

Hälso- och sjukvård

Allvarlig kritik mot en rättspsykiatrisk klinik för att en patient som har vårdats med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, har belagts med handfängsel trots att det inte finns lagstöd för en sådan åtgärd. Allvarlig kritik även mot den ansvariga läkaren för att hon inte personligen har undersökt patienten inför varje omprövning (förlängning) av bältesläggningen

(Dnr 4471-2011)

Beslutet i korthet: En patient som vårdades med stöd av LPT vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena var bälteslagd den 22–24 januari 2011. Läkare beslutade fortlöpande om förlängning av fastspänningen. Besluten fattades per telefon och det gick nästan två dygn utan att läkaren personligen undersökte patienten inför förlängningsbesluten. Vissa av besluten dokumenterades inte i patientens journal. – Patienten blev belagd med handfängsel dels inför bältesläggningen när han fördes till bältessängen, dels under pågående bältesläggning i samband med att han släpptes upp för att duscha eller gå på toaletten.

JO uttalar allvarlig kritik mot den ansvariga läkaren för att hon inte personligen undersökt patienten inför varje omprövning (förlängning) av bältesläggningen. Den bristfälliga dokumentationen får också kritik.

I beslutet konstaterar JO att patienter som vårdas enligt LPT inte med stöd av den lagen kan beläggas med handfängsel. Kliniken får allvarlig kritik för att patienten, i strid med det grundlagsfästa skyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp, belagts med handfängsel.

Anmälan

I en anmälan till JO framförde G.N. (tidigare J.M.) klagomål mot Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena, Landstinget i Östergötland. G.N. klagade bl.a. på att han varit bälteslagd under längre tid än vad som varit nödvändigt.

G.N. anförde sammanfattningsvis följande. Under natten mellan den 21 och 22 januari 2011 hamnade han i en konflikt med personal på kliniken. I samband med detta blev han belagd med handfängsel och förd till ”bältesrummet” där han blev bälteslagd fram till den 24 januari. Under fastspänningen var han lugn och fick gå upp och duscha en gång varje dag. Han fick gå på toaletten med handfängsel. Han upplevde att bältesläggningen var en ren bestraffning.

Utredning

Inledningsvis inhämtade JO journalanteckningar rörande G.N. för perioden den 21–25 januari 2011. Av dessa framgick bl.a. följande.

G.N. vårdades vid kliniken enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Efter en incident blev G.N. lagd i bälte den 22 januari 2011 kl. 1.30. Han bedömdes på plats av läkare ("bakjouren") under natten. Samma läkare fattade under morgonen ett beslut om fortsatt bältesläggning. Enligt en anteckning beslutade chefsöverläkaren Julia Bernzen kl. 13.00 om fortsatt bältesläggning av G.N., efter en personlig undersökning av honom. I samma anteckning skrev Julia Bernzen: "Undertecknad fattar beslut att pat även i fortsättningen ska vara fastspänd, men då ska han bli frisläppt på en arm och ett ben. Beslutet tas kl. 13.00 och sträcker sig 4 timmar framåt. I fortsättningen ska personal ringa till undertecknad och diskutera läget och eventuell fortsättning av fastspänningen." Därefter var antecknat beslut om fortsatt bältesläggning av G.N. (fyra timmar i taget varje gång) fattade vid telefonsamtal mellan Julia Bernzen och personal på avdelningen. Mellan vissa av dessa anteckningar hade det gått mer än fyra timmar. Fastspänningen av G.N. upphörde den 24 januari kl. 9.30.

Vidare inhämtade JO två underrättelser (blanketter) till Socialstyrelsen som kliniken upprättat med anledning av bältesläggningen av G.N. I båda dessa angavs att bältesläggningen varade "2011-01-24 kl 09.30 – 2011-01-25 kl 09.30" och att undersökning av beslutande läkare genomförts "2011-01-24 kl 09.30 samt 2011-01-25 kl 09.30".

Muntliga upplysningar inhämtades från en sekreterare vid kliniken.

Landstingsstyrelsen anmodades att göra en utredning och komma in med ett yttrande. Detta skulle avse bl.a. vilket underlag och vilken patientkontakt beslutande läkare hade inför respektive beslut om förlängning av fastspänningen av G.N. Vidare skulle yttrandet avse klinikens rutiner vad gäller upprättandet av underrättelser till Socialstyrelsen om beslut om fastspänning med bälte eller avskiljande.

I ett yttrande daterat den 31 januari 2012 anförde landstingsstyrelsen bl.a. följande.

Bakgrund

En patient vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena har till Justitieombudsmannen anmält Landstinget i Östergötland för att ha hållits fastspänd med bälte längre tid än vad som varit nödvändigt.

Utredning

Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena bedriver högspecialiserad rättspsykiatrisk vård. Kliniken är en av en handfull enheter i Sverige som på uppdrag av landsting, kriminalvård, polis och migrationsverk bedriver vård och behandling för det absolut tyngsta klientelet ur ett nationellt perspektiv.

Den aktuella patienten vårdas vid Rättspsykiatriska regionkliniken sedan 2010-05-04. Patienten placerades ursprungligen vid kliniken på begäran av Närsjukvårdens psykiatri i Norrköping, efter bland annat en historik av våld mot personal vid ett behandlingshem, något som patienten nu fällt i domstol för. Av den anledningen är patienten sedan 2011-03-28 överlämnad till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

Patienten är våldsbenägen och har en historia med återkommande bruk av våld mot personer i sin omgivning. Oprovocerat och oförutsägbart våld har kännetecknat patientens relation med psykiatrisk slutenvård. Det är

också skälet till att han dömts till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning, som nämnts ovan. Han har under sina vårdepisoder brukat våld mot personal vid flera tillfällen och det är ett beteende som patienten haft på flera vårdinrättningar.

Även under vistelsen på Rättspsykiatriska regionkliniken har patienten uppvisat ett våldsamt beteende vid flera tillfällen. Våldet har riktat sig mot tjänstgörande personal, med skadad personal samt polisanmälan till följd.

Patientens bild av det aktuella tillfället i januari 2011 skiljer sig mot hur involverad personal uppfattat situationen vad gäller händelsen, vården och nödvändigheten av tvångsåtgärder.

Tjänstgörande personal innehar lång erfarenhet i att bedöma risk för att våld kan uppstå och när det måste hanteras.

Av berörd vårdpersonals redogörelser för den uppkomna händelsen och övriga delar i patientens framställan framgår att hot om våld från den aktuella patienten varit så överhängande nära att övergå till faktiskt våld att man i vissa situationer tvingats välja att fastspänna patienten. Detta för att inte riskera att personal och medpatienter skadas. Patientens oförutsägbara våldsbenägenhet samt oförmåga till insikt i sin våldsproblematik har också vägt in i de beslut som fattats kring tvångsåtgärder.

Rättspsykiatrisk verksamhet måste förhålla sig till flera lagar och föreskrifter, bland annat:

- Arbetsmiljölagen
- Patientsäkerhetslagen
- Lagen om psykiatrisk tvångsvård
- Lagen om rättspsykiatrisk vård
- Socialstyrelsens föreskrifter bl.a. om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger rättspsykiatrisk vård

Det innebär vid tillämpningen av aktuella lagstiftningar att verksamheten måste försäkra sig om att vare sig patienter eller personal kommer till skada och att detta också utmynnar i god medicinsk omvårdnad.

I det aktuella ärendet har chefsöverläkare Julia Bernzen löpande förvisat sig om att fastspänning och avskiljande pågått precis så länge som vårdens samlade bedömning ansett det vara nödvändigt. Omvårdnadspersonalen har dock inte fullt ut dokumenterat eller journalfört de löpande bedömningar, beslut och kontakter som tagits av och med ansvarig läkare. Vid tiden för händelsen avsåg man att överge ett manuellt pappersbaserat rapportsystem, som journalfördes separat, för att i stället helt förlita sig på det digitala journalsystem som infördes vid kliniken under 2008. Rutinerna kring detta förfarande var ej tillfyllest. Under senare delen av 2011 har den manuella hanteringen återinförts för att säkerställa att nödvändig information journalföres.

Landstingets ståndpunkt

Den behandlande läkaren har haft fullgod kontakt med patienten och/eller vårdpersonal för att ta korrekta beslut om förlängning av fastspänning. Dokumentationen av detta har dock varit otillräcklig, och en diskrepans avseende klockslag har också tillkommit genom ett tekniskt fel vid överföring av information från arbetsmaterial till journalsystem. Dessa brister i rutiner och teknik har åtgärdats. Klinikens gällande rutiner för underrättelser till Socialstyrelsen om fastspänning och avskiljande bifogas. Ett program med bevakningslista meddelar även personalen när rapport ska skickas till Socialstyrelsen.

Besluten om fortsatt fastspänning har fattats i överensstämmelse med rättslig reglering på området.

Till yttrandet hade fogats en PM rörande användande av tvångsmedel vid kliniken, framtagen av Julia Bernzen.

Eftersom remissvaret inte bedömdes kunna läggas till grund för en fullständig prövning anmodade JO landstingsstyrelsen att göra en ny utredning och komma in med ett nytt yttrande. Detta skulle avse bl.a. frågan om vid vilka tillfällen Julia Bernzen själv hade kontakt med G.N. inför de beslut som hon fattade om förlängning av fastspänningen av honom.

Landstingsstyrelsen anförde i ett yttrande daterat den 9 maj 2012 bl.a. följande.

Bakgrund

JO önskar klargörande avseende chefsöverläkare Julia Bernzens (J.B.) kontakt med patienten samt landstingsstyrelsens uppfattning om huruvida handläggningen stått i överensstämmelse med den rättsliga regleringen på området. JO önskar även förklaring till de felaktigheter avseende angivna tidpunkter som förekommit vid rapportering till Socialstyrelsen.

Rättslig reglering

Lagen om psykiatrisk tvångsvård 19 §:

Om det finns omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Vårdpersonal skall vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd. Om det finns synnerliga skäl, får beslutas att patienten skall hållas fastspänd längre än som anges i första stycket. Chefsöverläkaren beslutar om fastspänning. Socialstyrelsen skall utan dröjsmål underrättas om beslut enligt andra stycket.

