

Allvarlig kritik mot en chefsöverläkare vid Rättspsykiatriska kliniken, Sätters sjukhus, och en chefsöverläkare vid Område Psykiatri, Östersunds sjukhus, för behandlingen av en patient som gavs öppen rättspsykiatrisk vård

Beslutet i korthet: En patient som gavs öppen rättspsykiatrisk vård skulle som villkor för vården bl.a. avhålla sig från droger och underkasta sig drogtest. Patienten lämnade vid ett besök på kliniken ett urinprov som vid s.k. screening visade positivt när det gällde amfetamin. Det uppstod då misstanke om att patienten hade använt droger i strid med villkoren för vården. Patienten informerades om att han kunde välja mellan att antingen stanna kvar frivilligt på kliniken till dess att urinprovet hade verifierats eller att man annars skulle ta ställning till att konvertera den öppna vården till sluten rättspsykiatrisk vård. Patienten stannade kvar på avdelningen i sju dagar. Screeningstestet hade då analyserats och visade negativt resultat.

I en anmälan till JO klagade patienten på de berörda chefsöverläkarna och uppgav att han hade varit frihetsberövad eftersom han inte stannade kvar på kliniken av fri vilja.

JO uttalar till att börja med att ett resultat som visats vid ett screeningtest bör användas med försiktighet eftersom resultatet inte är tillräckligt tillförlitligt. Då ett positivt resultat kan visa sig vara felaktigt bör ingripande beslut gentemot en patient inte grundas enbart på ett sådant test. JO kritiserar de berörda chefsöverläkarna och menar att de haft en felaktig utgångspunkt, att det var en självklarhet att patienten skulle vara föremål för sluten vård tills drogtestet hade verifierats. I stället borde man ha tillämpat en försiktighetsprincip och noga övervägt om andra mindre ingripande åtgärder kunde vara tillräckligt.

JO uttalar vidare kritik mot en chefsöverläkare för att han inte begärde att analysen skulle tas med förtur. För patienten var resultatet av analysen avgörande för om han skulle behöva vara kvar inom den slutna vården eller inte.

När det gäller frågan om patientens vistelse på kliniken var frivillig eller inte uttalar JO bl.a. följande: För att ett samtycke ska kunna ligga till grund för en vårdåtgärd krävs att frivilligheten är reell. En vårdåtgärd får inte genomföras efter hot om någon sanktion eller andra former av påtryckningar. Patienten måste ha fått information om alternativen som finns. Först då kan en patient lämna ett informerat samtycke. Samma resonemang kan föras när det gäller frågan om intagning för sluten vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL). I en situation som den nu aktuella där patienten har befunnit sig i ett uppenbart beroendeförhållande till läkarna måste det ställas höga krav när det gäller att försäkra sig om att frivillighet föreligger.

JO anser att innehållet i den information som patienten fick inte uppfyllde de krav på tydlighet, saklighet och fullständighet som måste ställas för att patienten skulle kunna

fatta ett välgrundat beslut. Intrycket av journalanteckningarna är också att informationen har lämnats på ett sådant sätt att patienten inte kan ha uppfattat att han hade något annat val än att stanna på kliniken. Under dessa förhållanden, där patienten med fog uppfattat sig vara tvungen att gå med på läkarnas krav, finns det enligt JO:s mening inget verkligt samtycke. Patienten framförde också tydligt sitt missnöje. Det måste ha stått klart för sjukvårdspersonalen att det inte fanns något reellt samtycke till HSL-vård. Sjukvården borde därför ha tagit ställning till om förutsättningarna för återintagning till sluten rättspsykiatrisk vård var uppfyllda och i sådant fall antingen ha gjort en anmälan till förvaltningsrätten eller meddelat ett interimistiskt beslut om sådan vård.

Genom sjukvårdens hantering betogs patienten sin rätt att få saken prövad av domstol. JO uttalar i denna del allvarlig kritik mot de berörda chefsöverläkarna.

JO behandlar slutligen den omständigheten att patienten inte fick ha någon uteställelse i avvaktan på verifieringen av testresultatet. Detta är givetvis oförenligt med ståndpunkten att det rörde sig om frivillig vård. Eftersom patienten inte var intagen för sluten rättspsykiatrisk vård fanns det inget stöd för att hindra honom från att lämna kliniken. JO kritiserar chefsöverläkaren som beslutat i frågan.

JO konstaterar att chefsöverläkarnas hantering har brustit i flera avseenden och att hanteringen har inneburit ett ingrepp i patientens rörelsefrihet som inte har haft stöd i lag. JO ser mycket allvarligt på detta.

Bakgrund

AA överlämnades 1991 till sluten rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Han vårdades sedan vid Rättspsykiatriska kliniken, Sätters sjukhus. Efter en anmälan från chefsöverläkaren beslutade Förvaltningsrätten i Falun i en dom den 19 mars 2014 (mål nr 3087-14) att den rättspsykiatriska vården av AA skulle fortsätta men övergå från sluten till öppen rättspsykiatrisk vård. Som särskilda villkor för vården föreskrev rätten bl.a. att AA skulle avhålla sig från alkohol och andra droger samt underkasta sig provtagning/drogtest enligt chefsöverläkarens bestämmande.

Enligt en överenskommelse mellan Rättspsykiatriska kliniken vid Sätters sjukhus, Landstinget Dalarna, och Område Psykiatri vid Östersunds sjukhus, Jämtlands läns landsting, gavs den öppna rättspsykiatriska vården av AA vid Östersunds sjukhus. Chefsöverläkaren BB vid Rättspsykiatriska kliniken i Säter hade ansvaret för vården. Han beslutade att AA skulle genomgå provtagning och lämna drogtest vid Östersunds sjukhus en gång per vecka.

Anmälan

I en anmälan till JO klagade CC, som ombud för AA, på chefsöverläkaren BB vid Rättspsykiatriska kliniken, Sätters sjukhus, och chefsöverläkaren DD vid Område Psykiatri, Östersunds sjukhus.

