

Förannmäld Opcat-inspektion av Region Östergötland, Rättspsykiatriska regionkliniken Vadstena den 23 februari 2021

Inspektionens genomförande

På uppdrag av chefsJO Elisabeth Rynning genomförde föredraganden Ellen Ringqvist den 23 februari 2021 en förannmäld inspektion av Region Östergötland, Rättspsykiatriska regionkliniken Vadstena. Vid inspektionen deltog även föredraganden Eva Fridén (protokollförare). I samband med inspektionen samtalade JO:s medarbetare med chefsöverläkaren och ytterligare tre av de anställda. För att minska risken för spridning av covid-19 genomfördes samtalen via telefon.

Inspektionens syfte

Den 14 januari 2021 beslutade chefsJO Elisabeth Rynning att i ett särskilt ärende granska vilka omständigheter som motverkar att patienter med långa vårdtider inom rättspsykiatrisk slutenvård skrivs ut till öppen vård (dnr O 1-2021). Som ett led i den granskningen beslutade chefsJO den 16 februari 2021 om inspektioner av fem kliniker, bl.a. Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena.

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. Opcat är den engelska förkortningen av tilläggsprotokollet till FN:s tortyrkonvention (Optional Protocol to the Convention against Torture). Länder som anslutit sig till protokollet har förbundit sig att inrätta ett 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.

Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena har tidigare inspekterats av JO den 4 och 5 december 2018 (dnr 7317-2018).

Uppgifter som kom fram vid inspektionen

Vid samtalen med personalen tog JO:s medarbetare upp ett antal frågeställningar som har att göra med långa vårdtider inom sluten rättspsykiatrisk vård. Frågorna behandlade:

1. Klinikens rapportering till det nationella kvalitetsregistret RättspsyK.
2. Klinikens vårdplanering.
3. Klinikens samverkan med andra vård- och omsorgsgivare.
4. Omständigheter som motverkar att patienter kommer vidare till öppen vård.
5. Klinikens process för att avsluta sluten vård.
6. Övrigt.

I samband med inspektionen granskade JO:s medarbetare även vissa handlingar.

1. Klinikens rapportering till det nationella kvalitetsregistret RättspsyK

Kliniken har 86 vårdplatser i säkerhetsnivå 1, 2 och 3.¹

Chefsöverläkaren uppgav att det tidigare inte fanns kriterier för i vilka fall patienter ska rapporteras som ”färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård men trots det fortfarande vårdas i slutenvård” till det nationella kvalitetsregistret RättspsyK. Efter att frågan initierats av JO har kliniken bestämt att en rapportering till registret ska göras när en samordnad vårdplanering har genomförts med representanter för en patients hemkommun och en samordnad vårdplan har undertecknats. Cirka tio procent av patienterna lämnar inte sitt samtycke till en rapportering till RättspsyK. Kliniken gör ingen strukturerad uppföljning över tid av de patienter som rapporteras som färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård.

2. Klinikens vårdplanering

Det är kuratorerna som ansvarar för att kalla till vårdplanering. I vårdplaneringen deltar normalt patienten och dennes eventuella ombud och förvaltare samt anhöriga. Från kliniken deltar, förutom kurator, ansvarig läkare, patientens kontaktperson på avdelningen, samt arbetsterapeuter och psykologer som är involverade i omvårdnaden av patienten. En första vårdplan upprättas några veckor efter det att patienten har påbörjat sin vård på kliniken eftersom dennes mående behöver ha stabiliserats. Uppgifter om patientens boende-situation och ekonomi noteras redan vid den första vårdplaneringen för att minska risken för att han eller hon hamnar i en ekonomiskt svår situation genom att t.ex. behöva betala löpande hyra under lång vårdtid på kliniken. Frågan om

¹ Se RättspsyK, Nationellt kvalitetsregister, Årsrapport 2020 och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

patientens eventuella framtida behov av bistånd i form av boende aktualiseras dock först när patienten bedöms redo för öppen rättspsykiatrisk vård.

Vårdplanen utgör ett underlag för planeringen av den fortsatta vården och bifogas chefsöverläkarens anmälan om fortsatt vård till förvaltningsrätten. I regel revideras vårdplanen inför varje sådan anmälan, dvs. var sjätte månad, men den kan vid behov revideras med tätare intervall.

