

Opcat-inspektion av Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Psykiatrisk akutmottagning Östra, den 6 och 7 februari 2019

Fokus för inspektionen var transporter av frihetsberövade patienter till och från den psykiatriska akutmottagningen. ChefsJO ser positivt på hur akutmottagningen och Kriminalvården samverkar och att akutmottagningen rapporterar avvikelser som rör transporter av patienter.

ChefsJO förutsätter att Sahlgrenska Universitetssjukhuset vidtar åtgärder som säkerställer att användningen av tvångsåtgärder dokumenteras på ett sätt som gör det möjligt att i efterhand följa vad som har hänt.

Vidare uttalar chefsJO att det finns skäl att fortsätta följa frågor om bl.a. hur rättssäkerheten påverkas av hur den psykiatriska vården är organiserad.

Inspektionens genomförande

Inspektionen, som var förannmäld, genomfördes av biträdande enhetschefen Karl Lorentzon på uppdrag av chefsJO Elisabeth Rynning. Vid inspektionen deltog även föredragandena Ellen Ringqvist (protokollförare) och Nathalie Stenmark.

Inspektionen inleddes med att verksamheten presenterades av tf. chefsöverläkaren för Psykiatri Affektiva AA, sektionschefen för ST-läkare och underläkare BB, vårdenhetschefen CC, vårdenhetsöverläkaren DD, verksamhetsutvecklaren och säkerhetssamordnaren EE och den övergripande vårdplatskoordinatören FF. Därefter förevisades akutmottagningens lokaler, samt ambulansintaget. JO:s medarbetare samtalade med fem anställda och genomförde en översiktlig granskning av bl.a. patientrelaterade avvikelserapporter under 2018, avvikelserapporter som rörde transporter av frihetsberövade under 2017 och 2018, samt akutmottagningens rutindokument för tillsyn och för riskbedömning av hot och våld.

Inspektionen avslutades den 7 februari med en genomgång där JO:s medarbetare redogjorde för sina iakttagelser. Vid genomgången deltog verksamhetens ovan nämnda representanter, samt verksamhetschefen för Psykiatri Affektiva GG.

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 har under 2019 ett fokus på transporter av frihetsberövade.

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 med anledning av inspektionen

Protokollet innehåller avslutningsvis uttalanden av chefsJO Elisabeth Rynning.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Den psykiatriska slutenvården vid Sahlgrenska universitetssjukhuset bedrivs inom fem verksamhetsområden (VO): Psykiatri Affektiva, Beroende, Psykos, Neuropsykiatri och Rättspsykiatri (Rågården). Psykiatri Affektiva omfattar 10 vårdavdelningar med totalt 125 vårdplatser och Psykiatrisk akutmottagning på Östra sjukhuset.

Psykiatrisk akutmottagning Östra (akutmottagningen) har öppet dygnet runt och tar emot vuxna personer med akuta psykiatriska besvär. Den är den enda psykiatriska akutmottagningen för invånare i kommunerna Göteborg, Partille, Öckerö, Härryda och Mölndal. Mellan klockan 20.00 och 8.00 tar akutmottagningen även emot personer från kommunerna Ale, Kungälv, Tjörn och Stenungssund, eftersom den psykiatriska akutmottagningen på Kungälv's sjukhus då är stängd. Då omfattar upptagningsområdet ca 700 000 invånare.

Till akutmottagningen hör även ECT-verksamheten för patienter i heldygnsvård på Östra sjukhuset, och ambulanssjukvården. Dessa verksamheter omfattades inte av inspektionen.

Akutmottagningen tar emot 13 200–13 700 besök per år, vilket motsvarar i genomsnitt 37 besök per dygn. Mottagningen har officiellt inte några vårdplatser, men det förekommer att patienter sover över (se mer under rubriken Fysisk miljö).

Akutmottagningens vårdenhetsläkare är chef för de läkare som tjänstgör på mottagningen. Vårdenhetschefen är chef för sjuksköterskorna och skötarna.

lakttagelser vid inspektionen

Fysisk miljö

Akutmottagningen ligger en våning upp i ett hus som stod färdigt 2006. Mottagningen iordningställdes för Östra sjukhusets upptagningsområde, eftersom det

vid den tidpunkten fanns akutmottagningar även vid Sahlgrenska sjukhuset och Mölndals sjukhus. Utformningen av akutmottagningens fysiska miljö uppges ha varit en förebild för psykiatriska kliniker i Norden och Europa. Akutmottagningen består av två separata delar; en receptionsdel och en ambulansintagsdel. Receptionsdelen används kl. 8.00–20.00 för mottagning av personer som på egen hand sökt sig till akutmottagningen. Ambulansintagsdelen används för mottagning av personer som förs till akutmottagningen av Polismyndigheten och Kriminalvården. Kl. 20.00–8.00 används delen även för mottagning av övriga patienter.

