

Åsa Pehrsson

**”Jag har väskan bredvid
huvudet
när jag sover”**

En rapport om dörrar och lås inom psykiatrisk heldygnsvård
i Psykiatri Södra Stockholm

FoU-enheten i samarbete med BISAM
Psykiatri Södra Stockholm
2014

Sammanfattning

Olika former av restriktioner av vårdmiljön ökar både nationellt och internationellt inom psykiatrisk heldygnsvård, detta trots bristande lagstöd. Samtidigt finns det en mycket låg samstämmighet gällande vilken typ av restriktioner som används, samt en avsaknad av empiriska studier gällande deras effekter.

Syftet rapporten är att kartlägga hur Psykiatri Södra Stockholm gör med dörrar och lås inom heldygnsvården, samt att ur personal- och patientperspektiv beskriva de skäl som finns till varför det är som det är. I rapporten genomfördes sex intervjuer med personal och tre intervjuer med patienter.

Rapportens viktigaste slutsatser är att det finns olikheter avdelningarna emellan och en osäkerhet om varför det är som det är. Samtidigt tar personalen förhållandena för givna och diskuterar dem inte i någon större utsträckning. Det framkommer också skillnader mellan personalens och patienternas syn på patientsäkerhet och hur låsen påverkar vardagen på avdelningen.

Resultatet belyser en konflikt mellan å ena sidan generella och mer auktoritära restriktioner av vårdmiljön, och å andra sidan önskan om att erbjuda en individanpassad vård, minska stigma och öka patientens autonomi.

Innehållsförteckning	
Inledning	3
Disposition.....	4
Om dörrar och psykiatri.....	4
Begreppsdefinition.....	5
Vad har andra sagt?	6
Resultat.....	9
Kartläggningen	9
Intervjuerna.....	11
1. Osäkerhet om varför	11
2. Två olika synsätt på patientsäkerhet	17
3. Två olika synsätt på ”vardagsinteraktionen” på avdelningen.....	27
Rapportens huvudsakliga resultat	34
Diskussion.....	37
Att hantera osäkerhet	37
Kompensation av en integritetsförlust	40
”Det är bäst som det är här”	42
Utrymme för reflektion.....	44
Avslutningsvis	46
Psykiatri Södra Stockholm.....	48
Verksamheten	48
Patientforum	49
Metod	50
Syfte.....	50
Tillvägagångssätt	50
Etik och integritet	51
Juridik, teori och forskning.....	53
Juridik.....	53
Patientsäkerhetslagen.....	53

Säkerhet vid sjukvårdsinrättningar.....	54
Frivillig vård och tvångsvård	55
Teori	56
<i>Goffman</i>	56
<i>Brown och Calnan</i>	57
Forskning.....	58
<i>Ökade begränsningar av vårdmiljön</i>	59
De inblandade.....	63
Ur ett större perspektiv	66
Aktuella händelser.....	66
Toalettdörr och patientrumsdörr.....	67
Ytterdörr.....	68
Efterord.....	69
Referenser	70

Inledning

Hur kommer det sig egentligen att någon sätter sig och skriver en hel rapport om dörrar och lås? Det kan tyckas vara en mindre detalj bland andra, större och viktigare problem när det kommer till att hjälpa människor med allvarliga psykiska problem. Ändå står dörrarna, låsta och olåsta, i centrum för en betydande del av den psykiatriska vården. Nyfikenheten triggades förmodligen igång av att det inte verkade finnas några enkla och entydliga svar på varför avdelningarna för heldygnsvård gjorde som de gjorde kring just lås på dörrar. Under arbetets gång kom perspektiven kring dörrar och lås inne på psykiatriska avdelningar att bli mer och mer komplexa, och också mer och mer intressanta. I det läget blev det mer självklart att fördjupa arbetet till en rapport.

Brukarinflytandesamordnare (BISAM) inom Psykiatri Södra Stockholm besöker samtliga verksamhetens avdelningar för heldygnsvård varje vecka för att höra med patienterna hur de tycker tillvaron på avdelningen fungerar. Patienterna tar upp synpunkter i form av både beröm och kritik. Genom det patienterna framförde verkade det som att verksamhetens åtta heldygnsvårdsavdelningar gjorde på olika sätt med just dörrar och lås. Det kunde handla om ifall dörrarna skulle hållas öppna eller stängda, om de gick att låsa eller inte och vem som fick låsa dem. När patienterna frågade varför det var som det var, hamnade svaren ofta i resonemang av typen ”det är så här det måste vara”. Den förklaringen kändes otillfredsställande när den ställdes mot det faktum att avdelningarna gjorde på olika sätt. Det gjorde att jag ville ta reda på mer. Fanns det olikheter över huvud taget, eller var det bara någon enskild avdelning som stack ut? Och hur hade personal och patienter uppfattat de skäl som låg bakom hur det var just på deras avdelning?

Syftet med rapporten har utifrån detta två delar:

1. Att kartlägga hur det ser ut gällande dörrar inom verksamheten.
2. Att beskriva både ur personal- och patientperspektiv de skäl som finns till varför man gör som man gör.

Disposition

För att göra texten mer lättläslig är själva resultatdelen placerad så tidigt som möjligt i rapporten. Avsnitt som berör hur verksamheten Psykiatri Södra Stockholm är utformad, metoden som använts för datainsamlingen samt teori- och forskning i ämnet, är därför placerade efter resultats- och diskussionsavsnitten. Den som saknar det sammanhang metod och teori ger och är beredd att bläddra lite, kan så klart kasta om ordningen och läsa dessa avsnitt först. Annars är det förhoppningsvis begripligt att läsa avsnitten i den ordning de kommer. Innan resultatavsnittet kommer dörrar och lås beskrivas lite mer generellt, följt av en definition av de begrepp som används. För att resultaten inte ska bli helt sammanhangslösa finns även en kortare sammanfattning av de studier som används i rapportens senare del.

Valet för den här undersökningen blev av naturliga skäl Psykiatri Södra Stockholm, där möjligheten finns att utifrån min tjänst som Brukarinflytande-samordnare genomföra projekt i samarbete med verksamhetens FoU-enhet. Det är därför lägligt att passa på att tacka patienter, vårdpersonal, chefer och verksamhetsledning som möjliggjort detta arbete. Tack även till mina handledare Alain Topor och Anne Denhov från FoU-enheten, samt kommentarer och synpunkter från BISAM: Malin Lindgren och Klas Sundström.

Om dörrar och psykiatri

Många dörrar i vår tillvaro kan vi hantera utan några former av nedskrivna regler. De flesta väljer att låsa toalettdörren om sig även om det saknas en lag som säger så. Få skulle få för sig att kräva att få nyckeln till någon

annans hus. Dörrar kan också tillskrivas olika funktioner och värden beroende på vem man frågar. Den intagne skulle kanske beskriva dörren till cellen som ett hinder och en inlåsning, medan kriminalvårdaren kanske ser den mer som ett skydd och ett sätt att upprätthålla ordning. Orsakerna till varför det är som det är spänner över en ganska stor vidd. Det kan finnas behov av integritet och vanor, värderingar om varandra och olika maktpositioner. Det kan också finnas lagar och regler, skrivna som oskrivna. Slutligen finns ett yrkesmässigt ansvar som vi förväntas leva upp till. Ett av flera redskap för att hantera alla dessa gränser, vanor och positioner, kan vara just dörrar.

Det har hänt mycket inom psykiatrin sedan Goffman skrev sitt verk om totala institutioner (Goffman 1983/1961). Mentalsjukhusen i Sverige har lagts ner, delvis i syfte att minska stigmat och utanförskapet som omgett psykisk sjukdom. Många skulle ifrågasätta om det ens är lämpligt att kalla psykiatrisk heldygnsvård av idag för en ”institution”. Andra tycker att mycket fortfarande är detsamma som på Goffmans beskrivna institution, trots alla förändringar som gjorts. Det är därför viktigt att fortsätta undersöka och beskriva den miljö som en psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning utgör.

Begreppsdefinition

Inom Psykiatri Södra Stockholm används olika termer för de åtta olika instanser som bedriver psykiatrisk heldygnsvård. För att underlätta läsbarheten kommer begreppet ”avdelning” användas för samtliga.

”Vårdas under tvång” kommer användas i betydelsen patienter som vårdas enligt Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) (fortsättningsvis ”HSL”) med komplettering av Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (fortsättningsvis ”LPT”). ”Vårdas frivilligt” används för patienter som vårdas enbart enligt HSL.

Med begreppet ”personal” menas omvårdnadspersonal, exempelvis mentalskötare och sjuksköterskor.

Vad har andra sagt?

Dörrar och lås verkar ofta kopplas till resonemang om patientsäkerhet. Just begreppet ”patientsäkerhet” har de senaste åren fått ett ökat fokus, både i sjukvården i stort men i synnerhet inom psykiatrin (Bowers et al, 2002). En låst dörr eller andra typer av restriktioner i vårdmiljön kan också på olika sätt kopplas till ofrivillighet, vilket det också gick att hitta en del studier kring.

Det tvång som förekommer gentemot patienter inne på en avdelning kan vara både formellt och informellt (Iversen et al, 2002). Juridiskt sett regleras och definieras det formella tvånget genom LPT samt HSL. En viktig aspekt av dessa lagar är att HSL inte upphör att gälla om patienten vårdas under LPT. Det innebär bland annat att patientens integritet och självbestämmande i största möjliga mån ska fortsätta respekteras.

Både svenska och nordiska studier visar att patienters upplevelser av att ha vårdats med tvång eller frivilligt inte alltid stämmer överens med den juridiska statusen på deras vård (Iversen et al, 2002; Wallsten & Kjellin, 2004). Där visar sig en annan form av tvång än det juridiskt reglerade: Det informella tvånget. Att personal låser dörren om en patient med stöd av LPT utgör ett tydligt formellt tvång, medan en dörr som patienten inte kan låsa om sig skulle kunna innebära ett informellt tvång. Att inte tillåtas låsa om sig är en åtgärd som saknar en uttrycklig reglering i lagen. Informellt tvång har visat sig kunna uppstå genom olika former av regler, rutiner och vardagsinteraktion på avdelningen som patienten, ibland ofrivilligt, ingår i (ibid.). Det går alltså att konstatera att de vardagliga regler och rutiner en avdelning har, kan få stora konsekvenser för patientens upplevelse av frivillighet och autonomi. Detta i sig gör dem viktiga att studera vidare.

En annan sak som är värd att poängtera är att det inte finns något lagrum som säger att avdelningar där patienter vårdas under tvång måste ha låsta ytterdörrar. Lagtexten lyder:

Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna den del av vårdinrättningen där patienten skall vistas, för att upprätthålla ordningen på inrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården.” (§6 LPT)

Det juridiska tvånget möjliggör att patienten hindras från att lämna avdelningen, men bara om andra åtgärder inte är tillräckliga. Det står inget om hur detta hindrande ska genomföras. Ett av flera möjligt sätt kan så klart vara att låsa ytterdörren, ett sätt som också bör användas om det är det mest lämpliga. Det går också att använda andra sätt som uppfyller samma syfte.

Bland olika typer av restriktioner verkar avdelningens ytterdörr vara en av de mer studerade, både i Sverige och internationellt. Ett tydligt resultat, som återkommer på flera olika sätt är att det saknas samsyn och konsensus kring ifall denna dörr ska vara låst ständigt eller bara ibland. Avdelningarna gör helt enkelt på olika sätt, och det som avgör verkar snarare handla om avdelningens egna vanor och traditioner än sådant som lagar, patientunderlag eller vårdformer (Haglund, 2005).

Det visade sig således att det inte bara var i den här studien som någon intresserat sig för hur den psykiatriska heldygnsvården hanterar olika dörrar och lås. Både önskemålen och kraven på olika former av säkerhetsåtgärder inom vården verkar öka, trots avsaknaden av empiriska studier som visar huruvida dessa åtgärder ger önskvärd effekt. Snarare finns det flera studier (van der Meerwe et al, 2009) som tyder på samband mellan ökade restriktioner i vårdmiljön och ökat antal tvångsinsatser och hot- och våldsincidenter (Bowers et al, 2002; Folkard, 1960), sämre behandlingsresultat (Jin, 1994) och mindre tillfredsställelse med vården

(Müller et al, 2002). Det finns också en inneboende konflikt i önskemålet om ökad säkerhet och vårdgivarnas uppdrag att skapa goda relationer till patienterna, minska stigmat och öka självständigheten. Det finns ytterligare en konflikt mellan de ökade formerna för restriktioner relaterade till säkerhet, kontra vårdgivarnas önskan om att inte förknippas med gamla former av restriktiv, auktoritär institutionsvård (Bowers et al, 2002; Johansson, 2009).

Situationer kring dörrar och lås har även varit aktuella på olika sätt i media de senaste åren. Ärenden som berör låsta ytterdörrar, rumsdörrar och toalettdörrar inom psykiatrin har varit uppe både hos socialstyrelsen och hos arbetsmiljöverket. Det finns också en mängd juridiska aspekter av säkerheten på avdelningarna, som personalen på olika sätt behöver förhålla sig till som ansvariga för patienterna inom sin verksamhet. Under rubriken *Juridik, teori och forskning* kan den som är intresserad läsa mer ingående om detta.

Resultat

I det här avsnittet redovisas och analyseras de resultat som framkommit av det insamlade materialet. Inledningsvis presenteras resultatet av kartläggningen i form av en tabell. Tanken är att ge en överskådlig bild av hur verksamhetens åtta avdelningarna gör med de olika dörrarna. Därefter presenteras intervjumaterialet i form av olika teman. Varje tema exemplifieras med citat från intervjuerna. Avsnittet avslutas med en sammanfattning av rapportens huvudsakliga resultat.

Kartläggningen

Psykiatri Södra Stockholms avdelningar är inte uppdelade utifrån problematik eller ålder. I de flesta fall vårdas patienten på den avdelning som ligger geografiskt närmast den egna bostaden. Undantaget är en avdelning (nr 4 i tabellen) som riktar sig till patienter som bedöms vara i behov av en längre tids heldygnsvård. Patienter kan, oavsett var de bor, remitteras dit från de övriga sju avdelningarna.

Tabell 1 Kartläggningen av samtliga dörrar redovisas i tabellen nedan, utifrån den information som lämnats av chefsjuksköterskorna i november-december år 2013.

	Avd 1	Avd 2	Avd 3	Avd 4	Avd 5	Avd 6	Avd 8	Avd 7	Ja	Nej
Toalettdörr låsbar av patienten*	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	5	3
Rumsdörr låsbar av patienten*	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	3	5
Köksdörr	Alltid låst	Alltid låst	Alltid låst	Alltid låst	Alltid låst	Alltid låst	Alltid låst	Alltid låst	8	0
Dörr in/ut från avdelningen	Alltid låst	Alltid låst	Alltid låst	Alltid låst	Ibland låst	Alltid låst	Alltid låst	Alltid låst	7	1

**Undantag kan göras grundat i en individuell läkarbedömning.*

Toalett- och rumsdörr

På fem av åtta avdelningar kan patienterna låsa om sig när de går på toaletten. En av dessa fem avdelningar är enheten för särskilt vårdkrävande patienter. På övriga tre avdelningar saknar patienterna möjlighet att låsa om sig på toaletten. På två av dessa avdelningar kan patienterna inte heller sätta en upptagetskylt. På den tredje avdelningen kan patienterna inte låsa om sig på toaletten, däremot har alla enkelrum med toalett på rummet, där patienten har möjlighet att låsa sin rumsdörr.

På tre av åtta avdelningar kan patienterna låsa om sig själva på sitt rum. En av dessa avdelningar har både enkel- och flerbäddsrum, de övriga två har endast enkelrum. På övriga fem avdelningar saknar patienterna möjlighet att låsa sin egen rumsdörr.

Vad gäller toalettdörren och rumsdörren förekommer således alla möjliga kombinationer: Att båda dörrarna är låsbara, att ingen av dörrarna är låsbara, att rumsdörren är låsbar men inte toalettdörren samt det motsatta, att toalettdörren är låsbar men inte rumsdörren.

Köksdörr

På samtliga avdelningar är dörren till köket alltid låst, om inte personal vistas där. Oavsett om personal är med eller ej, får patienter inte vistas i köket. Respondenterna hänvisade till hygienregler gällande bland annat MRSA, som de menade uttrycker att patienter inte får vistas i köket eller hantera livsmedelsprodukter.

Ytterdörr

På sju av åtta avdelningar var ytterdörren alltid låst. På en var den ibland öppen, om läkarbedömningen av de patienter som var inlagda för tillfället inte påkallade något behov av en låst ytterdörr.

Intervjuerna

Det genomfördes sammanlagt nio intervjuer, sex personal och tre patienter, fördelat på de tre avdelningar som valts ut. Från varje avdelning intervjuades två personal: En chefssjuksköterska och en mentalskötare. Två patienter intervjuades från avdelningen där patienterna inte kunde låsa om sig varken på toaletten eller rummet. På avdelningen där patienterna kunde låsa båda dörrarna om sig intervjuades en patient. Inga patientintervjuer genomfördes på avdelningen där patienterna kunde låsa toalettdörren men inte rumsdörren, varpå endast personalintervjuer finns representerade därifrån.