3. Klinikens samverkan med andra vård- och omsorgsgivare

Riktlinjer om samverkan

Kliniken tillämpar en regional samverkansrutin som upprättats mellan kliniken och Östergötlands kommuner.² Rutinen håller på att revideras men personalen uppgav att kliniken tillämpar rutinen i dess nuvarande version (ej daterat arbetsmaterial). I rutinen framgår att det finns en överenskommelse mellan Region Östergötland och kommunerna i Östergötland om samverkan för trygg, säker och effektiv utskrivning från hälso- och sjukvård.

Kliniken håller samverkansmöten mellan kommunerna i Östergötland, vuxenpsykiatriska kliniker, den upphandlande psykiatriska verksamheten och beroendeverksamheter en gång per termin, uppdelat på olika tillfällen för respektive länsdel.³ I samverkansrutinen anges följande:

Syftet med samverkansmötet är att alla representanter lämnar aktuell information om situationen i verksamheten och genomgång av patienter som är aktuella för första samordnande vårdplanering inom kort samt uppdatering av läget för de patienter som redan är aktualiserade i kommunerna. Samverkansmötet är också en möjlighet för alla parter att lyfta generella frågor som uppstått, för att fortsätta utveckla samarbetet, undvika missförstånd och sprida kunskap.

Samverkansmötet ska främja en trygg och säker utskrivning från slutenvården.

I samtalen framhöll personalen att de terminsvisa samverkansmötena är till för att kommunerna ska kunna förbereda sig i god tid för att kunna ta emot sina återvändande kommuninvånare på bästa sätt. Kliniken informerar då kommunerna om de patienter som bedöms behöva insatser från socialtjänsten, t.ex. ett boende. Vid mötena deltar representanter från kommunerna som är behöriga att fatta nödvändiga beslut såsom enhetschefer och förste handläggare för hantering av stöd enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Från allmänpsykiatrien deltar verksamhetschefer, vårdavdelningschefer, läkare och kuratorer. Förhoppningen är att berörda kommuner ska ta med sig informationen och aktivt påbörja planeringen för adekvata boenden i god tid, genom att t.ex. engagera samhällsbyggnadsnämnden.

² Se Samverkansrutin för öppen rättspsykiatrisk vård mellan Östergötlands kommuner och Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena.

³ Se samverkansrutinen, s. 5.

Personalen uppgav att det inte finns någon skriftlig rutin för samverkan med kommuner utanför Region Östergötland. Patienter som är hemmahörande i Region Kalmar slussas ut från regionkliniken i Vadstena. Kliniken samverkar då med kommunerna i Region Kalmar och har vårduppföljningar med Region Kalmar två gånger per år. I regel fungerar samverkan i dessa fall bra eftersom det handlar om ett begränsat antal patienter. Patienter som är hemmahörande i Region Jönköping brukar förflyttas dit när de ska slussas ut.

Chefsöverläkaren uppgav att kliniken inte skickar något inskrivningsmeddelande till berörda enheter enligt lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (samverkanslagen).⁴ Han framhöll att medianvårdtiden för klinikkens patienter är flera år.

Enligt personalen är majoriteten av klinikkens patienter dömda till vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) med särskild utskrivningsprövning (SUP). Eftersom det är domstolen som beslutar när dessa patienter är ”utskrivningsklara” blir reglerna om betalningsansvar i samverkanslagen inte tillämpliga även om patienterna anses medicinskt färdigbehandlade, dvs. utskrivningsklara i den bemärkelsen att de inte längre behöver slutenvård. Domstolen fattar ett beslut om öppen rättspsykiatrisk vård när patientens boende, ekonomi och sysselsättning är ordnad. Därför blir bestämmelserna om betalningsansvar i samverkanslagen verkningslösa som påtryckningsmedel.

