

Opcat-inspektion av Västra Götalandsregionen, Södra Älvsborgs sjukhus, verksamhetsområde psykiatri, den 14–16 mars 2023

Inspektionen i korthet: Inspektionen avsåg barn- och ungdomspsykiatriska akutavdelningen. Vid inspektionen granskades patienternas möjlighet att vistas utomhus och protokollet innehåller bl.a. uttalanden om rätten till utomhusvistelse för patienter som vårdas med tvång. ChefsJO konstaterar att avdelningen varken har förutsättningar i den fysiska miljön eller en organisation som svarar upp mot patienternas lagstadgade rätt till minst en timmes utomhusvistelse varje dag. Västra Götalandsregionen måste omgående påbörja ett arbete för att komma tillrätta med detta.

Vid inspektionen kom det fram uppgifter om att det finns en osäkerhet bland personalen om vad som utgör tvång och var gränsen går för att vidta tvångsåtgärder. ChefsJO uttalar att det är viktigt att samtliga personalkategorier känner till regelverket och är trygga med vad som gäller i fråga om tvångsåtgärder. Västra Götalandsregionen behöver vidta erforderliga åtgärder för att tillgodose att det finns den kompetens som krävs i syfte att ge personalen det stöd och de kunskaper som de behöver för att kunna utföra sitt arbete. ChefsJO uttalar även att det av rätts-säkerhetsskäl är viktigt att dokumentationen i beslut och övriga handlingar är tydlig och inte innehåller motstridiga uppgifter. Ledningen behöver vidta åtgärder för att förbättra dokumentationen.

På chefsJO:s uppdrag har tre Opcat-inspektioner av barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård genomförts under det senaste året. ChefsJO konstaterar att det varierar hur fysiskt tvång används vid behandling utan samtycke. Denna fråga har uppmärksammats av JO vid flera tillfällen. JO har tidigare även väckt frågan om en översyn av lagstiftningen. ChefsJO uttalar att det som kommit fram under denna inspektion, liksom de två tidigare inspektionerna av barn- och ungdomspsykiatri, synliggör behovet av att lagstiftningen ses över. En kopia av protokollet skickas därför till regeringen för kännedom.

Inspektionens genomförande

På uppdrag av chefsJO Erik Nymansson genomförde enhetschefen Gunilla Bergerén en oanmäld inspektion av Västra Götalandsregionen, Södra Älvsborgs sjukhus, verksamhetsområde psykiatri, barn- och ungdomspsykiatriska akutavdelningen. Vid inspektionen deltog även rättssakkunniga Sanna Ekman och Clara Ljunggren.

Inspektionen inleddes med att chefsöverläkaren AA, som för närvarande också tjänstgör som vårdenhetschef, kortfattat presenterade verksamheten. Därefter förevisades avdelningen och delar av lokalerna fotograferades. JO:s medarbetare gjorde en översiktlig granskning av bl.a. informationsmaterial, riktlinjer och rutiner, checklistor, vårdplaner samt beslut om tvångsåtgärder. Vidare samtalade JO:s medarbetare med en patient, tre vårdnadshavare och ett tiotal anställda.

Inspektionen avslutades med en genomgång där företrädare för verksamhetsområde psykiatri gavs möjlighet att kommentera vissa av de iakttagelser som JO:s medarbetare hade gjort under inspektionen. Vid den avslutande genomgången deltog verksamhetscheferna BB och CC samt chefsöverläkaren AA.

Inspektionens syfte

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. 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.

Västra Götalandsregionen, Södra Älvsborgs sjukhus, verksamhetsområde psykiatri, har inte tidigare inspekterats av JO.

Inspektionen för vård och omsorg inspekterade barn- och ungdomspsykiatriska akutavdelningen den 5 oktober 2022 och meddelade beslut i sitt tillsynsärende den 12 maj 2023.

Uttalanden av chefsJO Erik Nymansson med anledning av inspektionen

I anslutning till protokollet finns uttalanden av chefsJO Erik Nymansson.

Iakttagelser vid inspektionen

Vid inspektionen gjorde JO:s medarbetare i huvudsak följande iakttagelser.

