

Förannmäld Opcat-inspektion av Region Västmanland, Rättspsykiatri Västmanland, Sala, den 9 mars 2021

Inspektionens genomförande

På uppdrag av chefsJO Elisabeth Rynning genomförde enhetschefen Gunilla Bergerén den 9 mars 2021 en förannmäld inspektion av Region Västmanland, Rättspsykiatri Västmanland, Sala. Vid inspektionen deltog även föredraganden Eva Fridén (protokollförare) och experten i psykologi Knut Sturidsson. I samband med inspektionen samtalande JO:s medarbetare med chefsöverläkaren och ytterligare fyra av de anställda. För att minska risken för spridning av covid-19 genomfördes samtliga samtal via ljud- och bildöverföring.

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. Rättspsykiatri Västmanland, Sala.

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.

Rättspsykiatri Västmanland, Sala, har senast inspekterats av JO den 11–13 februari 2013 (dnr 763-2013).

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

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

1. Klinikens rapportering till det nationella kvalitetsregistret RättspsyK

Den rättspsykiatriska kliniken i Sala har 55 vårdplatser, varav 53 platser i säkerhetsnivå 2 och 2 platser i säkerhetsnivå 1.¹

Kliniken har inte några skriftliga rutiner och det finns inte några gemensamma skriftliga kriterier för urval av vilka patienter som ska registreras som ”färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård men trots det fortfarande vårdas i sluten vård” till det nationella kvalitetsregistret RättspsyK. Det är en läkare på varje avdelning som gör ett urval av vilka patienter som bedöms aktuella att rapportera till registret. Chefsöverläkaren förde fram att avdelningarna sannolikt har gjort olika bedömningar vid urvalet av vilka patienter som rapporteras till registret. Vissa läkare väljer att ta med de patienter som bedömts medicinskt färdigbehandlade och andra läkare gör ett urval baserat på de patienter som bedömts som utskrivningsklara för öppen vård, dvs. när patienten har ett fungerande boende. Rapporteringen till registret var tidigare ett rutinarbete men sedan en tid har det varit en brist i kontinuitet av vem som rapporterar, eftersom varje avdelning har flera läkare och vissa är hyrläkare. Med anledning av JO:s begäran om att få ut uppgifter som rapporterats till registret har kliniken börjat reflektera över vilka kriterier som kliniken tillämpar vid urval av de uppgifter som man lämnar till registret. Chefsöverläkaren framhöll att vilka uppgifter som lämnas till registret behöver tas på större allvar eftersom dessa används för att sammanställa statistik i rapporter som i sin tur kan ligga till grund för förändringar i kliniken arbete. Kliniken gör ingen strukturerad uppföljning över tid av de patienter som registreras som färdiga för öppen rättspsykiatrisk vård.

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

2. Klinikens vårdplanering

I vårdplaneringen deltar vårdteamet som består av vårdlag, läkare, psykolog, kurator, familjeterapeut, beroendeterapeut och arbetsterapeut. Vårdplanen ska i största möjliga mån vara begriplig för och utformad tillsammans med patienten och om det är möjligt och lämpligt även med närstående.² Klinikens utgångspunkt är att vårdprocessen ska försöka följa den juridiska processens olika faser av frihetsgrader.

Personalen uppgav att de flesta patienter inledningsvis placeras på intagningsavdelningen som har 13 platser. Där upprättas en första vårdplan. Efter en tid flyttas patienten till en av klinikens tre behandlingsavdelningar. Varje behandlingsavdelning har 14 platser och personalen är uppdelad i 4 vårdlag som har ansvar för 3–4 patienter. När patienten kommit till behandlingsavdelningen kallar sjuksköterskan i vårdlaget läkare, kurator och psykolog till ett vårdplaneringsmöte. Patienten deltar inte i vårdplaneringsmöten under inledningen av vården. Vid mötet revideras vårdplanen och ges ett innehåll för en mer långsiktig planering. Frågan om patientens eventuella framtida behov av bistånd från kommunen i form av boende eller sysselsättning 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 vid andra tillfällen. Patienten involveras i vårdplaneringen först när vården har pågått ett tag. Det innebär att en anmälan om fortsatt vård kan ha lämnats in till förvaltningsrätten ett antal gånger innan patienten blir involverad i sin vårdplanering. Kliniken har ett pågående arbete som syftar till att patienten framöver ska engageras i sin vårdplanering från inledningen av vården.

