

Opcat-inspektion av Region Norrbotten, Psykiatrin läns-gemensamt i Öjebyn, den 31 januari och 1 februari 2023

Inspektionen i korthet: Kliniken har en intagningsavdelning som är en tillbyggnad i den befintliga bygganden. Den beskrivs som icke ändamålsenlig, svårarbetad och med ett litet och trångt gemensamhetsutrymme. ChefsJO ställer sig frågande till om det är lämpligt att bedriva rättspsykiatrisk vård vid kliniken intagningsavdelning och rekommenderar Region Norrbotten att tillsammans med ledningen för kliniken se över hur patienterna kan få en bättre daglig vårdmiljö, möjlighet till ljusinsläpp i patientrummen och mindre stimulifattiga miljöer.

Vidare uppmärksammades att sysselsättningsgraden på avdelningarna är mycket låg. ChefsJO uppmanar Region Norrbotten och klinikledningen att göra större ansträngningar för att ge patienterna möjlighet till arbetsterapi och annan sysselsättning samt daglig motion utomhus.

Vid inspektionen kom det fram uppgifter om en patient som varit intagen under flera decennier. JO:s expert i psykologi har efter en genomgång av patientens vårdplan påtalat flera brister. ChefsJO instämmer i det experten har anfört och uttalar att han vill fästa kliniken uppmärksamhet på möjligheten att ta in en oberoende expert för en ny medicinsk bedömning för att säkerställa att patienten får en god vård och behandling.

Kliniken har inte en egen bakjour utan får vid behov kontakta bakjouren vid Sunderby sjukhus. ChefsJO uttalar att det är av största vikt att Region Norrbotten har en organisation som ger förutsättningar för att genomföra de läkarundersökningar som det finns behov av vid fastspänning i bälte.

Inspektionens genomförande

På uppdrag av chefsJO Erik Nymansson genomförde enhetschefen Gunilla Bergerén den 31 januari och 1 februari 2023 en inspektion av Region Norrbotten, Psykiatrin läns-gemensamt i Öjebyn (kliniken). Vid inspektionen deltog även biträdande enhetschefen Helena Levin, föredragandena Johanna Fransson, Clara Ljunggren och Henrik Starfelt samt JO:s expert i psykologi Knut Sturidsson.

Inspektionen inleddes med att företrädare för kliniken kortfattat presenterade verksamheten. Vid mötet deltog verksamhetschefen AA, chefsöverläkaren BB, överläkaren CC, underläkaren DD, enhetscheferna EE, FF och GG samt

sekreteraren HH. Därefter förevisades klinikens lokaler. JO:s medarbetare gjorde en översiktlig granskning av bl.a. riktlinjer, rutiner, checklistor, beslut om tvångsåtgärder och avvikelserapporter. Vidare genomfördes samtal med ett femtontal patienter och lika många anställda. Delar av lokalerna fotograferades.

Inspektionen avslutades med en genomgång där företrädare för kliniken fick möjlighet att kommentera vissa av de iakttagelser som JO:s medarbetare hade gjort. Samtliga som närvarade vid det inledande mötet deltog.

Inspektionens syfte

Inspektionen är en del av JO:s verksamhet för att förebygga tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning av frihetsberövade personer, Opcat-verksamheten. Opcat är den engelska förkortningen av tilläggsprotokollet till FN:s tortyrkonvention (Optional Protocol to the Convention against Torture). Länder som anslutit sig till protokollet har förbundit sig att inrätta ett nationellt besöksorgan som regelbundet besöker platser där personer kan hållas frihetsberövade. I Sverige har JO tilldelats detta uppdrag. Information om JO:s Opcat-verksamhet finns på JO:s webbplats.

Kliniken har tidigare inspekterats av JO den 9–11 maj 2006 (se JO:s protokoll i dnr 2172-2006).

Uttalanden av chefsJO Erik Nymansson med anledning av inspektionen

I anslutning till protokollet finns uttalanden av chefsJO Erik Nymansson.

Iakttagelser vid inspektionen

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

Organisation och uppdrag

Vid kliniken vårdas och behandlas i huvudsak patienter enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. Även anhållna, häktade och fängelsedömda personer som är i behov av akut psykiatrisk hjälp kan tas emot liksom patienter som vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Byggnaden användes fram till år 2000 som ett äldreboende varefter kliniken tog över lokalerna. Sedan 2017 bedrivs endast rättspsykiatrisk vård men vid inspektionen fanns det fortfarande en intagen LPT-patient som vårdats länge vid kliniken. I första hand tar kliniken emot patienter från Norrbotten. Man tar också, genom avtal, emot patienter som tillhör Region Stockholm. Detta bidrar till att stärka verksamhetens ekonomi.

Kliniken har 44 vårdplatser men kunde vid tidpunkten för inspektionen nyttja 43 av dem. Vårdplatserna är fördelade på fem avdelningar (vårdavdelningar). Utöver dessa har intagningsavdelningen ytterligare åtta vårdplatser. Kliniken har en avdelning som för tillfället inte används. Under inspektionen var två av de fem vårdavdelningarna överbelagda med en patient vardera vilket innebar att

det sammantaget var 45 patienter intagna. Ytterligare tre patienter vårdades på intagningsavdelningen.

En avdelning är i säkerhetsnivå 3 och resterande avdelningar samt intagningsavdelningen är i säkerhetsnivå 2. På samtliga avdelningar kan män och kvinnor vårdas tillsammans. Under inspektionens första dag vårdades 45 patienter med stöd av LRV och en patient med stöd av LPT. Två personer som vårdades kom från Kriminalvården.

Den fysiska miljön

Vårdavdelningarna

Avdelningarna har ett kök och ett gemensamhetsutrymme som har en matsalsdel med bord och stolar. Det finns även soffor och TV i detta utrymme.

Alla patienter har ett eget rum som de kan låsa. Det varierar om en patient har dusch och toalett på det egna rummet eller i korridoren i direkt anslutning till bostadsrummet. En del patienter delar dusch och toalett med en annan patient. I flera patientrum har fönstren till stor del täckts med en frostad fönsterfilm vilket medför att rummen är mörka och utsikten begränsad.

