

Opcat-inspektion av Region Norrbotten, allmänpsykiatriska slutenvården vid Sunderby sjukhus den 27–29 juni 2017

JO:s uttalande i korthet: ChefsJO uttalar att sjukhusledningen behöver se över klinikens lokaler och bemanning för att säkerställa att patienterna får en god och säker vård. Kliniken behöver även säkerställa en rättssäker användning av tvångsåtgärderna fastspänning, avskiljande och kroppsvisitation.

Kliniken behöver vidta åtgärder som säkerställer en rättssäker hantering av önskemål att få komma utomhus från patienter som vårdas frivilligt på kliniken, och att alla patienter erbjuds daglig utomhusvistelse. Kliniken ska senast den 29 mars 2019 redovisa vilka åtgärder man vidtagit i dessa avseenden.

ChefsJO rekommenderar kliniken att ha skriftlig information om de lagstadgade rättigheterna till patienterna och att den även kan tillhandahållas på andra språk än svenska.

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 den vuxenpsykiatriska slutenvården och barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården (BUP) vid Sunderby sjukhus i Luleå. Iakttagelserna rörande BUP redovisas i ett särskilt protokoll.

Inspektionen inleddes med att verksamheten vid den vuxenpsykiatriska slutenvården kortfattat presenterades av verksamhetschefen för vuxenpsykiatri vid Sunderby sjukhus, AA, och enhetschefen för slutenvårdsavdelning 32, BB. Därefter visades lokalerna vid en rundvandring.

JO:s medarbetare samtalade under inspektionen med fem patienter och sex anställda. En översiktlig granskning gjordes av bl.a. skriftliga rutiner, avvikelserapporter och den skriftliga information som lämnas till patienterna i samband med intagning.

Inspektionen avslutades med en genomgång där JO:s medarbetare redogjorde för sina iakttagelser. Vid redogörelsen deltog AA, BB, biträdande

verksamhetschefen CC, enhetschefen för Beroendecentrum DD, och patientsäkerhetssamordnaren EE.

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

Vuxenpsykiatriska slutenvården

Den vuxenpsykiatriska slutenvården vid Sunderby sjukhus bedrivs vid avdelning 32¹ och en jourmottagning som är öppen dygnet runt.

Avdelning 32 bedriver psykiatrisk vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Personalen är indelad i två vårdlag. Det röda vårdlaget ansvarar för tolv vårdplatser. Det blå vårdlaget ansvarar för åtta vårdplatser, varav två platser nyttjas av Beroendecentrum.

På avdelningen finns en separat del för psykiatrisk intensivvård (PIVA). Där finns fyra vårdplatser varav två är platser för tillnyktring (TNE).

Under sommaren skulle de åtta vårdplatserna som tillhör det blå vårdlaget användas av Beroendecentrum. Vid tiden för inspektionen fanns fjorton

¹ Avdelningen bedriver vård i säkerhetsnivå 3, vilken är den lägsta säkerhetsklassen. Det innebär att det ska finnas 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).

patienter ineliggande på platser som tillhörde de blå och röda vårdlagen. Av dessa vårdades fem patienter med stöd av LPT, varav en kvinna.

Vid tiden för inspektionen vårdades fyra kvinnliga patienter på PIVA. En av dem vårdades med stöd av LPT.

Den genomsnittliga vårdtiden för LPT-patienter på avdelning 32 var vid tidpunkten för inspektionen 16,73 dagar. Fram till den första dagen för inspektionen hade 22 LPT-patienter samt 450 HSL-patienter tagits in på avdelningen under 2017.

Barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården

BUP vid Sunderby sjukhus utgör ett separat verksamhetsområde i förhållande till den vuxenpsykiatriska slutenvården. Det förekommer dock att särskilt vårdkrävande BUP-patienter vårdas på avdelning 32. Det finns en skriftlig rutin för hur samarbetet mellan avdelningarna i sådana fall ska gå till.

Bemanning och bemötande

Avdelning 32 har 59 tills vidare anställda och tillgång till timanställda. Av de tills vidare anställda är 22 sjuksköterskor, 35 skötare, och det finns bl.a. en deltidsanställd arbetsterapeut.

