Region Stockholm

Nämndmöte 2021-04-14 p 19

Stockholms läns sjukvårdsområde
Sjukvårdsdirektören

ANMÄLAN
2021-03-15

SLSO 19-709
JO 3583-2018
och 1951-2019

Anmälan av beslut från Riksdagens ombudsmän (JO) gällande Frågor om tvångsvården av en patient som vårdades enligt LPT, kommunens hantering av bostad enligt LSS och myndighetssamverkan

Anmälan överlämnas till nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde för kännedom.

Kommentarer till beslut från Riksdagens ombudsmän (JO) med anledning av allvarlig kritik från JO gällande Frågor om tvångsvården av en patient som vårdades enligt LPT, kommunens hantering av bostad enligt LSS och myndighetssamverkan

Beskrivning av ärendet och JO:s kritik

Bakgrund
Genom anmälan av psykiatrisk intensivvårdsavdelning vid Danderyds sjukhus (PIVA) kom det till JO:s kännedom att en patient som vårdats enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, hade vistats ensam med personal under stora delar av vårdtiden utan att ett formellt beslut om avskiljande hade fattats. Många tvångsåtgärder sattes in mot patienten under vårdtiden.
Bakgrunden till avskiljandet var följande. Patienten i fråga togs in på PIVA den 1 oktober 2017. Han vistades med andra patienter initialt men på grund av upprepade störningar och våldsamma utfall, där flera i personalen skadades, avdelades PIVA den 18 november till vård endast för ifrågavarande patient. Vårdtiden blev lång bl.a. på grund av svårigheter att hitta adekvat boende till patienten. Tvångsvård enligt LPT upphörde den 30 januari 2018 och vården på PIVA avslutades den 16 mars samma år.

Avskiljande
JO framför allvarlig kritik mot Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) för underlåtenheten att, under rådande förhållanden då patienten var avskild från andra medpatienter, fatta ett formellt beslut om avskiljande och följa den procedur som framgår av 20 § LPT. Eftersom inget beslut fattades omprövades inte heller avskiljandet löpande på det sätt som föreskrivs (se nedan) och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) underrättades inte om åtgärden. Under vårdtiden fattades ett stort antal beslut om avskiljanden vid enskilda tillfällen (detta trots att patienten redan var avskild enligt definitionen i LPT). JO är mycket kritisk till dessa beslut dels eftersom de omständigheter som anges i flera av motiveringarna inte utgör laglig grund för beslut om avskiljande, dels eftersom olika termer används för samma tvångsåtgärd (rumshållning har använts i stället för avskiljande).

Åtgärder som vidtagits efter JO:s beslut

Uppföljning av tidigare framförda åtgärder
Sedan JO:s beslut har sektionschefen utsett en funktion som håller i kontakten med VUB-teamet när deras insatser behövs. Sektionschefen har även lyft frågan om hur SIP-instrumentet ska användas inom sektionsledningen. SLSO har förtydligat i riktlinjen om tillämpning av LPT hur beslut om avskiljande får och ska fattas. SLSO har också implementerat ett förändrat sätt att dokumentera fattade beslut om tvångsåtgärder i journalen, där man numera som beslutsfattare på ett enklare sätt kan ange de bakomliggande skälen till beslutet.

Ny vårdskadeutredning och Lex Maria-anmälan
Efter avslutad händelseanalys gjordes en vårdskadeutredning samt en bedömning av tvångsvården som mynnade ut i bedömningen att händelsen inte medfört eller kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Med anledning av JO:s beslut har SLSO initierat en komplettering av vårdskadeutredningen i vilken det konstateras att händelsen gett upphov till allvarlig vårdskada och därmed beslutat att anmäla enligt Lex Maria.

Fördjupad diskussion om avskiljanden m.m.
Granskningar av hanteringen av avskiljanden som JO och IVO gjort på senare tid visar på ett behov av fortbildning och samtal om användning av tvångsåtgärder och tillämpning av tvångslagstiftningen. Under mars 2021 kommer SLSO därför att hålla en fördjupad diskussion med verksamhetschefer och chefsöverläkare ledd av jurist för att belysa komplexiteten i dessa ärenden.

Ywonne Lindqvist Hemmingsson
Verksamhetschef

Jacob Stenberg
Jurist

2021-02-18

Chefsjustitieombudsmannen
Elisabeth Rynning

Frågor om tvångsvården av en patient som vårdades enligt LPT, kommunens hantering av bostad enligt LSS och myndighetssamverkan

Beslutet i korthet: Genom en anmälan till JO och en inspektion av en psykiatrisk intensivvårdsavdelning (PIVA) vid Danderyds sjukhus, kom det fram att en patient som hade vårdats enligt LPT hade vistats ensam med personal under stora delar av vårdtiden samt varit föremål för många tvångsåtgärder.

I beslutet konstaterar chefsJO att vårdgivarens ställningstagande att patienten skulle vårdas utan andra patienter på avdelningen innebar att patienten under lång tid hölls avskild från övriga patienter i den mening som avses i 20 § LPT. Vårdgivaren får allvarlig kritik för underlåtenheten att fatta ett formellt beslut om detta avskiljande. Under den tid patienten vårdades utan andra patienter på avdelningen fattades vid upprepade tillfällen enskilda beslut om avskiljanden av patienten. ChefsJO redogör för några exempel på sådana beslut och kritiserar vårdgivaren för att de omständigheter som anges i beslutsmotiveringarna inte utgör laglig grund för avskiljande enligt 20 § LPT. Vårdgivaren får också kritik för vissa brister när det gäller dokumentationen av fastspänningar enligt 19 § LPT.

Patienten omfattades av LSS. Av patientjournalen framgår att läkare under den tid patienten tvångsvårdades bedömde att denne i första hand var i behov av ett adekvat boende, snarare än vård på PIVA. Det dröjde dock innan kommunen hade ordnat ett boende till patienten som kunde accepteras av patientens företrädare. I denna del diskuterar chefsJO om vårdtiden på PIVA skulle ha kunnat begränsas om vårdgivaren och kommunen hade haft en bättre samverkan. ChefsJO gör också vissa kritiska uttalanden om kommunens bristfälliga kommunikation i boendefrågan.

Enligt chefsJO illustrerar dessa ärenden vikten av att vårdgivaren och kommunen i ett tidigt skede och på ett tillfredsställande sätt samverkar om patienter som är i behov av insatser även från kommunen. Det är enligt henne angeläget att en kommun har god framförhållning och planering för att enskilda som omfattas av LSS ska få sina behov tillgodosedda. Det är av central betydelse att kommunen informerar den enskilde, eller i förekommande fall den enskildes företrädare, bl.a. om vilket stöd den enskilde kan få från kommunen och om ansökningsprocessen.

Anmälan

I en anmälan som kom in till JO den 24 maj 2018 framförde AA klagomål mot bl.a. avdelning 130/PIVA (psykiatrisk intensivvårdsavdelning) vid Danderyds

sjukhus, Psykiatri Nordväst, inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) och Lidingö kommun. AA anförde i huvudsak följande:

BB – som är gravt autistisk, intellektuellt funktionsnedsatt och inte kan tala – var inlåst på PIVA i sex månader eftersom kommunen ansåg att det var svårt att hitta något boende till honom. BB tog stor skada av behandlingen på PIVA. Under tiden BB vårdades på avdelningen stängdes den för andra patienter. BB blev ofta utsatt för våld av vårdare och väktare samt fastspänd vid upprepade tillfällen. Han var även tungt medicinerad. Vidare var BB naken och fick göra sina behov på golvet eftersom han ofta var avskild utan toalett. Kommunen borde ha hittat en bostad snabbare än vad som skedde och vårdpersonalen borde ha arbetat med lågaffektivt bemötande i stället för provokation.

Utredning

Vid en inspektion av avdelning 130/PIVA, som på mitt uppdrag genomfördes av JO:s Opcat-enhet den 11–13 juni 2018, kom det fram vissa uppgifter om vården av BB, bl.a. att han hade vistats ensam med personal under stora delar av vårdtiden och varit föremål för många tvångsåtgärder (se JO:s protokoll den 6 mars 2019, dnr 3887-2018). Vidare framgick att SLSO hade initierat en egen utredning med anledning av BB:s vårdsituation.

