

Opcat-inspektion av Landstinget Dalarna, Rättspsykiatriska kliniken i Säter, den 18–20 oktober 2016

Med anledning av det som kommit fram vid inspektionen uttalar JO bl.a.

följande: Rättspsykiatriska kliniken i Säter uppmanas att säkerställa att beslut om avskiljande fattas i enlighet med lagstiftningen och att läkarbedömningarna av avskilda patienter dokumenteras.

Kliniken rekommenderas att se över sysselsättningen och vårdmiljön för patienterna, och att ta in oberoende experter för en bedömning av de patienter som har varit föremål för tvångsåtgärder under lång tid.

JO kommer att följa psykiatriska klinikers hantering av frågor som rör patienter som är föremål för tvångsåtgärder under lång tid, och IVO:s tillsyn i förhållande till dessa patienter. En dialog med IVO kommer att inledas.

Inspektionens genomförande

Den 18–20 oktober 2016 genomförde enhetschefen Gunilla Bergerén tillsammans med föredragandena Frida Nordholm och Ellen Ringqvist (protokollförare), samt medicinske experten Mårten Gerle, en förannmäld inspektion av Landstinget Dalarna, Rättspsykiatriska kliniken i Säter.

Inspektionen inleddes med att verksamheten kortfattat presenterades av representanter för Rättspsykiatriska kliniken i Sätters klinikledning; verksamhetschefen Ulf Björnfot, chefsöverläkaren Susanne Nyberg, enhetscheferna Eleonore Persson och Anette Nilsson Almroth, bitr. enhetscheferna Kicki Andersson, Marianne Hedman och Jonathan Jaans, säkerhetssamordnaren Per-Magnus Hassel samt patientsäkerhetssamordnaren Mariah Andersson. Därefter förevisades enheterna 31 och 30. JO:s medarbetare granskade bl.a. skriftlig information som lämnas till patienterna, rutiner för tvångsåtgärder, vårdplaner och patientjournaler i datasystemet Take Care.

JO:s medarbetare samtalande med sju patienter och åtta av de anställda.

Inspektionen avslutades med att JO:s medarbetare gick igenom iakttagelserna med ovan nämnda personer samt med överläkaren Erik Kall och sekreteraren Katarina Sjökvist.

Syftet med inspektionen

Inspektionen är en del av JO:s uppdrag att fullgöra de uppgifter som ankommer på ett nationellt besöksorgan (NPM) enligt det fakultativa protokollet den 18 december 2002 till Förenta nationernas konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (Opcat). Denna verksamhet hade under 2016 ett fokus på information om rättigheter till frihetsberövade.

Uttalanden av JO Holgersson

I slutet av protokollet finns uttalanden av JO Stefan Holgersson.

Information om organisationen

Storlek och uppdrag

Rättspsykiatriska kliniken i Säter är sedan 1989 en regionklinik som bedriver rättspsykiatrisk högspecialiserad vård. Kliniken tar emot patienter från hela landet, men majoriteten av patienterna kommer från Landstinget Dalarna, Landstinget i Uppsala län (Region Uppsala sedan 1 januari 2017) och Region Örebro län. Kliniken bedriver vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Det finns 6 vårdenheter (5 i säkerhetsklass 2 och 1 i säkerhetsklass 3¹) och totalt 63 vårdplatser. Landstinget Dalarna har fattat ett beslut om allmän inpasseringskontroll till kliniken.

Beläggning och vårdtider

Den genomsnittliga vårdtiden på kliniken är 5,7 år. På samtliga enheter vårdas både män och kvinnor.

Vid inspektionstillfället var 60 patienter inskrivna, varav hälften tillhörde Landstinget Dalarna.

¹ Säkerhetsnivå 2 är den näst högsta säkerhetsklassen. Sådana avdelningar ska ha ett skalskydd som kan stå emot rymningsförsök (4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter [2006:9] om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet). Avdelningar i säkerhetsnivå 3 ska ha rutiner för en fortlöpande kontroll av var patienterna befinner sig.

De inspekterade enheterna

Enhet 31

Enheten är en intagningsenhet i säkerhetsklass 2 med nio vårdplatser. De flesta patienter som kommer till kliniken skrivs inledningsvis in på denna enhet. Sedan den 1 juni 2016 vårdas endast LRV-patienter här. Vid inspektionstillfället var sju patienter inskrivna på enheten, varav två var dömda till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (SUP), fyra var häktade och en var intagen i Kriminalvårdsanstalt men placerad på kliniken.

Enhet 30

Enheten är en förstärkningsenhet i säkerhetsklass 2 med sju vårdplatser. Här vårdas patienter som har begått allvarliga brott och som behöver långa vårdtider. LPT-patienter som är väldigt aggressiva kan bli inskrivna direkt på denna enhet utan föregående placering på enhet 31. Vid inspektionstillfället var enheten fullbelagd med sex män och en kvinna. Fem patienter var dömda till rättspsykiatrisk vård med SUP och två var LPT-patienter. Patienterna var mellan 39 och 61 år gamla.

Två av LRV-patienterna med SUP är inskrivna sedan mycket lång tid, november 1986 respektive december 2003. De är båda avskilda i sina bostadsrum sedan flera år tillbaka (se mer nedan under Tvångsåtgärder). De två LPT-patienterna är inskrivna sedan den 23 september respektive den 1 oktober 2016.