Organisation och uppdrag

Vid årsskiftet 2021/2022 gick barn- och ungdomspsykiatriska kliniken samman med vuxenpsykiatriska kliniken och bildar nu verksamhetsområde psykiatri. På barn- och ungdomspsykiatriska akutavdelningen vårdas patienter både enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Avdelningen tar emot patienter som är under 18 år. En vårdnadshavare eller annan anhörig ska som utgångspunkt vistas med patienten på avdelningen.

Akutavdelningen hade tidigare sex vårdplatser men antalet platser reducerades nyligen till tre. I samtal med personal framkom att bemanningen i princip är densamma som när avdelningen hade sex vårdplatser. Flera av personalen ifrågasatte neddragningen och uppgav att det är vanligt med överbeläggning. Under inspektionen var mellan tre och fem patienter (13–17 år gamla) inskrivna på avdelningen. Två av patienterna vårdades med stöd av LPT. Båda dessa patienter hade varit inskrivna på avdelningen tidigare. Vid tidpunkten för inspektionen hade de varit inskrivna utan avbrott i cirka en månad respektive tre veckor.

Akutavdelningen ligger i anslutning till barn- och ungdomspsykiatriska akutmottagningen och mellanvårdsavdelningen. När ett barn söker vård kommer han eller hon först till akutmottagningen där barnet får träffa en läkare. Om barnet bedöms vara i behov av inläggning förs han eller hon över till akutavdelningen. En patient kan även läggas in på akutavdelningen efter att ha haft kontakt med en läkare i öppenvården.

Akutavdelningen, akutmottagningen och mellanvårdsavdelningen har en gemensam vårdenhetschef. Det är samma personal som bemannar avdelningen och mottagningen. I samtal med personal kom det fram att en psykologtjänst varit vakant under en längre tid. Vid inspektionen var det även brist på sjuksköterskor.

Anställda beskrev att det som regel inte ges långsiktig behandling på akutavdelningen, utan verksamheten syftar till att avhjälpa akuta psykiatriska tillstånd. Flera av personalen uppgav att det finns ett glapp mellan den vård som ges på avdelningen och den vård som erbjuds efter utskrivning till öppenvården. De förde även fram att det är långa väntetider i öppenvården. Flera vårdnadshavare gav en liknande bild. De menade att det är problematiskt att patienterna inte får någon behandling på avdelningen och att det dessutom är långa väntetider för att få behandling i öppenvården. Det framkom även att övergången till öppenvården är särskilt komplicerad när patienten inte tillhör sjukhusets eget upptagningsområde. Enligt personalen är det inte ovanligt att samma patienter återkommer efter en tid på grund av att öppenvården inte har fungerat tillfredsställande.

JO:s medarbetare tog under inspektionen del av statistik som visar att belägningsgraden var 43,7 procent under 2022 (avseende sex vårdplatser). Under 2022 var antalet vårdtillfällen 199 stycken, varav 51 avsåg patienter som inte tillhör sjukhusets upptagningsområde. Av statistiken framgår även att medelvårdtiden var 5,16 dagar under 2022. Personalen berättade att patienter som vårdas på grund av ätstörning ofta har längre vårdtider.

Vid den *avslutande genomgången* uppgav ledningen att det inte finns behov av fler vårdplatser än tre, sett till sjukhusets eget upptagningsområde. Behovet kommer dock att utvärderas under året. Ledningen framhöll att det finns sex patientrum och avdelningen kan därmed ta emot fler patienter även om den är

fullbelagd med tre patienter. Neddragningen av platser har enligt ledningen inneburit vissa förbättringar. Om avdelningen är fullbelagd när den tar över en patient från ett annat sjukhus, blir det t.ex. tydligt att det är fråga om överbeläggning.

I fråga om vården efter utskrivning uppgav ledningen att patienterna ofta kallas till ett uppföljningsmöte i rimlig tid. Det stämmer dock att det kan dröja innan behandling påbörjas i öppenvården.

