

Chefsjustitieombudsmannen
Elisabeth Rynning**Inspektion av Rättpsykiatri vård Stockholm, sektion Nord,
Stockholms läns sjukvårdsområde, inom Region Stockholm,
den 12–13 november 2019**

ChefsJO:s uttalanden i korthet: I protokollet konstaterar chefsJO bl.a. brister i dokumentationsskyldigheten i patientjournalerna, särskilt beträffande underrättelser till målsäganden i samband med permissioner samt information till patienter om handlingar och domar från förvaltningsrätten. Vidare konstaterar chefsJO att kliniken regelmässigt visiterar patienter och granskar inkommande försändelser utan att ett beslut om detta fattats av chefsöverläkaren. Det konstateras även brister i dokumentation och beslutsmotiveringar i fråga om avskiljande av patienter, permissioner och begränsningar av elektronisk kommunikation. ChefsJO uttalar sig också om att kliniken begränsar rörelsefriheten för patienter som vårdas på kliniken frivilligt. Flertalet av de uppmärksammade bristerna är sådana som medför att patienternas rättssäkerhet riskeras. Detta är inte acceptabelt och chefsJO förutsätter att kliniken ser över sina rutiner i dessa avseenden.

Inledning

Den 12–13 november 2019 genomförde chefsjustitieombudsmannen Elisabeth Rynning tillsammans med byråchefen Dan Johansson och föredragandena Simon Törnvall (Opcat-enheten), Carl-Johan Malmqvist, Rickard Tennisberg, Klas Johansson (protokollförare) och Nathalie Stenmark en inspektion av Rättpsykiatri vård Stockholm, sektion Nord, inom Stockholms läns sjukvårdsområde.

JO begärde före inspektionen att få ta del av en anonymiserad beläggningslista, lokala rutiner, arbetsordning och/eller delegationsordning, beslut om delegation för den senaste ettårsperioden, lista över avvikelserapporter som upprättats under 2019 samt den skriftliga information som ges till patienter när det gäller rättigheter och information om rutiner, tvångsåtgärder och ordnings- och trivselregler. Dessa handlingar kom in till JO före inspektionen. Vidare begärde JO att få ta del av patientjournaler från och med den 1 oktober 2018 för samtliga patienter som hade vårdats på avdelningarna 30, 31 och 36 den senaste halvårsperioden. JO begärde även att få ta del av en uppdaterad beläggningslista

för samtliga avdelningar där information om antalet patienter, patienternas kön, ålder, vårdform och datum för intagning framgick. Dessa handlingar fick JO tillgång till vid inspektionen.

Tisdagen den 12 november 2019

Inspektionen inleddes med att chefsJO och hennes medarbetare togs emot av verksamhetschefen AA, chefsöverläkaren BB, sektionschefen CC och biträdande sektionschefen DD. ChefsJO redogjorde kortfattat för JO:s och Opcat-enhetens verksamhet samt förklarade att inspektionen ingick som ett led i JO:s ordinarie tillsynsverksamhet. Därefter gav klinikens företrädare en övergripande presentation av kliniken och BB förevisade journalsystemet Take Care.

Därefter besökte chefsJO och hennes medarbetare avdelningarna 30, 31 och 36, klinikens aktivitetscenter samt öppenvårdsmottagningen.

ChefsJO, med biträde av Simon Törnvall, genomförde därefter enskilda samtal med totalt nio patienter på avdelningarna 30, 31 och 36 som hade anmält intresse för detta. Parallellt med patientsamtalen påbörjade chefsJO:s övriga medarbetare granskningen av handlingar.

Onsdagen den 13 november 2019

ChefsJO och hennes medarbetare slutförde granskningen av handlingar.

Inspektionen avslutades med ett möte där chefsJO och hennes medarbetare gick igenom de iakttagelser som gjorts under inspektionen. Vid det avslutande mötet deltog samma personer som deltagit vid det inledande mötet.

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

Iakttagelser och bedömningar

Allmänt om organisationen m.m.

Rättspsykiatri vård Stockholm är en rättspsykiatrisk klinik som har funnits som en sammanhållen resultatenheter för rättspsykiatrisk vård sedan 2011. Kliniken tillhör verksamhetsområde psykiatri inom Stockholms läns sjukvårdsområde. Kliniken är uppdelad i två sektioner, sektion Syd vid Helix i Huddinge och sektion Nord vid Löwenströmska sjukhuset i Upplands Väsby. Den centrala administrationen är belägen i Huddinge, medan en mindre lokal administration finns vid Löwenströmska sjukhuset. Cirka 70 nya patienter överlämnas årligen från domstolarna till Rättspsykiatri vård Stockholm, vilket utgör en markant ökning från cirka 40 nya patienter per år tidigare. Detta har medfört en ansträngd beläggningssituation på kliniken, där beläggningsgraden under 2018 låg på 109 procent. Detta har medfört att kliniken tvingats att köpa in vårdplatser utanför Stockholm. Kliniken har dessutom tillgång till 80 platser på

Karsuddens sjukhus enligt ett samverkansavtal. Beläggningssituationen kommer troligen att förbättras något eftersom en ny avdelning inom säkerhetsklass 3 med 15 vårdplatser precis har öppnats på Huddinge sjukhus samt att ytterligare en avdelning med 15 vårdplatser inom samma säkerhetsklass öppnas efter årsskiftet 2020.

