

Justitieombudsmannen
Lilian Wiklund**Inspektion av psykiatriska kliniken vid Gävle sjukhus, Region
Gävleborg, den 13–15 oktober 2015**

Närvarande från Riksdagens ombudsmän: justitieombudsmannen Lilian Wiklund (em. den 13 och 14 oktober samt del av fm. och em. den 15 oktober), byråchefen Åsa Widmark, chefssekreteraren Gunilla Chressman, kammarrättsassessorn Eva Norling, hovrättsassessorerna Charlotte Svanström, Veronica Widell Edlund och Caroline Hellström, protokollförare, samt notarien Emma Johansson (em. den 13 och 14 oktober samt del av fm. och em. den 15 oktober).

Tisdagen den 13 oktober 2015

Inför inspektionen hade JO begärt fram de lokala rutinerna, delegationsbeslut, förteckning över inskrivna patienter samt patientjournaler från den senaste tvåårsperioden avseende samtliga inskrivna patienter som var intagna med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV (beträffande patienterna inom den öppna rättspsykiatriska vården begärdes endast patientjournalerna för patienter födda jämna dagar). JO hade begärt att få ta del av beslutsjournal, läkarjournal och pappersjournal.

JO:s medarbetare togs emot av avdelningschefen Anna Sundquist. Den medicinska sekreteraren Sandra Lindberg förevisade klinikens datoriserade journalföringssystem, Melior.

JO:s medarbetare påbörjade därefter granskningen av patientjournaler m.m.

Ett inledande möte hölls där verksamhetschefen Elin-Love Rosengren, chefsöverläkaren Anders Forsell och Anna Sundquist deltog. Lilian Wiklund redogjorde kortfattat för JO:s verksamhet och förklarade att inspektionen ingick som ett led i JO:s ordinarie tillsynsverksamhet.

Därefter beskrev klinikens företrädare översiktligt verksamhetens organisation.

Visst material rörande verksamheten överlämnades till JO:s medarbetare.

Onsdagen den 14 oktober 2015

Granskningen av patientjournaler m.m. fortsatte.

JO höll, med biträde av Charlotte Svanström, enskilda samtal med två patienter som hade begärt att få tala med JO.

JO och några av hennes medarbetare besökte avdelningarna 25, 26 och 27.

Torsdagen den 15 oktober 2015

Granskningen av patientjournaler m.m. slutfördes. Totalt granskades ca 35 akter.

Inspektionen avslutades med ett möte. Vid mötet deltog Elin-Love Rosengren, Anders Forsell och Anna Sundquist.

De iakttagelser som gjorts under inspektionen har i huvudsak diskuterats vid det avslutande mötet. En del förhållanden har då fått en förklaring och beträffande några punkter har bekräftats att det finns vissa brister.

Jag har funnit skäl att i protokollet uttala följande med anledning av vad som har kommit fram:

Uttalanden av JO med anledning av inspektionen**Journalföring**

Bestämmelserna om journalföring inom hälso- och sjukvården finns i patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Journalen ska vidare innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes (3 kap. 6 § patientdatalagen). Uppgifterna ska föras in i journalen så snart som möjligt (3 kap. 9 § patientdatalagen).

För patienter som vårdas med stöd av LPT och LRV är det bl.a. från rättssäkerhetssynpunkt viktigt att de olika tvångsåtgärder som vidtas mot dem noga antecknas. För tvångsvården gäller därför särskilda regler utöver de bestämmelser som finns i patientdatalagen. Enligt 2 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ansvarar chefsöverläkaren för att det förs en särskild förteckning över de patienter som avses i LPT och LRV. Chefsöverläkaren ska också se till att journalen för en sådan patient, utöver vad som följer av patientdatalagen och föreskrifter meddelade med stöd av lagen, innehåller uppgifter om bl.a. beslut och olika tvångsåtgärder som rör patienten. Journalen ska även innehålla uppgift om när patienten har fått upplysningar om sin rätt att få hjälp av en stödperson, sin rätt att överklaga vissa beslut, m.m.

Enligt 1 kap. 3 § patientdatalagen utgörs en patientjournal av en eller flera journalhandlingar som rör samma patient. Med journalhandling avses, enligt den bestämmelsen, framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas, eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder.

Vid kliniken för läkare och omvårdnadspersonal de löpande journalanteckningarna i datorjournalssystemet Melior. Kliniken har en separat beslutsjournal. Där dokumenteras beslut som gäller beviljade permissioner, tvångsåtgärder, domar m.m. i kronologisk ordning. Det finns även ett separat patientadministrativt system, Elvis.

JO:s synpunkter

Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård innefattar i stor utsträckning myndighetsutövning mot den enskilde och ställer därmed särskilt stora krav på dokumentation.

Vid granskningen konstaterades att journalanteckningarna överlag var fylliga och välformulerade. Det kom dock också fram vissa brister i dokumentationen. Jag vill i denna del uppehålla mig vid följande:

Melior har en sökordsfunktion som innebär att den som skriver in en anteckning i journalen kan, för att på ett tydligt sätt markera vad anteckningen rör, välja mellan specifika sökord som tillsammans med datumangivelser framträder i en vänsterkolumn. Vid granskningen uppmärksammades att de sökord som finns inte används på ett konsekvent sätt. Till exempel kunde uppgift om att en patient hade fått upplysningar om stödperson återfinnas under både ”§30 Inform stödperson” och ”beslut/åtgärd”. Klinikens användning av sökordsfunktionen innebär att journalerna inte ger den överblick som det finns förutsättningar för.

