**Yttrande med anledning av JO:s initiativärende om förhållandena för en underårig patient som mot sin vilja tillförts näring och medicin via sond**

## Ärendet

JO:s regelbundna Opcat-inspektioner är en del av JO:s uppdrag för att förebygga tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning av frihetsberövade personer. Opcat är den engelska förkortningen av tilläggsprotokollet till FN:s tortyr-konvention (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. Inspektionsverksamheten har under 2018 ett fokus på transporter av frihetsberövade.

Den 15-19 juni 2017 genomförde JO:s Opcat-enhet en inspektion av barn- och ungdomspsykiatrin, BUP, i Stockholm (BUP heldygnsvård) inom Stockholms läns sjukvårdsområde. Med anledning av vad som framkom vid inspektionen beslutade chefsJO Elisabeth Rynning att öppna ett särskilt initiativärende om förhållandena för en underårig patient som mot sin vilja tillfördes näring och medicin via sond.

Denna patient var sedan några veckor före inspektionen intagen enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, för att hon gradvis hade slutat äta och dricka. En överläkare uppgav att patienten borde behandlas inom den somatiska vården, ”men hon blir inte mottagen där”. Patienten hade sedan tidigare en autismdiagnos. Några av de läkare som kunde fatta ett beslut om att använda sond hade, med stöd av den dåvarande lokala rutinen för omvårdnad av barn och ungdomar vid sondning med tvång, inledningsvis inte velat göra det med hänvisning till att det vid tillfället inte förelåg ett livshotande tillstånd för patienten. Efter påtryckning av patientens föräldrar fick patienten nu, mot sin vilja, näring, vatten och medicin via en sond två gånger per dygn. Varje sondtillfälle tog ca 15 minuter och fem anställda deltog.

Sedan en tid tillbaka vägrade patienten dessutom gå upp ur sängen. Personalen hade instruerats om att de, oavsett anledning, inte får tvinga upp patienten om hon håller sig fast i sängen. Det hade medfört att patienten vägrade gå upp för att gå på toaletten eller för att duscha. När föräldrarna var på plats kunde de ta upp patienten för detta.

Vid JO:s samtal med patienten uttryckte hon att hon inte orkade äta eller lämna sängen. Läkaren hade inte förklarat för henne varför man använde en

sond mot hennes vilja. Hon ville få lekterapi på enheten. Hennes mamma orkade inte sova på enheten för att sängen var så dålig.

Personal framhöll att det har varit frustrerande för dem att läkarna inledningsvis hade olika uppfattning vad gäller användningen av sond på patienten, och att det dröjde innan de fick besked om att de inte fick tvinga patienten upp ur sängen mot hennes vilja. JO:s medarbetare konstaterade att det hördes tydligt ut på hela enheten när patienten motsatte sig användningen av sond.

Ledningen uppgav att det enligt den lokala rutinen krävdes ett livshotande tillstånd för att ett vårdintyg ska kunna utfärdas i syfte att inleda en behandling som omfattar användning av sond med tvång. Det angavs i rutinen att det krävs att det föreligger vitalindikation inför varje sondtillfälle. För den aktuella patienten hade kliniken dock gjort en tolkning som innebär att det inte behöver föreligga ett livshotande tillstånd varje gång.

Ledningen framförde att de känner sig osäkra på vad de i övrigt kan tvinga patienten till inom ramen för tvångsvården. De framhöll att patientens föräldrar vill att personalen t.ex. använder tvång för att ta upp patienten till t.ex. toalett och dusch.

På fråga om kliniken begärt en second opinion avseende behandlingen av den aktuella patienten uppgav chefsöverläkaren att det är ett beslut som i så fall överläkaren på den aktuella enheten kan fatta. Patienten var ordentligt utredd när hon kom till kliniken. Det var många läkare som var involverade i patientens ärende och man hade ett samarbete med Stockholms Centrum för Ätstörningar (SCÄ). Sachsska barn- och ungdomssjukhuset och SCÄ hade olika uppfattning om när tillförsel av näring ska ske. Kliniken ville luta sig mer mot SCÄ som förordar att man ska kunna ge näring vid färre tillfällen, vilket innebär att patienten utsätts för tvång vid färre tillfällen.

Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde har uppmanats av JO att besvara nedanstående frågor.

**Förvaltningens yttrande**

1.

a) Om ett barn i psykiatrisk slutenvård motsätter sig angelägen behandling av ingripande karaktär, i vilka situationer anser myndigheten att vårdnadshavarnas samtycke till behandlingen kan vara tillräckligt för att behandlingen ska kunna genomföras? I vilka situationer anser myndigheten att det krävs ett beslut om tvångsvård för att tillgodose vårdbehovet?

Om ett barn motsätter sig angelägen behandling av ingripande karaktär, till exempel medicinering, sondmatning eller ECT (elbehandling), anser SLSO inte att denna kan ges till ett barn i sluten psykiatrisk vård enbart med stöd av vårdnadshavarnas samtycke. Vårdnadshavarnas samtycke är viktigt, men motsätter sig patienten insatsen, uppfyller övriga kriterier för tvångsvård och intagningsbeslut enligt LPT är fattat, ordineras åtgärden inom ramen för LPT.

b) Hur förvissar sig myndigheten om att vårdnadshavarna är eniga i fråga om den nämnda behandlingen? Hur hanterar myndigheten oenighet?

Vid den barnpsykiatriska heldygnsvården inom SLSO involveras vårdnadshavare, oavsett vårdform, alltid aktivt i vården. De vistas på avdelningen med sina barn, informeras kontinuerligt, och är delaktiga vid läkarsamtal och när vårdplaner upprättas. Vårdnadshavares, liksom patienters, åsikter och samtycke efterhörs kontinuerligt. Om oenighet uppstår kommer denna att adresseras aktivt med en inkännande, pedagogisk hållning. När behandling i enlighet med LPT är motiverad blir den sammanvägda medicinska bedömningen avgörande för om behandling ges. Vårdnadshavares oenighet utesluter då inte att behandling ges.

c) I det fallet att vårdnadshavarnas samtycke inte anses tillräckligt för att ge ett barn angelägen psykiatrisk behandling, vilket inflytande anser myndigheten att vårdnadshavarna bör ha i de fortsatta övervägandena vad gäller beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder?

Vid tvångvård enligt LPT ska under vårdtiden samråd med patienten ske i frågor rörande behandling, när så är möjligt utifrån patientens tillstånd. Samråd ska ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt. Vid barnpsykiatrisk vård har vårdnadshavare stort inflytande då de alltid aktivt involveras i vården, oavsett vårdform. De vistas på avdelningen tillsammans med sina barn, och deras åsikter efterhörs kontinuerligt vid läkarsamtal och upprättande av vårdplaner. God samverkan med vårdnadshavare kan minska behovet av tvångsåtgärder då vårdnadshavare är de som känner barnet bäst och ofta kan förmå barnet att ta emot behandling frivilligt.

Beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder fattas utifrån professionella medicinska bedömningar. Vid ställningstagande till behandling görs alltid en sammanvägd bedömning där barnets egen mognadsgrad också vägs in. Bedöms barnet moget, det vill säga kapabelt att tillgodogöra sig information, samt förstå konsekvenser av beslut, kommer barnets (patientens) åsikt att väga tyngre än vårdnadshavarens, om dessa skulle stå i strid mot varandra. I de fall omsorgssvikt misstänks föreligga underrättas socialtjänst via anmälan enligt 14 kap. 1 § p. 2 socialtjänstlagen.

d) Anser myndigheten att det finns en nedre åldersgräns för när psykiatrisk tvångsvård behöver beslutas för att behandling av en patient under 18 år ska kunna ske mot dennes vilja?

LPT anger ingen nedre åldersgräns för psykiatrisk tvångsvård. Om ett barn inte bedöms moget, det vill säga inte har förmåga att tillgodogöra sig information samt förstå konsekvenserna av sina val, har föräldrarna via föräldrabalkens bestämmelser mandat att besluta för sina barns räkning avseende vård och behandling. I 4 kap. 3 § patientlagen anges att barnets inställning till vård och behandling ska klarläggas så långt det är möjligt och tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Vid BUP heldygnsvård Stockholm var närmare 80 % av patienterna som vårdades under 2018 15 år eller äldre, vilket i de flesta fall innebär att de har den nivå av mognad som krävs för att fatta självständiga beslut. Endast tre patienter som vårdades 2018 var yngre än 12 år. När ett så ungt barn vårdas inom barnpsykiatrisk heldygnsvård består insatserna av observation, utredning, terapeutiska åtgärder samt ett intensifierat samarbete med socialtjänsten. Medicinering kan förekomma men förutsätter frivillighet. Behandling av ingripande karaktär är mycket ovanligt för barn som inte uppnått tonåren. I mycket sällsynta fall kan tillförsel av näring och medicin mot barnets vilja bli aktuellt vid grav svält till följd av svår psykisk sjukdom. SLSO har då konsekvent gjort tolkningen att LPT behöver tillämpas.

2.

a) Vilka kriterier anser myndigheten måste vara uppfyllda för att det ska vara möjligt att mot en patients vilja tillföra näring och medicin med stöd av 17 § LPT?

Att tillföra medicin på psykiatrisk indikation enligt 17 § LPT kräver att chefsöverläkare bedömer att patienten behöver läkemedel men motsätter sig frivillig medicinering. Åtgärden ska vara i linje med syftet med vården och stå i proportion till förväntat resultat.
Att tillföra näring med tvång bedöms vara indicerat om det föreligger allvarlig fara för liv och hälsa på grund av otillräckligt näringsintag hos patient som uppfyller kriterier för tvångsvård samt motsätter sig frivilligt näringsintag. Ordinationen kräver en psykiatrisk och somatisk helhetsbedömning. För att tillförsel av näring med tvång ska komma i fråga ska patienten vid varje tillfälle ha erbjudits att frivilligt inta näring. Endast chefsöverläkare får besluta om näringsintag utan patientens samtycke, och ett nytt beslut krävs varje gång åtgärden ska utföras.

b) Kan nödrätten aktualiseras i den nyss nämnda situationen?

Inom psykiatrisk verksamhet finns rutiner för handläggning av akuta situationer (BUP Stockholms rutin för tvångssondning med stöd av LPT bifogas). Behandling utifrån nödrätt blir därför inte aktuellt.

3.

a) Olika åtgärder (exempelvis fasthållning alternativt fastspänning) kan vidtas för att mot en patients vilja tillföra näring och medicin via sond. Vilka åtgärder vidtar myndigheten?

Tillförsel av näring och medicin via sond genomförs under fastspänning om inte särskilda skäl talar för att fasthållning är att föredra. Beslutande läkare bedömer detta i varje enskilt fall.

b) Vilka åtgärder anser myndigheten att man bör vidta för att tillförandet av näring och medicin via sond, mot en patients vilja, ska vara så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten (se 2 a och 2 b §§ LPT)?

Patienten behöver få tydlig information om var, när och hur behandlingen ska ske, med möjlighet att uttrycka önskemål och få dessa tillgodosedda i den mån det går. Personal som utför åtgärden är tränad för uppgiften och har en

professionell hållning gentemot patienten. Vid uppföljningssamtal enligt 18 § LPT pratar patienten tillsammans med personal om den genomgångna tvångsåtgärden. Syftet är att synpunkter som framförs av patienten ska leda till att minskat behov av tvångsåtgärder. Om ny tvångsåtgärd ändå blir aktuell kan information som patienten lämnat vid uppföljningssamtalet bidra till en mer skonsam upplevelse.

4.

a) I vilka fall dokumenterar myndigheten behandling mot en patients vilja? Vad gäller för de fall då behandlingen genomförs mot patientens vilja men med stöd av vårdnadshavarnas samtycke?

