

Självskadande patienter
inom den
rättspsykiatriska vården

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förkortningar	3
Sammanfattning	4
Introduktion	5
Lämpligheten i att vårda självdestruktiva LPT-patienter på rättspsykiatriska kliniker	7
Den rättspsykiatriska miljön, kvinnor och självdestruktivitet	7
Tillämpningen av gällande regelverk	10
Tvång och proportionalitet	11
Oreglerade tvångsmedel	12
Bestraffning	14
Mänskliga rättigheter	16
Vård av minderåriga	18
Myndigheternas agerande	19
Diskussion	22
Referenser	24
Bilaga 1	28
Bilaga 2	29

Förkortningar

- CPT** *The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment.*
- FN** *Förenta Nationerna.*
- JO** *Justitieombudsmannen.* Sveriges riksdags 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.* Svensk lag som 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.* Svensk lag som reglerar vården för personer dömda för brott som begåtts 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 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.* En ideell förening som arbetar med stöd, kunskap och opinion kring frågor som rör självskadebeteende och ätstörningar.

Sammanfattning

Mycket tyder på att allt fler unga kvinnor med självskadebeteende tvångsvårdas på rättspsykiatriska kliniker i Sverige, utan att vara dömda till rättspsykiatrisk vård. Avsiktligt självdestruktiva handlingar är problem som har ökat kraftigt under en tioårsperiod, framför allt inom gruppen unga kvinnor 15- 25 år (Socialstyrelsen, 2009). Till rättspsykiatrin kommer patienterna när de allmänpsykiatriska vårdinsatserna har visat sig vara otillräckliga och vården inom rättspsykiatrin betraktas oftast som en ”nödlösning”. Vården av dessa patienter inom rättspsykiatrin är problematisk utifrån flera aspekter:

Den rättspsykiatriska vården i Sverige är av tradition utformad för män med kriminell belastning. Kvinnors behov riskerar att bli åsidosatta i en miljö där kvinnor endast utgör ca 10 % av de intagna. Av dessa 10 % har majoriteten inte dömts till rättspsykiatrisk vård, utan vårdas istället enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT), inte sällan på grund av självdestruktivt beteende (Socialstyrelsen, 2007a). Att vårda patienter dömda för ett brott tillsammans med självdestruktiva dito riskerar inte bara att leda till känslor av otrygghet och stigma, utan det utsätter också de självdestruktiva patienterna för tvångs- och säkerhetsåtgärder som inte står i proportion till deras behov. I samband med att denna företeelse uppmärksammades i Sverige under 2009 framkom det att man inom rättspsykiatrin använder sig av mekaniska tvångsåtgärder som inte är tillåtna enligt svensk lag. Särskilt fokus bör riktas mot rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall, som enligt sin hemsida har 12 platser reserverade för självskadande patienter. Socialstyrelsens tillsynsenhet i Umeå har åtminstone sedan 2003 haft kännedom om användandet av tvångshandskar och tvångshjälmor på kliniken, men inte kritiserat användningen av dessa tvångsmedel förrän i december 2009, trots att åtgärderna saknar stöd i lag. Bevis i form av bland annat journalanteckningar och kontrakt tecknade mellan patienter och behandlare tyder också på att tvångsåtgärder systematiskt används som repressalie för oönskat beteende, till exempel avsiktligt självdestruktiva handlingar. Bruket av tvångsmedel som tvångshandskar och långvariga isoleringar i stimulifria rum i bestraffningssyfte strider mot svensk såväl som internationell lagstiftning. Användandet av olagliga tvångsmedel på kliniker runtom i landet och bruket av tvång i bestraffningssyfte, visar både på brister i svensk tvångsvårdslagstiftning men också brister i myndigheternas tillsyn över de verksamheter som bedriver tvångsvård i Sverige och i hanteringen av ärenden som rör lagöverträdelser i vården.

Introduktion

I Sverige regleras den psykiatriska tvångsvården av två lagar: lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) och lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT). För fortsatt förståelse är det viktigt att känna till skillnaden mellan dessa båda lagar. Vård enligt LRV ges till den som i domstol har överlämnats till rättspsykiatrisk vård efter att ha begått brott under inverkan av en allvarlig psykisk störning. För tvångsvård enligt den andra lagen, LPT, måste följande förutsättningar vara uppfyllda:

”Tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt
1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller
2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En förutsättning för vård enligt denna lag är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.”