För att kunna hantera överbeläggningarna hade två samtalsrum gjorts om till patientrum. Personalen uppgav att det medförde att möjligheten till samtal med patienterna minskade och att en del samtal fick avhandlas i korridoren vilket de menade var problematiskt.

Samtliga avdelningar har tillgång till en utegård. På de avdelningar som är i säkerhetsnivå 3 har gårdarna försetts med gallertak. På varje gård finns en kuren med en bänk. Vid tidpunkten för inspektionen var det vinter och mycket snö. Möjligheten att röra sig på gårdarna var begränsad till den gång som var uppskottad fram till kuren. På fråga från JO:s medarbetare uppgav personalen att det främst är de patienter som röker som nyttjar utegården.

Vid inspektionen noterade JO:s medarbetare att det fanns en fast telefon på ett bord i avdelningarnas korridorer. Patienter på avdelningarna i säkerhetsnivå 2 uppgav i samtal med JO:s medarbetare att samtliga telefonsamtal, även samtal med myndigheter och advokat, sker genom den fasta telefonen. Det är då lätt för de anställda och andra patienter att överhöra samtalen.

Vid den *avslutande genomgången* uppgav ledningen att samtliga patienter på vårdavdelningarna har möjlighet att låna och tala enskilt i en telefon vid behov.

Intagningsavdelningen

Avdelningen har tillkommit genom en ombyggnation och har ett litet gemensamhetsutrymme med bord, soffa och TV. Där finns också en kort korridor med patientrum och två kombinerade fastspännings- och avskiljningsrum. I två patientrum finns möjlighet till dubbelbeläggning. Det kom fram att en patient med ökat psykiskt illabefinnande kan flyttas från en vårdavdelning till intagningsavdelningen. Patientrummen har fönster mot en

korridor och har därför täckts för vilket medför att rummen saknar ljusinsläpp. Kvinnor och män delar aldrig rum. På avdelningen finns även två rum som är avsedda för häktade med restriktioner. Rummen ligger i anslutning till gemensamhetsutrymmet och upplevdes av JO:s medarbetare som avskalade, sterila och trånga. Dessa rum saknar helt fönster.

De två kombinerade fastspännings- och avskiljningsrummen saknar fönster och finns mitt emot patientrummen. JO:s medarbetare noterade att det på grund av lokalens utformning finns en risk att andra patienter skulle kunna observera en situation där en patient blir föremål för fastspänning i bälte eller avskiljning. Denna risk gäller även efter det att patienten har placerats i rummet för avskiljning/fastspänning. Vid inspektionen användes ett fastspännings- och avskiljningsrum som patientrum. Sängen i rummet har en fast sockel med bältesanordningar. Dessa tas inte bort när rummet används som patientrum men täcks av en madrass som läggs ovanpå. Det fanns varken bord eller stol i rummet.

I anslutning till gemensamhetsutrymmet finns en utegård som intagningsavdelningen delar med en annan avdelning. Patienterna på intagningsavdelningen har tillgång till utegården 17 minuter per timme och häktade personer med restriktioner nyttjar de första fem minuterna av denna tid.

Patienter förde i samtal med JO:s medarbetare fram att gemensamhetsutrymmet är litet och trångt samt att patientrummen är mörka. Det är mer hemtrevligt på vårdavdelningarna. Även personalen förde fram att avdelningen är för liten, det är trångt och svårarbetat vilket är problematiskt, särskilt för de patienter som vistas där långa tider. Vidare ifrågasatte de även användningen av dubbelrum på denna avdelning som är den där patienterna mår som sämst. Det är enligt personalen svårt att möta patienternas behov av vård på avdelningen. På fråga från JO:s medarbetare om patienter på avdelningen kan observera fastspännings- eller avskiljningssituationer svarade personalen att de ber patienterna vara på sina rum när det uppstår en sådan situation.

Vid den *avslutande genomgången* medgav ledningen att den fysiska miljön på intagningsavdelningen inte är optimal. På fråga om det finns förutsättningar för kliniken att bedriva god och säker vård uppgav ledningen att kliniken lokaler inte är byggda för rättspsykiatrisk vård. Tidigare verksamhetschefer har äskat pengar för ombyggnation, vilket dock inte beviljats.

Bemanning, personalens kompetens och bemötande

Vid kliniken arbetar närmare 140 personer bl.a. läkare, sjuksköterskor, vårdare, psykologer och arbetsterapeuter. Vid tidpunkten för inspektionen var en av två psykologtjänster och en av två arbetsterapeuttjänster vakanta. Det fanns även vakanta sjukskötersketjänster.

Samtliga vårdavdelningar bemannas under dag, kväll, natt och helg med minst två anställda på varje vårdavdelning förutom en avdelning där det ska vara en

bemanning på minst tre anställda. På intagningsavdelningen är motsvarande bemanning två till tre anställda. Dag, kväll och helg ska det finnas minst tre sjuksköterskor i tjänst vid kliniken och på natten minst en sjuksköterska.

Personalen uppgav att bemanningsnivån är låg, att det är brist på sjuksköterskor och utbildade skötare samt att det ofta är för lite personal på plats utifrån grundbemanningen. Det vore önskvärt med mer resurser, t.ex. minst två tjänstgörande sjuksköterskor nattetid. Flera anställda är långtidssjukskrivna. Intagningsavdelningen bemannas av ett fast team dagtid under veckodagar. Skälet till det är att arbetsmiljön där ofta är mer krävande. När intagningsavdelningen togs i bruk var det också en förutsättning för att kunna bemanna avdelningen att personalen kunde arbeta dagtid under veckodagar. I samtal menade några i personalen att denna situation påverkar arbetet på hela kliniken framförallt under helger när intagningsavdelningen bemannas av vikarier.

Vidare förde personalen fram att mycket arbete på kliniken utförs av vikarier varav flera fortfarande studerar på gymnasiet. Vikarierna är duktiga men det är svårt att uppnå kontinuitet i arbetet med för många vikarier och som situationen ser ut utgör de en alltför stor del av personalstyrkan. Vidare är det svårt att arbeta förebyggande för att undvika riskfyllda situationer med för få ordinarie anställda på plats. Det innebär också att den ordinarie personalen får ta hand om uppdrag som kontaktperson för fler patienter än det är tänkt, dokumentation inte hinns med och att det därmed inte går att följa i journal eller andra dokument vilka insatser som pågår. Även uppföljningen av patienters situation påverkas.