Den fysiska miljön

Verksamheten flyttade till nybyggda lokaler 2020. De allmänna utrymmena är väl tilltagna och har stora panoramafönster mot omgivningen. Patientrummen är bl.a. möblerade med två sängar, en för patienten och en för en vårdnadshavare eller någon annan närstående till patienten. Samtliga patientrum har egen toalett och dusch. I de allmänna utrymmena finns bl.a. bord samt en soffgrupp med tv och sällskapsspel m.m. Avdelningen har även ett ”stilla rum” som bl.a. används för återhämtning och samtal samt ett ”sinnenas rum” som patienterna kan visats i för att stimulera och fokusera på sinnen. Under inspektionen rörde sig patienter och vårdnadshavare i de allmänna utrymmena och ägnade sig åt pyssel, kortspel och studier med en lärare från sjukhusskolan.

Patientrummen ligger i ett ”LPT-ben” och ett ”HSL-ben”. Personalen uppgav att patienterna inte är strikt uppdelade, utan det görs en individuell bedömning av var en patient ska placeras. Det innebär att LPT-patienter och HSL-patienter kan ha sina rum i samma del av avdelningen. I LPT-benet ligger avskiljningsrummet och ett förrådsutrymme där en bältessäng är förvarad som kan tas fram vid behov.

Vid den *avslutande genomgången* berättade ledningen att lokalerna har utformats av en arkitektbyrå som bl.a. har utgått från evidens för vad som är en läkande vårdmiljö.

Utomhusvistelse m.m.

Akutavdelningen har tillgång till en utegård. Gården är belägen på bottenvåningen bredvid den gård som vuxenpsykiatrien använder. I jämförelse med vuxenpsykiatriens gård är BUP:s gård betydligt mindre. Akutavdelningen ligger en bit upp i huset och från fönstren har patienterna utsikt över de två gårdarna. Personal uppgav att BUP:s gård sällan används eftersom den inte ligger i anslutning till avdelningen och att det därför är krångligt att ta sig dit. Dessutom är den inte inhägnad, vilket medför att det säkerhetsmässigt inte är lämpligt för alla patienter att vistas på gården. I samtal nämnde anställda även att gården inte är adekvat utformad för den målgrupp som normalt vårdas på avdelningen, den har t.ex. en lekplats som är anpassad för betydligt yngre barn.

På avdelningen finns en balkong med ett gallerförsatt tak och väggar som delvis är i glas. Personal uppgav att patienterna själva avgör när de vill vara på balkongen. I samtal med en patient som vårdades med stöd av LPT framkom att

hon varken fick besöka utegården eller gå ut på annat sätt. Patienten var därmed hänvisad till balkongen för utomhusvistelse. Hon beskrev att det gjorde henne ledsen att se vuxenpsykiatrins rymliga gård och samtidigt vara medveten om att hon inte gavs samma rörelsefrihet som de vuxna patienterna. På fråga från JO:s medarbetare uppgav personalen att säkerhetsskäl låg bakom beslutet att patienten inte fick lämna avdelningen.

Vid inspektionen kom det fram att avdelningen är låst och att det krävs assistans av personalen för att komma både in och ut. JO:s medarbetare noterade bl.a. följande vid granskning av handlingar som rör denna fråga.

Av riktlinjerna för tillsynsgrad och utgång (Tillsynsgrad och utgång – bedömning inom VO Psykiatri, version 4.0) framgår att det bara är patienter som vårdas enligt tvångsvårdslagarna som kan hindras från att lämna avdelningen. För patienter som vårdas frivilligt kan detta ske endast genom en frivillig överenskommelse mellan patient och läkare. I de riktlinjer som gäller specifikt för barn- och ungdomspsykiatri (Vård enligt lagen [1991:1128] om psykiatrisk tvångsvård – LPT inom BUP, SÄS, version 10.0) finns ett särskilt avsnitt om förutsättningarna för att hålla avdelningen låst. Enligt dessa riktlinjer kan avdelningen låsas om det görs en överenskommelse om det med patienter som vårdas enligt HSL, men en sådan patient kan inte hindras från att lämna avdelningen annat än genom att man tar ställning till konvertering till LPT. I den broschyr om avdelningen som lämnas till patienter och vårdnadshavare finns information om varför dörrarna är låsta. Det anges även att om inte annat har beslutats av läkare, går det att be personalen om att bli utsläppt.

