

## Oanmäld Opcat-inspektion av Region Jönköping, Psykiatriska kliniken vid Länssjukhuset Ryhov, den 25–27 februari 2020

**Inspektionen i korthet:** Vid inspektionen kom det fram att kliniken regelmässigt använder larmbågar i samband med in- och utpassering på några av avdelningarna. En undersökning med larmbåge är att anse som kroppsvisitation och det sätt som kliniken använder den på saknar lagstöd. ChefsJO uttalar att hon finner det anmärkningsvärt att kliniken, trots att den tidigare fått kritik av Inspektionen för vård och omsorg, har valt att fortsätta med att använda larmbågarna på detta sätt. Kliniken får allvarlig kritik och chefsJO uppmanar Region Jönköping att omedelbart vidta åtgärder för att garantera att kroppsvisitationer endast genomförs i enlighet med lag.

Vidare uttalar chefsJO att det i ett beslut om fastspänning tydligt ska anges grunderna för beslutet, att en patient bör bli läkarundersökt i samband med ett beslut om en tvångsåtgärd, att genomförd tillsyn ska gå att kontrollera i efterhand och att det ska dokumenteras att patienten erbjudits ett uppföljande samtal. I anledning av vad som kom fram vid inspektionen pekar chefsJO även på att det finns ett behov att fortsatt följa frågan om vilket tvång som används i samband med att en patient inte samtycker till behandling, t.ex. medicinering, och hur sådana tvångsåtgärder ska dokumenteras.

Vid inspektionen gjordes flera iakttagelser avseende klinikens rutiner och arbetssätt i samband med en fastspänning. Det kom fram bl.a. att termen skyddsbalte används istället för fastspänning och att såväl ledning som personal ansåg att fastspänning är en mindre ingripande åtgärd än ett avskiljande. ChefsJO uttalar att en fastspänning utgör en allvarlig inskränkning i en persons fri- och rättigheter, och att användningen av begreppet skyddsbalte enligt hennes mening riskerar att medföra att personalen inte uppfattar att det är fråga om en mycket ingripande tvångsåtgärd. Vidare pekar chefsJO på att det är den beslutande läkaren som ytterst ansvarar för att de legala förutsättningarna för en tvångsåtgärd är uppfyllda. Hon eller han behöver därför i anslutning till att beslutet fattas bilda sig en egen uppfattning om patientens tillstånd och låta bedömningen återspeglas i beslutet. Kliniken får i anledning av vad som antecknats i en journalanteckning kritik för att det inte framgår att det förelåg sådana omständigheter som lagstiftningen förutsätter för att det ska vara möjligt att besluta om fastspänning. Vidare uppmanas kliniken att se över sitt arbetssätt och sina rutiner, liksom det allmänna språkbruket, för att innebörden av tvångsåtgärder ska uppfattas och kommuniceras på ett korrekt sätt.

### Inspektionens genomförande

På uppdrag av chefsJO Elisabeth Rynning genomförde enhetschefen Gunilla Bergerén den 25–27 februari 2020 en generell inspektion av Region Jönköping,

Psykiatriska kliniken vid Länssjukhuset Ryhov. Vid inspektionen deltog även föredragandena Ellen Ringqvist (protokollförare) och Rickard Tennisberg samt sekreteraren Anneliese Fältström.

Inspektionen inleddes med att verksamhetschefen AA, chefsöverläkarna BB och CC, samt läkarchefen DD kortfattat presenterade verksamheten. Därefter förevisades avdelningarna PIVA/PAVA, H och C. Delar av lokalerna fotograferades. JO:s medarbetare gjorde en översiktlig granskning av klinikkens rutiner, patientjournaler och avvikelserapporteringar. Vidare samtalande JO:s medarbetare med nio patienter och tio av de anställda. Inspektionen avslutades med en genomgång där ledningen för den psykiatriska kliniken gavs möjlighet att kommentera de iakttagelser som JO:s medarbetare gjorde vid inspektionen. Vid den avslutande genomgången närvarade samtliga personer som deltagit vid den inledande genomgången, förutom BB. Vidare deltog ställföreträdande sektionschefen för slutenvården EE, vårdenhetscheferna FF, GG och HH, personalsäkerhetssamordnaren JJ samt sjuksköterskan och patientsäkerhetssamordnaren KK.

### **Inspektionens syfte**

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.

Den psykiatriska kliniken vid länssjukhuset Ryhov har tidigare inspekterats av JO den 27–29 november 2006 (dnr 5514-2006). Efter inspektionen 2006 uttalade sig JO om bl.a. klinikens journalföring.

### **Uttalanden av chefsJO Elisabeth Rynning med anledning av inspektionen**

I anslutning till protokollet finns uttalanden av chefsJO Elisabeth Rynning.

### **Iakttagelser vid inspektionen**

Vid inspektionen gjorde JO:s medarbetare i huvudsak följande iakttagelser.

#### **Organisation och uppdrag**

##### *Allmänt*

Psykiatriska kliniken vid Länssjukhuset Ryhov vårdar och behandlar patienter enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. Kliniken har 76 vårdplatser fördelat på fem vårdavdelningar; PIVA/PAVA (psykiatrisk intensiv- och akutvård), avdelningarna E (beroende),

F och H (allmänpsykiatri) samt rättspsykiatrisk vårdavdelning C. Samtliga vårdavdelningar är i säkerhetsnivå 3<sup>1</sup> och där vårdas både kvinnor och män.

Kliniken har två chefsöverläkare, en som ansvarar för vård enligt LPT och en som ansvarar för vård enligt LRV. Chefsöverläkarna utses av sjukhusdirektören. En läkarchef (chef över de ca 40 läkarna) är medicinskt sakkunnig.

Under 2019 var den genomsnittliga vårdtiden för patienter som vårdades enligt LPT 15,5 dagar.

Vid kliniken finns även ett Bop-team (Bop är en förkortning av ”Beroende och svårare psykiatrisk diagnos”). Bop erbjuder öppenvård med samtidig behandling av beroende och psykisk problematik. Bop-teamet består av personal från både kommunens missbruksvård och Region Jönköpings psykiatriska verksamhet. Enligt verksamhetschefen finns det även planer på att inrätta en tillnyktringsenhet på Länssjukhuset Ryhov.

#### *De inspekterade avdelningarna*

Inspektionen begränsades till att omfatta avdelningarna PIVA/PAVA, H och C.

PIVA/PAVA är en akutavdelning med 16 vårdplatser (6 på PIVA och 10 på PAVA) för intensivvård och akutvård som utgör två separata delar. PAVA är en subakut för patienter som inte behöver intensivvård, men som av olika skäl inte kan placeras på en ordinarie vårdavdelning. Avdelningen är en länsresurs vilket innebär att den tar emot patienter från hela länet. Utanför kontorstid tar avdelningen även emot patienter under 18 år. Vid inspektionens första dag var 15 patienter inskrivna på avdelningen. Av dessa vårdades 9 enligt LPT och 6 enligt HSL. Samtliga patienter var över 18 år.

