

Opcat-inspektion av Region Kronoberg, Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö, den 26–28 mars 2019

JO:s uttalande i korthet: Med anledning av vårdmiljöerna och tryggheten för patienterna uttalar chefsJO att kliniken behöver vidta åtgärder för att tillgodose de kvinnliga patienternas behov av gemenskap och trygghet. Kliniken behöver även inrätta ett system som gör det möjligt för patienterna att anmäla alla former av kränkande eller osaklig behandling, och som skyddar anmälaren mot repressalier. ChefsJO rekommenderar Region Kronoberg att se över möjligheterna att göra vårdmiljöerna mindre torftiga. ChefsJO rekommenderar Region Kronoberg att vidta åtgärder som säkerställer att en läkarundersökning alltid utförs i anslutning till ett beslut om fastspänning eller avskiljande fattas. Regionen behöver också vidta åtgärder som säkerställer att de beslut om avskiljande som fattas uppfyller lagens krav. ChefsJO konstaterar att det saknas lagstöd för att tillämpa allmän inpasseringskontroll till avdelningar i säkerhetsklass 3 och uppmanar Region Kronoberg att omgående vidta åtgärder med anledning av detta. Med anledning av att kliniken löpnade lämnar patientinformation om kriminalvårdsklienterna till Kriminalvården beslutar chefsJO att utreda frågor om bl.a. sekretess och dokumentation inom ramen för ett särskilt initiativärende.

Inspektionens genomförande

Inspektionen av Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö var föranmäld och genomfördes av chefsJO Elisabeth Rynning den 26–28 mars 2019. Vid inspektionen deltog även enhetschefen Gunilla Bergerén, biträdande enhetschefen Karl Lorentzon samt föredragandena Nathalie Stenmark, Klas Johansson och Ellen Ringqvist (protokollförare).

Inspektionen inleddes den 26 mars 2019 med att chefsJO:s medarbetare granskade bl.a. en lista över patientrelaterade avvikelserapporter från den 1 maj 2018 till första dagen för inspektionen, en lista över avvikelserapporter som rör transporter från den 1 januari 2017 till första dagen för inspektionen, och de tre senaste vårdplanerna för klinikkens patienter som varit avskilda under lång tid, s.k. långtidsavskilda. Därefter höll chefsJO ett inledande möte med företrädare för kliniken. Vid mötet deltog verksamhetschefen AA, biträdande verksamhetschefen BB,

chefsöverläkaren CC, sektionschefen och vårdutvecklaren DD, sektionschefen EE, säkerhetsutvecklaren FF, kontrollern GG, chefssekreteraren HH och medicinska sekreteraren II.

Inspektionen omfattade avdelningarna 59–66 som ligger i byggnaderna K4 och K6, och som har en gemensam entré. Avdelning 65 hade nyligen före inspektionen fått förhöjd säkerhetsklassificering till säkerhetsnivå 2. Avdelning 66 har säkerhetsnivå 3. Vid inspektionen granskades i huvudsak vidtagna tvångsåtgärder, förhållanden för långtidsavskilda patienter och transporter av patienter. ChefsJO och hennes medarbetare samtalade med 25 patienter och ca 10 av de anställda.

Inspektionen avslutades den 28 mars 2019 med en genomgång där chefsJO och hennes medarbetare redogjorde för sina iakttagelser. Vid genomgången deltog ovan nämnda personer, förutom den medicinska sekreteraren. Dessutom deltog enhetschefen Martin Carlsson.

Syftet med inspektionen

Inspektionen är en del av JO:s verksamhet för att förebygga tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning av frihetsberövade personer, Opcat-verksamheten. Denna verksamhet har under 2019 ett fokus på transporter av frihetsberövade personer.

Opcat är den engelska förkortningen av tilläggsprotokollet till FN:s tortyrkonvention, Optional Protocol to the Convention against Torture. Länder som anslutit sig till Opcat har förbundit sig att inrätta ett så kallat nationellt besöksorgan som regelbundet besöker platser där personer kan hållas frihetsberövade. I Sverige har JO tilldelats detta uppdrag. Information om JO:s Opcat-verksamhet finns på JO:s webbplats.

Uttalanden av chefsJO med anledning av inspektionen

Protokollet innehåller avslutningsvis uttalanden av chefsJO Elisabeth Rynning.

Iakttagelser vid inspektionen

Storlek och uppdrag

Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö vårdar och behandlar patienter i enlighet med lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, och lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT samt personer som är anhållna, förvarstagna, häktade eller är intagna i eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt och som är i behov av psykiatrisk vård. Kliniken tar emot patienter från hela landet som av olika skäl kräver högre säkerhet. Kliniken har 126 disponibla vårdplatser, varav 31 i säker-

hetsnivå 1, 43 i säkerhetsnivå 2 och 52 i säkerhetsnivå 3.¹ Därutöver finns det 2 vårdplatser som kan användas vid extrem hotbild och/eller i väntan på polisens förflyttning av en patient. En avdelning bedriver öppen rättspsykiatrisk vård och öppen psykiatrisk vård för patienter som är hemmahörande i Region Kronoberg och Region Blekinge. På samtliga avdelningar vårdas kvinnor och män tillsammans.

Beslut om allmän inpasseringskontroll gäller för inpassering till byggnaderna K4 och K6.

Under 2018 vårdades 171 patienter på kliniken med stöd av LRV varav 138 med särskild utskrivningsprövning (LRVs). En patient vårdades med stöd av LPT. Av de 171 patienterna var totalt 129 patienter remitterade från andra landsting och regioner, främst från Region Stockholm (29), Region Blekinge (22) och Region Skåne (22). Från Region Kronoberg remitterades 43 patienter.

Den genomsnittliga vårdtiden på kliniken 2018 var 266 dagar för LRV-patienterna och 265 dagar för LPT-patienten.

Vid inspektionens första dag var 102 patienter intagna på de åtta avdelningar som inspekterades. Av dessa var 10 kvinnor. Samtliga patienter var över 18 år och majoriteten var dömda till vård enligt LRVs. Fem patienter var dessutom dömda till utvisning.

Kliniken hade fyra av långtidsavskilda patienter (Inspektionen för vård och omsorg, IVO, använder begreppet för patienter som hålls avskilda under längre tid än fyra veckor i följd).

Elva av de intagna patienterna var kriminalvårdsklienter.

Fysisk miljö

Samtliga avdelningar går att sektionera till mindre vårdmiljöer.