En separat enhet utanför enhet 35

I anslutning till enhet 35 (säkerhetsklass 2) finns en separat enhet (bostadsrum och anslutande dagrum) som är anpassad för vård av en enskild LPT-patient. Enheten är i säkerhetsklass 3 och är kameraövervakad (se mer nedan under Tvångsåtgärder).

lakttagelser vid inspektionen

Vårdmiljö och behandling

Vårdmiljön

Alla patienter har egna bostadsrum med egen toalett och dusch (duschslang lånas ut efter en säkerhetsbedömning). Enhet 31 har ett rum som delvis är anpassat för funktionsnedsatta patienter (större toalett- och duschrum). Alla patienter kan låsa sina rum med egna nycklar och det finns en larmknapp innanför dörren. Kvinnliga patienter placeras företrädesvis i bostadsrum som ligger nära personalexpeditionen. I dagrummen finns soffgrupper och tv. På enhet 30 är dagrummet och matrummet förlagt till ett gemensamt utrymme om ca 10 x 7 meter.

Landstinget Dalarna är rökfritt men i de möblerade inglasade balkonger som finns på enheterna finns en rökmodul.

Alla patienter måste bära landstingets kläder.

Patienterna kan komma ut på inhägnade rastgårdar dit de har tillträde enhetsvis. Patienterna på enhet 30 får endast vara ensamma eller tillsammans med personal på

rastgården. Det händer att patienter som är avskilda inte får komma ut på rastgården varje dag.

Patienter på enheterna 31 och 30 beviljas inte s.k. frigång eller permission.

Det finns inte någon kiosk på kliniken, men patienterna kan beställa varor som inköps på en bensinmack en gång i veckan.

Vid inspektionen kom det fram att en dement LPT-patient på enhet 30 sedan ca två veckor tillbaka hade ett avskiljningsrum som sitt bostadsrum och att han inte hade några personliga tillhörigheter där. Personalen förklarade att han var placerad i rummet för att hans mående försämrades när han vistades tillsammans med andra patienter. Han var utåtagerande och han blev väldigt arg varje dag, vilket påverkade flera av de andra patienterna negativt. Det var lugnare för såväl honom som de andra patienterna att han fick bo i den del där avskiljningsrummen finns. Patienten hade kommit till kliniken från en annan rättspsykiatrisk klinik och borde, enligt personalen, få adekvat demensvård.

JO:s medarbetare upplevde det gemensamma utrymmet på enhet 30 som trångt och inredningen som avskalad. Det finns inte utrymme för någon aktivitet. Vidare finns det inte något separat samtalsrum i anslutning till enheten. Skötarna placeras ut på avdelningen så att de ska kunna hålla uppsikt över de två korridorer som ansluter till det gemensamma utrymmet. JO:s medarbetare konstaterade att lokalerna är svåra att överblicka för personalen. Det var en stark röklukt på de inglasade balkongerna.

Behandling

Kliniken har en arbetsterapi, en datasal, ett bibliotek, ett snickeri och en målarverkstad, och det finns möjlighet att baka, laga mat och studera. I anslutning till enheterna finns ett större utrymme där man kan spela spel, bordtennis och biljard. Det finns också ett gym med bl.a. löpband, roddmaskin, crosstrainer, motionscykel och medicinbollar.

De aktiviteter som kräver tidsbokning ska bokas på morgonmötet. Det upprättas ett särskilt ADL²-schema för patienterna, men det sparas inte för uppföljning. En aktivitetsmätning för att se hur många minuter per dygn som klinikens patienter får individinriktade insatser skulle genomföras kring årsskiftet 2016/17.

² ADL står för Aktiviteter i det Dagliga Livet och syftar på de grundläggande aktiviteter som en människa måste behärska för att kunna ha ett självständigt vardagsliv. Det kan t.ex. omfatta boende, arbete, utbildning och fritid.

En patient uppgav att han större delen av tiden spelade tv-spel i sitt bostadsrum och att han önskade få mer schemalagd tid för studier.

JO:s medarbetare kunde konstatera att patienterna på enhet 30 hade få aktiviteter och i samtal med personalen kom det fram att endast tre av patienterna hade schemalagd sysselsättning några timmar varje vecka. Patienterna var också hänvisade till att träna i gymmet en i taget med personal.

Vårdplaner

En vårdplan ska ange de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås och för att resultaten av dessa insatser ska kunna bestå. Behandlingsåtgärderna ska anpassas till vad som krävs för att patienten frivilligt ska medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver (16 och 17 §§ LPT och 6 § LRV). Vårdplanen ska ge en samlad bild av patientens medicinska, psykologiska och sociala behov. Målen för de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås ska framgå av planen. För en LRV-patient med SUP ska det framgå vilka insatser som planeras för att patienten inte ska återfalla i brottslighet (5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [2008:18] om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård).

Klinikens psykolog framhöll att kliniken behöver utveckla arbetet med strukturerade farlighetsbedömningar. Man håller på att ta fram en rutin avseende riskbedömningar; det ska bl.a. finnas en riskbedömning inom en månad från det att patienten blev inskriven på kliniken.

JO:s medarbetare granskade vårdplanerna för samtliga patienter på de inspekterade enheterna. De innehöll överlag uppgifter om patientens bakgrund, problem-beskrivning, vidtagna och planerade medicinska behandlingsåtgärder och dagliga omvårdnadsinsatser, t.ex. beledsagad utvistelse. I majoriteten av vårdplanerna framgick inte resultatet av genomförd riskbedömning.

I vårdplanerna fanns det inte beskrivet några mål för vården, vare sig allmänna eller sådana som syftar på risk för återfall i brott. I stället för att vara framåt-syftande märktes en uppgivenhet i planerna, för en patient angavs målet vara att han skulle anpassa sig till livet på avdelningen. Det gick inte heller att utläsa några särskilda behandlingsinsatser relaterade till gjord riskbedömning.