Socialstyrelsens föreskrift, SOSFS 2008:18 2 § 3 kap:

Innan ett beslut fattas om fastspänning med bälte eller liknande anordning, enligt 19 § andra stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 8 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, under längre tid än fyra timmar ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten.

I handboken till SOSFS 2008:18 framgår följande (borttagen text avser tvångsätgården avskiljning):

För en rättssäker bedömning inför beslut om förlängning av tvångsätgårderna fastspänning i bälte [...] krävs att beslutande läkare undersöker patienten. Bestämmelsen ska ses som ett lägsta krav och utgångspunkten måste alltid vara att beslutande läkare genomför en personlig undersökning av patienten även inför, eller så snart som möjligt efter, det inledande beslutet om fastspänning [...] kortare tid än fyra [...] timmar.

Således ska beslutande läkare alltid göra en personlig undersökning av patienten inför beslut om fastspänning i bälte som avser viss tid längre än fyra timmar. [...] Om patienten sover är det upp till den beslutande läkaren att ansvara för om fastspänningen ska fortsätta eller inte. Även här måste patientsäkerheten avgöra i valet mellan att väcka patienten eller inte. Är patienten (tvångsvis) sederad, kan det vara etiskt tveksamt att konstatera att sederingen fungerar men behålla fastspänningen. Vid beslut om ytterligare förlängning av fastspänning [...] återigen att den beslutande läkaren själv undersöker patienten innan denne kan fatta beslut.

Fastspänning får i huvudsak ske när en patient riktar aggressivt beteende mot sig själv eller andra. Det ska föreligga en omedelbar fara för att en patient allvarligt ska skada sig själv eller andra, och situationen ska inte kunna bemästras på annat sätt. Det ska vara fråga om risk för en allvarlig fysisk skada. Fastspänning får självfallet aldrig tillgripas i bestraffningssyfte. Åtgärden ska vara kortvarig, dvs. tid understigande fyra timmar och bör så snart det är möjligt ersättas med andra aktiva behandlingsinsatser. Otillräckliga personalresurser får t.ex. inte medföra att patienten hålls fastspänd en längre tid än som är absolut nödvändigt med hänsyn till faresituationen. Bälte bör inte användas längre än någon eller högst några timmar. Det är viktigt att patienten inte lämnas ensam medan han är fastspänd. Personal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd.

Av verksamhetens dokumenterade rutiner för fastspänning är det lämpligt att det framgår vilka metoder, observationer och omvårdnadsåtgärder som kan vidtas samt hur det ska dokumenteras. Därutöver åligger det den läkare som beslutat om fastspänning att bedöma om ytterligare observationer eller åtgärder behövs.

Det finns extrema undantagsfall då patienten måste hållas fastspänd mer än några timmar. Krav tillkommer då på synnerliga skäl. Bestämelsen är avsedd att tillämpas endast i fall där risken för allvarlig skada är överhängande någon tid.

Patientkontakt

J.B. har träffat patienten 22/1 kl. 13.00 och beslutat om fortsatt fastspänning i fyra timmar, därefter har förlängningen prövats var fjärde timme genom telefonkontakt med personal på plats hos patienten. Det första tillfället är dokumenterat kl. 17.00, därefter är nästa dokumenterade kontakt 23/1 kl. 08.00, men enligt J.B. har hon fortlöpande tagit ställning till förlängningar genom telefonkontakt med vårdpersonal på plats hos patienten. Därefter finns dokumenterade förlängningsbeslut fattade via telefon kl. 12.46, kl. 16.00, kl. 17.52 och 24/1 kl. 00.09, kl. 06.26, 08.06 och kl. 09.00, varpå fastspänningen avslutades.

Fattade beslut om fastspänning

Under den period som patienten anser sig ha varit fastspänd på ett felaktigt sätt har J.B. undersökt patienten vid ett första tillfälle och därefter vid ett flertal tillfällen förlängt besluten om fastspänning via telefon. J.B. har haft personlig kännedom om patienten och har informerats av personal på plats om de omständigheter som har förelegat. J.B. har inte vid något tillfälle beslutat om att patienten ska spännas fast längre än fyra timmar.

Den aktuella patienten är mycket våldsbenägen och har vid ett flertal tillfällen brukat våld mot personal. Vid den uppkomna händelsen har personal med lång erfarenhet av att bedöma risk för att våld kan uppstå och när det måste hanteras ansett att hotet om våld från patienten varit så överhängande och nära att övergå till faktiskt våld att man tvingats att ha patienten fastspänd.

Enligt regleringen kring beslut om fastspänning ska beslutande läkare göra en personlig undersökning av patienten inför beslut om fastspänning i längre tid än fyra timmar. Inget beslut i detta ärende har avsett längre tid än fyra timmar. Socialstyrelsens föreskrift på området kan tolkas som att en personlig undersökning ska ske vid varje förlängning även av beslut som avser högst fyra timmar. Om så är fallet har inte hanteringen varit fullgod i det hänseendet. Detta innebär dock inte att patienten har varit fastspänd längre än vad som varit nödvändigt.

För att en patient ska hållas fastspänd i mer än några timmar krävs synnerliga skäl. Synnerliga skäl har funnits då risken för att personal och medpatienter skulle komma till skada varit överhängande.

Dokumentationen av förfarandet har varit bristfällig, och ledningen vid Rättspsykiatriska regionkliniken är uppmärksam på vikten av att enskilda befattningshavare fullgör sin dokumentationsplikt.

Felaktiga tidsangivelser

JO önskar förtydligande av landstingets tidigare besked om felaktigheter vad gäller klockslag i journaler samt felaktiga uppgifter om datum och klockslag som skickats till Socialstyrelsen. Dessa felaktigheter avser samma sak, nämligen de tidigare journalföringstekniska problem som förelåg under en begränsad tid, under vilken också patienten vårdades.

Fram till i slutet av år 2010 ifylldes manuella blanketter vid alla tvångsåtgärder, med information om datum, tid, patientens namn och personnummer, påbörjande av tvångsåtgärd, notering om ev förlängning samt avslutande av tvångsåtgärden.

Dessa blanketter skickades till Socialstyrelsen och skannades även in i det elektroniska journalföringssystemet.

I slutet av 2010 infördes en rutin som innebar att när uppgifter hade förts in i journalsystemet kasserades listorna. Det elektroniska journalsystemet har haft vissa brister och har i vissa avseenden varit svårt att hantera. Efter några månader upptäcktes att det förekommit att tidpunkter markerats i systemet då *blanketten fördes in i systemet*, och tidsangivelsen stämmer då inte överens med de korrekta tiderna, som dock har funnits i pappersblanketterna.

Under en tid fanns inte någon möjlighet att gå tillbaka till de manuella listorna och dubbelkolla tidpunkter för tvångsåtgärder. Kliniken återgick då till att skanna in listorna fr.o.m. hösten 2011. Den nu aktuella patienten vårdades under den tid då rutinerna inte fungerade på ett fullgott sätt.

Problemet föreligger inte längre, nu kontrolleras de införda tidsangivelserna mot de manuellt angivna.

Vissa beslut hämtades in från Socialstyrelsen. Därefter remitterade JO ärendet till Socialstyrelsen och hemställde att styrelsen skulle inkomma med ett yttrande. Yttrandet skulle avse dels frågan om beslutande läkares skyldighet att inför beslut om förlängning av fastspänning själv undersöka patienten, dels klinikens användande av handfängsel.

Socialstyrelsen anförde i ett remissvar daterat den 26 september 2012 bl.a. följande.

Yttrande

I 3 kap. 2 § första stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård anges att innan ett beslut fattas om fastspänning med bälte eller liknande anordning, enligt 19 § andra stycket LPT och 8 § LRV, under längre tid än fyra timmar ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten.

Socialstyrelsen anser att den beslutande läkaren enligt 3 kap. 2 § första stycket SOSFS 2008:18 själv ska undersöka patienten inför ett beslut om förlängning av fastspänning där patienten sammantaget är lagd i bälte under längre tid än fyra timmar. Det saknar betydelse för bedömningen huruvida det enskilda separata beslutet i sig avser en kortare tid än fyra timmar.

Socialstyrelsen bedömer att formuleringen "spännas fast med bälte eller liknande anordning" i 19 § första stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, inte kan anses omfatta den situationen att en patient belägs med handfängsel. Det finns inte heller något annat lagstöd för hälso-

och sjukvårdspersonal inom den rättspsykiatriska vården att belägga en patient med handfängsel. Socialstyrelsen anser därför att åtgärden inte kan anses vara förenlig med gällande rätt.

Tillämpliga bestämmelser m.m.

Lagar och förarbeten

I 2 kap. 6 § RF anges att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp även i andra fall än som avses i 4 och 5 §§. Enligt 2 kap. 8 § RF är var och en gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövanden. Enligt 2 kap. 20 § RF får de angivna fri- och rättigheterna begränsas genom lag i den utsträckning som medges i 21-24 §§.

I artikel 5 i Europakonventionen som ska gälla som lag i landet enligt lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna finns bestämmelser rörande rätten till frihet och säkerhet. Där framgår bl.a. att var och en har rätt till frihet och personlig säkerhet samt att ingen får berövas friheten utom i vissa fall som räknas upp i artikeln och i den ordning som lagen föreskriver.

I 8 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, anges att vid slutna rättspsykiatrisk vård enligt den lagen gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 18-24 §§ LPT.

I 19 § första stycket LPT anges att om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Vårdpersonal skall vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd.

Av förarbetena till 19 § första stycket LPT framgår bl.a. följande. Bestämmelsen tar sikte på hastigt uppkomna faresituationer som inte kan bemästras på annat sätt än genom att patienten spänns fast med ett bälte. Det ska vara fråga om risk för en allvarlig fysisk skada. Att spänna fast en patient med bälte ska i princip alltid vara en kortvarig åtgärd, som snarast bör ersättas med andra insatser. Otillräckliga personalresurser får t.ex. inte medföra att patienten hålls fastspänd en längre tid än som är absolut nödvändigt med hänsyn till faresituationen. Bälte bör inte användas längre än någon eller högst några timmar (prop. 1990/91:58 Psykiatrisk tvångsvård m.m. s. 260).