Rättspsykiatri vård Stockholm, sektion Nord, har sju slutenvårdsavdelningar och en öppenvårdsmottagning, samtliga belägna i samma byggnad och fördelade över fyra våningsplan. På Rättspsykiatri vård Stockholm som helhet vårdades 78 procent av patienterna under 2018 med beslut om särskild utskrivningsprövning enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. Denna andel var enligt klinikledningen troligen något lägre på sektion Nord än på sektion Syd. Andelen kvinnor var samma år 18 procent på kliniken som helhet och denna andel var enligt klinikledningen troligen något högre på sektion Nord än på sektion Syd. Kliniken har som rutin att aldrig placera en kvinna ensam på en avdelning med i övrigt endast män. Det ingår även i klinikens uppdrag att ta emot vissa patienter som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, men sådana patienter placeras i princip uteslutande på sektion Syd. Sektion Nord har därför normalt endast patienter som vårdas enligt LRV.

Fysisk miljö, sysselsättning och kontakter med omvärlden m.m.

Kliniken fysiska miljö

Vid rundvandring i klinikens lokaler noterades att lokalerna var i relativt gott skick med hänsyn till sin ålder. Det kunde dock konstateras att kliniken saknade bl.a. röktrum eller rökalkonger och att möjligheten till utevistelse var mycket begränsad för de patienter som inte hade beviljats frigång eller permissioner och heller inte hade möjlighet till utevistelse tillsammans med personal.

Sysselsättning vid kliniken

Vid rundvandringen besöktes klinikens aktivitetscenter där det bl.a. genomförs träning i matlagning och ett program om vardagsekonomi. Där finns också en hälsogrupp som behandlar frågor om hjärt- och kärlsjukdomar samt tillgång till motionsaktiviteter. Verksamheten har en datosal som erbjuder läs- och skrivprogram och dessa program finns dessutom tillgängliga på läsplattor på vårdavdelningarna. Aktivitetscenter erbjuder även yoga och fysträning samt promenader i ett närliggande skogsområde. Personalen uppgav dock att ett fungerande gym skulle ha varit bra för patienterna. Aktivitetscenter har en snickerilokal som för närvarande inte används eftersom personalen saknar utbildning inom det området. I anslutning till aktivitetscenter finns även en uteplats med grillmöjligheter och en trädgård där patienterna har egna odlingar.

Vid samtal med patienter uppgav de att det finns många olika aktiviteter att tillgå på kliniken, för de patienter som efterfrågar sådana. Dock uppgav en del patienter att de inte aktiveras tillräckligt av personalen, utan att de själva måste

ta initiativ till aktiviteter. Vissa patienter uppgav även att de inte får tillgång till de aktiviteter som de själva önskar. Flera patienter påpekade också behovet av regelbunden motion och friskvård för såväl sitt fysiska som psykiska välmående. Det gjordes exempelvis gällande att de dagliga promenaderna i grupp ibland blir nerkortade om vissa patienter i gruppen endast vill gå en kortare promenad.

Kontakter med omvärlden på kliniken

Flera patienter uppgav att det kan vara problematiskt att upprätthålla kontakten med anhöriga för de patienter som inte har en egen telefon utan inspelningsfunktion som tillåts på avdelningen. Även för de patienter som hade en egen telefon, var det problematiskt att fylla på kontantkortet om patienterna inte hade beviljats permission, eftersom kontantkort inte säljs i klinikens kiosk.

ChefsJO:s uttalanden

Jag vill med anledning av att vissa patienter hade mycket begränsade möjligheter till utevistelse påminna om att JO i tidigare ärenden har framhållit att utgångspunkten vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård bör vara att en patient ges möjlighet till minst en timmes utomhusvistelse dagligen (se bl.a. JO 2011/12 s. 471). Kliniken behöver därför se över möjligheterna till utevistelse för dessa patienter.

Jag ser positivt på att det finns många olika aktiviteter att tillgå på kliniken, eftersom sysselsättning ofta är en viktig del av vården. Jag anser dock att det finns anledning för klinikledningen att se över möjligheter att förbättra patienternas tillgång till regelbunden friskvård och motion. Jag ser också anledning för klinikledningen att överväga hur patienternas möjlighet att upprätthålla kontakten med anhöriga kan förbättras, särskilt för de patienter som inte har tillgång till permission.

I sammanhanget är värt att notera att enligt Europarådets kommitté mot tortyr (The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT) ska patienter ha möjlighet till daglig motion utomhus (CPT/Inf [98] 12, para. 37).

Journalföring

Rättslig reglering m.m.

Bestämmelserna om journalföring inom hälso- och sjukvården finns i patientdatalagen (2008:355), PDL, och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter inom 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 journalhandlingar avses enligt 1 kap. 3 § PDL framställningar 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. En patientjournal ska enligt 3 kap. 6 § första stycket PDL innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga ska en patientjournal enligt 3 kap. 6 § andra stycket PDL 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. Uppgifterna ska enligt 3 kap. 9 och 10 §§ PDL 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. Som exempel på ett 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 (se Nymark, Patientdatalagen [14 februari 2019, Zeteo] kommentaren till 3 kap. 10 §).