Utanför entrén till akutmottagningen finns förvaringsskåp där besökarna får lämna sina tillhörigheter. För att komma in till mottagningens receptionsdel måste man passera en sluss med två låsta dörrar. I anslutning till receptionen finns ett öppet utrymme med bord och sittmöbler samt tv. En dörr leder till en utegård som är tillgänglig dygnet runt. Från receptionen leder en korridor som mynnar ut i ett fönsterparti med ett bord och stolar. I mitten av korridoren leder en kortare korridor in mot ambulansintagsdelen. Mottagningens två delar hålls skilda åt med en låst dörr. Personal som befinner sig i receptionen kan inte se vad som händer i den kortare korridoren.

I receptionsdelen finns det fem samtalsrum, två rum för triagering och fem läkarrum. Personal påtalade att det behövs fler rum för triagering och patientsamtal eftersom det periodvis är en hög inströmning av patienter.

Samtalsrummen har en glasvägg mot korridoren. Vid inspektionen hade de flesta av dessa rum tunna gardiner som kunde dras för glasväggen. JO:s medarbetare noterade att gardinerna bara delvis hindrade insyn från korridorerna. I rummen finns en mobil sjukhusbreds av smalare modell, några fåtöljer och en papperskorg. Papperskorgarna var försedda med plastpåsar. Det går inte att låsa rummen inifrån. Patienter som är i dåligt skick och behöver ligga ner kan få vänta i ett samtalsrum. Rummen används även av patienter som behöver övernatta, t.ex. för att det inte finns någon tillgänglig heldygnvårdplats, i väntan på transport eller för att det p.g.a. patientens tillstånd inte går att göra någon läkarbedömning. Enligt personalen förekommer det att patienter övernattar i samtalsrummen några gånger varje vecka. Det har även inträffat att det varit så många patienter som övernattat att någon eller några har fått ligga i korridoren.

I ambulansintagsdelen finns det ett större öppet utrymme med bord och sittmöbler samt två rum för fastspänning. Från ett personalutrymme kan personalen se det öppna utrymmet. För att förhindra att patienter som är t.ex. uppvarvade eller psykotiska skapar oro i receptionsdelen, kan de få vänta i ambulansintagsdelen. Det vistas alltid minst två anställda i ambulansintagsdelen tillsammans med en patient.

JO:s medarbetare fann att akutmottagningens lokaler var ljusa och fräscha och trevligt inredda.

Bemanning och kompetens

Det har varit en hög personalomsättning på akutmottagningen. Tidigare kunde man vid rekrytering kräva att en sjuksköterska på mottagningen skulle ha fem års erfarenhet av arbete inom psykiatri. Det kravet kan inte längre upprätthållas, men vårdenhetschefen har som mål att det åter ska bli så. Vid rekryteringen av skötare är kravet att de ska ha en omvårdnads- och eftergymnasial utbildning. All personal är utbildad i DBT.¹

Personalen tjänstgör i fyra dag-team och två natt-team med minst en sjuksköterska och fyra skötare i varje team. Under senare tid har mottagningen haft en utökad bemanning under eftermiddag och kväll.

Personal uppgav att en hög personalomsättning har medfört vakanser som bl.a. innebär att det oftast bara är en sjuksköterska i tjänst under varje arbetspass, trots att det ska vara två, och att det generellt sett är en för låg bemanning under eftermiddagar och kvällar. Den låga bemanningen blir särskilt påtaglig i de fall delar av teamet av olika skäl behöver vara tillsammans med patienter i ambulansintagsdelen, eller om någon patient behöver ha ständig tillsyn, vilket enligt en anställd inte är ovanligt. I sådana situationer kan det medföra att det endast blir tre anställda kvar i receptionsdelen tillsammans med ett 20-tal patienter. Även om det är möjligt att kalla in extra personal är det sällan det förekommer, enligt personal, eftersom det tar lång tid att få någon på plats. Det är vanligare att man försöker få hjälp av en annan vårdavdelning.

I samtal med JO:s medarbetare framförde personal att det skulle vara bättre för patienterna om det fanns mer personal som kunde ägna tid åt patienterna, men man upplever att bemanningsfrågan är nedprioriterad av cheferna. Vidare framfördes att personalen generellt behöver kompetensutveckling i somatik.

Personal påtalade att det vore bra om det fanns en särskild ”beroendeakut”. Då skulle färre, och mindre stökiga, patienter komma till akutmottagningen och behovet av att ha en högre bemanning skulle minska.

