



Uppföljning

**GRANSKNING AV
tvångsvården inom Psykiatri**

Jan-Olov Undvall

Innehållsförteckning

2.	INLEDNING/BAKGRUND	3
3.	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING	4
4.	REVISIONSKRITERIER	5
5.	METOD	5
6.	RESULTAT	6
1.1	ÖVERSYN AV STYRELSENS DIREKTIV FÖR TVÅNGSVÅRD	6
1.2	ÅTERRAPPORTERA TVÅNGSVÅRDEN	6
1.3	RUTINER FÖR AVVIKELSERAPPORTERING	6
1.4	REDOVISNING AV AVVIKELSER OCH FÖRBÄTTRINGSÅTGÄRDER.....	7
1.5	TILLVARATAGANDE AV EGENKONTROLLEN I KVALIETSARBETET	8
1.6	RUTIN ATT INFORMERA OM STÖDPERSON.....	9
1.7	ÖVERENSKOMMELSEN MED KOMMUNERNA.....	9
1.8	UTIFRÅN JO:S INSPEKTION.....	10
7.	ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE	11
8.	LITTERATURFÖRTECKNING	12

2. INLEDNING/BAKGRUND

Regionens revisorer har mot bakgrund av sin risk- och väsentlighetsanalys hösten 2015 bedömt det angeläget att genomföra en uppföljande granskning av tvångsvården inom psykiatrin.

I den granskning av psykiatrisk tvångsvård som gjordes 2014 framkom bl.a. att dåvarande landstingsstyrelse inte hade tagit fram ett direktiv för psykiatrisk tvångsvård i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift. I granskningen identifierades vidare brister i egenkontrollen av det systematiska kvalitetsarbetet som ska syfta till att minska antalet tvångsåtgärder. Dokumentationen om de förbättringsarbete som pågick var dessutom bristfällig.

Justitieombudsmannen JO genomförde under 2015 en inspektion av tvångsvården och brister i tvångsvården identifierades.

Revisorerna bedömde utifrån det ovanstående att det finns en risk för brister i kvalitén i tvångsvården och att patientens rättigheter i tvångsvård inte upprätthålls i enlighet med lagstiftning och föreskrifter om inte verksamheten vidtagit de åtgärder som framkom vid ovan nämnda granskning och inspektion.

3. SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Syfte

Det övergripande syftet med granskningen har varit att svara på om de förbättringsåtgärder som framkom vid den tidigare granskningen från 2014 och från JO:s inspektion 2015 har vidtagits.

Revisionsfrågor

Följande revisionsfrågor skall granskningen besvara:

- Har det skett någon översyn av styrelsens direktiv för tvångsvård så att det tydligare kopplas till Socialstyrelsens föreskrift för tvångsvård? (SOSFS 2008:18)
- Har det tagits fram någon rutin för att återrapportera tvångsvården till regionstyrelsen av kvalitetsarbete och rättssäkerheten?
- Har åtgärder vidtagits så att redovisning av avvikelser och vidtagna förbättringsåtgärder tydligare framgår i protokoll från arbetsplatsträffar och ledningsgruppsmöten?
- Finns rutiner för avvikelshantering som möjliggör att avvikelser avseende tvångsvård kan fångas upp, särredovisas och analyseras?
- Tillvaratas resultatet av egenkontrollen på ett systematiskt sätt för ökad kvalitet och rättssäkerhet?
- Har rutinen för att informera patienter som tvångsvårdas om deras rätt till stödperson förtydligats?
- Har det skett någon uppföljning av den skriftliga överenskommelsen med kommunerna avseende öppen psykiatrisk tvångsvård?
- Har verksamheten vidtagit följande åtgärder utifrån JO:s inspektion:
 - Säkerställa dokumentation i samband med tvångsvårdsåtgärder
 - Säkerställa att tvångsvården föregås av beslut
 - Förtydligande av rutin för bältesläggning
 - Ändrade visitationsregler för avdelning 3B
 - Möjlighet för tvångsvård att vistas utomhus

4. REVISIONSKRITERIER

Uppfylls kraven på:

- Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
- Förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.
- Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete (2011:9)

5. METOD

Granskningen utförs genom dokumentstudier och intervjuer. Substansgranskning utförs för att i erforderlig omfattning verifiera gjorda utsagor samt att system och rutiner fungerar på avsett sätt.