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 samt regelbundet granska att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar i journalen enligt gällande författningar (5 kap. 1, 2 och 6 §§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården). Därutöver ska vårdgivaren säkerställa att det finns rutiner för bl.a. signering av journal-anteckningar 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 läses (gäller vårdgivare som har elektroniska journaler) viss tid efter att de har förts in i patientjournalen, dock senast efter 14 dagar (se Nymark, a.a., 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 nogg 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 kliniken förs patientjournalerna elektroniskt i journalsystemet Take Care. I systemet förs anteckningar av olika personalkategorier och olika slags anteckningar ordnas under olika sökord. JO hade vid granskningen tillgång till bl.a. den läkarförda delen av journalen, beslut och beslutsmotiveringar och alla anteckningar som hade samband med tvångsåtgärder eller sådana åtgärder som ska utföras enligt författning (exempelvis underrättelser till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, vårdplaner och uppföljande samtal efter tvångsåtgärder). JO hade dessutom tillgång till 13 slumpvist utvalda kompletta journaler inklusive omvårdnadsanteckningar. Totalt granskades 72 patientjournaler under inspektionen.

Vid journalgranskningen konstaterades att de lagstadgade tidsfristerna synes hållas vid kliniken och att journalanteckningarna som regel var signerade och daterade. Det framgick vidare att underrättelser skickas till IVO när sådana är påkallade. Såvitt framgick vid granskningen hade alla patienter en gällande vårdplan. Det kunde dock noteras att vårdplanerna i många fall var omfattande, vilket gjorde dem svåröverskådliga. Journalerna innehöll ett stort antal förkortningar. Vissa av dessa förkortningar framstod snarast som "interna", vilket medförde att journalerna kunde vara svåra att förstå för utomstående, såväl patienter som externa granskare.. Det noterades dessutom endast sporadiska anteckningar om huruvida information hade lämnats till målsäganden enligt 28 § LRV i samband med att patienter hade permission. I några fall framstod det snarast som att informationen hade lämnats till målsäganden efter det att permissionen hade genomförts. Det saknades även generellt anteckningar om att beslut om fortsatt rättspsykiatrisk vård hade överlämnats till patienterna och i flera fall framgick det inte av journalen att handlingar från förvaltningsrätten hade överlämnats till patienten. Det noterades också ett fall där det saknades någon anteckning om att anmälan om fortsatt vård hade skett till förvaltningsrätten, men där det av andra anteckningar kunde utläsas bl.a. att en förhandling hade hållits inom den lagstadgade tiden. Det noterades även att vissa beslutsmotiveringar synes ha kopierats från beslutstillfälle till beslutstillfälle, med följderna att beslutsmotiveringarna i senare beslut beskrev en situation som inte längre var aktuell. Till exempel angavs i ett antal beslut rörande permissioner för en patient att denne ännu inte hade inlett strukturerade permissioner. Av journalen i övrigt framgick dock att patienten inledde strukturerade permissioner under den aktuella tidsperioden, men beslutsmotiveringen var fortsatt densamma i de efterföljande besluten.

Chefsöverläkaren uppgav vid det inledande mötet bl.a. följande: Kliniken har till följd av bristande dokumentation fler dokumenterade utförda uppföljningssamtal efter tvångsåtgärder än dokumenterade erbjudanden om sådana samtal.

Vidtagna tvångsåtgärder medför flera olika anteckningar under olika sökord i journalen. Exempelvis finns anteckningar under beslut, motivering och i omvårdnadsanteckningar. Kliniken har arbetat aktivt kring patienternas vårdplaner och samtliga klinikens patienter har nu en vårdplan. Kliniken har dock problem med att vårdplanerna är alltför omfattande eftersom det kontinuerligt förs in nya uppgifter i vårdplanerna av olika personalkategorier.

ChefsJO:s uttalanden

Rättspsykiatrisk vård innefattar i stor utsträckning myndighetsutövning mot den enskilde patienten och ställer därmed höga krav på dokumentation. Brister i dokumentationen kan medföra risker vid vården, men är också problematiskt ur ett rättssäkerhetsperspektiv. Innehållet i journalen är av stor betydelse som underlag i vissa rättsliga sammanhang och även vid exempelvis tillsynsmyndigheters granskning av vården. Avsaknaden av uppgifter som ska framgå av journalen medför att det blir svårt att följa vården, vilket även försvårar extern tillsyn av vårdgivaren.

Mot bakgrund av ovanstående brister i journalföringen vill jag understryka vikten av att dokumentationen i journalerna sker enhetligt och i enlighet med gällande regelverk. Det är särskilt viktigt att beslut och beslutsmotiveringar dokumenteras noggrant och korrekt, dels eftersom det i stor utsträckning rör sig om tvångsåtgärder mot enskilda, dels eftersom många beslut kan överklagas till förvaltningsrätten som har att överpröva dessa. Jag har viss förståelse för att samma beslutsmotiveringar används vid regelbundet återkommande beslut där förhållandena är oförändrade. I sådana fall är det dock av största vikt att beslutsfattaren försäkras sig om att de uppgifter som anges i beslutsmotiveringen är aktuella och korrekta och att det inte har tillkommit några andra relevanta omständigheter. Det är givetvis inte acceptabelt att i beslutsmotiveringen ange uppgifter som inte längre är aktuella.

