

Självskadande patienter inom den rättspsykiatriska vården

Om SHEDO

Föreningen SHEDO (Self Harm and Eating Disorders Organisation) är en ideell förening vars syfte är att sprida kunskap om ätstörningar och självskadebeteende, ge stöd åt drabbade och anhöriga samt arbeta för en bättre vård för dessa patientgrupper. Föreningen startade sin verksamhet i augusti 2008 och har sedan dess blivit en självklar aktör i landet för utvecklingen av kunskap kring självskadebeteende. Sedan den första versionen av detta dokument, *Självskadande patienter inom den rättspsykiatriska vården*, publicerades i maj 2009, har föreningen snabbt antagit en ledande roll i debatten. Representanter från föreningen har deltagit i åtskilliga diskussioner och intervjuer i tv, radio och tidningar samt i konferenser och samtal hos olika myndigheter och samarbetsorgan.

Upprinnelsen till detta dokument sträcker sig nästan tio år bakåt i tiden. Att självskadande patienter vårdas på rättspsykiatriska kliniker utan att vara dömda till rättspsykiatrisk vård, har varit känt för föreningens initiativtagare sedan millennieskiftet. Efterhand har det framkommit att en rad mycket tveksamma vård- och tvångsmetoder inte bara förekommer utan används frekvent på några av landets rättspsykiatriska regionkliniker som ett led i behandlingen av dessa patienter. Mot denna bakgrund har föreningen beslutat att prioritera frågan om självskadande patienter inom rättspsykiatrin inom sitt politiska och vårdförbättrande arbete. Med hjälp av vittnesmål från ett antal unga kvinnor som själva vårdas eller har vårdats på rättspsykiatriska regionkliniker för sitt självskadebeteende, har författarna till detta dokument fått en unik insyn i den vård som med tvång ges dessa patienter. Till de kvinnor som har hjälpt oss i vårt arbete kan vi bara rikta djupaste tack för Ert deltagande och Ert förtroende. Vår förhoppning är att detta dokument ska bli en viktig nyckel i det fortsatta arbetet för en etisk och rättssäker vård.

www.SHEDO.org



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förkortningar	4
Introduktion	5
Lämpligheten i att vårda självdestruktiva LPT-patienter på rättspsykiatriska kliniker	6
Säkerhetsnivåer	7
Den rättspsykiatriska miljön, kvinnor och självdestruktivitet	7
Tillämpningen av gällande regelverk	11
Tvång och proportionalitet	12
Straff- och belöningsmetodik	14
Mänskliga rättigheter	16
Tvångshandskar	18
Vård av minderåriga	21
Diskussion och förslag på åtgärder	21
Referenser	26
Bilaga 1	30
Bilaga 2	31

Förkortningar

- CPT** *The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment.* Europeiska kommittén för tortyrprevention.
- FN** *Förenta Nationerna.* Organisation som samlar 192 stater som valt att ingå samarbete för att gemensamt arbeta för fred.
- HSL** *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)* Reglerar bland annat åtgärder för behandling av sjukdomar och slår fast att sjukvården ska vila på vetenskap och beprövad erfarenhet.
- JK** *Justitiekanslern.* Myndighet vars uppgift är att kontrollera att andra myndigheter efterlever Sveriges lagar och författningar, med huvudsakligt ansvar för systematiska fel i den offentliga verksamheten.
- JO** *Justitieombudsmannen.* Riksdagens kontrollmakt. Ansvarar för att övervaka de offentliga myndigheterna, skydda den enskilde mot myndighetsövergrepp och förhindra maktmissbruk av tjänstemän.
- LPT** *Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.* Innehåller de centrala bestämmelserna om psykiatrisk tvångsvård och reglerar bland annat vilka typer av tvångsåtgärder som får tillämpas, patientens rättigheter och personalens skyldigheter.
- LRV** *Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.* Reglerar vården för personer dömda för brott under inverkan av en allvarlig psykisk störning. LRV är en påföljd för brott och beslutas av allmän domstol.
- PIVA** *Psykiatrisk Intensivvårdsavdelning.* Högspecialiserad psykiatrisk vårdavdelning för patienter, vanligtvis tvångsvårdade, med mycket stort vårdbehov.
- RF** *Regeringsformen.* En av Sveriges fyra grundlagar.
- RPK** *Rättspsykiatrisk klinik.* Här vårdas i huvudsak patienter dömda för brott enligt LRV, men i viss mån även tvångsvårdade patienter enligt LPT.
- SHEDO** *Self Harm and Eating Disorders Organisation* är en ideell förening som arbetar med stöd, kunskap och opinion i frågor kring självskadebeteende och ätstörningar.

Introduktion

I Sverige regleras den psykiatriska tvångsvården av två lagar: lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Som regel vårdas dessa två patientgrupper separat, då de rättspsykiatriska patienterna i tillägg till sin psykiska störning även har dömts till vård efter att ha begått en kriminell handling. 2009 rapporterade dock Socialstyrelsen att var sjunde rättspsykiatrisk patient hade vårdats inom allmänpsykiatrin under 2008, vilket innebar 115 personer endast under det året (Socialstyrelsen, 2009a). Under samma år uppmärksammades det faktum att allt fler patienter med självskadebeteende, och ibland även ätstörningar, tvingas till vård inom rättspsykiatrin enligt LPT. Uppmärksammandet av båda företeelserna ledde till avsevärda reaktioner i svensk media (se t.ex. Östgöta Correspondenten, 2008, Aftonbladet, 2009, Dagbladet, 2009).

Det saknas idag tillförlitlig statistik på hur pass vanligt det är att självskadande patienter vårdas inom rättspsykiatrin enligt LPT. Detta kan i viss mån förklaras med svårigheter i diagnostik och definition av självskadebeteende, som inte betraktas som en egen sjukdom eller störning utan snarare som ett symptom som kan förekomma tillsammans med ett flertal psykiatriska diagnoser. När Socialstyrelsen 2008 utredde innehållet i den psykiatriska tvångsvården fann man att 7 % av LPT-patienterna som vårdades i Sverige den 6 maj 2008 vårdades på en rättspsykiatrisk regionklinik och 14 % på en länsenhet. Av dessa hade majoriteten en schizofrenidiagnos (24 pers), 14 personer led av borderline personlighetsstörning och ytterligare 26 led av blandade diagnoser, såsom beteendestörningar, bipolär sjukdom och övriga psykoser (Socialstyrelsen, 2009a). I en annan rapport från Socialstyrelsen anges att kvinnor totalt utgör ca 10 % av patienterna inom den rättspsykiatriska vården. Dock är det enbart en minoritet av dessa kvinnor som vårdas enligt LRV. De flesta vårdas istället enligt LPT och ofta på grund av självdestruktivitet och självskadebeteende (Socialstyrelsen, 2007a). Avsiktlig självdestruktivitet är ett problem som har ökat kraftigt under en tioårsperiod och ökningen har varit som störst inom gruppen kvinnor i åldern 15-24 år (Socialstyrelsen, 2009).

Ingen vet alltså hur många patienter som vårdas inom rättspsykiatrin enligt LPT i huvudsak för att de skadar sig själva. Inte heller vet man om företeelsen har ökat eller

minskat under åren. Följande texter återfinns dock på två rättspsykiatriska regionklinikers hemsidor på internet:

”Däremot kan sägas att kvinnliga patienter tenderar vara en ökande målgrupp. Den främsta förklaringen till detta torde vara att kliniken har byggt upp ett gott anseende avseende vård och behandling av en, av tradition och erfarenhet, svårvårdad grupp, nämligen (unga vuxna) kvinnor med allvarlig självskadeproblematik.” (Söderberg, 2008)

”Exempel på vanliga diagnoser hos våra patienter är psykoser, neuropsykiatriska störningar, missbruksproblematik, autismspektrumstörningar, personlighetsstörningar, borderline och självdestruktivitet.” (RPK Växjö, 2009)

I denna text behandlas tre övergripande frågor som rör självdestruktiva patienter som vårdas inom rättspsykiatri med stöd av LPT. Frågorna behandlas i följande ordning: Är det lämpligt att vårda självdestruktiva LPT-patienter vid rättspsykiatriska kliniker? Finns det i förhållande till denna patientgrupp brister i tillämpningen av gällande regelverk vad gäller exempelvis tvångsåtgärder? Vilka förändringar skulle kunna vidtas för att svårbehandlade patienter med självskadebeteende ska kunna erbjudas en etiskt godtagbar vård av hög kvalitet?

