

Chefsjustitieombudsmannen  
Elisabeth Rynning

## **Inspektion av Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena, Region Östergötland, den 4 och 5 december 2018**

---

### **Inledning**

Den 4 och 5 december 2018 genomförde chefsjustitieombudsmannen Elisabeth Rynning tillsammans med byråchefen Dan Johansson samt föredragandena Veronica Widell Edlund, Klas Johansson, Nathalie Stenmark (protokollföreläsare) och Ellen Ringqvist (Opcat-enheten) en inspektion av Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena, Region Östergötland.

JO begärde före inspektionen att få ta del av klinikens lokala rutiner, arbetsordning och/eller delegationsordning, en lista över de avvikelserapporter som upprättats under 2018, delegationsbeslut samt den skriftliga information som patienter får avseende rättigheter, rutiner, tvångsåtgärder och ordnings-/trivselregler. Dessa handlingar kom in till JO före inspektionen. Vidare begärde JO att få ta del av patientjournaler för patienter som var intagna med stöd av lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, och som vårdats någon period under de senaste sex månaderna på avdelningarna A1, A2 och C2. Begäran kom slutligen att omfatta läkarjournalen, beslutsjournalen och omvårdnadsjournalen. JO hade även begärt att få ta del av en uppdaterad och anonymiserad beläggningslista för nämnda avdelningar där antalet patienter, patienternas kön, vårdform och datum för intagning framgick. Dessa handlingar fick JO tillgång till under inspektionen. Under inspektionen kompletterades rekvisitionen med bl.a. avvikelserapporter, ytterligare delegationsbeslut och handlingar avseende allmän inpasseringskontroll.

### **Tisdagen den 4 december 2018**

Inspektionen inleddes med att chefsJO och hennes medarbetare togs emot av verksamhetschefen AA, chefsöverläkaren BB, biträdande verksamhetschefen CC, vårdadministratören DD, FoU-chefen EE, FoU-koordinatören och vårdutvecklaren FF, vårdutvecklaren GG, enhetschefen för utredning och behandling HH samt vårdenhetscheferna JJ, KK, LL och MM. ChefsJO redogjorde kortfattat för JO:s verksamhet och förklarade att inspektionen ingick som ett led i

JO:s ordinarie tillsynsverksamhet. Ellen Ringqvist berättade kortfattat om Opcat-enhetens verksamhet.

Verksamhetschefen visade en kort film om kliniken. Därefter beskrev han översiktligt verksamhetens organisation samt den utdragna ombyggnationen och dess konsekvenser för verksamheten.

Det kom fram att kliniken sedan 2008 använder journalföringssystemet Cosmic som är gemensamt för läkare och omvårdnadspersonal. Journalföringssystemet beskrevs som komplext, svårhanterligt och tidskrävande. Systemet kunde inte visas upp för JO med hänvisning till att en sådan presentation inte hade förberetts.

ChefsJO och hennes medarbetare höll enskilda samtal med totalt 10 patienter som hade begärt att få tala med JO.

Därefter besökte chefsJO och hennes medarbetare bl.a. avdelningarna A1, A2, C1, motionshallen och besöksenheten.

Sedan påbörjade chefsJO och hennes medarbetare granskningen av patientjournaler m.m. Ellen Ringqvist samtalade med viss personal.

### **Onsdagen den 5 december 2018**

ChefsJO och hennes medarbetare slutförde granskningen av handlingar.

Inspektionen avslutades med ett möte där chefsJO och hennes medarbetare gick igenom de iakttagelser som gjorts. Vid mötet närvarade AA, BB, CC, GG, HH, JJ, KK, LL och MM.

De iakttagelser som gjordes under inspektionen har i huvudsak diskuterats vid det avslutande mötet. En del förhållanden har då fått en förklaring och i några avseenden har brister konstaterats.

### **Iakttagelser och bedömningar**

#### **Journalföring**

##### *Rättslig reglering m.m.*

Bestämmelserna om journalföring inom hälso- och sjukvården finns i patientdatalagen (2008:355), PDL, samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. För tvångsvården finns även särskilda regler om journalföring i förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

En patientjournal utgörs av en eller flera journalhandlingar som rör samma patient. Med journalhandling avses framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas, eller på annat sätt uppfattas endast med

tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder (1 kap. 3 § PDL). En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga ska en patientjournal alltid innehålla väsentliga uppgifter om bl.a. vidtagna och planerade åtgärder. Vidare ska journalen innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i den och när anteckningen gjordes (3 kap. 6 § PDL). Uppgifterna ska föras in i journalen så snart som möjligt och anteckningen ska signeras av den som ansvarar för uppgiften, om det inte finns något synnerligt hinder mot det (3 kap. 9 och 10 §§ PDL). Som exempel på synnerligt hinder nämner Socialstyrelsen i sin handbok till de tidigare föreskrifterna till PDL (SOSFS 2008:14) att den som svarar för anteckningen har slutat sin anställning vid vårdheten innan det är praktiskt genomförbart att fullgöra signerings-skyldigheten.

När det gäller patientjournalens struktur ska vårdgivaren säkerställa att uppgifter som finns dokumenterade i en patientjournal finns tillgängliga på ett överskådligt sätt för den hälso- och sjukvårdspersonal som är behörig att ta del av uppgifterna. Vidare ska vårdgivaren säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga och regelbundet granska att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i journalen enligt gällande författningar (5 kap. 1, 2 och 6 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [HSLF-FS 2016:40] om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården). Därutöver ska vårdgivaren säkerställa att det finns rutiner för bl.a. signering av journalanteckningar och att uppgifter i en patientjournal inte kan ändras eller utplånas annat än med stöd av bestämmelserna i PDL (6 kap. 4 och 6 §§ i föreskrifterna). Rutiner ska även säkerställa att uppgifterna signeras eller låses (gäller vårdgivare som har elektroniska journaler) viss tid efter att de har förts in i patientjournalen, dock senast efter fjorton dagar (se Nymark, Patientdatalagen [Zeteo 5 mars 2019] kommentaren till 3 kap. 10 §).