Information till patienter

Rättslig reglering

Av 26 och 30 §§ LRV följer att en patient som vårdas enligt LRV ska upplysas om sin rätt att få en stödperson, överklaga vissa beslut, ansöka om att den rättspsykiatriska vården ska upphöra, ansöka om frigång och permission samt få ett offentligt biträde. Journalen ska enligt 2 § 20 i förordningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård innehålla uppgifter om när denna information har lämnats till patienten. Dessutom ska lagen finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen, väl synlig för patienterna.

Information till patienter vid kliniken

I samband med rundvandringen i klinikens lokaler noterades att LRV inte fanns väl synligt anslagen på samtliga avdelningar. Efter att detta påpekats kunde chefsJO och hennes medarbetare notera att på en avdelning som tidigare saknat lagen var denna anslagen senare under dagen.

Vid samtal med patienter uppgav flertalet av de patienter som chefsJO talade med att de inte hade fått någon information om sina möjligheter att överklaga beslut eller om sina övriga rättigheter.

Klinikens företrädare uppgav vid den avslutande genomgången att information ska lämnas till patienterna, men att denna tydligen inte alltid kommer fram. Det var dock för klinikledningen oklart var kommunikationen brustit.

ChefsJO:s uttalanden

Vård med stöd av LRV innebär ett frihetsberövande och är ett allvarligt ingrepp i den personliga friheten. Det är därmed särskilt angeläget att den som vårdas med stöd av denna lag får, och kan ta till sig, information om sina rättigheter så att han eller hon kan göra dessa gällande. Det är därför bekymmersamt att ett antal patienter uppgav att de inte hade fått någon information om sina rättigheter. Jag har inte underlag för att avgöra om detta beror på att patienterna inte har fått denna information, eller om de inte kunnat ta till sig informationen. Oavsett anledning bör kliniken se över sina rutiner i detta avseende och i fortsättningen förmedla informationen om patientens rättigheter på ett sådant sätt att det säkerställs att patienterna får, och så långt möjligt kan ta till sig, denna information. Jag vill även erinra om vikten av att kliniken uppfyller den ovan nämnda dokumentationsskyldigheten.

Jag vill i detta sammanhang även uppehålla mig vid följande: Det finns inte något krav i de tillämpliga författningarna på att informationen till patienterna ska vara skriftlig. Med tanke på att det framkommit att patienterna kan ha svårt att ta till sig den information som lämnas initialt kan det dock enligt min mening vara lämpligt att det finns ett skriftligt informationsmaterial om de lagstadgade rättigheterna som ett komplement till att informationen lämnas muntligt.

Det är vidare positivt att en avdelning där det konstaterades att LRV inte var väl synligt anslagen omedelbart åtgärdade denna brist. Jag tar för givet att kliniken fortsättningsvis kommer att se till att lagen finns anslagen på samtliga avdelningar så att det i LRV föreskrivna kravet upprätthålls.

Avskiljanden

Rättslig reglering m.m.

Var och en är enligt 2 kap. 8 § regeringsformen, RF, gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövanden. Av 2 kap. 20 § RF framgår att denna fri- och rättighet endast får begränsas genom lag. I LPT finns bestämmelser som medger inskränkningar i denna fri- och rättighet.

Enligt 20 § första stycket LPT får en patient hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar och fattas av chefsöverläkaren. Tiden

för avskiljande får genom ett nytt beslut förlängas med ytterligare högst åtta timmar. Av 20 § andra stycket LPT framgår att 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 situationen är så svår att ett avskiljande måste ske för en längre tid än några dagar, vilket borde behövas endast i särpräglade undantagsfall (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 IVO utan dröjsmål ska underrättas om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd. Av 8 § LRV framgår att bestämmelsen om avskiljande är tillämplig även vid slutet rättspsykiatrisk vård. Som angetts 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 sådana användas. Tvång ska enligt bestämmelsens andra stycke utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

Avskiljanden vid kliniken

Vid journalgranskningen noterades ett mönster av att patienter som återkom drog- eller alkoholpåverkade från vistelser utanför kliniken regelmässigt avskildes, ofta en längre tid. Exempelvis hade det beslutats om avskiljande av en patient som återkommit drogpåverkad efter en permission och uppträtt ”stökigt”. Beslutet fattades kl. 10.00 och förlängdes kl. 17.00 samma dag att gälla som längst till kl. 10.00 nästföljande dag. Då fattades beslut om att förlänga avskildheten som längst till ”förmiddagen” följande dag.

Vid journalgranskningen noterades även ett fall där det under omvårdnadsstatus angavs att en överläkare hade ”ordinerat avskiljande samt tillsyn var tionde minut”. Det saknades dock något beslut om avskiljande i beslutsjournalen och det fanns heller inte några andra anteckningar om hur länge avskiljandet eventuellt pågick.

De framgick inte heller av journalerna i vilken omfattning som de avskilda patienterna hade stått under uppsikt.

Vid det avslutande mötet uppgav chefsöverläkaren att det är anmärkningsvärt att avskiljande har ”ordinerats” utan att något beslut fattats. Kliniken har inte några generella riktlinjer för patienter som är drogpåverkade, utan behovet av avskiljande ska bedömas från fall till fall. Normalt avskiljs patienterna i sina bostadsrum.

