

Allvarlig kritik mot Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena, Landstinget i Östergötland, bl.a. för att en patient som vårdats med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, belagts med handfängsel.

Beslutet i korthet: En patient som vårdades med stöd av LPT vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena var bälteslagd den 22–24 januari 2011. Läkare beslutade fortlöpande om förlängning av fastspänningen. Besluten fattades per telefon och det gick nästan två dygn utan att läkaren personligen undersökte patienten inför förlängningsbesluten. Vissa av besluten dokumenterades inte i patientens journal. – Patienten blev belagd med handfängsel dels inför bältesläggningen när han fördes till bältessängen, dels under pågående bältesläggning i samband med att han släpptes upp för att duscha eller gå på toaletten.

JO uttalar allvarlig kritik mot den ansvariga läkaren för att hon inte personligen undersökt patienten inför varje omprövning (förlängning) av bältesläggningen. Den bristfälliga dokumentationen får också kritik.

I beslutet konstaterar JO att patienter som vårdas enligt LPT inte med stöd av den lagen kan beläggas med handfängsel. Kliniken får allvarlig kritik för att patienten, i strid med det grundlagsfästa skyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp, belagts med handfängsel.

Anmälan

I en anmälan till JO framförde AA (tidigare BB) klagomål mot Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena, Landstinget i Östergötland. AA klagade bl.a. på att han varit bälteslagd under längre tid än vad som varit nödvändigt.

AA anförde sammanfattningsvis följande. Under natten mellan den 21 och 22 januari 2011 hamnade han i en konflikt med personal på kliniken. I samband med detta blev han belagd med handfängsel och förd till ”bältesrummet” där han blev bälteslagd fram till den 24 januari. Under fastspänningen var han lugn och fick gå upp och duscha en gång varje dag. Han fick gå på toaletten med handfängsel. Han upplevde att bältesläggningen var en ren bestraffning.

Utredning

Inledningsvis inhämtade JO journalanteckningar rörande AA för perioden den 21–25 januari 2011. Av dessa framgick bl.a. följande.

AA vårdades vid kliniken enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Efter en incident blev AA lagd i bälte den 22 januari 2011 kl. 01.30. Han bedömdes på plats av läkare ("bakjouren") under natten. Samma läkare fattade under morgonen ett beslut om fortsatt bältesläggning. Enligt en anteckning beslutade chefsöverläkaren CC kl. 13.00 om fortsatt bältesläggning av AA, efter en personlig undersökning av honom. I samma anteckning skrev CC: "Undertecknad fattar beslut att pat även i fortsättningen ska vara fastspänd, men då ska han bli frisläppt på en arm och ett ben. Beslutet tas kl. 13.00 och sträcker sig 4 timmar framåt. I fortsättningen ska personal ringa till under-tecknad och diskutera läget och eventuell fortsättning av fastspänningen." Därefter var antecknat beslut om fortsatt bältesläggning av AA (fyra timmar i taget varje gång) fattade vid telefonsamtal mellan CC och personal på avdelningen. Mellan vissa av dessa anteckningar hade det gått mer än fyra timmar. Fast-spänningen av AA upphörde den 24 januari kl. 09.30.

Vidare inhämtade JO två underrättelser (blanketter) till Socialstyrelsen som kliniken upprättat i anledning av bältesläggningen av AA. I båda dessa angavs att bältesläggningen varade "2011-01-24 kl 09.30 – 2011-01-25 kl 09.30" och att undersökning av beslutande läkare genomförts "2011-01-24 kl 09.30 samt 2011-01-25 kl 09.30".

Muntliga upplysningar inhämtades från en sekreterare vid kliniken.

Landstingsstyrelsen anmodades att göra en utredning och komma in med ett yttrande. Detta skulle avse bl.a. vilket underlag och vilken patientkontakt beslutande läkare hade inför respektive beslut om förlängning av fastspänningen av AA. Vidare skulle yttrandet avse klinikens rutiner vad gäller upprättandet av underrättelser till Socialstyrelsen om beslut om fastspänning med bälte eller avskiljande.

I ett yttrande daterat den 31 januari 2012 anförde landstingsstyrelsen bl.a. följande.

Bakgrund

En patient vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena har till Justitieombudsmannen anmält Landstinget i Östergötland för att ha hållits fastspänd med bälte längre tid än vad som varit nödvändigt.

Utredning

Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena bedriver högspecialiserad rättspsykiatrisk vård. Kliniken är en av en handfull enheter i Sverige som på uppdrag av landsting, kriminalvård, polis och migrationsverk bedriver vård och behandling för det absolut tyngsta klientelet ur ett nationellt perspektiv.

Den aktuella patienten vårdas vid Rättspsykiatriska regionkliniken sedan 2010-05-04. Patienten placerades ursprungligen vid kliniken på begäran av Närsjukvårdens psykiatri i Norrköping, efter bland annat en historik av våld mot personal vid ett behandlingshem, något som patienten nu fällts i domstol för. Av den anledningen är patienten sedan 2011-03-28 överlämnad till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

Patienten är våldsbenägen och har en historia med återkommande bruk av våld mot personer i sin omgivning. Oprovocerat och oförutsägbart våld har kännetecknat patientens relation med psykiatrisk slutenvård. Det är också skälet till att han dömts till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning, som nämnts ovan. Han har under sina vårdepisoder brukat våld mot personal vid flera tillfällen och det är ett beteende som patienten haft på flera vårdinrättningar.

Även under vistelsen på Rättspsykiatriska regionkliniken har patienten uppvisat ett våldsamt beteende vid flera tillfällen. Våldet har riktat sig mot tjänstgörande personal, med skadad personal samt polisanmälan till följd.

Patientens bild av det aktuella tillfället i januari 2011 skiljer sig mot hur involverad personal uppfattat situationen vad gäller händelsen, vården och nödvändigheten av tvångsåtgärder.

Tjänstgörande personal innehar lång erfarenhet i att bedöma risk för att våld kan uppstå och när det måste hanteras.

Av berörd vårdpersonals redogörelser för den uppkomna händelsen och övriga delar i patientens framställan framgår att hot om våld från den aktuella patienten varit så överhängande nära att övergå till faktiskt våld att man i vissa situationer tvingats välja att fastspänna patienten. Detta för att inte riskera att personal och medpatienter skadas. Patientens oförutsägbara våldsbenägenhet samt oförmåga till insikt i sin våldsproblematik har också vägts in i de beslut som fattats kring tvångsåtgärder.

Rättspsykiatrisk verksamhet måste förhålla sig till flera lagar och föreskrifter, bland annat:

- Arbetsmiljölagen
- Patientsäkerhetslagen
- Lagen om psykiatrisk tvångsvård
- Lagen om rättspsykiatrisk vård
- Socialstyrelsens föreskrifter bl.a. om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger rättspsykiatrisk vård

Det innebär vid tillämpningen av aktuella lagstiftningar att verksamheten måste försäkra sig om att vare sig patienter eller personal kommer till skada och att detta också utmynnar i god medicinsk omvårdnad.