På Avdelning 59 finns en intagsdel med sex vårdplatser där patienter inledningsvis placeras. Ett utrymme med två patientrum kan vid behov utgöra en egen vårdmiljö (den s.k. MAX-enheten), t.ex. om det finns ett extremt säkerhetshot mot en patient. Enheten har en egen rastgård och patientrummen har egen toalett och dusch. Patientrummen och rastgården är försedda med kameror. Vid tiden för inspektionen var en patient avskild sedan en längre tid i ett av dessa rum (se nedan under Patienter som varit avskilda under lång tid).

¹ I 4 kap. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning framgår vad som gäller för de olika säkerhetsnivåerna.

ChefsJO och hennes medarbetare noterade att de fysiska förhållandena på avdelningarna varierar. Avdelningarna 61–66 är generellt sett slitna och på flera av dem är det dålig ventilation vilket bl.a. medförde att det var en påtaglig röklukt i såväl patientrum som korridorer på några av avdelningarna. Några avdelningar har endast ett rum för alla aktiviteter och på andra avdelningar är gemensamhetsutrymmena små. Vissa avdelningar är mer slitna och stimulifattiga än andra. På några avdelningar finns det utrymmen med en större yta än vad som kan erbjudas på andra regionkliniker, och som främst används för långtidsavskilda patienter. Dessa lokaler är än mer avskalade. Rastgården som tillhör intagsdelen på Avdelning 59 ger inte någon möjlighet för patienterna att betrakta sin omgivning. En somatiskt sjuk patient var placerad i ett rum som inte var anpassat för hans behov.

Bemanning, kompetens och bemötande

Vid kliniken tjänstgör nio läkare som är specialister i psykiatri. Åtta av dem är även specialister i rättspsykiatri och en är specialist i barn- och ungdomspsykiatri. Personalen jobbar i tvärprofessionella team kring patienterna. Kliniken har tillgång till psykolog, arbetsterapeut, behandlingspedagog, beteendevetare, kurator, fysioterapeut, lärare/specialpedagog, kriminolog, socioterapeut, distriktsläkare och tandläkare. Kliniken har även utbyten med andra rättspsykiatriska regionkliniker, t.ex. för att få och ge en second opinion.

Sedan oktober 2016 har chefsöverläkaren vid ca tio utbildningstillfällen utbildat all personal i tvångsvårdslagstiftningen. Omvårdnadspersonalen har också utbildats i att bemöta patienterna lågaffektivt. En psykiatrijuksköterska håller en basutbildning för alla skötare och varje torsdag får de mer specifik utbildning i t.ex. bemötande och hjärt- och lungräddning. Varje månad får personalen handledning av en psykolog.

Vid kliniken finns en insats- och förstärkningsgrupp (FP/HRS) som, efter beslut av överläkare, kan medverka vid högrisksituationer. Som exempel på en högrisk-situation anges i klinikens rutin att en eller flera patienter med hög aggression och fysisk kompetens hotar och utövar våld eller beväpnar sig med farliga föremål. FP/HRS består av medarbetare med god erfarenhet inom verksamhetsområdet och de är särskilt utbildade i att lugnt och metodiskt agera vid högrisksituationer. Medarbetarna övar varje månad, och den som uteblir från två övningstillfällen i rad blir automatiskt ”vilande”. Vid tiden för inspektionen var 13 medarbetare aktiva i gruppen. Insatser genomförs med 4–6 medarbetare. I samtal med personal kom det fram att FP/HRS är tränad i att bemöta patienterna på ett bättre sätt, och med mindre ingripande metoder, än poliser. Medarbetarna har tillgång till särskild utrustning såsom kroppsskydd, sköld och hjälm, men de använder inte fängsel eller liknande.

Gruppens ingripanden dokumenteras i en rapport som scannas in i patientens journal. Klinikens säkerhetsutvecklare följer upp rapporterna två gånger om året och de diskuteras av medarbetarna vid ett anslutande övningstillfälle. FP/HRS kan även medverka vid transporter av patienter.

I samtal med chefsJO:s medarbetare uppgav flera patienter att personalen fokuserar på säkerhet och att det är en hög personalomsättning. Personalen är för passiv och lägger ansvaret på patienterna att ta kontakt. Det förekommer att personal ägnar sig åt att surfa på datorn eller spela spel med varandra, och att tre av de anställda spelar spel med en patient vilket medför att övriga patienter blir lämnade åt sig själva. Personalen uppmärksammar inte att kvinnliga patienter, som är placerade på avdelningar med i övrigt enbart män, drar sig undan eller känner sig begränsade till att vara i sina patientrum på grund av stämningen på avdelningen. En kvinnlig patient berättade att personalen inte tittade till henne trots att hon hade bett om det när hon var deprimerad. Personalen hade inte heller uppmärksammat att en patient under flera dagar i sträck inte åt något av sin mat. Kvinnliga patienter upplevde att personalen ställde högre krav på dem, jämfört med de manliga patienterna, vad gäller tvättning och städning.

Vidare framförde flera patienter att det finns personal som ägnar sig åt maktmissbruk och ”bestraffar” patienter som ”inte har skött sig”. Som exempel nämnde en patient att hon blev förd till sitt rum efter en incident och att en av de anställda sa att de skulle släppa ut henne efter 5 minuter. Efter 5 minuter sa samma person att hon skulle bli utsläppt efter 20 minuter. Därefter fick hon beskedet att vänta lite till. Dessutom fick hon tillgång till sin postförsändelse en dag senare på grund av incidenten. En annan patient påtalade att patienterna blir av med sina friförmåner om de inte närvarar på morgonmötet eller rondan. Personalens ”bestraffningar” gör att patienterna inte vågar säga ifrån när de upplever att något är fel. En patient upplevde att personalen provocerade fram incidenter genom att ”neka honom allting”. Som exempel nämnde han att han var hänvisad till att tvätta vissa tider.

Placering av patienter

De flesta patienter inleder sin vård i intagsdelen på Avdelning 59. Om det är fullbelagt där kan andra patienter än sådana som är dömda till LRVs inledningsvis placeras i en mindre vårdmiljö på Avdelning 61.

I samtal med chefsJO:s medarbetare uppgav flera ur personalen att de försöker placera kvinnor i patientrum med egen toalett och dusch. Patienter som är häktade och som har restriktioner enligt beslut av åklagare placeras alltid på Avdelning 59 eller Avdelning 60.

På Avdelning 63 var en patient placerad i ett samtalsrum. Enligt personalen används rummet kontinuerligt som patientrum sedan fler år tillbaka.