CC uppgav i huvudsak följande: Mellan den 3 och 10 september 2014 var AA frihetsberövad då han var inlåst vid den psykiatriska kliniken i Östersund. Chefsöverläkarna BB och DD meddelade inte något interimistiskt beslut om att vården skulle övergå från öppen till sluten rättspsykiatrisk vård. De lämnade

inte heller in någon anmälan till domstolen om att vården hade övergått till slutna rättspsykiatrisk vård. AA blev därigenom berövad sin rätt att få lagligheten av frihetsberövandet prövad av en domstol.

Anledningen till frihetsberövandet var att AA mitt på dagen den 3 september 2014 lämnade ett urindrogtest som vid screening visade på förekomst av amfetamin. Drogtestet skickades för verifikation. AA lämnade två nya drogtestar senare samma dag som var negativa på samtliga droger. Han fick information om att han antingen kunde stanna frivilligt på kliniken för observation till dess att ett svar på verifieringsprovet hade kommit eller att vården kunde komma att konverteras till slutna rättspsykiatrisk vård. AA uppgav att agerandet var felaktigt och att han inte stannade kvar frivilligt. Dagen därpå ifrågasatte han klinikkens agerande och sa att han ville lämna avdelningen. Vidare bad AA att DD skulle försöka skynda på verifieringsprocessen, men han ville inte göra det. Trots att AA hade uppgett att han inte stannade kvar frivilligt skrev BB till Förvaltningsrätten i Falun och meddelade att AA stannade kvar frivilligt för observation. BB skrev också att han av den anledningen avvaktade med att ansöka om slutna rättspsykiatrisk vård. Den 10 september 2014 kom beskedet att drogtestet var negativt och AA kunde lämna kliniken. AA var alltså under en vecka intagen mot sin vilja och utan något beslut av domstol. Under den aktuella tiden fick han inte vistas utomhus, varken ensam eller med någon annan person.

CC bifogade bl.a. ett yttrande från en sjukhuskemist vid Laboratoriemedicin, Östersunds sjukhus. I yttrandet anges bl.a. följande:

Vi kan nog bara konstatera att det här provet visar på vikten av att verifiera ett positivt screeningresultat. Ett positivt screeningresultat är inte positivt i förhållande till patienten förrän det är verifierat positivt.

Utredning

JO begärde in journaler från Rättspsykiatriska kliniken vid Sätters sjukhus och Östersunds sjukhus, Område psykiatri.

Sedan begärde JO att Landstingsstyrelsen i Landstinget Dalarna och Landstingsstyrelsen i Jämtlands läns landsting skulle yttra sig över det som hade anförts i anmälan till JO.

Landstingsstyrelsens arbetsutskott, Landstinget Dalarna, uppgav i ett remissvar bl.a. följande:

Arbetsutskottets bedömning

Patienten har tidigare haft en drog- och våldsprblematik och vårdas nu inom öppen rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Det var därför oundgängligt att verifiera det positiva drogtest som patienten lämnat. Uppgifterna går isär beträffande patientens frivilliga medverkan till att under den tid som provet verifierades, tas in för slutna vård. Medan ansvarig vårdpersonal har uppfattat det som att patienten samtyckte till detta, framgår det av anmälan att han inte gjorde det. Det framgår dock att om patienten inte gick med på den

frivilliga vården, så skulle ansökan göras om sluten psykiatrisk vård. Detta gjordes dock inte i och med uppfattningen att patienten samtyckt till intagningen. I alla frivilliga former av vård har patienten möjlighet att när som helst avbryta denna och lämna sjukvårdsinrättningen. I förevarande fall var patienten informerad om att denna möjlighet sannolikt skulle medföra konsekvensen att ansökan skulle göras om konvertering av vården till sluten psykiatrisk tvångsvård. För patienten är det därför inte märkligt om vården uppfattades som tvångsvård.

Arbetsutskottet gör bedömningen att åtgärden att omedelbart reagera på det positiva drogtestet för att verifiera detta var väl motiverad. Vård ska alltid ges i frivilliga former i första hand, varför det också var riktigt att erbjuda patienten vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. För att kunna ha kontroll över patienten under tiden behövde vården ske i sluten form. I efterhand kan konstateras att kontrollen hade kunnat ske även i öppna former, alternativt hade ansökan om konvertering av vården kunnat göras.

Arbetsutskottet gör dock bedömningen att chefsöverläkarnas bedömning var välgrundad och att den också innebar ett mindre ingripande i den pågående öppna psykiatriska vården än om ansökan om konvertering till sluten psykiatrisk tvångsvård hade gjorts. Arbetsutskottet delar inte patientens bedömning att den tid som han var intagen i sluten vård utgjorde tvångsvård. Han var alltså fri att när som helst lämna vårdinrättningen.

Arbetsutskottet instämmer också i redogörelsen för patientens situation och den utförliga rättsutredning som finns i yttrandet från Landstingsstyrelsen i Jämtlands län.

Patientperspektiv

Patientens perspektiv återfinns i JO-anmälan. Landstinget Dalarna, som är ansvarig för patientens vård, avser dock med de vidtagna åtgärderna att patienten ska kunna skrivas ut från den rättspsykiatriska vården utan risk för återintagning.

Juridik

För det juridiska perspektivet finns en redogörelse i yttrandet från Länsstyrelsen [*Landstingsstyrelsen, JO:s anm.*] i Jämtlands län.

Landstingsstyrelsen i Jämtlands läns landsting anförde bl.a. följande:

Den aktuella händelsen

Vid en regelbunden kontakt för provtagning för screening av urindroger den tredje september 2014 lämnade patienten ett urinprov som var positivt för amfetamin. Provet skickades till Klinisk Kemi, Laboratoriemedicin vid Norrlands Universitetssjukhus för verifiering. Område psykiatri vid Östersunds sjukhus meddelade det positiva screeningsresultatet till Rättspsykiatrisk avdelning 32 vid Sätters sjukhus. Chefsöverläkaren BB vid Rättspsykiatrisk avdelning 32 vid Sätters sjukhus beslutade att patienten skulle erbjudas ineliggande vård vid område psykiatri vid Östersunds sjukhus i väntan på verifikation av urinprovet.