I det aktuella ärendet har chefsöverläkare CC löpande förvissat sig om att fastspänning och avskiljande pågått precis så länge som vårdens samlade bedömning ansett det vara nödvändigt. Omvårdnadspersonalen har dock inte fullt ut dokumenterat eller journalfört de löpande bedömningar, beslut och kontakter som tagits av och med ansvarig läkare. Vid tiden för händelsen avsåg man att överge ett manuellt pappersbaserat rapportsystem, som journalfördes separat, för att i stället helt förlita sig på det digitala journalsystem som infördes vid kliniken under 2008. Rutinerna kring detta förfarande var ej till fyllest. Under senare delen av 2011 har den manuella hanteringen återinförts för att säkerställa att nödvändig information journalföres.

Landstingets ståndpunkt

Den behandlande läkaren har haft fullgod kontakt med patienten och/eller vårdpersonal för att ta korrekta beslut om förlängning av fastspänning. Dokumentationen av detta har dock varit otillräcklig, och en diskrepans avseende klockslag har också tillkommit genom ett tekniskt fel vid överföring av information från arbetsmaterial till journalsystem. Dessa brister i rutiner och teknik har åtgärdats. Klinikens gällande rutiner för underrättelser till Socialstyrelsen om fastspänning och avskiljande bifogas. Ett program med bevakningslista meddelar även personalen när rapport ska skickas till Socialstyrelsen.

Besluten om fortsatt fastspänning har fattats i överensstämmelse med rättslig reglering på området.

Till yttrandet hade fogats en PM rörande användande av tvångsmedel vid kliniken, framtagen av CC.

Eftersom remissvaret inte bedömdes kunna läggas till grund för en fullständig prövning anmodade JO landstingsstyrelsen att göra en ny utredning och komma in med ett nytt yttrande. Detta skulle avse bl.a. frågan vid vilka tillfällen CC själv hade kontakt med AA inför de beslut som hon fattade om förlängning av fastspänningen av honom.

Landstingsstyrelsen anförde i ett yttrande daterat den 9 maj 2012 bl.a. följande.

Bakgrund

- - -

JO önskar klargörande avseende chefsöverläkare CC:s (CC) kontakt med patienten samt landstingsstyrelsens uppfattning om huruvida handläggningen stått i överensstämmelse med den rättsliga regleringen på området. JO önskar även förklaring till de felaktigheter avseende angivna tidpunkter som förekommit vid rapportering till Socialstyrelsen.

Rättslig reglering

Lagen om psykiatrisk tvångsvård 19 §:

Om det finns omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Vårdpersonal skall vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd. Om det finns synnerliga skäl, får beslutas att patienten skall hållas fastspänd längre än som anges i första stycket. Chefsöverläkaren beslutar om fastspänning. Socialstyrelsen skall utan dröjsmål underrättas om beslut enligt andra stycket.

Socialstyrelsens föreskrift, SOSFS 2008:18 2 § 3 kap:

Innan ett beslut fattas om fastspänning med bälte eller liknande anordning, enligt 19 § andra stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och 8 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, under längre tid än fyra timmar ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten.

I handboken till SOSFS 2008:18 framgår följande (borttagen text avser tvångsåtgärden avskiljning):

För en rättssäker bedömning inför beslut om förlängning av tvångsåtgärderna fastspänning i bälte [...] krävs att beslutande läkare undersöker patienten. Bestämmelsen ska ses som ett lägsta krav och utgångspunkten måste alltid vara att beslutande läkare genomför en personlig undersökning av patienten även inför, eller så snart som möjligt efter, det inledande beslutet om fastspänning [...] kortare tid än fyra [...] timmar.

Således ska beslutande läkare alltid göra en personlig undersökning av patienten inför beslut om fastspänning i bälte som avser viss tid längre än fyra timmar. [...] Om patienten sover är det upp till den beslutande läkaren att ansvara för om fastspänningen ska fortsätta eller inte. Även här måste patientsäkerheten avgöra i valet mellan att väcka patienten eller inte. Är patienten (tvångsvis) sederad, kan det vara etiskt tveksamt att konstatera att sederingen fungerar men behålla fastspänningen. Vid beslut om ytterligare förlängning av fastspänning [...] återigen att den beslutande läkaren själv undersöker patienten innan denne kan fatta beslut.

Fastspänning får i huvudsak ske när en patient riktar aggressivt beteende mot sig själv eller andra. Det ska föreligga en omedelbar fara för att en patient allvarligt ska

skada sig själv eller andra, och situationen ska inte kunna bemästras på annat sätt. Det ska vara fråga om risk för en allvarlig fysisk skada. Fastspänning får självfallet aldrig tillgripas i bestraffningssyfte. Åtgärden ska vara kortvarig, dvs. tid understigande fyra timmar och bör så snart det är möjligt ersättas med andra aktiva behandlingsinsatser. Otillräckliga personalresurser får t.ex. inte medföra att patienten hålls fastspänd en längre tid än som är absolut nödvändigt med hänsyn till faresituationen. Bälte bör inte användas längre än någon eller högst några timmar. Det är viktigt att patienten inte lämnas ensam medan han är fastspänd. Personal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd.

Av verksamhetens dokumenterade rutiner för fastspänning är det lämpligt att det framgår vilka metoder, observationer och omvårdnadsåtgärder som kan vidtas samt hur det ska dokumenteras. Därutöver åligger det den läkare som beslutat om fastspänning att bedöma om ytterligare observationer eller åtgärder behövs.

Det finns extrema undantagsfall då patienten måste hållas fastspänd mer än några timmar. Krav tillkommer då på synnerliga skäl. Bestämmelsen är avsedd att tillämpas endast i fall där risken för allvarlig skada är överhängande någon tid.

Patientkontakt

CC har träffat patienten 22/1 kl. 13.00 och beslutat om fortsatt fastspänning i fyra timmar, därefter har förlängningen prövats var fjärde timme genom telefonkontakt med personal på plats hos patienten. Det första tillfället är dokumenterat kl. 17.00, därefter är nästa dokumenterade kontakt 23/1 kl. 08.00, men enligt CC har hon fortlöpande tagit ställning till förlängningar genom telefonkontakt med vårdpersonal på plats hos patienten. Därefter finns dokumenterade förlängningsbeslut fattade via telefon kl. 12.46, kl. 16.00, kl. 17.52 och 24/1 kl. 00.09, kl. 06.26, 08.06 och kl. 09.00, varpå fastspänningen avslutades.