Kliniken använder en separat beslutsjournal för vissa beslut. Det finns inte något krav på att beslut som fattas i ärenden enligt LPT och LRV ska tas in i en särskild beslutsjournal. Det kan emellertid underlätta överblicken av ärenden att så sker. Värdet av beslutsjournalen begränsas dock av det förhållandet att den endast omfattar vissa typer av beslut. Vid kliniken förs t.ex. inte in beslut om återkallelse av permission. Vid granskningen noterades att beslut i vissa fall hade förts in i läkarjournalen eller i omvårdnadsjournalen, men inte i beslutsjournalen. I några fall behövde man läsa parallellt i patienters beslutsjournal, läkarjournal och omvårdnadsjournal för att kunna följa ett händelseförlopp. Det kunde även konstateras att de olika avdelningarna använde beslutsjournalen på olika sätt, bl.a. varierade det vad som dokumenterades där. För det fall en klinik använder sig av en beslutsjournal är det viktigt att den används konsekvent. Anteckningarna i beslutsjournalen hade med några få undantag inte signerats. Jag återkommer till frågan om signering nedan.

Signering och låsning av journalanteckningar

En journalanteckning ska, om det inte finns något synnerligt hinder, signeras av den som ansvarar för uppgiften (3 kap. 10 § patientdatalagen). Vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för signering av journalanteckningar (4 kap. 3 § Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården). Rutinerna för hantering av patientuppgifter ska säkerställa att uppgifter i patientjournalen inte kan ändras eller utplånas annat än med stöd av bestämmelserna i patientdatalagen (4 kap. 5 § första stycket i föreskrifterna). Rutiner ska även säkerställa att uppgifterna låses en viss tid efter det att de har förts in i patientjournalen, dock senast efter fjorton dagar (4 kap. 5 § andra stycket i föreskrifterna).

Vid inspektionen uppgav kliniken bl.a. följande: I journalföringssystemet Melior går det endast att se om en journalanteckning är signerad. Tidpunkten för signeringen framgår emellertid inte. Signeringen kontrolleras kvartalsvis. I Melior finns inte någon funktion för automatisk låsning av journalanteckningar.

JO:s synpunkter

Vid granskningen kunde konstateras att signeringen av journalanteckningarna, med vissa undantag, fungerar tillfredsställande. Anteckningarna i den beslutsjournal som kliniken använder har dock, med några få undantag, inte signerats. Att signeringen brister i detta hänseende är givetvis inte bra.

Det är också en brist att journalföringssystemet inte uppfyller kraven på automatisk låsning av uppgifter. Enligt vad som kom fram vid inspektionen pågår det inte heller något arbete för att komma till rätta med detta. Detta är givetvis inte en fråga bara för psykiatriska avdelningen vid Gävle sjukhus, utan för regionen. Jag förutsätter att regionen vidtar åtgärder så att journalföringssystemet uppfyller kraven på automatisk låsning av uppgifter.

Information till patienterna

Chefsöverläkaren ska se till att en patient som vårdas enligt LPT, så snart patientens tillstånd tillåter, genom individuellt anpassad information får upplysningar om sin rätt att få en stödperson (30 § första stycket LPT). Stödperson ska utses av en patientnämnd (30 § fjärde stycket LPT).

En patient som vårdas med stöd av LPT ska, så snart patientens tillstånd medger det, genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt att överklaga vissa beslut, att anlita ombud eller biträde och att få offentligt biträde (48 § första stycket LPT).

Motsvarande regler återfinns i 26 och 30 §§ LRV. Därutöver ska en patient som vårdas enligt LRV även informeras om sin rätt att ansöka om att den rättspsykiatriska vården ska upphöra och om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område (30 §).

Journalen ska innehålla uppgift om när patienten har fått upplysningar enligt de redovisade bestämmelserna (2 § 20 förordningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård).

Vid granskningen konstaterades att det i de flesta fall hade dokumenterats att information lämnats till patienterna. Dokumentationen fanns ibland i läkarjournalen och ibland i beslutsjournalen. I de flesta fall framgick det både av beslutsjournalen och läkarjournalen att informationen hade lämnats.

I något fall noterades det att det i läkarjournalen angavs att patienten inte var i sådant skick att han eller hon kunde tillgodogöra sig informationen och att den därför behövde upprepas. Det framgick dock inte att det hade skett.

När det gällde ett par patienter framgick det varken av den läkarförda journalen eller beslutsjournalen att information hade lämnats.

JO:s synpunkter

Som redovisas ovan finns det en skyldighet att dokumentera att upplysning om rätten till en stödperson och rätten att överklaga vissa beslut m.m. har lämnats till patienten. Jag vill allmänt erinra om vikten av att informationen lämnas och att dokumentationsskyldigheten fullgörs. Eftersom kliniken använder en beslutsjournal kunde det vara en lämplig ordning att det framgår av den att informationen har lämnats till patienten.

