

## Kriminalvårdens behandling av en intagen som matvägrat

---

**Beslutet i korthet:** I juli 2018 avled en intagen i anstalten Saltvik, efter mer än två månaders matvägran. ChefsJO har granskat omständigheterna kring dödsfallet. I sitt beslut uttalar hon sig om Kriminalvårdens ansvar för intagna som matvägrar och framhåller bl.a. att det inte är en godtagbar ordning att det enbart är personal utan hälso- och sjukvårdsutbildning som ansvarar för den dagliga kontakten med en intagen med vård- och omsorgsbehov. De omvårdnadsinstruktioner som lämnas av sjukvården till övrig kriminalvårdspersonal ska vara baserade på aktuell information. Det förutsätter att kvalificerad sjukvårdspersonal dagligen träffar den intagne och gör en värdering av om beslutade insatser är tillräckliga.

I beslutet uttalar sig chefsJO vidare om Kriminalvårdens skyldighet att föra en intagen från en anstalt till en sjukvårdsinrättning, om det behövs för att den intagne ska kunna undersökas eller behandlas på ett lämpligt sätt. Enligt henne kan det uppkomma situationer där Kriminalvården bör överväga att föra en intagen till sjukhus även om den intagne uttryckt att han eller hon inte samtycker till transporten. Förutsättningarna för att göra en grundlig undersökning vid allvariga tillstånd får normalt anses vara bättre vid en sjukvårdsinrättning än i en anstalt, där det i en akut situation också kan vara svårt att få en tillförlitlig bedömning av den intagnes beslutsförmåga.

ChefsJO uttalar sig även om möjligheten att besluta om hjärt-lungräddning mot en intagens vilja och anstaltens planering av en transport av den intagne till sjukhus.

### Bakgrund till initiativet

I samband med en Opcat-inspektion den 14 augusti 2018 av anstalten Saltvik kom det fram uppgifter om att en intagen (NN) avlidit i anstalten den 19 juli samma år (se JO:s protokoll, dnr 6027-2018). Vid inspektionen inhämtades incidentrapport, daganteckningar i Kriminalvårdsregistret (KVR), patientjournal och tjänsteanteckningar. Mot bakgrund av den information som stod att finna i dessa handlingar beslutade jag att utreda omständigheterna kring dödsfallet i ett initiativärende.

### Utredningen

Inledningsvis finner jag skäl att beskriva händelseförloppet och några av de åtgärder som Kriminalvården vidtog vid behandlingen av NN under hans vistelse i anstalten Saltvik.

*Vistelsen hos kriminalvården*

NN avtjänade ett långt fängelsestraff och hade vid flera tillfällen under verkställigheten matvägrat. Under perioder hade han varit intagen vid den rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö (RPK Växjö), senast från 2013 till maj 2017, när han återkom till Kriminalvården. Under en placering i anstalten Kumla begärde NN den 7 maj 2018 att han skulle placeras i avskildhet.<sup>1</sup> Samma dag talade han om för kriminalvårdspersonalen att han skulle sluta äta mat. NN uttryckte vid flera tillfällen att han åter ville placeras vid RPK Växjö.

Den 11 maj 2018 bedömde anstalten Kumla att NN var i behov av att byta miljö och att han därför borde omplaceras till en annan anstalt. Anstalten tog samma dag fram ett placeringsunderlag till placeringssektionen inom Kriminalvården och NN underrättades om innehållet. Han transporterades den 16 juni 2018 till anstalten Saltvik. Kriminalvårdens beslut om omplacering är daterat den 19 juni 2018, dvs. tre dagar efter NN:s ankomst till anstalten Saltvik. NN underrättades om beslutet den 21 juni 2018.

*NN:s ankomst till anstalten Saltvik*

När NN anlände till anstalten Saltvik den 16 juni 2018 hade han matvägrat en dryg månad. Han begärde att han skulle placeras i avskildhet och Kriminalvården placerade honom i en standardinredd normalcell på anstaltens avskildhetsavdelning (s.k. ISOL). En sjuksköterska bedömde i samband med inskrivningen att NN kunde stå under normal tillsyn av kriminalvårdspersonal. Normaltillsyn innebär att den intagne ses till vid några tillfällen per dygn, främst under dag- och kvällstid. Sjuksköterskan fattade ett beslut om att upprätta en mat- och vätskelista. Enligt en instruktion skulle kriminalvårdspersonal erbjuda NN måltider och se till att han hade ”en kanna med vatten”. Vid sänkt medvetandegrad, förvirring eller andra tecken på vätskebrist skulle personalen kontakta 112 eller 1177 om anstaltens sjukvårdspersonal inte var på plats.

Med anledning av NN:s matvägran träffade han tre dagar efter ankomsten en läkare som upprättade en åtgärdsplan. Enligt planen skulle NN fortsätta att få normal tillsyn på avskildhetsavdelningen och besök av sjukvården en gång per vecka. Vidare angavs förhållningsregler för hur kriminalvårdspersonalen skulle agera om NN:s tillstånd försämrades. Av handlingarna framgår vidare att NN, i samband med att läkare besökte honom den 19 juni 2018, avböjde alla livsuppehållande åtgärder genom hjärt-lungräddning (HLR). Läkaren antecknade i patientjournalen att han skrev ”ett sådant dokument”. Även den 20 juni 2018 när NN träffade en psykiater uttryckte NN på nytt att han avböjde all HLR. Denna läkare bedömde att HLR måste startas i händelse av akut incident men att patienten vid långsamt borttynande i obotlig sjukdom inte borde ges

---

<sup>1</sup> 6 kap. 4 § fängelselagen (2010:610).

akuta insatser som förlängde livet. En sjuksköterska antecknade den 29 juni 2018 att NN avböjt alla åtgärder i fråga om HLR vid akut sjukdom och att ett sådant dokument skrivits. Fem dagar efter NN:s ankomst till anstalten Saltvik, den 21 juni 2018, hade dock anstaltschefen beslutat att sådana insatser skulle påbörjas vid behov.

#### *Tillsynen av NN*

Kriminalvårdspersonalen som genomförde normaltillsynen upprättade dagliga anteckningar om vad NN erbjudits ifråga om mat och dryck, samt vad han tagit emot eller tackat nej till. Dessa anteckningar sammanställdes i en veckosammanfattning som lämnades till sjukvårdspersonalen. Av sammanfattningarna framgår t.ex. att NN drack vatten och vissa dagar juice. Vidare finns det några anteckningar om att sjukvården hade besökt honom, och att han vid ett antal tillfällen uttryckt önskemål om att få träffa sjukvården. Vissa dagar antecknades hur mycket urin som tömts från hans särskilda urinflaska.

Den 26 juni 2018 antecknade en läkare i patientjournalen att han rekommenderade näringsdryck om NN skulle avbryta sin matvägran. Sjukvården erbjöd därefter NN näringsdryck vid några tillfällen. En sjuksköterska förmedlade den 29 juni 2018 att NN skulle ha särskild tillsyn (omvårdnadstillsyn) en gång i timmen på grund av hans försämrade hälsotillstånd. I en anteckning i patientjournalen samma dag noterades följande: "Åtgärdsplaneringen är enligt riktlinjer och vår bedömning i dag att han ska ha 60 min tillsyn på ISOL, sköterska och läkare en gång per vecka." Samma dag beslutade kriminalvårdspersonalen att NN utöver omvårdnadstillsyn skulle stå under kamerabevakning till dess att han "påvisade ett förbättrat tillstånd/attityd".<sup>2</sup> NN flyttades därför till en sterilcell, dvs. en cell som endast är inredd med en säng, på anstaltens avskildhetsavdelning. Den 1 juli 2018 försågs han även med ett trygghetslarm för att han med säkerhet skulle kunna kontakta kriminalvårdspersonal.

Av handlingarna framgår att NN träffade en sjuksköterska dagligen den 2–4 juli 2018 och att han vid dessa kontakter meddelade att han inte ville föras till sjukhus. En läkare besökte NN den 5 juli 2018, och av patientjournalen framgår att läkaren meddelat NN att om han blev frånvarande, svarslös, medvetandesänkt eller liknande skulle personalen komma att ringa ambulans och han skulle föras till sjukhus. Den 9 juli 2018 meddelade NN att han önskade prata med psykiater eller föras till sjukhus. En sjuksköterska hänvisade till att det skulle göras en läkarbedömning två dagar senare. Vid midnatt natten mellan den 9 och 10 juli 2018 önskade NN något att äta och i samråd bestämde ett vakthavande befäl och två kriminalvårdare att man skulle servera honom en portion med kyckling och pasta. Den 11 juli 2018 avbröts kamerabevakningen och NN

---

<sup>2</sup> Kriminalvårdens beslut fattades enligt den då gällande kameraövervakningslagen (2013:460) som ersatts av kamerabevakningslagen (2018:1200).

flyttades till en normalcell på avskildhetsavdelningen. Samma dag träffade NN en läkare och han uttryckte att han fortsatte att matvägra. Vidare noterade en sjuksköterska i patientjournalen att det i nuläget inte fanns behov av daglig tillsyn av sjukvården då NN var mer stabil i sitt mående.

På förmiddagen den 19 juli 2018 upptäckte kriminalvårdspersonal att NN bl.a. hade trycksår. En sjuksköterska bedömde kl. 11.10 att anstalten inte kunde tillgodose hans behov av hälso- och sjukvård och att han behövde föras till sjukhus. En kriminalvårdspersonal beslutade att NN skulle transporteras till sjukhus med personal mellan kl. 14 och 21. NN hittades avliden i sin cell ca kl. 14.

### *Remitteringen*

JO upprättade en promemoria och remitterade den till Kriminalvården som uppmanades att besvara ett antal frågor. Kriminalvården ombads att vid utformningen av remissvaret samråda med myndighetens medicinskt ansvarige.

