

Landstingsstyrelsen

Granskning av tvångsvården inom Psykiatri

Landstingets revisionskontor har på vårt uppdrag genomfört en granskning av den psykiatriska tvångsvården. Granskningen har syftat till att översiktligt granska om styrelsen har en tillfredställande styrning och kontroll av att den psykiatriska tvångsvården sker i enlighet med gällande lagar, förordning och föreskrifter.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Inledningsvis kan vi konstatera att det inom Område Psykiatri finns fastställda rutiner för den psykiatriska tvångsvården i enlighet med lagstiftning, förordning och föreskrifter. Det finns också en tydlig ansvarsfördelning för den psykiatriska tvångsvården. Det finns väl utvecklade rutiner för att tillvarata synpunkter och klagomål från anhöriga och patienter. Vi noterar också att Område Psykiatri deltar i ett nationellt projekt för att minska tvångsvårdsåtgärder inom tvångsvården.

I granskningen har det dock framkommit områden som bör förbättras och då framförallt egenkontrollen av tvångsvården.

I följande punkter redovisar vi några förbättringsområden utifrån granskningens iakttagelser och våra bedömningar med anledning av dessa:

- Enligt Socialstyrelsens föreskrift om tvångsvård (SOSFS 2008: 18) ska vårdgivaren ta fram ett särskilt direktiv för den psykiatriska tvångsvården. Något sådant direktiv har vi inte kunnat finna. Däremot har landstingsstyrelsen fastställt ett direktiv utifrån Socialstyrelsens föreskrift om säkerheten kring den psykiatriska tvångsvården (SOSFS 2006:9) och detta kan till viss del kopplas till Socialstyrelsens föreskrift om tvångsvård. Enligt direktivet ska rättsäkerhet och kvalitetsutveckling för tvångsvården årligen återredovisas till landstingsstyrelsen. Någon sådan återredovisning har inte skett för 2014.
- Enligt Socialstyrelsens föreskrift om psykiatrisk tvångsvård, ska tvångsvården följas upp och granskas med fokus på patientens inflytande och rättsäkerhet. I centrumets uppföljningsplan finns tvångsvården med i några uppföljningspunkter. Vi saknar dock en tydlig uppföljning och granskning avseende patientens delaktighet och rättsäkerhet.
- Dokumentationen i protokoll från arbetsplatsträffar och ledningsgruppsmöten är bristfällig när det gäller avvikelser och vilka förbättringsåtgärder som vidtagits utifrån dessa avvikelser. I patientsäkerhetsberättelsen går det inte heller att

utläsa vilka förbättringsåtgärder som vidtagits inom tvångsvården utifrån rapporterade avvikelser.

Vi emotser senast den 12 juni 2015 en redovisning av vilka åtgärder som Regionstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För revisorerna i Region Jämtland Härjedalen



Mona Nyberg
Ordförande



Annelie Bengtsson
Vice ordförande

Bilaga

Rapporten Granskning av Psykiatri 2014.

Kopia till

Fullmäktiges presidium
Regiondirektören
Hälso- och sjukvårdsdirektören
Centrumchefen för Barn/Kvinna/Psykiatri.

REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN



REVISIONSKONTORET

**GRANSKNING AV TVÅNGSVÅRDEN
INOM PSYKIATRIN**

Jan-Olov Undvall



Innehållsförteckning

1	SAMMANFATTNING	3
2	INLEDNING/BAKGRUND	4
3	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING	4
4	REVISIONSKRITERIER	4
5	GRANSKNINGSANSVARIG	5
6	METOD	5
7	RESULTAT	6
7.1	REGLERING AV TVÅNGSVÅRDEN	6
7.2	ORGANISERING OCH ANSVARFÖRDELNING	7
7.3	TVÅNGSVÅRD I DET SYSTEMATISKA FÖRBÄTTRINGSARBETE	7
7.4	EGENKONTROLL	8
7.5	BEDÖMNINGAR.....	11
7.6	REKOMMENDATIONER	12
8	UNDERTECKNANDE	13
9	LITTERATURFÖRTECKNING	14

1 SAMMANFATTNING

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna har landstingets revisionskontor granskat den psykiatriska tvångsvården. Granskningen har syftat till att översiktligt granska om styrelsen har en tillfredsställande styrning och kontroll av att den psykiatriska tvångsvården sker i enlighet med gällande lagar, förordning och föreskrifter.

Granskningen har fokuserat på styrning, ansvarsfördelning, egenkontroll och om resultatet av egenkontrollen tillvaratagits i förbättringsarbetet.

Inledningsvis kan vi konstatera att det inom Område Psykiatri finns fastställda rutiner för den psykiatriska tvångsvården i enlighet med lagstiftning, förordning och föreskrifter. Det finns också en tydlig ansvarsfördelning för den psykiatriska tvångsvården. Det finns väl utvecklade rutiner för att tillvarata synpunkter och klagomål från anhöriga och patienter. Vi noterar också att Område Psykiatri deltar i ett nationellt projekt för att minska tvångsvårdsåtgärder inom tvångsvården.