Ankomst till akutmottagningen

För varje patient upprättas en Akutjournal enligt RETTS-PSY,² det s.k. Rettsbladet. En skötare eller sjuksköterska har ett inledande samtal med patienten och dokumenterar uppgifter för triagering (bl.a. ankomstsätt, riskbedömning

¹ Dialektisk beteendeterapi som är en form av kognitiv beteendeterapi som syftar till att minska självskadande beteende hos personer med emotionellt instabil personlighetsstörning (tidigare borderline personlighetsstörning). DBT syftar primärt till att minska självmords- och självskadande beteenden men även andra beteenden som stör eller försvårar behandlingen och som allvarligt påverkar livskvaliteten.

² VGR, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, har tagit fram ett dokument som används som underlag för sortering, prioritering och riskidentifiering av alla patienter på mottagningen samt ska ge vägledning och ett tydligare beslutsstöd i för den fortsatta akutprocessen.

och kontaktorsak) på Rettsbladet. En sjuksköterska fastställer triageringen. Patienter som bedöms suicidala eller som vill lämna mottagningen, men som visar tecken på att det kan bli fråga om tvångsvård, ges förtur till att bli bedömda av en läkare. En patient som envisas med att vilja gå därifrån blir dock utsläppt.

Efter läkarbedömningen kan läkaren utfärda ett vårdintyg och besluta om kvarhållande om det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för slutna psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda. Enligt personal fattar läkare på mottagningen undantagsvis beslut om intagning, t.ex. i de fall tidsfristen för ett intagningsbeslut håller på att löpa ut, eller om patienten ska transporteras till ett annat sjukhus. Vanligen fattas ett beslut om intagning av en läkare på den vårdavdelning som tar emot patienten.

Under 2018 var 36 patienter kvar på akutmottagningen under mer än ett dygn, och 1 patient var kvar under mer än två dygn. Enligt företrädarna för akutmottagningen för man inte någon statistik över orsaken till att en patient behöver övernatta på mottagningen, men det beror ofta på att det är platsbrist på den vårdavdelning som ska ta emot patienten eller att transporten dröjer. Det framhölls att platsbrist på främst beroendekliniken medför att platserna på Psykiatri Affektiva i hög grad måste tas i anspråk, vilket i förlängningen orsakar platsbrist även där.

Kriminalvårdens klienter tas emot i ambulansintagsdelen där personalen triagerar och gör en säkerhetsbedömning. Eftersom man vill undvika att ha uniformerad personal i receptionsdelen är det vanligt att Kriminalvårdens klienter får vänta på att bli undersökta av läkare i ambulansintagsdelen.

På akutmottagningen kan patienterna få mat och dryck och de har möjlighet att sköta sin personliga hygien. Vid behov erbjuds de även att få tvätta sina kläder.

Trygghet och säkerhet

Personal uppgav att ca 70 procent av akutmottagningens besökare är ”beroendepatienter” som är stökiga och resurskrävande. Det förekommer att det vistas upp till 30 patienter i lokalerna samtidigt, varav en del också har med sig sina anhöriga. Under 2018 tog akutmottagningen som mest emot 61 patienter under ett dygn. I samtal med JO:s medarbetare påtalade personalen att risken för att patienterna blir utagerande ökar när det blir långa väntetider.

Dagarna före inspektionen hade personalen fått besked om att tillnyktringsenhetens 30 platser vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset skulle komma att stänga från och med den kommande måndagen. Vid samtal med personalen kom det fram att akutmottagningen inte har vidtagit några åtgärder inför en förväntad ökning av antalet patienter.

I Sahlgrenska Universitetssjukhusets rutindokument Tillsynsgrad och utgång anges: ”Normal tillsyn innebär en kunskap om patientens allmänna hälsotillstånd och att veta var patienten befinner sig, t ex om patienten är på eller utanför avdelningen.” I rutinen anges vidare att den arbetsledande sjuksköterskan ansvarar för att tillsyn utförs vid förhöjd tillsynsgrad. Varje tillsynstillfälle signeras av ansvarig personal. JO:s medarbetare noterade att det inte är angivet vem som ansvarar för att sådan tillsyn utförs eller hur den ska dokumenteras.

Personal uppgav att normal tillsyn innebär att personalen har ett gemensamt ansvar för att se till patienterna en gång varje timme, men att det inte går att ha kontroll över alla patienter när det är många personer som vistas i lokalen samtidigt. Normal tillsyn dokumenteras inte. Vid s.k. förhöjd tillsyn dokumenteras vem som har utfört tillsynen, och tidpunkten, på en särskild tillsynslista. Vid ständig tillsyn, t.ex. när en patient är fastspänd, gör personalen kontinuerliga bedömningar av patienten och en sjuksköterska ansvarar för att dokumentera dem i patientens journal.

