

Chefsjustitieombudsmannen
Elisabeth Rynning**Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kritiseras för brister i myndighetens tillsyn över den psykiatriska tvångsvården**

Beslutet i korthet: ChefsJO har i ett initiativärende granskat hur Inspektionen för vård och omsorg (IVO) följer upp vården enligt de psykiatriska tvångsvårdslagarna. I granskningen har följande frågor tagits upp:

- uppföljning av vårdgivarnas användning av tvångsåtgärder
- granskning av anmälningar enligt lex Maria
- uppföljning av vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete
- kontroller av fysiska vårdmiljöer m.m.
- patienter som hålls avskilda under lång tid
- säkerhetsregistret.

I beslutet konstaterar chefsJO att IVO inte har någon samlad kunskap om i vilken omfattning vårdgivarna använder tvångsåtgärder. Hon uttalar att det är mycket allvarligt att IVO inte har använt sig av de verktyg myndigheten fått av lagstiftaren för att möjliggöra detta.

ChefsJO uttalar att s.k. långtidsavskiljande av patienter bör förutsätta ett uttryckligt lagstöd och att en sådan ingripande åtgärd behöver omges av omfattande kontroll-åtgärder. Vidare framhåller chefsJO att det är viktigt att IVO i ett tidigt skede uppmärksammar förhållandena för dessa patienter eftersom det finns en risk för att de blir isolerade. Myndigheten bör även vidta åtgärder som säkerställer en löpande tillsyn av vården av dessa patienter.

ChefsJO anser också att det är mycket allvarligt att bristerna i det s.k. säkerhetsregistret har funnits kvar under nära fem år efter det att IVO uppgav i ett yttrande till JO 2015 att myndigheten arbetade aktivt med att utveckla och förbättra kvaliteten i registret. ChefsJO uttalar att det är helt oacceptabelt att registret inte varit uppdaterat under så lång tid och hon förväntar sig att IVO säkerställer att uppgifterna i registret fortsättningsvis hålls uppdaterade.

Sammanfattningsvis är chefsJO mycket kritisk till att IVO under de mer än sex år som verksamheten hade bedrivits vid tiden för granskningen inte kommit längre med att utveckla de metoder som behövs för att fullgöra kravet på att tillsynen över vården ska bedrivas strategiskt, effektivt och enhetligt enligt de psykiatriska tvångsvårdslagarna. IVO behöver säkerställa en central styrning och systematisk uppföljning av de regionala tillsynsavdelningarnas verksamhet för att syftet med tillsynen ska kunna uppnås. I beslutet gör chefsJO även en framställning till regeringen om en översyn av lagstiftningen när det gäller patienter som hålls avskilda under långa tider.

Initiativet och utredning

Sedan 2012 har JO inspekterat ett trettiotal vårdinrättningar där människor hålls frihetsberövade med stöd av någon av de psykiatriska tvångsvårdslagarna.¹ Med anledning av vad som kommit fram vid ett antal inspektioner uttalade JO att myndigheten skulle komma att inleda en dialog med Inspektionen för vård och omsorg (IVO) om dels de fysiska förhållandena i samband med att patienter blir fastspända, dels hur myndigheten utövar tillsyn av vården av långtidsavskilda patienter och följer upp avvikelserapporteringar m.m.

Under våren 2019 förde medarbetare på JO:s Opcat-enhet på mitt uppdrag dialoger med IVO:s sex regionala tillsynsavdelningar.² Mötena protokollfördes, och dessa protokoll låg sedan till grund för ett antal frågeställningar som jag tog upp vid ett dialogmöte med IVO:s generaldirektör och ledningsgrupp den 11 september 2019. Även det mötet protokollfördes av mina medarbetare.

Mot bakgrund av vad som kommit fram vid dialogmötena beslutade jag den 25 oktober 2019 att inleda ett initiativärende. IVO gavs möjlighet att yttra sig över vad som kommit fram vid dialogerna under våren och hösten 2019. Den 21 november 2019 kom IVO in med ett remissvar och en handlingsplan.

Kort om bakgrunden till Inspektionen för vård och omsorg

Den 1 juni 2013 inrättades IVO som en ny ordinarie tillsynsmyndighet för bl.a. hälso- och sjukvården, och myndigheten övertog tillsyns- och tillståndsverksamheter från Socialstyrelsen. Regeringen förväntade sig att reformen skulle möjliggöra en effektivare tillsyn, bl.a. genom en mer långsiktig planering, tydligare prioriteringar, ett mer strategiskt inriktat arbete och genom att det skapades möjligheter till gemensamma beslut och rapporter.³ När IVO inrättades övergick verksamheten och de anställda vid Socialstyrelsens tillsynsavdelning till den nya myndigheten. IVO var således inte en ny myndighet i den meningen att personalens kompetens behövde byggas upp successivt. Riksrevisionen har dock konstaterat att IVO haft en relativt hög personalomsättning.⁴

Inför att IVO bildades uttalade regeringen att den nya tillsynsmyndigheten behövde utveckla metoder, statistik, uppföljning och andra insatser i tillsynen. Regeringen pekade även på att it-system, register, tillsynsdata-baser och rutiner

¹ Med de psykiatriska tvångsvårdslagarna avses i detta beslut lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

² Avdelning sydväst besöktes den 5 februari 2019, avdelning öst den 20 februari 2019, avdelning mitt den 28 februari 2019, avdelning nord den 21 mars 2019, avdelning syd den 13 maj 2019 och avdelning sydöst den 15 maj 2019.

³ Prop. 2012/13:20 s. 95.

⁴ En granskningsrapport från Riksrevisionen, Inspektionen för vård och omsorg – en tillsynsverksamhet med förhinder (RiR 2019:33 s. 23 och 24).

som möjliggör en effektiv styrning, prioritering och uppföljning av tillsyns-ärenden och handläggningstider behövde utvecklas och resultatuppföljningen förbättras så det går att följa upp verksamhetens ekonomiska utfall. Slutligen framhöll regeringen att kunskapsåterföringen av tillsynens iakttagelser är viktig och behövde utvecklas. Vidare behövde kompetensen förbättras, och regeringen efterlyste också analyser av tillsynen och ett systematiskt lärande som kan återföras till utförare och huvudmän.⁵ Det bör framhållas att det redan i förarbetena till lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, hade konstaterats att omfattningen av tvångsinsatser varierar i landet och mellan sjukhus och kliniker.⁶ För den enskildes trygghet och för utvecklingen av vården ansågs det därför speciellt viktigt att det är möjligt att fortlöpande kunna följa och studera användningen av olika typer av tvångsåtgärder.

I instruktionen för IVO anges att tillsynsverksamheten ska bedrivas strategiskt, effektivt och på ett enhetligt sätt i landet. Myndigheten ska genom sin tillsyn bidra till att vården och omsorgen är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och föreskrifter. Tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från riksdagen.⁷

Ett par år efter det att IVO inrättats pekade Statskontoret i en rapport på att myndigheten bl.a. behövde utveckla sitt ärendehanteringssystem för att kunna styra och följa upp verksamheten och att chefsjuristen borde få ett tydligt ansvar för att säkerställa enhetlighet i besluten.⁸

Under 2018 genomförde IVO en nationell tillsyn av tvångsåtgärder inom psykiatrisk tvångsvård. Tillsynen omfattade 67 verksamheter, varav minst en vuxenpsykiatrisk, en rättspsykiatrisk och en barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet i varje region. Tillsynen avsåg i första hand användningen av fastspänning och avskiljande. Iakttagelserna publicerades på IVO:s webbplats den 15 april 2020.⁹ Det framgår att en tredjedel av de granskade verksamheterna saknade rutiner för att systematiskt kontrollera kvaliteten i de rapporterade uppgifterna till Socialstyrelsens nationella patientregister (PAR). Nästan lika många verksamheter brast i att underrätta IVO om långvariga fastspänningar och avskiljanden. Vidare framgår att knappt två tredjedelar av de granskade verksamheterna uppgett att antalet tvångsåtgärder minskat under de senaste

⁵ Prop. 2012/13:20 s. 91.