Vårdplan

En vårdplan ska upprättas snarast efter det att patienten tagits in för vård (16 § LPT och 6 § andra stycket LRV).

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18) behandlas vårdplanen i 3 kap. 3-6 §§. Vårdplaneringen ska inledas i anslutning till beslutet om intagning för tvångsvård. Den vårdplan som då upprättas ska ligga till grund för behandlingen i det akuta skedet efter intagningen och ange huvuddragen i planeringen av den fortsatta vården. Den ska omprövas så snart det finns underlag för att fastställa vårdplanen för den fortsatta vården (3 §). Chefsöverläkaren ska ansvara för att en vårdplan upprättas (6 §).

Journalen ska innehålla vårdplanen (2 § 6 förordningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård).

Vid granskningen konstaterades det att en vårdplan regelmässigt upprättas i anslutning till intagning för vård och att vårdplanen var väl dokumenterad i journalen. Vårdplanerna revideras regelbundet. Någon ny vårdplan upprättas dock inte vid revideringen, utan ändringar förs in i den ursprungliga vårdplanen.

Vid det avslutande mötet uppgav Elin-Love Rosengren följande: Vårdplanerna ligger som en ”fri aktivitet” i Melior, vilket gör det möjligt att göra justeringar löpande under patientens vårdtid. Från klinikens sida har man inte varit medveten om att det inte är lämpligt att göra så. Införda ändringar kan spåras

om dokumentet öppnas i den ”fria aktiviteten”. Ändringarna syns dock inte vid utskrift.

JO:s synpunkter

Det är bra att en vårdplan regelmässigt upprättas i anslutning till intagning för vård, att den dokumenteras i journalen och att den revideras regelbundet. När det inte upprättas någon ny vårdplan vid revidering blir det emellertid svårt att följa hur vårdplaneringen har sett ut. Att ändringar kan göras i den ursprungliga vårdplanen beror på att det i journalföringssystemet inte finns någon funktion för låsning av journalanteckningar. Detta är en brist i sig (se s. 4). Givetvis bör en ny vårdplan upprättas vid revidering.

Tidsfrister

Vid granskningen av patientjournalerna kunde konstateras att bevakningen av de tidsfrister som anges i LPT och LRV fungerar bra.

Biträde av polismyndighet

Regler om polismyndighets skyldighet att lämna biträde finns i 47 § LPT och 27 § LRV. Polismyndigheten ska på begäran av chefsöverläkaren lämna biträde bl.a. för att återföra en patient som har lämnat vårdinrättningen utan tillstånd och för att återföra en patient till vårdinrättningen om denne inte har återvänt dit sedan tiden för ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningen har löpt ut.

Vid granskningen uppmärksammades att det i ett fall där en patient hade kommit tillbaka från permission med polishandräckning inte fanns dokumenterat något beslut av ansvarig läkare. Den blankett med begäran om handräckning som hade skickats till polisen kunde inte återfinnas. När det gällde den patienten gjordes även följande iakttagelse, som gällde ett annat tillfälle: Av läkarjournalen framgick att en begäran om handräckning hade skickats under förmiddagen. Patienten påträffades senare samma dag av polis på ett annat sjukhus men återfördes inte till kliniken. Det framgick varken av läkarjournalen eller av beslutsjournalen att begäran om handräckning hade återkallats. Den blankett med begäran om handräckning som hade skickats till polisen hade inte tillförts patientens journal, utan förvarades i en särskild pärm hos en läkarsekreterare.

Vid det avslutande mötet lämnade kliniken följande upplysningar: Den blankett om biträde av polis som används av kliniken ska scannas in i Melior och därmed tillföras patientens journal. Vid återkallelse av en begäran om biträde tas alltid en muntlig kontakt med polisen och därefter faxas en skriftlig återkallelse. Det förekommer att uppgifterna inte dokumenteras.

JO:s synpunkter

Att bli återförd till vårdinrättningen av polis är en mycket ingripande åtgärd för den enskilde. Det är i sådana situationer endast chefsöverläkaren eller, efter delegation, annan behörig läkare som kan göra en framställning till polisen om handräckning. Jag anser därför att ansvarig läkare ska dokumentera det fattade

beslutet i journalen och att blanketten som fylls i och skickas till polisen ska tillföras journalen. Även en återkallelse av en begäran om handräckning ska dokumenteras. Jag utgår från att kliniken ser till att det sker i fortsättningen. Eftersom kliniken använder en beslutsjournal kunde det vara en lämplig ordning att det framgår av den att beslut om handräckning och i förekommande fall återkallelse av en sådan begäran har gjorts.

Inskränkning av elektroniska kommunikationstjänster

I 20 a och 22 b §§ LPT, som bestämmelsen i 8 § LRV hänvisar till, regleras hur inskränkningar av elektroniska kommunikationstjänster ska hanteras.

Chefsöverläkaren får besluta att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster, om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon lider skada. Den tekniska utrustning som möjliggör användningen får omhändertas under den tid beslutet gäller. Omhändertagen utrustning ska återlämnas till patienten senast när beslutet om inskränkning upphör att gälla (20 a § LPT).