För patienter som vårdas med stöd av LRV är det bl.a. från patient- och rättssäkerhetssynpunkt viktigt att de olika tvångsåtgärder som vidtas mot dem nogga antecknas. Enligt 2 § förordningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ansvarar chefsöverläkaren för att det förs en särskild förteckning över de patienter som avses i LRV. Chefsöverläkaren ska också se till att journalen för en sådan patient, utöver vad som följer av PDL och föreskrifter meddelade med stöd av den lagen, innehåller bl.a. vårdplan, uppgift om beslut om tvångsåtgärd som rör patienten och skälen för åtgärden samt uppgift om när patienten har fått upplysningar om sin rätt att överklaga vissa beslut. Vidare ska journalen innehålla uppgift om när patienten efter en genomförd tvångsåtgärd erbjudits ett uppföljningssamtal, patientens inställning till erbjudandet och i förekommande fall tidpunkten då samtalet genomfördes.

*Journalföringen vid kliniken*

Vid journalgranskningen konstaterades bristande enhetlighet beträffande bl.a. vilka sökord och rubriker som användes samt var i journalen en viss typ av information placerades. Journalanteckningarna varierade även beträffande fyllighet. Därutöver väcktes hos JO:s medarbetare vid flera tillfällen frågan om anledningen till att en journal saknade viss information som enligt författning ska framgå, t.ex. information avseende uppföljningssamtal efter en tvångs-åtgärd. I vissa fall framgick inte heller av journalen vem som hade fattat ett visst beslut. Det förekom även felaktiga uppgifter om vem som hade fattat ett beslut. I ett fall hade en läkare signerat en journalanteckning avseende ett beslut som – enligt en annan journalanteckning – hade fattats av en annan läkare. Det förekom även att en sjuksköterska hade antecknat att en läkare fattat ett visst beslut och i vissa fall enbart att ”ansvarig” läkare fattat ett beslut. Slutligen hittades endast någon enstaka vårdplan i de journaler som granskades.

Vid det avslutande mötet framhöll företrädare för kliniken åter att journalföringssystemet är komplext och svårarbetat. Det uttrycktes missnöje över den sökordsfunktion som finns i Cosmic. I sammanhanget anfördes att det kan dröja mer än ett år innan ett nytt sökord förs in i systemet och att det i den dagliga verksamheten upplevs som besvärligt att navigera bland och hitta rätt sökord. Vidare upplystes om en särskild arbetsgrupp som för skötargruppen ska upprätta en mall med de tio vanligaste sökorden, i syfte att uppnå enhetlighet vid journalföringen. Det upplystes även om ett pågående arbete med granskning av omvårdnadspersonalens journalföring.

När det gäller låsning av journalanteckningar uppgavs att det i Cosmic finns en automatisk funktion för låsning efter fjorton dagar och att berörd personal varje vecka får elektroniska påminnelser om osignerade anteckningar.

I fråga om vårdplaner anfördes att dessa uppdateras minst var sjätte månad varvid det upprättas en ny vårdplan. Vårdplanen dokumenteras normalt i den kuratorförda delen av journalen och i vissa fall i den läkarförda delen.

Beträffande tillsyn vid tvångsåtgärder saknade journalerna generellt löpande uppgifter om att sådan tillsyn hade skett. Det kom fram att kliniken använder s.k. signeringslistor som personalen signerar när tillsyn sker. Dessa sparas som längst någon vecka. När det gäller bältesläggning nämndes att s.k. bemanningsblad upprättas och sparas. Av dessa framgår vilken personal som arbetade en viss dag.

Verksamhetschefen uppgav att det vid kliniken har diskuterats om uppföljningssamtal förekommer och att den allmänna uppfattningen bland berörd personal är att så sker. Han uppgav sig dock vara osäker på om frågor om uppföljningssamtal dokumenteras i patientjournalerna.

ChefsJO:s uttalanden

Rättspsykiatrisk vård innefattar i stor utsträckning myndighetsutövning mot den enskilde och ställer därmed särskilt höga krav på dokumentation. Brister i dokumentationen är problematiskt ur rättssäkerhetssynpunkt och kan medföra risker vid vården. Mot bakgrund av ovan konstaterade brister i journalföringen vill jag framhålla vikten av att journalanteckningar förs enhetligt och med noggrannhet. Vidare vill jag påminna om att en journalanteckning som huvudregel ska signeras av den som ansvarar för uppgiften. Det får aldrig råda oklarhet om vem som har fattat ett visst beslut.

Avsaknaden av uppgifter som ska framgå av journalen medför att det blir svårt att följa vården, vilket även försvårar extern tillsyn av vårdgivaren. Det är oklart om vissa uppgifter inte kunde återfinnas i journalerna till följd av svårigheter att ta fram informationen i Cosmic, till följd av brist på dokumentation eller på grund av att en viss åtgärd inte hade genomförts. Vid granskningen uppstod den frågan bl.a. beträffande tillsyn vid tvångsåtgärder, uppföljningssamtal och vårdplaner. När det gäller uppföljningssamtal får jag godta uppgifterna om att sådana samtal sker. Jag är dock kritisk till att uppgifter om detta uppenbarligen inte alltid antecknas i journalen. Vid det avslutande mötet kom det fram att en tänkbar förklaring till att enbart någon enstaka vårdplan kunde iakttas vid granskningen är att dessa ofta finns i den kuratorförda delen av journalen. Den delen hade JO inte begärt tillgång till. Med anledning av detta vill jag framhålla att vårdplanen alltid bör återfinnas i samma del av journalen, bl.a. för att underlätta personalens arbete. Det har i sammanhanget inte kommit fram något hinder mot att alltid dokumentera vårdplanen i samma del av journalen. Det kan även finnas skäl att påminna om att JO tidigare har uttalat att en ny vårdplan ska upprättas vid revidering (se protokollet i JO:s ärende med dnr 5735-2015). När det gäller tillsyn vid tvångsåtgärder har JO tidigare – beträffande bältesläggning – uttalat att det är lämpligt att det i patientjournalen antecknas vem eller vilka som har haft tillsyn över patienten alternativt att s.k. vaklistor där detta framgår tillförs journalen. Detta eftersom det i efterhand kan finnas skäl att inhämta upplysningar från personal som varit närvarande under bältesläggningen (se t.ex. protokollet i JO:s ärende med dnr 2100-2011 och JO 2014/15 s. 477). Enligt min mening bör samma sak gälla för tillsyn vid avskiljande. Det bör alltså antecknas i journalen vem eller vilka som har haft tillsyn över en avskild patient alternativt att en handling där detta framgår tillförs journalen.

