

Initiativärende. Kritik mot Rättspsykiatriska kliniken i Örebro, Örebro läns landsting, för brister i dokumentation av tvångsåtgärder, användning av s.k. avgränsning m.m.

Beslutet i korthet: Efter en inspektion av Rättspsykiatriska kliniken i Örebro beslutade JO att utreda kliniken handläggning i fråga om en patient som hade blivit bältesfixerad samt kliniken användning av s.k. avgränsning och gränsdragningen mot tvångsåtgärden avskiljande.

I beslutet framhåller JO vikten av att noggrant dokumentera tvångsåtgärder som vidtas och beslut som fattas så att det vid en kontroll i efterhand inte är oklart vad som har beslutats och när det har skett. Kliniken kritiserar bl.a. för att det av patientens journal inte gick att dra någon säker slutsats om kliniken beslut att återintaga patienten till slutet rättspsykiatrisk vård hade fattats innan patienten blev lagd i bälte.

Under JO:s utredning kom det fram att kliniken använder ett särskilt förfarande – avgränsning – för patienter som bedöms ha behov av att vistas på en begränsad yta med mindre stimulering miljö och liten kontakt med andra patienter. Avskiljande – isolering – är en tvångsåtgärd som enligt lag får vidtas om vissa förutsättningar är uppfyllda. JO har ingen invändning i och för sig mot att vårdpersonalen kommer överens med en patient om att han eller hon ska vistas på ett visst utrymme för att få lugn och ro. JO är dock i flera avseenden kritisk till att kliniken använder ett förfarande och ett begrepp som är så likt tvångsåtgärden avskiljande. JO uttalar bl.a. att det inte kan godtas att det rum där avskilda patienter vistas används för det aktuella ändamålet.

Initiativet

Vid JO:s inspektion av Rättspsykiatriska kliniken i Örebro den 14–17 november 2011 uppmärksammades ett fall där en patient hade blivit bältesfixerad utan att det av journalen tydligt framgick om det dessförinnan hade fattats ett beslut om återintagning till slutet rättspsykiatrisk vård enligt 3 c § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. I inspektionsprotokollet antecknades följande i den delen:

I journalen avseende patienten AA uppmärksammades bl.a. följande.

Patienten vårdades enligt bestämmelserna om rättspsykiatrisk öppenvård. Vid den aktuella tidpunkten vårdades dock AA vid kliniken enligt bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Av de läkarförda journalanteckningarna framgick bl.a. följande. Tjänstgörande sjuksköterska kontaktade den 12 mars 2011 kl. 11.25 en överläkare och det beslutades att patienten, som uppges vara agiterad

och aggressiv, skulle bältesfixeras. Läkaren träffade patienten kl. 15.00. Patienten var då fortfarande fixerad i bältesäng. Läkaren fattade vid denna tidpunkt beslut om återintagning till slutet rättspsykiatrisk vård. I journalen hade antecknats att patienten ”bältesfixeras, tvångsmedicineras och därefter avgränsas. Skall inte återvända direkt till avdelningen efter händelseförloppet.” I omvårdnadsdelen av journalen hade en sjuksköterska samma dag antecknat att patienten var ”återintagen på LRV § 3 C från och med kl. 11.25 idag”. Det framgick inte av journalen om personal hade varit närvarande under bältesläggningen.

Jag beslutade att ta upp saken till utredning i ett särskilt ärende (dnr 1169-2012).

Vid inspektionen uppmärksammades även, beträffande två patienter, situationer där det utifrån journalerna var oklart om ett avskiljande enligt 20 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, kunde anses ha skett. I inspektionsprotokollet antecknades bl.a. följande:

I journalen avseende patienten AA fanns följande antecknat.

Permission dras in. Placeras i A-rummet. Avskiljs kl. 15.15. Får injektioner enligt ovan. Egentligen inga tvångsåtgärder då han går med på detta frivilligt under protest. Bedömning senare i kväll om att avskiljningen släpps. Är kvar tills vidare på avdelningen. [---]

Vid ett annat tillfälle hade följande antecknats.

[---] Han upplyses också om att han får stanna kvar på A-rummet, men inte vara avskild, åtminstone tills i morgon och att han får röka en gång i timmen, för att inte störa de nu skrämde medpatienterna. Patienten är lite missnöjd med detta men inga allvarliga protester. [---]

I journalen rörande AA hade även följande antecknats.

