

## **Opcat-inspektion av Västra Götalandsregionen, NU-sjukvården, Brinkåsen, avdelning 93, den 26–28 april 2016**

---

**JO:s uttalanden i korthet:** I protokollet uttalar JO kritik mot Brinkåsen för att under lång tid ha tillämpat en ordning för kroppsvisitation som inte har varit förenlig med lagstiftningen. JO uppmanar också kliniken att se över rutinerna för bl.a. tvångsåtgärder så att patienternas rättssäkerhet och trygghet säkerställs.

Vidare finns det enligt JO behov av en översyn av lagstiftningen dels när det gäller frågan om användning av tvångsåtgärder i syfte att genomföra läkemedelsbehandling, dels när det gäller användning av drogtester. JO finner därför skäl att skicka en kopia av protokollet till Socialdepartementet för kännedom.

### **Inspektionens genomförande**

Den 26–28 april 2016 genomförde enhetschefen Gunilla Bergerén tillsammans med föredragandena Eva Fridén och Ellen Ringqvist, samt medicinske experten Märten Gerle och sekreteraren Anneliese Fältström en förannmäld inspektion av Västra Götalandsregionen (VGR), NU-sjukvården, Brinkåsen, avdelning 93.

Inspektionen inleddes med att verksamheten kortfattat presenterades av representanter för Brinkåsens klinikledning; verksamhetschefen AA, chefsöverläkaren BB, överläkaren CC samt avdelningschefen DD och enhetschefen EE. Därefter förevisades avdelningen. JO:s medarbetare granskade bl.a. skriftlig information som lämnas till patienterna, rutiner för tvångsåtgärder, vårdplaner, NU-sjukvårdens formulär ansökan/anmälan om fortsatt sluten rättspsykiatrisk vård, och patientjournaler i datasystemet Melior.

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

Inspektionen avslutades med att JO:s medarbetare gick igenom iakttagelserna med ovan nämnda personer.

### **Syftet med inspektionen**

Inspektionen är en del av JO:s verksamhet att fullgöra de uppgifter som ankommer på ett nationellt besöksorgan enligt det fakultativa protokollet den 18 december

2002 till Förenta nationernas konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (Opcat-verksamheten). Denna verksamhet har under 2016 ett fokus på information om rättigheter till frihetsberövade.

Uttalande av JO Holgersson

I slutet av protokollet finns uttalanden av JO Stefan Holgersson.

## Information om organisationen

### Storlek och uppdrag

Psykiatriska kliniken Brinkåsen togs i bruk 2011 och där bedrivs vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Det finns 6 vårdavdelningar, varav 4 för vård enligt LRV (56 vårdplatser) och 2 för vård enligt LPT (28 vårdplatser). Varje avdelning har två boendedelar med var sitt atrium. Boendedelarna förenas i en gemensam expedition.

LRV-patienter placeras på avdelningarna utifrån diagnoser; psykoser, förvärvade hjärnskador och missbruk. Därutöver placeras företrädesvis unga och kvinnor på en gemensam avdelning.

Det förekommer att patienter som vårdas enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, placeras tillsammans med LPT-patienter.

Brinkåsen är klassat i säkerhetsnivå 2, men vårdgivaren hade vid inspektionstillfället ännu inte fattat beslut om allmän inpasseringskontroll (jämför 8 b § LRV).<sup>1</sup> Byggnaden, som är cirkelformad, utgör skalskyddet och omgärdar en aktivitetsyta, kallad Parken, där patienter från alla avdelningar kan umgås. Parken är utformad så att personalen ska kunna överblicka vad som sker där.

I entrébyggnaden finns en gemensam reception, en öppenvårdsmottagning, personalorg, kontor och lokaler för förvaltningsrätten.

Patienter kan träffas i det gemensamma aktivitetshuset där det finns café, hantverksstudio, träningskök, musikrum, friskvårdscenter, multihall, bibliotek, studierum samt samtalsrum och testrum. Där finns pedagog, sjukgymnast och olika instruktörer, samt psykologer, kuratorer och terapeuter.

---

<sup>1</sup> Säkerhetsnivå 2 är den näst högsta säkerhetsklassen. Sådana avdelningar ska ha ett skalskydd som kan stå emot rymningsförsök (4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter [2006:9] om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet).

### *Beläggning och vårdtider*

Brinkåsens rättspsykiatriska avdelningar tar emot patienter från hela VGR. Enligt klinikledningen har 96 procent av LRV-patienterna haft kontakt med psykiatri innan de döms till vård, och 90 procent av dem är dömda till vård med särskild utskrivningsprövning (SUP). Klinikledningen uppgav att Brinkåsen aldrig har någon överbeläggning och att de har den kortaste medelvårdtiden (ca tre år) i Sverige. Antalet intagna kvinnor som döms till rättspsykiatrisk vård har ökat under senare tid, och det gäller framför allt kvinnor med psykoser.