Jag ser positivt på att åtgärder vidtas för att öka enhetligheten vid journalföringen. De pågående åtgärderna – som berör en del av personalen – framstår dock inte som tillräckliga för att komma till rätta med alla brister i journalföringen. Klinikledningen behöver således vidta ytterligare åtgärder för att förbättra journalföringen och därigenom öka såväl patientsäkerheten som rättssäkerheten.

## Sysselsättning och besök m.m.

### *Förhållandena vid kliniken*

Vid rundvandringen konstaterades att kliniken kan erbjuda patienterna stora och fräscha lokaler för friskvårdsaktiviteter. Genom samtalen med patienter kom det dock fram att många av dem upplever att de inte erbjuds tillräcklig sysselsättning och spenderar större delen av dagen framför tv eller dator. Patienterna framförde inte några klagomål rörande möjligheterna till besök. En patient framförde dock önskemål om att få tala med sina anhöriga via Skype.

Vid det avslutande mötet uppgav verksamhetschefen att rehabilitering av patienter utgör en viktig del av vårdgivarens uppdrag. Han förklarade att frågan om lokaler för sysselsättning varit aktuell under mer än två år, men att vårdgivaren inte lyckats upphandla temporära sysselsättningslokaler. Nu planeras dock för en komplementbyggnad med sådana lokaler. Beträffande önskemålen om samtal via Skype uppgav företrädare för kliniken att sådana samtal har förekommit och att möjligheten finns. Sådan kommunikation efterfrågas dock sällan.

### *ChefsJO:s uttalanden*

Jag ser positivt på att patienterna erbjuds goda möjligheter till friskvård. Patienter på samtliga avdelningar bör dock även erbjudas möjlighet till andra aktiviteter, t.ex. studier inom vårdinrättningen. Eftersom sysselsättning ofta är en viktig del av vården förutsätter jag att kliniken prioriterar frågan. Jag ser positivt på klinikens besked om patienternas möjlighet att kommunicera med anhöriga via Skype. Den möjligheten kan vara särskilt värdefull för patienter vars anhöriga befinner sig på ett stort geografiskt avstånd. Det är tänkbart att sådan kommunikation skulle efterfrågas och utnyttjas i större utsträckning om kliniken informerade patienterna om möjligheten.

## Lokaler m.m.

### *Rastgårdar*

Under inspektionen noterades att de rastgårdar som inte är placerade mellan huskropparna omgärdas av insynsskydd som inte är tillräckliga för att förhindra insyn från allmänheten.

När det gäller rastgården för häktade m.fl. saknas möjlighet att från den betrakta annat än himlen. JO har tidigare – beträffande Kriminalvårdens häkten och anstalter – uttalat att intagna har rätt att från en rastgård kunna betrakta sin omgivning (se JO 2016/17 s. 198). Den rättigheten får begränsas om Kriminalvården bedömer att det på grund av ordnings- eller säkerhetsskäl är nödvändigt i det enskilda fallet. Om en intagen är hänvisad till att vistas i en miljö där den rättigheten är begränsad måste Kriminalvården vidta åtgärder för att minska de negativa konsekvenserna av begränsningen och se till att vistelsen i en sådan miljö blir så kort som möjligt. Vidare har JO beträffande utformningen av rastgårdar uttalat att dessa inte bara bör ha som syfte att möjliggöra för de intagna att få frisk luft. Rastgårdarna bör även vara konstruerade på sådant sätt att det är

möjligt för de intagna att motionera. Därtill bör en vistelse på en rastgård vara ett miljöombyte som bidrar till att motverka de negativa konsekvenserna av frihetsberövandet, vilket är särskilt viktigt i fråga om de rastgårdar som används av intagna som inte får vistas i gemensamhet.

Klinikens företrädare uppgav sig vara omedvetna om rastgårdens brister och förklarade att projekteringen av utrymmet skett i samråd med Kriminalvården.

#### ChefsJO:s uttalanden

Enligt 2 a § andra stycket LRV ska tvång utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

En patient bör givetvis kunna vistas på en rastgård utan risk för att bli betraktad av någon utanför vårdinrättningen. När det gäller rastgården för bl.a. häktade bör de ovan redovisade uttalandena beträffande Kriminalvårdens rastgårdar gälla även klinikens rastgårdar. Liksom för Kriminalvårdens klienter kan möjligheten för en patient att betrakta omgivningarna bidra till att frihetsberövandet inte upplevs som lika påfrestande och därmed motverka de negativa följderna av frihetsberövandet. Vid besöket i rastgården kunde jag även konstatera att utrymmet en blåsig dag fylls av vinande vindar. Det är olyckligt att utrymmet konstruerats på det sätt som skett, särskilt med tanke på den begränsade tid som patienterna får vistas utomhus. Jag kan bara beklaga att informationsutbytet mellan Kriminalvården och kliniken inte har fungerat tillfredställande när det gäller utformningen av rastgården. De säkerhetsaspekter som resulterat i bl.a. höga väggar och avsaknad av utsikt kan lösas på andra sätt, t.ex. genom att rastgårdar placeras på en högre nivå än markplan. I sammanhanget vill jag dock hänvisa till att Europarådets kommitté mot tortyr (The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT) i en standard uttalat att patienter även bör ha möjlighet till daglig motion utomhus (CPT/Inf [98] 12, para. 37).

#### *Rökbalkonger*

Vid rundvandringen konstaterades att rökbalkongerna ger upphov till röklukt på avdelningarna och att rökbalkongerna inte är övervakade. Rökbalkongerna är dock försedda med en larmanordning. Företrädare för kliniken uppgav att det kan ta upp till ca 30 sekunder innan personal når utrymmet efter ett larm. Vid samtalen med patienter kom det fram att några av dem inte känner sig trygga på rökbalkongerna när det vistas fler än en patient där.

Vid det avslutande mötet föreslog verksamhetschefen en ordningsregel av innebörden att det på en rökbalkong inte får vistas fler än en patient åt gången.