Personalen förde samstämmigt fram att patienter som vårdas frivilligt har rätt att lämna avdelningen om de begär det. Ofta finns det dock en plan för patienternas vistelse utanför avdelningen som innebär att de ska gå ut tillsammans med en vuxen. Personalen uppgav att patienter som vårdas med stöd av LPT ibland också kan få lämna avdelningen med en vuxen. Det förekommer att en ansträngd personalsituation medför att en patient inte kommer ut, när han eller hon inte har någon anhörig på plats.

Vid den *avslutande genomgången* uppgav ledningen att det bl.a. finns en basketkorg på BUP:s utegård som uppskattas av patienter i tonåren. Vidare har patienterna blivit allt yngre och vissa använder gungorna. På fråga från JO:s medarbetare svarade ledningen att deras uppfattning har varit att vistelse på balkongen tillgodoser en patients rätt till utomhusvistelse enligt 31 b § LPT. Personalen arbetar dock alltid för att det ska vara säkert för patienterna att kunna komma ut från avdelningen.

Det framkom att det har varit mycket diskussioner om lämpligheten i att avdelningsdörrarna är låsta. I beslutet att hålla dörrarna låsta vägdes öppenhet mot säkerhet. Ledningen uppgav att det är ett känt problem att en ansträngd personalsituation påverkar patienternas möjlighet till utomhusvistelse och att

det är bekymmersamt att bristande personalresurser kan medföra att patienter inte kommer ut från avdelningen.

Bemötande samt information om rutiner och rättigheter m.m.

Personalen berättade att patienter och vårdnadshavare får muntlig och skriftlig information om bl.a. rutiner och arbetssätt efter inskrivningen. De får bl.a. del av en broschyr med information om avdelningen och om den vård som bedrivs. Det är läkarna som informerar om en patients rättigheter vid tvångsvård. Patienten får informationen muntligen och tillhandahålls Socialstyrelsens skriftliga broschyr (Dina rättigheter i tvångsvården – vård enligt LPT – Information för dig som är under 18 år och behöver psykiatrisk tvångsvård). JO:s medarbetare noterade att LPT inte var anslagen i avdelningens lokaler.

I samtal med vårdnadshavare och en patient beskrevs att personalen är engagerad och att bemötandet generellt är gott. En vårdnadshavare förde fram att det förväntas att anhöriga ska ha stora förkunskaper, t.ex. om hur vården är organiserad och hur samverkan med socialtjänsten fungerar. Det tas inte höjd för att det inte funnits någon tidigare kontakt med öppenvården eller med socialtjänsten. Vårdnadshavaren upplevde att ”man måste vara så duktig” för att kunna ta till sig vad som gäller och ifrågasatte om det är rimligt att vänta sig att anhöriga har den kunskapsnivån.

Tvångsåtgärder

Allmänna iakttagelser

I samtal med JO:s medarbetare beskrev personalen att ambitionen alltid är att undvika tvångsåtgärder. Tvångsåtgärder vidas endast i syfte att rädda liv eller förhindra att en patient skadar sig själv eller en annan person. Det beskrevs att det är vanligt med etiska diskussioner i personalgruppen. En anställd menade att det bland personalen finns en osäkerhet om vad som utgör tvång och var gränsen går för att vidta tvångsåtgärder.

Vid granskningen av beslut om fastspänning med bälte noterade JO:s medarbetare ett ärende där väktare varit närvarande. I dokumentationen anges att väktare tillkallades eftersom patienten varit utåtagerande när det lämnades information om tvångsåtgärden.

Vid den avslutande genomgången förde ledningen fram att det är påfrestande för såväl patienter som personal att vara involverade i tvångsåtgärder. Chefsöverläkaren uttryckte att det finns behov av vägledning om när tvång bör användas. Det finns anställda som har sagt att de inte orkar arbeta kvar på avdelningen om de ännu en gång behöver delta i t.ex. en bältesläggning.