Beslut enligt 17 § LPT, samt bakomliggande skäl, dokumenteras i beslutsjournal. Arbetsledande sjuksköterska dokumenterar händelseförlopp, tillvägagångssätt samt vilken personal som deltagit vid åtgärden. Ingripande behandling mot patientens vilja genomförs inte enbart med vårdnadshavares samtycke. LPT tillämpas i dessa fall.

b) I vilka fall rapporterar myndigheten den nyss nämnda behandlingen till Socialstyrelsen?

All behandling som sker mot patientens vilja med stöd av fastspänning eller fasthållande dokumenteras strukturerat med fasta svarsalternativ i den elektroniska patientjournalen. Baserat på denna dokumentation skapas maskinellt datafiler för inrapportering till Socialstyrelsens patientregister. Åtgärdsrapportering sker således med koder ur Klassifikation av vårdåtgärder, KVÅ. Den enda behandling mot patientens vilja som entydigt kan rapporteras med en specifik KVÅ-kod är *Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande, XU021*. För att förbättra inrapporteringen har föreslagits att specifika KVÅ-koder skulle införas även för ECT utförd under fastspänning eller fasthållande, sondmatning utförd under fastspänning eller fasthållande, samt anläggande av sond utförd under fastspänning eller fasthållande. Ansvariga för KVÅ har i stället valt att fr.o.m. 2019 i KVÅ hänvisa till att man i dessa fall ska använda tilläggskoden ZV229, Åtgärd utförd under fastspänning eller fasthållande. Rapportering med en kombination av flera koder är dock avsevärt mer komplicerad både vad gäller inrapportering och produktion av statistik.

Bilaga
RUT-15778-v.3.0 Tvångssondning med stöd av LPT – rutin för BUP Stockholm.

**Förslag till beslut**

Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta:

att avge yttrande till JO i enlighet med beslutsunderlag,

att sända beslutsunderlag och protokollsutdrag för kännedom till berörd klinik, samt

att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Mikael Ohrling
Sjukvårdsdirektör

Anna Stenseth
Verksamhetsområdeschef

# Tvångssondning med stöd av LPT -rutin för BUP Stockholm

## Tvångvård (LPT) vid ätstörning

Anorexia Nervosa, samt andra tillstånd med långt gången matvägran, kan utgöra en allvarlig psykisk störning, och innebär vid grav svält ett livshotande tillstånd. Sådant tillstånd utgör skäl att tvångsvårda enligt LPT, om patienten motsätter sig vård, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med samtycke.

Uppfyller patienten enligt ovan kriterier för tvångsvård, finns också stöd i lag att vid behov använda tvång i behandlingen.

## Tvångssondning:

1. Sondning med tvång är indicerat om det föreligger allvarlig fara för liv och hälsa pga otillräckligt näringsintag, och patienten samtidigt motsätter sig frivilligt näringsintag. Ordinationen kräver en psykologisk, psykiatrisk och somatisk helhetsbedömning.

2. För att tvångssondning skall komma i fråga skall patienten alltid (vid varje tillfälle) ha erbjudits att frivilligt inta näring (mat/näringsdryck/frivilligt sondning i angiven ordning).

3. Endast specialistläkare med chöl-delegation får ordinera tvångssondning och ny läkarordination krävs varje gång. Sondning med tvång får aldrig utföras enligt en stående ordination.

4. Tvångssondningen genomförs under fastspänning om inte särskilda skäl talar för att fasthållning är att föredra. Ordinerande läkare bedömer detta.

5. Sonden dras alltid när sondningen är utförd.

6. Ansvarig läkare måste dokumentera beslutet i beslutsjournal enligt 17§, LPT under aktuell rubrik, samt skriva beslutsmotivering.

7. Lagen föreskriver att så lite tvång som möjligt används. Det åligger oss således att hålla antalet tvångssondningar till ett minimum.

8. Ordinerande överläkare har ansvar för att tvånget tillämpas i enlighet med gällande lagstiftning, samt att eventuella medicinska risker/komplikationer med

återgång till intag av näring följs upp avseende adekvat provtagning/barnläkarkonsulter.

9. Primärjour skall vara informerad av ordinerande överläkare om att sondning skall ske, och ha tydlig handlingsplan för tillkallande av narkosjour om något går fel under sondningen.

10. Sondning skall ske planerat på dagtid och när full bemanning finns på avdelning. Jourtid (kvällstid) skall undvikas.

11. Arbetsledande sjuksköterska dokumenterar tvångsåtgärden i mallen ”utförda tvångsåtgärder” i TC. Dokumentationen skall innefatta ordinatör, händelseförlopp, inklusive klockslag, tillvägagångssätt, deltagande personal och patientens uttryck.

Barnmedicinsk konsultation skall fokusera på aktuella medicinska risker med att öka näringsmängden d.v.s. refeeding syndrom.

## Samordning

Arbetsledande sjuksköterska ansvarar för samordningen och utförande av sondningen. Den personal som har närmast relation till patienten bör närvara och ansvara för kommunikationen före, under och efter åtgärden.

Arbetsledande sjuksköterska förbereder arbetslaget på vad situationen kan innebära t.ex. etiska frågeställningar, hög ångest och ljudnivå i form av skrik samt kraftigt fysiskt motstånd.

För sondning med tvång behövs personal med kunskap och erfarenhet av åtgärden. Arbetsledande sjuksköterska utför sondnedläggning och sondmatning.

## Föräldramedverkan

Särskilt ställningstagande gällande föräldrarnas roll och behov av stöd i samband med sondning med tvång ska göras.

Samtal om föräldrars medverkan före, under och efter åtgärden skall förekomma.

Sondningen är vårdens ansvar och föräldrar skall aldrig aktivt delta för att hålla barnet under åtgärden.

## Information till patient

Arbetsledande sjuksköterska, eller i förekommande fall, ansvarig läkare, informerar patienten och föräldrarna om varför åtgärden skall göras och vad den innebär. Patienten ges möjlighet att själv gå till avsedd plats för sondningen.

Informera om att specialistläkare har ordinerat sondningen med tvång, om så behövs, och att den kommer till stånd för att patienten inte har fått i sig nödvändig näring genom frivilligt intag.

Informera också om att personal tar över ansvaret men att patienten har rätt att uttrycka önskemål, samt att personal och eventuellt föräldrar stannar hos patienten efter åtgärden.

## Sondsättning och sondmatning:

Se ”Vårdhandboken” för praktiskt tillvägagångssätt.
https://www.vardhandboken.se/katetrar-sonder-och-dran/sonder-inlaggning-och-skotsel/

## Eftervård

- Uppföljningssamtal ska enligt lag erbjudas patienten och är ett viktigt instrument för patientmedverkan och minskning av tvångsåtgärder.
- Arbetsledande sjuksköterska ansvarar för att spegling av åtgärden sker som en kvalitetssäkrande åtgärd i verksamheten.

SLSO 19-1261-1

JO RIKSDAGENS OMBUDSMÄN

# REMISS

| Datum | Dnr | Sid |
|---|---|---|
| 2019 -06- 17 | 2782-2018 | 1 (2) |

Styrelsen för Stockholms
läns sjukvårdsområde
Box 45436
104 31 Stockholm

Stockholms läns landsting
Stockholms läns sjukvårdsområde
Registratorn
2019 -06- 19

## Begäran om yttrande

Som framgår av bilagd promemoria (handling 28) har chefsJO Elisabeth Rynning med anledning av vad som kom fram vid inspektionen av barn- och ungdomspsykiatrin, BUP, i Stockholm (BUP Heldygnsvård) inom Stockholms läns sjukvårdsområde, om förhållandena för en underårig patient som mot sin vilja tillfördes näring och medicin via sond, beslutat att öppna ett särskilt initiativärende. ChefsJO Elisabeth Rynning har nu beslutat att gå vidare med att inhämta yttranden från Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde och Regionstyrelsen för Region Skåne.

Myndigheten anmodas därför att, utifrån det som berörts i den bilagda promemorian, besvara följande frågor:

1. a) Om ett barn i psykiatrisk slutenvård motsätter sig angelägen behandling av ingripande karaktär, i vilka situationer anser myndigheten att vårdnadshavarnas samtycke till behandlingen kan vara tillräckligt för att behandlingen ska kunna genomföras? I vilka situationer anser myndigheten att det krävs ett beslut om tvångsvård för att tillgodose vårdbehovet?

b) Hur förvissar sig myndigheten om att vårdnadshavarna är eniga i fråga om den nämnda behandlingen? Hur hanterar myndigheten oenighet?

c) I det fallet att vårdnadshavarnas samtycke inte anses tillräckligt för att ge ett barn angelägen psykiatrisk behandling, vilket inflytande anser myndigheten att vårdnadshavarna bör ha i de fortsatta övervägandena vad gäller beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder?

d) Anser myndigheten att det finns en nedre åldersgräns för när psykiatrisk tvångsvård behöver beslutas för att behandling av en patient under 18 år ska kunna ske mot dennes vilja?

**Riksdagens ombudsmän**
Box 16327
103 26 Stockholm
Besök: Västra Trädgårdsgatan 4 A

E-post: justitieombudsmannen@jo.se
Telefon: 08-786 51 00
Texttelefon: 020-600 600
Fax: 08-21 65 58

**www.jo.se**

2. a) Vilka kriterier anser myndigheten måste vara uppfyllda för att det ska vara möjligt att mot en patients vilja tillföra näring och medicin med stöd av 17 § LPT?

b) Kan nödrätten aktualiseras i den nyss nämnda situationen?

3. a) Olika åtgärder (exempelvis fasthållning alternativt fastspänning) kan vidtas för att mot en patients vilja tillföra näring och medicin via sond. Vilka åtgärder vidtar myndigheten?

b) Vilka åtgärder anser myndigheten att man bör vidta för att tillförandet av näring och medicin via sond, mot en patients vilja, ska vara så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten (se 2 a och 2 b §§ LPT)?

4. a) I vilka fall dokumenterar myndigheten behandling mot en patients vilja? Vad gäller för de fall då behandlingen genomförs mot patientens vilja men med stöd av vårdnadshavarnas samtycke?

b) I vilka fall rapporterar myndigheten den nyss nämnda behandlingen till Socialstyrelsen?

Om myndigheten finner skäl för det kan myndigheten i remissvaret även beröra andra frågor som aktualiseras i sammanhanget.

Protokoll från inspektionen av BUP Heldygnsvård i Stockholm, handling 1, bifogas.

Eventuella riktlinjer/rutiner som rör sondmatning mot patientens vilja ska bifogas yttrandet till JO. Till remissvaret ska fogas ett protokollsutdrag från det sammanträde vid vilket styrelsen fattade beslut om yttrande till JO.

Senaste datum för svar är **den 15 oktober 2019**.

Remissvaret önskas i två exemplar. Dessutom bör myndighetens yttrande och eventuella underyttranden, om det anses lämpligt, skickas via e-post, helst som Word-dokument, till JOkansli2@jo.se.

Dan Johansson
byråchef

Ann-Sofie Winqvist
föredragande

Information om personuppgiftsbehandlingen hos JO finns på JO:s webbplats under http://www.jo.se/sv/Om-JO/Behandling-av-personuppgifter/

JO RIKSDAGENS OMBUDSMÄN

PROTOKOLL



# Opcat-inspektion av Stockholms läns sjukvårdsområde, Barn- och ungdomspsykiatriska klinikens heldygnsvård, den 15–19 juni 2017

**JO:s uttalande i korthet:** ChefsJO uttalar att kliniken behöver vidta åtgärder för att förhöja personalens kompetens och ge dem det stöd de behöver för att säkerställa att patienterna får en god vård med god säkerhet. ChefsJO kommer att fortsätta följa frågan.