Patienten inställde sig senare samma dag vid område psykiatri vid Östersunds sjukhus där han närmare informerades om chefsöverläkarens vid Sätters sjukhus beslut. Patienten gavs möjlighet att på frivillig väg skriva in sig och kvarstanna i väntan på verifikation av urinprovet. Patienten informerades också om att alternativet till en frivillig inskrivning sannolikt var att chefsöverläkaren vid Sätters sjukhus skulle besluta om återintagning för sluten vård. Patienten gick frivilligt med på inskrivning även om han framförde att han ansåg hanteringen vara orätt och tänkte ta upp det med sin advokat. Patienten framförde aldrig några krav på att få överklaga ett eventuellt beslut av chefsöverläkaren vid Sätters sjukhus.

Patienten framförde också önskemål om att verifieringsprocessen av provet skulle påskyndas och ges förtur.

När det verifierande provresultatet, som visade att det inte funnits droger i urinen, kom den 10 september 2014 kunde patienten efter överenskommelse med chefsöverläkaren vid Sätters sjukhus lämna slutenvården i Östersund.

Ansvarigt landsting

Enligt 2 § tredje stycket lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129) (LRV) gäller föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om skyldighet för ett landsting att erbjuda hälso- och sjukvård även rättspsykiatrisk vård.

Enligt tredje stycket samma paragraf avses med chefsöverläkare i lagen chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är inskriven.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen är det landsting där patienten är bosatt ansvarigt för vården av patienten. Bosättningen avgörs genom folkbokföringen. I riksavtalet för utomlänsvård har det mellan landstingen reglerats vad som gäller när en patient byter folkbokföringsort under pågående vård, i avtalet definierat som vårdtillfälle. För slutna vård gäller att ansvaret för vården ligger hos det landsting där patienten var folkbokförd vid inskrivning på ett sjukhus.

Patienten dömdes till slutna rättspsykiatrisk vård 1991 och togs in på Rättspsykiatriska kliniken vid Sätters sjukhus där han sedan dess varit inskriven. Patienten har sedan bytt folkbokföringsort till en ort i Jämtlands län.

Genom tidigare nämnda dom i Förvaltningsrätten i Falun övergick vården av patienten från slutna rättspsykiatrisk vård till öppen rättspsykiatrisk vård. Enligt förarbetena till 2 § 3 st. LRV, prop. 2007/08:70, 2007/08:SoU15 är en patient inskriven vid en sjukvårdsinrättning under hela tiden som vården ges, oavsett om detta sker i form av slutna eller öppen rättspsykiatrisk vård. Med hänsyn till detta kvarstår ansvaret för vården på Landstinget Dalarna, som Sätters sjukhus tillhör, även om patienten bytt folkbokföringsort. Det är således chefsöverläkaren vid Rättspsykiatriska avdelningen vid Sätters sjukhus som är chefsöverläkare enligt LRV. Chefsöverläkaren vid område psykiatri vid Östersunds sjukhus är inte behörig att fatta beslut om tvångsvården av denna patient. Patienten ges den öppna vården av område psykiatri vid Östersunds sjukhus enligt en överenskommelse mellan området och Rättspsykiatriska kliniken vid Sätters sjukhus.

Överenskommelsen har träffats med hänsyn till att patienten numera är bosatt i Jämtlands län och enbart med omtanke om patienten.

Återintagning för slutna rättspsykiatrisk vård

Patienten är sedan 1991 överlämnad till slutna rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

Enligt 3b § andra stycket LRV får en patient som ges öppen rättspsykiatrisk vård med stöd av första stycket åter ges slutna rättspsykiatrisk vård om

1. det på grund av risken för återfall i brottslighet som är av allvarligt slag är påkallat att han eller hon är intagen på en sjukvårdsinrättning, eller
2. hans eller hennes psykiska tillstånd eller personliga förhållanden i övrigt har förändrats på ett sådant sätt att behovet av rättspsykiatrisk vård inte längre kan tillgodoses utanför sjukvårdsinrättningen.

Chefsöverläkaren får besluta att en patient som ges öppen rättspsykiatrisk vård med stöd av 3 d § första stycket LRV åter ska ges slutna rättspsykiatrisk vård om

1. de förutsättningar som anges i 3 b § andra stycket är uppfyllda, och

2. rättsens beslut om fortsatt vård inte kan avvaktas med hänsyn till risken för patientens eller annans hälsa eller personliga säkerhet.

Chefsöverläkaren ska inom fyra dagar från beslutet lämna in en anmälan till förvaltningsrätten enligt 16 a § LRV.

Av förarbetena till bestämmelserna om öppen rättspsykiatrisk vård, prop. 2007/08:70 s 116 framgår att om en återintagning behöver ske måste bedömas från fall till fall och är beroende av vilka villkor som föreskrivits, patientens sjukdomsbild och eventuell risk för återfall i brott. Om patienten ges rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning har därvid givetvis också stor betydelse.

Vidare framgår att återintagning inte får ske enbart som en sanktion för att ett villkor inte har iakttagits. Underlåtenheten att följa föreskrivna villkor måste också innebära risker för patientens psykiska tillstånd eller - för patienter som ges rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning - innebära att risken för återfall i brottslighet ökar.

Landstingsstyrelsens bedömning

Att patienten varit inskriven vid Rättspsykiatrisk avdelning 32 vid Sätters sjukhus har varit utgångspunkten vid handläggningen vid område psykiatri vid Östersunds sjukhus.

Att patienten ges den öppna vården av område psykiatri vid Östersunds sjukhus bygger på överenskommelsen mellan området och Rättspsykiatriska kliniken vid Sätters sjukhus. Överenskommelsen har träffats med hänsyn till att patienten numera är bosatt i Jämtlands län och enbart med omtanke om patienten. Område psykiatri vid Östersunds sjukhus har haft hand om det faktiska utförandet av den öppna vården och vården vid den frivilliga vistelsen på Östersunds sjukhus mellan den tredje och 10:e september 2014. Alla beslut har fattats av chefsöverläkaren Rättspsykiatriska kliniken vid Sätters sjukhus.

