

## **Opcat-inspektion av Region Jämtland Härjedalen, Östersunds sjukhus, Område Psykiatri, Avdelningarna 3A, 3B och 4A den 11–12 mars 2015**

---

### **Inspektionens genomförande**

Den 11–12 mars 2015 genomförde enhetschefen Gunilla Bergerén, tillsammans med föredragandena Elisabeth Sjöblom, Lars Olsson och Ellen Ringqvist (protokollförare) en förannmäld inspektion av avdelningarna 3A, 3B och 4A vid Östersunds sjukhus.

Inspektionen inleddes med att JO:s medarbetare togs emot av centrumchefen Håkan Gadd, chefsöverläkaren Sverker Svenson, överläkaren Dimosthenis Syriopoulos, enhetschefen Cecilia Söderman, avdelningsledarna Therese Högberg och Anette Fundin Persson, förbättringscoachen Marie Pålsson samt sekreteraren Eva Ygberg. Därefter förevisades avdelningarna. JO:s medarbetare granskade vissa handlingar avseende bl.a. riktlinjer för tvångsåtgärder, rutiner, avvikelserapporter, beläggningslistor, beslutsmallar, samt information som lämnas till patienter. Även stickprovsvis granskning av patientjournaler i datasystemet VAS och en översiktlig genomgång av ett antal patientjournaler genomfördes.

Samtal fördes med nio patienter, varav sju kvinnor, samt med sex av de anställda.

Inspektionen avslutades med att JO:s medarbetare gick igenom iakttagelserna med centrumchefen Håkan Gadd, chefsöverläkaren Sverker Svenson (deltog under en kort del av genomgången), enhetscheferna Cecilia Söderman och Håkan Löfvenberg, avdelningsledaren Therese Högberg, förbättringscoachen Marie Pålsson, samt sekreteraren Eva Andersson och Ulrika Eriksson från centrumstaben.

## Syftet med inspektionen

Inspektionen är en del av JO:s verksamhet för att förebygga tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning av frihetsberövade personer, Opcat-verksamheten.<sup>1</sup> Denna har under 2015 ett tematiskt fokus på situationen för frihetsberövade kvinnor.

## Uttalanden av JO Wiklund med anledning av inspektionen

I slutet av protokollet finns uttalanden av JO Lilian Wiklund.

## Information om organisationen

### Storlek och uppdrag

De allmänpsykiatriska avdelningarna är inrymda i samma byggnad och är fördelade på flera våningsplan. Det finns totalt 50 slutenvårdsplatser fördelade på fem avdelningar i säkerhetsklass 3.

Regionen ska ansluta sig till Tobacco Endgame vilket bl.a. innebär att man ska verka för ett rökfritt län och rökfria arbetsplatser.

### De inspekterade avdelningarna

På de tre allmänpsykiatriska avdelningarna som var föremål för inspektion var 26 patienter inlagda vid inspektionens inledning. 15 patienter vårdades med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. 2 patienter vårdades med stöd av lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk tvångsvård, LRV. Övriga patienter vårdades enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL.

Av de 15 LPT-patienterna var 10 kvinnor.<sup>2</sup> Den äldsta LPT-patienten var 64 år, den yngsta var 19 år.

Avdelningarna 3A, 3B och 4A har 10 vårdplatser vardera.

### Avdelning 3A

Avdelningen tar emot patienter som är särskilt vårdkrävande, samt patienter som är dömda till rättspsykiatrisk vård. Vid tidpunkten för inspektionen var 16 patienter inskrivna på avdelningen, varav 10 var inlagda. Av dessa

---

<sup>1</sup> Opcat är den engelska förkortningen av tilläggsprotokollet till FN:s tortyrkonvention, Optional Protocol to the Convention against Torture. Länder som anslutit sig till Opcat har förbundit sig att inrätta ett så kallat nationellt besöksorgan som regelbundet besöker platser där personer kan hållas frihetsberövade. I Sverige har JO tilldelats detta uppdrag. Information om JO:s Opcat-verksamhet återfinns på [www.jo.se](http://www.jo.se).

<sup>2</sup> Det var en majoritet kvinnliga patienter på alla avdelningar i alla patientgrupper. Av de 26 patienter som var inlagda på avdelningarna vid inspektionen var 9 män.

vårdades 7 med stöd av LPT och 2 med stöd av LRV (med särskild utskrivningsprövning). Den patient som hade vårdats längst tid med stöd av LPT blev intagen den 18 februari 2010.

### **Intagningsavdelning 3B**

Avdelningen tar emot patienter för akut psykiatrisk slutenvård. Enligt en särskild överenskommelse med Barn- och ungdomspsykiatri, BUP, svarar avdelningen även för BUP akutverksamhet under jourtid (kl.19–8 alla dagar) samt för BUP slutenvård. Vid tidpunkten för inspektionen var 10 patienter inskrivna på avdelningen, varav 6 var inneliggande. Av dessa vårdades 2 med stöd av LPT.

### **Avdelning 4A**

Avdelningen tar emot patienter som har en psykosjukdom, en psykisk funktionsnedsättning eller en ätstörningsproblematik. Vid tidpunkten för inspektionen var 17 patienter inskrivna på avdelningen, varav 10 var inneliggande. Av dessa vårdades 6 med stöd av LPT. Den patient som hade vårdats längst tid med stöd av LPT blev intagen den 28 maj 2013.

### **Beläggning och vårdtider**

Den genomsnittliga beläggningen under 2014 var 84,8 procent, 70 procent vårdades enligt HSL och 30 procent vårdades med stöd av LPT eller LRV.

Enligt Socialstyrelsens statistik om psykiatrisk tvångsvård hade regionen, jämfört med övriga landsting och regioner, lägst antal patienter per 1000 invånare som vårdades med stöd av LPT under år 2013<sup>3</sup>.

Både kvinnor och män vårdas på avdelningarna. Enligt klinikledningen medför det inte något problem. Kvinnliga patienter placeras inte tillsammans med patienter som är dömda för sexuellt våld.

Regionen har lägst antal patienter i landet som blir återinskrivna inom en tid upp till sex månader. Förklaringen är enligt ledningen långa vårdtider, bra planering inför utskrivning och ett fungerande samarbete med öppenvården.

### **Överbeläggning**

De inspekterade avdelningarna hade sedan ett par månader överbeläggningar varje vecka, vilket medfört att patienter placerats i samtalsrum.