I sitt remissvar anförde Kriminalvården, genom dåvarande anstalts- och häkteschefen, bl.a. följande:

Särskilt om N.N:s vistelse i anstalten Saltvik

— — —

Under vistelsen i anstalten Saltvik träffade N.N. läkare vid sju tillfällen. Vid tre av dessa tillfällen var det fråga om besök av psykiatriker. Han träffade även sjuksköterska vid minst nio tillfällen. Psykiatrikern bedömde vid de två första tillfällena att N.N. var medveten om de hälsofaror som han utsatte sig för genom sin matvägran. Det bedömdes vidare att N.N. var kapabel att fatta beslut i frågor avseende sin hälsa. Det sista besöket av psykiatriker ägde rum den 11 juli 2018 och N.N. vägrade vid detta tillfälle att medverka i undersökningen. Läkaren bedömde dock att det inte fanns behov av att vidta någon särskild åtgärd samt att N.N. kunde behandlas i anstalten.

Den 18 juli 2018 uppmärksammade anstaltens personal att N.N:s hälsotillstånd återigen hade försämrats. N.N. vägrade dock att låta sjuksköterska undersöka honom. Den 19 juli 2018 kl. 11.10 besökte sjuksköterska honom på nytt och vid detta tillfälle noterades det att ett misstänkt trycksår hade uppkommit på N.N. samt att det dessutom saknades urin i hans flaska. Han vägrade emellertid fortsatt att bli undersökt. N.N. påträffades livlös i sitt bostadsrum kl. 13.55 av anstaltens personal. Personalen inledde hjärt- och lungräddning, vilken övertogs av ambulanspersonal vid deras ankomst till anstalten. Upplivningsförsöken avslutades kl. 14.40 och N.N. dödförklarades runt kl. 16.00 av läkare som tillkallats till anstalten.

### **Kriminalvårdens redogörelse när det gäller JO:s särskilda frågeställningar**

Allmänt om Kriminalvårdens hälso- och sjukvårdsverksamhet

Kriminalvården har inte något särskilt uppdrag att bedriva hälso- och sjukvård men varje anstalt ska ha tillgång till legitimerad läkare och personal med lämplig sjukvårdsutbildning (jfr 25 § fängelseförordningen [2010:2010], FäF). Kriminalvården har även ett ansvar för att samverka med andra myndigheter samt att aktivt verka för att den intagnes behov identifieras och, så långt som det är möjligt, tillgodoses (se bl.a. prop. 2009/10:135 s. 64).

Myndighetens skyldigheter i detta avseende medför dock inte att den intagnes eget ansvar i det enskilda fallet sätts åt sidan. Kriminalvårdens ansvar för att

tillgodose de intagnas behov av stöd- och vårdinsatser är begränsat av den s.k. normaliseringsprincipen, vilken innebär att det är de ordinarie myndigheterna som primärt ansvarar för de intagnas behov av t.ex. hälso- och sjukvård. Endast i de fall där den intagne omhändertagits på ett sådant sätt att det förhindrar andra myndigheters medverkan eller där stödinsatserna uteslutande har sin grund i Kriminalvårdens uppdrag anses det vara motiverat att göra avsteg från denna princip.

Kriminalvården bedriver av praktiska skäl och med hänsyn till säkerheten hälso- och sjukvård motsvarande primärvård och viss psykiatrisk öppenvård. Vid beslut inom hälso- och sjukvårdsverksamheten har Kriminalvården att respektera bl.a. patientens rätt till självbestämmande och integritet. Hälso- och sjukvård får normalt inte heller ges utan patientens samtycke (jfr 5 kap. 1 § 3 hälso- och sjukvårdslagen [2017:30], HSL, samt 4 kap. 1 och 2 §§ patientlagen [2014:821]). Kriminalvården förfogar vidare inte över frågan om en intagen ska tas in på sjukvårdsinrättning. Det är respektive landsting som beslutar om intagning på sjukhus och som har att bedöma patientens tillstånd i förhållande till exempelvis platstillgången vid en sjukvårdsinrättning samt patientens inställning i vårdfrågan.

Kriminalvårdens särskilda rutiner

JO har efterfrågat vilka rutiner eller former för samarbete Kriminalvården har som innebär att sjukvårdspersonalen är skyldig att hålla anstaltsledningen underrättad om händelseutvecklingen i fall som riskerar att leda till ett för den intagne livshotande tillstånd. I denna del kan följande nämnas.

Utgångspunkten är att uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden som förekommer inom Kriminalvårdens hälso- och sjukvårdsverksamhet omfattas av sekretess enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), OSL. När det gäller uppgifter som förekommer i den kriminalvårdsspecifika delen av myndighetens verksamhet tillämpas en annan sekretessbestämmelse, 35 kap. 15 § OSL. Kriminalvårdsverksamheten och hälso- och sjukvårdsverksamheten anses därför utgöra olika verksamhetsgrenar med en mellanliggande sekretessgräns (jfr. prop. 2004/05:176 s. 55 ff.). En sekretessprövning måste därmed normalt göras för att uppgifter ska kunna lämnas mellan verksamheterna.

Uppgifter exempelvis om en enskilds hälsotillstånd som förekommer i hälso- och sjukvårdsverksamheten kan lämnas ut till Kriminalvårdens övriga verksamhet om en sekretessbrytande bestämmelse eller en bestämmelse om undantag från sekretess är tillämplig, t.ex. när det är fråga om ett nödvändigt utlämnade (jfr 10 kap. 2 § OSL). Den s.k. generalklausulen är emellertid inte tillämplig (se 10 kap. 27 § andra stycket OSL).

Det finns dessutom föreskrifter i FäF som medger att vissa uppgifter av ifrågavarande slag lämnas ut. Om hälso- och sjukvårdspersonal får kännedom om att en intagen lider en viss typ av smittsam sjukdom ska chefen för kriminalvårdsanstalten underrättas, om det inte står klart att det inte finns risk för smittspridning (28 § FäF). Vidare gäller att om hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att det finns risk för att en intagen kan komma att allvarligt skada sig själv ska de uppgifter om den intagnes hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden som behövs för att förebygga att den intagne utför en självskadande handling lämnas till chefen för kriminalvårdsanstalten (29 § FäF).

När det gäller hälso- och sjukvårdsverksamheten inom Kriminalvården finns det centrala rutiner samt en handbok tillika ledningssystem för hälso- och sjukvården (2018:4). Av handboken framgår bl.a. följande (avsnitt 12.4).

Om personalen inom hälso- och sjukvården bedömer att det skulle vara av värde för behandlingen av den enskilde att en uppgift om dennes hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden lämnas till den övriga Kriminalvården, bör personalen förklara detta för den intagne och fråga om

denne samtycker till att uppgiften lämnas vidare. Ett samtycke ska dokumenteras i patientjournalen.

Den särskilda sekretess som råder för hälso- och sjukvården hindrar inte att viktiga uppgifter i särskilda fall lämnas från hälso- och sjukvården till övriga Kriminalvården. Om hälso- och sjukvården har eller får information om att det finns en självmordsrisk beträffande en intagen ska detta omgående anmälas till berörd kriminalvårdspersonal så att nödvändiga åtgärder kan vidtas. Detsamma gäller uppgifter om akut sjukdom eller uppgifter som annars behövs för att undvika att den intagne utsätts för en allvarlig medicinsk risk under sin vistelse inom Kriminalvården eller i samband med en transport. Vid tveksamhet om en uppgift ska lämnas, bör kontakt omedelbart tas med anstalt-/häkteschefen för ställningstagande.

Även i Kriminalvårdens handbok i sekretessfrågor (2011:1) anges hur ifrågavarande situation ska hanteras och utformningen av denna handbok i aktuell del motsvarar i princip vad som redogjorts för ovan.

Kriminalvårdens rutiner när det särskilt gäller hantering av matvägran från en intagen angavs tidigare i myndighetens säkerhetshandbok. Avsnittet om matvägran har emellertid utgått ur den nya versionen av säkerhetshandboken, men finns fortfarande tillgängligt för samtliga medarbetare inom Kriminalvården genom myndighetens intranät. Av dessa riktlinjer framgår i huvudsak följande.

Åtgärdsplanering avseende matvägran omfattar bl.a.:

En uttalad hotelse om vägran att inta mat eller dryck eller misstanke om att intagen varken äter eller dricker ska anmälas omgående till kriminalvårdschefen och verksamhetsställets sjuksköterska eller läkare. Rapporten ska om möjligt ange orsaken till vägran.

Verksamhetsställets sjuksköterska (eller läkare) ska skriftligen anvisa personal om åtgärder som ska vidtas så länge förhållandet varar. Sådana åtgärder ska lämpligen omfatta (vad som anvisas här kan även i tillämpliga delar omfatta intagens vägran att inta ordinerad medicin):

- Former för tillsyn (vad som ska observeras och hur ofta). Särskild information ges till nattpersonalen.
- Former för återrapportering till ansvarig sjuksköterska eller läkare.
- Personalens eventuella åtgärder dokumenteras och förmedlas till ansvarig sjuksköterska eller läkare.
- Tillse att den intagne får i sig vätska. Vätskeintag ska dokumenteras och rapporteras till sjukvårdspersonal. Läkares bedömning om hur länge den intagne kan vara utan vätska.
- Intagna som uppger sig matstrejka ska observeras noga. Iakttagelser ska rapporteras till sjukvårdspersonal.
- Anvisningar ska lämnas om att agera lugnt och följa ett normalt mönster de första dagarna utan några dramatiska åtgärder. Sysselsättning som vanligt, normala samtal.
- Vid behov undersöks den intagne av sjukvårdspersonal som informerar om konsekvenserna av agerandet.
- Diskutera med läkare om lämplig kost när den intagne upphör med sin matvägran.

I detta sammanhang bör även framhållas att det för närvarande pågår ett arbete med att utforma nya rutiner för hantering av mat- och dryckesvägran från en intagen.