I granskningen har det dock framkommit områden som bör förbättras och då framförallt egenkontrollen av tvångsvården.

I följande punkter redovisar vi några förbättringsområden utifrån granskningens iakttagelser och våra bedömningar med anledning av dessa:

- Enligt Socialstyrelsens föreskrift om tvångsvård (SOSFS 2008: 18) ska vårdgivaren ta fram ett särskilt direktiv för den psykiatriska tvångsvården. Något sådant direktiv har vi inte kunnat finna. Däremot har landstingsstyrelsen fastställt ett direktiv utifrån Socialstyrelsens föreskrift om säkerheten kring den psykiatriska tvångsvården (SOSFS 2006:9) och detta kan till viss del kopplas till Socialstyrelsens föreskrift om tvångsvård. Enligt direktivet ska rättsäkerhet och kvalitetsutveckling för tvångsvården årligen återredovisas till landstingsstyrelsen. Någon sådan återredovisning har inte skett för 2014.
- Enligt Socialstyrelsens föreskrift om psykiatrisk tvångsvård, ska tvångsvården följas upp och granskas med fokus på patientens inflytande och rättsäkerhet. I centrumets uppföljningsplan finns tvångsvården med i några uppföljningspunkter. Vi saknar dock en tydlig uppföljning och granskning avseende patientens delaktighet och rättsäkerhet.
- Dokumentationen i protokoll från arbetsplatsträffar och ledningsgruppsmöten är bristfällig när det gäller avvikelser och vilka förbättringsåtgärder som vidtagits utifrån dessa avvikelser. I patientsäkerhetsberättelsen går det inte heller att utläsa vilka förbättringsåtgärder som vidtagits inom tvångsvården utifrån rapporterade avvikelser.



2 INLEDNING/BAKGRUND

Psykiatrisk tvångsvård innebär stora ingrepp i den personliga integriteten och risk för åsidosättande av rättsäkerheten. Därför är det av väsentlig betydelse att det finns utarbetade rutiner för psykiatrisk tvångsvård och kontrollrutiner för att säkerställa att tvångsvården sker i enlighet med gällande lagstiftning, förordningar och föreskrifter.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Det övergripande syftet med granskningen är att översiktligt granska om det finns en tillfredställande styrning och kontroll över att psykiatrisk tvångsvård sker i enlighet med tvångslagstiftning, förordningar och föreskrifter.

Granskningen har följande revisionsfrågor:

- Finns fastställda rutiner och riktlinjer för tvångsvård?
- Finns en tydlig organisering och ansvarsfördelning när det gäller beslut om att vidta tvångsvård?
- Finns dokumenterade rutiner för egenkontroll av följsamheten till fastställda rutiner och riktlinjer?
- Tillvaratas resultatet från egenkontroll, klagomålshantering och rapporterade avvikelser i det systematiska kvalitetsarbetet?

4 REVISIONSKRITERIER

- 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)
- Landstingsplanen 2014, avseende övergripande målet trygga patienter.

5 GRANSKNINGSANSVARIG

Ansvarig för kvalitetsgranskning av iakttagelser och bedömningar är Majvor Enström revisionsdirektör och certifierad yrkesrevisor.

6 METOD

Granskningen genomförs genom dokumentanalys och djupintervjuer. De som intervjuats har varit centrumchef och vårdutvecklare för centrum Barn/Kvinna och Psykiatri samt verksamhetschef-, chefsöverläkare-, vårdutvecklare- inom Område Psykiatri. Vi har också intervjuat utredare vid patientnämndens kansli och en brukare från Brukarrådet inom Område Psykiatri.

7 RESULTAT

7.1 REGLERING AV TVÅNGSVÅRDEN

(Siffror inom parantes är källhänvisning till litteraturförteckningen)

Tvångsvården är reglerad i lagar, förordning och föreskrifter. Tvångsvårdsåtgärder får enbart förekomma om det finns lagstöd för detta¹.

Flertalet av patienterna som tvångsvårdas inom område Psykiatri är dömda enligt lag om tvångsvård (LPT). I begränsad omfattning vårdas även dömda enligt lag om rättspsykiatrisk vård (LVR). Psykiatrin har säkerhetsklassning nivå 3 vilket innebär den lägsta graden av säkerhetsklassning.

De tvångsvårdsåtgärder som är förekommande inom Region Jämtland Härjedalen är bältesläggning och tvångsmedicinering (1). Tvångsåtgärder utöver dessa består av isolering, beslagstagande av viss egendom, besöksrestriktioner, kontroll av försändelser och kroppsvisitation (2).