Av förvaltningsrättens dom 2014-03-19 framgår att ett av skälen till att den rättspsykiatriska vården skulle fortsätta men övergå till öppen rättspsykiatrisk vård var att rätten, med hänsyn till den långa tid som gått sedan patienten vistats utanför institution, inte kunde bedöma risken för återfall i brottslighet av allvarligt slag. En kontrollerad utslussning skulle ske inom ramen för den öppna rättspsykiatriska vården för att dels få underlag för riskbedömningen vid framtida prövning av fortsatt vård eller utskrivning och dels för att patienten ska få anpassa sig till ett liv i samhället utanför institutionen. De särskilda villkoren beslutades med hänsyn till de riskfaktorer som förelegat och som bedömdes fortfarande föreligga, bland annat missbruk av alkohol och droger, samt till behovet av insatser för anpassning till ett liv i frihet.

När ett föreskrivet prov uppvisar användning av droger finns all anledning att överväga åtgärder även om det är ett resultat av ett screeningtest. Detta gäller särskilt i ett fall då vården är förenad med särskild utskrivningsprövning då allmänintresset gör sig gällande. Drogmissbruk är inte bara till skada för patienten utan har varit en riskfaktor för återfall i brottslighet av allvarligt slag.

I detta fall blev åtgärden en frivillig medverkan från patienten till att vistas på slutenvårdsavdelning i avvaktan på verifiering av drogprovet. Detta medverkade både till att hjälpa patienten från ett eventuellt återfall i missbruk som ett förebyggande av återfall i brottslighet av allvarligt slag. Genom den frivilliga medverkan behövdes inte något ställningstagande göras om förutsättningar för att besluta om att vården skulle övergå till slutna rättspsykiatrisk vård förelegat. Landstingsstyrelsen vill betona att de beslut som fattades kring patienten inte togs av chefsöverläkaren vid område

psykiatri vid Östersunds sjukhus, utom vad avser begäran om förtur till verifiering av provresultat, utan av chefsöverläkaren vid Rättspsykiatrisk avdelning 32 vid Sätters Sjukhus.

Patientens begäran om förtur till verifiering av provresultat efterkoms inte av chefsöverläkaren vid område psykiatri vid Östersunds sjukhus med hänsyn till etiska principer om lika vård för alla och att sannolikt andra patienter i norra regionen kunde vara lika beroende av snabb verifikation som patienten.

Med hänsyn till att patienten frivilligt medverkat i slutenvården under tiden mellan tredje och 10 september i år anser landstingsstyrelsen inte att patienten varit omhändertagen för tvångsvård.

Landstingsstyrelsen i Jämtlands läns landsting bifogade ett yttrande från Laboratoriemedicin. I yttrandet anfördes följande:

Aktuell patient lämnade ett urinprov för screening av urindroger den 3 september 2014 kl. 11.40. Detta prov gav positivt svar på amfetamin medan övriga analyserade komponenter (bensodiazepiner, cannabis, dextropropoxifen, kokain, opiater) påvisades ej. Enligt laboratoriets ordinarie rutiner amfetamin-resultatet rapporterat som "POS" med analyskommentar "**Positivt vid screening. Resultat med lägre tillförlitlighet. Provet har skickats för verifiering**". (Elektroniskt svar skickades kl. 13.53.)

Nytt prov på kvällen (provtagningstidpunkt 3 september 2014 kl. 21:10; elektroniskt svar 22:41) gav resultatet **NEG** (utan analyskommentar) på samtliga analyserade komponenter.

Enligt ordinarie rutiner skickades det sistnämnda provet inte vidare för verifiering eftersom det var negativt avseende samtliga screenade droger. Negativa drogtester i urin verifieras i normalfall ej såvida inte beställande klinik uttryckligen begär en verifiering oberoende av screeningresultat.

Analyskvaliteten av drogscreeningen var säkerställd med föreskrivna analyskontroller enligt vanliga rutiner, även den aktuella dagen 3 september 2014. Metoderna och våra kringrutiner ingår i vår ackrediterade verksamhet enligt EN 17025.

Det ska vidare nämnas att urinen vid första provtagningstidpunkten kl. 11.40 var mer koncentrerad (U-kreatinin 29,0 mmol/L) jämfört med prov taget kl. 21.10 (U-kreatinin 8,7 mmol/L). Detta betyder att även eventuella läkemedelsmetaboliter kan antas ha varit mer "uppkoncentrerade", vilket innebär att risken för eventuell korsreaktivitet i screeningtesten ökar, eller att substanskoncentrationen lättare kan överstiga så kallat gränsvärde eller "cut-off" för positivt svar.

Laboratoriet har alltså följt de etablerade interna rutinerna. Med tanke på den aktuella händelsen menar vi att det ändå kan finnas skäl att påpeka ännu tydligare i standardanalyskommentaren att positiva screeningsvar måste anses vara preliminära till dess att de är verifierade eftersom det finns risk för falsk-positiva testresultat.

Vi har därför omarbetat kommentartexten som rutinmässigt används vid positiva provsvar i samband med drogscreening av urin för att ytterligare uppmärksamma svarsmottagaren på att positiva screeninganalyssvar är preliminära.

Analyskommentaren är sedan den 7 november "**Positivt vid screening. Observera att screeningresultat kan vara falskt-positivt och skall betraktas som preliminärt tills det verifierats med en mer specifik metod. Provet skickas för verifiering till Laboratoriemedicin NUS. Avvakta verifierings- svaret från NUS**".

CC och landstingsstyrelsen för respektive landsting kommenterade remissvaren.

CC tillade bl.a. följande: Det fanns inte någon reell möjlighet för AA att lämna avdelningen då utgångarna var låsta och endast kunde öppnas av personalen. Han kontaktade Kemi Laboratoriemedicin vid Norrlands universitetssjukhus angående verifieringsanalysen av AA:s prov och bad dem påskynda den. Laboratoriemedicin var tillmötesgående och tidigarelade analysen. Han fick svar på den strax efter sin begäran vilket resulterade i att AA kunde lämna den psykiatriska kliniken. Genom att tidigarelägga verifieringsanalysen upphörde frihetsberövandet betydligt tidigare än vad som annars hade blivit fallet.