Lämpligheten i att vårda självdestruktiva LPT-patienter på rättspsykiatriska kliniker

Att vårda patienter mot deras vilja enligt LPT eller LRV ställer höga krav på etik och god vårdkvalitet. Socialstyrelsens inventering av innehållet i den psykiatriska tvångsvården visade att LPT-patienter inom rättspsykiatri i högre grad erhöll både medicinska och psykologiska vårdinsatser samt rehabilitering (31 %), medan motsvarande siffra inom allmänpsykiatri var 9 % (Socialstyrelsen, 2009a). Inom allmänpsykiatri erhöll 41 % av de tvångsvårdade patienterna endast medicinsk behandling. Den rättspsykiatriska vården får därför i det avseendet betraktas som mer gynnsam för LPT-patienter än den allmänpsykiatriska vården. Det är dock svårt att se att resursbrist inom allmänpsykiatri, bristande kunskap och kompetens eller liknande förhållanden skulle kunna utgöra en försvarbar grund för att ge LPT-patienter vård inom rättspsykiatri. Det är även en fråga

om vilka slags förhållanden som kan anses utgöra en god grund för en till synes allt mer etablerad praxis. De självskadande patienter som tvingas till vård inom rättspsykiatrin anses vara ”särskilt vårdkrävande” och vården på rättspsykiatriska kliniker betraktas ofta som en nödlösning när allmänpsykiatrins insatser har varit otillräckliga. Det är dock väl känt hur ”nödlösningar” riskerar att förhala tillförseln av resurser och kompetensutveckling inom det område där satsningen borde göras. Utgångspunkten måste rimligen vara att de allmänpsykiatriska och specialiserade kliniker som har uppdraget att tillhandahålla god öppen- och slutenvård till dem som är i behov av psykiatrisk vård, även bör kunna erbjuda vård till svårt självskadande patienter. Att svårt självskadande patienter vårdas på rättspsykiatriska kliniker innebär emellertid inte bara ett otillräckligt motiverat undantag från vad som borde vara en grundregel, utan riskerar också att ha en negativ inverkan på patientgruppens hälsa och välbefinnande.

Säkerhetsnivåer

Avdelningar vid verksamheter som bedriver vård enligt LPT eller LRV klassificeras enligt tre olika säkerhetsnivåer: mycket hög (1), hög (2) och godtagbar (3). En sammantagen riskbedömning av patienten ska utföras utifrån fyra aspekter: risk för fritagning, rymningsbenägenhet, benägenhet att skada någon annan respektive benägenhet att skada sig själv. Den slutgiltiga bedömningen av rimlig säkerhetsnivå ska dokumenteras i patientens journal. Huvudregeln är att en patient som vårdas med stöd av LPT ska placeras vid en avdelning med godtagbar säkerhet, nivå 3. Avsteg från huvudregeln kan göras om särskilda skäl föreligger; om patienten exempelvis uppvisat ett aggressivt beteende eller vägrat medverka i planerade psykiatriska vårdåtgärder. Platsbrist på avdelningar med lägre säkerhetsnivåer kan dock aldrig anses vara särskilda skäl (Socialstyrelsen, 2007b). Det finns anledning att ifrågasätta om det är motiverat att vårda självskadande LPT-patienter på rättspsykiatriska regionkliniker med säkerhetsnivå 1, vilket alltså innebär att säkerhetsnivån överstiger den rekommenderade med hela två steg.

Den rättspsykiatriska miljön, kvinnor och självdestruktivitet

Med ovanstående grund kan det alltså ifrågasättas om LPT-patienter överhuvudtaget bör vårdas på rättspsykiatriska kliniker. Extra utsatta blir dock de självdestruktiva patienterna, eftersom de närmast uteslutande består av unga kvinnor (författarna till denna text har

endast kännedom om en man som vid 16 års ålder tvångsvårdades på RPK i Växjö för självskadebeteende) och som alltså tvingas till vård i en miljö som av tradition är utformad för män med kriminell belastning (Socialstyrelsen, 2007a). Socialstyrelsen skriver i sin rapport *Innehållet i den rättspsykiatriska vården* (2007a):

”Många kvinnor inordnar sig i dessa system utan invändningar. De kan tvärtom skapa sig en plats i gruppen genom att göra sig ”nyttiga” (laga männens kläder, baka kakor etc.) eller på annat sätt spela ut sin kvinnlighet [...] Personalen kan uppskatta detta beteende – till och med uppmuntra det – därför att det fungerar som socialt smörjmedel i verksamheten. Man kan omedvetet använda kvinnorna som ”prydnadsblommor”. De planteras ut lite glest för att det därigenom blir trevligare stämning – männen klär sig bättre, svär mindre osv. Ett synligt tecken på kvinnors annorlunda roll är ofta utbudet på fritidssidan som sällan är anpassat för kvinnors utveckling och behov. Enkelt uttryckt kan man säga att kvinnor riskerar att betraktas, bemötas och behandlas som ”avvikande män” [...] Man kan säga att vården i dagsläget inte är utformad för kvinnliga patienter” (s. 31).

Den svenska hälso- och sjukvården ska vila på ”vetenskap och beprövad erfarenhet”, något som framgår dels i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och dels i Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531). Det kan konstateras att vården av självskadande LPT-patienter inom rättspsykiatri inte är evidensbaserad, då det idag helt saknas forskning kring vård av denna patientgrupp i en rättspsykiatrisk miljö. De kunskaper som finns om gruppen självskadande individer tyder snarare på att vård på rättspsykiatriska kliniker utsätter denna grupp för risker som enligt sedvanliga försiktighetsprinciper inte är acceptabla.

Det finns inte anledning att tro att denna grupp är en psykologiskt eller psykiatriskt homogen grupp, men de kartläggningar och vetenskapliga studier som gjorts lyfter trots allt fram vissa gemensamma förhållanden. Ett flertal empiriska studier pekar till exempel på en stark koppling mellan traumatiska livsupplevelser och självskadebeteende/suicidalt beteende (Brodsky & Stanley, 2001). I Socialstyrelsens rapport *Flickor som skadar sig själva* (2004) uppgav 24 % av de 205 självskadande flickorna i åldern 14–19 år att de utsatts för fysisk misshandel, 33 % för psykisk misshandel, 27 % för sexuella övergrepp och 37 % för mobbning. När man placerar de svårt självskadande patienterna i en rättspsykiatrisk miljö riskerar man med andra ord att tvinga offer att vårdas tillsammans med förgripare. Att detta inte innebär särskilt goda förutsättningar för att patienten ska

uppleva den trygghet hon enligt Hälso- och sjukvårdslagen (§2a) har rätt att känna, ter sig självklart.

I FN:s internationella konvention om medborgerliga och politiska rättigheter (FN, 1966), vilken Sverige har åtagit sig att följa, står även att läsa: ”*Åtalade personer skall, utom under utomordentliga förhållanden, hållas åtskilda från dömda personer och skall ges särskild behandling, som är avpassad efter deras egenskap av icke dömda personer*” (Del III, artikel 10.2a). Det finns därmed uppenbara problem med att vårda icke dömda, tvångsvårdade individer tillsammans med dömda brottslingar. Författarna hävdar dels att det är omöjligt att jämställa åtalade personer med kvinnor som vårdas enligt LPT, vilket gör undantag från regeln ovan än mer suspekta, och dels att rådande förhållanden inte kan sägas vara utomordentliga.