### **Avdelning 93**

Avdelningen har 14 vårdplatser för vård enligt LRV med 7 platser i respektive boendedel. Här vårdas män med missbruksproblematik. Det går inte att sektionera inom boendedelarna.

Vid inspektionstillfället var 10 patienter inskrivna på avdelningen varav 9 var dömda till rättspsykiatrisk vård med SUP. Patienterna var mellan 24 och 56 år. De två patienter som hade längst vårdtid blev intagna 1997 respektive 1998, en av dem är dömd för ett brott för vilket är föreskrivet fängelse högst 6 år. De två patienter som hade kortast vårdtid blev intagna i januari respektive oktober 2015. Flera av de intagna var dömda för olaga hot, olaga hot och misshandel respektive olaga hot och ofredande till rättspsykiatrisk vård med SUP. Straffskalan för dessa brott är fängelse högst 1 eller 2 år.

### **lakttagelser vid inspektionen**

#### **Den fysiska miljön på avdelningen**

##### *Bostadsrum*

Alla patienter har eget rum med toalett/dusch. Rummen har telefon, tv och dator. Det finns inte någon larmklocka, men vid behov kan patienterna få ett patientlarm. Det finns två större rum för patienter med fysisk funktionsnedsättning. Rummen har en tittlucka för tillsyn vid sidan av dörren.

JO:s medarbetare fann att rummen var rymliga, ljusa och trevligt inredda.

#### **Bemanning och bemötande**

Två överläkare tjänstgör på de fyra rättspsykiatriska avdelningarna, och under sommaren går de omlott. Kliniken har inte någon läkare som är specialist i rättspsykiatri. På avdelning 93 tjänstgör sju sjuksköterskor. De tre sjuksköterskor som är minst erfarna har ca ett års yrkeserfarenhet.

Personalen arbetar i team (en sjuksköterska och tre skötare) med varje patient. Vid s.k. djuprond (som enligt rondstrukturen i VGR hålls inom fyra veckor innan förhandling i förvaltningsrätten) deltar alla personalkategorier som är involverade i arbetet med patienten, dvs. även personal från aktivitetshuset. Djuprond hålls med tre till fyra månaders intervall och alltid inför att förvaltningsrätten ska pröva frågan om fortsatt tvångsvård eller beslutet om särskild utskrivningsprövning.

Brinkåsen har deltagit i SKL:s projekt Bättre vård mindre tvång, vilket bl.a. resulterat i att efterföljande samtal med patienterna efter vidtagna tvångsåtgärder införts. Vidare har en intern utbildning tagits fram som all omvårdnadspersonal ska genomgå för att de bl.a. ska lära sig hur man med bättre kommunikation kan undvika situationer som inbegriper tvång.

#### *Synpunkter från personalen*

Överläkaren uppgav att det varierar hur ofta hon träffar patienterna, men att det i vart fall alltid sker i samband med djupronden. Vidare uppgav hon att hon önskar mer riktlinjer för den riskbedömning som ska ske i samband med anmälan om fortsatt vård till förvaltningsrätten (16 a § LRV). En specialist i rättspsykiatri skulle kunna bidra med ökad kunskap om hur rättsväsendet resonerar och om häktade patienter.

Personalen uppgav att de arbetar mycket med hur de bemöter patienterna. De försöker få patienterna att frivilligt medverka till sin behandling och därigenom minska användningen av tvångsåtgärder.

#### *Synpunkter från patienterna*

Många av patienterna uppgav att de önskade mer kontakt med överläkaren.

### Intagning, information och vårdplan

#### *Information om rättigheter, regler och rutiner*

En patient som vårdas enligt LRV ska, så snart hans eller hennes tillstånd tillåter, genom en individuellt anpassad information upplysas om sin rätt att få en stödperson (26 § LRV). Patienten ska även genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt att överklaga vissa beslut, att ansöka om att den rättspsykiatriska vården ska upphöra, att ansöka om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, att anlita ombud eller biträde och att få offentligt biträde. LRV-lagstiftningen ska finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna (30 § LRV).

Enligt VGR:s Checklista 2014, med tillhörande instruktioner om bl.a. information om åtgärder i samband med inskrivning, ska kontaktpersonen informera patienterna om avdelningsrutiner och hänvisa till information som finns i den pärm som varje patient får (patientpärm) och som bl.a. innehåller LRV-lagstiftningen, samt information om kontaktperson och stödperson. Patienterna ska även få information om rutin kring utevistelse. I den egna patientpärm kan patienten samla annan information som veckoschema och sina domar.

Överläkaren träffar nya patienter inom några dagar efter intagning. Hon lämnar då muntlig information om vilka beslut som kan överklagas till förvaltningsrätten samt om rätten att få en stödperson.