#### ChefsJO:s uttalanden

Jag förutsätter att kliniken vidtar åtgärder för att bidra till att patienternas trygghet ökar vid vistelse på rökbalkongerna. Vidare behöver kliniken låta åtgärda

problemet med röklukt som kommer in på avdelningarna, detta för såväl patienternas som personalens hälsa och välbefinnande.

#### *Patientrum*

Under inspektionen kom det fram att patienter kan låsa om sig i sina patientrum. Vid rundvandringen noterades att rummen är försedda med mörkläggningsgardiner och att en del av dem har fönster mot en rastgård. Vidare noterades att det fanns en tröskel in till det rum som uppgavs vara anpassat för fysiskt funktionsnedsatta personer. En patient på avdelning A1 uppgav att han inte känner sig trygg inför natten och sover dåligt eftersom han när som helst kan bli bälteslagd. Vid kontroll av patientens säng konstaterades att sängen var försedd med ett bälte.

Vid det avslutande mötet förklarade företrädare för kliniken att patientrummens fönster är försedda med spegelglas, som ska förhindra insyn när det är ljusare utomhus än inomhus. Vidare uppgavs att alla patientsängar på avdelning A1 är utrustade med anordningar för fastspänning, men att det inte finns någon anledning att ha fastspänningsanordningar monterade på sängarna. Det framfördes att fastspänningsanordningen i detta fall måste ha lämnats kvar hos patienten av misstag. Samtidigt anfördes att det hastigt kan uppstå en situation som medför att en patient snabbt måste bältesläggas, vilket kan ske snabbare om bältet finns på plats. På fråga hur ofta patienter blir bälteslagda uppgavs att det sedan september 2018 har inträffat vid ett tillfälle.

#### *ChefsJO:s uttalanden*

Det är bra att patienter inte måste mörklägga sina rum för att motverka insyn från rastgården. Det kan inte förutsättas att alla patienter själva uppmärksammar insynsskyddet. Det är därför lämpligt att berörda patienter informeras om funktionen.

För att en patient kortvarigt ska få bältesläggas krävs att det finns en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan (8 § LRV och 19 § lagen [1991:1128] om psykiatrisk tvångsvård, LPT). Eftersom bältesläggning är en mycket ingripande tvångsåtgärd är det givetvis inte acceptabelt att patientens säng ständigt är försedd med ett bälte, även om en bältesläggning under sådana förhållanden kan ske snabbare och smidigare. I det aktuella fallet orsakades patienten oro och sömnsvårigheter av det kvarlämnade bältet. Det främjar knappast vården av patienten. Jag förutsätter att bältet lämnades kvar av misstag och att klinikledningen vidtar åtgärder för att liknande inte ska inträffa i framtiden.

#### **Avskiljande**

##### *Rättslig reglering m.m.*

Enligt 20 § LPT får en patient hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande bete-



ende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar och fattas av chefsöverläkaren. Tiden för avskiljandet får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar. Om det finns synnerliga skäl får ett beslut om avskiljande avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Enligt bestämmelsens förarbeten tar den sistnämnda möjligheten sikte på vissa extrema fall då patientens situation är så svår att ett avskiljande måste ske för en längre tid än några dagar, vilket borde behövas endast i särpräglade undantagsfall (se prop. 1990/91:58 s. 261). Innan ett beslut fattas om avskiljande under längre tid än åtta timmar ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten (3 kap. 2 § andra stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2008:18] om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård). Vidare anges i 20 § LPT att patienten under tiden för avskiljandet ska stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal samt att Inspektionen för vård och omsorg, IVO, utan dröjsmål ska underrättas om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd. Av 8 § LRV följer att bestämmelsen om avskiljande är tillämplig vid slutna rättspsykiatrisk vård. Som redogjorts för ovan ska ett beslut om avskiljande och skälen för beslutet dokumenteras i patientjournalen.

Enligt 2 a § första stycket LRV får tvångsåtgärder användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga ska de användas. Som framgått ovan ska tvång enligt bestämmelsens andra stycke utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

#### *Avskiljanden vid kliniken*

Vid journalgranskningen noterades att det vid beslut om avskiljande endast undantagsvis framgick att rekvisiten i 20 § LPT var uppfyllda. I många fall angavs enbart att patienten försvårade eller störde vården av andra patienter. Vidare förekom att patienten redan genom det inledande beslutet om avskiljande isolerades under flera dagar framåt. Sådana beslut hade vid ett antal tillfällen fattats en fredag för att gälla till kommande måndag. Det saknades även löpande uppgifter om tillsyn av avskilda patienter. Vid en översiktlig kontroll verkade underrättelser till IVO ske och dokumenteras i vederbörlig ordning.

Av journalhandlingarna beträffande patienten NN framgick att han vid olika tillfällen varit avskild med stöd av 20 § LPT under lång tid, i ett fall under mer än en månad. Vidare framgick att det hade fattats beslut att avskilja NN mer än åtta timmar utan att det framgick någon bestämd tid för avskiljandet. Så skedde t.ex. den 12 och den 15 augusti 2018.

Av journalhandlingarna beträffande patienten OO framgick att han avskildes natten till den 19 juni 2018 sedan han bekräftat att han under en permission hade använt berusningsmedel. OO skulle enligt beslutet vara avskild för att inte störa vården av medpatienter, åtminstone kortvarigt under natten. Av journalanteckningen framgår att OO väcktes inför beslutet om avskiljande och att han

inte kunde lämna något vettigt svar på frågan om han kunde tänka sig att frivilligt stanna kvar i sitt rum.

En annan avskiljande av OO förlängdes fredagen den 5 oktober 2018. Det beslutades då att OO skulle vara fortsatt avskild över helgen, men att han skulle få vistas på avdelningen 30 minuter åt gången två gånger per dag, om det fungerade väl. Ny bedömning i fråga om avskiljandet skulle ske följande måndag.

Av journalhandlingarna beträffande patienten PP framgick att hon den 3 juni 2018 blev inlåst på egen begäran kl. 14. Av en anteckning den 10 juni 2018 framgick att PP önskade få sin dörr upplåst. Av en anteckning den 24 juni 2018 framgick att PP uppgav att hon ville bli isolerad, varvid en personal uppgav att så kunde ske eftersom det sedan tidigare fanns ett beslut om att PP får bli isolerad på egen begäran.