Flera av patienterna bedöms av kliniken som farliga för sig själv eller andra och omfattas av extensiva restriktioner/tvångsåtgärder. I dessa patienters vårdplaner gick det inte att utläsa hur vården specifikt skulle utformas i syfte att minska behovet av användningen av tvångsåtgärder.

Vid granskningen noterades en diskrepans mellan förhoppningar om en bättre framtid och dagens realitet – för någon i form av svårigheter att bli överförd till hemlandet, för någon annan att planerad övergång till omsorg inom kommunen hindrades av upprepat behov av tvångsmedicinering.

I vårdplanen för den ovan nämnda dementa patienten anges bl.a. följande: ”Han har stort behov av sysselsättning och stimulans, om han inte får det uttrycks oro och confusion. Hans uthållighet är begränsad, varför han har behov av omväxlande av ett antal valda aktiviteter.”

Bemanning och kompetens

Kliniken har ca 170 anställda (ca 10 procent är kvinnor) och tillgång till timanställda vikarier. Tre överläkare (2,5 tjänst) tjänstgör på de sex avdelningarna.

Under dagtid tjänstgör åtta personer på vardera enheten 31 och 30. Under natten tjänstgör fyra personer på enhet 31. Enheten har tillgång till en sjuksköterska som tjänstgör på tre enheter. På enhet 30 tjänstgör tre personer nattetid. Dessutom tjänstgör en sjuksköterska på två enheter. På enhet 30 ska minst 50 procent av den personal som är i tjänst vara ordinarie personal.

Vid inspektionstillfället fanns det en psykolog som arbetade 30 procent på kliniken. Han var handledare för de psykologer som gör sin praktiska tjänstgöring (PTP-psykologer) och höll på att rekrytera och bygga upp en psykologgrupp. Målsättningen är att gruppen inom ett år ska bestå av tre psykologer samt en PTP-psykolog. Personalen arbetar i vårdlag kring varje patient. En gång per vecka hålls rond och då deltar överläkare, kurator, sjuksköterska, arbetsterapeut och ev. sjukgymnast.

Alla klinikens anställda har genomgått en utbildning i den s.k. Bergenmodellen TERMA³) mot hot och våld, och som bl.a. innefattar greppteknik.

Synpunkter från patienterna

Patienterna uppgav att personalen är närvarande och trevlig.

Information om rättigheter och rutiner

Patientjournalen ska innehålla uppgift om när patienten fått upplysningar enligt 26 och 30 §§ LRV resp. 30 och 48 §§ LPT (2 § 20 förordningen [1991:1472] om psykiatrisk tvångsvård).

I rutinen Inskrivning patient (nr 549:1, 29016-09-26) anges att all nödvändig patientinformation ska delges patienten så snart det är möjligt med hjälp av broschyren ”Välkommen som patient”. Information om vad patienten har rätt att ansöka om, och vilka beslut som kan överklagas till förvaltningsrätten, ska ges skyndsamt.

På enheterna var delar av lagstiftningen och dokumentet Information till dig som är intagen enligt LRV eller LPT (Landstinget Dalarna 2016-06-14) uppsatt på

³ TERMA står för terapeutiskt möte med aggression.

anslagstavlan i dagrummet. I dagrummet fanns även Socialstyrelsens broschyrer Dina rättigheter i tvångsvården, vård enligt LPT respektive LRV, som riktar sig till personer under 18 år. Varje enhet har en egen broschyr med information om rutiner m.m. som lämnas till patienterna, och det finns en särskild broschyr för patienter som är häktade eller intagna i anstalt. Vid samtal med personalen kom det fram att en sjuksköterska eller skötare initialt lämnar muntlig information till patienterna om att de kan ansöka om att få en stödperson och om vilka beslut som kan överklagas. Övrig information lämnas successivt i takt med att patienten är mottaglig för den, samt i samband med den första rondan. Att informationen har lämnats till patienten ska dokumenteras i en daganteckning i Take Care. Enligt personalen finns det dock inte någon rutin för denna dokumentation.

Vidare kom det vid samtalen fram att personalen ansåg att det är svårt att veta vilken information som ska lämnas till de olika kategorierna av patienter, t.ex. häktade med restriktioner och LPT-patienter. Det framhölls även att det i avsaknad av dokumentation är svårt att veta vilken information som har lämnats, t.ex. om LPT-patienterna fått information om att de får ha egen telefon.

JO:s medarbetare noterade att den skriftliga informationen inte innehåller fullständig information om vilka beslut som kan överklagas. Vid granskningen av daganteckningar i Take Care kunde JO:s medarbetare inte för någon patient se att det var dokumenterat att information enligt 26 och 30 §§ LRV eller 30 och 48 §§ LPT hade lämnats till patienten. I den särskilda beslutsjournalen finns fält för att anteckna när sådan information har lämnats till patienten. För flera patienter fanns det inte någon sådan anteckning alls medan det för några patienter var antecknat att information enligt 30 § LRV hade lämnats.

Tvångsåtgärder

Avskiljande och fastspänning

Enhet 31 har ett särskilt rum för avskiljning och fastspänning dit man kan föra patienter utan att behöva gå in i enhetens gemensamma utrymmen. Personalen kan se till en patient som hålls avskild genom en lucka i dörren. Enheten har även ett bostadsrum som används för avskiljning och fastspänning. Enhet 30 har två särskilda rum för avskiljning och fastspänning. I rummen finns endast en golvfäst bältessäng och i anslutning till rummen finns en toalett. Enheternas rum för avskiljning och fastspänning används för klinikens samlade behov. När patienter från andra enheter är placerade här är det personalen på enheterna 31 och 30 som ansvarar för vård och övervakning av patienterna. I samtal med personalen kom det fram att det är ovanligt att patienter från andra enheter än 31 och 30 blir fastspända. När behov uppstår på andra enheter används en mobil bältessäng för att transportera patienterna.