Jämtlands läns landsting ombildades den 1 januari 2015 till Region Jämtland Härjedalen. Landstinget anförde bl.a. följande i ett kompletterande yttrande: Laboratoriet blev kontaktat av en advokat som bad om att verifieringsanalysen skulle tidigareläggas, vilket laboratoriet gjorde. Provet analyserades samma dag som begäran hade framförts. Det är mycket osannolikt att laboratoriet skulle neka en beställare att få sitt prov omprioriterat. Laboratoriet får dagligen sådana framställningar och tillmötesgår dem i det närmaste alltid.

Rättslig reglering

I regeringsformens andra kapitel anges de grundläggande mänskliga fri- och rättigheterna. En grundläggande frihet är rörelsefriheten. Skyddet för den kommer till uttryck i 2 kap. 8 § regeringsformen, RF, som slår fast att var och en gentemot det allmänna är skyddad mot frihetsberövanden. Rörelsefriheten får endast begränsas genom lag (2 kap. 20 § RF).

Inom hälso- och sjukvården är utgångspunkten att vården är frivillig och ska genomföras i samråd med den som är i behov av vård. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, framgår bl.a. att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård (2 a §). Det innebär t.ex. att vården särskilt ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vården ska ha en medmänsklig och förstående inriktning och genomföras i samråd med patienten. Eftersom vården är helt frivillig kan en patient motsätta sig att en viss vårdåtgärd vidtas (prop. 1984/85:181 s. 96).

Den 1 januari 2015 trädde patientlagen (2014:821) i kraft. Lagen innehåller bestämmelser som syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (1 kap. 1 §). I 4 kap. 2 § patientlagen slås det fast att hälso- och sjukvård inte får ges utan patientens samtycke om inte annat följer av lag.

I lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, finns bestämmelser som gör det möjligt att tvångsvårda personer som har begått brott och som lider av en allvarlig psykisk störning. Med stöd av LRV kan en patient hållas intagen på en sjukvårdsinrättning för vård dygnet runt som är förenad med frihetsberövande och annat tvång.

Det följer av 3 § LRV att vård som ges när en patient är intagen vid en sjukvårdsinrättning kallas slutna vård och annan vård kallas öppna vård.

Tvångsåtgärder får inte förekomma inom ramen för den öppna rättspsykiatriska vården.

När det gäller möjligheten att besluta om återintagning för sluten rättspsykiatrisk vård regleras förutsättningarna för det, såvitt här är aktuellt, i 3 b § LRV. Enligt bestämmelsen får en patient åter ges sluten rättspsykiatrisk vård om det på grund av risken för återfall i allvarlig brottslighet är påkallat att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning, eller patientens tillstånd har förändrats på ett sådant sätt att patienten inte längre kan vårdas utanför sjukvårdsinrättningen. Ett beslut om återintagning till sluten vård fattas av förvaltningsrätten efter en anmälan av chefsöverläkaren (16 a § LRV). Förvaltningsrättens beslut kan överklagas till kammarrätten. En chefsöverläkare kan fatta ett beslut om återintagning omedelbart om förutsättningarna är sådana att rättens beslut inte kan avvaktas med hänsyn till risken för patientens eller annans hälsa eller personliga säkerhet. Chefsöverläkaren ska inom fyra dagar från beslutet lämna in en anmälan till förvaltningsrätten (3 d § LRV). Chefsöverläkarens interimistiska beslut kan överklagas till förvaltningsrätten (18 § LRV).

I förarbetena till regleringen har det uttalats att det inte är givet att en patient som inte har rättat sig efter de villkor som har ställts upp för den öppna vården ska återintagas för sluten vård, även om det ligger nära till hands att anse att vården då inte längre kan ges utanför sjukvårdsinrättningen (prop. 2007/08:70 s. 116 f.). En bedömning av om återintagning är nödvändigt måste göras utifrån omständigheterna i varje enskilt fall. I förarbetena betonas det att en återintagning inte får ske enbart som en sanktion för att ett villkor inte har iakttagits.

Region Jämtland Härjedalen har redogjort för den tillämpliga regleringen i frågan om vilket landsting och vilken chefsöverläkare som hade det formella ansvaret för AA:s vård.

Händelseförlopp

Genom utredningen i ärendet har följande kommit fram:

Den 3 september 2014 kl. 11.40 lämnade AA ett urinprov som vid kontroll, s.k. screening, visade positivt när det gällde amfetamin. Enligt sjuksköterskan som övervakade provet ”märktes inget speciellt på AA”. Provsvaret skickades för verifiering. Chefsöverläkaren DD tog kontakt med Sätters sjukhus med anledning av det positiva resultatet. Den sjuksköterska som mottog informationen vidareförmedlade den till en överläkare som bedömde att de skulle avvakta till nästa dag med att vidta eventuella åtgärder.

I en journalanteckning signerad av DD den 4 september 2014 anges följande om vad som hände på kvällen den 3 september:

Vid 18-tiden ringer jag upp avd 32 och får till min förvåning veta att den enl Sundström [*sjuksköterska vid Säterns sjukhus, JO:s anm.*] ansvarige överläkaren där sagt att saken skulle bero till morgondagen. Jag fann detta så anmärkningsvärt att jag bad bakjour i Säter ringa upp mig i hemmet och ge en förklaring. Jag var beredd att själv utföra en handräckning samt anmäla ställningstagandet att inte agera till IVO och Socialstyrelsen. Emellertid ringde dr BB chöl vid Säterns sjukhus upp mig inom kort kring 19. Dr BB fattade följande beslut: Att ge AA möjlighet att på frivillig väg komma för inskrivning vid avd 3b och att kvarstanna där i väntan på att svar på verifikation har kommit från Umeå avseende förekomst av droger i urin eller ej. Hade AA ej kommit för inskrivning före 22.00 skulle BB ombesörja handräckning.

AA kom tillbaka till kliniken kl. 21 den 3 september. Han informerades om att han kunde välja mellan att antingen stanna kvar frivilligt för observation till dess att verifieringsprovet hade kommit eller att man annars skulle ta ställning till att konvertera den öppna vården till slutet rättspsykiatrisk vård.

I journalanteckningen från inskrivningen den 3 september, signerad av en vikarierande underläkare, anges följande:

Under samtalet uppger pat att han är oerhört kränkt. En del av samtalet pratar han även med sin advokat och rådgör hur han skall tackla detta. Nämnar att detta är en form av frihetsberövning då det absolut inte är på frivillig basis.