När förekomsten av självskadande kvinnor inom rättspsykiatrien uppmärksammades under 2009 lades stor vikt vid just det faktum att kvinnorna vårdas tillsammans med män som är dömda för brott. Att unga kvinnor är överrepresenterade bland självskadande patienter, att kvinnor är i klar minoritet inom den rättspsykiatriska vården i stort och att de i avsevärt högre grad vårdas enligt LPT än LRV är naturligtvis förhållanden som påkallar försiktighet. Det finns inget vetenskapligt stöd för att det skulle finnas någon terapeutisk vinst för en ung kvinna att vårdas tillsammans med en majoritet män, som normalt sett är äldre än de själva är. Tvärtom kan man misstänka att den påtagliga närvaron av just dessa män kan ha en negativ inverkan på unga kvinnor vars problematik bland annat kan handla om att finna en sund identitet i mellanmänniska relationer. Denna kritik har dock tagits på allvar och hösten 2009 valde rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall att under en provotid låta LPT-patienter vårdas på en egen avdelning, avskilda från de rättspsykiatriska patienterna. Därmed har de två rättspsykiatriska regionkliniker som sannolikt tar emot flest självdestruktiva patienter i landet (RPK i Sundsvall respektive Växjö) valt att på olika sätt differentiera sina patientgrupper. I Växjö vårdas LRV-patienter och LPT-patienter på samma avdelning, men det har gjorts en uppdelning mellan kvinnor och män.

Det vore dock missvisande att påstå att vården av självskadande kvinnor inom rättspsykiatrien är riskfri så länge de vårdas åtskilda från dem som det vore mest olämpligt att vistas med. Två brister kan skönjas i detta resonemang. För det första underskattas

svårigheten att i praktiken åstadkomma den nödvändiga differentieringen. Då självskadande patienter även vårdas på andra rättspsykiatriska kliniker än just Växjö och Sundsvall (den sistnämnda kliniken har enligt sin hemsida 18 platser reserverade för självskadande patienter), är det inte troligt att dessa avdelningar har samma möjlighet att göra avskiljningar för enstaka LPT-patienter. Bland de personer som författarna har varit i kontakt med, och som har vårdats vid andra kliniker än Sundsvall och Växjö, beskriver samtliga att de vårdats tillsammans med företrädevis dömda män. Även om de ansvariga för vården arbetar aktivt för att undvika att destruktiva relationer knyts mellan patienter, måste man fråga sig i vilken utsträckning personalen har möjlighet att kontrollera detta när patienterna inte rent fysiskt är åtskilda.

Svårigheten i att fullt ut genomföra en fysisk differentiering är dock inte det enda problemet. Den känsla av otrygghet som det finns en påtaglig risk att den aktuella patientgruppen får om de vårdas inom rättspsykiatrin, liksom risken för stigmatisering, är bara i viss mån avhängig av om de har faktisk kontakt med LRV-patienterna. Själva vetskapen om att de ges eller kommer att ges vård på en klinik avsedd för personer som har begått allvarliga brott och som av samhället betraktas som ett problem, torde utgöra en inte obetydlig risk för otrygghet och stigma, en risk som ingen differentiering *inom* kliniken kan eliminera eller påtagligt minska. Vad som också får anses fastlagt är att personer med självskadebeteende typiskt har problem med sig själva, såsom dålig självkänsla, känslor av otillräcklighet och identitetssökande (Socialstyrelsen, 2004). Det aktualiserar frågan om vilka signaler som skickas till dessa patienter när man tvångsvårdar dem inom rättspsykiatrin. Slutsatsen blir att differentiering bör ske även *mellan* psykiatrins olika grenar.

”Jag kände mig som en brottsling och det känns som det står stämplat RPK i pannan på mig. I varenda situation man kommer i inom sjukvården nu efter så frågar de: ”Du har varit på rättspsyk och har LPT, va?” Så ska det inte vara att man känner hat/vrede för hur man skall svara på en sådan fråga. ”

Kvinna 25 år, har vårdats på RPK i Sundsvall

”När jag först kom till intaget var jag livrädd rent ut sagt. Jag hade svårt för att se vem som var patient respektive personal. Jag satt med en manlig patient som hoppade in i mikrovågsugnen och bad mig sitta hos honom och stryka honom över kinden och hålla hans hand. Sen på 93:an (vårdsidan) satt jag med en våldtäktsman som senare punkterade lungan på en annan patient med

en sax. På 96:an där jag till slut hamnade var jag aldrig rädd för de kvinnliga LRV-patienterna. 96:an var uppdelad i en kvinnlig/manlig sida med gemensamt rökrum och rastgård. Jag satt bl.a. med en manlig patient som var dömd för mordförsök och honom hade jag ganska stor respekt för och kände obehag inför. Det som egentligen var mest obehagligt var att man aldrig visste vad de andra var dömda för.”

Kvinna 29 år, har vårdats på RPK i Sundsvall

”Får jag någonsin höra att jag ska tillbaka till Växjö eller någon annan klinik så tar jag livet av mig. Jag väljer döden framför ett inlåst ickelev på rättspsyk. Allt jag behövde var någon som höll om mig och förstod, och kunde hjälpa mig bryta det. Nu har jag en bra psykolog och ska fixa detta. Men de har stulit mer än två år från mig.”

Kvinna 23 år, har vårdats på RPK i Växjö

”Jag var ofta rädd för medpatienterna [...] Jag vill inte ha den tiden ogjord, men jag tycker inte att man ska behandla självdestruktiva tillsammans med dömda brottslingar.”

Kvinna 25 år, har vårdats på RPK i Vadstena

Sammanfattningsvis saknas idag evidens som kan styrka att vårdmiljön på de rättspsykiatriska klinikerna är av tillräckligt god kvalitet inte bara för LRV-patienter utan även för självskadande, kvinnliga patienter som vårdas med stöd av LPT. Mot denna bakgrund kan skarpt ifrågasättas om dessa patienters värdighet, integritet, delaktighet och säkerhet kan säkerställas i en rättspsykiatrisk miljö.

Tillämpningen av gällande regelverk

Vi har på principiella grunder ifrågasatt det lämpliga i att vårda självskadande LPT-patienter vid rättspsykiatriska kliniker. Frågor kan emellertid också väckas om vilken kvalitet den rättspsykiatriska vården av dessa patienter har i praktiken, och om gällande regelverk verkligen tillämpas. Nedan följer en diskussion om detta, illustrerat med vittnesmål om förhållanden och incidenter vid rättspsykiatriska kliniker som insamlats skriftligen från 13 patienter.

Tvång och proportionalitet

Vården av självskadande patienter inom rättspsykiatri försvaras ofta med dessa patienters behov av skydd och säkerhet, åsyftat deras självdestruktiva beteende. Det som skiljer tidigare beskrivna säkerhetsnivå 1 från nivå 3 är främst förekomsten av skalskydd och perimeterskydd (till exempel murar, slussar och staket) där nivå 1 kräver ett säkerhetssystem som kan stå emot fritagningsförsök och kvalificerade rymningsförsök. På en avdelning med säkerhetsnivå 3 krävs endast att det finns rutiner för en fortlöpande kontroll av var patienterna befinner sig. LPT-patienter med självskadebeteende har av uppenbara skäl ett annat skyddsbehov än de rättspsykiatriska patienterna, varför det är mycket tveksamt om förekomst av skal- och perimeterskydd kan anses tillfredsställa deras specifika behov av skydd. LPT-patienterna drabbas oundvikligen av de säkerhetsregler som gäller för att tillgodose de rättspsykiatriska patienternas behov, vilket bland annat inkluderar larmbågar i entrén, besök som ska anmälas en vecka i förväg och signalement som ska tas vid utevistelse. Någon LPT-patient har även, på grund av platsbrist, vårdats på avdelning 94 i Sundsvall. Detta är en avdelning specialiserad för patienter med särskilda restriktioner för användning av telefoni och mobiltelefon får således inte användas. Också vid transporter till och från klinikerna har LPT-patienterna drabbats av de till synes oproportionerliga säkerhetsrutinerna, då transporter ofta sker med hjälp av polishandräckning i fångvårdstransport och där eventuell flygpersonal måste informeras om att det finns en rättspsykiatrisk patient ombord.

I lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård är *proportionalitetstanken* mycket tydlig:

*”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.”* [Vår markering] (SFS 1991:1128 § 2a)

När man granskar den vardag som kvinnor med LPT och självskadebeteende möter innanför de rättspsykiatriska murarna uppträder snart ett antal situationer där proportionalitetstanken får stå tillbaka för rutiner och invanda mönster. Upprepade gånger har forskning visat att patienter i allmänhet upplever en högre grad av tvång från

personalens sida än vad personalen upplever att de utövar. Detta gäller inom alla former av psykiatrisk vård, oavsett om den officiella vårdformen är enligt HSL eller med stöd av någon tvångslagstiftning (Wallsten, Kjellin & Sjöberg, 2009, Arvidsson & Skarsäter, 2006, Engström, 2006). Att vårdas med tvång upplevs ofta som mycket kränkande och skamligt, särskilt vid användning av aktiva tvångsåtgärder i form av medicinering, fasthållning eller fastspänning (Jarret, Bowers & Simpson, 2008). Det finns därför skäl att ifrågasätta användandet av alla typer av tvångsåtgärder, i synnerhet de som används som rena rutinåtgärder. Sannolikt står inte bruket av transport med hjälp av fångvakter, daglig visitation, signalementsbeskrivning, begränsningar i besöksmöjligheter, begränsningar i telefoni och passage genom larmbågar i den rimliga proportion till syftet som lagen så tydligt kräver.

”Det första som mötte mig när jag kom till RPK var den 5 meter höga grå betongmuren som omslöt själva kliniken (vilken jag för övrigt hade som utsikt utanför mitt fönster dagligen i 10 månader som för att påminna mig om att jag var inlåst och aldrig skulle komma därifrån). När vi kommit fram fick jag klä av mig alla mina egna kläder och sätta på mig en x antal storlekar för stor, grå herrmjukisdress, tubsockar utan resår och sen blev jag inledd på själva intagsavdelningen som mest av allt liknar fängelsemiljö. Jag blev visad till mitt rum; ett kalt gråmålat rum utan en enda möbel förutom en stålrörssäng som var fastsatt i väggen och såg ut att härröra från 70-talet.”

Kvinna 29 år, har vårdats på RPK i Sundsvall

”Fångtransport med tre monsterstora väktare. Dom visiterar mig, jag gråter o kramar mitt gosedjur hårt mellan fingrarna tills knogarna vitnar. Dom säger åt mig att ta det väldigt lugnt bara. Jag sväljer min rädsla, mina knän viker sig men jag tänker att jag inte får visa några tecken på svaghet. Medicinen gör mig lätthanterlig. Jag hör hur dom diskuterar med varandra att rymningsrisken har bedömts som mycket hög. Jag tänker att jag knappt orkar stå upp. Väktarna placerar mig längst in i en buss med galler för alla fönster o mellan baksätet o föraren. Det är en mardröm, en skräckfilm.”

Kvinna, har vårdats på RPK i Sundsvall

”FÄNGELSE. Jag kände mig så fruktansvärt liten och maktlös. Alla murar, taggtråden, elstängsel och så larmbågen ... Det kändes inte som Sverige 2007 om man säger så.”

Kvinna 23 år, har vårdats på RPK i Växjö

Straff- och belöningsmetodik

I en avhandling av Hörberg (2008) beskrivs upplevelsen av att vårdas och att vårda inom svensk rättspsykiatrisk vård. Avhandlingen baseras på två empiriska studier där intervjuer har gjorts med patienter och vårdare på en rättspsykiatrisk regionklinik. Två av de 11 medverkande patienterna vårdades inom rättspsykiatrin enligt LPT då de ansågs vara ”särskilt vårdkrävande” (Hörberg, 2008). I resultatet framkom att patienterna upplevde vården som icke-vårdande och såg den som ett straff eller som förvaring, med endast öar av god vård:

”Ur de vårdades perspektiv präglas bemötandet inom den rättspsykiatriska vården av förödmjukelse och av att de ska veta sin plats. Det finns en oklarhet i vad som gäller, och regler varierar mellan olika vårdare och tycks stundom styras av enskilda vårdares självsvåldiga tycke. Att vårdas innebär således att vara utlämnad till vårdarna. Patienternas rättspsykiatriska vardagsvärld präglas också av rädsla för straff. Frukten för straff och ovissheten hålls tillbaka genom strategier för att hålla tankar och känslor borta, att bara finnas till i vårdvardagen.” (Hörberg, 2008, s. 61)

Utifrån personliga berättelser och medias rapportering under 2009 kan det också konstateras att rättspsykiatriska kliniker runt om i landet använder sig av tvångsmedel som bältessängar, isoleringsrum, tvångshandskar och i vissa fall även hjälmar (det sistnämnda beskrivs av patienter i Sundsvall som en rugbyhjälm med galler som man inte själv kan ta av och av patienter i Växjö som ”en plasthjälm täckt av bandage så det såg ut som att hon bara hade fått ett bandage, men sen när vi kände så var det stenhårt”). Att mekaniska tvångsmedel används inom rättspsykiatrin är i sig inte särskilt märkvärdigt, då vissa former av tvång är reglerade enligt lag och även används inom andra områden i psykiatrin. Av särskilt intresse är dock omfattningen av tvånget och i vilket syfte det används. Bältesläggning får inte användas som behandlingsmetod utan enbart för att skydda patienten från sig själv, alternativt andra personer från att komma till skada (1991:1128, §19). Isolering/avskiljande får endast förekomma om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av andra patienter (§20). I samma lag slås, som tidigare nämnt, även fast att tvångsåtgärden måste stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden (§2a). I Europakonventionens tredje artikel (2003) står klart att ”Ingen får utsättas för [...] förnedrande behandling eller bestraffning” och i femte artikeln av FN:s allmänna

förklaring om de mänskliga rättigheterna (2009) är formuleringen identisk: *”Ingen får utsättas för [...] förnedrande behandling eller bestraffning”*.

De starka förbud mot bestraffning som återkommer i ett flertal av FN:s konventioner och i Europakonventionen, vilken är inkorporerad i svensk lag, ger anledning att ifrågasätta användandet av tvångsmetoder, med särskilt fokus på rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall. På den aktuella kliniken har allt tyngre bevis framkommit för att tvingande metoder inte enbart används i skyddssyfte, utan som ett led i behandlingen. I ett samhällsgranskande tv-program, *Kalla Fakta*, som sändes i oktober 2009 framkom att det under en patients vårdtid hade upprättats kontrakt mellan patienten och dennes behandlare. I kontraktet, som tecknats vid minst två separata tillfällen, hade patienten bland annat förbundit sig att upphöra med sitt självskadebeteende. Ett kontraktsbrott skulle omedelbart leda till att patienten skulle tvingas att bära tvångshandskar under minst tre månaders tid (se bilaga 1 och 2). Socialstyrelsen har även riktat kritik mot två fall av isolering då det ”ordinerats” avskiljande av patienter, trots att detta aldrig får tillgripas som behandlingsmetod (Socialstyrelsen, 2009c, d). Patienten har avskilts som en direkt konsekvens av sitt självdestruktiva beteende och det saknas vid flera tillfällen beskrivningar i patientjournalen gällande på vilket sätt patientens beteende försvarat vården för övriga patienter. I ett av Socialstyrelsens beslut återges vittnesmål från klinikkens överläkare Per- Erik Olsson:

”Vid ankomsten [till rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall] eskalerade självskadeproblematiken. Patienten har isolerats vid flera tillfällen men detta visade sig inte hjälpa. De har vid några tillfällen isolerat patienten i lite längre omgångar. Patienten har varit medveten om att detta blir konsekvensen utav svåra självdestruktiva händelser och detta tillsammans med den fyrkantiga vårdmiljön har självskadebeteendet minskat ordentligt.”
(Socialstyrelsen, 2009d)

Uppfattningen att kliniken i Sundsvall tillgriper tvångsmetoder i behandlings- och/eller bestraffningssyfte stärks även av åtskilliga patientberättelser som delgivits författarna:

”Det kändes som att ytterligheterna tvång och negligering var de metoder de stod för och genomförde. Det var inte genom att växa i samtal och samvaro som man skulle sluta med sitt sjuka beteende utan det var för att inte bli straffad [...] Jag skadade mig på avdelningen – konsekvens – jag fick domen tvångshandskar en vecka. Jag blev chockad över den, i mitt tycke, onödigt långa tiden [...] När jag i min desperation trots handskar ändå lyckades

skada mig så var det dags för bältesläggning. Jag tror jag låg där i fyra timmar. Nu hade jag en personal närvarande men ändå inte. De gjorde mycket klart att han satt där bara för att lagen sa så, inte för min skull. Han satt med ryggen åt mig och läste i sin bok. Det gick inte att föra något som helst samtal. Det var synd, mycket tankar cirklar runt i huvudet när man ligger där fastspänd, det är skönt om man då får ventilera lite och kanske komma lite framåt i tankarna.