Vid det avslutande mötet uppgav företrädarna för kliniken att tillsynen av avskilda patienter dokumenteras på avdelningsgemensamma tillsynslistor, men att det inte görs någon anteckning i journalen rörande genomförd tillsyn.

ChefsJO:s uttalanden

Jag vill inledningsvis betona att det givetvis är helt oacceptabelt att ”ordinera” avskildhet, utan att fatta något formellt beslut om detta. Bestämmelserna om avskildhet utgör ett undantag från den grundlagsskyddade rörelsefriheten som endast kan inskränkas genom lag. Avskiljande av en patient förutsätter alltid att det fattas ett dokumenterat beslut om detta av chefsöverläkaren. Med beslutet följer även under vissa förutsättningar en rapporteringsskyldighet till IVO.

Vidare vill jag poängtera att det enligt 20 § LPT krävs att patienten genom sitt beteende *allvarligt* förvårar vården av andra patienter, för att denne ska kunna avskiljas. Det är alltså inte tillräckligt att en patient är ”stökig” eller att vården av andra patienter störs eller försvåras. De faktiska omständigheter som medför att vården av de andra patienterna allvarligt försvåras genom patientens aggressiva eller störande beteende ska därför dokumenteras i ett beslut om avskiljande. Dessutom har jag tidigare uttalat att bestämmelsens ordalydelse får anses innebära att ett avskiljande får ske först när patienten agerar på ett sätt som allvarligt förvårar vården av andra patienter (se protokollet i JO:s ärende med dnr 7317-2018) och inte redan då det föreligger en risk för detta.

JO uttalar sig normalt inte om myndigheternas bedömningar och beslut i sak. Anledningen till detta är att JO varken kan ändra eller upphäva en myndighets beslut. Trots detta vill jag lyfta fram att det enligt min mening framstår som mycket tveksamt att det faktum att en patient är påverkad av alkohol eller droger i sig självt skulle innebära att denne kan anses genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvåra vården av andra patienter. Kliniken bör därför se över hur avskildhet i praktiken tillämpas i samband med att patienter återvänder till kliniken påverkade av alkohol eller droger.

Som noterats ovan förekom det även beslut om avskiljande i mer än åtta timmar, där det inte angavs en bestämd sluttid, utan i stället att avskildheten gällde till ”förmiddagen” påföljande dag. Ett beslut om avskiljande som fattas med stöd av 20 § andra stycket LPT ska dock 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 bl.a. protokollet i JO:s ärende med dnr 5735-2015). Det är alltså inte tillåtet att fatta beslut om avskiljande i mer än åtta timmar utan att ange någon bestämd tid för hur länge avskiljandet som längst får bestå. När det gäller de synnerliga skäl som krävs för ett beslut om avskiljande för en bestämd tid som överstiger åtta timmar, får jag konstatera att några sådana skäl inte framgår av dokumentationen i detta fall. Det är givetvis inte acceptabelt. Jag förutsätter att kliniken i fortsättningen utformar sina beslut så att de överensstämmer med gällande lagstiftning.

Granskning av försändelser

Rättslig reglering m.m.

Chefsöverläkaren får enligt 22 § LPT besluta att försändelser till en patient får undersökas för kontroll av att de inte innehåller sådan otillåten egendom som anges i 21 §. Granskningen av en försändelse får inte avse det skriftliga innehållet i ett brev eller annan skriftlig handling. Enligt 22 a § LPT får chefsöverläkaren även besluta att övervaka försändelser från en patient, om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada. För detta ändamål får chefsöverläkaren öppna, ta del av och kvarhålla försändelser från patienten. Ett beslut enligt 22 a § LPT om övervakning av utgående försändelser kan enligt 32 § LPT överklagas till förvaltningsrätten. Av 8 § LRV följer att nämnda bestämmelser är tillämpliga även vid slutna rättspsykiatrisk vård.

Granskning av försändelser vid kliniken

Vid inspektionen framkom att kliniken synes ha en generell rutin att granska inkommande försändelser till patienter. I samband med handlingsgranskningen noterades dock inga dokumenterade beslut rörande granskning av försändelser.

Vid den avslutande genomgången uppgav företrädarna för kliniken att de gjort en analogi med reglerna beträffande innehav och införsel av egendom, samt att det är svårt att avgöra vilka försändelser som är "farliga".

I Stockholms läns sjukvårdsområdes rutindokument "LRV-dokumentation" anges att beslut om kontroll av försändelser till och från patienten fattas av specialistläkare med chefsöverläkaruppdrag. Vidare anges att IVO utan dröjsmål ska underrättas och att patienten ska underrättas om sin möjlighet att överklaga beslutet till förvaltningsrätten.

ChefsJO:s uttalanden

Jag har förståelse för att det kan vara svårt för kliniken att på förhand avgöra vilka försändelser som kan innehålla "farliga föremål" och att det av bl.a. patientsäkerhetsskäl kan finnas behov av att undersöka inkommande försändelser. Det saknas dock lagstöd för att, som kliniken gör, generellt granska alla inkommande försändelser till patienterna. Såsom lagstiftningen är utformad krävs det att det görs en individuell bedömning för att avgöra om en granskning är motiverad i varje enskilt fall, och att åtgärden i förekommande fall föregås av ett dokumenterat beslut. Kliniken behöver därför se över sina rutiner.