Flera patienter uppgav i samtal med JO:s medarbetare att de bemöts väl av personalen. Vidare förde flera patienter fram att det är för lite personal vilket bl.a. medför att aktiviteter ställs in.

Vid den *avslutande genomgången* uppgav ledningen att bristen på sjuksköterskor är generell i samhället och att kliniken inte sticker ut. Det har inte funnits behov av att använda sjuksköterskor från bemanningsföretag. Ledningen ansåg vidare att nattbemanningen är tillräcklig. Situationen på arbetsmarknaden har gjort att verksamheten varit tvungen att rekrytera personer i 18-års åldern som går i gymnasiet. Ledningen framhöll dock att ambitionen är att de personer som anställs ska ha längre livserfarenhet.

Information om rättigheter och rutiner

På kliniken finns patientinformation i skriftligt format att tillgå. Denna innehåller bl.a. övergripande rutiner för avdelningarna och information om vilka rättigheter en patient har, t.ex. möjligheten att överklaga och anlita juridiskt ombud eller biträde samt rätten till stödperson. Vid inspektionen fick JO:s medarbetare även ta del av skriftliga trivselregler gällande en vårdavdelning. Verksamhetschefen uppgav att det finns avdelningsspecifika regler men att de inte alltid är nedskrivna.

I samtal framkom att det är läkare som i samband med inskrivning av en patient lämnar muntlig information om rättigheter och hur vårdprocessen enligt LRV går till. Det kom fram olika uppgifter om informationen även lämnas skriftligt. Innan en patient lämnar intagningsavdelningen för vård på någon av klinikens andra avdelningar hålls ett förmöte med patienten. På mötet lämnar personalen alltid muntlig och ibland även skriftlig information om rutinerna på den nya avdelningen.

JO:s medarbetare noterade att LRV inte var anslagen på samtliga avdelningar.

Vid den *avslutande genomgången* uppgav ledningen att förutom läkarna informerar även skötarna på intagningsavdelningen patienterna muntligen om deras rättigheter i samband med att det skriftliga materialet som finns vid kliniken går igenom. Patienten kan behålla materialet om han eller hon så önskar. Chefsöverläkaren uppgav att han lämnar Socialstyrelsens broschyr om rättigheter enligt LRV till patienterna.

Ledningens uppfattning var att lagstiftningen är anslagen på avdelningarna. Utifrån de uppgifter som kom fram under inspektionen framhöll JO:s medarbetare vikten av att ledningen ser över att LRV finns anslagen på samtliga avdelningar.

Vårdprocessen

Av den skriftliga patientinformationen framgår att en patient under mottagningsfasen träffar läkare, sjuksköterskor och skötare som undersöker patientens fysiska och psykiska mående. En bedömning görs av om det föreligger behov av läkemedelsbehandling. Patienten har möjlighet att i samtal med personalen berätta om sin bakgrund och förväntningar på vården. Detta ligger sedan till grund för den akuta vårdplanen. Patienten träffar även andra yrkeskategorier t.ex. arbetsterapeut och psykolog. I slutet av mottagningsfasen hålls den första behandlingskonferensen. Vid behandlingskonferensen planeras det för vilka ytterligare åtgärder som behöver vidtas för att få en helhetsbild av patienten och dennes förmågor, resurser och behov. Under nästa fas genomförs utredning, vård och behandling. Planeringen utgår från vårdplanen under hela vårdtiden.

Vårdplanen utvärderas och förnyas var sjätte månad i samband med en behandlingskonferens som genomförs inför förvaltningsrättens prövning av om vården ska bestå. Rond sker varannan vecka och under den närvarar bl.a. läkare, sjuksköterska och skötare från aktuell avdelning. Syftet med ronden är att följa upp en patients mående, insatser utifrån vårdplan samt hur tillvaron på avdelningen fungerar. En patient har möjlighet att skicka med frågor till rondens.

I de samtal som JO:s medarbetare höll kom det fram att det varierade om patienterna kände till innehållet i sin vårdplan. Patienterna uppgav att de träffar läkare på en behandlingskonferens var sjätte månad och att de utöver det sällan

träffar en läkare. En patient framhöll att ett läkarsamtal som varar tio minuter en gång per halvår är för lite och att läkare borde kunna träffa patienter oftare.

Några anställda menade att det inte riktigt stämmer att en patient endast träffar läkare på behandlingskonferensen men uppgav att det ”ligger något i det”. Läkarna har inte möjlighet att prata med alla patienter varje vecka. Vid medicin-ändring och utvärderingar träffar läkaren patienten oftare. Patienterna erbjuds alltid att få vårdplanen utskrivna. Att ronderna bara genomförs varannan vecka är en kapacitets- och effektivitetsfråga då många patienter upprepar och lyfter samma frågor.

Innehållet i vården

Personalen uppgav i samtal med JO:s medarbetare att kliniken bl.a. erbjuder ESL [*Ett självständigt liv, som är en socialpedagogisk metodik för personer med allvarliga psykiatriska tillstånd, JO:s anm.*] och återfallsprevention. Flera anställda påpekade att bemanningssituationen medför att möjligheterna att erbjuda patienterna annat än farmakologisk behandling är för små. Personalen menade också att de patienter som ”låter mest” blir mer uppmärksammade och att de patienter som är tysta glöms bort. Flera patienter uppgav att vården vid kliniken mer är att likna vid förvaring.

Vid den avslutande genomgången redogjorde ledningen för ytterligare behandlingsprogram som erbjuds vid kliniken och hur många patienter som deltagit i programmen. Åtta patienter hade deltagit i återfallsprevention och hälften av patienterna hade genomgått ESL. Dessutom hade ett tiotal patienter medverkat i tolvstegsprogrammet sedan det startade för två år sedan. Tre patienter ska påbörja traumaterapi och cirka sex patienter hade deltagit i traumapassad yoga. Vidare uppgav ledningen att IMR (Illness Management and Recovery) är på väg att startas upp och att det utvärderas om det är möjligt att genomföra ALMA (The Autism Quality of Life CBT method för adults).