När de fyra långa timmarna äntligen var avklarade trodde jag att allt var över för denna gång men nej då. Då var isoleringen kvar, jag minns nu inte hur många timmar den varade i. Jag tror att det var sex timmar. Sex totalt onödiga timmar.”

Kvinna 46 år, har vårdats på RPK i Sundsvall

”Det finns snäll personal när man mår bra annars så är de väldigt elaka. Mobbar och så. Permis blir det inte tal om förrän i februari eller så nästa år. De är väldigt hårda om man skadar sig [...] Skar mig i måndags och hamnade i isoleringsrum i 19 timmar. Det var jättehemskt.”

Kvinna 17 år, vårdades på RPK i Växjö

”Om man skadar sig själv på något sätt får man ha på sig låsbara handskar. Så låses man in i isoleringscellen. På RPK finns inte extravak och extra tillsyn som på allmänpsyk. Man kan få ha rugbyhjälm med galler på sig, om man försöker slänga sig i väggen. Meningen är att man inte ska få någon som helst yttre stimulans. Därför ligger man, ibland bältad, på en brits i ett vitt kallt rum. PIVA är ett världshav jämfört med denna cell. Jag ligger där, själv, i tre dygn. Ibland hör jag en nyckel rassla i låset, jag blir alldeles till mig vid tanken på sällskap.”

Kvinna 25 år, vårdas på RPK i Sundsvall

Mänskliga rättigheter

Förenta Nationernas deklaration om de mänskliga rättigheterna är universell och gäller för alla och envar. I den allmänna förklaringens femte artikel slås fast att ingen ”får utsättas för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning” (FN, 2009). Motsvarande text återfinns även i FN:s internationella konvention om medborgerliga och politiska rättigheter, del III, artikel 7 (FN, 1966). I konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (FN, 1984) avses med begreppet tortyr:

*”... varje handling genom vilken **allvarlig smärta eller svårt lidande, fysiskt eller psykiskt, medvetet tillfogas någon** antingen för sådana syften som att erhålla information eller en bekännelse av honom eller en tredje person, **att straffa honom för en gärning som han eller en tredje person har begått** eller misstänks ha begått eller att hota eller tvinga honom eller en tredje person eller också av något skäl som har sin grund i någon form av diskriminering, under förutsättning att smärtan eller lidandet åsamkas av eller **på anstiftan eller med samtycke eller medgivande av en offentlig tjänsteman eller någon annan person som handlar såsom företrädare för det allmänna.**” (Del I, Artikel 1.1)*

The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, fortsättningsvis kallad CPT, ska genom besök undersöka hur frihetsberövade människor inom exempelvis fängelser och psykiatriska kliniker behandlas. Kommitténs syfte är att förstärka dessa personers skydd mot tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (Europarådet, 1987). CPT har publicerat ett dokument, *The CPT Standards*, som tydligt lyfter fram ett antal förhållanden av intresse för detta dokument (CPT, 2006). På sidan 58, punkt 48, skriver kommittén: *”physical restraints have been applied for a period of days; the Committee must emphasise that such a state of affairs **cannot have any therapeutic justification and amounts, in its view, to ill-treatment**”*. CPT förkastar härmed all användning av fysiska tvångsmedel som sträcker sig över flera dygn och betraktar det undantagslöst som vanvård. Åtskilliga patienter från RPK i Sundsvall har berättat att de burit tvångshandskar under flera dygn och upp till tre månader i sträck. Åtgärden har upprepade gånger försvarats av representanter för kliniken, något som tycks mycket motsägelsefullt i relation till CPT:s utsago. Vidare beskriver kommittén tvångsåtgärder som överhuvudtaget inte får förekomma inom den psykiatriska vården, som är helt opassande för ändamålet och endast bör anses som förnedrande: *”**Handcuffs, metal chains and cage-beds clearly fall within this category; they have no rightful place in psychiatric practice and should be withdrawn from use immediately**”* (CPT, 2006, sid 64, punkt 40). Regeringen uttrycker i proposition 1999/2000:44 att en patients rörelsefrihet inte bör kunna inskränkas på andra vis än de som redan medges i LPT, t.ex. med s.k. tvångströja eller handfängsel (s 84). På dessa grunder ifrågasätter författarna till detta dokument vad som skiljer handbojor och handfängsel från tvångshandskar så avsevärt att den senare låsanordningen, till skillnad från den förra, kan sägas vara en lagenlig och respektfull behandlingsform. Slutligen menar CPT att avskiljande/isolering är en tvångsåtgärd som bör fasas ut och i möjligaste mån undvikas. De betonar att avskiljande ska tillämpas

restriktivt, pågå under så kort tid som möjligt och omvärderas regelbundet. Särskilt betonas *”the existence of appropriate human contact; the need for staff to be especially attentive”* (CPT, 2006, sid 58, punkt 49). Också här finns anledning att rikta blicken mot RPK i Sundsvall, då patienter påtalat den avsiktliga bristen på personalkontakt under isolering och bältesläggning (se ovanstående citat av ”Kvinna 46 år” och ”Kvinna 25 år” under avsnittet ”Straff- och belöningsmetodik”).

Med utgångspunkt från FN:s och Europarådets konventioner om mänskliga rättigheter kan det alltså hävdas att delar av den vård som med tvång har givits patienter på framför allt rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall är att beteckna som omänsklig och förnedrande behandling och sannolikt även som tortyr. Hypotetiskt skulle dessa kraftfulla inslag av tvång och bestraffning kunna ha del i de goda resultat som kliniken försvarar vården av de självskadande patienterna med, men som i sådana fall uppnåtts med hjälp av metoder som inte står i enlighet med gällande lagar och konventioner.

”Och jag kan delvis hålla med, dom flesta blir ’friska’ och slutar skada sig själv. Men jag tror inte att det alltid beror på att man mår bättre utan att man slutar helt enkelt för att skadar du dig själv på rättspsyk blir du bestraffad på ett eller annat sätt och kommer aldrig därifrån. Jag själv slutade skada mig själv öppet och gjorde istället saker i smyg och sen när jag kom ut tog det fart igen.”

Kvinna 33 år, har vårdats på RPK i Sundsvall

”Har funderat idag på hur man kommer härifrån, har frågat också men naturligtvis har de inga svar. Tunga argument är bra att ha, men förutom det tror jag, och det är illa, att man helt enkelt får le och se glad ut, absolut inte visa några känslor, förutom glädje, och bara stå ut på obestämd tid. Det är inte långsiktigt alls, och de vill att vi ska tänka långsiktigt, men jag har svårt att se detta som en miljö för behandling. Det är jobbigt att vara så beroende, och i sådant underläge, och protestera kan man inte göra.”

Kvinna 22 år, vårdas på RPK i Sundsvall

Tvångshandskar

Rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall skriver på sin hemsida: *”När det gäller de självdestruktiva patienterna läggs stor vikt vid att lägga tillbaka ansvaret för sitt liv till*

patienten. Konkret innebär detta att eventuella självdestruktiva handlingar inte får förstöras upp och ta plats i behandling och samtal. Extravak är därför mycket ovanliga och används bara i yttersta nödfall". Även patienter beskriver att extravak inte används men vittnar istället om ett utbrett användande av isolering och olika mekaniska tvångsåtgärder. Kliniken har tidigare beskrivit bemötandet som följer efter en självskaehandling som "aktivt ointresse". CPT betonar å andra sidan vikten av att vårdpersonalen har ett genuint intresse av att skapa en fungerande terapeutisk allians med patienterna. Särskilt betonar de att patienter som kan anses svårbehandlade eller betungande inte negligeras av personalen (CPT, 2006, sid 57, punkt 44).