I analysarbetet visade det sig att tre teman återkom på olika sätt i samtliga intervjuer:

1. Osäkerhet om varför det var som det var
2. Två olika synsätt på patientsäkerhet.
3. Två olika synsätt på ”vardagsinteraktionen” på avdelningen.

Ingen av de teman som presenteras är helt ”renodlade”. De går ibland in i varandra, vilket märks i de exempel som ges. Däremot finns det en betoning eller tyngpunkt åt ett visst håll.

1. Osäkerhet om varför

Det finns en generell osäkerhet kring skälen, både till varför lås finns och inte finns. Samtliga respondenter gissar på olika skäl, men ingen tycker att de vet riktigt säkert.

Varför saknas lås?

När det kommer till avdelningar där patienterna saknar möjligheten att låsa om sig, handlar gissningarna om olika risk- och säkerhetsaspekter:

Personal – Nä men det är väl säkert något som har hänt inne på toaletten, då. Att det varit svårt att komma in. När vi har haft lås har man ju kunnat öppna utifrån men det tar ju lite

mer tid, då. Jag vet faktisk inte när det togs bort, men vi har haft det. Det kan ju vara bestämmelser uppifrån också. Likadant som det här med duschslangar, det händer någonting och så kommer socialstyrelsen och sedan kommer det från ledningen att man tar bort det.

Respondenten beskriver också en erfarenhet av att det ibland kommer beslut ”uppifrån”, som antas komma från ledningen inom verksamheten eller från en myndighet utanför, som sedan ska följas.

En respondent i personalgruppen hade inför intervjun försökt ta reda på mer om orsakerna bakom att låsen tagits bort på avdelningen:

Personal – Låsen blev borttagna, så som jag har förstått det, för kanske fyra-fem år sedan. Det var på grund av att det var någon här, eller om det var på någon annan avdelning det vet jag inte, som hade hängt sig, tagit livet av sig på toaletten. Om jag förstod det rätt så kom man inte in. Så därför tog man bort låsen både på toalettdörrarna och rumsdörrarna. Jag kan inte säga till hundra procent, men jag tror det. Så man tog bort rubb och stubb. Som sagt, det är...bara det som sagts. Sedan, om det hände här eller om det var [enhetsnamn] eller [annat enhetsnamn], jag vet inte ens om det var på den här avdelningen. Det var något som beslutades för alla i [geografiskt område]? Jag vet inte. Det kan ha varit i [kommun1] också. Det kan ha varit i [kommun2]. Utifrån att det var de som samarbetade under den tiden.

Respondenten är under intervjun tydlig med sin förvåning över att det inte hade gått att ta reda på varför låsen försvunnit. På frågan om detta någonsin diskuterats i personalgruppen svarar respondenten att diskussioner inte förekommit i någon större utsträckning:

Personal - Nej inte någon större diskussion i personalgruppen. Det är om det är någon patient som lyft ärendet så har vi diskuterat det. Men som vi har förstått det så är det beslutat att dörrarna inte ska gå att låsa. Och det är ungefär det som har blivit sagt.

Intervjuare - Vet ni vem som har beslutat det?

Personal - Nej, jag tror...så som jag uppfattat det var det tidigare [Medicinskt Ansvarig Överläkare] som beslutat det grundat från något den fått från socialstyrelsen, det kan jag inte svara på, om det var något påbud. Men om jag förstått det rätt var det under den personens tid, den som tog bort det. Det var liksom inte aktuellt att diskutera heller. Det har blivit manifest. Jag vet när jag jobbade på min tidigare enhet, där kunde man inte låsa toalettdörren, för det tog vi bort där på grund av samma sak, men där kan patienten låsa rumsdörrarna.

Beslutet uppfattades alltså som så pass ”manifest” så det inte varit värt att diskutera. Ändå finns det en medvetenhet om att andra avdelningar gör på andra sätt.

Patienternas svar på avdelningen där de saknar möjligheten att låsa om sig, följer samma linje. De är också osäkra. Vissa svarar att de inte vet, andra att de hört någon generell förklaring. Alla har dock egna tankar om varför:

Patient – Det var säkerhetsskäl, sa de. Att det inte gick. Men om de har nyckel till den så borde de kunna snabbt öppna dörren, tycker man ju, om alla har. Det är säkerhetsskäl, för att man inte ska kunna hitta på en massa dumheter på toaletten. Men då hade ju de bara kunnat öppna.

Intervjuare – Har du sagt det någon gång, att ”då kan ni bara öppna?”

Patient – Det har jag inte. De har inte tänkt på det, eller så ska det vara så här. (härmar personal) ”Det är så det är här. Man får inte låsa”. Det är personalen som sagt. För de kan ju låsa dörrarna ut, men vi kan inte.

Patienternas gissningar berör risk- och säkerhet, men patienterna förhåller sig kritiska till svaren. Ingen av de patienter som intervjuas motsätter sig att personalen ska ha möjlighet att låsa upp dörrarna vid behov, och tycker därför att hänvisningarna till patientsäkerhet är otillräckliga.

Varför finns lås?

På avdelningar där patienterna har möjlighet att låsa om sig (ena eller båda dörrarna) återkommer samma typ av svar. Respondenterna är osäkra på de officiella skälen, men har egna tankar om varför. Gissningarna här berör patients behov av integritet och normalitet:

Personal – Jag tror att från början är det väl så att... Jag är osäker, men det är så som jag är van vid att det är på avdelningar, i min historia bakåt i tiden...

Intervjuare – Att toan är låsbar men rumsdörren inte?

Personal – Ja. Så jag har inte reflekterat över att det var så när jag kom hit heller. Däremot så skulle jag haft en åsikt om det vore tvärt om. Jag skulle reagerat på det. Jag tycker att man ska kunna vara privat, om man är på toaletten. Det tillhör integriteten, att man får göra sina behov i lugn och ro, ifred. Det finns några toaletter ute i korridoren och så finns det några emellan två rum. Det är som en liten hall, där ligger de. Och då är det ju också flera personer som delar på samma toalett. Där måste man ju kunna stå lite halvnaken efter någon

dusch och få sköta sin hygien. Då måste man kunna få låsa dörren. Jag tycker att man ska göra en individuell bedömning. Är man orolig för någon, av en anledning, då får man ju se till att man skyddar den personen.

Här tas även risk- och säkerhetsaspekten upp, men den risken anses möjlig att hantera även om patienten kan låsa om sig. Individuella bedömningar anses vara ett bättre sätt att hantera risker än generella förbud.

På avdelningen där patienterna kan låsa både rums- och toalettdörren tycker den patient som intervjuats att skälen till att dessa finns är så självklara att de knappt behöver förklaras. Skälen berör åter igen normalitet och integritet. Men här tas även en annan aspekt av säkerhet upp: Att inte bli bestulen på sina saker:

Intervjuare – Vad har du hört för skäl till varför ni kan låsa?

Patient – Det säger ju sig själv. Låser inte du din ytterdörr när du går in och när du går ut?

Intervjuare – Så du tycker det är självklart?

Patient – Ja! Jag gillar inte när det inte går att låsa.

Intervjuare – Hur skulle det vara då, då? Vad är det du inte skulle gilla?

Patient – Ja men det säger ju sig självt!

Intervjuare – Men säg ändå, även om det är självklart.

Patient – Jag skulle inte känna mig trygg med det. Jag vill svara för mig och mina ägodelar, och jag vill inte ha känslan av att någon annan kan gå in och snoka på mitt rum, mer än den som städar där. Så är det med det, för det har försvunnit massor med grejer på andra ställen där det inte går att låsa.

Redan känslan att någon främmande person på ett okontrollerat sätt kan gå in på rummet när som helst, skapar otrygghet. Det finns också en erfarenhet av att ha blivit besluten på saker under vistelser på avdelningar där rumsdörren inte kunnat låsas av patienten.

Sammanfattning

De officiella skälen till varför dörrarna antingen har lås eller saknar lås är uttalade både för personal och patienter. Uppfattningen är att besluten om huruvida dörrarna ska vara låsbara eller inte kommer ”uppifrån”, det vill säga högre upp i makthierarkin än där respondenterna befinner sig.

Patienterna antar att beslutet kommer från personalen, personalen i sin tur antar att beslutet kommer från någon i chefsposition eller från socialstyrelsen. Både personalen och patienter har relativt samstämmiga gissningar om olika möjliga skäl till detta. Gissningarna berör resonemang om säkerhet, där respondenterna antar att patienternas möjlighet att kunna låsa om sig anses minska personalens möjlighet till observation och utifrån detta innebära en markant ökad risk för att patienterna kommer till skada. När det kommer till låsbara dörrar, antas skälen vara säkerhet i form av patientens möjlighet att skapa trygghet och integritet.

När det kommer till avsaknaden av lås, har både personal och patienter fått intrycket ”uppifrån” att läget är alternativlöst. Bland personalen anges denna alternativlöshet som skälet till att förhållandena inte diskuterats i någon större utsträckning inom personalgruppen. Samtliga respondenter inom personalgrupper är dock medvetna om att det finns olikheter inom verksamheten i form av att andra avdelningar gör annorlunda. Med undantag av en respondent, önskar personalen att de förhållanden som finns i nuläget ska vara kvar. Patienternas förhållningssätt till informationen som kommer ”uppifrån” skiljer sig därmed något åt från personalens. Även patienterna uppger att fått läget beskrivet som alternativlöst, men har

åtminstone vid intervjutillfället en mer ifrågasättande inställning till skälen bakom detta än personalen.

2. Två olika synsätt på patientsäkerhet

Alla respondenter berör på olika sätt patientsäkerhet, vissa genom att använda termen ”patientsäkerhet”, andra genom att föra resonemang om patientens säkerhet på avdelningen. Det framkommer att det finns två huvudsakliga skillnader i hur respondenterna definierar patientsäkerhet. I den ena definitionen innebär patientsäkerhet personalens möjlighet och skyldighet att kunna observera och ha patienten under uppsikt. Den andra definitionen centrerar sig kring patientens möjlighet att känna sig trygg på avdelningen, både gentemot sig själv och andra. Respondenternas svar har ofta inslag från båda definitionerna, men har tyngpunkten åt antingen ena eller andra hållet.

Dessa två definitioner av patientsäkerhet innebär även vissa skillnader i synen på och dess påverkan på det respondenterna definierar som patientsäkerhet, vilket kommer förklaras mer ingående nedan. Indelningen kan beskrivas så här:

1. Patientsäkerhet innebär personalens möjlighet/skyldighet att observera patienten

Där fanns två synsätt:

1A) Lås hindrar möjlighet/skyldighet att observera.

1B) Lås hindrar inte /försumbar påverkan

2. Patientsäkerhet innebär patientens möjlighet till att upprätthålla integritet och känna sig trygg inför sig själv och andra på avdelningen.

Där fanns två synsätt:

2A) Lås påverkar denna möjlighet positivt.

2B) Lås påverkar denna möjlighet både positivt och negativt.

I nästa avsnitt används citat som exempel på respektive synsätt och dess förhållningssätt till lås.

Personalens möjlighet/skyldighet att observera patienten

Här fanns två sätt att resonera. Antingen sågs lås som ett hinder (1A), eller så sågs lås inte som ett hinder (alternativt att hindret var försumbart) (1B).

Lås hindrar

Av de respondenter som resonerar enligt 1A är samtliga personal. De uppfattar patientsäkerhet som i huvudsak personalens möjlighet och skyldighet att observera patienten, och att patientens möjlighet att låsa om sig utgör ett hinder för detta:

Personal – Jag förstår att man har egen nyckel på ställen där det är mer långtidsboende, men det här är ju akut och korttidsvård. Jag menar, en del mår ju dåligt och vi har ibland extra tillsyn. Jag kan tycka att det är ett moment om man har tillsyn fyra gånger i timmen, som vi har på vissa patienter. Om patienten då skulle kunna låsa så blir det ju ett moment till. Man vill ju kunna titta till patienten och veta vad den gör och om det har hänt något. Det kan ju vara någon som försökt göra ett ”s-försök”. Då är det ju svårare än om dörren är öppen. Så för att skydda patienten, det är vad jag tycker personligen. Och inte bara det. Jag tänker på nattetid när de ska titta till en gång i timmen, det blir ju också störande om personalen ska låsa upp. Nu måste de ju ändå öppna dörren, men om de ska hålla på att låsa upp varje gång också.

Fokus ligger på behovet och skyldigheten för personalen att ha uppsikt över vad patienten gör. Uppsikten anses säkerställa att patienten inte kommer till

skada. Att patienten kan låsa sin rumsdörr ses som ett ”extra moment” som hindrar både uppsikten och möjligheten att ingripa.

En personal på avdelningen där patienten kan låsa om sig både på toaletten och rummet, resonerar så här:

Intervjuare – Har du hört några nackdelar med att ni har det här systemet [magnetlås på rumsdörrarna]?

Personal -Nä. Inte direkt. Eller, det finns ju nackdelar. Från personalens sida kan det ju vara svårt att hålla koll med dörrar stängda när det kommer anhöriga. Eller, det blir väl inte svårare egentligen, men det är svårt för vissa när man måste ha nyckel. Vi kan ha fullbelagt på avdelningen och väldigt liten bemanning. Kommer det anhöriga brukar de gå in på rummen. Det kan vara pojkvän eller flickvän och det kan hända lite allt möjligt på rummen som kanske inte riktigt är okej här. Vi kan ha extrapersonal som det inte funnits nyckel till. Det kan bli jätteknasigt om det är någonting som händer eller om man hör någonting. Ibland har det uppstått bråk när anhörig och patient träffas och då blir det väldigt svårt att ta sig in när dörren är låst och man då inte har fått någon nyckel. Det är väl det som har varit negativt.

I vissa situationer beskrivs svårigheter att från personalens sida hålla uppsikt över patienten om extrapersonal inte försetts med nycklar. Respondenten betonar att problemet bara uppstår om rutinerna kring nycklarna inte fungerat som det ska.

En intressant aspekt är hur en del av den personal som intervjuas börjar reflektera över avdelningens förhållningssätt och verkar upptäcka andra synvinklar på det hela. Ett exempel syns i den här respondentens svar. Citatet är svårplacerat rent temamässigt, utifrån att det innehåller så många olika stråk från flera olika av de teman som framkommit:

Personal – Alla patienter ska kunna observeras hos oss. Vi har olika nivåer, både extra-obs och extra-vak. Sedan har vi vanlig tillsyn av patienterna då man ska gå runt, på natten också, och observera, som all personal är ålagd att göra. Då tänker jag mig att det slamrar mer om rumsdörrarna var låsta. Fast jag vet ju till och med att nattpersonal ibland hänger handdukar på dörrarna och smörjer in handtagen för att det inte ska gnissla, för att man inte ska störa sömnen. Så patientsäkerhetsmässigt är det nog inte det att ljudet av låsen stör, utan mer att man måste kunna observera när de sover. Att de inte skadar sig själva och sånt, det är av det skälet vi observerar. Eller rent allmänt om man sover eller är vaken och har ångest. Då kan jag tycka att lås på rumsdörrarna blir ett moment som hindrar. Fast egentligen, om man hårdrar det så ser jag ju inte något egentligt hinder att man inte ska få låsa dörren. Men då måste ju personalen också ha möjligheten att kunna komma in ifall någon gör illa sig eller försöker ta livet av sig bakom dörren. Sedan är det också så här, jag har jobbat så pass länge att jag varit med om gisslantagningar där det varit flera patienter som hållits kvar på samma rum. Man hade barrikaderat dörren med möbler. Fast när man har barrikaderat så har vi inte kunnat öppna oavsett, så det har egentligen inte haft med låset att göra heller, utan man hade satt upp en stol så vi inte kunnat komma in i rummet. Så det är väl mest opraktiskt skulle jag tycka, om alla patienter skulle ha nycklar. Det må vara att ge en känsla av att man styr det själv, som patient, att det känns tryggt att man kan låsa sin dörr. Men det är ju en falsk trygghet för personalen kommer ju ändå kunna komma in?

Det märks tydligt hur förhållningssätten kring dörrarna påverkar vardagen på avdelningen. Personalen skapar olika former av hänsyn och tillvägagångssätt för att försöka upprätthålla den personliga sfären, trots att patienten inte kan låsa om sig. Det verkar också som att respondenten kommer fram till att ”den bästa lösningen” inte var så självklar som den kändes från början. Slutledningen verkar dock vara att patienten visserligen kan uppleva en viss sorts trygghet av att själva kunna låsa om sig, men att det ter sig meningslöst när personalen ändå kan komma in.

Lås hindrar inte

Patienterna som intervjuas på en avdelning där det saknas lås är medvetna om att personalen behöver kunna ha uppsikt över dem. De motsätter sig inte detta, men de ifrågasätter att uppsikten skulle hindras av att de kan låsa om sig:

Patient - Jag tycker det borde vara lås på toaletten i alla fall, särskilt i dubbelrummen. Personalen skulle ju kunna komma in i alla fall, men andra patienter skulle inte kunna komma in. Så det borde vara lås tycker jag. Ur säkerhetssynvinkeln så tycker jag inte det spelar någon roll.