På Avdelning 66 finns en observationsenhet, med två patientrum och ett stimulfattigt dagrum, som vid inspektionen utgjorde en egen vårdmiljö på avdelningen. Där var två kvinnliga patienter placerade (varav en var långtidsavskild) och en tredje kvinnlig patient vistades periodvis tillsammans med dem i dagrummet. Den patient som inte var långtidsavskild har varit inskriven vid kliniken under sex år och hon har under perioder varit avskild, ibland under långa perioder. Hon har ett större patientrum som hon vistas i även under de tider då hon är avskild. Enligt per-

sonalen blir hon våldsam om hon inte får vara avskild. Personalen har arbetat mycket med att motivera henne t.ex. att hon ska gå utomhus varje dag. Vid inspektionens andra dag blev hon avskild för att hon hade slagit andra patienter.

Klinikledningen framhöll att de önskar att IVO för ett aktuellt nationellt register över samtliga vårdavdelningars säkerhetsnivåer. Det skulle underlätta för vården att placera ”rätt patienter på rätt platser”.

På flera av avdelningarna får patienterna vistas på varandras rum men de ska ”helst inte stänga dörren”. Det finns inte någon skriftlig rutin för hur personalen ska agera om det uppstår relationer mellan patienterna.

Flera av patienterna uppgav i samtal med chefsJO:s medarbetare att det är strikt och ”hårt” i intagsdelen på Avdelning 59 och att det inte finns något att göra där. Vidare påtalade flera patienter att patientgrupperna generellt är för stora och att det ökar risken för hot och våld. Det fördes även fram synpunkter på att svårt psykiskt sjuka patienter placeras tillsammans med patienter som huvudsakligen vårdas för en missbruksproblematik.

Flera kvinnliga patienter uppgav att de vill vara på en avdelning där det finns andra kvinnor så att de har någon att prata med. De uppgav även att de känner sig otrygga på en avdelning med enbart manliga patienter som ”tar mycket plats”, och att de inte vågar gå utanför sina patientrum när det inte finns någon personal i närheten, eftersom ”personalen har ingen koll”.

ChefsJO och hennes medarbetare noterade att det på vissa avdelningar fanns såväl patienter som var på väg att slussas ut i öppenvård som patienter som var väldigt sjuka. Vid tiden för inspektionen var tre kvinnor placerade på tre olika avdelningar med i övrigt enbart män.

Fastspänning och avskiljande

På sex av de åtta avdelningar som inspekterades finns s.k. tekniska rum som används för att hålla patienter avskilda. Några av dessa rum kan även användas för fastspänning. Vid behov för personalen patienter från de avdelningar som inte har tekniska rum till en avdelning där det finns ett sådant rum. Patienter kan även hållas avskilda i sina patientrum. En anställd uppgav att ett avskiljande får ”bättre effekt” när patienten hålls avskild i ett tekniskt rum.

Av klinikens skriftliga rutiner framgår att en läkare personligen på plats ska undersöka patienten inför beslut om fastspänning utöver 4 timmar respektive avskiljande utöver 8 timmar. I rutinen för avskiljande anges att beslut kan fattas om avskiljande i max 72 timmar om tillståndet är av så allvarlig grad att behov av avskiljande förväntas vara nödvändigt en längre tid än de nästkommande 8 timmarna. I sådana fall ska en personlig läkarbedömning ske kontinuerligt, och minst var 72:a timme.

I samtal med flera ur personalen kom det fram att sjuksköterskorna ansvarar för att kontinuerligt kontrollera de avskilda patienternas mående med syftet att avskiljan-

det ska kunna avslutas så snart som möjligt. En anställd uppgav att läkarna ibland kommer till avdelningen i samband med det första beslutet om fastspänning eller avskiljande och att läkarna "oftast är på plats vid långa avskiljanden". En annan anställd uppgav att sjuksköterskorna har täta kontakter med den beslutande läkaren som dock inte inställer sig oftare än var 72:a timme vid långa avskiljanden.

Under 2019, fram till första dagen för inspektionen, har kliniken haft 4 patienter fastspända kortare tid än 4 timmar, och 16 patienter avskilda kortare tid än 8 timmar. Under samma tid har 6 patienter varit långtidsavskilda.

Patientsamtal om fastspänning och avskiljande

En patient berättade att hon hade varit fastspänd vid flera tillfällen och att det hänt att hon hade fått uträtta sina behov fastspänd i sängen. Vid ett tillfälle hade hon varit fastspänd naken och vid ett annat tillfälle lade personalen en handduk över hennes ansikte så att hon hade svårt att andas. Hon uppgav även att hon alltid behövde somna innan hon blev uppsläppt. ChefsJO:s medarbetare kunde inte finna någon dokumentation som verifierade patientens uppgifter.

En patient som blev fastspänd av medarbetare i den särskilda styrkan FP/HRS tyckte att själva fastspänningen fungerade bra, men han kände sig kränkt av att han blev tvångsmedicinerad i närvaro av så många av de anställda.

En patient uppgav att hon blev förd till en annan avdelning för avskiljande trots att hon hade lugnat ner sig sedan 10–15 minuter. En annan patient uppgav att han tidigare varit avskild under ca en veckas tid. Han fördes då direkt till rummet för avskiljande från en annan avdelning, och läkaren bestämde från början att han skulle vara avskild en längre tid. Han fick träffa läkaren var tredje dag.

En patient uppgav att hon vid flertalet tillfällen varit avskild, både i sitt patientrum och i ett tekniskt rum. Vid det senaste tillfället var upprinnelsen till det hela att hon blev arg för att hon inte kunde få sin plånbok. Personalen nekade henne med hänvisning till att hon hade lagt den i ett förvaringsskåp. Hon fick plånboken dagen efter. Enligt patienten får hon ångest när personalen stänger dörren om henne, och hon önskar att personalen pratar med henne i stället. Hon uppgav att hon föredrar att vara avskild i sitt patientrum.

Flera patienter uppgav att de inte förstod varför de blivit fastspända eller avskilda.

Granskning av handlingar

ChefsJO och hennes medarbetare granskade bl.a. beslut om avskiljande och uppmärksammade att det i flera fall verkade som om det hade fattats beslut om avskiljande för högst 72 timmar redan efter 8 timmars avskiljande.

Vid granskning av avvikelserapporter noterade chefsJO och hennes medarbetare flera rapporter som handlar om att omvårdnadspersonalen var missnöjd med att läkarna beslutat att inte följa personalens framställan om att avskilja patienter som ”varvade upp”. Skälet för läkarnas bedömning var att en patient inte kan avskiljas i förebyggande syfte.