JO har tagit del av SLSO:s utredning som är daterad den 17 oktober 2018 (SLSO 18-277, PNV 128016/2018). JO har även haft tillgång till del av BB:s patientjournal, kommunens journalhandlingar om BB samt beslut om annan särskilt anpassad bostad enligt 9 § 9 lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).

Den 4 april 2019 begärde JO att styrelsen för SLSO samt Omsorgs- och socialnämnden i Lidingö kommun skulle yttra sig över klagomålen och besvara de frågor som framgår nedan av respektive myndighets remissvar.

Vårdgivarens remissvar

I sitt remissvar den 11 juni 2019 anförde styrelsen för SLSO i huvudsak följande:

> Händelseförloppet
>
> Patienten är en man som i december 2017 fyllde 18 år. Han har diagnoserna autism i barndomen, medelsvår utvecklingsstörning samt tvångssyndrom. Han har aldrig haft tillgång till språk, men kan till viss del kommunicera med bilder, och behöver hjälp med praktiskt taget allt i sitt dagliga liv.
>
> Patienten har sedan 2010 visat ett mer utmanande och utåtagerande beteende och sedan våren 2016 har detta kraftigt försämrats med nästan dagliga våldsamma utbrott mot föräldrar och assistenter. Under januari 2017 vårdades han inom heldygnsvården på BUP på grund av våldsamt beteende i hemmet, och placerades sedan på ett boende i Bollnäs där han vistades under våren. Detta boende var olämpligt för patienten, och han flyttade hem igen. På grund av tilltagande våldsamt beteende i hemmet togs han den l oktober 2017 in på PIVA för vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT.

PIVA är för patienter som är akut vårdkrävande med svårhanterlig psykisk sjukdom. Den främsta anledningen till att denna patient vårdades på PIVA var att kommunen i samråd med föräldrar och senare förvaltare försökte hitta ett lämpligt boende både på kort och längre sikt. När patienten kom till PIVA hade kommunen erbjudit ett par förslag på boende som föräldrarna hade tackat nej till.

Patienten hade då även kontakt med VUB-teamet inom Norra Stockholms Psykiatri. VUB-teamet är ett tvärprofessionellt team specialiserat på personer med utvecklingsstörning och allvarliga beteendeavvikelser.

Det stod från början klart att det som var lämpligt på längre sikt för patienten var ett kvalificerat boende enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Då det blev tydligt att det inte skulle vara möjligt för patienten att bo hemma med sina föräldrar i avvaktan på detta lyftes även frågan om tillfälliga placeringar på andra boenden för att kunna förkorta vårdtiden på PIVA, där kommunen försökte erbjuda alternativ men där patientens förvaltare bedömde det som mer funktionellt att han kvarstannade på PIVA i avvaktan på en permanent lösning.

Patienten gjorde fysiska utfall, framför allt mot personal men även mot andra patienter. Flera i personalen skadades, men ingen medpatient då personal lyckades avvärja dessa utfall genom att gå emellan. För att kunna ge patienten nödvändiga och tillräckliga vårdinsatser sattes extra personal in. Två skötare avdelades kontinuerligt till att vårda patienten, och från den 6 november 2017 även två ordningsvakter för att skydda medpatienter när patienten var våldsam, samt för att minska risken att patienten skadade sig själv eller andra. Trots detta gick det inte att upprätthålla en acceptabel vårdmiljö varken för patienten eller medpatienterna. Därför avdelades den 18 november PIVA-delen av avdelningen till vård endast för denna patient. Detta ledde till att patienten blev lugnare, vilket man uppfattade berodde på att han fick mer rörelseutrymme.

PIVA sökte ett flertal gånger kontakt med LSS-enheten inom Lidingö stad, som höll på att leta efter korttids- och permanent boende. Den 24 november gjordes en överenskommelse mellan överläkare på PIVA och biträdande enhetschef på LSS-enheten om att ansöka om vård för patienten enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, och 3 januari skickade överläkaren ett intyg som underlag för detta till LSS-enheten, men det är oklart om Lidingö stad ansökte om vård enligt LVU. Den 30 januari meddelade Lidingö stad att de funnit ett adekvat boende i Bollnäs, men föräldrarna tackade nej till detta.

Under perioden i oktober 2017-30 januari 2018 dokumenterades 59 hot- eller våldsincidenter. Merparten handlade om att patienten visade ett våldsamt beteende mot vårdpersonalen.

Under senare delen av vårdperioden på PIVA, när ett assistansbolag hade anlitats med stöd av LSS, deltog personal därifrån i den dagliga vården av patienten. Även patientens föräldrar deltog i den dagliga vården av patienten, både i egenskap av föräldrar och i egenskap av anställda personliga assistenter för sitt barn.

Svar på frågor från JO

Styrelsen har uppmanats att särskilt besvara följande frågor:

1. *Under vilken tidsperiod vårdades patienten på PIVA och under vilken period var han föremål för tvångsvård?*

Patienten vårdades på PIVA från den l oktober 2017 till den 16 mars 2018, med några korta uppehåll i vården i början på oktober 2017.

Patienten vårdades med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT):

l oktober-6 oktober 2017
8 oktober-20 oktober 2017 samt

26 oktober 2017-30 januari 2018.

Den sista perioden då patienten vårdades med stöd av LPT inleddes genom konvertering från frivillig vård till tvångsvård. Detta prövades av Förvaltningsrätten i Stockholm den 7 november 2017.

2. Hur ser styrelsen på att patienten var föremål för tvångsvård i väntan på att kommunen skulle ordna ett boende till honom?

Patienten kom till PIVA på grund av hans tilltagande våldsamhet och aggressivitet i hemmet. Förutsättningen för vård enligt 3 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT är att en person har 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 något annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Vid bedömning av vårdbehovet ska det även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Under vårdtiden tog överläkare flera gånger ställning till möjliga somatiska orsaker till patientens aggressivitet, men det fanns inget nytillkommet i patientens tillstånd som föranledde ytterligare utredningsåtgärder, vilka skulle kräva att patienten sövdes. Tidigare gjorda utredningar och insatser var kända då patienten kom till PIVA. Eftersom patientens våldsamma beteende och aggressivitet inte berott på någon behandlingsbar sjukdom har den egentliga indikationen för psykiatrisk tvångsvård varit låg. Vårdbehovet kunde dock inte tillgodoses på något annat sätt eftersom det inte var möjligt för föräldrarna att ha patienten hemma på grund av hans våldsbenägenhet. Kommunen kunde under denna period inte heller erbjuda någon boendelösning som föräldrarna och senare patientens förvaltare ansåg godtagbar. På grund av detta, och med beaktande av att patienten på grund av det som lagen definierar som psykisk störning var farlig för andras säkerhet, fysiska och psykiska hälsa, var därför kriterierna för psykiatrisk tvångsvård uppfyllda.

2.1. Bedömer styrelsen att patienten under hela vårdtiden kunde erbjudas nödvändiga och tillräckliga vårdinsatser på avdelningen?

Målsättningen var en kort vårdtid på PIVA, men då det tog längre tid för kommunen att hitta ett lämpligt boende än beräknat resulterade det i lång vårdtid. Vårdmiljön var inte optimalt utformad för patientens behov. Vårdmiljön var inte heller utformad med tillräcklig säkerhet för att på ett tryggt och säkert sätt kunna hantera patientens våldsamhet. Avdelningen där patienten vårdades är inte utformad för långvarig vård.

För att kunna ge patienten nödvändiga och tillräckliga vårdinsatser sattes extra personal i form av två skötare in, och senare även två ordningsvakter. När detta inte ledde till en acceptabel vårdmiljö avdelades PIVA-delen av avdelningen till vård endast för denna patient. I kontakterna med VUB- teamet kunde de konstatera att det inte gick att optimera patientens behandling under pågående heldygnsvård utan att den långsiktiga planeringen var av överordnad betydelse. En tätare kontakt med VUB-teamet borde ha skett. Som ett resultat av verksamhetschefens interna utredning av händelseförloppet har sektionschefen för heldygnsvården fått i uppdrag att utse lämplig funktion som håller i kontakten med VUB-teamet när deras insatser behövs och kallar till avstämningsmöten.