Avdelning H är en allmänpsykiatrisk specialistvårdsavdelning med 16 platser för patienter över 18 år. Antalet vårdplatser kan utökas genom dubbelbeläggning av ett rum. Vid inspektionens första dag var 17 patienter inskrivna på avdelningen. Av dessa vårdades 2 enligt LPT och 15 enligt HSL.

Rättspsykiatrisk vårdavdelning C har 12 vårdplatser och tar emot ett stort antal patienter från den rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö när de kan placeras på en avdelning med lägre säkerhetsnivå inför att de ska slussas ut. Vid inspektionens första dag var tio patienter inskrivna på avdelningen. Av dessa vårdades sju enligt LRV med särskild utskrivningsprövning, en enligt LPT och två enligt

---

<sup>1</sup> Säkerhetsnivå 3 är den lägsta säkerhetsklassen. Avdelningar i säkerhetsnivå 3 ska ha rutiner för en fortlöpande kontroll av var patienterna befinner sig (4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter [2006:9] om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet).

HSL (med öppen rättspsykiatrisk vård). Två av patienterna var kvinnor. Den patient som hade längst vårdtid på avdelningen var inskriven sedan juni 2012.

### Bemanning, kompetens och bemötande

Majoriteten av de patienter som JO:s medarbetare samtalade med uppgav att de blev väl bemötta av personalen och att de kände sig trygga på avdelningen. En patient framförde dock att hon vid två tillfällen blivit fysiskt kränkt av skötare. Hon berättade det för en annan skötare, men då det inte resulterade i något skrev hon ett brev om händelserna till läkaren. Därefter har hon förstått att all personal på avdelningen känner till att hon har "klagat".

I samtal med JO:s medarbetare framförde två patienter på avdelning C att de deltar i vårdplaneringen men att de inte förstod vad som förväntas av dem för att de ska kunna komma vidare i sin vårdprocess, t.ex. för att kunna beviljas permissioner. En av dem uppgav att chefsöverläkaren nekat honom en second opinion. Även en patient på PAVA uppgav att hon hade nekats en second opinion.

Varje patient har tre kontaktpersoner, med olika tjänstgöringsscheman, för att det i möjligaste mån alltid ska finnas någon kontaktperson som patienten ska kunna vända sig till.

### Den fysiska miljön

Patientrummen är belägna i moduler med fyra eller fem rum. I varje modul finns ett mindre gemensamhetsutrymme med sittmöbler. Alla patientrum har anslutande toalett och dusch. Det finns inte några larmknappar i rummen men patienterna kan vid behov få bärbara larm. Patienterna kan inte låsa om sig i patientrummen och dörrarna har inte något tillsynsfönster.

I avdelningarnas gemensamma utrymmen finns bl.a. köksmöbler, soffgrupper och tv, och i anslutning till avdelningarna finns besöksrum och innergårdar. Innergårdarna delas av två avdelningar och patienterna kan därför vistas på gårdarna varannan timme under dagtid.

JO:s medarbetare noterade att de gemensamma utrymmena generellt sett var generöst tilltagna, ljusa, rena och fräscha samt trevligt inredda. Patientrummen på avdelningarna C och H var trevligt inredda medan patientrummen på PIVA/PAVA gav ett mer avskalat intryck.

### Inskrivning och intagning

Nästan alla patienter passerar akutmottagningen innan de placeras på någon av de inspekterade avdelningarna. I undantagsfall kan mycket psykotiska patienter som transporteras av polis tas in direkt på PIVA.

I klinikens rutin anges följande:<sup>2</sup>

Om det vid inskrivning av vårdsökande finns anledning att misstänka att denne för med sig riskföremål (skjutvapen, knivar och dylikt) alkoholhaltiga drycker, narkotika eller läkemedel ska den vårdsökande uppmanas att lämna ifrån sig detta till personalen. Någon obligatorisk visitation av kläder, väskor eller dylikt är inte tillåten. Om vårdsökande vägrar, får ansvarig läkare i varje enskilt fall ta ställning till om det finns förutsättningar för vården. Saknas sådana förutsättningar får den vårdsökande avvisas.

En av de anställda uppgav att patienterna i samband med inskrivning tillfrågas om vad de har med sig och att personalen tillsammans med patienterna går igenom tillhörigheterna. Om det finns misstanke om att en patient som vårdas enligt LPT har med sig något otillåtet kontaktas läkare för beslut om kroppsvisitation.

I de samtal som JO:s medarbetare hade med personal kom det fram att alla patienter, oavsett vårdform, inledningsvis får tillsynsgrad 4. Det innebär bl.a. att de inte får lämna avdelningen (se mer om tillsynsgrader nedan under Tillsyn av de intagna). Om en patient som vårdas enligt HSL, med tillsynsgrad 4, vill lämna avdelningen försöker personalen övertala henne eller honom att stanna kvar till dess en läkare vid den dagliga rondan kan göra en bedömning av om tillsynsgraden kan ändras eller om vården ska konverteras. Vid behov kan en jourläkare tillkallas för en sådan bedömning. Ingen patient får gå ut eller gå hem förrän han eller hon har blivit läkarbedömd. En av de anställda uppgav att det under jourtid kan dröja innan en läkare kan bedöma patienten.

I samtal med JO:s medarbetare tog en av chefsöverläkarna upp en fråga som han samma dag hade diskuterat med företrädare för Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Det gällde att patienter förflyttas från andra psykiatriska kliniker inom Region Jönköping till kliniken vid Ryhov utan att det dessförinnan fattats ett beslut om intagning enligt LPT. En fråga som uppkommer i dessa fall är hur kliniken vid Ryhov tillämpar bestämmelsen om konvertering enligt 11 § LPT. Även denna fråga togs upp med IVO. Som exempel nämndes när en patient vårdats enligt HSL i t.ex. Värnamo eller Eksjö, och förs över till Ryhov för PIVA-vård. Patienten har då varit föremål för handräckning och kommer till Ryhov med ett vårdintyg och ett beslut om kvarhållning. Kliniken vid Ryhov fattar i dessa fall ett beslut om konvertering enligt 11 § LPT, trots att patienten inte tidigare vårdats vid kliniken. Enligt chefsöverläkarens bedömning agerar klinikerna i regionen på detta sätt av praktiska skäl eftersom de inte har fler än en personal som är behörig att fatta beslut om intagning. De flesta patienter körs av polisen eftersom det går fortare att få till stånd en handräckning av Polismyndigheten än av Kriminalvården.

---

<sup>2</sup> Patient – generella ordningsregler, nummer 205:3, senast ändrad 2019-01-23.

### Information om rättigheter

I samtal med JO:s medarbetare uppgav personal att läkaren informerar patienterna muntligt bl.a. om att vård enligt LPT kan överklagas. Lagstiftningen ska finnas tillgänglig i patientrummen på avdelningarna PIVA/PAVA och C och rutinerna är anslagna på avdelningarna. Patienterna kan få skriftlig information om de vill.