Samordnad vårdplanering och vårdplan

Den första samordnade vårdplaneringen syftar till att aktualisera patienten hos dennes hem/folkbokföringskommun, eller önskad blivande hemkommun.⁵ En kurator kallar till mötet och det är önskvärt att den/de som deltar från kommunen vid den första samordnade vårdplaneringen har kunskap om insatser enligt både LSS och SoL. Vårdplanen ska ange vilka insatser som behövs under den öppna rättspsykiatriska vården, för att den enskildes behov ska tillgodoses och för att säkerställa kvaliteten på hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens arbete samt att hög säkerhet uppnås.⁶

Det kom i samtalen fram att kommunen och eventuella andra vårdenheter kallas till en första samordnad vårdplanering när en patient bedöms vara färdigbehandlad på kliniken. Även patienten och/eller dennes ombud deltar i planeringen. Vid den första samordnade vårdplaneringen går man igenom patientens vårdbehov och behov av stöd. Vid detta tillfälle kan patienten ansöka om bistånd, t.ex. ett boende. När ansökan och klinikkens underlag för vilken insats patienten behöver lämnats till kommunen påbörjar kommunen sin

⁴ 2 kap. 1–3 §§ lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

⁵ Se samverkansrutinen s. 8.

⁶ Se samverkansrutinen s. 10.

utredning som i regel blir färdig inom sex månader. Kommunen fattar ett beslut som det sedan kan ta tid att verkställa.

Enligt personalen krävs det som regel minst tre samordnade vårdplaneringar innan en patient kan få öppen rättspsykiatrisk vård. Den samordnade vårdplanen justeras av de närvarande deltagarna och revideras minst var sjätte månad. Den samordnade vårdplanen bifogas varje ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård till förvaltningsrätten. När alla frågor är lösta och permissioner till boendet fungerat bra kallar kliniken till ett slutgiltigt samordnat planeringsmöte som resulterar i den sista samordnade vårdplanen inför ansökan om öppen vård.

Det fördes i något samtal fram att det kan vara bortkastad tid att sammankalla till en första samordnande vårdplanering i ett för tidigt skede eftersom patienten då kan vara i för dåligt skick för att kunna ta ställning till frågor om boende, ekonomi och sysselsättning.

Personalen uppgav att en patient som vill flytta till en annan kommun kan ansöka om ett förhandsbesked om bistånd hos den tilltänkta kommunen, t.ex. ett boende. Patienten kan få hjälp med detta vid den samordnade vårdplaneringen. I regel går det fort att få ett förhandsbesked men det tar ofta lång tid innan beslutet kan verkställas. En kommun som har beviljat bistånd enligt förhandsbesked kallas till samordnad vårdplanering.

Vid granskning av handlingar noterade JO:s medarbetare att en kommun som en patient ville flytta till hade beviljat patienten bostad med särskild service och daglig verksamhet enligt LSS. Ansökan gjordes i oktober 2017 och kommunen fattade beslutet i mars 2018. Det framgår att kommunen deltog i möte med kliniken i januari 2018. Frågan om fortsatt sluten vård prövades senast av förvaltningsrätten i december 2020. I domen framgår att chefsöverläkaren anförde att en utslussningsprocess mot ett nytt boende anpassat till patientens svårigheter är planerad men ännu inte kommit igång. Vid tiden för inspektionen vårdades patienten fortfarande i klinikens slutna vård.

4. Omständigheter som motverkar att patienter kommer vidare till öppen vård

Patienternas behov av bistånd i form av boende

Enligt personalen behöver klinikens patienter generellt sett insatser i form av särskilt boende och den huvudsakliga orsaken till att de blir kvar i sluten vård är att kliniken och kommunen gör olika bedömningar av vilka insatser patienterna behöver. Merparten av klinikens patienter tillhör personkrets 3 i LSS utifrån hur de kan sköta sin allmänna dagliga livsföring (ADL). Flera av patienterna tillhör också personkrets 1 i LSS utifrån diagnos.⁷ Vägledande domar under senare år,

⁷ 1 § LSS.

avseende tillämpningen av LSS, har dock resulterat i att kommunernas bedömningar av vilka stödinsatser klinikens patienter behöver blivit mer restriktiva. Som exempel nämndes att kommunerna med hänvisning till gällande praxis anser att många av klinikens patienter kan få sina behov tillgodosedda i ett boende med boendestöd enligt SoL. Det innebär normalt ett boende som inte är bemannat dygnet runt. Även om många av patienterna kan sköta sin ADL behöver de, enligt personalen, ett omfattande socialt stöd på grund av sin ”sociala funktionsnedsättning”. De behöver framför allt stöd och vägledning för att få en struktur i vardagen. Som exempel angavs att många patienter inte förmår säga till när de behöver hjälp. Därför behöver de ett särskilt boende med personal dygnet runt. Om de därutöver har t.ex. en utvecklingsstörning medför det att de behöver insatser enligt LSS. Personalen underströk att detta behöver uppmärksammas.