Patienterna kan låsa om sig på toaletterna men personalen kan alltid öppna dörren. Personal uppgav att toaletterna hålls låsta om det finns patienter med känt självskadebeteende i lokalerna. Patienterna får då be om tillträde.

Vid en granskning av avvikelserapporter noterade JO:s medarbetare två rapporter som rör att patienter har skadat sig själva på toaletten. I dessa rapporter anges som förslag på åtgärd att toaletterna ska vara låsta när det är många patienter och låg bemanning. I en annan rapport anges att en patient som väntade på transport avvek från mottagningen utan att personalen märkte det. I några rapporter anges att personalen förväxlade patienterna och att en patient var kvar i lokalerna lång tid efter att han blivit utskriven.

Transporter

Under 2018 transporterades 13 procent av besökarna till akutmottagningen av poliser. Det finns inte någon uppgift om hur många som transporterades till mottagningen av Kriminalvården, Nationella transportenheten (NTE). Enligt personal transporteras förvarstagna från förvaret i Källered av Migrationsverkets personal eller poliser. Statens Institutionsstyrelse transporterar inte själva sina klienter till akutmottagningen.

Majoriteten av akutmottagningens patienter transporteras till vårdavdelningar inom Östra sjukhuset eller till Sahlgrenska sjukhuset. Enligt den rutin som finns ska i första hand ambulans väljas för dessa transporter.³

³ Handräckning, biträde och transport av Polismyndighet samt Kriminalvård, VGR, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, doknr 27417, giltig från 2018-06-27, version 8.

En specialistläkare bedömer hur en patient ska transporteras. Därefter är det en sjuksköterska eller skötare som vid behov gör en begäran om handräckning. I det nämnda rutindokumentet anges i vilka fall Polismyndigheten eller Kriminalvården ska kontaktas för en begäran om handräckning. Det framgår bl.a. att Kriminalvården endast handräcker patienter som har ett beslut om intagning.

Akutmottagningen har inte någon uppgift om hur stor andel av de frihetsberövade patienterna som transporteras från mottagningen av Kriminalvården. Personal framhöll att Kriminalvården har svårt att utföra akuta transporter, och att det är svårt att få besked från dem om när transporten kan genomföras. Det kom även fram att det kan bli långa väntetider för ambulanstransporter. När patienter blir kvar på mottagningen i väntan på transport ”stoppar det upp” verksamheten eftersom det orsakar köer och ofta blir resurskrävande, t.ex. för att en patient blir stökig och behöver vara på ambulansintagssidan. Det förekommer även att patienter behöver övernatta på mottagningen i väntan på transport. Det framfördes önskemål om att psykiatrin borde ha en egen transportverksamhet.

Patienter som ska transporteras längre sträckor, t.ex. utomlänspatienter och personer som är omhändertagna med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), placeras på en vårdavdelning i väntan på att den längre transporten kan genomföras.

Personalen reagerade på att kriminalvårdarna inledningsvis använde fängsel på ett sätt som inte var motiverat. Efter att företrädarna för vårdinrättningen förde fram det i den regionala samverkansgruppen⁴ är det numera ovanligt att kriminalvårdarna använder fängsel vid handräckningar, och kriminalvårdarnas bemötande av patienterna har blivit bättre. Flera nyanställda kriminalvårdare är också psykiatriskt utbildade.

Enligt personal är det inte ovanligt att patienterna får vänta 6–10 timmar på transport med såväl ambulansen som Kriminalvården. För att undvika väntetider brukar personalen vända sig till Polismyndigheten, även i de fall där Kriminalvården ska utföra transporten, och försöka ”lirka” med dem. Det gäller framför allt transporter av patienter till de olika sjukhus som tillhör Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Akutmottagningen rapporterar avvikelser som rör transporter. Vid en granskning av dessa noterade JO:s medarbetare flera rapporter som handlar om att patienter blivit kvar på akutmottagningen för att NTE gett besked att de inte kan utföra transporten förrän dagen därpå. I ett av ärendena hade inte heller Polismyndigheten velat utföra transporten med hänvisning till att det är NTE:s uppdrag. I en

⁴ Gruppen består av representanter för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Kriminalvården och Polismyndigheten.

rapport framgår att socialtjänsten ville att en patient som var omhändertagen med stöd av 13 § LVM skulle få stanna kvar på akutmottagningen några dagar i väntan på att en plats kunde ordnas i ett LVM-hem. Som direkt vidtagen åtgärd anges: ”Patienten släpps ut. Ny bedömning enligt §13 § LVM får göras när soc ordnat boende.”