[---]

Går med på att kvarstanna till dess att verifieringssvaret anlant. Även lämnat två urinstickor på avd vilka båda var negativa på samtliga droger. Ytterligare bedömning samt planering får ske under morgondagen.

AA skrevs in på avdelningen för observation. Dagen därpå skickade chefsöverläkaren BB en underrättelse till Förvaltningsrätten i Falun och beskrev det som hade hänt. BB skrev att han avvaktade med ansökan om slutenvård då patienten frivilligt medverkade till vården.

I anteckningen från den 4 september som jag tidigare citerat noterade DD även följande:

Dr BB är tydlig i sin kommunikation och har klargjort att i händelse av att AA önskar lämna avd och inte går att komma överens med dr BB ska underrättas och i så fall då göra en ansökan om övergång i slutet vårdform. I vart fall ska inte AA släppas ut från avdelningen förrän en negativ verifikation kommit och detta kommunicerats med BB.

[---]

Vidare ifrågasätter han [*AA, JO:s anm.*] varför han inte får gå nu när vi ju har ett negativt värde men det positiva ska ju visas vid gaskromatografi vara positivt eller negativt innan så kan ske [...].

AA efterfrågar vidare om vi kan påskynda processen men svaret blir nej, det skulle ju innebära att jag bad kemlab i Umeå köra AA:s prov före andras prov men det är ju fullt möjligt att i regionen andra personer finns i samma sits dvs. väntandes på ett viktigt beslut efter resultat av verifikation, det kan handla om körkortsärenden eller utevistelse vid rättspsykiatrisk vård eller andra i princip lika viktiga eller viktigare ställningstaganden än i AA:s fall. Det vore alltså oetiskt och inte korrekt, att påskynda AA:s utredning före någon annan pats.

Under rubriken ”Bedömning” i journalanteckningen anges följande:

Pat är noggrant informerad om att vi nu avvaktar resultat av verifikation där vi inte kommer att påskynda processen utan det får ta den tid det tar som i vilket annat fall som helst. AA får inte lämna avd och har ingen utevistelse ens med personal då han ju fortfarande betraktas som varandes positiv på amfetamin och även om han sedermera under vårdtiden blir negativ har han ju om han var positiv i det första fallet brutit mot villkoren i den öppna rättspsykiatriska vården något som sannolikt skulle leda till en övergång i slutenvårdform.

Den 10 september 2014 hade screeningtestet analyserats och det visade negativt resultat avseende amfetamin och andra droger. Efter samråd med Sätters sjukhus fick AA lämna avdelningen.

Bedömning

Landstingens hantering av den uppkomna situationen väcker frågor, bl.a. när det gäller hur man bör se på och agera utifrån ett positivt resultat som visats vid ett snabbtest. Vidare finns det anledning att granska om AA:s rörelsefrihet inskränktes i samband med inläggningen och vistelsen vid den psykiatriska kliniken.

Hur bör man se på och agera utifrån ett positivt resultat vid screening?

Det framgår av utredningen att det urinprov som AA lämnade den 3 september, och som visade positivt resultat avseende amfetamin, hade analyserats genom s.k. screening. På grund av det positiva testresultatet uppstod misstanke om att han hade använt droger i strid med de villkor som hade ställts upp för den öppna rättspsykiatriska vården.

Landstinget Dalarna har i remissvaret anfört att man behöver reagera omedelbart om ett resultat av drogscreening vid urinprovstagnning visar sig vara positivt på droger. Det är en rutin inom rättspsykiatri att en patient kommer in på avdelningen för observation och planering under tiden som ett drogtest verifieras.

Även Region Jämtland Härjedalen har uppgett att det fanns all anledning att överväga åtgärder trots att det var frågan om ett resultat av ett screeningtest. Detta gäller enligt landstinget särskilt i ett fall när vården har varit förenad med särskild utskrivningsprövning där allmänintresset gör sig gällande.

Av yttrandet från Laboratoriemedicin framgår att man efter den aktuella händelsen omarbetade den kommentarstext som följer med ett positivt provsvar vid screening. Numera anges att det positiva resultatet kan vara falskt-positivt och ska betraktas som preliminärt tills det har verifierats med en mer specifik metod.

Av intresse i sammanhanget är även hur Rättsmedicinalverket och Socialstyrelsen ser på screeningtester.

Rättsmedicinalverket utför bl.a. kvalificerade analyser och bedömningar inom rättspsykiatri och rättskemi. På Rättsmedicinalverkets webbplats (www.rmv.se) finns bl.a. följande information om narkotikaanalys: Screening ger ett första

preliminärt besked om en substans finns i provet eller inte. Vid screeningen sker en utsortering där positiva prover sällas ut, dvs. prover som ger preliminärt utslag för olika grupper av narkotika/narkotikaklassade läkemedel. Positiva screeningresultat måste alltid verifieras (bekräftas).

Socialstyrelsen utfärdade 2015 nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende. Riktlinjerna har funnits i en preliminär version sedan mars 2014. Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten använda urinprov för att upptäcka pågående eller nyligt intag av narkotika. När det gäller valet av testmetod anför Socialstyrelsen att patientnära drogtester (snabbtester) som ger ett omgående provsvar är mer osäkra än analyser från ett laboratorium och att sådana tester därför inte är tillräckligt tillförlitliga för att ligga till grund för beslut om åtgärder vid exempelvis kontraktsvård, tvångsvård eller i körkorts- eller vapenlicenssammanhang (Socialstyrelsens riktlinjer s. 34 f.).

Jag delar den uppfattning som Socialstyrelsen och Rättsmedicinalverket har gett uttryck för, nämligen att ett resultat som visas vid ett snabbtest, screening, bör användas med försiktighet eftersom testresultatet inte är tillräckligt tillförlitligt. Jag instämmer även i Socialstyrelsens bedömning att eftersom ett positivt testresultat kan visa sig vara felaktigt bör ingripande beslut gentemot en patient inte grundas enbart på ett sådant resultat.