Ett beslut enligt 20 a § LPT gäller i högst två månader. När det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska chefsöverläkaren genast besluta att inskränkningen ska upphöra. Frågan om upphörande ska övervägas fortlöpande. Tiden för inskränkningen får förlängas genom nytt beslut med högst två månader vid varje tillfälle. Inspektionen för vård och omsorg, IVO, ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt bl.a. 20 a § (22 b § LPT).

Ett beslut om inskränkning av elektroniska kommunikationstjänster får överklagas hos förvaltningsrätten (32 § LPT och 18 § LRV).

I de granskade journalerna återfanns några fall som gällde inskränkning av elektroniska kommunikationstjänster. Besluten hade dokumenterats i både beslutsjournalen och i den läkarförda delen. Av journalanteckningarna framgick emellertid inte om patienten hade informerats om överklagandemöjligheten.

JO:s synpunkter

Även om patienterna i samband med inskrivningen får information om möjligheten att överklaga beslut om t.ex. inskränkning av elektroniska kommunikationstjänster måste sådan information också ges till patienten när ett överklagbart beslut fattas. Att sådan information har lämnats ska dokumenteras i journalen.

I ett par journaler hade angetts att underrättelser hade skickats till Socialstyrelsen trots att det numera är IVO som har tillsyn över hälso- och sjukvården och som ska tillställas underrättelser om bl.a. beslut enligt 20 a § LPT. Underrättelserna till IVO bör tillföras journalen.

Bältesläggning och avskiljande

En patient som ges sluten psykiatrisk tvångsvård får, om det finns omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan, kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning (19 § första stycket LPT). Vårdpersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd. Om det finns synnerliga skäl, får patienten hållas fastspänd längre än vad som anges i första stycket (19 § andra stycket LPT). IVO ska utan dröjsmål underrättas om beslut fattas enligt 19 § andra stycket LPT (19 § tredje stycket LPT).

En patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivitet eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar (20 § första stycket LPT). Tiden för avskiljande får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar. Ett beslut om förlängning får fattas flera gånger. Om det finns synnerliga skäl får ett beslut om avskiljande avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar (20 § andra stycket LPT). Om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd, ska IVO utan dröjsmål underrättas (20 § tredje stycket LPT). Vidare ska en patient stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal under den tid han hålls avskild.

Bestämmelserna i 19 och 20 §§ LPT om fastspänning och avskiljande gäller i tillämpliga delar vid sluten rättspsykiatrisk vård (8 § första stycket LRV).

Det är chefsöverläkaren som beslutar om fastspänning och avskiljande. Uppgiften får dock delegeras till en erfaren läkare med specialistkompetens (39 § LPT och 23 § LRV).

Den beslutande läkaren ska själv undersöka patienten innan ett beslut fattas om fastspänning under längre tid än fyra timmar eller avskiljning under längre tid än åtta timmar (3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård). Underrättelseskyldigheten enligt 19 § tredje stycket LPT (8 § första stycket LRV) ska fullgöras när en patient hålls fastspänd under längre tid än fyra timmar och enligt 20 § tredje stycket LPT (8 § första stycket LRV) i de fall då en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd (4 kap. 7 § i föreskrifterna).

Tvångsåtgärder som vidtas med stöd av de nämnda bestämmelserna, skälen för åtgärderna samt underrättelse till IVO, ska dokumenteras i patientens journal (2 § 9 förordningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård).

Patienten H.B.

Av läkarjournalen den 21 december 2014 framgick att patienten i ett samtal med en läkare nämnde en bältesläggning som skulle ha skett dagen före. Det gick dock inte att utläsa av vare sig den läkarförda journalen eller av beslutsjournalen att ett beslut om bältesläggning hade fattats den 20 december 2014. JO begärde därför att få ta del av omvårdnadsjournalen. Av den framgick

att patienten, efter konsultation per telefon med bakjour, hade lagts i bälte mellan kl. 18.20 och 18.45 den 20 december 2014.

Patienten I.K.

Av journalen kunde utläsas att tolv beslut om bältesläggning hade fattats under perioden den 30 april 2015–11 oktober 2015. När det gällde flera av dessa tillfällen uppmärksammades att det i den läkarförda journalen inte fanns någon anteckning om att personal hade varit närvarande under den tid som I.K. hade varit fastspänd. Under inspektionen bad JO:s medarbetare därför om att få ta del av s.k. vaklistor från fyra av de tillfällen då I.K. hade varit fastspänd. Vaklistorna kunde dock inte återfinnas.

Vad gällde ett tillfälle, den 29 april 2015, när I.K. fortfarande vårdades med stöd av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, framgick det av läkarjournalen att en AT-läkare, som saknade läkarlegitimation, hade utfärdat ett vårdintyg avseende I.K. Därefter fattade en överläkare beslut om att I.K. skulle spännas fast i bälte. Av en journalanteckning den 30 april 2015 framgick emellertid att den läkare som skulle besluta om konvertering enligt 11 § LPT uppmärksammade att vårdintyget inte var giltigt. Senare samma dag utfärdades ett nytt vårdintyg som låg till grund för ett beslut om konvertering enligt 11 § LPT.

Av en anteckning den 2 juni 2015 i läkarjournalen framgick bl.a. att ett beslut om bältesläggning hade fattats och att patienten varit bälteslagd kl. 19.05 - 19.30. Journalanteckningen hade signerats av en ST-läkare. I beslutsjournalen stod det dock att det aktuella beslutet hade fattats av en överläkare.