6. RESULTAT

1.1 ÖVERSYN AV STYRELSENS DIREKTIV FÖR TVÅNGSVÅRD

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om psykiatrisk tvångsvård (SOSFS 2008:18) skall vårdgivaren ge skriftliga direktiv för tvångsvården avseende kvalitetsarbete och lagefterlevnad. Vid den föregående granskningen framkom att det direktiv som styrelsen tidigare fastställt borde tydligare kopplas till föreskriften. Det tidigare direktivet kopplades framförallt till en annan föreskrift från Socialstyrelsen som handlade säkerheten inom tvångsvården (SOSFS 2006:9).

Sedan föregående granskning har hela direktivet arbetats om så att det tydligare kopplas till Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2008:18). Vid intervjutillfället fanns direktivet hos regionstabschefen för vidare handläggning (1). Vi noterar att direktivet tas upp till fastställande på styrelsemötet den 24-25 maj.

Bedömning

- Vi anser det tillfredsställande att direktivet har omarbetats så att det tydligare kopplas till föreskriften om tvångsvård.

1.2 ÅTERRAPPORTERA TVÅNGSVÅRDEN

Vid föregående granskning visade det sig att styrelsen inte hade följt upp tvångsvården, trots att denna skulle följas upp senast december årligen.

På frågan om styrelsen tänker följa upp tvångsvården i år, svarade områdeschefen att han inte fått några signaler om hur detta skall ske och poängterar att det är regionstabschefen som ansvarar för beredningen av styrelsens uppföljningsplan.

Områdeschefen uppger sig ha lämnat förslag till styrelsen om att avsätta tid för uppföljning, men ännu inte fått någon respons om detta.

Vi noterar att tvångsvård inte finns med i styrelsens uppföljningsplan för 2016. Det finns heller ingen framgångsfaktor i styrelsens verksamhetsplan som kopplas till tvångsvård.

Bedömning

- Vi anser att regionstyrelsens uppföljning av tvångsvården för tillfället fortfarande är bristfällig. Regionstyrelsen har ett ansvar för att den psykiatriska tvångsvården som ges sker i enlighet med lagstiftning och att tvångsvården införlivas i det systematiska kvalitetsarbetet. Vi förutsätter att det i samband med fastställande av det omarbetade direktivet tydliggörs hur uppföljning ska ske.

1.3 RUTINER FÖR AVVIKELSERAPPORTERING

Vid den föregående granskningen framkom att det saknades specifika rutiner för avvikelserapportering av tvångsvårdsåtgärder och att det saknades möjlighet att kunna särredovisa sådana i avvikelserapporteringssystemet.

Enligt de intervjuade finns det fortfarande ingen specifik rutin när det gäller avvikelserapportering av tvångsvårdsåtgärder. Det pågår för närvarande inget arbete med att ta fram någon sådan rutin. Chefsöverläkaren hänvisar till ett ställningstagande från Socialstyrelsen av att tvångsåtgärder inte alltid behöver betraktas som en avvikelse.

Olika vårdideologier

Det finns olika vårdideologiska inriktningar hur personalen ser på ifall tvångsvårdsåtgärd är en avvikelse eller inte. Områdeschefen förklarar att en del anser att en tvångsåtgärd alltid skall avvikelserapporteras medan andra anser att tvångsåtgärder är en del av vården. På frågan om det därför kan skilja sig åt huruvida personalen väljer att rapportera tvångsåtgärder som avvikelser eller inte, svarar områdeschefen att det kan förhålla sig på så vis.

Enligt verksamhetsutvecklaren skall en avvikelserapport alltid skrivas när hot och våld är med i bilden. Områdeschefen poängterar att personalen skall avvikelserapportera en tvångsåtgärd ifall denne själv anser att det är en avvikelse.

Nationellt pågår ett arbete för att tvångsåtgärder skall minska och att tvångsvården skall inriktas mot att arbeta förebyggande, men det finns ingen målsättning att helt ta bort tvångsåtgärder i vården, enligt områdeschefen. Det finns även en målsättning inom kliniken att antalet tvångsåtgärder ska minska.

Enligt chefsöverläkaren rapporteras samtliga tvångsvårdsåtgärder till Socialstyrelsens patientregister (PAR- registret).

Särskild klassificering i avvikelserapporteringssystemet

Enligt styrelsens svar på vår föregående granskning skulle tvångsåtgärder föras in som en separat klassificeringskategori och avvikelser som rör tvångsvårdsåtgärder skulle markeras med tvångsåtgärd som sökord i avvikelserapportens rubrikrad vid kvalitetsgranskning av avvikelserapporten.