I samtal med flera av patienterna på avdelningarna PIVA/PAVA och C kom det fram att de inte tagit till sig den information om rättigheter som de fått muntligt. En av patienterna visste t.ex. inte vad en stödperson är. Några patienter uppgav att det inte fanns någon skriftlig information i patientrummet.

JO:s medarbetare noterade att några patienter på avdelning H och C hade skriftlig information om rättigheter och rutiner i patientrummen. Av informationen framgick dock inte att patienter har rätt till ett ombud eller biträde. JO:s medarbetare noterade att lagstiftningen inte var anslagen på avdelningarna och att de exemplar som lämnas till patienterna inte var uppdaterad med ändringar efter 2018. Information om rättigheter och rutiner fanns tillgänglig via bildskärmar med informationsslingor i de allmänna utrymmena.

### Fastspänning och avskiljande

Klinikledningen uppgav att antalet beslut om avskiljande minskat med 49 procent under 2019 jämfört med 2018. Antalet beslut om fastspänning låg på ungefär samma nivå. Under 2019 fattade kliniken 33 beslut om avskiljande och 223 beslut om fastspänning. Under januari och februari 2020 fattade kliniken totalt 85 beslut om fastspänning. Av dessa genomfördes 44 efter ”beslut om läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande enligt LPT”.

Det är endast på avdelning PIVA som en patient kan spännas fast eller avskiljas. Det finns ett rum för fastspänning och ett rum för avskiljande. Avdelningen har flera mobila sängar med monterade fastspänningsanordningar. I rummet för fastspänning finns normalt en sådan mobil säng. Där finns även en stor klocka och i taket ovanför sängen finns en ljusbild som ger intryck av att man genom ett fönster ser ett lövträd mot blå himmel och små moln. I anslutning till rummet finns en toalett. Enligt personalen kan rummet även användas för avskiljande. Då tar personalen ut den mobila sängen och lägger in en madrass på golvet. Patienter hålls aldrig avskilda i patientrummen eftersom de inte har tillsynsfönster.

Vid inspektionen användes rummet för avskiljande som patientrum och enligt en av de anställda hade det använts som ordinarie patientrum sedan en längre tid. I anslutning till rummet finns ett övervakningsrum varifrån personalen via en större glasruta kan se in i rummet.

I klinikens rutin för fastspänning efter intagningsbeslut anges bl.a. följande: ”Fastspänning får ske kortvarigt (fyra timmar) inkluderande kortare avbrott

såsom toalettbesök.” Vidare framgår det att patienten ska erbjudas ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd.

I klinikens rutin för avskiljande efter intagningsbeslut anges bl.a. följande:

Lagmotiven nämner aggressivitet eller beteende som allvarligt försvårar vården av andra som acceptabla skäl till avskiljande. Möjligheten att lösa situationen med ökade personalinsatser skall först övervägas. Det påpekas att det i vissa fall vid aggressivt beteende kan vara lämpligare och humanare att patienten läggs i bälte med vårdpersonal närvarande än att vederbörande hålls avskild.

I de samtal som JO:s medarbetare hade med personal på PIVA framhölls att de är bra på att arbeta med förebyggande åtgärder gentemot patienterna för att i möjligaste mån undvika att det uppstår situationer som i förlängningen kan leda till beslut om fastspänning. Som exempel nämndes att personalen genom patientnära arbete och motiverande samtal kan förmå patienter med självskadebeteende att ta sin medicin. Det kom även fram att en patient som inte är utåtagerande kan ges en injektion mot sin vilja i patientrummet.

I samtal med JO:s medarbetare uppgav personal att den beslutande läkaren inte alltid gör en personlig bedömning av patienten i samband med det första beslutet om fastspänning. Däremot gör läkaren alltid en personlig bedömning inför en förlängning av tvångsåtgärden. Enligt personalen är det högst ovanligt att en fastspänning varar längre än fyra timmar. En anställd uppgav att sjuksköterskorna dokumenterar skälen till varför de kontaktat läkaren för beslut om en tvångsåtgärd i en omvårdnadsanteckning i patientens journal.

I samtal med JO:s medarbetare uppgav personal på PIVA att patienterna ofta kan gå själva till rummet inför en fastspänning. Vid behov kan de bli burna av personalen eller föras dit med en mobil bältessäng. När en patient börjar bli orolig påverkar det även de andra patienterna på avdelningen. Patienterna uppmanas då att gå in i sina rum dels för att själva lugna ner sig, dels för att inte vara i närheten om det blir aktuellt att spänna fast en patient. En anställd uppgav att patienterna vanligen placeras på mage på sängen, men att de kan läggas på rygg om de tycker det är obekvämt. En annan anställd uppgav att patienterna så gott som alltid placeras på rygg, men att de inledningsvis får ligga på mage för att det är lättare att injicera dem då. Om en patient som är aggressiv behöver gå på toaletten kan personalen erbjuda en kissflaska. Flera av de anställda uppgav att en patient, efter konsultation med läkaren, kan släppas upp för toalettbesök för att därefter åter spännas fast. I sådana fall fattas inte något nytt beslut om fastspänning. I samtalen kom det även fram att en kontaktperson håller ett uppföljningssamtal med patienten, även om han eller hon inte deltagit när åtgärden vidtogs. Det ska dokumenteras i journalen att det skett ett sådant samtal. Det fanns dock olika uppfattning hos personalen om vem som ansvarar för att dokumentationen blir gjord.

I samtalen med personal kom det även fram att PIVA-personalen kan hämta patienter från andra avdelningar med en mobil bältessäng, men att det är

ovanligt. All personal är uppmärksam på patienter som börjar ”varva upp” och en patient från en ordinarie avdelning kan flyttas till PIVA om personalen bedömer att det kan bli aktuellt att genomföra en tvångsåtgärd inom en snar framtid. Det kan ibland även ha en lugnande inverkan på patienterna om de får byta avdelning.

I samtal med JO:s medarbetare uppgav en patient att hon blivit fastspänd flera gånger och att hon varit placerad både på rygg och på mage. Hon hade inte blivit erbjuden något uppföljningssamtal efter fastspänningarna.

Vid inspektionens inledande möte kom det fram att tvångsåtgärder rapporteras till Socialstyrelsens patientregister, PAR. Kliniken för inte något eget register över beslutade tvångsåtgärder. Kliniken genomför inte heller någon systematisk uppföljning av vidtagna tvångsåtgärder, t.ex. inom ramen för sin egenkontroll. Personalgruppen diskuterar fortlöpande de tvångsåtgärder som vidtas och hur de ska arbeta för att använda mindre tvång i vården. Vid mötet kom det även fram att fastspänningar ska rapporteras som avvikelser endast om något ovanligt händer med patienten eller personalen. En sjuksköterska som JO:s medarbetare senare samtalade med hade dock uppfattningen att en fastspänning alltid ska rapporteras som en avvikelse.

JO:s medarbetare noterade att personalen använde begreppet ”skyddsbälte” för fastspänning. Personalen förklarade det med att ”det låter bättre, åtgärden är ju till skydd för patienten”. Vidare noterades att fastspänningsanordningarna är CE-märkta och anpassade för patienter med mindre kroppsstorlek.