Jag noterar även att det i SLSO:s rutindokument, i den del som avser såväl inkommande som utgående försändelser, anges att patienten ska underrättas om sin möjlighet att överklaga beslut om kontroll av försändelser. Jag vill med anledning av detta påpeka att endast beslut om att övervaka utgående försändelser enligt 22 a § LPT kan överklagas till förvaltningsrätten.

Visitation

Rättslig reglering m.m.

Enligt 23 § första stycket LPT gäller att om det är nödvändigt får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas bl.a. för kontroll av att han eller hon inte bär på sig egendom som inte får innehas. Chefsöverläkaren beslutar enligt 23 § andra stycket LPT om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. Bestämmelsen ska enligt 23 a § LPT gälla alla som vårdas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård. Med kroppsvisitation avses en kontroll av en patients kläder, väskor eller något annat som han eller hon för med sig (prop. 1990/91:58 s. 148 och 263). Ovannämnda bestämmelser gäller enligt 8 § LRV även vid sluten rättspsykiatrisk vård.

Visitationer vid kliniken

Vid rundvandring i klinikens lokaler framkom att alla patienter som varit på utevistelse utan medföljande personal får genomgå en visitation när de återkommer till kliniken. Visitationen genomförs bl.a. med metalldetektor och genomsökning av medhavda väskor etc.

ChefsJO:s uttalanden

Som framkommit vid inspektionen genomför kliniken rutinmässigt kroppsvisitationer av alla patienter som har varit utanför kliniken utan medföljande personal. Ett sådant förfarande har likheter med en allmän inpasseringskontroll och sådan får enligt 23 b § LPT endast förekomma vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning med förhöjd säkerhetsklassificering, vilket Rättspsykiatri vård Stockholm, sektion Nord, inte är. Jag har förståelse för att det av patient-säkerhetsskäl kan finnas behov av att kontrollera att patienter inte tar in otillåtna föremål till kliniken. Såsom lagstiftningen är utformad krävs dock att det alltid görs en individuell bedömning för att avgöra om en visitation är befogad, och att åtgärden i varje förekommande fall föregås av ett beslut som dokumenteras. Kliniken behöver därför se över sina rutiner i detta avseende.

Jag vill i sammanhanget nämna att bestämmelserna om visitation och omhändertagande av egendom enligt 23 a § LPT gäller alla som vårdas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård. Sådana beslut kan alltså fattas även när det gäller patienter som vårdas frivilligt enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

Frigång och permission

Rättslig reglering m.m.

Frågor om behandling av en patient under vårdtiden avgörs enligt 17 § LPT ytterst av chefsöverläkaren. Denna bestämmelse är enligt 6 § LRV tillämplig även vid rättspsykiatrisk vård. Chefsöverläkaren får enligt 9 § LRV ge en patient som genomgår rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning tillstånd att under en del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens

område (permission). Tillståndet får ges för ett visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen och får förenas med särskilda villkor.

För patienter som genomgår rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning prövas enligt 10 § LRV 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 besluta om permission för en viss patient.

Permission innebär en rätt för patienten att på egen hand vistas utanför sjukvårdsinrättningens område (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 dock 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 7317-2018).

Frigång innebär att patienten ges tillstånd att på egen hand vistas utanför vårdavdelningen, men inom sjukvårdsinrättningens område. Frigång regleras i 10 a § LRV.

Beslut att avslå en ansökan om permission och att återkalla en tidigare beviljad permission enligt 9 och 10 §§ LRV kan enligt 18 § LRV överklagas till förvaltningsrätten. 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 en beviljad permission. Dokumentation rörande frigång och permission måste vara tydlig och det är därför viktigt att lagstiftningens termer används och att de används korrekt (se protokollet i JO:s ärende med dnr 7317-2018). Beslut om frigång kan inte överklagas.

Permission vid kliniken

Vid handlingsgranskningen noterades att det förekommer ”informella avslag” på önskemål från patienterna om permission eller frigång. Det noterades anteckningar i omvårdsjournaler om att omvårdnadspersonal hade informerat patienter om att frågan om permission eller frigång var för tidigt väckt eller inte i linje med patientens vårdplan. Det saknades dock i dessa fall något dokumenterat beslut av behörig beslutsfattare om de önskade permissionerna eller frigångarna.

Det noterades även oklara formuleringar rörande permissioner i rondsammanfattningar. Exempelvis fanns en anteckning i en rondsammanfattning där det angavs att ”den sökta permissionen beviljas och patienten blir glad”. Av beslutsanteckningen rörande den aktuella permissionen framgick däremot att ansökan endast hade bifallits delvis. Det noterades även att det hade antecknats om permissioner i flera olika delar av journalen och av olika personalkategorier,

vilket ledde till missförstånd kring vad som faktiskt hade beslutats i fråga om en permission.

Vidare kunde det vid handlingsgranskningen konstateras fall där formella beslut hade fattats, men där det inte fanns någon tydlig motivering till besluten. Särskilt i fall där patienter hade fått delvis bifall till sin ansökan om permission saknades någon närmare motivering i den del som ansökan inte hade bifallits. Det noterades även i ett fall att fel datum hade angetts vid återkallelse av en tidigare beviljad permission.

Det saknades dessutom i ett flertal fall någon anteckning om att patienten hade blivit upplyst om sin möjlighet att överklaga beslutet. I vissa fall fanns en anteckning om att ”kopia av beslutet lämnas som påminnelse om överklagandemöjligheten”.