I en patients journal noterades tre anteckningar som handlar om att patienten blev fastspänd. Anteckningarna är till viss del oförenliga och det går inte att förstå tidsförloppet och vad som faktiskt har hänt.

Patienter som varit avskilda under lång tid

Kliniken tar emot patienter som varit långtidsavskilda vid andra rättspsykiatriska regionkliniker. Enligt klinikledningen kan ett miljöombyte ha en positiv effekt på dessa patienter, och kliniken har möjlighet att erbjuda dem större ytor än de andra regionklinikerna. Kliniken har inte någon skriftlig rutin för vård av denna patientkategori. Dessa patienter tillåts ”hospitera”, vilket innebär att de bl.a. periodvis vistas tillsammans med andra patienter på avdelningen, vistas själva på frigångsområdet eller får åka och handla eller fika. Läkarbedömningar föregås av personliga undersökningar med 72 timmars intervall. Personal uppgav att de mer resurskrävande patienterna behöver spridas på avdelningarna. Läkarna anger ett datum som mål för när avskiljandet ska hävas och personalen arbetar med ”hospitering” för att det ska bli så.

ChefsJO och hennes medarbetare noterade att en patient som tidigare varit långtidsavskild vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena inte var avskild vid kliniken i Växjö.

Vid tiden för inspektionen var fyra patienter (tre män och en kvinna) långtidsavskilda. Samtliga av dem vårdas enligt LRVs. De var vid inspektionen placerade i intagsdelen på Avdelning 59, samt på Avdelningarna 62, 64 och 66. ChefsJO:s medarbetare samtalande med tre av patienterna.

Patienten på Avdelning 59

Patienten har varit avskild sedan han kom till kliniken i mitten av februari (ca sex veckor). Vid inspektionen saknade rummet bord och stol, och patienten var hänvisad till att inta sina måltider i sängen. En av de anställda uppgav att en annan patient hade slagit sönder möblerna och att de inte ersatts.

Vid samtal med chefsJO:s medarbetare uppgav patienten att han aldrig blivit tillfrågad om han vill gå utomhus. Han önskar få möjlighet till mer fysisk aktivitet. Han upplevde att kliniken inte fokuserar på att ge honom vård utan att det mer

handlar om säkerhet och förvaring. Han blir depåmedicinerad mot sin vilja, men utan att personalen använder fysiskt tvång. Han har inte fått medverka i sin vårdplanering.

ChefsJO och hennes medarbetare noterade att den monitor som finns i kameraövervakningsskåpet i avdelningens korridor visade patientrummet i realtid.

Patienten på Avdelning 62

Patienten har varit inskriven vid kliniken i snart tio år. Han har varit avskild sedan oktober 2017 och har hela tiden varit placerad i samma rum. I rummet finns en kamera som personalen använder när de tittar till honom. Patienten ville inte samtala med chefsJO:s medarbetare.

Enligt personal på avdelningen behöver patienten en annan vårdmiljö. Kliniken har försökt få patienten utslussad till ett särskilt boende, men förvaltningsrätten godkände inte planeringen. Efter den motgången försämrades patientens mående. Patienten behöver kunna komma utanför avdelningen, och utomhus på promenad. Personalen erbjuder honom det dagligen, men den allmänna inpasseringskontrollen gör att han inte vill gå igenom den proceduren så ofta.

Patienten på Avdelning 64

Patienten har varit inskriven vid kliniken under fyra års tid. Han är placerad i en del av avdelningen som är sektionerad genom en glasvägg. Han har ett vanligt patientrum och ett mindre dagrum med tillgång till toalett och dusch. Glasväggen skiljer dagrummet från den övriga avdelningskorridoren. Det är möjligt för andra patienter att se in i dagrummet. Enligt personalen tycker patienten om att titta på de andra patienterna genom glasväggen.

I samtal med chefsJO:s medarbetare uppgav han att han har varit avskild under sex månader och att han vill vara inlåst. Han vill få komma till Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena, och han vill bli placerad på en avdelning i säkerhetsnivå 3 så att han kan få ha egen mobiltelefon och dator. Patienten uppgav att han blir medicinerad mot sin vilja och att han vistas med de andra patienterna på avdelningen en timme om dagen och tränar varje dag. Han har varit ute på sjukhusområdet sju gånger sedan han kom till kliniken. Han kan röka i en rökbur.

Personalen på avdelningen uppgav att patienten kom till kliniken från en annan vårdinrättning i syfte att man skulle försöka häva avskiljandet. De lyckades få honom att "hospitera" en del under dagtid och kunde häva avskiljandet under några veckor. När han började slå personalen blev han åter långtidsavskild, och sedan dess vill han inte "hospitera" lika mycket som tidigare.

Patienten på Avdelning 66

Patienten har varit inskriven vid kliniken under nästan tre år, och hon har varit avskild under flera långa perioder. Hennes patientrum har toalett och dusch och hon kan reglera ljusinflödet. I rummet finns endast en säng och ett väggfast bord. Rummet påminner om miljön i en polisarest. Eftersom rummet saknar stol åter

patienten sina måltider sittande i sängen. I samtal med chefsJO:s medarbetare uppgav hon att hon medverkar i sin vårdplanering. Hon känner sig tryggare när hon är inlåst men är ute och promenerar ibland. Personalen på avdelningen ansåg att kliniken inte är rätt vårdmiljö för henne. ChefsJO:s medarbetare noterade att patienten har fått det patientrum som är mest slitet av de två rummen i sektioneringsdelen på avdelningen.

Tillgång till elektroniska kommunikationsmedel

Kliniken har bärbara telefoner som patienterna får ta in i sina rum när de ringer. Enligt personal på Avdelning 65 får patienterna använda dator en timme per dag enligt schema. Även om det finns lediga datortider får patienterna inte mer datortid.

Klinikledningen uppgav att Kriminalvårdens beslut i fråga om elektronisk kommunikation fortsatt gäller under den tid kriminalvårdsklienterna är inskrivna på kliniken.

Flera patienter önskade få ökad tillgång till telefon och dator. Några patienter uppgav att de får använda dator en eller två gånger per vecka. Några patienter uttryckte också irritation över att säkerhetsnivån på Avdelning 65 nyligen hade höjts vilket medförde att deras möjlighet att använda internet förändrades från en dag till en annan. En patient uppgav att eftersom hon får ha sin mobiltelefon, med internet, när hon vistas utanför avdelningen använder hon tiden för frigång till att kontrollera e-post m.m. i stället för att promenera och hålla kontakt med sin familj.