Vid granskning av patientjournaler noterade JO:s medarbetare att en patient på PIVA blivit fastspänd vid två tillfällen under två dygn. Patienten hade tillsynsgrad 4 och var vid inspektionen inskriven vid kliniken sedan knappt en vecka. Med anledning av det första tillfället fanns följande antecknat:

Beslut om fastspänning enligt LPT 19 §  
Pt har varit ångestladdad under em och kvällen. Har försökt rusa in på expen, köket och personalrummet i syfte att skada sig själv. U.t. har suttit hos pt 2 timmar och lyssnat på podd och pt somnar. Pt vaknar efter ca 5 min. Pt går då in och ställer sig på expen där u.t. sitter, u.t. leder henne till rummet ger henne nattmedicin och säger att vi måste lägga pt i skyddsbälte om detta fortsätter. Efter ytterligare ca 5 min rusar pt in i personalrummet. Efter kontakt med bakjour [NN] läggs pt i skyddsbälte kl. 00.11.

JO:s medarbetare noterade att det i den aktuella patientens journal inte var dokumenterat att patienten erbjudits ett uppföljningssamtal. Detsamma gällde för majoriteten av de patientjournaler som granskades. JO:s medarbetare noterade även att beslut om fastspänning i de granskade journalerna generellt inte var motiverade utifrån rekvisiten i 19 § LPT. I några fall hänvisades till beskrivningen av händelseförloppet i omvårdnadsanteckningarna. Det framgick inte heller hur patienten varit placerad i sängen.



### Medicinering mot en patients vilja

I samtal med JO:s medarbetare uppgav personal på avdelning C att medicinering mot en patients vilja kan genomföras i behandlingsrummet på avdelningen, men att det i princip aldrig händer. De var dock osäkra på hur en sådan åtgärd ska registreras för att kunna kontrolleras i efterhand. En läkare ansåg att det ska registreras som en tvångsåtgärd i de fall patienten protesterar men ändå tar medicinen efter att personalen sagt att den annars kommer att ges med hjälp av fasthållning eller fastspänning. Han uppgav dock att man i de flesta fall kan undvika tvånget genom motiverande samtal och att vänta med medicineringen till nästa dag.

### Tillsyn av de intagna

Vid kliniken tillämpas ett system med tillsynsgrader (TG) 1–5. Det är ansvarig läkare som beslutar vilken tillsynsgrad en patient ska ha. De fem stegen innebär följande: TG 1 att patienten får gå ut på egen hand och även lämna sjukhusområde, TG 2 att patienten får gå ut själv men inte lämna sjukhusområdet, TG 3 att patienten får gå ut med personal eller anhörig, TG 4 att patienten får extra tillsyn (varje kvart) dygnet runt och inte får lämna avdelningen samt TG 5 att patienten aldrig får lämnas ensam. De patienter som fått TG 4 eller 5 blir bedömda av läkare vid den dagliga rondan.

I samtal med JO:s medarbetare uppgav personal att utförd tillsyn av patienter med TG 4 eller 5 dokumenteras på en blankett med förtryckta klockslag. Den genomförda tillsynen sammanfattas i patientens journal efter varje arbetspass. En av de anställda uppgav att han inte visste var blanketterna tar vägen efter att de lämnats till sekreteraren. En annan av de anställda uppgav att det inte går att kontrollera vad som har skett eller vem som har utfört tillsynen i efterhand. Flera av de anställda uppgav att de var osäkra på vem som ansvarar för tillsynen och vad den innebär.

### Kroppsvsitation och yttlig kroppsbesiktning

Under 2019 fattade kliniken 15 beslut om kroppsvisitation och 13 beslut om yttlig kroppsbesiktning.

Vid patientingången till avdelningarna PIVA/PAVA och C finns larmbågar och paddlar. I samtal med JO:s medarbetare uppgav både patienter och personal att alla patienter måste passera genom larmbågarna efter att de har varit utanför avdelningen. Det fattas dock inte något beslut i varje enskilt fall. Enligt en av patienterna använder personalen en paddel om det piper när de går genom bågen.

JO:s medarbetare noterade att en patient på avdelning C fick gå igenom larmbågen efter att ha samtalat med JO:s medarbetare i besöksrummet.

### Övrigt

Vid granskning av klinikens avvikelserapporteringar noterade JO:s medarbetare en händelse avseende en patient som var föremål för vård enligt lagen

(1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, och som efter en handräkningsbegäran fördes till kliniken av polis. Ett ”kvarhållningsbeslut enligt LVM” fattades och i väntan på transport vårdades patienten enligt HSL på klinikens avdelning E. Av rapporten framgår bl.a. att patienten blev utåtagerande på avdelningen och därför, på initiativ av sjukhusets ordningsvakter, förflyttades till PIVA i rullstol och var försedd med handbojor.

### **Avslutande genomgång**

JO:s medarbetare redogjorde för sina iakttagelser vid inspektionen. I samtalet med företrädarna för den psykiatriska kliniken kom huvudsakligen följande fram.

#### **Utomhusvistelse**

Med anledning av att alla nya patienter inledningsvis får en tillsynsgrad som innebär att de inte får gå ut frågade JO:s medarbetare om företrädarnas syn på att även patienter som vårdas frivilligt därmed hålls inlåsta.

Företrädarna för kliniken uppgav att det är en utmaning att vårda frivilliga patienter tillsammans med tvångsvårdade patienter. Inom kliniken förs ständigt diskussioner med anledning av att dörrarna till vårdavdelningarna hålls låsta. Personalen försöker komma överens med de frivilligt vårdade patienterna om att de inledningsvis inte får gå ut. Om de motsätter sig detta får en läkare ta ställning till om vården behöver konverteras. Företrädarna framhöll att personalen vet hur de ska agera i en sådan situation och att en läkare kan infinna sig för bedömning inom 20 minuter.

#### **Personalens bemötande**

Med anledning av uppgifterna om att en patient uppgett att hon blivit fysiskt kränkt av anställda frågade JO:s medarbetare vem patienterna kan vända sig till med klagomål, och hur dessa kan hanteras, utan att det blir allmänt känt bland personalen.

Företrädarna uppgav att personalen måste hantera sådana uppgifter oerhört försiktigt så att patienten inte upplever att det blir ännu en kränkning.

#### **Tillsyn**

Med anledning av att genomförd tillsyn inte dokumenteras på ett sätt som gör det möjligt att kontrollera den i efterhand frågade JO:s medarbetare vad som är syftet med tillsynsgraderna, och om kliniken anser att genomförd tillsyn bör dokumenteras på något annat sätt.