Det förekom även fall där stående permissioner hade beviljats utan att det angetts hur länge besluten gällde. I dessa fall hade det ändå fattas nya likalydande beslut i oregelbundna återkommande intervaller.

Chefsöverläkaren uppgav vid den avslutande genomgången att frånvaron av motiveringar vid vissa avslag på permissioner kan röra sig om att patienten har sökt permissioner på tider och dagar då det inte är praktiskt genomförbart. I sådana fall ser kliniken det inte som att de avslår permissionsansökan, om patienten i stället får permission vid en tid och dag som fungerar praktiskt. Däremot är det förvånande att det saknas beslutsmotivering om permissionerna har avslagits av andra skäl, exempelvis på grund av att permissionen söktes för tidigt i vårdprocessen. Kliniken har rutiner och blanketter för permissionsbeslut och avslagsbeslut ska motiveras. Som förklaring till att det med vissa intervaller fattas identiska beslut om stående permissioner uppgav chefsöverläkaren att det fattas nya beslut för att sköterskorna inte ska behöva leta efter besluten i journalsystemet. Personalen vet att det alltid är det senaste beslutet som gäller.

ChefsJO:s uttalanden

Det är viktigt att frihetsberövade patienters vistelse utanför sjukvårdsinrättning behandlas på ett tydligt och korrekt sätt. Om en patient har ansökt om permission och ansökan avslås, helt eller delvis, ska patienten underrättas om beslutet och hur detta kan överklagas. Detta gäller även när en tidigare beviljad permission återkallas. Beslut att bevilja respektive avslå en permission samt att återkalla en tidigare beviljad permission ska antecknas i journalen, liksom att information om hur man överklagar har lämnats till patienten. I journalen ska även framgå vad en ansökan om permission avser samt permissionens längd och övriga villkor, för att göra det möjligt att få en helhetsbild. Det ska dessutom tydligt framgå vem som fattat beslutet. Dokumentationen måste, inte minst av rättssäkerhetsskäl, vara tydlig, korrekt och enhetlig.

Det kan ibland vara så att en patient framför ett mer allmänt önskemål om permission som inte bör eller kan tillmötesgåas för tillfället, och att detta reds ut

genom samtal med patienten. JO har tidigare uttalat att det emellertid är nödvändigt att det klargörs om patienten söker permission eller inte. I annat fall finns det en risk för så kallade ”informella avslag” som kan frånta patienten möjligheten att överklaga beslutet och få frågan prövad i domstol (se bl.a. protokollet i JO:s ärende med dnr 7317-2018).

Jag förutsätter att kliniken vidtar nödvändiga åtgärder för att komma tillrätta med de ovannämnda bristerna och säkerställa en rättssäker hantering av patienternas önskemål om vistelse utanför vårdinrättningen.

Begränsning av elektronisk kommunikation

Rättslig reglering m.m.

Chefsöverläkaren får enligt 20 a § LPT besluta att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster, om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada. Den tekniska utrustning som möjliggör användningen får omhändertas under den tid beslutet gäller. Omhändertagen utrustning ska återlämnas till patienten senast när beslutet om inskränkningen upphör att gälla.

Ett beslut enligt 20 a § LPT gäller i högst två månader. När det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska chefsöverläkaren genast besluta att inskränkningen ska upphöra. Frågan om upphörande ska övervägas fortlöpande. Tiden för inskränkningen får genom ett nytt beslut förlängas med högst två månader vid varje tillfälle. IVO ska enligt 22 b § LPT utan dröjsmål underrättas om beslut enligt bl.a. 20 a § LPT. Ovanstående bestämmelser gäller enligt 8 § LRV även vid rättspsykiatrisk vård.

Ett beslut om inskränkning av elektroniska kommunikationstjänster får enligt 18 § 7 LRV överklagas hos förvaltningsrätten.

Av 2 § 12 förordningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård följer att journalen ska innehålla uppgift om omhändertagande av egendom och om kontroll av försändelser.

Begränsning av elektronisk kommunikation vid kliniken

Vid handlingsgranskningen noterades att en patient hade fått tillgången till sin dator begränsad under viss tid och att detta hade dokumenterats i journalen som en omvårdnadsåtgärd. Det kunde i den aktuella journalen inte återfinnas något beslut om begränsning av elektronisk kommunikation eller någon notering om underrättelse till IVO. Det anges i journalen att patienten var frågande till detta, men att denne hänvisades att diskutera med patientansvarig sjuksköterska. Det saknas i journalen någon anteckning om uppföljning av begränsningen och det anges inte heller hur länge begränsningen har varat. Vidare noterades rörande en annan patient en omvårdnadsanteckning om att denne inte hade fått ta med sin smartphone i samband med frigång samt ett fall där en annan patient uppges ha ”lämnat in” sin smartphone efter ett återfall i spelmissbruk. I det sistnämnda

fallet är det oklart utifrån journalanteckningarna om detta skett frivilligt på patientens initiativ eller på klinikens initiativ. I båda fallen saknas dock anteckningar i journalen om några beslut om begränsning av elektronisk kommunikation. Vid handlingsgranskningen noterades vidare, i fall där beslut fattats om begränsning av elektronisk kommunikation, att besluten varit otydligt formulerade vad gäller datum och sluttid. Det noterades också ett fall där det hade fattats ett formellt beslut att en fullständig begränsning avslutades, men där det av en senare rondsammanfattning framgick att begränsningen övergick till att avse vissa timmars användning av elektronisk kommunikation. Det saknades dock något formellt beslut om den begränsning som beskrevs i rondsammanfattningen.