Respondenterna ser inga hinder för säkerheten i låsen utan förutsätter att personalen kommer kunna komma in ändå. De ser därmed ingen skillnad säkerhetsmässigt om dörren bara är stängd eller stängd och låst. De håller därför inte med om att låsen i sig skulle utgöra ett hinder för insyn. Deras behov av att kunna låsa om sig grundar sig i första hand i att kunna låsa gentemot andra som vistas på avdelningen.

Även vissa respondenter ur personalen resonerar på liknande sätt:

Intervjuare – Har du märkt av om det varit några problem kring det här med att man kan låsa sin toadörr?

Personal – Nej. Eftersom vi som jobbar har tillgång till toalettnycklar om det skulle vara något, att vi snabbt kan öppna dörren utifrån. Alla har en sån nyckel i personalen, på nyckelknippan.

En annan personal från en avdelning där patienterna inte kan låsa om sig, utvecklar samma resonemang. Här förutsätts att patienterna skulle vara medvetna om vad som gäller:

Personal – Jag tror ju att det skulle hända i vart fall, oavsett om man kunde låsa eller inte låsa. Däremot tror jag personal kanske blir mer observant om man kan låsa. Men det spelar ju egentligen ingen roll om du kan låsa eller inte kan låsa, ur den synvinkeln. Om man tänker att jag ska gå in på toaletten och skada mig, då tror jag man tänker det vare sig man kan låsa om sig eller inte. Jag tror inte det ökar bara för att man kan lägga till ett låsmoment. Det är inte själva låset som gör att självskada ökar. Om de vet att vi ändå kommer in, det kanske tar tre sekunder mera, men vi kommer ju in. Man har ändå ett hum om vem som eventuellt kan komma att skada sig, och de har tillsyn. Visst finns det ett visst obehag med att man kan låsa in sig, men som sagt. Förutsatt att vi kommer kunna komma in ser jag inte att låsen gör någon skillnad. Vi kan ju hur som helst inte värja oss mot allt. Jag tycker de ska få låsa om sig.

Respondenten beskriver hur tanken på att patienten kan låsa dörren kan vara ett orosmoment för personalen, men ser å andra sidan inte att det går att bota den oron genom att ta bort låsen då det inte går att ”värja sig mot allt”.

Respondenterna bland personalen som resonerar utifrån 1B menar att det eventuellt skulle kunna uppstå hinder, men ser antingen att dessa hinder är så små att de är försumbara (exempelvis att det ”tar tio sekunder extra att

öppna”) eller att risken är så osannolik att den blir orimlig att gardera sig mot. Dessa respondenter fördrar också säkerhetsåtgärder i form av individuella bedömningar framför att ha generella begränsningar i miljön. De tillstår att det kan finnas situationer då en patient inte ska tillåtas låsa om sig, exempelvis utifrån överhängande risk för suicid eller självskada, men att detta måste grunda sig på en individuell bedömning som kan skilja sig mellan person och i tid.

Värt att påpeka är att respondenter som resonerade på ett sätt utifrån lås på toaletten inte nödvändigtvis resonerar på samma sätt gällande rumsdörren. Detta visar sig extra tydligt i de personalintervjuer från avdelningen där lås fanns på toalettdörren men inte på rumsdörren. Respondenten ser inte lås på toalettdörren som ett hinder för observation då personalen alltid kan låsa upp toalettdörrarna med en huvudnyckel. När det kommer till rumsdörren är det dock annorlunda:

Personal – Jag tycker vi ska ha en så pass trygg avdelning så man inte behöver låsa dörren. De har ju möjlighet att stänga dörren. Det är av praktiska skäl. Just att man tänker att man ska ha nycklar då till dörrarna, när det är flera som delar rum. Det skulle försvinna nycklar och sånt i så fall. Sedan så ska vi ju trots allt observera personerna som är på avdelningen, de är här av det skälet och mår akut psykiatrisk dåligt. Då tycker jag man ska ha möjlighet att gå in på rummet och inte tänka på nycklar. Men sedan har man en regel, att har patienten stängt sin dörr så knackar man när man går in och ger personen bakom dörren chansen att säga ”vänta” eller ”kom in.

Flera respondenter växlar i sitt resonemang beroende på vilken dörr det gällde. I det här fallet ses låsen på toaletten inte som ett hinder för

observation, medan låsen på rumsdörren är ett hinder. Deras sätt att resonera är i huvudsak knutet till hur det ser ut på den avdelning de arbetar på.

Patientens möjlighet att trygga sig själv

Det andra sättet att definiera patientsäkerhet handlar om patientens möjlighet att trygga sig själv inne på avdelningen. Här finns två olika synsätt: Antingen har lås en positiv inverkan på denna möjlighet (2A), eller så har låsen både en positiv och negativ inverkan (2B).

Samtliga patienter som intervjuas har en stark betoning på möjligheten att själva kunna trygga och säkra sig från andra på avdelningen. De ser sällan eller inte alls att detta är ett ansvar de kan eller vill överlåta helt till personalen. De allra flesta av patienterna som intervjuas uppger att möjligheten att kunna låsa om sig är en förutsättning för att kunna trygga sig själva på avdelningen. Ett exempel beskrivs av den här respondenten:

Patient – Jag tycker att man ska kunna låsa dörren, både på toaletten och på sitt rum, för det är ändå ens personliga ägodelar som ligger där inne. Det är ingen annan som har i det rummet att göra. Låser inte du din ytterdörr när du går in och när du går ut? Jag gillar inte när det inte går att låsa!

Respondenten beskriver hur låsbarheten i sig innebär ett sorts ”normalläge”, det är så det är hemma där man också förvarar och vill skydda sina personliga ägodelar och sin personliga sfär. Samma respondent fortsätter att resonera kring behovet av att själv kunna ansvara för sina personliga ägodelar:

Patient – Jag har ofta väskan bredvid huvudet när jag sover. Eller så bär jag väskan med mig, jag har ju mobilen och cigaretterna där. Det är lika bra att ha handväskan med mig när jag går någonstans, jag vill kunna känna att jag har mina nycklar och telefon med mig i väskan. Så jag vill inte låsa in min väska i något jävla förråd. Det förstår du väl?

Respondenten upplever en otillfredsställelse med alternativet att få sina saker inlåsta av någon annan. Önskemålet är att själv få ansvara för sina personliga ägodelar.

Det finns också personal som inte anser det möjligt för personalen att se till så patienterna inte olovligen vistas i någon annans rum:

Intervjuare – Man kan ju resonera att det skulle vara personalens uppgift att hålla reda på att andra patienter inte går in på varandras rum och sådär, hur ser du på den lösningen?

Personal – Ja fast det kan vara omöjligt, speciellt när vi har låg bemanning. Man har ändå fjorton-femton rum. Jag menar, som lägst är man sex personal och det går liksom inte att positionera sig i korridorerna.

Den här respondenten arbetar på en avdelning där patienterna kan låsa om sig. Den beskriver att detta stärker patientens möjlighet att själv kunna skydda sig från ovälkommet besök på rummet. Det är varken möjligt eller optimalt för personalen att tillgodose den typen av säkerhet åt patienterna. Även vad gäller detta exempel tenderar personalen att förespråka det sätt som råder på deras egen avdelning. Patienterna å sin sida har en mer ensidigt kritisk inställning till personalens möjligheter att skydda dem från ovälkommen kontakt med andra personer på avdelningen, oavsett vilken avdelning de vistas på.

Patienternas åsikter ställer sig odelat för möjligheten att kunna låsa sin toalettdörr. Men de har något skilda åsikter i form av både positiva och negativa effekter av att kunna låsa sin rumsdörr. Vissa kunde enbart se en positiv inverkan på den egna tryggheten, medan andra framhöll både en positiv och negativ inverkan:

Intervjuare - Om man säger att det fanns lås att man även kunde låsa om sig på rummet. Ser du några för- eller nackdelar med det?

Patient - Till rummet ser jag kanske både för- och nackdelar. Fördelarna är att du, när du har gått ur duschen eller du går upp ur sängen, att du får klä på dig ifred utan att någon kommer in. Men sen vet ju jag, som har gjort dumma saker på rummet, att det kanske...nu har ju dom nycklar ju i och för sig. Men nej, jag förstår inte varför den skulle vara låst, egentligen. Man är här för att man behöver hjälp. Men toadörren borde vara låsbar!

Trots att patienterna tycker det finns både positiva och negativa saker säkerhetsmässigt med att kunna låsa rumsdörren, så är de eniga om att det finns en negativ inverkan på integriteten i att inte kunna låsa sin rumsdörr. En respondent beskriver hur personalens åtgärder för att inte kränka integriteten inte verkar fungera riktigt som det är tänkt:

Patient – De ska ju knacka innan de kommer in på rummet, men det är jättejobbigt tycker jag. De gör så här! [knackar mycket snabbt på bordet] Sedan går de omedelbart in och då kanske du står där, i garderoben och ska klä på dig efter att ha duschat. Det är inte så kul.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis uppger samtliga respondenter, både personal och patienter, att en del av patientsäkerheten berör personalens möjlighet till observation och tillsyn av patienten. Det skiljer sig dock åt huruvida respondenterna ser lås som ett hinder för detta eller ej. Av dem som ser det som ett hinder är samtliga personal. De beskriver själva upplåsandet av dörren som ”ett extra moment”, och att detta moment utgör ett stort hinder i form av att det saktar ner eller komplicerar personalens möjlighet att öppna

dörren. Bland dem som inte ser det som ett hinder finns alla patienterna, samt en del personal. De är också medvetna om det extramoment låset utgör, men ser det inte som ett hinder. Det blir också tydligt att personalen, med något undantag, förespråkar de förhållanden som finns på den avdelning där de arbetar. De innebär att det i princip förekommer tre olika varianter på vad som är ”det bästa”: Att patienten inte kan låsa någon av dörrarna, att patienten kan låsa den ena dörren men inte den andra samt att patienten kan låsa båda dörrarna. Det innebär även att det går att ha två olika sätt att resonera kring låsens hinder vad gäller toalettdörren respektive rumsdörren. Patienternas resonemang om dörrarna skiljer sig visserligen åt de med på vissa punkter, men inte i samma omfattning och inte lika knutet till förhållandena på den avdelning de hör hemma.

Frågan om vems ansvar det var att skydda patienten från andra patienter på avdelningen råder det delade meningar om. Personalen på avdelningar där patienterna inte kan låsa sina rumsdörrar, anser att personalen till en hög grad är förmögna att skydda patienten från ovälkommen kontakt med medpatienter. På dessa avdelningar är det vanligt att patienterna erbjuds möjligheten att personalen låser in deras saker åt dem i personalrummet eller på expeditionen. Flera patienter tycker dock att den lösningen är otillfredsställande. De beskriver både en oro över och faktisk förekomst av att medpatienter kommer in på deras rum. De beskriver samtidigt en liten tilltro till personalens möjlighet att skydda dem från sådana händelser. De uppger också att de helst vill ansvara för förvaring av sina ägodelar själva, t ex genom att själva kunna låsa in dem. De patienter som vistas på avdelningen där lås helt saknas prioriterar tydligt att kunna låsa om sig på toaletten framför att kunna låsa sitt rum. Patienten från avdelningen där det finns lås på båda dörrarna är dock tydlig med att lås på rummet är viktigt.

3. Två olika synsätt på ”vardagsinteraktionen” på avdelningen

Av respondenternas svar i intervjuerna framkom även två olika synsätt på hur interaktionen på avdelningen såg ut.

1. Patienten interagerar enbart eller i huvudsak med personalen.
Resonemang kring patienters interaktion med andra patienter eller besökare på avdelningen, frivillig eller ofrivillig, saknas helt eller berörs marginellt.
2. Patienten interagerar med både personalen och medpatienter.
Resonemangen berör ofta patienternas möjlighet att skydda eller freda sig mot oönskad interaktion med andra.

På liknande sätt som tidigare är synsätten inte renodlade, men har en betoning åt antingen ena eller andra hållet.

1. Patienten interagerar i huvudsak med personalen

Sättet att resonera där patienten i huvudsak antas interagera med personal, återfinns endast i intervjuer med personal:

Personal – Jag tycker ju att det är bra att rumsdörrarna inte är låsbara. Men man måste ju visa respekt, man ska ju inte bara storma in utan att knacka först. Jag vet att jag har ju hört att i [annan enhet] där har patienterna egen rumsnyckel. Men där går de och kollar en gång i timmen istället. Vi kollar också en gång i timmen, men där måste man ju öppna först med nyckel. Jag vet inte riktigt, jag tycker nästan det är samma sak som om det vore olåsbart. Personalen går ju ändå dit en gång i timmen och öppnar. Men det är som sagt viktigt att man visar respekt, att man knackar och inte bara stormar in. Sedan förstår jag att det måste vara jobbigt för patienterna om de ligger på ett dubbelrum, att dela rum med någon. Men det problemet skulle ju inte bli bättre av att de kunde låsa sin rumsdörr.

Låsen skulle kunna bli ett försvårande moment, samtidigt som de inte anses kunna göra någon egentlig skillnad för patienterna. Det beskrivs dock som viktigt att personalen knackar först och inte bara ”rusar in”.

Liknande resultat går att finna från personal som arbetar på en avdelning där patienten kan låsa om sig på toaletten, men inte på rummet:

Intervjuare – Kan det finnas något behov för patienterna av att låsa just sin rumsdörr?

Personal – Ja, då tänker ju jag på när man klär om. Men det kan man ju göra på toaletten eftersom den finns. Båda dörrarna behöver ju inte vara låsta egentligen, eftersom man har möjlighet att kunna gå undan om man vill byta om och duscha eller så. Jag tänker att jag gör så själv, jag tar alltid med mig kläderna in på toaletten hemma. Så egentligen finns det ingen anledning för dem att låsa. Och vill man vara ostörd så talar man ju om det för personalen. Det vet jag att vi har gjort med många, fram för allt med tillsynen på natten. Är det någon som talar om på morgonen att jag blir så störd när nattpersonalen kommer in och kikar. Då har man en dialog och så löser det sig det så man får vara ostörd. Att det handlar om kommunikation.

Respondenten kommer fram till att det är tillräckligt att patienten kan låsa om sig på toaletten. Eventuella problem i form av att patienten kan bli störd går oftast att lösa genom kommunikation mellan patient och personal.

Resonemang om patientens interaktion med andra patienter, och därmed även behovet av att kunna reglera den kontakten, verkar saknas. Det är möjligt att respondenten syftar även på detta i resonemanget om att patienten kan gå undan in på toaletten, men i huvuddelen av resonemanget handlar om lösningssätt med fokus på överenskommelser mellan personal och patient.

2. Patienterna interagerar med både personal och medpatienter

I patienternas resonemang framkommer att de ser det som självklart att låsen inte är riktade mot personalen. För dem handlar behovet av att kunna låsa om sig enbart om att kunna vara ifred från medpatienter och andra besökare på avdelningen:

Patient – Ja personalen kommer ju in i alla fall. Men om det är låst kommer ju inte andra patienter in. Så att det borde vara låst tycker jag. Ur säkerhetssynvinkel så tycker jag inte det spelar någon roll. Om man är på toaletten nu och hör att någon är utanför så får man hosta och harkla för att visa att man är därinne. Det skulle bli lättsammare om det fanns lås på stället, man kan känna sig mera avkopplad, få slippa sitta på helspänn därinne och tänka att någon skulle kunna rycka upp dörren.

En annan patient beskriver olika strategier patienterna på avdelningen utvecklat i ett försök att kompensera för avsaknaden av lås på toaletterna. Respondenten berättar också att situationen är jobbig både för den som är på toaletten och för den som är utanför och kan råka kliva in när någon är där:

Patient – Det gick inte av säkerhetsskäl, sa de. Men om alla i personalen har nyckel till toalettdörren borde de snabbt kunna öppna dörren. Jag tycker inte det är något konstigt, det är bara att grannen kanske inte kan rycka upp dörren. Det är ju en annan sak om du har enkelrum, men när man delar rum så känns det lite jobbigt och sitta därinne och försöka göra nummer två. Och sen öppnas dörren. Man tänker inte på det när man är utanför heller, man springer in för man är... nödig, oavsett om dörren är stängd eller öppen. Vissa väljer ju att stänga den även fast de inte är därinne och andra har den öppen. Jag brukar försöka stå utanför, det är ju en glipa i dörren så att man ibland kan se om det lyser in. Då kan man

ibland se om någon är där. Men det är jobbigt, jag förstår inte varför de inte kan ha lås om de ändå har nyckeln. De har ju så mycket andra nycklar, de kan väl ha samma lås som de har till de andra dörrarna? Så om de hade liksom samma typ av lås på toaletten, som de kan låsa upp.

Patienterna som intervjuats på avdelningen där det saknas lås på toalettdörrarna, beskriver psykiska konsekvenser i form av stress och otrygghet. De berättar även om konsekvenser för den fysiska hälsan:

Intervjuare – Hur det blir för dig när de här låsen inte finns?