Personalen uppgav att det pågick en diskussion om en neddragning av antalet vårdplatser på avdelningarna 3A och 4A, vilket kan medföra att det blir vanligare med överbeläggningar.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup><http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2014december/flertvangsatgarderforkvinnor>

## **lakttagelser vid inspektionen**

Den fysiska miljön på avdelningarna

### *Bostadsrum och toalett/dusch*

Alla patienter har eget rum som de kan låsa (självlåsandet på avdelning 3A). De flesta delar toalett/dusch med en annan patient. Enstaka rum har egen toalett/dusch. Fönstren har persienner men saknar gardiner. Det går att se in från intilliggande byggnad. Sommartid kan det bli mycket varmt på avdelningarna. Klinikledningen funderar därför på att sätta upp en solfilm som skydd mot insyn och värme. Personalen lämnar ut duschslang vid behov och efter en säkerhetsbedömning. Patienterna kan låsa om sig på toaletten.

Patienterna får ha egna saker i bostadsrummen och de får ha sina egna kläder.

På avdelning 3B finns larmklocka i rummen.

JO:s medarbetare fann att bostadsrummen höll en god standard.

### *Gemensamma utrymmen*

Avdelningarna har likartade planlösningar med ett eller två besöks-/samtalsrum, ett behandlingsrum, ett matrum, ett dagrum (med motionscykel) och ett rökrum.

På avdelning 3A finns ett patientkök och en tvättstuga som kan bokas av patienterna. Där finns även ett biljardbord, ett pingisbord och en darttavla.

En del av dagrummet på avdelning 4A har en inglasad balkong där stora fönster kan öppnas.

JO:s medarbetare fann att lokalerna har generösa gemensamhetsutrymmen som var rena och fräscha.

### *Familjerum*

Det finns ett särskilt barnanpassat familjerum som kan disponeras vid besök av patienter på samtliga avdelningar. Det ligger i samma korridor som administrationen (ett resp. två våningsplan ner från vårdavdelningarna).

---

<sup>4</sup> Avdelning 3A har enligt uppgifter i Östersundsposten (ÖP) varit stängd sedan den 1 juni 2015. Beslut om eventuell permanent stängning ska fattas i december (ÖP 150427 och 150917) <http://www.op.se/allmant/jamtland/vardavdelning-i-ostersund-kan-stangas-permanent>. Att avdelningen är stängd framgår inte av regionens webbplats (senast uppdaterad 121130).

### *Rökrum*

Enligt personalen öppnas rökrummen en gång varje timme. Rummen var under en period stängda. Patienterna fick då gå ut med personal och röka på gatan, vilket resulterade i att några patienter avvek.

Flera patienter uppgav att det luktar rök på avdelning 4A eftersom dörren till rökrummet ofta är halvöppen. JO:s medarbetare konstaterade att så var fallet även vid inspektionen.

### **Säkerhet och rutiner**

#### *Dokumentation*

Vid inspektionen pågick ett arbete med att byta journalsystem från VAS till Cosmic, som skulle tas i bruk från och med den 18 mars 2015.

Personalen för en separat beslutsjournal manuellt på papper för patienter som vårdas med stöd av LPT och LRV.

JO:s medarbetare noterade att det fanns en avvikelserapport om bristande dokumentation av ”utevistelse/permissioner” i beslutsjournalen för flertalet patienter. I den utredning som gjorts på grund av avvikelserapporten konstateras att gällande rutin inte har följts och att rapportören ska se till att ”överläkaren skriver i det som saknas”.

#### *Placering av patienterna*

På avdelning 3A placeras nya patienter där det finns ett ledigt rum.

På avdelning 3B placeras kvinnliga patienter i möjligaste mån i rum så att de kan dela toalett/dusch med andra kvinnor. Vid behov kan patienter få byta rum för att tillgodose detta. Personalen diskuterar gemensamt placeringen utifrån bl.a. behov av tillsyn.

På avdelning 4A placeras patienterna i möjligaste mån så att de kan dela toalett/dusch med en patient av samma kön. Placering bestäms även utifrån behov av tillsyn och/eller egen toalett/dusch. Vidare försöker personalen undvika att lägga patienter med åtstörningar tillsammans.

Personalen uppgav att platsbristen under senare tid medfört att samtliga kategorier av patienter (vård enligt HSL/LPT/LRV) kan förekomma på alla tre avdelningarna, eftersom de placeras där det finns en ledig plats, och att det fungerat bra.

#### *Tillsyn*

Av arbetsordning resp. rutiner för avdelning 3B och 4A framgår att patienterna ska få tillsyn kl. 22, 2 och 6, såvida inte annat har bestämts av läkare.

## Bemanning, kompetens och bemötande

Personalgruppen på avdelningarna består av överläkare, underläkare, sjuksköterskor och skötare. Vidare finns tillgång till kurator, psykolog, arbetsterapeut och sjukgymnast. Cirka 65 procent av de anställda är kvinnor.

Dagtid tjänstgör normalt minst fyra personer, varav minst en sjuksköterska. Kl. 3–7 är minimibemanningen tre personer; en sjuksköterska och två vårdare. En sjuksköterska är ansvarig för tre avdelningar (3A, 4A och 4B) på natten. Bemanningen på natten utökas om det finns patienter som behöver ständig eller extra tillsyn. Bemanningen är lägre under storhelger.

### *Arbetsledning på avdelningen*

Varje avdelning har en avdelningsledare (sjuksköterska) som har ansvar för övergripande omvårdnadsfrågor och som leder det dagliga arbetet på avdelningen. Denna ska se till att varje arbetspass är rätt bemannat och ska vid behov kontakta bemanningsassistenten som tar in vikarier.

Enligt klinikledningen är det låg omsättning på personal men brist på sjuksköterskor – på avdelning 3B fanns det fem vakanta tjänster. Det medför att sjuksköterskorna behöver arbetsleda mer och får mindre tid för varje patient. Det har enligt ledningen inte medfört fler klagomål på vården eller längre vårdtid för patienterna.

### *Synpunkter från personalen*

Personalen uppgav att de alltid försöker få en bra könsfördelning på arbetspassen men att det alltid är för få män. Det gäller särskilt kategorin sjuksköterskor. Nyanställd personal får gå bredvid under minst tre dagar. Det har under perioder varit för låg bemanning, särskilt vad gäller sjuksköterskor. En del anställda har mått dåligt på grund av det och många har varit sjukskrivna. Framst under kvällar och nätter har skötare fått administrera läkemedel genom ”handräckning”. Såväl sjuksköterskor som skötare har fått ta ett större ansvar för t.ex. dokumentation vilket medfört att de inte haft lika mycket tid för varje patient. Det har även varit viss omsättning av allmäntjänstgörande läkare. Brist på personal kan medföra att patienterna inte får den hjälp de behöver och att personalen drabbas av stressrelaterade problem. Det förekommer diskussioner om att minska antalet vårdplatser.