LPT (1991:1128) 3 §

Som regel vårdas dessa två grupper av tvångsvårdade patienter separat på olika avdelningar eller kliniker. 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 på rättspsykiatriska kliniker enligt LPT. Uppmärksammandet av båda företeelserna ledde till avsevärda reaktioner i svensk media (se t.ex. Östgöta Correspondenten, 2008, Aftonbladet, 2009, Dagbladet, 2009).

De patienter som tvångsvårdas inom rättspsykiatrin med stöd av LPT anses vara ”särskilt vårdkrävande” och vården inom rättspsykiatrin betraktas i allmänhet som en nödlösning när allmänpsykiatris insatser har visat sig vara otillräckliga. Mycket tyder dock på att

* Socialstyrelsen är en statlig myndighet som lyder under Socialdepartementet. Socialstyrelsen har en bred verksamhet inom socialtjänst, hälso- och sjukvård, hälsoskydd, smittskydd och epidemiologi. Bland annat åligger det Socialstyrelsen att genom sina sex tillsynsenheter utöva tillsyn över sjukvården.

allt fler unga kvinnor med självskadebeteende som huvudproblematik skickas till rättspsykiatriska kliniker utan att vara dömda till sådan vård, och att åtminstone två rättspsykiatriska regionkliniker har kommit att specialisera sig på denna patientgrupp.

”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)

Det saknas dock tillförlitlig statistik på hur pass vanligt det är att självskadande patienter tvingas till vård 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. Enbart en minoritet av dessa kvinnor vårdas enligt LRV, istället vårdas de flesta enligt LPT och ofta på grund av självdestruktivitet och självskadebeteende (Socialstyrelsen, 2007a).

Ingen vet alltså hur många patienter som vårdas inom rättspsykiatrin enligt LPT i huvudsak för att de skadar sig själva. Inte heller går det att fastställa om förekomsten har ökat under åren, även om såväl föreningen SHEDO:s som rättspsykiatriska kliniken i Sundsvalls uppfattning är att så är fallet (Söderberg, 2008).

* De enheter som vårdar rättspsykiatriska patienter kan delas in i tre säkerhetsnivåer. Regionvårdsenheterna har förhöjt skalskydd och kan därmed vårda de mest behandlings- och säkerhetskrävande patienterna. Nästa nivå utgörs av enheter på länsnivå som har något lägre skalskydd. Den tredje nivån utgörs av allmänpsykiatriska avdelningar där vården bedrivs med samma säkerhetsnivå som för icke dömda patienter (SOU 2006:91).

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 rättspsykiatrin i högre grad erhöll både medicinska och psykologiska vårdinsatser samt rehabilitering (31 %), medan motsvarande siffra inom allmänpsykiatrin var 9 % (Socialstyrelsen, 2009a). Inom allmänpsykiatrin 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. Resursbrist inom allmänpsykiatrin, bristande kompetens eller liknande förhållanden kan dock inte anses utgöra en försvarbar grund för att LPT-patienter ges vård inom rättspsykiatrin. ”Nödlösningar” som sätts i system riskerar att förhålla resurser och kompetensutveckling inom det område i vilket satsningar företrädesvis borde göras. Det är således en fråga om vilka slags förhållanden som kan anses utgöra en god grund för en till synes allt mer etablerad praxis. Att svårt självskadande patienter tvångsvårdas på rättspsykiatriska kliniker innebär emellertid inte enbart ett otillräckligt motiverat undantag från vad som borde vara en grundregel. Ett flertal tveksamma omständigheter gör också att det måste ifrågasättas om vården av dessa patienter inom rättspsykiatrin verkligen kan vara etiskt och juridiskt försvarbar. Dessa omständigheter diskuteras under olika rubriker nedan.

Den rättspsykiatriska miljön, kvinnor och självdestruktivitet

Det kan på principiella grunder ifrågasättas om patienter som inte dömts till rättspsykiatrisk vård överhuvudtaget bör vårdas på rättspsykiatriska kliniker. Extra utsatta blir dock de LPT-patienter som vårdas i huvudsak på grund av självskadebeteende, då dessa patienter närmast uteslutande består av unga kvinnor (författarna till denna text har endast kännedom om en man som vid 15 års ålder tvångsvårdades på rättspsykiatriska regionkliniken i Växjö för självskadebeteende). De självskadande kvinnorna tvingas således 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 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 exempelvis på en 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 tvångsvårda

självd destruktiva patienter tillsammans med kriminella som dömts till rättspsykiatrisk vård. Författarna hävdar dels att det är omöjligt att jämföra åtalade personer med kvinnor som vårdas enligt LPT, vilket gör undantag från regeln ovan än mer anmärkningsvärda, och dels att rådande förhållanden inte kan sägas vara utomordentliga.