Patient – Jag kan inte gå på toaletten. Jag har blivit förstoppad och får jätteont i magen. Det är flera här som berättat det, ja, de flesta blir ju så här. Vi pratar inte om det så ofta med personalen, men patienter emellan pratar vi. Det är många som tycker att det är obehagligt och jobbigt att man inte kan låsa dörren. Och när man har haft besök själv och de ska gå in på toaletten, så tycker de att det är fruktansvärt obehagligt att inte kunna låsa. Jo vi har frågat personalen om varför. Men i och med att man har fått samma svar två gånger av tre. Då är det ingen idé. Jag har en rumskamrat som är ny, hon har aldrig varit här förut. Hon tycker att det är jättejobbigt. Så hon sade det: Säg det, att vi vill ha lås på dörren.

Respondenten märker att även andra patienter och anhöriga tycker avsaknaden av lås på toalettdörrarna är jobbig. Problemen tas dock inte alltid upp med personalen, detta då de uppfattat att situationen ändå inte går att förändra.

När det kommer till respondenten som är patient på en avdelning där det finns lås, ses detta förhållande som självklart och problemfritt:

Patient – Det är väl ingenting att prata om tycker jag? Det är väl självklart att man ska kunna låsa rummet? Låsa när man går och lägger sig? Jag vill väl inte ha någon annan patient som kommer in i mitt rum?

Det visar sig alltså att samtliga patienter resonerar utifrån synsättet att interaktionen på avdelningen sker både med personal och med andra patienter och besökare. Även viss personal resonerar på det sättet. Ett exempel kommer från den här respondenten, som arbetar på en avdelning där både rums- och toalettdörrarna är låsbara:

Intervjuare – Vad tänker du om skillnaden mellan att kunna stänga och att kunna låsa dörren?

Personal – Det är väl just den här rädslan att det kan komma in andra medpatienter. Det är någonting som har nämnts väldigt mycket, att man är väldigt rädd när man kommer som nyinsjuknad eller väldigt paranoida, patienter kommer ju av olika anledningar. De känner att det är en väldig trygghet att just kunna låsa om sig. Man ska kunna gå på toaletten, man ska kunna duscha utan att vara rädd att någon man inte känner kliver in. Samma sak, kunna sova utan att någon kliver in. Det ju bara att öppna dörren inifrån om man vill ut, det är ingen låsknapp eller så. Så de känner att det är en trygghet. De vet att de inte behöver pilla utan bara öppna dörren för att komma ut, samtidigt som ingen kan komma in utifrån¹. Det är väldigt många som har tyckt att det är skönt. Många som varit på andra ställen har känt att där har vi ju

¹ Avdelningen har magnetlås, som gör att toalett- och rumsdörrarna automatiskt är låsta när dörren stängs. Dörren kan alltid öppnas inifrån genom att trycka ner handtaget. För att låsa upp utifrån krävs en magnetbricka. Personalens magnetbricka kan användas till alla patientdörrarna, medan patientens bricka bara fungerar på den egna toalett-och rumsdörren.

bara kunnat stänga dörren, men inte kunnat låsa. Sedan är det ju båda delarna, vissa vill ju inte ha den låst och vill gärna ha dörren öppen.

Låsens konstruktion anses göra så att patienten aldrig behöver vara orolig för att bli inlåst. Alla patienter uppfattas inte vilja låsa om sig eller ens stänga sin dörr, men de har möjligheten att välja.

Sammanfattning

Av respondenternas svar framkommer att personal och patienter fördelar sig lite olika mellan de olika synsätten på vardagsinteraktionen. Det första synsättet, där vardagsinteraktionen på avdelningen i huvudsak (eller enbart) sker mellan personalen och den individuella patienten, representeras enbart av respondenter som är personal. Det synsättet innebär att respondenterna också ser behovet av att kunna låsa om sig som litet, detta utifrån ett resonemang om att det är meningslöst för patienten att låsa om sig eftersom personalen ändå kan öppna. Ett resonemang om patientens eventuella behov av att kunna låsa gentemot andra medpatienter eller besökare på avdelningen, saknas eller omnämns endast perifert.

Det andra synsättet, där vardagsinteraktionen på avdelningen sker både mellan personal och patient, men även i hög utsträckning patienterna emellan, representeras av samtliga patienter och några personal. Det framkommer att patienterna, genom önskemålet om låsbara dörrar, i första hand önskar kunna skydda sig gentemot ovälkommen interaktion med andra patienter. Att det inte är personalen som patienterna vill kunna låsa ute, blir extra tydligt då vissa respondenter uttrycker att låsbara dörrar visserligen skulle erbjuda skydd mot andra patienter, men samtidigt skulle kunna kännas otryggt utifrån upplevelsen att personalen i ett nödläge kanske inte skulle kunna komma in. Utifrån detta synsätt på interaktionen ser respondenterna ett större behov av lås, då de erbjuder en möjlighet till integritet och upprätthållandet av en personlig sfär. Patienterna beskriver hur låsbarheten ger en positiv effekt för känslan av att vara i säkerhet, men

kan också ha vissa negativa effekter i form av oro över om personalen kommer kunna ingripa vid ett nödläge.

Rapportens huvudsakliga resultat

Rapportens resultat kan sammanfattas i fyra punkter:

1. Kring vissa dörrar finns en hög samstämmighet kring hur avdelningarna gör, medan det hos andra dörrar inte finns någon samstämmighet alls. Kartläggningen inom verksamheten Psykiatri Södra Stockholm visar att det finns en hög samstämmighet kring att köksdörren hålls låst för patienterna. Det finns också en relativt hög samstämmighet kring att ytterdörren hålls ständigt låst, men en avdelning avviker genom att uppge att ytterdörren hålls låst ibland. Det finns en låg samstämmighet kring huruvida patienterna ska kunna låsa om sig på toaletten och på sitt rum. Här finns samtliga fyra möjliga variationer representerade: Att de kunde låsa om sig med båda dörrarna, med ingen av dörrarna, att de kunde låsa toalettdörren men inte rumsdörren samt vice versa. Det vanligaste är dock att patienten kan låsa om sig på toaletten (5 av 8 avdelningar) men inte kan låsa om sig på rummet (5 av 8 avdelningar). Gällande dessa dörrar uppstår således liknande resultat som i tidigare studier (Bowers et al, 2002) i form av olikheter i hur avdelningarna gör kring restriktioner av vårdmiljön.
2. Det finns en osäkerhet om de egentliga skälen till varför det är som det är. Det verkar också finnas en professionell diskussionstystnad runt detta varför, en tystnad som också finns kring hur förhållandena påverkar patienter och personal på avdelningen. Tystnaden verkar till viss del ha att göra med att personalen uppfattat att beslutet kommit från en nivå ”uppifrån”. Både personal och patienter beskriver att de förstått det som att de förhållanden som råder är ”det enda möjliga” och ”självklara”. Patienterna ifrågasätter dock i högre

grad än personalen att resonemangen skulle vara så självklara som de framställs. Självklarheten i hur avdelningarna borde göra, hamnar dock i konflikt med att de verksamhetens åtta avdelningarna gör på fyra olika sätt. Patienterna visar låg medvetenhet om denna olikhet, medan samtliga personal vet om att vissa olikheter förekommer avdelningarna emellan. De hanterar detta huvudsakligen genom att förespråka de förhållanden som råder på den avdelning där de arbetar.

3. Huruvida lås ses som ett hinder för patientsäkerheten eller inte, skiftar. Skiftningarna beror både på hur respondenten definierar patientsäkerhet, samt hur den tycker att patientsäkerheten ska tillgodoses. Om patientsäkerhet definieras som personalens skyldighet och möjlighet att observera patienten, ses låsen mer som ett hinder. Om patientsäkerhet definieras som patientens möjlighet att känna sig säker, både genom personalens observationsmöjlighet men även genom att kunna trygga sig gentemot andra på avdelningen, anses möjligheten att kunna låsa om sig ha en positiv inverkan. Att själv arbeta på en avdelning där patienten inte kan låsa om sig är dock den starkaste faktorn till att se låsbarhet som ett potentiellt hinder.
4. Huruvida patienterna över huvud taget anses ha ett behov av att kunna låsa om sig på toaletten eller rummet, är också något som skiftar. Skillnaderna hänger ihop med hur respondenten ser på vardagsinteraktionen inom avdelningen. Om interaktionen i huvudsak antas ske mellan patient och personal, ses behovet för patienterna att kunna låsa om sig som litet. Om interaktion även antas ske i lika stor utsträckning patienter emellan, anses behovet vara högre. Det framkommer också att personal tenderar att överskatta sin förmåga att kunna skydda patienterna från

ovälkommen kontakt med andra patienter, i jämförelse med patienternas uppfattning om densamma.

Diskussion

Inom detta avsnitt diskuteras rapportens resultat med stöd av teori och tidigare studier. Diskussionen är indelad i fyra rubriker: *Att hantera osäkerhet*, *Kompensation av integritetsförlust*, *”Det är bäst som det är här”* samt *Utrymme för reflektion*.

Att hantera osäkerhet

Något som framkommer tydligt är att personalen visar en omsorg om patientens hälsa och välmående. De vill kunna skydda dem mot destruktiva handlingar. De har dock olika åsikter sinsemellan om på vilket sätt patienten bäst bör skyddas. Ett annat sätt att se det är genom frågan vem det är som i slutänden ska känna sig säker: Är det personalen eller patienten? Ett av synsätten som framkommit är att patientsäkerhet i huvudsak innebär personalens möjlighet att observera patienten. Observationsmöjligheten behövs både för att kunna upptäcka ett nödläge och att fort kunna ingripa om det uppstår. Dörren anses bli ett hot, både mot möjligheten att se patienten och mot att omedelbart kunna ingripa. Att inte ge patienten möjlighet att kunna låsa om sig minskar dessa hot. I resonemangen utifrån detta synsätt framstår patienten som relativt passiv. Arbetssättet verkar göra så att personalen känner sig säker: De kan upptäcka och ingripa vid ett nödläge. Ingripandet syftar till att personalen ska känna sig säkra i att kunna förhindra att patienterna skadas, men det framgår inte lika tydligt om meningen är att även patienten ska känna sig säker. Johansson (2009) visar hur vårdmiljön för personalen inom psykiatrisk heldygnsvård till stor del karaktäriseras av ansvar och kontroll, samt skyldigheten att ha patienten under uppsikt. I avhandlingen beskrivs hur personalen har olika regler och säkerhetsrutiner till hjälp för att upprätthålla denna kontroll och uppsikt,

något som även respondenterna beskriver i hög grad. Flera andra studier beskriver en konflikt för personalen, där rollen som den som ska övervaka och kontrollera hamnar i konflikt med rollen där de ska skapa allians med patienten och öka deras möjlighet till autonomi (Bowers et al, 2002; Johansson, 2009). Denna konflikt framkommer också i respondenternas svar. Detta påminner mycket om ett av resultaten i Johanssons avhandling (2009), där personalen beskriver hur låsta ytterdörrar kunde ge upplevelsen av att de själva var mer säkra och hade större kontroll.

Vad är det då som gör att patienterna känner sig säkra? Bland de patienter som intervjuats vill samtliga att personalen alltid ska kunna ingripa vid ett nödläge. Vissa av dem berättar att vetskapen om att personalen har dem under viss uppsikt gör att de känner sig trygga. Patienternas upplevelse av trygghet är dock i huvudsak kopplad till möjligheten att själv kunna kontrollera och reglera sin privata sfär gentemot kontakt med andra patienter. Ett sätt att göra detta är att kunna få låsa om sig på toaletten och på rummet. Synsättet där patientsäkerheten handlar om patientens möjlighet att trygga sig själv, har ett större fokus på patientens upplevelse av trygghet och säkerhet. Patienten betraktas som mer aktiv, i form av att de i högre mån själva är med och skapar tryggheten. De kan helt enkelt själva välja om de vill ha sin dörr öppen, stängd eller låst, med förbehållet att personalen kan komma in. Genom detta synsätt på patientsäkerhet får patientens upplevelse av trygghet och säkerhet ett större fokus. Det skulle kunna gå att se dessa två synsätt som två motpoler: Antingen ska personalen känna sig säkra i det ansvar de är ålagda på bekostnad av patientens integritet och trygghet. Eller så ska patienterna få låsa om sig helt som den själv behagar för att själv få känna sig trygg, men på bekostnad av personalens säkerhet i att kunna leva upp till sitt ansvar. Frågan är om de behöver vara två motpoler, eller om det är möjligt att tänka både-och? Det verkar finnas lösningsmöjligheter där patienterna ges möjlighet att trygga sig själva på avdelningen, samtidigt som personalen ges tillräcklig möjlighet att ha den

tillsyn de är ålagda och kunna ingripa vid ett nödläge. Patienten och de personal som intervjuats på avdelningen där båda dörrarna går att låsa verkar uppleva ungefär detta.

Att det finns något skrämmande i själva tanken på åtgärder som skulle kunna bli till ett hinder för patientsäkerheten, är inte svårt att förstå. Alla kan föreställa sig den totala maktlöshet det skulle innebära i att märka att någons liv är i fara samtidigt som man är fysiskt hindrad att kunna ingripa. Brown och Calnan (2012) beskriver hur en grundläggande osäkerhet kan ses som själva själen i vårdarbetet med personer med allvarliga psykiska problem. Denna ”obotliga” osäkerhet beskrivs till exempel av respondenten som uttrycker att ”vi kan ju hur som helst inte värja oss mot allt”.

Respondenten är medveten om att det i botten inte finns några garantier, oavsett hur många lås som tas bort kan en patient ändå ta livet av sig. Denna osäkerhet behöver hanteras med någon form av tillit (Brown & Calnan, 2012). Några respondenter verkar föredra ett arbetssätt som grundar sig på en relationell tillit. De sätter tilliten i huvudsak till att skapa en god och nära relation till patienten, medvetna om att detta behöver kompletteras även med andra typer av åtgärder. Andra respondenter föredrar att hantera osäkerheten genom en instrumentell tillit, där fokus läggs på möjligheten till observation och olika säkerhetsrutiner. Åter igen: Behöver instrumentell tillit och relationell tillit bli till två oförenliga motpoler, eller kan de på något sätt samexistera? På de flesta avdelningar finns sannolikt inslag av båda. Å andra sidan, ser man till de studier som refereras till i den här rapporten, verkar instrumentell tillit och relationell tillit inte kunna samexistera helt förbehållslöst. Personalen beskriver hur olika former av restriktioner i vårdmiljön kan bli ett hinder för att skapa allians, på samma sätt som patienterna kan uppfatta den typen av åtgärder som en förstärkning av ett stigmatiserande underläge (Bowers et al, 2002; Johansson, 2009).

Patienterna som intervjuas i den här rapporten är som sagt tydliga med att de inte önskar att former för instrumentell tillit helt ska tas bort. Men de

beskriver en gräns för när tryggheten den typen av åtgärder ger, övergår till att bli en onödig kränkning av deras privata sfär och integritet.

Kompensation av en integritetsförlust

Det är vid det här laget tydligt att mycket handlar om en konflikt mellan å ena sidan kontroll och tillsyn och å andra sidan ett överskridande av gränsen för integritet. Det i sig är inget nytt eller revolutionerande. Frågan är hur den konflikten påverkas av ett ökat krav och efterfrågan på säkerhetsåtgärder som berör instrumentell tillit (Bowers et al, 2002), och de olika synsätt på vad patientsäkerhet egentligen är som framkommer i den här rapporten. Under intervjuerna beskriver flera i personalen hur de vidtar olika åtgärder för att på olika sätt kompensera det faktum att patienterna inte kan låsa om sig. Detta tyder på att de är medvetna om att ”olåsbarheten” begränsar patienternas möjlighet till integritet. De försöker knacka, de vidtar åtgärder för att tillsynen inte ska störa patienten och de försöker hålla uppsikt så inte patienter stör varandra. De flesta respondenter som arbetar på avdelningar där patienten inte kan låsa om sig, uppfattar att deras kompenserande åtgärder i relativt hög grad ersätter patienternas möjlighet att själv kunna värna om sin integritet. Denna vilja att kompensera visar på en omtanke om patientens integritet, och därmed även en medvetenhet om att en gräns försvunnit, som skulle behöva upprätthållas eller respekteras.

Patienterna tycker å sin sida att personalens kompenserande åtgärder fungerar mindre bra. Det hjälper inte att personalen knackar om de öppnar dörren i princip samtidigt som knackningen. Men även om åtgärder i stil med knackandet skulle utföras på ett bättre sätt, botar det inte grundproblemet. Otryggheten i själva vetskapen om att ”vem som helst kan komma in när som helst” återstår, oavsett vilka åtgärder personalen tar till. Oavsett om patienterna vill kunna låsa både rums- och toalettdörren eller bara toalettdörren, upplever de fortfarande att deras gräns för integritet på olika sätt överskrids när de inte kan låsa dörrarna. De berättar också om konsekvenserna: Personalen lyckas inte riktigt skydda dem från ovälkomna

kontakter med andra patienter, och vetskapen om att ”vem som helst kan komma in” orsakar oro och otrygghet. Att inte kunna låsa om sig på toaletten ger även fysiska konsekvenser, patienterna försöker undvika att gå på toaletten när de vårdas på avdelningen vilket leder till att de blir förstoppade. Problemet blir än mer komplicerat då de inte upplever någon vits med att ta upp dessa problem med personalen.