3. Klinikens samverkan med andra vård- och omsorgsgivare

Riktlinjer om samverkan

Det finns en regional samverkansrutin mellan Region Västmanland och Västmanlands kommuner. Ett gemensamt IT-stöd för kommunikation används i klinikens samarbete med kommunerna i regionen.³ Av rutinen framgår bl.a. att syftet med riktlinjerna är att tydliggöra utskrivningsprocessen från slutenvården samt ansvarsfördelningen mellan regionens och kommunernas berörda enheter. För patienter som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) skickas alltid

² Se Vårdplanering och upprättande av vårdplan i slutenvård – Rättspsykiatri Västmanland, Region Västmanland, instruktion giltig från och med den 11 december 2020, dok.nr 4782–3, s. 1.

³ IT-stödet benämns Cosmic LINK, se instruktion Cosmic LINK, giltig från och med den 4 december 2019, dok.nr 47870-1.

inskrivningsmeddelande till berörda parter inom socialtjänsten och/eller den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården samt den regionfinansierade öppenvården.⁴ Det sker en kort tid efter att en patient skrivits in och det informeras om att kliniken har en patient som kan vara i behov av samordnade insatser i framtiden. Den gemensamma planeringen påbörjas då slutenvården bedömer att kommunen bör involveras.⁵ Det finns inte någon skriftlig rutin för samverkan vid utskrivning från slutenvården för patienter som tillhör en annan sjukvårdsregion (utomlänspatienter) som vårdas enligt LPT och LRV. Det har inte skett någon egentlig förändring i arbetet med att slussa ut patienterna till öppen vård efter det att lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvården (samverkanslagen) trädde i kraft.

Samordnad vårdplanering och vårdplan

När behandlingsansvarig läkare anser att planeringen för att lämna in en ansökan till förvaltningsrätten om att vården ska övergå till öppen form kan inledas kallar vårdteamet till en *samordnad vårdplanering*.⁶ Om det finns behov av insatser från kommunen kallas biståndshandläggare, socialtjänsten, den kommunala hälso- och sjukvården, primärvården och den vuxenpsykiatriska öppenvården. Mötet syftar dels till att följa upp och planera för patientens behov vid en övergång till öppen vård dels att dokumentera och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan kommun och rättspsykiatri. I den *samordnade vårdplanen* redovisas de planerade vårdinsatserna kopplade till vårdbehovet.

Den genomsnittliga vårdtiden är cirka fem år både för regionens patienter och utomlänspatienter. Skillnader i vårdtiden uppstår först när det blir aktuellt med utskrivning till öppen rättspsykiatrisk vård eftersom förutsättningarna för utslussning är olika. Det handlar om hur samarbetet med olika kommuner fungerar och vilken tillgång som finns till lämpliga boenden. När det gäller samordningsprocessen för en patient som vill flytta till en annan kommun är hemkommunen delaktig fram till att den nya kommunen har gett ett positivt förhandsbesked.

Det kom i samtalen fram att personalen ansåg att tidpunkten för när den samordnade vårdplaneringen ska inledas behöver ändras. Att kliniken ska lämna ett inskrivningsmeddelande till en patients hemkommun en kort tid efter inskrivning fyller inte någon funktion eftersom vårdtiderna ofta är långa. Det framhölls att den optimala tidpunkten för att ta kontakt med en patients

⁴ 1 kap. 1 § 1 och 2 kap. 1–3 §§ lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvården och sjukvård, samverkanslagen.

⁵ Se Läns gemensamma riktlinjer, Samverkan vid utskrivning från slutenvården och sjukvård för LPT och LRV, fastställt av Chefsforum den 26 april 2019, version 3.