JO har vidare efterfrågat vilka rutiner Kriminalvården har som reglerar anstaltsledningens skyldighet att i de nu aktuella situationerna vidta särskilda åtgärder, exempelvis att hämta in ett s.k. second opinion av en extern läkare i syfte att bedöma behovet av vårdintyg.

Det kan konstateras att det, när det gäller frågan om en patients rätt till en s.k. second opinion (i svensk lagstiftning används begreppet ”ny medicinsk bedömning”), finns vissa bestämmelser som är tillämpliga inom Kriminalvårdens hälso- och sjukvårdsverksamhet.

I 6 kap. 7 § andra stycket patientsäkerhetslagen (2010:659) anges att den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska medverka till att patienten får en ny medicinsk bedömning enligt vad som anges i 8 kap. 1 § patientlagen.

Medan motsvarande bestämmelse i HSL (10 kap. 3 §) anger kraven på vårdgivaren riktar sig bestämmelsen ovan till hälso- och sjukvårdspersonalen och anger dess skyldigheter (jfr prop. 2013/14:67 s. 39). Det bör nämnas att bestämmelsen i HSL endast anger *landstingets* skyldigheter att erbjuda en ny medicinsk bedömning, och att den således inte omfattar Kriminalvårdens hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Enligt 8 kap. 1 § patientlagen ska en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada få möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en ny medicinsk bedömning. Patienten ska erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om

1. behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och
2. det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

När det gäller Kriminalvårdens särskilda rutiner i detta avseende kan återigen hänvisas till handboken tillika ledningssystemet för hälso- och sjukvården (2018:4), i vilken det återfinns ett avsnitt avseende patientens rättsliga ställning (avsnitt 7.2). I avsnittet hänvisas till lagstiftningen, varefter bl.a. följande anges.

Med tanke på att Kriminalvårdens intagna inte har samma möjligheter till vårdkontakter som befolkningen i övrigt bör dessa ges möjlighet till förnyad medicinsk bedömning även vid andra sjukdomstillstånd [utöver livshotande eller allvarliga sjukdomar eller skador] som kan ge komplikationer eller framtida men. Om en sådan bedömning görs av en annan konsultläkare är det angeläget att bedömningen ska vara helt oberoende och självständig gentemot den första bedömningen.

Kriminalvården har – för kriminalvårdspersonal i häkten, anstalter och nationella transportenheten – en handbok avseende hälso- och sjukvården inom myndigheten (2012:11). I handboken behandlas främst frågor om hälso- och sjukvårdens utformning inom Kriminalvården och tillhandahållande av läkemedel. Som bilagor till handboken finns även rutiner för första hjälpen samt checklista vid akutsjukdom för vakthavande befäl. Närmare rutiner om hantering av intagna med psykisk sjukdom återfinns i Kriminalvårdens handbok om psykiatrisk sjukhusvård av intagna i häkte och anstalt (2012:5). Av denna handbok framgår bl.a. följande (avsnitt 2.1).

Frågan om vilken vård som klienten ska ges avgörs av läkare. En intagen som behöver akut psykiatrisk vård kan således vårdas utanför anstalten eller häktet. Vårdbehov och formerna för behandlingen av klienten avgör om vården kan ges i öppen vård eller om slutna vård är nödvändig. Målsättningen är att all psykiatrisk vård ska vara frivillig och med den intagnes samtycke. Bedömning av en läkare på häktet eller anstalten eller läkare vid närmaste psykiatriska akutmottagning är första ledet i denna kedja. Eventuellt kan distriktsläkare kallas till anstalten/häktet för att göra bedömningen. Accepterar den intagne att remitteras till sjukhus skrivs en remiss, men om den intagne vägrar måste ett vårdintyg skrivas. Läkare på den psykiatriska sjukvårdsinrättningen avgör därefter vårdbehovet.

Utöver vad som redogjorts för ovan finns inte några centrala rutiner inom Kriminalvården vad avser den aktuella frågan.

#### Anstalten Saltviks förutsättningar samt vidtagna åtgärder

Anstalten Saltvik har en erfaren grupp av hälso- och sjukvårdspersonal bestående av allmänläkare, sjuksköterskor med ett flertal vidareutbildningar, specialister inom psykiatri och psykologer. I de fall de intagnas vårdbehov inte kan tillgodoses av enhetens resurser anlitas den allmänna sjukvården.

I det nu aktuella fallet kan det, utöver vad som ovan angetts, konstateras att hälso- och sjukvårdspersonal vid flera tillfällen har informerat övrig kriminalvårdspersonal om N.N:s tillstånd, vilket framgår av patientjournalen. Personalen har även fått ta emot omvårdnadsinstruktioner avseende N.N. Det bör vidare framhållas att kriminalvårdspersonal regelbundet har dokumenterat N.N:s situation i det centrala kriminalvårdsregistret. Det har inte kommit fram att personalen på något sätt frångått de rutiner som gäller inom Kriminalvården.

Som ovan nämnt undersöktes N.N. under vistelsen i anstalten Saltvik av läkare vid sju tillfällen, varav tre av besöken genomfördes av specialistläkare inom psykiatri. Det har varit fråga om besök från två olika psykiatriker. Av läkarbedömningarna framgår att N.N. inte bedömdes lida av en allvarlig psykisk störning samt att han var beslutskapabel och tillräknelig. Anstalten ansåg därför att det inte fanns skäl för ytterligare bedömning av en extern vårdgivare.

Den 21 juni 2018 beslutade kriminalvårdschefen om att hjärt- och lungräddning vid en eventuell incident skulle genomföras för N.N. fram till det att sjukvårdspersonal anländer till anstalten. Det har därutöver beslutats om andra åtgärder i form av bl.a. särskild tillsyn av N.N., tillhandahållande av trygghetslarm samt kameraövervakning. Det bör också nämnas att samma dag som N.N. avled, dvs. den 19 juli 2018, genomfördes omvårdnadstillsyn av honom vid sammanlagt åtta tillfällen mellan kl. 10.46–13.55.

Av 9 kap. 1 § fängelselagen (2010:610), FäL, framgår att en intagen som behöver hälso- och sjukvård ska vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Om den intagne inte kan undersökas eller behandlas på ett lämpligt sätt i anstalten, ska den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, ska den intagne föras över till sjukhus.

Enligt Kriminalvårdens mening måste det vid tillämpningen av ovanstående bestämmelse emellertid även beaktas vad som anges i hälso- och sjukvårdslagstiftningen bl.a. om att patientens rätt till självbestämmande och integritet ska respekteras samt att hälso- och sjukvård normalt inte får ges utan patientens samtycke. Av FäL framgår vidare att en intagen inte får åläggas att underkasta sig behandling av medicinsk karaktär (se 3 kap. 2 § tredje stycket).

Det kan således uppkomma situationer när det bedöms att den intagne inte kan undersökas eller behandlas på ett lämpligt sätt i anstalten men när denne samtidigt inte samtycker till att ta emot vård vid sjukvårdsinrättning. Kriminalvården kan emellertid konstatera att myndighetens skyldighet att överföra den intagne till sjukhus vid behov är obligatorisk. Av förarbetena framgår att den nuvarande utformningen av 9 kap. 1 § FäL – i förhållande till tidigare lagstiftning – medför en skärpt formulering på så sätt att ”får” har ersatts med ”ska” samt att syftet med detta har varit att ge den intagne ett utökat skydd (se prop. 2009/10:135 s. 158). Enligt Kriminalvårdens mening kan ett beslut endast om att överföra en intagen till sjukhus inte heller anses utgöra medicinsk behandling eller undersökning. Kriminalvården anser att det därför inte finns något generellt hinder mot att i en situation när den intagne motsätter sig vård eller behandling ändå besluta om överförande till sjukhus.

När det gäller den nu aktuella situationen, dvs. att N.N:s hälsotillstånd var nedsatt bl.a. på grund av matvägran, kan det vidare konstateras att förutsättningarna för att göra en grundlig bedömning av ett sådant tillstånd normalt får anses vara bättre vid en sjukvårdsinrättning än i en anstalt. Under sådana omständigheter kan det hävdas att anstalten Saltvik rätteligen borde ha låtit N.N. undersökas vid en sjukvårdsinrättning, eller att en kontakt i vart fall borde ha upprättats med den allmänna sjukvården, i syfte att få till stånd en ny medicinsk



bedömning. Detta har emellertid inte skett. Kriminalvården kan dock konstatera att anstalten Saltvik, vid varje givet tillfälle, har behandlat N.N. helt i enlighet med de anvisningar som har getts av läkare. Enligt Kriminalvårdens mening har det inte heller kommit fram några skäl att ifrågasätta de medicinska bedömningar som de olika läkarna har gjort i ärendet.

Beslutet om kameraövervakning av N.N.

Vid tidpunkten för beslutet om kameraövervakning av N.N. gällde den nu upphävda kameraövervakningslagen (2013:460). Kameraövervakning av en sådan plats som den ifrågavarande fick enligt 23 § kameraövervakningslagen bedrivs utan den övervakades samtycke om övervakningen behövdes för att förebygga, avslöja eller utreda brott, förhindra olyckor eller andra berättigade ändamål, och övervakningsintresset väjde tyngre än den enskildes intresse av att inte bli övervakad. Vid denna bedömning skulle särskilt beaktas hur övervakningen utfördes, om teknik som främjar skyddet av den enskildes personliga integritet användes och vilket område som övervakades.

Ett övergripande syfte med sådan kameraövervakning av ett bostadsrum i en avskildhetsavdelning som nu är fråga om är att Kriminalvårdens personal ska kunna försäkra sig om den intagnes säkerhet och kontrollera den intagnes hälsotillstånd samt snabbt kunna ingripa vid en incident. JO har i tidigare ärende inte haft någon principiell invändning mot att en anstalt övervakar ett avskildhetsrum med kamera i de fall anstalten bedömer att övervakningsintresset väger tyngre än den enskildes intresse av att inte bli övervakad (se JO:s beslut den 15 mars 2018 i ärende dnr 1365-2016).