⁶ Prop. 1990/91:58 s. 151.

⁷ 2 § förordningen (2013:176) om instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

⁸ Inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg. Slutrapport, Statskontoret, 2015:8, s. 95 och 96.

⁹ Se <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/iakttagelser-i-korthet/2020/iakttagelser-i-korthet-tvangsatgarder-4-2020.pdf> (hämtad den 30 mars 2021).

åren. Verksamheterna förde fram bl.a. bemanning, personalens kompetens, vårdmiljö och patienternas delaktighet som bidragande faktorer till att antalet tvångsåtgärder minskat.

lakttagelser och uttalanden

Mot bakgrund av diskussionerna vid mitt dialogmöte med ledningen för IVO den 11 september 2019, väljer jag att uttala mig om följande frågor som har med myndighetens tillsyn över den psykiatriska tvångsvården att göra:

- uppföljning av vårdgivarnas användning av tvångsåtgärder
- granskning av anmälningar enligt lex Maria
- uppföljning av vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete
- kontroller av fysiska vårdmiljöer m.m.
- patienter som hålls avskilda under lång tid
- säkerhetsregistret.

Uppföljning av vårdgivarnas användning av tvångsåtgärder

IVO ska utan dröjsmål underrättas om beslut att en patient ska hållas fastspänd med bälte eller en liknande anordning under en längre tid än fyra timmar. Om patienten är under 18 år ska IVO underrättas om han eller hon hålls fastspänd under en sammanhängande tid som överstiger en timme. Myndigheten ska även underrättas om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd. Om patienten är under 18 år ska IVO underrättas om han eller hon hålls avskild under en sammanhängande tid som överstiger två timmar.¹⁰ Underrättelser ska göras på en särskild blankett, och om fastspänningen eller avskiljandet pågår längre tid än 72 timmar ska en ny blankett lämnas in till IVO.¹¹ Chefsöverläkaren ska fortlöpande lämna uppgifter till IVO om åtgärder som vidtagits enligt någon av de psykiatriska tvångsvårdslagarna.¹² IVO får meddela föreskrifter om hur denna uppgiftsskyldighet ska fullgöras.¹³ Vidare ska myndigheten för varje kalenderår lämna uppgifter till Socialstyrelsen om bl.a. underrättelser om användning av fastspänning och avskiljande.¹⁴

IVO har antagit en myndighetsgemensam processbeskrivning för hur vårdgivarnas underrättelser om tvångsåtgärder i psykiatri ska hanteras.¹⁵ Den

¹⁰ 19 § tredje stycket, 19 a § tredje stycket, 20 § tredje stycket och 20 a § tredje stycket LPT, 8 § LRV och 4 kap. 7 § första och andra stycket i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

¹¹ Se bilaga 1 till SOSFS 2018:18.

¹² 49 § LPT och 24 § LRV.

¹³ 16 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, FPT.

¹⁴ 22 § FPT.

¹⁵ IVO, 8.1.5 Underrättelse – tvång psykiatri, IVO:s dnr 1.3-40957/2018, giltig från 2018-11-29.

beskriver bl.a. när en chef ska informeras för att ta ställning till om ett initiativ-ärendet bör öppnas. Det gäller underrättelser som rör barn, när underrättelserna innehåller brister, samt underrättelser om fastspänning som pågått mer än 72 timmar och avskiljande som pågått mer än fyra veckor. Vidare framgår det att underrättelser om fastspänning eller avskiljande ska registreras i ett samlingsärende per månad.

Vid den dialogserie som mina medarbetare genomförde med IVO:s tillsyns-avdelningar kom det fram att vårdgivarnas underrättelser om fastspänning och avskiljande hanterades manuellt vid respektive tillsynsavdelning och att de inte var sökbara i det myndighetsgemensamma diariet. Företrädarna för IVO uppgav att de till stor del förlitade sig på det lokala s.k. tillsynsminnet hos tjänstemännen för att hantera underrättelserna. Det fanns, utöver vad som framgår av den ovan nämnda processbeskrivningen, inte några myndighetsgemensamma kriterier för när ett initiativärende borde öppnas med anledning av underrättelser som avser vuxna patienter. Avdelningarna genomförde normalt sett inte någon systematisk granskning av de månadsvisa samlingsärendena med underrättelser. Några av avdelningarna hade dock tagit fram lokala rutiner för att bl.a. kunna följa verksamheternas underrättelser över tid och kriterier för när ett initiativ-ärende bör öppnas. Vidare kom det fram att avdelningarna i allmänhet inte begärde in några uppgifter om förekomsten av fastspänning och avskiljande under kortare tid än de som är förenade med en rapporteringsskyldighet. Enligt företrädarna för avdelningarna minskade användningen av tvångsåtgärder inledningsvis i samband med att vårdgivarna deltog i Sveriges Kommuner och Regioners projekt Bättre vård – mindre tvång. Därefter har antalet tvångsåtgärder åter börjat öka, och enligt företrädarna för tillsynsavdelningarna kan en hög personalomsättning och kompetensbrist i vården vara troliga förklaringar till detta. Vid dialogmötena framhöll företrädarna för avdelningarna att tvångsåtgärder granskades i den nationella tillsyn över tvångsåtgärder inom psykiatrisk tvångsvård som IVO genomförde 2018. Enligt företrädarna redogjorde vårdgivarna då för hur de aktivt arbetat för att minska antalet tvångsåtgärder. I några fall presenterade vårdgivarna statistik som visade att tvångsåtgärderna minskat över tid.

Vid mitt möte med ledningen för IVO uppgav den att myndighetens uppföljning av vårdgivarnas användning av tvångsåtgärder ännu inte hade nått den potential den borde ha. Ledningen uppgav vidare att IVO inte heller hade förmåga att använda den information myndigheten har tillgång till på ett bra sätt. Enligt ledningen behöver myndigheten analysera de uppgifter den har tillgång till, liksom om uppgifterna används på rätt sätt och om det finns ytterligare uppgifter som myndigheten behöver begära in för att kunna göra riskanalyser för den psykiatriska tvångsvården. Vidare uppgav ledningen att myndighetens digitalisering framöver blir avgörande för att kunna följa upp vilka effekter tillsynsarbetet haft.

På frågan om hur IVO kan få den information som behövs för att kunna följa upp t.ex. fastspänningar och avskiljanden, hänvisade ledningen till att det finns ett förslag om en nationell beslutsjournal som de ansåg skulle gagna myndighetens tillsyn över användningen av tvångsåtgärder. Enligt ledningen är den viktiga frågan hur IVO använder sin roll för att påverka vårdgivarna och om myndigheten kan göra det genom att efterfråga information i större utsträckning. Myndigheten behöver se över hur den kan få bättre information om de tvångsåtgärder vårdgivarna vidtar och hur den informationen kan användas.