Patienterna kan även hållas avskilda i sina bostadsrum. Det sker framförallt avseende häktade patienter som enligt beslut av åklagare inte får vistas tillsammans med andra patienter.

En sjuksköterska beslutar om tillsynsfrekvens för en patient som hålls avskild (ständig tillsyn, varje kvart eller varje halvtimme) och beslutet dokumenteras i en daganteckning. När en patient ses till dokumenteras det manuellt på formuläret Observationslista.

Det är sjuksköterskorna som har ansvar för att i patientjournalen dokumentera tidpunkten för när ett avskiljande har upphört. De läkarbedömningar som görs under den tid en patient hålls avskild dokumenteras dock inte. En överläkare uppgav att återkommande aggressivitet hos en patient medför att det föreligger sådana synnerliga skäl att ett beslut om avskiljande för längre tid än åtta timmar kan fattas.

Vid en granskning av beslut om avskiljanden som varat under mer än åtta timmar konstaterade JO:s medarbetare att besluten genomgående gällde under 72 timmar utan att det angetts någon bestämd tid i beslutet (jämför 20 § andra stycket LPT).

Särskilt om en patient som varit fastspänd under lång tid

Patienten vårdas med stöd av LPT och är rullstolsburen. Sedan flera år tillbaka är hans händer fixerade med remmar i rullstolen och han bär specialtillverkade vantar för att han inte ska skada sig själv. Patienten kan inte ta av och på sina vantar själv. Han kan under kortare stunder vara utan dem. Han säger till personalen när han vill ta på sig och ta av sig vantarna.

Personal ska alltid finnas tillgänglig för patienten. Det händer att han ber om att få var ensam en stund. Personalen kan då ha uppsikt över honom via de två kamerorna som finns i bostadsrummet. Kamerorna visar enbart bild i realtid och utan ljud. Det finns en monitor i det anslutande dagrummet och en på expeditionen på enhet 35. Patienten vinkar till kameran när han vill att personalen ska komma. Patienten har en dator, han spelar schack med personalen och han åker på utflykt ibland.

Vid granskning av handlingar fanns inga beslut om avskiljning för patienten.

I samtal med JO:s medarbetare uttryckte patienten att han vill ha sina vantar och att han vill komma till ett LSS-boende under förutsättning att han får ett löfte om att han även där fortsatt får ha vantar.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) inspekterar kliniken regelbundet. I ett beslut den 14 oktober 2016 (dnr 8.5-9653/2016) rörande denna patient anfördes bl.a. följande:

IVO finner av utredningen att den aktuella patienten är särskilt svårbehandlad och att det kan anses vara ett sådant extremt undantagsfall där fastspänning kan behöva vidtas under en längre tid. IVO noterar dock vårdgivarens användning av handskar och armremmar för fastspänning av patienten. IVO påminner om att inga andra åtgärder än de som framgår av de särskilda bestämmelserna i 18 – 20 §§ LPT får vidtas inom ramen för tvångsvården. Dessa regler får alltså anses uttömmade. Utredningen har dock visat att det för vårdgivaren inte har varit möjligt att upphöra med de icke tillåtna åtgärderna.

Särskilt om två patienter som varit avskilda i sina bostadsrum under lång tid

En avskild patient är inlåst under natten. Under dagtid får han vistas tillsammans med de andra patienterna på enheten i den utsträckning han själv önskar. Beslutet om avskiljande löper dock dygnet runt i enlighet med de diskussioner kliniken har fört med IVO. Patienten berättade i samtal med JO:s medarbetare att han vill komma till ett LSS-boende.

Den andra patienten har, enligt eget önskemål, en gallergrind till sitt bostadsrum. Innanför grinden finns en dörr som han kan stänga när han vill. Han är den ende patienten på enhet 30 som har ett veckoschema. I samtal med JO:s medarbetare kom det fram att han tycker det känns bra med en gallergrind som gör det möjligt för honom att ha kontakt med personalen. Han är aldrig tillsammans med de andra patienterna på enheten, men han trodde att det skulle fungera för honom att vara i dagrummet. Han får gå ut på promenad två gånger per dag, och då går han genom dagrummet. Han får använda en dator två dagar per vecka. Han blir trött av sin medicinering men önskar ha mer aktiviteter. Han gav som exempel på en aktivitet att han tittar på tv tillsammans med personalen, som då sitter utanför gallergrinden.

I IVO:s beslut den 14 oktober 2016 (dnr 8.5-9653/2016) rörande dessa patienter anförs bl.a. följande:

IVO finner inte skäl att ifrågasätta chefsöverläkarens beslut om avskiljning. Av utredningen framgår att de i ärendet aktuella patienterna är särskilt svårbehandlade, bland annat med en dokumenterad farlighet för annan. Utredningen har också visat att det för vårdgivaren inte har varit möjligt att fullt ut upphöra med tvångsåtgärderna.

Tvångsmedicinering

Vid samtal med sjuksköterskor och skötare kom det fram att det är ovanligt att en patient medicineras mot sin vilja. En läkare kan dock på förhand ge direktiv om att en patient kan ges t.ex. depåneuroleptika mot sin vilja. Patienten informeras då om läkarens beslut om medicinering och sedan är det en sjuksköterska som vid behov beslutar att medicinen ska ges med tvång. Läkaren informeras i efterhand om att åtgärden genomfördes med tvång. Lugnande läkemedel kan ges i akuta situationer efter ett beslut av läkare. Även i dessa fall förekommer det att en sjuksköterska fattar ett beslut om åtgärden och informerar läkaren i efterhand. Om det behövs kan patienten hållas fast för att medicinen ska kunna ges.