Av de handlingar som jag har tillgång till framgår det bl.a. följande: AA dömdes 1991 för bl.a. grovt rån och grov stöld och lämnades över till slutna rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Han vårdades vid Rättspsykiatriska kliniken, Sätters sjukhus. AA dömdes senare vid sex tillfällen för mord begångna före 1991. Domarna ändrades efter resningsförfaranden och han blev frikänd från samtliga mordåtal. Från januari 2014 beviljades AA friförmåner och i mars samma år övergick den slutna rättspsykiatriska vården till öppen rättspsykiatrisk vård. AA hade lämnat regelbundna drogtester under nästan nio månader och endast vid det nu aktuella tillfället visade ett prov ett positivt resultat. Vid provtagningen mitt på dagen den 3 september fanns det inga yttre tecken på att AA var påverkad av droger.

Trots den osäkerhet som är förenad med ett snabbtest som ännu inte har verifierats har jag förståelse för att ett positivt testresultat leder till någon form av agerande från sjukvårdens sida. Hur man ska agera måste dock avgöras utifrån samtliga omständigheter och åtgärderna ska stå i proportion till hur allvarlig situationen är.

Jag har ingen invändning mot att AA blev tillbakakallad till kliniken för ny provtagning efter att han hade lämnat det urinprov som efter snabbtestet visade positivt. I det läget var det självfallet naturligt med fler drogtester. Det kan här noteras att en överläkare i Säter uppenbarligen ansåg att det inte var påkallat med ytterligare provtagning samma dag, utan han ville avvakta till dagen därpå med att vidta åtgärder. På kvällen den 3 september lämnade AA ytterligare i

vart fall ett urinprov som var negativt. Detta borde rimligen ha medfört att det positiva testresultatet värderades med än större försiktighet än som var motiverat redan i utgångsläget. Såvitt framgår av dokumentationen ledde dock inte det negativa provresultatet till några diskussioner i saken. Det saknas vidare helt resonemang i patientjournalerna när det gäller frågan om andra mindre ingripande åtgärder kunde vidtas i stället för att AA skulle stanna kvar på avdelningen, dvs. inom slutenvård, i avvaktan på verifieringen av screeningresultatet. Landstinget Dalarna har i remissvaret kort uppgett att det i efterhand kan konstateras att kontrollen hade kunnat ske även i öppna former, alternativt att ansökan om konvertering av vården hade kunnat göras.

De två berörda chefsöverläkarna har enligt min mening haft en felaktig utgångspunkt, att det var en självklarhet att AA skulle vara föremål för slutenvård tills drogtestet hade verifierats. I stället borde man ha tillämpat en försiktighetsprincip och noga övervägt om andra mindre ingripande åtgärder, som tätare urinprovstagningar och kontakter med AA, kunde vara tillräckligt i den situation som uppstått.

BB, som hade det formella ansvaret, ska alltså kritiseras för att ha brustit genom att inte ha gjort en mer grundlig bedömning och analys före ställningstagandet att AA behövde slutenvård. DD var visserligen inte formellt ansvarig för AA:s vård. Han ska dock kritiseras för att på ett mycket aktivt sätt ha bidragit till att BB inte övervägde andra alternativ än vård i slutenvård.

Begäran om förtur av verifieringen av snabbtestet

Det framgår av utredningen att AA den 4 september frågade DD om verifieringen av testresultatet kunde påskyndas, och att DD sade nej till att framföra en sådan begäran om förtur till Laboratoriemedicin. DD ansåg att det i förhållande till andra personer som kunde vara i samma sits skulle vara oetiskt att påskynda analysen av AA:s prov.

Jag bedömer det som osannolikt att det fanns många andra personer som vid den här tidpunkten befann sig i samma situation som AA. För AA var resultatet av analysen avgörande för om han skulle behöva vara kvar inom den slutenvården eller inte. Mot den bakgrunden ser jag det som närmast självklart att sjukvården borde ha begärt förtur hos Laboratoriemedicin och att det dessutom borde ha skett på eget initiativ. Inte ens när AA tog upp saken agerade DD, utan han ansåg att ”det får ta den tid det tar som i vilket annat fall som helst”.

Region Jämtland Härjedalen har i sitt kompletterande yttrande uppgett att laboratoriet i princip alltid tillmötesgår en begäran om förtur. När AA:s ombud CC tog kontakt med laboratoriet och bad om att verifieringsprocessen skulle påskyndas gjorde laboratoriet det. Provet analyserades redan samma dag som hans begäran hade framförts. Då analysresultatet visade sig vara negativt kunde AA lämna kliniken omedelbart. Allt talar för att AA hade kunnat lämna avdelningen betydligt tidigare om en framställning om förtur hade gjorts i

samband med att provet skickades för verifiering. DD ska kritiseras för att han inte begärde förtur av analysen.

Inläggningen vid den psykiatriska kliniken och frågan om utevistelse

AA lades in på den psykiatriska kliniken den 3 september och stannade där i sju dygn. Under den tiden vistades han inte utomhus vid något tillfälle. CC har gjort gällande att AA utsattes för en form av frihetsberövande eftersom han inte stannade kvar på kliniken av fri vilja.

Landstinget Dalarna har uppgett att uppgifterna går isär när det gäller frågan om AA medverkade frivilligt till vården eller inte. Ansvarig vårdpersonal uppfattade att han samtyckte till vården, dvs. till frivillig vård enligt HSL, och att chefsöverläkaren därför inte ansökte om återintagning till rättspsykiatrisk slutenvård. Landstinget har även anfört att det inte är konstigt om AA uppfattade vården som tvångsvård, eftersom han var informerad om att en ansökan om konvertering till sluten rättspsykiatrisk vård sannolikt skulle göras om han lämnade sjukvårdsinrättningen.

Region Jämtland Härjedalen har i remissvaret uppgett att det var frågan om frivillig medverkan från AA:s sida.

Som har redovisats ovan är utgångspunkten att hälso- och sjukvård är frivillig och att patienten har rätt att själv ta ställning till olika behandlingsalternativ och till om han eller hon ska vårdas ineliggande på en klinik (sluten vård). Ett undantag från kravet på att vårdinsatser ska ges med stöd av samtycke från patienten är vård som ges enligt LRV. För att rättspsykiatrisk vård ska kunna komma i fråga krävs i princip ett beslut av domstol. Vård enligt LRV kan ges i öppen eller sluten form. Åtgärder som innebär någon form av tvång gentemot patienten kan endast vidtas om patienten är intagen för sluten rättspsykiatrisk vård. Sådana åtgärder kan t.ex. vara att hindra patienten från att lämna sjukvårdsinrättningen och att ge patienten medicin mot hans eller hennes vilja.