Vid granskningen av I.K:s journal uppmärksammades också något fall där tidpunkten vad gällde upphörande av bältesläggningen inte var densamma i beslutsjournalen och i läkarjournalen.

Patienten E.Ö.

I beslutsjournalen och i läkarjournalen angavs att fastspänning hade ägt rum den 10 oktober 2015 kl. 05.20 – 20.50. När fastspänningen hade varat i fyra timmar bedömdes patienten på plats av en läkare. Samma läkare fattade beslut om fortsatt fastspänning längre än fyra timmar. I läkarjournalen angavs att fastspänningen skulle ”kvarstå till som längst 72 timmar från påbörjad fastspänning” och att en ny undersökning av specialist rekommenderades var åttonde timme för det fall det skulle behövas.

Den faktiska fastspänningen pågick inte under så lång tid som beslutet medgav. Det framgick dock inte av läkarjournalen om någon ytterligare omprövning (förlängning) gjordes av beslutet eller om patienten under den tid som fastspänningen pågick undersöktes av ansvarig läkare. Det framgick inte heller att någon underrättelse om beslutet hade skickats till IVO. Efter att JO:s medarbetare hade efterfrågat blanketten om underrättelse återfanns den ifylld på

en läkarsekreterares tjänsterum. Enligt uppgift hade blanketten ännu inte skickats till IVO. Uppgiften i blanketten om när åtgärden inleddes var inte densamma som i journalanteckningarna.

Patienten J.E.

Av läkarjournalen framgick att ett beslut om avskiljande av patienten fattades den 25 juli 2015 kl. 10.20. Patienten hölls avskild på en avdelning med tillgång till eget rum, toalett och en korridor. Efter åtta timmar bedömdes patienten på plats av en läkare. Samma läkare fattade beslut om att patienten skulle hållas avskild i mer än åtta timmar. I läkarjournalen angavs följande: ”Ny bedömning i morgon av överläkare”. Dagen efter gjordes en ny bedömning av en läkare. I läkarjournalen angavs följande: ”Fortsätta med isolering till i morgon. I morgon nytt ÖL-samtal samt ny bedömning”. Av en anteckning i läkarjournalen den 28 juli 2015 framgick att avskiljningen upphörde kl. 13. samma dag. I journalanteckningarna angavs att patienten blev ”formellt isolerad” när beslutet om avskiljning i mer än åtta timmar fattades. Det var också den tidpunkt som hade angetts i beslutsjournalen.

Klinikens kommentarer

Vid det avslutade mötet uppgav kliniken i huvudsak följande: Händelsen beträffande patienten I.K. den 29 april 2015 var olycklig. Det var fråga om ett enstaka misstag som berodde på en missuppfattning mellan de tjänstgörande läkarna angående den aktuella läkarens behörighet. Med anledning av det inträffade hölls samtal med den berörda AT-läkaren, som blev upplyst om vad som gäller.

Personal närvarar alltid under den tid som en patient är fastspänd. I de fall s.k. vaklistor upprättas sparas de som regel inte utan utgör mer en form av checklistor.

JO:s synpunkter

Det är givetvis av största vikt att tvångsåtgärder dokumenteras på ett noggrant och enhetligt sätt. När det gäller dokumentationen avseende fastspänning och avskiljande kan jag konstatera att den i vissa fall var bristfällig. Jag vill framhålla att beslut om tvångsåtgärder ska dokumenteras i journalen. Eftersom kliniken använder en beslutsjournal är det lämpligt att dessa beslut även redovisas där. Vidare måste journalanteckningar vara tydliga. Det får t.ex. inte råda någon tveksamhet om vilken läkare som har fattat ett beslut om en tvångsåtgärd.

Jag ser allvarligt på händelsen den 29 april 2015 eftersom den innebar att fastspänningen genomfördes vid en tidpunkt då patienten formellt sett fortfarande vårdades med stöd av HSL. Mot bakgrund av att misstaget uppmärksammades kort efter det inträffade och samtal hölls med den berörda läkaren finner jag inte tillräckliga skäl att vidta någon ytterligare åtgärd i saken.

Jag har tidigare uttalat att ett beslut om fastspänning inte kan beslutas för viss tid utan endast för den tid som rekvisiten i 19 § LPT är uppfyllda. Med hänsyn till att en fastspänning ska vara kortvarig och normalt endast användas under någon eller några timmar måste patientens tillstånd fortlöpande kontrolleras under den tid som fastspänningen pågår. Det är inte tillräckligt att denna kontroll verkställs av den omvårdnadspersonal som vakar över patienten. Ansvarig läkare måste göra återkommande bedömningar av patienten. Den ansvariga läkaren ska personligen undersöka patienten inför varje nytt beslut om omprovning och omprovningsbesluten får fattas med högst fyra timmars intervaller. Om det i ett beslut som gäller fastspänning anges att beslutet ”ska kvarstå till som längst 72 timmar från påbörjad fastspänning” framstår det som om fastspänningen skulle kunna pågå under så lång tid som 72 timmar i sträck utan att det behövs fattas något nytt beslut. Formuleringen är direkt missvisande (jfr JO 2014/15 s. 461, dnr 4471-2011 och JO 2015/16 s. 488, dnr 6615-2012).