Vid det avslutande mötet uppgav chefsöverläkaren att någon patient framställt önskemål om att bli avskild, men att ”frivilliga” avskiljanden inte förekommer vid kliniken.

#### ChefsJO:s uttalanden

Som framgått ovan noterades vid granskningen att beslut om avskiljande ofta motiverades med att patienten försvårar vården av andra patienter. Enligt 20 § LPT krävs för avskiljande att patienten genom sitt beteende *allvarligt* försvårar vården av andra patienter. Det är alltså inte tillräckligt att vården av andra patienter störs eller försvåras. För att säkerställa att allvarlighetsrequisitet är uppfyllt är det lämpligt att det i beslutet om avskiljande tydligt anges vilka faktiska omständigheter som ligger till grund för beslutet och att dessa omständigheter innebär att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av andra patienter.

Vidare får bestämmelsens ordalydelse anses innebära att ett avskiljande får ske först när patienten agerar på ett sätt som allvarligt försvårar vården av andra patienter. Jag är mycket tveksam till det först nämnda avskiljandet av OO som uppenbarligen skedde utifrån en risk för att han skulle agera på det sätt som anges i 20 § LPT.

Beslut om avskiljande i mer än åtta timmar förekom relativt frekvent. Ett beslut om avskiljande som fattats med stöd av 20 § andra stycket LPT ska som framgått avse en bestämd tid. JO har tidigare uttalat att det inte får finnas någon tvekan om innebörden av ett beslut om avskiljande och att det vid en kontroll i efterhand måste vara helt klart vad som har beslutats (se protokollet i JO:s ärende med dnr 5735-2015). När det gäller NN avskildes han vid olika tillfällen i mer än åtta timmar utan att det angavs någon bestämd tid för hur länge avskiljandet som längst fick bestå. Det är inte acceptabelt. Jag utgår från att kliniken i fortsättningen formulerar besluten så att de överensstämmer med gällande lagstiftning.

S.k. långtidsavskiljanden väcker även i övrigt en rad frågor. JO har tidigare uppmärksammat frågor beträffande långtidsavskilda patienter och funnit skäl att fortsätta att följa hur de psykiatriska klinikerna hanterar dessa frågor (se protokollen i JO:s ärenden med dnr 1350-2015 och 5556-2016). Långtidsavskilda patienter omfattas av regelbunden tillsyn av IVO. För närvarande finner jag dock inte anledning att vidta någon annan åtgärd än att upplysa om att jag har inlett en dialog med IVO om bl.a. denna patientgrupp (se JO:s dnr O 5-2018).

Vidare uppkom i flera fall frågan om omständigheterna verkligen var sådana att kravet på synnerliga skäl för avskiljande i mer än åtta timmar var uppfyllt. Det är visserligen inte JO:s uppgift att uttala sig om en myndighets bedömning i frågor av det slaget. Skälet till det är att JO varken kan ändra eller upphäva en myndighets beslut. JO:s granskning är inte heller avsedd att föregripa eller ersätta den prövning som kan eller har kunnat ske ordinarie ordning. Jag vill dock påminna kliniken om att bestämmelsen om avskiljande i mer än åtta timmar är avsedd för särpräglade undantagsfall där patientens situation är så svår att ett avskiljande måste ske för en längre tid än några dagar. Jag kan inte heller avstå från att nämna avskiljandet av OO, som innebar att han trots att förutsättningar ansågs föreligga för beslut om avskiljande från fredag till måndag samtidigt bedömdes kunna vistas på avdelningen under två 30-minuterspass per dag. Jag har för egen del svårt att förstå hur kravet på synnerliga skäl skulle kunna vara uppfyllt i den situationen.

Journalanteckningarna beträffande PP tyder på att hon blev avskild på egen begäran den 3 juni 2018 utan att förutsättningarna i 20 § LPT var uppfyllda. Detta ger mig anledning att påminna om att JO tidigare uttalat att en patient inte kan samtycka till en tvångsåtgärd och att sådana åtgärder kräver stöd i lag (jfr JO 2008/09 s. 338 och JO 2014/15 s. 477). Därutöver har jag – beträffande LPT – uttalat att utgångspunkten torde vara att ett samtycke inte kan ersätta de förutsättningar som enligt lag ska vara uppfyllda för att en tvångsåtgärd ska få vidtas på ett område där det finns särskilda regler för när och hur tvångsmedel får användas. Grundlagens rättighetskydd skulle allvarligt urholkas om det godtogts att den enskilda alltid skulle kunna efterge detta skydd och det skulle få till följd att ett tvångsmedel fritt skulle få användas även i situationer där de lagliga förutsättningarna för åtgärden saknas (se JO 2018/19 s. 98). Liksom inom den psykiatriska tvångsvården är det inom den rättspsykiatriska tvångsvården noga reglerat vilka tvångsåtgärder som en patient ska behöva tåla. En patient som vårdas under tvång befinner sig dessutom i en utsatt situation och i ett uppenbart beroendeförhållande till vårdpersonalen. Det torde mot den bakgrunden inte vara möjligt att med stöd av en patients samtycke vidta någon av de särskilt reglerade tvångsåtgärderna enligt LRV utan att de lagliga förutsättningarna för åtgärden är uppfyllda.

## Frigång och permission

### *Rättslig reglering m.m.*

Frågor om behandling av en patient under vårdtiden avgörs ytterst av chefsöverläkaren (6 § LRV och 17 § LPT). Chefsöverläkaren får ge en patient som genomgår rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område (permission). Tillståndet får ges för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen och förenas med särskilda villkor (9 § LRV).

För en patient som genomgår rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning prövas frågan om permission av förvaltningsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten. Ett tillstånd till permission får förenas med särskilda villkor. Förvaltningsrätten får efter ansökan av chefsöverläkaren överlämna åt denne att beträffande viss patient besluta om permission (10 § LRV).