Företrädarna för kliniken uppgav att syftet med tillsynsgraderna är att förhindra självskador och minimera risken för suicid. Det är läkaren som utifrån samtal med patienten gör en bedömning av vilken tillsynsgrad som behövs och dokumenterar den i omvårdnadsjournalen. Personalen kan vid behov höja tillsynsgraden men endast läkaren kan sänka den. På varje avdelning finns ett schema över vem som ansvarar för tillsynen. Generellt överlämnas information

om genomförd tillsyn muntligt mellan personalen. För alla patienter som har tillsynsgrad 4 eller 5 dokumenterar personalen även tillsynen manuellt på en lista varje timme. Det finns inte någon personalinstruktion eller liknande avseende vad som ska dokumenteras på listan utan det avgör personalen själva. Kontaktpersonerna ansvarar för listorna och att sammanfattande dokumentera tillsynen i patientjournalerna i samband med personalbyte. Företrädarna framhöll att informationen i Cosmic är svårbegriplig vilket försvårar för personalen att enkelt hitta relevant information.

#### Information till patienterna

JO:s medarbetare frågade hur personalen arbetar för att kontinuerligt ge muntlig information till patienterna och säkerställa att den skriftliga informationen är uppdaterad och innehåller all information som ska lämnas enligt 48 § LPT och 30 § LRV.

Företrädarna för kliniken uppgav att patienterna alltid får muntlig information i samband med intagningsbeslutet. När det fattas ett beslut som kan överklagas informeras patienten om den rättigheten. Företrädarna tog till sig att det skriftliga materialet kan kompletteras med information om rätten att anlita ombud och biträde.

#### Medicinering mot patientens vilja

JO:s medarbetare frågade klinikledningen om deras syn på s.k. informellt tvång i samband med medicinering, dvs. när patienten tar medicinen mot sin vilja för att han eller hon känner sig tvungen, men utan att han eller hon hålls fast eller är fastspänd.

Företrädarna för kliniken uppgav att frågan har diskuterats, bl.a. med anledning av att en patient uppgav: ”Du ska veta att jag tar sprutan för att jag är tvångsvårdad.” Vidare uppgav ledningen att den beskrivna situationen inte betraktas som en tvångsåtgärd enligt Socialstyrelsen, och att kliniken delar den uppfattningen. Klinikledningen reflekterade dock över att det finns en etisk aspekt som de inte kan bortse ifrån och att en sådan åtgärd kan ses som ett slags etiskt tvång.

#### Kroppsvsitation och ytlig kroppsbesiktning

I anledning av de iakttagelser som JO:s medarbetare gjorde om användandet av larmbåge ställde JO:s medarbetare en fråga om hur klinikledningen ser på rutinen som innebär att allmän inpasseringskontroll tillämpas på några av avdelningarna, trots att kliniken inte har förhöjd säkerhetsklassificering.

Klinikledningen bekräftade att det finns larmbågar på avdelningarna PAVA och C och att de alltid används vid patienternas inpassering. Åtgärden motiveras av arbetsmiljöskäl och för att förhindra att patienter och medpatienter utsätts för risker på avdelningarna genom att otillåtna föremål kommit in. Larmbågarna installerades 2006 eller 2007 efter att en skötare blivit knivdödad av en patient. Personalen har inte möjlighet att fatta individuella beslut i varje enskilt fall.

IVO riktade 2014 kritik mot kliniken för hur de använde larmbågarna, men därefter har IVO inte vidtagit någon ytterligare åtgärd. Klinikledningen uppgav att kliniken har funnit det motiverat att fortsätta använda larmbågarna regelmässigt trots IVO:s kritik. En av de närvarande hänvisade till ett uttalande av regiondirektören med innebörden att ”de i så fall tar ett eventuellt vite”. Verksamhetschefen uppgav att IVO:s kritik mot kliniken skedde långt innan han tillträdde och att han inte kunnat finna något skriftligt beslut avseende användning av larmbågarna.

JO:s medarbetare frågade om kliniken kommer att fortsätta använda larmbågarna på samma sätt som hittills. Verksamhetschefen uppgav att han kommer att avvakta JO:s synpunkter och inte vidta några åtgärder innan dess.

### Ny medicinsk bedömning

Klinikledningen uppgav att de anser att patienterna har rätt att få en ny medicinsk bedömning av en läkare från en annan klinik. Vidare ansåg de att det är detsamma som en second opinion.

### Fastspänning och avskiljande

JO:s medarbetare redogjorde för rekvisiten för fastspänning och avskiljande och uppgav att det i de patientjournaler som granskats inte gått att utläsa vilka rättsliga bedömningar som har legat till grund för de olika besluten. Klinikledningen tillfrågades om vilka avvägningar som görs när man beslutar om att t.ex. spänna fast en patient som har knuffat personal och slängt möbler.

Klinikledningen uppgav att de anser att en fastspänning är en lindrigare tvångsåtgärd än ett avskiljande när det gäller psykotiska patienter eftersom syftet med fastspänningen är att kunna ge patienten lugnande läkemedel. En patient som blir avskild blir inte lugn och det är svårt att medicinera honom eller henne i den situationen. Det är därför en större risk att en sådan patient som hålls avskild skadar sig själv. De framhöll att personal alltid är tillsammans med en patient som är fastspänd. Företrädarna bekräftade att det inte fattas något nytt beslut om fastspänning när en patient på nytt späns fast efter att ha släppts upp för att gå på toaletten. Vidare uppgav de att de följer enhetsrutinen att patienten ska spännas fast liggandes på rygg, men att de respekterar om någon i stället vill placeras på mage.

Utifrån vad som kommit fram i samtal med personal och vid journalgranskning tillfrågades företrädarna om läkare undersöker en patient i samband med att en tvångsåtgärd beslutas, hur de såg på personalens agerande och grunden för fastspänning i förhållande till den situation som beskrevs i en journalanteckning (se s. 8), samt hur personalen arbetar förebyggande för att undvika tvångsåtgärder.

Chefsöverläkaren uppgav att det alltid är fel att hota med att en tvångsåtgärd kommer att vidtas och att det är en fråga för arbetsledarna att säkerställa att så inte sker. Personalen har tillsammans med den aktuella patienten arbetat mycket för att minska antalet fastspänningar. I många fall sker inte någon läkarbedöm-

ning av patienten i samband med det första beslutet om fastspänning eller avskiljande. Det beror bl.a. på att primärjouren ofta inte är behörig att besluta om tvångsåtgärderna och att bakjouren kan befinna sig t.ex. i hemmet, med 30 minuters inställetid. Läkarna kan inte vara uppkopplade till journalsystemet hemifrån. Det har därför förts diskussioner om att primärjouren skulle kunna undersöka patienten och sedan återföra sina iakttagelser till bakjouren. Vidare har det framförts synpunkter på att bakjouren behöver ha möjlighet att dokumentera sin bedömning i journalen i samband med att beslutet fattas.

JO:s medarbetare ställde frågan om det finns en risk för att det i vissa personalgrupper utvecklas en ”kultur” för när en fastspänning kan vidtas, om den beslutande läkaren inte själv undersöker patienten? Flera av de närvarande framhöll att det är oerhört viktigt att den beslutande läkaren alltid gör en egen bedömning av patienten i anslutning till att en tvångsåtgärd vidtas. Vid det samtal som fördes uppgav företrädarna för kliniken att de skulle ta med sig frågeställningen i sitt fortsatta arbete.