I det aktuella fallet varade inte fastspänningen så lång tid som 72 timmar. Det framgick emellertid inte av journalen om någon ytterligare omprovning (förlängning) av beslutet gjordes och inte heller om patienten undersöktes av ansvarig läkare under den tid som fastspänningen pågick. Under alla förhållanden skulle omprovningsbeslut ha fattats och en personlig undersökning av patienten av ansvarig läkare ha gjorts med högst fyra timmars intervaller. Formuleringen av beslutet och bristen på dokumentation är inte godtagbar.

När en patient som vårdas enligt LPT hålls fastspänd med bälte under längre tid än fyra timmar ska IVO utan dröjsmål underrättas om beslutet (19 § tredje stycket LPT). På en särskild blankett ska det fyllas i bl.a. uppgift om vid vilken tidpunkt åtgärden inleddes respektive avslutades och uppgift om när undersökning har genomförts av beslutande läkare. En fördröjning med fem dagar, som uppmärksammades när det gällde patienten E.Ö., är enligt min uppfattning inte förenlig med kravet på att underrättelsen ska skickas till myndigheten utan dröjsmål. Uppgiften i journalanteckningarna och uppgiften i underrättelsen om när fastspänningen inleddes är oförenliga. En av uppgifterna är alltså felaktig. Jag vill betona vikten av att korrekta uppgifter förs in i journalen och lämnas till tillsynsmyndigheten.

När det gäller beslut om avskiljning vill jag poängtera att ett sådant beslut gäller i högst åtta timmar. Om det krävs en förlängning ska det fattas ett nytt beslut som gäller i högst åtta timmar. Ett beslut om avskiljning som fattas med stöd av 20 § andra stycket LPT ska avse en bestämd tid. Det får inte finnas någon tvekan om innebörden av ett beslut, utan det ska vid en kontroll i efterhand vara helt klart vad som har beslutats. Jag utgår från att kliniken i fortsättningen formulerar besluten så att de överensstämmer med gällande lagstiftning.

Mot bakgrund av bl.a. att det kan finnas skäl att i efterhand hämta in upplysningar från personal som har varit närvarande när tvångsåtgärder vidtagits är det enligt min mening lämpligt att det dokumenteras i journalen vem eller vilka som har haft tillsyn över patienten vid dessa tillfällen samt under

vilken tidsperiod. Detta kan ske t.ex. genom att vaklistor tillförs journalen. Att vaklistor förstörs utan att uppgifterna tillförs journalen är alltså inte en lämplig rutin.

Permissioner

Frågor om behandlingen av en patient under vårdtiden avgörs ytterst av chefsöverläkaren (17 § LPT och 6 § LRV). Chefsöverläkaren får ge en patient tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område (25 § LPT). Tillståndet får ges för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen och förenas med särskilda villkor.

I 9 § LRV finns motsvarande regler för patienter som genomgår rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning.

Beträffande en patient som genomgår rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning prövas frågan om tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område av förvaltningsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten (10 § LRV). Ett sådant tillstånd får förenas med särskilda villkor. Förvaltningsrätten får, efter ansökan av chefsöverläkaren, överlämna åt denne att besluta om tillstånd för en viss patient (10 § fjärde stycket LRV).

Permission innebär en rätt för patienten att på egen hand vistas utanför sjukhusområdet. Även kortare vistelser utanför sjukvårdsinrättningens område, t.ex. för en timme eller en dag, utgör permission enligt 25 § LPT samt 9 och 10 §§ LRV. Om patienten vistas utanför sjukhusområdet tillsammans med personal är det däremot inte fråga om permission. Beslut om sådana utevistelser torde rent rättsligt betraktas som beslut enligt 17 § LPT (6 § LRV) om behandling.

Från permission ska skiljas s.k. frigång som innebär att patienten ges tillstånd att på egen hand vistas utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område. Frågor om detta faller under 18 § LPT och 10 a § LRV.

Beslut om att avslå en ansökan om permission respektive att återkalla en permission enligt 25 § LPT eller 9 och 10 §§ LRV är överklagbara. Beslut rörande permission omfattas även – till skillnad från beslut om frigång och annan utevistelse – av bestämmelserna i 25 kap. 10 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL, om undantag från sekretess och är alltid offentliga.

Journalen ska innehålla uppgift om bl.a. beslut att bevilja respektive avslå en ansökan om permission samt att återkalla en beviljad permission (2 § 14 och 16 förordningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård).

Vid granskningen kom det fram att permissionsbesluten ibland dokumenterades i den läkarförda journalen, ibland i beslutsjournalen och i vissa fall på båda ställena. I några fall framgick det att patienten hade haft permission men det gick inte att återfinna något beslut i journalen. Permissionsbesluten innehöll inte alltid uppgift om dag och klockslag. Besluten framgick ibland genom en anteckning i den läkarförda journalen om att patienten ”beviljas permission enligt planering”. I några fall överensstämde inte beslutet i den läkarförda journalen med det beslut som hade dokumenterats i beslutsjournalen.