Särskilt om en patient som varit intagen under lång tid

Vid inspektionen noterade JO:s medarbetare att en patient varit intagen vid vårdinrättningen under flera decennier. Denne erhöll rättspsykiatrisk vård med beslut om särskild utskrivningsprövning. I patientens vårdplan (daterad den 29 september 2022) anges att patienten under vårdtiden begått ytterligare ett brott. [*Vid en närmare kontroll framkom att patienten inte lagförts, JO:s anm.*] Huruvida det förekommit annan brottslighet under vårdtiden framgår inte av vårdplanen.

I vårdplanen finns sju kortsiktiga och ett långsiktigt mål dokumenterat. Där nämns att patienten ska ges möjlighet till beledsagad utevistelse för att besöka en vän och en anhörig, att en gång i månaden få träffa prästen på kliniken och att under en veckodag ges möjlighet att besöka kyrkan med personal. Vidare anges att patienten ska bibehålla intresset för de aktiviteter patienten i dagsläget har vilket handlar om utflykter med personal, besök på gymmet, promenader i parken och utanför kliniken med personal samt bokläsning. Bland de kortsiktiga

målen finns också angivet att patienten ska gå till träningsköket och laga en måltid och att patienten ska sköta om sina fötter och smörja in dem. Slutligen noteras, bland de kortsiktiga målen att patienten ska sättas in på ett anti-depressivt preparat. Bland dessa mål finns också ett önskemål från patienten om att byta avdelning vilket kommenteras med ”att det kan bli aktuellt om det behövs för patientförflyttningar”. Det finns ett långsiktigt mål och det uttrycks som att patienten ska ”bibehålla sina sociala förmågor”.

Vidare framgår av vårdplanen att patienten inte har några permissioner på egen hand och det finns noterat under rubriken Friheter att patienten har möjlighet att varje dag nyttja 45 minuter på frigångsområdet, att denne ska få tillgång till utevistelse med personal 2,5 timmar per vecka och varannan vecka få göra en längre beledsagad utflykt. Kring risk för återfall i brottslighet finns i vårdplanen dokumenterat att den senaste strukturerade riskbedömningen gjordes 2015 och att en ny sådan bör göras.

JO:s expert i psykologi noterade att det som anses vara patientens huvudsakliga psykiatriska problemområde i vårdplanen endast adresseras med farmakologisk behandling.

I samtal med JO:s medarbetare uttryckte patienten att det inte finns någon planering framåt och att läkare uppgett att patienten ska vara kvar vid vårdinrättningen livet ut. Patienten beskrev vardagen som långtråkig och att sysselsättningen mestadels består av att se på tv, spela kort, vara ute med personalen och att träffa sin stödperson en dag i veckan.

En läkare uppgav att patienten har regelbundna läkarsamtal där patienten kan lyfta sina funderingar. Personalen har inte förmedlat till patienten att denne ska vara kvar vid vårdinrättningen livet ut. Ett problem är dock att det ofta saknas ett fungerande mottagande utanför vårdinrättningen. På fråga från JO:s medarbetare om en ny medicinsk bedömning görs generellt svarade läkaren att frågan ibland lyfts av patienter och att det någon enstaka gång hänt att en patient fått en ny bedömning. Vidare uppgav läkaren att det inte är många läkare som är beredda att göra en sådan bedömning.

På fråga från JO:s medarbetare vid den *avslutande genomgången* om det finns någon ytterligare behandling för patienten uppgav ledningen att det är svårt att hitta strategier. Olika kombinationer av läkemedel har prövats. Ledningen underströk att de inte har sagt till patienten att denne ska vara kvar vid kliniken livet ut och att det inte heller finns någon sådan tanke. Ledningen försöker prioritera patienten vad gäller utflykter och besök hos närstående m.m. På fråga från JO:s medarbetare om det finns möjlighet för patienten att byta vårdinrättning svarade ledningen att de generellt har dåliga erfarenheter av byte av vårdinrättning då patienterna ofta kommer tillbaka. En patient förlorar då mycket tid i vårdprocessen när han eller hon får börja om. Vidare lyfte JO:s medarbetare att det noterats att den senaste strukturerade riskbedömningen

avseende patienten var gjord 2015. Ledningen uppgav att riskbedömning av patienten inte har prioriterats.

Tvångsåtgärder

Fastspänning och avskiljning

Läkarna vid kliniken arbetar dagtid under måndag till fredag och hanterar under den tiden bl.a. de tvångsåtgärder som kräver beslut av läkare. Om en kontakt med läkare behöver tas övrig tid är personalen hänvisad till den läkare som har bakjouren på Sunderby sjukhus i Luleå.

Personalen berättade att bakjouren från Sunderby måste komma till kliniken på kvällar och helger och undersöka en patient inför ett beslut om förlängning av fastspänning i bälte kan ske. Eftersom jouren har långt att köra kontaktas de i god tid innan den lagstadgade tiden för fastspänning löper ut. De långa avstånden (ca 60 km) medför att mycket tid går åt för jouren att köra till Öjebyn. En anställd berättade att det flera gånger hänt att den jourhavande läkaren inte kommit då ett beslut om förlängning av en fastspänning behövts. Fastspänningen har då fått avslutas. Den anställdes uppfattning är att en förlängning av en fastspänning i bälte i ett sådant fall skulle kunna ske med stöd av nödrätten.

Både anställda och patienter berättade att ett uppföljande samtal erbjuds en patient efter fastspänning i bälte eller då en patient varit avskild.

Vid inspektionen tog JO:s medarbetare del av en avvikelserapport (nr 147863) rörande en händelse där en patient spändes fast i bälte. Av rapporten framgår att personalen, inför en eventuell förlängning av fastspänningen, kontaktade bakjouren i Sunderbyn för en bedömning av patienten på plats. Patienten uppgav själv att denne inte var redo att släppas upp vilket personalen förmedlade till bakjouren. Per telefon bedömde bakjouren att patienten skulle släppas upp vilket resulterade i ett tumult där patienten i stället blev avskild. Utifrån patientens beteende i avskiljningsrummet var personalen orolig att patienten skulle skada sig själv.