Personalen uppgav att den som är kontaktperson har ett inledande samtal med patienten om rutiner på avdelningen. Personalen går igenom patientpärm tillsammans med patienten inom en vecka från intagning. Så gott som alla patienter har en stödperson, och patienterna får information om möjligheten att anlita ett ombud.

Vidare uppgav de att det inte finns någon skriftlig information om avdelningens ordningsregler, men att informationen lämnas muntligt till patienterna. Vilken information som har lämnats dokumenteras dock inte på ett strukturerat sätt av den som har lämnat informationen.

#### *Vårdplan och anmälan till förvaltningsrätten om prövning av SUP*

Klinikledningen uppgav att de försöker beskriva en långsiktig vårdplan för att få patienten att bli delaktig i ett tidigt skede. Även kommunerna involveras tidigt i vårdplanerna, men erfarenheten är att det fungerar olika bra.

Kontaktpersonen upprättar en vårdplan för patienten i samråd med övrig personal. Därefter får patienten ta del av den. Det dokumenteras dock inte att patienten tagit del av vårdplanen.

Vid en granskning av de tre senaste vårdplanerna för de patienter som dömts till vård med SUP konstaterade JO:s medarbetare att de i stort sett var identiska över tid.

#### *Synpunkter från patienterna*

Flera av patienterna hade svårt att minnas vilken information de fått i anslutning till att de togs in på avdelningen. Några patienter uppgav att de inte förstod vad en stödperson är, och en patient uppgav att han inte hade fått någon information om sin rätt att få en stödperson.

#### **Rutiner**

##### *Morgonmöten*

Enligt klinikens dokument Anvisningar för avdelning 93 ska patienternas närvaro vid morgonmötena antecknas, och de som inte kommit i tid eller inte varit närvarande får ”inläge” vilket bl.a. innebär begränsad möjlighet till utomhusvistelse (se nedan under Möjlighet till utomhusvistelse).

Personalen uppgav att det är frivilligt för patienterna att delta i morgonmötet som äger rum kl. 8.30. De som deltar får kaffekuponger som de kan använda i caféet.

##### **Tvångsåtgärder**

Avdelning 93 har ett avskiljningsrum med en bältessäng, och ett anslutande rum från vilket personalen kan ha tillsyn över patienten.

##### *Bältesläggning*

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 ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd (19 § LPT).

I NU-sjukvårdens Rutin för bältesläggning – gäller enbart vid LPT/LRV (Barium.ID: 12677) anges följande:

Ge patienten möjlighet att själv lägga sig i bältessängen.

Om patienten ej lägger sig själv bestämmer tjänstgörande sjuksköterska att bältesläggningen skall ske och personal som skall medverka håller fast patienten och för honom/henne till bältesängen.

Vidare framgår att ett uppföljande samtal med patienten ska ske efter att bältesläggningen är avslutad och om möjligt inom en vecka.

En anställd uppgav att det är ovanligt att en bältesläggning varar längre tid än en timme, och att patienten kan få en flaska att kissa i vid behov.

#### *Avskiljande*

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 (20 § LPT).

I NU-sjukvårdens rutin Avskiljande från vården – regleras i LPT § 20 (Barium.ID: 22138) anges följande:

Patienten kan hållas avskild på sitt patientrum, eller särskilt iordningsställt avskilt rum, genom att dörren är stängd alternativt låst. Avskiljandet kan också ske genom att personal hindrar patienten att lämna rummet genom tillsägelse, alternativt fysiskt hindrar patienten att lämna rummet.

Av dokumentet Anvisningar för avdelning 93 framgår bl.a. att patienten ska vistas i det rum han är avskild i även vid måltider. Rökning får ske i ariet högst en gång varje timme. Vidare framgår av rutinerna under rubriken Vid påverkan av berusningsmedel: ”Vid påverkan av berusningsmedel (alkohol, narkotika eller andra kemiska substanser som medför påverkan) ska den enskilde vistas på sitt eget rum eller i särskilt rum för avskiljning.”

Enligt personalen används det särskilda avskiljningsrummet sällan. Flera av de anställda uppskattade att det var mer än ett år sedan någon patient var avskild där. Vidare kom det fram att patienter kan be om att få vara i avskiljningsdelen med hot om att de annars kommer att slå sönder avdelningen. I sådana situationer kan en patient få vara där med öppen dörr, men det är inte en avskiljning i lagens mening.

En patient kan enligt personalen även få en ”rumsanvisning”, t.ex. om han har avvikit och är kliniskt påverkad vid återkomst till avdelningen. Det innebär att patienten uppmanas att vara i sitt bostadsrum, där han även får inta sina måltider. Enligt en anställd ska personal se till att han stannar kvar i bostadsrummet. En annan anställd var dock av uppfattningen att en ”rumsanvisning” är en ordningsfråga medan ett beslut om avskiljning fattas först om patienten ”ofta lämnar sitt rum”.