I de fall som en ansökan om permission hade avslagits gick det inte att utläsa av den läkarförda journalen om patienterna hade fått någon överklagandehänvisning.

JO:s synpunkter

Det är viktigt att permissionsbesluten dokumenteras på ett tydligt och korrekt sätt. Beslut om att bevilja permission, avslå permission och att återkalla en beviljad permission ska dokumenteras i journalen.

Eftersom permissionsbesluten inte var konsekvent dokumenterade vare sig i den läkarförda journalen eller i beslutsjournalen var det svårt att få en överblick över vad som hade beslutats. För att underlätta överblicken av ärendena bör permissionsbesluten dokumenteras såväl i den läkarförda journalen som i beslutsjournalen.

Ett beslut om permission måste vara tydligt vad avser tid och eventuella villkor för permissionen. För att ett beslut om permission ska anses tillräckligt preciserat måste det framgå vilken dag eller vilka dagar som beslutet avser och mellan vilka klockslag som beslutet gäller. Det är vidare lämpligt att de faktiska ”start- och sluttiderna” dokumenteras i journalen.

Det kan många gånger vara så att en patient framför ett mer allmänt önskemål om permission som inte kan eller bör tillgodoses för tillfället, och att saken kan klaras ut resonemangsvis. Det är emellertid nödvändigt att det klagas om patienten ansöker om permission eller inte. I annat fall finns det en risk för att gränsen flyttas fram för så kallade informella avslag och att den möjlighet som patienten har att överklaga och få frågan om permission prövad av domstol blir en ren chimär. Om patienten formellt ansöker om permission och ansökan avslås ska patienten underrättas om beslutet och hur det kan överklagas. Beslutet ska antecknas i journalen och det ska även dokumenteras att en underrättelse om hur man överklagar har lämnats till patienten.

Klinikens lokala rutiner

En vårdgivare ska ge skriftliga direktiv och säkerställa att ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet innehåller rutiner som säkerställer att psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ges i överensstämmelse med LPT och LRV (2 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård). Verksamhetschefen ska fastställa

ändamålsenliga rutiner och fördela ansvaret för den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården. Rutinerna och ansvarsfördelningen ska dokumenteras (2 kap. 3 § i föreskrifterna).

Vid inspektionen granskades klinikens lokala rutiner översiktligt. Jag vill uppehålla mig vid följande:

Under avsnitt 5.2 om tvångsåtgärder räknas bl.a. ”avslag på begäran om permission” och ”avslag på begäran om vårdens upphörande” upp som exempel på tvångsåtgärder. Även i avsnitt 6 om permissioner och frigång anges följande: ”Permissionstillståndet kan återkallas. Detta är en tvångsåtgärd och skall noteras i beslutsjournalen”. De beskrivna åtgärderna är inte tvångsåtgärder. Klinikens användning av terminologin bör ses över i dessa avseenden.

I avsnitt 5.3 om tvångsåtgärder före intagningsbeslut anges att det är *olämpligt* att ge depåmedicinering före intagningsbeslut. Enligt 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård *får inte* en patient ges långtidsverkande depåläkemedel innan ett beslut om intagning har fattats. Rutinen behöver ändras i denna del.

Avsnitten 5.9 om inskränkning av rätt att använda elektroniska kommunikationshjälpmedel (ska rätteligen vara kommunikationstjänster, JO:s anmärkning) och 5.11 om undersökning av försändelse bör kompletteras med uppgifter om patientens rätt att överklaga sådana beslut, att patienten ska få information om möjligheten att överklaga och att det ska dokumenteras i journalen att informationen lämnats till patienten.

Avsnitt 6 i den lokala rutinen om permissioner och frigång innehåller information om underrättelse till målsägande i vissa fall.

Om en patient genomgår rättspsykiatrisk vård som är förenad med särskild utskrivningsprövning ska chefsöverläkaren om det behövs med hänsyn till brottet och övriga omständigheter, ge målsäganden möjlighet att begära att bli underrättad i vissa fall (28 § LRV). Önskar målsäganden underrättelse, ska en sådan ges vid beslut som anges i denna paragraf innan patienten lämnar vårdinrättningen och annars så snart som möjligt. Om det finns skäl får en underrättelse lämnas utan att målsäganden har begärt att bli underrättad.

Eftersom det finns andra situationer än i samband med permissioner som det kan bli aktuellt att underrätta en målsägande anser jag att innehållet i den del som avser underrättelse till målsäganden bör få ett eget avsnitt i rutinen. Jag vill framhålla att underrättelser till målsägande ska ske så snart som möjligt och att det ska dokumenteras tydligt när en underrättelse har lämnats och – när det är fråga om permissioner – vilket permissionstillfälle som underrättelsen avser.

I avsnitt 7.1 om prövning i förvaltningsrätten redogörs bl.a. för patientens överklagandemöjligheter i vissa fall. Redogörelsen ger intryck av att vara en fullständig uppräkningslista i fråga om vilka beslut som kan överklagas. Rutinen behöver stramas upp och allmänt ses över så att den blir tydlig och korrekt

återspeglar lagstiftningen. Rutinen bör antingen innehålla en hänvisning till relevanta bestämmelser eller en fullständig uppräknig av vilka beslut som kan överklagas.