I 19 § andra stycket LPT anges att om det finns synnerliga skäl, får beslutas att patienten skall hållas fastspänd längre än som anges i första stycket.

Av förarbetena till 19 § andra stycket LPT framgår bl.a. följande. Bestämmelsen i *andra stycket* innebär att en patient i vissa extrema undantagssituationer får spännas fast med bälte mer än några timmar. Förutsättningarna för fastspänning i första stycket ska givetvis vara uppfyllda för att få spänna fast en patient annat än kortvarigt. Det tillkommer också ett krav på synnerliga skäl. Bestämmelsen är avsedd att tillämpas endast i fall där risken för allvarlig skada är överhängande någon tid (prop. 1990/91:58 s. 260).

I 19 § tredje stycket LPT stadgas att chefsöverläkaren beslutar om fastspänning. Socialstyrelsen skall utan dröjsmål underrättas om beslut enligt andra stycket.

Av prop. 1990/91:58 s. 236 framgår följande. LPT avser psykiatrisk vård som är förenad med ett frihetsberövande och annat tvång. Sådan vård benämns i lagen tvångsvård. Föreskrifterna ska i förhållande till bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ses som undantagsregler som anger i vilka avseenden och under vilka förutsättningar tillämpningen av den lagens vårdprinciper får inskränkas. Av tvångslagens karaktär av kompletterande undantagsreglering som medger vissa integritetskränkande vårdåtgärder följer ett allmänt krav på restriktivitet när den tillämpas.

I prop. 1999/2000:44 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård anges följande (s. 84). Fråga har också uppkommit huruvida andra former

av fysiskt tvång skall regleras genom särskilda bestämmelser. Enligt regeringens uppfattning bör en patients rörelsefrihet inte kunna inskränkas på annat sätt än genom fastspänning med bälte eller liknande anordning. Det finns från behandlingssynpunkt inte anledning att genom ändring i 19 § LPT möjliggöra att patienters rörelsefrihet skall kunna inskränkas på annat sätt, t.ex. med s.k. tvångströja eller handfängsel. Samtidigt är det här fråga om en kraftfull inskränkning av patientens integritet som inte utan mycket starka skäl bör komma i fråga. Några förslag härom lämnas därför inte.

I betänkandet Transporter av frihetsberövade (SOU 2011:7) anges följande (s. 355 f). Med *fängsel* menas ett tekniskt hjälpmedel som binder samman händer och fötter. Begreppet har emellertid inte definierats i lag, eftersom det har ansetts att utvecklingen på det tekniska området sannolikt skulle medföra att en sådan definition snabbt blev föråldrad. Fängsel kan ibland användas för att genomföra en tjänsteåtgärd med våld. Beläggande med fängsel är således inte ett självständigt tvångsmedel utan en särskild form av våldsanvändning mot en person. Fängsel används främst för att förhindra att en person avviker. Det kan också användas för att förhindra personskadorna i samband med ett frihetsberövande. Användandet av fängsel är, liksom våldsanvändningen i sig, en sådan begränsning i medborgarnas skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp som förutsätter stöd i lag. Får våld inte användas, får inte heller fängsel tillgripas. Vidare gäller att våld får användas endast i de fall mindre stränga åtgärder inte bedöms kunna leda till avsett resultat. Användande av handfängsel är i regel förbehållet Polisen. Det förekommer emellertid också inom vissa andra delar av den offentliga verksamheten.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård m.m.

I 3 kap. 2 § första stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård anges att innan ett beslut fattas om fastspänning med bälte eller liknande anordning, enligt 19 § andra stycket LPT och 8 § LRV, under längre tid än fyra timmar ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten.

I 4 kap. 7 § SOSFS 2008:18 anges att chefsöverläkaren ska på blanketten SoSB 44515 (bilaga 1) fullgöra underrättelseskyldigheten enligt 19 § tredje stycket LPT eller 8 § första stycket LRV i de fall då en patient ska hållas fastspänd med bälte eller en liknande anordning under en längre tid än fyra timmar.

Av Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård – Handbok med information och vägledning för tillämpningen av SOSFS 2008:18 framgår bl.a. följande. 3 kap. 2 § första stycket SOSFS 2008:18 reglerar vad som gäller vid beslut om fastspänning med bälte eller liknande anordning för viss tid längre än fyra timmar. För en rättssäker bedömning inför beslut om förlängning av tvångsåtgärderna fastspänning i bälte krävs att beslutande läkare undersöker patienten. Bestämmelsen ska ses som ett lägsta krav och utgångspunkten måste alltid vara att beslutande läkare genomför en personlig undersökning av patienten även inför, eller så snart som möjligt efter, det inledande beslutet om fastspänning kortare tid än fyra timmar. Således ska beslutande läkare alltid göra en personlig undersökning av patienten inför beslut om fastspänning i bälte som avser viss tid längre än fyra timmar. Om patienten sover är det upp till den beslutande läkaren att ansvara för om fastspänningen ska fortsätta eller inte. Även här måste patientsäkerheten avgöra i valet mellan att väcka patienten eller inte. Är patienten (tvångsvis) sederad, kan det vara etiskt tveksamt att konstatera att sederingen fungerar men behålla fastspänningen. Vid beslut om ytterligare förlängning av fastspänning krävs återigen att den beslutande läkaren själv undersöker patienten innan denne kan fatta beslut (s. 50). - Åtgärden enligt 19 § första stycket LPT ska vara kortvarig, dvs. tid understigande fyra

timmar och bör så snart det är möjligt ersättas med andra aktiva behandlingsinsatser (s. 51).

JO:s beslut den 30 juni 2006 (dnr 2172-2006)

I JO:s beslut den 30 juni 2006 (dnr 2172-2006) behandlas några frågor rörande kortare avbrott i fastspänningen av en patient m.m. I ett antal fall hade fastspänningen upphört strax innan den pågått i fyra timmar. JO yttrade att det avgörande vid bedömningen av om det är fråga om en ny fastspänning eller ett avbrott i en pågående fastspänning är vad som i det enskilda fallet var skälet till att fastspänningen upphörde. Om uppehållet beror på ett toalettbesök eller liknande ska det inte betraktas som om fastspänningen har upphört. Om fastspänningen har upphört på grund av att man har gjort bedömningen att förutsättningar för fastspänning inte längre föreligger och det en kort tid därefter visar sig att patienten på nytt riskerar att skada sig själv eller andra, kan det vara fråga om en ny fastspänning. När det gäller tiden för fastspänning har JO förståelse för att man – när fastspänning skett under så lång tid att synnerliga skäl krävs för fortsatt fastspänning och skyldigheten att underrätta Socialstyrelsen inträder – gör ett försök att släppa upp patienten. Det kan givetvis förekomma att en patient, som släpps upp efter närmare fyra timmar i bälte på grund av att det inte finns synnerliga skäl för fortsatt fastspänning, efter kort tid betar sig på ett sådant sätt att det på nytt finns skäl för fastspänning. Det får dock inte förekomma att man släpper upp en patient ur bälte *enbart* i syfte att få varje fastspänning att vara kortare tid än fyra timmar och därigenom kringgå reglerna om synnerliga skäl och underrättelseskyldighet.

Socialstyrelsens bedömning

Frågan om vilka skyldigheter den beslutande läkaren har att inför beslut om förlängning av fastspänning själv undersöka patienten

Den första frågan som Socialstyrelsen ska yttra sig över är vilka skyldigheter den beslutande läkaren har att inför beslut om förlängning av fastspänning själv undersöka patienten. Som följer av omständigheterna i förevarande fall har det, enligt Landstinget i Östergötlands egna uppgifter, fattats enskilda beslut om förlängning av bältesläggningen, som var för sig inte överstiger fyra timmar, men där bältesläggningarna avsett mer än fyra timmar sammantaget vid tidpunkterna för alla besluten.

I 8 § LRV anges att vid slutet rättspsykiatrisk vård enligt den lagen gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 18-24 §§ LPT.

I 19 § LPT anges att om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. För att det ska få beslutas att patienten ska hållas fastspänd längre tid än kortvarigt krävs att det finns synnerliga skäl och då ska även Socialstyrelsen utan dröjsmål underrättas om beslutet.

I Socialstyrelsens föreskrifter anses en fastspänning kortvarig enligt 19 § första stycket LPT om den understiger fyra timmar (se t.ex. Socialstyrelsens handbok till SOSFS 2008:18 s. 51 samt t.ex. 3 kap. 2 § första stycket och 4 kap. 7 § första stycket SOSFS 2008:18). Bestämmelsen i 3 kap. 2 § första stycket SOSFS 2008:18 ska ses mot den bakgrunden. Där anges att innan ett beslut fattas om fastspänning med bälte eller liknande anordning, enligt 19 § andra stycket LPT och 8 § LRV, under längre tid än fyra timmar ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten. Det innebär således att före varje beslut som innebär en längre sammantagen bältesläggning än fyra timmar – oavsett om det är ett beslut som inleder eller förlänger bältesläggningen – ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten och Socialstyrelsen ska då även utan dröjsmål underrättas om beslutet (4 kap. 7 § första stycket SOSFS 2008:18 samt 8 § LRV och 19 § LPT).