Tvångsåtgärder

Under 2018 fattades det 40 beslut om fastspänning och 49 beslut om medicinering under fasthållning vid akutmottagningen. Det fattades inte något beslut om avskiljande eller visitation.

Vid granskning av avvikelserapporter uppmärksammade JO:s medarbetare en notering om att ”en mycket somatiskt sjuk blir bältad i nödvärn”. I patientens journal finns inte någon beslutsdokumentation avseende fastspänningen. Det framgår inte heller vid vilken tidpunkt fastspänningen upphörde.

JO:s medarbetare uppmärksammade även två avvikelserapporter som rör en somalisk kvinna. Vid ankomsten till akutmottagningen bedömdes hon som psykotisk, och hon blev fastspänd och tvångsmedicinerades. Kvinnan hade fött barn sex dagar tidigare. I en av rapporterna anges: ”Vårdintyget hade blivit godkänt på bas av utåt agerande beteende, ej samtal. [...] Patientens beteende på psykiatri akuten tolkas som en smärtreaktion, präglad av den kultur patienten är uppvuxen i. Bältning och läkemedels administrering kan ha medfört psykiska och fysiska skador.”

Med anledning av avvikelserapporterna begärde JO att få ta del av patientens journal. I den framgår bl.a. följande: Det var inledningsvis omöjligt att skapa en verbal kontakt med patienten som var mycket ångestladdad och upprepade den muslimska trosbekännelsen på arabiska. Patienten gick inte att avleda. Efter att vårdintyg och kvarhållningsbeslut fattats beslutades kl. 11.35 om fastspänning och därefter om läkemedelstillförsel. Såvitt framgår anlätades ingen tolk som talade patientens språk. Sjukvårdspersonalen samtalade dock med patientens make samt med två av hennes väninnor. Det kom inte fram några uppgifter om att patienten haft någon sjukdom eller kontakt med psykiatri tidigare. Vid kontakt med kvinnokliniken kom det fram att patienten i samband med förlossningen hade drabbats av en allvarlig bristning och kunde behöva smärtlindring. Patienten misstänktes lida av post partum psykos och kriterierna för tvångsvård bedömdes vara uppfyllda. I samband med beslut om intagning kl. 12.20 fattades även beslut om att patienten skulle överföras till en psykiatrisk vårdavdelning vid Mölndals sjukhus. Det framgår inte hur länge patienten hölls fastspänd.

Av journalen framgår att patienten ankom till Mölndals sjukhus ca 3,5 timmar efter det att beslutet om intagning hade fattats. Där konstaterades inledningsvis att patienten var lugn men nedstämd samt bedömdes vara i behov av kontinuerlig smärtlindring den närmaste tiden, på grund av bristningen. Vid rondens dagen

efter (en fredag) beslutades att patienten skulle flyttas till en avdelning på sjukhusets kvinnoklinik nästkommande måndag. Beslutet om vård enligt LPT hävdades vid rondan på måndagen.

Övrigt

JO:s medarbetare noterade att de psykiatriska tvångsvårdslagarna inte var anslagna på akutmottagningen.

Avslutande genomgång

JO:s medarbetare redogjorde för sina iakttagelser. Företrädarna för akutmottagningen anförde bl.a. följande:

Den fysiska miljön

Lokalerna är inte dimensionerade för antalet invånare i akutmottagningens upptagningsområde. Vid tiden då lokalerna projekterades fanns det ytterligare två psykiatriska akutmottagningar i Göteborg. Det finns inte några planer på att öppna fler psykiatriska akutmottagningar i Storgöteborg.

Inom kort kommer man påbörja en projektering för att iordningställa fyra PIVA-platser i akutmottagningens ambulansintagsdel. Det kommer inte innebära att lokalytan utökas. Förhoppningen är att de fyra platserna innebär att lokalerna kommer att användas mer effektivt, och att det i sin tur kommer innebära att vårdmiljön blir bättre för de patienter som behöver stanna kvar på mottagningen lite längre. Personalen får även en möjlighet att observera patienter under en längre tid än vad som nu är fallet. Som exempel framhölls att patienter ofta är påverkade av droger när de kommer till mottagningen och att substanserna behöver gå ur kroppen för att det ska vara möjligt att genomföra en läkarbedömning avseende deras behov av vård enligt LPT. Vidare nämndes att patienter kan bli pre-medicinerade innan de flyttas till en vårdavdelning.

Trygghet och säkerhet

JO:s medarbetare redogjorde för att man noterat rapporterade avvikelser som bl.a. rör självskadehandlingar på toaletter och att personalen inte har vetat var patienter har befunnit sig.