Vid den *avslutande genomgången* uppgav ledningen att det specifika fall som avvikelserapporten rör fortfarande utreds. I det fallet valde två bakjourer från Sunderbyn att inte komma till kliniken vilket inte är godtagbart. Som huvudregel kommer bakjouren. Ledningen har inte uppmanat personalen att hantera en situation som rör fastspänning med stöd av nödrätten.

Chefsöverläkaren påpekade att kliniken är ansvarig för de tvångsåtgärder som vidtas dagtid men att de inte är ansvariga för hur jouren är organiserad. Flera läkare vid kliniken har fört fram att det inte är hållbart med så långa avstånd. Vidare påpekade chefsöverläkaren att när ett beslut om en förlängning av fastspänning i bälte fattas är både Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) och Socialstyrelsens uppfattning att en läkare måste vara på plats.

Allmän inpasseringskontroll

Det finns tre larmbågar vid kliniken. I samtal med anställda kom det fram att även patienter från den avdelning som har säkerhetsnivå 3 passerar en av larmbågarna regelbundet. Detta bekräftades av ledningen vid den *avslutande genomgången*.

Larm

Det kom fram olika uppgifter kring hur larm hanteras. Några anställda uppgav att man dagligen bestämmer vem som ska vara kvar på en avdelning om larmet går. Det kan leda till att en anställd blir ensam kvar på avdelningen. En anställd berättade att situationen löses i stunden och att det har hänt att en avdelning blivit tömd på personal då samtliga agerat på ett larm.

Vid den *avslutande genomgången* uppgav ledningen att det finns en rutin för larmsituationer där det t.ex. framgår hur många som ska agera på larm. Ledningen har sagt åt personalen att gå in i köket eller ut från avdelningen och hålla uppsikt utifrån om det inte känns tryggt att vara ensam kvar på avdelningen i en sådan situation. Vidare har ledningen uppmanat personalen att samtala om vem som ska göra vad om det går ett larm. Ledningen framhöll att det kan finnas behov av att återigen gå igenom rutinen med personalen.

De intagnas möjligheter till sysselsättning och förströelse samt utomhusvistelse*Sysselsättning*

I klinikens lokaler finns en allmän yta utanför avdelningarna med ett piano och bordtennisbord. Vidare finns en bokningsbar träningslokal för styrketräning och yoga och flera rum för aktiviteter (arbetsterapi) såsom ett musikrum, ett rum där patienterna kan snickra och ett rum för måleri. Det finns också ett ”träningsskök” som patienterna kan boka och som även används i utredande syfte av arbetsterapeuten. Kliniken har också en aktivitetspark utomhus där patienterna kan spela basket och boule.

Både anställda och patienter uppgav i samtal med JO:s medarbetare att arbetsterapin varit stängd sedan senvåren 2022 då det saknas arbetsterapeuter. På grund av bemanningssituationen ges inte samma möjlighet till sysselsättning som tidigare. Både personalen och patienterna ansåg att det borde finnas fler aktiviteter. Patienterna beskrev att de ägnar dagarna åt att titta på TV, lyssna på musik och spela kort vilket är långtråkigt. Klinikens träningslokal används av flera patienter. Några patienter uppgav att de träffar sin stödperson för exempelvis veckohandling och fika och att de har möjlighet att besöka en lokal sporthall ett par gånger i veckan.

Vid den *avslutande genomgången* uppgav ledningen att arbetsterapin inte är stängd och att en patient i taget kan gå dit med personalen. Tidigare fanns två öppna grupper med arbetsterapeuterna varje vecka. Dessa grupper är nu pausade då endast en terapeut är i tjänst och en är sjukskriven. Vid inspektionen pågick en rekrytering av en arbetsterapeut. Då arbetsterapeuten i första hand måste göra

utredningar som rör en patients förmåga till dagliga aktiviteter kan denne inte samtidigt vara involverad i patienternas sysselsättning eftersom det skulle påverka längden på vårdtiderna.

Utomhusvistelse

Samtliga avdelningar har tillgång till en utegård (se rubriken Fysisk miljö) som är öppen dag- och kvällstid. De patienter som har möjlighet till frigång kan gå ut i ett område mellan byggnaden där avdelningarna är belägna och det staket som omger sjukvårdsinrättningen. Det finns dagligen tider för frigång.

Personalen uppgav i samtal med JO:s medarbetare att de patienter som inte har frigångsförmån kan gå ut med personal. Arbetsbelastningen för de anställda avgör hur ofta en patient utan frigångsförmån kan komma ut. Personalen hinner inte alltid gå ut tillsammans med en patient även om patienten har beviljats en viss tid för utevistelse.

Flera patienter uppgav att utegårdarna är öppna hela dagarna och att de kan gå ut och röka där. På grund av snön finns bara en kort uppskottad gång på cirka fem till tio meter att gå på. En patient berättade att frigångsområdet tidigare varit större och att han numera väljer bort att gå på området då utrymmet är för litet. Dock hade patienten permissioner och därmed möjlighet att gå promenader utanför sjukvårdsområdet flera dagar i veckan. Några patienter uppgav att de går ut på promenad med personal en eller två gånger i veckan.

Under inspektionen noterade JO:s medarbetare att en häktad person med restriktioner hade vistats på intagningsavdelningen i cirka tre veckor. En patient berättade att häktade med restriktioner får komma ut 25 minuter per dag uppdelat på fem tillfällen.

Vid den avslutande genomgången frågade JO:s medarbetare hur en patients möjlighet till utomhusvistelse ser ut. Ledningen uppgav att det inhägnade området mellan byggnaden och staketet är området för frigång. Där kan patienterna gå själva på ena sidan byggnaden varje dag. På den andra sidan byggnaden går de patienter ut som behöver ledsagas av personal. De patienter som har beviljats permission kan gå rundor utanför sjukvårdsinrättningens område.

På fråga från JO:s medarbetare om varför en häktad person inte har möjlighet till en timmes utevistelse per dag uppgav ledningen att tidsplaneringen är avtalad med Kriminalvården sedan en lång tid tillbaka.

Inspektionen avslutades.

Uppgifter som har hämtats in efter inspektionen

Handlingar rörande den patient som varit intagen under flera decennier har hämtats in efter inspektionen.

Protokollförare vid inspektionen var Johanna Fransson.