Företrädarna för kliniken uppgav att skälet till att avskiljanden nästan halverats under 2019 jämfört med 2018 är att samtliga avskiljanden under 2018 kan hänföras till en enda patient.

Inspektionen avslutades.

### **Uppgifter som har hämtats in efter inspektionen**

Kliniken har den 27 februari 2020 kommit in till JO med två avdelningsrutiner som rör användning av ”skyddsbälte”, dvs. fastspänning.<sup>3</sup> Av rutinen som gäller fastspänning på PIVA/PAVA framgår bl.a. att patienten i första hand ska placeras på rygg men att undantag kan förekomma om patienten är väldigt aggressiv, spottar eller kräks. Vidare anges att personalen ska rådgöra med läkare inför ett eventuellt toalettbesök. Det framgår att rutinen uppdaterades samma dag som JO:s inspektion avslutades.

Kliniken har den 5 mars 2020 kommit in till JO med en avdelningsrutin för avskiljande och två avdelningsrutiner för omvårdnad vid tillsynsgrad 4 respektive omvårdnad vid tillsynsgrad 5.<sup>4</sup> Det framgår att rutinerna uppdaterades den 3 och 4 mars 2020, dvs. efter JO:s inspektion. Av rutinerna

---

<sup>3</sup> Omvårdnad av PIVA/PAVA patienter som är ordinerade skyddsbälte – PIVA, nummer PIVA 4:5, senast ändrad 2020-02-27.

Skyddsbälte på annan avdelning – PIVA, nummer PIVA 21:1, gäller fr.o.m. 2018-01-22.

<sup>4</sup> Avskiljande av patient, nummer PIVA 1:2, senast ändrad 2020-03-03.

Omvårdnad av PIVA-patienter med tillsynsgrad 4 – PIVA, nummer PIVA 8:3, senast ändrad 2020-03-04.

Omvårdnad av PIVA/PIVA B patienter med tillsynsgrad 5 – PIVA, nummer PIVA 9:3, ändrad 2020-03-04.

framgår bl.a. att tillsyn av patienter med tillsynsgrad 4 ska ske var 15:e minut. Vid tillsyn ska personalen förvissa sig om att patienten andas och är vid liv. Personalen ska signera att tillsyn genomförts på en checklista som förstörs efter ett dygn eller när tillsynsgraden sänks. Om tät tillsyn stör patientens nattsömn kan läkare besluta att patienten kan få lägre tillsyn på natten. Tillsynsobservationer avseende patienter med tillsynsgrad 5 ska dokumenteras i Cosmic.

Den 5 mars 2020 kom kliniken även in med två klinikrutiner; en för kroppsvisitation och en för avskiljande.<sup>5</sup>

Den 2 april 2020 kom kliniken in till JO med yttrande och journalhandlingar avseende den händelse som beskrevs i en avvikelserapport och som uppmärksammades av JO:s medarbetare vid handlingsgranskningen (s. 9). Därtill fogades journalhandlingar avseende en liknande händelse med samma patient, den 21 mars 2020. Av handlingarna framgår bl.a. att polisens vakthavande befäl haft en felaktig uppfattning om klinikens möjlighet att tillämpa tvångsåtgärder i de aktuella situationerna.

Protokollförare vid inspektionen var Ellen Ringqvist.

Justeras 2020-12-18

Gunilla Bergerén

---

<sup>5</sup> Kroppsvisitation och yttlig kroppsbesiktning efter intagningsbeslut, nummer 78:1, senast ändrad 2019-09-11.  
Avskiljande efter intagningsbeslut, nummer 79:1, senast ändrad 2019-09-11.

## Uttalanden av chefsJO Elisabeth Rynning

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

### Fastspänning

Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning (19 § LPT). Chefsöverläkaren ska, så snart patientens tillstånd tillåter det, se till att patienten erbjuds ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångs-åtgärd (18 a § LPT).

Mina medarbetare noterade vid granskning av patientjournaler att besluten om fastspänning generellt inte var motiverade utifrån förutsättningarna i 19 § LPT. I några fall hänvisades enbart till beskrivningen av händelseförloppet i omvårdnadsanteckningarna. Av den anledningen vill jag framhålla att det är en mycket ingripande åtgärd för en patient att bli fastspänd. De formella krav som finns när det gäller förfarandet har införts bl.a. för att säkerställa den enskildes rättssäkerhet (se bl.a. prop. 1990/91:58 s. 151), och det är en självklarhet att det av ett beslut om tvångsåtgärder tydligt ska framgå av vilka skäl åtgärden vidtagits, utifrån de rättsliga förutsättningar som ställs upp i bestämmelsen. Det får inte finnas någon tvekan om innebörden av ett beslut, utan det ska vid en kontroll i efterhand vara helt klart på vilka grunder beslutet fattades.

Jag vill i sammanhanget understryka vikten av att klinikledningen arbetar förebyggande för att förhindra att det på avdelningsnivå utvecklas ett förhållningssätt som i förlängningen kan leda till att fastspänning används i andra fall än i akuta situationer. Att det finns en sådan risk framgår av den journalanteckning som återges i protokollet (s. 8). Av anteckningen framgår inte att det förelåg sådana omständigheter som lagstiftningen förutsätter för att det ska vara möjligt att besluta om fastspänning. Det är givetvis inte acceptabelt. Även det förhållandet att termen ”skyddsbalte” allmänt används, såväl av personalen som i avdelningsrutinerna, för att beskriva fastspänningar medför en risk för att åtgärdens verkliga innebörd tonas ned. Det uttrycktes vid inspektionen av såväl ledning som personal att fastspänning anses vara en mindre ingripande åtgärd än avskiljande. En fastspänning utgör en allvarlig inskränkning i en persons fri- och rättigheter, och det begrepp som används vid kliniken riskerar enligt min mening att medföra att personalen inte uppfattar att det är fråga om en mycket ingripande tvångsåtgärd. Jag vill även peka på att det är den beslutande läkaren som ytterst ansvarar för att de legala förutsättningarna för en tvångsåtgärd är uppfyllda. Hon eller han behöver därför i anslutning till att beslutet fattas bilda sig en egen uppfattning om patientens tillstånd och låta bedömningen återspeglas i beslutet. Av dessa skäl uppmanar jag kliniken att se över sitt arbetssätt och sina rutiner, liksom det allmänna språkbruket för att innebörden av tvångsåtgärden ska uppfattas och kommuniceras på ett korrekt sätt.

Vid inspektionen kom det fram att patienter många gånger kan gå själva till rummet för fastspänning, samt att ett beslut om fastspänning kan inkludera ett ”kortare avbrott såsom toalettbesök”. Efter en Opcat-inspektion uttalade jag att en fastspänning ska motiveras med att det finns en *omedelbar fara* för att patienten skadar sig själv eller någon annan, dvs. att det är fråga om att avvärja en hastigt uppkommen fara (se JO:s dnr 2945-2017). JO har även uttalat att fastspänning inte får tillgripas för att förhindra något som man anar är under uppsegling (se JO:s dnr 643-2015). Det finns goda skäl att ifrågasätta om det fortfarande föreligger en omedelbar fara för att patienten skadar sig själv eller någon annan, i en situation där patienten själv har gått till det rum där fastspänning sker eller har släppts upp för att gå på toaletten. Region Jönköping behöver vidta åtgärder som säkerställer att beslut enligt 19 § LPT tydligt anger grunderna för den vidtagna tvångsåtgärden samt att fastspänning endast sker i enlighet med lagen och under så kort tid som möjligt.