Personalen berättade att en av patienterna som hade varit avskild i avskiljningsdelen under en längre tid succesivt ”slussades ut” genom att han fördes till sitt bostadsrum bl.a. för att få sova där. Patienten fick även delta i aktiviteter med personal under den tid beslutet om avskiljning gällde. Vid tiden för beslutet om avskiljning var patienten i behov av en stimulifattig miljö och behövde sedan gradvis vänja sig vid att vara tillsammans med de andra patienterna.

*Kroppsvsitation och yttlig kroppsbesiktning*

Om det är nödvändigt får en patient kroppsvisiteras eller yttligt kroppsbesiktigas för kontroll av att han eller hon inte bär på sig sådan egendom som inte får innehas (23 § LPT).

Av NU-sjukvårdens rutin för Visitation (Barium.ID: 14327) framgår att besökande inte får visiteras, men att klinikens ordningsregler kan ange att de måste lämna ifrån sig ytterkläder och väskor.

I klinikens dokument Anvisningar för avdelning 93 anges följande:

Har patienten vistats utanför skalskyddet skall alltid en visitation ske innan återinförelse på avdelningen.

Vid inspektionen noterades att det finns en larmbåge i receptionen som alla patienter och besökare måste gå igenom vid inpassering. Det finns även en larmbåge i hantverkstudion som alla patienter som lämnar lokalen måste passera.

Vid samtal med personal kom det fram att patienterna blir kroppsvisiterade vid återkomst till avdelningen efter frigång. Om det finns misstanke om att en patient har försökt ta in narkotika på avdelningen får han byta kläder. Trots utförda visitationer förekommer det ändå periodvis narkotika på avdelningen. Det var personalens uppfattning att den förs in gömd i kroppshålor. Det förekommer att patienter vid återkomst till avdelningen blir avskilda tills de varit på en särskild toalett.

Enligt personalen utgör bostadsrummen inte patienternas privata sfär utan rumsvisitationer kan ske om det finns misstanke om att det finns droger eller föremål på rummet som patienten kan skada sig med. Vid behov fattas beslut om rumsvisitation av en läkare. Om visitation görs i syfte att leta efter föremål som kan orsaka skada på patienten informerar personalen läkaren innan visitation genomförs och ber sedan patienten plocka fram det han har. Denna rutin ses inte som en tvångsåtgärd.

*Tvångsmedicinering*

I fråga om behandlingen under vårdtiden ska samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd ska ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt. Frågor om behandlingen avgörs ytterst av chefsöverläkaren (17 § LPT).

Av NU-sjukvårdens Rutin för tvångsinjektion – gäller enbart vid LPT/LRV (Barium.ID: 12679) framgår att målsättningen alltid är försöka undvika en tvångsinjektion och att i stället få patienten att frivilligt ta emot en injektion. Den tjänstgörande sjuksköterskan ansvarar för samordningen. När en tvångsinjektion ges kan patienten bältesläggas eller hållas fast. Sjuksköterskan informerar patienten om att han eller hon ska få injektionen och att det är en ordination av läkaren. En patient som hålls fast kan ges ”en möjlighet att frivilligt ta emot injektionen”. Vägrar patienten att ta emot injektionen frivilligt ges injektionen som en tvångsinjektion.

En anställd uppgav att en patient kan bli bälteslagd i förebyggande syfte inför en tvångsinjektion, och att patienten då ofta leds till avskiljningsrummet.

#### *ECT-behandling*

Klinikledningen uppgav att patienter vid behov kan få ECT-behandling på NÄL (Norra Älvsborgs länsjukhus) i Trollhättan. Behandlingen är sällan förekommande för patienter intagna på avdelning 93, och den har inte givits till någon intagen patient på Brinkåsen under de senaste fyra åren.

#### *Synpunkter från patienterna*

Patienterna uppgav att alla patienter blivit visiterade, och även deras bostadsrum, när någon av dem varit drogpåverkad och personalen misstänker att det har kommit in droger på avdelningen.

Flera av patienterna uppgav att de mot sin vilja tar sin ordinerade neuroleptika för att slippa bli fasthållna eller bälteslagda i samband med medicinering. Det kom fram att de anser sig få biverkningar av neuroleptikan, t.ex. oförmåga att kunna tänka klart, samt att de i olika grad drabbas av ångest, självmordstankar, orkeslöshet och värk i kroppen.

#### *Möjlighet till utomhusvistelse och användning av drogtester*

Dokumentet Anvisningar för avdelning 93 innehåller ”Instruktioner gällande olika friförmånsnivåer” enligt följande:

”Innanför skalskyddet” i tre steg; i atrium på avdelningen, i Parken tillsammans med personal eller i Parken utan personal. Överläkaren beslutar om vistelse i Parken utan personal.

”Utanför Brinkåsen” i tre steg; vistelse utanför Brinkåsen tillsammans med personal, frigång på egen hand inom angivet område utanför Brinkåsen eller permission.