Justeras 2023-04-28

Gunilla Bergerén

Uttalanden av chefsJO Erik Nymansson

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

Vårdmiljö, sysselsättning och daglig motion utomhus

Av protokollet framgår att klinikens lokaler ursprungligen är byggda för att användas som ett äldreboende. Klinikens vårdavdelningar beskrivs som inte helt ändamålsenliga, t.ex. saknas samtalsrum på några vårdavdelningar och det finns bara ett större gemensamhetsutrymme.

Intagningsavdelningen är en tillbyggnad i den befintliga bygganden. Den beskrivs som icke ändamålsenlig, svårarbetad och med ett litet och trångt gemensamhetsutrymme. Vidare kan patienterna som vårdas där få dela rum och patientrummen är avskalade samt saknar helt ljusinsläpp. Där finns även två rum för placering av kriminalvårdsklienter. Dessa rum beskrivs som mörka, helt sterila och utan fönster. Vidare kom det fram att personalen anser att det är svårt att möta patienternas behov av vård på grund av intagningsavdelningens utformning. Mot denna bakgrund ställer jag mig frågande till om det är lämpligt att bedriva rättspsykiatrisk vård där.

Jag vill även framhålla att JO vid flera tillfällen har lyft fram att vårdmiljön är av särskild betydelse för patienter som är föremål för psykiatrisk- och rättspsykiatrisk tvångsvård. Skälet till det är att patienterna i praktiken har sin bostad på vårdinrättningen och vårdmiljön blir en del av boendemiljön. Det är därför angeläget att vårdmiljön ägnas särskild uppmärksamhet vid planering av verksamheten. Liknande iakttagelser av torftiga och stimulifattiga miljöer har gjorts vid andra Opcat-inspektioner (se JO:s protokoll i dnr 6308-2015, 3887-2018 och O 18-2019). I sammanhanget är det värt att notera att Europarådets kommitté mot tortyr, CPT, har framhållit att en bra vårdmiljö och tillgången till såväl psykisk som somatisk behandling är viktiga förutsättningar för att minska risken för att patienter utsätts för omänsklig behandling (CPT/Inf/E [2002] 1–Rev. 2015, s. 50–54).

Jag rekommenderar Region Norrbotten att tillsammans med ledningen för kliniken se över hur patienterna kan få en bättre daglig vårdmiljö, möjlighet till ljusinsläpp i patientrum och mindre stimulifattiga miljöer (se även CPT, CPT/Inf[98] 12, para. 34, där kommittén framhåller behovet av att ägna särskild uppmärksamhet åt inredningen av vårdmiljöerna för att ge patienterna en ”visuell stimulans”).

Vidare framgår det av protokollet att sysselsättningsgraden på avdelningarna är mycket låg. Arbetsterapin var stängd sedan våren 2022 men lokalerna kan nyttjas av en patient i taget när det finns bemanningsmässigt utrymme för det. Vid inspektionen uttryckte både patienter och flera anställda att vården mer är att likna vid förvaring. JO har i tidigare ärenden hänvisat till att CPT har uttalat att psykiatrisk vård ska baseras på en individuell anpassning och

behandlingsplan för varje patient. En sådan plan bör innehålla en bredd av rehabiliterande och terapeutiska insatser och inkludera möjlighet till arbets-terapi, individuell psykoterapi m.m. (CPT/Inf/E [2002] 1 – Rev. 2015, s. 51). Jag delar denna uppfattning.

Vidare har CPT i en standard uttalat att patienter bör ha möjlighet till daglig motion utomhus (CPT/Inf/E [2002] 1 – Rev. 2015, s. 51). Vid inspektionen var utegårdarna till stor del täckta av snö. Mina medarbetare var tveksamma till om behovet av daglig motion utomhus kan tillgodoses på en utegård under de förhållandena. Dessutom var personalens arbetsbelastning avgörande för hur ofta patienter utan frigångsförmån kunde komma ut någon annanstans än på utegårdarna.

I sammanhanget vill jag även hänvisa till att i betänkandet God tvångsvård - trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOU 2022:40) föreslår utredningen, att även patienter som är 18 år och äldre och vårdas enligt LPT och LRV bör få möjlighet till utomhusvistelse och dagliga aktiviteter på samma sätt som barn (jfr 31 b § LPT och 6 § LRV). Jag välkomnade utredningens förslag i mitt remissvar och vill även framhålla att JO vid flera tillfällen har påtalat att utgångspunkten bör vara att patienter som vårdas enligt LPT och LRV ges möjlighet att vistas utomhus minst en timme om dagen (se t.ex. JO:s protokoll i dnr 643-2015 och 3887-2018).

Mot bakgrund av vad jag pekat på ovan uppmanar jag Region Norrbotten att i samråd med klinikledningen göra större ansträngningar för att ge patienterna möjlighet till arbetsterapi och annan sysselsättning samt daglig motion utomhus.

Kontakt med omvärlden

Av protokollet framgår att flera patienter på avdelningarna med förhöjd säkerhetsnivå hade uppfattningen att telefonsamtal endast kan ske med den telefon som finns i avdelningarnas korridor. Telefonens placering medför en risk för att andra patienter eller anställda kan överhöra samtalen.

Jag har nyligen uttalat kritik mot en rättspsykiatrisk klinik för att patienter inte hade möjlighet att tala ostört i telefon. I beslutet uttalade jag att jag inte hade någon invändning mot placeringen av den fasta telefonen, så länge de patienter som får använda telefon även har möjlighet att ringa ostört (se JO:s beslut den 20 januari 2023, i dnr 7702-2021). Huruvida så är fallet vid kliniken i Öjebyn är oklart. Ledningen menade att patienterna har möjlighet att låna en telefon vid behov. Utifrån det som kommit fram om patienternas uppfattning i denna fråga uppmanar jag ledningen att säkerställa att det är tydligt för patienterna att det finns en möjlighet att använda en annan telefon än den som finns i korridoren och att patienterna ges möjlighet till samtal enskilt.

Information om rättigheter och rutiner

Av 30 och 48 §§ LPT samt 26 och 30 §§ LRV framgår vilken information som ska lämnas till en intagen patient.