Region Norrbotten har slutit ett avtal med bolaget AB Mental Dental avseende köp av en bemanningsläkare för tjänstgöring som chefsöverläkare vid avdelning 32. Chefsöverläkaren är närvarande på avdelningen några dagar varannan vecka och är i övrigt tillgänglig på telefon under vissa tider. Chefsöverläkaren har delegerat till överläkare att fullgöra de uppgifter som chefsöverläkaren har enligt LPT. Vid tidpunkten för inspektionen var majoriteten av avdelningens överläkare inhyrda.

I samtal framförde personal att de var bekymrade över att det under senare tid varit en stor personalomsättning som medfört att det saknas erfaren omvårdnadspersonal på avdelningen. Flera av skötarna är nya och inte tillräckligt rutinerade för att veta hur de ska agera om en patient t.ex. försöker begå självmord. Under kvällstid tjänstgör två skötare för 14–15 patienter. Sjuksköterskorna hinner sällan delta i arbetet med patienterna. Den låga bemanningen medför att personalen har begränsad möjlighet att erbjuda patienterna aktiviteter.

Flera patienter bekräftade i samtal med JO:s medarbetare att det är låg bemanning på avdelningen och att personalen ofta hänvisar till att patienternas önskemål om aktiviteter får vänta till dess att det finns mer personal på plats. En patient uppgav att hon inte fått tala med sin läkare trots att hon vid flera tillfällen hade framfört detta önskemål till personalen. Hon upplevde att personalen inte lyssnade på henne. En annan patient anförde att det sällan finns personal tillgänglig på PIVA om man behöver hjälp med något.

Fysisk miljö

Lokalerna är svåra att överblicka och korridorerna är trånga. JO:s medarbetare noterade att lokalerna var stimulifattiga med över lag kala väggar. I lokalerna finns ett rum för ECT-behandling.

Vid inspektionstillfället var flera av bostadsrummen dubbelbelagda. JO:s medarbetare noterade att det i flera av rummen saknades möjlighet att reglera ljusinsläpp, dels för att persiennerna var trasiga i några rum och dels för att det saknades ett verktyg som behövdes för att kunna justera persiennerna.

En patient som delade bostadsrum framförde att han kände sig väldigt otrygg nattetid och att han hade svårt att sova eftersom det helt saknades möjlighet att reglera ljusinsläppet i rummet. Han hade även tidigare under vårdtiden fått dela rum med en patient vilken han upplevde som hotfull. Det ledde till att han då inte vågade sova.

I samtal med personal kom det fram att avdelningen sedan hösten 2016 tidvis varit överbelagd. Som mest hade 27 patienter vårdats på avdelningen och några av dem fick då sova i sängar som placerades i korridorerna.

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

Personal uppgav att patienterna under intagningsprocessen får muntlig information om sina rättigheter vid flera tillfällen. När patienterna kommer till avdelningen får de muntlig information av personalen om bl.a. rutiner, samt mat- och röktider. Patientens kontaktperson genomför även ett ankomstsamtal och lämnar då ytterligare information. Ankomstsamtalet ska hållas inom 24 timmar efter att patienten skrivits in på avdelningen. Om patienterna efterfrågar lagtext eller blanketter för överklagande skriver personalen ut dessa dokument. Personalen kan vanligtvis svara på patienternas frågor och behöver endast undantagsvis kontakta läkarna. Det finns en skriftlig informationsbroschyr som patienterna får. Den finns dock bara på svenska. Telefontolk används vid behov.

JO:s medarbetare noterade att nu nämnda broschyr bl.a. innehåller information om tider för medicindelning och måltider, besökstider för närstående samt regler för värdesaker, dator och telefon. Broschyren innehåller inte den information som enligt LPT ska lämnas till patienter. LPT fanns inte heller anslagen på avdelningen.

Flera av patienterna uppgav att de inte hade fått någon information om vad det innebär att vårdas enligt LPT, vilka rättigheter de har eller vilka beslut som går att överklaga. Samtliga av de patienter som JO:s medarbetare samtalade med

uppgav att de inte kände till vilka ordningsregler som gäller på avdelningen eller vem som var deras kontaktperson.

Utomhusvistelse

Rökning

Avdelningen har två uteplatser där patienterna kan röka. Den ena är ett mindre inhägnat utrymme i direkt anslutning till avdelningen. De patienter som inte tillåts gå utanför avdelningen är hänvisade dit för rökning och utevistelse. JO:s medarbetare noterade att utrymmet saknade skydd mot nederbörd.