I samtal med två patienter kom det fram att de inte hade fått något skriftligt beslut eller någon besvärshänvisning i samband med att deras mobiltelefoner togs ifrån dem. För den ena patienten fanns beslutet inte heller dokumenterat i patientjournalen.

ChefsJO:s medarbetare noterade en lapp på Avdelning 65 där det stod att en patient endast får ringa fem telefonsamtal per dag (exkl. till advokat eller myndigheter). Personal uppgav att patienten frivilligt har gått med på att begränsa antalet samtal.

Trygghet och säkerhet under vården

Vid granskning av incidentrapporter noterade chefsJO:s medarbetare att många av rapporterna rörde hot och våld, både mot personal och mellan patienter. Kliniken har inte några rutiner för polisanmälningar med anledning av hot och våld på kliniken. I samtal uppgav flera av de anställda att det är den person som utsätts för hot och våld som själv får polisanmäla händelsen.

En patient uppgav att han kände sig hotad av en annan patient på avdelningen. Han tyckte inte personalen tog hans rädsla på allvar. Två patienter uppgav att de hade blivit av med tillhörigheter som hade varit inlåsta av personalen. En av dem hade själv gjort en polisanmälan.

Transporter

Merparten av klinikkens transporter av patienter utförs av Region Kronobergs interna kundservice "transport". Kliniken har även egna fordon som omvårdnadspersonalen kan transportera patienterna i. Enligt personal blir transporterna lugnare och tryggare för patienten när de genomförs av personal som känner dem. Om det bedöms finnas risk för hot och våld i samband med en transport genomförs den av omvårdnadspersonal som är särskilt utbildad för högrisksituation (FP/HRS). I extraordinära fall kan polisens regionala eller nationella insatsstyrka utföra transporter av patienter med mycket hög riskprofil.

Kriminalvården ansvarar för transporter av kriminalvårdspatienter. Vid planerade transporter kontaktar kliniken det verksamhetsställe inom Kriminalvården som ansvarar för patienten, och som sedan beställer transporten av Kriminalvårdens nationella transportenhet (NTE). Eftersom det har fungerat dåligt när det gäller att begära handräckning av NTE har kliniken ofta beställt transporter av häktet Växjö. I dessa fall följer en omvårdnadspersonal från kliniken med transporten. På kliniken finns en anställd som är ansvarig för Kriminalvårdens patienter. Det innebär bl.a. att han ser till att kliniken följer Kriminalvårdens regelverk.

När kliniken beställer en transport av NTE faxas en egenhändigt framtagen blankett (Statusbedömning inför transport genom KV försorg). Där anges uppgifter om bl.a. patientens medicinering, smittor och psykisk status. Blanketten sparas till dess transporten är genomförd, därefter strimlas den. Enligt personal har kliniken i tre fall, sedan 2017, begärt handräckning av NTE.

Kliniken har inte någon skriftlig information som lämnas till patienter inför en transport med polisen eller Kriminalvården. Klinikledningen uppgav att patienterna normalt får muntlig information inför en transport. Undantag gäller dock för kriminalvårdsklienter för vilka särskilda skyddsregler gäller och som av säkerhetsskäl därför inte får någon sådan information.

Flera patienter uppgav att de är nöjda med de transporter som har genomförts av klinikkens omvårdnadspersonal. Flera patienter som har handräckts av Kriminalvården uppgav att de hade fängsel under transporten.

Sysselsättning

Kliniken har tillgång till arbetsterapi och det finns möjlighet för patienterna att studera. Patienterna kan spela basket, pingis och olika spel. De kan promenera med personal och det finns ett höns hus och kaniner, vilket är uppskattat. Det finns även ett hunddagis där patienterna kan få vara.

I samtal med personal kom det fram att patienterna får friförmåner när de sköter sig, t.ex. en stadsresa eller möjlighet att delta i den ideella föreningen Atriums verksamhet. Det finns behov av tillgång till specialpedagoger och önskemål om en simbassäng.

Flera patienter uppgav att de är understimulerade med bara några timmars sysselsättning varje vecka. De önskar fler gruppsamtal och promenader, och att få vara tillsammans med andra patienter i t.ex. hönshuset. En kvinnlig patient ansåg att personalen prioriterar de manliga patienternas intressen.

Regionklinikens informationsöverföring till Kriminalvården

Vid tiden för inspektionen vårdades elva kriminalvårdsklienter på kliniken. Tre av dem har varit inskrivna på kliniken under flera års tid.

Kliniken har tre formulär som används för att informera Kriminalvården om kriminalvårdsklienterna.

När en kriminalvårdsklient återförs till anstalt eller häkte lämnar kliniken information om bl.a. medicinering och bedömning av suicidrisk (Information från Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö till kriminalvården, identifierare 25836). Blanketten överlämnas till de kriminalvårdare som transporterar patienten.

Varje månad skickar kliniken en vådrapport per e-post till Kriminalvårdens hälso- och sjukvård (Vådrapport – Kriminalvårdsklient, identifierare 37870). Rapporten innehåller bl.a. uppgifter om patientens vård och behandling och prognos för psykisk förbättring. Rapporten utgör ett underlag vid Kriminalvårdens kollegium.

Kliniken lämnar även månatlig information om vårdprocessen (Rapport vårdprocess till säkerhetsstrateg RPK Växjö). Rapporten innehåller uppgifter om bl.a. patientens allmänna riskbild/riskkaraktär och om patienten varit våldsam eller hotfull, eller misstänkt för avvikning. Även denna rapport utgör ett underlag vid Kriminalvårdens kollegium.

Inget av nu nämnda formulär sparas vid kliniken. Enligt personal medger inte dataskyddsförordningen (GDPR) det.

Kameraövervakning

Av klinikens rutin för kameraövervakning framgår bl.a. följande: Kameraövervakning får endast ske efter beslut av läkare och i samband med avskiljande enligt 20 § LPT. Syftet är att kunna minska risken för att någon anställd allvarligt skadas av enstaka extremt våldsbenägna patienter. Kameraövervakning får inte ersätta personalens uppsikt över avskilda patienter. Kameran används för att lokalisera en patient i ett rum för att säkra att patienten inte gömmer sig eller på annat sätt förbereder sig för att genomföra en våldshandling mot någon anställd. Tjänstgörande medarbetare informerar patienten om kameraövervakningen, kvitterar ut nyckel till kameraövervakningsskåpet, startar kameraövervakningsutrustningen, dokumenterar och rapporterar förändringar i patientens tillstånd till ansvarig läkare.