Oberoende av hur och med vilka intervall besluten om fastspänning fattas så inleds inte en ny fastspänning om fastspänningen inte någon gång i realiteten har upphört. Inte heller blir det att anse som en ny fastspänning när det endast har skett ett avbrott i en pågående fastspänning, t.ex. på grund av toalettbesök eller liknande eller om en patient skulle släppas ur bälte *enbart* i syfte att få varje fastspänning att vara kortare tid än fyra timmar (se JO:s beslut den 30 juni 2006, dnr 2172-2006). Anledningen till detta är givetvis att reglerna om synnerliga skäl, läkarundersökning och underrättelseskyldighet enligt LPT och SOSFS 2008:18 inte enkelt ska kunna kringgås. Detta är av synnerlig vikt bl.a. med hänsyn till den enskildes patientsäkerhet och rättssäkerhet och då bältesläggning är en mycket ingripande åtgärd för den enskilde patienten. Vid en fastspänning överstigande fyra timmar tillkommer även ett krav på synnerliga skäl enligt 19 § andra stycket LPT och 8 § LRV, vilket i sig bör föranleda läkaren att göra en personlig undersökning.

Mot bakgrund av vad som anges ovan anser Socialstyrelsen att den beslutande läkaren själv ska undersöka patienten inför ett beslut om förlängning av bältesläggning där patienten sammantaget är bälteslagd under längre tid än fyra timmar. Det saknar betydelse för bedömningen huruvida det enskilda separata beslutet i sig avser en kortare tid än fyra timmar.

Frågan om användning av handfängsel inom den rättspsykiatriska vården

Enligt RF är var och en gentemot det allmänna skyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden. Begränsningar av detta skydd får ske endast genom lag i den utsträckning som medges i 2 kap. 21-24 §§ RF (2 kap. 6, 8 och 20 §§ RF).

I 19 § första stycket LPT anges bl.a. under vilka förutsättningar en patient får spännas fast med bälte eller liknande anordning, nämligen om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan.

Frågan i denna del är om formuleringen "spännas fast med bälte eller liknande anordning" kan anses omfatta den situationen att en patient beläggas med handfängsel.

Med handfängsel menas ett tekniskt hjälpmedel som binder samman händer. Användande av handfängsel är i regel förbehållet Polisen. Det förekommer emellertid också inom vissa andra delar av den offentliga verksamheten men användandet är då reglerat i lag. Användandet av fängsel är, liksom våldsanvändningen i sig, en sådan begränsning i medborgarnas skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp som förutsätter stöd i lag (2 kap. 6 och 20 §§ RF).

Vid införandet av möjligheten till fastspänning enligt 6 a § LPT och de allmänna proportionalitetsbestämmelserna i 2 a och 2 b §§ LPT uttalades bl.a. följande med anledning av att frågan hade uppkommit huruvida andra former av fysiskt tvång skulle regleras genom särskilda bestämmelser:

"Enligt regeringens uppfattning bör en patients rörelsefrihet inte kunna inskränkas på annat sätt än genom fastspänning med bälte eller liknande anordning. Det finns från behandlingssynpunkt inte anledning att genom ändring i 19 § LPT möjliggöra att patienters rörelsefrihet ska kunna inskränkas på annat sätt, t.ex. med s.k. tvångströja eller handfängsel. Samtidigt är det här fråga om en kraftfull inskränkning av patientens integritet som inte utan mycket starka skäl bör komma i fråga. Några förslag härom lämnas därför inte." (prop. 1999/2000:44 s. 80 ff.)

Vidare är syftet med möjligheten att spänna fast en patient enligt 19 § LPT att förhindra allvarlig skada vilket endast får ske i omedelbara faresituationer, dvs. hastigt uppkomna situationer som inte kan bemästras på något annat sätt (prop. 1990/91:58 s. 260). Det ligger då i sakens natur att det är för att förhindra rörlighet, så att patienten inte allvarligt skadar sig

själv eller någon annan, som fastspänning kan och får komma i fråga. Handfängsel begränsar bara till viss del patientens rörlighet och används vanligtvis när en patient inte kan vara helt fastlåst för att hon eller han ska förflytta sig. Socialstyrelsen bedömer att om situationen inte är så allvarlig att faktisk fastlåsning behövs kan heller inte någon annan form av mindre tvingande fastlåsning komma i fråga.

Mot bakgrund av vad som anförts ovan – och med hänsyn till det allmänna kravet på restriktivitet som uppställs när tvångslagarna tillämpas – bedömer Socialstyrelsen att formuleringen "spännas fast med bälte eller liknande anordning" i 19 § LPT inte kan anses omfatta den situationen att en patient beläggs med handfängsel. Det finns inte heller något annat lagstöd för hälso- och sjukvårdspersonal inom den rättspsykiatriska vården att belägga en patient med handfängsel. Socialstyrelsen bedömer därför att åtgärden inte kan anses vara förenlig med gällande rätt. Denna bedömning har även tidigare gjorts i myndighetens tillsynspraxis (se t.ex. ärende med dnr 35889/2012 och 30006/2011).

Landstingsstyrelsen gavs tillfälle att kommentera Socialstyrelsens yttrande och anmodades att inkomma med ett kompletterande yttrande beträffande uppgifterna i G.N:s anmälan om användande av handfängsel.

I ett yttrande av den 11 december 2012 anförde landstingsstyrelsen bl.a. följande.

Användning av handfängsel i det aktuella fallet

Patienten är en våldsbenägen person som vid upprepade tillfällen har brukat våld mot personer i sin omgivning. Oprovocerat och oförutsägbart våld har kännetecknat patientens relation med den psykiatriska vården.

Under patientens vårdtid har patientens tillstånd samt benägenhet att bruka våld fortlöpande bedömts av chefsöverläkare och specialist med delegation från chefsöverläkare. Bedömningarna har vid ett flertal tillfällen utmynnat i att patienten har hållits fastspänd, bland annat under den aktuella tidsperioden.

Utgångspunkten är att en patient ska utsättas för så lite ingripande tvångsåtgärder som möjligt, och därför kan en fastspänd patient ibland släppas upp för att om möjligt kunna fungera utan att vara fastspänd. Dessa situationer innebär en uppenbar risk för personalen att utsättas för våld. I synnerhet när patienten är kraftig och storväxt ökar risken för att tjänstgörande personal tappar kontroll över situationen då patienten är utagerande och kanske dessutom måste förflyttas tillbaka till en bädd för fastspänning. Även patienten kan komma till skada i det tumult som är vanligt förekommande i dessa situationer.

Ur ett humant perspektiv har en av klinikens arbetsledare vid några tillfällen bedömt att patienten själv ska få äta, göra toalettbesök och sköta sin hygien utan att vara fastspänd i en bältessäng. Detta har varit möjligt genom en tillfällig fixering av patientens händer för att inte människor i dennes omgivning ska komma till skada. Alternativet skulle ha varit att patienten skulle matas fastspänd i bältessäng, fått använda bäcken och urinflaska samt att personalen tvättat patienten medan han varit fastspänd i sängen. Med hänsyn till patientens integritet har man bedömt det vara till förmån för patienten att få utföra nödvändiga hygien- och måltidsgöromål med handfängsel i stället för att dessa bestyr omhändertas under fastspänning i bältessäng.

Vid ett specifikt tillfälle, vilket omnämns i patientens anmälan till Justitieombudsmannen, har arbetsledare låtit belägga patienten med handfängsel under förflyttning till bältessäng när en situation av oförutsett våld har inträffat. I den situation som beskrivits har det varit uppenbar risk för medarbetare och medpatienter att komma till skada.

Rättsliga förutsättningar för att använda handfängsel

Handfängsel

I regeringens proposition 1999/2000:44 s. 84 anges följande: ”Fråga har också uppkommit huruvida andra former av fysiskt tvång skall regleras genom särskilda bestämmelser. Enligt regeringens uppfattning bör en patients rörelsefrihet inte kunna inskränkas på annat sätt än genom fastspänning med bälte eller liknande anordning. Det finns från behandlingssynpunkt inte anledning att genom ändring i 19 § LPT möjliggöra att patienters rörelsefrihet skall kunna inskränkas på annat sätt, t.ex. med s.k. tvångströja eller handfängsel. Samtidigt är det här fråga om en kraftfull inskränkning av patientens integritet som inte utan mycket starka skäl bör komma i fråga. Några förslag härom lämnas därför inte.”

Patientens självbestämmande och integritet

I nämnda proposition s. 80 framgår att ”användningen av tvångsåtgärder skall stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden, att mindre ingripande åtgärder skall användas om dessa är tillräckliga, samt att tvång skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsynstagande till patienten.”

Regeringen betonar också på s. 81 att ”de grundläggande bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om respekt för patientens självbestämmande och integritet gäller självfallet också för den vård som sker med tvång och hans eller hennes önskemål skall därför respekteras så långt det är möjligt. Patientens utsatta ställning gör det särskilt viktigt att vården och behandlingen sker i former som inkräktar så lite som möjligt på hans integritet och värdighet.”

Detta kommer till uttryck i hälso- och sjukvårdslagen, där 2 a § stadgar att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Av prop. 1999/2000:44 s. 83 framgår att ”tvångs- och kontrollåtgärderna till sin art, omfattning och varaktighet [skall] anpassas till vad som är nödvändigt. [...] I syfte att tydliggöra att tvångsbehandling, fastspänning, isolering och kontrollåtgärder skall användas endast i begränsad utsträckning anser regeringen att det i allmänna bestämmelser också skall fastslås bl.a. att användningen av tvångs- och kontrollåtgärder skall stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden och att mindre ingripande åtgärder skall användas om de är tillräckliga.”

Detta kommer till uttryck i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) 2 a §: ”Tvångsåtgärder vid vård enligt denna lag får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, skall de användas. Tvång skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.”

Nödvärn

Av brottsbalken 24 kap. 1 § framgår att en gärning som någon begår i nödvärn utgör brott endast om den med hänsyn till angreppets beskaffenhet, det angripnas betydelse och omständigheterna i övrigt är uppenbart oförsvarlig. Rätt till nödvärn föreligger mot ett påbörjat eller överhängande brottsligt angrepp på person eller egendom.

Brottsbalken 24 kap. 2 § stadgar att om en person som är berövad friheten sätter sig till motvärn med våld eller hot om våld eller på annat sätt gör motstånd mot någon under vars uppsikt han står, då denne skall hålla honom till ordningen, får det våld brukas som med hänsyn till omständigheterna är försvarligt för att ordningen ska upprätthållas.

