigt att det går att följa utvecklingen av vidtagna tvångsåtgärder systematiskt över tid. I protokollet anges att kliniken inte gjort någon lex Maria anmälan under 2016. Det är i sig anmärkningsvärt i ljuset av vad som antecknas i protokollet om den 8-åring som varit föremål för flera fastspänningar.

En del i arbetet med förebyggande åtgärder och kvalitet i vården kan vara att ansluta sig till det nya kvalitetsregistret Q-Bup, vars syfte är att möjliggöra uppföljning och analys av kvaliteten i vården. I det sammanhanget vill jag också understryka vikten av att patienter och vårdnadshavare får den information om registrering som krävs enligt 7 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355).

I betänkandet För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård föreslås bl.a. ett förtydligande i LPT, så att det framgår att det kvalitetssäkringsarbete som åligger vårdgivare enligt 5 kap. 4 § HSL – dvs. att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten – i verksamheter som bedriver vård enligt LPT även ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder (s. 202 ff.).

I ljuset av vad som framkommit vid inspektionen rekommenderar jag kliniken att aktivt arbeta med kvalitetssäkringsarbete i syfte att förebygga och minska behovet av tvångsåtgärder.

#### Visitationer i samband med inskrivning

LPT innehåller bestämmelser som begränsar den enskilda patientens skydd mot kroppsvisitation. Enligt 23 § LPT får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att han eller hon inte bär på sig narkotika eller annan skadlig egendom som anges i 21 § LPT. Sedan den 1 oktober 2014 kan 21 och 23 §§ LPT även tillämpas när det gäller patienter som skrivs in enligt HSL (se 23 a § LPT). Det är chefsöverläkaren som fattar beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.

Jag konstaterar att kliniken tillämpar en rutin och checklista som inte anger under vilka förutsättningar kroppsbesiktning och ytlig kroppsbesiktning kan ske. Det leder till att det felaktigt kan uppfattas som att dessa åtgärder inte kan vidtas när det gäller HSL-patienter. Jag noterar även att avdelningens rutin för visitering inte tydligt anger att en bedömning i varje enskilt fall ska göras av behovet av att kroppsvisitera en HSL-patient. Av protokollet framgår att om en patient nekar till visitation kan det bli aktuellt med en bedömning av om kontakt ska tas med socialtjänsten eller om ett beslut om tvångsvård enligt LPT ska fattas. Jag ställer mig frågande till denna rutin och förutsätter att kliniken vidtar

åtgärder som säkerställer att visitation i varje enskilt fall grundas på ett särskilt beslut och att detta föregås av en individuell bedömning.

### Utomhusvistelse

Med anledning av vad som kom fram om patienternas möjligheter till utomhusvistelse vill jag erinra om att JO tidigare 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 protokoll efter inspektion av Östersunds sjukhus, dnr 643-2015). Jag delar denna uppfattning och vill även hänvisa till att CPT i en standard uttalat att patienter bör ha möjlighet till daglig motion utomhus (CPT/Inf [98] 12, para. 37).

Det framgår av protokollet att några i personalen hade uppfattningen att HSL-patienter i vissa fall endast får gå ut med personal eller vårdnadshavare.

Jag vill understryka att HSL inte erbjuder något lagstöd för att hindra en patient att lämna kliniken. Personalens möjligheter att förhindra de patienter som vårdas enligt HSL att lämna kliniken 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 mognad och hälsotillstånd. 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 kliniken. Jag vill i sammanhanget även erinra om att förutsättningar för att besluta om slutet psykiatrisk tvångsvård bör beaktas i dessa situationer. Kliniken behöver vidta åtgärder som säkerställer en rättssäker hantering av dessa patienters önskemål om att få komma utomhus. Kliniken behöver även vidta åtgärder som säkerställer att alla patienter erbjuds daglig utomhusvistelse. Senast den 29 mars 2019 ska kliniken rapportera till JO vilka åtgärder som har vidtagits.

### Information till patienter

Av protokollet framgår att den skriftliga information som patienterna fick endast beskriver några regler och rutiner på avdelningen (s. 3). Informationen fanns endast tillgänglig på svenska.

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 dock i sammanhanget hänvisa till att JO efter en Opcat-inspektion av den Rättspsykiatriska kliniken i Säter (se JO:s protokoll 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. Jag delar denna uppfattning och vill även hänvisa till att CPT i en standard har 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, para. 53).

Jag rekommenderar kliniken att komplettera det skriftliga materialet så att det innehåller all den information som enligt LPT ska lämnas till patienterna. Kliniken bör även se till att den skriftliga informationen finns tillgänglig på andra språk än svenska.

Med anledning av att LPT inte fanns anslagen på avdelning 45 behöver kliniken även vidta åtgärder så att kravet i 48 § andra stycket LPT efterlevs.

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

2018-11-08

Elisabeth Rynning