Flera tidigare studier har visat hur olika former av begränsningar i vårdmiljön kan påverka patientens psykiska hälsa. Begränsningar i form av regler och säkerhetsrutiner har visat sig kunna ge negativa konsekvenser för patienterna i form av att uppleva sig bli tvingad, begränsad och övervakad (Iversen et al, 2002; Johansson, 2009; van der Meerwe et al, 2009; Wallsten & Kjellin, 2004). Dessa upplevelser har också visat sig kunna ge långtgående, negativa konsekvenser för behandlingsresultatet (Jin, 1994). Det går att resonera utifrån att vissa begränsningar är nödvändiga ur säkerhetsaspekter, och att dessa säkerhetsaspekter skulle överväga det obehag patienten kan uppleva. Av tidigare gjorda utvärderingar framkommer dock att det inte finns någon konsensus kring vilka säkerhetsbegränsningar avdelningarna bör ha.

Kort sagt: det är inte bara inom Psykiatri Södra Stockholm som det förekommer stora variationer kring huruvida dörrar är låsbara eller ej. Andra studier visar att denna stora variationsgrad i vilka begränsningar som finns inom en psykiatrisk vårdmiljö inom heldygnsvården snarare visar tecken på att vara en norm (Bowers et al, 2002). Det som däremot ökar, både i Sverige och internationellt, är själva införandet av begränsningar med hänvisning till säkerhet, i vilken form de nu tar sig uttryck (Johansson, 2009; Bowers et al, 2002). Införandet av begränsningar och restriktioner visar också tecken på godtycklighet, i form av en avsaknad av samstämmighet, en brist på empirisk utvärdering (Bowers et al, 2002) samt i vissa fall ett bristande lagstöd (Johansson, 2009).

Patienterna i den här rapporten sätter generellt en vidare gräns runt sin personliga sfär, i en jämförelse med personalens uppfattning om var patienternas gräns går. Den personal som intervjuas tenderar också generellt att underskatta hur ett överskridande av den gränsen påverkar patienten, samt att överskatta sina möjligheter att kunna kompensera detta. Ett möjligt sätt att se det är att olikheterna grundar sig i personalens försök att försvara ett handlande de själva känner sig osäkra och otillräckliga inför, och att patienterna i sin tur tar tillfället i akt att vid intervjutillfället försöka driva igenom en förändring till deras fördel. Å andra sidan finns det kanske inget märkligt i önskan att få låsa sin toalettdörr. Inte heller i att sjukvårdspersonal kan bli lite ”hemmablinda” inför att bryta sig in i en annan persons privata sfär och därmed också underskattar hur detta gränsöverskridande påverkar patienten. Risken att personalen överskattar sina möjligheter att kompensera integritetsförlusten, förstärks förmodligen av att patienterna inte alltid orkar eller vill markera att överskridanden görs. Det verkar som att patienterna (och för den delen även personalen) säger ifrån först när de uppfattat att en förändring är möjlig.

”Det är bäst som det är här”

Ett annat intressant resultat är att upplevelsen av låsen som ett hinder är som störst bland personal på avdelningar där patienten inte kunde låsa om sig. Det är inför tanken på att patienten skulle ges möjlighet att låsa in sig som personalen tycker att låset är ett potentiellt hinder för patientsäkerheten. På motsvarande sätt verkar personalen inte se det som ett hinder att patienten kan låsa om sig om de arbetar på en arbetsplats där detta redan är möjligt. Att resonemangen och åsikterna kring lås skulle vara så pass bundna till hur det ser ut på den arbetsplats man befinner sig på, var ett resultat som var oväntat. Genom den variation som förekom avdelningarna emellan blev det tydligt att uppfattningen av låsen som eventuellt hinder i huvudsak följde de faktiska förhållandena på avdelningen. Där man har lås vill man helt enkelt ha kvar låsen, och där man inte har lås vill man inte heller att lås ska införas.

Min förförståelse när jag inledde arbetet med rapporten var snarare att personalen som arbetade på en avdelning där patienterna kunde låsa någon eller båda dörrarna, skulle uppleva detta som en faktor som skapade en oro och stress för dem i deras arbetssituation. Men ingen av respondenterna som arbetade på en avdelning där patienterna kunde låsa om sig, uttryckte detta. Däremot uttryckte flera respondenter på avdelningar där patienterna inte kunde låsa om sig, tankar om att denna typ av stress eller oro skulle uppstå om patienterna skulle få låsa om sig. Det är i och för sig inte ovanligt att människor känner oro inför tanken om förändring, ”man vet vad man har men inte vad man får”. Frågan är om en ökad medvetenhet om hur det är på andra avdelningar, både inom och utanför verksamheten, skulle förändra den oron?

En del personal resonerade med betoning mot ett förhållningssätt där individuella bedömningar föredrogs framför generella förbud. Detta sätt att resonera sammanföll av förklarliga skäl ofta med synsättet att patienterna skulle ha möjlighet att kunna låsa om sig, om inte en läkarbedömning sa något annat. En respondent gjorde tydliga kopplingar mellan generella förbud och gamla tiders mentalsjukhus, medan sättet att använda individuella bedömningar sågs som en steg mot en modern psykiatri. Detta går att se utifrån Goffmans teorier om totala institutioner (Goffman, 1983/1961). Även psykiatriska avdelningar av idag har en karaktär av att vara inneslutande, i den mån att det finns olika grader av hinder för patienterna att umgås med världen utanför. Hindren finns både i fysisk form (byggnadens konstruktion, låsta dörrar, restriktioner vad gäller telefonsamtal, svårigheter kring att kunna ladda mobilen när man vill, skiftande tillgång till internet och dator) och socialt i form av personalens kontroll och övervakning. Goffman beskriver hur ytterligare ett karaktäristiska för den totala institutionen är att de vardagliga moment som individerna går igenom, så som måltider, skötsel av hygien, sömn och aktivering, sker kollektivt på bestämda tider och platser inom institutionen.

Även om inga av dessa kriterier är totala och gemensamma för alla avdelningar, förekommer de ändå oftare och i högre grad än ute i samhället.

En psykiatrisk heldygnsvårdsavdelning blir ur den aspekten en total institution som till skiftande grad uppfyller Goffmans idealtyp. En förutsättning för vissa av de företeelser som ingår i idealtypen är möjligheten till avgränsning av ytor inne på avdelningen. Om personalen ska ha möjlighet att upprätthålla kontroll och tillsyn av patienter, behöver det finnas fysiska begränsningar för patienternas möjligheter att dra sig undan. Arbetssättet där personal och ledning föredrar individuella bedömningar framför generella regler, går att se som ett försök att motverka de kriterier som karaktäriserar en total institution.

Utrymme för reflektion

Hur personalen förväntas skydda patienten är inte något de kan styra över helt på eget bevåg, utan det styrs delvis av direktiv och lagar som de kan ha olika svårt att påverka. De befinner sig också i en fysisk vårdmiljö som sätter vissa förutsättningar, och den är svår för vårdpersonalen att ändra på. Till exempel skulle det förmodligen underlätta problemet med upprätthållandet av integritet om alla rum vore enkelrum, men de fysiska förutsättningarna på avdelningarna ser inte alltid ut så. Många i personalen beskriver också en påverkan av sådant som minskad bemanning och ökad arbetsbelastning, som de i huvudsak kopplar till politiska beslut. De delar av patientsäkerhetsarbetet som har att göra med interaktion och attityder, som ofta formaliseras genom olika former av regler och rutiner på avdelningen, har personalen däremot större möjligheter att påverka. Utrymmet att göra olika inom verksamhetens olika avdelningar finns ju uppenbarligen. Och i slutänden ansvarar de helt över sina egna värderingar och hur dessa gestaltas i bemötandet.

Ett oväntat resultat var därför att respondenterna oftast svarade att frågan om lås var så lite omdiskuterad. Detta trots att samtliga hade värderingar

som tydligt förespråkade ett visst sätt och samtidigt var medvetna om att det fanns olikheter inom verksamheten. Johansson (2009) frågar sig hur sådant som en ökning av konstant låsta ytterdörrar utan varken lagliga eller vårdrelaterade grunder kan få ske utan etiska ifrågasättanden från yrkeskåren. En fråga för den här rapporten blir hur mycket utrymme det finns för personalen att sinsemellan kunna diskutera sina olika arbets- och förhållningssätt? Både inom den enskilda avdelningen, men också avdelningarna emellan. Att det är så otydligt för personalen vem som är beslutsfattare, försvårar möjligheten för dem att kunna påverka. Och om personalen får ganska tomma ”så här ska det vara”-direktiv från okänd instans uppifrån kring hur de bör göra i etiskt svåra frågor, är risken stor att denna otydlighet kopieras i förklaringarna till patienten. Frustrationen och frågetecknen puttas på ett mer eller mindre omedvetet sätt nedåt i hierarkin.

Det finns förmodligen många olika faktorer som kan minska eller öka möjligheten för en personalgrupp att diskutera sitt arbete. Här kan faktorer som arbetsbelastning, arbetsmiljö och gruppklimatet spela in, men även hur relationen till ledningen ser ut. Personalen behöver få sammanhang, mening och begriplighet för att kunna hantera sin arbetssituation. Både för egen del, men också för att kunna förmedla sammanhang, mening och begriplighet till patienterna. Detta förutsätter bland annat att de känner till vem som är beslutsfattare och vad skälen bakom besluten är. Det har inte funnits utrymme i den här rapporten att kunna spåra exakt från vem dessa beslut kommit ifrån och hur de formulerats, vilket lämnar många frågetecken. Det faktum att avdelningarna sinsemellan har möjlighet att göra olika, gör det svårbegripligt att beslut som riktar sig specifikt mot toalett- eller rumsdörren kommer från en alltför hög ”ovanifråninstans”. Det är möjligt att det finns en rimlig förklaring till detta, men oavsett vad så är det är en förklaring som respondenterna inte känner till. Vissa av respondenterna uppger att avsaknaden av diskussion beror just på det att beslutet kommit från okänd instans ovanifrån och därmed bara ska följas. Innebär det att personalen inte

tror att beslut som kommer ovanifrån är möjliga att diskutera? Eller resonerar de som patienterna under intervjun: Att diskussionen är meningslös att ens inleda, eftersom det inte verkar kunna leda till en förändring? Under den relativt korta intervjutiden, där respondenten i cirka 15 minuter fick prata i lugn och ro om en viss avgränsad fråga, började flera av dem reflektera över och bitvis omvärdera och nyansera sitt synsätt. Frågan är vad som skulle hända om personalen gavs (eller tog sig) mer utrymme för reflektion och diskussion sinsemellan. Och då inte bara kring dörrar och lås, utan även om sitt arbete generellt.

Avslutningsvis

Ett enkelt sätt att avgränsa ytor är att använda dörrar. Vissa dörrar behöver kunna vara stängda och ibland även låsta för att tillgodose behovet av avskildhet, medan andra behöver vara öppna för att kunna möjliggöra insyn. Även om det inte finns lagar som uttryckligen riktar sig mot just dörrar inom heldygnsvården, finns lagar som i sin tolkning innebär att personalen ska kunna garantera att patientens behov av vård tillgodoses. Det som är intressant utifrån aspekten av en total institution blir vem som har möjligheten att kontrollera denna avgränsning, och i vilket syfte. En dörr kan stängas i inneslutande syfte, och hållas öppen i syfte att underlätta insyn. Vem som kan stänga, låsa och öppna dörrarna kan därmed ses som en del i de kriterier som Goffman menar definierar en total institution (Goffman, 1983/1961).

Personalen som arbetar inom psykiatrisk heldygnsvård har ett ansvar för patienten, ett ansvar som kan hanteras genom personalens kontroll över patienten. Personalens uppdrag kan krocka med patientens behov av att känna sig trygg och få sin integritet respekterad. Det innebär både en konflikt mellan personalens behov av uppsikt och patientens behov av integritet, men också mellan personalens behov av att känna sig säkra i att kunna genomföra sina arbetsuppgifter, och patientens behov av att känna sig säkra och trygg på avdelningen. På strukturell nivå återfinns konflikten

mellan en gammal syn på en auktoritär och sluten psykiatri, kontra en önskan mot en modern psykiatri präglad av öppenhet. Ett av områdena där dessa konflikter kommer till ett konkret uttryck för både personal och patienter, är genom olika former av restriktioner i vårdmiljön. Det finns vissa styrande juridiska aspekter av detta, som även är kopplade till bedömningar om patienternas vårdbehov. Både tidigare studier och resultatet i den här rapporten pekar dock mot att varken det juridiska eller det konstaterade vårdbehovet har någon betydande påverkan på restriktionerna i vårdmiljön. Det handlar snarare om vanor och traditioner på respektive avdelning. Varför detta i större utsträckning inte är omdiskuterat och ifrågasatt bland vårdpersonal går det bara att spekulera kring. Tydligt är i alla fall att patienterna i den här rapporten är ifrågasättande och har synpunkter på hur patientsäkerhetsarbetet bedrivs.

En annan fråga är vilka sätt vården kan hantera den osäkerhet som verkar uttryckas genom en ökning av allmänna regler och rutiner kring patientsäkerhet. Är det möjligt att som Brown och Calnan beskriver, fokusera tilliten mer på det relationella än det instrumentella? I båda ändarna finns otillfredsställande nidsbilder: En vårdmiljö bestående av vadderade celler helt utan möjlighet till autonomi och integritet, där personalens huvudsakliga uppgift blir övervakning. Detta kontra en vårdmiljö som inte skiljer sig från den vardag patienten behövde komma iväg och skyddas från, där personalen reducerats till ”kompisar” utan möjlighet att ingripa för att upprätthålla ordning eller skydda den som inte förmår skydda sig själv. För vissa består kanske en del av utmaningen i att inte hamna ute i någon av dessa drastiska motpoler. För andra kanske utmaningen består i att ges eller ta sig tid och utrymme att kunna föra diskussionerna.

Psykiatri Södra Stockholm

Här beskrivs verksamheten Psykiatri Södra Stockholm och Patientforum. Tanken är att det ska ge ett sammanhang till de förhållanden som patienter och personal vårdas och arbetar inom.

Verksamheten

Psykiatri Södra Stockholm tillhör Stockholms läns landsting. Inom Södras verksamhet finns åtta avdelningar för psykiatrisk specialistvård i heldygnsform. På varje avdelning vårdas patienter både frivilligt och under tvång (dock ej patienter som vårdas under LRV (Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård)). Dessa åtta avdelningar är fördelade på sex psykiatriska vårdenheter. Fyra av dessa vårdenheter erbjuder även öppenvård för de patienter som vårdats i heldygnsvård, medan två endast erbjuder heldygnsvård. Öppenvården i dessa två områden bedrivs av privata aktörer.

Sju av Psykiatri Södra Stockholms åtta avdelningar riktar sig till samma målgrupp i form av ålder och problematik. Den åttonde tillhör en enhet som svarar för en specialiserad vård för patienter som oavsett diagnos bedöms vara i behov av psykiatrisk heldygnsvård under en längre tid. Patienterna kan vid behov remitteras dit från de övriga sju avdelningarna. Den psykiatriska vården inom Psykiatri Södra Stockholm är, när den här undersökningen genomfördes hösten 2013, således inte subspecialiserad utifrån diagnos, utan patienten vårdas i regel på den enhet som rent geografiskt ligger närmast det egna hemmet (undantaget är enheten för patienter i behov av längre vårdtider). Då det råder fritt vårdval i Stockholm har dock patienterna rätt att söka sig till den enhet de önskar, oberoende av var de bor.

Patientforum

Sedan år 2009 har det en gång i veckan kommit en brukarinflytande-samordnare (BISAM) till avdelningarna med heldygnsvård i Psykiatri Södra Stockholm för att hålla i patientforum. Deltar från avdelningen gör endast chefsjuksköterskan. Övrig personal har möjlighet att ta del av de minnesanteckningar som förs, där patienterna är anonyma. Alla patienter som vill, oavsett vårdform eller diagnos, får delta. Närvaron pendlar beroende på antal inlagda patienter och deras individuella ork och lust att delta. Sedan patientforum startade har över 700 forum hållits med över 3000 patienter som deltagare. BISAM:s funktion inom organisationen, där de är direkt underställda verksamhetens högsta chef, gör det möjligt för dem att ta med sig frågeställningar från patientforum till den nivån där de hör hemma. Under patientforum kommer det upp frågor, funderingar och problematiseringar kring olika teman som verkar vara återkommande oavsett vilka patienter som för tillfället är med. Ett sådant tema gäller huruvida olika dörrar inne på avdelningen går att låsa eller inte, samt av vem. Patienterna kan till exempel fråga varför köksdörren är låst eller vilken personal som ansvarar för att släppa ut och in dem som vill röka. Chefsjuksköterskornas svar på detta antyder att det finns en mängd olika faktorer som påverkar hur och varför personalen gör som den gör. Personal och patienter observerar också varandra i förhållande till dörrarna, det är till exempel inte ovanligt att patienterna uttrycker sympati för personalen som måste ägna så mycket arbetstid åt att låsa upp ytterdörren för patienter som ska ut eller in från rökning. Personal kan tycka det är synd att patienterna numera inte får vistas i köket.