Tvångshandskar används frekvent på rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall som enda klinik i landet och beskrivs av patienter som stora skinnpåsar utan lufthål som låses fast kring handlederna med en nyckel.

"Vi får ha de gamla handskarna som ligger kvar sedan 50- talet [...] Varma skinnpåsar så man går runt och ser ut som en pingvin om händerna. Inne i handsken känner man hur smutsen svider mot såren som inte läkt. Man kan dra loss gammalt svettigt ludd med fingertopparna som sedan ligger kvar däri på botten av handsken tills man blir av med dem."

Kvinna 20 år, vårdas på RPK i Sundsvall

Klinikens val att använda sig av isolering och tvångshandskar framför ökad bevakning med hjälp av personal för att garantera de självdestruktiva patienternas säkerhet är problematisk i förhållande till Socialstyrelsens beslut: "Om patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av andra patienter får han eller hon avskiljas, dvs. hållas isolerad från andra patienter [...] Man ska först pröva om man med personalinsatser kan uppnå samma syfte som en isoleringsåtgärd avser" (Socialstyrelsen, 2009a).

Det faktum att användandet av åtgärder som tvångshandskar och hjälmar inte regleras i lag och därmed försvårar myndighetskontroll, öppnar upp för en vidare användning av illegala tvångsmedel. I ett reportage gjort av SVT:s Mittnytt den 7 april 2009 framkommer att rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall tolkar Socialstyrelsens utelämnande av kritik kring användandet av tvångshandskar i de två tidigare nämnda fall som granskats som ett godkännande till att användningen av dessa fortgår. Denna

tolkning kan skarpt ifrågasättas. I den ovan nämnda proposition 1999/2000:44 står att läsa:

”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.” (s.84)

Varje medborgare är grundlagsskyddad mot påtvingade kroppsliga ingrepp (RF, 2 kap., 6 §). Med ”kroppsligt ingrepp” åsyftas främst fysiskt våld mot människokroppen men hit räknas även läkarundersökningar, mindre ingrepp som blodprovstagnning samt liknande åtgärder som faller under begreppet kroppsbesiktning. Detta skydd mot alla former av påtvingade kroppsliga ingrepp kan enbart begränsas genom lag och endast för att tillgodose ett ändamål som är godtagbart i ett demokratiskt samhälle (RF, 2 kap, 12 §). Senare i samma lagtext framgår att begränsning av detta slag bland annat kan göras när det gäller ”skydd för liv, personlig säkerhet eller hälsa” (RF, 8 kap, 7 §, första st.). De begränsningar som rör tvångsåtgärder och som är av intresse för den behandlade patientgruppen återfinns i lagen om psykiatrisk tvångsvård. Det enda möjliga undantag som kan urskiljas från denna lag gäller rätten till nödvärn: ”Nöd föreligger när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse” (1962:700, 24 kap, 4 §, andra st.). Tvångsmedel får med andra ord inte användas i annat syfte eller med andra medel än vad som framgår av den tillämpade bestämmelsen i lagen om psykiatrisk tvångsvård, med undantag av akuta insatser då nödvärn kan hävdas i syfte att rädda liv.

Tvångshandskar bör betraktas som ett i regeringsformen beskrivet ”kroppsligt ingrepp”. Då användningen av handskena inte återfinns i lagen om psykiatrisk tvångsvård, återstår nödvärn som den enda situation då användandet av tvångshandskar möjligen kan anses vara berättigat. Åtskilliga patienter har dock beskrivit att de tvingats bära handskena under flera dygn, veckor och i undantagsfall även under flera månader i sträck. Patienterna beskriver att de bär handskena dygnet runt och att de vid toalettbesök eller måltider får hjälp att låsa upp den ena eller båda handskena. Omedelbart efter toalettbesöket, eller så snart måltiden är avslutad, låses handskena ånyo fast kring

patientens handleder. Författarna ställer sig mycket frågande till hur nödvärn kan hävdas när en patient problemfritt har klarat av att äta lunch eller gå på toaletten.

Vård av minderåriga

Även om det får tros vara ovanligt förekommer det att minderåriga patienter (under 18 år) vårdas enligt LPT på rättspsykiatriska kliniker. Författarna till denna text har kännedom om åtminstone fem minderåriga patienter som placerats på någon av landets rättspsykiatriska kliniker. I augusti 2003 omkom två unga patienter med självskaðebeteende i en brand på rättspsykiatriska kliniken i Växjö: en 16-årig flicka från Växjö och en 19-årig kvinna från Lund. Båda vårdades på kliniken enligt LPT. I en interpellation skriven av Göran Gunnarsson (2003) beskrivs ett fall där en 15-årig flicka placerats på rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena. Verksamhetschefen för rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall bekräftar även i en tidningsintervju att minderåriga patienter har behandlas vid kliniken (Östgöta Correspondenten, 2008). Detta trots att FN:s barnkonvention, artikel 37 c, slår fast att;

*”varje frihetsberövat barn skall behandlas humant och med respekt för människans inneboende värdighet och på ett sätt som beaktar behoven hos personer i dess ålder. Särskilt skall **varje frihetsberövat barn hållas åtskilt från vuxna**, om det inte anses vara till barnets bästa att inte göra detta och skall, utom i undantagsfall, ha rätt att hålla kontakt med sin familj genom brevväxling och besök”. [Vår markering]*

Diskussion och förslag på åtgärder

Trots att statistik saknas gällande hur många patienter som tvångsvårdas inom rättspsykiatri i huvudsak på grund av svårt självdestruktivt beteende, tyder mycket på att dessa patienter ofta vårdas på rättspsykiatriska regionkliniker och i synnerhet i Sundsvall eller Växjö, som båda anser sig ha byggt upp en specialistkompetens för självskaðande patienter. Av de 13 patienter från vilka författarna till detta dokument har insamlat skriftlig information, har tio patienter vårdats i Sundsvall (en av dem har dessutom under flera års tid vårdats på en länsenhet i Östersund och ytterligare en har under en kortare tid

vårdats på regionkliniken i Vadstena), två i Växjö och en i Vadstena. Således grundar sig den allmänna uppfattningen om vården för dessa patienter på rättspsykiatriska kliniker framför allt på den vård som erbjuds i Sundsvall och i viss mån även i Växjö. Ingen av de patienter författarna har varit i kontakt med har varit enbart positiva till den vård de fått inom rättspsykiatri (på frågan om de upplevde att personalen hade kompetens för deras problematik svarade 11 otvetydigt nej, medan 2 aldrig besvarade frågan), men några har kunnat framhäva goda inslag. Dessa goda inslag har framför allt handlat om betydelsen av gränser och struktur, lättnaden över att slippa ett ständigt ”utskrivningsshot” och det faktum att deras självskadebeteende faktiskt minskat under vårdtiden på rättspsyki.

Sedan några patienter på rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall själva slog larm om sin situation i april 2009 och tack vare den medieuppmärksamhet som följde efter det, har vissa åtgärder vidtagits på den specifika kliniken. LPT-patienterna vårdas nu på en egen avdelning, åtskilda från LRV-patienterna, och behöver inte längre passera via klinikkens intagningsavdelning vid ankomsten. Patienter vittnar också om en tendens till större varsamhet vid tvångsåtgärder, att man i högre grad är noggrann med att inte överskrida lagens angivelser vid till exempel isolering. Dessa förändringar som har skett på kliniken i Sundsvall är positiva och ett led i att förbättra situationen på kort sikt för de patienter som vårdas inom rättspsykiatri idag. Dock är de fortfarande otillräckliga, då ett flertal problemområden fortfarande kvarstår och då självdestruktiva patienter även vårdas på andra kliniker än just Sundsvalls rättspsykiatriska regionklinik. De brott som tidigare har begåtts mot gällande lagar och konventioner om mänskliga rättigheter får dessutom betraktas som så grava att de måste utredas, inte enbart av de myndigheter som granskar sjukvården utan också av rättsväsendet, för att ge upprättelse till de drabbade människorna som åsamkats ett kanske livslångt lidande. Detta inte bara genom sin grundsjukdom, utan genom det bemötande och den behandling de utsatts för på rättspsykiatriska kliniker runtom i landet.