Han frågar när han får flytta in på sitt eget rum, bland annat eftersom han har fått hit sin stereo och vill kunna spela lite musik och jag meddelar honom att han får flytta in dit i morgon förmiddag, om natten varit lugn.

I journalen rörande patienten BB hade följande antecknats.

Fredag vid 16.00-tiden blev han avskild på A-rummet och denna togs bort kl. 24.20 av bakjouren. Han var avgränsad vid A-rummet fram till kl. 11.00 lördag förmiddag.

Jag beslutade att även de frågor som uppkommit om klinikens användning av s.k. avgränsning och om gränsdragningen mot avskiljande skulle behandlas inom ramen för initiativärendet.

Utredning

JO begärde att Landstingsstyrelsen i Örebro läns landsting dels skulle komma in med utredning och yttrande i frågan om den aktuella bältesläggningen, dels yttra sig över klinikens användning av s.k. avgränsning och över gränsdragningen mellan avgränsning och avskiljande. I remissvaret anfördes följande (omnämnda bilagor har här utelämnats):

JO har begärt utredning och yttrande i två fall, efter inspektion på Rättspsykiatriska kliniken i Örebro den 14-17 november 2011. De handlar dels om 1. Bältesläggning och dels om 2. Avskiljande.

1. Angående patienten AA, en patient som vårdas med stöd av lagen om rättspsykiatrisk vård, utan särskild utskrivningsprövning, öppenvård.

Patienten vårdades vid tillfället enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL), sedan en dryg månad. Den 12 mars 2011 blev patienten tilltagande uppvarvad, agiterad och så småningom även hotfull och aggressiv. Försök att lugna och avleda patienten misslyckades. När patienten fysiskt attackerade personal larmades det och patienten lades klockan 11.25 i bälte. Direkt efter detta kontaktades tjänstgörande bakjour som fattade beslut om bältesläggning enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) och enligt sin egen journalanteckning efter personligt besök klockan 15.00 även fattade beslut om återintagning till sluten rättspsykiatrisk vård. Det har inte säkert gått att fastställa om läkaren fattade beslut om återintagning till slutenvård redan vid telefonkontakt klockan 11.25, eftersom den aktuella läkaren inte längre arbetar inom landstinget. Enligt den då tjänstgörande sjuksköterskan fattades beslutet redan klockan 11.25, vilket framgår av hennes omvårdnadsdokumentation och registrering i vårddokumentationssystemet Info Medix PAS. Möjligen har bakjouren haft förhinder, för att akut kunna bege sig ut till Rättspsykiatriska kliniken, men läkaren kan alltså mycket väl ha fattat beslut om återintagning till slutenvård redan vid telefonkontakt med tjänstgörande sjuksköterska tidigare på dagen.

JO:s synpunkter har lett till diskussion i chefsöverläkargruppen och därefter information till bakjourerna om att ett beslut om bältesläggning eller andra tvångsåtgärder alltid måste föregås av ett beslut om återintagning till sluten tvångsvård, för patienter som har öppen sådan och vårdas enligt HSL. Denna vårdssituation är dock relativt ovanlig.

På Rättspsykiatriska kliniken har också ett förtydligande gjorts enligt ovan, till enhetschefer, läkare och sjuksköterskor. Självklart har personal varit närvarande under hela tiden patienten varit bälteslagd, i enlighet med klinikkens rutiner. Det framgår även av bifogad vaklista (bilaga 1), som är gemensam för både så kallad extravak och för extra tillsyn var 15:e minut, som signeras varje kvart för att bland annat ha kontroll över hur länge personal sitter hos en patient, med tanke på behov av raster etc.

2. Avskiljning är en tvångsåtgärd enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), som kliniken definierar enligt bifogat "PM Tvångsvård/avskiljning" (bilaga 2). Avgränsning är ett begrepp som saknar enhetlig definition, men används på kliniken för att beteckna de situationer när en patient bedöms behöva en mindre stimulerande miljö, med en begränsad yta och begränsad kontakt med övriga patienter. Detta är inte att anse som en tvångsåtgärd och patienten hindras inte att ha kontakt med andra patienter.