Ledningen för IVO uppgav vidare att myndigheten i sin granskning av vårdgivarnas ledningssystem kan ”fånga upp” sådana tvångsåtgärder som inte behöver rapporteras till myndigheten. Dessa iakttagelser dokumenteras dock inte på ett sätt som gör det möjligt att följa upp dem i efterhand. Vidare förde ledningen fram att det lagstadgade kravet att chefsöverläkaren fortlöpande ska lämna uppgifter till IVO om åtgärder som vidtagits enligt någon av de psykiatriska tvångsvårdslagarna ”togs bort”, dvs. inte tillämpades av myndigheten, eftersom avsikten var att uppgifterna skulle fångas upp genom vårdgivarnas rapporteringar till PAR.¹⁶ Alla vårdgivare rapporterar dock inte till registret, och IVO har inte heller tagit del av uppgifterna i PAR. Sammanfattningsvis uppgav ledningen att IVO behöver få en bättre nationell bild av tvångsanvändningen.

Slutligen uppgav ledningen för IVO att myndigheten inom kort skulle börja använda ett bedömningsstöd för att hantera underrättelser som kommit in. Ledningen förde fram att genom att tillsynsavdelningarna får ett bedömningsstöd kan ”bifynd” i underrättelserna uppmärksammas. Vidare uppgav ledningen att myndigheten även behöver arbeta med dialog och uppföljning.

Min bedömning

Inledningsvis vill jag understryka att åtgärden att spärra fast en patient i bälte eller att avskilja honom eller henne utgör en långtgående inskränkning av den enskildes grundläggande fri- och rättigheter. Även om det finns en laglig rätt för en chefsöverläkare att besluta om en sådan tvångsåtgärd, bör det bara ske i yttersta undantagsfall och under så korta perioder som möjligt. Som regeringen framhöll i samband med att IVO inrättades utgör kunskapsåterföring en viktig del i myndighetens tillsyn. Genom att bl.a. sprida goda exempel kan IVO bidra till ett minskat användande av tvångsåtgärder.

Vid dialogmötena med IVO:s tillsynsavdelningar och ledning kom det fram att underrättelser om fastspänning och avskiljande inte hade handlagts på ett

¹⁶ Regleringen finns i 49 § LPT och 24 § LRV.

enhetligt sätt inom myndigheten. I brist på centrala stöddokument och verktyg hade avdelningarna tagit fram lokala stöddokument och förlitat sig på sitt s.k. tillsynsminne när det gäller i vilken utsträckning som vårdinrättningar använder sig av dessa tvångsåtgärder. Jag noterar att myndigheten efter dialogerna har tagit fram ett myndighetsgemensamt bedömningsstöd. Det är givetvis positivt och kan förväntas bidra till att underrättelser hanteras på ett enhetligt sätt inom myndigheten.

Samtidigt vill jag framhålla att lagstiftaren har gett IVO ytterligare möjligheter att få kunskap om omfattningen av vårdgivarnas användning av tvångsåtgärder. Jag tänker närmast på möjligheten att meddela föreskrifter om hur chefsöverläkaren ska fullgöra sin skyldighet att lämna uppgifter till myndigheten om de åtgärder som vidtas enligt någon av de psykiatriska tvångsvårdslagarna.¹⁷ Jag noterar även att IVO har en skyldighet att för varje kalenderår lämna uppgifter till Socialstyrelsen om de underrättelser som vårdgivarna rapporterat till myndigheten.¹⁸ Som framgått ovan har IVO dock valt att inte utnyttja möjligheten att utfärda föreskrifter om hur uppgifter om tvångsåtgärder ska lämnas till myndigheten.

Jag vill i sammanhanget framhålla vikten av att IVO har en samlad kunskap om omfattningen av vårdgivarnas användning av tvångsåtgärder. Dels för att det ska vara möjligt att följa om antalet tvångsåtgärder ökar eller minskar över tid och vad det i så fall kan bero på, dels för att kunna sprida kunskap om åtgärder som kan minska användandet av tvångsåtgärder och risken för vårdskador. I IVO:s nationella tillsyn 2018 fann myndigheten att en tredjedel av de granskade verksamheterna saknade rutiner för rapportering till PAR och rutiner för att systematiskt kontrollera kvaliteten på de rapporterade uppgifterna. Nästan lika många verksamheter underrättade inte IVO om fastspänningar och avskiljanden i enlighet med lag och föreskrifter.

Jag kan konstatera att IVO själva kommit fram till att det finns en betydande underrapportering av de tvångsåtgärder som vidtagits. Ledningen uppgav vid dialogmötet att myndigheten behöver få en bättre nationell bild av hur tvångsmedel används. Enligt min mening är det därför förvånande att IVO hittills inte vare sig har säkerställt att chefsöverläkarna lämnar uppgifter till myndigheten enligt 49 § LPT eller följt upp användningen av tvångsåtgärder systematiskt och långsiktigt för att se om och hur vårdgivarna arbetar för att minska antalet sådana åtgärder. Genom en sådan uppföljning skulle IVO också kunna sprida goda exempel till andra vårdgivare och på så sätt bidra till en minskad användning av tvångsmedel. Det är naturligtvis viktigt att den

¹⁷ 49 § LPT, 24 § LRV och 16 § FPT.

¹⁸ Det gäller enligt 22 § FPT bl.a. de underrättelser som avses i 19 § tredje stycket (fastspänning), 20 § tredje stycket (avskiljande) och uppgifter enligt 49 § LPT.

ordinarie tillsynsmyndigheten har en samlad kunskap om hur vårdgivarna använder tvångsåtgärder, och jag ser mycket allvarligt på att IVO inte har använt sig av de verktyg som myndigheten fått av lagstiftaren.

Slutligen noterar jag att det på den blankett som vårdgivarna ska använda för att underrätta IVO om beslut om bl.a. fastspänning särskilt ska markeras om fastspänningen har pågått under längre tid än 72 timmar.¹⁹ Samma tidsgräns anges i IVO:s processbeskrivning för när en chef ska ta ställning till om ett initiativärende ska inledas med anledning av en underrättelse.²⁰ Jag vill med anledning av detta åter påminna om att fastspänning utgör en långtgående inskränkning i en patients fri- och rättigheter och därför endast bör användas i undantagsfall och under så kort tid som möjligt. Mot denna bakgrund framstår det som anmärkningsvärt att en fastspänning ska ha pågått tre dygn innan IVO anser att det finns skäl att ägna den särskild uppmärksamhet. Jag uppmanar myndigheten att se över sina rutiner i detta avseende. IVO bör i det sammanhanget även revidera blanketten för underrättelser och även överväga om den behöver innehålla andra uppgifter som det kan finnas skäl att särskilt upmärksamma. Det kan t.ex. handla om uppgifter om att en verksamhet fattat upprepade beslut om tvångsåtgärder mot en patient under samma vårdperiod.²¹

Granskning av anmälningar enligt lex Maria

En vårdgivare ska till IVO anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (s.k. lex Maria).²² Med ”vårdskada” avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med ”allvarlig vårdskada” avses en vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.²³ Anmälan enligt lex Maria ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat. Vårdgivaren ska samtidigt med anmälan eller snarast därefter lämna in en utredning av händelsen till IVO.

IVO har meddelat föreskrifter om hur en anmälan ska göras, och myndigheten har även tagit fram en delprocessbeskrivning, med tillhörande bedömningsstöd, för handläggning av sådana anmälningar.²⁴ Tidigare fanns det även en

¹⁹ Se bilaga 1 till SOSFS 2013:8.

²⁰ Underrättelse – tvång psykiatri, IVO:s dnr 1.3-40957/2018.

²¹ Se förslaget i SOU 2017:11 s. 264 och 265, samt min bedömning nedan under avsnittet om patienter som hålls avskilda under lång tid.

²² 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

²³ 1 kap. 5 § PSL.