2.2. Gjordes försök att utröna om det fanns någon alternativ vårdplacering? Om så var fallet, vilka åtgärder vidtogs och vad resulterade åtgärderna i?

Eftersom vårdmiljön inte var optimalt utformad för patientens behov diskuterades möjligheten till vård på boende i Bollnäs, något som patientens föräldrar och senare förvaltare var negativa till på grund av tidigare negativa erfarenheter. Under vårdperioden erbjöd Lidingö stad alternativ till vården på PIVA som patientens förvaltare bedömde som oacceptabla. Övervägande till vård enligt LVU gjordes också som ett alternativ till vården på PIVA, men det är oklart om

Lidingö stad ansökte om sådan vård. Ett stort antal kontakter togs med övriga vuxenpsykiatriska kliniker i regionen, den rättspsykiatriska vården i Region Stockholm samt flera rättspsykiatriska kliniker i andra regioner. Många rättspsykiatriska avdelningar är bättre anpassade än PIVA för långvarig vård vad gäller säkerheten. Flera remisser utfärdades men patienten kunde inte erbjudas plats, bl.a. på grund av platsbrist.

2.3. Skedde några faktiska förändringar i vården under den tid patienten vårdades enligt hälso- och sjukvårdslagen?

Under senare delen av vårdperioden, när ett assistansbolag hade anlitats med stöd av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, deltog personal därifrån i den dagliga vården av patienten. Även patientens föräldrar deltog i den dagliga vården av patienten, både i egenskap av föräldrar och i egenskap av anställda personliga assistenter för sitt barn.

3. *Hur såg kontakterna ut mellan avdelningen/sjukhuset och kommunen i fråga om patientens framtida boende? Bedömer styrelsen att avdelningen/sjukhuset fick tillräcklig information från kommunen om processen att ordna ett boende? Hade det utsetts någon särskild person vid avdelningen/sjukhuset som skulle ansvara för kontakten med kommunen? Bedömer styrelsen att dokumentationen i patientjournalen är tillfredsställande när det gäller boendefrågan?*

I huvudsak fick sjukhuset tillräcklig information från kommunen i boendefrågan och dokumentationen i journalen innehåller de viktigaste delarna av gången kring boendefrågan, även om de är spridda på flera olika kliniker i samband med patientens överföring från BUP.

Med början den 6 november 2017 sökte PIVA ett flertal gånger kontakt med LSS-enheten inom Lidingö stad, som höll på att leta efter korttids- och permanent boende. I slutet av november meddelade kommunen att de siktade på att boendefrågan skulle vara löst inom två månader. Den 24 november gjordes en överenskommelse mellan överläkare på PIVA och biträdande enhetschef på LSS-enheten om att ansöka om vård för patienten enligt LVU. Den 3 januari skickade överläkaren ett intyg som underlag för detta till LSS-enheten, men det är oklart om Lidingö stad ansökte om vård enligt LVU. Återkoppling gjordes inte från kommunen, varpå överläkaren fortsatte att försöka nå LSS-chefen. I början av januari 2018 faxade PIVA till kommunen att patienten var färdigbehandlad. Den 30 januari meddelade Lidingö stad att de funnit ett adekvat boende i Bollnäs, men föräldrarna tackade nej till detta.

I verksamhetschefens interna utredning av händelseförloppet identifierades att den första kontakten med kommunen togs efter en dryg månads vårdtid, att det därefter är svårt att följa i journalen vad överenskomna åtgärder har resulterat i, och att det saknades en funktion som höll i kontakterna för samverkan. Därför har sektionschefen för heldygnsvården fått i uppdrag att utse lämplig funktion som håller i kontakten med såväl kommunen som VUB-teamet när deras insatser behövs och kallar till avstämningsmöten.

4. *Upprättades en samordnad individuell plan beträffande patienten enligt 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och i sådana fall när? Vid vilken tidpunkt bedömer styrelsen att planen lämpligen borde ha upprättats? Om en sådan plan inte upprättades, vad bedöms vara orsaken till det och hur resonerar styrelsen kring detta?*

I samband med inläggningen i oktober 2017 upprättades tillsammans med föräldrarna en individuell plan med mål att hitta en lösning på boendet och avlasta föräldrarna. Ett omfattande planeringsarbete med flera vårdplaneringsmöten och många telefonkontakter. Det upprättades inte en SIP på formellt korrekt blankett eller med den rubriceringen i patientens journal. Det borde ha gjorts när det fanns en planering för LSS-bostad, men detta hade inte på något sätt påverkat den faktiska vården eller planeringen för patienten. En viktig del av

förklaringen är att huvudplanen var just ett LSS-boende som både kommunen och patientens företrädare kunde godta som lämpligt.

Som ett resultat av verksamhetschefens interna utredning av händelseförloppet har sektionschefen för heldygnsvården fått i uppdrag att inom sektionsledningen ta upp hur instrumentet SIP ska användas.

5. *Vad var skälen till ställningstagandet den 18 november 2017 att patienten skulle vårdas utan andra patienter på avdelningen? Hur dokumenterades den bedömningen? Hur ser styrelsen på beslutet rent rättsligt och vilket lagstöd bedöms finnas för en sådan åtgärd?*
6. *Hur resonerar styrelsen kring de beslut om avskiljande beträffande patienten som fattades under tiden han vårdades utan andra patienter på avdelningen? Bedömer styrelsen att dessa avskiljanden är förenliga med gällande lagstiftning?*

Initialt bedömde ansvarig läkare på PIVA att det inte gick att försvara inläggning av ytterligare patienter i den situation som rådde på PIVA-delen av avdelningen. Verksamhetschef kontaktades och godkände att man på detta sätt säkrade vårdkvaliteten. Tyvärr finns inte detta dokumenterat på ett tydligt sätt. Patienten har med undantag från de formella avskiljningar som gjorts inte varit skild från kontakt med andra på PIVA. Minst fyra andra personer har under denna period vistats tillsammans med patienten på avdelningen, men patientens vårdbehov har fått vara styrande och inte behövt kombineras med vårdbehov som andra patienter har. Denna åtgärd genomfördes för att kunna ge patienten nödvändiga och tillräckliga vårdinsatser i högre grad. Detta ledde också till att patienten blev lugnare, vilket man uppfattade berodde på att han fick mer rörelseutrymme.

Enligt 20 § LPT får en patient hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Lagregelns formulering ger alltså inte möjlighet att avskilja en patient på grund av behov hos patienten själv.

PIVA-delen av avdelning 130 är separerad från den övriga delen av avdelningen via en glasdörr. När patienten blev aggressiv och våldsam uppmärksammades och hördes detta ofta av patienter på den övriga delen av avdelningen på andra sidan glasdörren, liksom att det krävdes mycket personal för att avvärja angrepp. Det var detta som allvarligt försvårade vården av de övriga patienterna och var grund för de avskiljningsbeslut enligt 20 § LPT som togs. Under hösten 2019 ämnar SLSO införa en ny mall för motiveringar till beslut enligt LPT, som säkrar dokumentationen av att lagens krav är uppfyllda vid beslut om tvångsåtgärder.

Kommunens remissvar

I sitt remissvar den 18 juni 2019 anförde Omsorgs- och socialnämnden i Lidingö kommun i huvudsak följande:

Redogörelse av handläggning i ärendet

Beskrivning av ärendet
Den enskilde som ärendet berör har varit aktuell för insatser enligt lagen (l993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) sedan 2013. Inledningsvis i form av korttidsboende enligt 9 § 6 LSS samt insats i form av personlig assistans med dubbelbemanning dygnet runt genom Försäkringskassan. Den enskildes föräldrar har varit och är fortfarande anställda som personliga assistenter av ett privat assistansbolag.