ChefsJO understryker att underåriga patienter inom den psykiatriska tvångsvården får anses särskilt sårbara. För dessa är det därför särskilt påkallat att en läkarundersökning utförs i samband med att ett beslut om fastspänning eller avskiljande fattas. Kliniken uppmanas att se över sina rutiner i nämnda avseende.

Kliniken behöver vidta åtgärder som säkerställer att tillsynen över patienterna kan utföras på ett patientsäkert sätt, att patienterna erbjuds daglig utomhusvistelse samt att alla patienter får information om sina lagstadgade rättigheter på ett språk som de förstår. Kliniken ska senast den 29 juni 2018 återrapportera till JO vilka åtgärder man vidtagit i dessa avseenden.

Med anledning av förhållandena för en patient som mot sin vilja tillfördes näring och medicin via sond beslutar chefsJO att inleda ett initiativärende.

## Inspektionens genomförande

Den 15–19 juni 2017 genomförde chefsJO Elisabeth Rynning tillsammans med enhetschefen Gunilla Bergerén och föredragandena Eva Fridén, Johanna Fransson, Simon Törnvall, Ellen Ringqvist (protokollförare), samt Sofia Hansson en oanmäld inspektion av Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), Barn- och ungdomspsykiatriska klinikens heldygnsvård (BUP Heldygnsvård).

Inspektionen inleddes den 15 juni med en rundvandring i lokalerna och därefter hölls ett kort inledande möte med tf. verksamhetschefen Christina Bengtsson Macri. Den 16–18 juni samtalade JO:s medarbetare med 6 patienter, 3 föräldrar, och ca 20 av de anställda. Även handlingar såsom bl.a. personalinstruktioner, patientjournaler och avvikelserapporter granskades.

Riksdagens ombudsmän
Box 16327
103 26 Stockholm
Besök: Västra Trädgårdsgatan 4

E-post: justitieombudsmannen@jo.se
Telefon: 08-786 40 00
Texttelefon: 08-786 61 15
Fax: 08-21 65 58

www.jo.se

Inspektionen avslutades den 19 juni med en genomgång där JO:s medarbetare redogjorde för sina iakttagelser. Vid redogörelsen deltog Christina Bengtsson Macri, chefsöverläkaren Hanna Lange, avdelningscheferna Anna Schwarz, Ritva Nikitin och Sofia Borg, enhetscheferna Ann-Kristin Öström Broo, Marie Vielhamare Sandin och Sandra Gonzales, samt chefssekreteraren May Wendel och kvalificerade handläggaren Anna Thurang. Även verksamhetschefen för Rättspsykiatri, SLSO, Kaj Forslund, deltog.

### 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

Protokollet innehåller avslutningsvis uttalanden av chefsJO Elisabeth Rynning.

## Information om organisationen

### Storlek och uppdrag

*Allmänt*

BUP Heldygnsvård bedriver psykiatrisk vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Kliniken tar emot patienter i åldrarna mellan 0 och 17 år. Slutenvården bedrivs vid tre vårdenheter i säkerhetsnivå 3[1]: Akutenheten, Heldygnsvårdsenhet 1 (Enhet 1) och Heldygnsvårdsenhet 2 (Enhet 2). Utöver nu nämnda enheter ingår även Enhet för unga med psykotisk och bipolär sjukdom och Enhet för behandling i dagvård i BUP Heldygnsvård. Inspektionen omfattade endast slutenvårdsenheterna.

---

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

Den nuvarande organisationen av BUP i Stockholms län trädde i kraft den 1 september 2016. Heldygnsvården och öppenvården utgör olika verksamheter. Den tf. verksamhetschefen och chefsöverläkaren tillträdde sina tjänster i april 2017. Den tf. verksamhetschefen uppgav att heldygnsvården och öppenvården åter ska föras samman till en verksamhet, och att en ny verksamhetschef kommer att rekryteras för den nya organisationen.

Sedan sommaren 2016 används inte de lokaler som tidigare benämndes Resursintensiv avdelning (RIA), där man placerade patienter som behövde hållas avskilda under en längre tid. Den familjeintensiva avdelningen (FIA) används inte heller längre.

Under sommaren 2017 skulle Enhet 1 och Enhet 2 slås samman till en vårdavdelning. Vid tiden för inspektionen var det inte klart vilken av lokalerna som då skulle användas. Inför detta planerade man att skriva ut patienter, framför allt från Enhet 2, trots att de enligt personalen var i behov av fortsatt slutenvård. Några av patienterna skulle troligen behöva flyttas till vuxenpsykiatriska avdelningar. Patienter skulle även komma att behöva dela bostadsrum under sommaren, vilket personalen var mycket kritisk till.

*Beläggning och vårdtider*

Under 2016 vårdades 115 patienter med stöd av LPT på BUP Heldygnsvård. Under 2017 hade 62 patienter skrivits in med stöd av LPT fram till den första inspektionsdagen.

Under 2016 var den genomsnittliga beläggningen på BUP Heldygnsvård 87 procent, och den genomsnittliga vårdtiden för LPT-patienter var 22,7 dagar.

På samtliga enheter vårdas både pojkar och flickor.

Akutenheten

Akutenheten har tre vårdplatser. Det finns planer på att utöka antalet till fyra. Patienterna måste ha en förälder med sig på enheten. Om så inte är fallet kontaktar personalen Socialnämnden som utser en ställföreträdande vårdnadshavare. Patienterna får stanna på enheten under högst tre dygn, men oftast blir de kvar under endast några timmar. Om alla patientrum är belagda på Akutenheten försöker man att placera patienterna direkt på Enhet 1 eller Enhet 2. I undantagsfall kan man placera en patient i ett samtalsrum på Akutenheten. Den första inspektionsdagen var tre patienter inskrivna på Akutenheten, varav en var intagen med stöd av LPT.

Enhet 1

Enhet 1 har åtta vårdplatser vilket är en minskning med två platser efter att den nya organisationen började gälla. Enheten är personalmässigt dimensionerad för att kunna ta emot patienter som är mer vårdkrävande och utåtagerande. Den första inspektionsdagen var åtta patienter inskrivna, varav fem var intagna med stöd av

LPT. Fyra patienter var inneliggande (två LPT-patienter) och de var mellan 14 och 17 år.

Enhet 2

Enhet 2 har tio ordinarie vårdplatser med tillgång till en extra vårdplats. Personalstyrkan är mindre än på Enhet 1. Den första inspektionsdagen var tolv patienter inskrivna, varav två var intagna med stöd av LPT. Tio patienter var inneliggande (två LPT-patienter) och de var mellan 11 och 17 år.

## Iakttagelser vid inspektionen

### Fysisk miljö

Alla patienter har ett eget bostadsrum men de kan inte låsa om sig. Några rum på Enhet 1 och Enhet 2 har egen toalett, och det finns enstaka rum som har både toalett och dusch. Larmknappar finns endast på toaletterna. JO:s medarbetare konstaterade att höga röster i bostadsrummen hörs tydligt ut i korridoren.

Bostadsrummen på Enhet 1 och Enhet 2 är spartanskt inredda. De flesta av rummen har dörrar med fönster och majoriteten av dem är belägna i söderläge med utsikt över Årstaviken. På enheterna finns dagrum och tv-rum som är trevligt inredda, och "Lugna rummet" för sinnesstimulerande avslappning.

I den bortre delen av Enhet 1 och Enhet 2 finns det lägenheter och ett rum för fastspänning (nedan kallad lägenhetsdelen). För att komma dit behöver man passera två dörröppningar som gör det möjligt att sektionera enheterna. JO:s medarbetare bedömde att det är trångt att passera dörröppningarna i de fall det är fler än två personer som med tvång ska föra en patient till lägenhetsdelen.

Bostadsrummen på Akutenheten är stimulifattiga och endast inredda med en säng. Ett av rummen är dekorerat med en fondvägg. Gemensam toalett och dusch finns i korridoren.

Klinikområdet är inte inhägnat. Det finns en liten basketplan utanför byggnaden där Enhet 1 och Enhet 2 är belägna. I övrigt finns en staketförsedd kolonilott i slänten ner mot Årstaviken och angränsande grönområden.

*Synpunkter från personal*

Personal framförde att lokalerna är trånga, att det finns för få samtalsrum, att ventilationen på Enhet 1 är dålig och att det är smutsigt i köket på Enhet 1. Vidare var man inte nöjd med att personalexpeditionen på Enhet 2 ligger längst bort i ena änden av enheten, eftersom lokalerna är svåröverskådliga därifrån.

### Bemanning, personalens kompetens och bemötande

Det finns inte någon i skrift beslutad grundbemanning på slutenvårdsenheterna. Avdelningscheferna schemalägger bemanningen långsiktigt. En bemanningsassistent ansvarar för den dagliga bemanningen. Nyanställda sjuksköterskor och

skötare introduceras genom att de får tjänstgöra tillsammans med en mer erfaren kollega under några dagar.

Vid inspektionstillfället hade BUP Heldygnsvård ca 160 fast anställda, varav drygt hälften var män. Det fanns även ca 120 tidsbegränsat anställda och timanställda. Det fanns bl.a. tillgång till psykologer, kuratorer, arbetsterapeuter och en sjukgymnast. Verksamhetschefen framhöll att det har varit svårt att hitta läkare som de kan anställa. Det har medfört att kliniken har flera hyrläkare. Bakjouren består av ca 18 läkare från hela BUP i Stockholms län, varav de flesta har sin tjänst i öppenvården.

Personalen arbetar i team runt varje patient. Teamen består av en överläkare, en underläkare, en omvårdnadsansvarig sjuksköterska och en eller två kontaktpersoner (olika skötare varje dag). Överläkaren beslutar om en socionom, psykolog eller samordnare ska ingå i teamet. Personalen får handledning varannan torsdag, men i samtal med personal kom det fram att flera av dem inte har kunnat delta i den på grund av att det varit låg bemanning på enheterna.

BUP Heldygnsvård inspekterades av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2016. Med anledning av de brister som IVO påtalade har kliniken tagit fram en Genomförandeplan Kompetens Tvångsvård (2016-11-30). Planen innehåller utbildningsinsatser för de olika personalkategorierna, vem som är ansvarig för att utföra dem, och åtgärder för uppföljning/kvalitetsmått. Bland åtgärderna kan nämnas obligatorisk introduktion i tvångsvårdslagstiftning inför chefsöverläkardelegation (en halvdag), obligatorisk introduktion för nyanställd avdelningspersonal, obligatorisk utbildning för avdelningspersonal (en heldag), och hot- och våldsprevention, Bergenmodellen, för avdelningspersonal (fyra dagar). Chefsöverläkaren hade kort före inspektionen hållit en halv dags utbildning om LPT-lagstiftningen, vilken uppskattades av de som hade deltagit. Enligt ledningen ska alla anställda få möjlighet att genomgå den utbildningen.

*Synpunkter från personal*

Vid samtal med personal kom det fram att den omorganisation som genomfördes 2016 inneburit att personalgrupper splittrades och att antalet psykologer och kuratorer på kliniken minskade. Klinikens specialistläkare och PTP-psykologer (psykologer som gör sin praktiska tjänstgöring) är nu fysiskt placerade så att de inte har kontakt med verksamheten. Patienter, som ofta har stora psykosociala problem, får vänta i flera månader innan de får träffa en psykolog.

Kliniken anställer många som är nyutexaminerade i alla personalkategorier. Personalen har generellt bristande kunskap om den lagstiftning som reglerar verksamheten. Nyanställda sjuksköterskor och skötare har inte tillräcklig kunskap när det gäller bemötande och det förebyggande arbetet med patienterna. Som exempel nämndes att en patient reagerade starkt när hennes mamma lämnade vårdavdelningen vilket vid flertalet tillfällen ledde till att patienten behövde spännas fast. Psykologerna hade påtalat att patienten behövde distraheras med spel eller liknande

i dessa situationer för att minska risken för att man skulle behöva vidta en tvångsåtgärd. Trots påpekandet så var det inte någon i personalen som agerade på det sättet i dessa situationer.