²⁴ IVO:s föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada och IVO, 8.1.1. Anmälan av händelser som medfört eller hade kunnat medföra allvarlig vårdskada (lex Maria), dnr 19355/2018, senast reviderad 2020-06-01.

skyldighet för vårdgivare att enligt lex Maria anmäla om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling begått självmord eller inom fyra veckor efter en vårdkontakt begått självmord och detta kommit till vårdgivarens kännedom.²⁵ Den anmälningsskyldigheten upphörde den 1 september 2017. IVO får meddela föreskrifter om anmälningsförfarandet enligt lex Maria.²⁶

Vid de dialoger som mina medarbetare hade med IVO:s tillsynsavdelningar kom det fram att det skett en ”dramatisk” minskning av antalet lex Maria-anmälningar sedan skyldigheten att anmäla självmord togs bort. Det har medfört att myndigheten inte får del av lika mycket information ur bl.a. journalhandlingar som tidigare, och att myndighetens inblick i hur vården fungerar därmed har försämrats. IVO har inte gjort någon systematisk analys av anmälningarna, men de har ingått i de regionala riskanalyser som tillsynsavdelningar gör. Det kom även fram att myndigheten inte heller hade analyserat anmälningsfrekvensen från eller mot de enskilda vårdgivarna på ett systematiskt sätt. Företrädarna för IVO framhöll dock att de sedan några år tillbaka följt upp en majoritet av anmälningarna och kontrollerat att vårdgivarna vidtagit de åtgärder som redovisades.

Vid dialogerna med tillsynsavdelningarna kom det även fram att det inte fanns en enhetlig syn på inom vilken tid en anmälan och utredning enligt lex Maria ska lämnas in till IVO. I majoriteten av fallen gav vårdgivarna in anmälan och utredningen samtidigt till IVO. En tillsynsavdelning hade i de fall en vårdgivare dröjt mer än två månader efter händelsen, regelmässigt i sina beslut anmärkt att vårdgivaren inte uppfyllt lagkravet på att anmälan ska göras snarast efter det att händelsen inträffade. En annan avdelning hade anvisat vårdgivarna att lämna in anmälan tillsammans med utredningen. Det hade medfört att det förekommit att en anmälan och utredning kommit in till IVO mer än ett år efter det att händelsen inträffade. Företrädarna för avdelningarna uppgav att det kontinuerligt hade förts diskussioner inom myndigheten om behovet av en samsyn på tidsfristerna i den aktuella bestämmelsen.

Vid mitt möte med ledningen för IVO uppgav den att myndigheten i dialogmöten med chefsläkare hade framhållit vikten av att vårdgivarna anmäler händelser enligt lex Maria. Vårdgivarna kan felaktigt ha uppfattat att det inte längre är tillåtet att anmäla dödsfall. IVO:s skyldighet att i vissa fall göra en åtalsanmälan kan också ha haft en dämpande effekt på antalet anmälningar. Ledningen framhöll samtidigt att myndigheten har en god överblick av hur verksamheterna bedrivs utifrån bl.a. anmälningar enligt lex Maria. Vidare

²⁵ 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:28) och allmänna råd om anmälningskyldighet enligt Lex Maria.

²⁶ 8 kap. 6 § patientsäkerhetsförordningen (2010:369), PSF, jämfört med 3 kap. 5 PSL.

uppgav ledningen att IVO:s arbete kan bli mer proaktivt om myndigheten på en mer generell nivå drar lärdom av tidigare händelser och utredningar.

På frågan om ledningen ansåg att det minskade antalet anmälningar enligt lex Maria hade medfört att IVO fått minskad tillgång till information om hur den psykiatriska tvångsvården fungerar, uppgav ledningen att det fanns en sådan risk men att det var för tidigt att dra några säkra slutsatser om att det generellt sett hade skett en underrapportering. Vidare uppgav ledningen att antalet anmälningar enligt lex Maria i fråga om all hälso- och sjukvård minskat med i genomsnitt 25 procent. Ledningen kunde dock inte svara på om det skett någon förändring av antalet anmälningar i samband med att disciplinpåföljderna för hälso- och sjukvårdspersonal togs bort.

På frågan om ledningen för IVO såg något behov av att ha en myndighetsgemensam syn på tidsfristerna för när vårdgivare ska anmäla händelser och lämna in sina utredningar, uppgav ledningen att de skulle ta med sig den frågan. IVO har därefter i en skrivelse till JO bl.a. framfört att det är svårt att fastställa generella tidsfrister för när en utredning ska lämnas in till myndigheten, eftersom utredning och analys av en händelse kan ta olika lång tid beroende på det aktuella ärendets komplexitet. Vidare anfördes i skrivelsen att IVO saknar bemyndigande för att föreskriva att vårdgivaren ska fullgöra sin anmälningskyldighet inom en viss angiven tid.

Min bedömning

Det har kommit fram att IVO inte haft någon myndighetsgemensam syn på de tidsfrister som anges i bestämmelsen om lex Maria. I sammanhanget vill jag framhålla att det framgår av förarbetena att det primära syftet med bestämmelsen om anmälningskyldighet enligt lex Maria är att tillsynsmyndigheten ska få vetskap om allvarliga risker i hälso- och sjukvården.²⁷ Avsikten är att IVO ska kunna sprida kunskap om dessa risker till andra vårdgivare samt att myndigheten ska kunna använda kunskapen i sitt tillsyns- och normeringsarbete. Jag vill för egen del framhålla vikten av att tillsynsmyndigheten så snart som möjligt får information om en händelse för att anmälan ska kunna tjäna detta syfte. Det är vidare angeläget att IVO också sprider kunskapen om allvarliga risker bland vårdgivarna för att förebygga att liknande händelser inträffar igen.

I den lagrådsremiss som föregick patientsäkerhetslagen lämnades ett förslag som innebar att en anmälan skulle lämnas in snarast efter den inträffade händelsen och att vårdgivarens utredning skulle bifogas anmälan. Lagrådet konstaterade i sitt yttrande att den föreslagna lydelsen riskerade att medföra att anmälan blev fördröjd om vårdgivaren behövde vänta till dess utredningen var

²⁷ Prop. 2009/10:210 s. 145.

klar.²⁸ Bestämmelsen utformades efter Lagrådets förslag, vilket innebär att vårdgivaren kan välja att antingen lämna in utredningen tillsammans med anmälan eller ”snarast därefter”.

Det är tydligt att IVO:s tillsynsavdelningar har handlagt anmälningar enligt lex Maria på olika sätt. Det har kommit fram att några avdelningar har anvisat vårdgivare att lämna in anmälan och utredning samtidigt till myndigheten, och att det fått till följd att det dröjt mer än ett år efter den inträffade händelsen. Ett sådant förfarande är enligt min mening inte förenligt med lagstiftarens avsikt med bestämmelsen.

Som framgått ovan har IVO bemyndigats att meddela föreskrifter om ”anmälningsförfarandet” enligt lex Maria.²⁹ Myndigheten har meddelat vissa föreskrifter, men har valt att inte närmare reglera inom vilken tid en ansökan respektive utredning ska ha kommit in till myndigheten. Enligt IVO saknar myndigheten det bemyndigande som krävs för att närmare kunna reglera denna fråga i föreskrifter. Jag delar inte den uppfattningen utan anser att bemyndigandet – som omfattar anmälningsförfarandet – även bör ge IVO visst utrymme att närmare reglera innebörden av begreppet ”snarast”. Eftersom lex Maria bygger på att IVO får vetskap om allvarliga brister så snart som möjligt, bör myndigheten meddela sådana föreskrifter. För det fall IVO ändå anser att bemyndigandet behöver förändras för att frågan ska kunna regleras i en myndighetsföreskrift, måste IVO göra en framställan om det till regeringen. En tydligare reglering av denna fråga är enligt min mening en förutsättning för att anmälningarna enligt lex Maria ska kunna hanteras på ett ändamålsenligt sätt. Det hindrar givetvis inte att regleringen kan medge en viss flexibilitet för utredningar av olika omfattning.