Mellan februari och juni 2017 hade den enskilde insats i form av placering på ett utredningshem i Bollnäs, som drivs av ett externt företag, med särskild inriktning för personer med komplex problematik. Uppdraget bestod av boende och omvårdnad där även medicinsk behandling ingick. Lidingö stad var uppdragsgivare med individuellt uppföljningsansvar. Den enskilde hade tidigare bott

hemma med beviljad assistansersättning från Försäkringskassan och i och med placeringen på boendet pausades assistansersättningen hos Försäkringskassan. Den enskildes föräldrar uttryckte återkommande missnöje kring placeringen på Bollnäs Rehab och under tiden som den enskilde befann sig på boendet ansökte föräldrarna om assistansersättning från Försäkringskassan för att deras son skulle kunna flytta hem igen. Beslutet från Försäkringskassan dröjde dock och placeringen avslutades på föräldrarnas egna initiativ den 27 juni 2017. Den enskilde flyttade då tillbaka till föräldrahemmet. Den 6 juli 2017 beviljade Lidingö stad tillfälligt utökad assistansersättning i avvaktan på Försäkringskassans beslut.

En planering inleddes under sommaren för att den enskilde skulle kunna börja skolan under hösten. Från Lidingö stads sida beviljades den 24 juli 2017 insatsen korttidstillsyn efter skoltid och vid lov enligt 9 § 6 LSS. Den 27 juli 2017 inkom två ansökningar, den ena avsågs för boende i samband med skolgång enligt 9 § 8 LSS och den andra avsåg att vara en förberedelse inför sonens övergång till vuxenboende i samband med hans kommande 18-årsdag den 2 december.

I avvaktan på att skolan skulle börja samt beslut om boende från socialtjänsten bodde sonen hemma hos sina föräldrar med stöd av personliga assistenter. Inledningsvis beviljat genom Lidingö stad och senare inträdde Försäkringskassans beslut. I början av augusti inkom jourrapport (2017-08-09) samt orosanmälan från BUP-akuten (2017-08-10) som vittnade om en ohållbar hemsituation. Föräldrarna hade då varit tvungna att åka in med sonen till psykiatrin på grund av att han varit fysiskt våldsam och uppvisat ett aggressivt beteende. I överenskommelse med modern inleddes ett mer intensivt sökande efter ett boende för att påskynda processen för den enskilde och föräldrarna. Både socialtjänsten och föräldrarna var aktiva i sökandet efter lämpligt boende och bland annat var modern på eget initiativ i kontakt med ett boende utanför Tingsryd i Småland som uppgavs kunna ta emot sonen. När handläggaren samtalade med ansvarig på boendet fick handläggaren information om att en placering först kunde bli aktuellt till hösten på grund av att boendet har lång kartläggnings- och bedömningsprocess innan en eventuell inflyttning kunde ske. Utifrån detta besked uttryckte modern att hon ville avvakta med boendet i Tingsryd för att invänta svar från ett annat boende som låg närmare Lidingö. Detta boende uppgav senare att de inte hade möjligt att ta emot den enskilde.

I och med att den enskilde vid tillfallet bara var 17 år skickade omsorgs- och socialförvaltningen en förfrågan till Inspektionen för vård och omsorg om det var möjligt att den enskilde kunde flytta till ett boende riktat till vuxna innan sin 18-årsdag. IVO svarade att det krävs en särskild prövning av det boendets tillstånd och som boendet i så fall behövde ansöka om.

Den 17 augusti 2017 beviljades den enskilde bistånd i form av boende enligt 9 § 8 LSS som handlade om ett så kallat elevhemsboende, i samband med den enskildes eventuella skolgång på annan ort. Sådant boende blev dock aldrig aktuellt eftersom han inte klarade skolgång.

Sökandet efter ett lämpligt vuxenboende som kunde ta emot den enskilde fortlöpte och handläggarna var bland annat i kontakt med två boenden som riktade sig till vuxna. Ett boende uppgav att de kunde tänka sig att ansöka om tillstånd hos IVO men ville först träffa den enskilde och handläggarna. Det andra uppgav att de inte kunde ta emot den enskilde på grund av personalbrist. Den 14 september 2017 fick handläggaren ett telefonsamtal från modern i familjen som meddelade att hemsituationen hade förbättrats och att de ville avvakta ett boende. De inväntade samtidigt beslut från Försäkringskassan om assistansersättning. Sökandet efter boende pausades således eftersom föräldrarna föredrog assistansersättning framför att sonen skulle bo på ett särskilt boende. Den 19 september 2017 ringde modern återigen till omsorgs- och socialförvaltningen utifrån att sonen hade varit fysiskt våldsam i hemmet och att de, föräldrarna, hade kört honom till Sachska barnsjukhusets psykakut där han lades in enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128, LPT). Den 10 oktober inkom

orosanmälan från BUP-akuten där det framkom att den enskilde hade varit tvungen att överföras till vuxenpsykiatrin/slutenvården på Danderyds sjukhus (PIVA). Detta på grund av att ungdomspsykiatrin inte klarade av hans utåtagerande beteende. Under tiden som den enskilde var inlagd på PIVA fortsatte handläggare att leta efter ett boende och ett studiebesök genomfördes på en gruppbostad som riktade sig till vuxna med autism. Boendet meddelade dock sedan att de inte kunde ta emot den enskilde på grund av hans komplexa behov samt att boendet var relativt nystartat.

Den 26 oktober 2017 genomfördes ett internt möte där handläggare och enhetschef deltog för att diskutera den enskildes akuta behov av boende. Den enskilde var vid den tidpunkten fortsatt intagen på Psykiatrisk intensivvårdsavdelning (PIVA) och såväl kommun som landsting var överens om att en längre vistelse där inte var bra.

Föräldrarna hade återigen varit i kontakt med ett nytt boende som också avböjde en placering att ta emot den enskilde då de inte kunde bemöta hans omfattande vårdbehov. Vid mötet diskuterades även en förfrågan som tidigare kommit från föräldrarna om att få hyra en villa på Lidingö där den enskilde skulle kunna bo tillsammans med eventuella personliga assistenter. Insatsen skulle i så fall beviljas som en "annan särskilt anpassad bostad enligt 9 § 9 LSS". Enhetschef undersökte samma dag möjligheten hos teknik- och fastighetsförvaltningen att hyra en villa på Lidingö. Teknik- och fastighetsförvaltningen meddelade att de hade en villa som med särskilda anpassningar skulle kunna upplåtas till den enskilde. Den 27 oktober 2017 åkte handläggare, enhetschef, boendeansvarig samt ansvarig från Teknik- och fastighetsförvaltningen och tittade på villan. Bedömningen gjordes att villan skulle kunna anpassas utifrån den enskildes behov men att det skulle ta tid att genomföra anpassningarna såsom nya fönster, fastskruvad inredning och breddat badrum med mera. Efter att föräldrarna fick tillfälle att titta på villan accepterade de den och en förberedelse för personlig anpassning påbörjades. Teknik- och fastighetskontoret inom Lidingö stad ansvarade för anpassningen och tillhandhöll medarbetare för ändamålet. De beräknade att den sammanlagda tiden för att kartlägga och genomföra anpassningarna i villan skulle ta mellan två-tre månader. LSS-enheten inom Lidingö stad stod för samtliga kostnader för renovering och anpassning.

Under tiden fortsatte sökandet av olika boendealternativ i fall att den enskilde skulle skrivas ut från slutenvården innan villan stod klar. Handläggarna fortsatte därför att leta efter ytterligare boendealternativ och kontaktade även ett externt vårdföretag som kände till den enskilde eftersom han tidigare varit placerad där. Företaget var via Bollnäs Rehab där han tidigare hade haft sin placering under några månader. Företaget kom med ett individuellt anpassat förslag utifrån den enskildes behov som baserades på en särskilt anpassad villa i Bollnäs.