Efter genomgång i avvikelserapporteringssystemet kan vi notera att tvångsåtgärd finns inskrivet i rubrikraden. Däremot har inte tvångsåtgärder som specifik klassificering genomförts. Enligt systemförvaltaren kommer åtgärden att färdigställas först under hösten 2016 pga. att flera åtgärder skulle genomföras samtidigt i avvikelserapporteringssystemet.

Bedömning

- Vi anser att det finns en viss otydlighet när det gäller huruvida tvångsåtgärder skall avvikelserapporteras eller inte och rekommenderar därför att rutiner för detta tas fram. Syftet med avvikelserapportering är att få ett tillfredsställande underlag för analys och kvalitetsarbete och då är kvalitén i underlaget av stor betydelse. Bristande kvalitet i underlaget kan uppstå om personalen gör alltför skilda bedömningar om vad som är en avvikelse.
- För att möjliggöra en analys av vidtagna tvångsåtgärder förutsätts att dessa uppgifter går att ta fram ur avvikelserapporteringssystemet på ett enkelt sätt. Vi anser det tillfredsställande att man inom psykiatrin gjort en beställning för att kunna fånga upp avvikelser avseende tvångsvård i avvikelserapporteringssystemet.

1.4 REDOVISNING AV AVVIKELSER OCH FÖRBÄTTRINGSÅTGÄRDER.

I föregående granskning framkom att det saknades en redovisning av avvikelser och vidtagna förbättringsåtgärder i protokoll från arbetsplatsträffar och ledningsgruppsmöten. Av

styrelsens svar framgick att redovisning av avvikelser skulle tydliggöras i protokoll från arbetsplatsträffar och från ledningsgruppsmöten. Redovisning av avvikelser skulle även ske i månadsrapporter, delårs och årsbokslut och patientsäkerhetsberättelse.

Vi kan notera att i protokoll från arbetsplatsträffar återfinns numera en punkt som avser förbättringsarbete, patientsäkerhet och inkomna avvikelserrapporter. I ledningsgruppens möten uppges att en redovisning av avvikelser ska ske varje kvartal. Vi har noterat att antalet tvångsåtgärder finns redovisade i månadsrapporter. Däremot saknas en redovisning av tvångsåtgärder i delårs- och årsbokslut samt i patientsäkerhetsberättelsen (2).

Bedömning

- Vi konstaterar att vissa åtgärder utifrån styrelsens svar har genomförts, medan andra åtgärder kvarstår att genomföra. Vi rekommenderar att de åtgärder som kvarstår genomförs under innevarande år.

1.5 TILLVARATAGANDE AV EGENKONTROLLEN I KVALITETSARBETET

När det gäller tillvaratagande av rapporterade tvångsåtgärder som avvikelser i analysarbetet, poängterar chefsöverläkaren att det är så pass litet underlag av tvångsvårdade att igenkänningsfaktorn kan bli stor. Det är också svårt att göra någon statistisk analys utifrån det begränsade underlaget. Enligt områdeschefen skulle det behövas uppgifter över ett flertal år för att det skulle vara möjligt att göra en statistisk analys.

Däremot används Socialstyrelsens patientregister (PAR- registret) och de rapporter som Socialstyrelsen gör som underlag i kvalitetsarbetet. En genomgång av tvångsvårdsåtgärder uppges också ha skett i samband med redovisning av stimulansmedel till SKL.

Enligt chefsöverläkaren reagerar Socialstyrelsens statistiker om kliniken avviker i mönstret när det gäller tvångsvårdåtgärder i förhållande till övriga riket, vilket kan ses som en kontrollfunktion, enligt chefsöverläkaren.

Någon kvalitativ analys sker inte utifrån avvikelserrapporterade tvångsåtgärder, enligt chefsöverläkaren.

Patientsamtal efter tvångsåtgärd

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör det ske ett samtal med patienten efter en tvångsåtgärd. Resultatet av detta samtal skall ligga till grund för kvalitetsarbetet. Tillvaratagande av erfarenheter från patienter som varit föremål för tvångsvårdsåtgärd sker idag inte på något strukturerat sätt. Vid intervjutillfället informerade chefsöverläkaren om att en blankett kommer att tas fram för att kunna få till en rutin som tillvaratar dessa erfarenheter. Tanken är att erfarenheterna från uppföljningssamtalen skall diskuteras i läkargruppen och på APT- möten.