En överläkare uppgav att lugnande läkemedel kan ges till en patient som är fastspänd i syfte att tiden för fastspänning ska bli så kort som möjligt.

Eftersamtal med patienterna

I rutinen Tvångsåtgärder övergripande (nr 516:3, 2016-06-08) anges att åtgärderna avskiljande, fastspänning och tvångsbehandling ska följas upp av ett samtal med patienten så snart tvånget upphört och patienten är redo att genomföra uppföljningen. Samtalet ska upprepas inom 30 dagar och dokumenteras i patientjournalen.

Dokumentation och bevakning av tidsfrister

Vid kliniken förs en manuell beslutsjournal för varje patient över bl.a. vidtagna tvångsåtgärder. Läkarna ansvarar för att dokumentera i beslutsjournalen och överläkarna ansvarar för att bevaka tidsfristerna för tvångsvården. En av överläkarna framförde att det vore bättre om all dokumentation endast gjordes i det elektroniska journalsystemet.

Vid granskning av de manuellt förda beslutsjournalerna fann JO:s medarbetare bl.a. att det för en patient saknades uppgift om när en avskiljning hade upphört. För en annan patient fanns ett beslut om inskränkt rätt att använda elektroniska kommunikationsmedel inte antecknat i beslutsjournalen.

Av beslutsjournalen och journalanteckningarna för en patient på enhet 30 framgick att tidsfristen för ansökan hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård hade försuttits. Patienten hade varit avskild under den tid då det inte fanns något beslut om tvångsvård.

Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning

I rutinen Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning (nr. 89:8, 2016-10-03) anges bl.a. att en kroppsvisitation bör genomföras vid definierade riskområden och som exempel anges vid inpassering efter utevistelse, vid ankomst till kliniken och i samband med avskiljning/bältesfixering. Dessutom ska en kroppsvisitation genomföras när det föreligger en misstanke om att en patient har otillåtna föremål eller föremål som kan utgöra en fara i vården. Ett formellt beslut om kroppsvisitation krävs och beslutet gäller under högst två månader och kan därefter förnyas efter ett nytt ställningstagande.

Alla patienter som har varit utanför kliniken måste passera en larmbåge som finns i entrén till kliniken. Om larmbågen ger utslag utför personalen en visitation med paddel. Ett generellt undantag från visitation gäller i de fall en patient har varit tillsammans med personal under hela utevistelsetiden.

I samtal med personalen kom det fram att alla patienter blir kroppsvisiterade med paddel efter att de har haft ett besök (sker utanför enheten) och efter att de har varit på rastgården även om personalen har haft uppsikt över dem hela tiden. En kroppsvisitation sker i dessa fall av alla patienter oavsett om det finns något beslut om kroppsvisitation eller inte.

IVO har den 14 oktober 2016 (dnr 8.5-9653/2016) beslutat att granska hur kliniken hanterar kroppsvisitationer.

Kontroll av försändelser

I rutinen Försändelser – inkommande (nr 87:7, 2015-11-10) anges bl.a. att ett beslut om granskning av försändelser får fattas för högst två månader i taget, varefter ett nytt ställningstagande ska ske varannan månad.

I samtal med personalen kom det fram att ett beslut som gäller under två månader innebär att inkommande paket öppnas av personalen. Alla inkommande brev kontrolleras av personalen med en metalldetektor och patienterna får öppna dem i närvaro av personalen.

IVO har den 14 oktober 2016 (dnr 8.5-9653/2016) beslutat att granska hur kliniken hanterar inkommande försändelser.

Slutgenomgång

JO:s medarbetare redogjorde för sina iakttagelser vid inspektionen, och klinikledningen kommenterade, enligt följande:

Personalens kompetens

Personalen har fortbildats genom studier av Svenska psykiatriska föreningens kliniska riktlinjer för vård och behandling och genom elektronisk psykiatrisk basutbildning som omfattat föreläsningar, cirkelstudier och diskussioner.

Efter att personalen genomgått en utbildning i TERMA har antalet tvångsåtgärder minskat. Det förs ingen statistik över antalet tvångsåtgärder men uppfattningen är att antalet fastspänningar har halverats från en hög nivå. Det är ofta få patienter som blir föremål för flera beslut om fastspänning. Kliniken arbetar även med s.k. tyst larm vilket innebär att personalen varje morgon gör en bedömning av risken för hot och våld och vid behov utökar bemanningen på enheterna utifrån den dagsaktuella bedömningen.

Vid en diskussion om rutiner och riktlinjer framhöll chefsöverläkaren att det inte finns någon juridisk kompetens på kliniken och att de inte har tillgång till landstingsjuristerna. Kliniken kan därför inte garantera att rutinerna är juridiskt korrekta. Alla på kliniken hjälps åt och gör så gott de kan, och de använder sig i stor utsträckning av Juris (Juridisk informationservice AB) regelverktyg. Det uttrycktes ett önskemål om att få verksamheten juridiskt kvalitetssäkrad av landstinget.

Information enligt 26 och 30 §§ LRV

Klinikledningen uppgav att hela LPT- och LRV-lagstiftningen omgående skulle anslås på enheterna.

Klinikledningen hade inte någon kommentar till att det på grund av bristande dokumentation inte går att kontrollera vilken information som har lämnats till patienterna eller vem som har lämnat informationen.