Den stora personalomsättning som varit under flera år har medfört att patienter har haft upp till sju olika läkare. Det är "lågt i tak" och många anställda vågar inte säga vad de tycker om verksamheten på grund av risk för repressalier. De som är provanställda får inte vara kvar om de "inte gillar läget och inte är tysta". Det finns också en rädsla för att göra fel vilket resulterar i att personalen inte agerar alls och "inte vågar göra rätt". Verksamheten är helt händelsestyrd och inriktad på akuta insatser. Det är svårt att bemanna enheterna så att det alltid finns den kompetens som behövs för att kunna ge en patientsäker vård. Som exempel nämndes att det under senare tid förekommit ensamarbete bland sjuksköterskorna i hög utsträckning. När det är underbemannat på enheterna försöker personalen få patienterna att vistas i de allmänna utrymmena i stället för i sina bostadsrum. Det förekommer också att personalen ber föräldrarna att vara mer på vårdavdelningen, och att man ber en läkare bedöma om någon patient kan få förlängd permission.

Flera av de anställda påtalade att sjuksköterskorna inte deltar i vården av patienterna utan mestadels ägnar sig åt dokumentation i personalrummet. En sjuksköterska framhöll att det ofta är en lugnare arbetssituation under helger och att sjuksköterskorna då har möjlighet att vara mer tillsammans med patienterna.

Personal berättade att två sjuksköterskor nyligen hade sagt upp sig. En anledning ska ha varit att personalen är osäker på hur vården ska bedrivas eftersom det i stor utsträckning saknas riktlinjer och rutiner och läkarna lämnar olika besked om vad som gäller, t.ex. för användning av sond och tvångsåtgärder. Det skapar en frustration hos personalen, framför allt i situationer när tvångsåtgärder behöver vidtas.

*Synpunkter från patienter*

Samtliga patienter som JO:s medarbetare samtalade med uppgav att de fått ett bra bemötande av personalen. Det kom dock fram att de ofta inte vet vem som är deras kontaktperson för dagen, eftersom kontaktpersonen inte alltid presenterar sig. Det förekommer att flera patienter har samma kontaktperson och några patienter önskade mer tid med sin kontaktperson. En patient uppgav att det ibland är ont om personal på helgerna medan en annan tyckte att personalen har mer tid för patienterna då.

## Vårdmiljö och behandling

*Synpunkter från personal*

Vid samtal med personal kom det fram att man ofta inte hinner utreda patienterna under den tid de är inskrivna på BUP Heldygnsvård. Patienterna remitteras till öppenvården för att de ska bli utredda där. (Som exempel nämndes att patienter remitteras till öppenvårdsmottagningen som är specialiserad mot psykos innan det finns ett grundligt underlag.) Personal efterlyste fler multidisciplinära diskussioner

kring vården av patienterna och framhöll att det finns en ovilja bland läkarna att delta i diagnosdiskussioner med psykologer och kuratorer. Vårdteamen, som normalt består av läkare och sjuksköterska, talar sällan med föräldrarna eller patienterna om bakgrunden till vårdbehovet. För patienternas del medför det att vården inriktas på läkemedelsbehandling och i mindre omfattning är familjeinriktad. Många av patienterna får en mängd olika läkemedel.

Personal framförde att BUP Heldygnsvård får ta emot många patienter som egentligen borde hanteras inom socialtjänsten. Avsikten att de mer resurskrävande patienterna ska placeras på Enhet 1, där det är en högre bemanning, har inte fungerat eftersom det finns för få platser där. Mer resurskrävande patienter har därför även placerats på Enhet 2 som inte har haft en tillräcklig bemanning. Bemanningen på Enhet 2 hade dock utökats sedan en dryg månad före inspektionen.

Personal framförde att det finns för få vårdplatser i förhållande till populationen i Stockholms län. Som exempel nämndes att det i Danmark och Norge finns 80 vårdplatser för motsvarande population. Bristen på platser medför att barn och ungdomar behöver vara sjukare för att bli inskrivna på BUP Heldygnsvård jämfört med vad som gäller för vuxnas tillgång till de vuxenpsykiatriska klinikerna. HSL-patienter blir utskrivna för att man behöver platserna till LPT-patienter. Det kom även fram att en läkare undviker att skriva ut HSL-patienter som denne bedömer är för sjuka för att skrivas ut, vilket medför att andra läkare då gör det i stället. Vidare påtalades att omsorgen om HSL-patienter brister. Som exempel nämndes att HSL-patienter kan bli utskrivna utan att man har försäkrat sig om att det finns någon som tar emot dem hemma.

*Synpunkter från patienter*

En patient som varit inskriven tre veckor på kliniken hade, trots ett uttryckligt önskemål, ännu inte fått träffa någon psykolog. Hon skulle vid tiden för inspektionen bli utskriven inom kort. En annan patient (som varit inskriven tre och en halv månad) hade fått besked att han skulle få träffa en psykolog först när han blev utskriven från kliniken.

## Sysselsättning

På kliniken finns en dagvårdsverksamhet med bl.a. ett bildrum, ett textilrum, ett musikrum och ett rörelserum för gymnastik och yoga. Det finns också ett välutrustat gym. Dagvårdsverksamheten tar emot patienter från såväl den psykiatriska slutenvården som öppenvården. Vidare finns Panoramaskolan där.[2]

[2] Panoramaskolan tillhör ESS-gymnasiet som är en skola med specialpedagogisk profil. ESS-gymnasiet ansvarar för att ungdomar som är inskrivna på olika institutioner och

Under sommaren skulle dagverksamheten vara begränsad till tre timmar per dag, två dagar i veckan.

*Synpunkter från patienter*

Flera av patienterna uppgav att de brukade vara på dagverksamheten. De berättade även att de deltar i morgongymnastik på avdelningen och spelaktiviteter med personalen samt att de brukar vara på kolonilotten. En patient önskade att få vara mera utomhus.

## Rutiner och dokumentation

*Synpunkter från personal*

Vid samtal med personal fördes det fram att det i stor utsträckning saknas lokala skriftliga rutiner som går att tillämpa. Det får till följd att det bland personalen råder en stor osäkerhet om vad som gäller och vem som ansvarar för vad. Rutiner förmedlas oftast muntligt av sjuksköterskan och det finns brister när nya rutiner ska introduceras. Man framhöll att det är extra allvarligt eftersom det är många som är nyanställda.

Som exempel nämndes att det varje dag ska antecknas några rader om varje patient i dagantecknингarna i vårdinformationssystemet Take Care, men det är inte någon som är utpekad ansvarig att göra det. Normalt är det kontaktpersonen som skriver om sin patient, men tvångsåtgärder ska dokumenteras av en sjuksköterska. En anställd på Enhet 2 uppgav att skötarna läser igenom de anteckningar som finns och ser om de behöver kompletteras. En anställd ansåg att hanteringen av dokumentationen fungerar bättre på Enhet 1 än på Enhet 2. Dokumentationen ska göras i anslutning till arbetspassets slut.

En sjuksköterska framhöll att det är vanligt att nya timanställda skötare inledningsvis inte har den behörighet som krävs för att de ska kunna dokumentera i Take Care, vilket i praktiken leder till ett ökat administrativt ansvar för sjuksköterskorna. Denna extrauppgift tar tid från andra uppgifter, t.ex. hinner de inte med att skriva omvårdnadsplaner.

## Inskrivning

På Enhet 1 och Enhet 2 finns det en checklista för inskrivning. I den anges vilka åtgärder som ska vidtas i samband med inskrivning och vilken personalkategori som ansvarar för att de blir utförda. Vidtagna åtgärder ska dokumenteras på listan.

---

sjukhus får undervisning särskilt anpassad efter sina behov (se http://essgymnasiet.stockholm.se/varfor-valja-var-skola).

*Information om rättigheter och rutiner*

I samband med inskrivning lämnar läkarna muntlig information till patienterna om rättigheter enligt 30 och 48 §§ LPT. Det dokumenteras i Take Care att informationen har lämnats.

Skriften Psykiatrisk tvångsvård, som tagits fram av Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms läns landsting, finns på svenska och ska lämnas till patienterna. Enhet 1 och Enhet 2 har varsin enhetsspecifik skriftlig folder med information på svenska om bl.a. ordningsregler. Vid tiden för inspektionen pågick ett arbete med att göra i ordning pärmar som varje patient ska få och som ska innehålla all relevant information.

I samtal med personal kom det fram att nya patienter får en rundvandring på enheten och muntlig information om rutinerna. Inte någon av de anställda som JO:s medarbetare samtalade med kände till om patienterna får skriftlig information om sina rättigheter. Det finns inte någon rutin för att lämna informationsmaterial till patienterna på Enhet 2. Några anställda uppgav att man lämnar bristfällig information om rätten att få en stödperson och om regler på enheten.

Flera av patienterna, och några av föräldrarna, uppgav att de inte hade fått någon information om rätten att få en stödperson. En patient, med ett annat modersmål än svenska, uppgav att han inte hade fått någon skriftlig information alls. Patienterna kände till att de inte får vistas på varandras rum, men de visste i övrigt inte vilka regler som gäller på enheterna.

JO:s medarbetare noterade att det på checklistan för inskrivning inte finns angivet att information om rättigheter och rutiner ska lämnas till patienterna. Vidare konstaterades att LPT-lagstiftningen inte fanns anslagen på avdelningarna och att skriften Psykiatrisk tvångsvård, som ska lämnas till patienterna, inte innehåller någon information om patienters rätt att anlita ett ombud eller biträde eller att i vissa fall få ett offentligt biträde. Vid granskning av journalanteckningar kom det fram att personalen i flera fall inte lämnat någon information om rättigheter m.m. till patienterna med hänvisning till att det inte var möjligt att få tillgång till någon tolk.

*Självmordsförebyggande arbete*

I rutinen Suicidriskbedömning – rutin för BUP Heldygnsvård (RUT-10726-v.2.0) anges när en suicidriskbedömning ska göras, vem som ska göra den, hur den ska göras, hur den ska dokumenteras och vilka åtgärder som ska vidtas. Bl.a. framgår det att en bedömning ska göras vid akutbesök, vid kontinuerlig behandling med antidepressiva läkemedel och neuroleptika samt vid depressiva och psykotiska symptom. Det är en läkare som ansvarar för att göra bedömningen och den kan resultera i fyra kategorier; minimal, viss, hög och mycket hög risk för suicid. Personalen stämmer dagligen av hur de patienter mår som har bedömts ha en hög eller mycket hög risk för suicid.

## Hot och våld

*Bergenmodellen*

Vid hotfulla eller våldsamma situationer använder personalen den s.k. Bergenmodellen som är en övergripande metod för att förebygga, bemöta och hantera hot och våld på psykiatriska vårdavdelningar. Det finns en samordnare på kliniken som kontinuerligt arrangerar utbildningar och workshops avseende Bergenmodellen för berörd personal (rutinen Förebygga och bemöta hot och våld enl. Bergenmodellen – rutin för BUP Heldygnsvård, regnr. RUT-08133-v.3.0). Av klinikens rutin framgår bl.a. att man med ett tydligt och väl inarbetat arbetssätt hos personalen dels kan förebygga hot och våld, och dels mildra eller förhindra negativa effekter av de hot och våldshändelser som trots allt inträffar.

*Synpunkter från personal*

Personal framförde i samtal att antalet tvångsåtgärder skulle kunna minska om man i högre utsträckning funderade över alternativa sätt att hantera de besvärliga patienterna.