Uppföljning av vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete

Vid de dialoger mina medarbetare hade med tillsynsavdelningarna kom det fram att IVO normalt inte granskat vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete. Det har inte heller skett någon regelmässig granskning av vårdgivarnas avvikelserapporteringar. Vid mitt möte med ledningen för IVO uppgav den att myndigheten behöver fortsätta utveckla sin syn på, och analys av, vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete. Enligt ledningen är den viktiga frågan hur IVO använder sin roll för att påverka vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete och om myndigheten kan göra det genom att bl.a. efterfråga information om vidtagna tvångsåtgärder i större utsträckning.

²⁸ Prop. 2009/10:210 s. 387.

²⁹ 8 kap. 6 § PSF och Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

Min bedömning

IVO:s tillsyn ska främst inriktas på granskning av att vårdgivare fullgör sin skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, vilket bl.a. innebär att vårdgivarna ska vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.³⁰ Det är därför viktigt att IVO har de rutiner som krävs för att myndigheten ska kunna arbeta systematiskt med de uppgifter som kommer in. Det kan t.ex. röra sig om anmälningar enligt lex Maria, enskilda klagomål, vårdgivarnas underrättelser om tvångsåtgärder och myndighetens egna iakttagelser i tillsynen. Den samlade informationen utgör en viktig utgångspunkt i myndighetens granskning av vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete och skulle också kunna användas för att jämföra utfallet över tid.

Av betydelse i sammanhanget är att det finns en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen att bidra till att en hög patientsäkerhet upprätthålls.³¹ Personalen ska i detta syfte till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Vårdgivaren ska utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.³² Genom att ta del av verksamheternas avvikelserapporter och utredningar kan man därmed få värdefull information om patientsäkerhetsarbetet.

För att IVO ska få en tillförlitlig bild av hur vårdgivarna bedriver det systematiska patientsäkerhetsarbetet finns, som nämnts ovan, bl.a. en skyldighet för chefsöverläkare att till myndigheten rapportera åtgärder som vidtas enligt de psykiatriska tvångsvårdslagarna. Som framgått ovan har IVO dock valt att inte tillämpa 49 § LPT, vilket framstår som anmärkningsvärt.

Ledningen för IVO har uttryckt att de delar bedömningen att myndigheten behöver få en helhetsbild av vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete. Det är därför förvånande att myndigheten i sin handlingsplan inte har redovisat några åtgärder som syftar till att säkerställa att man verkligen får denna helhetsbild. Jag förutsätter att IVO snarast vidtar lämpliga åtgärder.

Slutligen noterar jag att det i departementspromemorian Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård (Ds 2014:28) konstaterades att lagstiftningen saknar en tydlig koppling mellan det systematiska förbättringsarbetets innehåll och en minskning av behovet av tvångsåtgärder.³³ I promemorian lämnades därför ett förslag om att det i LPT och LRV skulle införas en, i förhållande till den då gällande 31 § hälso- och sjukvårdslagen

³⁰ 7 kap. 3 § och 3 kap. 2 § PSL.

³¹ 6 kap. 4 § PSL.

³² 3 kap. 3 § PSL.

³³ Se Ds 2014:28 s. 37.

(1982:763),³⁴ kompletterande bestämmelse som tydliggör att arbetet med att kvalitetssäkra den psykiatriska tvångsvården även ska omfatta olika åtgärder vars syfte är att minska behovet av tvångsåtgärder.³⁵ Även i den statliga utredningen För barnets bästa? lämnades ett sådant förslag.³⁶ Förslaget har ännu inte genomförts, och jag delar uppfattningen att ett sådant förtydligande behövs.

Kontroller av fysiska vårdmiljöer m.m.

Vid de dialoger som mina medarbetare hade med IVO:s tillsynsavdelningar kom det fram att det fanns olika uppfattningar om vikten av att uppmärksamma vårdmiljön i tillsynen över de verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård. Det kom fram att vårdmiljön endast i undantagsfall beskrivits i IVO:s protokoll. Företrädare för tillsynsavdelningarna förde fram att det förekommit att vårdgivare uppmanats att fräscha upp lokalerna och göra dem ”mer hemtrevliga”. Enligt företrädare för tillsynsavdelningarna fanns det även skillnader i hur avdelningarna hade granskat verksamheternas bemanning och personalens kompetens. En avdelning hade uppmärksammat att två patienter som varit avskilda ett dygn respektive en vecka fått sova i sängar med monterade fastspänningsanordningar.³⁷ Med anledning av detta framhöll IVO i beslutet vikten av att normalisera vistelsen så långt det går vid avskiljanden som pågår under lång tid. Myndigheten uttalade sig dock inte om förhållandena som sådana, dvs. att patienter hänvisas till att sova i en säng med monterade bälten. Vidare kom det fram att IVO i allmänhet inte hade kontrollerat den utrustning som använts vid tvångsåtgärder.

Vid mitt möte med ledningen för IVO framhöll ledningen att vårdmiljön tillmäts stor betydelse i myndighetens tillsyn. IVO har tillsyn över bl.a. att verksamheterna har den utrustning som behövs och att personalen har rätt kompetens. Vidare har myndigheten tillsyn över vårdinrättningarnas egen-tillverkade medicinska produkter, t.ex. modifierade fastspänningsanordningar. Ledningen uppgav att det fanns skäl att se över vilken omfattning bl.a. dessa frågor och förekomsten av stimulifattiga miljöer ska ha i IVO:s tillsyn. Ledningen uppgav även att de tog med sig frågan om hur vårdmiljöerna ska beskrivas i protokoll och beslut.

Min bedömning

Vårdgivare ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL,

³⁴ Bestämmelsen anger att kvaliteten i verksamheten ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras och motsvaras av 5 kap. 4 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

³⁵ Se Ds 2014:28 s. 38.

³⁶ Se SOU 2017:111, För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård, s. 202–205.

³⁷ IVO:s beslut i dnr 8.5-20925/2018.

upprätthålls.³⁸ Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.³⁹ Vårdmiljön utgör en mycket viktig del i en ändamålsenlig hälso- och sjukvård. Av den anledningen är det enligt min mening angeläget med ordentliga kontroller av vårdmiljön i samband med IVO:s inspektioner. Mot den bakgrunden ser jag positivt på att ledningen för myndigheten har uppgett att den ska se över hur vårdmiljön ska beskrivas i myndighetens beslut. Jag utgår från att de åtgärder som vidtas även säkerställer att myndigheten hanterar dessa frågor på ett enhetligt sätt.

Patienter som hålls avskilda under lång tid

En patient får 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.⁴⁰ Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar. Tiden för avskiljandet får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar. Om det finns synnerliga skäl får ett beslut om avskiljande avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. En patient som är under 18 år får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att han eller hon genom aggressivt beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga.⁴¹ Ett beslut om avskiljande för en patient som är under 18 år gäller högst två timmar. Tiden för avskiljandet får förlängas genom nya beslut som gäller under högst två timmar i taget.