⁶ Se instruktion Samordnad vårdplanering – Rättspsykiatri Västmanland, Region Västmanland, giltig från och med den 1 juni 2020, dok.nr 12850–2.

hemkommun är när patienten är färdigutredd på kliniken. I dag tas en kontakt när ansvarig läkare planerar att ansöka till förvaltningsrätten om att vården ska övergå i öppen form.⁷ Genom att kliniken då uppmärksammar kommunen på att den här patienten har varaktiga funktionsnedsättningar aktualiseras patienten också tidigare i processen för utskrivning till öppen vård.

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

Patienternas behov av bistånd i form av boende

Personalen uppgav att en övervägande majoritet av patienterna på kliniken behöver insatser i form av särskilt boende för att kunna vårdas i öppen vård. Den huvudsakliga orsaken till att patienter blir kvar i sluten vård är att kliniken och kommunen gör olika bedömningar av vilka insatser patienten behöver. Om en kommun inte beviljar patienten ett boende som kliniken bedömer tillgodoser patientens behov av vård- och stödinsatser kan inte chefsöverläkaren ansöka till förvaltningsrätten om att vården ska övergå i öppen form. I vissa fall kan kliniken vara behjälplig med att överklaga beslutet till förvaltningsrätten. En sådan process leder ofta till att utslussningen av en patient fördröjs med ca ett år.

Flera kommuner i regionen har adekvata boenden med dygnet-runt-personal. Det förekommer dock att sådana boenden har regler som medför att en patient som bryter mot reglerna drabbas av konsekvenser som i förlängningen påverkar de villkor som gäller för den rättspsykiatriska vården. Ett exempel är kommunala boenden som riktar sig till personer med drogmissbruk där drogfrihet och nykterhet är ett villkor för att få bo där. Om en patient som är på permission till sitt boende påvisas ha druckit om än lite, kommer personalen att avvisa denne från boendet. Patienten ställs då ”på gatan” och tillåts att komma tillbaka först dagen därpå. Eftersom det är endast chefsöverläkaren som har delegation av förvaltningsrätten att bevilja en permission är det inte möjligt för personalen på boendet att bestämma att patienten ska vara på någon annan plats än den som chefsöverläkaren inom psykiatrin tillåtit. Sådana boenden är därför inte lämpliga för patienter i rättspsykiatrin.

JO:s medarbetare frågade om det finns olika svårigheter med att hitta passande boende för kvinnor och män. Personalen uppgav att kliniken tar emot få kvinnor för sluten vård. I sökandet efter lämpliga boenden för kvinnliga patienter behöver kliniken beakta eventuellt skyddsbehov t.ex. om det finns en risk för övergrepp. Det framhölls att det är svårt att få fram bra boenden för patienter med svåra funktionsnedsättningar t.ex. unga aggressiva utåtagerande kvinnor. När det gäller kvinnor med självska debeteende är erfarenheten att eget boende

⁷ Se Samordnad vårdplanering.

inte fungerar bra för dem. Patienter, både män och kvinnor, med autism i kombination med fysiska eller psykiska funktionshinder behöver särskilda boenden med personal dygnet runt.

När en kommun inte kan erbjuda ett lämpligt boende för en patient har kommunen en möjlighet att bevilja en extern placering av patienten (dvs. ett boende som inte bedrivs av kommunen) inom eller utanför kommunen. Det kom i samtalen fram att kommunerna inte är särskilt benägna att bevilja sådana insatser, förmodligen av ekonomiska skäl. Ibland kan en patient beviljas bistånd och få en plats i ett behandlingshem under slutenvården. För patienten är det ofta av stort värde att kunna bo kvar i behandlingshemmet när vården övergår i öppen rättspsykiatrisk vård.

I samtalen kom det fram att det förekommer att patienter hänvisas till att själva ordna boende och att dessa patienter hamnar i en mycket svår situation. Personalen hjälper patienten att se över sin ekonomi och ibland med att säga upp en patients lägenhet för att denne ska kunna få ett realistiskt boende.