Fattade beslut om fastspänning

Under den period som patienten anser sig ha varit fastspänd på ett felaktigt sätt har CC undersökt patienten vid ett första tillfälle och därefter vid ett flertal tillfällen förlängt besluten om fastspänning via telefon. CC har haft personlig kännedom om patienten och har informerats av personal på plats om de omständigheter som har förelegat. CC har inte vid något tillfälle beslutat om att patienten ska spännas fast längre än fyra timmar.

Den aktuella patienten är mycket våldsbenägen och har vid ett flertal tillfällen brukat våld mot personal. Vid den uppkomna händelsen har personal med lång erfarenhet av att bedöma risk för att våld kan uppstå och när det måste hanteras ansett att hotet om våld från patienten varit så överhängande och nära att övergå till faktiskt våld att man tvingats att ha patienten fastspänd.

Enligt regleringen kring beslut om fastspänning ska beslutande läkare göra en personlig undersökning av patienten inför beslut om fastspänning i längre tid än fyra timmar. Inget beslut i detta ärende har avsett längre tid än fyra timmar. Socialstyrelsens föreskrift på området kan tolkas som att en personlig undersökning ska ske vid varje förlängning även av beslut som avser högst fyra timmar. Om så är fallet har inte hanteringen varit fullgod i det hänseendet. Detta innebär dock inte att patienten har varit fastspänd längre än vad som varit nödvändigt.

För att en patient ska hållas fastspänd i mer än några timmar krävs synnerliga skäl. Synnerliga skäl har funnits då risken för att personal och medpatienter skulle komma till skada varit överhängande.

Dokumentationen av förfarandet har varit bristfällig, och ledningen vid Rättspsykiatriska regionkliniken är uppmärksam på vikten av att enskilda befattningshavare fullgör sin dokumentationsplikt.

Felaktiga tidsangivelser

JO önskar förtydligande av landstingets tidigare besked om felaktigheter vad gäller klockslag i journaler samt felaktiga uppgifter om datum och klockslag som skickats till Socialstyrelsen. Dessa felaktigheter avser samma sak, nämligen de tidigare journalföringstekniska problem som förelåg under en begränsad tid, under vilken också patienten vårdades.

Fram till i slutet av år 2010 ifylldes manuella blanketter vid alla tvångsåtgärder, med information om datum, tid, patientens namn och personnummer, påbörjande av tvångsåtgärd, notering om ev förlängning samt avslutande av tvångsåtgärden.

Dessa blanketter skickades till Socialstyrelsen och skannades även in i det elektroniska journalföringssystemet.

I slutet av 2010 infördes en rutin som innebar att när uppgifter hade förts in i journalsystemet kasserades listorna. Det elektroniska journalsystemet har haft vissa brister och har i vissa avseenden varit svårt att hantera. Efter några månader upptäcktes att det förekommit att tidpunkter markerats i systemet då *blanketten fördes in i systemet*, och tidsangivelsen stämmer då inte överens med de korrekta tiderna, som dock har funnits i pappersblanketterna.

Under en tid fanns inte någon möjlighet att gå tillbaka till de manuella listorna och dubbelkolla tidpunkter för tvångsåtgärder. Kliniken återgick då till att skanna in listorna fr.o.m. hösten 2011. Den nu aktuella patienten vårdades under den tid då rutinerna inte fungerade på ett fullgott sätt.

Problemet föreligger inte längre, nu kontrolleras de införda tidsangivelserna mot de manuellt angivna.

Vissa beslut hämtades in från Socialstyrelsen. Därefter remitterade JO ärendet till Socialstyrelsen och hemställde att styrelsen skulle inkomma med ett yttrande. Yttrandet skulle avse dels frågan om beslutande läkares skyldighet att inför beslut om förlängning av fastspänning själv undersöka patienten, dels klinikens användande av handfängsel.

Socialstyrelsen anförde i ett remissvar daterat den 26 september 2012 bl.a. följande.

Yttrande

I 3 kap. 2 § första stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård anges att innan ett beslut fattas om fastspänning med bälte eller liknande anordning, enligt 19 § andra stycket LPT och 8 § LRV, under längre tid än fyra timmar ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten.

Socialstyrelsen anser att den beslutande läkaren enligt 3 kap. 2 § första stycket SOSFS 2008:18 själv ska undersöka patienten inför ett beslut om förlängning av fastspänning där patienten sammantaget är lagd i bälte under längre tid än fyra timmar. Det saknar betydelse för bedömningen huruvida det enskilda separata beslutet i sig avser en kortare tid än fyra timmar.

Socialstyrelsen bedömer att formuleringen "spännas fast med bälte eller liknande anordning" i 19 § första stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, inte kan anses omfatta den situationen att en patient beläggs med handfängsel. Det finns inte heller något annat lagstöd för hälso- och sjukvårdspersonal inom den rättspsykiatriska vården att belägga en patient med handfängsel. Socialstyrelsen anser därför att åtgärden inte kan anses vara förenlig med gällande rätt.

Tillämpliga bestämmelser m.m.

Lagar och förarbeten

I 2 kap. 6 § RF anges att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp även i andra fall än som avses i 4 och 5 §§. Enligt 2 kap. 8 § RF är var och en gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövanden. Enligt 2 kap. 20 § RF får de angivna fri- och rättigheterna begränsas genom lag i den utsträckning som medges i 21-24 §§.

I artikel 5 i Europakonventionen som ska gälla som lag i landet enligt lagen (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna finns bestämmelser rörande rätten till frihet och säkerhet. Där framgår bl.a. att var och en har rätt till frihet och personlig säkerhet samt att ingen får berövas friheten utom i vissa fall som räknas upp i artikeln och i den ordning som lagen föreskriver.

I 8 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, anges att vid slutet rättspsykiatrisk vård enligt den lagen gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 18-24 §§ LPT.

I 19 § första stycket LPT anges att om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Vårdpersonal skall vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd.

Av förarbetena till 19 § första stycket LPT framgår bl.a. följande. Bestämmelsen tar sikte på hastigt uppkomna faresituationer som inte kan bemästras på annat sätt än genom att patienten spänns fast med ett bälte. Det ska vara fråga om risk för en allvarlig fysisk skada. Att spänna fast en patient med bälte ska i princip alltid vara en kortvarig åtgärd, som snarast bör ersättas med andra insatser. Otillräckliga personalresurser får t.ex. inte medföra att patienten hålls fastspänd en längre tid än som är absolut nödvändigt med hänsyn till faresituationen. Bälte bör inte användas längre än någon eller högst några timmar (prop. 1990/91:58 Psykiatrisk tvångsvård m.m. s. 260).

I 19 § andra stycket LPT anges att om det finns synnerliga skäl, får beslutas att patienten skall hållas fastspänd längre än som anges i första stycket.