Den 13 november 2017 genomfördes ett SIP-möte där enhetschef deltog tillsammans med flera representanter från VUB-teamet (Team för vuxna och unga med intellektuell funktionsnedsättning och allvarliga beteendeavvikelser) med specialistkompetenser inom området. Även den enskildes föräldrar deltog. Ingen representant från PIVA kunde delta. Vid mötet informerade staden om förslaget på boendelösning, dvs villan som skulle anpassas och där den enskilde skulle kunna bo med personliga assistenter. SIP-mötet resulterade i att samtliga närvarade inklusive föräldrarna var överens om att kommunens förslag om en anpassad villa var bra.

Den 3 januari 2018 fick socialtjänsten information om att den enskilde skulle skrivas ut och den 29 januari genomfördes en SIP där Lidingö stad erbjöd den enskilde ett specialanpassat korttidsboende i Bollnäs under tiden som anpassningen av villan pågick. Boendet i Bollnäs var anpassat utifrån den enskildes särskilda behov av miljö, byggnad och personal. Föräldrarna samt nytillsatt förvaltare för den enskilde tackade enhälligt nej till boendet i Bollnäs då de menade att de inte hade ansökt om ett sådant boende. Under mötet ansökte föräldrarna och förvaltaren i stället formellt om en *annan särskilt anpassad*

bostad enligt 9 § 9 LSS. Kommunen framhävde under mötet att om landstinget bedömde att den enskilde var färdigbehandlad skulle boendet i Bollnäs erbjudas under tiden som boendet på Lidingö färdigställdes. Utifrån SIP-mötet och att en formell ansökan om *annan särskilt anpassad bostad enligt 9 § 9 LSS* inkommit fortsatte det påbörjade arbetet med att anpassa den speciellt utsedda villan på Lidingö för den enskilde.

Den 8 februari genomfördes ett vårdplaneringsmöte på Danderyds sjukhus, PIVA, tillsammans med föräldrarna, förvaltaren, verksamhetsansvariga på PIVA, tre läkare samt enhetschef på Lidingö stad. Då villan inte var färdigställd erbjöd Lidingö stad återigen det specialanpassade boendet i Bollnäs. Föräldrarna och förvaltarna tackade återigen nej, trots att samtliga närvarande från landsting och kommun menade att den lösningen var det bästa för den enskilde i stället för att vara intagen på slutenvård. Konsekvensen blev att den enskilde fick vara kvar på PIVA till dess att kommunen hade hunnit behandla ansökan *om annan särskilt anpassad bostad enligt LSS* samt att villan skulle färdiganpassas.

Den 28 februari togs beslut om bifall för den enskildes ansökan om *annan särskilt anpassad bostad enligt 9 § 9 LSS*. Under mars 2018 blev villan på Lidingö färdiganpassad. Anpassningar hade gjorts med bland annat byte av fönster till okrossbart, byte av dörrar till säkerhetsdörrar, flytt av vägg samt att en dörr till källarvåningen öppnades upp för att möjliggöra in- och utpassage. I slutet av mars 2018 flyttade den enskilde in i villan och bor där än i dag med personliga assistenter som beviljats genom assistansersättning av Försäkringskassan. Under sommaren 2018 färdigställdes dessutom utomhusmiljön såsom staket mot grannhus.

Bedömning av handläggningen i det enskilda ärendet

En granskning har gjorts av handläggningen i det enskilda ärendet utifrån gällande lagstiftning (LSS och SoL), Socialstyrelsens handbok Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten samt Lidingö stads Riktlinjer och vägledning vid handläggning enligt LSS (OSN/2018:152).

Utifrån den granskning som genomförts har det konstaterats att handläggningen i det enskilda ärendet skett i enlighet med lagstiftning och riktlinjer vad gäller rättssäkerhet och skyndsamhet. Detta eftersom en formell ansökan om annan särskilt anpassad bostad enligt 9 § 9 LSS inte inkom förrän den 29 januari 2018.

Något som komplicerade handläggningen var att den enskilde inte hade möjlighet att flytta till vuxenboende innan han fyllde 18 år. En ansökan om detta inkom dock i god tid ca ett halvår innan. Under hösten 2017 inkom aldrig någon formell ansökan om barnboende, även om behovet tidvis fanns. Föräldrarna valde i stället att invänta beslut om assistansersättning. Då den enskilde inom några månader skulle fylla 18 år riktades tiden i stället på att hitta ett bra och anpassat vuxenboende. Även föräldrarnas ambivalens kring om de antingen skulle ansöka om boende, och i så fall vilken form, eller om de skulle invänta beslut om assistansersättning från Försäkringskassan påverkade att handläggningen drog ut på tiden. Omsorgs- och socialnämnden anser att det varken var en optimal eller långsiktigt hållbar lösning för den enskilde att vistas under en längre tid inom slutenvård och gjorde allt för att hitta andra alternativ.

Det är dock möjligt att konstatera att det var en lång och utdragen process innan bostaden var färdiganpassad och den enskilde kunde flytta in i bostaden. Under tiden fortsatte nämnden att leta efter ett boende som kunde ta emot den enskilde och presenterade även ett förslag på boende i januari 2018 som såväl kommunen som hälso- och sjukvården ansåg kunde tillgodose den enskildes behov av vård och omsorg. I samband med att hälso- och sjukvården informerade om att en utskrivning skulle ske kunde således Lidingö stad erbjuda ett boende. Då såväl föräldrarna som den nytillsatta förvaltaren tackade nej till boendet fick det som konsekvens att den enskilde blev fortsatt inlagd till dess att villan på Lidingö var färdiganpassad.

Svar på Justitieombudsmannens (JO) frågor:

Hur såg kontakterna ut ifråga om behovet av ett framtida boende? Vilken information erhöll kommunen utifrån sjukvården? Vilken information lämnades till sjukvården? Anser nämnden att informationsutbytet mellan nämnden och sjukvården varit tillfyllest?

Dialog och rådgivning om behov av boende förekom vid regelbundna möten mellan hälso-och sjukvården och Lidingö stad, samt andra eventuella huvudmän. SIP-möten genomfördes den 13 november 2017 samt 29 januari 2018. Ett vårdplaneringsmöte genomfördes tillsammans med PIVA den 8 februari 2018. Lidingö stad fick därutöver löpande information om den enskildes situation inom slutenvården via telefon samtidigt som all information om det pågående arbetet med att hitta lämplig bostad överfördes regelbundet till sjukvården. En löpande överenskommelse fanns mellan myndigheterna om att när ett sådant passande boende inom kommunen är anordnat, som ansökan avsåg, skulle landstinget skriva ut honom. Den gängse utskrivningsproceduren från landstinget till kommunen följdes enligt gällande rutiner. Kommunen har även därefter haft regelbunden och tät kontakt med landstinget, VUB-teamet, öppenvårdspsykiatrin och slutenvården under 2018.

Omsorgs- och socialnämnden anser således att informationsutbytet mellan nämnden och hälso- och sjukvården varit tillfyllest.

Upprättades en samordnad individuell plan beträffande den enskilde enligt 2 kap. 7 § SoL och i så fall när? Om en sådan plan inte upprättades, vad var orsaken till detta?

En samordnad individuell plan upprättades vid två tillfällen, 2017-11-13 samt 2018-01-29.

Vilka åtgärder vidtog nämnden för att verkställa besluten om boende? När och på vilket sätt verkställdes besluten?

När nämnden väl i oktober-november 2017 hade hittat ett ledigt boende som med vissa anpassningar kunde tillgodose den enskildes behov påbörjades en kartläggning av anpassningarna som behövde göras. Teknik- och fastighetsförvaltningen på Lidingö stad tog in ett företag med erfarenhet av att bygga och särskilt anpassa boenden. Därefter träffade enhetschef, tillsammans med handläggare, byggledaren och beskrev ingående den enskildes behov. Företaget påbörjade därefter projekteringen av objektet ganska omgående. Anpassningarna tog sammanlagt två-tre månader och den enskilde kunde sedan successivt börja flytta in. Under sommaren 2018 färdigställdes även anpassningar av utomhusmiljön.