Vid granskningen av handlingar noterade JO:s medarbetare ett fall med en patient som efter att ha bedömts medicinskt färdigbehandlad hade ansökt om ett boende i sin hemkommun våren 2018. Till ansökan bifogades ett läkarintyg från december 2017 av vilket framgår att patienten har ett behov av stöd dygnet runt i alla livsområden inklusive att klara av sin allmänna dagliga livsföring. Vid den samordnade vårdplaneringen i maj 2018 deltog socialsekreterare från kommunen som hanterade insatser för klienter med missbruksproblematik enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL och inte målgruppen utifrån lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Kommunen hanterade patientens ansökan om boende enligt SoL.

I december 2018 avslog kommunen patientens ansökan om ett SoL-boende med motiveringen att patienten alltjämt var i behov av sluten vård och att behovet av vård inte kunde tillgodoses enligt SoL. Patienten fick efter kontakt med god man hjälp med att överklaga beslutet. Drygt ett år senare, i februari 2020, biföll förvaltningsrätten överklagandet. I mars 2020 beslutade kommunen att bevilja patienten bistånd i form av plats på ett särskilt boende enligt SoL. Kliniken bedömde att boendet inte tillgodosåg patientens behov eftersom det inte fanns personal närvarande dygnet runt. Därtill hade boendet villkor som skulle få sådana konsekvenser för en patient som inte uppfyller dem att denne inte längre kunde följa villkoren enligt den rättspsykiatriska vården. Beslutet överklagades till förvaltningsrätten eftersom insatsen inte på ett godtagbart sätt tillgodosåg patientens behov. Förvaltningsrätten biföll överklagandet i september 2020 och beviljade patienten bistånd enligt SoL i form av särskilt boende med personal närvarande dygnet runt för att patienten ska tillförsäkras en skälig levnadsnivå.

Under våren 2020 lämnade patienten med hjälp av god man in en ansökan till kommunen om särskilt boende enligt LSS och under hösten hölls ett möte med kommunens LSS-handläggare. Av chefsöverläkarens anmälan om fortsatt vård

till förvaltningsrätten hösten 2020 framgår att patienten anmäldes för fjärde gången om fortsatt vård enligt LRV, trots att denne inte längre var i behov av sluten vård utan av ett boende utifrån dennes behov av omfattande omvårdnadsinsatser i boende med närvarande personal dygnet runt. Först i februari 2021, efter det att kommunens olika förvaltningar som handlägger bistånd enligt SoL och LSS hade samverkat i frågan, beviljades patienten ett boende enligt LSS. Därefter har lämpliga boenden presenterats. Vid tiden för inspektionen hade patienten alltså inte något boende. Sammanfattningsvis har det hittills tagit över tre år att få till stånd ett lämpligt boende för patienten.

Klinikens samverkan med kommuner och regioner

I samtalen med personalen kom det fram att samverkan med företrädare för kommunerna generellt sett har fungerat bra. Sedan 2017 och framåt har kontakterna dock blivit mer ansträngda. Upplevelsen är att de förslag på boenden som kommunerna presenterat varit mindre lämpliga än tidigare. Det vore önskvärt att den som deltar vid den samordnade vårdplaneringen från kommunen kan handlägga ärenden enligt både LSS och SoL. Det skulle minska risken för att patientens ansökan om insatser fördröjs på grund av att ärendet hamnar ”mellan stolarna”. Även omsättningen av personal inom kommunen, med byte av handläggare, fördröjer utskrivningen av en patient till öppen vård. När samverkan mellan kliniken och en patients hemkommun har havererat har frågan lyfts till cheferna för kliniken och kommunen för att lösas.

Personalen framhöll att det i samverkanslagen saknas närmare bestämmelser kring hur kommunen som har att tillämpa SoL och LSS och kliniken som har att tillämpa LRV och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska samverka utifrån de olika lagstiftningarna. Det vore önskvärt med tydligare anvisningar om hur tillämpningen av lagarna förhåller sig till varandra i samverkanslagen. När kliniken och kommunen är oense om vad som utgör ett lämpligt boende för en patient blir resultatet att patienten blir kvar inom sluten vård, eftersom det är först när boendet m.m. är klart som förvaltningsrätten beslutar om att en patient kan skrivas ut i öppen rättspsykiatrisk vård. För att förebygga långa frihetsberövanden på grund av att samverkan med en kommun inte fungerar behövs andra verktyg, än att överklaga kommunens beslut till förvaltningsrätten, för att smidigare kunna slussa ut en patient till öppen vård.