Tvångsåtgärder

Kroppsvsitation

JO:s medarbetare tydliggjorde att det inte är tillåtet att ha allmän inpasseringskontroll till enheter i säkerhetsklass 3.

Klinikledningen uppgav att den ombyggnation som har krävts för att införa allmän inpasseringskontroll på kliniken snart är färdigställd.

Avskiljande

JO:s medarbetare hänvisade till att det av 20 § andra stycket i LPT framgår att ett beslut om avskiljande får avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Vidare påtalades att det inte finns någon spårbarhet av den fortlöpande läkarbedömning som görs av läkaren. Klinikledningen tog till sig detta.

Klinikledningen uppgav att en häktad patient med restriktioner blir avskild på kliniken. Om patienten riskerar att bli avskild under en längre tid kan en läkare kontakta åklagaren för ett nytt ställningstagande avseende restriktionerna.

Dokumentation

Klinikledningen uppgav att de observationsblad som förs vid tillsyn av en patient som är avskild eller fastspänd sparas i en månad.

Särskilt om de tre patienter som sedan lång tid är föremål för tvångsåtgärder

Patienten som är fastspänd

På fråga om vad klinikledningen ser som ett nästa steg i behandlingen av patienten uppgavs att målsättningen är att patienten ska kunna vara utan vantar och fixering av armar, men att de var osäkra på om det är möjligt. De vantar som han nu bär har utvecklats och tagits fram av kliniken. Patienten har under kortare stunder kunnat sitta i rullstolen utan att armarna varit fixerade, och han har sagt till när han inte klarat det längre. Han har även kunnat klara sig utan vantar under kortare stunder. På fråga om vad en patient kan samtycka till framhölls att patienten måste vilja bli av med vantarna och att man utgår från vad han själv vill. Armarna är fixerade för att han inte ska komma åt ögonen på sig själv. På fråga om vad som händer om armarna inte är fixerade uppgav ledningen att patienten aldrig har skadat sina ögon när han inte varit fixerad utan personal har snabbt kunnat ingripa och hindra en självskada.

JO:s medarbetare noterade att tvångsinjektioner ofta har getts i samband med förflyttningar och klinikledningen framhöll att man genom nya metoder lyckats göra förflyttningarna smidigare och har därmed har kunnat minska antalet tvångsinjektioner. Vidare framhöll man att injektionerna är en del av den vård patienten behöver och att de utgör en grund för tvångsvården.

Patienten som endast är inlåst under natten

JO:s medarbetare ställde frågan om hur klinikledningen bedömer patientens framsteg i behandlingen och vilken riskbedömning kliniken gör när man tar ut patienten på stan. I vårdplaneringen anges att målsättningen är att han ska fungera bättre på avdelningen, men går det i stället att förändra vårdmiljön så att den passar patienten bättre?

Klinikledningen uppgav att man tidigare gjorde ett försök med att ha patienten ensam på en separat enhet. För cirka ett år sedan lät man avskiljningen upphöra men det fungerade inte eftersom han ställde om dygnsrytmen. Personalgruppen har följt med patienten genom åren och han känner sig trygg med personalen och bestämmer själv när han vill vara inlåst. Han har varit på kliniken sedan 1986. Nuvarande ordning är den som har visat sig fungera bäst för honom. På fråga om varför patienten är placerad på enhet 30 där t.ex. det gemensamma utrymmet är litet svarade man att det är mer personaltätt på enhet 30 och att han behöver vara i en stimulifattig miljö med lugn och ro. När han mår bra kan personalen åka med honom till en affär, en restaurang eller ut i naturen. Då kan han röra sig fritt. Inför sommaren fick patienten veta att man skulle se hur han klarade av att möta ny personal i form av semestervikarier och att en positiv utveckling skulle kunna leda till att en förnyad planering för placering i hemkommun skulle kunna inledas.

Patienten som har en gallergrind

JO:s medarbetare ställde frågan till klinikledningen vad som avsågs när man till IVO framhöll att de framsteg som skett i vården av patienten kunde hänföras till de restriktioner han hade (IVO:s protokoll den 15 augusti 2016, dnr 8.5-9653/2016).

Klinikledningen uppgav att patientens sjukdomstillstånd i princip varit oförändrat sedan han kom till kliniken. Våldshandlingar mot personalen har dock blivit färre och han kan nu röra sig fritt med personalen. När han går genom dagrummet finns det alltid personal mellan honom och de andra patienterna.

Syssestättning och gemenskap på enhet 30

JO:s medarbetare redovisade iakttagelserna avseende vårdmiljön, t.ex. avsaknad av samtalsrum, att enheten är svåröverblickbar och har trånga gemensamma utrymmen dit patienterna är hänvisade när de inte vill vara på sina rum. Vidare noterades att patienterna endast får göra aktiviteter tillsammans med personal, t.ex. får de inte vara på promenadgården tillsammans med andra patienter utan de får gå ut ensamma eller med personal. I sammanhanget hänvisades till uttalanden av Europarådets tortyrkommitté vad gäller vikten av att det finns syssestättning och tillgång till terapi för patienter som vårdas mot sin vilja. Klinikledningen ombads lämna sin syn på patienternas låga syssestättningsgrad och bristen på gemensamma aktiviteter.

Klinikledningen hänvisade till en kommande aktivitetsmätning och att behandlingsteamet under hösten haft en ökad mängd gruppverksamhet, vilka dock endast i mindre utsträckning omfattat patienterna på enhet 30. Vidare uppgav ledningen att det under en längre tid har varit en speciell sammansättning av patienter på enhet 30 vilket bl.a. fått till följd att patienterna inte får vara i gymmet eller på rastgården tillsammans. Det finns dock inte något beslut eller andra avvägningar som ligger till grund för den patientsammansättning som blivit på avdelningen.