Permission innebär en rätt för patienten att på egen hand vistas utanför sjukhusområdet (se prop. 1990/91:58 s. 308 och 343). Även kortare vistelser utanför sjukvårdsinrättningens område utgör permission enligt 9 och 10 §§ LRV. Om patienten vistas utanför sjukvårdsinrättningens område tillsammans med personal är det däremot inte fråga om permission. Beslut om sådana utevistelser borde rättsligt vara att betrakta som beslut enligt 17 § LPT (6 § LRV) om behandling (se protokollet i JO:s ärende med dnr 5735-2015).

Från permission ska skiljas s.k. frigång, vilket innebär att patienten ges tillstånd att på egen hand vistas utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område. Frågor om detta faller under 10 a § LRV.

Beslut om att avslå en ansökan om permission och att återkalla en permission enligt 9–10 §§ LRV är överklagbara. Enligt 2 § 14 och 16 förordningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska journalen innehålla uppgift om bl.a. beslut att bevilja eller avslå en ansökan om permission samt att återkalla beviljad permission.

### *Frigång och permission vid kliniken*

Vid journalgranskningen var det i många fall svårt att få en överblick av vad som hade beslutats i fråga om permission. Detta berodde bl.a. på att det ibland inte framgick vad som hade beslutats i förhållande till vad patienten hade begärt. Det förekom även att patienter hade framfört ett mer allmänt önskemål om permission varvid personal uppgett att önskemålet för tillfället inte kunde tillgodoses. Vidare användes begreppen frigång och permission inte på ett konsekvent och korrekt sätt. I många fall angavs att det var fråga om frigång när det egentligen rörde sig om permission och tvärtom. Därutöver förekom även andra begrepp såsom ”luftningsresa” när en patient vistades utanför sjukvårdsinrättningens område med personal. Det framgick inte heller att patienter vid beslut

om avslag eller indragning av permission informerats om att beslutet var överklagbart.

ChefsJO:s uttalanden

Om en patient har ansökt om permission och ansökan avslås ska patienten underrättas om beslutet och hur det kan överklagas. Detta gäller även när beviljad permission återkallas. Beslut att bevilja respektive avslå en ansökan om permission samt att återkalla beviljad permission ska antecknas i journalen. Vidare ska dokumenteras att underrättelse om hur man överklagar har lämnats till patienten. Dokumentation rörande frigång och permission måste vara tydlig. Det är därför viktigt att lagstiftningens termer används och att de används korrekt. Om personalen inte har klart för sig när det är fråga om permission finns en överhängande risk att en patient inte informeras om t.ex. rätten att överklaga ett beslut.

Vidare ska det tydligt framgå vad en ansökan om permission avser och vem som har fattat beslutet. Permissionens längd och övriga villkor ska dokumenteras på ett sätt som gör det möjligt att få en helhetsbild. Det är viktigt att dokumentationskraven efterlevs, inte minst av rättssäkerhetsskäl. Eventuella oklarheter kan leda till problem bl.a. vad gäller rätten att överklaga beslutet. I fråga om patienters mer allmänna önskemål om permission som inte kan eller bör tillgodoses för tillfället, har JO tidigare uttalat att det är nödvändigt att det klargörs om patienten ansöker om permission eller inte. I annat fall finns en risk för s.k. informella avslag som kan frånta en patient möjligheten att överklaga beslutet och få frågan prövad av domstol (se t.ex. protokollet i JO:s ärende med dnr 5734-2011).

Jag utgår ifrån att klinikledningen vidtar nödvändiga åtgärder för att komma till rätta med bristerna beträffande informationen och dokumentationen i fråga om permissioner och annan form av utomhusvistelse.

Inskränkning av elektroniska kommunikationstjänster m.m.

*Rättslig reglering m.m.*

Den som ges rättspsykiatrisk vård med beslut om särskild utskrivningsprövning och som vårdas på en sjukvårdsinrättning för vilken en förhöjd säkerhetsklassificering gäller, får endast använda sådan teknisk utrustning för elektroniska kommunikationstjänster som tillhandahålls av vårdgivaren. Detsamma gäller den som är anhållen, häktad eller som är intagen i eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt. Vårdgivaren ska tillhandahålla sådan utrustning i syfte att säkerställa patienternas rätt att stå i förbindelse med annan person (8 a § LRV). Vilken utrustning som ska tillhandahållas regleras inte utan det är upp till varje vårdgivare att organisera verksamheten efter olika behov och förutsättningar så att regelverket följs (se prop. 2013/14:119 s. 23). Det har inte ansetts möjligt eller lämpligt att ange det antal telefoner och datorer eller annan utrustning som ska finnas tillgängliga för patienterna på en sjukvårdsinrättning eller avdelning. Vårdgivarens skyldighet får dock inte tolkas så snävt att det medför en faktisk

inskränkning av patienternas möjligheter att kunna kommunicera med annan person. Avsikten är att patienterna ska kunna kommunicera utan begränsning med den utrustning vårdgivaren tillhandahåller, såvida inte ett individuellt beslut i enlighet med 20 a § LPT fattats. Patienterna har en i princip oinskränkt rätt att använda den utrustning som tillhandahålls av vårdgivaren (se prop. 2013/14:119 s. 29).

*Inskränkning av elektroniska kommunikationstjänster vid kliniken*

Under inspektionen kom det fram att patienterna på avdelning A1 fick ringa högst tre telefonsamtal per dag. Antalet samtal per patient antecknades på en handling som förvarades i en pärm.

Vid det avslutande mötet uppgav företrädare för kliniken att begränsningen av telefonsamtal är en ordningsregel som syftar till att alla patienter ska få möjlighet att använda telefonen. Det uppgavs att regeln tjänar som en utgångspunkt och att den inte tillämpas strikt. Vidare förklarades att ordningsregeln inte omfattar telefonsamtal till myndigheter och advokater.