Den andra uteplatsen är inte inhägnad. Dit kan patienter som får vistas utanför avdelningen med personal gå för att röka. De kan även röka på anvisad plats utanför huvudentrén till avdelningen.

Utomhusvистер i övrigt

De flesta patienter som vid inspektionstillfället vårdades enligt LPT hade s.k. frigång inom sjukhusets område, med eller utan personal. Två LPT-patienter fick inte lämna avdelningen.

Enligt personalen får HSL-patienter inte vistas utanför avdelningen om de t.ex. är suicidala, psykotiska, rymningsbenägna, eller om personalen inte känner dem tillräckligt väl. Vid inspektionstillfället gällde detta för fyra av HSL-patienterna. De övriga HSL-patienterna fick gå ut tillsammans med personal.

Personal uppgav att frigångsområdet utgörs av sjukhusområdet inklusive en näraliggande park. Patienterna får veta var frigångsområdet börjar och slutar när de är ute tillsammans med personalen. Området är dock inte utmärkt på något sätt.

Personal uppgav vidare att de normalt planerar för att kunna gå ut med patienter kl. 13.00–13.30 men att låg bemanning ibland medför att de inte kan följa med alla de patienter som vill gå ut. I sådana fall händer det att patienter inte får komma ut alls.

En LPT-patient uppgav att hans möjlighet till utomhusvistelse under en veckas tid varit begränsad till att vid ett tillfälle ha fått gå ut i det inhägnade rökutrymmet.

Fastspänning och avskiljning

Fastspänning

Av 19 § LPT framgår att 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. Av bestämmelsen framgår vidare att vårdpersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd.

Enligt vårdrutinen Fastspänning efter intagningsbeslut (VARD-5-257, version 4.0) ska det alltid finnas personal hos en patient som är fastspänd.

På avdelningen finns det ett rum med en fast monterad bältessäng.

Det nämnda rutindokumentet anger vad syftet med åtgärden fastspänning är, samt beskriver hur en sådan åtgärd verkställs, rapporteras och dokumenteras. Det framgår bl.a. hur många av personalen som bör delta, var någonstans var och en av dem bör hålla i patienten, samt vilka kroppsdelar på patienten som inte får greppas eller utsättas för belastning. Vidare framgår det att personalen ska vara tränad på genomförande av nedläggning, fasthållning och fastspänning genom bältesläggning. I fråga om upprepad bältesläggning anges följande i rutinen:

Om det finns behov av upprepad bältesläggning kan den nya fastspänningen räknas som ny period bara om man bedömt att patientens tillstånd i mellanperioden varit sådant att denne kunde släppas ur bältet, dvs. att tillståndet fluktuerat med en relativt ”bra” period emellan.

Vid granskning av patientjournaler noterade JO:s medarbetare att en överläkare antecknat följande: ”Under rondan blir undertecknad informerad att patientens ätvanor har inte förbättrats och att hon är inte samverkande till avdelningsinsatser. Detta anses av undertecknad att bero på patientens grundproblematik och att innebära en stor hälsorisk för patienten.” Överläkaren beslutade att patienten fick spännas fast ”för att via kirurgi, sätta in nässond för att hjälpa patienten med matintagning/näringsdryck”. Patienten spändes fast den 10 maj 2017 kl. 9.55 togs ur bälte kl. 13.40 efter att samme överläkare beslutat att hon skulle släppas upp för ett toalettbesök. Överläkaren beslutade därefter om ny bältesläggning ”bältesfixering i fyra timmar” från kl. 13.50 med motiveringen: ”Patienten situation är oförändrat och ifall av hon lämnas fri, hon skall inte följa kirurgordinationen och detta kan innebära fortfarande en hälsorisk för henne.” Fastspänningen avslutades kl. 15.30 samma dag.

Personal uppgav att fastspänning används som en sista utväg när patienter är våldsamma. Personalen har utbildats i att använda en metod för att förebygga hot och våld (Resurser i möte med aggression–RESIMA). Utbildningen har dock inte medfört någon större förändring av hur personalen bemöter patienterna i situationer där hot och våld förekommer utan jobbar ”ungefär som man alltid har gjort”.

Avskiljande

Av 20 § LPT framgår att 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. Av bestämmelsen framgår vidare att en patient under den tid han eller hon hålls avskild fortlöpande ska stå under uppsikt av vårdpersonal.