Om verkställigheten inte skett, eller inte skett inom tre månader från dagen för besluten, har nämnden fullgjort sin rapporteringsskyldighet enligt 28 f § LSS?

Beslut om annan särskilt anpassad bostad enligt 9 § 9 LSS togs den 28 februari 2018 och i slutet av mars samma år flyttade den enskilde in i villan. Således verkställdes beslutet inom ramen för tre månader. Då det ej finns indikationer på att behovet hos den enskilde kommer att förändras bedöms beslutet om särskilt anpassad bostad vara varaktigt. I dags dato har överförmyndarnämnden utsett den enskildes mamma till god man. Ansvaret över den medicinska bedömningen åligger landstinget och vad gäller ersättning till assistenterna/personalen så bär Försäkringskassan det ansvaret. Vid behov följs således ärendet upp av nämnden genom kontakt med mamma/god man.

AA fick möjlighet att kommentera remissvaren men hördes inte av.

Bedömning

Bakgrund

Av utredningen framgår att BB under första halvan av 2017 var placerad på ett utredningshem i Bollnäs, på uppdrag av Lidingö kommun. BB:s föräldrar var

dock missnöjda med placeringen och ansökte om assistansersättning från Försäkringskassan för att BB skulle kunna flytta till föräldrahemmet. Beslutet från Försäkringskassan dröjde och placeringen avslutades på föräldrarnas initiativ den 27 juni 2017. BB flyttade då tillbaka till föräldrahemmet. Den 6 juni 2017 hade kommunen beviljat tillfälligt utökad assistansersättning i väntan på Försäkringskassans beslut och den 24 juli 2017 beviljades insatsen korttidstillsyn efter skoltid och vid lov. Den 27 juli gjordes en ansökan om boende i samband med skolgång och en ansökan om boende inför BB:s övergång till vuxenboende i samband med att han i december skulle fylla 18 år. I väntan på skolstarten och socialtjänstens beslut om boende bodde BB i föräldrahemmet med stöd av personliga assistenter som beviljats av kommunen och senare av Försäkringskassan.

I oktober 2017 lades BB in på PIVA vid Danderyds sjukhus på grund av tilltagande utåtagerande beteende i hemmet. BB vårdades på PIVA från den l oktober 2017 till den 16 mars 2018, med några korta uppehåll i vården i början av oktober 2017. Under perioden vårdades BB med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) den l–6 oktober 2017, den 8–20 oktober 2017 och den 26 oktober 2017–30 januari 2018. Från den 30 januari 2018 till mitten av mars 2018 vårdades BB på PIVA med stöd av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), dvs. frivillig vård. I samband med att BB skrevs ut från PIVA flyttade han in i en för honom särskilt anpassad bostad med personlig assistans.

Det är inte JO:s uppgift att överpröva ställningstagandet att BB skulle vara föremål för tvångsvård enligt LPT. Jag kan dock inte undgå att notera att det av anteckningar i BB:s patientjournal framgår att läkare under den tid BB tvångsvårdades bedömde att han i första hand var i behov av ett adekvat boende, snarare än vård på PIVA.

Jag har begränsat min utredning till vissa tvångsåtgärder som BB blev föremål för under den tid han vårdades enligt LPT, och till frågan om tiden för vårdvistelsen hade kunnat förkortas. Inom ramen för den senare frågan har jag fokuserat min utredning på myndigheternas samverkan och kommunens handläggning av boendefrågan.

Tvångsvården vid PIVA

BB hölls de facto avskild

Från den 18 november 2017 till dess att BB i mars 2018 skrevs ut från sjukhuset vårdades han som ensam patient på PIVA. Enligt remissvaret var syftet med detta att skydda andra patienter såväl som att tillgodose BB:s vårdbehov.

Som styrelsen har redogjort för får en patient som tvångsvårdas enligt LPT hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Detta framgår av 20 § LPT. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar. Tiden för avskiljande får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar. Om det finns synnerliga skäl får ett beslut om

avskiljande avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Chefsöverläkaren beslutar om avskiljande. Om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd ska Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utan dröjsmål underrättas om det. En patient ska under den tid han eller hon hålls avskild stå under fortlöpande uppsikt av hälso- och sjukvårdspersonal.

Avskiljande av en patient från andra patienter är en starkt integritetskränkande åtgärd som bör avslutas så snart det är möjligt (se prop. 1990/91:58 s. 261).

Enligt vårdgivaren var BB inte avskild – med undantag för när det fattades särskilda beslut om att avskilja honom – eftersom han vistades tillsammans med personal på avdelningen. Avgörande för om det är fråga om ett avskiljande enligt 20 § LPT är dock om patienten hålls avskild från andra patienter. Det saknar i det sammanhanget betydelse om patienten vistas tillsammas med vårdpersonal. Som styrelsen har konstaterat ger formuleringen i 20 § LPT inte möjlighet att avskilja en patient på grund av behov hos patienten själv. I stället krävs att patienten genom sitt beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna.

Vårdgivarens ställningstagande att BB skulle vårdas utan andra patienter på avdelningen innebar alltså enligt min mening att BB under lång tid hölls avskild från övriga patienter i den mening som avses i 20 § LPT. Vårdgivaren borde därför ha följt den procedur som framgår av nämnda bestämmelse, vilket innebär att ett formellt beslut om avskiljande borde ha fattats. Eftersom så inte skedde omprövades inte heller avskiljandet löpande på det sätt som är föreskrivet och IVO underrättades inte om åtgärden. För dessa brister förtjänar vårdgivaren allvarlig kritik.

Besluten om avskiljande av BB

Jag har ovan konstaterat att redan den omständigheten att BB vårdades som ensam patient på avdelningen i praktiken innebar att han hölls avskild i den mening som avses i 20 § LPT. Mot denna bakgrund måste jag ställa mig frågande till de återkommande formella besluten om avskiljande av BB vid enskilda tillfällen. Styrelsen har anfört att dessa avskiljanden berodde på att BB allvarligt försvårade vården av de andra patienterna, som uppmärksammade BB:s agerande genom en glasdörr. Jag kan konstatera att formella beslut om avskiljande fattades vid ett mycket stort antal tillfällen. Det framgår inte klart av något av besluten att BB allvarligt försvårade vården av andra patienter. Som exempel kan nämnas följande beslut:

> 2017-11-28 kl. 21.04
>
> Patienten skriker högt, bankar på väggar och gör utfall mot personal. Ej mottaglig för kommunikation. Avskiljes för att komma till ro.
>
> 2017-12-01 kl. 20.37
>
> Aggressiv och attackerar personal. Rumshålles.

2017-12-04 kl. 15.49

Varvar upp och blir aggressiv mot personal. I behov av avskiljning för att varva ner.

2017-12-09 kl. 16.00

Patienten går oprovocerat till anfall mot personal. Bankar på väggar. Riskerar att skada både sig själv och personal, avskiljes för lugnande effekt.

2017-12-11 kl. 20.10

Patienten går oprovocerat till anfall mot personal. Riskerar att skada både sig själv och personal, avskiljes för lugnande effekt.

2017-12-13 kl. 15.00

Slåss och klöser personal. Ej avledbar. Är i behov av avskiljning.

2017-12-14 kl. 15.10

Har haft avföring i blöja samt på tröja, vill ej gå in i duschen. Beslutas om avskiljning tills dess att pat har duschat.

2017-12-14 kl. 18.55

Gör utfall mot avdelningspersonalen varför det beslutas om avskiljning.

2017-12-15 kl. 15.13

Gjort utfall mot sin mor, varför avskiljning påbörjas.

2017-12-29 kl. 13.25

Pat börjar varva upp och bete sig oroligt. För att lugna ner pat och undvika att han blir aggressiv tas beslut om avskiljning vilket haft lugnande effekt tidigare.

2018-01-02 kl. 11.36

Städerska vill städa PIVA korridorer. Då pat blir fysiskt aggressiv tas beslut om avskiljning för detta.

2018-01-02 kl. 12.04

PIVA har städats klart, och avskiljning kan därför avslutas.

2018-01-07 kl. 11.30

Pats rum behöver städas och han motsätter sig detta. Får avskiljas pga hotande aggressivitet.