ChefsJO:s uttalanden

Ett beslut om begränsning av elektronisk kommunikation måste i varje enskilt fall fattas av chefsöverläkaren och besluten gäller i högst i två månader. Dessutom ska IVO utan dröjsmål underrättas om besluten. Det är givetvis oacceptabelt att utsätta patienter för tvångsåtgärder, t.ex. begränsningar av tillgången till elektroniska kommunikationsmedel, utan att det fattas ett formellt beslut rörande detta. Jag vill i detta sammanhang understryka vikten av att det sker en tydlig och rättssäker tillämpning av de tvångsåtgärder som används.

Vad gäller de fall som noterats vid handlingsgranskningen, där det framstår som oklart om det har varit fråga om en begränsning av tillgången till elektroniska kommunikationstjänster eller inte, vill jag framhålla att JO tidigare har uttalat att det är angeläget att man inte hamnar i lägen där vården bedrivs i en ”gråzon”, dvs. att det råder osäkerhet om huruvida de åtgärder som vidtas står i överensstämmelse med lagstiftningen (se protokollet i JO:s ärende med dnr 2222-2016). I det ärendet uttalade JO vidare att det aldrig får råda någon som helst tvekan, vare sig för personalen eller för patienterna, om när en tvångsåtgärd vidtas. Jag delar helt den uppfattningen. Det är dessutom viktigt att det för en utomstående granskare klart framgår om det är fråga om en tvångsåtgärd eller inte. Även när det gäller denna typ av tvångsåtgärder behöver kliniken således se över sina rutiner.

Övriga iakttagelser

Tvång mot patienter som vårdas enligt HSL

Vid handlingsgranskningen noterades en daganteckning rörande en patient som vårdades enligt beslut om öppen rättspsykiatrisk vård, men som frivilligt skrivit in sig på kliniken för sluten vård. I daganteckningen anges att ”patienten får hålla sig på avdelningen”. Vidare noterades i två fall att patienter som vårdas frivilligt på kliniken hade ”beviljats frigång” enligt anteckningar i journalen.

ChefsJO:s uttalanden

Det faktum att patienter som vårdas på kliniken frivilligt enligt HSL har ”beviljats frigång” kan enligt min mening inte tolkas på annat sätt än att

kliniken i vissa fall begränsar rörelsefriheten även för sådana patienter. Jag vill mot denna bakgrund framhålla att rörelsefriheten är en grundlagsskyddad frihet som endast får begränsas med stöd i lag och att HSL inte erbjuder något sådant lagstöd. Personalens möjligheter att hindra patienter som vårdas enligt HSL från att lämna kliniken begränsar sig till vad som kan anses följa av brottsbalkens allmänna bestämmelser om nöd. Jag har i ett tidigare beslut även uttalat att det inte finns någon laglig möjlighet att meddela sådana inskränkningar genom ”överenskommelser” med patienten, om omständigheterna är sådana att ”överenskommelsen” inte kan anses bygga på någon verklig frivillighet från patientens sida, bl.a. i fall där den utgör en förutsättning för att patientens ska få vård (se JO 2019/20 s. 132). Jag är medveten om att detta är ett område med svåra avvägningar, men eftersom det saknas stöd i lag för att meddela inskränkningar i rörelsefriheten för patienter som vårdas med stöd av HSL, förutsätter jag att kliniken vidtar nödvändiga åtgärder för att komma tillrätta med bristerna och säkerställa en rättssäker hantering av dessa patienters önskemål om vistelse utanför vårdavdelningen.

Avvikelseberättelser och lex Maria-anmälningar

Enligt 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, ska vårdgivaren anmäla till IVO de händelser som har medfört eller 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 till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador 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 kunde det inte noteras några lex Maria-anmälningar under det senaste året.

Chefsöverläkaren uppgav vid det avslutande mötet att vårdgivaren gör vårdskadeutredningar inom kliniken och därefter diskuterar dessa med chefsläkaren inom SLSO som beslutar om det ska göras någon lex Maria-anmälan eller inte. Mörkertalet för avvikelser har dock minskat eftersom personalen numera skriver avvikelseberättelser rörande sig själva.

ChefsJO:s uttalanden

Det är positivt att risksituationer på kliniken uppmärksammas inom ramen för avvikelseberättelserna och att mörkertalet för avvikelser har gått ner. Av listan med avvikelser från 2019 och framåt framgår dock bl.a. att patienter har fått fel medicin, eller inte fått sin ordinerade medicin, likväl som att drogprov har sammanblandats. Det är inte JO:s uppgift att uttala sig om en myndighets

bedömningar i sak. Jag har heller inte tillräckligt underlag för att ifrågasätta avsaknaden av lex Maria-anmälningar från vårdgivaren. Jag vill dock framhålla vikten av att vårdgivaren alltid gör noggranna avväganden i fråga om lex Maria-anmälningar.

Vid protokollet

Klas Johansson

Justeras den 2020-02-06

Elisabeth Rynning