De föreskrifter och allmänna råd som det hänvisas till i avsnitt 8.2 om underlag för rapportering till Socialstyrelsen är upphävda och har sedan den 1 januari 2015 ersatts av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister (SOSFS 2013:35). Rutinen bör uppdateras i detta hänseende.

Bilaga 2a om handräckning innehåller en redogörelse för 47 § LPT om biträde av polismyndighet. Ytterligare en situation där handräckning kan begäras av polismyndigheten anges i 47 § 5 LPT. Bilagan bör alltså kompletteras.

Jag förutsätter att kliniken kommer att se över innehållet i den lokala rutinen med beaktande av det som nu har anförts.

Besöksinskränkningar

Lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård gäller beträffande besök på vårdinstitutioner och sjukvårdsinrättningar till dem som är tvångsintagna för vård enligt bl.a. LPT och LRV. Om det med hänsyn till bl.a. vårdens bedrivande är nödvändigt med inskränkningar av besök får huvudmannen för vårdinstitutionen eller sjukvårdsinrättningen i särskilda fall besluta om besöksrestriktioner (3 §). Ett sådant beslut kan vara generellt eller avse besök av en viss eller vissa personer. Ett beslut om besöksinskränkning får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol (5 §).

Sådana besöksrestriktioner som anges i lagen ska beslutas av huvudmannen för sjukvårdsinrättningen. I enlighet med allmänna regler kan dock huvudmannen delegera rätten att fatta beslut (prop. 1995/96:196 s. 17).

Vid inspektionen kom det fram att något delegationsbeslut gällande rätten att fatta beslut om besöksinskränkningar vid kliniken inte hade utfärdats från huvudmannens sida.

JO:s synpunkter

Mot bakgrund av att det i vissa fall kan vara brådskande att fatta beslut om besöksrestriktioner kan det av praktiska skäl vara nödvändigt att chefsöverläkaren har delegation från huvudmannen att fatta sådana beslut. Kliniken bör därför undersöka möjligheten att få en sådan delegation.

Utlämnande av allmänna handlingar

I 2 kap. tryckfrihetsförordningen, TF, finns grundläggande bestämmelser om allmänna handlingars offentlighet. En allmän handling som får lämnas ut, dvs. som inte omfattas av sekretess, ska genast eller så snart det är möjligt tillhandahållas den som önskar ta del av handlingen (2 kap. 12 § TF). Det ska ske på stället och utan avgift. Den som önskar ta del av handlingen har i sådant fall även rätt att mot fastställd avgift få kopia av handlingen till den del den får

lämnas ut (2 kap. 13 § TF). En begäran om att få en kopia ska behandlas skyndsamt.

JO har i ett flertal beslut uttalat att besked i en utlämnande fråga normalt bör lämnas samma dag som begäran har gjorts. Någon eller några dagars fördröjning kan dock godtas om en sådan fördröjning är nödvändig för att myndigheten ska kunna ta ställning till om den efterfrågade handlingen är allmän och offentlig. Ett visst ytterligare dröjsmål kan vara ofrånkomligt om framställningen avser eller kräver genomgång av ett omfattande material.

För det fall en begäran om att få ta del av en handling helt eller delvis inte kan tillmötesgå ska den som gjort framställningen underrättas om detta. Den enskilde ska då också informeras om möjligheten att begära myndighetens prövning och att det krävs ett skriftligt beslut av myndigheten för att beslutet ska kunna överklagas (6 kap. 3 § OSL). Den enskilde har rätt att få ett sådant formellt beslut oavsett vad som är grunden för att avslå begäran. Myndighetens avslagsbeslut får överklagas hos kammarrätt (2 kap. 15 § första stycket TF och 6 kap. 7 och 8 §§ OSL). Ett beslut ska vara motiverat och försett med överklagandehänvisning (20 och 21 §§ förvaltningslagen [1986:223]).

En lokal rutin som var utfärdad den 19 maj 2011 och giltig till och med den 19 maj 2014 behandlade endast rutinerna vid bifall till en begäran om utlämnande av en journalkopia. Klinikens företrädare uppgav vid det avslutande mötet att de inte vet vem som på myndighetens vägnar kan fatta beslut om avslag på en begäran om utlämnande av en allmän handling. De uppgav även att kliniken höll på att arbeta fram en ny rutin.

JO:s synpunkter

Som angetts ovan ska den enskilde, om en utlämnande begäran helt eller delvis avslås, informeras om möjligheten att begära myndighetens prövning och att det krävs ett skriftligt beslut av myndigheten för att beslutet ska kunna överklagas. Att sådan information har lämnats bör enligt min mening även dokumenteras i journalen. Mot bakgrund av det skyndsamhetskrav som gäller vid utlämnande av allmänna handlingar bör kliniken snarast undersöka vem som på myndighetens vägnar är behörig att fatta beslut om avslag på en begäran om att få ta del av allmänna handlingar. Det bör även framhållas att det inte bara är en patient som kan begära ut journalhandlingar, utan en sådan framställning kan göras av vem som helst. Jag förutsätter att kliniken, när den nya rutinen för handläggning av utlämnandeframställningar tas fram, beaktar det som nu har anförts.

Vid protokollet

Caroline Hellström

Justeras 2015-12-29

Lilian Wiklund