Förhållanden hänförliga till patienter

Det är vanligt att patienter behöver hjälp med sin ekonomi t.ex. för att betala räkningar eller på grund av skulder. De kan om det anses befogat få hjälp med att ansöka om skuldsanering. Ibland är det tillräckligt att en patient motiveras att sköta sin ekonomi, men ofta finns det större hjälpbehov. En patient kan då behöva hjälp med att ansöka om god man.

JO:s medarbetare frågade om det är realistiskt att alltid arbeta mot en utslussning till patients hemkommun, med tanke på risken för återfall i brott. Personalen uppgav att erfarenheterna med nya hemkommuner för patienterna

ser olika ut. Generellt sett är det svårare i dag för en patient att få en ny hemkommun än för tio år sedan och det beror nog på kommunernas förändrade ekonomiska resurser.

JO:s medarbetare frågade hur kliniken agerar om en patient inte vill ansöka om eller acceptera en erbjuden kommunal insats. Personalen framhöll att det för en patient som har ett eget boende kan vara svårt att acceptera en situation där det bedöms att det finns behov av att inledningsvis slussa ut denne till ett annat boende. Det kan också vara så att en patient har en egen bostad men att kliniken efter flera mindre lyckade försök med permissioner dit anser att boendet inte längre är lämpligt för hans eller hennes behov. Samtidigt kan oviljan att säga upp lägenheten vara stor. I ett sådant fall behöver personalen tillsammans med eventuella anhöriga arbeta för att motivera patienten att säga upp sin lägenhet för att komma fram till ett nytt mer lämpligt boende. I enstaka fall kan det vara nödvändigt att en patient placeras på en avdelning i säkerhetsnivå 3 innan utskrivning kan ske till öppen vård. I dessa fall behöver patienten överföras till en annan klinik, eftersom sådana platser inte finns på kliniken.

Vid granskningen av handlingar noterade JO:s medarbetare följande om en patient som påbörjade sin vård hos kliniken under hösten 2017. Patienten var ambivalent till sitt framtida boende och dennes personliga förhållanden var inte ordnade. Av den anledningen kom boendefrågan att vara en del av utredningen i behandlingssyfte för att personalen tillsammans med patienten skulle komma fram till ett passande boende. Av chefsöverläkarens anmälan om fortsatt sluten rättspsykiatrisk vård hösten 2020 framgår att det ännu inte planerades för någon kontakt med hemkommunen i boendefrågan eftersom man fortfarande var i stadiet att resonera sig fram till en lämplig boendeform.

Det förekommer att patienter inte vill skrivas ut från kliniken. Risken för institutionalisering ökar med åldern och antalet gånger som en patient har tagits in i sluten vård. Personalen framhöll att det inte är en fråga om att patienten inte är mogen att komma ut i öppen vård utan det handlar om att viljan saknas. En patient kan utifrån sina särskilda behov t.ex. behöva ett boende med personal dygnet runt, eftersom patienten inte har samma förutsättningar för att klara av ett eget boende. Det kan jämföras med att det finns behov av ålderdomshem med tillgång till personal dygnet runt.

Vid granskningen av handlingar noterades en patient som påbörjade sin vård på kliniken i juni 2013. Patienten vårdades från hösten 2015 i öppen rättspsykiatrisk vård på ett särskilt SoL-boende. Inom ramen för den öppna vården fick patienten vintern 2017 ett annat boende, en lägenhet med mindre närvarande stöd av personal än tidigare. Några månader senare återintogs patienten på kliniken för sluten rättspsykiatrisk vård. I början av 2018 genomfördes ett nytt utslussningsförsök som inte fungerade. Chefsöverläkaren har i sin anmälan hösten 2020 om fortsatt sluten rättspsykiatrisk vård uppgett att patienten haft flera misslyckade permissioner till sin lägenhet. De visade att patienten behöver

ett boende med närvarande personal dygnet runt. Av vårdplanen för slutna vård framgår att patienten ansåg att permissionerna hade fungerat bra, vilket resulterade i att dialogen om utslussning varit ”låst”. Sedan slutet av 2019 har en viss förändring i patientens önskemål skett och kontakt med hemkommunen och ett boende utlovades i januari 2020. Flera alternativ har därefter diskuterats men de boenden som erbjudits har inte uppfyllt patientens behov eller så har de varit förenade med villkor som skulle ha medfört att permissioner till boendet inte hade kunnat genomföras. I oktober 2020 förlängdes patientens slutna vård enligt LRV. Patientens boende var då fortfarande inte ordnat.