På kliniken finns det högupplösta kameror (som fungerar i mörker) i några av de rum som kan användas för att hålla patienter avskilda. Patienten är inte synlig när han eller hon är på toaletten. Kameramonitorerna finns i låsta skåp. På en avdelning uppgav de anställda att kameran är på hela tiden men att den inte spelar in.

Där utför man tillsyn över patienten via kameran var tionde minut och det dokumenteras på den vanliga tillsynslistan. En anställd uppgav att en patient kan bli orolig om han eller hon får veta att det finns en kamera i rummet. Därför lämnas den informationen inte alltid till de patienter som placeras där.

Avslutande genomgång

ChefsJO och hennes medarbetare redogjorde för sina iakttagelser. Klinikledningen anförde bl.a. följande:

Vårdmiljö

Klinikledningen medgav att klinikens lokaler i framför allt den äldre delen (K6), byggd 1982, till stora delar är slitna. Gemensamhetslokalerna där är generellt sett dåliga, och ledningen vill därför ta bort patientrum för att kunna skapa fler gemensamhetsutrymmen. Delen i K4 är nyare och miljön på avdelningarna 59 och 60 är därför bättre.

ChefsJO påtalade att flera av patienterna framhållit att det är väldigt besvärligt att vara ensam kvinna på en avdelning med i övrigt bara manliga patienter. Klinikledningen uppgav att deras ambition är att kvinnor ska placeras på en av avdelningarna, och att det på blandade avdelningar ska finnas mer än en kvinna. En ansträngd beläggningssituation har medfört att det har skett en förtätning på avdelningarna. Kliniken har begärt att få bygga en ny avdelning.

Vidare uppgav klinikledningen att de har för avsikt att enbart placera patienter som vårdas enligt LRVs på Avdelning 66.

Bemötande

ChefsJO redogjorde för de synpunkter som kommit fram i samtal med patienter. Klinikledningen tog till sig synpunkterna och uppgav att bemötandefrågor ständigt hålls aktuella, bl.a. genom månatliga möten med patienterna och med enkäter där patienterna kan lämna förslag på förbättringar och synpunkter. Kliniken har satsat på arbetsledarutbildning och man har startat ett projekt om sexuell hälsa där personalen ska få lära sig vad det innebär och hur man kan prata om det med patienterna. Det påbörjades ett arbete 2016 med att få bort den ”logementskultur” som sedan lång tid funnits på kliniken. Syftet är att skapa ett öppet klimat för konstruktiv feedback.

Fastspänning och avskiljande

Klinikledningen bekräftade att det är vanligt att en läkare fattar det första beslutet om fastspänning eller avskiljande per telefon och att det som regel inte sker någon personlig undersökning av patienten i samband med det beslutet.

ChefsJO underströk att det krävs synnerliga skäl för beslut om avskiljande längre tid än 8 timmar och att det i sådana fall ska anges en bestämd tid för när åtgärden ska upphöra. Det finns inte något lagstöd för att fatta beslut som gäller i maximalt

72 timmar. Klinikledningen medgav att den skriftliga rutinen kan missförstås och att den därför behöver uppdateras.

Med anledning av den dokumentation som chefsJO hade noterat fördes en diskussion kring bl.a. omsorgspersonalens agerande i samband med att beslut om tvångsåtgärder aktualiseras, vad som faktiskt krävs för beslut om fastspänning eller avskiljande, samt hur händelseförlopp över vidtagna tvångsåtgärder dokumenteras. ChefsJO uppgav att hon hade sett bra exempel på bedömningar där läkare ”nekat” att besluta om tvångsåtgärder med motiveringen att en sådan åtgärd inte kan vidtas i förebyggande syfte.

Med anledning av de uppgifter som kommit fram i samtal med personalen uppgav klinikledningen följande: Kamerorna ska inte användas som ett medel för tillsyn över patienterna utan enbart för att kunna lokalisera var i rummet de befinner sig inför att personalen ska gå in. Kamerorna ska inte vara på hela tiden och de har inte någon inspelningsfunktion. Ledningen bekräftade att patienter inte alltid får information om att det finns en kamera i rummet. ChefsJO erinrade om att det i kamera-bevakningslagen (2018:1200) finns tydliga bestämmelser om skyldigheten att informera personer som blir kamerabevakade.

Med anledning av de uppgifter som en patient lämnade om att hon blev fastspänd naken och fick utträta sina behov i sängen, erinrade chefsJO om att ett sådant förfaringsätt kan utgöra förnedrande behandling. Chefsöverläkaren framhöll att en patient som är fastspänd alltid ska släppas upp för att gå på toaletten om behov uppstår.

Patienter som varit avskilda under lång tid

Mot bakgrund av att det i läkargruppen förs diskussioner kring de långtidsavskilda patienterna, undrade chefsJO hur erfarenheterna sprids till personalen på de olika avdelningarna. Klinikledningen uppgav att läkarna dagligen diskuterar vad som kan göras för att häva avskiljandena och de reflekterade över att sådana diskussioner även borde kunna involvera sjuksköterskor och skötare till viss del. Informationsöverföring mellan avdelningarna sker genom att vårdteamen tjänstgör på flera avdelningar. Ledningen medgav att de behöver dra mer lärdom av de 24 patientfall där man lyckats avsluta långtidsavskiljanden. I nätverket för chefsöverläkare inom rättspsykiatri har man diskuterat långtidsavskilda patienter men man har inte kommit fram till någon samsyn i hur man ska arbeta med dessa patienter. Kliniken är ensam om att använda begreppet ”hospitera”.

ChefsJO och hennes medarbetare redogjorde för sina intryck av förhållandena för de tre kvinnliga patienterna på Avdelning 66. Klinikledningen uppgav att konstellationen har varit kontraproduktiv och att den skulle komma att upphöra från vecka 15. Ledningen upplever att det är svårt att få tillbaka de patienter som inte ska vårdas inom psykiatri till de institutioner där de hör hemma och de konstaterade att de behöver anstränga sig ytterligare i den delen. Vidare uttryckte ledningen att det nog är ett tankemässigt fel att utgå från att dessa patienter behöver

fungera med andra patienter på en avdelning innan de kan lämna kliniken. Ambitionen borde nog i stället vara att dessa patienter ska gå direkt från vård i avskildhet till ett särskilt boende. Ledningen framhöll att det därför behöver finnas tillgängliga, och aktuella, uppgifter om vårdplatser, och säkerhetsklasser, på vårdavdelningarna i samtliga regioner.