Av protokollet framgår att patienter får muntlig information om rättigheter och om de rutiner som gäller i verksamheten. Det finns ett skriftligt material om rutiner och rättigheter inom verksamheten men det är oklart om materialet alltid lämnas ut till patienterna. Vård enligt de psykiatriska- och rättspsykiatriska tvångsvårdslagarna är ett allvarligt ingrepp i den personliga friheten. Det är därför angeläget att den som vårdas med stöd av någon av dessa lagar får information om sina rättigheter så att hon eller han kan göra dessa gällande. I de tillämpliga författningarna finns det inte något krav på att information till patienterna ska vara skriftlig. JO har tidigare uttalat att med tanke på att patienterna kan ha svårt att ta till sig den information som lämnas initialt kan det vara lämpligt att det finns ett skriftligt informationsmaterial om de lagstadgade rättigheterna som ett komplement till att informationen lämnas muntligt (se JO:s protokoll i dnr 4043-2017 och 5556-2016). Jag delar denna uppfattning och vill även hänvisa till att CPT i en standard uttalat att skriftlig information om vårdinrättningens rutiner och patienters rättigheter bör överlämnas till varje patient, och dennes anhöriga, i samband med intagningen (CPT/Inf/E[2002] 1 – Rev. 2015 s. 55).

Jag uppmanar ledningen vid klinkern att säkerställa att skriftlig information lämnas till patienten.

Särskilt om en patient som varit intagen under lång tid

En vårdplan ska upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård. Planen ska ange de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås och för att resultaten av dessa insatser ska kunna bestå. Behandlingsåtgärderna ska anpassas till vad som krävs för patienten frivilligt ska medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver (16 och 17 §§ LPT och 6§ LRV).

Av protokollet framgår att en patient varit intagen vid vårdinrättningen under flera decennier. Jag har i denna del konsulterat JO:s expert i psykologi Knut Sturidsson som påtalar följande.

I vårdplanen för den aktuella patienten finns, med undantag för den lite svepande och egentligen givna formuleringen om att patienten ska "[b]ibehålla sina sociala förmågor", inte beskrivet några egentliga mål för vården. Det är inte heller tydligt beskrivet vilka insatser som ska syfta till att minska risken för återfall i brott. Det som beskrivs i vårdplanen som mål är snarare att beteckna som aktiviteter som ska genomföras än mål som ska uppnås. I stället för att vara framåtsyftande och beskriva hur patienten ska rehabiliteras förmedlar vårdplanen en uppgivenhet beträffande patientens möjligheter till återanpassning till samhället. Om man från vårdgivarens sida gör bedömningen att rehabilitering inte är möjlig bör fokus skifta till habiliterande åtgärder och innehåll i vården i syfte att skapa ett så meningsfullt liv som möjligt för patienten.

I vårdplanen finns antecknat att riskbedömningen genomförts i form av HCR-skattning. Med detta torde avses HCR-20 version 3 som är en av de vanligaste förekommande modellerna för att genomföra en strukturerad professionell bedömning av risker för framtida våld. Av vårdplanen går det inte att utläsa några särskilda behandlingsinsatser relaterade till den senaste riskbedömningen. Om en riskbedömning inte värderar vad som kan göras för att minska den bedömda risken är den till liten eller ingen hjälp för vården. Vad gäller den senaste strukturerade riskbedömningen så ska den ha genomförts 2015. Det är uppseendeväckande att verksamheten inte har uppdaterat riskbedömningen sedan dess. Det ska också påpekas att riskbedömningar är att betrakta som en "färskvvara" och upphovsmännen till HCR-20 version 3 rekommenderar att risken bedöms på nytt med intervaller om 6–12 månader eller när omständigheter som kan påverka risken föreligger.

Vidare adresseras det som anses vara patientens huvudsakliga psykiatriska problemområde, så vitt det framgår av vårdplanen, bara med läkemedelsbehandling. I Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende anges att utöver läkemedelsbehandling bör också psykologisk och psykosocial behandling erbjudas. Där listas en rad interventioner som bör erbjudas i fallande prioritetsordning (Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning, 2019). I vilken mån behandlingar av detta slag tillgodosetts framgår inte av vårdplanen.

Jag instämmer i det som experten har anfört. Dessa synpunkter, och vad som i övrigt kom fram vid inspektionen om patientens levnadsförhållanden vid kliniken, väcker frågor avseende vilka andra alternativ för vård och behandling av patienten som klinikledningen har övervägt. Beträffande långtidsavskilda har JO tidigare uttalat att oberoende experter bör anlitas i syfte att säkerställa att patienter får en god vård (se t.ex. JO:s protokoll i dnr 5556-2016). I detta fall handlar det om en patient som vårdats vid kliniken under flera decennier. Jag noterar att kliniken hänvisar till att det är svårt att få till stånd ett fungerande mottagande utanför vårdinrättningen. Av det som kommit fram är det tveksamt om kliniken ens arbetat med ett långsiktigt mål att patienten ska kunna vårdas i öppnare former. CPT har återkommande uppmanat Sverige att se över den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen gällande möjligheten för patienter att erhålla en ny medicinsk bedömning av en oberoende expert (se CPT/Inf [2016] 1 s. 58 och CPT/Inf [2021] 20 para. 77). Jag vill fästa klinikens uppmärksamhet på möjligheten att ta in en oberoende expert för en ny medicinsk bedömning för att säkerställa att patienten får en god vård och behandling.

Tvångsåtgärder

Fastspännings- och avskiljningsrum

Vid inspektionen användes ett av de kombinerade fastspännings- och avskiljningsrummen som patientrum. En madrass hade placerats ovanpå bältesanordningarna på sängen. JO har tidigare uttalat att fastspänning är en mycket ingripande tvångsåtgärd och att det av den anledningen inte är

acceptabelt att en patients säng ständigt är försedd med bälte (se JO:s protokoll i dnr O 3-2019 och 7317-2018). Jag instämmer i den bedömningen.

Det är vidare anmärkningsvärt att det finns en risk att patienter som vårdas på intagningsavdelningen riskerar att se, eller åtminstone höra vad som sägs, när andra patienter är föremål för fastspännings- och avskiljningssituationer. Det förfarande som beskrivs väcker frågan om patientens integritet i förhållande till andra patienter. I sammanhanget vill jag framhålla att CPT rekommenderar att en patient inte ska bli föremål för fastspänning i andra patienters åsyn (CPT/Inf[2017] 6, para. 3.5). Jag delar denna uppfattning och förutsätter att kliniken har tydliga rutiner och ett arbetssätt som upprätthåller integriteten för den enskilde patienten i samband med fastspänning och avskiljning.