När förekomsten av självskadande kvinnor inom rättspsykiatrin uppmärksammades under 2009 lades stor vikt vid just det faktum att kvinnorna vårdas tillsammans med män 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, normalt äldre än de själva. Tvärtom kan det misstänkas 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 mellanmännsliga relationer. Det vore dock missvisande att påstå att vården av självskadande kvinnor inom rättspsykiatrin vore 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. Rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall, som enligt sin hemsida har 12 platser reserverade för självskadande patienter, gjorde under 2009 ett försök att vårda LPT-patienter separat på en egen avdelning. Patienternas allvarliga självskadeproblematik i kombination med klinikens vårdfilosofi att självdestruktivt beteende under inga omständigheter ska ägnas uppmärksamhet, gjorde dock lösningen föga framgångsrik då patienterna allt mer utelämnades till enbart varandra i takt med att självskadandet bland de intagna accelererade.

Svårigheterna med 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 självskadande beteende 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 ickeliv 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

Tillämpningen av gällande regelverk

Författarna har på principiella grunder ifrågasatt det lämpliga i att vårda självskadande LPT-patienter på 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 14 patienter.

Tvång och proportionalitet

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. 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). Vården av självskadande patienter inom rättspsykiatrin försvaras ofta med dessa patienters behov av skydd och säkerhet, åsyftat deras självdestruktiva beteende. Det som skiljer 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 rättspsykiatriska patienter, 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 samt allmänhetens behov i förhållande till dessa patienter, 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 en avdelning specialiserad för patienter med särskilda restriktioner för användande av telefoni och mobiltelefon fick således inte användas.

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.”* [Författarnas 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. Sannolikt står inte fångtransporter, signalementsbeskrivningar, 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 kallt 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

Oreglerade tvångsmedel

Rättspsykiatriska regionkliniken 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 förstoras 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, tvångshandskar och andra former av tvångsåtgärder. Den aktuella klinikens beslut att använda sig av mekaniska tvångsmedel framför ökad bevakning med hjälp av personal för att garantera de självdestruktiva patienternas säkerhet är problematiskt i förhållande till Socialstyrelsens riktlinjer: *"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).

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 blodprovstagning och 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 ändamål som är godtagbara 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 aktuella patientgruppen återfinns i lagen om psykiatrisk tvångsvård. Denna lag tillåter på särskilda villkor två former av mekaniskt tvång: bältesläggning och avskiljande/isolering. Dessa tvångsmedel används inom rättspsykiatrin såväl som allmänpsykiatrin. Det har dock visat sig att även andra mekaniska tvångsmedel återfinns på rättspsykiatriska kliniker runtom i landet, och sannolikt även inom allmänpsykiatrin i viss mån. Beslut från Socialstyrelsen och berättelser från patienter vittnar om tvångshandskar (läderpåsar som låses fast kring handlederna med nyckel), midjebälten (läderbälte som bärs kring midjan, från vilket handlederna låses fast på reglerbar längd), samt tvångshjälm (beskrivs av patienter på rättspsykiatriska kliniken 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"). Samtliga av dessa tvångsmedel saknar lagligt stöd. I 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)

Det enda möjliga undantag som kan urskiljas 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, utom möjligen vid akuta situationer då paragrafen om nödvärn kan åberopas. Mot bakgrund av detta är det mycket svårt att se hur det systematiska bruket av tvångshandskar på rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall har kunnat rättfärdigas. De patienter som burit tvångshandskar i Sundsvall hävdar att handskarna sannolikt har använts på kliniken sedan 50-talet. Patienterna har tvingats att bära tvångshandskar under allt från ett par timmar till flera månader i sträck, vanligen som konsekvens av självskadande beteende. Paragrafen om nödvärn kan inte åberopas, då samtliga patienter vittnar om att handskarna tas av tillfälligt vid toalettbesök och måltider, men sedan låses fast kring handlederna igen.

Bestraffning

I Europakonventionens tredje artikel (2003) anges 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”. Bältesläggning får enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128, 19 §) användas enbart för att skydda patienten från sig själv, alternativt andra personer från att komma till skada. 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 §).