I anvisningarna anges också: ”Drogtest sker dagen efter frigång”. Vidare framgår att patienten ska lämna drog- och alkotest direkt vid återkomst till Brinkåsen efter permission med övernattnings, samt dagen efter återkomst vid permission utan övernattnings. Det framgår även att en patient som lämnat positivt drogtest, vägrat lämna drogtest eller enligt bedömning/överenskommelse behöver stanna på avdelningen får ”inneläge”. Det medför, enligt personalen, promenad i Parken tillsammans med personal två gånger per dag. Personalen uppgav att det är frivilligt för patienterna att lämna urinprov.

Enligt klinikledningen ska det alltid finnas en s.k. parkvärd som har uppsikt över patienter som vistas i Parken.

Klinikledningen uppgav att kliniken har haft återkommande problem med narkotika i Parken, och att det har förekommit våldsincidenter mellan patienter där. Det finns en promenadslina utanför Brinkåsen där patienter med permission kan vis-



tas. Det enda frigångsområdet på Brinkåsen är bilparkeringen, men den används inte för patienterna på avdelning 93.

Enligt personalen har alla patienter rätt till daglig promenad i Parken med personal, och normalt erbjuds de att gå ut vid två tillfällen per dag. Dock får de patienter som är avskilda normalt inte gå ut i Parken, utan de är hänvisade till att komma ut i atriets, där de även får röka. Parkvärden kan hålla uppsikt från övervåningen i aktivitetshuset, t.ex. om det regnar.

#### *Synpunkter från patienterna*

Flera patienter var missnöjda med att de ännu inte fått någon frigång. Det fördes också fram att överläkaren var för restriktiv med att bevilja permissioner för längre tid än några timmar.

I samtal kom det fram att det fanns såväl patienter som personal som hade uppfattningen att promenadslingan utanför kliniken utgjorde frigångsområde.

#### **Sysselsättning**

Patienterna på avdelning 93 har tillgång till den verksamhet som erbjuds i aktivitetshuset, och till gymmet och multihallen som finns där. JO:s medarbetare fann att utbudet i aktivitetshuset var stort, samt att gymmet var välutrustat och att multihallen var stor och fräsch.

Varje patient har ett veckoschema med sina aktiviteter. På schemat finns fält för personalen att fylla i avseende patientens deltagande i aktiviteten (JA/DELVIS/NEJ). Enligt personalen är det dock svårt att motivera patienterna till annan sysselsättning än att gå till aktivitetshuset för matlagning i beredningsköket (en gång i veckan) eller att besöka caféet.

#### *Synpunkter från patienterna*

I samtal med patienterna kom det fram att matlagning i aktivitetshuset är uppskattat. En patient ansåg att hans utbud av aktiviteter är bra jämfört med hur det var när han var på en annan avdelning på Brinkåsen.

Flera patienter uppgav att de har psykologsamtal men att de i övrigt mest tittar på tv. En patient uppgav att han ligger i sängen hela dagarna och att han aldrig vistas utomhus.

JO:s medarbetare noterade att majoriteten av patienterna var på avdelningen dagtid, och att det generellt saknades uppgift om deltagande i aktiviteter för de patienter som hade aktiviteter antecknade på sina scheman.

#### **Övrigt**

##### *Kontakter mellan patienter*

Klinikledningen uppgav att det har förekommit sexuella kontakter mellan patienter på Brinkåsen. Det finns inte några riktlinjer för hur sådana situationer ska hanteras eftersom det, enligt klinikledningen, handlar om etik. Personalen brukar avråda

patienter från att inleda relationer med andra patienter på Brinkåsen, men om det ändå uppstår en relation pratar de med berörda patienter om det. Patienterna får inte vistas i varandras bostadsrum, och numera är toaletterna i de gemensamma utrymmena låsta. Enligt ledningen förekommer det att kvinnliga patienter med självskadebeteende bibehåller ett beteende som innebär att de blir särskilt sårbara under vistelsen på Brinkåsen.

#### *Somatisk hälso- och sjukvård*

Patienterna hänvisas till NÄL för somatisk hälso- och sjukvård.

#### *Läkemedelshantering*

Patienterna ska få sina läkemedel i behandlingsrummet, men enligt personalen fungerar det inte alltid så. Begärliga läkemedel ska krossas innan de överlämnas till patienterna. Det förekommer ändå att patienterna säljer läkemedel till varandra. Det är också bekymmersamt att insmugglade droger överläts i Parken.

### **Slutgenomgång**

JO:s medarbetare redogjorde för sina iakttagelser vid inspektionen. Klinikledning-  
en kommenterade enligt följande:

#### **Bemanning**

Det är stor brist på läkare inom psykiatrin i hela VGR, förutom i Göteborg, och det är anställningsstopp vad gäller hyrläkare. Brinkåsen har bättre förutsättningar än många akutpsykiatriska verksamheter. En av de rättspsykiatriska avdelningarna på Brinkåsen ska vara stängd under sommaren, och kliniken kommer att bli sårbar med endast en läkare i tjänst på de fyra rättspsykiatriska avdelningarna.