Landstingets bedömning

I den specifika situation då patienten agerade våldsamt och belades med handfängsel för att kunna föras till bältessäng var brottsbalkens regler om nödvärn och rätt att bruka våld tillämpliga och vårdpersonalens agerande korrekt.

I de fall då patienten har belagts med handfängsel under mer kontrollerade former finns inte lagligt stöd för detta. Patienten har dock varit mycket svårbehandlad, och personalen har agerat med utgångspunkten att handfängsel har varit det minst ingripande och kränkande alternativet för patienten.

Enligt nämnda lagar och förarbeten är det särskilt viktigt att vården och behandlingen sker i former som inkräktar så lite som möjligt på patientens integritet och värdighet, och tvång skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. Man har i det aktuella ärendet tagit största möjliga hänsyn till patienten och hans integritet.

Landstingsstyrelsen konstaterar att dokumentationen av vilka åtgärder som har vidtagits och vem som har beslutat om dem har varit bristfällig.

Rättspsykiatriska Regionkliniken i Vadstena har uppmärksammats på de rättsliga förutsättningar som föreligger, och kommer att vidta nödvändiga åtgärder för att komma tillrätta med de kunskapsbrister som förevarit.

G.N. kommenterade remissvaren.

JO inhämtade därefter ett beslut avseende en verksamhetstillsyn som Socialstyrelsen utfört vid kliniken den 4 oktober 2011 (Socialstyrelsens beslut den 14 september 2012 i ärende dnr 9.1-30963/2011). Av beslutet framgick bl.a. att handfängsel använts vid kliniken i speciella situationer där det förekommit hot eller våld. Socialstyrelsen uttalade att det inte är förenligt med gällande psykiatrisk och rättspsykiatrisk tvångslagstiftning att använda handfängsel inom hälso- och sjukvårdens verksamheter.

I ett beslut den 11 december 2013 anförde *JO Wiklund* följande.

Bedömning

Inledning

Vid tiden för den aktuella bältläggningen vårdades G.N. vid kliniken enligt LPT. G.N. har bl.a. framfört att bältläggningen varade onödigt länge och att han upplevde åtgärden som en bestraffning.

Jag vill inledningsvis framhålla att JO:s granskning är av rättslig art och främst avser en kontroll av att myndigheterna har följt de regler som gäller för förfarandet i formellt hänseende. Huruvida det i ett enskilt fall finns grund för att lägga en patient i bälte är en bedömningsfråga. JO brukar vara återhållsam med att uttala sig i sådana frågor. Vad som har kommit fram under utredningen i det här ärendet ger mig inte anledning att frånga denna princip.

Mot denna bakgrund kommer jag i det följande att begränsa mig till dels klinikens formella handläggning av vissa frågor rörande bältläggningen av G.N., dels klinikens användande av handfängsel under vården av honom. Mina uttalanden är i princip tillämpliga även vid vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Socialstyrelsen har i sitt remissvar (se ovan under Utredning) redogjort för den lagstiftning och de föreskrifter m.m. som är aktuella i sammanhanget. Jag hänvisar till denna redogörelse, men vill peka på att det sedan den 1 juni 2013 är Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som bedriver tillsyn över hälso-

och sjukvården samt hälso- och sjukvårdspersonalen i deras yrkesutövning (tidigare var det Socialstyrelsen). Denna ansvarsöverflyttning har i rättsligt hänseende inte inneburit någon ändring i sak.

Bältesläggning

Beslutande läkares undersökning av patienten inför ställningstagande till eventuell förlängning av bältesläggning, m.m.

En viktig utgångspunkt är att det för patienten är en mycket ingripande åtgärd att bli lagd i bälte. De formella krav som finns rörande förfarandet har införts bl.a. för att säkerställa den enskildes rättssäkerhet (se t.ex. prop. 1990/91:58 s. 151).

Av utredningen framgår att G.N. blev lagd i bälte lördagen den 22 januari 2011 kl. 1.30. Överläkaren Hans Nilsson, som var s.k. bakjour, undersökte G.N. på plats kl. 3.00. Vid 9-tiden beslutade Hans Nilsson per telefon om fortsatt bältesläggning av G.N. I journalen antecknades att avdelningen skulle ta kontakt med bakjouren igen kl. 13.30. Julia Bernzen undersökte G.N. den 22 januari kl. 13.00, varefter hon löpande per telefon beslutade om förlängning av fastspänningen, varje gång för fyra timmar i taget. Bältesläggningen upphörde kl. 9.30 måndagen den 24 januari efter att Julia Bernzen utfört en ny undersökning på plats av G.N.

Det har alltså framkommit att G.N. efter Hans Nilssons inledande undersökning av honom hade varit lagd i bälte i drygt elva timmar utan läkarundersökning när Julia Bernzen första gången undersökte honom på plats. Därefter var G.N. bälteslagd nästan två dygn utan någon läkarundersökning. Av 19 § andra stycket LPT jämförd med 3 kap. 2 § första stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård m.m., följer att det krävs synnerliga skäl för att hålla en patient fastspänd under längre tid än fyra timmar. Som framgått stadgas det dessutom i 3 kap. 2 § första stycket i nyss nämnda föreskrifter att den beslutande läkaren själv ska undersöka patienten innan ett beslut fattas om fastspänning med bälte eller liknande anordning under längre tid än fyra timmar.

Socialstyrelsen har i sitt remissvar redovisat sin uppfattning om hur föreskriften ska förstås. Styrelsen har bl.a. anfört att ”den beslutande läkaren själv ska undersöka patienten inför ett beslut om förlängning av bältesläggning där patienten sammantaget är bälteslagd under längre tid än fyra timmar. Det saknar betydelse för bedömningen huruvida det enskilda separata beslutet i sig avser en kortare tid än fyra timmar.”

Jag delar Socialstyrelsens uppfattning. Den ansvariga läkaren skulle alltså personligen ha undersökt G.N. inför varje omprovning (förlängning) av bältesläggningen.

Av det anförda följer att Hans Nilssons beslut den 22 januari vid 9-tiden om fortsatt fastspänning av G.N. skulle ha föregåtts av en undersökning av G.N. och inte ha fattats per telefon.

Det synes som om Julia Bernzen begränsade förlängningsbesluten till fyra timmar i taget för att kunna underlätta att undersöka G.N. på plats. Även om

Julia Bernzen (felaktigt) trodde att hanteringen formellt sett var korrekt framstår det som anmärkningsvärt att hon, som ansvarig läkare, inte ansåg att det var nödvändigt att regelbundet på plats undersöka en patient som var fastspänd under så lång tid. Julia Bernzen förtjänar allvarlig kritik för att hon upprepade gånger förlängde G.N:s fastspänning utan att undersöka honom.

Jag vill även ta upp den ofullständiga journalföringen av Julia Bernzens beslut om fortsatt fastspänning av G.N. Landstingsstyrelsen har uppgett att hon löpande beslutade om förlängning, men att inte samtliga beslut/telefonkontakter med kliniken journalfördes. Det är naturligtvis inte godtagbart att bara vissa beslut om fortsatt bältesläggning har dokumenterats. Den bristfälliga journalföringen förtjänar kritik.

Underrättelseskyldighet

När en patient som vårdas enligt LPT hålls fastspänd med bälte under längre tid än fyra timmar ska chefsöverläkaren fullgöra en underrättelseskyldighet (19 § tredje stycket LPT). På en särskild blankett ska fyllas i bl.a. uppgift om vid vilken tidpunkt åtgärden inleddes respektive avslutades och uppgift om när undersökning genomförts av beslutande läkare. Vid den aktuella tidpunkten skulle underrättelsen skickas till Socialstyrelsen. Numera ska den inges till IVO.

I de två blanketter som kliniken upprättat avseende G.N:s bältesläggning angavs felaktigt att fastspänningen varade under tiden kl. 9.30 den 24 januari–kl. 9.30 den 25 januari 2011. Uppgiften om när läkarundersökning genomförts var inte heller korrekt angiven. Av remissvaren att döma har bristerna sin huvudsakliga förklaring i tillfälliga problem, delvis av teknisk natur, som nu synes vara lösta. Mot den bakgrunden finner jag inte skäl att ytterligare uppehålla mig vid frågan. Jag vill dock allmänt erinra om att korrekta underrättelser till tillsynsmyndigheten är viktiga eftersom detta har direkt betydelse för säkerheten i vården (jfr RÅ 1998 ref. 14).

Handfängsel

Av utredningen framgår att G.N. har belagts med handfängsel i olika situationer. Landstinget har (i yttrandet av den 11 december 2012) redogjort för hur handfängsel har använts vid kliniken. Enligt landstinget har det vid ett tillfälle varit fråga om en nödvärnssituation där G.N. belades med handfängsel för att kunna föras till bältessäng. Vidare har handfängsel använts under ”mer kontrollerade former”, t.ex. i samband med att G.N. släppts upp under pågående bältesläggning för att duscha eller gå på toaletten.

Landstinget har medgett att det saknas lagstöd för användande av handfängsel på patienter i ”kontrollerade” situationer, men synes mena att brottsbalkens bestämmelser om ansvarsfrihet (t.ex. nödvärn) öppnar upp för att använda handfängsel i vissa situationer.

Enligt 2 kap. 6 § reageringsformen är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot ett påtvingat kroppsligt ingrepp. Detta skydd får enligt 20 § första stycket samma kapitel begränsas genom lag. Att belägga någon med

handfängsel är i sig ett sådant ingrepp som förutsätter stöd i lag. Som Socialstyrelsen anført finns det i LPT inte något stöd för användande av handfängsel på patienter. Av intresse i sammanhanget är att möjligheten att använda handfängsel övervägts i samband med vissa ändringar i LPT och LRV, men inte införts (prop. 1999/2000:44 s. 84).

Enligt min uppfattning är rättsläget klart: Patienter som vårdas enligt LPT kan inte med stöd av den lagen beläggas med handfängsel. Klinikens användande av handfängsel under vården av G.N. står i strid med det grundlagsfästa skyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp. Detta är naturligtvis oacceptabelt och kliniken förtjänar allvarlig kritik.