Den som är med på patientforum på flera olika avdelningar kan också märka att förhållningssätten kring dörrarna verkar se något olika ut beroende på vilken avdelning det handlar om. De olika skälen till varför avdelningarna valt att göra som de gör inom respektive enhet har inte varit tydliga. Det har utifrån detta verkat intressant att undersöka detta mer noggrant.

Metod

I detta avsnitt beskrivs rapportens syfte, samt hur datainsamlingen och -bearbetningen gick till.

Syfte

Syftet med undersökningen har två delar:

1. Att kartlägga hur det ser ut gällande dörrar inom verksamheten.
2. Att beskriva både ur personal- och patientperspektiv de skäl som finns till varför man gör som man gör.

Tillvägagångssätt

För att avgränsa undersökningsområdet valdes några dörrar ut för själva kartläggningen, utifrån att de av naturliga skäl borde finnas på alla avdelningar oavsett olikheter i den fysiska miljön: Dörren in och ut från avdelningen, dörren till avdelningens kök, dörren till patientens toalett samt dörren till patientens rum. En kartläggning gjordes av de fyra dörrar som valts ut, genom en rundringning till chefsjuksköterskorna på samtliga åtta avdelningar inom Psykiatri Södra Stockholm. Vad gäller ytterdörren och köksdörren fick de svara på om dörren hölls låst alltid, ibland eller aldrig. Vad gäller patientens rumsdörr och toalettdörr svarade de ”ja” eller ”nej” på om dörren var låsbar av patienten. Utifrån resultatet valdes de dörrar ut där det förekom störst variation avdelningarna emellan, vilket visade sig vara patientens rumsdörr och toalettdörr. Avdelningen för patienter i behov av längre vårdtider ingick i kartläggningen, men var inte aktuellt för intervju då målgruppen delvis ser annorlunda ut än för de andra avdelningarna.

Tre avdelningar valdes ut för intervjuer. De representerade tre olika variationer i låsbarheten hos de två valda dörrarna:

Avdelning 6: Varken toalett- eller rumsdörren är låsbar av patienten.

Avdelning 3: Toalettdörren låsbar av patienten, rumsdörren ej låsbar av patienten.

Avdelning 7: Både toalett- och rumsdörren är låsbara av patienten.

Samtliga tre avdelningar hade haft det på nuvarande sätt gällande de två dörrarna i flera år. Dessa tre avdelningar riktade sig ur ett vårdperspektiv mot samma målgrupp i form av ålder, problematik och vårdbehov.

Intervjuerna genomfördes i syfte att få svar på två huvudfrågor av kvalitativ karaktär, varpå en kvalitativ metod användes (Kvale, 1997). De två huvudfrågorna var: Vilka skäl man hade hört till varför det såg ut på det sätt som framkommit i kartläggningen, samt hur det påverkade ens vardag. Följdfrågor ställdes sedan utifrån hur samtalet föll sig. Intervjuernas längd skiftade mellan 10 minuter och 30 minuter. På var av dessa tre avdelningar intervjuades chefsjuksköterskan och en skötare, således sammanlagt sex personalintervjuer. Sammanlagt gjordes även tre patientintervjuer, fördelat på två avdelningar. Tanken från början var att göra patientintervjuer på alla tre avdelningarna, men det visade sig inte möjligt inom den tidsram som fanns. Samtliga intervjuer genomfördes i enrum på respektive avdelning. Samtliga respondenter som intervjuades uppgav att de hade flera års erfarenhet av att vara personal respektive patient på den avdelning de befann sig. Respondenterna bestod av både män och kvinnor och hade en spridd representation vad gäller ålder.

Etik och integritet

Alla intervjuer skedde under informerat samtycke och spelades in. Samtliga respondenter fick information om rapportens syfte och metod, samt hur materialet skulle användas och förvaras. De fick möjligheten att avstå från medverkan även efter att intervjun genomförts. Samtliga valde dock att fullfölja sitt deltagande. Insamlat material anonymiserades i samband med transkriberingen. Detta innebär att en del av informationen i intervjuerna

som saknar betydelse för rapportens frågeställning kan ha ändrats, i
avidentifierande syfte. Hur avdelningarna gör kring dörrarna och låsen är i
sig ingen information som är hemlig eller behöver hållas hemlig. Vem som
helst som arbetar, vistas eller besöker avdelningarna kan märka hur det
ligger till. Av hänsyn till anonymiteten för dem som intervjuats har dock
även enheterna och avdelningarna anonymiserats och anges här endast med
nummer 1 till 8.

De patienter som intervjuades fick även information om att deltagande eller
icke-deltagande inte skulle påverka deras vård.

Juridik, teori och forskning

Juridik

Hantering av dörrar och lås kan betraktas med stöd av flera olika lagrum. Den här rapporten belyser Patientsäkerhetslagen (2010:659), föreskrifter från socialstyrelsen samt lagar som berör frivillighet och tvång för patienter inom hälso- och sjukvården.

Patientsäkerhetslagen

Patientsäkerhet regleras juridiskt sett genom Patientsäkerhetslagen (2010:659), som syftar till att ”främja hög patientsäkerhet inom sjukvården” (Patientsäkerhetslagen kap 1 §1). Av den framkommer bland annat att vårdgivaren har en skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (kap 3). Av lagtexten framkommer:

Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet med utredningen ska vara att 1. så långt som möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt 2. ge underlag för beslut om åtgärder som ska ha till ändamål att hindra att liknande händelser inträffar på nytt, eller att begränsa effekterna av sådana händelser om de inte helt går att förhindra (Patientsäkerhetslagen, kap 3 §3).

Ansvar för att anmäla brister och ta fram beslutsunderlag om eventuella åtgärder ligger på vårdgivaren. Enligt Patientsäkerhetslagens 7:e kapitel står Hälso- och sjukvården under tillsyn av Inspektionen för Vård och Omsorg (fortsättningsvis ”IVO”). I IVO:s uppdrag ingår att ”lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälpas,

förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen” (kap 7 §4). Vidare ska IVO säkerställa att vårdgivaren utrett de händelser som anmälts till myndigheten samt att vårdgivaren har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet (kap 7 §8). Sammanfattningsvis är det alltså vårdgivaren som vid anmälan om eventuella brister gör en utredning och föreslår konkreta åtgärder, till exempel i form av restriktioner i vårdmiljön, som IVO sedan godkänner eller inte godkänner. Det är alltså inte IVO som beordrar vårdgivaren till olika former av konkreta åtgärder, till exempel i form av att helt ta bort duschslangar eller toalettås. Att beordra den typen av åtgärder på avdelningsnivå ingår inte i IVO:s roll eller uppdrag.

Säkerhet vid sjukvårdsinrättningar

Säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård finns reglerat av socialstyrelsen i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) *om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning* (SOSFS 2006:9). Säkerhetsföreskrifterna som anges där ska tillämpas på avdelningar där patienter vårdas med LPT (de ska även tillämpas där vård bedrivs enligt LRV och enheter för rättspsykiatriska undersökningar, men då Psykiatri Södra Stockholm inte bedriver dessa vårdformer lämnas dessa därhän). Vårdgivaren ansvarar för att det finns nedskrivna säkerhetsrutiner, både för avdelningen samt för hur den individuellt anpassade vården som ges till patienten ska bidra till att säkerheten hålls. Det finns tre säkerhetsnivåer som alla psykiatriska verksamheter som använder tvång måste klassificeras utifrån: 1. Mycket hög, 2. Hög och 3. Godtagbar (SOSFS 2006:9, 4kap 1§). Avdelningar där det finns patienter som vårdas enligt LPT ligger på den i det här sammanhanget lägsta säkerhetsnivån: Godtagbar (SOSFS 2006:9, 6kap 4§). Haldygnsvårdsavdelningarna på Psykiatri Södra Stockholm har säkerhetsnivå 3, vilket innebär att de ska ha rutiner för en fortlöpande kontroll av var patienterna befinner sig (SOSFS 2006:9, 4kap

2§). Exakt hur dessa rutiner ska utformas eller med vilka tidsintervall kontrollen ska ske, står inte närmre specificerat.

Oavsett säkerhetsnivå ska kraven på god vård, som anges i 2a§ HSL beaktas (SOSFS 2006:9, kap1§1). Utöver att 2a§ HSL definierar medicinska krav, definieras också psykosociala krav. Vården ska särskilt tillgodose patientens behov av trygghet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet (2a§ HSL). Av 2a§ framgår även att vården så långt det är möjligt ska genomföras i samråd med patienten.

Frivillig vård och tvångsvård

Viktigt att poängtera är föreskrifterna i HSL gäller alla patienter inom psykiatrisk vård, LPT utgör kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (1§ LPT).

Föreskrifterna i HSL upphör inte att gälla när patienten vårdas under tvång. Det blir lätt en begreppsmässig förvirring då både personal och patienter ofta kan benämna det som att vården sker under antingen HSL eller LPT. Det ger lätt intrycket att LPT på något sätt ”upphäver” föreskrifterna i HSL, vilket således inte stämmer.

I LPT-lagen definieras vissa restriktioner gällande vad en patient som vårdas under tvång får inneha. Det berör i huvudsak narkotika, dopningspreparat och alkohol, samt olika föremål som används för missbruk eller befattning med narkotika (exempelvis kanyler). Patienten får inte heller inneha ”annan egendom som kan skada honom själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen” (21§ 5p LPT). Lagtexten gör ingen närmre definition av vilka föremål det gäller.

Det finns inget uttryckligt i lagtexten kring att dörren in och ut från avdelningen eller vårdinrättningen måste vara låst då patienter vårdas med

tvång. Vad som står i 18§ LPT är att en patient ”får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han skall vistas”, om andra åtgärder inte är tillräckliga och för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården. Hur patienten ska hindras står inte närmre definierat än att ”det tvång som är nödvändigt” får användas. Det går således att göra genom att vid behov låsa dörren, men det finns samtidigt inget i lagtexten som säger att det måste ske på just det sättet, något som också berörs mer av forskare i nästa avsnitt.

Teori

I den här rapporten används två teoretiska verk: Goffmans *Totala institutioner: fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor* (1983/1961), samt Brown och Calnans *Trusting on the edge. Managing uncertainty and vulnerability in the midst of serious mental health problems* (2012). Avsikten har inte varit att göra en fullständig analys av resultaten utifrån dessa teorier, utan de används mer som tänkvärda ”bollplank” till de resultat som kommit fram.

Goffman

Goffmans teori om totala institutioner (Goffman, 1983/1961) skrevs på 60-talet, då psykiatrisk vård fortfarande bedrevs inom stora mentalsjukhus. Exempel på totala institutioner kan enligt Goffman vara mentalsjukhus, men även militäranläggningar, kloster, fängelser och internatskolor. Goffman har i sina essäer studerat tillvaron på ett mentalsjukhus i England under 50-talet. Det har sedan dess hänt en hel del inom psykiatrin, de stora mentalsjukhusen har lagts ner, antalet platser inom heldygnsvården har minskat och vården sker oftare på jämförelsevis mindre enheter närmare samhället. De lagrum som berör vården av psykiskt sjuka har förändrats i syfte att göra vården mer rättssäker och human. Andra saker har inte förändrats. Inne på en avdelning för psykiatrisk heldygnsvård förväntas patienten kunna få vård just dygnet runt. Samtliga patientens behov och vardagsrutiner blir därmed förlagda inom enheten. Många av dessa rutiner,

till exempel måltider och olika aktiviteter, sker kollektivt tillsammans med andra patienter enligt ett av verksamheten förutbestämt schema (exempelvis i form av bestämda tider för måltider, för gemensam promenad eller då aktivitetsrum är tillgängliga). Det finns viss möjlighet till individuella avvikelser, men dessa kräver ofta ett godkännande från personalen. Goffman beskriver hur en total institution har karaktären av att vara inneslutande, på så sätt att kontakt eller umgänge med omvärlden på olika sätt försvåras eller begränsas. Att kontakten med omvärlden försvåras eller begränsas är något som även är en del av heldygnsvården av idag, dock i avsevärt lägre grad än under 50-talet. Goffman förtydligar att den profil han anger för en total institution har vissa begreppsmässiga problem. Inga av de företeelser han beskriver finns enbart inom totala institutioner, ingen av företeelserna är heller gemensam för alla totala institutioner. Det som är utmärkande blir istället huruvida många av dessa företeelser finns samlade, samt ifall de finns i en högre eller lägre grad. Den totala institutionen blir en idealtyp, som de reella "institutionerna" sedan uppfyller i olika hög nivå.

Brown och Calnan

Brown och Calnan skriver om tillit och sårbarhet hos personal som arbetar med personer som lider av allvarliga psykiska problem. Författarna beskriver hur osäkerhet är ett grundläggande tema inom vården av personer med allvarlig psykisk ohälsa. Denna osäkerhet utgör det faktum att det inte finns några garantier för att patienten inte ska komma till skada, oavsett hur många försiktighets- och säkerhetsåtgärder personalen tar till. Utöver denna "obotbara" osäkerhet är personalen också själva sårbara, utifrån att de kan beläggas med olika former av straff eller påföljder om något går fel. Det kan röra sig både om juridiska straff i form av exempelvis att begå tjänstefel, men också straff i form av missnöje från chefer och kollegor, samt i slutänden även den egna känslan av misslyckande och att inte ha räckt till inom just det som man valt som sitt yrke. Denna sårbarhet är påfrestande både för individen och för organisationen, och behöver hanteras på något

sätt. Brown och Calnan beskriver att just eftersom osäkerheten alltid finns, kan personalen aldrig veta något för säkert.

Osäkerheten kan alltså aldrig hanteras med en total visshet eller säkerhet, utan får istället hanteras genom olika grad av tillit. Ordet ”tillit” i sig visar att det inte rör sig om något definitivt, utan utgör en tro på eller förhoppning om att något ska vara tillräckligt. Brown och Calnan beskriver hur denna tillit kan riktas åt två olika håll, definierat som ”instrumentell tillit” och ”relationell tillit”. I begreppet ”instrumentell tillit” ingår den typen av tillit som är tekniskt-/byråkratiskt/ och riskbetonad. Osäkerheten hanteras genom att personalen sätter tillit till sådant som olika former av förbud, säkerhetsrutiner och tekniska hjälpmedel (exempelvis larm). Begreppet ”relationell tillit” berör istället olika sorters relationella faktorer, exempelvis sådant som allians och skapandet av en förtroendefull och god relation mellan patient och personal. Författarna beskriver hur ett hanteringsätt som i alltför hög grad riktar sig mot en instrumentell tillit resulterar den potentiella risken att patienterna blir bemötta mer som ”riskobjekt” än som subjekt. Ett sådant synsätt innebär konsekvenser för självuppfattningen, både hos personalen och hos patienterna. Författarna beskriver hur detta fenomen kan uppstå trots de professionellas goda intentioner, om sjukvården i sitt utförande får ett ökat fokus på instrumentell tillit. Detta i perspektivet att ett fokus på instrumentell tillit förblindar den relationella tilliten (Brown & Calnan, 2012).

Forskning

Någon forskning som specifikt berör förhållningssätt till just de dörrar som valts ut i den här undersökningen har inte gått att hitta. Däremot finns en del som berör områden som angränsar på olika sätt. Litteratur har valts ut å ena sidan för att den berör olika former av restriktioner i vårdmiljön inom psykiatrisk heldygnsvård, men också utifrån teman som berör personal och patienters erfarenheter av tvång inom psykiatrin.

Ökade begränsningar av vårdmiljön

Det finns både svenska och internationella exempel på hur antalet avdelningar med konstant låsta ytterdörrar ökar, detta trots att det inte finns några juridiska krav på att avdelningens ytterdörr måste vara låst ens om patienter vårdas under tvång (Haglund, 2005; Johansson, 2009; van der Merwe et al, 2009). Utifrån mätningar av svensk psykiatrisk heldygnsvård i början av 2000-talet (rättspsykiatri borträknat) har cirka tre fjärdedelar av avdelningarna ständigt låsta ytterdörrar, trots att ungefär hälften av patienterna vårdas där frivilligt (Johansson, 2009). Även i England visar en undersökning av över 100 psykiatriska heldygnsvårdsavdelningar att majoriteten har konstant låsta ytterdörrar (Bowers et al, 2002).

En fråga är om ökningen handlar enbart om låsta ytterdörrar, eller om det förekommer en ökning även andra typer av begränsande åtgärder, och vilka motiv som anges för detta. I artikeln av Bowers et al. (2002) kartläggs olika åtgärder och rutiner kopplade till säkerhetsfrågor, både i meningen patientsäkerhet och ”personalsäkerhet”. Författarna beskriver en obalans inom forskningen kring just säkerhetsaspekten. Författarna fann en ökande efterfrågan på olika former av restriktioner och begränsningar i miljön, både inom psykiatrin men också inom sjukvården generellt, i syfte att skydda personalen. Detta trots att det enligt författarna saknas empirisk forskning som visar om dessa säkerhetsåtgärder ger önskvärd effekt.