En specialist i rättspsykiatri har betydelse för den utredande verksamheten. Det faktum att de inte har någon rättspsykiater på Brinkåsen påverkar inte vården av patienterna. Det finns bra bedömningsinstrument, t.ex. HCR 20, för farlighetsbedömningar.

#### **Information om rättigheter och rutiner**

Informationen i patientpärmarna riktar sig till patienter på de rättspsykiatriska avdelningarna och är inte specifik för avdelning 93. Det finns inte någon skriftlig information om avdelningens rutiner. Personalen upprepar information till patienterna flera gånger. Det finns inte någon skriftlig rutin för vilken information som utöver patientpärmarna ska lämnas till patienterna, eller hur det ska dokumenteras att den har lämnats. Vad som ska dokumenteras i omvårdnadsjournalen om lämnad information varierar också, men det är något som kliniken håller på att systematisera. Patientpärmarna kommer att kompletteras med LPT-lagstiftningen.

Det är många patienter som inledningsvis tackar nej till en stödperson. Om en sådan ändå utses finns risken att det blir det en dålig relation mellan den behandlande läkaren och patienten från början. Det skulle därför vara bättre om lagstiftningen

ändrades så att stödperson inledningsvis ska utses tillfälligt, och att patienten därefter aktivt kan tacka nej.

### Tvångsåtgärder

Avdelningen försöker motivera patienterna att i så stor utsträckning som möjligt samverka till behandling. Målet är att patienterna ska ha så kort vårdtid som möjligt. Genom att patienternas utomhusvistelse på egen hand i Parken är ”villkorad” av att de deltar i morgonmötet uppmuntras de till en normal dygnsrytm som förbereder dem för ett liv utanför den psykiatriska vårdinrättningen.

Larvbågarna har funnits sedan 2011 och de används utan att det fattas några individuella beslut om visitation. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har inte haft något att invända mot att besökare, till dess Brinkåsen inför allmän inpasseringskontroll, får passera genom en larvbåge. De droger som kommer in på avdelningen går inte att upptäcka vid kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning eftersom de förs in gömda i kroppshålor.

De diskuterar ständigt vad som ska dokumenteras som en tvångsåtgärd i samband med medicinering; är det så snart patienten uttrycker att han eller hon inte vill ta sin medicin, eller krävs det att patienten hålls fast eller blir bälteslagd? Beträffande en särskild patient antecknas det i daganteckningen eller omvårdnadsanteckningen att han inte vill ta sin medicin, men de ställer sig frågande till att en sådan anteckning ska göras vid varje sådant tillfälle.

En patient kan ges lugnande läkemedel i syfte att undvika ”nästa steg”, eller bli bälteslagd och ges lugnande läkemedel i syfte att tiden för bältesläggning ska bli så kort som möjligt.

Med anledning av att en patient varit avskild under en längre tid, och sedan ”slusats” ut, fördes en diskussion om ett eventuellt behov av en laglig möjlighet till en mindre ingripande åtgärd varigenom patienten hålls i en stimulfattig miljö utan att vara avskild. Som exempel nämndes möjligheten till vård i enskildhet som finns enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall. Klinikledningen ansåg att det vore bra med en sådan möjlighet eftersom en patients behov av lugn och ro inte nödvändigtvis innebär att han behöver vara helt isolerad.

De har svårigheter att ur sina ärendehanteringssystem ta fram avdelningsspecifik statistik för att kunna följa upp vidtagna tvångsåtgärder.

### Vårdplaner och vårdtider

En diskussion fördes avseende de långa vårdtiderna för vissa av de patienter på avdelning 93 som är dömda till rättspsykiatrisk vård med SUP. Bland annat ställdes frågan om hur domstolen ska förstå en patients utveckling när de tre senaste vårdplanerna (i flera fall) är så gott som identiskt skrivna, och hur kliniken reflekterar över sin egen bedömning av risken för återfall i brott av allvarligt slag. Är det tydligt för patienten vad han behöver göra för att tvångsvården ska kunna avslutas?

Klinikledningen anförde att såväl åklagare som förvaltningsrättens sakkunniga och domstolarna har blivit mer restriktiva när det gäller öppnare vårdformer för personer som är dömda till rättspsykiatrisk vård. Om en patient har ett pågående missbruk blir bedömningen oftast att det finns en stor risk för återfall i brott. Klinikledningen framförde att det behöver finnas en proportionalitet mellan det brott en person är dömd för och vårdtiden. De upplever att de blir ifrågasatta när deras bedömning är att en patient inte längre är i behov av slutenvård. En annan sak är att de flesta patienter som kan skrivas ut är i behov av olika insatser, ofta en plats på ett särskilt boende, vilket kan vara mer eller mindre svårt att få till stånd.