De starka förbud mot bestraffning som återkommer i såväl svensk som internationell lagstiftning, ger anledning att ifrågasätta bruket av tvångsmetoder, återigen med särskilt fokus på rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall. Allt tyngre bevis har framkommit för att mekaniska tvångsmedel på den aktuella kliniken inte enbart används i skyddssyfte, utan

som metod för att betinga bort dysfunktionellt beteende. I ett samhällsgranskande tv-program, *Kalla Fakta*, som sändes i oktober 2009 uppvisades bland annat två kontrakt som tecknats mellan en patient och dennes behandlare (se bilaga 1 och 2). I kontrakten 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, vilket sedermera också skedde. 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). 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 kalt 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.**”*
[Författarnas markering] (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 som är relevanta i detta sammanhang (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**”* [Författarnas markering]. CPT

förkastar härmed all användning av fysiska tvångsmedel som sträcker sig över flera dygn och betraktar det undantagslöst som vanvård. Åtskilliga patienter på rättspsykiatriska regionkliniken 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**”* [Författarnas markering] (CPT, 2006, s. 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). Mot denna bakgrund 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 godtagbar tvångsmetod trots att den saknar lagstöd. 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, s. 58, punkt 49). Också här finns anledning att rikta blicken mot rättspsykiatriska kliniken 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 ”Bestraffning”).

Med utgångspunkt i 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 enligt FN:s definition av begreppet. 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 är förenliga 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

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 personlig kännedom om åtminstone fem minderåriga patienter som placerats på någon av landets rättspsykiatriska kliniker under 2000-talet. I augusti 2003 omkom två unga kvinnor (16 och 19 år) med självskadebeteende i en brand på rättspsykiatriska kliniken i Växjö, som anlagts av en patient dömd för mordbrand. De omkomna vårdades båda 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.”* [Författarnas markering]

Myndigheternas agerande

Socialstyrelsen är en statlig myndighet som lyder under Socialdepartementet, och som bland annat ansvarar för tillsyn över hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens uppdrag regleras i flera olika lagtexter, där lagen (1998:531) om yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården och förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen i det här sammanhanget är av särskilt intresse. I senast nämnda lag framgår att Socialstyrelsen ska övervaka sjukvårdsverksamheterna i förhållande till kvalitet, säkerhet samt den enskildes rättigheter (8.1 §). Också vikten av ett jämställdhetsperspektiv i granskningsverksamheten betonas, där kvinnor och mäns olika villkor särskilt ska beaktas (7.3 §). Socialstyrelsens tillsyn syftar till att förebygga skador och eliminera risker i sjukvården, samt stödja och granska både verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärder (1998:531, 6 kap., 3 §).

Socialstyrelsens tillsynsenhet i Umeå granskade 2003 ett ärende rörande en självskadande patient vid rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall, där patienten isolerats anmärkningsvärt ofta och länge. I Socialstyrelsens beslut konstaterades att patienten tvingats att bära såväl tvångshandskar som tvångshjälm, men ingen kritik riktades mot bruket av dessa tvångsmedel trots att åtgärderna saknar lagstöd (Socialstyrelsen, 2003). Otillåtna mekaniska tvångsåtgärder har därefter förekommit i upprepade individuella rapporter till Socialstyrelsen och granskningsbeslut från densamma, men har inte heller vid dessa tillfällen föranlett någon kritik. Sett till Socialstyrelsens ovan beskrivna uppdrag är frånvaron av kritik anmärkningsvärd. Som tidigare fastställts återfinns vare sig tvångshjälm eller tvångshandskar i lagen om psykiatrisk tvångsvård, och ska således betraktas som olagliga tvångsmedel. Om Socialstyrelsen får kännedom om att någon har brutit mot en bestämmelse som gäller verksamhet som står under deras tillsyn är de skyldiga att vidta åtgärder samt, om så behövs, göra en anmälan till åtal (1998:531, 6 kap., 12 §). Socialstyrelsen har även befogenhet att belägga hela eller delar av en klinik med verksamhetsförbud. Detta kan ske antingen om en verksamhet inte förbättrat sin verksamhet på de punkter styrelsen vid tidigare granskning krävt, eller per omgående om det finns fara för patienters liv, hälsa eller personliga säkerhet (1998:531, 6 kap., 15- 16 §). Vidare ska Socialstyrelsen, om de anser att det för hälso- och sjukvårdspersonal finns