Företrädarna för akutmottagningen uppgav att man kontinuerligt analyserar mottagningens statistik över patientflödet, såväl över dygnet som över veckodagar och månader, för att i möjligaste mån kunna anpassa bemanningen. I dagsläget går det inte att se om det är vakanssituationen eller en för låg grundbemanning som varit orsak till de nämnda avvikelserna. Personalsituationen behöver stabiliseras för att ledningen för akutmottagningen ska kunna ta ställning till vilken bemanning som behövs. Inströmningen av patienter under dygnet är normalt högre från tidig eftermiddag till midnatt. För närvarande provar akutmottagningen ett nytt arbetsschema som innebär att man har färre anställda i tjänst under morgon och förmiddag och en högre bemanning under eftermid-

dag och kväll. Ledningen för akutmottagningen för även diskussioner med personalen om att se över arbetssättet på mottagningen. I det sammanhanget lyftes fram att det borde vara möjligt att utifrån en riskbedömning låta endast en anställd, i stället för två, vistas tillsammans med en patient på ambulansintags-sidan. Därmed skulle det bli fler anställda kvar i receptionsdelen. Ledningen har även fört fram tankar om att installera övervakningskameror för att underlätta tillsynen. Det finns dock ett stort motstånd från personalen mot dessa förslag.

Akutmottagningens personal tas i anspråk på ambulansintagssidan när någon patient är fastspänd eller av andra skäl behöver vistas där, liksom när någon patient behöver spännas fast på en vårdavdelning. Sektionsledaren (under kon-torstid) eller den ansvariga sjuksköterskan kan beordra in personal. Normalt görs det om det är ett extremt inflöde av patienter eller om någon anställd blivit sjuk. I praktiken blir det dock ofta personal från andra avdelningar som hjälper till eftersom det tar tid för någon extrainkallad anställd att inställa sig.

Företrädarna för akutmottagningen uppgav att man på olika sätt försöker göra arbetsplatsen attraktiv för vårdpersonalen. Som exempel nämndes färre schema-lagda helger och möjlighet till kompetensutveckling under arbetstid. Vidare har man diskuterat kombinationstjänster med tjänstgöring i t.ex. ambulansverksam-heten eller på en vårdavdelning under en del av tiden.

Företrädarna för akutmottagningen bekräftade att personalen har ett gemensamt ansvar för tillsynen över de patienter som har normal tillsynsgrad, och att sådan utförd tillsyn inte dokumenteras. På fråga från JO:s medarbetare höll de med om att ansvaret för sådan tillsyn, jämte dokumentation av genomförandet, behöver förtydligas.

På fråga från JO:s medarbetare om vilka åtgärder som vidtagits inför nedlägg-ningen av tillnyktringsenheten, uppgav verksamhetschefen att han dagen efter inspektionen skulle delta i ett möte med företrädare för Polismyndigheten och VO Beroende. Tanken är att de personer som väntar på LVM-vård ska tas emot av ordinarie beroendeenheter och att övriga påverkade personer ska tas om hand av polisen (om de är utagerande), av den somatiska akutmottagningen (soma-tiskt sjuka) eller av socialtjänsten. Även om det formellt inte kommer att vara den psykiatriska akutmottagningens ansvar att ta emot dessa personer kommer det behöva göras en bedömning av dem som kommer till mottagningen. Det är en grannliga uppgift att skilja ut personer som är somatiskt sjuka från de som är i behov av psykiatrisk vård. I nuläget har socialtjänsten inte någon verksamhet för att kunna ta emot dessa personer. Den nuvarande ledningen för beroende-enheten har ”en vision” att inrätta en beroendeakut, men det blir ytterst en fråga om ekonomi, lokaler och bemanning.

Transporter

Företrädarna för akutmottagningen uppgav att den regionala samverkansgrup-pen träffas två gånger per termin. Diskussionerna där har bl.a. resulterat i att mottagningen har en ”snabbfil” för suicidbedömning av Kriminalvårdens

klienter. Verksamhetschefen underströk att de som deltar i samverkansgruppen behöver ha ett formellt beslutsmandat, eftersom risken annars är att det inte sker några förändringar.

Företrädarna uppgav att de inte följer upp hur Kriminalvårdens handräcknings-transporter genomförs. På fråga från JO:s medarbetare om vem som ansvarar för att göra transporter säkrare för patienterna uppgav företrädarna att de inte har det ansvaret. Det finns inte någon rutin som ålägger personalen att dokumentera t.ex. märken efter handfångsel, men det följer av det allmänna omvårdnadsarbetet. Det är en läkare som bedömer om en patient är i transportabelt skick och hur transporten ska ske. Kriminalvårdens blankett för begäran om handräckning fylls i och faxas till Kriminalvården. Underlaget sparas inte på akutmottagningen. Det går inte heller att i annan dokumentation i efterhand se varför man begärt handräckning.