JO har uppmärksammat fall där det varit oklart om ett avskiljande enligt 20 § LPT kunde anses ha skett. Beträffande patienten AA så har det i det första fallet lite olyckligt uttryckts att avskiljning skett och att patienten fått injektion av läkemedel, men att "egentligen inga tvångsåtgärder vidtagits, då han går med på detta frivilligt, under protest". Här avses att injektion med läkemedel inte givits med tvång, medan det inte råder någon tvekan om att avskiljningen var en tvångsåtgärd och också dokumenterats så i vårt administrativa system Info Medix PAS.

I det andra fallet rörande AA har noterats att "patienten får stanna kvar på A-rummet, men inte vara avskild, åtminstone tills i morgon", vilket här innebar att patienten fick sova i A-rummet och inte i sitt ordinarie vådrum, för att patienten skulle ha en mer stimulerande miljö. Detta var inte en avskiljning, eftersom patienten inte hindrades att träffa medpatienter och har heller inte dokumenterats så i Info Medix PAS.

Det tredje fallet rörande AA handlar om samma sak som i fall två, det vill säga att patienten tillfälligt hade sin sovplats i det så kallade A-rummet, men inte var avskild.

Rörande patienten BB handlade det, enligt journalanteckningarna och det administrativa systemet Info Medix PAS om en avskiljning mellan klockan 16.20 och klockan 00.20, det vill säga 8 timmar. Därefter fick patienten vistas i A-rummet och angränsande korridor, med möjlighet till kontakt med medpatienter och detta var därmed inte en avskiljning. Tyvärr har tjänstgörande dagsjuksköterska i

journalanteckning dagen efter kallat det avskiljning, vilket alltså var felaktigt. Detta var en avgränsning till viss del av avdelningen.

De av JO ovan belysta fallen har lett till diskussion i klinikens ledningsgrupp, läkargrupp och sjuksköterskegrupp, om användandet och klargörandet av begreppet avskiljning respektive avgränsning. En komplettering av klinikens PM angående avskiljning, med ett klargörande av avgränsningsbegreppet kommer också att göras.

Till remissvaret hade landstingsstyrelsen fogat en kopia av en s.k. vaklista för patienten AA, daterad den 12 mars 2011, och klinikens promemoria avseende avskiljning.

Den vaklista som gavs in tillsammans med remissvaret var inte samma vaklista som fanns tillgänglig vid inspektionen. Eftersom det för patienten AA verkade ha funnits två olika vaklistor för samma datum och delvis samma tidpunkter, men med olika signaturer, inhämtades upplysningar per telefon från chefsöverläkaren CC.

CC uppgav i huvudsak följande. Vid inspektionstillfället kunde inte den vaklista som omfattade bältesläggningen återfinnas, utan endast en lista där tillsyn påbörjades kl. 15.30. Han hittade senare ytterligare en vaklista som gavs in tillsammans med remissvaret. Han kan inte förklara varför listorna överlappar varandra och det går inte att nu i efterhand undersöka orsaken till detta.

Bedömning

Rättsliga utgångspunkter

Enligt 2 kap. 6 § regeringsformen (RF) är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot bl.a. påtvingat kroppsligt ingrepp. Vidare är varje medborgare enligt 2 kap. 8 § RF skyddad mot frihetsberövande. Av 2 kap. 20 § RF följer att dessa fri- och rättigheter endast får begränsas genom lag. I såväl LPT som LRV finns bestämmelser som medger inskränkningar i de nämnda grundläggande fri- och rättigheterna.

En patient som ges sluten psykiatrisk tvångsvård med stöd av LPT får, om det finns omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan, kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning (19 § första stycket LPT). Vårdpersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd. Av bestämmelsens andra stycke framgår att patienten, om det finns synnerliga skäl, får hållas fastspänd längre än vad som anges i första stycket. Inspektionen för vård och omsorg, IVO (före den 1 juni 2013 Socialstyrelsen), ska utan dröjsmål underrättas om beslut fattas enligt 19 § andra stycket LPT (19 § tredje stycket LPT).

Enligt 20 § LPT får en patient hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar. Tiden för avskiljande får genom nytt beslut förlängas med högst åtta timmar. Ett beslut om avskiljande får, enligt bestämmelsens andra stycke, om det finns synnerliga skäl avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd ska IVO (före den 1 juni 2013

Socialstyrelsen) underrättas utan dröjsmål (20 § tredje stycket LPT). Vidare ska en patient under den tid han eller hon hålls avskild stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal.

Av 8 § första stycket LRV framgår att 19 och 20 §§ LPT gäller i tillämpliga delar vid sluten rättspsykiatrisk vård.