### *Synpunkter från patienterna*

Flera av patienterna uppgav att de får ett bra bemötande av personalen, men de påtalade att personalen använder deras möjlighet att få komma ut som ett påtryckningsmedel för att de ska ”sköta sig”. Det förekommer även att personalen indirekt hotar med repressalier om de inte sköter sig och hotar med tvångsåtgärder om de inte frivilligt t.ex. tar sin medicin. En patient uppgav att hon blev ”behandlad som en förståndshandikappad och som om hon var i förskolan”.

Flera av patienterna uppgav att de var trygga med personalen och de andra intagna. Tre patienter uppgav dock att de inte kände sig trygga med personalen, och en av dem kände sig inte heller trygg med de andra patienterna.

## Kontaktperson och patientens kontakt med läkare

### *Kontaktperson*

Varje patient har minst en kontaktperson (alla undersköterskor och vårdare) och en–två patientansvariga sjuksköterskor. Kontaktpersonen deltar i planeringen för patienten tillsammans med kurator, läkare och företrädare för socialtjänsten och särskilda boenden.

### *Patientens kontakt med läkare*

Överläkarna går rond varje dag och normalt innebär det en diskussion gruppvis om patienterna med personalen, men utan att överläkarna träffar patienterna. Patienternas frågor och framförda behov lämnas via kontaktpersonerna till överläkarna.

Personalen uppgav att det oftast är underläkarna som tar hand om patienternas somatiska besvär och medicinremitter.

### *Synpunkter från patienterna*

En patient uppgav att hon haft flera kontaktpersoner och att hon inte vet vem som är hennes nuvarande. En annan uppgav att hennes kontaktperson alltid är upptagen.

## Intagning, information och vårdplan

### *Intagning*

Personalen uppgav att patienter inledningsvis normalt placeras på avdelning 3B som är en akutmottagning. Undantaget är patienter som är kända sedan tidigare och därför kan placeras direkt på någon av de andra avdelningarna. En mottagningssköterska håller ett ankomstsamtal. Om en person som söker vård inte är inskriven och inte har träffat någon läkare kan han eller hon vid behov erbjudas att frivilligt stanna över natten för att få träffa en läkare morgonen efter. I sådana fall tydliggör personalen alltid att kvarstannandet är frivilligt.

### *Information*

Personalen uppgav att information om rättigheter ska lämnas till patienten i samband med att en läkare fattar beslut om intagning enligt LPT/LRV och denne ska dokumentera beslutet i den separata beslutsjournalen.

Vid rundvandringen noterade JO:s medarbetare att avdelningens dagliga rutiner och regler ligger i bostadsrummen, att informationsbladet Psykiatrisk tvångsvård – information till dig som vårdas enligt lagen om psykiatrisk

tvångsvård<sup>5</sup> fanns tillgängligt på alla avdelningar, samt att LPT och LRV var anslagna.

#### *Anlitande av tolk*

Enligt personalen anlitas telefontolk vid behov.

En intagen uppgav att hon inte haft tolk i samband med intagningsamtalen och att hon haft svårt att förstå vad som sas. Det framgick vid kontroll av journalen att hon inte haft tolk vid intagningen.

#### *Synpunkter från patienterna*

Flera patienter uppgav att de inte kom ihåg vilken information de fick i samband med intagningen, och några av dem uppgav att de fått information om sin rätt att överklaga intagningsbeslutet först dagen efter. Flera patienter uppgav att de hade en stödperson, men några sa att de inte visste vad det innebär. Flera patienter uppgav att de inte kände till sin vårdplan.

En patient uppgav att hon vid ankomsten till avdelningen fick en broschyr om LPT och dagliga rutiner. Först någon dag efter beslutet om intagning fick hon information om att hon kunde överklaga beslutet. Efter en vecka fick hon ett informationsblad om stödperson, men ingen berättade för henne vad det innebär.

JO:s medarbetare granskade den nyssnämnda patientens beslutsjournal och fann att det där framgick att beslut om kvarhållande fattades första dagen och beslut om intagning dagen efter. Såvitt framgick av journalen fick hon information enligt 30 och 48 §§ LPT åtta dagar efter beslutet om intagning.

#### **Kontakt med omvärlden**

##### *Telefon och dator*

Personalen uppgav att de flesta patienter får ha sin egen mobiltelefon och dator på avdelningarna, och att det är ovanligt med beslut om inskränkningar avseende användning av dessa. Användningen kan dock vara begränsad till vissa tider. Patienterna kan använda avdelningarnas telefoner, och behovet av att kunna tala ostört med t.ex. myndigheter tillgodoses enligt personalen. Det är dålig täckning på det nätverk som patienterna nu kan använda, men det kommer att förbättras när det nya journalsystemet Cosmic tas i bruk. Patienterna kan även använda sjukhusbibliotekets dator.

---

<sup>5</sup> Framtagen av Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH, ett nätverk av patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området) och Sveriges Kommuner och Landsting.



*Besök*

Av den information som lämnas till patienterna på avdelningarna framgår att besökstiden är kl.13–20 eller enligt överenskommelse. Det förekommer att patienterna får ha besökare på sina rum.

Personalen uppgav att det är vanligt att stödpersoner besöker avdelningarna.

*Post*

Personalen uppgav att det är ovanligt att patienterna får post. Personalen öppnar aldrig patienternas brev. De kände inte till om det finns någon rutin för posthantering.

*Synpunkter från patienterna*

Flera patienter uppgav att de hade sin egen mobiltelefon på avdelningen.

En patient uppgav att hon under perioder inte har fått ta emot besök.

Flera patienter uppgav att de har fått post som de fått öppna själva.

*Möjlighet till utomhusvistelse*

Avdelningarna 3A och 3B har altaner i anslutning till avdelningarna. Det råder rökförbud där och det finns inte något skydd mot dåligt väder. Altanen som tillhör avdelning 3A är avskärmd till skillnad från den som tillhör 3B. Det innebär att endast patienter som inte är suicidala får komma ut där. Patienterna får komma ut på altanerna så ofta som möjligt när vädret tillåter. Det finns inte några ytterkläder eller skor att låna på avdelningarna.