Jag noterar att avdelningsrutinen för fastspänning, daterad efter inspektionen, bl.a. anger att patienten som huvudregel ska placeras på rygg. Jag förutsätter att klinikledningen vidtar åtgärder som säkerställer att all personal informeras om detta.

Vid inspektionen noterade mina medarbetare att det i majoriteten av de granskade journalerna inte framgick om patienterna hade fått eller erbjudits ett uppföljningssamtal efter vidtagen tvångsåtgärd. Det följer av lag att sådana samtal ska erbjudas. Kliniken behöver därför vidta åtgärder som säkerställer att patienterna erbjuds ett uppföljningssamtal och att det dokumenteras i journalen på ett sätt som gör det möjligt att följa upp.

#### Frågan om läkarundersökning när en patient blir föremål för fastspänning eller avskiljande

Av protokollet framgår att det är vanligt att läkare fattar det första beslutet om fastspänning utan att göra någon personlig undersökning av patienten i samband med beslutet.

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 Europarådets kommitté mot tortyr, 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 (se JO:s dnr O 18-2019). Jag rekommenderar Region Jönköping att vidta åtgärder som säkerställer att så sker.

### Medicinering mot en patients vilja

Av protokollet framgår att kliniken under januari och februari 2020 fattade totalt 44 beslut om läkemedelstillförsel som skulle utföras under fasthållande eller fastspänning enligt LPT. Vid den avslutande genomgången uppgav företrädarna för kliniken att beslut om fastspänning i stor utsträckning fattas för att kunna ge psykotiska patienter lugnande medicin mot deras vilja.

Behandling under vårdtiden ska ske i samråd med patienten när det kan ske, eller med dennes närstående om det inte är olämpligt. Om det är nödvändigt får chefsöverläkaren besluta att patienten ska ges behandling utan samtycke (17 § LPT). Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande rapporteras till PAR enligt en särskild kod för vissa vårdåtgärder (s.k. KVÅ-kod).<sup>6</sup>

Jag har tidigare framhållit vikten av att det går att kontrollera vilka tvångsåtgärder som vidtas inom ramen för vård enligt LPT och LRV. Efter min inspektion av vuxenpsykiatri i Västerås uttalade jag att det finns ett behov av att i lagstiftningen tydliggöra vilket tvång som får användas i syfte att genomföra vården utan patientens samtycke och hur sådana tvångsåtgärder ska dokumenteras (se JO:s dnr 3107-2018). Det är positivt att kliniken genom sin rapportering till PAR bidrar till den nationella statistiken av användningen av tvångsåtgärder inom psykiatri. Med anledning av vad som kommit fram vid denna inspektion finns det skäl för mig att fortsatt följa frågan hur vårdgivare tillämpar 17 § LPT, och hur tvångsåtgärder som vidtas i samband med sådan behandling registreras.

### Patienter som vårdas frivilligt enligt HSL

De patienter som vistas på kliniken har av läkare bedömts ha ett behov av slutenvård, oavsett om de vårdas där frivilligt enligt HSL eller tvångsvårdas med stöd av LPT eller LRV. Alla patienter får inledningsvis tillsynsgrad 4, vilket bl.a. innebär att de inte tillåts lämna avdelningen. Detta gäller således även patienter som vistas där frivilligt fram till dess en läkare har gjort en ny bedömning av patientens tillsynsgrad eller behovet av tvångsvård. Av protokollet framgår att personalen, i de fall en patient som vårdas frivilligt vill gå ut, försöker övertala patienten att frivilligt stanna kvar till nästa läkarrond.

---

<sup>6</sup> Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till patientregistret.

Det finns givetvis inget hinder för motiverande samtal med patienten men det är viktigt att den information som lämnas är saklig och tydlig samt klargör förutsättningarna för vården. Jag vill dock understryka att HSL inte erbjuder något lagstöd för att hindra en patient från att lämna kliniken. Personalens möjligheter att hindra patienter som vårdas frivilligt att gå ut begränsar sig således till vad som kan anses följa av brottsbalkens allmänna bestämmelser om nöd samt den ställning av s.k. skyddsgarant som hälso- och sjukvårdspersonalen kan anses ha, med beaktande av patienternas mognad och hälsotillstånd. Jag är medveten om att detta är ett område med svåra avvägningar och jag har tidigare framhållit vikten av att den grundlagsskyddade rörelsefriheten inte kringgås genom att den enskilde upplever sig tvingad att lämna sitt medgivande till att inte lämna vårdavdelningen (se JO 2019/20 s. 132). Jag förutsätter att klinikledningen vidtar nödvändiga åtgärder för att säkerställa en rättssäker tillämpning av lagstiftningen i förhållande till patienterna.

### Kroppsvsitation och ytlig kroppsbesiktning

Om det är nödvändigt får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att han eller hon inte bär på sig egendom som inte får innehas på vårdinrättningen (23 § LPT jämfört med 8 § LRV).

En sjukvårdsinrättning eller avdelning med förhöjd säkerhetsklassificering får under vissa förutsättningar besluta att alla personer som passerar in i inrättningen eller avdelningen ska kroppsvisiteras, s.k. allmän inpasseringskontroll (23 b § LPT och 8 b § LRV). Med förhöjd säkerhetsklassificering avses säkerhetsnivå 1 eller 2 enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

Klinikens samtliga avdelningar har säkerhetsnivå 3, vilket innebär att det inte finns någon möjlighet att besluta om allmän inpasseringskontroll. Av protokollet framgår att patienter vid några av avdelningarna regelmässigt får gå igenom en larmbåge vid inpassering när de har varit utanför avdelningen, t.ex. efter frigång eller när de varit i besöksrummet. Något individuellt beslut om visitation fattas i sådana fall inte. Vid den avslutande genomgången uppgav företrädarna för kliniken att man trots kritik av IVO 2014 har fortsatt att använda larmbågarna på detta sätt.

En undersökning med larmbåge är att anse som kroppsvisitation. Klinikens regelmässiga användande av larmbågarna saknar lagstöd. Jag finner det anmärkningsvärt att kliniken trots IVO:s kritik har valt att fortsätta med att använda larmbågarna på detta sätt. För detta förtjänar kliniken allvarlig kritik. Jag uppmanar Region Jönköping att omedelbart vidta åtgärder för att garantera att kroppsvisitationer endast genomförs i enlighet med lagen. Det innebär bl.a. att en bedömning av behovet att genomföra en kroppsvisitation ska göras i varje enskilt fall och beslutas av behörig befattningshavare. Vidare innebär det att klinikens regelmässiga användning av larmbågar omedelbart måste upphöra.