På fråga från JO:s medarbetare uppgav ledningen att väktare aldrig utför några vårduppgifter, men de kan tillkallas för att gå mellan patienten och personalen i syfte att skydda personalen. En våldsamt patient kan ofta lugna sig bara genom att väktare visar sig.

Särskilt om sondmatning

I samtal med anställda framkom att sondmatning med tvång är en sista utväg när en patient med ätstörning varken äter, dricker näringsdryck eller går med på frivillig sondmatning. Det handlar om att rädda liv. Personalen uppgav att det alltid fattas separata beslut om detta i stunden, efter att alla frivilliga åtgärder har uttömts. Däremot är det inte fråga om en hastigt uppkommen situation eftersom dessa patienter successivt försämras. Patienter med ätstörning gör inte alltid fysiskt motstånd och det förekommer situationer i gränslandet mellan tvång och frivillighet.

En anställd menade att det ibland tar för lång tid innan det fattas ett beslut om sondmatning med tvång och beskrev att det är frustrerande att se en patient bli kraftigt försämrad, utan att ansvarig läkare agerar.

I vissa samtal uppgav personalen att bältesläggning aldrig används i samband med sondmatning. I stället hålls patienterna fast om det behövs fysiskt tvång för att genomföra sondmatningen. I de handlingar som JO:s medarbetare tagit del av finns däremot vissa exempel på fastspänning med bälte vid sondmatning. Ibland är det otydligt om en tvångsåtgärd har vidtagits och vilket fysiskt tvång som har använts. I ett ärende fattade ansvarig läkare beslut om sondinsättning med hjälp av fasthållning. Av dokumentationen framgår dock att patienten inledningsvis spändes fast med bälte och att endast remmen över magen användes. Patienten gjorde därefter inget motstånd och bältet släpptes. När sonden sattes höll personalen patienten i handen. Det är dokumenterat att sondsättningen utfördes under fasthållande i en timme. I en annan handling är det i stället angivet att 55 minuter avsåg frivillig sond och sondvälling. Det finns ingen uppgift om att patienten erbjöds ett uppföljande samtal. Vid rapporteringen till patientregistret angavs inte koden för fastspänning av minderårig patient. Det noteras att den koden har rapporterats i andra ärenden där en patient har spänts fast med bälte i samband med sondmatning.

Användning av tvångsåtgärder i en möjlig nödsituation

Vid granskning av beslut om tvångsåtgärder uppmärksammades särskilt ett beslut om fasthållning. Av dokumentationen framgår att personalen upptäckte att en patient hade tillgång till en kniv. Eftersom patienten inte frivilligt lämnade ifrån sig kniven, beslutade en överläkare att patienten skulle hållas fast för att möjliggöra för personal att omhänderta kniven. Beslutet om fasthållning fattades med stöd av 19 a § LPT (dvs. bestämmelsen om fastspänning med bälte av en minderårig patient).

Vid den avslutande genomgången framkom att patienten hade varit utåtagerande och försökt använda kniven mot sig själv. Chefsöverläkaren var inte själv inblandad i beslutet, men som hon har förstått det fattades det ett beslut om fastspänning med bälte för att omhänderta kniven. Fastspänning behövde dock inte användas, utan det räckte att hålla fast patienten och ta kniven.

På fråga från JO:s medarbetare om personalen i stället hade kunnat hålla fast patienten med stöd av den s.k. nödrätten, uppgav ledningen att uppfattningen är att det är bättre med ett beslut för mycket än ett för lite. Sannolikt är denna uppfattning orsaken till att det aktuella beslutet fattades.

Uppföljningssamtal

Personalen uppgav att uppföljningssamtal alltid erbjuds patienten efter en tvångsåtgärd. Vid granskning av handlingar noterades dock ett exempel på att det saknades dokumentation om att ett uppföljningssamtal ägt rum efter att en patient hade spänts fast med bälte eller att patienten erbjudits ett sådant samtal.