Av förarbetena till 19 § andra stycket LPT framgår bl.a. följande. Bestämmelsen i *andra stycket* innebär att en patient i vissa extrema undantagssituationer får spännas fast med bälte mer än några timmar. Förutsättningarna för fastspänning i första stycket ska givetvis vara uppfyllda för att få spänna fast en patient annat än kortvarigt. Det tillkommer också ett krav på synnerliga skäl. Bestämmelsen är avsedd att tillämpas endast i fall där risken för allvarlig skada är överhängande någon tid (prop. 1990/91:58 s. 260).

I 19 § tredje stycket LPT stadgas att chefsöverläkaren beslutar om fastspänning. Socialstyrelsen skall utan dröjsmål underrättas om beslut enligt andra stycket.

Av prop. 1990/91:58 s. 236 framgår följande. LPT avser psykiatrisk vård som är förenad med ett frihetsberövande och annat tvång. Sådan vård benämns i lagen tvångsvård. Föreskrifterna ska i förhållande till bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ses som undantagsregler som anger i vilka avseenden och under vilka förutsättningar tillämpningen av den lagens vårdprinciper får inskränkas. Av tvångslagens karaktär av kompletterande undantagsreglering som medger vissa integritetskränkande vårdåtgärder följer ett allmänt krav på restriktivitet när den tillämpas.

I prop. 1999/2000:44 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård anges följande (s. 84). Fråga har också uppkommit huruvida andra former av fysiskt tvång skall regleras genom särskilda bestämmelser. Enligt regeringens uppfattning bör en patients rörelsefrihet inte kunna inskränkas på annat sätt än genom fastspänning med bälte eller liknande anordning. Det finns från behandlingssynpunkt inte anledning att genom ändring i 19 § LPT möjliggöra att patienters rörelsefrihet skall kunna inskränkas på annat

sätt, t.ex. med s.k. tvångströja eller handfängsel. Samtidigt är det här fråga om en kraftfull inskränkning av patientens integritet som inte utan mycket starka skäl bör komma i fråga. Några förslag härom lämnas därför inte.

I betänkandet Transporter av frihetsberövade (SOU 2011:7) anges följande (s. 355 f). Med *fängsel* menas ett tekniskt hjälpmedel som binder samman händer och fötter. Begreppet har emellertid inte definierats i lag, eftersom det har ansetts att utvecklingen på det tekniska området sannolikt skulle medföra att en sådan definition snabbt blev föråldrad. Fängsel kan ibland användas för att genomföra en tjänsteåtgärd med våld. Beläggande med fängsel är således inte ett självständigt tvångsmedel utan en särskild form av våldsanvändning mot en person. Fängsel används främst för att förhindra att en person avviker. Det kan också användas för att förhindra personskador i samband med ett frihetsberövande. Användandet av fängsel är, liksom våldsanvändningen i sig, en sådan begränsning i medborgarnas skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp som förutsätter stöd i lag. Får våld inte användas, får inte heller fängsel tillgripas. Vidare gäller att våld får användas endast i de fall mindre stränga åtgärder inte bedöms kunna leda till avsett resultat. Användande av handfängsel är i regel förbehållet Polisen. Det förekommer emellertid också inom vissa andra delar av den offentliga verksamheten.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård m.m.

I 3 kap. 2 § första stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård anges att innan ett beslut fattas om fastspänning med bälte eller liknande anordning, enligt 19 § andra stycket LPT och 8 § LRV, under längre tid än fyra timmar ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten.

I 4 kap. 7 § SOSFS 2008:18 anges att chefsöverläkaren ska på blanketten SoSB 44515 (bilaga 1) fullgöra underrättelseskyldigheten enligt 19 § tredje stycket LPT eller 8 § första stycket LRV i de fall då en patient ska hållas fastspänd med bälte eller en liknande anordning under en längre tid än fyra timmar.

Av Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård - Handbok med information och vägledning för tillämpningen av SOSFS 2008:18 framgår bl.a. följande. 3 kap. 2 § första stycket SOSFS 2008:18 reglerar vad som gäller vid beslut om fastspänning med bälte eller liknande anordning för viss tid längre än fyra timmar. För en rättssäker bedömning inför beslut om förlängning av tvångsåtgärderna fastspänning i bälte krävs att beslutande läkare undersöker patienten. Bestämmelsen ska ses som ett lägsta krav och utgångspunkten måste alltid vara att beslutande läkare genomför en personlig undersökning av patienten även inför, eller så snart som möjligt efter, det inledande beslutet om fastspänning kortare tid än fyra timmar. Således ska beslutande läkare alltid göra en personlig undersökning av patienten inför beslut om fastspänning i bälte som avser viss tid längre än fyra timmar. Om patienten sover är det upp till den beslutande läkaren att ansvara för om fastspänningen ska fortsätta eller inte. Även här måste patientsäkerheten avgöra i valet mellan att väcka patienten eller inte. Är patienten (tvångsvis) sederad, kan det vara etiskt tveksamt att konstatera att sederingen fungerar men behålla fastspänningen. Vid beslut om ytterligare förlängning av fastspänning krävs återigen att den beslutande läkaren själv undersöker patienten innan denne kan fatta beslut (s. 50). - Åtgärden enligt 19 § första stycket LPT ska vara kortvarig, dvs. tid understigande fyra timmar och bör så snart det är möjligt ersättas med andra aktiva behandlingsinsatser (s. 51).

JO:s beslut den 30 juni 2006 (dnr 2172-2006)

I JO:s beslut den 30 juni 2006 (dnr 2172-2006) behandlas några frågor rörande kortare avbrott i fastspänningen av en patient m.m. I ett antal fall hade fastspänningen upphört strax innan den pågätt i fyra timmar. JO yttrade att det avgörande vid bedömningen av om det är fråga om en ny fastspänning eller ett avbrott i en pågående fastspänning är vad som i det enskilda fallet var skälet till att fastspänningen upphörde. Om uppehållet beror på ett toalettbesök eller liknande ska det inte betraktas som om fastspänningen har

upphört. Om fastspänningen har upphört på grund av att man har gjort bedömningen att förutsättningar för fastspänning inte längre föreligger och det en kort tid därefter visar sig att patienten på nytt riskerar att skada sig själv eller andra, kan det vara fråga om en ny fastspänning. När det gäller tiden för fastspänning har JO förståelse för att man - när fastspänning skett under så lång tid att synnerliga skäl krävs för fortsatt fastspänning och skyldigheten att underrätta Socialstyrelsen inträder - gör ett försök att släppa upp patienten. Det kan givetvis förekomma att en patient, som släpps upp efter närmare fyra timmar i bälte på grund av att det inte finns synnerliga skäl för fortsatt fastspänning, efter kort tid betar sig på ett sådant sätt att det på nytt finns skäl för fastspänning. Det får dock inte förekomma att man släpper upp en patient ur bälte *enbart* i syfte att få varje fastspänning att vara kortare tid än fyra timmar och därigenom kringgå reglerna om synnerliga skäl och underrättelseskyldighet.