När det gäller landstingets resonemang rörande brottsbalkens bestämmelser om ansvarsfrihet vill jag endast anföra följande. Den nämnda regleringen aktualiseras i situationer där frågan är om en normalt sett straffbar gärning utgör ett brott eller inte. Det är ytterst en fråga för allmän domstol att pröva om personalens agerande mot en patient i ett visst fall är straffbart. Vad landstinget anført påverkar därför inte min bedömning av saken.

Jag vill i sammanhanget tillägga följande. I min tillsynsverksamhet har jag, framför allt under inspektioner, uppmärksammat att det förekommer mycket ingripande tvångsåtgärder (långa avskiljningar) rörande en liten grupp av svårbehandlade patienter som vårdas enligt LPT och LRV.

Förekomsten av långa avskiljningar och andra slag av ingripande tvångsåtgärder inom den psykiatriska vården beskrivs i en rapport som Socialstyrelsen tagit fram på regeringens uppdrag (Psykiatrisk hälso- och sjukvård – Tillsyn 2012). Under rubriken Sammanfattning anføres bl.a. följande.

Socialstyrelsen har i sin granskning noterat att de tvångsåtgärder lagstiftaren anvisar används i olika omfattning av olika vårdgivare och vårdinrättningar. Det förekommer att dessa åtgärder också används på otillåtna sätt. Även tvångsåtgärder som inte är tillåtna används.

Skilnaderna när det gäller i vilken omfattning tvångsåtgärder används förklaras till stor del av att ett litet antal patienter är föremål för tvångsåtgärder som pågår under lång tid. Något stöd i lag för sådan långvarig tvångsanvändning finns inte och inte heller för den användning av olika typer av handfängsel som också förekommer i denna patientgrupp. Här rör det sig om extremt svårbehandlade patienter, ofta självdestruktiva och farliga. Med hänsyn till de mycket speciella omständigheterna har Socialstyrelsen, när det gäller dessa patienter, i allmänhet inte begärt att verksamheterna ska upphöra med de använda tvångsmedlen.

Av rapporten framgår att det under 2012 rört sig om 10–15 sådana patienter, som lider av särskilt svåra sjukdomstillstånd, och att antalet är relativt konstant över tid. Socialstyrelsens bedömning är att regelverket bör anpassas så att även dessa patienters behov kan tillgodoses inom lagens ram.

Psykiatrilagsutredningen har i betänkandet Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17), lämnat förslag om ett dispensförfarande för att få kontroll över vissa extraordinära tvångsåtgärder som undantagsvis kan vara nödvändiga att vidta inom den slutna psykiatriska tvångsvården mot ett fåtal patienter som har ett mycket extremt och svårhanterligt beteende (s. 407 f. i betänkandet). – Av mitt yttrande över betänkandet

framgår att jag sammanfattningsvis bedömde att utredningens förslag inte var så underbyggt att det kan läggas till grund för lagstiftning.

Betänkandet är föremål för beredning i Regeringskansliet. Jag finner därför skäl att skicka en kopia av detta beslut till Socialdepartementet för kännedom.

Avslutande synpunkter

Av det ovan anförda framgår att kliniken brustit i flera avseenden när tvångs-åtgärder vidtagits under LPT-vården av G.N. Jag konstaterar således att det förekommit allvarliga brister vid den långa bältesläggningen av G.N. Vidare har handfängsel använts på G.N. trots att det saknas lagstöd för detta. I landstingets första remissvar uttalades att ”besluten om fortsatt fastspänning har fattats i överensstämmelse med rättslig reglering på området”. Även om landstinget i sina senare yttranden nyanserat sin inställning kvarstår en bild av otillräckliga kunskaper hos landstinget vad gäller tillämpningen av bestämmelserna om tvångs-åtgärder. Jag förutsätter att landstinget, om så inte redan skett, vidtar erforderliga åtgärder för att säkerställa att tvångsåtgärder mot patienter som vårdas enligt LPT och LRV beslutas och utförs i enlighet med regelsystemet på området.

Vad som i övrigt har framkommit föranleder inte något uttalande från min sida.

De frågor som har behandlats i ärendet kan vara av intresse för den ordinarie tillsynsmyndigheten. Jag sänder därför en kopia av beslutet till IVO.

Ärendet avslutas med den delvis allvarliga kritik som har uttalats.

Kritik mot en rättspsykiatrisk klinik för bl.a. användning av s.k. avgränsning för patienter som bedöms ha behov av att vistas på en begränsad yta med mindre stimulerik miljö och liten kontakt med andra patienter

(Dnr 1169-2012)

Beslutet i korthet: Efter en inspektion av Rättspsykiatriska kliniken i Örebro beslutade JO att utreda klinikens handläggning i fråga om en patient som hade blivit bältesfixerad samt klinikens användning av s.k. avgränsning och gränsdragningen mot tvångsåtgärden avskiljande.

I beslutet framhåller JO vikten av att noggrant dokumentera tvångsåtgärder som vidtas och beslut som fattas så att det vid en kontroll i efterhand inte är oklart vad som har beslutats och när det har skett. Kliniken kritiseras bl.a. för att det av patientens journal inte gick att dra någon säker slutsats om klinikens beslut att återinta patienten till sluten rättspsykiatrisk vård hade fattats innan patienten blev lagd i bälte.

Under JO:s utredning kom det fram att kliniken använder ett särskilt förfarande – avgränsning – för patienter som bedöms ha behov av att vistas på en begränsad yta med mindre stimulerik miljö och liten kontakt med andra patienter. Avskiljande – isolering – är en tvångsåtgärd som enligt lag får vidtas om vissa förutsättningar är uppfyllda. JO har ingen invändning i och för sig mot att vårdpersonalen kommer överens med en patient om att han

eller hon ska vistas på ett visst utrymme för att få lugn och ro. JO är dock i flera avseenden kritisk till att kliniken använder ett förfarande och ett begrepp som är så likt tvångsåtgärden avskiljande. JO uttalar bl.a. att det inte kan godtas att det rum där avskilda patienter vistas används för det aktuella ändamålet.

Initiativet

Vid JO:s inspektion av Rättspsykiatriska kliniken i Örebro den 14–17 november 2011 uppmärksammades ett fall där en patient hade blivit bältesfixerad utan att det av journalen tydligt framgick om det dessförinnan hade fattats ett beslut om återintagning till sluten rättspsykiatrisk vård enligt 3 c § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. I inspektionsprotokollet antecknades följande i den delen:

I journalen avseende patienten J.S. uppmärksammades bl.a. följande.

Patienten vårdades enligt bestämmelserna om rättspsykiatrisk öppen-vård. Vid den aktuella tidpunkten vårdades dock J.S. vid kliniken enligt bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Av de läkar-förda journalanteckningarna framgick bl.a. följande. Tjänstgörande sjuk-sköterska kontaktade den 12 mars 2011 kl. 11.25 en överläkare och det be-slutades att patienten, som uppges vara agiterad och aggressiv, skulle bäl-tesfixeras. Läkaren träffade patienten kl. 15.00. Patienten var då fortfarande fixerad i bältesäng. Läkaren fattade vid denna tidpunkt beslut om återin-tagning till sluten rättspsykiatrisk vård. I journalen hade antecknats att pa-tienten ”bältesfixeras, tvångsmedicineras och därefter avgränsas. Skall inte återvända direkt till avdelningen efter händelseförloppet.” I omvårdnads-delen av journalen hade en sjuksköterska samma dag antecknat att patienten var ”återintagen på LRV § 3 C från och med kl. 11.25 idag”. Det framgick inte av journalen om personal hade varit närvarande under bälteslägg-ningen.

JO beslutade att ta upp saken till utredning i ett särskilt ärende (dnr 1169-2012).

Vid inspektionen uppmärksammades även, beträffande två patienter, situa-tioner där det utifrån journalerna var oklart om ett avskiljande enligt 20 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, kunde anses ha skett. I inspekt-ionsprotokollet antecknades bl.a. följande:

I journalen avseende patienten J.S. fanns följande antecknat.

Permission dras in. Placeras i A-rummet. Avskiljs kl. 15.15. Får injek-tioner enligt ovan. Egentligen inga tvångsåtgärder då han går med på detta frivilligt under protest. Bedömning senare i kväll om att avskilj-ningen släpps. Är kvar tills vidare på avdelningen. [– – –]

Vid ett annat tillfälle hade följande antecknats.

[– – –] Han upplyses också om att han får stanna kvar på A-rummet, men inte vara avskild, åtminstone tills i morgon och att han får röka en gång i timmen, för att inte störa de nu skrämda medpatienterna. Patien-ten är lite missnöjd med detta men inga allvarliga protester. [– – –]

I journalen rörande J.S. hade även följande antecknats.

Han frågar när han får flytta in på sitt eget rum, bland annat eftersom han har fått hit sin stereo och vill kunna spela lite musik och jag meddelar honom att han får flytta in dit i morgon förmiddag, om natten varit lugn.

I journalen rörande patienten G.H. hade följande antecknats.

Fredag vid 16.00-tiden blev han avskild på A-rummet och denna togs bort kl. 24.20 av bakjouren. Han var avgränsad vid A-rummet fram till kl. 11.00 lördag förmiddag.

JO beslutade att även de frågor som uppkommit om klinikens användning av s.k. avgränsning och om gränsdragningen mot avskiljande skulle behandlas inom ramen för initiativärendet.

Utredning

JO begärde att Landstingsstyrelsen i Örebro läns landsting dels skulle komma in med utredning och yttrande i frågan om den aktuella bältesläggningen, dels yttra sig över klinikens användning av s.k. avgränsning och över gränsdragningen mellan avgränsning och avskiljande. I remissvaret anfördes följande (omnämnda bilagor har här utelämnats):

JO har begärt utredning och yttrande i två fall, efter inspektion på Rättspsykiatriska kliniken i Örebro den 14-17 november 2011. De handlar dels om 1. Bältesläggning och dels om 2. Avskiljande.