Vid den *avslutande genomgången* visade JO:s medarbetare dokumentationen i det aktuella ärendet. Ledningen uppgav att ett uppföljningssamtal ska ha erbjudits och att det troligen är fråga om en brist i dokumentationen.

Inspektionen avslutades.

Protokollförare vid inspektionen var Clara Ljunggren.

Justeras 2023-06-08

Gunilla Bergerén

Uttalanden av chefsJO Erik Nymansson

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

Utomhusvistelse och rörelsefrihet för barn som vårdas frivilligt

Av protokollet framgår att dörrarna till avdelningen är låsta och att det krävs assistans av personalen för att kunna ta sig in och ut. Vidare finns det ofta en plan för frivilligt vårdade patienters vistelse utanför avdelningen som innebär att de ska gå ut tillsammans med en vuxen, dvs. en anhörig eller någon av personalen. Det kom även fram att bristande personalresurser kan medföra att patienter inte kommer ut från avdelningen.

Efter tidigare Opcat-inspektioner har jag uttalat mig om liknande förhållanden och redogjort för JO-uttalanden gällande begränsningar i frivilligt vårdade patienters möjlighet att gå ut (se dnr O 8-2022 och O 17-2022). Jag hänvisar till dessa uttalanden och påminner om vikten av att den grundlagsskyddade rörelsefriheten inte kringgås genom att patienter som vårdas frivilligt upplever sig hindrade att lämna vårdavdelningen, t.ex. utifrån en planering som har gjorts upp inledningsvis.

I sammanhanget vill jag även beröra de riktlinjer som avdelningen har att följa gällande denna fråga. Riktlinjerna kan tolkas som att en patient som vårdas med stöd av HSL kan hindras från att lämna avdelningen ”genom en frivillig överenskommelse mellan patient och läkare”. Jag vill understryka att en patient som vårdas frivilligt inte kan hindras från att lämna avdelningen endast med hänvisning till en tidigare överenskommelse om detta mellan patienten och ansvarig läkare.

Mot bakgrund av det som kom fram vid inspektionen förutsätter jag att Västra Götalandsregionen vidtar åtgärder för att säkerställa en rättssäker hantering av frivilligt vårdade patienters önskemål om att få komma utomhus.

Utomhusvistelse för barn som vårdas enligt LPT

En patient som är under 18 år har enligt 31 b § LPT rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och att vistas utomhus minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar mot det. Av förarbetena framgår att med vistelse utomhus avses att patienten ges möjlighet att lämna den byggnad där sjukvårdsinrättningen eller avdelningen är inrymd. Det kan vara fråga om vistelse i en inhägnad park eller gårdsplan i anslutning till inrättningen eller avdelningen. Medicinska skäl för att inte medge rätt till dagliga aktiviteter och vistelse utomhus kan t.ex. vara akuta livshotande tillstånd som gör att fysiska aktiviteter eller vistelse utomhus kan innebära allvarliga risker för patienten. (Se prop. 2019/20:84 s. 60.)

Vid den avslutande genomgången var ledningens uppfattning att det skulle vara tillräckligt med vistelse på balkongen för att tillgodose en patients rätt enligt bestämmelsen. Jag har tagit del av beskrivningen av balkongen och konstaterar

att patienterna inte lämnar byggnaden när de befinner sig på balkongen. Det är därför inte fråga om sådan utomhusvistelse som avses i 31 b § LPT.

Vid inspektionen var en LPT-patient hänvisad till balkongen för att komma ut eftersom det inte bedömdes säkert att låta henne vistas utomhus på annat sätt. Det kom även fram att BUP:s gård för utomhusvistelse inte ligger i anslutning till avdelningen samt att den inte är inhägnad. Jag vill mot denna bakgrund framhålla att det endast är medicinska skäl som kan motivera att en patient inte medges rätt till daglig vistelse utomhus. Omständigheten att det saknas en lämplig och rymningssäker plats för utomhusvistelse är alltså inte en godtagbar orsak till begränsning av denna rättighet. Om en sådan plats saknas måste patienternas utomhusvistelse organiseras på annat sätt, t.ex. genom att de får gå ut med personal. Det är därför särskilt problematiskt att det vid inspektionen kom fram att bristande personalresurser kan medföra att patienter inte får möjlighet att vistas utomhus.