Enda möjligheten till utomhusvistelse för patienter på avdelning 4A är promenad med personal.

*Synpunkter från personalen*

Personalen uppgav att det är läkaren som beslutar om utomhusvistelse och att det ska dokumenteras i VAS. Vidare uppgav personalen att det finns patienter som vårdas enligt HSL som inte får gå ut.

Personalen uppgav att de uppmuntrar de intagna att gå ut och att de försöker ta ut patienterna på promenad för att uträtta ärenden eller göra hembesök. Om bemanningen medger det kan de vara med patienter på altanen eller göra utflykter med några av dem. Det finns inte någon generell karenstid för att få komma ut, men utomhusvistelse är inte heller något som generellt erbjuds. På en avdelning med en blandad kategori av patienter (HSL/LPT/LRV) är det svårare att göra gemensamma utflykter.

*Synpunkter från patienterna*

En patient (A) uppgav att hon under tre månaders tid inte fick komma ut på altanen, och att hon under vissa perioder inte heller fick komma ut på promenad på grund av att hon inte skötte sig. En annan patient (B) uppgav att hon hade tillstånd att få komma ut med personal två timmar dagligen, men att personalen

ofta inte hade tid att gå ut med henne. Hon hade därför inte varit utomhus under de senaste tio dagarna före inspektionen.

JO:s medarbetare fann vid granskning av A:s journal anteckningar om att utomhusvistelse med personal varit villkorat av att patienten ”försörjer sig adekvat vad gäller nutritionen”, ”inte ätit alltför dåligt” samt ”ätit relativt väl dessförinnan”.

### Sysselsättning

På avdelning 3A kan patienterna spela biljard och pingis, träna på motionscykel och spela kort. Vid inspektionen var tre av patienterna (LRV och LPT) under dagtid på arbete, i skola eller med sina hästar. På avdelning 3B tittar patienterna mest på tv, och de har tillgång till tidningar. På avdelning 4A fanns tidigare möjlighet för patienter att gå till ett gym, men den möjligheten har utgått på grund av minskad efterfrågan.

### *Synpunkter från personalen*

Personalen uppgav att möjligheten till arbetsterapi har försämrats. Det finns ett samarbete med kommunens omsorgsverksamhet för arbetsträning men det är längesedan någon patient deltog.

### *Synpunkter från patienterna*

En patient på avdelning 4A uppgav att det inte finns något meningsfullt att göra. Hon hade blivit nekad att få låna böcker och filmer från andra avdelningar.

### Tvångsåtgärder

Enligt Socialstyrelsens statistik om psykiatrisk tvångsvård hade regionen, jämfört med övriga landsting och regioner, lägst antal tvångsåtgärder per 1000 invånare under år 2013.<sup>6</sup>

Enligt en medicinsk rutin<sup>7</sup> ska tvångsåtgärder registreras i VAS. Vidare dokumenteras beslut om tvångsåtgärd med stöd av 18–23 §§ LPT och 8 § LRV i den separata beslutsjournalen.

### *Projekt*

Klinikledningen uppgav att regionen följer den s.k. PRIO-överenskommelsen som innebär riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Avdelning 3A deltog under år 2014 i SKL:s utvecklingsprogram Theta<sup>8</sup> för att få till stånd ett

---

<sup>6</sup> <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2014december/flertvangsatgarderforkvinnor>

<sup>7</sup> Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, 09795-1, gällande från 2012-10-17

<sup>8</sup> Se SKL:s webbplats;

<http://skl.se/halsasjukvard/psykiskhalsa/battrevardmindretvang.469.html>

förbättringsarbete i syfte att minska användningen av tvångsåtgärder. All personal inom slutenvården har fått en basutbildning inom ramen för utvecklingsprogrammet. Fokus låg på bemötande av patienterna och deras delaktighet, bl.a. genom att man använde den särskilda genombrottsmetoden. Även anhöriga deltog i projektet som handlar om att förändra hur personalen bemöter patienterna. Nu fortsätter del 2 i förbättringsarbetet på avdelning 3A genom vilket personalen ska få en ökad kunskap om vård av bl.a. självskadepatienter. En särskild projektledare har ett uppdrag att på heltid vara kontaktperson för sådana patienter. Mätningar görs genom enkäter och intervjuer.

Klinikledningen uppgav att de i Theta-projektet uppmärksammade att tvångsåtgärderna inte alltid är dokumenterade i VAS. Med Cosmic kommer statistik att kunna tas fram maskinellt till skillnad från vad som har varit möjligt med VAS. Den rapportering av tvångsåtgärder som enligt lag ska lämnas till Inspektionen för vård och omsorg sparas inte särskilt på kliniken.

#### *Kompetensutveckling*

Klinikledningen uppgav att all personal har fått delta i en basutbildning (Dialektisk Beteende Terapi) som går ut på att genom teori och praktik öka förmågan att hantera svåra samtal och att bemöta personer som är i känslomässig obalans. Syftet med utbildningen är att antalet tvångsåtgärder ska minska.

En ”säkerhetsvecka” genomförs för all personal en gång per år. Den omfattar såväl praktiska som teoretiska moment. Syftet är att personalen ska arbeta på ett sätt som förbättrar patienternas upplevelse av tvångsåtgärder, samt att öka kunskapen om, och förbättra kvaliteten vid användningen av tvångsåtgärder.

#### *Kroppsvisitering och ytlig kroppsbesiktning*

För klinikens slutenvård finns en rutin, Regler för visitering<sup>9</sup>, och det finns en lokal visiteringsrutin på avdelning 3B<sup>10</sup> som innebär att alla patienter ska kroppsvisiteras vid inskrivning på avdelningen. Om patienten vägrar ska läkare tillkallas för ställningstagande till intagningsbeslut enligt LPT. Av visiteringsrutinen framgår att även en ytlig kroppsbesiktning ska göras när en patient med bedömd suicidrisk ska skrivas in. Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning ska utföras av två i personalen i patientens rum, och personalen ska vara av samma kön som patienten.

---

<sup>9</sup> Version 0.102

<sup>10</sup> Fastställd 2010-01-26, rev. 2012-01-16

Vid en stickprovskontroll i VAS kunde JO:s medarbetare inte finna något beslut om kroppsvisitation och/eller ytlig kroppsbesiktning.