Vård på sjukhus på grund av avsiktlig självdestruktiv handling är en företeelse som har ökat kraftigt under en tioårsperiod mellan 1999–2008 (Socialstyrelsen, 2009). Ökningen är i sig alarmerande och kräver att åtgärder vidtas, dels för att få till stånd ett bättre förebyggande arbete men också för att kunskapen om dessa problem ska öka och för att dessa patienter ska kunna erbjudas god vård. Enligt riksdagens riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården tillhör patienter med nedsatt autonomi prioriteringsgrupp I

(proposition 1996/97:60, RiR 2004:9, Socialstyrelsen, 2009b). Hit räknas både personer som vårdas med tvång samt minderåriga patienter, eftersom båda dessa patientgrupper kan ha svårt att hävda sitt människovärde och sina rättigheter. För dessa patienter har alltså både vårdpersonalen och samhället ett särskilt stort ansvar (Socialstyrelsen, 2009b). Nya riktlinjer för prioriteringar inom svensk sjukvård är under utredning, men de behovs- och solidaritetsöverväganden som rimligen kommer att spela en roll även i kommande ställningstaganden talar tydligt för att gruppen självskadande patienter bör vara högt prioriterad. Utgångspunkten måste då vara att man är proaktiv och satsar ordentligt på förebyggande arbete, samt att den vård som ges grundar sig i en förutsättningslös analys av vad som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet bäst gynnar just dessa patienter.

Det blir allt mer känt att personer som skadar sig själva inte blir långsiktigt hjälpta, och ibland till och med stälpta, av långa inläggningar på sjukhus. Det förekommer dock fortfarande att patienter vårdas under månader och år i en psykiatrisk slutenvårdsmiljö, vilket till slut kan leda till att patienten måste skickas till en rättspsykiatrisk klinik för att säkra hennes växande behov av säkerhet. Men med insikten om att självskadande patienter inte blir långsiktigt hjälpta av långa inläggningar på sjukhus följer ett annat problem: hur ska man då hjälpa de patienter där öppenvård är otillräckligt? På många håll i landet är alternativen när det gäller mellanvårdsformer som till exempel dagvård, jourhavande team eller tillgång till annan hjälp i hemmet mycket begränsade för den aktuella gruppen.

Problemet med kvinnor som vårdas på rättspsykiatriska kliniker på grund av självskadebeteende har ingen enkel lösning. Det är dock oroväckande att indikationer finns för att denna företeelse ökar, då det finns en risk att kunskapsutvecklingen därigenom stagnerar inom allmänpsykiatrin. Satsningen på självskadande patienter bör ligga inom allmänpsykiatrin, där dessa patienters rätt till en vård som bedrivs i enlighet med gällande lagar och konventioner kan tillgodoses. SHEDO föreslår därför följande åtgärder:

- Satsning på forskning om självskadebeteende, och en utvärdering från SBU av befintlig forskning kring vård av självskadande patienter.
- Uppbyggnad av en specialistkompetens utanför rättspsykiatrin för patienter med svårt självskadebeteende.

- Utveckling av mellanvårdsformer som alternativ till slutenvård, när endast öppenvård är otillräckligt. Detta för att undvika långa inläggningar med institutionalisering och ett utökat skyddsbehov som konsekvens.
- Satsning på den allmänpsykiatriska vårdpersonalens kunskapsutveckling gällande självskadebeteende som problematik.
- Satsning på utbildning och utveckling av förebyggande åtgärder inom vård och skola, då tidiga interventioner många gånger kan förhindra en fortsatt destruktiv utveckling.

Föreningen kan inte nog betona vikten av att Socialstyrelsen även skärper sin kontroll av användningen av tvångsåtgärder. Socialstyrelsen fick år 2007 i uppdrag av regeringen att undersöka användningen av otillåtna tvångsmedel inom psykiatri (Socialdepartementet, 2007). På grund av bristande dokumentation kunde denna undersökning inte genomföras och resurserna användes istället för att utbilda personal i det gällande regelverket kring tvångsvård. Att patienter vittnar om att användning av tvångshandskar fortfarande sker frekvent tyder på att denna satsning har varit otillräcklig. Därför önskar SHEDO att ...

- ... Socialstyrelsen ställer tydliga krav på noggrann dokumentation av samtliga tvångsåtgärder, samt kontrollerar att dessa krav efterföljs.
- ... Socialstyrelsen och andra ansvariga myndigheter tydligt markerar att användning av oreglerade former av tvångsåtgärder (till exempel tvångshandskar och hjälmar) inte får förekomma, alternativt utformar en uttrycklig reglering av dessa.
- ... det satsas på den rättspsykiatriska vårdpersonalens kunskapsutveckling kring tvångsåtgärder för att garantera en etisk och värdig vård.
- ... patienter utförligt informeras om sina rättigheter och vart de kan vända sig om deras rättigheter kränks.
- ... Socialstyrelsen och andra ansvariga myndigheter noggrant och regelbundet följer upp sina åtgärder.

Att tvångsåtgärder inte dokumenteras och därmed inte kan granskas får inte innebära att användningen av tvång tillåts fortsätta utan insynsmöjlighet och kontroll av myndigheter. Inte heller får svårigheter gällande diagnostik och statistik (relaterat till att självskadebeteende inte är en egen diagnos), samt att det ur ett större perspektiv är relativt

få av det totala antalet självskadande personer som tvångsvårdas inom rättspsykiatri, leda till att dessa patienter bortprioriteras eller faller mellan stolarna.

Förutom Socialstyrelsens kontroll och uppföljning av vården behövs en från regeringen oberoende kontrollmekanism för att förebygga omänsklig och förnedrande behandling inom tvångsvården. För detta uppdrag har regeringen utsett Justitieombudsmannen (JO) och Justitiekanslern (JK), som dock båda har ställt sig tveksamma då de anser sig sakna kapacitet att genomföra uppdraget på ett tillfredsställande sätt. Regeringen bör därför snarast ge JO och Justitiekanslern JK ökade resurser för att kunna fullgöra uppdraget eller ge det till annan instans med mandat och resurser som ger Sverige möjlighet att leva upp till sina internationella åtaganden.

Då Sverige som ett av de första länderna ratificerade FN:s barnkonvention 1990, och det i denna konvention (artikel 37c) klart står att varje frihetsberövat barn bör hållas åtskilt från frihetsberövade vuxna, kräver föreningen SHEDO dessutom att det tydligt markeras för vårdgivare att det enligt grundläggande mänskliga rättigheter inte är godtagbart att vårda minderåriga patienter inom rättspsykiatri, då en rättspsykiatrisk vårdmiljö under inga omständigheter kan vara gynnsam för ett barn.