2018-01-09 kl. 21.06

Pats rum behöver städas och han motsätter sig detta. Får avskiljas pga hotande aggressivitet.

Enligt min mening utgör de omständigheter som anges i motiveringarna ovan inte laglig grund för att hålla BB avskild enligt 20 § LPT. Jag är därför mycket kritisk till dessa beslut. Det finns i sammanhanget skäl att påminna om vikten av att dokumentationen av tvångsåtgärder är tydlig och korrekt. I BB:s journal förekommer begrepp som rumshållning i stället för avskiljande. Det är från rättssäkerhetsperspektiv viktigt att lagstiftningens termer används och att de används korrekt. I annat fall finns risk att sjukvårdspersonalen inte har klart för sig att det rör sig om en tvångsåtgärd. Det är givetvis inte acceptabelt.

Det kan i sammanhanget nämnas att reglerna om avskiljande skärptes den 1 juli 2020, såvitt avser personer under 18 år. Enligt en ny bestämmelse i 20 a § LPT får en patient som är under 18 år numera hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att han eller hon genom aggressivt

beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga. Till skillnad för vad som gäller för vuxna patienter ingår inte uttrycket störande som rekvisit för vad som kan anses allvarligt försvåra vården av de andra patienterna. Beslutet om avskiljande gäller högst två timmar. Genom nya beslut får tiden förlängas med högst två timmar i taget. IVO ska utan dröjsmål underrättas om patienten hålls avskild under en sammanhängande tid som överstiger två timmar.

Fastspänningar

Jag noterar även att BB blev fastspänd vid flera tillfällen, i vissa fall under längre tid än fyra timmar.

Enligt 19 § första stycket LPT får en patient kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning om det finns en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Hälso- och sjukvårdspersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd. Enligt bestämmelsens andra stycke får patienten, om det finns synnerliga skäl, hållas fastspänd längre än som anges i första stycket. Av tredje stycket framgår att IVO utan dröjsmål ska underrättas om beslut enligt andra stycket.

I 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård föreskrivs att den beslutande läkaren själv ska undersöka patienten innan ett beslut fattas om fastspänning under längre tid än fyra timmar. Av 4 kap. 7 § i föreskrifterna framgår att underrättelseskyldigheten enligt 19 § tredje stycket LPT ska fullgöras i de fall då en patient hålls fastspänd under en längre tid än fyra timmar.

Enligt 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355) ska en patientjournal innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga ska en patientjournal alltid innehålla bl.a. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder. För tvångsvård gäller särskilda regler för dokumentation utöver de bestämmelser som finns i patientdatalagen. Av 2 § 9 förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår att chefsöverläkaren ska se till att journalen för en patient som vårdas med stöd av LPT innehåller uppgifter om olika tvångsåtgärder som rör patienten och skälen för åtgärderna. Det gäller bl.a. beslut om fastspänning enligt 19 § LPT.

När det gäller tillsyn vid tvångsåtgärder har JO tidigare – beträffande fast-spänning – uttalat att det är lämpligt att det i patientjournalen antecknas vem eller vilka som har haft tillsyn över patienten alternativt att s.k. vaklistor där detta framgår tillförs journalen. Skälet för det är att det i efterhand kan finnas anledning att inhämta upplysningar från personal som varit närvarande under fastspänningen (se t.ex. protokollen i JO:s ärenden med dnr 2100-2011 och 7317-2018 samt JO 2014/15 s. 477).

Som framgått krävs det synnerliga skäl för att hålla en patient fastspänd längre än kortvarigt (dvs. mer än fyra timmar). För att säkerställa att rekvisitet synnerliga skäl är uppfyllt och för att den enskilde ska ges möjlighet att förstå

hur myndigheten har resonerat, är det viktigt att det i beslut om fastspänning tydligt anges vilka faktiska omständigheter som ligger till grund för beslutet och som medför att det finns synnerliga skäl.

I BB:s patientjournal saknas i vissa fall uppgift om att de faktiska omständigheterna har medfört att det funnits synnerliga skäl för fastspänning i mer än fyra timmar. Det gäller bl.a. fastspänningarna den 2 oktober 2017, den 26 oktober 2017 och den 31 oktober 2017. Därutöver saknas det generellt uppgifter om personalens närvaro under den tid fastspänningarna varade. Jag är kritisk till dessa brister.

Jag noterar att SLSO enligt remissvaret ska införa en ny mall för motivering av beslut enligt LPT, som säkerställer dokumentation av att lagens krav är uppfyllda. Jag välkomnar den åtgärden och förutsätter att mallen kan bidra till en rättssäker tillämpning och dokumentation. Vidare förutsätter jag att vårdgivaren vidtar nödvändiga åtgärder när det gäller dokumentation av tillsyn vid fastspänning.

Även reglerna om fastspänning skärptes den 1 juli 2020, såvitt avser personer under 18 år. Enligt en ny bestämmelse i 19 a § LPT får fastspänning av en patient som är under 18 år numera endast ske för att hindra att patienten själv lider allvarlig skada. Till skillnad för vad som gäller för vuxna patienter får fastspänning inte tillgripas för att hindra att patienten skadar någon annan. I bestämmelsen ställs krav på att det ska vara uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga. Beslutet om fastspänning gäller högst en timme. Genom nya beslut får tiden förlängas med högst en timme i taget. IVO ska utan dröjsmål underrättas om patienten hålls fastspänd under en sammanhängande tid som överstiger en timme.

Myndigheternas samverkan

BB kom alltså att vistas på PIVA under närmare ett halvår. Som framgår av vårdgivarens remissvar var vårdmiljön på PIVA inte utformad för långvarig vård. När det gäller myndigheternas samverkan i syfte att förkorta vårdtiden gör jag följande överväganden.

Enligt 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten (s.k. SIP-plan). Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska, när det är möjligt, upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser som respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än regionen eller kommunen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen. För kommunens del finns motsvarande bestämmelse i 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453).

Efter att jag tagit del av utredningen står det klart för mig att BB:s vistelse på PIVA skulle ha kunnat förkortas om processen för att hitta ett lämpligt boende hade gått snabbare. Det framgår av SLSO:s egen utredning att den främsta anledningen till att BB vårdades på PIVA var att kommunen inte hade lyckats lösa boendefrågan. Vidare anges i en läkarförd journalanteckning den 31 oktober 2017 – dvs. under den tid då BB var föremål för tvångsvård – att BB i första hand var i behov av ett adekvat boende, snarare än vård på PIVA. Den bedömningen upprepas bl.a. i en journalanteckning den 30 januari 2018, där läkaren konstaterar att BB varit färdigbehandlad sedan den första dagen av hans vistelse på kliniken.

Av utredningen framgår att vårdgivaren tog kontakt med kommunen först efter en dryg månads vårdtid. Enligt vårdgivaren var orsaken till detta att det saknades en funktion som höll i kontakterna för samverkan mellan vårdgivaren och kommunen. Det är ett rimligt antagande att den samordnade planeringen skulle ha påskyndats om vårdgivaren hade kontaktat kommunen i ett tidigare skede.

Vidare framgår av bl.a. patientjournalen att företrädare för vårdgivaren vid ett flertal tillfällen under november 2017 utan resultat sökte kontakt med LSS-enheten inom kommunen. I slutet av månaden meddelade företrädare för kommunen att de siktade på att boendefrågan skulle vara löst inom två månader. Enligt SLSO:s egen utredning uteblev därefter återkopplingen från kommunen, varefter en överläkare vid flera tillfällen försökte få kontakt med en företrädare för kommunen. I början av januari 2018 skickade vårdgivaren ett fax till kommunen med information om att BB var färdigbehandlad. Kommunen svarade först den 30 januari 2018. Enligt min mening borde kommunen givetvis ha återkopplat till vårdgivaren snabbare än vad som skedde, i synnerhet eftersom kommunen hade kännedom om BB:s situation. Jag är kritisk till den bristfälliga kommunikationen från kommunen sida.