### *Bältesläggning*

Av klinikens riktlinjer<sup>11</sup> framgår bl.a. att bältesläggning får ske efter ”ordination” av läkare, såvida det inte sker i nödvärn. I första hand ska midjebälte användas. Fem-punkts-bälte ska endast användas i undantagsfall och då efter bakjournbeslut. I ”ordinationen” ska då framgå hur patienten ska fixeras. En sjuksköterska (benämnd ledare) ska ansvara för samordningen och organisationen, och det behövs fem anställda med kunskap och erfarenhet av bältesläggningar. Det är ”ordinerande” läkare som ska ansvara för att informera patienten om orsak och genomförande. Ledaren ska ansvara för att utse en i personalen som efteråt (helst inom ett dygn) går igenom händelsen med patienten. Utsedd personal bör ha varit med vid bältesläggningen. Personalen ska bl.a. fråga hur patienten mår, låta patienten berätta om sin upplevelse av händelsen, förklara varför åtgärden vidtogs, och diskutera patientens önskemål om en liknande händelse skulle inträffa igen.

I riktlinjernas avsnitt 2.2 anges följande om Information till patient:

Ordinerande läkare är ansvarig för att informera patienten om orsak och genomförande av bältesläggningen. Om läkaren inte är personligen närvarande ges denna information av ledaren.

1. Informationen omfattar (ge så mycket av informationen som är relevant för situationen):

- Att patientens beteende av säkerhetsskäl inte accepteras.
- Att läkare har ordinerat bältesläggning.
- Att patienten kommer att läggas och spännas fast i bältessäng och ha en personal hos sig i rummet.
- Att patient fortfarande har möjlighet att själv lägga sig i bältessängen. Om patienten inte inom några minuter går med på detta anses frågan slutdiskuterad och bältesläggningen genomförs. Endast läkare kan häva ordinationen efter att den är given.

Vid rundvandringen fick JO:s medarbetare se ett särskilt rum för bältesläggning – med en golvfast säng och tillhörande toalett/dusch – på avdelning 3A.

Personalen uppgav att de andra avdelningarna använder en mobil bältessäng som placeras i patientens rum. Bältesläggning förekommer sällan. Det har förekommit att bältesläggning skett i en korridor, men det är väldigt ovanligt.

---

<sup>11</sup> Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid bältesläggning, version: 0.101, reviderad 2012-10-16

Vid granskning av avvikelserapporteringar noterade JO:s medarbetare att en patient hade varit fastspänd och blivit tvångsinjicerad utan att det var beslutat av läkare.

#### *Tvångsinjicering*

Av klinikens riktlinjer<sup>12</sup> framgår bl.a. att åtgärden ska ”ordineras” av läkare och att det vanligtvis behövs fyra anställda med viss erfarenhet av tvångsinjektionssituationer. ”Ordinerande” läkare eller sjuksköterskan ska ha informerat patienten om vad som ska ske och varför.

#### *Avskiljning*

Klinikledningen uppgav att samtliga avdelningar har lokaler för avskiljning.

JO:s medarbetare fann en avvikelserapport med följande anteckning för en patient som varit ”bältad i midjan”, och blivit tvångsinjicerad:

Chöl Sverker Svensson upplyser om att pat endast får vistas innte på sitt rum samt toalett tom dagen efter till frukost.

JO:s medarbetare kunde vid en granskning av dokumentationen inte finna att något beslut om avskiljning hade fattats i detta fall.

#### *Behandling med ECT (elchocker)*

Vid det inledande mötet uppgav klinikledningen att någon behandling med ECT inte har förekommit på avdelningarna 3A och 4A under 2014.

#### *Synpunkter från personalen*

Personalen uppgav att alla tvångsåtgärder ska rapporteras som avvikelser. Det finns mallar för uppföljningssamtal med patienter och personal, men det finns inte någon rutin för hur erfarenheterna ska tas om hand. Tvångsåtgärder mot kvinnor har minskat. Rutinen för dokumentation av tvångsåtgärder är inte känd av alla. Tvångsåtgärder vidtas ofta som nödrätt för att skydda en patient från att skada sig själv. Personalen anser att de har svårast att hantera patienter som skadar sig själva.

Det är mycket sällan som kroppsvisitering och kroppsbesiktning vidtas av en redan inskriven patient. Tillhörigheter som omhändertas ska dokumenteras i en förteckning som signeras av personal och patient.

Även tvångsinjektioner är sällan förekommande. Patienten får alltid en möjlighet att välja att gå med på frivillig injicering.

---

<sup>12</sup> Kliniska riktlinjer för omvårdnad vid tvångsinjektion, version 0.101

Personalen uppgav att det sällan förekommer avskiljningar. Det händer att patienter blir tillsagda att gå till sitt rum och stanna där. Det innebär dock inte att de handgripligen skulle föras tillbaka till rummet om de inte hörsammar detta.

Personalen berättade att en patient som vårdades med stöd av LPT på avdelning 4A fått ECT-behandling i början av 2015. Sjukhuset har en särskild lokal på bottenvåningen som är speciellt anpassad för ändamålet och som har vilrum, behandlingsrum och en uppvakningsdel. Behandlingen utförs av särskilt utbildad personal, och det är alltid en narkosläkare närvarande.

Projektarbetet som bedrivits (Theta) har fått effekt på hur de bemöter patienterna och fokus är nu mer på patienternas självbestämmande. Det finns även fyra personer som har ansvar för säkerhetsutbildningen.

Önskemål framfördes om vidareutbildning i bl.a. sjukdomslära, kognitiv metodik och farmakologi. Personalen uppgav även att det vore bra med en särskild vidareutbildning för skötare.

#### *Synpunkter från patienterna*

En patient berättade att hon vid upprepade tillfällen blivit bälteslagd. Vid samtal med JO:s medarbetare berättade hon om sin upplevelse av en bältesläggning och tvånginjicering som skedde i februari 2014. Efter bältesläggningen hade hon ont i kroppen och hon kunde inte prata på två veckor efter denna händelse. Hon blev nekad att få bli undersökt av läkare för sina somatiska besvär.

Av den upprättade avvikelserapporten för händelsen framgår att bältesläggningen föregicks av att patienten vägrade att ha manlig personal hos sig under den ständiga tillsynen. Patienten fick besked av personalen att hon inte fick välja personal. I utredningen kommenteras att händelsen hade kunnat undvikas om kvinnlig personal hade suttit hos patienten, och att rätt bemötande ibland kan rädda en ångestfylld situation.

Med anledning av ovan redovisade bältesläggning granskade JO:s medarbetare patientens journal.