Enligt vårdrutinen för Avskiljande, efter intagning (VARD-5-249, version 4.0) ska en avskild patient stå under fortlöpande uppsikt av personal som patienten känner väl och som han eller hon känner sig trygg med. Enligt personal innebär det att patienten ses till var 15:e minut.

Det finns inte något särskilt rum för avskiljande av patienter på avdelningen och beslut om avskiljande förekommer därför, enligt personalen, sällan. Personal uppgav att det har hänt att en patient hållits avskild, tillsammans med personal, i rummet för fastspänning.

Vidare kom det i samtal med personal fram att en patient kan bli ombedd att gå till sitt bostadsrum för att lugna ned sig, men det innebär inte att patienten i sådana fall hindras från att lämna sitt rum. Personalen kan också erbjuda en patient som är utåtagerande lugnande läkemedel eller att få vara på PIVA till dess att han eller hon har lugnat ner sig. I sådana fall går patienten självmant till PIVA och det är därför inte fråga om ett avskiljande i formell mening. Personalen meddelar en överläkare i efterhand att patienten har placerats på PIVA.

Medicinering mot en patients vilja

I dokumentet ”Tvångsvårdslagar LPT, ÖPT, LVM NÖDRÄTT OCH NÖDVÄRN” (2015-03-05) anges bl.a. att en patient kan bli föremål för tvångsmedicinering om han eller hon visar dålig följsamhet eller om det uppstår en instabil situation där patienten behöver antipsykotisk- eller sederande medicinering. Vidare framgår det att all medicinering mot patientens vilja ska dokumenteras som en tvångsåtgärd.

Personal uppgav att tvångsmedicinering inte registreras som en tvångsåtgärd utan endast som en journalanteckning.

Kroppsvsitation och ytlig kroppsbesiktning

Enligt 23 § LPT får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas om det är nödvändigt för kontroll av att han eller hon inte bär med sig sådan egendom som avses i 21 § eller, när det gäller en patient vars rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster är inskränkt, utrustning som avses i 20 a §. Av 23 a § LPT framgår att bestämmelserna i 21 och 23 §§ ska gälla alla som vårdas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård.

I vårdrutinen för Kroppsvisitering och ytlig kroppsbesiktning (VARD-5-251, version 2.0) som är daterad den 29 september 2014 anges följande:

HSL – För den öppna hälso- och sjukvården finns ingen laglig rätt till kroppsbesiktning/ytlig kroppsvisitering av patienter. Dessa patienter förutsätts respektera de råd som ges. Om riskvärderingen innebär att allvarlig risk föreligger och att patienten ej godtar rådet måste särskilt ställningstagande om konvertering till tvångsvård göras och bakjour omgående kontaktas.

[...]

Kroppsvsitering/ytlig kroppsbesiktning får inte vidtas rutinmässigt utan endast i särskilda fall. Det måste alltid finnas en bedömning av om åtgärden är befogad och det måste således föreligga en konkret anledning för att få tillgripa åtgärderna.

I dokumentet Visitering, rutin (NSPSSY-4-432) daterad den 4 oktober 2016 anges följande:

För patienter som vårdas enligt HSL gäller följande:

[...]

I samband med att patienten kommer in på avdelningen ska kroppsvisitering utföras. Genomgång av alla patientens tillhörigheter och kläder utförs med stor noggrannhet av två personal tillsammans med patienten. Patienten får information om varför detta är rutin. Kroppsvisitering ska även utföras när patienten kommer åter till avdelningen efter permission. Detta utförs av den personal som tar emot patienten.

[...]

För patienter som vårdas enligt LPT gäller följande:

[...]

För visitering alternativt inlåsning av patientens tillhörigheter enligt ovan krävs i varje enskilt fall en bedömning av chefsöverläkare eller specialist med chefsöverläkaruppdrag.

I samtal med personal kom det fram att alla patienter kroppsvisiteras i samband med intagning och efter att de vistats utanför avdelningen. En överläkare, som hade tjänstgjort på avdelningen under några månader, uppgav att han aldrig hade fattat något beslut om kroppsvisitation. Han kände inte heller till i vilken utsträckning patienter blir kroppsvisiterade.

Tillsyn

Lokal rutin för tillsyn

Av dokumentet Rutin Tillsynsgrader psykiatri (NSPSSY-4-425, version 3.0) framgår följande:

Extra vak innebär att en patient står under ständig tillsyn av personal genom konstant ögonkontakt. Extra tillsyn innebär att en patient ses till med 15 eller 30 minuters intervall. Normal tillsyn innebär att en patient ses till en gång varje timme. Det är en läkare som beslutar om extra vak och extra tillsyn.