Vid granskning av handlingar noterade JO:s medarbetare att en patient fått hjälp av kliniken att överklaga en kommuns beslut att avslå ansökan om särskilt boende.⁸ Kommunen ansåg att patientens behov kunde tillgodoses med ett boende utan bemanning dygnet runt och boendestöd. I överklagandet angavs att patienten inte var i behov av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Vidare framgick att patienten bl.a. behövde professionell tillsyn dygnet runt för att få möjlighet till öppen rättspsykiatrisk vård och en hållbar, trygg, stabil och meningsfull tillvaro. Ett boendestöd ansågs inte tillräckligt för att möta patientens behov. Förvaltningsrätten konstaterade att patientens psykiska funktionshinder innebar en kognitiv och social funktionsnedsättning som innebär sociala begränsningar. Ett bristfälligt socialt stöd skulle äventyra patientens grundläggande färdigheter för att klara vardagen, vilket skulle kunna leda till social isolering, avbruten sysselsättning och medicinering. Domstolen fann att patienten skulle beviljas bistånd i form av särskilt boende för att tillförsäkras skälig levnadsnivå. Av inhämtade handlingar framgår att det dröjde två år från det att en samordnad vårdplan upprättades till dess patienten fick öppen vård.

Enligt personalen har det under senare år varit en ökad efterfrågan på kommunala bostäder, bl.a. på grund av ökad migration. Det har medfört att det nu finns färre boenden att tillgå enligt SoL än enligt LSS. Kommunernas restriktivare tillämpning av LSS medför att bl.a. rättspsykiatrins patienter anses tillgodosedda med ett boende enligt SoL och att de får vänta två till tre år innan de blir erbjudna ett sådant boende.

Det kom i samtalen även fram att kommunerna tidigare i högre utsträckning beviljade externa placeringar av patienterna (dvs. i boenden som inte drivs av en

⁸ Se överklagande daterat 2018-06-14.

kommun) inom eller utanför kommunen. Beslut om externa placeringar fattas numera generellt i nämnd och kommunerna är obenägna att bevilja sådana på placeringar grund av att de kostar för mycket. Som exempel nämndes att en större kommun under senare tid beviljat externa boenden (i privat regi) till endast 5 av 45 patienter. En mottagande kommun har ingen skyldighet att köpa en plats på ett externt boende.

Personalen framhöll att det förekommer att patienter hänvisas att själva ordna ett boende och att de då hamnar i en mycket svår situation. Det kan ta längre tid för dem att ordna ett boende än för dem som beviljas ett LSS-boende.

Personalen kan hjälpa dem att ställa sig i bostadskö. Det är dock i princip omöjligt för patienter som har skulder hos Kronofogden och en historik med tidigare ”portningar” att få en bostad på detta sätt vilket kliniken har påtalat för kommunerna. Kommunerna har möjlighet att ingå sociala kontrakt med patienter som har hyresskulder, men en del patienter har andra typer av skulder. Tidigare fanns det kommunala lägenheter som kunde reserveras för klinikkens patienter. Detta är inte längre möjligt.

Klinikens samverkan med kommuner och regioner

Enligt personalen fungerar samverkan med företrädare för kommuner och andra vårdgivare inom Region Östergötland generellt sett bra. Några kommuner har särskilda handläggare för patienternas ansökningar, vilket ger stabilitet i samverkan med att slussa ut patienter. Kliniken vill att kommunens handläggare för ärenden enligt LSS och SoL deltar i den samordnade vårdplaneringen med kliniken. Då minskar risken för att patienternas ärenden hamnar ”mellan stolarna”.

Personalen uppgav att den information som lämnas av kliniken vid de samverkansmöten som hålls två gånger per år inte tagits om hand av kommunerna på ett ändamålsenligt sätt eftersom patienternas kötid för boenden ändå inte blivit kortare. Några tänkbara förklaringar är att det handlar om för få personer för att ”röra upp damm” i stadsplaneringen och att deras behov är svåra att tillgodose. För att få en snabbare hantering av kommunernas biståndsbedömningar skulle det vara bra om patienternas behov av insatser presenteras där eftersom kommunernas beslutsfattare deltar i de mötena.