En annan patient uppgav att hon blivit tvånginjicerad vid två tillfällen. Vid första tillfället var hon fasthållen och sex-sju vårdare deltog. Hon fick aldrig något efterföljande samtal med personalen. JO:s medarbetare noterade att den andra tvånginjektionen inte fanns dokumenterad i patientens beslutsjournal. Det framgick inte heller vare sig där eller i VAS vilka personer som deltog vid de båda tillfällena.

## Övrigt

### *Patienter under 18 år*

I regionens patientsäkerhetsberättelse för 2014<sup>13</sup> nämns bristen på slutenvård inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) som en patientsäkerhetsrisk:

Bristen på slutenvårdsplatser inom BUP generellt i landet och på vuxenpsykiatri i regionen gör samarbetet svårt och konfliktartat mellan medarbetare och kvaliteten på patientvården sviktande.

Enligt klinikledningen är det inte någon bra lösning att patienter under 18 år placeras på avdelning 3B, men det fungerar generellt bra. Det rör sig om relativt få patienter per år. Varken lokalerna eller personalgruppen är anpassade för den åldersgruppen, men det medför inte att extra personal sätts in. Ofta får de anhöriga en extrasäng i bostadsrummet. Det är dock kliniken som ansvarar för tillsyn och omvårdnad.

Personalen uttryckte att de anser att det är fel att barn vårdas på en vuxenpsykiatrisk avdelning. Att barn vårdas innebär inte att avdelningen får någon extra bemanning. Däremot blir det fler personer på avdelningen eftersom föräldrarna ofta får stanna med barnet. Vistelsetiden för barn är ofta längre (ibland några veckor) än för genomsnittet av patienter.

### *Sexuella relationer mellan patienter*

Enligt klinikledningen är det inte tillåtet med sexuella relationer mellan patienter, och det förekommer extremt sällan. De har dock hänt att patienter har fått byta avdelning av detta skäl. Patienter får vistas i varandras rum så länge rumsdörren är öppen.

### *Suicidprevention*

Regionen har gjort en Fördjupad analys av suicid inom JLL, 2012–2013. Den föranleddes av att regionen sedan många år haft fler självmord per 100 000 i befolkningen än riket i övrigt. Analysen omfattade 15 fall (7 kvinnor, 8 män i åldrarna 16–77 år) där patienten haft vårdkontakt inom 4 veckor före självmordet. 11 av patienterna vårdades vid tillfället inom psykiatrisk öppenvård, och 4 inom primärvård. Analysen visade bl.a. att suicidriskbedömningarna i endast två fall var utförda enligt gällande rutin. Den mest frekvent förekommande bakomliggande orsaken bedömdes i händelseanalyserna vara bristande följsamhet till vårdprogram för suicidprevention inkluderande bristfällig suicidriskbedömning och/eller bristande dokumentation av suicidriskbedömning. Även avsaknad av vårdplaner, bristande samverkan mellan primärvård och psykiatri, bristande

---

<sup>13</sup> Patientsäkerhetsberättelse 2014, Region Jämtland Härjedalen, Centrum barn, kvinna och psykiatri, version 1

information och samverkan med anhöriga och bristande läkarkontinuitet lyfts fram.

Av patientsäkerhetsberättelsen för 2014 framgår bl.a. att patientjournaler granskas två gånger per år avseende vårdplaner för tvångsvårdade patienter samt avseende dokumentation av genomförda ”strukturerade riskbedömningar”. Resultatet visade (i november 2014) att fyra patienter saknade vårdplan och 15 patienter (av 26) hade en vårdplan som inte var aktuell.

Klinikledningen uppgav att de inte för någon särskild statistik över självsador och suicidförsök.

Personal uppgav att det är överläkaren som gör en suicidriskbedömning i samband med inskrivningssamtal och att det ska dokumenteras i journalen.

#### *Klagomål*

Av sjukhusets rutin<sup>14</sup> framgår att klagomål ska dokumenteras i patientens journal och i avvikelshanteringssystemet om det bedöms vara relevant för patientens omvårdnad och/eller medicinska utredning, diagnostik eller behandling. Även sådant som kan utgöra ett underlag för förbättringsarbete eller är viktigt för annan verksamhet att få kännedom om ska dokumenteras i avvikelshanteringssystemet.

Klinikledningen uppgav att det finns brevlådor på varje avdelning där patienterna kan lämna synpunkter. Brevlådorna töms av Brukarrådet och synpunkterna överlämnas sedan till verksamhetschefen för ev. justeringar och dialog med personalen. Klagomål kan även lämnas via telefon och/eller vid möte med ansvarig verksamhetschef.

JO:s medarbetare noterade att det av den skriftliga information som lämnas till patienterna på avdelningen inte framgår hur de kan gå tillväga om de vill klaga på vården. Enligt personalen får patienterna information om hur de kan klaga.

#### **Avslutande genomgång**

Genomgången inleddes med att JO:s medarbetare redogjorde för sina iakttagelser vid inspektionen. Bland annat fördes fram att det generellt sett är rent och snyggt i lokalerna samt att miljön för patienterna upplevdes som lugn. Vidare framhölls att patienterna överlag tycker att personalen är bra och att de får ett gott bemötande.

Med anledning av övriga redovisade iakttagelser lämnade klinikledningen följande kommentarer:

---

<sup>14</sup> Handläggning av klagomål, 19164-1, i kraft 14-08-12



### *Rökning inomhus*

Rökrummen kommer att behöva stängas inom ett till två år. De var tidigare stängda, men öppnades åter på grund av att våld- och hotsituationer uppstod när patienter inte kunde få komma ut och röka.

### *Utomhusvistelse på altanerna*

Patienterna kan komma ut på altanen på avdelning 3A och ett förslag håller på att tas fram för hur altanen på avdelning 3B ska kunna användas mer. Altanerna används även på vintern, dock inte varje dag. I väntan på en ev. lagreglering är klinikledningen villig att ta upp möjligheten till utomhusvistelse för diskussion med de politiska cheferna.

### *Utomhusvistelse för HSL-patienter*

Det finns patienter som vårdas enligt HSL och som på grund av suicidrisk inte kan tillåtas gå ut. Överläkaren förklarar då det för patienten och informerar om att tvång behöver övervägas om patienten motsätter sig det. Det blir en sorts informerat samtycke. Vid behov vidtalas läkare för ett formellt beslut.

### *Bemanning*

Vid schemaläggning försöker man få en bra bemanning. Även bemanningsassistenten ska om möjligt ta hänsyn till att det blir en bra könsfördelning av personalen i huset. Vid behov kan personalen flyttas om mellan avdelningarna.