Därtill kan en sjuksköterska ordinera och avsluta omvårdnadsvak eller omvårdnadstillsyn, om det finns risk att en patient t.ex. kan falla och göra sig illa, eller om en patient beter sig aggressivt eller har en somatisk sjukdom.

För varje arbetsskift ska det finnas en lista där det framgår vilken tillsynsgrad som gäller för var och en av patienterna på avdelningen, och vem i personalen som ansvarar för tillsynen. Vid varje tillsyn ska personal göra en bedömning av hur patienten mår utifrån den indikation som finns för tillsynen. All personal kan besluta om utökad tillsynsgrad, men det är endast läkare som kan besluta om att minska eller avsluta tillsyn.

I patienternas journaler ska det tydligt framgå vilket tillsynsintervall som ordinerats, vem som ordinerat tillsynen och vilken indikation det finns för den beslutade tillsynen.

För varje arbetsskift ska det genomföras en utvärdering av hur varje patient mår. Utvärderingen ska dokumenteras i patienternas journaler.

Personalens redogörelser om hur tillsyn fungerar

I samtal med personal kom det fram att alla nya patienter inledningsvis får tillsyn med 15 minuters intervall.

Normal tillsyn innebär vanligtvis att patienterna ses till en gång varje timme. En anställd uppgav att det inte finns någon utpekad person som ansvarar för normal tillsyn över patienterna. Normal tillsyn innebär att det inte behövs någon särskild kontroll av hur patienten mår.

Nattpersonalen tittar rutinmässigt till samtliga patienter kl. 22, 1, 4, och 6.

För varje patient som är föremål för extra vak eller extra tillsyn finns det en utsedd ansvarig bland personalen. Den ansvarige bär en särskild namnbricka där tillsynsuppgiften framgår. När tillsynsuppgiften övergår till någon annan lämnas namnbrickan över tillsammans med relevant muntlig information om patienten. För patienter som är föremål för extra vak dokumenteras utförd tillsyn fortlöpande i journalen varje timme. Sådant som noteras är t.ex. hur patienten mår och om han eller hon har ätit mat. Det förs dock inte någon löpande dokumentation i journalen av utförd tillsyn över patienter som är föremål för extra tillsyn. Den som ansvarar för tillsynsuppgiften i dessa fall avgör om något som har inträffat är så anmärkningsvärt att det ska dokumenteras i journalen. I annat fall skrivs en sammanfattande journalanteckning efter avslutat arbetspass.

Avvikelse rapporter

Vid en översiktlig granskning av avvikelserapporter noterade JO:s medarbetare sex rapporter som handlade om brister i tillsynen av patienter. Tre av dessa rörde patienter med extra vak. En rapport handlade om att tre patienter under en kort tid hade lämnats ensamma utan personal på PIVA. En rapport handlade om att en patient som inte fick lämna avdelningen ensam hade släppts ut av personal som tillhörde ett annat vårdlag än där patienten var placerad. En rapport handlade om att en sjuksköterska på grund av personalbrist inte kunde ordinera omvårdnadsvak för en patient.

Avslutande genomgång

JO:s medarbetare redogjorde för sina iakttagelser under inspektionen. Företrädarna för den vuxenpsykiatriska slutenvården uppgav följande:

Bemanning och organisation

Avdelning 32 har periodvis haft överbeläggning och vårdkrävande patienter vilket har medfört en ansträngd arbetssituation. Många av de anställda har "rasat av stress och utmattnings". Alla skötartjänster på avdelningen är tillsatta men flera medarbetare har under våren varit sjukskrivna. För att upprätthålla bemanningen har timanställda vikarier tagits in och ordinarie personal har arbetat extra. Det har medfört att det finns fler timvikarier i tjänst eftersom man

behövt ha en högre bemanning för att verksamheten ska vara patientsäker. Vid överbeläggning kan även de vårdplatser som tillhör Beroendecentrum användas.

Kliniken har ett samarbete mellan de psykiatriska klinikerna i länet och patienter kan vid behov föras över till t.ex. Gällivare eller Piteå. Man har även infört en process benämnd Trygg vårdövergång som bl.a. innebär att man följer patienten under fyra veckor efter utskrivning från avdelningen och kan påbörja behandling i hemmet av patienter som ska överföras till öppenvården.