Tillgång till elektronisk kommunikation

På fråga från chefsJO uppgav klinikledningen att de har en ”generös inställning” till patienternas tillgång till klinikens utrustning för elektronisk kommunikation, men att tillgången påverkas av patienternas efterfrågan. Om alla patienter vill använda datorerna kan det medföra att de får fyra timmar per vecka och patient. Förvaltningsrätten och kammarrätten har uttalat att det inte innebär en begränsning att schemalägga användningen av elektroniska kommunikationstjänster. Ledningen uppgav dock att de kan behöva öka antalet datorer för att i högre utsträckning tillgodose patienternas tillgång.

Klinikledningen känner till att de är mer generösa än andra psykiatriska regionkliniker när det gäller att tillåta patienter som vistas på avdelningar med förhöjd säkerhetsnivå få använda sin mobiltelefon utanför vårdavdelningen. Ledningen hade dock inte reflekterat över att den begränsade tillgången till mobiltelefon och dator på avdelningen medför att patienter prioriterar att kommunicera via mobiltelefonen framför andra aktiviteter under frigång.

Vidare framhöll klinikledningen att det finns skriftliga rutiner för dokumentation av bl.a. beslut om begränsningar i rätten att använda elektroniska kommunikationsmedel, och att patienten ska få information om hur beslutet kan överklagas. Det är även något som chefsöverläkaren har framhållit vid de utbildningsinsatser som genomförts.

Trygghet och säkerhet under vården

Klinikledningen uppgav att man har en generös inställning när det gäller polisanmälningar med anledning av hot och våld på kliniken. Som exempel nämndes att ledningen veckan före inspektionen hade anmält en anställd som varit våldsam mot en patient. Ledningen framhöll dock att det kan råda en tystnadskultur när det gäller hot och våld mellan patienter och att det därför kan vara svårt att få kännedom om dessa. Det förekommer även att patienter inte vill anmäla händelser som orsakar lindrigare skador, trots att personalen uppmuntrar dem att göra det och erbjuder sig att hjälpa till. Polisen kommer omgående till kliniken när en patient gör en polisanmälan.

ChefsJO framhöll att hot och våld på kliniken ytterst påverkar patientsäkerheten och att klinikledningen därför bör ha kriterier för klinikens ansvar för att göra en polisanmälan.

Klinikledningen uppgav att man under senare tid i större utsträckning har anmält händelser som rör hot och våld till IVO inom ramen för anmälan om brister i säker-

heten. Man är den klinik som gör flest sådana anmälningar, men man kan bli ännu bättre med detta. Ledningen upplever dock att IVO ifrågasätter dessa anmälningar.

Med anledning av att en patient polisanmält att han blivit av med värdefulla tillhörigheter som varit inlåsta uppgav klinikledningen att de handlägger ärendet och att de har svarat patientens advokat. (Patienten har senare inkommit med en anmälan till JO rörande klinikens handläggning av ärendet [JO:s dnr 4225-2019]).

Övrigt

Klinikledningen bekräftade att patienter som är placerade på Avdelning 66 (i säkerhetsnivå 3) blir föremål för allmän inpasseringskontroll eftersom avdelningen ligger i samma byggnad som de avdelningar för vilken förhöjd säkerhetsklassificering gäller.

Vid protokollet

Ellen Ringqvist

Uttalanden av chefsJO Elisabeth Rynning med anledning av inspektionen

Jag vill med anledning det som kom fram vid inspektionen göra följande uttalanden:

Vårdmiljö och trygghet

För patienter som är föremål för psykiatrisk tvångsvård är vårdmiljön av särskild betydelse, eftersom patienterna i praktiken har sin bostad på vårdinrättningen och vårdmiljön blir en del av boendemiljön. Vid inspektionen kom det fram att klinikkens lokaler i byggnaden K6 är slitna och inte helt ändamålsenliga. Av den anledningen är det positivt att klinikledningen har för avsikt att skapa större gemensamhetsutrymmen. I samband med inspektionen upplevde jag och mina medarbetare att vissa av vårdmiljöerna är mycket avskalade. Liknande iakttagelser av torftiga och stimulifattiga miljöer har gjorts vid andra Opcat-inspektioner (se protokollet från Regionsjukhuset Karsudden, s. 11 i JO:s dnr 6308-2015, och protokollet från Avdelning 130/PIVA vid Danderyds sjukhus, s. 17 och 18 i JO:s dnr 3887-2018). Efter inspektionen av Danderyds sjukhus rekommenderade jag Stockholms läns sjukvårdsområde att tillsammans med klinikledningen se över hur patienterna kan få en bättre daglig vårdmiljö. Jag rekommenderar även Region Kronoberg att tillsammans med ledningen för den Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö se över vilka möjligheter som finns för att göra vårdmiljöerna mindre stimulifattiga (se Europarådets kommitté mot tortyr, CPT, CPT/Inf[98] 12, para. 34, där kommittén framhåller behovet av att ägna särskild uppmärksamhet åt inredningen av vårdmiljöerna för att ge patienterna en ”visuell stimulans”).

Vid inspektionen kom det fram att kvinnliga patienter upplevde att personalens förhållningssätt präglas av att miljön är mansdominerad och att de i perioder inte vågar vistas utanför sina patientrum. Vid den avslutade genomgången uppgav klinikledningen att ambitionen är att kvinnor ska placeras på en av avdelningarna, och att det på blandade avdelningar ska finnas mer än en kvinnlig patient. Jag noterar att vid tidpunkten för inspektionen var tio kvinnliga patienter intagna på avdelningarna 59–66. Av dessa var tre kvinnor placerade ensamma på avdelningar med i övrigt manliga patienter. Detta är enligt min mening något förvånande, med hänsyn till klinikens uttalade ambition om hur placeringen av kvinnliga patienter ska gå till. Jag rekommenderar klinikledningen att vidta åtgärder i syfte att förhindra att liknande situationer som den som förelåg vid inspektion uppstår. Vidare förutsätter jag att kliniken även i övrigt vidtar de åtgärder som bedöms nödvändiga för att fullt ut kunna tillgodose de kvinnliga patienternas behov av gemenskap och trygghet.

Förebyggande insatser mot kränkande behandling

Vid inspektionen kom det fram att flera av patienterna kände sig dåligt behandlade och att de av rädsla för repressalier från personalen inte vågade säga ifrån när de upplevde att något var fel. Med anledning av detta vill jag framhålla att klinikledningen har ett ansvar för att förebygga kränkande bemötande av patienterna. Ledningen behöver verka för att alla former av kränkande eller osaklig behandling

anmäls och inrätta ett system för detta ändamål. Anmälaren bör vara skyddad mot repressalier.