*ChefsJO:s uttalanden*

Som framgått ovan syftar bestämmelsen i 8 a § LRV till att patienterna ska ha en i princip oinskränkt rätt att använda den utrustning som vårdgivaren är skyldig att tillhandahålla och att patienterna ska kunna kommunicera med hjälp av utrustningen utan begränsning. Även om syftet med klinikens regel är att alla patienter ska få tillgång till telefonen, är det fråga om en generell inskränkning av patienternas rätt att använda utrustningen. Enligt min mening är en sådan inskränkning inte förenlig med 8 a § LRV. Detta gäller även om klinikens regel enbart är en utgångspunkt. Vårdgivaren bör dock kunna ge anvisningar om att användningen av telefon ska undvikas eller åtminstone användas sparsamt på en vårdavdelning efter ett visst klockslag för att inte andra patienter ska störas. Sådana anvisningar utgör inte myndighetsutövning utan är närmare att se som trivselregler som det är frivilligt för patienten att följa (se prop. 2013/14:119 s. 30). Om en patient använder telefonen på ett sådant sätt att det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada, får chefsöverläkaren pröva frågan om individuella inskränkningar i enlighet med 20 a § LPT. Ett sådant beslut får överklagas. Om kliniken inte kan erbjuda alla patienter tillgång till telefonen i tillräcklig omfattning bör det enligt min mening övervägas om kliniken kan utrustas med fler telefoner.

Jag vill här även nämna att det vid samtal med klinikens personal kom fram uppgifter som tyder på att kliniken i vissa fall låtit granska den lagrade informationen i patienters elektroniska utrustning. Med anledning av detta vill jag påminna om att jag tidigare – beträffande vård enligt LPT – har uttalat att en psykiatrisk kliniks undersökning av den lagrade informationen i en patients elektroniska utrustning utgör ett sådant intrång i den personliga integriteten som bestämmelsen i 2 kap. 6 § regeringsformen är avsedd att skydda medborgarna mot. I beslutet kommer jag fram till att det krävs lagstöd för att få vidta en

sådan åtgärd och att det lagstödet saknas i LPT (se JO 2018/19 s. 98). Jag nöjer mig här med att endast konstatera att det kan finnas goda skäl för samma resonemang även beträffande LRV.

#### **Chefsöverläkares delegationsbeslut**

Vid granskningen konstaterades att det fanns delegationsbeslut för sådana delegationer från chefsöverläkaren som krävde det. I något fall hade dock besluten fattats efter den tidpunkt när uppdragen enligt besluten började gälla. Vidare var något beslut odaterat.

#### *ChefsJO:s uttalanden*

Delegationsbeslut ska naturligtvis vara daterade och gälla tidigast från och med den dag beslutet fattas.

#### **Transporter**

##### *Rättslig reglering*

Sedan en lagändring 2017 har chefsöverläkaren möjlighet att begära handräckning av Kriminalvården för att i vissa fall förflytta en patient som är intagen på en sjukvårdsinrättning med stöd av LRV (27 § LRV och 47 § LPT). En sådan begäran får göras endast om det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att åtgärden inte kan utföras utan att de särskilda befohgheter som anges i 4 kap. 4 § och 10 § första stycket häkteslagen (2010:611) behöver tillgripas – bestämmelserna reglerar Kriminalvårdens rätt att kroppsvisitera och använda fängsel – eller det annars finns synnerliga skäl.

##### *Transporter till och från kliniken*

Vid samtal med personal kom följande fram. Kliniken utför de flesta transporter av sina patienter och Kriminalvården utför transporter av anhållna m.fl. Vid klinikens transporter används ett särskilt fordon med skyddsanordning mellan förar- och passagerarsätet. Fängsel används inte. Samtidig personal kan delta vid transporter och det upprättas alltid en färdplan. Vid Kriminalvårdens transporter används däremot alltid fängsel. I samband med ankomsten av en sådan transport kontrollerar klinikens personal om fängslet orsakat någon fysisk skada. Eventuella skador dokumenteras i patientjournalen. Sedan ovan nämnda lagändring har kliniken begärt handräckning av Kriminalvårdens transportenhet (NTE) vid två tillfällen, varvid en av transportererna blev uppskjuten fem till sex gånger. Vidare kom det under inspektionen fram att klinikens lokala rutiner inte är uppdaterade utifrån ovan nämnda lagändring. Det framstod även som otydligt vem som beslutar att begära handräckning, hur begäran dokumenteras och om den motiveras.

#### *ChefsJO:s uttalanden*

Klinikens rutiner för handräckning bör uppdateras utifrån ovan nämnda lagändring. Mot bakgrund av otydligheterna beträffande vem som beslutar att begära handräckning och dokumentationen om detta, vill jag framhålla vikten av att vårdgivaren i det enskilda fallet noga överväger om det finns förutsättningar att begära handräckning. Kliniken ska utföra transporten om det saknas

ett behov av tvångsanvändning. Handräckningsbesluten ska även motiveras. Vidare ska det tydligt framgå av handräckningsbeslutet vem som är beslutsfattare. Den beslutande ska givetvis vara behörig.

### Beslut om allmän inpasseringskontroll

#### *Rättslig reglering m.m.*

Om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård för vilken en förhöjd säkerhetsklassificering gäller får vårdgivaren enligt 8 b § LRV besluta att alla personer som passerar in i inrättningen eller på avdelningen ska kroppsvisiteras (allmän inpasseringskontroll). Säkerhetskontroll vid domstolsförhandling på sjukvårdsinrättningen beslutas i enlighet med lagen (1981:1064) om säkerhetskontroll i domstol.

#### *Beslut om allmän inpasseringskontroll vid kliniken*

Vid kliniken tillämpas allmän inpasseringskontroll. När JO efterfrågade beslutet om sådan kontroll uppvisades två e-postmeddelanden som ser ut att ha skickats till kliniken personal. Det första e-postmeddelandet skickades den 24 september 2018 från säkerhetsansvarig vid kliniken. I meddelandet anges bl.a. att allmän inpasseringskontroll gäller från och med den 1 oktober 2018. Det andra e-postmeddelandet skickades den 30 september 2018 från verksamhetschefen. I meddelandet anges bl.a. att inpasseringskontroll påbörjas från och med måndag morgon (dvs. den 1 oktober 2018).

Vid det avslutande mötet uppgav verksamhetschefen att han är behörig att besluta om allmän inpasseringskontroll och att han har fattat beslutet, som utgörs av de två e-postmeddelandena. Vidare uppgav han att kliniken inte har något system eller diarium för denna typ av beslut.