1. Angående patienten J.S., en patient som vårdas med stöd av lagen om rättspsykiatrisk vård, utan särskild utskrivningsprövning, öppenvård.

Patienten vårdades vid tillfället enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), sedan en dryg månad. Den 12 mars 2011 blev patienten tilltagande uppvarvad, agiterad och så småningom även hotfull och aggressiv. Försök att lugna och avleda patienten misslyckades. När patienten fysiskt attackerade personal larmades det och patienten lades klockan 11.25 i bälte. Direkt efter detta kontaktades tjänstgörande bakjour som fattade beslut om bältesläggning enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) och enligt sin egen journalanteckning efter personligt besök klockan 15.00 även fattade beslut om återintagning till slutet rättspsykiatrisk vård. Det har inte säkert gått att fastställa om läkaren fattade beslut om återintagning till slutenvård redan vid telefonkontakt klockan 11.25, eftersom den aktuella läkaren inte längre arbetar inom landstinget. Enligt den då tjänstgörande sjuksköterskan fattades beslutet redan klockan 11.25, vilket framgår av hennes omvårdningsdokumentation och registrering i vårddokumentationssystemet Info Medix PAS. Möjligen har bakjouren haft förhinder, för att akut kunna bege sig ut till Rättspsykiatriska kliniken, men läkaren kan alltså mycket väl ha fattat beslut om återintagning till slutenvård redan vid telefonkontakt med tjänstgörande sjuksköterska tidigare på dagen.

JO:s synpunkter har lett till diskussion i chefsöverläkargruppen och där efter information till bakjourerna om att ett beslut om bältesläggning eller andra tvångsåtgärder alltid måste föregås av ett beslut om återintagning till slutet tvångsvård, för patienter som har öppen sådan och vårdas enligt HSL. Denna vårdsituation är dock relativt ovanlig.

På Rättspsykiatriska kliniken har också ett förtydligande gjorts enligt ovan, till enhetschefer, läkare och sjuksköterskor. Självklart har personal varit närvarande under hela tiden patienten varit bälteslagd, i enlighet med klinikens rutiner. Det framgår även av bifogad vaklista (bilaga 1), som är gemensam för både så kallad extravak och för extra tillsyn var 15:e minut, som signeras varje kvart för att bland annat ha kontroll över hur länge personal sitter hos en patient, med tanke på behov av raster etc.

2. Avskiljning är en tvångsåtgärd enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), som kliniken definierar enligt bifogat "PM Tvångsvård/avskiljning" (bilaga 2). Avgränsning är ett begrepp som saknar enhetlig definition, men används på kliniken för att beteckna de situationer när en patient bedöms behöva en mindre stimulerik miljö, med en begränsad yta och begränsad kontakt med övriga patienter. Detta är inte att anse som en tvångsåtgärd och patienten hindras inte att ha kontakt med andra patienter.

JO har uppmärksammat fall där det varit oklart om ett avskiljande enligt 20 § LPT kunde anses ha skett. Beträffande patienten J.S. så har det i det första fallet lite olyckligt uttryckts att avskiljning skett och att patienten fått injektion av läkemedel, men att "egentligen inga tvångsåtgärder vidtagits, då han går med på detta frivilligt, under protest". Här avses att injektion med läkemedel inte givits med tvång, medan det inte råder någon tvekan om att avskiljningen var en tvångsåtgärd och också dokumenterats så i vårt administrativa system Info Medix PAS.

I det andra fallet rörande J.S. har noterats att "patienten får stanna kvar på A-rummet, men inte vara avskild, åtminstone tills i morgon", vilket här innebar att patienten fick sova i A-rummet och inte i sitt ordinarie vådrum, för att patienten skulle ha en mer stimulfattig miljö. Detta var inte en avskiljning, eftersom patienten inte hindrades att träffa medpatienter och har heller inte dokumenterats så i Info Medix PAS.

Det tredje fallet rörande J.S. handlar om samma sak som i fall två, det vill säga att patienten tillfälligt hade sin sovplats i det så kallade A-rummet, men inte var avskild.

Rörande patienten G.H. handlade det, enligt journalanteckningarna och det administrativa systemet Info Medix PAS om en avskiljning mellan klockan 16.20 och klockan 00.20, det vill säga 8 timmar. Därefter fick patienten vistas i A-rummet och angränsande korridor, med möjlighet till kontakt med medpatienter och detta var därmed inte en avskiljning. Tyvärr har tjänstgörande dagsjuksköterska i journalanteckning dagen efter kallat det avskiljning, vilket alltså var felaktigt. Detta var en avgränsning till viss del av avdelningen.

De av JO ovan belysta fallen har lett till diskussion i klinikkens ledningsgrupp, läkargrupp och sjuksköterskegrupp, om användandet och klargörandet av begreppet avskiljning respektive avgränsning. En komplettering av klinikkens PM angående avskiljning, med ett klargörande av avgränsningsbegreppet kommer också att göras.

Till remissvaret hade landstingsstyrelsen fogat en kopia av en s.k. vaklista för patienten J.S., daterad den 12 mars 2011, och klinikkens promemoria avseende avskiljning.

Den vaklista som gavs in tillsammans med remissvaret var inte samma vaklista som fanns tillgänglig vid inspektionen. Eftersom det för patienten J.S. verkade ha funnits två olika vaklistor för samma datum och delvis samma tidpunkter, men med olika signaturer, inhämtades upplysningar per telefon från chefsöverläkaren Peter Lewin.

Peter Lewin uppgav i huvudsak följande. Vid inspektionstillfället kunde inte den vaklista som omfattade bältesläggningen återfinnas, utan endast en lista där tillsyn påbörjades kl. 15.30. Han hittade senare ytterligare en vaklista som gavs in tillsammans med remissvaret. Han kan inte förklara varför listorna överlappar varandra och det går inte att nu i efterhand undersöka orsaken till detta.

I ett beslut den 27 mars 2014 anförde *JO Wiklund* följande.

Bedömning

Rättsliga utgångspunkter

Enligt 2 kap. 6 § regeringsformen (RF) är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot bl.a. påtvingat kroppsligt ingrepp. Vidare är varje medborgare enligt 2 kap. 8 § RF skyddad mot frihetsberövande. Av 2 kap. 20 § RF följer att dessa fri- och rättigheter endast får begränsas genom lag. I såväl LPT som LRV finns bestämmelser som medger inskränkningar i de nämnda grundläggande fri- och rättigheterna.

En patient som ges sluten psykiatrisk tvångsvård med stöd av LPT får, om det finns omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan, kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning (19 § första stycket LPT). Vårdpersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd. Av bestämmelsens andra stycke framgår att patienten, om det finns synnerliga skäl, får hållas fastspänd längre än vad som anges i första stycket. Inspektionen för vård och omsorg, IVO (före den 1 juni 2013 Socialstyrelsen), ska utan dröjsmål underrättas om beslut fattas enligt 19 § andra stycket LPT (19 § tredje stycket LPT).

Enligt 20 § LPT får en patient hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar. Tiden för avskiljande får genom nytt beslut förlängas med högst åtta timmar. Ett beslut om avskiljande får, enligt bestämmelsens andra stycke, om det finns synnerliga skäl avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd ska IVO (före den 1 juni 2013 Socialstyrelsen) underrättas utan dröjsmål (20 § tredje stycket LPT). Vidare ska en patient under den tid han eller hon hålls avskild stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal.

Av 8 § första stycket LRV framgår att 19 och 20 §§ LPT gäller i tillämpliga delar vid sluten rättspsykiatrisk vård.

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

I 3 kap. 2 § första stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18) anges att den beslutande läkaren själv ska undersöka patienten innan ett beslut fattas om fastspänning under längre tid än fyra timmar respektive avskiljning under längre tid än åtta timmar. Av 4 kap. 7 § i föreskrifterna framgår att underrättelseskyldigheten enligt 19 § tredje stycket LPT ska fullgöras när en patient hålls fastspänd under längre tid än fyra timmar och enligt 20 § tredje stycket i de fall då en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd.

Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård innefattar i stor utsträckning myndighetsutövning mot den enskilde och ställer därmed särskilt stora krav på dokumentationen. Enligt 2 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska uppgift om tvångsåtgärder samt skälen för åtgärderna dokumenteras i patientens journal.

Som framgår av redovisningen ovan finns det lagstöd för att vidta tvångsåtgärder mot en patient som ges sluten psykiatrisk tvångsvård och sluten rättspsykiatrisk vård. Om patienten ges öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård finns det bara möjlighet att agera med stöd av de allmänna bestämmelserna om nöd och nödvård i 24 kap. 1 och 4 §§ brottsbalken.

Frågan om bältesläggning

En patient som ges öppen rättspsykiatrisk vård kan under vissa förutsättningar återintagas till sluten rättspsykiatrisk vård. Beslut om sådan återintagning fattas av förvaltningsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren. I vissa situationer kan chefsöverläkaren interimistiskt besluta om återintagning till sluten rättspsykiatrisk vård, vilket framgår av 3 c § LRV.

Patienten J.S. var vid den aktuella tiden föremål för öppen rättspsykiatrisk vård. Han vårdades vid kliniken med stöd av HSL. Som redovisats ovan överensstämmer inte i alla delar de uppgifter som läkaren och sjuksköterskan har antecknat i journalen beträffande J.S. Enligt sjuksköterskans anteckningar fattades både beslutet om återintagning till sluten rättspsykiatrisk vård och beslutet om bältesläggning kl. 11.25. Läkarens anteckningar under rubriken "Aktuell situation" kan tolkas på olika sätt, men under rubriken "Åtgärd" är det tydligt antecknat att ett interimistiskt beslut om återintagning till sluten vård fattades kl. 15.00, dvs. drygt tre och en halv timme efter det att läkaren beslutat om att J.S. skulle bältesfixeras.