Verksamhetschefen uttryckte att det borde finnas en rutin för att i patientjournalen dokumentera skälen för begäran om handräckning.

Vid protokollet

Ellen Ringqvist

Justeras den 2019-07-11

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:

Möjligheten att bedriva en god och säker vård

Jag ser mycket positivt på att akutmottagningen kan erbjuda patienterna mat och dryck. Det är också positivt att patienterna har tillgång till en utegård och att de har möjlighet att sköta sin personliga hygien.

Av protokollet framgår att det har förekommit att 30 patienter, varav en del med anhöriga, vistats i lokalerna samtidigt, och att personalen då inte haft kontroll över patienterna. I sammanhanget noterar jag att det har inträffat allvarliga incidenter där patienter bl.a. försökt ta sina liv. Personalen har fört fram att det behövs fler triageringsrum och rum där patienter kan vänta på att bli bedömda av en läkare. Vidare har det kommit fram att personalen anser att grundbemanningen inte är tillräcklig för att det ska vara möjligt att bemanna mottagningens båda lokaldelar.

Det framgår också att det flera gånger i veckan förekommer att patienter i väntan på transport, eller på att en vårdplats ska bli ledig, behöver stanna över natten på akutmottagningen trots att där officiellt inte finns några vårdplatser.

Jag kan konstatera att Västra Götalandsregionen har valt att ha endast en psykiatrisk akutmottagning för vuxna i hela Göteborgs kommun, jämte några kranskommuner. Under kvällar och nätter tar man dessutom emot patienter från ytterligare några kranskommuner. Akutmottagningen har i dag ett betydligt större patientunderlag än vad den ursprungligen var avsedd för. I sammanhanget har det även betydelse att det inte finns någon särskild beroendeakutmottagning i Göteborg, och att de patienter som annars skulle ha sökt sig till en sådan mottagning utgör en majoritet av den psykiatriska akutmottagningens patienter. Vid de tillfällen då det blir en hög inströmning av patienter är det därför särskilt angeläget att det finns tydliga skyddsåtgärder i syfte att minska risken för att någon person far illa.

En sådan grundläggande skyddsåtgärd är att personalen har tillräcklig tillsyn över patienterna. Det är därför särskilt allvarligt att ansvaret för normal tillsyn inte är tydligt fördelat bland personalen och att sådan tillsyn inte dokumenteras. Jag noterar att företrädarna för akutmottagningen har uppgett att det finns skäl att förtydliga rutinen i denna del. Jag rekommenderar Västra Götalandsregionen att vidta åtgärder som säkerställer att det finns tillräckliga personalresurser på den psykiatriska akutmottagningen för att den tillsyn som bedöms nödvändig ska kunna utföras och att personalen alltid har tillgång till den information om patienterna som de behöver för att kunna utföra tillsynen på ett patientsäkert sätt. Detta bör vara en fråga som kan följas upp av den ordinarie tillsynsmyndigheten.

Efter en Opcat-inspektion av den psykiatriska akutmottagningen vid S:t Görans sjukhus i Stockholm (se JO:s dnr 5990-2018) konstaterade jag bl.a. att den verksamheten är kraftigt underdimensionerad och att de problem som är förknippade med de nuvarande lokalerna accentueras ytterligare när det uppstår svårigheter med att transportera patienterna vidare till vårdavdelningar. Även om förhållandena för de patienter som blir kvar på akutmottagningen vid S:t Görans sjukhus i många avseenden är sämre än vid akutmottagningen på Sahlgrenska universitetssjukhuset, så kan jag konstatera att lokalernas dimensionering får konsekvenser för de patienter som av olika skäl behöver övernatta där. Det finns därför skäl för mig att bl.a. inom ramen för kommande Opcat-inspektioner fortsätta följa hur det psykiatriska akutvårdsmottagandet organiseras i regionerna och vilka risker det kan medföra för patienterna.

De genomförda inspektionerna av psykiatriska akutmottagningar har visat att verksamheterna är underdimensionerade. Av den anledningen skickar jag en kopia av detta protokoll till Sveriges Kommuner och Landsting för kännedom.