Kliniken hade strax före inspektionstillfället haft tre fasta överläkartjänster utlysta men inte fått några sökande. För att kunna anställa och behålla läkare och sjuksköterskor behöver sjukhusets rekryteringsarbete förbättras.

De överläkare som har bakjour arbetar på distans och ska kunna inställa sig på avdelningen inom 30 minuter. Primärjouren skriver in nya patienter och LPT-bedömningen av dessa görs av en överläkare senast dagen efter.

Chefsöverläkaren är på kliniken två dagar i månaden och fyra veckor kring jul samt under sommaren. Till hösten ska hans närvaro på kliniken utökas till två dagar varannan vecka. Verksamhetschefen framhöll att chefsöverläkaren alltid är tillgänglig per telefon, men tillstod att det inte är en optimal lösning att han arbetar på distans.

Information om rättigheter

LPT finns tillgänglig på svenska och vid behov kan personalen, via internet, skriva ut lagen på flera andra språk.

Det går att effektivisera arbetet på kliniken så att skötare med uppdrag att vara kontaktpersoner får mer tid att tala med sina patienter.

Tillsyn

Lokalerna på avdelning 32 gör att det inte är möjligt för personalen att ha en tillfredsställande överblick över patienterna. För de lokaler som ska tas i bruk 2021 är överblickbarheten prioriterad.

Enhetschefen höll med om att det inte uttryckligen anges i de skriftliga rutinerna vad det är för tecken hos patienter som personalen ska vara uppmärksam på i samband med tillsyn. Man ska försöka komplettera rutinen med det.

Det finns en arbetsgrupp på kliniken som ser över rutinerna för dokumentation och till hösten ska ett nytt system för omvårdnadsdokumentation införas. Där kommer även genomförd tillsyn att dokumenteras.

Fysisk miljö

Det går inte att reglera ljusinsläppet i patienternas bostadsrum eftersom den slags vev som behövs för att manövrera persiennerna inte längre tillverkas.

En ombyggnation av Sunderby sjukhus ska påbörjas under hösten 2017 och kommer att omfatta uppförandet av nya lokaler för vuxenpsykiatri som ska kunna tas i bruk 2021.

Utomhusvistelse

Patienter som vill röka hänvisas oavsett väder till den inhägnade uteplatsen som saknar skydd mot nederbörd.

Det förekommer att patienter som vårdas enligt HSL inte får gå utanför avdelningen på grund av t.ex. suicidrisk. Personalens uppgift är att skydda dessa patienter och man för en ständig dialog med patienterna om vad de tillåts göra.

Tvångsåtgärder

Alla medarbetare har genomgått en utbildning i RESIMA och det finns två instruktörer på kliniken.

Genomförda tvångsåtgärder rapporteras inte som avvikelser men dokumenteras kortfattat av läkare och sjuksköterskor i en beslutsjournal som förs särskilt. I patientjournalen skrivs mer utförligt om händelsen, bl.a. vilken personal som deltagit i tvångsåtgärden.

Kliniken har deltagit i SKL:s projekt Bättre vård, mindre tvång, och antalet tvångsåtgärder har minskat genom att man bl.a. har arbetat med personalens bemötande, samtal med patienterna och en förbättrad vårdmiljö. Genomförda tvångsåtgärder följs upp på verksamhetsnivå genom en månadsvis granskning av patientjournaler och en sammanställning av de åtgärds-koder som förs över till Socialstyrelsens patientregister. Statistik över genomförda tvångsåtgärder kan bara tas fram för avslutade patientärenden, dvs. patienter som har skrivits ut från kliniken.

Verksamhetschefen påtalade att avdelningen behöver ett rum för avskiljande och anförde det som en nödvändig förutsättning för att kunna minska antalet fastspänningar.

Alla patienter – oavsett om de vårdas enligt LPT eller HSL – visiteras enligt den skriftliga rutinen. Individuella bedömningar av behovet att visitera en patient görs endast undantagsvis.

Vid protokollet

Ellen Ringqvist

Justeras den 8 november 2018

Gunilla Bergerén

Uttalanden av chefsJO 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 vid 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 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 (CPT) uttalade efter sitt besök i Sverige 2003 att bemanningen 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).