Kvalitetsarbetet på vårdavdelningarna

Vid föregående granskning uppgavs att det bedrevs ett kvalitetsarbete på avdelningen i SKL:s regi. Detta kvalitetsarbete har upphört. De kvalitetsarbete som för närvarande är i fokus är ett utbildningsprogram för vårdpersonal som syftar till att ge verktyg för att hantera svåra situationer och därigenom minska användandet av tvångsåtgärder.

Bedömning

- Tillvaratagandet av statistik avseende tvångsåtgärder som avvikelserrapporteras sker inte på något systematiskt sätt pga. det begränsade underlaget av tvångsåtgärder.

Syftet med att rapportera avvikelser är att få fram ett underlag där förbättringsområden kan framträda och därigenom förbättra kvalitén. Om det årliga underlaget begränsar möjligheten till analyser rekommenderar vi att underlaget utökas att omfatta flera år.

- Erfarenheter från patienter efter tvångsåtgärder tillvaratas idag inte på ett strukturerat sätt. Vi konstaterar dock att åtgärder planeras att vidtas för ett bättre tillvaratagande.
- Det är i huvudsak PAR- registret och Socialstyrelsens rapporter som utgör basen för analysarbetet och vidare kvalitetsarbetet. Vi anser dock att sammanställning av avvikelserapporter i högre grad borde kunna komplettera detta underlag i kvalitetsarbetet.

1.6 RUTIN ATT INFORMERA OM STÖDPERSON

Enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård skall patienten informeras om rätten till stödperson. Informationen skall vara individuellt anpassad för att säkerställa att patienten har tagit till sig informationen. I den föregående granskningen påpekade utredarna vid patientnämndens kansli att inkommande anmälan om stödpersoner skedde ryckvis, samt att det var relativt få tvångsvårdade patienter som dömts till tvångsvård som hade stödperson.

Efter den föregående granskningens har antalet anmälningar om stödpersoner markant ökat och patientnämnden upplever den nuvarande situationen som tillfredsställande.

Enligt de intervjuade på psykiatrin har rutinen ändrats så till vida att det också skall finnas dokumenterat om patienten tackar nej till stödperson och att denna dokumentation skickas till patientnämnden. De intervjuade uppger att personalen ger informationen både skriftligt och muntligt vid flertal tillfällen till patienten.

Bedömning

- Vi anser det tillfredsställande att rutinen för att informera om rätten till stödperson förbättrats.

1.7 ÖVERENSKOMMELSEN MED KOMMUNERNA

Enligt områdeschefen finns ingen speciell överenskommelse med kommunerna som avser enbart tvångsvård. Däremot finns en överenskommelse om personer med psykiskt funktionshinder som sträcker sig t.o.m. 2016. Kopplat till överenskommelsen finns en handlingsplan med olika insatser. Den insats som hör ihop med tvångsvård handlar om hur tvångsvård skall dokumenteras i Meddix¹, samt att utreda särskilt boende.

¹ Meddix är IT- stöd för att kommunicera och dokumentera samordnad vårdplanering mellan region och länets kommuner.

Det har skett en uppföljning av överenskommelsen, enligt områdeschefen. Handlingsplanen följs upp årligen, se bilaga 1. Uppföljningen sker inom SVOM² och Fredagsgruppen³.

Överenskommelsen har nyligen reviderats i samband med att staten ändrat förutsättningarna för statliga medel. De krav som nu gäller är att det skall tas fram en gemensam handlingsplan för 2017 och 2018, och att det skall ske en redovisning av hur tilldelade medel använts. I den nya överenskommelsen för 2017 och 2018 ingår även primärvården.

1.8 UTIFRÅN JO:S INSPEKTION

I mars föregående år genomfördes det av Riksdagens ombudsmän, JO, en Opcat- inspektion av den psykiatriska tvångsvården. Inspektionen var en del i JO:s verksamhet för att förebygga tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning av frihetsberövade personer. Inspektionen ledde fram till några uttalande från JO som följts upp i denna granskning:

Säkerställa dokumentation av tvångsvårdsåtgärder

Vid inspektionen uppmärksammades att permissioner och beslut om tvångsinjicering i vissa fall inte fanns dokumenterade i beslutsjournalen.