Det kom även fram uppgifter om att kommunerna behöver få ökad kunskap om, och förståelse för, rättspsykiatrins utmaningar. Framför allt har kommunens handläggare svårt att förstå klinikens bedömningar avseende risken för att patienterna återfaller i brottlighet som är av allvarligt slag, och det finns förutfattade meningar om klinikens patienter. Det vore därför bra om kommunerna kunde ha särskilda rättspsykiatrihandläggare.

JO:s medarbetare frågade om det förekommer att en region nekar att ta tillbaka sina patienter. Enligt personalen kan en liten region, t.ex. Region Kalmar, göra det vid tillfällig platsbrist eller om det t.ex. finns målsägande inom regionen

som gör att det bedöms olämpligt att flytta över vården dit. Det måste finnas skäl i det enskilda fallet.

Vid granskning av handlingar noterade JO:s medarbetare att en kommun beviljade en patient särskilt boende i oktober 2019. Kliniken bedömde att de två boenden som därefter hade diskuterats inte var lämpliga med hänsyn till att de låg i närheten av en målsägande. Vid tiden för inspektionen vårdades patienten alltjämt i slutenvården.

Förhållanden hänförliga till patienter

JO:s medarbetare frågade hur kliniken agerar om en patient inte vill ansöka om eller acceptera en erbjuden kommunal insats. Personalen uppgav att det kan bero på att de brustit i att få patienten att medverka i planeringen, eller att patienten inte förstår innebörden av insatsen. Om patienten tackar nej till ett boende, vilket sällan sker, innebär det att personalen får börja om med att motivera patienten och stegvis anpassa honom eller henne för ett liv utanför kliniken.

Det lyftes i samtalen fram att det kan vara skrämmande att komma ut i samhället utan ett socialt nätverk. Om patienterna kan etablera sig i samhället t.ex. via brukarföreningar kan de lättare anpassa sig till ett liv utanför kliniken. Ju längre vårdtid desto större risk för institutionalisering.

Förhållanden hänförliga till kliniken

Kliniken genomför strukturerade riskbedömningar för patienterna oavsett om de vårdas med eller utan SUP.⁹ De genomförs enligt personalen av en psykolog, en sjuksköterska och en kriminolog. En psykolog samordnar arbetet. Några av de anställda uppgav att riskbedömningarna inte formuleras enhetligt på kliniken och att de "flaggar rött" på grund av historiska faktorer. Utifrån riskbedömningen ska omvårdnadsteamet organisera vården kring patienten. Fokus ligger på åtgärder för att minimera risken för återfall i brott. Omvårdnadsteamets uppfattning kan dock vara att patienten fungerar hyfsat väl och att läkarens bedömning av patientens farlighet då kan skilja sig från den som presenteras i den strukturerade riskbedömningen. Förvaltningsrätten i Linköping begär in den strukturerade riskbedömningen tillsammans med vårdplanen. Om diskrepansen är stor mellan den bedömning läkaren gör av patientens farlighet och den strukturerade riskbedömningen kan det resultera i att domstolen ifrågasätter läkarens bedömning.

Vidare uppgav personalen att kliniken under flera år haft brist på fast anställda psykiatriker och därför anlitat många olika hyrläkare vilket medfört att det inte

⁹ Kliniken använder HCR-20 som är en manualiserad modell för en strukturerad professionell bedömning av risken för framtida våld.

funnits någon kontinuitet i läkarbedömningarna. För patienterna har det medfört att läkare gjort olika bedömningar och förändrad medicinering har ibland lett till försämrat mående och att samordnade vårdplaner inte kunnat fullföljas.

En av de anställda påtalade även att det faktum att Region Östergötland har beslutat att inte ta ut någon patientavgift för vård på kliniken kan påverka patienters vilja att gå vidare till öppen rättspsykiatrisk vård. Patienterna är oftast medvetna om att det är ekonomiskt fördelaktigt för dem att vårdas på kliniken. Det har förekommit att patienter uttryckt: ”Jag kommer aldrig få det så bra som nu”. Det vore därför bra om patienterna successivt under vårdtiden kunde bli ”ekonomiskt utslussade” och få börja betala för sig redan under tiden på kliniken.