Enligt utredningen upprättades SIP-planer den 13 november 2017 och den 29 januari 2018. Vårdgivaren har anfört att det i samband med inläggningen i oktober 2017 upprättades en individuell plan tillsammans med BB:s föräldrar, med målet att hitta en lösning på boendesituationen och avlasta föräldrarna. Någon SIP-plan upprättades dock inte då. Enligt vårdgivaren borde en SIP-plan ha upprättats när det fanns en planering för LSS-bostad men utevaron av en sådan påverkade inte den faktiska vården eller planeringen eftersom huvud-planen var ett LSS-boende.

Det har inte genom utredningen kunnat klarläggas huruvida vårdtiden på PIVA kunde ha förkortats om myndigheterna hade haft en bättre samverkan och i ett tidigare skede upprättat en SIP-plan. En bättre och tydligare samverkan skulle dock sannolikt ha underlättat för BB:s föräldrar i deras kontakter med myndigheterna.

Jag ser positivt på vårdgivarens besked om arbetet med hur SIP-planer ska användas och att det ska utses en lämplig funktion som bl.a. håller i kontakten med kommunen vid behov. Jag förutsätter att nödvändiga åtgärder vidtas i dessa avseenden.

Kommunens hantering av boendefrågan

Till kommunens uppgifter enligt LSS hör bl.a. att fortlöpande följa upp vilka som omfattas av lagen och vilka deras behov av stöd och service är, verka för att personer som omfattas av lagen får sina behov tillgodosedda samt informera om mål och medel för verksamheten enligt LSS. Detta framgår av 15 § första stycket 1–3 LSS.

Skyldigheten att informera om mål och medel gäller främst behovet av information till personer som tillhör lagens personkrets, deras anhöriga samt personer som är i allmän tjänst (se prop. 1992/93:159 s. 184).

Enligt Socialstyrelsens handbok på området gör kommunens uppsökande verksamhet det möjligt att dels skaffa kunskap om vilka som kan tänkas ha behov av insatser, dels kontinuerligt följa dessa personer för att ta reda på individuella önskemål för framtiden (se handboken Bostad med särskilt service för vuxna enligt LSS, tredje upplagan, s. 77 f.). Att få korrekt, relevant och förståelig information om olika insatsers innehåll är enligt Socialstyrelsen en förutsättning för att en person ska kunna ta ställning till vad han eller hon vill ansöka om nu eller i framtiden. Kommunen behöver därför kunna informera om vilket stöd den enskilde kan få från kommunen och vilka rättigheter han eller hon har.

En myndighet ska se till att kontakterna med enskilda blir smidiga och enkla. Myndigheten ska lämna den enskilde sådan hjälp att han eller hon kan ta till vara sina intressen. Hjälpen ska ges i den utsträckning som är lämplig med hänsyn till frågans art, den enskildes behov av hjälp och myndighetens verksamhet. Den ska ges utan onödigt dröjsmål. Detta framgår av bestämmelsen om serviceskyldighet i 6 § förvaltningslagen (2017:900). Före den 1 juli 2018 framgick serviceskyldigheten av 4 § förvaltningslagen (1986:223).

En förutsättning för att den enskilde ska kunna begära insatser enligt LSS är att han eller hon känner till sina rättigheter. JO har tidigare uttalat att kommunens handläggare måste anses ha ett ansvar att upplysa den enskilde om dessa rättigheter, i de fall där insatser enligt LSS skulle kunna vara aktuella (se JO 2007/08 s. 362).

Som framgått skrevs BB ut från PIVA i mars 2018 när han kunde flytta in i den för honom särskilt anpassade bostaden. Av kommunens journalanteckningar framgår att kommunen under den tid BB var föremål för tvångsvård sökte efter ett lämpligt boende. Jag har förstått att det främst rörde sig om olika grupp-boenden för ungdomar.

Av kommunens journalanteckning den 26 oktober 2017 framgår att det var BB:s mor som framställde önskemål om att kommunen skulle ordna ett eget hus

till BB där han kunde bo med personlig assistans via Försäkringskassan. Mot bakgrund av detta kontaktade enhetschefen för LSS-enheten kommunens fastighetsförvaltning för att undersöka möjligheterna till en sådan lösning. Det framkom att det i kommunen fanns en villa som skulle kunna anpassas utifrån BB:s behov.

Enligt en journalanteckning den 27 oktober 2017 besökte enhetschefen tillsammans med andra tjänstemän villan och diskuterade vilka anpassningsåtgärder som krävdes. Av en journalanteckning den 13 november 2017 framgår att villan diskuterades som ett tänkbart boende för BB vid ett SIP-möte där bl.a. BB:s föräldrar medverkade.

Av en journalanteckning den 1 februari 2018 framgår att en formell ansökan om särskilt anpassat boende gjordes av BB:s förvaltare vid ett SIP-möte den 29 januari 2018. Vidare anges att LSS-enheten i samverkan med Fastighetskontoret hade försökt hitta en lokal att erbjuda för en sådan lösning sedan oktober 2017 och att det arbetet skulle fortsätta eftersom det hade inkommit en formell ansökan. Vid SIP-mötet och vid ett vårdplaneringsmöte den 8 februari 2018 erbjöd kommunen BB ett boende i Bollnäs under tiden ansökan om särskilt anpassat boende behandlades. BB:s föräldrar var dock negativt inställda till det erbjudna boendet och BB tackade nej till erbjudandet genom sin förvaltare. Detta innebar att BB blev kvar på PIVA i väntan på kommunens beslut i fråga om särskilt anpassad bostad och färdigställandet av villan.

Av en utredning enligt LSS daterad den 7 februari 2018 framgår att BB:s föräldrar och förvaltare besökte villan tillsammans med tjänstmän från kommunen den 15 februari 2018 och att BB genom förvaltaren tackade ja till erbjudandet om boendet. Den 28 februari 2018 beviljade kommunen ansökan om särskilt anpassad bostad.

Det är för mig oklart varför BB:s föräldrar inte informerades om villan som boendealternativ redan i oktober (BB var vid den tidpunkten 17 år men skulle fylla 18 i december). Det framgår inte heller varför BB:s ansökan om särskilt anpassad bostad dröjde till slutet av januari 2018. Som framgått var det BB:s förvaltare som upprättade den formella ansökningen. Eftersom kommunen kände till BB:s vårdsituation, och mot bakgrund av att BB:s mor tidigare framställt önskemål om att kommunen skulle ordna ett eget hus till BB, borde kommunen enligt min mening i ett tidigare skede ha informerat BB:s föräldrar om boendealternativet och ansökningsprocessen. Ett sådant agerande framstår som väl förenligt med kommunens serviceskyldighet enligt 6 § förvaltningslagen. Det kan inte uteslutas att vårdtiden hade kunnat förkortas om kommunen hade agerat snabbare i dessa avseenden. Jag är kritisk till kommunens handläggning i dessa avseenden.

När det gäller den fortsatta handläggningen framgår det inte av utredningen varför det dröjde till mitten av februari innan BB:s föräldrar och förvaltaren besökte villan samt om detta var en förutsättning för att BB:s ansökan om

särskilt anpassad bostad skulle beviljas. Det blir därför svårt för mig att ha någon uppfattning om kommunens handläggning i denna del.

Avslutande synpunkter på myndigheternas samverkan och kommunens handläggning

De här ärendena illustrerar vikten av att vårdgivaren och kommunen i ett tidigt skede och på ett tillfredsställande sätt samverkar om patienter som är i behov av insatser även från kommunen. Vidare är det angeläget att kommunen har god framförhållning och planering för att enskilda som omfattas av LSS ska få sina behov tillgodosedda. Det är av central betydelse att kommunen informerar den enskilde, eller i förekommande fall den enskildes företrädare, bl.a. om vilket stöd den enskilde kan få från kommunen och om ansökningsprocessen.

Övrigt

Vad som i övrigt har kommit fram i ärendena ger inte anledning till något uttalande från min sida.

Jag finner skäl att skicka detta beslut till IVO för kännedom.

Ärendena avslutas.