skäl för disciplinpåföljd, prøvotid eller återkallelse av legitimation, anmäla detta för oberoende granskning till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd*, HSAN. Om den mot vilken disciplinpåföljd kan övervägas är skäligen misstänkt för att i yrkesutövningen ha begått ett brott för vilket fängelse är föreskrivet, ska Socialstyrelsen göra en anmälan till åtal (1998:531, 6 kap., 18-19 §). Användandet av mekaniska tvångsåtgärder som inte ryms inom lagen om psykiatrisk tvångsvård bör klassas som olaga frihetsberövande; ett brott som kan ge mellan ett och tio års fängelse (1962:700, 4 kap., 2 §).

Efter upprepade påtryckningar från såväl media som privatpersoner samt efter information om en väntande JO-anmälan, valde Socialstyrelsens tillsynsenhet i Umeå att under hösten 2009 granska rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvalls följsamhet av LPT. Granskningen utgick från tre patientfall från vilkas patientjournaler följande brister kunde urskiljas:

- Beslut om ej tidsbegränsade tvångsåtgärder
- Beslut om ej tillåtna tvångsåtgärder
- Beslut om tvångsåtgärder vid behov
- Tvångsåtgärder vidtas utan att beslutande läkare dokumenterar sitt beslut
- Beslut om tvångsåtgärd i förväg
- Beslut om förlängning av tvångsåtgärd i förtid
- Beslut om tvångsåtgärder utan personlig undersökning
- Beslutsjournalen är ofullständig

Vidare konstaterades att tvångshandskar använts i bestraffningssyfte samt att kontrakt upprättats mellan behandlande personal och tvångsvårdad patient, där ett kontraktsbrott skulle leda till att patienten skulle tvingas bära tvångshandskar i minst tre månader (Socialstyrelsen 2009e, se bilaga 2). De brister Socialstyrelsen fann i sin granskning var omfattande och på intet vis ringa men trots detta har ingen anmälan gjorts till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd eller till åklagarmyndigheten så som lagen kräver (1998:531, 6 kap., 18-19 §).

* HSAN är en självständig, statlig myndighet som prövar frågor om disciplinpåföljder samt indragning och återfående av legitimation och förskrivningsrätt beträffande hälso- och sjukvårdspersonal.

Författarna till detta dokument gjorde i december 2009 två anmälningar till justitieombudsmannen, JO, vars ansvar är att övervaka de offentliga myndigheterna, skydda den enskilde mot myndighetsövergrepp och förhindra maktmissbruk av tjänstemän. Den ena anmälan riktade sig mot rättspsykiatriska kliniken i Sundsvall, medan den andra avsåg Socialstyrelsens tillsynsenhet i Umeå. Den 18 januari 2010 avslogs båda anmälningarna med hänvisning till den kritik som Socialstyrelsen tillslut riktat i december, åtminstone sex år efter att Socialstyrelsen först fick kännedom om bruket av tvångshandskar (Socialstyrelsen, 2009e). Författarna fann underlaget för beslutet besynnerligt och kontaktade JO med önskemål om förtydligande av motiveringen till det fattade beslutet. Handläggaren förklarade då att JO inte är en myndighet i vanlig bemärkelse utan har ställning som ett extraordinärt tillsynsorgan. Därmed är bestämmelserna i förvaltningslagen (1986:223) om myndigheters ärendehandläggning inte tillämpliga i JO:s verksamhet. En justitieombudsman är således inte skyldig att inleda en utredning, utan avgör själv om klagomål skall avvisas, avskrivas från handläggning, överlämnas till en annan myndighet för prövning eller tas upp till utredning. Detta följer av 19 § lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän. Justitieombudsmannen avgör i varje enskilt fall i vad mån skälen för hans eller hennes ställningstagande ska utvecklas i beslutet. Justitieombudsmannen har således enväldig makt att besluta vilka ärenden som ska tas upp för granskning och är inte skyldig att motivera de beslut som fattas, då anmälaren inte har ställning som part i ärendet.