#### *ChefsJO:s uttalanden*

I 5 kap. offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) finns grundläggande bestämmelser om myndigheternas skyldighet att registrera allmänna handlingar. Bestämmelserna syftar till att garantera allmänhetens rätt att få tillgång till sådana handlingar. För att offentlighetsprincipen praktiskt sett ska kunna fungera på det sätt som är avsett i tryckfrihetsförordningen har det ansetts nödvändigt att myndigheterna håller sina allmänna handlingar registrerade eller i vart fall så ordnade att det går att konstatera vilka allmänna handlingar som finns. Ett beslut om allmän inpasseringskontroll är en allmän handling som normalt diarieförs i en myndighets administrativa diarium. Verksamhetschefens besked att kliniken inte har något system för sådana beslut är oroväckande. Om beskedet inte beror på ett missförstånd eller okunskap om hur kliniken hanterar allmänna handlingar, uppmanar jag kliniken att omgående vidta nödvändiga åtgärder för att efterleva gällande regler om registrering av allmänna handlingar. Det är givetvis även viktigt att det tydligt framgår av en handling om det rör sig om ett beslut och vem som har fattat beslutet.



## Övriga iakttagelser

### *Patienter i minoritet*

Under inspektionen kom det fram att bl.a. de kvinnliga patienterna utgör en minoritet i förhållande till de manliga patienterna. Vid det avslutande mötet efterfrågade JO om – och i sådana fall hur – kliniken arbetar med frågor om vården av kvinnliga patienter i en mansdominerad miljö. Företrädare för kliniken uppgav bl.a. att det alltid finns kvinnlig personal i tjänst, att det finns minst en kvinna i varje kontaktmannalag och att kvinnliga medarbetare utför drogtester av kvinnliga patienter.

### *ChefsJO:s uttalanden*

Även om vården ska anpassas på individnivå är det viktigt att de svårigheter som kan uppstå bl.a. vid vården av kvinnor i en mansdominerad miljö uppmärksammas. Jag ser positivt på att så verkar ske och uppmuntrar kliniken att arbeta vidare med frågor om vården av patienter i minoritet.

### *Personalbrist*

Genom samtalen med patienter kom det fram att många av dem känner sig trygga på kliniken. Det finns dock patienter som inte känner sig trygga. Dessa framförde bl.a. att de upplever att personalen inte ingriper tillräckligt snabbt vid bråk mellan patienter. Genom uppgifter från såväl patienter som personal kom det fram att kliniken emellanåt inte har tillräcklig bemanning och att detta medför sämre möjligheter till aktiviteter som promenader och utomhusvistelse på rastgården, hemresor samt externa sjukvårdsbesök. I det sammanhanget kan nämnas en avvikelserapport från den 20 januari 2018 där det anges att patienter vid en avdelning nekades utgång med personal på grund av personalbrist. Av en avvikelserapport den 1 oktober 2018 framgår att det under 15 minuter saknades personal på en avdelning. Från personalens sida har anförts att underbemanningen bl.a. medför otrygghet vid utdelning av medicin som utförs av en person.

Vid det avslutande mötet uppgav verksamhetschefen att kliniken behöver resurser för att anställa mer personal, för att patienterna ska kunna erbjudas en god och säker vård.

### *ChefsJO:s uttalanden*

Det är allvarligt att patienter och anställda till följd av personalbrist och underbemanning inte upplever sig trygga vid kliniken samt att patienternas möjlighet till utomhusvistelse och andra aktiviteter begränsas. Under dessa förhållanden delar jag verksamhetschefens uppfattning att kliniken behöver resurser för mer personal. Här kan framhållas att CPT efter sitt besök i Sverige 2003 uttalade att bemanningen vid psykiatriska vårdinrättningar bör vara tillräcklig vad gäller antal, kategorier, erfarenhet och utbildning. Brister i dessa avseenden medför ofta att möjligheten att erbjuda aktiviteter och en vård av hög standard undergrävs (CPT/Inf [2004] 32, para. 88).

*Lex Maria-anmälningar*

Enligt 3 kap. 5 § PSL ska vårdgivaren anmäla till IVO händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (s.k. lex Maria-anmälan). Anmälan ska göras snarast efter det att händelsen har inträffat. Vårdgivaren ska samtidigt med anmälan eller snarast därefter till IVO ge in utredning om händelsen. Enligt 6 kap. 4 § PSL ska sjukvårdspersonalen rapportera risker för vårdskador till vårdgivaren samt händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Kompletterande bestämmelser om lex Maria-anmälningar finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:40) om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete samt i IVO:s föreskrifter (HSLF-FS 2017:41) om anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria).

I samband med inspektionen kom det fram att vårdgivaren inte har gjort någon lex Maria-anmälan under det senaste året.

*ChefsJO:s uttalanden*

Av listan över avvikelserapporter från 2018 framgår bl.a. att en patient fått en annan patients medicin, att en patient inte fått viktig ordinerad medicin och att patienter lämnats ensamma på en avdelning. Det är – som tidigare anförts – inte JO:s uppgift att uttala sig om en myndighets bedömningar i sak. Jag har inte heller tillräckligt underlag för att ifrågasätta avsaknaden av lex Maria-anmälningar från vårdgivaren. Jag vill dock framhålla vikten av att vårdgivaren vinnlägger sig om att alltid göra noggranna bedömningar i anmälningsfrågan.

*Utskrivning av patienter*

Vid det avslutande mötet uppgav företrädare för kliniken att det förekommer att patienter blir kvar hos vårdgivaren längre tid än nödvändigt eftersom det ibland dröjer innan ansvarig kommun har ordnat ett boende. Företrädarna uppgav att problemet har påtalats för kommunerna vid flera tillfällen.

*ChefsJO:s uttalanden*

Det är bekymmersamt att utskrivningen av patienter kan fördröjas för att boendefrågan inte är löst. Jag är sedan tidigare medveten om detta problem och kan få anledning att återkomma i frågan.

*Övrigt*

Efter inspektionen fick JO ett e-postmeddelande från verksamhetschefen med information om planerade utbildningsåtgärder med anledning av vad som kom fram i samband med inspektionen vid det avslutande mötet.

*ChefsJO:s uttalanden*

Jag ser positivt på att utbildningsinsatser planeras.