Hälso- och sjukvårdslagen är övergripande tvångsvårdslagstiftning

Hälso- och sjukvårdslagen är övergripande gällande tvångsvårdslagstiftning, vilket innebär att patientens delaktighet, självbestämmande och integritet även skall beaktas vid tvångsvård. Tvångsvård innebär således inte att patientens självbestämmande kan helt åsidosättas. Proportionalitetsprincipen är en viktig del i tvångsvården och innebär att det får inte förekomma mer tvång än vad som är absolut nödvändigt. Man skall i första hand alltid försöka lösa uppkomna situationer med samtycke från patienten (3).

Patientlagen (2014:821) som trädde i kraft vid årsskiftet förstärker patienten och anhörigas delaktighet och medbestämmande ytterligare.

Rutiner för tvångsvård finns, men dessa bör vara lättare att hitta

Det skall finnas rutiner framtagna i enlighet med vad som är föreskrivet i lag². Dessa rutiner ska vara fastställda av verksamhetschefen(2). Rutinerna ska i korthet bl.a. handla om att ett beslut om tvångsvård sker i enlighet med lag och att patienten informeras om sina rättigheter att överklaga sådant beslut, samt att besluten dokumenteras och rapporteras till tillsynsmyndigheten över tvångsvård³.

Granskningen visar att det inom Område Psykiatri finns fastställda rutiner i enlighet med den lagstiftning, förordning och föreskrifter som reglerar tvångsvården. Vissa av dessa har vi själv kunnat hitta i Centuri⁴, medan andra har vi fått efterfråga hos verksamhetschef och vårdutvecklare.

I ledningsgruppens protokoll uppmärksammades att rutinerna för tvångsvården inte var enkla att hitta. Problem pga. detta uppstår framförallt för tillfällig personal som arbetar under sommaren (4).

¹ Den psykiatriska tvångsvården är i reglerad Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, Lag 1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, Förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk tvångsvård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) reviderad i föreskrift (SOSFS 2014:1)

² Enligt Socialstyrelsens föreskrift om tvångsvård ska verksamheten fastställa de rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med lagar, förordning och föreskrifter.

³ Tillsynsmyndighet för tvångsvården är inspektionen för vård och omsorg (IVO)

⁴ Centuri är Region Jämtland Härjedalens dokumenthanteringssystem. Styrande och redovisande dokument ska finnas åtkomliga i Centuri.

7.2 ORGANISERING OCH ANSVARSFÖRDELNING

Organisation

Tvångsvårdsåtgärder får enbart förekomma på en psykiatrisk slutenvårdsinrättning (5). Inom Region Jämtland Härjedalen är det framförallt avdelning 3 a som ansvarar för att fullgöra verksamhetsområdets uppdrag avseende specialiserad slutenvård för särskilt vårdkrävande patienter. På avdelning 3 a vårdas bl.a. patienter som tvångsvårdas inom säkerhetsklassificering nivå 3 (6). Psykiatrisk tvångsvård förekommer även på avdelningarna 3b och 4a.

Ansvarsfördelning

Enligt Socialstyrelsens föreskrift ska verksamhetschefen fastställa ändamålsenliga rutiner och fördela ansvaret för tvångsvården (7).

För psykiatrisk tvångsvård ska det alltid finnas en utsedd chefsöverläkare. Det är chefsöverläkaren som är ansvarig för ledningsuppgifter som rör psykiatrisk tvångsvård (7).

I ett särskilt uppdrag har verksamhetschefen fastställt chefsöverläkarens uppdrag och ansvar. I uppdraget ingår bl.a. att chefsöverläkaren ska ansvara för att det finns ändamålsenliga rutiner och program för tvångsvården, att tvångsvården kvalitetssäkras, att hantera rättsäkerhetsfrågor och delegera rätten till specialistläkare om att besluta om tvångsvårdsåtgärder (8).

Vi har kontrollerat att det finns delegationsbestämmelser för att besluta om tvångsvårdsåtgärder för berörda specialistläkare. Kontrollen visade att delegationer fanns.

7.3 TVÅNGSVÅRD I DET SYSTEMATISKA FÖRBÄTTRINGSARBETE

Socialstyrelsens föreskrift om psykiatrisk tvångsvård (SOSFS 2008:18) tydliggör att tvångsvården omfattas av det systematiska kvalitetsarbetet. Vårdgivaren ska fastställa ett särskilt direktiv avseende detta. Landstingsstyrelsen har inte fastställt något särskilt direktiv med direkt koppling till ovan nämnda föreskrift från Socialstyrelsen. Däremot har landstingsstyrelsen tagit fram ett skriftligt direktiv utifrån Socialstyrelsens föreskrift om att upprätthålla säkerheten inom den psykiatriska vården och tvångsvården (SOSFS 2006:9). Detta direktiv inrymmer ett avsnitt om att tvångsvården skall omfattas av systematiskt kvalitetsarbetet (9).