Med anledning av att det endast fanns en kvinna på enhet 30 uppgav klinikledningen att de anser att det fungerar bra att ha en kvinna placerad där och att de aldrig hade funderat över att en kvinna skulle ha behov av gemenskap med andra kvinnor. Ledningens uppfattning är att det är sammansättningen av patientkategorin som är viktig snarare än att det finns andra kvinnor på enheten. Ledningen underströk att det är viktigt att placera kvinnliga patienter i bostadsrum nära personalexpeditionen.

Kompletterande uppgift från kliniken efter inspektionen

Verksamhetschefen Ulf Björnfot har efter inspektionen kommit in med utdrag ur Protokoll (jämte beslutsunderlag) från Landstingsstyrelsens sammanträde den 16 februari 2015 (dnr LD15/00/190), Landstinget Dalarna, enligt vilket beslut fattats om att införa allmän inpasseringskontroll vid Rättspsykiatriska kliniken i Säter.

Vid protokollet

Ellen Ringqvist

Justeras den 15 maj 2017

Gunilla Bergerén

Uttalanden av JO Stefan Holgersson med anledning av inspektionen

Jag vill med anledning av de iakttagelser som redovisas i protokollet göra följande uttalanden.

Vårdmiljö, behandling och sysselsättning

Europarådets kommitté mot tortyr, CPT, har framhållit att en bra vårdmiljö och tillgången till såväl psykisk som somatisk behandling är viktiga förutsättningar för att minska risken för att patienter utsätts för omänsklig behandling och att patienter som en del av behandlingen bör få möjlighet att uttrycka sin personlighet genom individuell klädsel. CPT har även uttalat att patienterna bör ha tillgång till terapeutisk sysselsättning, samt att bemanningen och personalens kompetens ofta får stor betydelse för patienternas utbud av aktiviteter (CPT standards, CPT/Inf/E [2002] 1 – Rev. 2015, s. 50–54).

För patienter som är föremål för psykiatrisk tvångsvård är vårdmiljön av särskild betydelse eftersom patienterna i praktiken har sin bostad på vårdinrättningen och vårdmiljön blir en del av boendemiljön. Det är därför angeläget att vårdmiljön ägnas särskild uppmärksamhet vid planering av verksamheten. Jag noterar att på enhet 30 var fyra av de sju vårdplatserna i praktiken belagda med patienter som var föremål för avskiljande eller placerade i de särskilda rummen för avskiljande och fastspänning. Det i sig innebär ett begränsat umgänge mellan patienterna på enheten. Vidare är sysselsättningsgraden låg, de intagna på enheten beviljades inte frigång eller permission och de fick endast gå ut ensamma eller tillsammans med personal på promenadgården. Jag noterar att klinikledningen uppgett att patientsammansättningen inte varit föremål för överväganden vid placering av enskilda patienter vid enhet 30. Samtidigt hävdar kliniken att sammansättningen av olika patientkategorier på en enhet har stor betydelse för vårdmiljön.

Med anledning av vad som kommit fram rekommenderar jag klinikledningen att se över hur patienter på enhet 30 kan få utökade möjligheter till sysselsättning och en bättre daglig vårdmiljö.

När det gäller den demente patient som hade ett rum för avskiljning som sitt bostadsrum noterar jag att klinikledningen konstaterat att han behöver stimuleras och aktiveras för att inte bli orolig. Generellt kan det inte anses lämpligt att låta en patient bo en längre tid i en sådan avskalad miljö som ett avskiljningsrum utgör. Enligt min uppfattning bör personer som är dementa endast i undantagsfall vårdas inom den psykiatriska tvångsvården. Men för det fall det ändå förekommer ställer det höga krav på klinikens förmåga att tillgodose dessa patienters särskilda behov.

Jag rekommenderar kliniken att se över hur patienter får sina behov av stimulans och aktivitet tillgodosedda i längden. Vidare rekommenderar jag, i enlighet med vad CPT har uttalat, att patienter bör få möjlighet att uttrycka sin personlighet genom individuell klädsel.

Tvångsåtgärder

Beslut om avskiljande

Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar, och får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar (20 § första stycket LPT). Om det finns synnerliga skäl får ett beslut om avskiljning avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar (20 § andra stycket LPT).

JO har tidigare uttalat att tvångsåtgärder ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsynstagande till patienten så att han eller hon inte utsätts för en onödig kränkning av sin integritet. Under den tid som tvångsåtgärderna anses nödvändiga ska de utökas eller lindras allteftersom behovet förändras i det enskilda fallet. Det innebär att det måste ske en löpande bedömning av om förutsättningarna för tvångsåtgärden fortsatt föreligger (se JO 2015/16 s. 488, dnr 6615-2012). Bedömningen ska enligt 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355) dokumenteras i patientjournalen.

Av protokollet framgår att kliniken regelmässigt fattar beslut om avskiljande enligt 20 § andra stycket LPT utan att någon bestämd tid anges. Vidare framgår det att de läkarbedömningar som görs under den tid en patient hålls avskild inte dokumenteras.

Jag uppmanar kliniken att säkerställa att beslut om avskiljande fattas i enlighet med lagstiftning och att de läkarbedömningar som görs under denna tid dokumenteras i patientens journal (3 kap. 6 § patientdatalagen).