När det gäller den nu aktuella situationen beslutade anstalten den 27 juni 2018 om särskild tillsyn av N.N. på grund av hans försämrade hälsotillstånd. Den 29 juni 2018 beslutades vidare att N.N. skulle stå under kameraövervakning till det att han uppvisade ett förbättrat tillstånd. Han hade dessförinnan flyttats till en sterilcell, i vilken utrustning för kameraövervakning fanns tillgänglig. Syftet med kameraövervakningen var att kunna upprätthålla en bättre kontroll av N.N:s hälsotillstånd samt att snabbt kunna ingripa om något inträffade. Övervakningsintresset får anses ha vägt tyngre än N.N:s intresse av att inte bli övervakad.

Tillsynen över N.N. har genomgående dokumenterats av anstaltens personal. Som ovan nämnt avslutade N.N. sin matvägran tillfälligt den 10 juli 2018. I samband med detta önskade han även att få titta på TV, vilket inte var möjligt i den sterilcell som han vistades i. Den 11 juli 2018 flyttades han därför till en normalcell utan utrustning för kameraövervakning. Kameraövervakningen av honom avslutades följaktligen vid detta tillfälle.

Beslutet om permission för N.N.

När det gäller beslutet om permission för N.N. den 19 juli 2018 fattades detta i samband med att hans hälsotillstånd kraftigt försämrats. Permissionen avsåg transport till akutmottagning mellan kl. 14.00–21.00 och beslutet motiverades med att N.N. bedömdes vara i behov av hälso- och sjukvård samt att detta behov inte kunde tillgodoses i anstalten.

Rent generellt gäller att Kriminalvården, vid ett beslut om utevistelse i samband med exempelvis ett sjukhusbesök, har att göra en risk- och säkerhetsbedömning utifrån individuella och aktuella faktorer. Ett beslut om permission kan vid behov förenas med villkor om bl.a. fängsel, om det är nödvändigt av säkerhetsskäl.

Vid det aktuella tillfället var N.N. visserligen försvagad på grund av sitt nedsatta hälsotillstånd. Utifrån den information som fanns tillgänglig bedömdes det emellertid finnas en stor risk för fritagning. Enligt den aktuella säkerhetsbedömningen skulle en begäran om hjälp ställas till Polismyndigheten vid en utevistelse av nu aktuellt slag. Beslutet om permission var därför även förenat med villkor om att utevistelsen skulle ske med bevakning samt att N.N. skulle bära fängsel. Det beslutades vidare att tre personalresurser skulle följa med transporten.

Det är möjligt att N.N:s hälsotillstånd hade kunnat påverka bedömningen av om han skulle beläggas med fängsel när den aktuella transporten väl skulle genomföras. Eftersom N.N. avled innan transporten påbörjades gjordes dock inte någon särskild bedömning av detta.

#### Efterföljande utredningar, anmälningar och åtgärder

I samband med N.N:s dödsfall upprättade anstalten Saltvik en incidentrapport med högsta allvarlighetsgrad. Sektionen för särskilda utredningar vid Kriminalvårdens huvudkontor har med anledning av händelsen därefter genomfört en incidentutredning. Ärendet avslutades den 21 december 2018 och av utredningens sammanfattande bedömning framgår i huvudsak följande.

Anstaltens personal har agerat enligt gällande regelverk och anvisningar genom att de utifrån sjukvårdens riktlinjer har skött mat- och vätskelistor samt utfört tillsyn minst en gång i timmen. Personal har även efterföljt anstaltschefens beslut om att utföra hjärt- och lungräddning fram till det att sjukvårdspersonal anlände till platsen. Utifrån underlaget i ärendet – bl.a. de kontinuerliga läkarbedömningarna som utförts samt uppgifterna om N.N:s inställning till vård – bedöms det inte ha funnits skäl för att transportera honom till en extern vårdgivare för bedömning. Även om det skulle ha funnits en mer informativ och reviderad rutin för mat- och vätskevägran med tillhörande checklistor skulle det troligen inte ha påverkat utgången.

Kriminalvården har även, i egenskap av vårdgivare, den 27 februari 2019 lämnat in en s.k. lex Maria-anmälan enligt 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen till Inspektionen för vård och omsorg.

Vad gäller övriga åtgärder som har vidtagits hänvisas det till vad som ovan har angetts avseende det arbete som pågår inom Kriminalvården med att revidera och ta fram en ny rutin för intagnas mat- och vätskevägran.

#### Kompletterande utredningsåtgärder

JO begärde in ytterligare handlingar efter det att remissyttrandet kom in.

Kriminalvården anmälde den 27 februari 2019 händelsen enligt Lex Maria<sup>3</sup> till Inspektion för vård och omsorg, IVO. I anmälan uppgav Kriminalvården att den avsåg en händelse som medfört allvarlig vårdskada.

IVO avslutade ärendet den 18 maj 2020 och anger i beslutet att myndigheten kan komma att följa upp hur de åtgärder som vårdgivaren aviserat i sin anmälan har genomförts.

Enligt uppgift från Kriminalvården den 27 augusti 2021 pågår fortfarande ett arbete inom myndigheten med att ta fram nya riktlinjer för omhändertagandet vid mat- och vätskevägran av en intagen.

#### Rättsliga utgångspunkter

Kriminalvården har redogjort för en del av den relevanta rättsliga regleringen. Jag berör i det följande även vissa andra regler och rekommendationer.

---

<sup>3</sup> Anmälan av händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (Lex Maria), 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

## Skydd för grundläggande fri- och rättigheter

Enligt regeringsformen är var och en gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp.<sup>4</sup> Vidare är var och en gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövanden. Enligt regeringsformen får skyddet under vissa förutsättningar begränsas genom lag.<sup>5</sup>

När det gäller Europakonventionens skydd för grundläggande fri- och rättigheter har Europadomstolen fattat flera avgöranden som rör intagna i anstalt och häkte som hungerstrejkar/matvägrar. Målen har aktualiserat hur myndigheter ska förhålla sig till de intagnas rättigheter och vilka avvägningar som bör ske när olika intressen står mot varandra.

Ett avgörande, *Horoz mot Turkiet*, gäller en häktad intagen som dog till följd av sin matvägran. Här fann domstolen att Europakonventionens artikel 2 om rätten till liv inte hade kränkts. Domstolen konstaterade bl.a. att myndigheterna hade respekterat den intagnes fysiska integritet genom att tillhandahålla lämplig medicinsk behandling, men samtidigt godtagit den intagnes vägran att ta emot sådan.<sup>6</sup>

En av de huvudsakliga ärendekategorierna som rör matvägran i Europadomstolens praxis handlar om utrymmet för myndigheter att tvångsmata intagna. En viktig utgångspunkt för domstolen i dessa mål är att en medicinskt godtagbar livsuppehållande åtgärd i sig i princip inte kan utgöra en sådan omänsklig eller förnedrande behandling som är förbjuden enligt Europadomstolens artikel 3.<sup>7</sup> Tvångsmatning får emellertid endast ske om den är nödvändig och efter ett beslut som tagit hänsyn till rättssäkerhetsgarantier angivna i en särskild process. När dessa villkor inte har efterlevts, har domstolen i ett par ärenden bedömt tvångsmatningen som tortyr. Det handlar om situationer där åtgärden genomförts med särskilda hjälpmedel (som ”munvidgare” och gummislangar) och där den intagne gjort fysiskt motstånd, eller tvångsmatningen genomförts på ett mycket plågsamt sätt.<sup>8</sup>

## Hälso- och sjukvårdslagstiftning

Utgångspunkten i hälso- och sjukvården är att verksamheten ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Det innebär att patienten som huvudregel ska ge sitt informerade samtycke till vård och behandling.<sup>9</sup>

---

<sup>4</sup> Se 2 kap. 6 § regeringsformen.

<sup>5</sup> Se 2 kap. 20 § första stycket 2 och 3 regeringsformen.

<sup>6</sup> *Horoz mot Turkiet*, 1639/03, dom den 31 mars 2009.

<sup>7</sup> Se t.ex. *Jalloh mot Tyskland*, 54810/00, dom i stor sammansättning den 11 juli 2006, p. 94.

<sup>8</sup> Se *Nevmerzhiisky mot Ukraina*, 54825/00, dom den 5 april 2005, och *Ciorap mot Moldavien*, 12066/02, dom den 19 juni 2007.

<sup>9</sup> 4 kap. 1–4 §§ patientlagen (2014:821).

Inom hälso- och sjukvården uppkommer ofta situationer då patienter av olika skäl inte har möjlighet att samtycka till nödvändiga insatser. En patient ska enligt patientlagen få den hälso- och sjukvård som behövs för att avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa om en patients vilja på grund av medvetlöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas.<sup>10</sup> I förarbetena anges att bestämmelsen även är tillämplig när en person som mer varaktigt får anses sakna beslutsförmåga befinner sig i en nödsituation.<sup>11</sup> Vidare anges att med ”annan orsak” avses bl.a. att patienten är okontaktbar på grund av chock, är på väg in i medvetlöshet eller är påverkad av exempelvis narkotiska preparat.

Om patientlagen inte ger stöd för genomförande av den aktuella behandlingen kan brottsbalkens bestämmelse om ansvarsfrihet för handlingar som företagits i nöd ge visst utrymme för vårdpersonal att i akuta situationer behandla patienter utan samtycke. Nöd föreligger bl.a. när fara hotar liv och hälsa.<sup>12</sup> Det krävs dock att den handling som vidtas inte är oförsvarlig. Det innebär att den gärning som företas i nöd ska vara påkallad av ett intresse av betydligt större vikt än det som offras.<sup>13</sup> Bestämmelsen är avsedd att tillämpas endast i undantagsfall.<sup>14</sup> En nödsituation kan endast föreligga en kortare tid och det bör därmed inte vara möjligt att behandla en patient någon längre tidsperiod med stöd av den allmänna nödregelein.