### *Information om rättigheter*

Patienterna ska få information om rättigheter när de är mottagliga för det och den kan därför behöva lämnas vid flera tillfällen. En anteckning som signeras av läkaren ska göras i beslutsjournalen. Även skriftlig information ska lämnas till patienterna. Dokumentation om att information har lämnats om rättigheter, och om rätten att få stödperson, kan finnas i omvårdnadsjournalen som ligger under en särskild flik i VAS. Alla patienter erbjuds att få en stödperson. Om de tackar nej ska det sedan hösten 2014 dokumenteras, men personalen vidtar inga ytterligare åtgärder.

### *Patienternas delaktighet i omvårdnadsplaneringen*

Patienterna får självklart information om sin behandlingsplan men en del kanske glömmer det. Den blir i vart fall tillgänglig för patienterna och deras ombud inför domstolsförhandling. I den samordnade vårdplaneringen deltar även representanter för kommunen. Det pågår ett arbete för att få patienterna mer delaktiga i utformningen av sin vårdplan.

### *Användning av tolk*

Tolk ska alltid användas när det finns ett behov. Klinikledningen ska tydliggöra detta i skrift.

### *Sysselsättning*

Det finns biljardbord och bordtennisbord och personalen försöker ta ut patienterna på utflykter, men det finns absolut mer att göra för att det ska bli meningsfullt för patienterna. Bemanningen påverkar möjligheten att erbjuda patienterna aktiviteter. Klinikledningen har diskuterat ett gemensamt slutenvårdsprogram för alla avdelningar som t.ex. skulle kunna innehålla veckopass med stavgång, mindfulness och liknande.

### *Kroppsvsitation*

Det är en lokal ordningsregel på kliniken att patienter alltid ska bli kroppsvsiterade när de skrivs in. Det innebär inte att det är allmän inpasseringskontroll. Regeln infördes efter en allvarlig händelse för tre till fyra år sedan då en skötare blev nerstucken av ett insmuglat stickföremål. Många i personalgruppen kände sig otrygga efter det.

För visitation av patienter som kommer tillbaka efter permission krävs det dock misstanke om otillåtna föremål. Vid behov får en läkare fatta ett formellt beslut. Det är dock väldigt ovanligt.

### *Rutiner vid bältesläggning och avskiljning*

När det gäller den patient som fick skador i samband med bältesläggning så beror det på hennes kroppstyp. Hon har inte muskler som håller ihop senorna tillräckligt bra. Men händelsen hade kunnat undvikas. Personalen jobbar med att undvika bältesläggning och patienten tar nu mycket eget ansvar och är delaktig i vården.

Uppföljningssamtal ska hållas efter en bältesläggning enligt befintlig mall men det är oklart om den dokumentationen sparas.

Den rutin som finns idag för bältesläggning kommer att ses över.

Det finns inte någon möjlighet att söka på en specifik tvångsåtgärd i VAS eftersom tvångsåtgärden inte framgår av rubriken. Det finns därför inte någon tydlig spårbarhet av vidtagna tvångsåtgärder.

Klinikledningen kunde inte förklara den anteckning som fanns om att en tidigare bälteslagd patient endast skulle få vistas på sitt rum från kvällen fram till frukost dagen efter.

### *Omprovning av tvångsåtgärder*

Tvångsåtgärder övervägs kontinuerligt. Det finns dock inte något system för att dokumentera det, och inte heller något sådant krav.

### **Kompletterande information från klinikledningen efter inspektionen**

Återkoppling om vad som hänt vid den ovan redovisade bältesläggningen med tvångsinjektion som inte var beslutad av läkare.

Klinikledningen kunde vid slutgenomgången inte lämna några upplysningar rörande den patient som bälteslagts och har efter inspektionen kommit in med kompletterande information enligt följande:

Grunden till avvikelsen är bristande kommunikation. Patienten var orolig hela dagen, kvällen och vid kontakt med bakjouren ca 22–23 (finns tyvärr inte dokumenterat) förstod tjänstgörande sjuksköterska det som att det var ok att lägga patient i bälte och tvångsinjicera om situationen eskalerade, vilket den gjorde.

Tvångsåtgärderna dokumenterades och hänvisades till bakjour, se bilaga.

Bakjourens uppfattning var dock inte att en sådan överenskommelse var gjord, därav avvikelserapporten.

#### **Information om hur man klagar på vården**

Efter den avslutande genomgången har JO:s medarbetare begärt information avseende om kliniken har någon lokal skriftlig rutin där det framgår hur, när och av vem patienter och anhöriga får information om vart de kan vända sig om de vill klaga på vården.

Klinikledningen har kommit in med följande information:

Tyvärr saknar kliniken just nu lokal skriftlig rutin avseende information om vart patienter kan vända sig för att klaga på vården.

Kliniken håller på att upphandla stora data skärmar (1 till varje avdelning) där kliniken avser att bl a ha information om områdets Brukarråd och hur man agerar om man vill klaga på den vård man fått.

Kliniken har för avsikt att komplettera den skriftliga information som ges i samband med inskrivning med ett ytterligare avsnitt kring ”hur klaga på vården”.

Vid protokollet

Ellen Ringqvist

Justeras den 27 november 2015

Gunilla Bergerén

## Uttalanden av JO Lilian Wiklund med anledning av inspektionen

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

### Tvångsåtgärder

#### *Säkerställ dokumentation*

Region Jämtland Härjedalen förde vid tiden för inspektionen en separat beslutsjournal manuellt på papper för patienter som vårdas med stöd av LPT och LRV. Vid inspektionen framkom att kliniken aktivt arbetade med att förbättra patienternas delaktighet i vården och med att minska antalet tvångsåtgärder. Kliniken har riktlinjer för uppföljningssamtal efter en tvångsåtgärd, men det är oklart om dokumentationen beträffande samtalen sparas. Det gick vid tidpunkten för inspektionen inte att söka efter tvångsåtgärder i journalsystemet VAS. Vid inspektionen uppmärksammades också att permissioner och beslut om tvångsinjicering i vissa fall inte fanns dokumenterade i den manuellt förda beslutsjournalen.

Det finns i och för sig inte något krav på att 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 dock viktigt att den används konsekvent.

En grundförutsättning när man ställer upp mål för verksamheten, t.ex. minskade tvångsåtgärder, är att man kan följa upp utfallet. Att relevant information dokumenteras så att det går att genomföra nödvändiga uppföljningar är också en förutsättning för att kvalitetsutvecklingen ska kunna följas upp på längre sikt. Dokumentation är också ett viktigt verktyg i arbetet med att förebygga uppkomsten av kränkande eller omänsklig behandling av patienter.