Eftersom IVO är ordinarie tillsynsmyndighet över hälso- och sjukvården bör detta vara en fråga för IVO att följa upp. Jag kommer att hålla mig informerad om myndighetens handläggning av frågan.

### Systematiskt kvalitetsarbete

Inom hälso- och sjukvården ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (5 kap. 4 § HSL). Bestämmelsen innebär att en uppföljning och värdering av verksamhetens kvalitet och resultat ska göras. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls (3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen [2010:659]).

Det framgår av protokollet att kliniken inte för något eget register över beslutade tvångsåtgärder. Kliniken genomför inte heller någon systematisk uppföljning av tvångsåtgärder eller s.k. informellt tvång, t.ex. medicinering mot patientens vilja. Vidare framgår det att genomförd tillsyn inte dokumenteras på ett sätt som gör den möjlig att kontrollera i efterhand.

I promemorian Ds 2014:28 Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård lämnades förslag om att det i LPT och LRV borde införas en bestämmelse om att vårdgivarens systematiska kvalitetssäkringsarbete som avses i HSL även ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder (s. 38). Även i betänkandet För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård (SOU 2017:111) föreslogs att det införas en sådan bestämmelse (s. 203 f.).

Jag har tidigare uttalat att utgångspunkten i behandlingen av tvångsvårdade patienter måste vara att man vidtar åtgärder som minskar behovet av tvångsåtgärder och säkerställer att den tvångsanvändning som inte kan undvikas sker utifrån principen om den minst ingripande åtgärden (se t.ex. JO:s dnr 4043-2017). Jag har även uttalat att det finns goda skäl att samla uppgifter om informellt tvång i syfte att kunna utvärdera och analysera åtgärder i samband med tvångsmedicinering och för att kunna förbättra vården för patienter som vårdas enligt de psykiatriska tvångsvårdslagarna (se t.ex. JO:s dnr 3887-2018).

Mot bakgrund av det nu nämnda behöver kliniken enligt min mening vidta åtgärder som innebär att användningen av tvångsåtgärder, inklusive informellt tvång, fortlöpande blir föremål för utvärdering. Eftersom beslut om tillsynsgrad 4 eller 5 fattas för att förhindra självskador och minska risken för suicid behöver kliniken även vidta åtgärder som säkerställer att genomförd tillsyn går att kontrollera i efterhand.

### Information om rättigheter och rutiner

En patient som vårdas med stöd av någon av de psykiatriska tvångsvårdslagarna ska så snart hans eller hennes tillstånd medger det upplysas om sin rätt att överklaga vissa beslut, att anlita ombud eller biträde och att få ett offentligt biträde (48 § andra stycket LPT och 30 § andra stycket LRV). Patienterna ska

även genom individuellt anpassad information upplysas om sin rätt att få en stödperson (30 § LPT och 26 § LRV).

Av protokollet framgår att flera av patienterna uppgav att de inte hade tagit till sig den information om rättigheter som de fått muntligt och att det inte fanns någon skriftlig information i patientrummen.

Vård enligt de psykiatriska tvångsvårdslagarna är ett allvarligt ingrepp i den personliga friheten. Det är därför angeläget att den som vårdas med stöd av någon av dessa lagar får information om sina rättigheter så att hon eller han kan göra dessa gällande. Efter en Opcat-inspektion har jag uttalat att skriftlig information om vårdinrättningens rutiner och patienters rättigheter bör överlämnas till varje patient och dennes anhöriga i samband med intagning (se JO:s dnr 4043-2017). Det är positivt att kliniken, som det får förstås, har som målsättning att det ska finnas skriftlig information om rättigheter och rutiner i patientrummen. Mot bakgrund av vad som kom fram vid inspektionen behöver kliniken dock vidta åtgärder som säkerställer att informationen alltid är komplett och uppdaterad.

Med anledning av att de psykiatriska tvångsvårdslagarna inte var anslagna på avdelningarna behöver kliniken även vidta åtgärder så att kravet i 48 § andra stycket LPT och 30 § andra stycket LRV efterlevs.

#### Överflyttningar av patienter inom Region Jönköping

Vid inspektionen kom det fram uppgifter om hur kliniken tillämpar bestämmelsen om konvertering i 11 § LPT avseende patienter som inte tidigare varit inskrivna vid kliniken. Förfarandet har även samband med hur andra kliniker i Region Jönköping sköter överföringar av patienter till kliniken Ryhov. Kliniken har redan tagit upp dessa frågor med IVO som är ordinarie tillsynsmyndighet. Det är därför rimligt att IVO i första hand får ta ställning till dem. Jag kommer att hålla mig underrättad om utgången i ärendet.

I sammanhanget vill jag även hänvisa till att jag inom ramen för ett initiativ-ärende har granskat hur Stockholms läns sjukvårdsområde har organiserat den psykiatriska tvångsvården (se mitt beslut den 30 november 2020, dnr 1732-2019). I det ärendet uttalar jag mig bl.a. i frågan om räckvidden av ett beslut om kvarhållande enligt LPT.

#### Övrigt

Med anledning av den avvikelserapport som rör en händelse där det hade fattats beslut om att hindra en patient från att lämna sjukhuset med stöd av 24 § tredje stycket LVM, s.k. kvarhållande (s. 9), vill jag hänvisa till att jag tidigare uttalat mig i frågan om vilket tvång som får användas vid tillämpningen av denna reglering m.m. (se JO 2020/21 s. 135).

En verksamhetschef ska enligt de förutsättningar som anges i 24 § LVM besluta att missbrukaren ska hindras från att lämna sjukhuset under den tid som behövs

för att säkerställa att han eller hon kan föras över till ett LVM-hem. I det nyss nämnda beslutet erinrade jag om att ett kvarhållande enligt 24 § LVM ska ske under kortast möjliga tid samt under former som inte äventyrar patient-säkerheten och som är etiskt godtagbara (jfr prop. 2004/05:123 s. 39). Jag konstaterade att lagstiftaren inte har uttalat sig om vilka tvångsåtgärder sjukvården får vidta för att hålla kvar en person med stöd av 24 § LVM och att bestämmelsen om laga befogenhet i 24 kap. 2 § brottsbalken endast ger viss ledning för vilket våld som får användas i samband med kvarhållning. Vidare konstaterade jag att det inte sällan uppstår långa väntetider för att få en transport till ett LVM-hem. Jag framhöll att det av rättssäkerhetsskäl behöver förtydligas vilka befogenheter hälso- och sjukvården har för att hålla kvar en person med stöd av 24 § LVM i väntan på transport och väckte därför frågan om en översyn av den aktuella lagstiftningen samt överlämnade en kopia av beslutet till regeringen.

Med detta sagt, och med anledning av vad som kommit fram i ärendet, uppmanar jag Region Jönköping att se över klinikens agerande i förhållande till patienter som hålls kvar enligt 24 § LMV.

De iakttagelser som redovisas i protokollet föranleder för närvarande inte några ytterligare åtgärder eller uttalanden från min sida.

2020-12-18

Elisabeth Rynning