En intagen i en kriminalvårdsanstalt som behöver hälso- och sjukvård ska vårdas enligt de anvisningar som ges av läkare. Om den intagne inte kan undersökas eller behandlas på ett lämpligt sätt i anstalten, ska den allmänna sjukvården anlitas. Om det behövs, ska den intagne föras över till sjukhus.<sup>15</sup>

En intagen får vidare ges rättspsykiatrisk vård om

1. han eller hon lider av en allvarlig psykisk störning,
2. han eller hon med hänsyn till sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har behov av psykiatrisk vård, som kan tillgodoses genom att han eller hon är intagen på en sjukvårdsinrättning, och
3. han eller hon motsätter sig sådan vård eller det till följd av hans eller hennes psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.<sup>16</sup>

---

<sup>10</sup> 4 kap. 4 § patientlagen.

<sup>11</sup> Se prop. 2013/14:106 s. 120.

<sup>12</sup> 24 kap. 4 § andra stycket brottsbalken.

<sup>13</sup> Se prop. 1993/94:130 s. 35.

<sup>14</sup> Se prop. 1962:10 s. 334 B.

<sup>15</sup> 9 kap. 1 § första stycket fängeslagen.

<sup>16</sup> 4 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Beslut om intagning för rättspsykiatrisk vård fattas av en chefsöverläkare vid en sjukvårdsinrättning som drivs av en region. För ett sådant beslut krävs att ett vårdintyg har utfärdats av någon annan läkare. En fråga om intagning för rättspsykiatrisk vård ska avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten. I vissa situationer krävs inte något vårdintyg utan det är tillräckligt att chefsöverläkaren fattar ett beslut om intagning för rättspsykiatrisk vård, grundat på de ovan angivna kriterierna. Så kan till exempel vara fallet om en intagen i kriminalvårdsanstalt förts för frivillig psykiatrisk vård till en sjukvårdsinrättning som drivs av en region.<sup>17</sup> I en sådan situation rör det sig om ett s.k. konverteringsfall, dvs. att vården konverteras från frivillig vård till tvångsvård av en patient som tagits in på sjukvårdsinrättning i frivilliga former men av något skäl inte längre samtycker till vården.<sup>18</sup>

### Socialstyrelsens föreskrifter

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ansvarar vårdgivaren för att det finns ett ledningssystem för verksamheten.<sup>19</sup> Systemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vidare ska vårdgivaren identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet.<sup>20</sup> För varje aktivitet ska vårdgivaren även utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska dels beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras, dels ange hur ansvaret för utförandet är fördelat i verksamheten. Slutligen ska vårdgivaren säkerställa att verksamhetens personal arbetar i enlighet med de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet.<sup>21</sup>

### Hjärt-lungräddning

Hjärt-lungräddning, HLR, är en första hjälpen-behandling som ges för att få ingång hjärtverksamheten och andningen hos någon som har fått hjärtstopp. Svenska läkarsällskapet, Svensk sjuksköterskeförening och Svenska HLR-rådet tog 2013 fram Etiska riktlinjer för hjärt-lungräddning där det bland annat anges att ansvarig läkare kan fatta ett förhandsbeslut att avstå från HLR i en framtida akut situation. Enligt riktlinjerna, som reviderades i februari 2021, är ett skäl som kan motivera ett förhandsbeslut att avstå HLR, att patienten har uttryckt en tydlig önskan om att en sådan åtgärd inte ska sättas in. Ställningstagandet ska

---

<sup>17</sup> 5 § lagen om rättspsykiatrisk vård.

<sup>18</sup> Se Grönwall m.fl., Psykiatrin, tvånget och lagen, JUNO version 7, kommentaren till 5 § LRV.

<sup>19</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9), 3 kap. 1 §.

<sup>20</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 4 kap 2 och 4 §§.

<sup>21</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 6 kap. 1 §.

grundas på en individuell bedömning. Läkaren ska väga samman relevanta individuella faktorer som aktuellt hälsotillstånd, prognos, risk i förhållande till nytta, patientens egen inställning till behandlingen och patientens egen bedömning av sin livskvalitet. Det är varken försvarbart eller tillåtet att fatta beslut om att rutinmässigt avstå HLR för en grupp patienter eller med hänvisning till deras vårdform. Om en beslutsförmögen och välinformerad patient framför önskemål om att inte ges HLR ska detta önskemål respekteras och dokumenteras av ansvarig läkare. Vidare anges att det är viktigt att försöka utesluta att en patients önskan om att avstå från HLR inte beror på någon missuppfattning eller är ett uttryck för tänkande starkt influerat av en depressiv episod eller påverkan av annat övergående och behandlingsbart tillstånd.

### Kriminalvårdens interna styrdokument

Jag redovisar nedan vissa avsnitt i den arbetsordning och Handbok och ledningssystem för Hälso- och sjukvården inom Kriminalvården (2018:4) som gällde för myndigheten vid tiden för NN:s matvägran.

#### *Arbetsordning för Kriminalvården*

Enligt Kriminalvårdens arbetsordning är generaldirektören vårdgivare för den hälso- och sjukvård som myndigheten bedriver.<sup>22</sup> Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef).<sup>23</sup> Det är regionchefen som inom Kriminalvården är verksamhetschef och i den egenskapen ansvarig för den hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten bedriver inom regionen.<sup>24</sup>

Kriminalvårdschefer har inom sitt ansvarsområde ansvar för bl.a. att säkerställa att de rutiner som krävs för att utföra det klientnära arbetet är i enlighet med nationell och regional inriktning.<sup>25</sup>

Om det finns motstridiga dokument som har beslutats på olika nivåer har dokument som beslutats av generaldirektören eller annan överordnad chef företräde. Det är inte tillåtet att reglera sådant som redan är reglerat i ett styrande dokument på högre nivå eller att reglera i strid med sådana dokument. Regioncheferna och kriminalvårdscheferna ansvarar för att kontrollera att berörda dokument är förenliga med styrande dokument på högre nivå.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> Arbetsordning för Kriminalvården, rev. 1 juli 2020, avsnitt 4.1.

<sup>23</sup> 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

<sup>24</sup> Arbetsordningen för Kriminalvården, avsnitt 8. Anstalten Saltvik tillhör Kriminalvårdens Region Nord.

<sup>25</sup> Arbetsordningen för Kriminalvården, avsnitt 9.3. Anstaltschefen för anstalten Saltvik har befattningen kriminalvårdschef.

<sup>26</sup> Arbetsordningen för Kriminalvården, avsnitt 9:3.

*Handbok och ledningssystem för hälso- och sjukvården inom Kriminalvården*

Av Kriminalvårdens handbok och ledningssystem för hälso- och sjukvården framgår bl.a. följande. Till stöd för generaldirektören i rollen som vårdgivare finns även en medicinsk rådgivare som på uppdrag av generaldirektören fullgör de uppgifter som tillkommer vårdgivaren enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Kriminalvårdschefen är – i egenskap av arbetsgivare för hälso- och sjukvårdspersonalen – ansvarig för att organisera sjukvården på enheten och också ytterst ansvarig för säkerheten på enheten. En kriminalvårdsinspektör kan vara ansvarig för den direkta arbetsledningen av hälso- och sjukvårdspersonal.<sup>27</sup>

Verksamhetschefen är enligt avsnitt 6 i handboken skyldig att dels inom ramen för vårdgivarens ledningssystem säkerställa att fastställda rutiner är kända och följs, dels anpassa rutiner och ansvar för samarbete och samverkan mellan olika personalkategorier samt med andra vårdgivare. I samma avsnitt anges också att hälso- och sjukvårdspersonal ska fullgöra sina medicinska arbetsuppgifter, för vilka han eller hon själv bär ansvaret enligt 6 kap. patientsäkerhetslagen.<sup>28</sup>

**Internationella normer***Europeiska kommittén mot tortyr*

Den europeiska kommittén mot tortyr (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT) är sammansatt av oberoende experter som har till uppdrag att i Europarådets 47 medlemsstater besöka platser där personer kan hållas frihetsberövade. Efter varje besök publicerar kommittén en rapport som vanligen innehåller ett antal rekommendationer till det besökta landet och syftar till att förbättra situationen för frihetsberövade personer. CPT gör även mer generella uttalanden om tematiska frågor, bl.a. i kommitténs årsrapporter.

CPT har i rapporter uttalat att alla patienter som har beslutskapacitet är fria att vägra behandling och andra medicinska ingrepp.<sup>29</sup> Alla avvikelser från denna fundamentala princip ska enligt CPT endast kunna ske med lagstöd och då det finns tydliga och klart definierade exceptionella omständigheter som är tillämpliga och som ger en likvärdig behandling av patienter. I några länder kan det uppställas krav på myndigheter och professionella organisationer att läkare ska ingripa för att förhindra dödsfall så snart en patients medvetandegrad blir allvarligt nedsatt. I andra länder kan det finnas reglering i lag som anger att det är ett kliniskt beslut av behandlande läkare att avgöra om behandling med tvång kan ske efter att denne har sökt råd och vägt in alla relevanta omständigheter.

---

<sup>27</sup> Kriminalvårdens handbok och ledningssystem för hälso- och sjukvården inom Kriminalvården, 2020:1, s.13.

<sup>28</sup> Kriminalvårdens handbok för ledningssystem för hälso- och sjukvården inom Kriminalvården, 2020:1, s. 13.

<sup>29</sup> CPT/Inf/E (2002) I – rev 2010.