Jag förutsätter att sjukhusets nya journalsystem medför bättre uppföljningsmöjligheter och att sjukhuset säkerställer att dokumentation sker i den utsträckning som krävs för att kunna bedöma verksamhetens kvalitet.

#### *Säkerställ att tvångsåtgärder föregås av beslut*

Enligt en avvikelserapport har chefsöverläkaren ”upplyst” om att en patient får vistas endast inne på sitt rum samt toalett, under tiden från det att han på kvällen blivit uppsläppt från fastspänning till frukost dagen efter. Enligt en annan avvikelserapport har en patient varit bälteslagd och blivit tvångsinjicerad utan att det hade beslutats av läkare. Klinikledningen har efter inspektionen gett in kompletterande information om dessa uppgifter.

Med anledning av vad som kommit fram vill jag framhålla att det inte får råda någon tveksamhet om ett beslut om en tvångsåtgärd har fattats. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård innefattar i stor utsträckning myndighetsutövning mot den enskilde och ställer därmed särskilt stora krav på dokumentationen. Ett beslut om bältesläggning och avskiljning, samt skälen för

åtgärden, ska enligt 2 § 9 förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård dokumenteras i patientens journal. Jag förutsätter att sjukhuset säkerställer att beslut och skälen för dem dokumenteras.

*Rutin för bältesläggning behöver bli tydlig*

Enligt 19 § LPT får en patient kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning om det finns en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan.

Jag vill först klargöra att en bältesläggning endast kan ske med lagstöd, enligt LPT eller LRV. Det är således fråga om ett beslut som fattas av läkare och inte en ordination.

Klinikens rutinbeskrivning för bältesläggning<sup>15</sup> är otydlig på flera punkter och den kan tolkas som att en bältesläggning är möjlig av disciplinära skäl. Jag vänder mig särskilt mot formuleringen att en patients beteende ”av säkerhetsskäl inte kan accepteras”. Den ger intryck av att det handlar om en ordningsfråga.

I rutinen anges vidare att patienten ska ges möjlighet att under några minuter gå med på den beslutade tvångsåtgärden. Bestämmelsen om fastspänning tar sikte främst på hastigt uppkomna faresituationer, och fastspänning får aldrig tillgripas i bestraffningssyfte (prop. 1990/91:58 s. 260). I doktrinen<sup>16</sup> har uttalats att det i uttrycket *omedelbar fara* torde ligga att det är fråga om att avvärja en plötslig händelse och att fastspänning inte får tillgripas för att förhindra något som man anar är under uppsegling. Jag delar denna uppfattning.

I klinikens rutin för bältesläggning anges bl.a. att patienten, efter att läkare har ”ordinerat” bältesläggning, ska informeras om att han eller hon har möjlighet att själv lägga sig i bältessängen och att endast läkare kan häva ”ordinationen” efter att den är given. Med den redovisade rutinen finns det en risk för att det för patienten framstår som att en tvångsåtgärd alltid ska genomföras när den är beslutad.

Klinikledningen har vid inspektionen uppgett att rutinen för bältesläggning kommer att ses över. Jag förutsätter att det har skett.

---

<sup>15</sup> Se s. 12

<sup>16</sup> Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet, En rättsvetenskaplig monografi om LPT, Ewa Gustafsson, Studentlitteratur 2010, s. 374 ff

### *Ändra visiteringsrutin på avdelning 3B*

Av 2 kap. 6 § regeringsformen framgår att varje medborgare gentemot det allmänna är tillförsäkrad skydd mot bl.a. påtvingat kroppsligt ingrepp, kroppsvisitation, husrannsakan och liknande intrång. Enligt 2 kap. 20 § regeringsformen får skyddet begränsas genom lag eller i vissa fall efter bemyndigande i lag. Enligt 28 kap. 11 § tredje stycket rättegångsbalken avses med kroppsvisitation en undersökning av kläder och annat som någon bär på sig samt av väskor, paket och andra föremål som någon har med sig.

LPT ger utrymme för att begränsa den enskilde patientens skydd mot kroppsvisitation. Enligt 23 § LPT får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att han eller hon inte bär på sig narkotika eller annan skadlig egendom som anges i 21 § LPT. Sedan den 1 oktober 2014 kan 21 § LPT även tillämpas när det gäller patienter som skrivs in enligt HSL (jämför 23 a § LPT). Kontroll kan också avse teknisk utrustning för en patient vars rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster är inskränkt. Chefsöverläkaren fattar beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.

Enligt 23 b § LPT, som trädde i kraft i oktober 2014, får vårdgivaren besluta om allmän inpasseringskontroll vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för vilken förhöjd säkerhetsklassificering gäller.

I protokollet redovisas en rutin för avdelning 3B där det anges att alla patienter som ska skrivas in på avdelningen visiteras. En sådan rutin innebär att kliniken i praktiken tillämpar allmän inpasseringskontroll avseende alla patienter som ska skrivas in på avdelningen. Det finns inte lagstöd för ett sådant förfarande på en avdelning i säkerhetsklass 3. Jag uppmanar därför kliniken att se över rutinen så att man säkerställer att beslut om visitation fattas i varje enskilt fall.

### **Möjlighet till utomhusvistelse**

Det framgår av protokollet att det finns begränsade möjligheter till utomhusvistelse för patienter på avdelningarna, och att det gäller för både de som vårdas med tvång och de som vårdas där frivilligt. Vidare framgår att för en patient har möjligheten att få komma ut varit villkorad av hennes ”uppförande”. Det ger mig anledning att påminna om att jag i tidigare ärenden<sup>17</sup> har framhållit att utgångspunkten i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård bör vara att en patient ges möjlighet till minst en timmes utomhusvistelse dagligen.

---

<sup>17</sup> Jämför bl.a. JO 2011/12 s. 471, dnr 6823-2009 och 2196-2010, samt protokoll från inspektionen av Löwenströmska sjukhuset i Upplands Väsby, dnr 4580-2012

Jag vill även hänvisa till att The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) har uttalat att patienter som vårdas med tvång på psykiatriska vårdinrättningar bör ha möjlighet till daglig motion utomhus.<sup>18</sup>

Vad som i övrigt har kommit fram föranleder för närvarande inte någon ytterligare åtgärd eller något uttalande från min sida.

2015-12-04

Lilian Wiklund

---

<sup>18</sup> CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2013, page 51, para 37