Jag kan inte dra någon annan slutsats än att akutavdelningen varken har förutsättningar i den fysiska miljön eller en organisation som svarar upp mot patienternas lagstadgade rätt till minst en timmes utomhusvistelse varje dag. Västra Götalandsregionen måste omgående påbörja ett arbete för att komma tillrätta med detta.

Jag noterar att personalen under inspektionen framförde kritik mot hur BUP:s befintliga utegård är utformad. Vid en eventuell översyn av gården, eller en annan plats för vistelse utomhus, bör dessa synpunkter tas i beaktande.

Tvångsåtgärder

Vid inspektionen kom det fram uppgifter om att det finns en osäkerhet bland personalen om vad som utgör tvång och var gränsen går för att vidta tvångsåtgärder. Chefsöverläkaren uppgav också att det finns personal som har sagt att de inte orkar fortsätta sitt arbete om de behöver delta i ytterligare tvångsåtgärder.

JO har tidigare uttalat 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 (se t.ex. protokoll i ärende med dnr 4043-2017).

Av det som beskrivs ovan får jag intrycket av att personalen på akutavdelningen arbetar för att inte behöva använda tvångsåtgärder annat än i undantagsfall och endast när det är absolut nödvändigt. Detta är givetvis positivt. Samtidigt kan det konstateras att det förekommer tvångsåtgärder på avdelningen. Det är därför viktigt att samtliga personalkategorier känner till regelverket och är trygga med vad som gäller i sådana situationer. Västra Götalandsregionen behöver vidta erforderliga åtgärder för att tillgodose att det finns den kompetens som krävs i

syfte att ge personalen det stöd och de kunskaper som de behöver för att kunna utföra sitt arbete.

Dokumentation av tvångsåtgärder m.m.

I protokollet beskrivs otydlig och motstridig dokumentation av fasthållning respektive fastspänning i samband med sondmatning. I ett ärende hade ansvarig läkare beslutat om sondinsättning med tvång och uttryckligen angett att patienten skulle hållas fast. Av dokumentationen framgår att patienten kortvarigt spändes fast med bälte med endast en rem. Jag vill framhålla att det även i en sådan situation är fråga om en bältesläggning.

Av rättssäkerhetsskäl är det viktigt att dokumentationen i beslut och övriga handlingar är tydlig och inte innehåller motstridiga uppgifter. Dokumentationsbrister påverkar också rapporteringen till patientregistret och kan medföra en risk för att statistiken inte blir tillförlitlig.

I det ovannämnda ärendet är det inte dokumenterat att patienten blev erbjuden ett uppföljningssamtal efter att tvångsåtgärden hade genomförts (se 18 a § LPT). Det är oklart om det beror på att patienten inte blev erbjuden ett sådant samtal eller att dokumentationen är bristfällig.

Under inspektionen noterade mina medarbetare ytterligare ett exempel på att det saknades dokumentation om uppföljningssamtal. Vid den avslutande genomgången uppgav ledningen att det sannolikt är fråga om en brist i dokumentationen.

Mot denna bakgrund vill jag påminna om att journalen ska innehålla uppgift om tidpunkten när erbjudandet om uppföljningssamtal lämnades till patienten, patientens inställning till erbjudandet och, i förekommande fall, tidpunkten då samtalet genomfördes (se 2 § 9 c förordningen [1991:1472] om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård).

Jag konstaterar sammantaget att ledningen behöver vidta åtgärder för att förbättra dokumentationen.

Åtgärder som faller inom ramen för den s.k. nödrätten

Det har kommit fram delvis olika uppgifter om vad som hände i den situation då personalen behövde agera för att omhänderta en kniv. I den skriftliga dokumentationen anges att överläkaren fattade ett beslut om fasthållning av patienten för att omhänderta kniven. I beslutet finns dock en hänvisning till 19 a § LPT, som behandlar förutsättningarna för fastspänning med bälte av en minderårig patient. Vid den avslutande genomgången framkom att det fattades ett beslut om bältesläggning, men när kniven väl skulle avlägsnas från patienten blev det i stället fråga om en fasthållning.