JO har i sin tillsyn uppmärksammat att det inom den psykiatriska tvångsvården finns patienter som hållits avskilda under mycket lång tid, i några fall under flera år. I flera fall har det handlat om patienter som vårdats enligt LPT. JO har även noterat att 20 § andra stycket LPT har tillämpats på ett sätt som inte varit förenligt med lagstiftningen. Som exempel kan nämnas att det vid en klinik regelmässigt fattats beslut om avskiljande för en längre tid än åtta timmar innan patienten ens hade vistats tillsammans med andra patienter på en vårdavdelning.⁴² Det har också förekommit att beslut fattats om avskiljande för ”max 72 timmar”.⁴³

Vid de dialoger som mina medarbetare hade med tillsynsavdelningarna kom det fram att IVO inte hade någon särskild processbeskrivning för att handlägga underrättelser som gäller s.k. långtidsavskilda patienter, varmed enligt

³⁸ 3 kap. 1 § PSL.

³⁹ 5 kap. 2 § HSL.

⁴⁰ 20 § LPT.

⁴¹ 20 a § LPT.

⁴² Se JO:s protokoll, dnr O 3-2019.

⁴³ Se JO:s protokoll, dnr 6615-2012.

myndigheten avses att de hållits avskilda under längre tid än fyra veckor i sträck. Den processbeskrivning för underrättelser om tvång som jag omnämmt ovan omfattar alltså även underrättelserna om långtidsavskilda patienter. Där framgår att en chef ska informeras och ta ställning till om ett initiativ ska öppnas i de fall ett avskiljande pågått mer än fyra veckor. Vid dialogerna kom det även fram att avdelningarnas erfarenhet av tillsyn över vården av denna patientgrupp varierade.

Några av tillsynsavdelningarna hade lokala rutiner för handläggningen av underrättelser som rör långtidsavskilda, bl.a. i fråga om vilken dokumentation som ska begäras in samt inom vilken tid och hur en inspektion ska genomföras. Företrädarna för avdelningarna hänvisade även till att det inom myndigheten finns ett mål om att vården av dessa patienter ska inspekteras på plats en gång om året. Det kom dock fram att en avdelning inte hade kunnat uppfylla detta mål på grund av en hög inströmning av enskilda klagomål. Enligt företrädarna för avdelningarna hade de i enstaka fall fört fram frågan om en oberoende medicinsk bedömning av långtidsavskilda patienter i diskussioner med vårdgivarna. Slutligen kom det fram att IVO inte hade någon myndighetsgemensam syn på förekomsten av långtidsavskilda patienter som under tiden för avskiljandet periodvis vistas tillsammans med andra patienter.

Vid mitt möte med ledningen för IVO uppgav den att målsättningen att vården av långtidsavskilda patienter ska inspekteras en gång per år hade tagits fram av ett nätverk inom myndigheten. Syftet med inspektionerna är bl.a. att samtala med patienterna och att utreda vilka åtgärder vårdgivarna vidtagit för att kunna avsluta avskiljandet. Ledningen hänvisade till att myndigheten i ett remissvar till Regeringskansliet 2014 hade framfört att det fanns behov av att se över regelverket för långtidsavskiljanden och att en bestämmelse om att det varje år ska göras en ny medicinsk bedömning av långtidsavskilda skulle öka kraven på vårdgivarna.⁴⁴ Lagstiftaren har dock valt att inte reglera frågan. Enligt ledningen för IVO är det ovanligt med nya oberoende medicinska bedömningar inom den psykiatriska tvångsvården. Det har dock förekommit att sådana bedömningar utförts av andra läkare vid samma vårdinrättning. Ledningens uppfattning var att patienter inom den psykiatriska tvångsvården normalt inte känner till att de kan begära en ny medicinsk bedömning. Det är vanligt att denna patientgrupp byter sjukhus och att de därmed också blir medicinskt bedömda på nytt. IVO har inte följt upp vården av långtidsavskilda patienter som bytt vårdinrättning. Ledningen uppgav även att myndigheten behöver ta ett samlat grepp i tillsynen över vården av de långtidsavskilda patienterna, t.ex. genom att utforma

⁴⁴ I det remissvar som ledningen för IVO hänvisat till har myndigheten bl.a. ställt sig positiv till att en ny medicinsk bedömning borde gälla alla patienter som vårdas mer än ett år i den psykiatriska tvångsvården (IVO:s dnr 10.1-23831/2014).

inspektionsprotokollen mer enhetligt och sprida kunskap om goda exempel där vårdgivare har lyckats avsluta avskiljanden som pågått under lång tid. Frågan om en särskild rutin för att handlägga ärenden som rör denna patientgrupp hade på nytt väckts internt inom myndigheten efter JO:s dialoger med avdelningarna.

Min bedömning

I departementspromemorian Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård konstaterades bl.a. att patienter hålls långtidsavskilda utan att det kan sägas tydligt framgå av bestämmelsen i LPT att så kan ske.⁴⁵ Det var av bl.a. den anledningen som det i promemorian föreslogs en ändring i 20 § andra stycket LPT som skulle innebära ett krav på synnerliga skäl för beslut om förlängning av ett avskiljande av en patient över 18 år, utöver de åtta timmar som medges enligt första stycket. Vidare lämnades ett förslag om att reglera möjligheten att hålla patienter över 18 år långtidsavskilda genom en ny 20 a § i LPT. Förslaget om långtidsavskiljande innebär att det ska vara möjligt att hålla en patient avskild under högst fyra veckor om det är oundgängligen nödvändigt på grund av att patienten genom ett långvarigt och synnerligen aggressivt eller störande beteende utgör en allvarlig fara för någon annan. En patient betecknas då som långtidsavskild direkt när han eller hon blir avskild. Enligt förslaget får tiden för avskiljande förlängas genom ett nytt beslut med högst fyra veckor vid varje tillfälle. Ett beslut om långtidsavskiljande ska vidare omgärdas av särskilda kontrollåtgärder i syfte att tiden för avskiljande blir så kort som möjligt. Det handlar bl.a. om att IVO utan dröjsmål ska underrättas om beslutet samt om ett beslut att förlänga ett sådant avskiljande. IVO ska genom tillsyn kontrollera hur bestämmelsen tillämpas, och beslutet ska kunna överklagas till förvaltningsrätten. Det föreslogs även att chefsöverläkaren ska ombesörja att patienten, inom eller utom det egna landstinget [*numera regionen, min anm.*] får en ”förnyad medicinsk bedömning (second opinion)” inför ett beslut om långtidsavskiljande och minst en gång var sjätte månad om tiden för långtidsavskiljande förlängs. Vidare föreslogs att ett beslut om långtidsavskiljande ska kunna överklagas till förvaltningsrätten. Förslagen har ännu inte genomförts.

Frågan om ny medicinsk bedömning för patienter som vårdas enligt LPT har även behandlats i betänkandet För barnets bästa? Där föreslog utredningen en ny paragraf i LPT som erinrar om att patientlagens (2014:821) bestämmelser om patienters möjlighet att få välja mellan behandlingsalternativ och få en ny medicinsk bedömning är tillämpliga. Jag ställde mig positiv till att patienter inom den psykiatriska tvångsvården föreslogs få tillgång till ny medicinsk bedömning.⁴⁶ Samtidigt pekade jag på att det behöver tydliggöras hur sådana

⁴⁵ Se Ds 2014:28 s. 71.

⁴⁶ Se mitt remissyttrande, dnr R 10-2018.

bestämmelser ska förhålla sig till chefsöverläkarens rätt att, om det är nödvändigt, fatta beslut om att ge patienten behandling utan samtycke.⁴⁷ Jag framförde därför att det av rättssäkerhetsskäl borde övervägas en specialreglering av frågan om val av behandlingsmetoder och tillgång till ny medicinsk bedömning i den psykiatriska tvångsvården. Vidare uttalade jag att det finns goda skäl för att utvidga patientens möjligheter att överklaga beslut om tvångsåtgärder, men att frågan behöver utredas ytterligare.