Återredovisning av tvångsvården i enlighet med direktivet saknas

Enligt landstingsstyrelsens direktiv ska uppföljning av tvångsvården återredovisas till landstingsstyrelsen årligen (9). Enligt centrumchefen har någon sådan redovisning inte gjorts under 2014 då han inte fått någon kallelse från landstingsstyrelsen om detta.

Tvångsvården ska följas upp och granskas

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om psykiatrisk tvångsvård ska verksamhetschefen se till att verksamheten regelbundet följs upp så att vården ges i enlighet med lagstiftning. Fokus för uppföljningen ska bl.a. vara att säkerställa patienternas inflytande och lagstadgade rättigheter i vården tillgodoses. Verksamhetschefen ska även se till att verksamheten regelbundet granskas för att säkerställa att den sker i enlighet gällande lagstiftning (7).

Av intervjuerna framgår att det inte har skett någon granskning av tvångsvården av någon utomstående part. Dock har det varit på gång med ett sådant granskningsupplägg med de övriga norrlandstingen, men detta fick skrinläggas pga. att upplägget inte uppfyllde offentlighet- och sekretesslagens krav.



Det fanns tidigare ett krav från Socialstyrelsen om att det skulle ske en extern granskning av tvångsvården. Föreskriften från Socialstyrelsen revideras under 2014 och kravet på extern granskning togs bort. Kravet på att tvångsvården ska granskas kvarstår dock (10).

Centrumchefen anser att extern granskning vore bra och poängterar att det pågår en diskussion nationellt om hur detta ska ske utan att hamna i konflikt med sekretesskravet.

Enligt centrumchefen sker en viss uppföljning av tvångsvården genom centrumets egen uppföljningsplan. Uppföljningsplanen omfattar bl.a. att granska om det finns vårdplaner för tvångsvårdade patienter, att det sker suicidriskbedömningar, uppföljning av protokoll från säkerhetsronder⁵ och att tvångsvårdslagstiftning finns anslagen på avdelningarna (11).

7.4 EGENKONTROLL

Enligt Socialstyrelsens föreskrift om systematiskt kvalitetsarbete är egenkontrollen en central del i kvalitetsarbetet. Egenkontrollen består av avvikelserapportering, hantering av klagomål, deltagande i kvalitetsregister etc. (12)

Egenkontrollens samtliga delar ska dokumenteras (12). Centuri är Region Jämtland Härjedalens dokumenthanteringssystem och de dokument som ingår i det systematiska kvalitetsarbetet ska finnas åtkomliga i Centuri (13).

Avvikelseerrapportering

Om en rutin i vården av patienten inte följs innebär detta en avvikelse som skall rapporteras (12). Rapporterade avvikelser ska analyseras och utifrån analysen ska förbättringsåtgärder vidtas. Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete är det viktigt att det finns rutiner för vad som ska rapporteras (12).

Vi har inte kunna ta del av några speciella rutiner för avvikelserapportering inom psykiatri och tvångsvården. Enligt chefsöverläkaren och vårdutvecklaren ska dock en tvångsåtgärd avvikelserapporteras om tvångsåtgärden inte skett i enlighet med lagen eller om den inte skett i enlighet med fastställda rutiner för hur tvångsvårdsåtgärden ska vidtas. Verksamhetschefen och Centrumchefen anser emellertid att tvångsvårdsåtgärder alltid ska avvikelserapporteras.

Enligt chefsläkaren sker ingen regelmässig uppföljning av tvångsåtgärder i annat fall än om det skulle vara något speciellt, vilket det enligt honom sällan är. Tvångsåtgärder är dock, enligt chefsöverläkaren, en stående punkt på läkarträffarna.

Arbetsklimatets betydelse för egenkontrollen

Av litteratur vi tagit del av är en förutsättning för tillfredställande egenkontroll en fungerande kontrollmiljö. I en fungerande kontrollmiljö ingår personalens erfarenheter, kompetens, attityder, värderingar, arbetsklimat samt en fungerande styrning (14).

Enligt en utredning från Socialstyrelsen förutsätter en god patientsäkerhetskultur att det finns en tillåtande arbetsmiljö med en förtroendefull atmosfär där en öppen diskussion kan föras om risker i verksamheten (15).

⁵ Säkerheten på avdelningar kontrolleras på säkerhetsronder

Bristfälligt arbetsklimat inom en avdelning

Av en utredning som gjordes under början av 2014 framkom ett bristfälligt arbetsklimat inom en avdelning där tvångsvårdade vårdas. I utredning framkom att det fanns motsättningar mellan personalen och att minst en av personalen hade en icke lämplig attityd gentemot patienterna. I utredning framkom också bristande kompetens hos vissa av personalen (16).

I syfte att förbättra arbetsmiljön har det drivits ett utvecklings projekt under 2014. Enligt uppgift finns planer på en fortsättning under 2015.

I ett protokoll som vi tagit del av från en arbetsplatsträff den 26 november 2014 från berörd avdelning framkom uppgifter som tyder på att den bristfälliga arbetsmiljön då kvarstod.

En underrapportering enligt patientsäkerhetskulturmätningen

Enligt Socialstyrelsen är förutsättningar för en god patientsäkerhetskultur att personalen är uppmärksam och vaksam på brister som kan uppstå inom verksamheten. Detta förutsätter en god rapporteringskultur och en vilja att använda information från avvikelserapporteringen till att vidta förändringar (15).

All vårdpersonal har enligt lag en skyldighet att alltid rapportera avvikelser (17). Ett grundläggande villkor för att utföra sin rapporteringsskyldighet är dock att personalen har rätt kompetens (12).

Patientsäkerhetskulturmätningen inom område psykiatri visade på att det finns en förmodad underrapportering av avvikelser, då enbart ca 40 % av vårdpersonalen uppgav att man var benägen att rapportera en avvikelse (18).

Centrumchefen anser inte att uppgifterna från patientsäkerhetskulturmätning överensstämmer med hans bild av personalens benägenhet att rapportera avvikelser, vilket enligt honom är god. Centrumchefen poängterar dock att en yrkeskategori avviker från denna bild och det är läkarna.

Bristande dokumentation om avvikelser och klagomål i protokollen

Enligt de intervjuade följs avvikelser och patientklagomål upp och analyseras på arbetsplatsträffar och på områdesnivå av verksamhetschefen. Vår genomgång av protokoll från arbetsplatsträffar och ledningsmöten för andra halvan av 2014 framkommer en bristfällig dokumentation över avvikelser och klagomål. Vi har heller inte kunnat se någon dokumentation om att några åtgärder m.a.a. avvikelser vidtagits.

Utifrån några rapporterade avvikelser och klagomål som vi har tagit del av har vi dock fått beskrivningar av vilka åtgärder som vidtagits och varför dessa har vidtagits. Åtgärder som uppges ha vidtagits m.a.a. dessa avvikelser och klagomål är ökad satsning på utbildningar som t.ex. patientsäkerhetsvecka, regelbunden handledning för personalen etc.

Ingen specifik analys för tvångsvården i patientsäkerhetsberättelsen

I patientsäkerhetsberättelsen för centrumet redovisas avvikelser samlat för hela centrumet. Den analys som redovisas m.a.a. rapporterade avvikelser är samlat för hela centrumet och det går därför inte av analysen att utläsa vad som speciellt gäller för tvångsvården (19).

Det finns dock ett stycke om tvångsvård i patientsäkerhetsberättelsen, där resultatet från strukturerade journalgranskning av vårdplaner och strukturerade suicidriskbedömningar redovisas. (19)

Klagomålshantering

Även rutiner för klagomålshantering är en väsentlig del i det systematiska kvalitetsarbetet. Klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet ska utredas (12).

Det finns en utarbetad rutin "Ris och Ros" för patienter och anhöriga att lämna synpunkter och klagomål på vårdens kvalitet. Inom psykiatri finns ett brukarråd som har till uppgift att bl.a. sammanställa inlämnade synpunkter och klagomål "Ris och Ros". Sammanställningen skickas till chefer, patientnämnd och politiker⁶.

Brister om stödperson kan förbättras

Enligt lag skall patienten informeras om rätten till stödperson. Informationen skall vara individuellt anpassad för att säkerställa att patienten har tagit till sig informationen. Enligt utredarna vid patientnämndens kansli sker inkommande anmälan om stödperson ryckvis, samt att det är relativt få patienter som döms till tvångsvård som har stödpersoner⁷. Utredarna vid patientnämndens kansli poängterar att informationen om rätt till stödperson bör ges vid flera tillfällen och ställer sig frågan om rutinen för att informera patienterna är tillräckligt individuellt anpassad.

Vårdplaner ska upprättas enligt lag

Enligt lag skall alla patienter som dömts till tvångsvård ha en vårdplan. Enligt den strukturerade journalgranskning som område psykiatri genomfört saknas fyra vårdplaner för tvångsvårdade patienter och då ingick inte avdelning 3a i granskningen (20).

Patientregister för tvångsvården

Vi noterar att det finns ett patientregister där tvångsåtgärder rapporteras (1). Chefsöverläkaren anser att det är svårt att dra några statistiska långtgående slutsatser p.g.a. Jämtlands läns landsting har ett begränsat underlag rörande tvångsvårdsåtgärder. Av statistiken som är rikstäckande framgår att Jämtlands läns landsting ligger lågt när det gäller tvångsvårdsåtgärder.

Nationellt kvalitetsprojekt för tvångsvården

Enligt verksamhetschefen och vårdutvecklaren har en avdelning under 2014 bedrivit ett genombrottsprojekt i syfte att minska tvångsvårdsåtgärder. Detta arbete har inrymts i ett nationellt projekt "bättre vård - Mindre tvång" som SKL har drivit. Planer finns att fortsätta förbättringsarbete under 2015 (21).

I kvalitetsarbetet har man bl.a. fokuserat på att utbilda personalen kring den patientgrupp som har mest tvångsvård. (22)

Enligt centrumchefen har projektet pågått i fyra år och alla avdelningar utom avdelning 1b har deltagit i projektet. Avdelning 3a har drivit projektet. Alla projektrapporter finns enligt centrumchefen att tillgå på SKLs hemsida (23). Centrumchefen poängterar att som ett resultat av projektet har ett flertal åtgärder vidtagits för att minska användandet av tvångsvårdsåtgärder.

⁶ Brukarrådet har funnits sedan 2006. Det består av sex brukare, två anhöriga, två personal. Enligt en intervjuad brukare från brukarrådet upplever denna att cheferna tar rådet på allvar.

⁷ År 2013

Antal slutenvårdade patienter enl LPT/LRV år var 63 patienter.

Antal patienter som hade stödperson under året var 17. (Nya uppdrag under året av dessa var 9st)

År 2014

Antal slutenvårdade patienter enl LPT/LRV var 61 patienter.

Antal patienter med stödperson var 24. (Nya uppdrag under året var 23)

7.5 BEDÖMNINGAR

Revisionsfråga: Finns fastställda rutiner och riktlinjer för tvångsvård? Svar: Ja

- Det finns fastställda rutiner och riktlinjer för tvångsvårdsåtgärder. Dock anser vi att sökbarheten borde förbättras. Detta är framförallt viktigt för ny personal som tjänstgör under sommarerna.
- Utredarna vid patientnämndens kansli ifrågasätter dock om rutinen att informera patienterna om deras lagstadgade rätt till stödperson är tillräckligt individuellt anpassad.

Revisionsfråga: Finns en tydlig organisering och ansvarsfördelning när det gäller beslut om att vidta tvångsvård? Svar: Ja

- Vår granskning visar att det finns en tydlig ansvarsfördelning och organiseringen av tvångsvården.

Revisionsfråga: Finns dokumenterade rutiner för egenkontroll av följsamheten till fastställda rutiner och riktlinjer? Svar: Delvis

- Enligt Socialstyrelsens föreskrift om tvångsvård ska vårdgivaren fastställa ett direktiv för tvångsvården. Något sådant direktiv med direkt koppling till föreskriften har styrelsen inte fastställt. Landstingsstyrelsen har dock fastställt ett direktiv utifrån Socialstyrelsens föreskrift specifikt om säkerheten inom tvångsvården i vilket det ingår ett stycke som kan kopplas till föreskriften om tvångsvård.
- Centrum för Barn/Kvinna/Psykiatri har en uppföljningsplan där vissa uppföljningspunkter avseende tvångsvård ingår. Dock saknar vi uppföljningspunkter där det tydligare framgår hur patienternas inflytande och lagstadgade rättigheter tillgodoses.
- Det finns en utarbetad rutin för klagomålshantering och Område Psykiatri deltar i ett patientregister för tvångsvård.
- En grundläggande förutsättning för en tillfredställande egenkontroll enligt Socialstyrelsens är en fungerande arbetsmiljö. Vi anser att det dåliga arbetsklimatet inom en avdelning kan innebära bristande förutsättningar för en tillfredsställande egenkontroll.
- I patientsäkerhetskulturmätningen framkommer att det enbart är ca 40 % av personalen inom område Psykiatri som uppgav att de var benägna att rapportera avvikelser. Enligt Socialstyrelsens föreskrift om ett systematiskt kvalitetsarbete är avvikelserrapportering en viktig del av verksamhetens egenkontroll.
- I vår granskning har det framkommit att det saknas en återredovisning av tvångsvården till regionstyrelsen utifrån det direktiv om säkerhet inom tvångsvården som styrelsen själv har fastställt.

Revisionsfråga: Tillvaratas resultatet från egenkontroll, klagomålshantering och rapporterade avvikelser i det systematiska kvalitetsarbetet? Svar: delvis.

- På våra frågor utifrån några utvalda exempel på avvikelser och klagomål har vi fått svar på vilka åtgärder som vidtagits.
- Område Psykiatri har deltagit i ett nationellt projekt som syftar till att minska tvångsvårdsåtgärder. Inom detta projekt har förbättringsåtgärder vidtagits som en del i det systematiska kvalitetsarbetet inom tvångsvården.
- Det finns dock en bristfällig dokumentation i protokoll från arbetsplatsträffar och ledningsgruppsmöten om rapporterade avvikelser och klagomål och vilka åtgärder detta medfört, vilket innebär att det är svårt att göra någon generell bedömning av revisionsfrågan.
- Vi saknar en analys utifrån avvikelser specifikt för tvångsvården i centrumets patientsäkerhetsberättelse. Av patientsäkerhetsberättelsen framgår det inte vilka åtgärder som vidtagits, eller planeras vidtas utifrån avvikelserna speciellt för tvångsvården.

7.6 REKOMMENDATIONER

- Vi rekommenderar att det sker en översyn av rutinen för att informera tvångsvårdade patienter om deras rätt till stödperson.
- Vi rekommenderar att regionstyrelsen tar fram ett särskilt direktiv om tvångsvård eller reviderar befintligt direktiv om säkerhet inom tvångsvården så att detta omfattar Socialstyrelsen föreskrift om tvångsvård.
- Vi rekommenderar att verksamhetschefen säkerställer att tvångsvården återkommande granskas i enlighet med Socialstyrelsens föreskrift om tvångsvård.
- Vi rekommenderar att arbetet för att förbättra arbetsklimatet prioriteras och att det sker en fortsatt satsning på kompetensutveckling.
- Vi rekommenderar att protokollen från arbetsplatsträffar och ledningsgruppsmöten utvecklas så det bättre framgår vilka förbättringsåtgärder som vidtagits. Protokollen ska även finnas åtkomliga i Centuri.
- Vi rekommenderar att det inom ramen för landstingets allmänna rutiner för avvikelserapportering tas fram speciella rutiner för avvikelserapportering för psykiatri och tvångsvården. Detta då en avvikelse för tvångsvården i vissa avseenden skiljer sig från avvikelser för övriga hälso- och sjukvården.
- Vi rekommenderar att det sker en återkommande redovisning av tvångsvården till regionstyrelsen med avseende på kvalitetsarbete och rättsäkerhet utifrån det direktiv landstingstyrelsen själv har fastställt.
- Vi rekommenderar att det tas fram en kvalitetsberättelse för tvångsvården i enlighet med Socialstyrelsens rekommendation 8. En kvalitetsberättelse omfattar mer än en patientsäkerhetsbe-

rättelse, då kvalitetsbegreppen innebär att en verksamhet uppfyller samliga krav och mål om gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter för verksamheten. Patientsäkerhet innebär skydd mot vårdskada.

8 UNDERTECKNANDE

Östersund 31 mars 2015



Jan-Olov Undvall

Certifierad kommunal revisor

Ansvarig för kvalitetssäkring



Majvoly Enström

Revisionsdirektör

Certifierad kommunal revisor

Vårdgivare som omfattas av 1 kap. 1 § 1 och 2 eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt LSS bör med dokumentationen som utgångspunkt varje år upprätta en sammanhållen kvalitetsberättelse av vilken det bör framgå hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet har bedrivits under föregående kalenderår, vilka åtgärder som har vidtagits för att säkra verksamhetens kvalitet, och vilka resultat som har uppnåtts. Berättelsen bör ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar, och att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses. Berättelsen bör hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den.