Enligt personalen ska Bergenmodellen genomsyra personalens lågaffektiva bemötande. I samtal med personal på Enhet 1 kom det fram att personalen saknar såväl kunskap som vilja att jobba lågaffektivt. Bristen på kunskap och ledning gör att det är svårt att tillämpa Bergenmodellen när hotfulla situationer uppstår. Det var inte känt om även de timanställda får utbildning i Bergenmodellen eller hur ofta personalen övar. Det kom fram att det är ovanligt att sjuksköterskorna deltar vid incidenter, t.ex. då en patient ska avskiljas.

*Synpunkter från patienter*

Samtliga av de patienter som JO:s medarbetare talade med uppgav att de kände sig trygga med personalen och de andra patienterna. I de fall en patient blir stökig på avdelningen tar personalen de andra patienterna till tv-rummet.

## Tvångsåtgärder

*Allmänt.*

Enligt chefsöverläkaren utgör dokumentet Tillämpning av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) – VO Psykiatri, SLSO (RIK-9676-v.2.0, gäller fr.o.m. 2016-12-05) det primära styrdokumentet för klinikens verksamhet. Dokumentet innehåller bl.a. översikter avseende vem som får fatta olika typer av beslut med stöd av LPT och tidsfrister. Kliniken deltar i Q-Bup, ett nytt kvalitetsregister under uppbyggnad, där man utifrån registrerade åtgärdskoder kan ta fram statistik över bl.a. vidtagna tvångsåtgärder.

I dokumentet Lokala rutiner för vårdpersonal vid utförande av tvångsåtgärder enligt LPT avhandlas tvångsmedicinering, fastspänning och avskiljande. Enligt klinikledningen håller dokumentet på att revideras. Dokumentet innehåller bl.a. information om vem som kan fatta beslut om åtgärderna, hur samordning och genomförande av åtgärderna ska gå till och om eftersamtal med patienten.

Vissa förtydliganden och kompletteringar finns dessutom i klinikens Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid tvångsinjektion (2005-09-28) och Kliniska riktlinjer för fastspänning (2005-09-28). Där framgår t.ex. att en tjänstgörande sjuksköterska ansvarar för samordningen och organisationen av tvångsåtgärden (ledaren) och det beskrivs hur en nertagning och fasthållning ska gå till.

Personalen uppgav i samtal att det är vanligt att patienterna på Enhet 1 blir föremål för tvångsåtgärder. Det är vidare vanligt att patienterna kortvarigt, upp till 10 minuter, hålls fast vid tvångsmedicinering och i samband med fastspänning. En anställd önskade att fasthållning kunde användas i större utsträckning eftersom det är en tillräcklig åtgärd i många fall. Det kom fram synpunkter på att tvångsåtgärder vidtas godtyckligt på kliniken och att de "ordineras profylaktiskt". En överläkare uppgav att man som regel använder sig av avskiljande i första hand och att fastspänning är ett andrahandsalternativ.

Vidare kom det i samtalen fram att bakjouren ska vara på plats inom 30 minuter när en tvångsåtgärd vidtas och att primärjouren bör meddela förhinder om den inte kan inställa sig tidigare än så. Personalen påtalade att det dock kan dröja upp till en timme innan en läkare är på plats.

Personalen dokumenterar i Take Care att ett eftersamtal har hållits, men det dokumenteras inte om en patient tackar nej till eftersamtal.

*Tvångsmedicinering*

Av den lokala rutinen för tvångsåtgärder framgår att ett beslut om tvångsinjektion fattas med stöd av 17 § LPT och att åtgärden ska dokumenteras som en tvångsåtgärd även i de fall en patient muntligen motsätter sig medicinering men ändå tar emot den.

*Fastspänning*

Av riktlinjen för omvårdnad vid bältesläggning framgår bl.a. att ledaren ska informera patienten om "att läkare har ordinerat bältesläggning" och "att patienten fortfarande har möjlighet att själv lägga sig i bältessängen". "Om patienten inte direkt går med på detta anses frågan slutdiskuterad".

I SLSO:s dokument om tillämpning av LPT anges följande i en kommentar till 19 §: "Innan beslut om fastspänning kan ske, ska ansvarig överläkare kontaktas. Ansvarig överläkare bör göra en personlig undersökning av patienten för att kunna göra en bedömning inför beslutet."

I den lokala rutinen för tvångsåtgärder enligt LPT anges: "Om patient vårdas enligt LPT-vård kontaktas överläkare/bakjour direkt (per telefon) för vidare beslut om åtgärd. Överläkare/bakjour skall därefter antingen personligen skyndsamt bedöma patienten på plats, eller informera primärjour om att skyndsamt träffa patienten."

Det finns ett rum för fastspänning på varje enhet. Rummet är beläget längst bort i lägenhetsdelen på Enhet 1 och Enhet 2. Det finns flera mobila bältessängar som används i akuta situationer. Sängarna för fastspänning var vid inspektionstillfället

försedda med fastspänningsanordningar som är anpassade för vuxna. Dörröppningarna har breddats för att det ska gå lättare att föra in en mobil bältessäng i rummet.

Av den lokala rutinen för tvångsåtgärder enligt LPT framgår bl.a. att bäcken ska användas om patienten behöver utföra sina behov när han eller hon är föremål för fastspänning, och att det alltid ska vara minst en personal i rummet under pågående tvångsåtgärd.

Personal uppgav i samtal att man försöker få patienten att själv gå till bältesrummet och frivilligt låta sig spännas fast i sängen. Vidare kom det fram att det har förekommit att patienter har "släppts upp för att gå på toa och gå tillbaka". Personalen övar inte på fastspänning och de anser att den lokala rutinen inte går att tillämpa.

*Avskiljande*

I SLSO:s dokument om tillämpning av LPT anges följande i en kommentar till 20 §: "Ansvarig överläkare bör göra en personlig undersökning av patienten för att kunna göra en bedömning inför beslut om avskiljning."

I den lokala rutinen för tvångsåtgärder enligt LPT anges: "Beslutet fattas av ansvarig överläkare, som själv avgör om denne personligen behöver bedöma patienten initialt." Vidare framgår bl.a. att två personal ska vara "avdelade och finnas på plats". Personal uppgav att en patient kan hållas avskild i sitt bostadsrum eller i något av rummen i, eller hela delen av, enhetens lägenhetsdel.

I samtal med personal kom det fram att de inte visste om det finns någon rutin för hur tillsyn över avskilda patienter ska utföras. På Enhet 1 har personalen uppsikt över en avskild patient. På Enhet 2 är två av personalen hela tiden tillsammans med patienten på avskiljningsytan.

*Särskilt om en patient som mot sin vilja tillfördes näring och medicin via en sond*

Av rutinen Lokala rutiner för omvårdnad av barn och ungdomar vid sondning med tvång (Barn och ungdomspsykiatriska kliniken Stockholm. 2010-07-07, tillägg 2014-12-15) framgår: "En patient som vårdas med LPT får enligt Socialstyrelsen endast sondas med tvång vid livshotande tillstånd". Vidare framgår det att ett beslut om sondning med tvång ska fattas inför varje tillfälle, och alltså inte kan utföras enligt en stående ordination.

En LPT-patient var sedan några veckor före inspektionen intagen för att hon gradvis hade slutat att äta och dricka. En överläkare uppgav att patienten borde behandlas inom den somatiska vården, men hon blir inte mottagen där. Patienten hade ännu inte fått någon psykiatrisk diagnos. Några av de läkare som kunde fatta ett beslut om att använda sond hade, med stöd av rutinen, inledningsvis inte velat göra det med hänvisning till att det vid tillfället inte förelåg ett livshotande tillstånd för patienten. Efter påtryckning av patientens föräldrar fick patienten nu, mot sin vilja, näring, vatten och medicin via en sond två gånger per dygn. Varje sondtillfälle tog ca 15 minuter och fem anställda deltog.

Sedan en tid tillbaka vägrade patienten dessutom att gå upp ur sängen. Personalen hade instruerats om att de, oavsett anledning, inte får tvinga upp patienten om hon håller sig fast i sängen. Det hade medfört att patienten vägrade gå upp för att gå på toaletten eller för att duscha. När föräldrarna var på plats kunde de ta upp patienten för detta.

Vid samtal med patienten uttryckte hon att hon inte orkade äta eller lämna sängen. Läkaren hade inte förklarat för henne varför man använde en sond mot hennes vilja. Hon ville få lekterapi på enheten. Hennes mamma orkade inte sova på enheten för att sängen var så dålig.

I patientens vårdteam ingick bl.a. kurator, arbetsterapeut och sjukgymnast.

Personal framhöll att det har varit frustrerande för dem att läkarna inledningsvis hade olika uppfattning vad gäller användningen av sond på patienten, och att det dröjde innan de fick besked om de inte får tvinga patienten upp ur sängen mot hennes vilja.

JO:s medarbetare konstaterade att det hördes tydligt ut på hela enheten när patienten motsatte sig användningen av sond.

*Särskilt om en patient som varit föremål för upprepad fastspänning och avskiljande*

En patient hade varit intagen på kliniken vid flertalet tillfällen och var vid inspektionstillfället intagen med stöd av LPT sedan ca en månad tillbaka. I patientens vårdteam ingick bl.a. kurator, arbetsterapeut och sjukgymnast.

Av journalanteckningarna framgår att patienten under de första veckorna blev fastspänd dagligen för att hon försökte skada sig själv genom att dunka huvudet i väggen. En krisplan för patienten upprättades i början av juni 2017. Av den framgår bl.a.: "Patienten får alltså dunka sitt huvud i väggen och ska alltså inte läggas i bälte såvida inte annan anledning enligt LPT § 19 tillkommer." Vidare anges: "Avskilj om gör utfall mot personal!". Personalen var av uppfattningen att krisplanen innebär att patienten aldrig får bli föremål för fastspänning.

Av journalanteckningarna framgår att patienten under tiden 9–18 juni 2017 blev avskild vid 15 tillfällen. Under de dagar som inspektionen pågick hölls patienten avskild vid fem tillfällen. Vid inspektionen kunde JO:s medarbetare notera att personalen var frustrerad över att det dröjde mer än en och en halv timme innan en läkare var på plats vid ett av avskiljningstillfällena. Såväl personalen, som patientens anhöriga, var upprörda över hur den sista av de fem avskiljningarna hanterades. Bergenmodellen gick då inte att använda på grund av att flera i personalen var oerfarna och att de kom från tre olika enheter och därmed inte var samkörda. Fyra av de sex som deltog var timanställda. Det resulterade i att patienten förflyttades på ett riskfyllt sätt, och lyftes i håret, till sitt rum och att hon dagen efter hade flera röda märken på halsen och ont i nacken. Det hölls inte någon debriefing med personalen efteråt. I samtal berättade personalen även om ett tillfälle veckan före inspektionen, då patienten blivit fastspänd. Personalen låg då

först och brottades med patienten på golvet under ca 40 minuter på grund av att det inte kom någon förstärkning när sjuksköterskan larmade.

*Visitationer*

Av rutinen Genomgång av patienters tillhörigheter – rutin för BUP Heldygnsvård (regnr TUY.08140-v.3.0) framgår att kliniken har en generell regel som innebär att patienter inte får förvara föremål eller ämnen som kan användas för att skada sig själva eller andra. Personalen på Akutenheten ska initialt gå igenom patientens tillhörigheter tillsammans med, och med samtycke från, patienten och dennes anhöriga. Om patienten och/eller anhöriga inte samtycker ska ansvarig läkare kontaktas. Under vårdtiden ska det i varje enskilt ärende bedömas om/när en genomgång av tillhörigheter måste upprepas, t.ex. efter att patienten har varit på permission.