När det gäller frågan om långtidsavskiljande delar jag den uppfattning som kommer till uttryck i den ovan nämnda promemorian, att en så ingripande åtgärd bör förutsätta ett uttryckligt lagstöd och omges av omfattande kontrollåtgärder. Sammanfattningsvis ställer jag mig på ett övergripande plan positiv till förslaget i promemorian om en reglering av långtidsavskiljande, att åtgärden endast får tillgripas om det är oundgängligen nödvändigt på grund av särskilt angivna skäl och att ett beslut om en sådan åtgärd ska kunna överklagas. Promemorians förslag om ny medicinsk bedömning vid långtidsavskiljande väcker dock vissa frågor om bedömningens närmare föremål och funktion. Ska bedömningen vara begränsad till att avse behovet av att hålla patienten långtidsavskild eller ska den innehålla en bedömning av alternativa behandlingsåtgärder för patienten, dvs. den typ av överväganden som chefsöverläkaren har möjlighet att besluta om enligt 17 § tredje stycket LPT? I det senare fallet gör sig de synpunkter jag framförde i mitt remissyttrande alltför gällande, och det finns då ett behov av att belysa hur dessa bestämmelser förhåller sig till varandra vid en reglering av långtidsavskiljande. Som jag tidigare uttalat anser jag att patienters möjligheter att kunna överklaga beslut om tvångsåtgärder bör utvidgas och att även denna fråga därför behöver utredas ytterligare.

I avvaktan på en reglering av långtidsavskiljande bör IVO överväga om det finns anledning att se över myndighetens interna rutiner, enligt vilka patienter ägnas särskild uppmärksamhet först när de hållits avskilda under fyra veckor i sträck. Det kan finnas skäl för myndigheten att se över hur ofta förhållandena för dessa patienter ska granskas. Tillsynsfrekvensen kan enligt min mening behöva vara flexibel utifrån förhållandena i varje enskilt fall med tanke på bl.a. hur länge avskiljandet pågått, tidigare beslut om avskiljanden som föregått långtidsavskiljandet, beslut om andra tvångsåtgärder och patientens allmäntillstånd.

Det är förvisso en mycket liten grupp av patienter som hålls långtidsavskilda inom den psykiatriska och rättspsykiatriska tvångsvården. Som redan nämnts har det dock förekommit att patienter hållits avskilda under flera år. Även om det bedöms föreligga synnerliga skäl med hänvisning till att patienten

⁴⁷ Se 17 § tredje stycket LPT.

kontinuerligt genom ett aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna, medför åtgärden särskilda risker för den avskilde. Jag tänker i första hand på att han eller hon kan bli isolerad.

Risken för att frihetsberövade blir isolerade finns även i andra typer av verksamheter. I början av 2020 meddelade jag ett beslut som gäller situationen för intagna i landets häkten.⁴⁸ I svensk rätt saknas en definition av begreppet isolering. En sådan definition finns dock i FN:s minimiregler för behandling av fångar (de s.k. Nelson Mandela-reglerna).⁴⁹ Av dessa regler framgår att en intagen är isolerad om han eller hon vistas i ensamhet under mer än 22 timmar per dygn utan meningsfull mänsklig kontakt. En intagen anses vara långvarigt isolerad om han eller hon vistats under sådana förhållanden i en period som överstiger 15 dagar. Även om ett häkte som regel utgör en mer sluten miljö – med de särskilda risker för isolering som det för med sig – än en psykiatrisk eller rättspsykiatrisk vårdinrättning, går det enligt min mening inte att bortse från risken för att även patienter som hålls avskilda blir isolerade.

Mot den bakgrunden finns det goda skäl för att IVO i sin tillsyn bör ägna särskild uppmärksamhet åt förhållandena för dessa patienter samt frågan hur vårdgivaren kan agera för att så snart som möjligt kunna häva beslutet om avskiljande och låta patienten åter vistas tillsammans med andra patienter. Enligt min mening är det angeläget att IVO i ett tidigt skede uppmärksammar patienter som löper en risk för att bli isolerade.

I samband med dialogmötena under 2019 kom det fram att IVO:s tillsyns-avdelningar inte arbetade enhetligt med tillsynen av vården av långtidsavskilda patienter. Av myndighetens handlingsplan framgår att den har antagit en ny delprocessbeskrivning där det bl.a. anges vad som särskilt ska granskas vid sådan tillsyn. Jag har inte granskat delprocessbeskrivningens innehåll, men kan ändå konstatera att det är positivt att myndigheten har vidtagit åtgärder för att säkerställa att tillsynsavdelningarna agerar enhetligt i denna fråga. Förutom att tillsynen inleds så snart som möjligt efter det att en patient avskilts, är det enligt min mening viktigt att IVO samtalar med patienten vid inspektionen när det är möjligt. För att kunna bedöma om patienterna får god vård behöver IVO även ha kunskap om vårdmiljön. Slutligen bör myndigheten vidta åtgärder som säkerställer en fortlöpande tillsyn av vården av dessa patienter.

Det har vidare kommit fram att IVO inte har någon myndighetsgemensam syn på att det förekommer att patienter tillåts vistas tillsammans med andra patienter under den tid de enligt beslut ska hållas avskilda. Jag vill därför understryka att

⁴⁸ Se JO 2020/21 s. 164, mitt beslut den 5 februari 2020, dnr O 7-2018.

⁴⁹ Se The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, regel 44.

ett beslut om avskiljande grundas på bedömningen att patienten måste hållas avskild från andra patienter på grund av han eller hon allvarligt försvårar vården av dessa, genom aggressivt eller störande beteende. När chefsöverläkaren bedömer att den avskilde kan vistas med andra patienter måste beslutet om avskiljande upphävas. Om chefsöverläkaren därefter anser att patienten åter behöver hållas avskild måste det fattas ett nytt beslut. Jag har förståelse för att patienter som hållits avskilda under en längre tid i vissa fall kan behöva vänja sig successivt vid att vistas med andra patienter på en vårdavdelning, genom någon form av utslussning. Enligt min mening ger den nuvarande lagstiftningen inte utrymme för att en sådan utslussning görs under ett löpande beslut om avskiljande. Med tanke på att det ändå kan finnas ett behov av utslussning finns det skäl att se över de aktuella bestämmelserna.

IVO behöver även uppmärksamma vissa andra patienter som inom vården bedömts vara särskilt svårbehandlade. Inte sällan har sådana patienter hållits avskilda vid upprepade tillfällen under samma vårdperiod. Det förekommer dessutom att de vårdas enligt LPT på en avdelning där övriga patienter vårdas enligt LRV, just för att de har bedömts svårbehandlade. Det kan också handla om patienter som, trots att de bedömts psykiatriskt färdigbehandlade, fortfarande vårdas inom slutna psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård för att deras behov av samordnade insatser av region och kommun inte tillgodosetts. I förebyggande syfte behöver IVO därför vidta åtgärder som säkerställer att förhållandena även för dessa patienter granskas av myndigheten i ett tidigt skede. En sådan proaktiv tillsyn kan även bidra till att risker för inlåsnings effekter uppmärksammas och förebyggs.

Säkerhetsregistret

IVO har en skyldighet att föra ett automatiserat register över verksamheter som sjukvårdsinrättningar och enheter där det får ges vård enligt LPT och LRV samt enheter för rättspsykiatrisk undersökning.⁵⁰ Registret får användas för tillsyn, forskning, framställning av statistik och för placering av patienter. Registret får innehålla uppgifter om bl.a. verksamhetens inriktning och omfattning. Den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn ska anmäla verksamheten till myndigheten. Även väsentliga förändringar i verksamheten ska anmälas till IVO. Verksamheter som med uppsåt eller på grund av oaktsamhet låter bli att göra dessa anmälningar kan bötfällas. Om IVO får kännedom om att någon har brutit mot en bestämmelse som gäller en verksamhet som står under myndighetens tillsyn ska myndigheten vidta åtgärder så att bestämmelsen följs och, om det behövs, göra anmälan till åtal.