Även om omständigheterna delvis är oklara, är det enligt min mening mycket som talar för att det varit fråga om en sådan situation där åtgärder som innehåller någon form av våld eller tvång kan vidtas med hänvisning till den

s.k. nödrätten. Det har inte kommit fram att den inblandade personalen övervägde att det kunde vara fråga om en sådan nödsituation.

Nödrätten aktualiseras om förutsättningarna i 24 kap. 4 § brottsbalken är uppfyllda. Enligt denna bestämmelse kan en annars brottslig gärning vara straffri om den begås när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse. En gärning som någon begår i nöd utgör brott endast om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig.

I den verksamhet som bedrivs på avdelningen kan det uppstå akuta situationer som snabbt måste hanteras för att avvärja fara för liv eller hälsa. Det är därför av grundläggande vikt att all personal har förståelse för vad nödrätten innebär och när den kan åberopas. I annat fall finns det en risk att farliga situationer inte hanteras korrekt och tillräckligt skyndsamt. Jag konstaterar att ledningen måste säkerställa att personalens kunskaper om detta är tillräckliga.

Information

Av det som kommit fram under inspektionen drar jag slutsatsen att akut-avdelningen har rutiner som säkerställer att det lämnas information om rättigheter och rutiner. Mina medarbetare noterade dock att LPT inte var anslagen på avdelningen. Ledningen behöver därför se till att kravet på detta uppfylls (se 48 § andra stycket LPT).

Avslutande synpunkter

Detta är den tredje Opcat-inspektionen av barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård som har genomförts på mitt uppdrag under det senaste året (se även dnr O 8-2022, Akademiska sjukhuset i Uppsala, och O 17-2022, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Linköping). De tre BUP-avdelningarna är förhållandevis jämstora och iakttagelserna från inspektionerna uppvisar vissa likheter.

Något som däremot varierar är användandet av fysiskt tvång vid behandling utan samtycke med stöd av 17 § LPT. På den nu inspekterade avdelningen tycks t.ex. sondmatning utan samtycke i första hand ske genom fasthållning. Detta framkom även vid en av de tidigare inspektionerna, medan en annan av de inspekterade avdelningarna uteslutande använder bältesläggning vid en liknande situation.

JO har i ett tidigare beslut uttalat att det inte är närmare är reglerat vilket tvång som vårdpersonalen har rätt att använda för att få till stånd en behandling utan samtycke och att det rättsliga stödet för den tvångsanvändning som faktiskt används inom tvångsvården i dag kan ifrågasättas. I det beslutet väckte JO också frågan om en översyn av lagstiftningen. (Se JO:s beslut den 21 september 2021, dnr 2782-2018.)

I betänkandet God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOU 2022:40) föreslogs att en utredning ska tillsättas i denna fråga. I mitt remissvar framhöll jag att det är bekymmersamt att tvångsanvändning där det rättsliga stödet kan ifrågasättas förekommer inom tvångsvården. Jag instämde därför i utredningens slutsats om behovet av en ytterligare utredning och uttalade att det från ett rättssäkerhetsperspektiv är angeläget att ett sådant arbete inleds skyndsamt (se JO:s yttrande den 14 november 2022, dnr R 62-2022).

Såvitt jag känner till har ännu ingen utredning om detta tillsatts. Det som kommit fram under denna inspektion, liksom de två tidigare inspektionerna av barn- och ungdomspsykiatri, synliggör behovet av att lagstiftningen ses över. Jag skickar därför en kopia av detta protokoll till regeringen för kännedom.

2023-06-08

Erik Nymansson

Sändlista:

Västra Götalandsregionen, Regionstyrelsen

Västra Götalandsregionen, Södra Älvsborgs sjukhus, verksamhetsområde psykiatri

Regeringskansliet, Socialdepartementet

Inspektionen för vård och omsorg, Avdelning sydväst

Socialstyrelsen, Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård