

Slutrapport Sahlgrenska universitetssjukhuset

Via rapportering i media under hösten 2024 har uppgifter framförts gällande brister i patientsäkerhet och bemötande inom verksamhet Psykiatri Affektiva på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Allvarlig kritik har framförts av anhöriga och patienter. Även medarbetare påtalar brister. Utifrån detta gör Sahlgrenska Universitetssjukhuset bedömningen att den kritik som framförts behöver utredas för att få en tydlig bild utifrån flera perspektiv.

Sjukhusdirektör Boubou Hallberg gav den 17 oktober 2024 stabsdirektör Madelene Johansson i uppdrag att ansvara för en utredning och att anlita en extern utredare, för att åstadkomma en så heltäckande genomlysning som möjligt.

Syftet med genomlysningen är att få fram en beskrivning som brukare, anhöriga och medarbetare känner igen sig i och som därmed kan ligga till grund för förbättringar ur ett patientperspektiv.

Beskrivning av uppdraget

Den externa utredaren ska utifrån sin oberoende ställning och sakkunskap inom ämnesområdet utgöra garant för att relevanta frågeställningar besvaras och ett adekvat underlag inkluderas.

Den externa utredaren avgör de exakta frågeställningarna men delområden som behöver belysas är ledning och styrning, patientsäkerhet, bemötande och arbetsmiljö.

Utredningen ska inkludera och ta hänsyn till uppgifter och synpunkter från berörda parter, så som patienter, anhöriga, medarbetare, fackliga företrädare och chefer.

För underlag om patienters och anhörigas upplevelser hänvisas förutom till Sahlgrenska Universitetssjukhusets interna källor även till relevanta externa sådana.

Själva utredningsarbetet görs internt, uppdraget för den externa utredaren är att granska detta arbete och vid behov efterfråga kompletteringar.

Den externa utredaren förväntas att, baserat på vad som kommer fram i genomlysningen, presentera en sammantagen analys samt ge rekommendationer till förändringar och förbättringar.

Uppdragsorganisation

Den externa utredaren rapporterar till Sahlgrenska Universitetssjukhusets interna uppdragstagare, stabsdirektör Madelene Johansson.

I den interna uppdragsorganisationen ingår förste chefläkare Helena Gustafsson med ansvar för kvalitet- och patientsäkerhetsfrågor.

I den interna uppdragsorganisationen ingår också Mattias Bjarnegård, områdeschef för område 2 där verksamhetsområdet Psykiatri Affektiva ingår.

Knutna till utredningen är även Hälsan och arbetslivet inom Västra Götalandsregionen.

I övrigt förmedlar den interna uppdragstagaren, stabsdirektör Madelene Johansson, kontakt med relevanta enheter och funktioner och säkerställer att den externa utredaren får tillgång till det underlag som behövs för att kunna slutföra uppdraget.

Det har rört sig om en extern granskning av Sahlgrenska Universitetssjukhusets egna internutredningar av händelserna relaterat till Kalibers program, oktober 2024.

Undertecknad som genomfört den externa granskningen heter Charlotta Brunner och är överläkare och specialist inom allmän vuxenpsykiatri. Utöver 35 års klinisk erfarenhet av psykiatrisk vård så har jag vid sidan av det mellan 2011–2024 haft uppdrag som chefläkare inom Psykiatriförvaltningen i Region Kalmar län, samt under 2019–2021 också chefläkare inom Psykiatri i Region Kronoberg. Jag har dessutom varit engagerad i nationellt patientsäkerhetsarbete via SKR i cirka 10 års tid.

För att förtydliga den externa utredarens synpunkter och skilja dem från de olika internutredarnas synpunkter/förbättringsförslag så är de redovisade i kursiv stil, till skillnad från de synpunkter som internutredarna kommit fram till.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har granskat följande områden som fördjupas nedan:

1. Arbetsmiljö: Rapport utförd av Hälsan och Arbetslivet i form av en kvalitativ och en kvantitativ del. Detta har gjorts genom enkäter och intervjuer. Återgiven som en skriftlig rapport, men även muntligt återrappporterad till den externa utredaren.
2. Sammanställning av avvikelser och internutredningar: Sammanställd av chefläkare med psykiatriinriktning, Johan Sandelin. Återgiven i skrift och muntligen
3. Patient- och anhörigsynpunkter: Möte med Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH via teamslänk den 31 mars 2025, samt genomgång av skriftligt inkomna klagomål till ledningen för Psykiatri Affektiva.
4. HR aspekter: Arbetsrättsliga förutsättningar att jobba med aktuell problematik samt analys från områdeschef, återgivna skriftligen samt delvis i teamsmöten.
5. Systematiskt patientsäkerhetsarbete, återgivna skriftligen av områdeschef.

De interna granskningarna

1. Arbetsmiljösynpunkter

Dessa synpunkter är inhämtade och sammanställda av "Hälsan och arbetslivet" genom intervjuer med chefer och medarbetare på den aktuella enheten och nedan redovisas utdrag ur den mer omfattande rapporten "Kartläggning av organisatorisk & social arbetsmiljö inom heldygnsvården Verksamhet Psykiatri Affektiva, Område 2, Sahlgrenska sjukhuset" (Bilaga 1). Utdraget är en sammanfattning av undertecknad. De är av mig bedömda som viktiga synpunkter att ta fasta på:

Resurser och arbetsbelastning:

- Upplevd resursbrist inom både öppen- och heldygnsvård beskrivs leda till en sämre kvalitet på vården som ges samt en försämrad arbetsmiljö för personalen och i viss mån ett ineffektivt resursutnyttjande. Till exempel så har avdelningsläkare ibland ansvar för flera vårdavdelningar, kö till öppenvård leder till ökat utnyttjande av slutenvård, ökat antal sängplatser på samma mängd vårdpersonal.
- Effektiviseringar i en del av verksamheten leder till mer resurskrävande och belastande arbetssätt i annan del av verksamheten.
- Läkarbrist leder till luckor i bemanningen som löses genom att läkare från andra avdelningar tillfälligt hoppar in. Detta gör att det blir en brist på tydliga beslut om patienters vård vilket i sin tur beskrivs leda till längre vårdtider.
- Den upplevda bristen på platser inom heldygnsvården leder till etisk stress hos läkare som står mellan att skriva in en patient eller inte. Läkaren står mellan att antingen inte skriva in en patient som bedöms vara i behov av heldygnsvård eller att skriva in en patient och då öka arbetsbelastningen för avdelningens medarbetare, något som skapar känslor av skuld och oro för missnöje.
- Bristen på platser inom heldygnsvården beskrivs också riskera att påverka urvalet av läkare som arbetar inom psykiatri. Det uppskattas av avdelningspersonal ifall man har en hög produktionstakt i form av snabba bedömningar samt en hög utskrivningsfrekvens.
- Personligt engagemang hos medarbetare behöver kompensera för bristande resurser.
- Det finns en frustration då andra verksamheter inom psykiatri bedöms få mer resurser per patient samt att beslut som fattas där påverkar slutenvårdens arbetsbelastning.
- Subspecialisering har lett till mindre samarbete, avstånd mellan enheterna. Vissa patienter, ofta med komplex problematik faller mellan stolarna. Mindre flexibilitet mellan enheterna inom verksamheten.

Undertecknads kommentar: Utifrån inhämtad, tillgänglig statistik gällande antal vårdplatser/invånare, samt antal anställda läkare/specialister per invånare så kan man inte se att aktuell verksamhet sticker ut vad gäller resursbrist, som enligt ovan framkommer. Det är naturligtvis svårt att få fram jämförbara data kring detta, men ändå viktigt att bemöta de anställdas känsla, då man utifrån dessa antaganden lätt kan hamna i tillstånd av passivitet och oförmåga att själva hitta lösningar på organisatoriska utmaningar.

Ledarskap:

Medarbetares synpunkter som berör förstalinjen chefs arbete:

- Personal uppger att de saknar information gällande omstruktureringar och prioriteringar samt hur diskussionerna sett ut som föregått besluten.
- Överläkares personlighet styr den aktuella vården på avdelningen i stället för fastställda rutiner på avdelningen. Detta resulterar i olika vård.
- Avsaknad av, eller otydliga rutiner. Följsamhet till befintliga rutiner är låg eller sjunker.
- Goda rutiner från ”grannar” sprids inte
- Åtgärder mot medarbetare med luckor i kunskap/bemötande brister. Brist på stöd från HR
- Återkoppling till medarbetare av hur man hanterat avvikelser brister

Undertecknads kommentar: Ovan angivna brister är inget som personalen adresserat till första linjechefen, men som enligt min personliga mening ändå får tillskrivas deras ansvarsområde.

Medarbetares synpunkter som berör Verksamhetschefens arbete:

- Tydligare krav på sina 1: a linjechefer efterlyses
- Behöver följa upp fattade beslut på ett tydligare och mer strukturerat sätt.
- Se till att information sprids på rätt sätt i organisationen. Detta då det från medarbetare framkommer mycket synpunkter på att olika beslut inte förklaras på ett tillfredsställande sätt.
- Man anser att verksamhetschefen har en förvaltande roll snarare än verksamhetsutvecklande
- Verksamhetschefen är inte läkare, behöver se till så att medicinskt ledarskap integreras i ledningen.
- Ansvariga avdelningsläkare deltar inte på de återkommande ledningsgruppsmötena, då dessa sker på rond- tid.
- Upplevelse av ojämn fördelning av resurser avseende bemanning inom verksamheten

Att inte medicinsk kompetens involveras i ledningsarbetet leder till en parallell ledningsstruktur; dels den som går i linjen mellan verksamhetschef och 1: a linjechef till personal, dels den medicinska, där man uppger att läkaren har ett mycket stort inflytande.

Kultur & stämning inom verksamheten

- Generellt trivs man med sina kollegor samt beskriver sitt arbete som viktigt och stimulerande.
- Många har en önskan om att högsta ledning, politiker och även medier ska besöka verksamheten för att ta del av hur verksamheten fungerar i praktiken samt att se de många goda insatser som görs. Det finns en upplevelse av att omgivande samhälle inte förstår psykiatrins villkor.
- Personliga kontakter, personligt engagemang och lojalitet mot egna personalgruppen får kompensera för organisatoriska utmaningar och resursbrist.
- Verksamheten tycks vara på väg i en mer positiv riktning vad gäller framväxten av ST-läkare.
- Beskrivningar av verksamheten som antingen hierarkisk eller negativ mot kritiska röster framkommer. Båda två tyder på att den psykologiska tryggheten inom delar av verksamheten kan förbättras.
- Många uttrycker en sorg och bestörtning över att det som framkom i Kaliber kunde ske i den verksamhet där man arbetar.
- Det finns en förståelse bland personal för att läkare inom psykiatrin behöver fatta beslut som är i patientens intresse även om de inte är patientens vilja. Det finns bland vissa delar av avdelningspersonal också en uppskattning för läkare som beskrivs våga fatta dessa svåra beslut.
- Inom delar av verksamheten finns i nuläget en oro för att fatta beslut som är i patientens intresse men inte är patientens vilja då man är orolig för hur detta kan komma att se ut i ett medialt sammanhang där det riskerar att presenteras utan sammanhang.
- Resursbrist leder till uppskattning av läkare med hög produktionstakt och större tendens att skriva ut.
- Det framhålls att olika typer av psykiatrisk vård kan ge gott resultat och det finns en förståelse för att vårdplaner kan se något olika ut beroende på vem som är ansvarig läkare.
- Det finns en frustration över att agerande som olika delar av verksamheten i varierande grad känt till och i många fall uppmärksammat hanteras först efter en medial granskning. Det finns även en frustration över att andra ärenden inte följs upp lika tydligt.
- Allmän tids- och resursbrist kommer i vägen för läkare att rådfråga eller ta hjälp av kollegor.
- Man ser ett behov av att öka kunskapen om emotionellt instabilt personlighetssyndrom

Undertecknads kommentar: Viktigt att ta fasta på de positiva synpunkterna ovan, särskilt när verksamheten är satt under utredning och ifrågasatt utifrån.

En ytterligare närliggande fråga handlar om hur psykiatrin som verksamhet följer upp läkares arbetsmiljö och mående. Läkare beskrivs på många sätt ha en ensam position. En del av detta kommer av utmaningar att bemanna och behovet av att hoppa in för att fylla luckor. Men det finns en annan del som handlar om att yrkesgruppen har ett ledningsansvar och inga kollegor på samma nivå på en avdelning.

2. Sammanställning av klagomål/avvikelser

Enligt chefläkare föreligger inget synligt mönster gällande klagomål och avvikelser vad beträffar aktuell verksamhet, däremot kända klagomål på individnivå. Även de senaste årens Lex Maria anmälningar är genomgångna utan några tydliga tecken vad gäller aktuell verksamhet.

Nedan utdrag ur chefläkarens analys (Bilaga 2):

De händelser som förekommer i Kaliber bedöms inte vara engångsföreteelser som förklaras av enbart enskilda individers brister i yrkesutövning utan sammanhänger även med behov av åtgärder på systemnivå för att komma till rätta med underliggande orsaker. En utgångspunkt i denna del av utredningen är att bemötande inte endast har ett egenvärde i sjukvårds-sammanhang utan att det finns belägg för att bemötande och förtroende har potential att påverka medicinska utfall och patientsäkerhet. Sannolikt varierar sådan korrelation mellan olika sjukdomstillstånd, men bedöms i den vård som bedrivs inom aktuell verksamhet fullt relevant. Därutöver bedöms det finnas fog för att en kultur med gott bemötande gentemot patienter och närstående, men även medarbetare emellan och i relation till samverkansaktörer, har positiv inverkan på arbetsmiljö med potential att vara självförstärkande. Omvänt föreligger risk att ett negativt bemötandeklimat förstärks efterhand.

Det konstateras att det är av stor vikt att jobba mer grundligt med bemötande på ett systematiskt vis. Man kan konstatera att aktuella läkare tidigare har (en inte obetydlig mängd) klagomål i bagaget. Dessa har hanterats genom delgivning från chefen och vid vissa fall genom korrigerande samtal. En bedömning från chefläkare är att det i vissa lägen har präglats av en överslätande attityd från chefens sida. Det kan också hänga samman med att inte heller IVO hanterat klagomål gällande bemötande och att man därför inte tolkar det som vårdskada, dvs tar mindre allvarligt på det.

Ur ett systemperspektiv framkommer psykologiska mekanismer som kan leda till sämre bemötande från vården. Detta uppstår när vårdens bedömning går emot patientens egen önskan. I ena änden när vårdgivaren bedömer att det föreligger ett oundgängligt vårdbehov, men detta avvisas av patienten, detta brukar leda till en formaliserad och av verksamheten välkänd åtgärd i form av tvångsvård. I andra änden av spektret ligger en önskan om vissa insatser från patientens sida, där vårdens bedömning är att det inte gagnar, eller skadar patienten. Här finns inga av vården formaliserade sätt att hantera situationen. Det uppstår konflikt i kontakten och det finns en ökad risk att utveckla icke empatiska attityder om man arbetar i en miljö där man är avvisande eller upplever sig sakna möjligheter att hjälpa en nödställd.

Gällande det andra fallet i Kalibers program rör det sig om dåligt bemötande i samband med tvångsvård, där det framkommer kunskapsbrister rörande lagstiftning. Här behöver man se över kompetensen hos de läkare som har delegation på att agera som chefsöverläkare.

Förslag på åtgärder utifrån ovan nedskrivna problematik:

- Vårdprogram för patienter med självskadebeteende som sträcker sig över både öppen- och slutenvård samt akut handläggande.
- Aktivt och återkommande inhämtande av patientsynpunkter, Peer-support

- Avseende utövning av tvångsvård behöver frågor om bemötande, delaktighet och rättssäker tillämpning särskilt belysas i verksamhetens arbete och en handlingsplan för detta behöver tas fram
- Benägenhet att rapportera avvikelser behöver stimuleras, detta med bakgrund mot att det förekommer många avvikelser på de två utpekade medarbetarna, men majoriteten är från patienter/anhöriga och vårdgrannar, inte de egna medarbetarna.
- Återkommande arbete med bemötande och suicidpreventiv strategi inom verksamheten.

3. Patient- och närståendes synpunkter

Sammanställt utifrån teamsmöte med representanter från Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH, samt inkomna klagomål från patienter och närstående till verksamheten.

Synpunkterna som framkom på mötet stämmer väl överens med bilden som återges i intervjuerna med personalen. På mötet med representanter för NSPH bedömer man att det framför allt är arbetsmiljöproblem i verksamheten som drabbar patienterna i form av:

- Överbeläggningar till följd av resursbrist, dvs för få slutenvårdsplatser beskrivs som ett arbetsmiljöproblem för personalen, som man upplever inte hinner med sina arbetsuppgifter. Detta drabbar även patienterna i form av sängplatser i dagrummet mm.
- Stor personalomsättning, avsaknad av kontinuitet som man tolkar som ett resultat av den stressiga arbetsmiljön.
- Kompetensbrist, då rutinerad personal slutar och ny personal tillkommer.
- Man beskriver också upplevelser av dåligt bemötande (pga. stress?) som också framkommer i de klagomål som inkommit till verksamheten.

Förslag till åtgärder från NSPH:

- Brukarrevisioner bör ske regelbundet samt med uppföljningar (intervju av patienter som sker av person med egen erfarenhet). Dessa resulterar i en rapport med förslag på förbättringar som respektive enhet sedan ska jobba aktivt med.
- Peer-support: Person med egen erfarenhet av psykisk ohälsa som arbetar på avdelning tillsammans med övrig personal. Man hänvisar till flera studier som visar på ett förbättrat arbetsklimat och ett klart förbättrat bemötande av patienter. Man fångar upp patientperspektiv där patienter upplever en bättre förståelse, men också hopp om att bättring är möjlig. Överbryggar avståndet som kan finnas mellan patienter och vårdpersonal.
- Bemötandebildningar: anordnas av NSPH och kan ske återkommande.

Undertecknads kommentar: Erfarenheten är att enskilda utbildningstillfällen sällan förbättrar attityder/bemötande på sikt. Tror därför att Peer-support är den insats som skulle ha störst effekt.

4. HR-aspekter

Undertecknad har tagit del av rutiner formulerade av HR-enheten samt yttrande från aktuell verksamhetschef (Bilaga 3). Man har försökt besvara frågan gällande hur man agerar gentemot medarbetare med återkommande avvikelser/klagomål och vad som kan förbättras.

Det finns tre skriftliga rutiner som stöd för chefer i hanterandet av medarbetare med icke önskvärt beteende. "Rutin vid samtal/korrigerande samtal, "Rutin vid varning" och "Rutin vid uppsägning".

Verksamhetschefens analys av det inträffade är att de tidigare avvikelser som finns gällande de två läkarna hanterats, dock bristfälligt. Det har skett samtal med de aktuella medarbetarna, inte vid något tillfälle var dock HR involverade. Inga handlingsplaner upprättades. Man menar dock att det vid de tidigare avvikelserna inte var överträdelser av samma magnitud som vid de inspelade händelserna. Noterbart är också att det inte förekommer någon avvikelse från medsittande personal från de aktuella inspelade händelserna.

Förslag på åtgärder från HR/Verksamhetschef:

1. Kunskapshöjande insatser och stöd i form av rutiner kring bemötande, med särskilt fokus på patienter med personlighetssyndrom och självskada.
2. Rutiner för hur rapporterade avvikelser i MedcontrolPro ska aggregeras för att tidigt kunna identifiera mönster på individ- eller enhetsnivå.
3. Kunskapshöjande insatser kring suicidpreventivt arbete och bedömningar av suicidrisk, inklusive framtagande av strategi för suicidpreventivt arbete.
4. Chefsutbildning – ansvar oavsett om oönskat beteenden lett till avvikelserapportering eller inte. Tydliggörande av när och hur samtal och dokumentation ska genomföras, användning av HR-expertis etc.
5. Kunskapshöjande insatser till medarbetare avseende ansvar att till verksamheten rapportera in om en arbetskamrat uppvisar ett oönskat beteende, i syfte att motverka eventuell "kollegial tystnadskultur".

Undertecknads kommentar: Det är oklart hur HR:s rutiner implementeras i verksamheten och görs kända för chefer. Bägge läkarna hade en relativt lång anställning inom VGR och bägge hade en anseelig mängd avvikelser gällande bemötande. Här finns stor förbättringspotential kring hanterandet av oönskat beteende och implementering och konkret stöd från HR. Undertecknads förbättringsförslag:

- *Tydligare struktur och förbättrat samarbete mellan HR och chefer i hanterandet av medarbetare*
- *Kartlägga varför så förhållandevis få avvikelser är upprättade av de egna medarbetarna*
- *Särskilda kompetenshöjande åtgärder i form av till exempel handledning i särskilt krävande patientmöten alternativt second opinion-bedömning av annan kollega inom verksamheten.*

5. Systematiskt patientsäkerhetsarbete:

Undertecknad har tagit del av muntligt yttrande från verksamhetschefen samt "Beskrivning av systematiskt patientsäkerhetsarbete Psykiatri Affektiva" och "Årsredovisning 2024", där verksamhetens patientsäkerhetsberättelse ingår under rubriken "Agera för säker vård" (Bilaga 4).

Verksamheten har ett antal kvalitetsindikatorer som man följer, såsom "andel patienter med fast vårdkontakt" och "andel patienter som fått årligt läkarbesök". Även "öka antalet disponibla vårdplatser" mäts med ett målvärde på 90% beläggning. Detta har under 2024 misslyckats, förklaringen är att man stängt ner en slutenvårdsavdelning samt att det totala antalet disponibla vårdplatser minskat. Enligt uppgift väntar man en förbättring här, då förnyat beslut skall tas gällande antal vårdplatser per avdelning under 2025. Det som berör psykiatrisk vård specifikt är suicidpreventiva åtgärder, där det ska pågå ett utvecklingsprojekt. Likaså hänvisar man till standardiserade vårdprocesser, där bland annat personlighetssyndrom ingår.

Man har beslutat om att införa "Gröna korset", någon analys kring hur detta fungerar finns ännu inte. Avvikelser och internutredningar återkopplas på verksamhetsledningsgrupper samt på enhetsnivå på APT-möten. Någon övergripande analys i "Årsredovisningen" saknas dock.

Gällande de specifika händelserna så har verksamheten genomfört internutredningar i enlighet med gällande rutiner. Undertecknad har tagit del av dessa. Bägge internutredningar kommer fram till att orsaken till händelserna är bristande bemötande som i bägge fallen resulterat i anmälan till IVO samt avstängning från vidare arbete. För en av läkarna uppsägning, den andre läkaren har sagt upp sig själv. Fördjupad analys kring hur detta kunnat inträffa inom aktuell verksamhet finns dock inte.

Undertecknads synpunkter: Det är naturligtvis bra att man deltar i mätandet av de allmänna kvalitetsmarkörerna som mäts av hela sjukvården. Få mätvärden berör dock specifik psykiatrisk vård, utan är mätvärden som tas fram för all sjukvård (såsom t ex kläd- och hygienmått, vårdrelaterade infektioner mm). Man borde sträva efter att även mäta parametrar specifikt för psykiatrisk vård då detta inte görs inom övrig sjukvård.

De genomförda internutredningarna är något magra till sitt innehåll. Det saknas analys på mikro-, meso- och makronivå som skulle skapa en djupare förståelse kring bakgrunden för de inträffade händelserna.

Omvårdnaden vid specifika beteendestörningar

Utöver ovan genomgångna fokusområden ser undertecknad även ett behov av att belysa de omvårdnadsmässiga utmaningar som hela landets psykiatri brottas med, men inte funnit den optimala lösningen på ännu. Detta rör framför allt patienter med självskadebeteende. I nationella mätningar av skador och vårdskador som genomförts i landet kan man se att denna typ av skada är den vanligast förekommande inom svensk psykiatri och också de vårdtillfällen där kvalitetsbrister är vanligast (Bilaga 5). Undertecknad har därför vänt mig till en sakkunnig i detta, Antoinette Lundahl, med dr. Karolinska institutet. Hon beskriver i korthet det vetenskapliga läget i bifogad skrivelse (Bilaga 6). Nedan ett utdrag som undertecknad menar behöver poängteras:

”Det saknas större studier om hur patienter med självskadebeteende bäst vårdas i slutenvård men den samlade erfarenheten talar för att vissa komponenter i vården kan vara gynnsamma för patienter med självskadebeteende. Sammanfattningsvis så kan följande ingredienser i slutenvård vara hjälpsamma:

1. Ge patient och anhöriga information om vad som kan vara hjälpsamt (främja autonomi, öppenvårdsinsatser, vissa psykoterapiformer) och vad som kan vara skadligt (tvångsvård, övervakning, långa slutenvårdstider som syftar till kontroll/övervakning av suicidalt beteende, fråntagande av autonomi)
2. Korta frivilliga inläggningar, 1–4 dagar, i samband med kriser
3. Kontakt med mobila team, tätare öppenvårdskontakt vid kriser
4. Tydlig vårdplan med utskrivningsdatum bestämt från början, samt syfte och innehåll i slutenvårdsbehandlingen.
5. Viktigt att dokumentera väl
6. Sambedömning med två eller flera specialister i exceptionellt svåra ärenden”

Det är av största vikt att framhålla den erfarenhet som finns kring vård av patienter med självskadebeteende och emotionell instabilitet enligt ovan. Även om det är en pedagogisk utmaning att förklara för patienter, anhöriga och allmänheten varför slutenvården måste hållas kort, så får det inte vara ett hinder för att agera medicinskt korrekt.

”Inom slutenvården finns en risk att läkare beslutar om förlängd slutenvård/tvångsvård för denna patientgrupp eftersom man är rädd för anmälningar eller kritik (Lundahl et al. 2023, Lundahl et al. 2024). Detta kallas för ”defensiv medicin” och handlar om att vårdpersonal gör vårdinsatser i första hand för att skydda sig själva mot kritik istället för patientens bästa. Defensiv medicin verkar vara vanligt i vården av patienter med självskadebeteende. (Krawitz & Batcheler 2006, Lundahl et al. 2024) Det är synnerligen beklagligt om läkare förstärks i sådant beteende utifrån rädsla att få dålig publicitet i pressen, bli sviken av sjukhusledningen, eller kritik från granskande myndigheter. Därför är det viktigt att läkare och övrig vårdpersonal själva är införstådda med varför man ibland behöver skriva ut patienter som fortfarande har en suicidrisk, så att de kan förklara detta tydligt för patienter, anhöriga och kollegor. Likaså behöver ledningen stötta sina läkare och övrig personal, både med utbildning och handledning, så att personalen känner sig trygga med att handlägga patienter på bästa sätt enligt forskning och erfarenhet och inte styras av egen rädsla när man tar kliniska beslut kring patienter.”

Undertecknads förslag här är att utarbeta en tydlig rutin kring vård/omvårdnad av dessa patienter i såväl öppenvård som slutenvård och vid akut handläggning. Detta som stöd för personal som möter denna patientkategori som ofta är mycket utmanande. Verksamheten har en nationell subspecialiserad vårdenhet som torde besitta kunskapen till att bistå med detta. Till deras hjälp skulle en färdig rutin kunna granskas/revideras av sakkunnig, Antoinette Lundahl, som redan är insatt i problematiken.

Sammanfattning

Det är undertecknads bedömning att Sahlgrenska Universitetssjukhuset gjort en grundlig utredning utifrån de olika aspekterna av den aktuella händelsen. Man har varit behjälplig med efterfrågat material och flertalet teamsmöten har genomförts med de olika ansvariga för internutredningarna samt brukarföreningen, NSPH.

Utifrån det material som delgivits mig så har jag i rapporten valt ut det som jag ser är av störst vikt utifrån den uppkomna situationen. Materialet i sin helhet återfinns därför i bilagor till denna rapport. För att förtydliga undertecknads synpunkter och skilja dem från de olika internutredarnas synpunkter/förbättringsförslag så är de redovisade i kursiv stil, till skillnad från de synpunkter som internutredarna kommit fram till. Undertecknad samtycker i stort med internutredarnas åtgärdsförslag, men har på vissa håll valt att komplettera.

Undertecknads viktigaste rekommendationer:

- 1) Förtydliga chefers ansvar, framför allt gällande bibehållande av arbetssätt och rutiner inom slutenvård. Detta för att åstadkomma en enhetlig vård, oavsett aktuell avdelningsläkare.
- 2) Medicinsk kompetens ska involveras i ledningsfunktionen för att undvika parallellprocesser där klinikledningen beslutar något som sedan inte efterlevs av aktuell avdelningsläkare. Även viktigt att medicinska aspekter beaktas i ledningen.
- 3) Ledningen signalerar upprepat att det är viktigt att skriva avvikelser. Dessa bör då också hanteras som viktiga av ledningen. De bör redovisas och återkopplas tydligt till medarbetarna.
- 4) Inför Peer support i syfte att förbättra bemötande. Erfarenhet visar att det förbättrar bemötande och samarbete med patienterna. Min bedömning är att detta är mer verksamt på sikt än bemötandeutbildningar och brukarrevisioner som mer har effekt för stunden
- 5) Utöka stödet till chefer vad gäller hanterandet av oönskat beteende. HR måste bli mer involverat i det grannliga arbetet att korrigera medarbetares beteende.
- 6) Framtida internutredningar behöver fördjupas med aspekter på mikro-, meso- och makronivå för att komma till botten med avvikelser.
- 7) Vårdprogram/rutin för hanterandet av patienter med självskadebeteende behöver tas fram som stöd till all personal, inklusive läkare.

22 maj 2025

Charlotta Brunner
Extern utredare

Förteckning över bilagor

Bilaga 1a

Kartläggning av organisatorisk och social arbetsmiljö inom heldygnsvården, Psykiatri Affektiva

Bilaga 1b

Åtgärdsförslag kartläggning Psykiatri Affektiva

Bilaga 2

Utredning patientsäkerhet

Bilaga 3a

Samtal och korrigerande samtal – Rutin för HR

Bilaga 3b

Varning – Rutin för HR

Bilaga 3c

Avsked – Rutin för HR

Bilaga 3d

Yttrande av verksamhetschef

Bilaga 4a

Beskrivning av systematiskt patientsäkerhetsarbete Psykiatri Affektiva

Bilaga 4b

Årsredovisning 2024

Bilaga 5

Skador inom psykiatrisk vård 2023 SKR

Bilaga 6

Beskrivning av vetenskapligt läge Antoinette Lundahl