Vid samtal med personal kom det fram att alla patienter visiteras på Akutenheten och att de vid behov får byta om till sjukhusets kläder. Alla LPT-patienter visiteras efter utomhusvistelse, och det fattas ett beslut vid varje tillfälle. Personalen kände inte till om det finns någon skriftlig rutin för rumsvisitation. De uppgav dock att det kan ske efter "ordination" av läkare men att det förekommer väldigt sällan.

Samtliga av de patienter JO:s medarbetare samtalade med berättade att de hade blivit visiterade på Akutenheten. Personalen kände igenom deras fickor och letade efter farliga föremål bland deras tillhörigheter.

## Tillsyn

*Allmänt*

Av rutinen Tillsyn och övervakningsgrader – rutin för BUP Heldygnsvård (regnr RUT-08141-v.3.0) framgår bl.a. att avdelningschefen/sjuksköterska med arbetsledaransvar dagligen ansvarar för att personal tilldelas uppgift att ha uppsikt över enhetens vårdytor för att säkerställa patienternas och personalens säkerhet. Patienterna får inte vistas på varandras rum eller lämnas ensamma på gemensamma vårdytor utan tillsyn av personal. Detta benämns "allmän tillsyn", och gäller för alla patienter såvida inte annat har beslutats.

En rapportöverlämning sker muntligt kl. 7.30, 12.30 och 20. Man använder då SBAR[3]-kort för att överlämningarna ska bli strukturerade. Korten strimlas sedan och används inte som underlag för journalföring.

---

[3] SBAR står för situation, bakgrund, aktuellt tillstånd och rekommendation. Mer information finns på SKL:s webbplats, https://skl.se/halsasjukvard/patientsakerhet/sbarforkommunikation.748.html

Av rutinen framgår vidare att det finns fyra övervakningsgrader. Övervakningsgrad 1 innebär "allmän tillsyn" och tillsyn minst två gånger per natt, även om en förälder sover över tillsammans med patienten.

Tillsynsnivå/övervakningsgrad 2 gäller för HSL- och LPT-patienter och innebär att personalen alltid ska veta vad patienten gör även om man inte behöver ha patienten inom synhåll varje minut. Patienten får inte lämnas ensam på rummet med stängd dörr. Personalen ska förvissa sig om patientens tillstånd genom att se patientens ansikte. Patienten får duscha och gå på toaletten själv, men en kontroll ska göras efter tio minuter. Patienten ska sova med öppen dörr och tillsyn under natten ska ske var 30:e minut.

Övervakningsgrad 3 gäller för LPT-patienter och innebär att personal ska finnas i patientens närhet dygnet runt. Dörren ska vara öppen vid toalettbesök och personalen ska vara med i duschrummet.

Övervakningsgrad 4 gäller för LPT-patienter och innebär att personalen ständigt ska befinna sig i patientens omedelbara närhet. Patienten ska ha händer och huvud ovanför täcket.

En individuell övervakningsgrad får beslutas och höjas av ansvarig sjuksköterska, underläkare och överläkare. Endast överläkare får besluta om sänkning av övervakningsgraden, och det ska ske under dagtid.

*Synpunkter från personal*

Personal uppgav att det på ett patientblad antecknas vilka patienter som står under tillsyn och med angivande av tillsynsnivå. Övervakningsgrad av LPT-patienter antecknas på en whiteboard-tavla i personalrummen. Personal som har tillsynsansvar ska se till att någon annan i personalgruppen täcker upp när han eller hon har rast. En patient som är i "lugna rummet" ses inte till särskilt. Personalen för manuella anteckningar över aktuella händelser på egna "rapportblad" som inte sparas. De rapporterar sedan muntligen till varandra vid överlämningar. Om det hänt något särskilt ska det dokumenteras som omvårdnadsanteckningar i Take Care. En särskild tillsynslista förs för de patienter som har övervakningsgrad 3. Övrig tillsyn dokumenteras inte särskilt.

En skötare framhöll att patienternas tillsynsgrad i högre utsträckning borde bedömas i samband med den medicinska ronden. En annan skötare uppgav att hon inte hinner läsa omvårdnadsanteckningarna på morgonen när hon börjar sitt arbetspass, men att det brukar vara möjligt under förmiddagen.

På Enhet 1 ses en patient som är i sitt bostadsrum normalt till genom att personalen tittar genom fönstret på dörren till rummet. På Enhet 2 går personalen in i bostadsrummet och kontrollerar att patienten andas.

*Synpunkter från patienter och deras anhöriga*

I samtalen framfördes att det inte finns någon personal ute bland patienterna när rapportöverlämningen sker vid 20-tiden. Det har hänt att patienter har blivit utsatta för brottsliga handlingar av andra patienter vid sådana tillfällen.

En patient önskade att personalen tittade till henne vid fler tillfällen under dagen. En annan patient uppgav att han visste att personalen tittade till honom en gång varje natt, och han tyckte att det kändes bra.

*Granskning av dokumentation*

Vid en genomgång av rapporterade vårdavvikelser fann JO:s medarbetare flera fall som rörde brister i personalens tillsyn över patienterna. Som exempel kan nämnas att det inte fanns tillräcklig bemanning för att kunna utföra tillsyn av en patient med tillsynsgrad 2, att en patient som var på sitt rum lämnades utan tillsyn under två timmar då all personalen var upptagen med andra patienter och tvångsåtgärder, att personalen hade missat att en patient vistades i "lugna rummet", och att en patient inte fick relevant tillsyn på grund av att viktig information om patientens risk för självskada/suicid inte hade rapporterats vid den muntliga överlämningen och att den nya personalen med ansvar för tillsynen inte hann läsa dokumentationen i Take Care innan arbetspasset påbörjades. Två rapporter handlar om att patienter, efter att beslut om fastspänning hävts, hade lämnats sovande utan tillsyn i rum för fastspänning.

## Utomhusvistelse

*Synpunkter från personal*

Vid samtal med personal kom det fram att dörrarna som leder in/ut från Enhet 1 och Enhet 2 nästan alltid är låsta. I de fall det endast finns HSL-patienter på enheten kan dörrarna vara öppna, förutsatt att inte någon av patienterna är rymningsbenägen eller suicidal. Personalen bestämmer varje morgon om dörren kan vara öppen. En avstämning ska göras med överläkaren, men det sker nästan aldrig. Om patienter på grund av personalbrist inte får komma utomhus under dagen skriver man en avvikelserapport.

Bland personalen fanns olika uppfattningar om HSL-patienters möjligheter till utomhusvistelse. Några anställda uppgav att man aldrig hindrar dessa patienter från att gå ut när de vill. Andra uppgav dock att en läkare måste ha gjort bedömningen att patienten får gå ut ensam, vilket är sällan förekommande. Det är patientens tillsynsgrad som ligger till grund för bedömningen av om de ska få gå ut på egen hand, och personalen vill som regel lära känna patienten bättre innan det kan ske. Om en HSL-patient insisterar på att få gå ut så får läkaren komma och prata med honom eller henne. När en patient går ut skriver han eller hon upp tiden för utgång och beräknad återkomst på en lista som sitter på dörren som leder in/ut från enheten.

En LPT-patient som har den högsta övervakningsgraden på grund av risk för självskadehandling får inte gå utomhus alls.

*Synpunkter från patienter*

En HSL-patient uppgav att hon under de två första veckorna på kliniken inte fick gå utomhus ensam eftersom hon hade försökt att rymma. Därefter fick hon bara gå ut tillsammans med sin mamma, eller med personalen, eftersom de trodde att hon skulle försöka rymma igen. Efter fyra månader föreslog en skötare att hon skulle börja gå ut ensam. Ingen av personalen hade informerat henne om att det hade varit möjligt tidigare. Hon hade inte heller frågat själv eftersom hon trodde att personalen skulle säga nej.

En annan HSL-patient uppgav att han vid flera tillfällen inte fått komma utomhus eftersom det inte fanns någon personal som kunde följa med honom.

*Granskning av dokumentation*

På Enhet 2 var det på listan över vårdplatser antecknat att endast en HSL-patient fick gå utomhus ensam. De övriga åtta patienterna fick endast gå utomhus med någon ur personalen eller en anhörig. Av dessa var sex HSL-patienter varav en av dem hade varit inskriven sedan mitten av februari 2017.

## Avslutande genomgång

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

### Bemanning och kompetens

JO:s medarbetare inledde med några generella reflektioner. Personalsituationen, med stor omsättning och relativt många nyanställda och timanställda, medför att det finns en osäkerhet i personalgruppen vad gäller vem som ansvarar för vad. Det har kommit fram att ansvaret för patienterna påverkas negativt av att personalen är osäker på när och hur en tvångsåtgärd kan vidtas. Personalen anser att svåra patienter tar mycket av personalresurserna när en incident uppstår. Som exempel nämndes att sjuksköterskan som ska vara ansvarig när en tvångsåtgärd vidtas ofta inte är delaktig utan är på personalexpeditionen. Vidare finns det en risk för att viktig information går förlorad för att personalen som ska dokumentera det i Take Care inte har fått sina behörigheter till systemet.

Ledningen förstod synpunkterna och hade inte någon ytterligare kommentar.

### Tillsyn

JO:s medarbetare har både i samtal och vid granskning av handlingar noterat att det har förekommit att patienter med viss tillsynsgrad har lämnats utan tillsyn t.ex. för att personalen har varit upptagen med att hantera en incident med någon annan patient. Mot bakgrund av att det för några år sedan förekommit att en patient vid kliniken utsattes för övergrepp av en annan patient uppkom frågan hur personalen säkerställer att patienterna t.ex. inte går in på varandras rum.

Ledningen tog till sig iakttagelserna och hänvisade till det pågående översynsarbetet.

## Frågor med anledning av att tvångsåtgärder vidtas

*Allmänt*

Ledningen framförde angående lokalerna att de s.k. lägenhetsdelarna på enheterna är ombyggda för att kunna användas för att hålla patienter avskilda. Dessutom har dörröppningarna till rummen för fastspänning breddats.

Vidare uppgavs att rutinen är att en ensam sjuksköterska i tjänst ska ansvara för kontakten med läkare när en tvångsåtgärd behöver vidtas. Sjuksköterskan kan därför inte samtidigt delta som arbetsledare vid genomförandet av tvångsåtgärden.

Enligt klinikens rutin ska primärjouren alltid inställa sig på plats i samband med att en tvångsåtgärd har ordinerats. Det är för att denne ska kunna göra en bedömning som sedan förmedlas till bakjouren. Verksamhetschefen och chefsöverläkaren hade dock olika uppfattning om en sådan läkarnärvaro är nödvändig vid det första beslutet om att vidta en tvångsåtgärd. Verksamhetschefen hänvisade till att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har förordat att det bör vara så.

*Särskilt om en patient som mot sin vilja tillfördes näring och medicin via en sond*

Ledningen uppgav att det enligt rutinen krävs ett livshotande tillstånd för att ett vårdintyg ska kunna utfärdas i syfte att inleda en behandling som omfattar användning av sond med tvång. Det anges i rutinen att det krävs att det föreligger vitalindikation inför varje sondtillfälle. För den aktuella patienten har kliniken dock gjort en vid tolkning som innebär att det inte behöver föreligga ett livshotande tillstånd varje gång.

Ledningen framförde att de känner sig osäkra på vad de i övrigt kan tvinga patienten till inom ramen för tvångsvården. De framhöll att patientens föräldrar vill att personalen t.ex. använder tvång för att ta upp patienten till t.ex. toalett och dusch.