Vad gällde det då för typ av säkerhetsåtgärder, när det kommer till den psykiatriska heldygnsvården? Kartläggningen av Bowers et al (2002) framkom begränsningar inom sex olika kategorier:

1. Förbjudna föremål (pennknivar, rakblad, nagelfilar, pennor, batterier, m.m.)
2. Restriktioner (låsta städskap, låsta badrum, borttagna vattenkranar, m.m.)
3. Dörrsäkerhet (låsta ytterdörrar, låsta avdelningsdörrar, m.m.)

4. Larm (överfallsalarm, larm på patientrummen, nödtelefoner, m.m.)
5. Säkerhetsvakter (tillgång till säkerhetsvakt vid behov, säkerhetsvakt ständigt på plats), samt
6. Genomsökningar (exempelvis väskor, fickor, patientsängen, visitation efter permission, visitation av besökare).

Ett av de tydligaste resultaten i kartläggningen visade sig vara den stora variationen i säkerhetsrutinerna avdelningarna emellan. Generellt fanns det alltså en mycket liten samstämmighet kring vad som ansågs vara lämpliga säkerhetsrutiner. Som exempel kunde nagelfilar vara totalförbjudet på en avdelning, medan de alltid var tillåtna på en annan. På vissa avdelningar var badrumsdörrarna alltid låsta, medan de på andra bara var låsta ibland. På ytterligare några var de aldrig låsta. Författarna konstaterar att det inte fanns en enda rutin inom de sex olika kategorierna där det fanns ett samstämmigt förhållningssätt. Däremot fanns det högre eller längre samstämmighet kring vissa saker, de flesta avdelningarna förbjöd till exempel alltid pennknivar. Men inte alla. Författarna menar att den sammanlagda bristen på samstämmighet kring dessa olika typer av begränsningar indikerar avsaknaden av samband. Många av de olika formerna för begränsningar verkade ha sin grund i någon enstaka incident. Om en patient på en avdelning skadat sig själv med en nagelfil, infördes ett generellt förbud mot nagelfilar på hela avdelningen.

Även svenska studier visar på liknande godtycklighet i hur restriktioner används. Hur avdelningar i Sverige hanterar lås på avdelningens ytterdörr, studeras i en svensk avhandling (Haglund, 2005). I en av avhandlingens studier görs en mätning² under en specifik dag år 2003. 73% av avdelningarna hade vid mättillfället låsta dörrar. På 66% av avdelningarna hölls dörrarna oftast låsta. 25% av patienterna som vårdades vid mättillfället

² Mätningen avsåg landstingsdrivna psykiatriska avdelningar för heldygnsvård, ej privat vård eller avdelningar som tillhörde rättspsykiatri.

vårdades under tvång³. 19% av avdelningarna med konstant låsta dörrar hade vid mättillfället inga patienter inlagda som vårdades under någon tvångsvårdslag, och vid 19% av avdelningarna där ytterdörren inte var låst vårdades åtminstone en patient under en tvångsvårdslag (Haglund, 2005). Det som verkade styra hur avdelningarna gjorde, hade enligt Haglund inte särskilt mycket att göra med om vården skedde frivilligt eller ej. Snarare var det sådant som vanor, rutiner och traditioner för den specifika avdelningen som avgjorde. Det går alltså att se ett mönster där avdelningarna (åtminstone år 2003) gör olika gällande låsta ytterdörrar, samt att det faktum att patienter vårdas frivilligt eller med tvång inte alltid är det som avgör.

Det finns således många olika typer av säkerhetsåtgärder som innebär begränsningar i vårdmiljön, samtidigt som det finns en liten samstämmighet kring hur och när de ska användas. De används dock inte helt slumpartat, vissa studier visar hur de följer olika mönster. Bowers et al (2002) konstaterade att den typ av säkerhetsåtgärder som avdelningarna föredrog kunde samlas i två olika kluster. Det ena klustret (kallat "Typ A") syftade till att öka patienternas säkerhet. Där var säkerhetsåtgärder i form av begränsningar av ytor, förbjudna föremål och låsta dörrar överrepresenterade. Det andra klustret ("Typ B") syftade till att öka personalens säkerhet. Där förekom åtgärder i form av genomsökningar, olika former av larm samt säkerhetsvakter. Vissa avdelningar hade tyngdpunkten inom det ena eller andra klustret, medan andra hade en hög eller låg nivå av båda. Det framkom ett tydligt samband mellan vilken typ av säkerhetsrutiner som användes och förekomst av våld, där Typ A associerades med låg förekomst av våldsyttningar medan Typ B var associerat med en högre nivå. Det fanns också ett samband mellan antalet åtgärder inom båda klustren och avdelningens geografiska läge, där användandet av säkerhetsåtgärder ökade ju närmre avdelningen var belägen

³ Patienter som inkluderades i mätningen vårdades under HSL eller LPT, men även under Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) och Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

centrala London (Bowers et al, 2002). Ett liknande resultat återkommer intressant nog i Haglunds avhandling (2005), där antalet avdelningar med konstant låsta ytterdörrar var högre ju närmre en storstad avdelningen låg.

Om en avdelning där patienter vårdas både frivillig och med tvång, har ytterdörren låst konstant och olika typer av restriktioner i vårdmiljön, kan man undra om detta påverkar patienternas uppfattning om frivillighet och tvång. Flera författare har konstaterat att patienters upplevelse av att ha blivit tvingade inte sammanfaller med om vården rent juridiskt skett med tvång eller under frivilliga former (Wallsten & Kjellin, 2004; Iversen et al, 2002). Det är inte heller någon skillnad i detta vid jämförelse mellan mätningar gjorda före och efter att den nya LPT-lagen infördes år 1991 (Wallsten & Kjellin, 2004). De momenten som patienterna beskrev som tvingande handlade dels om sådant som tvångsmedicinering och bältesläggning, som finns definierat i LPT som just tvångsåtgärder. Men patienterna kunde även uppfatta andra företeelser som tvingade, exempelvis medicinering, deltagande i aktiviteter på avdelningen, deltagande i undersökningar, gruppmöten, måltider och olika former av avdelningsrutiner. I studier som gjorts efter att den nya LPT-lagen infördes framkommer att endast patienter som lagligt sett vårdas under tvång upplever de tvångsåtgärder som formellt definieras i LPT, medan andra former av mer informellt tvång upplevs även av patienter som vårdas frivilligt (Wallsten & Kjellin, 2004). Det går utifrån detta att konstatera att olika former av rutiner och begränsningar i avdelningens vårdmiljö påverkar patienters erfarenheter av självbestämmande och frivillighet till den grad att de inte upplever sig bli vårdade frivilligt, oavsett vilket lagrum patienten vårdas under. Det går också att konstatera att denna form av tvingade företeelser blir svåra att både definiera, registrera och reglera, eftersom de inte styrs lika tydligt av någon lag.

Sammanfattningsvis konstaterar vissa författare att vårdmiljön på psykiatriska heldygnsvårdsavdelningar till stor del är präglad av kontroll

(Johansson, 2009). En konkret del av kontrollen visar sig i ökade krav på olika former av begränsningar av användandet av rum och föremål inom vårdmiljön, som är kopplade till resonemang om säkerhet. De olika begränsningarna visar tendensen att öka, men vilken effekt de har är ännu okänt. Valet av begränsande åtgärd uppvisar brisande samstämmighet avdelningar emellan, och indikerar att godtycklighet ligger bakom besluten (Bowers et al, 2002; Haglund, 2005). Även om det finns tydliga och lagstadgade skillnader i de restriktioner personalen får använda gentemot patienten utifrån om den vårdas frivilligt eller under tvång, syns den skillnaden inte lika tydligt i vårdmiljön. Den lagliga skillnaden syns inte heller i patienternas upplevelse av tvång, som i stort ser likadant ut oavsett om de vårdas frivilligt eller ej (Wallsten & Kjellin , 2004. Iversen et al, 2002). En slutledning blir därför att varken restriktionerna av vårdmiljön eller graden patienterna uppfattar sig bli tvingade verkar vara kopplade till om vården bedrivs frivilligt eller med tvång.

De inblandade

Inom heldygnsvården vistas i huvudsak patienter och personal. Hur påverkas av vårdmiljön i form av kontroll och olika typer av restriktioner och begränsningar i miljön på avdelningen skiljer sig åt, men har också vissa likheter.

Personalen

För personalen visade det sig att vårdmiljön i huvudsak innehöll behov av kontroll och känslan av ansvar. För att vara i kontroll som vårdgivare, använde personalen ett system av regler, både kopplade till lagen och till egna rutiner. Det kunde röra sig om kontroll över patienters möjlighet att lämna avdelningen, samt kontroll genom olika former av säkerhetsrutiner. Kontrollen gjorde också att personalen själva kunna känna sig trygga (Johansson, 2009). Även resultatet av litteraturstudien gällande låsta ytterdörrar inom psykiatrisk heldygnsvård (van der Merwe et al, 2009) visar att det skäl som personal ofta angav till att ha ytterdörrarna låsta var sådant

som berörde känslan av trygghet och säkerhet (Haglund et al, 2006, 2007). Personalen upplevde att de låsta ytterdörrarna hindrade patienterna från att rymma och från att skada antingen sig själva eller andra. Men det handlade även om andra fördelar, bland annat skydd från hot utifrån, ett redskap för personalen i att ha kontroll över avdelningen och att kunna ägna mer tid till patienterna istället för att vakta ytterdörren (Adams, 2000; Ashmore, 2008; Haglund et al, 2006, 2007; Haglund & von Essen, 2005).

Personalen uppgav även nackdelar med låsta ytterdörrar. Några klagade på det extra arbete det innebär att låsa upp dörrarna för patienterna som skulle ut eller in. Vissa upplevde även att de skapade en mer instabil stämning på avdelningen då de orsakade frustration hos både personal och patienter. Personal upplevde också att de låsta ytterdörrarna förstärkte det stigma som omger psykisk ohälsa och att de kunde upplevas som en bestraffning (van der Merwe et al, 2009).

Litteraturstudien av Bowers et al. (2002) belyser även de svårigheter för omvårdnadspersonalen (eng: *nurses*) att balansera den mix av åsikter, värderingar och lagar som rutiner kring säkerhet innebär och samtidigt upprätthålla respekten för individens rättigheter och egna val. Låsta dörrar belyste och förstärkte maktobalansen mellan personal och patienter (Haglund et al, 2006), och upplevdes av personalen som något som förstärkte stigma kring psykisk ohälsa (Ashmore, 2008).

Patienterna

Patienterna bekräftar i stort de problem som personalen beskriver. För patienterna innebär vårdmiljön och de låsta ytterdörrarna att de upplevde sig bli kontrollerade, beroende och osjälvständiga. De försattes i ett än mer förstärkt underläge gentemot personalen. Oavsett om patienterna vårdades med tvång eller frivilligt, var de beroende av personalens bedömningar och tid för att få möjlighet till frihet och rörlighet (Johansson, 2009; van der Meerwe et al, 2009; Ashmore, 2008). Kontrollen i form av att ha

avdelningens ytterdörr låst, gjorde att patienterna kände sig ofria och iakttagna, även om somliga kände att personalens övervakning var något man fick finna sig i (Haglund & von Essen, 2005). För patienter som balanserade mellan frivillig vård och tvångsvård, väckte den låsta ytterdörren känslor av otrygghet. Precis som bland personalen var det vissa patienter som var missnöjda med att så mycket av personalens tid gick åt till att låsa upp dörrarna för dem som skulle in och ut (Johansson, 2009). De fördelar som patienterna tog upp gällde i huvudsak att låsta ytterdörrar kunde inge en känsla av trygghet, i synnerhet för de patienter som inte kände att de hade full kontroll över sig själva. Det upplevdes också som ett skydd mot oönskade gäster, eller att alkohol och droger fördes in på avdelningen (Haglund et al, 2006, 2007).

Även patienternas tillfredsställelse med vårdperioden påverkades av huruvida ytterdörrarna varit konstant låsta eller ej. Patienter som skrevs ut från avdelningar med låsta dörrar visade signifikant mer missnöjda med vårdens innehåll över lag (gällande sådant som medicinering, avdelningens utformning, besökstider och restriktioner kring utgång), än patienter som vistats på en olåst avdelning (Müller et al., 2002). Ytterdörrarna visade sig också kunna påverka patientens psykiska symptom långt efter utskrivning. En kinesisk studie fick två slumpvis fördelade experimentgrupper med patienter antingen ingå i en grupp som fick så mycket frihet som möjligt, eller en kontrollgrupp som inte fick gå ut alls. Vid uppföljning sex månader efter utskrivning, visade gruppen med större frihet flera förbättringar i sin psykiska status jämfört med kontrollgruppen som varit konstant inlåsta (Jin, 1994).

En äldre studie från 60-talet fokuserar på sambandet mellan aggressioner och låsta ytterdörrar. Resultatet visade att antalet våldsincidenter på avdelningen var högre under testperioder då ytterdörrarna var låsta konstant, när man jämförde med testperioder då dörrarna var olåsta (testperioderna genomfördes på samma avdelning under 10 veckor vardera, 249

våldsincidenter med låsta dörrar respektive 193 med olåsta.). Olåsta ytterdörrar sammanföll med en lägre nivå av våldsincidenter, men även med en minskning av tvångsingripanden (t. ex. bältesläggning, tvångsmedicinering) och bruket av ECT och lugnande läkemedel. (Folkard, 1960).

Ur ett större perspektiv

Johansson (2009) gör kopplingar mellan att hålla avdelningens ytterdörr konstant låst i syfte att skydda patienterna och omvärlden, och Goffmans teori om totala institutioner (1983/1961). Enligt Johansson påminner detta om tendenser från de gamla mentalsjukhusen och utgör således något som inte förändrats i tillräcklig mån trots att mentalsjukhusen stängts. Även Bowers et al. (2002) tar hur ökade krav på säkerhet och begränsningar i vårdmiljön hamnar i konflikt med önskan om att en moder psykiatri ska förknippas med frivillighet och öppenhet och inte med sin tidigare historik karaktäriserad av straff, tvång och restriktioner. Då de gamla mentalsjukhusen lades ner fanns det en intention just om att öppna upp den psykiatriska heldygnsvården och motverka den inneslutande karaktär som Goffman beskriver. Johansson menar att denna tidiga intention verkar överges i allt större utsträckning, och att det åtminstone i Sverige verkar ske utan vidare etiska ifrågasättanden från yrkeskårens håll. Johansson slutledning är att det visar på en samhällsinställning som handlar om att det är acceptabelt att begränsa en persons rörelsefrihet som inte grundas på faktiskt vårdbehov, utan på värderingen att psykiskt sjuka generellt behöver vara inlåsta. Konsekvenser blir att personer i behov av psykiatrisk heldygnsvård i flesta fall måste acceptera att bli inlåsta i utbyte mot att få tillgång till vård.

Aktuella händelser

Sökningar på ämnet via JO:s hemsida gav inget resultat som gick att koppla direkt till toalett- och rumsdörrar. Däremot fanns det anmälningar gällande patienter som hållits kvar på psykiatriska vårdinrättningar utan att det

funnits beslut om LPT, som resulterat i kritik från JO. Det visade sig dock vid en google-sökning att toalett- och rumsdörrar inom psykiatri varit aktuella på andra sätt, bland annat i media, hos socialstyrelsen och arbetsmiljöverket.

Toalettdörr och patientrumsdörr

I augusti 2013 får en psykiatrisk klinik i Region Skåne skarp kritik genom en skrivelse till Arbetsmiljöverket från fyra olika fackförbund (se bilaga). Av skrivelsen framkommer att de nya lokalerna i psykiatrins hus i Lund kommer vara byggda så att patienterna inom heldygnsvården ska kunna låsa sina rum och toaletter. Skyddsombuden uppger att förändringen skulle innebära avsevärda försämringar i såväl arbetsmiljön som patientsäkerheten. De anser att låsen kommer kunna manipuleras och därmed utgöra ett hot mot patientsäkerheten. Skyddsombuden hänvisar till ett fall i Uppsala där ett suicid skulle vara kopplat till samma typ av lås. Skyddsombuden beskriver medarbetarnas oro:

Medarbetarna känner att de kommer att gå till sitt arbete med oro och en klump i magen dels på grund av att man upplever ökad risk för hot och våld i samband med patienternas behov av tillsyn då de har låst om sig, dels oro för att inte kunna upprätthålla patientsäkerheten vid slutenvården när suicidrisk föreligger och de befintliga låsen används. Nattetid befaras att man får en försämrad arbetsmiljö med upprepade öppningar och stängningar med nycklar (se bilaga).

Arbetsmiljöverket avslog skyddsombudens begäran om åtgärd. Verket hade inte kunnat spåra något suicid i Uppsala kopplat till låsen. Enligt arbetsgivaren ökar inte risken för hot och våld när patienter får möjlighet att låsa om sig på sitt rum. Vad gäller patientsäkerheten och risken för suicid hänvisar arbetsgivaren till att det görs suicidriskbedömningar av patienter vid inläggning, samt återkommande under vårdperioden. Patienter med hög

suicidrisk ska ordineras kontinuerlig tillsyn. Arbetsgivaren menar att om patienter störs av att låset öppnas nattetid, kan de välja att inte låsa om sig. Arbetsgivaren undersökte om låsen gick att manipulera, till exempel genom att stoppa in något i låset, vilket visade sig vara möjligt. Låset gick dock att skruva av även om det manipulerats, varpå dörren kunde öppnas. Sammanfattningsvis anser arbetsgivaren att arbetsmiljön i de nya lokalerna kommer vara god och att tillämpbara arbetsmiljöregler har följts, vilket gör att arbetsgivaren inte har för avsikt att avlägsna låsen. Skyddsombuden uttryckte kritisk till arbetsgivarens svar och såg en fortsatt problematik och stor risk för arbetsmiljöproblem för medarbetarna.