Det framgår av protokollet att personalsituationen, tillsammans med överbeläggningar och många vårdkrävande patienter, bl.a. medför att patienterna på avdelning 32 får begränsade möjligheter till sysselsättning och utomhusvistelse. Det har kommit fram att chefsöverläkaren, som är ansvarig för ledningsuppgifter i fråga om psykiatrisk tvångsvård, sällan är på plats på kliniken och att personalen saknar tillräcklig kunskap om den lagstiftning som reglerar verksamheten och om klinikens rutiner. Vidare framgår av protokollet att befintliga skriftliga rutiner innehåller felaktigheter och behöver ses över samt förtydligas. Därtill har personal anfört att det är svårt att rekrytera läkare och att kliniken under en längre tid haft en stor omsättning av personal med många nyanställda och timanställda. Personal har också påtalat att det behövs ett särskilt rum för avskiljande på avdelningen som en nödvändig förutsättning för att kunna minska antalet fastspänningar.

Med anledning av vad som kommit fram behöver sjukhusledningen se över klinikens lokaler och bemanning i syfte att säkerställa att patienterna får en god och säker vård. Jag kommer att fortsätta följa frågan.

Tvångsåtgärder

Fastspänning

Jag vill inledningsvis understryka att en fastspänning med stöd av 19 § LPT innebär att en patient kortvarigt får spännas fast om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan.

Jag vill även erinra om JO Kerstin Andrés uttalande efter inspektionen av Piteå älvuds sjukhus i maj 2006 (dnr 2172-2006).

Det avgörande vid bedömningen av om det är fråga om en ny fastspänning är vad som i det enskilda fallet var skälet till att fastspänningen upphörde. Om uppehållet beror på ett toalettbesök eller liknande skall det inte betraktas som om fastspänningen upphört. Om fastspänningen har upphört på grund av att man gjort bedömningen att förutsättningar för fastspänning inte längre föreligger och det en kort tid därefter visar sig att patienten på nytt riskerar att skada sig själv eller andra, kan det vara fråga om en ny fastspänning.

När det gäller tiden för fastspänning har jag förståelse för att man – när fastspänning skett under så lång tid att synnerliga skäl krävs för fortsatt fastspänning och skyldigheten att underrätta Socialstyrelsen inträder – gör ett försök att släppa upp patienten. Det kan givetvis förekomma att en patient, som släpps upp efter närmare fyra timmar i bälte på grund av att det inte finns synnerliga skäl för fortsatt fastspänning, efter en kort tid betar sig på ett sådant sätt att det på nytt finns skäl för fastspänning. Det får dock inte förekomma att man släpper upp en patient ur bälte *enbart* i syfte att få varje fastspänning att vara kortare tid än fyra timmar och därigenom kringgå reglerna om synnerliga skäl och underrättelseskyldighet.

Vad som framgår av protokollet rörande en patient som var fastspänd (s. 6) väcker frågor. Jag vill därför uppmana kliniken att se över hur man använder tvångsåtgärden fastspänning så att åtgärden endast vidtas i enlighet med lagen och under så kort tid som möjligt.

Jag kommer att fortsätta följa frågan om fastspänning som används i syfte att ge en patient behandling mot dennes vilja.

Avskiljande

Jag noterar att det inte finns något särskilt rum för avskiljande på avdelning 32. Det framgår av protokollet att personalen försöker få patienter som är utåt-agerande att frivilligt vara på sina rum eller i ett rum på PIVA.

Patienter som vårdas med stöd av LPT befinner sig i en mycket utsatt situation. Jag ser givetvis positivt på att personalen arbetar för att minska behovet av tvångsåtgärder. Det är dock angeläget att man vid vårdinrättningar inte hamnar i lägen där vården bedrivs i en ”gråzon”, dvs. att det råder osäkerhet om huruvida åtgärder står i överensstämmelse med lagstiftningen. Det får aldrig råda någon som helst tvekan, vare sig för personalen eller för patienterna, om när en tvångsåtgärd vidtas.

Med detta sagt förutsätter jag att kliniken vidtar åtgärder som säkerställer en tydlig och rättssäker tillämpning av avskiljande av patienter på kliniken (jämför JO 2014/15, s. 477, angående användningen av s.k. avgränsning).

Kroppsvisitation

LPT ger utrymme för att begränsa den enskilde 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 § LPT även tillämpas när det gäller patienter som skrivs in enligt HSL (23 a § LPT). Kontroll kan också avse innehav av teknisk utrustning för en patient vars rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster är inskränkt. Chefsöverläkaren fattar beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.