På fråga om kliniken har begärt en second opinion avseende behandlingen av den aktuella patienten uppgav chefsöverläkaren att det är ett beslut som i så fall överläkaren på den aktuella enheten kan fatta. Patienten var ordentligt utredd när hon kom till kliniken. Det är många läkare som har varit involverade i patientens ärende och man har ett samarbete med Stockholms Centrum för Ätstörningar (SCÄ). SLSO:s Barnmedicin och SCÄ har olika uppfattning om när tillförsel av näring ska ske. Kliniken vill luta sig mer mot SCÄ som förordar att man ska kunna ge näring vid färre tillfällen, vilket innebär att patienten utsätts för tvång vid färre tillfällen. Det finns ett förslag på en ny rutin för användning av sond som ska gå ut på remiss, och den tillämpas till viss del redan i dag för den aktuella patienten.

Verksamhetschefen för Rättspsykiatri, uppgav att man inom SLSO för diskussioner om hur man kan använda sig av second opinion och att man tar med sig frågeställningen i den pågående översynen.

*Särskilt om en patient som varit föremål för upprepad fastspänning och avskiljande*

JO:s medarbetare redovisade att personalen uppfattar det som står i patientens krisplan som att hon inte får spännas fast och att de är osäkra på om de ska larma när

det uppstår incidenter med patienten. Som exempel nämndes den händelse när personalen brottade ner patienten och höll fast henne under 40 minuter innan hon kunde avskiljas.

Ledningen uppgav att personalens tolkning av krisplanen inte stämmer och de ställde sig frågande till varför personalen har tolkat den på det sättet. Man framhöll att det är bakjourens uppgift att besluta om fastspänning om det behövs. Ledningen konstaterade att kommunikationen med medarbetarna brister.

En diskussion fördes om den händelse, som inträffade under inspektionsdagarna, när patienten lyftes i håret i samband med att hon skulle föras till sitt rum för att avskiljas. Det var många timanställda som deltog och Bergenmodellen gick inte att använda. Ledningen framhöll att sjuksköterskans uppgift i en sådan situation är att ringa efter läkare och att dokumentera händelsen.

*Visitationer*

Ledningen bekräftade att personalen inledningsvis alltid ber om att få titta i väskor och att de går igenom innehållet tillsammans med patienten och dennes föräldrar. Det är inte att betrakta som en kroppsvisitation utan mer som en skyddsvisitation. En kroppsvisitation kräver beslut av specialistläkare.

En läkare kan fatta ett beslut om att genomsöka en LPT-patients rum. Det genomförs vanligtvis genom att patienten först flyttas till ett annat rum.

JO:s medarbetare erinrade om 23 a § LPT enligt vilken alla patienter, dvs. även HSL-patienter, kan visiteras om det bedöms nödvändigt.

## Patienternas möjlighet till utomhusvistelse

Ledningen uppgav att det i samband med omorganisationen som genomfördes 2016 bestämdes att dörrarna som leder in/ut från enheterna ska vara låsta. En HSL-patient kan dock inte hållas kvar mot sin vilja, eller på grund av att föräldrarna vill det. Personalen försöker ringa efter föräldrarna om patienten vill gå ut. Det förekommer att konverteringsbeslut fattas om behov uppstår.

Personalen behöver lära känna LPT-patienterna innan de kan gå ut tillsammans med dem. Det kan därför dröja några dagar innan dessa patienter får gå utomhus. Det är för att kliniken inte har något inhägnat utomhusområde och för att allmänheten har tillgång till omgivningarna.

## Information till patienterna

Det har inte fungerat bra att använda tolk via telefon. Under diskussionen kom det fram att SKL har översatt LPT till 20 språk, och att Maria Ungdom har översatt användbara ord i vardagen till flera språk.

JO:s medarbetare påpekade att informationen till patienterna behöver upprepas flera gånger. Vidare påmindes om att LPT ska finnas anslagen på enheterna.

## Dokumentation

Chefsöverläkaren och verksamhetschefen för Rättspsykiatri höll med om att det i efterhand är svårt att i Take Care följa t.ex. händelseförloppet för vidtagna tvångsåtgärder eller när en läkare har kontaktats. De framhöll att omvårdnadsanteckningar ska föras varje dag och att man håller på att ta fram en ny tillsynslista.

Vid protokollet

Ellen Ringqvist

Justeras den 28 mars 2018

Gunilla Bergerén

## Uttalanden av chefsJO Elisabeth Rynning med anledning av inspektionen

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

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

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

The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) uttalade efter sitt besök i Sverige 2003 att bemanningen 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, p. 88).

Det framgår i protokollet att kliniken under en längre tid har haft relativt många nyanställda och timanställda, att personalen generellt saknar tillräcklig kunskap om den lagstiftning som reglerar verksamheten, att bemanningen stundtals är för låg och att kliniken i stor utsträckning saknar fungerande skriftliga rutiner för verksamheten. Personalen har berättat att de påtalade förhållandena påverkar klinikens möjligheter att ge en patientsäker vård och patienternas möjligheter till daglig utomhusvistelse. Vidare beskrivs i protokollet en incident när en patient blev skadad i samband med att hon skulle avskiljas (s. 13). För den aktuella patienten fanns en krisplan som personalen hade tolkat som att hon aldrig fick bli föremål för fastspänning.

Jag finner det anmärkningsvärt att kliniken inte har sådana ändamålsenliga skriftliga rutiner som efterfrågas av personalen, vilken till stor del är oerfaren. Det har kommit fram att kliniken håller på att se över de styrdokument som gäller för verksamheten, och som även har varit föremål för en granskning av IVO (se t.ex. IVO:s beslut dnr 8.5-4104/2016-18). Jag noterar dock att det i SLSO:s dokument om tillämpningen av LPT, s. 18, fortfarande förekommer brister som påtalades av IVO rörande rekvisiten för avskiljande vid förlängning med högst åtta timmar. Kliniken

och SLSO behöver gå igenom verksamhetens styrdokument för att säkerställa en korrekt tillämpning av LPT.

Det är positivt att kliniken har påbörjat ett arbete med att utveckla personalens kompetens. Mot bakgrund av vad som har kommit fram vid inspektionen anser jag dock att kliniken behöver vidta ytterligare åtgärder för att förhöja personalens kompetens och ge dem det stöd de behöver för att säkerställa att patienterna får en god vård med god säkerhet. Jag kommer att fortsätta följa frågan.

## Tvångsåtgärder

### *Fastspänning*

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

Det framgår i protokollet att personalen försöker få patienter att själva gå till rummet för fastspänning och frivilligt låta sig spännas fast i sängen. Vidare framgår att det har förekommit att patienter som är fastspända släppts upp för att gå på toaletten varefter de "fått gå tillbaka".

Jag ställer mig frågande till klinikens riktlinjer för omvårdnad vid bältesläggning och det faktiska förfarandet, som tyder på att personalen använder fastspänning i större utsträckning än vad 19 § LPT medger. Efter en Opcat-inspektion av den psykiatriska kliniken vid Östersunds sjukhus uttalade JO att det i uttrycket *omedelbar fara* torde ligga att det är fråga om att avvärja en plötslig händelse och att fastspänning inte får tillgripas för att förhindra något som man anar är under uppsegling (se dnr 643-2015). Kliniken behöver vidta åtgärder som säkerställer att fastspänning endast sker i enlighet med lagen och under så kort tid som möjligt.

Jag vill understryka att det är viktigt att det går att följa utvecklingen av vidtagna tvångsåtgärder systematiskt över tid. Jag välkomnar därför att kliniken har anslutit sig till det nya kvalitetsregistret Q-Bup, vars syfte är att kunna följa och analysera kvaliteten i vården. Jag förutsätter dock att patienter och vårdnadshavare får den information om registreringen som krävs enligt 7 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355).

I sammanhanget vill jag också hänvisa till betänkandet För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård (SOU 2017:111). Där föreslås ett förtydligande i bl.a. LPT, så att det framgår att det kvalitetssäkringsarbete som åligger vårdgivare enligt i 5 kap. 4 § HSL – dvs. att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten – i verksamheter som bedriver vård enligt LPT även ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder (s. 202 ff.).

*Frågan om läkarundersökning i samband med att en patient initialt blir föremål för fastspänning eller avskiljande*

Socialstyrelsen föreskriver att den beslutande läkaren själv ska undersöka patienten innan ett beslut fattas om fastspänning under längre tid än fyra timmar eller om avskiljande under längre tid än åtta timmar (3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2008:18] om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård). Bestämmelsen avser att säkerställa en rättssäker bedömning inför ett beslut om förlängning av tvångsåtgärderna. Den ska ses som ett lägsta krav och utgångspunkten måste alltid vara att den beslutande läkaren genomför en personlig undersökning av patienten även inför, eller så snart som möjligt efter, ett inledande beslut för kortare tid än fyra respektive åtta timmar (se Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård [SOSFS 2008:18], juli 2009, s. 50).

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

Underåriga patienter inom tvångsvården får generellt anses vara särskilt sårbara. För dessa patienter är det därför särskilt angeläget att en läkarundersökning utförs i samband med att ett beslut om fastspänning eller avskiljande fattas. Jag uppmanar kliniken att se över sina instruktioner och rutiner i nämnda avseende så att de blir tydliga för personalen och kan tillämpas på ett enhetligt sätt inom kliniken.

*Visitationer i samband med inskrivning*

Om det är nödvändigt får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas bl.a. för kontroll av att han eller hon inte bär på sig egendom som inte får innehas. Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning (23 § LPT). Bestämmelsen ska gälla alla som vårdas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård (23 a §). Med kroppsvisitation avses en kontroll av en patients kläder, väskor eller något annat som han eller hon för med sig (prop. 1990/91:58 s. 148 och 263).

Den skriftliga rutin kliniken har för genomgång av patienters tillhörigheter, och vad som har kommit fram i samtal med personal och patienter, tyder på att kroppsvisitationer sker rutinmässigt. Ett sådant förfarande är att jämställa med en allmän inpasseringskontroll och får endast förekomma vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård med förhöjd säkerhetsklassificering (se 23 b § LPT). Jag vill därför erinra om att det i annat fall alltid måste göras en individuell bedömning för att avgöra om en visitation är befogad, och att åtgärden i förekommande fall ska föregås av ett beslut. Kliniken behöver därför se över sina rutiner.

## Tillsyn

Det framgår i protokollet att tillsyn över patienter som vistas i bostadsrummen utförs på olika sätt av personalen, att tillsynen endast undantagsvis dokumenteras särskilt och att gjorda iakttagelser vid tillsyn överlämnas muntligt och dokumenteras i vårdinformationssystemet Take Care "om det hänt något särskilt". Det har vidare kommit fram att det inte finns någon skriftlig rutin för vad som ska dokumenteras i Take Care eller vem som ansvarar för att det blir gjort, samt att personalen ofta inte hinner läsa dokumentationen i anslutning till att de påbörjar sitt arbetspass.

De patienter som vistas på kliniken har av läkare bedömts ha ett behov av slutenvård, oavsett om de vistas där frivilligt eller på grund av ett beslut med stöd av LPT. För att kunna ge god vård med god säkerhet behöver personalen ha tillsyn över patienterna. Med anledning av det ovan nämnda, samt vad som kommit fram vid granskningen av incidentrapporter (s. 15), behöver kliniken vidta åtgärder som säkerställer att det finns tillräckliga personalresurser för att kunna ha en sådan tillsyn över patienterna som bedöms nödvändig och att personalen alltid har den information om patienterna som de behöver för att kunna utföra tillsynen på ett patientsäkert sätt. Kliniken ska senast den 29 juni 2018 rapportera till JO vilka åtgärder som har vidtagits.