En patient som ges öppen rättspsykiatrisk vård kan själv begära att få läggas in på en avdelning och vårdas inom slutenvården. I en sådan situation sker all vård i samråd med patienten med stöd av HSL. Några tvångsåtgärder kan inte vidtas under frivillig slutenvård. Om det skulle uppkomma ett behov av tvångsåtgärder måste ett beslut fattas om att överföra patienten till sluten rättspsykiatrisk vård innan någon sådan åtgärd kan vidtas. Det är inte möjligt att med stöd av en patients samtycke vidta någon tvångsåtgärd, utan de lagliga förutsättningarna för åtgärden måste vara uppfyllda.

För att ett samtycke ska kunna ligga till grund för en vårdåtgärd krävs att frivilligheten är reell, dvs. att patientens medgivande grundas på ”verklig” frivillighet. En vårdåtgärd får inte genomföras efter hot om någon sanktion eller andra former av påtryckningar. Inför patientens ställningstagande måste han eller hon vidare ha fått information om vilka behandlingsalternativ som finns (se prop. 2013/14:106 s. 57). Först då kan en patient lämna ett informerat

samtycke. Samma resonemang kan föras vad beträffar frågan om intagning för slutenvård. I en situation som den aktuella, där AA har befunnit sig i ett uppenbart beroendeförhållande till läkarna, måste det ställas höga krav när det gäller att försäkra sig om att frivillighet föreligger.

Sjukvårdspersonalen har självfallet både en rätt och en skyldighet att lämna information om att återintagning till slutenvård kan komma att aktualiseras. Jag vill särskilt anmärka att det alltid finns en risk för att den informationen i sig uppfattas som en form av påtryckning. Det är därför viktigt att informationen är saklig, tydlig och fullständig så att patienten kan fatta ett välgrundat beslut.

AA borde ha upplysts om följande: Om det skulle bli aktuellt med återintagning till slutenvård kunde det antingen bli frågan om 1) en anmälan till förvaltningsrätten eller, om man gjorde bedömningen att förvaltningsrättens beslut inte kunde avvaktas, 2) ett s.k. interimistiskt beslut av chefsöverläkaren, dvs. ett omedelbart beslut om återintagning. För det fall en anmälan till förvaltningsrätten bedömdes tillräcklig skulle AA ha kunnat lämna kliniken i avvaktan på rättsprövning. Ett interimistiskt beslut av chefsöverläkaren hade inneburit att AA hade varit tvungen att stanna kvar på kliniken till dess förvaltningsrätten hade prövat saken. AA hade kunnat överklaga både chefsöverläkarens interimistiska beslut och förvaltningsrättens beslut.

Såvitt framgår av utredningen uppfyllde inte innehållet i den information som AA fick de krav som jag har redogjort för. När jag läser journalanteckningarna får jag också intrycket att informationen har lämnats på ett sådant sätt att AA inte kan ha uppfattat att han hade något annat val än att stanna på kliniken. Under dessa förhållanden, där han med fog har uppfattat sig vara tvungen att gå med på läkarnas krav, saknas förutsättningar att tala om ett verkligt samtycke. AA framförde också tydligt sitt missnöje. I journalen har på flera ställen antecknats att AA ifrågasätter beslutet och att han känner sig kränkt. Det har vidare antecknats att han protesterar och uppger att det är fråga om ett frihetsberövande som absolut inte är frivilligt. Det måste ha stått klart för vårdpersonalen att det inte fanns något reellt samtycke till HSL-vård. Påståendet att AA frivilligt varit inlagd för vård är därför anmärkningsvärt.

Eftersom AA inte samtyckte till slutenvård borde sjukvården ha tagit ställning till om förutsättningarna för återintagning till slutenvård var uppfyllda och i sådant fall om det var tillräckligt att en anmälan gjordes till förvaltningsrätten eller om omständigheterna var sådana att rättsprövning inte kunde avvaktas, dvs. att ett interimistiskt beslut skulle fattas av chefsöverläkaren.

Genom sjukvårdens hantering av frågan betogs AA sin rätt att få saken prövad av domstol. Den tjänsteman som hade det formella ansvaret var BB. Han hade dock inte någon personlig kontakt med AA, utan var beroende av den

information som han fick från DD. Båda chefsöverläkarna förtjänar allvarlig kritik för hanteringen i denna del.

Jag vill också uppehålla mig vid följande: Kort tid efter inläggningen beslutades det att AA inte skulle få ha någon form av utevistelse i avvaktan på verifieringen av testresultatet. Detta är givetvis oförenligt med ståndpunkten att det rörde sig om frivillig vård. Eftersom AA inte var intagen för sluten rättspsykiatrisk vård fanns det inget stöd för att hindra honom från att lämna kliniken. Med utgångspunkt från dokumentationen var det DD som fattade beslutet om att inte tillåta utevistelse. Han förtjänar kritik för detta.

Avslutande synpunkter

Personer som vårdas med stöd av LRV befinner sig i en utsatt situation och de har inte alltid möjlighet att tillvarata sina egna intressen. För att patienternas rättssäkerhet och grundläggande fri- och rättigheter ska garanteras måste de som ansvarar för vården ha god kunskap om det regelverk som vården omfattas av. Det är viktigt att sjukvårdens beslut som rör patienterna är noggrant genomtänkta även utifrån dessa aspekter. En särskilt viktig fråga i dessa sammanhang är gränsen mellan frivillighet och tvång. Om inte frågan om samtycke hanteras med respekt för patientens integritet och självbestämmanderätt riskerar man att kränka patientens grundlagsskyddade rättigheter.

Det kan konstateras att de två chefsöverläkarnas hantering har brutit i flera avseenden och att hanteringen har inneburit ett ingrepp i AA:s rörelsefrihet som inte har haft stöd i lag. Jag ser mycket allvarligt på detta.

Ärendet avslutas.