I maj 2007 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att granska förekomsten av otillåtna tvångsåtgärder inom den psykiatriska tvångsvården, samt att lämna förslag på åtgärder. Uppdraget skulle redovisas hösten 2008 och syftade till att stärka rättssäkerheten för tvångsvårdade patienter (Socialdepartementet, 2007). Ett knappt år senare, i april 2008, beslutade regeringen att förändra Socialstyrelsens uppdrag. I stället för att granska förekomsten av otillåtna tvångsåtgärder omformades uppdraget till att fokusera på utbildning och information till sjukvårdspersonal om gällande regelverk för tvångsvård och tvångsåtgärder. Beslutet motiverades med att inventeringen av otillåtna tvångsåtgärder var förenat med stora svårigheter och att styrelsens personalresurser bättre skulle utnyttjas genom utbildning (Socialdepartementet, 2008). Mot beskriven bakgrund kan det konstateras att resultatet av denna utbildningsinsats har varit högst otillfredsställande. De myndigheter vars uppdrag är att försvara patienternas rättigheter och garantera deras säkerhet i sjukvården, har genom underlåtenhet att agera välsignat

den tvångsvård som bedrivs runtom i landet och bidragit till de aktuella patienternas enorma utsatthet och rättsosäkerhet.

Diskussion

Trots att statistik saknas kring 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 självskadande patienter. Av de 14 patienter från vilka författarna till detta dokument har insamlat skriftlig information, har elva patienter vårdats i Sundsvall (en av dem har dessutom under flera års tid vårdats på en länsenhet i Östersund, en har under ett par års tid vårdats på regionkliniken i Växjö, en har under ett par månader vårdats på länsenhet i Huddinge och ytterligare en har under en kortare tid vårdats på regionkliniken i Vadstena). Ytterligare två har vårdats 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 okritiska till den vård de erhållit inom rättspsykiatri (på frågan om de upplevde att personalen hade kompetens för deras problematik svarade 12 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 ”utskrivningshot” och det faktum att deras självskadebeteende faktiskt minskat under vårdtiden på rättspsykiatri. Bland de 9 patienter som vid datainsamlingen var utskrivna, varierade vårdtiderna inom rättspsykiatri mellan 5 månader och 4 år. Den genomsnittliga vårdtiden för de nio utskrivna patienterna var 1 år och 10 månader. Ytterligare en patient som citerats i detta dokument, avled 2007 efter närmare sju års vårdtid inom rättspsykiatri.

Sedan några patienter på rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall i april 2009 slog larm om sin situation via media, vidtogs initialt vissa åtgärder på den aktuella kliniken. En avdelning avsedd endast för LPT-patienter upprättades och patienter vittnade om en tendens till ökad varsamhet vid tvångsåtgärder. Dessa förändringar visade sig dock inte vara beständiga och vården beskrivs nu återigen som lagöverskridande. Den initiala

differentieringen mellan patienter vårdade enligt LPT och LRV existerar inte längre, sedan flera kvinnliga patienter med självskadebeteende återigen förflyttats till avdelningar avsedda för vård enligt LRV. Efter Socialstyrelsens kritik mot användningen av tvångshandskar har isolering alltmer frekvent kommit att användas som repressalie för självskadande beteende. Isoleringarna patienterna utsätts för varar i allt från ett par timmar och upp till sex dygn, detta i stimulifria rum möblerade med en bältessäng och en toalett samt en vask i metall. Det enda fönstret är tonat för att förhindra möjligheten att se ut och patienterna saknar under isoleringarna helt och hållet mänsklig kontakt.

De brott som har begåtts och fortfarande begås mot gällande lagar och konventioner om mänskliga rättigheter bör betraktas som så grava att de måste utredas, inte enbart av de myndigheter som har till uppgift att granska sjukvården utan också av rättsväsendet. Detta för att ge upprättelse till de drabbade patienterna som åsamkats ett kanske livslångt lidande, inte bara genom sin grundsjukdom utan genom det bemötande och den behandling de utsatts för på rättspsykiatriska kliniker i Sverige – ett land som anser sig ligga i framkant i förhållande till såväl psykiatrisk vård som mänskliga rättigheter.

Föreningen SHEDO, Lund. 17 maj 2009, genom

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

Reviderad i november 2009 och mars 2010 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
- 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 rättspsyk*. Tillgänglig via:
<http://dagbladet.se/nyheter/sundsvall/1.976937?m=print> Hämtad 2009-05-17
- 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/020517/1f99095585fcde7414611cd3044617fe/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

Förvaltningslag (1986:223)

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)

Kronobergs landsting. (2009). *Våra patienter*. Tillgänglig via:
http://www.ltkronoberg.se/templates/LTKPageWithPicture_12387.aspx
Hämtad 2009-04-25

Lag (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän.