Socialstyrelsens bedömning

Frågan om vilka skyldigheter den beslutande läkaren har att inför beslut om förlängning av fastspänning själv undersöka patienten

Den första frågan som Socialstyrelsen ska yttra sig över är vilka skyldigheter den beslutande läkaren har att inför beslut om förlängning av fastspänning själv undersöka patienten. Som följer av omständigheterna i förevarande fall har det, enligt Landstinget i Östergötlands egna uppgifter, fattats enskilda beslut om förlängning av bältesläggningen, som var för sig inte överstiger fyra timmar, men där bältesläggningarna avsett mer än fyra timmar sammantaget vid tidpunkterna för alla besluten.

I 8 § LRV anges att vid slutet rättspsykiatrisk vård enligt den lagen gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 18-24 §§ LPT.

I 19 § LPT anges att om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. För att det ska få beslutas att patienten ska hållas fastspänd längre tid än kortvarigt krävs att det finns synnerliga skäl och då ska även Socialstyrelsen utan dröjsmål underrättas om beslutet.

I Socialstyrelsens föreskrifter anses en fastspänning kortvarig enligt 19 § första stycket LPT om den understiger fyra timmar (se t.ex. Socialstyrelsens handbok till SOSFS 2008:18 s. 51 samt t.ex. 3 kap. 2 § första stycket och 4 kap. 7 § första stycket SOSFS 2008:18). Bestämmelsen i 3 kap. 2 § första stycket SOSFS 2008:18 ska ses mot den bakgrunden. Där anges att innan ett beslut fattas om fastspänning med bälte eller liknande anordning, enligt 19 § andra stycket LPT och 8 § LRV, under längre tid än fyra timmar ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten. Det innebär således att före varje beslut som innebär en längre sammantagen bältesläggning än fyra timmar - oavsett om det är ett beslut som inleder eller förlänger bältesläggningen - ska den beslutande läkaren själv undersöka patienten och Socialstyrelsen ska då även utan dröjsmål underrättas om beslutet (4 kap. 7 § första stycket SOSFS 2008:18 samt 8 § LRV och 19 § LPT).

Oberoende av hur och med vilka intervall besluten om fastspänning fattas så inleds inte en ny fastspänning om fastspänningen inte någon gång i realiteten har upphört. Inte heller blir det att anse som en ny fastspänning när det endast har skett ett avbrott i en pågående fastspänning, t.ex. på grund av toalettbesök eller liknande eller om en patient skulle släppas ur bälte *enbart* i syfte att få varje fastspänning att vara kortare tid än fyra timmar (se JO:s beslut den 30 juni 2006, dnr 2172-2006). Anledningen till detta är givetvis att reglerna om synnerliga skäl, läkarundersökning och underrättelseskyldighet enligt LPT och SOSFS 2008:18 inte enkelt ska kunna kringgås. Detta är av synnerlig vikt bl.a. med hänsyn till den enskildes patientsäkerhet och rättssäkerhet och då bältesläggning är en mycket ingripande åtgärd för den enskilde patienten. Vid en fastspänning överstigande fyra timmar tillkommer även ett krav på synnerliga skäl enligt 19 § andra stycket LPT och 8 § LRV, vilket i sig bör föranleda läkaren att göra en personlig undersökning.

Mot bakgrund av vad som anges ovan anser Socialstyrelsen att den beslutande läkaren själv ska undersöka patienten inför ett beslut om förlängning av bältesläggning där patienten sammantaget är bälteslagd under längre tid än fyra timmar. Det saknar betydelse för bedömningen huruvida det enskilda separata beslutet i sig avser en kortare tid än fyra timmar.

Frågan om användning av handfängsel inom den rättspsykiatriska vården

Enligt RF är var och en gentemot det allmänna skyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden. Begränsningar av detta skydd får ske endast genom lag i den utsträckning som medges i 2 kap. 21-24 §§ RF (2 kap. 6, 8 och 20 §§ RF).

I 19 § första stycket LPT anges bl.a. under vilka förutsättningar en patient får spännas fast med bälte eller liknande anordning, nämligen om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan.

Frågan i denna del är om formuleringen "spännas fast med bälte eller liknande anordning" kan anses omfatta den situationen att en patient beläggs med handfängsel.

Med handfängsel menas ett tekniskt hjälpmedel som binder samman händer. Användande av handfängsel är i regel förbehållet Polisen. Det förekommer emellertid också inom vissa andra delar av den offentliga verksamheten men användandet är då reglerat i lag. Användandet av fängsel är, liksom våldsanvändningen i sig, en sådan begränsning i medborgarnas skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp som förutsätter stöd i lag (2 kap. 6 och 20 §§ RF).

Vid införandet av möjligheten till fastspänning enligt 6 a § LPT och de allmänna proportionalitetsbestämmelserna i 2 a och 2 b §§ LPT uttalades bl.a. följande med anledning av att frågan hade uppkommit huruvida andra former av fysiskt tvång skulle regleras genom särskilda bestämmelser:

"Enligt regeringens uppfattning bör en patients rörelsefrihet inte kunna inskränkas på annat sätt än genom fastspänning med bälte eller liknande anordning. Det finns från behandlingssynpunkt inte anledning att genom ändring i 19 § LPT möjliggöra att patienters rörelsefrihet ska kunna inskränkas på annat sätt, t.ex. med s.k. tvångströja eller handfängsel. Samtidigt är det här fråga om en kraftfull inskränkning av patientens integritet som inte utan mycket starka skäl bör komma i fråga. Några förslag härom lämnas därför inte." (prop. 1999/2000:44 s. 80 ff.)

Vidare är syftet med möjligheten att spänna fast en patient enligt 19 § LPT att förhindra allvarlig skada vilket endast får ske i omedelbara faresituationer, dvs. hastigt uppkomna situationer som inte kan bemästras på något annat sätt (prop. 1990/91:58 s. 260). Det ligger då i sakens natur att det är för att förhindra rörlighet, så att patienten inte allvarligt skadar sig själv eller någon annan, som fastspänning kan och får komma i fråga. Handfängsel begränsar bara till viss del patientens rörlighet och används vanligtvis när en patient inte kan vara helt fastlåst för att hon eller han ska förflytta sig. Socialstyrelsen bedömer att om situationen inte är så allvarlig att faktisk fastlåsning behövs kan heller inte någon annan form av mindre tvingande fastlåsning komma i fråga.