Transporter

En begäran om handräckning av Kriminalvården eller Polismyndigheten får endast göras om det kan befaras att transporten inte kan utföras utan att användning av våld eller tvång behöver tillgripas, eller det annars finns synnerliga skäl (47 § andra stycket 6 lagen [1991:1128] om psykiatrisk tvångsvård, LPT, jämförd med 27 § lagen [1991:1129] om rättspsykiatrisk vård, LRV). Det är den myndighet som begär handräckning – i det här fallet Sahlgrenska Universitetssjukhuset – som ansvarar för att nu nämnda förutsättningar är uppfyllda. För att i efterhand kunna kvalitetssäkra verksamheten behöver man bl.a. kunna granska av vilka skäl en begäran om handräckning har gjorts. Enligt min mening är detta en uppgift som bör dokumenteras i patientjournalen. Jag delar verksamhetschefens uppfattning att det borde finnas en rutin för att dokumentera detta och rekommenderar Sahlgrenska Universitetssjukhuset att vidta lämpliga åtgärder.

Jag vill framhålla det positiva i att företrädare för akutmottagningen till Kriminalvården framfört synpunkter på ett som man uppfattat felaktigt användande av fängsel vid transporter av patienter. Det är också positivt att Kriminalvården tagit till sig dessa synpunkter och att myndighetens användning av fängsel har minskat. Jag har i andra sammanhang efterlyst den typen av samverkan mellan de myndigheter som berörs av de nya reglerna om transport av frihetsberövade personer (jfr mina uttalanden efter Opcat-inspektionerna av häktet Gävle och den psykiatriska akutmottagningen vid S:t Görans sjukhus i Stockholm [se JO:s dnr 4675-2018 och 5990-2018]). Slutligen är det positivt att personalen på akutmottagningen rapporterar avvikelser som rör transporter.

Tvångsåtgärder

Det har kommit fram att det saknas dokumentation om en fastspänning som ska ha skett i nödvärn (se s. 8). Vidare går det beträffande den patient som bedömdes ha drabbats av en post partum psykos inte att utläsa av journalen hur länge

hon var fastspänd. Jag vill erinra om de bestämmelser om dokumentation som finns i patientdatalagen (2008:355) och förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Det är av största vikt att vidtagna tvångsåtgärder alltid dokumenteras på ett sådant sätt att det i efterhand går att följa händelseförloppet. Jag förutsätter att Sahlgrenska Universitetssjukhuset vidtar nödvändiga åtgärder och erinrar personalen om detta.

Uppgifterna om den patient som bedömdes ha drabbats av en post partum psykos ger även upphov till frågor om när tolk behöver användas vid en bedömning av förutsättningarna för vård enligt LPT, liksom vilken betydelse patientens kulturella och religiösa bakgrund kan ha i detta sammanhang. Det kan finnas skäl för mig att återkomma i dessa frågor.

Jag noterar vidare att det av protokollet framgår att beslut om intagning endast undantagsvis fattas vid akutmottagningen och att det bl.a. sker när en patient, som i nyss nämnda fall, ska transporteras till ett annat sjukhus. Vid den avslutande genomgången har klinikledningen även framhållit att observationsplatser på mottagningen skulle göra det möjligt för personalen att observera patienter under något längre tid innan frågan om intagning prövas. Enligt klinikledningen finns det ett sådant behov i första hand när en patient är drogpåverkad. En längre observationstid gör att vårdpersonalen får bättre förutsättningar att bedöma om patienten verkligen är i behov av psykiatrisk tvångsvård.

Frågan om intagning ska enligt 6 b § LPT prövas skyndsamt efter undersökning av patienten, senast 24 timmar efter dennes ankomst till vårdinrättningen. Även med beaktande av det föreskrivna skyndsamhetskravet måste det enligt min uppfattning finnas situationer där en större andel av den angivna 24-timmarsfristen behöver tas i anspråk för att möjliggöra en tillförlitlig bedömning. Det är givetvis angeläget att grundläggande rättssäkerhetskrav inte får stå tillbaka av organisatoriska eller rent praktiska skäl, som exempelvis brist på lokaler.

Sammantaget uppkommer frågor om hur rättssäkerheten påverkas av det sätt på vilket den psykiatriska vården vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset är organiserad, där bl.a. patienter i behov av psykiatrisk tvångsvård behöver transporteras mellan olika sjukhus. I sammanhanget vill jag även hänvisa till att jag inom ramen för ett initiativärende har beslutat att granska hur Stockholms läns sjukvårdsområde har organiserat den psykiatriska slutenvården (JO:s dnr 1732-2019). Jag får således anledning att återkomma till dessa frågor.

Tvångsvårdslagstiftningen behöver anslås

Med anledning av att LPT och LRV inte var anslagna i lokalerna behöver akut-mottagningen vidta åtgärder så att kravet i 48 § andra stycket LPT och 30 § andra stycket LRV efterlevs.

2019-07-11

Elisabeth Rynning