9 LITTERATURFÖRTECKNING

1. **Socialstyrelsen.** Statistik om psykiatrisk tvångsvård enligt lag (LPT) år 2013. 2014-12-11.
2. **Jämtlands läns landsting.** Tvångsätgärder. 2012. Reg. nr. i Centru: 09738-1.
3. **Sveriges rikstad.** *Departementsserie 2014:28 - Delaktighet och rättsäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård.*
4. **Jämtlands läns landsting.** Ärende lista vid ledningmöte 14-09-09. Östersund : u.n., den 09 September 2014. Område Psykiatri.
5. **Sveriges riksdag.** *Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.*
6. **Jämtlands läns landsting.** Verksamhetsplan Psykiatri 2014. Reg. nr. i Centuri: 13476-1.
7. **Socialstyrelsen.** Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.
8. **Jämtlands läns landsting.** Uppdrag chefsöverläkare (chöl). den 31 januari 2015.
9. —. Direktiv för tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. 2012. Dnr:LS/1413/2012.
10. **Socialstyrelsen.** Ändringar i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2008:19) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. .
11. **Jämtlands läns landsting.** Uppföljningsplan Centrum Barn/Kvinna/Psykiatri. den 17 mars 2014.
12. **Socialstyrelsen.** Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. ISBN: 978-91-87169-50-2.
13. **Jämtlands läns landsting.** Dokumenthantering Jämtlands läns landsting ver. 2. Dnr:LS/351/2009.
14. **Anders Haglund Jan Sturesson Roland Svensson.** *Intern kontroll - Ett flerdimensionellt ledningsvertyg.* u.o. : KomRev AB ÖhrlingsPricewaterhouseCoopers. ISBN: 61-88404-35-8.
15. **Socialstyrelsen.** *Förslag till nationell strategi för ökad patientsäkerhet.* u.o. : Socialstyrelsen, 2012.
16. **Hultin AB utbildning och utveckling.** *Utredning om avdelnings 3a:s personal och redovisa en avpersonifierad beskrivning av deras bild samt förslag på förändringar.* . 2014.
17. **Hallgren, Ulf H Fröberg Timothy.** *Patientsäkerhetslagen.* u.o. : Institutet för Medicinsk Rätt AB, 2011. ISBN:978-91-7864-216-8.
18. **Institutet för kvalitetsindikatorer.** Sammanfattande rapport - Område Psykiatri. [red.] Johan Frisack. 2014.
19. **Jämtlands läns landsting.** Patientsäkerhetsberättelse 2014 - Centrum för barn, kvinna och psykiatri ver: 1.
20. —. Bokslut 2014 Område Psykiatri.
21. **Region Jämtland Härjedalen.** Förbättringsarbete avdelning 3 A, 2015.
22. **Jämtlands läns landsting - Sverker Svensson.** Kompletteringar av prestationsmålet B2. den 21 november 2014.
23. **Sveriges Kommuner och Landsting.**
<http://skl.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/battrevardmindretvang.469.html>. [Online] den 23 mars 2015.
24. Förordning (1991:1475) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.
25. **Jämtlands läns landsting.** Handlingsöverenskommelse mellan primärvården och område psykiatri. 2015. Reg. nr i Centuri: 10132-1.
26. **Socialstyrelsen.** *Öppna Jämförelser och utvärdering 2010 - Psykiatrisk vård - ett steg på vägen.* 2010. ISBN: 978-91-86585-26-6.
27. **Jämtlands läns landsting.** Förfrågningsunderlag - Hälsoval Jämtlands läns 2014. Dnr: LS/680/2013.

-
28. **Susanne Anderö Wännström, Gunilla Noterius, Katarina Hellström.** *Förslag till verksamhetsutveckling gällande Psykosociala enheter i Jämtlands läns landsting.* 2013.
 29. **Jämtlands läns landsting.** Zamsyn Depression. 2014. Reg. nr. i Centruri: 15781-1.
 30. —. Ansvarsfördelning och riktlinjer: Psykosocial resurs - specialistpsykiatri. [red.] Ingrid Holmström. 2009-01-23.
 31. —. Zamsyn Suicidriskbedömning i primärvården. 2014. Reg. nr. i Centuri: 15420-1.
 32. —. Primärvårdens och område psykiatri ansvar vid riskbruk, missbruk och beroende.
 33. —. Handlingsplan Område Psykiatri 2014 - för att nå målen i verksamhetsplanen. [red.] Malin Andersson. 13-12-16.
 34. —. Verksamhetsplan 2014 - landstingsdriven primärvård. 2014. Reg. nr. i Centuri: 15624-1.
 35. —. Bokslut 2014 - Centrum för primärvård.
 36. —. Landstingsstyrelsen internkontrollplan 2014. Dnr: LS/349/2013.
 37. —. Bokslut 2014 - område Psykiatri.
 38. **Socialstyrelsen.** Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.
 39. —. Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. 2012. ISBN: 978-91-87169-50-2.
 40. —. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. .
 41. **Jämtlands läns landsting.** Remisshantering Område Psykiatri. 2013. Reg. nr. Centuri: 10608-1.
 42. **Bevakningsrutin sjuksköterska vid enhet/avd vid Område Psykiatri.**
 43. **Jämtlands läns landsting.** Information ang riktlinjer för remisskonferens Intagningsenheten. [red.] Britt-inger Backus. 2012.
 44. —. Bokslut 2013 Centrum Primärvård. 2013. Dnr: LS/458/2013.
 45. Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.
 46. **Jämtlands läns landsting - Komunerförbundet Jämtlands läns.** Samarbetsformer gällande samordnad vårdplanering mellan Jämtlands läns landsting och kommunerna i Jämtlands län. 2008.
 47. **Jämtlands läns landsting.** Fördjupad analys av suicid inom JLL, 2012-2013. [sammanst.] Ulrika Eriksson Karin Strandberg Nöjd.
 48. —. REv. landstingsplan 2014-2015. Dnr: LS/504/2013.
 49. **Insektionen för vård och omsorg.** Anmälan enligt Lex Maria. 2014. Dnr:LS/1662/2013, LS/1258/2014, LS/759/2014, LS/1871/2013, LS/1126/2014, LS/761/2014.
 50. **Inspektionen för vård och omsorg.** Anmälan enligt Lex Maria. Dnr: LS/1662/2013.
 51. **Jämtlands läns landsting.** Remisser skickade från pv 1/1-30/11 2013 samt 2014.
 52. —. Vårdprogram trauma och ångest. [red.] Håkan Löfvenberg. 2015-02-26.