Förhållanden hänförliga till kliniken

Chefsöverläkaren uppgav att kliniken genomför riskbedömningar av patienterna. Den består av en strukturerad riskbedömning⁸ som genomförs av psykologer och en klinisk riskbedömning⁹ som görs av läkare. Det fördes fram att de strukturerade riskbedömningarna behöver uppdateras oftare, framför allt inför varje tillfälle i förvaltningsrätten. Kliniken håller på att ändra sitt arbetssätt med dessa frågor.

Det kom i samtalen fram att kliniken under flera år haft brist på fast anställda psykologer och läkare och därför anlitat bl.a. hyrläkare. Det har medfört att kontinuiteten i läkarbedömningarna brustit och att strukturerade riskbedömningar inte har uppdaterats på det sätt som man önskat. Det är först under våren 2021 som bemanningen av läkare kommer att vara god.

Kliniken har inte några platser i säkerhetsnivå 3, men chefsöverläkaren informerade att man håller på och bygger en sådan enhet som kan vara färdigställd nästa år. Enheten kommer att underlätta utslussningen av patienter till öppen rättspsykiatrisk vård.

5. Klinikens process för att avsluta slutna vård

När en patient bedöms som medicinskt färdigbehandlad kontaktas hemkommunen och ett möte bestäms för en samordnad vårdplanering. Enligt personalen tar det från några månader till flera år för kommunen att tillhandahålla stödinsatser. När patienten har fått ett boende kan permissioner till bostaden påbörjas. Därefter behöver patienten ha genomfört i regel flera väl fungerande 28 dagars permissioner till boendet innan en samordnad vårdplan upprättas och en ansökan om öppen vård kan göras till förvaltningsrätten. Det tar i regel flera år innan en patients boende, sysselsättning och ekonomi fungerar samt att permissioner har genomförts.

⁸ Kliniken använder HCR-20 som är en manualiserad modell för en strukturerad professionell bedömning av risken för framtida våld.

⁹ En läkares bedömning av en patients farlighet.

Personalen framhöll att den kommunala planeringen påverkar hur snabbt en patient kan komma ut i öppen vård eftersom en ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård hos förvaltningsrätten förutsätter att patienten har ett boende. Det kan ta lång tid från kommunens beslut att bevilja en insats till dess att beslutet verkställs.

När det gäller utomlänspatienter kan det i vissa fall vara lämpligt att en patient flyttar till en klinik i sin hemregion för att vistas på en avdelning med platser i säkerhetsnivå 3 och slussas ut därifrån. Finns det ett boende, sysselsättning och en ordnad ekonomi samt att patienten är redo kan denne slussas ut direkt från kliniken till sin hemkommun. I regel är kliniken ansvarig för patienter i öppen vård de första sex månaderna. Detta är också brukligt för patienter som tillhör andra regioner och som slussas ut från kliniken. Personalen förde fram att de upplever att klinikens delaktighet under patienternas första månader i öppen vård är viktig för att säkerställa att utslussningen fungerar. Patienterna behöver i regel stöd med att etablera nya kontakter.

Vad gäller patienter som vårdas enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning uppgav personalen att utslussningsprocessen för dessa generellt sett är ganska lik patienter som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning, eftersom de också behöver ett boende.

Protokollförare vid inspektionen var Eva Fridén.

Justeras 2021-04- 27

Gunilla Bergerén

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 sluten vård skrivs ut till öppen rättspsykiatrisk vård (dnr O 1-2021).

2021-04-27

Elisabeth Rynning