⁵⁰ 2 kap. 1 och 2 §§ samt 4 § andra stycket, 7 kap. 7 § första stycket samt 10 kap. 1 § PSL.

Efter det att JO 2014 uppmärksammade att IVO:s säkerhetsregister i vissa delar var inaktuella beslutade dåvarande JO Stefan Holgersson att utreda frågan.⁵¹ I ett yttrande till JO den 13 april 2015 anförde IVO att myndigheten arbetade aktivt med att få vårdgivarna att i högre grad anmäla såväl nya verksamheter som förändringar av befintliga verksamheter och att det pågick ett arbete med att utveckla och förbättra kvaliteten på myndighetens alla register. Som exempel uppgav myndigheten att en ny registerplattform höll på att utvecklas och att den beräknades vara på plats i juni 2015. JO Holgersson uttalade att han förutsatte att de åtgärder som IVO vidtagit skulle säkerställa att uppgifterna i registret var aktuella.

Vid de dialoger som mina medarbetare hade med IVO:s tillsynsavdelningar 2019 lämnades samstämmiga uppgifter om att säkerhetsregistret fortfarande inte var uppdaterat och att det därför generellt inte användes för planering av tillsynen. En avdelning förde ett regionalt register med begränsade uppgifter medan en annan hänvisade till att kunskapen om vårdinrättningarna fanns i "det kollektiva minnet". En avdelning hade uppmärksammat att flera verksamheter inte kände till att de är skyldiga att rapportera uppgifter till registret. Några av avdelningarna hade påpekat skyldigheten i dialoger med verksamheterna.

Vid mitt möte med ledningen för IVO uppgav den att en anledning till att vårdgivarna inte rapporterar som de ska till säkerhetsregistret troligen är att de inte själva har uppgifterna samlade på ett lättillgängligt sätt. En uppdatering av säkerhetsregistret beräknades vara genomförd i början av oktober 2019, och myndighetens nya registerplattform bedömdes kunna tas i bruk i november samma år. Enligt ledningen för IVO ska vårdgivarna själva kunna rapportera uppgifterna till registret, och förhoppningen är att IVO då kan hålla registret uppdaterat. Ledningen framhöll att myndigheten inte har några sanktionsmöjligheter mot de vårdgivare som inte rapporterar förändringar till registret, men medgav att myndigheten kan bli bättre på att påtala för vårdgivarna hur viktig rapporteringsskyldigheten är.

Min bedömning

Det är av stor betydelse för bl.a. de myndigheter som bedriver tillsyn över den psykiatriska tvångsvården att säkerhetsregistret innehåller korrekta uppgifter. Jag kan dock konstatera att JO även efter 2015 haft problem med att få korrekt information ur säkerhetsregistret om de verksamheter som bedriver vård enligt de psykiatriska tvångsvårdslagarna. Problemet uppmärksammades även i

⁵¹ Se JO:s beslut den 9 maj 2016, dnr 733-2015.

betänkandet För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård.⁵²

IVO har i yttrandet i detta ärende redovisat att deras nya registerplattform är satt i drift och att säkerhetsregistret har uppdaterats. Det är positivt, men jag ser mycket allvarligt på att det dröjde flera år innan den registerplattform som IVO aviserade 2015 var på plats. IVO behöver även vidta åtgärder som säkerställer att vårdgivarna fullgör sin skyldighet att rapportera förändringar i verksamheten så att uppgifterna i registret hålls aktuella. Jag vill understryka att det inte minst är en fråga om transparens. Det handlar om människor som omhändertagits för psykiatrisk tvångsvård eller som överlämnats till vård efter det att de dömts för brott. Det måste naturligtvis kunna krävas att det i en rättsstat inte råder någon tvekan om var sådana frihetsberövanden kan verkställas och vem som är ansvarig för dessa verksamheter. Att säkerhetsregistret under lång tid inte har varit uppdaterat är således helt oacceptabelt, och jag förväntar mig att IVO säkerställer att uppgifterna i registret fortsättningsvis hålls uppdaterade.

Som framgått ovan får säkerhetsregistret användas för bl.a. tillsyn och placering av patienter. När registret infördes motiverades det bl.a. med att det behövs för att underlätta placering av patienter som remitteras från häkten, kriminalvårdsanstalter eller särskilda ungdomshem för rättspsykiatrisk vård. Registret ansågs även behövas för Socialstyrelsens (numera IVO:s) tillsyn och för att ta fram statistik.⁵³ Det är därför mycket besvärande att det i Sverige inte har varit möjligt att få en tillförlitlig överblick över antalet vårdplatser och hur de är fördelade över landet. Jag vill uppmana IVO att se över registret för att det ska bli ändamålsenligt för det syfte som avses. Av registret bör bl.a. framgå vilka vårdinrättningar som vårdar patienter under 18 år liksom antalet vårdplatser i respektive säkerhetsklass på en avdelning eller enhet.

Slutsatser

Sammanfattningsvis är jag mycket kritisk till att IVO, under de mer än sex år som verksamheten hade bedrivits vid tiden för granskningen, inte kommit längre med att utveckla de metoder som behövs för att fullgöra kravet på att tillsynen över vården enligt de psykiatriska tvångsvårdslagarna ska bedrivas strategiskt, effektivt och enhetligt. Sådan vård innefattar inskränkningar av grundläggande fri- och rättigheter för patienter som generellt sett har svårt att ta tillvara sina rättigheter. Som jag tidigare framhållit är det därför särskilt viktigt att den blir föremål för systematisk granskning av den ordinarie tillsynsmyndigheten. Enligt min mening behöver IVO säkerställa en central styrning och systematisk uppföljning av tillsynsavdelningarnas verksamhet för

⁵² Se SOU 2017:111, s. 276–279.

⁵³ Prop. 2005/06:63 s. 32.

att syftet med tillsynen ska kunna uppnås. Jag noterar att detta även var något som Statskontoret framhöll i sin rapport redan 2015.

Jag förutsätter att IVO:s ledning har tagit till sig de synpunkter som jag framförde vid det avslutande mötet och redan har påbörjat det förändringsarbete som krävs för att myndigheten ska kunna bedriva en strategisk, effektiv och enhetlig tillsyn över den psykiatriska tvångsvården.

När det gäller frågan om långtidsavskiljanden kan jag konstatera att det nu gått snart sju år sedan förslagen i den nämnda departementspromemorian lämnades och att den ännu inte har resulterat i några förändringar i lagstiftningen. Det innebär bl.a. att patienter alltfjämt hålls avskilda under långa tider utan att denna ingripande åtgärd har ett tydligt lagstöd. Besluten om avskiljande får inte överklagas, och patienterna är inte är garanterade en ny medicinsk bedömning. Situationen är således mycket allvarlig, och det är enligt min mening angeläget att lagstiftningen ses över. Mot denna bakgrund får jag härmed, enligt 4 § lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän, väcka frågan om en översyn av lagstiftningen i de hänseenden som berörts. Jag överlämnar därför en kopia av detta beslut till regeringen.

Jag noterar att Socialstyrelsen har fått i uppdrag att genomföra en kartläggning av den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården.⁵⁴ Mot den bakgrunden finner jag anledning att skicka en kopia av detta beslut även till Socialstyrelsen.

Ärendet avslutas.

⁵⁴ Se regeringsbeslut 2021-03-18, S2021/02640.