Ytterdörr

Av en artikel publicerad i tidningen GöteborgsFria 2012-01-12, framkommer att socialstyrelsen kritiserat det landstingsdrivna Sahlgrenska Universitetssjukhuset (fortsättningsvis "SU"). Kritiken berör att SU håller dörrarna ut från psykiatriska avdelningar låsta dygnet om, trots att det finns patienter på avdelningarna som vårdas frivilligt. GöteborgsFria inhämtar uppgifter från sammanlagt nio olika psykiatriska heldygnsvårdsavdelningar på SU, det visar sig att samtliga håller dörrarna låsta dygnet runt. Socialstyrelsens psykiatriexpert Mårten Gerle är kritisk och uppger enligt GöteborgsFria att det inte finns något lagstöd för att låsa dörrarna om frivilligt inlagda psykiatripatienter. Gerle menar att det är en inrotad vana inom psykiatrin att låsa dörrarna trots att heldygnsvård inte innebär att dörrarna måste vara låsta.

Efterord

I samband med valet att skriva den här rapporten, uppmärksammades ledningen för Psykiatri Södra Stockholm om de olika förhållanden som rådde kring just toalett- och rumsdörrar ute på avdelningarna. Ledningen ville att patienterna inom Psykiatri Södra Stockholms heldygnsvård skulle ha möjlighet att låsa om sig på toaletten. En renovering av toaletterna på avdelning 5 och 6 genomfördes under våren 2014, vilket bland annat resulterade i att patienterna på dessa avdelningar kan låsa om sig på toaletterna. BISAM blev även ombedda att höra med patienterna som vårdades på avdelning 7, där de kunde låsa sin rumsdörr men inte sin toalettdörr, hur de uppfattade situationen. Samtliga rum på avdelning 7 är enbäddsrum, med varsitt badrum där ingång sker via patientrummet. Ingen av de patienter som tillfrågades önskade ha möjlighet att kunna låsa sin toalettdörr. De ansåg att det var tillräckligt att kunna låsa sin rumsdörr, när toaletten ändå låg innanför den dörren och inte delades av andra patienter. Ledningen tog därför beslutet att inte genomföra någon förändring där.

I januari 2014 gjordes ett studiebesök på avdelning 1, S:t Görans Sjukhus. Avdelning 1 är kopplad till den psykiatriska länsakuten i Stockholm. Patienter som uppsöker länsakuten och bedöms vara i behov av akut inläggning och tillsvidare saknar vårdplats på annan avdelning, vårdas på avdelning 1. Vårdtiderna är ofta mycket korta då patienten antingen skrivs ut när läget stabiliserats, eller flyttas till vård på en avdelning närmare det egna hemmet. På samtliga patienttoaletter på avdelning 1 kunde patienterna låsa om sig, med ett ”vanligt” vridlås. Chefssjuksköterskan uppgav att det inte varit några problem kopplade till detta så vitt hon kände till.

Åsa Pehrsson, 2014-03-14

Referenser

Adams, B. (2000). Locked doors or sentinel nurses? *Psychiatric Bulletin* 24, 327–328.

Ashmore, R. (2008). Nurses' accounts of locked ward doors: ghost of the asylum or acute care in the 21st century? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15, 175–185.

Bowers, L., Crowhurst, N., Callaghan, P., Eales, S., Guy, S., McCann, E. & Ryan, C. (2002). Safety and security policies on psychiatric acute admission wards: results from a London-wide Survey. *Journal och Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, s.427-433

Brown, P. & Calnan, M. (2012). *Trusting on the edge: managing uncertainty and vulnerability in the midst of serious mental health problems*. Bristol: Policy Press.

Folkard, S. (1960). Aggressive behaviour in relation to open wards in a mental hospital. *Mental Hygiene* 44, 155–161.

Goffman, E. (1983/1961). *Totala institutioner: fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. (1. uppl., 2. tr.) Stockholm: Rabén & Sjögren.

Haglund, K. (2005). *Patient and staff perceptions of medication administration and locked entrance doors at psychiatric wards*. Akademisk avhandling, Uppsala Universitet.

Haglund, K. & Von Essen, L. (2005). Locked entrance doors at psychiatric wards – advantages and disadvantages according to voluntarily admitted patients. *Nordic Journal of Psychiatry* 59, 511–515.

Haglund, K., Von-Knorrning, L. & von-Essen, L. (2006). Psychiatric wards with locked doors – advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *Journal of Clinical Nursing* 15, 387–394.

Haglund, K., Van Der Meiden E., Von Knorrning L., *et al.* (2007). Psychiatric care behind locked doors. A study regarding the frequency of and the reasons for locked psychiatric wards in Sweden. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 49–54.

Iversen, K.I., Højer, G., Sexton H., & Grønli, O. K. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic J Psychiatry* 56. 433-439.

Jin, Z. (1994). Effect of an open-door policy combined with a structural activity programme on the residual symptoms of schizophrenic in-patients. *British Journal of Psychiatry* 165, 52–57.

Johansson, I. (2009). *The health care Environment on a Locked Psychiatric ward and its meaning to patients and Staff members*. Akademisk avhandling, Göteborgs Universitet.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

van der Meerwe, M., Bowers, L., Jones, J., Simpson, A., & Haglund, K. (2009). Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16. 293-299.

Müller, M. J., Schlösser, R., Kapp-Steen, G., Schanz, B. & Benkert, O. (2002). Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward. *Psychiatric Quarterly* 73, 93–107.

Socialstyrelsen. (2006). *Om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning*. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9.)

Wallsten, T., & Kjellin, L. (2004). Involuntarily and voluntarily admitted patients' experiences of psychiatric admission and treatment – a comparison before and after changed legislation in Sweden. *European Psychiatry* 19. 264-468.

2014

FoU-enheten
Psykiatri Södra Stockholm
Stockholms Läns Sjukvårdsområde
Box 5040
121 05 Johanneshov



ARBETSMILJÖ VERKET

Begäran

ARBETSMILJÖVERKET Distriktet i Malmö	
Ink	2013-08-26
Diarienummer	ISM 2013/29189

LHE

Begäran ska skickas till det distrikt där arbetsstället finns.
Se nästa sida för adresser till distrikten.

Begäran enligt 6 kap 6a AML om föreläggande eller förbud

Begäran från

Skyddsombudets namn	Ingela Gjomakaj / Catharina Åkesson / Katrin Dahlin / Eva Olsson	Telefonnummer	046-172377 / 174989
Arbetsställets adress	Psykiatri skåne, Verksamhetsområde Lund, Nya psykiatrihuset Baravägen, Lund		
Facklig tillhörighet	Vårdförbundet / Kommunal / psykologernas riksförbund / akademikerförbundet SSR		
Typ av skyddsombud	<input type="checkbox"/> Lokalt <input checked="" type="checkbox"/> Huvudskyddsombud <input type="checkbox"/> Regionalt		

Arbetsgivare

Arbetsgivarens namn	Region Skåne, Psykiatri Skåne, VO Lund, Bodil Gervind	Org. Nummer	232100-0255
Arbetsgivarens adress	MC Huset plan 2, St Larsområdet, Lund	Telefonnummer	046-174012
Arbetsställets namn	Psykiatri Skåne, Verksamhetsområde Lund,		

Begärda åtgärder

Bifogar arbetsgivarens svar.

Vi är ej nöjda med arbetsgivarens svar på vår begäran, fortsatt problematik och stor risk för arbetsmiljöproblem för medarbetarna, samt ingen risk och konsekvensanalys/handslingsplan är genomförd.

Datum	2013-08-26	Underskrift	Ingela Gjomakaj / Catharina Åkesson / Katrin Dahlin
-------	------------	-------------	---

Bifogas

- Begäran enligt 6 kap 6a § AML till arbetsgivare
- Arbetsgivarens svar

K201



2013-07-15

1/2

Verksamhetschef Bodil Gervind
Verksamhetsområde Lund
Psykiatri Skåne, Förvaltning Sund

Begäran om åtgärder enligt Arbetsmiljölagen kap 6, § 6a

Följande risk på arbetsmiljöområdet på Baravägen har iakttagits: Till alla patientrum samt toalettdörrar i slutenvården finns låsbara dörrar som det krävs nyckel för att låsa upp.

Verksamhetschef VO Lund, division psykiatri, Region Skåne, har beslutat att patienterna inom slutenvården skall kunna låsa sina patientrum samt toalettdörrarna inne på patientrummen. Låsen som kommer att användas har nyckellås och kan lätt manipuleras av patienterna.

I mars 2013 när Uppsala nya psykiatrihus invigdes fanns samma låsteknik på patientrumsdörrarna och man befarade att patientsäkerheten var hotad. Inom 3 veckor efter invigningen hade man ett suicid som en direkt följd av låsen. Alla lås blev utbytta.

Det finns nu en stor oro hos medarbetarna inför öppnandet av Psykiatrihuset på Baravägen. Medarbetarna känner att de kommer att gå till sitt arbete med oro och en klump i magen dels på grund av att man upplever ökad risk för hot och våld i samband med patienternas behov av tillsyn då de har låst om sig, dels oro för att inte kunna upprätthålla patientsäkerheten vid slutenvården när suicidrisk föreligger och de befintliga låsen används. Nattetid befaras att man får en försämrad arbetsmiljö med upprepade öppningar och stängningar med nycklar.


De fackliga organisationerna har upprepade gånger på den fackliga referensgruppens byggmöten samt i samverkan påtalat riskerna i att ha patientdörrar och toaletter med nyckellås både utifrån patientsäkerhetsperspektiv och arbetsmiljöperspektiv. Arbetsgivaren har hela tiden nekat till samarbete och detta avviker för vad som krävs i AFS 2001:1, arbetsplatserna är så utformade att de avviker från vad som krävs i AFS 1993:2 3§, 6§.

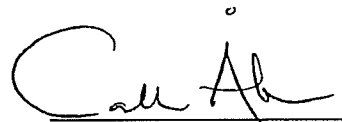


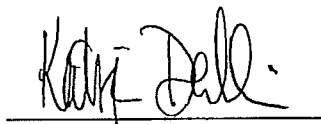
2013-07-15


2/2

Vårdförbundet, Kommunal, Psykologförbundet och Akademikerförbundet SSR begär att arbetsgivaren avlägsnar de befintliga låsen på patientrummen och patienttoaletterna före invigning av nya Psykiatrihuset på Baravägen i Lund, skriftligt svar före onsdag 22 augusti 2013.

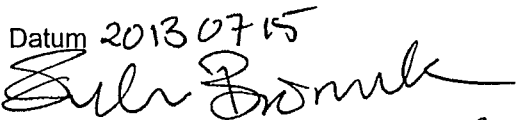

Ingela Gjomakaj
Huvudskyddsombud
Vårdförbundet


Catharina Åkesson
Huvudskyddsombud
Kommunal


Katrin Dahlin
Huvudskyddsombud
Psykologförbundet


Eva Olsson
Huvudskyddsombud
Akademikerförbundet SSR

Som ansvarig från arbetsgivaren i denna fråga har jag mottagit framställan och kommer att ge ett skriftligt svar.

Datum 2013 07 15

Eva-Lena Brönmark EF VC
Bodil Gervind
Verksamhetschef

För kännedom:
Arbetsmiljöverket
Tf Divisionschef
Förvaltningschef
Socialstyrelsen

Till

Kommunal, huvudskyddsombud Catharina Åkesson
Vårdförbundet, huvudskyddsombud Ingela Gjomakaj
Psykologförbundet, huvudskyddsombud Katrin Dahlin
Akademikerförbundet SSR, huvudskyddsombud Eva Olsson

Begäran om åtgärder enligt Arbetsmiljölagen kap 6 § 6a har inkommit 130715, med begäran om åtgärder före 130822.

Huvudskyddsombud har identifierat potentiella risker för arbetsmiljön i de nya lokaler på Baravägen som Verksamhetsområde vuxenpsykiatri Lund tar i bruk september 2013. Det handlar om att patienter som vårdas i heldygnsvård kommer att kunna låsa om sig på toaletten, och också låsa om sig på sitt rum. Dessa dörrar går att låsa utifrån med den typ av nyckel som alla medarbetare har, en nyckel som är generell för flertalet lås på avdelningen.

Patienter som vårdas i heldygnsvård inom Verksamhetsområde vuxenpsykiatri Lund kan redan nu låsa dörren om sig när de går på toaletten. Det kommer de att kunna göra även när vi flyttar till nya lokaler. Det som är nytt i de nya lokalerna är dels att patienterna har enkelrum med egen dusch och toalett, dels att patienten kommer att kunna låsa om sig till vådrummet.

Låsen, Assa Over-ride, som har valts till de nya lokalerna är utformade för att i vårdmiljö tillgodose såväl säkerhet som patienters rätt till integritet. Även i Uppsala har man i de nya psykiatrilokalerna haft en målsättning att patienter vårdade i heldygnsvård ska kunna låsa om sig i sitt rum. Enligt de uppgifter vi har fått från verksamhetsledningen i Uppsala respektive från Assa har man där valt i vissa rum samma typ av lås som i Lund, andra lås är passerkortsstyrda. Man har i Uppsala inte bytt lås efter inflyttningen, men vissa av låsen programmerades om vad gäller passerkortsfunktionen. Patienttoaletterna i Uppsala kan låsas av patient, men vid behov låsas upp av personal utifrån. Enligt divisionschefen inom psykiatrin i Uppsala har inget suicid varit relaterat till låsen.

I begäran refereras till oro hos medarbetare inför flytten till nya lokaler; oron är relaterad till ökad risk för hot och våld i samband med att patienters behov av tillsyn då de låst om sig på sitt rum. Oron är också relaterad till patientsäkerhet/suicidrisk. Enligt arbetsgivaren ökar inte risken för hot och våld när patienter får möjlighet att låsa om sig på sitt rum. Vad gäller patientsäkerheten och risken för suicid så görs suicidriskbedömningar av patienter såväl vid inläggning som återkommande under vårdperioden. Patienter som har en stor suicidrisk ska ordinerats kontinuerlig tillsyn och då finns personal hos patienten på rummet.

Psykiatri skåne

Nattetid kan patienter komma att störas av att låset i patientrummet öppnas vid den återkommande tillsyn som görs av varje patient. Om patienten blir störd av låsöppningen kan patienten välja att inte låsa om sig.

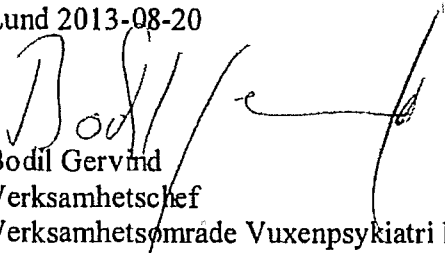
Om arbetsmiljön nattetid försämras av frekventa öppningar och låsningar av lås kommer arbetsgivaren skyndsamt att utreda detta och agera utifrån resultaten av en sådan utredning.

I begäran skrivs att arbetsgivaren har nekat till samarbete gällande planeringen av låssystem i de nya lokalerna. Frågan om låsen har varit uppe på såväl referensgruppsmöte gällande byggprocessen som på samverkansgruppsmöten. 12-03-14 påtalade huvudskyddsombudet för Kommunal risken med att en patient kan stoppa något i låset och därigenom förhindra öppning med nyckel. Arbetsgivaren undersökte därefter om det gick att manipulera låset på detta sätt, vilket visade sig vara möjligt. Arbetsgivaren undersökte därefter om låset går att skruva av om det har manipulerats, vilket kan göras. Därefter kan dörren öppnas. På Referensgruppsmötet i juni -13 tog arbetsgivaren upp att vi hade haft kontakter med divisionschefen inom Uppsälapsykiatri gällande bl.a. låsen.

Sammanfattningsvis anser arbetsgivaren att arbetsmiljön i de nya lokalerna kommer att vara god, och arbetsplatsen är utformad med tillämpning av reglerna i AFS 1993:2 3§, 6§. Arbetsgivaren anser att reglerna gällande systematiskt arbetsmiljöarbete i AFS 2001:1 har följts.

Arbetsgivaren har inte för avsikt att avlägsna de befintliga låsen i de nya lokalerna, utan vi följer i stället noga upp eventuella svårigheter som kan komma att uppstå. Enhetscheferna i slutenvården får i uppdrag att uppmärksamma denna fråga, och redovisning görs i samverkansgrupp och skyddskommitté. Arbetsgivaren föreslår att huvudskyddsombuden medverkar vid ett uppföljande möte kring låsen 2013-10-25.

Lund 2013-08-20



Bodil Gervind
Verksamhetschef
Verksamhetsområde Vuxenpsykiatri Lund
MC-huset, 2/vån, korridor A
S:t Larsområdet
221 85 Lund