Mot bakgrund av vad som anförts ovan - och med hänsyn till det allmänna kravet på restriktivitet som uppställs när tvångslagarna tillämpas - bedömer Socialstyrelsen att formuleringen "spännas fast med bälte eller liknande anordning" i 19 § LPT inte kan anses omfatta den situationen att en patient beläggs med handfängsel. Det finns inte heller något annat lagstöd för hälso- och sjukvårdspersonal inom den rättspsykiatriska vården att belägga en patient med handfängsel. Socialstyrelsen bedömer därför att åtgärden inte kan anses vara förenlig med gällande rätt. Denna bedömning har även tidigare gjorts i myndighetens tillsynspraxis (se t.ex. ärende med dnr 35889/2012 och 30006/2011).

Landstingsstyrelsen gavs tillfälle att kommentera Socialstyrelsens yttrande samt anmodades att inkomma med ett kompletterande yttrande beträffande uppgifterna i AA:s anmälan om användande av handfängsel.

I ett yttrande av den 11 december 2012 anförde landstingsstyrelsen bl.a. följande.

Användning av handfängsel i det aktuella fallet

Patienten är en våldsbenägen person som vid upprepade tillfällen har brukat våld mot personer i sin omgivning. Oprovocerat och oförutsägbart våld har kännetecknat patientens relation med den psykiatriska vården.

Under patientens vårdtid har patientens tillstånd samt benägenhet att bruka våld fortlöpande bedömts av chefsöverläkare och specialist med delegation från chefsöverläkare. Bedömningarna har vid ett flertal tillfällen utmynnat i att patienten har hållits fastspänd, bland annat under den aktuella tidsperioden.

Utgångspunkten är att en patient ska utsättas för så lite ingripande tvångsåtgärder som möjligt, och därför kan en fastspänd patient ibland släppas upp för att om möjligt kunna fungera utan att vara fastspänd. Dessa situationer innebär en uppenbar risk för personalen att utsättas för våld. I synnerhet när patienten är kraftig och storväxt ökar risken för att tjänstgörande personal tappar kontroll över situationen då patienten är utagerande och kanske dessutom måste förflyttas tillbaka till en bädd för fastspänning. Även patienten kan komma till skada i det tumult som är vanligt förekommande i dessa situationer.

Ur ett humant perspektiv har en av klinikens arbetsledare vid några tillfällen bedömt att patienten själv ska få äta, göra toalettbesök och sköta sin hygien utan att vara fastspänd i en bältessäng. Detta har varit möjligt genom en tillfällig fixering av patientens händer för att inte människor i dennes omgivning ska komma till skada. Alternativet skulle ha varit att patienten skulle matas fastspänd i bältessäng, fått använda bäcken och urinflaska samt att personalen tvättat patienten medan han varit fastspänd i sängen. Med hänsyn till patientens integritet har man bedömt det vara till förmån för patienten att få utföra nödvändiga hygien- och måltidsgöromål med handfängsel i stället för att dessa bestyr omhändertas under fastspänning i bältessäng.

Vid ett specifikt tillfälle, vilket omnämns i patientens anmälan till Justitieombudsmannen, har arbetsledare låtit belägga patienten med handfängsel under förflyttning till bältessäng när en situation av oförutsett våld har inträffat. I den situation som beskrivits har det varit uppenbar risk för medarbetare och medpatienter att komma till skada.

Rättsliga förutsättningar för att använda handfängsel

Handfängsel

I regeringens proposition 1999/2000:44 s. 84 anges följande: "Fråga har också uppkommit huruvida andra former av fysiskt tvång skall regleras genom särskilda bestämmelser. Enligt regeringens uppfattning bör en patients rörelsefrihet inte kunna inskränkas på annat sätt än genom fastspänning med bälte eller liknande anordning. Det finns från behandlingssynpunkt inte anledning att genom ändring i 19 § LPT möjliggöra att patienters rörelsefrihet skall kunna inskränkas på annat sätt, t.ex. med s.k. tvångströja eller handfängsel. Samtidigt är det här fråga om en kraftfull inskränkning av patientens integritet som inte utan mycket starka skäl bör komma i fråga. Några förslag härom lämnas därför inte."

Patientens självbestämmande och integritet

I nämnda proposition s. 80 framgår att "användningen av tvångsåtgärder skall stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden, att mindre ingripande åtgärder skall användas

om dessa är tillräckliga, samt att tvång skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsynstagande till patienten."

Regeringen betonar också på s. 81 att "de grundläggande bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om respekt för patientens självbestämmande och integritet gäller självfallet också för den vård som sker med tvång och hans eller hennes önskemål skall därför respekteras så långt det är möjligt. Patientens utsatta ställning gör det särskilt viktigt att vården och behandlingen sker i former som inkräktar så lite som möjligt på hans integritet och värdighet."

Detta kommer till uttryck i hälso- och sjukvårdslagen, där 2 a § stadgar att hälso- och sjukvården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

Av prop. 1999/2000:44 s. 83 framgår att "tvångs- och kontrollåtgärderna till sin art, omfattning och varaktighet [skall] anpassas till vad som är nödvändigt. [. . .] I syfte att tydliggöra att tvångsbehandling, fastspänning, isolering och kontrollåtgärder skall användas endast i begränsad utsträckning anser regeringen att det i allmänna bestämmelser också skall fastslås bl.a. att användningen av tvångs- och kontrollåtgärder skall stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden och att mindre ingripande åtgärder skall användas om de är tillräckliga."

Detta kommer till uttryck i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) 2 a §: "Tvångsåtgärder vid vård enligt denna lag får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, skall de användas. Tvång skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten."

Nödvärn

Av brottsbalken 24 kap. 1 § framgår att en gärning som någon begår i nödvärn utgör brott endast om den med hänsyn till angreppets beskaffenhet, det angripnas betydelse och omständigheterna i övrigt är uppenbart oförsvarlig. Rätt till nödvärn föreligger mot ett påbörjat eller överhängande brottsligt angrepp på person eller egendom.

Brottsbalken 24 kap. 2 § stadgar att om en person som är berövad friheten sätter sig till motvärn med våld eller hot om våld eller på annat sätt gör motstånd mot någon under vars uppsikt han står, då denne skall hålla honom till ordningen, får det våld brukas som med hänsyn till omständigheterna är försvarligt för att ordningen ska upprätthållas.

Landstingets bedömning

I den specifika situation då patienten agerade våldsamt och belades med handfängsel för att kunna föras till bältessäng var brottsbalkens regler om nödvärn och rätt att bruka våld tillämpliga och vårdpersonalens agerande korrekt.

I de fall då patienten har belagts med handfängsel under mer kontrollerade former finns inte lagligt stöd för detta. Patienten har dock varit mycket svårbehandlad, och personalen har agerat med utgångspunkten att handfängsel har varit det minst ingripande och kränkande alternativet för patienten.