Det är chefsöverläkaren som beslutar om fastspänning och avskiljande. Uppgiften får dock delegeras till erfaren läkare med specialistkompetens (39 § LPT och 23 § LRV).

I 3 kap. 2 § första stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18) anges att den beslutande läkaren själv ska undersöka patienten innan ett beslut fattas om fastspänning under längre tid än fyra timmar respektive avskiljning under längre tid än åtta timmar. Av 4 kap. 7 § i föreskrifterna framgår att underrättelseskyldigheten enligt 19 § tredje stycket LPT ska fullgöras när en patient hålls fastspänd under längre tid än fyra timmar och enligt 20 § tredje stycket i de fall då en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd.

Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård innefattar i stor utsträckning myndighetsutövning mot den enskilde och ställer därmed särskilt stora krav på dokumentationen. Enligt 2 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska uppgift om tvångsåtgärder samt skälen för åtgärderna dokumenteras i patientens journal.

Som framgår av redovisningen ovan finns det lagstöd för att vidta tvångsåtgärder mot en patient som ges sluten psykiatrisk tvångsvård och sluten rättspsykiatrisk vård. Om patienten ges öppen psykiatrisk tvångsvård respektive öppen rättspsykiatrisk vård finns det bara möjlighet att agera med stöd av de allmänna bestämmelserna om nöd och nödvärn i 24 kap. 1 och 4 §§ brottbalken.

Frågan om bältesläggning

En patient som ges öppen rättspsykiatrisk vård kan under vissa förutsättningar återintagas till sluten rättspsykiatrisk vård. Beslut om sådan återintagning fattas av förvaltningsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren. I vissa situationer kan chefsöverläkaren interimistiskt besluta om återintagning till sluten rättspsykiatrisk vård, vilket framgår av 3 c § LRV.

Patienten AA var vid den aktuella tiden föremål för öppen rättspsykiatrisk vård. Han vårdades vid kliniken med stöd av HSL. Som redovisats ovan överensstämmer inte i alla delar de uppgifter som läkaren och sjuksköterskan har antecknat i journalen beträffande AA. Enligt sjuksköterskans anteckningar fattades både beslutet om återintagning till sluten rättspsykiatrisk vård och beslutet om bältesläggning kl. 11.25. Läkarens anteckningar under rubriken "Aktuell situation" kan tolkas på olika sätt, men under rubriken "Åtgärd" är det tydligt antecknat att ett

interimistiskt beslut om återintagning till sluten vård fattades kl. 15.00, dvs. drygt tre och en halv timme efter det att läkaren beslutat om att AA skulle bältesfixeras.

Det går inte att utifrån journalanteckningarna dra någon säker slutsats i frågan om huruvida beslutet om återintagning till sluten rättspsykiatrisk vård fattades innan patienten blev lagd i bälte eller om det skedde flera timmar efter att tvångsåtgärden hade vidtagits. Utredningen i övrigt har inte heller kunnat ge svar på den frågan. Det är självfallet allvarligt om en patient som vårdas enligt HSL späns fast med bälte trots att det saknas lagliga förutsättningar för åtgärden. Tvångsåtgärder som vidtas utan stöd i lag utgör en kränkning av patientens grundläggande fri- och rättigheter och kan för den berörda befattningshavaren medföra såväl straffrättsligt ansvar som behörighetsinskränkande åtgärder enligt 8 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

Läkare och övrig berörd hälso- och sjukvårdspersonal måste i situationer som den aktuella givetvis vara tydliga i sin kommunikation för att missuppfattningar ska undvikas. Det är av mycket stor vikt att såväl tvångsåtgärder som beslut om intagning eller återintagning till sluten psykiatrisk vård eller rättspsykiatrisk vård dokumenteras noggrant, så att det vid en kontroll i efterhand inte råder någon oklarhet om vad som har beslutats och vid vilken tidpunkt det har skett. Det framstår inte som sannolikt att ytterligare utredningsåtgärder skulle bringa klarhet i frågan. Av remissvaret framgår att kliniken är medveten om bristerna. Jag noterar att det har förts en diskussion vid kliniken om hur dessa situationer ska hanteras och att information även har lämnats till berörda tjänstemän. Jag anser mig därför kunna lämna saken med kritik mot den otydliga dokumentationen.