5. Klinikens process för att avsluta slutna vård

När en patient bedöms som medicinskt färdigbehandlad kontaktas hemkommunen och ett möte bestäms för en första samordnad vårdplanering. Enligt personalen tar det tre till tolv månader efter den första samordnade vårdplaneringen innan patienten har sysselsättning och permissioner utanför kliniken. I normalfallet genomförs två eller tre samordnade vårdplaneringar innan patienten erbjuds ett boende, men under den tiden kan han eller hon få kortare permissioner till anhöriga. Efter att boendet är ordnat behöver patienten ha haft tre till fem längre permissioner som fungerat till boendet innan en ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård kan göras till förvaltningsrätten. Det tar normalt cirka tre år innan alla insatser med boende, ekonomi och sysselsättning har ”fallit på plats”.

Personalen framhöll att kommunernas planering påverkar hur fort patienter kan komma ut i öppen rättspsykiatrisk vård eftersom en ansökan om sådan vård hos förvaltningsrätten förutsätter att patienterna har ett boende. Det kan dröja länge från kommunens beslut att bevilja en insats till dess att beslutet verkställs. Alla beslut om boenden fattas numera av en kommunal nämnd. Tidigare kunde besluten fattas på tjänstemannanivå. Klinikens patienter har ett stort behov av omhändertagande i öppen vård och att tillgodose det kan vara komplext för en liten kommun. Det finns därför en hög toleransnivå för dröjsmål i utslussningen av patienter och kliniken rapporterar inte några avvikelser så länge det går att förklara de bakomliggande orsakerna.

Vidare kom det fram att patienter utan SUP har ett mindre omsorgsbehov i rättspsykiatrisk öppen vård än patienter med SUP. Även i dessa fall blir enligt personalen frågan om boende avgörande för att kunna avsluta den slutna vården. Förutsatt att patienten samtycker kan det dock vara tillräckligt med ett tillfälligt boende om det finns en realistisk planering för ett permanent boende. Enligt chefsöverläkaren skulle kliniken teoretiskt sett kunna skriva ut dessa patienter trots att frågan om boende inte är löst, och kommunens betalningsansvar skulle då kunna aktualiseras. Det sker dock aldrig eftersom det vore inhumant att avsluta den slutna vården för en patient som inte har ett ordnat

boende även om de medicinska och juridiska förutsättningarna föreligger. Utskrivningsprocessen för dessa patienter blir generellt endast några veckor kortare än för patienter med SUP.

Det kom fram att kliniken för några år sedan hade en utslussningsform, s.k. halvvägshus, som finansierades till hälften vardera av kliniken och kommunen. Patienten bodde i egen lägenhet på kliniken och träffade tillsammans med klinikens personal vårdanställda i kommunen i syfte att etablera en vårdrelation med dem. En sådan placering förutsatte att kommunen skulle erbjuda patienten ett boende inom ett år. Denna form av utslussning var ett bra alternativ för att undersöka vad patienterna klarade av, men verksamheten fick läggas ned eftersom den var personalkrävande. I dag finns det två platser som skulle kunna användas på detta sätt, men som för tillfället används för slutenvård. Under 2020 har kliniken undersökt kommunernas intresse för sådana utslussningsplatser.

6. Övrigt

Chefsöverläkaren uppgav att det tar lång tid för patienter med SUP som har missbruksproblem att få vården upphävd. Risken för återfall i brott är för dessa patienter sekundär till risken för återfall i missbruk. Domstolarna bedömer ofta att risken för missbruk är stor och att det därför finns risk för att patienterna återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag. Risken för missbruk är omöjlig att motbevisa och det är svårt att förstå i vilka fall domstolarna anser att det inte finns någon sådan risk. Kliniskt sett finns det inte någon ytterligare behandling att ge dessa patienter, men den rättspsykiatriska vården får fortgå. Kliniken samverkar med både den kommunala och den regionala beroendevården.

Protokollförare vid inspektionen var Eva Fridén.

Justeras 2021-04-27

Ellen Ringqvist

Jag har tagit del av protokollet. De uppgifter som redovisats i protokollet kommer att läggas till grund för vidare utredning i min granskning av vilka omständigheter som motverkar att patienter med långa vårdtider inom rättspsykiatrisk slutenvård skrivs ut till öppen rättspsykiatrisk vård (dnr O 1-2021).

2021-04-27

Elisabeth Rynning