Det går inte att utifrån journalanteckningarna dra någon säker slutsats i frågan om huruvida beslutet om återintagning till sluten rättspsykiatrisk vård fattades innan patienten blev lagd i bälte eller om det skedde flera timmar efter att tvångsåtgärden hade vidtagits. Utredningen i övrigt har inte heller kunnat ge svar på den frågan. Det är självfallet allvarligt om en patient som vårdas enligt HSL spänns fast med bälte trots att det saknas lagliga förutsättningar för åtgärden. Tvångsåtgärder som vidtas utan stöd i lag utgör en kränkning av patientens grundläggande fri- och rättigheter och kan för den berörda befattningshavaren medföra såväl straffrättsligt ansvar som behörighetsinskränkande åtgärder enligt 8 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Läkare och övrig berörd hälso- och sjukvårdspersonal måste i situationer som den aktuella givetvis vara tydliga i sin kommunikation för att missuppfattningar ska undvikas. Det är av mycket stor vikt att såväl tvångsåtgärder som beslut om intagning eller återintagning till sluten psykiatrisk vård eller rättspsykiatrisk vård dokumenteras noggrant, så att det vid en kontroll i efterhand inte råder någon oklarhet om vad som har beslutats och vid vilken tidpunkt det har skett. Det framstår inte som sannolikt att ytterligare utredningsåtgärder skulle bringa klarhet i frågan. Av remissvaret framgår att kliniken är medveten om bristerna. Jag noterar att det har förts en diskussion vid kliniken om hur dessa situationer ska hanteras och att information även har lämnats till berörda tjänstemän. Jag anser mig därför kunna lämna saken med kritik mot den otydliga dokumentationen.

När det sedan gäller frågan om huruvida personal var närvarande under den tid som J.S. var fastspänd visar utredningen följande. Med utgångspunkt från

sjuusköterskans daganteckning låg J.S. fastspänd i bälte mellan kl. 11.25 och 15.24. Vid JO:s inspektion fanns det endast en vaklista tillgänglig för den 12 mars 2011. Listan innehöll anteckningar om tillsyn från kl. 15.30, då det hade beslutats att patienten skulle hållas avskild, till följande morgon kl. 06.45. Till sammans med remissvaret ingavs en annan vaklista för den aktuella dagen. Enligt den listan påbörjades tillsynen kl. 11.30 och pågick till kl. 19.15. Det finns alltså två listor som delvis överlappar varandra. Vad gäller den tid som båda listorna täcker, dvs. kl. 15.30–19.15, har dock olika personer signerat listorna. Landstinget har inte kunnat ge någon förklaring till detta.

Eftersom det bl.a. kan finnas skäl att i efterhand kontrollera att personal har varit närvarande vid en bältesläggning, och 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 under bältesläggningen samt under vilken tidsperiod. Detta kan t.ex. ske genom vaklistor som tillförs journalen. I J.S:s fall är det inte möjligt att av vaklistorna utläsa hur tillsynen faktiskt såg ut, vilket naturligtvis är otillfredsställande. Utifrån de uppgifter som har lämnats finner jag dock inte anledning att ifrågasätta att personal faktiskt var närvarande. Jag bedömer inte att det finns skäl att vidta någon ytterligare åtgärd i saken, utan nöjer mig med att betona vikten av att dokumentationen av tillsynen vid tvångsåtgärder är korrekt.

Frågan om klinikkens användning av s.k. avgränsning

Avskiljande – isolering – är en tvångsåtgärd som får vidtas bara om de förutsättningar som anges i 20 § LPT är uppfyllda, dvs. om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Avskiljande är en starkt integritetskränkande åtgärd som ska tillgripas endast i undantagssituationer. I likhet med vad som gäller vid bältesläggning måste ett beslut om avskiljande och skälen för beslutet dokumenteras i patientjournalen. En patient kan inte lämna sitt samtycke till en tvångsåtgärd, utan sådana åtgärder kan vidtas endast om det finns stöd i lag (jfr JO 2008/09 s. 338, dnr 3236-2006).

Bestämmelserna i LPT och LRV ger inte en vårdinrättning utrymme för att på annat sätt än genom avskiljande hindra patienter från kontakt med övriga patienter.

I sammanhanget anser jag att den tvångsvårdslagstiftning som gäller för missbrukare och unga kan vara av ett visst intresse. I lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, och lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, finns bestämmelser som på motsvarande sätt som för patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV medger inskränkningar i den intagnes rörelsefrihet. Missbrukare och unga kan under särskilda förutsättningar hållas i avskildhet utan kontakt med andra intagna (34 § fjärde stycket LVM och 15 c § LVU). Under 2003 infördes bestämmelser (34 § andra stycket LVM och 15 b § LVU) som gör det möjligt att av behandlingsskäl tillämpa en vårdform för tvångsintagna missbrukare och unga som benämns ”vård i enskildhet”. Genom införandet av denna vårdform är det numera möj-

ligt att vårda en intagen på en enhet för särskilt noggrann tillsyn under förhållanden som innebär att han eller hon inte fritt får umgås med andra intagna, om det krävs med hänsyn till den intagnes speciella behov av vård, hans eller hennes säkerhet eller övriga intagnas säkerhet. Vård i enskildhet skiljer sig från avskiljning på avgörande punkter då den svarar mot ett definierat vårdbehov hos den enskilde som inte uppträder akut, utan kan förutses. Vidare innebär vård i enskildhet att den intagne vistas tillsammans med personal (prop. 2002/03:53 s. 98 f.).

Det har framkommit att Rättspsykiatriska kliniken i Örebro använder sig av något som kliniken kallar ”avgränsning”. I remissvaret anges att ”avgränsning” är ett begrepp som saknar en enhetlig definition. Det används på kliniken ”för att beteckna de situationer när en patient bedöms behöva en mindre stimulerande miljö, med en begränsad yta och begränsad kontakt med övriga patienter”. Landstingsstyrelsen har vidare anfört att det inte är att anse som en tvångsåtgärd och att en patient som är ”avgränsad” inte kan hindras från att ha kontakt med andra patienter.

Av de journalanteckningar som jag har tagit del av framgår att patienter som ”avgränsats” har blivit anvisade ett visst utrymme. I de fall som låg till grund för mitt beslut att ta upp saken till granskning hade ”avgränsning” skett i det s.k. A-rummet respektive ”vid A-rummet”. I ett fall hade ett avskiljande i A-rummet direkt följts av en ”avgränsning” i samma rum.

Enligt vad som anförs i remissvaret innebär ”avgränsning” inte att berörd patient hindras från att ha kontakt med andra patienter. Som landstinget måste förstås är det fråga om en form av överenskommelse mellan vårdpersonalen och den berörda patienten som innebär att han eller hon ska vistas i ett visst rum eller en viss del av avdelningen, men patienten kan lämna det anvisade utrymmet och ha kontakt med andra patienter.

Jag har förståelse för att patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV av behandlingsskäl kan behöva vistas i en miljö där kontakten med andra patienter är begränsad. Vidare har jag ingen invändning i och för sig mot att vårdpersonal kommer överens med en patient om att han eller hon ska vistas på ett visst utrymme, t.ex. det egna rummet och/eller viss del av en korridor, för att få lugn och ro. För att ett sådant förfarande ska vara godtagbart måste det dock bygga på frivillighet och hållas strikt skilt från tvångsåtgärden avskiljande. Patienten ska fritt kunna lämna det rum eller den del av avdelningen där han eller hon enligt överenskommelsen ska vistas. Det är av stor vikt att det både för patienter och personal är helt klart vad som gäller och att dokumentationen är tydlig.

När det gäller det förhållandet att patienter har varit ”avgränsade” i A-rummet vill jag anföra följande.

Patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV befinner sig i en mycket utsatt situation. Det är angeläget att man vid vårdinrättningar inte hamnar i lägen där vården bedrivs i en ”gråzon”, dvs. att det råder osäkerhet om huruvida åtgärder står i överensstämmelse med lagstiftningen. A-rummet används normalt för tvångsåtgärder. I de fall när patienter är ”avgränsade” i A-rummet kan därför gränsen mot en otillåten isolering vara svår att dra. Detta gäller naturligtvis särskilt om en patient först är avskild enligt 20 § LPT och avskiljningen

sedan direkt följs av en ”avgränsning”, där patienten ska stanna kvar i A-rummet. I sådana situationer finns en uppenbar risk för att frivilligheten blir illusorisk. Patienten kan uppfatta att han eller hon är avskild eller att det föreligger ett hot om att ett beslut eller ett nytt beslut om avskiljande kan komma att fattas om han eller hon inte stannar i A-rummet. Enligt min mening kan det inte godtas att A-rummet används för det aktuella ändamålet.

Därutöver ifrågasätter jag lämpligheten i att använda sig av begreppet ”avgränsning” som är så likt avskiljning och avskiljande. Av utredningen framgår att begreppen har sammanblandats av vårdpersonal i journalen för patienten G.H. En sjuksköterska har felaktigt angett att patienten har varit föremål för avskiljande trots att det har varit frågan om ”avgränsning”. Med så likartade begrepp finns det risk för missförstånd. Detta kan i sin tur medföra att en patient behandlas med utgångspunkt från att han eller hon är föremål för en tvångsåtgärd trots att så inte är fallet. Till detta kommer att ordet ”avgränsning” i sig ger intryck av att det rör sig om en tvångsåtgärd.

Avslutningsvis kan noteras att Psykiatrilagsutredningen i sitt betänkande Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17) har föreslagit att tillämpningsområdet för avskiljande ska utvidgas. Enligt förslaget ska avskiljande inte bara få ske vid försvårande av vården av de andra patienterna utan också när det är nödvändigt av hänsyn till patientens egen vård. Som exempel nämns att en patient som behöver ha begränsning av yttre stimuli för att kunna varva ner bör kunna avskiljas. Jag ställde mig i yttrande över betänkandet tveksam till detta förslag eftersom jag ansåg att det var för dåligt analyserat. Betänkandet är under beredning inom Regeringskansliet. Jag finner därför skäl att skicka en kopia av detta beslut till Socialdepartementet.

Med den kritik som framgår av det anförda avslutas ärendet.