När det sedan gäller frågan om huruvida personal var närvarande under den tid som AA var fastspänd visar utredningen följande. Med utgångspunkt från sjuksköterskans daganteckning låg AA fastspänd i bälte mellan kl. 11.25 och 15.24. Vid JO:s inspektion fanns det endast en vaklista tillgänglig för den 12 mars 2011. Listan innehöll anteckningar om tillsyn från kl. 15.30, då det hade beslutats att patienten skulle hållas avskild, till följande morgon kl. 06.45. Tillsammans med remissvaret ingavs en annan vaklista för den aktuella dagen. Enligt den listan påbörjades tillsynen kl. 11.30 och pågick till kl. 19.15. Det finns alltså två listor som delvis överlappar varandra. Vad gäller den tid som båda listorna täcker, dvs. kl. 15.30–19.15, har dock olika personer signerat listorna. Landstinget har inte kunnat ge någon förklaring till detta.

Eftersom det bl.a. kan finnas skäl att i efterhand kontrollera att personal har varit närvarande vid en bältesläggning, och eventuellt inhämta upplysningar från berörd personal, är det enligt min mening lämpligt att det i patientjournalen dokumenteras vem eller vilka som har haft tillsyn över patienten under bältesläggningen samt under vilken tidsperiod. Detta kan t.ex. ske genom vaklistor som tillförs journalen. I AA:s fall är det inte möjligt att av vaklistorna utläsa hur tillsynen faktiskt såg ut, vilket naturligtvis är otillfredsställande. Utifrån de uppgifter som har lämnats finner jag dock inte anledning att ifrågasätta att personal faktiskt var närvarande. Jag

bedömer inte att det finns skäl att vidta någon ytterligare åtgärd i saken, utan nöjer mig med att betona vikten av att dokumentationen av tillsynen vid tvångsåtgärder är korrekt.

Frågan om klinikers användning av s.k. avgränsning

Avskiljande – isolering – är en tvångsåtgärd som får vidtas bara om de förutsättningar som anges i 20 § LPT är uppfyllda, dvs. om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Avskiljande är en starkt integritetskränkande åtgärd som ska tillgripas endast i undantagssituationer. I likhet med vad som gäller vid bältesläggning måste ett beslut om avskiljande och skälen för beslutet dokumenteras i patientjournalen. En patient kan inte lämna sitt samtycke till en tvångsåtgärd, utan sådana åtgärder kan vidtas endast om det finns stöd i lag (jfr JO 2008/09 s. 338, dnr 3236-2006).

Bestämmelserna i LPT och LRV ger inte en vårdinrättning utrymme för att på annat sätt än genom avskiljande hindra patienter från kontakt med övriga patienter.

I sammanhanget anser jag att den tvångsvårdslagstiftning som gäller för missbrukare och unga kan vara av ett visst intresse. I lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM, och lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, finns bestämmelser som på motsvarande sätt som för patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV medger inskränkningar i den intagnes rörelsefrihet. Missbrukare och unga kan under särskilda förutsättningar hållas i avskildhet utan kontakt med andra intagna (34 § fjärde stycket LVM och 15 c § LVU). Under 2003 infördes bestämmelser (34 § andra stycket LVM och 15 b § LVU) som gör det möjligt att av behandlingsskäl tillämpa en vårdform för tvångsintagna missbrukare och unga som benämns ”vård i enskildhet”. Genom införandet av denna vårdform är det numera möjligt att vårda en intagen på en enhet för särskilt noggrann tillsyn under förhållanden som innebär att han eller hon inte fritt får umgås med andra intagna, om det krävs med hänsyn till den intagnes speciella behov av vård, hans eller hennes säkerhet eller övriga intagnas säkerhet. Vård i enskildhet skiljer sig från avskiljning på avgörande punkter då den svarar mot ett definierat vårdbehov hos den enskilde som inte uppträder akut, utan kan förutses. Vidare innebär vård i enskildhet att den intagne vistas tillsammans med personal (prop. 2002/03:53 s. 98 f.).

Det har framkommit att Rättspsykiatriska kliniken i Örebro använder sig av något som kliniken kallar ”avgränsning”. I remissvaret anges att ”avgränsning” är ett begrepp som saknar en enhetlig definition. Det används på kliniken ”för att beteckna de situationer när en patient bedöms behöva en mindre stimulerande miljö, med en begränsad yta och begränsad kontakt med övriga patienter”.