*Fängelsereglerna*

Europarådet har antagit särskilda regler för behandlingen av frihetsberövade personer i t.ex. fängelse och häkte, de s.k. europeiska fängelsereglerna, som reviderades 2020.<sup>30</sup> Som medlem av Europarådet har Sverige varit med vid antagandet av detta dokument. Som jag tidigare framhållit bör internationella standarder av detta slag enligt min mening beaktas bl.a. vid proportionalitetsbedömningen i enskilda fall, liksom vid Kriminalvårdens arbete med riktlinjer och rutiner.<sup>31</sup>

Enligt de europeiska fängelsereglerna ska läkare eller sjuksköterska som rapporterar till en läkare, särskilt uppmärksamma hälsotillståndet hos intagna som hålls i isolering. En läkare eller en sjuksköterska som rapporterar till en läkare ska dagligen besöka sådana intagna och omedelbart ge dem läkarvård på begäran av dem själva eller fängelsepersonalen.<sup>32</sup> Vidare ska läkare rapportera till fängelsechefen närhelst det bedöms att en intagens fysiska eller psykiska hälsa allvarligt äventyras av fortsatt fängslande eller av något annat förhållande under vilket fängslandet äger rum, inklusive förhållanden vid isolering.<sup>33</sup>

Vidare anges i fängelsereglerna att fängelsechefen ska beakta de rapporter och råd som läkaren eller annat behörigt organ lämnar och ska, om fängelsechefen instämmer i de rekommendationer som lämnats, omedelbart vidta åtgärder för att genomföra dem.<sup>34</sup> Om läkarens rekommendationer ligger utanför fängelsechefens befogenheter, eller om fängelsechefen inte instämmer i dem, ska denne omedelbart vidarebefordra läkarens råd och ett eget yttrande till överordnat organ.<sup>35</sup> Fängelsereglerna innehåller även regler om hur tillhandahållandet av hälso- och sjukvård ska ske. Som exempel kan nämnas att intagna som är i behov av specialistbehandling ska överföras till specialiserade fängelser eller till civila sjukhus om behandlingen inte är tillgänglig i fängelserna. Om ett fängelse har sin egen sjukvårdsinrättning ska denna vara lämpligt bemannad och utrustad för att ge erforderlig vård och behandling åt intagna som remitteras till den.<sup>36</sup>

*World Medical Association*

Den icke-statliga internationella organisationen World Medical Association, där bl.a. Sveriges läkarförbund ingår, har antagit en deklaration angående hungerstrejkande (den s.k. Maltadeklarationen). Av deklarationen framgår bl.a. att en patients självbestämmande i samband med matvägran/matstrejk alltid

---

<sup>30</sup> Recommendation Rec(2006)2-rev of the Committee of Ministers to member States on the European Prison Rules, den 1 juli 2020.

<sup>31</sup> Se JO 2017/18 s. 131.

<sup>32</sup> Regel 43.2.

<sup>33</sup> Regel 43.3.

<sup>34</sup> Regel 45.1.

<sup>35</sup> Regel 45.2.

<sup>36</sup> Regel 46.



måste respekteras. En läkare behöver för att kunna bedöma denna rätt till självbestämmande undersöka den intagne för att därefter bedöma hans eller hennes psykiska tillstånd. Bedöms den intagne vara tillräckligt psykiskt frisk för att kunna fatta beslut om sin egen hälsa bör läkaren försäkra sig om den intagnes syfte med sin matvägran och att han eller hon till fullo förstår vilka konsekvenser den medför för hans eller hennes hälsa. Genom att ställa frågor till den intagne kan läkaren försäkra sig om att denne har förstått informationen. Vidare anges att läkare dagligen bör försäkra sig om en intagen vill fortsätta att matvägra och vilka önskemål den intagne har när han eller hon inte längre kan göra sig förstådd, dvs. om den intagne vill fortsätta strejken, även om syftet med strejken inte uppnås, tills han eller hon dör. Den intagnes uttalanden måste dokumenteras. Vid en konflikt mellan myndighetens ansvar att hålla en intagen vid liv och den intagnes önskan, är läkarens ansvar i första hand att tillgodose patientens, den intagnes vilja.<sup>37</sup>

## **Bedömning**

### **Inledande överväganden**

Mitt syfte med detta ärende har varit att försöka utreda hur förhållandena var för NN under hans matvägran och om Kriminalvården brustit i sin behandling av honom. Jag noterar att Kriminalvården i sitt yttrande pekar på att myndighetens ansvar för att tillgodose de intagnas behov av stöd- och vårdinsatser är begränsat av den s.k. normaliseringsprincipen, vilken innebär att det är de ordinarie myndigheterna som primärt ansvarar för de intagnas behov av t.ex. hälso- och sjukvård. I sitt remissvar uppger Kriminalvården att endast i de fall där en intagen omhändertagits på ett sådant sätt att det förhindrar andra myndigheters medverkan eller där stödinsatserna uteslutande har sin grund i Kriminalvårdens uppdrag anses det vara motiverat att göra avsteg från denna princip. I ärendet aktualiseras således Kriminalvårdens ansvar som vårdgivare och frågan om myndighetens organisation medförde några begränsningar i NN:s tillgång till hälso- och sjukvård.

### **Kriminalvårdens beslut om omplacering av NN**

Av det placeringsunderlag som anstalten Kumla upprättade i maj 2018 framgår inte att NN hade matvägrat sedan en tid tillbaka. Underlaget lades till grund för placeringssektionens prövning och i omplaceringsbeslutet den 19 juni 2018, som innebar att NN skulle vara placerad i anstalten Saltvik, omnämns inte att han matvägrade. Utifrån den dokumentation som jag har haft tillgång till är det således inte möjligt att utläsa om placeringssektionen kände till denna viktiga omständighet och om den vägdes in i bedömningen.

---

<sup>37</sup> Se Declaration of Malta on Hunger Strikers, reviderad oktober 2017.

Av betydelse i sammanhanget är vidare att NN:s tillstånd med största sannolikhet hade försämrats under den dryga månad av matvägran som förflutit mellan anstalten Kumlas begäran om omplacering och det att han transporterades till anstalten Saltvik. Omplaceringen innebar dessutom att NN, som även hade en underliggande allvarlig sjukdom, flyttades från Kriminalvårdens enda anstalt med en omvårdnadsavdelning. Det framgår inte om placeringssektionen vägt in dessa förhållanden i sitt beslut. Det enda skäl som angetts för omplaceringen var att det bedömdes föreligga en förhöjd risk för fortsatt misskötsamhet och att en förflyttning till anstalten Saltvik bedömdes nödvändig för att ordningen och säkerheten skulle kunna upprätthållas. Av beslutet framgår vidare att lämplig sysselsättning kunde tillhandhållas och NN erbjudas placering i gemensamhet.

Det är enligt min mening allvarligt att Kriminalvården vid beslutet om omplaceringen inte tycks ha beaktat vare sig det förhållandet att NN matvägrade eller vad en omplacering skulle ha för inverkan på möjligheterna att ge honom en adekvat vård. Av handlingarna i ärendet står det vidare klart att NN transporterades från anstalten Kumla innan det hade fattats ett beslut om omplacering. Detta förhållande har inte närmare kommenterats av myndigheten. Enligt min mening är det djupt otillfredsställande att hanteringen av omplaceringen har skett i vad som måste beskrivas som en omvänd ordning, och att beslutsfattaren i praktiken endast bekräftade ett redan fullbordat faktum. Genom Kriminalvårdens agerande berövades NN möjligheten att begära en omprövning av beslutet innan det verkställdes.

Sammantaget är jag mycket kritisk till de brister i Kriminalvårdens hantering som jag här har uppmärksammat.

#### Tillsynen av NN

Kriminalvården bedriver viss hälso- och sjukvård och är att anse som vårdgivare i den mening som avses i hälso- och sjukvårdslagen. Av Kriminalvårdens yttrande framgår att sjuksköterskor i anstalten Saltvik träffade NN ”minst” nio gånger från det att han ankom den 16 juni 2018 till dess han avled den 19 juli samma år. Därutöver träffade NN anstaltens läkare vid sju tillfällen. Tre av dessa besök genomfördes av en psykiater. Ansvaret för de dagliga kontakterna med NN låg på övrig kriminalvårdspersonal, dvs. personal som i regel saknar hälso- och sjukvårdsutbildning.

Frågor om Kriminalvårdens ansvar för intagna som matvägrar uppmärksammades redan under 1980-talet i vissa lagförarbeten.<sup>38</sup> Där framhölls bl.a. följande:<sup>39</sup>

Men även om den första undersökningen visar att den [hunger]strejkande inte lider av en psykisk sjukdom eller därmed jämställd psykisk abnormitet, bör han

---

<sup>38</sup> Se prop. 1983/84:148 s. 19 ff.

<sup>39</sup> Se prop. s. 24.

uppenbarligen stå under fortsatt tillsyn av läkare. Det kan inte ankomma på kriminalvårdens personal att bedöma om och när överförande till sjukvård bör ske och medicinska åtgärder bör sättas in med anledning av strejken. Detta är frågor som uteslutande måste bedömas av läkare.

Det finns goda skäl för en sådan ordning och jag ställer mig bakom de redovisade förarbetsuttalandena.

De anvisningar som lämnades av läkare och sjuksköterska i NN:s fall har tagits om hand genom att kriminalvårdspersonal i samband med den dagliga tillsynen för hand dokumenterade bl.a. NN:s vätskeintag. Dessa anteckningar sammanställdes veckovis och dokumenterades i KVR, med avsikt att hälso- och sjukvårdspersonalen skulle få del av dem. Den i flera avseenden bristfälliga dokumentationen i KVR gör det svårt att följa om och i så fall vilka instruktioner som sjukvården lämnat till kriminalvårdspersonal och när detta skett. Det leder till att en granskning i efterhand av händelseförloppet försvårats, vilket är otillfredsställande. Av handlingarna framgår att sjukvården inte blev kontaktad av kriminalvårdspersonal i samband med beslutet om kamerabevakning. Med hänsyn till den utsatta situation som NN befann sig i ifrågasätter jag starkt om det var rimligt att kamerabevakningen fick bli ett komplement till omvårdnadstillsynen.