#### Kompletterande uppgifter från kliniken efter inspektionen

Verksamhetschefen AA har den 31 oktober 2016 kommit in med en kopia av ett protokoll enligt vilket Styrelsen för NU-sjukvården den 26 maj 2016 fattade beslut om allmän inpasseringskontroll för Brinkåsen från och med den 13 juni 2016.

Vid protokollet

Ellen Ringqvist

Justeras den 15 december 2016

Gunilla Bergerén

## Uttalanden av JO Stefan Holgersson med anledning av inspektionen

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

### Tvångsåtgärder

#### *Kroppsvsitation*

Med anledning av hur Brinkåsen vid tiden för inspektionen använde s.k. larmbågar finner jag mig föranledd att hänvisa till följande uttalande av JO Wiklund (dnr 5231-2012):

Undersökning med larmbåge är att anse som kroppsvsitation. För att en person ska kunna kroppsvsiteras krävs att det finns stöd i lag. En patient som vårdas enligt LPT eller LRV får enligt 23 § LPT (8 § LRV) om det är nödvändigt, kroppsvsiteras eller ytligt kroppsbekiktigas för kontroll av att han inte bär på sig egendom som avses i 21 §, dvs. sådan egendom som kan skada patienten själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen. Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvsitation och ytlig kroppsbekiktning. Sådana beslut kan inte vara generella, utan ska fattas i det enskilda fallet och det ska då göras en bedömning av om åtgärden är nödvändig. Det finns varken i LPT eller LRV några bestämmelser som ger möjlighet att visitera besökande. Den enskildes samtycke kan i princip inte åberopas till stöd för intrång på det grundlagsskyddade området, om uttryckligt lagstöd för ett sådant åberopande saknas.

Brinkåsen kritiseras för att under lång tid ha tillämpat en ordning som inte har varit förenlig med lagstiftningen.

Jag noterar att vårdgivaren efter inspektionen har fattat beslut om allmän inpasseringskontroll enligt 8 b § LRV avseende Brinkåsen. Beslutet gäller sedan den 13 juni 2016.

#### *Bältesläggning*

I NU-sjukvårdens rutin för bältesläggning anges bl.a. följande: Patienten ska ges möjlighet att frivilligt lägga sig i bältesängen. Om så inte sker bestämmer tjänstgörande sjuksköterska att bältesläggning ska ske.

Bältesläggning är en tvångsåtgärd som endast kan vidtas efter ett beslut av en läkare som är behörig att fatta sådana beslut (19 och 39 §§ LPT, 8 och 23 §§ LRV). Det kan naturligtvis uppkomma en nödvärnssituation där det inte går att nå en läkare och ett beslut om fastspänning måste fattas av omvårdnadspersonal. Ansvarig läkare ska då snarast möjligt kontaktas för godkännande av åtgärden.

Jag konstaterar att rutinerna är otydliga och förutsätter att de ses över.

#### *Avskiljning och "rumsanvisning"*

Av protokollet framgår att det, utöver när formella beslut fattats om avskiljning, förekommer s.k. rumsanvisning, dvs. att patienter hänvisas till att vistas i sitt rum eller i ett särskilt rum för avskiljning.

Personalen har uttryckt att de ogärna vill använda de tvångsåtgärder som lagstiftningen medger. Jag vill understryka vikten av att det sker en tydlig och rättssäker

tillämpning av de tvångsåtgärder som står till buds (jämför JO 2014/15, s. 477, dnr 1169-2012). Patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV befinner sig i en mycket utsatt situation. Jag ser givetvis positivt på att personalen arbetar för att minska behovet av tvångsåtgärder. Det är dock 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. Det får aldrig råda någon som helst tvekan, vare sig för personalen eller för patienterna, om när en tvångsåtgärd vidtas.

#### *Tvångsmedicinering*

Det som framgår av protokollet väcker frågor om vilket tvång som kan användas för att genomföra läkemedelsbehandling och hur sådana tvångsåtgärder ska dokumenteras.

I betänkandet Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17, s. 397 ff) pekade Psykiatrilagsutredningen på att läkemedelsbehandling mot patientens vilja kan ske på olika sätt, och att det kan krävas att tvång tillgrips genom att patienten hålls fast eller kortvarigt spänns fast i bälte under den tid läkemedel administreras. Då det i sådana fall rör sig om åtgärder som inskränker rätten till skydd för privatlivet föreslog utredningen att det i LPT tydliggörs vilka tvångsåtgärder som får användas i syfte att genomföra vården, att chefsöverläkaren bör besluta om vilka tvångsåtgärder som krävs för att genomföra behandlingen, samt att tillsynsmyndigheten ska underrättas om beslutet.