Landstingsstyrelsen har vidare anfört att det inte är att anse som en tvångsåtgärd och att en patient som är ”avgränsad” inte kan hindras från att ha kontakt med andra patienter.

Av de journalanteckningar som jag har tagit del av framgår att patienter som "avgränsats" har blivit anvisade ett visst utrymme. I de fall som låg till grund för mitt beslut att ta upp saken till granskning hade "avgränsning" skett i det s.k. A-rummet respektive "vid A-rummet". I ett fall hade ett avskiljande i A-rummet direkt följts av en "avgränsning" i samma rum.

Enligt vad som anförs i remissvaret innebär "avgränsning" inte att berörd patient hindras från att ha kontakt med andra patienter. Som landstinget måste förstås är det fråga om en form av överenskommelse mellan vårdpersonalen och den berörda patienten som innebär att han eller hon ska vistas i ett visst rum eller en viss del av avdelningen, men patienten kan lämna det anvisade utrymmet och ha kontakt med andra patienter.

Jag har förståelse för att patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV av behandlingsskäl kan behöva vistas i en miljö där kontakten med andra patienter är begränsad. Vidare har jag ingen invändning i och för sig mot att vårdpersonal kommer överens med en patient om att han eller hon ska vistas på ett visst utrymme, t.ex. det egna rummet och/eller viss del av en korridor, för att få lugn och ro. För att ett sådant förfarande ska vara godtagbart måste det dock bygga på frivillighet och hållas strikt skilt från tvångsåtgärden avskiljande. Patienten ska fritt kunna lämna det rum eller den del av avdelningen där han eller hon enligt överenskommelsen ska vistas. Det är av stor vikt att det både för patienter och personal är helt klart vad som gäller och att dokumentationen är tydlig.

När det gäller det förhållandet att patienter har varit "avgränsade" i A-rummet vill jag anföra följande.

Patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV befinner sig i en mycket utsatt situation. Det är angeläget att man vid vårdinrättningar inte hamnar i lägen där vården bedrivs i en "gråzon", dvs. att det råder osäkerhet om huruvida åtgärder står i överensstämmelse med lagstiftningen. A-rummet används normalt för tvångsåtgärder. I de fall när patienter är "avgränsade" i A-rummet kan därför gränsen mot en otillåten isolering vara svår att dra. Detta gäller naturligtvis särskilt om en patient först är avskild enligt 20 § LPT och avskiljningen sedan direkt följs av en "avgränsning", där patienten ska stanna kvar i A-rummet. I sådana situationer finns en uppenbar risk för att frivilligheten blir illusorisk. Patienten kan uppfatta att han eller hon är avskild eller att det föreligger ett hot om att ett beslut eller ett nytt beslut om avskiljande kan komma att fattas om han eller hon inte stannar i A-rummet. Enligt min mening kan det inte godtas att A-rummet används för det aktuella ändamålet.

Därutöver ifrågasätter jag lämpligheten i att använda sig av begreppet "avgränsning" som är så likt avskiljning och avskiljande. Av utredningen framgår att begreppen har sammanblandats av vårdpersonal i journalen för patienten BB. En sjuksköterska har felaktigt angett att patienten har varit föremål för avskiljande trots att det har varit frågan om "avgränsning". Med så likartade begrepp finns det risk för missförstånd. Detta kan i sin tur medföra att en patient behandlas med utgångspunkt från att han eller hon är föremål för en tvångsåtgärd trots att så inte är

fallet. Till detta kommer att ordet ”avgränsning” i sig ger intryck av att det rör sig om en tvångsåtgärd.

Avslutningsvis kan noteras att Psykiatrilagsutredningen i sitt betänkande Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17) har föreslagit att tillämpningsområdet för avskiljande ska utvidgas. Enligt förslaget ska avskiljande inte bara få ske vid försvårande av vården av de andra patienterna utan också när det är nödvändigt av hänsyn till patientens egen vård. Som exempel nämns att en patient som behöver ha begränsning av yttre stimuli för att kunna varva ner bör kunna avskiljas. Jag ställde mig i yttrande över betänkandet tveksam till detta förslag eftersom jag ansåg att det var för dåligt analyserat. Betänkandet är under beredning inom Regeringskansliet. Jag finner därför skäl att skicka en kopia av detta beslut till Socialdepartementet.

Med den kritik som framgår av det anförda avslutas ärendet.