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

Socialdepartementet. (2007). *Uppdrag att förstärka tillsynen över den psykiatriska hälso- och sjukvården*. Stockholm.

Socialdepartementet. (2008). *Ändring av uppdrag avseende tillsynen över den psykiatriska hälso- och sjukvården*. Tillgänglig via:

<http://www.socialstyrelsen.se/regeringsuppdrag/Documents/Regeringsuppdrag00-4559-2007%C3%84ndringavuppdrag.pdf> Hämtad 2010-03-07

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. (2003) Ärende avseende avskiljande av patient. Beslut. Dnr 44-2866/2003.

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. (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. Aktilaga 13.

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

Socialstyrelsen. (2009e) Verksamhetstillsyn vid Rättspsykiatriska regionkliniken i Sundsvall, RPK. Beslut. Dnr 44- 9621/2009. Aktilaga 8.

Socialstyrelsen. (2009). *Skador och förgifningar behandlade i slutenvård 2008*.

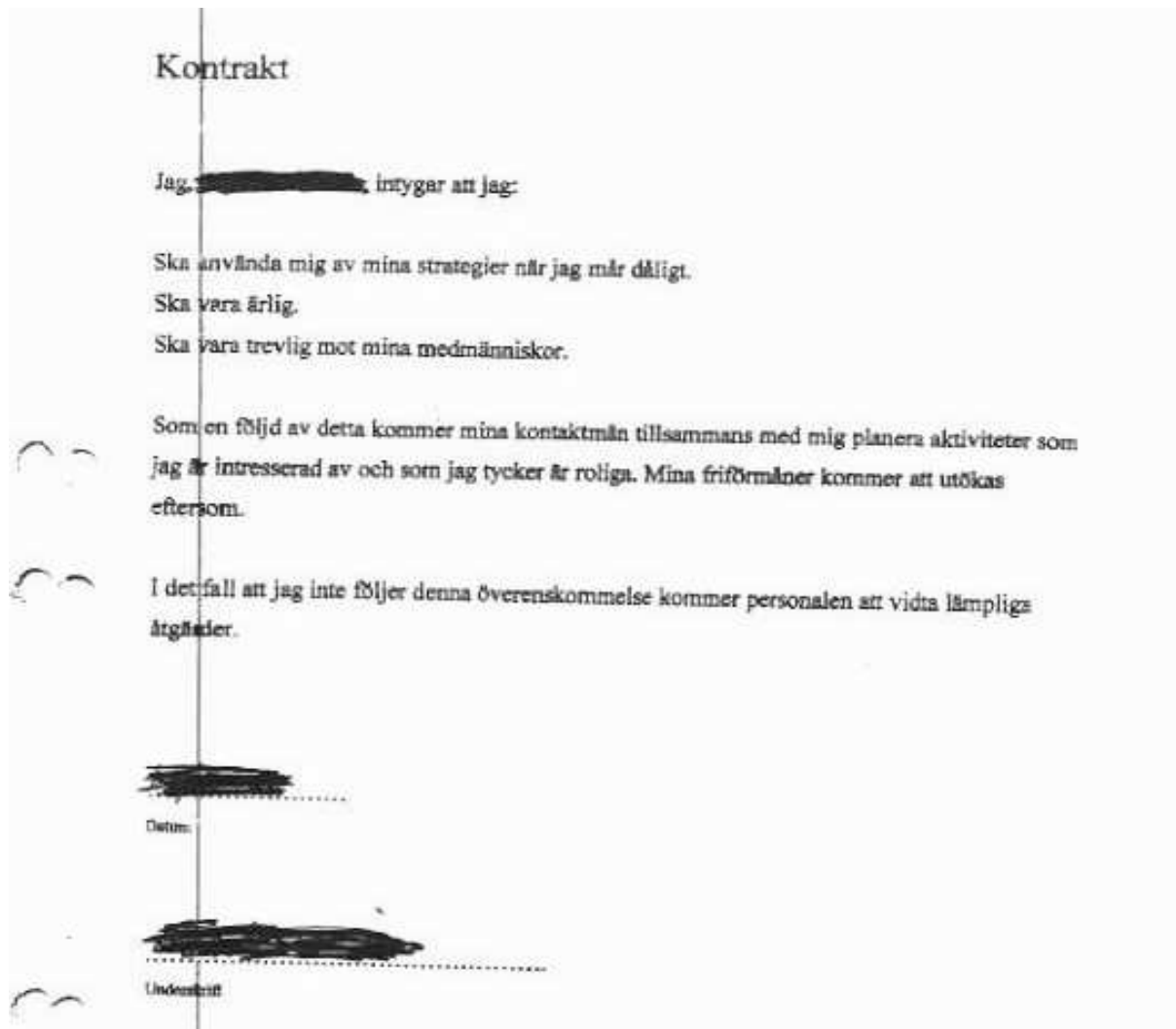
Stockholm: Internetpublicering. Tillgänglig via:

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-9-4/Documents/2009-9-4.pdf> Hämtad 2010-03-07

SOU (2006:91). *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare: betänkande från Nationell psykiatrisamordning*. Stockholm: Statens offentliga utredningar.

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

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, N.N., intygar att jag:

Ska använda mig av mina strategier när jag mår dåligt.

Ska vara ärlig.

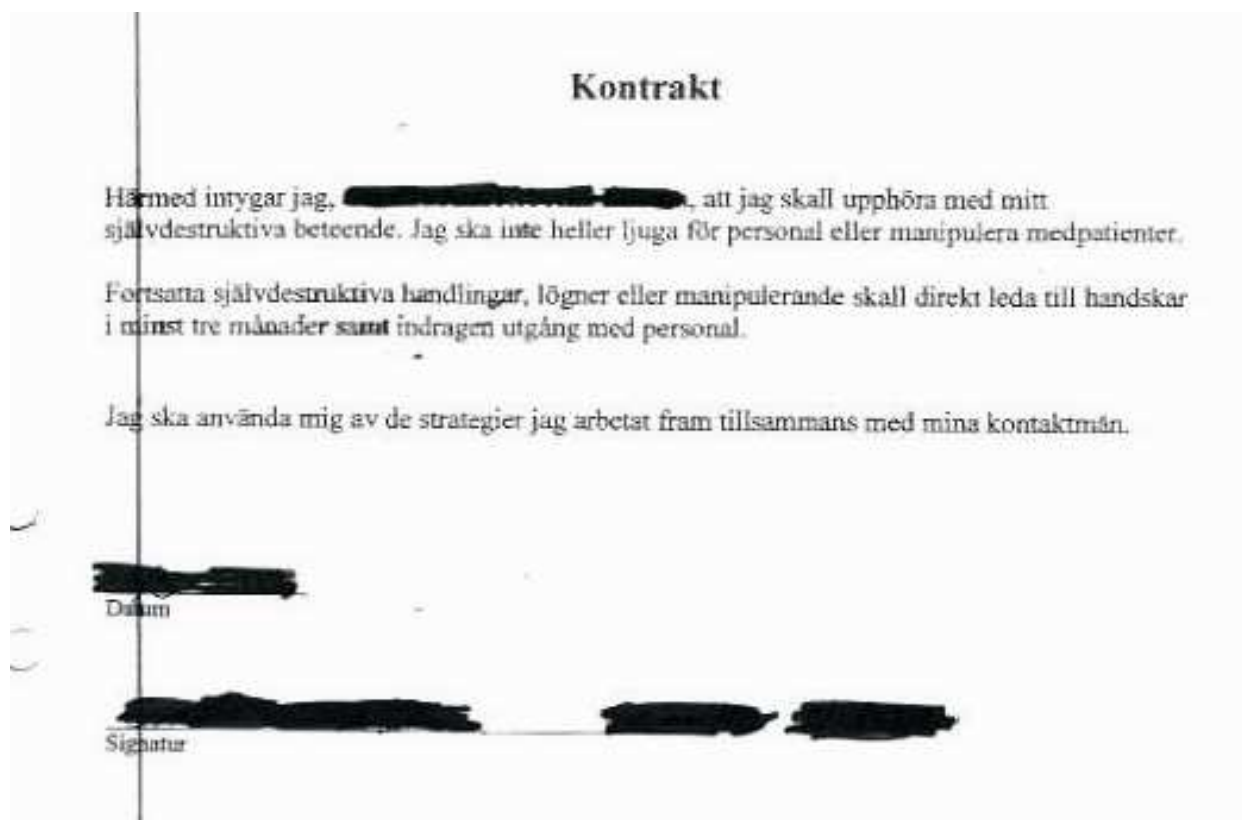
Ska vara trevlig mot mina medmänniskor.

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

Datum

Underskrift



KONTRAKT

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

Fortsatta självdestruktiva handlingar, lögnen 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.

Datum

Signatur