Enligt nämnda lagar och förarbeten är det särskilt viktigt att vården och behandlingen sker i former som inkräktar så lite som möjligt på patientens integritet och värdighet, och tvång skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. Man har i det aktuella ärendet tagit största möjliga hänsyn till patienten och hans integritet.

Landstingsstyrelsen konstaterar att dokumentationen av vilka åtgärder som har vidtagits och vem som har beslutat om dem har varit bristfällig.

Rättspsykiatriska Regionkliniken i Vadstena har uppmärksammat på de rättsliga förutsättningar som föreligger, och kommer att vidta nödvändiga åtgärder för att komma tillrätta med de kunskapsbrister som förevarit.

AA kommenterade remissvaren.

JO inhämtade därefter ett beslut avseende en verksamhetstillsyn som Socialstyrelsen utfört vid kliniken den 4 oktober 2011 (Socialstyrelsens beslut den 14 september 2012 i ärende dnr 9.1-30963/2011). Av beslutet framgick bl.a. att handfängsel använts vid kliniken i speciella situationer där det förekommit hot eller våld. Socialstyrelsen uttalade att det inte är förenligt med gällande psykiatrisk och rättspsykiatrisk tvångslagstiftning att använda handfängsel inom hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Bedömning

Inledning

Vid tiden för den aktuella bältesläggningen vårdades AA vid kliniken enligt LPT. AA har bl.a. framfört att bältesläggningen varade onödigt länge och att han upplevde åtgärden som en bestraffning.

Jag vill inledningsvis framhålla att JO:s granskning är av rättslig art och främst avser en kontroll av att myndigheterna har följt de regler som gäller för förfarandet i formellt hänseende. Huruvida det i ett enskilt fall finns grund för att lägga en patient i bälte är en bedömningsfråga. JO brukar vara återhållsam med att uttala sig i sådana frågor. Vad som har kommit fram under utredningen i det här ärendet ger mig inte anledning att frånga denna princip.

Mot denna bakgrund kommer jag i det följande att begränsa mig till dels klinikens formella handläggning av vissa frågor rörande bältesläggningen av AA, dels klinikens användande av handfängsel under vården av honom. Mina uttalanden är i princip tillämpliga även vid vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Socialstyrelsen har i sitt remissvar (se ovan under Utredning) redogjort för den lagstiftning och de föreskrifter m.m. som är aktuella i sammanhanget. Jag hänvisar till denna redogörelse, men vill peka på att det sedan den 1 juni 2013 är Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som bedriver tillsyn över hälso- och sjukvården samt hälso- och sjukvårdspersonalen i deras yrkesutövning (tidigare var det Socialstyrelsen). Denna ansvarsöverflyttning har i rättsligt hänseende inte inneburit någon ändring i sak.

Bältesläggning

Beslutande läkares undersökning av patienten inför ställningstagande till eventuell förlängning av bältesläggning, m.m.

En viktig utgångspunkt är att det för patienten är en mycket ingripande åtgärd att bli lagd i bälte. De formella krav som finns rörande förfarandet har införts bl.a. för att säkerställa den enskildes rättssäkerhet (se t.ex. prop. 1990/91:58 s. 151).

Av utredningen framgår att AA blev lagd i bälte lördagen den 22 januari 2011 kl. 01.30. Överläkaren DD, som var s.k. bakjour, undersökte AA på plats kl. 03.00. Vid 09-tiden beslutade DD per telefon om fortsatt bältesläggning av AA. I journalen antecknades att avdelningen skulle ta kontakt med bakjouren igen kl.

13.30. CC undersökte AA den 22 januari kl. 13.00, varefter hon löpande per telefon beslutade om förlängning av fastspänningen, varje gång för fyra timmar i taget. Bältesläggningen upphörde kl. 09.30 måndagen den 24 januari efter att CC utfört en ny undersökning på plats av AA.

Det har alltså framkommit att AA efter DD:s inledande undersökning av honom hade varit lagd i bälte i drygt elva timmar utan läkarundersökning när CC första gången undersökte honom på plats. Därefter var AA bälteslagd nästan två dygn utan någon läkarundersökning. Av 19 § andra stycket LPT jämförd med 3 kap. 2 § första stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård m.m., följer att det krävs synnerliga skäl för att hålla en patient fastspänd under längre tid än fyra timmar. Som framgått stadgas det dessutom i 3 kap. 2 § första stycket i nyss nämnda föreskrifter att den beslutande läkaren själv ska undersöka patienten innan ett beslut fattas om fastspänning med bälte eller liknande anordning under längre tid än fyra timmar.

Socialstyrelsen har i sitt remissvar redovisat sin uppfattning om hur föreskriften ska förstås. Styrelsen har anfört bl.a. att ”den beslutande läkaren själv ska undersöka patienten inför ett beslut om förlängning av bältesläggning där patienten sammantaget är bälteslagd under längre tid än fyra timmar. Det saknar betydelse för bedömningen huruvida det enskilda separata beslutet i sig avser en kortare tid än fyra timmar.”

Jag delar Socialstyrelsens uppfattning. Den ansvariga läkaren skulle alltså personligen ha undersökt AA inför varje omprovning (förlängning) av bältesläggningen.

Av det anförda följer att DD:s beslut den 22 januari vid 09-tiden om fortsatt fastspänning av AA skulle ha föregåtts av en undersökning av AA och inte ha fattats per telefon.

Det synes som om CC begränsade förlängningsbesluten till fyra timmar i taget för att kunna underlåta att undersöka AA på plats. Även om CC (felaktigt) trodde att hanteringen formellt sett var korrekt framstår det som anmärkningsvärt att hon, som ansvarig läkare, inte ansåg att det var nödvändigt att regelbundet på plats undersöka en patient som var fastspänd under så lång tid. CC förtjänar allvarlig kritik för att hon upprepade gånger förlängde AA:s fastspänning utan att undersöka honom.

Jag vill även ta upp den ofullständiga journalföringen av CC:s beslut om fortsatt fastspänning av AA. Landstingsstyrelsen har uppgett att hon löpande beslutade om förlängning, men att inte samtliga beslut/telefonkontakter med kliniken journalfördes. Det är naturligtvis inte godtagbart att bara vissa beslut om fortsatt bältesläggning har dokumenterats. Den bristfälliga journalföringen förtjänar kritik.

Underrättelseskyldighet

När en patient som vårdas enligt LPT hålls fastspänd med bälte under längre tid än fyra timmar ska chefsöverläkaren fullgöra en underrättelseskyldighet (19 § tredje stycket LPT). På en särskild blankett ska fyllas i bl.a. uppgift om vid vilken tidpunkt åtgärden inleddes respektive avslutades och uppgift om när undersökning genomförts av beslutande läkare. Vid den aktuella tidpunkten skulle underrättelsen skickas till Socialstyrelsen. Numera ska den inges till IVO.