Två patienter som vid tidpunkten för inspektionen var långtidsavskilda på avdelningarna 59 och 66 var placerade i patientrum som saknade grundläggande utrustning. Patientrummet på Avdelning 59 saknade bord och stol, och patientrummet på Avdelning 66 saknade en stol. Det fick till följd att patienterna fick äta sina måltider sittande i sängen. Det är enligt min mening inte värdigt och kliniken måste omedelbart se över utrustningen i de båda rummen. I protokollet beskrivs patientrummet på Avdelning 66 som slitet och att det påminde om miljön i en polisarrest. Kliniken bör med anledning av dessa iakttagelser överväga om rummet är lämpligt att använda som ett ordinarie patientrum.

Fastspänning och avskiljande

Socialstyrelsen föreskriver att den beslutande läkaren själv ska undersöka patienten innan ett beslut fattas om fastspänning under längre tid än fyra timmar eller om avskiljande under längre tid än åtta timmar (3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2008:18] om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård). Bestämmelsen avser att säkerställa en rättssäker bedömning inför ett beslut om förlängning av tvångsåtgärderna. Den ska ses som ett lägsta krav och utgångspunkten måste alltid vara att den beslutande läkaren genomför en personlig undersökning av patienten även inför, eller så snart som möjligt efter, ett inledande beslut för kortare tid än fyra respektive åtta timmar (se Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård [SOSFS 2008:18], juli 2009, s. 50).

Även CPT har i en standard uttalat att en patient ska bli läkarundersökt så snart som möjligt i samband med att ett beslut om att vidta en tvångsåtgärd fattas (CPT/Inf [2017] 6, para. 2).

Jag har tidigare uttryckt att jag delar denna uppfattning, t.ex. efter Opcat-inspektionen av Stockholms läns sjukvårdsområde, Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken (se protokoll JO:s i dnr 3816-2017 s. 23). Jag rekommenderar Region Kronoberg att vidta åtgärder som säkerställer att så sker.

I samband med den avslutande genomgången tog jag upp utformningen av regionklinikens skriftliga rutin för avskiljande och påtalade att den kan missförstås. Jag vill i det här sammanhanget framhålla att ett beslut om avskiljande gäller i högst åtta timmar och tiden för avskiljande får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar (8 § LRV jfrd med 20 § LPT). Om det finns synnerliga skäl får ett beslut om avskiljande avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Enligt motiven till regleringen tar undantagsbestämmelsen sikte på vissa extrema fall då patientens situation är så svår att ett avskiljande måste ske för en längre tid än några dagar, vilket endast torde behövas i särpräglade undantagsfall (se prop. 1990/91:58 s. 261). JO har tidigare uttalat att ett beslut där tiden för en

tvångsåtgärd uttrycks som ”max 72 timmar” inte avser en bestämd tid utan i sig är oprecist (se JO 2015/16 s. 488, dnr 6615-2012). Region Kronoberg behöver vidta åtgärder som säkerställer att de beslut om avskiljande som fattas uppfyller lagens krav.

JO har vid tidigare inspektioner uppmärksammat frågor beträffande långtidsavskilda patienter och funnit skäl att närmare undersöka hur psykiatriska kliniker hanterar dessa frågor (se protokollen i JO:s dnr 1350-2015, 5556-2016 och 7317-2018). Eftersom IVO är ordinarie tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården har jag inlett en dialog med IVO om bl.a. denna patientgrupp (se JO:s dnr O 5-2018). Jag får alltså anledning att återkomma till dessa frågor.

Allmän inpasseringskontroll

Vårdgivaren får besluta om allmän inpasseringskontroll vid en sjukvårdsenhet eller avdelning för slutna psykiatrisk vård för vilken en förhöjd säkerhetsklassificering gäller (8 b § LRV). Förhöjd säkerhetsklassificering innebär säkerhetsnivå 1 eller 2. Vid kliniken är den allmänna inpasseringskontrollen ordnad så att alla personer som passerar in i byggnaderna K4 och K6 måste passera en larmbåge och att tillhörigheter scannas. Vid inspektionen tillämpades den allmänna inpasseringskontrollen även för passering till en avdelning i säkerhetsnivå 3. Det innebär att inpasseringskontrollen i dessa fall saknar lagstöd. Region Kronoberg behöver därför omgående vidta åtgärder så att allmän inpasseringskontroll endast genomförs i enlighet med lagen.

Tillgång till elektroniska kommunikationstjänster

Med anledning av att de anställda uppgav att en patient frivilligt har gått med på att begränsa antalet telefonsamtal till fem om dagen, vill jag erinra om att jag tidigare uttalat att patienter ska kunna kommunicera obegränsat med den utrustning som vårdgivaren ska tillhandahålla enligt 8 a § LPT, såvida inte ett individuellt beslut med stöd av 20 a § LRV fattats (se protokollet efter inspektionen av Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena, i JO:s dnr 7317-2018, s. 14 och 15). Jag påpekade även att om patienterna inte kan erbjudas tillgång till telefon i tillräcklig omfattning bör kliniken överväga om den kan utrustas med fler telefoner.

Uttalandet har naturligtvis betydelse även för tillgången till datorer. Det är positivt att klinikledningen kommer att se över hur patienternas önskemål ska kunna tillgodoses. Kliniken behöver även vidta åtgärder som säkerställer att patienterna alltid får information om att ett beslut med stöd av 20 a § LPT kan överklagas till förvaltningsrätten (30 § första stycket 1 jämfört med 18 § första stycket 7 LRV). Det nu nämnda bör vara en fråga som kan följas upp av den ordinarie tillsynsmyndigheten.

Beslut om initiativ

Det har kommit fram att kliniken lämnar uppgifter som omfattas av sekretess enligt 25 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) till Kriminalvården i samband med att kriminalvårdsklienterna återförs till anstalt eller häkte. Sådan information

lämnas dessutom varje månad avseende de kriminalvårdsklienter som fortsatt vårdas, ibland långvarigt, på kliniken. Det har vidare kommit fram att kliniken inte sparar någon kopia av den information som överlämnas till Kriminalvården.

De beskrivna förhållandena väcker frågor om bl.a. sekretess och dokumentation. Jag har för avsikt att utreda dessa frågor inom ramen för ett särskilt initiativärende.

2019-12-20

Elisabeth Rynning