Det som kommit fram tydliggör att det, som jag redan redovisat, inte är en godtagbar ordning att det enbart är personal utan hälso- och sjukvårdsutbildning som ansvarar för den dagliga kontakten med en intagen med vård- och omsorgsbehov. Detta gör sig naturligtvis särskilt gällande i förhållande till intagna med så omfattande behov som NN. En viktig aspekt är nämligen att de omvårdnadsinstruktioner som lämnas av sjukvården till övrig kriminalvårdspersonal måste vara baserade på aktuell information. Det förutsätter att kvalificerad sjukvårdspersonal löpande, dvs. dagligen, träffar den intagne för en bedömning av dennes hälsotillstånd och utifrån det gör en värdering av om beslutade insatser är tillräckliga eller om de bör förändras. En sådan ordning motsvarar bättre de ovan nämnda förarbetsuttalandena rörande matvägrande intagna och ligger även i linje med de europeiska fängelsereglerna samt vad som rekommenderas i Maltadeklarationen om att en patients självbestämmande i samband med matvägran alltid måste respekteras, och att en läkare dagligen bör försäkra sig om en intagen vill fortsätta sin matvägran.

Jag noterar att anstalten Saltvik vid den aktuella tidpunkten inte hade några riktlinjer för hur personalen skulle ta om hand en intagen som matvägrar. Kriminalvården har i sitt remissyttrande hänvisat till att man höll på att ta fram myndighetsgemensamma riktlinjer för sådana situationer. Efter remissyttrandet har en översyn gjorts av myndighetens handbok för hälso- och sjukvård. Som framgått ovan har dock Kriminalvårdens arbete med myndighetsgemensamma riktlinjer för situationer där en intagen matvägrar ännu inte slutförts. Enligt min uppfattning behöver Kriminalvården i samband med det arbetet se över hur kontakterna mellan kriminalvårdspersonal och hälso- och sjukvård ska ske när intagna bedöms ha behov av omvårdnadstillsyn. Det är även nödvändigt att Kriminalvården beaktar den tidigare nämnda Maltadeklarationen och den

vägledning deklARATIONEN ger för hur enskilda ska bemötas vid matvägran under vistelse i en anstalt eller i ett häkte.

#### Kriminalvårdens bedömning av NN:s behov av sjukhusvård

När NN:s matvägran fortskred behövde Kriminalvården ta ställning till om han kunde ges nödvändig vård i anstalt eller om det fanns skäl att överföra honom till sjukhus.<sup>40</sup> En viktig fråga i det här sammanhanget är om det är möjligt att mot en intagens vilja föra denne från anstalten till en sjukvårdsinrättning, för en undersökning. Som redan nämnts är utgångspunkten för all hälso- och sjukvård att den ska tas emot på frivillig basis. En intagen får inte åläggas att underkasta sig behandling av medicinsk karaktär.<sup>41</sup> Med sådan behandling avses såväl somatisk som psykiatrisk behandling. Medicinsk behandling av en intagen kan, liksom annars i samhället, alltså normalt endast ges på frivillig grund.<sup>42</sup> I sammanhanget bör uppmärksammas att en persons matvägran under längre tid i sig kan ge upphov till sjukdomstillstånd som faller under den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen. Frågan om i vilken utsträckning vårdinsatser i strid med patientens uttryckliga vilja i övrigt kan anses försvarliga är komplicerad. Beträffande angelägen kroppssjukvård av patienter som är föremål för psykiatrisk tvångsvård uttalas i förarbetena att samhället har åtagit sig ett särskilt ansvar för de personer som omhändertagits med tvång på en vårdinrättning, och att det därför inte bör råda någon tvekan om att livräddande åtgärder får vidtas mot patientens vilja.<sup>43</sup> För egen del vill jag framhålla att bedömningen även i dessa fall måste grundas på antaganden om bristande beslutsförmåga. Jag har således svårt att se att enbart det förhållandet att en person är frihetsberövad skulle påverka rätten till självbestämmande i fråga om medicinsk vård och behandling. Nödrätten är vidare avsedd att tillämpas endast i undantagsfall där hälsofaran är verkligt allvarlig och överhängande.

En central fråga i ärendet är vilken information som hälso- och sjukvården lämnade till kriminalvårdschefen när NN:s hälsotillstånd försämrades.<sup>44</sup> Som framgått ovan uttryckte NN ambivalens i förhållande till sjukhusvård. Enligt min mening är därför en anteckning som en sjuksköterska gjorde måndagen den 9 juli 2018 i patientjournalen problematisk. Av anteckningen framgår följande:

Klienten önskar prata med psykiatriker, säger sig ha svårt att särskilja vad som är verkligt och inte. Ut. hänvisar till psykiatrikerbedömning på onsdag. Ej aktuellt att köra klienten ut för bedömning idag som klienten har önskemål om r/t klienten inte ter sig vårdintygsmässig. Vid dagens undersökningstillfälle ter sig ändå klienten adekvat i det avseende att han kan hålla tråden i samtalet, kan återge vad som sagts vid tidigare bedömningar och när detta skett.

---

<sup>40</sup> 9 kap. 1 § fängelselagen.

<sup>41</sup> 3 kap. 2 § tredje stycket fängelselagen.

<sup>42</sup> Prop. 2009/10 s. 129.

<sup>43</sup> Prop. 1990/91:58 s. 257.

<sup>44</sup> 29 § fängelseförordningen (2010:2010).

Jag vill understryka att det endast är läkare som, efter egen undersökning av den intagne, kan göra en bedömning av om det finns skäl för ett vårdintyg enligt lagen om rättspsykiatrisk vård. Ett sådant intyg avser dock förutsättningarna för psykiatrisk vård utan samtycke och är inte avgörande för om en patient ska anses sakna förmåga att själv ta ställning till angelägen kroppssjukvård. Även bedömningar av den senare frågan, som kan ha betydelse för nödreglernas tillämplighet, bör dock i första hand göras av en läkare. Av detta skäl borde ansvarig beslutsfattare inom kriminalvården ha underrättats för ett ställningstagande till om NN skulle föras till sjukhus för bedömning eller om en läkare skulle tillkallas.

Under den månadslånga vistelsen i anstalten Saltvik besöktes NN som redan nämnts vid tre tillfällen av en psykiater. Den sista psykiatriska bedömningen av NN ägde rum den 11 juli 2018. Efter besöket skrev läkaren en anteckning i patientjournalen om NN:s hälsotillstånd. Anteckningen innehåller inte någon redovisning av nyttillkommen information sedan den senaste bedömningen den 5 juli 2018. Vidare saknas uppgifter om NN:s fysiska och psykiska status samt resonemang om skäl för och emot ett eventuellt vårdintyg. Dessa brister gör att det i efterhand är svårt att förstå läkarens bedömning, och om Kriminalvården kunde tillgodose NN:s behov av vård och behandling. Det tyder på att det fanns en osäkerhet om hans hälsotillstånd vid denna tidpunkt vilket visar på brister i omhändertagandet av NN i den utsatta situation som han befann sig i.

Till hälso- och sjukvården räknas också sjuktransporter.<sup>45</sup> Utgångspunkten är således att en beslutskompetent patient kan tacka nej till exempelvis en ambulanstransport. När det gäller kriminalvårdens transporter för att fullgöra skyldigheten enligt fängelselagen att i vissa situationer föra en intagen till sjukhus, framstår situationen dock inte som riktigt lika klar, bl.a. mot bakgrund av att myndigheten endast i vissa fall agerar som vårdgivare. Om en intagen inte kan undersökas eller behandlas på ett lämpligt sätt i anstalten, har myndigheten en lagstadgad skyldighet att anlita den allmänna sjukvården. I vissa fall kan personal från den allmänna hälso- och sjukvården komma till anstalten för en bedömning av vårdbehovet men om det behövs ska den intagne föras över till sjukhus. Sker transporten utan medverkan av hälso- och sjukvårdspersonal bör den enligt min mening inte betraktas som en sjuktransport i hälso- och sjukvårdslagens mening. Det skulle därmed vara först i samband med ankomsten till sjukvårdsinrättningen som den intagnes vilja att ta emot vård och behandling på frivillig basis kan bedömas. Även när det gäller intagnas möjligheter att tacka nej till en ambulanstransport kan kravet på frivillighet ibland få stå tillbaka, när det i en akut situation inte finns förutsättningar för att

---

<sup>45</sup> 2 kap. 1 § 2 HSL.

få till stånd en tillförlitlig bedömning av den intagnes beslutsförmåga. Jag vill därför framhålla att det inte är en nödvändig förutsättning att det finns ett vårdintyg för att en intagen ska kunna transporteras till en sjukvårdsinrättning mot hans eller henne vilja.

Utredningen visar att det kan uppkomma situationer där Kriminalvården bör överväga att föra en intagen till sjukhus om han eller hon inte kan undersökas eller behandlas på ett lämpligt sätt i anstalten, även om den intagne tidigare uttryckt att han eller hon inte samtycker till att ta emot vård vid en sjukvårdsinrättning.<sup>46</sup> Kriminalvården anför i sitt remissyttrande att om det uppkommer sådana situationer har myndigheten en skyldighet att överföra den intagne till sjukhus. Vidare uppger myndigheten att förutsättningarna för att göra en grundlig undersökning vid allvarliga tillstånd normalt får anses vara bättre vid en sjukvårdsinrättning än i en anstalt. Jag delar denna uppfattning och enligt min mening borde sjukvårdspersonalen självständigt ha bedömt om NN:s vårdbehov under hälso- och sjukvårdslagarna kunde tillgodoses hos Kriminalvården samt meddelat sin bedömning till behörig kriminalvårdschef.<sup>47</sup>

Sammantaget framstår det som att Kriminalvården förhållit sig alltför passiv i förhållande till vilka åtgärder som var möjliga och rimliga att vidta. Enligt min mening skulle det ha varit en högst rimlig åtgärd att snarast överföra NN till sjukhus för undersökning och behandling när han själv uttryckte en sådan önskan och hans allmäntillstånd var allvarligt nedsatt på grund av långvarig matvägran. Även om NN inte samtyckte till en transport anser jag att en sådan ändå skulle ha kunnat genomföras om han inte kunde undersökas eller behandlas på ett lämpligt sätt i anstalten och därför behövde föras till sjukhus för att få en kvalificerad bedömning av sitt hälsotillstånd och sin beslutsförmåga. I båda fallen skulle NN ha fått tillgång till relevant information samt möjlighet att i sjukhusmiljö uttrycka sin inställning till vård och behandling av sin sjukdom och matvägran. Slutligen uppmanar jag Kriminalvården att säkerställa att det finns tillräckliga rutiner och förutsättningar för samverkan mellan hälso- och sjukvårdspersonalen och kriminalvårdspersonal beträffande intagna i behov av hälso- och sjukvård.