I de två blanketter som kliniken upprättat avseende AA:s bältesläggning angavs felaktigt att fastspänningen varade under tiden kl. 09.30 den 24 januari – kl. 09.30 den 25 januari 2011. Uppgiften om när läkarundersökning genomförts var inte heller korrekt angiven. Av remissvaren att döma har bristerna sin huvudsakliga förklaring i tillfälliga problem, delvis av teknisk natur, som nu synes vara lösta. Mot den bakgrunden finner jag inte skäl att ytterligare uppehålla mig vid frågan. Jag vill dock allmänt erinra om att korrekta underrättelser till tillsynsmyndigheten är viktiga eftersom detta har direkt betydelse för säkerheten i vården (jfr RÅ 1998 ref. 14).

Handfängsel

Av utredningen framgår att AA har belagts med handfängsel i olika situationer. Landstinget har (i yttrandet av den 11 december 2012) redogjort för hur handfängsel har använts vid kliniken. Enligt landstinget har det vid ett tillfälle varit fråga om en nödvärnssituation där AA belades med handfängsel för att kunna föras till bältessäng. Vidare har handfängsel använts under ”mer kontrollerade former”, t.ex. i samband med att AA släppts upp under pågående bältesläggning för att duscha eller gå på toaletten.

Landstinget har medgett att det saknas lagstöd för användande av handfängsel på patienter i ”kontrollerade” situationer, men synes mena att brottsbalkens bestämmelser om ansvarsfrihet (t.ex. nödvärn) öppnar upp för att använda handfängsel i vissa situationer.

Enligt 2 kap. 6 § regeringsformen är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot ett påtvingat kroppsligt ingrepp. Detta skydd får enligt 20 § första stycket samma kapitel begränsas genom lag. Att belägga någon med handfängsel är i sig ett sådant ingrepp som förutsätter stöd i lag. Som Socialstyrelsen anför finns det i LPT inte något stöd för användande av handfängsel på patienter. Av intresse i sammanhanget är att möjligheten att använda handfängsel övervägts i samband med vissa ändringar i LPT och LRV, men inte införts (prop. 1999/2000:44 s. 84).

Enligt min uppfattning är rättsläget klart: Patienter som vårdas enligt LPT kan inte med stöd av den lagen beläggas med handfängsel. Klinikens användande av handfängsel under vården av AA står i strid med det grundlagsfästa skyddet mot påtvingade kroppsliga ingrepp. Detta är naturligtvis oacceptabelt och kliniken förtjänar allvarlig kritik.

När det gäller landstingets resonemang rörande brottsbalkens bestämmelser om ansvarsfrihet vill jag endast anföra följande. Den nämnda regleringen aktualiseras i situationer där frågan är om en normalt sett straffbar gärning utgör ett brott eller inte. Det är ytterst en fråga för allmän domstol att pröva om personalens agerande mot en patient i ett visst fall är straffbart. Vad landstinget anfört påverkar därför inte min bedömning av saken.

Jag vill i sammanhanget tillägga följande. I min tillsynsverksamhet har jag, framförallt under inspektioner, uppmärksammat att det förekommer mycket ingripande tvångsåtgärder (långa avskiljningar) rörande en liten grupp av svårbehandlade patienter som vårdas enligt LPT och LRV.

Förekomsten av långa avskiljningar och andra slag av ingripande tvångsåtgärder inom den psykiatriska vården beskrivs i en rapport som Socialstyrelsen tagit fram på regeringens uppdrag (Psykiatrisk hälso- och sjukvård – Tillsyn 2012). Under rubriken Sammanfattning anförs bl.a. följande.

Socialstyrelsen har i sin granskning noterat att de tvångsåtgärder lagstiftaren anvisar används i olika omfattning av olika vårdgivare och vårdinrättningar. Det förekommer att dessa åtgärder också används på otillåtna sätt. Även tvångsåtgärder som inte är tillåtna används.

Skillnaderna när det gäller i vilken omfattning tvångsåtgärder används förklaras till stor del av att ett litet antal patienter är föremål för tvångsåtgärder som pågår under lång tid. Något stöd i lag för sådan långvarig tvångsanvändning finns inte och inte heller för den användning av olika typer av handfängsel som också förekommer i denna patientgrupp. Här rör det sig om extremt svårbehandlade patienter, ofta självdestruktiva och farliga. Med hänsyn till de mycket speciella omständigheterna har Socialstyrelsen, när det gäller dessa patienter, i allmänhet inte begärt att verksamheterna ska upphöra med de använda tvångsmedlen.

Av rapporten framgår att det under 2012 rört sig om 10–15 sådana patienter, som lider av särskilt svåra sjukdomstillstånd, och att antalet är relativt konstant över tid. Socialstyrelsens bedömning är att regelverket bör anpassas så att även dessa patienters behov kan tillgodoses inom lagens ram.

Psykiatrilagsutredningen har i betänkandet Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17), lämnat förslag om ett dispensförfarande för att få kontroll över vissa extraordinära tvångsåtgärder som undantagsvis kan vara nödvändiga att vidta inom den slutna psykiatriska tvångsvården mot ett fåtal patienter som har ett mycket extremt och svårhanterligt beteende (s. 407 f. i betänkandet). – Av mitt yttrande över betänkandet framgår att jag sammanfattningsvis bedömde att utredningens förslag inte var så underbyggt att det kan läggas till grund för lagstiftning.

Betänkandet är föremål för beredning i Regeringskansliet. Jag finner därför skäl att skicka en kopia av detta beslut till Socialdepartementet för kännedom.

Avslutande synpunkter

Av det ovan anförda framgår att kliniken brustit i flera avseenden när tvångsåtgärder vidtagits under LPT-vården av AA. Jag konstaterar således att det

förekommit allvarliga brister vid den långa bältesläggningen av AA. Vidare har handfängsel använts på AA trots att det saknas lagstöd för detta. I landstingets första remissvar uttalades att "besluten om fortsatt fastspänning har fattats i överensstämmelse med rättslig reglering på området." Även om landstinget i sina senare yttranden nyanserat sin inställning kvarstår en bild av otillräckliga kunskaper hos landstinget vad gäller tillämpningen av bestämmelserna om tvångsåtgärder. Jag förutsätter att landstinget, om så inte redan skett, vidtar erforderliga åtgärder för att säkerställa att tvångsåtgärder mot patienter som vårdas enligt LPT och LRV beslutas och utförs i enlighet med regelsystemet på området.

Vad som i övrigt har framkommit föranleder inte något uttalande från min sida.

De frågor som behandlats i ärendet kan vara av intresse för den ordinarie tillsynsmyndigheten. Jag sänder därför en kopia av beslutet till IVO.

Ärendet avslutas med den delvis allvarliga kritik som har uttalats.