Särskilt om de patienter som varit föremål för tvångsåtgärder under lång tid

Jag kan konstatera att två av patienterna på enhet 30 hålls avskilda sedan många år. Dessa två patienter är dömda för brott och överlämnades till rättspsykiatrisk vård 1986 respektive 2003. En tredje patient som vårdas enligt LPT vistas på kliniken under förhållanden som är att jämföras med avskiljande och är mestadels fastspänd.

Det som kommit fram om dessa patienters levnadsförhållanden på kliniken väcker frågor avseende vilka andra alternativ för vård och behandling av dessa patienter som kliniken har övervägt. För att kunna säkerställa att dessa patienter får god vård rekommenderar jag kliniken att ta in oberoende experter. Detta är även en rekommendation som CPT på nytt påtalade vid sitt senaste besök i Sverige (CPT/Inf [2016] 1 s. 58).

Jag noterar i sammanhanget att IVO vid sin tillsyn funnit att det i samtliga dessa tre fall inte varit möjligt att upphöra med tvångsåtgärder och att man i ett av fallen konstaterat att åtgärderna inte är tillåtna. Det finns därför skäl för JO att fortsätta att följa hur de psykiatriska klinikerna hanterar dessa frågor och hur IVO utövar sin tillsyn. JO kommer att inleda en dialog med IVO om detta.

Information om patientens rättigheter

Av 30 och 48 §§ LPT samt 26 och 30 §§ LRV framgår vilken information som ska lämnas till en intagen patient. Journalen ska innehålla uppgift om när informationen har lämnats till patienten (2 § 20 i förordningen [1991:1472] om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård).

Vård enligt LPT och LRV innebär ett frihetsberövande och är ett allvarligt ingrepp i den personliga friheten. Det är därför angeläget att den som vårdas med stöd av dessa lagar får information om sina rättigheter så att han eller hon kan göra dessa gällande. Det som har kommit fram ger mig anledning att erinra om vikten av att kliniken uppfyller den ovan nämnda dokumentationsskyldigheten.

Jag vill också uppehålla mig vid följande: I de tillämpliga författningarna finns det inte något krav på att information till patienterna ska vara skriftlig. Med tanke på att patienterna kan ha svårt att ta till sig den information som lämnas initialt kan det enligt min mening vara lämpligt att det finns ett skriftligt informationsmaterial om de lagstadgade rättigheterna som ett komplement till att informationen lämnas muntligt. Jag ser positivt på att kliniken har skriftlig information som patienterna kan ta del av. Jag rekommenderar kliniken att komplettera det skriftliga materialet så att det innehåller all den information som enligt lagstiftningen ska lämnas till patienterna.

Beslutsjournaler

Rättspsykiatriska kliniken i Säter för separata beslutsjournaler manuellt på papper för patienter som vårdas med stöd av LPT och LRV. Vid inspektionen uppmärksammades att det för två patienter fanns brister i dokumentationen; bl.a. fanns en uppgift om när en avskiljning hade upphört och ett beslut att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationsmedel inte antecknat i beslutsjournalen. Utöver de nu nämnda bristerna noterar jag att de manuellt förda beslutsjournalerna har datumfält som i flera fall inte är ifyllda (t.ex. för information om rättigheter) och att det finns en rubrik som anger ”Tvångsåtgärder enl § 2a och § 2b (tvångsmedicinering)”.

Det finns i och för sig inte något krav på att de beslut som fattas i ärenden enligt LPT eller LRV ska tas in i en särskild beslutsjournal, men det kan underlätta överblicken av ärendet att så sker. För att en beslutsjournal ska fylla sin funktion är det viktigt att besluten är korrekt rubricerade och att beslutsjournalen används konsekvent. Jag rekommenderar klinikledningen att se över rutinerna för användningen av beslutsjournalerna.

Det framgår av protokollet att de observationsblad som förs vid tillsyn av patienter som hålls avskilda eller är fastspända sparas i en månad. Eftersom det bl.a. kan finnas skäl att i efterhand kontrollera att personal har haft tillsyn över patienten, och att eventuellt inhämta upplysningar från berörd personal, är det enligt min mening lämpligt att det i patientjournalen dokumenteras vem eller vilka som har

haft tillsyn över patienten samt under vilken tidsperiod. Jag förutsätter att klinikledningen säkerställer att så sker innan observationsbladen gallras.

Allmän inpasseringskontroll

Enligt 8 b § LRV får vårdgivaren besluta att alla personer som passerar in i inrättningen eller på avdelningen ska kroppsvisiteras (allmän inpasseringskontroll).

Landstinget Dalarna har beslutat att införa allmän inpasseringskontroll på kliniken. Eftersom det finns en enhet på kliniken som är i säkerhetsklass 3, dvs. inte omfattas av beslutet, vill jag understryka att patienter och besökare till den enheten inte kan bli föremål för en sådan allmän inpasseringskontroll.

Säkerställ juridisk kompetens på kliniken

Klinikledningen har framhållit att de saknar juridisk kompetens. Jag förutsätter att landstinget vidtar erforderliga åtgärder för att tillgodose behovet av juridisk kompetens.

Kroppsvisitation och postgranskning

Med anledning av att IVO har en pågående granskning av klinikens rutiner för kroppsvisitation och postgranskning gör jag här inte några särskilda uttalanden i dessa frågor.

Särskilt initiativärende

Mot bakgrund av att det vid inspektionen kom fram att en patient hållits avskild under en tid då det inte fanns något beslut om tvångsvård av honom beslutade jag den 2 november 2016 att öppna ett särskilt ärende för att granska saken (dnr 6694-2016). I övrigt föranleder protokollet inte några uttalanden från min sida.

2017-05-15

Stefan Holgersson