Chefsöverläkaren svarar att det innan införandet av Cosmic fördes en beslutjournal manuellt. I Cosmic finns en särskild modul för tvångsvård med en tvingande funktion vilket innebär att varje åtgärd skall kunna följas upp. Enligt chefsöverläkaren innebär det ovan nämnda att det numera finns en funktion som säkerställer dokumentation av tvångsåtgärder.

Säkerställa att tvångsvården föregås av beslut

Vid inspektionen uppmärksammades att en patient varit bälteslagd och blivit tvångsinjicerad utan att det beslutats av läkare. På frågan vilka åtgärder som vidtagits för att säkerställa att tvångsvård föregås av beslut svarade chefsöverläkaren att införandet av Cosmic och modulen om tvångsvård innebär ett säkerställande av att läkarbeslut fattas innan tvångsvårdsåtgärder vidtas.

Förtydligande av rutin för bältesläggning

Enligt JO:s uppfattning var klinikens rutinbeskrivning för bältesläggning otydlig och att den kan tolkas som att en bältesläggning är möjlig av disciplinära skäl. Vi noterar att verksamheten har tagit fram en ny rutin för bältesläggnings utifrån JO:s påpekande (3).

Ändrade visitationsregler för avdelning

Enligt JO fanns rutin att alla patienter som skulle skrivas in på avdelning 3b skulle visiteras. En sådan rutin innebär, enligt JO, att kliniken i praktiken tillämpade allmän inpasseringskontroll avseende alla patienter som skall skrivas in på avdelningen och att det saknade

² Politiskt samverkansorgan mellan regionen och länets kommuner avseende vård och omsorg.

³ Tjänstemannaberedningsorgan till SVOM.

lagstödet för ett sådant förfarande på en avdelning i säkerhetsklass 3. Vi noterar att rutinen för visitation har reviderats utifrån JO:s påpekande (4).

Möjlighet för tvångsvårdade att vistas utomhus

Enligt JO bör utgångspunkten för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård vara att patienter ges möjlighet att vistas utomhus minst en timme per dag.

Enligt områdeschefen pågår ett arbete för att undersöka om det går att tillskapa en utomhusyta för tvångsvårdade. Enligt områdeschefen har idag avdelning 1B och avdelning 3B tillgång till utomhusplats (används mest på helgerna). Denna utomhusplats ska enligt plan byggas om så att även avdelning 4B kan få tillgång till den. Frågan hänger dock ihop med ombyggnation för slutenvård av barn och unga och därför går det inte att lösa frågan enskilt, enligt områdeschefen. Enligt områdeschefen har dock fattat beslut om att flytta avdelning 4a till 3As lokaler för att de ska få tillgång till egen utomhusplats.

Bedömning

- Vi anser att det vidtagits åtgärder utifrån JO:s inspektion. Dock kvarstår att slutföra åtgärden att tillskapa utomhusutrymme för tvångsvårdade. Vi förutsätter att åtgärden får stor prioritet från alla berörda enheter.

7. ANSVARIGA FÖR GRANSKNINGENS GENOMFÖRANDE

Projektledare⁴:

Jan-Olov Undvall
Certifierad revisor

Kvalitetssäkring⁵:

Leif Gabrielsson
Revisionsdirektör

⁴ Projektledare svarar för kvalitetssäkring gentemot uppgiftslämnare och av de insamlade uppgifter som används i analysen. Projektledaren har det primära ansvaret för att den analys och de bedömningar och förslag som förs fram är tillräckligt underbyggda.

⁵ Ansvarig för kvalitetssäkring har det övergripande ansvaret för att kontrollera om granskningen har en tillräcklig yrkesmässig och metodisk kvalitet samt att det finns en överensstämmelse mellan revisionsfrågorna/kontrollmålen, metoder, fakta, slutsatser/bedömningar och framförda förslag.

8. LITTERATURFÖRTECKNING

1. **Region Jämtland Härjedalen.** *Direktiv för tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.* 2016. Dnr:LS/1413/2012.
2. **Region Jämtland Härjedalen.** *Patientsäkerhetsberättelse Område: Psykiatri.* 2015. Reg. Nr. Centuri: 28337-1.
3. —. *Område Psykiatri- kliniska riktlinjer för omvårdnad vid bältesläggning. v0.102* 2016-04-05.
4. —. *Område Psykiatri - regler för visitering* 2016-03-01.