Kriminalvårdens inställning till den intagnes vilja om att inte ges HLR  
Som framgått ovan bör utgångspunkten enligt min mening vara att en frihetsberövad som matvägrar liksom andra människor som bedöms beslutskapabla anses ha rätt att vägra att ta emot vård och behandling. Det är en uppfattning som överensstämmer med vad som anges i såväl hälso- och sjukvårdslagstiftningen som fängelselagen om bl.a. att patientens rätt till

---

<sup>46</sup> 9 kap. 1 § fängelselagen.

<sup>47</sup> 29 § fängelseförordningen.

självbestämmande och integritet ska respekteras samt att hälso- och sjukvård normalt inte får ges utan patientens samtycke.<sup>48</sup>

Av handlingarna framgår att anstaltschefen den 21 juni 2018 beslutade att HLR skulle inledas när en akut situation uppstod. Eftersom läkaren vid den tidpunkten gjorde bedömningen att det inte fanns förutsättningar för ett vårdintyg och det inte heller i övrigt kom fram några uppgifter om att NN inte var beslutskompetent, har jag svårt att se att anstaltschefens beslut var riktigt. Enligt min mening borde anstaltschefen ha respekterat den vilja som NN gav uttryck för i sina kontakter med läkare, om att inte ta emot HLR. Anstaltschefen borde dock ha säkerställt att kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal gjorde dagliga bedömningar av NN:s mående för att löpande kunna bedöma om NN kunde behandlas i anstalten eller om det fanns behov att föra honom till sjukhus. Jag är även i detta avseende mycket kritisk till Kriminalvården hantering av NN:s tillgång till hälso- och sjukvård.

#### Placeringen i avskildhet

En intagen får, om det är lämpligt, på egen begäran hållas avskild från andra intagna.<sup>49</sup> Vid alla beslut om avskildhet ska en intresseavvägning göras utifrån proportionalitetsprincipen i 1 kap. 6 § fängelselagen eftersom det handlar om en tvångs- och kontrollåtgärd. Kriminalvården ska göra en samlad bedömning i varje enskilt fall och avgöra om den intagens begäran ska medges.

Kriminalvården medgav NN:s begäran om att han skulle placeras i avskildhet och han vistades huvudsakligen i en vanlig cell på avskildhetsavdelningen. Jag noterar dock att han under en 14-dagarsperiod var placerad i en s.k. sterilcell, inredd endast med en säng. Under vistelsen i anstalten Saltvik nekade han vid något tillfälle att överföras till sjukcell. Av KVR framgår vidare att NN endast vid ett fåtal tillfällen vistades utomhus. Under övrig tid befann han sig i sin cell.

En placering i avskildhet innebär en stor risk för att en intagen blir isolerad. Enligt vad som framkommit har de isoleringsbrytande åtgärder som NN åtnjutit under vistelsen i anstalten Saltvik varit mycket få. Jag har tidigare uttalat att Kriminalvården ska arbeta mot att försöka bryta isoleringen av en intagen för att i förlängningen kunna avsluta avskiljandet. NN träffade läkare vid sju tillfällen under den dryga månad som han vistades i anstalten Saltvik och sjuksköterska vid ca nio tillfällen. Enligt min uppfattning var sjukvården inte i tillräckligt hög grad delaktig i omvårdnaden av NN, t.ex. genom att dagligen besöka honom. Jag noterar att det i Kriminalvårdens hälso- och sjukvårdshandbok finns en hänvisning till de europeiska fängelsereglerna och att vikten av dagliga besök

---

<sup>48</sup> 4 kap. 1 och 2 §§ patientlagen och 3 kap. 2 § tredje stycket fängelselagen.

<sup>49</sup> 6 kap. 4 § första stycket fängelselagen.

hos avskilda intagna framhålls.<sup>50</sup> Min uppfattning är dock att det finns skäl för Kriminalvården att överväga om inte ytterligare åtgärder krävs, t.ex. en reglering av frågan i myndighetens föreskrifter.

#### Brist på informationsöverföring rörande intag av näring

Den dokumentation som jag tagit del av belyser att det kan uppstå riskfyllda situationer vid brist på informationsöverföring mellan sjukvårds- och kriminalvårdspersonal. Det framgår visserligen av anteckningarna i patientjournalen att hälso- och sjukvårdspersonal vid några tillfällen lämnade omvårdnadsinstruktioner till kriminalvårdspersonalen. Av sjukjournalen framgår att en läkare hade rekommenderat näringsdryck om NN skulle avbryta sin matvägran. Det går dock inte att utläsa av handlingarna om kriminalvårdspersonalen fått några instruktioner om lämplig kost för det fall NN upphörde med sin matvägran. Mot bakgrund av kriminalvårdspersonalens agerande, när den vid ett tillfälle under den senare delen av NN:s matvägran serverade honom kyckling och pasta, kan jag inte dra någon annan slutsats än att läkarens rekommendation inte var känd för dem. Enligt min mening visar det inträffade på ett behov av att Kriminalvården säkerställer att det finns centrala riktlinjer och rutiner för hur informationsöverföring mellan hälso- och sjukvårdspersonal och kriminalvårdspersonal ska ske.<sup>51</sup>

#### Beslutet om transport till sjukhus

Som jag redovisat ovan framgår av patientjournalen att en läkare efter ett besök hos NN den 5 juli 2018 på nytt upplyst honom om att han skulle skjutas till sjukhus om han blev frånvarande, svarslös, medvetandesänkt eller liknande. Vidare antecknades att personalen då skulle kontakta ambulans för ”vidare medicinskt omhändertagande efter för vad som stunden bedömes indicerat och möjligt”.

En sjuksköterska var på plats i anstalten när kriminalvårdspersonal den 19 juli 2018 uppmärksammade att NN var sämre och hade trycksår. Vid en undersökning kl. 11.10. konstaterade sjuksköterskan att NN:s hälsotillstånd kraftigt hade försämrats men att han vägrade bli undersökt. Kriminalvården beslutade då att NN skulle föras till akutmottagningen mellan kl. 14 och 21. Beslutet motiverades med att han bedömdes vara i behov av hälso- och sjukvård samt att detta behov inte kunde tillgodoses i anstalten. Av beslutet framgår att NN skulle ha fängsel och övervakas av tre kriminalvårdare.

NN avled ensam i sin cell tre timmar efter att det hade uppmärksammats att hans hälsotillstånd allvarligt försämrats.

---

<sup>50</sup> Kriminalvårdens handbok och ledningssystem för hälso- och sjukvård inom Kriminalvården, 2020:1, s. 34.

<sup>51</sup> Se JO:s beslut med dnr 5243-2018.



Jag kan konstatera att det trots att det finns anteckningar av läkare om hur sjukvårdspersonal skulle agera vid en akut situation är det tydligt att det funnits brister i kommunikationen mellan sjukvården, kriminalvårdspersonalen och ledningen för anstalten. Det går inte att utläsa i KVR om anstalten haft en tydlig planering för hur man skulle agera när NN allvarligt försämrades.

Kriminalvården beslutade om egen transport av NN i stället för att tillkalla ambulans. Det framgår inte av patientjournalen hur akut behovet av sjukhusvård ansågs vara. Trots det torde det varit uppenbart att NN, efter drygt 60 dagars matvägran, i detta skede inte hade lång tid kvar att leva. Jag ställer mig därför frågande till att Kriminalvården inte omedelbart tillkallade ambulans.

Eftersom Kriminalvården beslutade om en egen transport vill jag hänvisa till att jag tidigare kritiserat myndigheten för att riskbedömningar inför transporter inte i tillräcklig utsträckning har skett utifrån individuella och aktuella faktorer, utan snarare grundats på standardiserade säkerhetsbedömningar. I detta fall var det fråga om en akut transport av en svårt sjuk person. Trots detta har Kriminalvården uppgett att det fanns en risk för fritagning, och att det därför fanns ett behov av att NN skulle beläggas med fängsel. Det säger sig självt att det tar längre tid att ordna en sådan transport än att ringa efter en ambulans via 112. Jag vill därför återigen understryka att Kriminalvården måste säkerställa att riskbedömningarna blir mer individualiserade och att säkerhetsarrangemangen vid transporter och utevistelser anpassas efter den intagnes aktuella tillstånd och situation.<sup>52</sup>

Myndigheten behöver ta denna uppgift på allvar då det är avgörande för att säkerställa att en skyndsam och individuell prövning äger rum när det uppstår ett akut behov av transport till sjukhus. I detta fall borde det enligt min mening ha funnits en beredskap och tydligare planering för hur NN skulle tas omhand vid en allvarlig försämring. När Kriminalvården inte lyckades ordna med en snabb transport ledde det till att NN fick avlida ensam i en cell. Jag är mycket kritisk till hur myndigheten hanterade den uppkomna situationen och förutsätter att Kriminalvården, om inte så redan skett, åtgärdar de brister som jag här påtalat.

Ärendet avslutas.

---

<sup>52</sup> JO 2017/18 s. 131.