## Utomhusvistelse

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

Under inspektionen kom det fram att flera frivilligt vårdade patienter fick möjlighet till utomhusvistelse endast tillsammans med personal eller anhörig (s. 16). Det har vidare kommit fram att personalen behöver lära känna LPT-patienterna innan de över huvud taget får gå utomhus, vilket kan dröja några dagar, och att patienterna på grund av personalbrist inte alltid erbjuds daglig utomhusvistelse.

Jag vill understryka att 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 samt den ställning av s.k. skyddsgarant som hälso- och sjukvårdspersonalen kan anses ha, med beaktande av patientens mognad och hälsotillstånd. Ledningen behöver därför tydliggöra för personalen hur den ska agera i nödliknande situationer där man bedömer att en patient som är föremål för frivillig hälso- och sjukvård exempelvis riskerar att komma till skada om han eller hon släpps ut från kliniken. 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 juni 2018 rapportera till JO vilka åtgärder som har vidtagits.

### Information till patienterna

En patient ska upplysas om sin rätt att få en stödperson, att överklaga vissa beslut, att anlita ombud eller biträde och att få ett offentligt biträde, och LPT ska finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna (30 och 48 §§ LPT).

CPT har i en standard uttalat att skriftlig information om vårdinrättningens rutiner och patienters rättigheter bör överlämnas till varje patient, och dennes anhöriga, i samband med intagning. Patienten ska få hjälp med att förstå informationen (CPT/Inf[98] 12, p. 53).

Vård med stöd av LPT innebär ett frihetsberövande och är ett allvarligt ingrepp i den personliga friheten. Det är därför angeläget att den som vårdas med stöd av denna lag får information om sina rättigheter så att han eller hon kan göra dessa gällande. I LPT finns det inte något krav på att informationen ska vara skriftlig. Jag vill dock i sammanhanget hänvisa till att JO efter inspektionen av den Rättspsykiatriska kliniken i Säter (dnr 5556-2017, s. 17) uttalade att det kan vara lämpligt att det finns ett skriftligt informationsmaterial om de lagstadgade rättigheterna som ett komplement till den information som initialt lämnas muntligt.

Det framgår i protokollet att SLSO:s broschyr inte innehåller all den information som ska ges enligt 48 § LPT. Den finns dessutom endast på svenska. Vidare framgår det att informationsbladen om rutinerna på Enhet 1 och Enhet 2 endast finns på svenska.

Jag ser positivt på att kliniken har påbörjat ett arbete med att sammanställa en patientpärm med skriftlig information som varje patient ska få. Jag vill dock rekommendera kliniken att komplettera det skriftliga materialet så att det innehåller all den information som enligt LPT ska lämnas till patienterna. Vidare bör kliniken se till att sådan skriftlig information även finns på andra språk än svenska. Kliniken ska senast den 29 juni 2018 redovisa till JO vilka åtgärder som har vidtagits.

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

### Särskilt initiativärende

Av 17 § LPT framgår att i fråga om behandlingen under vårdtiden ska samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd ska ske också med patienters närstående, om det inte är olämpligt. Behandlingsåtgärderna ska anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården. Om det är nödvändigt får patienten, efter chefsöverläkarens beslut, ges behandling utan samtycke.

Med anledning av vad som kom fram vid inspektionen om förhållandena för en patient som mot sin vilja tillfördes näring och medicin via sond har jag beslutat att öppna ett särskilt initiativärende.

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

2018-03-28

Elisabeth Rynning

Sändlista:

Landstingsstyrelsen, Stockholms läns landsting

Stockholm läns sjukvårdsområde, Verksamhetsområde psykiatri

Barn- och ungdomspsykiatriska klinikens heldygnsvård

Inspektionen för vård och omsorg, Avdelningen för verksamhetsstöd och styrning, rättsenheten

Inspektionen för vård och omsorg, Avdelning öst

## Initiativ med anledning av förhållandena för en underårig patient som mot sin vilja tillfördes näring och medicin via sond

### Bakgrund

Den 15–19 juni 2017 genomförde JO:s Opcat-enhet en inspektion av barn- och ungdomspsykiatrin, BUP, i Stockholm (BUP Heldygnsvård) inom Stockholms läns sjukvårdsområde.

I protokollet från inspektionen, se JO:s dnr 3816-2107, uttalar chefsJO Elisabeth Rynning att hon med anledning av vad som kom fram vid inspektionen om förhållandena för en underårig patient som mot sin vilja tillfördes näring och medicin via sond beslutat att öppna ett särskilt initiativärende.

### Inledande utredningsåtgärder

Förutom de journalhandlingar som hämtades in i samband med inspektionen av BUP Heldygnsvård i Stockholm har JO hämtat in ett uppdaterat rutindokument benämnt Tvångssondning med stöd av LPT – rutin för BUP Stockholm, gäller fr.o.m. 2018-06-07. JO har även tagit del av Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) beslut den 14 maj 2019 i ett klagomålsärende (IVO:s dnr 8.2-43121/2017) som rör tvångsvården av den ovan nämnda patienten, samt Stockholms läns sjukvårdsområdes externa utredning beträffande tvångsvården av patienten (*saknas uppgift om dnr*). Därutöver har även andra handlingar rörande bl.a. patienten hämtats in.

### Rättslig reglering

Enligt 2 kap. 6 § regeringsformen är var och en gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Detta skydd får, enligt 20 § första stycket samma kapitel, under vissa förutsättningar begränsas genom lag.

En utgångspunkt inom hälso- och sjukvården är att vården ska vara frivillig och genomföras i samråd med den som är i behov av vård. Av 5 kap. 1 § 3 hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, framgår att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, vilket bl.a. innebär att vården

**Riksdagens ombudsmän**
Box 16327
103 26 Stockholm
Besök: Västra Trädgårdsgatan 4 A

E-post: justitieombudsmannen@jo.se
Telefon: 08-786 51 00
Texttelefon: 020-600 600
Fax: 08-21 65 58

www.jo.se

särskilt ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården ska ha en medmänsklig och förstående inriktning och genomföras i samråd med patienten. Eftersom vården är helt frivillig kan en patient motsätta sig att en viss vårdåtgärd vidtas (prop. 1984/85:181 s. 96).

En motsvarande bestämmelse om patientens självbestämmande och integritet finns även i 4 kap. 1 § patientlagen (2014:821). I 4 kap. 2 § patientlagen slås fast att hälso- och sjukvård inte går ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag. I 4 kap. 3 § samma lag anges att när patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad. Av 4 kap. 4 § patientlagen framgår att patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa, även om hans eller hennes vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.

Av 6 kap. 11 § föräldrabalken framgår att vårdnadshavaren har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör barnets personliga angelägenheter. Vårdnadshavaren ska därvid i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål. Står barnet under vårdnad av två vårdnadshavare, ska vad som sägs i 11 eller 12 § gälla dem tillsammans (6 kap. 13 § första stycket föräldrabalken). Står barnet under vårdnad av två vårdnadshavare och samtycker endast den ena till en åtgärd till stöd för barnet, får socialnämnden besluta att åtgärden får vidtas utan den andra vårdnadshavarens samtycke om det krävs med hänsyn till barnets bästa och åtgärden gäller bl.a. psykiatrisk eller psykologisk utredning eller behandling som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (6 kap. 13 a § första stycket 1 föräldrabalken).

I 2 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, anges att tvångsvård enligt denna lag ges som sluten psykiatrisk tvångsvård eller, efter sådan vård, som öppen psykiatrisk tvångsvård. Vård som ges när patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning benämns sluten psykiatrisk tvångsvård. Annan vård enligt denna lag benämns öppen psykiatrisk tvångsvård. Enligt bestämmelsens andra stycke ska tvångsvården syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.

Enligt 2 a § LPT får tvångsåtgärder vid vård enligt denna lag användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas. Enligt bestämmelsens andra stycke ska tvång utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

I 2 b § LPT anges att tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.

Enligt 3 § LPT får tvångsvård ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård). I bestämmelsens andra stycke anges att en förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Enligt 17 § LPT ska, i fråga om behandlingen under vårdtiden, samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd ska ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt. Enligt bestämmelsens andra stycke ska behandlingsåtgärderna anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 § andra stycket. Enligt tredje stycket får patienten om det är nödvändigt, efter chefsöverläkarens beslut, ges behandling utan samtycke.

I 24 kap. 4 § brottsbalken anges att en gärning som någon, i annat fall än som nämnts tidigare i detta kapitel, begår i nöd utgör brott endast om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig. Enligt bestämmelsens andra stycke föreligger nöd när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse.

## Vad som kom fram i samband med inspektionen av BUP Heldygnsvård i Stockholm

### Iakttagelser vid inspektionen

I protokollet från inspektionen av BUP Heldygnsvård i Stockholm antecknades under rubriken Tvångsåtgärder bl.a. följande:

> Särskilt om en patient som mot sin vilja tillfördes näring och medicin via en sond
>
> Av rutinen Lokala rutiner för omvårdnad av barn och ungdomar vid sondning med tvång (Barn och ungdomspsykiatriska kliniken Stockholm. 2010-07-07, tillägg 2014-12-15) framgår: "En patient som vårdas med LPT får enligt Socialstyrelsen endast sondas med tvång vid livshotande tillstånd". Vidare framgår det att ett beslut om sondning med tvång ska fattas inför varje tillfälle, och alltså inte kan utföras enligt en stående ordination.
>
> En LPT-patient var sedan några veckor före inspektionen intagen för att hon gradvis hade slutat att äta och dricka. En överläkare uppgav att patienten borde behandlas inom den somatiska vården, men hon blir inte mottagen där. Patienten hade ännu inte fått någon psykiatrisk diagnos. Några av de läkare som kunde fatta ett beslut om att använda sond hade, med stöd av rutinen, inledningsvis inte velat göra det med hänvisning till att det vid tillfället inte förelåg ett livshotande tillstånd för patienten. Efter påtryckning av patientens föräldrar fick patienten nu, mot sin vilja, näring, vatten och medicin via en sond två gånger per dygn. Varje sondtillfälle tog ca 15 minuter och fem anställda deltog.
>
> – – –

Personal framhöll att det har varit frustrerande för dem att läkarna inledningsvis hade olika uppfattning vad gäller användningen av sond på patienten, och att det dröjde innan de fick besked om de inte får tvinga patienten upp ur sängen mot hennes vilja.

### Synpunkter från representanter för kliniken

I samband med en avslutande genomgång gavs representanter för kliniken möjlighet att kommentera de iakttagelser som gjorts i samband med inspektionen. Under rubriken Frågor med anledning av att tvångsåtgärder vidtas antecknades bl.a. följande:

Särskilt om en patient som mot sin vilja tillfördes näring och medicin via en sond

Ledningen uppgav att det enligt rutinen krävs ett livshotande tillstånd för att ett vårdintyg ska kunna utfärdas i syfte att inleda en behandling som omfattar användning av sond med tvång. Det anges i rutinen att det krävs att det föreligger vitalindikation inför varje sondtillfälle. För den aktuella patienten har kliniken dock gjort en vid tolkning som innebär att det inte behöver föreligga ett livshotande tillstånd varje gång.

## Övrigt

Den 9–11 april 2019 genomförde chefsJO en inspektion av BUP Heldygnsvård i Malmö inom Region Skåne (JO:s dnr 1559-2019). Protokollet från den inspektionen har ännu inte färdigställts. Det kan dock redan nu nämnas att frågor om behandling av underåriga patienter med ätstörningar uppkom även vid den inspektionen, bl.a. gällande tillförsel av näring via sond som utförs mot patienters vilja.

## Fortsatt utredning

Yttrande bör inhämtas från Socialstyrelsen, IVO, Styrelsen för Stockholms läns sjukvårdsområde och Regionstyrelsen för Region Skåne i enlighet med de frågor som följer av remissen till respektive myndighet.

Ann-Sofie Winqvist
föredragande