Föreningen SHEDO, Lund 2009-05-17, genom

Sofia Åkerman, ordförande
Thérèse Nilsson, vice ordförande
Linus Broström, Dr Med Vet

Reviderad i november 2009 av föreningen SHEDO, genom

Sofia Åkerman, ordförande
Thérèse Nilsson, vice ordförande

Resurspersoner:

Anna Nilsson, programhandläggare, Raoul Wallenberginstitutet, Lunds Universitet
Anna Bruce, doktorand, Raoul Wallenberginstitutet, Lunds Universitet

Referenser

- Aftonbladet. (2009). *De blir inlåsta med våldsmän*. Tillgänglig via:
<http://www.aftonbladet.se/wendela/article5000130.ab> Hämtad 2009-05- 17
- Arvidsson, B. & Skärsäter, I. (2006). *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer*. Lund; Studentlitteratur.
- Brodsky, B. S. & Stanley, B. (2001). Developmental effects on suicidal behavior: the role of abuse in childhood. *Clinical Neuroscience Research*. 1 (5), 331-336
- Brottsbalk (1962:700).
- CPT. (2006). *The CPT Standards. "Substantive" sections of the CPT's General Reports*. Tillgänglig via: <http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards-prn.pdf>
Hämtad 2009-11-26
- Dagbladet. (2009). *Hård kritik riktas mot rättspsykiatri*. Tillgänglig via:
<http://dagbladet.se/nyheter/sundsvall/1.976937?m=print> Hämtad 2009-05-17
- Engström, I. (2006). *Tvingad till hjälp. Om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård*. Lund, Studentlitteratur.
- Europarådet (1987). *Europeisk konvention till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning*. Svensk översättning. Tillgänglig via:
http://www.manskligarattigheter.gov.se/dynamaster/file_archive/020517/1f99095585fcdce7414611cd3044617fe/europa_871126.pdf Hämtad 2009-11-26
- Europarådet (2003). *Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, ändrad genom protokoll nr 11*. Svensk översättning. Tillgänglig via: <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/1009F7DB-87E3-4056-8E17-8A8A41768BA7/0/SwedishSu%C3%A9dois.pdf>
Hämtad 2009-05-16
- FN (1966) Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter. Svensk översättning. Tillgänglig via:
http://www.manskligarattigheter.gov.se/dynamaster/file_archive/060505/fa60247e4d4729d44afe2354639cc316/Konventionen%20om%20medb%20och%20pol%20r%e4ttigheter.pdf Hämtad 2009-11-26
- FN (1982) Konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Svensk översättning. Tillgänglig via:
http://www.manskligarattigheter.gov.se/dynamaster/file_archive/071112/971065842a9805510619b4af5b8c7961/CAT%20sv.pdf
Hämtad 2009-11-26
- FN (2008). *FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna*. Svenska FN-förbundet. Tillgänglig via: <http://www.sfn.se/fn-info/verksamhetsomraden/manskliga-rattigheter-och-demokrati/fns-allmana->

forklaring-om-de-manskliga-rattigheterna-/
Hämtad 2009-11-26

FN (2009). *FN:s konvention om barnets rättigheter*. Unicef. Svensk översättning.
Tillgänglig via: <http://www.unicef.se/barnkonventionen/barnkonventionen-hela-texten> Hämtad 2009-04-24

Gunnarsson, G. (2003). *Interpellation om behovet av vårdplatser för psykiatrisk tvångsvård*. Tillgänglig via:
<http://www.lio.se/upload/Dokroot/Politiker/Landstingsfullmaktige/Protokoll/2003/Interpellation320030225.pdf> Hämtad 2009-11-27

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Hörberg, U. (2008). *Att vårdas eller fostras. Det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp*. Diss. Växjö: Växjö Universitet.

Jarret, M., Bowers, L. & Simpson, A. (2008). Coerced medication in psychiatric inpatient care: literature review. *Journal of advanced nursing*. 64(6), 538-548.

Kronobergs landsting. (2009). *Våra patienter*. Tillgänglig via:
http://www.ltkronoberg.se/templates/LTKPageWithPicture_____12387.aspx
Hämtad 2009-04-25

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Proposition 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Tillgänglig via:
<http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=37&dokid=GK0360> Hämtad 2009-11-27

Proposition 1999/2000:44 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Tillgänglig via:
<http://www.regeringen.se/content/1/c4/14/84/a4028820.pdf> Hämtad 2009-11-27

Regeringsformen (1974:152).

Riksrevisionen. (2004). *Riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvård*. RiR 2004:9 Tillgänglig via:
http://www.riksrevisionen.se/templib/pages/OpenDocument_____556.aspx?documentid=4568 Hämtad 2009-11-27

RPK Sundsvall. (2009). *Välkommen till rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall*. Tillgänglig via: <http://193.235.70.189/rpk/> Hämtad 2009-05-17

RPK Växjö. (2009). *Rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö*. Tillgänglig via:
http://www.ltkronoberg.se/templates/LTKPresentation_____4541.aspx Hämtad 2009-05-17

Socialdepartementet. (2007). *Uppdrag att förstärka tillsynen över den psykiatriska hälso- och sjukvården*. Tillgänglig via:
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/1A5AD59F-A712-41ED-8D1F-6580E769FC0E/0/Regeringsbeslutforstarktillsyn.pdf>
Hämtad 2009-05-15

Socialdepartementet. (2007). *Ändring av uppdrag avseende tillsynen över den psykiatriska hälso- och sjukvården*. Tillgänglig via:
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/1A5AD59F-A712-41ED-8D1F-6580E769FC0E/0/Regeringsbeslutforstarktillsyn.pdf> Hämtad 2009-05-15

Socialstyrelsen. (1997). *God vård på lika villkor*. Stockholm: Internetpublicering.
Tillgänglig via:
http://www.sou.gov.se/pdf/Blandat/pdf_avslut_utr/God%20v%C3%A5rd%20p%C3%A5%20lika%20villkor.pdf Hämtad 2009-11-19

Socialstyrelsen. (2004). *Flickor som skadar sig själva*. Stockholm: Internetpublicering.
Tillgänglig via:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10291/2004-107-1_20041071.pdf Hämtad 2009-11-19

Socialstyrelsen (2007a). *Innehållet i den rättspsykiatriska vården*. Stockholm: Internetpublicering. Tillgänglig via: <http://193.235.70.189/rpk/ladda/Milton.pdf>
Hämtad 2009-05-16

Socialstyrelsen (2007b). *Säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet*. Stockholm: Internetpublicering.
Tillgänglig via:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8928/2007-101-4_20071014_rev.pdf Hämtad 2009-11-08

Socialstyrelsen. (2009). *Skador och förgiftningar behandlade i slutenvård 2008*. Stockholm: Internetpublicering. Tillgänglig via:
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-9-4/Documents/2009-9-4.pdf>
Hämtad 2009-11-19

Socialstyrelsen. (2009a) *Innehållet i den psykiatriska tvångsvården*. Stockholm: Internetpublicering. Tillgänglig via
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8506/2009-126-81_200912681.pdf Hämtad 2009-11-07

Socialstyrelsen. (2009b) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm: Internetpublicering. Tillgänglig via:
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8496/2009-126-72_200912672_rev2.pdf Hämtad 2009-05-16

Socialstyrelsen. (2009c) Verksamhetstillsyn vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall. Beslut. Dnr 44-10450/2008. Aktbilaga 13.

Socialstyrelsen. (2009d) Verksamhetstillsyn vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall. Beslut. Dnr 44- 9538/2008. Aktilaga 14.

Söderberg, E.(2008). *Verksamhetsberättelse 2008-2010*. Tillgänglig via:
<http://193.235.70.189/rpk/verksamhetsberattelse.asp?menuItem=ovrigt>
Hämtad 2009-05-16

Wallsten, T., Kjellin, L. & Sjöberg, R. L. (2009) Det respektfulla tvånget. Evidens och etik i psykiatrisk tvångsvård. *Läkartidningen* 106(11), 750-751.

Östgöta Correspondenten. (2008). *Hon skar sig - blev inlåst med brottslingar*. Tillgänglig via: <http://archive.corren.se/archive/2008/12/10/k0f3n92vrv6mkng.xml> Hämtad 2009-04-24

Kontrakt

Jag, [redacted], intygar att jag:

Ska använda mig av mina strategier när jag mår dåligt.

Ska vara ärlig.

Ska vara trevlig mot mina medmänniskor.

Som en följd av detta kommer mina kontaktmän tillsammans med mig planera aktiviteter som jag är intresserad av och som jag tycker är roliga. Mina friförmåner kommer att utökas eftersom.

I det fall att jag inte följer denna överenskommelse kommer personalen att vidta lämpliga åtgärder.

[redacted]
.....
Datum:

[redacted]
.....
Underskrift

Kontrakt

Härmed intygar jag, [REDACTED], att jag skall upphöra med mitt självdestruktiva beteende. Jag ska inte heller ljuga för personal eller manipulera medpatienter.

Fortsatta självdestruktiva handlingar, lögnar eller manipulerande skall direkt leda till handskar i minst tre månader samt indragen utgång med personal.

Jag ska använda mig av de strategier jag arbetat fram tillsammans med mina kontaktmän.

[REDACTED]
Datum

[REDACTED]
Signatur