Fråga om läkarundersökning vid fastspänning

En patient som ges psykiatrisk eller rättspsykiatrisk vård med tvång får kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning, om det finns en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Det är chefsöverläkaren som beslutar om fastspänning. Uppgiften får dock delegeras till en erfaren läkare vid sjukvårdsinrättningen med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna. Fastspänningen ska vara kortvarig, men om det finns synnerliga skäl får patienten spännas fast längre än kortvarigt. En patient som hålls fastspänd ska minst var fjärde timme undersökas på den sjukvårdsinrättning där han eller hon är intagen. Undersökningen ska göras av en läkare som har rätt att fatta beslut om fastspänning. Hälso- och sjukvårdspersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd. (Se 19 och 39 §§ LPT, 8 och 23 §§ LRV samt 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [HSLF-FS 2022:62] om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, som gäller sedan den 1 mars 2023. Vid tidpunkten för inspektionen fanns en liknande bestämmelse i 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd [SOSFS 2008:18] om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård som numera är upphävd.)

Av protokollet framgår att det inte finns någon bakjour vid kliniken och att bakjouren vid Sunderby sjukhus kontaktas vid behov. Kliniken har vid några tillfällen, när det bedömts att det finns behov av en läkarundersökning inför en eventuell förlängning av en fastspänning i bälte, fått besked av bakjouren att de inte har möjlighet att komma till kliniken i Öjebyn. Fastspänningen har då fått avslutas.

Det som kom fram vid inspektionen indikerar att kliniken under kvällar och helger inte alltid har tillgång till läkare som är på plats i verksamheten. Klinikledningen påtalade vid inspektionen att de inte förfogar över organisationen av bakjouren. Jag vill därför framhålla att JO vid flera tillfällen har understrukt att utgångspunkten är att en fastspänning inom tvångs- och rättspsykiatrin ska användas restriktivt och vara kortvarig. Vidare har JO uttalat att en läkarundersökning ska ske i nära anslutning till att det initiala beslutet om

fastspänning fattats (se JO:s protokoll i dnr O 18-2019). Även CPT har i en standard uttalat att en patient ska bli läkarundersökt så snart som möjligt i samband med att ett beslut om att vidta en tvångsåtgärd fattas (CPT/Inf [2017] 6, p. 2). Jag delar denna uppfattning.

I sammanhanget vill jag även peka på att utgångspunkten vid en fastspänning är att den ska vara kortvarig och normalt endast användas under någon eller några timmar. Patientens tillstånd måste fortlöpande kontrolleras under den tid som fastspänningen pågår. JO har tidigare uttalat att det inte är tillräckligt att denna kontroll verkställs av den omvårdnadspersonal som vakar över patienten. Ansvarig läkare måste göra återkommande bedömningar av patienten vilka ska dokumenteras i journalen. Vidare har JO uttalat att det kan vara lämpligt att dokumentera vem eller vilka som vakar över patienten under bältesläggningen samt under vilken tidsperiod, t.ex. genom s.k. vaklistor som tillförs journalen. Inför varje beslut om omprövning ska den ansvarige läkaren personligen undersöka patienten, och omprövningsbesluten får fattas med högst fyra timmars intervaller (se t.ex. JO 2014/15 s. 461 och s. 477 samt JO:s protokoll i dnr 3816-2017 och 3107-2018).

Mot denna bakgrund vill jag framhålla att det naturligtvis är av största vikt att Region Norrbotten har en organisation som ger förutsättningar för att genomföra de läkarundersökningar som det finns behov av. Jag vill påminna om att fastspänning i bälte utgör en mycket allvarlig inskränkning i en persons grundläggande fri- och rättigheter. Regionen behöver omedelbart vidta de åtgärder som krävs för att upprätthålla patientsäkerheten i samband med fastspänning i bälte.

Allmän inpasseringskontroll

Om det är nödvändigt får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att han eller hon inte bär på sig egendom som inte får innehas på vårdinrättningen (23 § LPT och 8 § LRV). En sjukvårdsinrättning eller avdelning med förhöjd säkerhetsklassificering får under vissa förutsättningar besluta att alla personer som passerar in i inrättningen eller avdelningen ska kroppsvisiteras, s.k. allmän inpasseringskontroll (23 b § LPT och 8 b § LRV). Med förhöjd säkerhetsklassificering avses säkerhetsnivå 1 eller 2 enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

I betänkandet God Tvångsvård (SOU 2022:40) föreslår utredningen att allmän inpasseringskontroll möjliggörs på samtliga sjukvårdsinrättningar eller avdelningar för sluten rättspsykiatrisk vård genom att kravet i 8 b § LRV på förhöjd säkerhetsklassificering tas bort.

Som jag framhöll i mitt remissvar över betänkandet innebär förslaget en inskränkning av grundläggande fri- och rättigheter. Med hänsyn till syftet med förslaget, nämligen att skapa säkra och trygga vårdmiljöer, hade jag inte någon erinran mot dessa i sig. Jag noterade i sammanhanget att utredningen även föreslog att endast patienter som anges i 1 § andra stycket LRV ska få placeras på LRV-inrättningar. Vidare framhöll jag att en sådan ordning är en grundläggande förutsättning för att patienter som inte vårdas enligt LRV ska träffas av bestämmelserna. Det är av väsentlig betydelse att bestämmelser som utgör en inskränkning av grundläggande fri- och rättigheter inte får ett vidare tillämpningsområde än vad som är motiverat av det bakomliggande syftet (se JO:s yttrande den 14 november 2022, dnr R 62-2022).

Av protokollet framgår att patienter vid den avdelning som har säkerhetsnivå 3 regelbundet passerar en larmbåge. Jag erinrar om att lagen för närvarande medger allmän inpasseringskontroll endast under de i 23 b § LPT och 8 b § LRV angivna förutsättningarna.

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

Med anledning av vad som kommit fram översänds en kopia av protokollet till IVO för kännedom.

2023-04-28

Erik Nymansson