Det kan konstateras att lagstiftningen ännu inte har setts över i aktuella avseenden. Jag anser att det finns behov av en sådan översyn och sänder därför en kopia av detta protokoll till Socialdepartementet. Jag kommer även att fortsätta följa hur psykiatriska kliniker hanterar dessa frågor.

#### *Sammanfattning*

Med anledning av de iakttagelser som har gjorts uppmanar jag kliniken att se över rutinerna för tvångsåtgärder så att patienternas rättssäkerhet tryggas.

#### *Urinprov och utomhusvistelse*

Det som har kommit fram om användningen av drogtestar och kopplingen till att patienter får ”inläge” väcker frågor. Jag finner inte tillräcklig anledning att utreda saken ytterligare, utan nöjer mig med att hänvisa till uttalanden i ett tidigare JO-beslut (JO 2011/12 s. 471, dnr 6873-2009 och 2196-2010). I beslutet anförde JO Wiklund bl.a. följande:

Vid vård enligt LPT eller LRV uppkommer ofta situationer där det är nödvändigt att kontrollera att patienten är drogfri. Det kan t.ex. krävas för att det ska vara möjligt att bevilja patienten permission. LPT och LRV innehåller dock inte några bestämmelser som innebär att patienten är skyldig att underkasta sig urinprovstagning. För att sådan provtagning ska få ske krävs därför samtycke från patienten. Detta innebär att det inte får förekomma att provtagning kommer till stånd genom hot om någon sanktion eller andra former av påtryckningar.

En ansökan om permission kan avslås om det finns tvivel rörande patientens förmåga att avhålla sig från droger. Det finns inte något hinder mot att patienten informeras om att permission endast kan komma i fråga vid dokumenterad drogfrihet. Däremot får sådan information inte lämnas i syfte att förmå patienten att underkasta sig urinprovstagning. En upplysning om att lämnande av urinprov är en förutsättning för att permission ska beviljas torde ofta medföra att patienten underkastar sig provtagning. Provtagningen har i sådant fall inte skett av fri vilja utan först efter påtryckning från kliniken. I juridisk mening är det därför fråga om ett påtvingat kroppsligt ingrepp. Detta särskilt mot bakgrund av att patienten står i ett beroendeförhållande till personalen. Det kan således inte anses förenligt med bestämmelserna i regeringsformen att lämna information till patienten som i sig medför att patienten känner sig tvingad att gå med på provtagning. En annan sak är att chefsöverläkaren kan avslå eller, i de fall domstol prövar frågan, avstyrka en ansökan om permission med hänvisning till att patienten inte förväntas kunna avhålla sig från användning av droger.

---

I samband med psykiatrisk tvångsvård uppkommer situationer där patientens drogfrihet behöver kontrolleras. Som den nuvarande lagstiftningen är utformad krävs samtycke från patienten för att en sådan kontroll ska kunna ske. Med hänsyn till den beroendeställning som patienten befinner sig i kan det ifrågasättas vilket reellt värde ett sådant samtycke har. Inte minst av denna anledning kan det finnas skäl att överväga att införa uttryckliga bestämmelser om urinprovstagning och andra former av kroppsbesiktning i LPT och LRV. Sådana bestämmelser finns redan i annan central lagstiftning om tvångsvård. Det finns enligt min mening även anledning att överväga om rätten till utomhusvistelser för patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV bör regleras.

Mot denna bakgrund finner jag skäl att sända en kopia av mitt beslut till Psykiatrilagsutredningen och Socialdepartementet.

De aktuella frågorna har fortfarande inte reglerats. Jag anser, i likhet med min företrädare, att det finns skäl att överväga om det bör ske. Även detta motiverar att Socialdepartementet tar del av protokollet.

**Säkerställ att information om rättigheter lämnas till patienterna och att det dokumenteras att information har lämnats**

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

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

Jag vill också uppehålla mig vid följande: I de tillämpliga författningarna finns det inte något krav på att information till patienterna ska vara skriftlig. Med tanke på att patienterna kan ha svårt att ta till sig den information som lämnas initialt kan det enligt min mening vara lämpligt att det finns ett skriftligt informationsmaterial om de lagstadgade rättigheterna som ett komplement till att informationen lämnas muntligt. I ett sådant dokument kan kliniken självfallet även ta med information

om vissa andra frågor, som t.ex. vad som utgör vårdinrättningens frigångsområde (jämför s. 9).

#### Säkerställ patienternas trygghet i Parken

Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär bl.a. att den särskilt ska tillgodose patienternas behov av trygghet i vården och behandlingen (2 a § hälso- och sjukvårdslagen). Det kan t.ex. gälla inneliggande patienters behov av skydd mot aggressiva medpatienter.

Med anledning av det som har kommit fram om bl.a. förekomsten av våldsincidenter i Parken uppmanar jag kliniken att se över rutinerna så att patienternas trygghet i Parken säkerställs.

I övrigt föranleder inte protokollet några kommentarer från min sida.

2016-12-21

Stefan Holgersson