Jag konstaterar att kliniken tillämpar en skriftlig vådrutin för kroppsbesiktning och ytlig kroppsbesiktning som felaktigt anger att dessa åtgärder inte kan vidtas när det gäller HSL-patienter. Jag förutsätter därför att kliniken uppdaterar rutinen.

Jag noterar vidare att avdelningens skriftliga rutin för visitering inte tydligt anger att en bedömning i varje enskilt fall ska göras av behovet av att kroppsvisitera även en HSL-patient. Av protokollet framgår att personalen visiterar samtliga patienter enligt rutinen och att visitationerna endast undantagsvis föregås av individuella bedömningar. Jag förutsätter att kliniken vidtar åtgärder som säkerställer att ett beslut om visitation fattas i varje enskilt fall och att det föregås av en individuell bedömning.

Dokumentation av medicinering mot en patients vilja

Av protokollet framgår att personalen inte följer rutinen att medicinering mot en patients vilja ska dokumenteras som en tvångsåtgärd. Jag förutsätter att kliniken vidtar åtgärder som säkerställer att det i efterhand går att följa vilket tvång som har använts i samband med medicinering mot en patients vilja. Jag kommer att fortsätta följa frågan.

Tillsyn

Av protokollet framgår att tillsyn av en patient i ett fall inte kunde ordineras på grund av personalbrist, och att det förekommer försummelse i fråga om tillsyn av patienterna på avdelningen. Vidare framgår att genomförd tillsyn bara dokumenteras i patientjournalen om det har inträffat något särskilt eller varit fråga om extravak. Den personal som ansvarar för att tillsynsuppgiften utförs avgör vad som är så anmärkningsvärt att det bör dokumenteras.

Jag vill i detta sammanhang påminna om att de patienter som vistas på kliniken har av läkare bedömts ha ett behov av sluten vård, 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 behöver vidta åtgärder som säkerställer att det finns tillräckliga personalresurser för en sådan tillsyn över patienterna som bedöms nödvändig och att personalen alltid har tillgång till den information om patienterna som de behöver för att kunna utföra tillsynen på ett patientsäkert sätt.

Fysisk miljö

Av protokollet framgår att det i flera bostadsrum saknas möjlighet att reglera ljusinsläppet. Jag uppmanar kliniken att vidta åtgärder så att det går att reglera ljusinsläppet på ett sådant sätt att det bidrar till att patienterna får en god nattsömn.

Med anledning av att den inhägnade utomhusplatsen saknar skydd mot nederbörd vill jag hänvisa till att JO Lilian Wiklund efter en inspektion av Rättsmedicinalverket, Rättspsykiatriska utredningsavdelningen i Huddinge, uttalade att rastgårdar bör förses med regnskydd (se JO:s protokoll i dnr 5229-2013). Även CPT uttalade efter sitt besök i Sverige 2009 att rastgårdar bör förses med skydd mot stränga väderförhållanden (CPT/Inf [2009] 34, para. 97). Det finns givetvis inte anledning att se annorlunda på den saken när det gäller allmänpsykiatrisk slutenvård. Jag uppmanar därför kliniken att vidta åtgärder så att patienterna kan få skydd mot nederbörd på de platser dit de är hänvisade för utomhusvistelse.

Jag förutsätter även att de nu angivna synpunkterna beaktas vid planeringen av de nya lokalerna för vuxenpsykiatri.

Utomhusvistelse

Med anledning av vad som kommit fram om patienternas möjligheter till utomhusvistelse vill jag erinra om att JO Lilian Wiklund 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 i 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).

Av protokollet framgår att patienter som vårdas frivilligt på kliniken i vissa fall inte tillåts gå utanför avdelningen, eller att utomhusvistelsen är villkorad av att personal är tillsammans med dem. Jag vill understryka att hälso- och sjukvårdslagen inte erbjuder något lagstöd för att förhindra 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 och 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 sluten 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. Kliniken ska senast den 29 mars 2019 rapportera till JO vilka åtgärder som har vidtagits.

Information till patienter

Av protokollet framgår att den skriftliga information som patienterna får beskriver vissa regler och rutiner på avdelningen. Informationen finns endast tillgänglig på svenska. Vidare har det kommit fram att flera av patienterna inte vet vem som är deras kontaktperson eller vilka beslut som går att överklaga.

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 Stefan Holgersson efter en Opcat-inspektion 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. 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 32 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