

Datum
2025-06-24

Diarienummer
O 2-2025

Informationsklass
Publik

Inspektionsserie inom rättspsykiatri

Innehåll

Inledning	2
1. Opcat-uppdraget	3
2. Rättspsykiatrisk vård	4
3. Inspektionernas genomförande	6
3.1. Inspektionsseriens tema	6
3.2. Inriktning och metod	6
3.3. Närmare om de inspekterade klinikerna	7
4. Iakttagelser och rekommendationer	7
4.1. Fysisk miljö	8
4.1.1. Utgångspunkter	8
4.1.2. Iakttagelser och inhämtade uppgifter	8
4.1.3. Konsekvenser och risker	11
4.1.4. JO:s rekommendationer	13
4.2. Innehållet i vården	14
4.2.1. Utgångspunkter	14
4.2.2. Iakttagelser	15
4.2.3. Konsekvenser och risker	22
4.2.4. JO:s rekommendationer	25
JO:s slutsatser	26

Inledning

Riksdagens ombudsmän (JO) fullgör de uppgifter som ett nationellt besöksorgan har enligt FN:s tilläggsprotokoll till konventionen mot tortyr (Opcat). Syftet med JO:s Opcat-verksamhet är att förebygga grym, omänsklig eller annan förnedrande behandling eller bestraffning. En central del av uppdraget är att regelbundet genomföra inspektioner på platser där människor hålls frihetsberövade.

I mars 2025 beslutade chefsjustitieombudsmannen Erik Nymansson att genomföra ett antal inspektioner inom rättspsykiatri. Beslutet föregicks av återkommande rapporter i media om att det var fullt på flera av landets rättspsykiatriska kliniker. JO har tidigare identifierat brister i den dagliga vårdmiljön som en risk för att patienter utsätts för omänsklig behandling och det bedömdes finnas en risk för att sådana brister skulle komma att förstärkas vid en ansträngd beläggningssituation. Det fanns därför anledning att titta närmare på hur den dagliga vårdmiljön såg ut under rådande beläggningssituation och att undersöka vilka risker som brister i vårdmiljön kan medföra för patienterna.

Fyra rättspsykiatriska kliniker i fyra olika regioner inspekterades under mars och april 2025. Inspektionerna inriktades på den fysiska miljön och innehållet i vården. Den här rapporten innehåller de viktigaste iakttagelserna och rekommendationerna med anledning av det som kommit fram.

1. Opcat-uppdraget

Enligt FN:s konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (konventionen mot tortyr) ska de anslutna staterna vidta effektiva legislativa, administrativa, rättsliga eller andra åtgärder för att förhindra tortyrhandlingar inom varje territorium under dess jurisdiktion. Tortyrkonventionen gäller i Sverige sedan 1987.

I konventionen definieras begreppet tortyr i korthet som en handling som innebär att någon medvetet utsätts för allvarlig psykisk eller fysisk smärta eller svårt lidande i ett specifikt syfte, t.ex. för att framtvinga information eller för att straffa eller hota en person. Konventionen saknar definitioner av grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. De anslutna staterna ska dock även förhindra att sådana handlingar utförs av företrädare för det allmänna inom dess territorium.

Människor som hålls frihetsberövade löper en särskild risk att utsättas för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling. I syfte att stärka skyddet för frihetsberövade och förebygga överträdelser av tortyrförbudet antog FN 2002 det fakultativa protokollet till konventionen mot tortyr, Opcat. Protokollet trädde i kraft för Sveriges del i juni 2006.

Stater som anslutit sig till Opcat är bl.a. skyldiga att peka ut ett eller flera nationella besöksorgan. Sedan den 1 juli 2011 fullgör justitieombudsmännen de uppgifter som ett nationellt besöksorgan har enligt Opcat. I egenskap av sådant besöksorgan ska JO regelbundet inspektera platser där människor hålls frihetsberövade, däribland rättspsykiatriska kliniker. I uppdraget ingår också att ge rekommendationer till behöriga myndigheter med sikte på att förbättra behandlingen av och förhållandena för frihetsberövade och förebygga tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Denna rapport är en del av JO:s arbete som nationellt besöksorgan enligt Opcat.

2. Rättpsykiatrisk vård

Rättpsykiatrisk vård är en form av psykiatrisk tvångsvård som bedrivs enligt lagen (1991:1129) om rättpsykiatrisk vård, LRV. Rättpsykiatrisk vård får beslutas av en domstol i samband med att någon döms för ett brott där påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter.¹ En grundläggande förutsättning för ett beslut om vård är att gärningspersonen lider av en allvarlig psykisk störning vid tiden för domstolens prövning. Allvarlig psykisk störning är inte en medicinsk term, utan ett juridiskt begrepp som inbegriper bl.a. tillstånd av psykotisk karaktär, svårartade personlighetsstörningar, alkohol- och drogpsykos och allvarliga depressioner.²

Rättpsykiatrisk vård kan i vissa fall förenas med ett beslut om särskild utskrivningsprövning. Det är då fråga om situationer där brottet har begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning och det finns en risk för återfall i allvarlig brottslighet. Särskild utskrivningsprövning innebär i korthet att vården endast kan upphöra efter beslut av en domstol. En domstol måste också godkänna eller delegera beslutanderätten avseende patientens permissioner och andra vistelser på egen hand utanför vårdavdelningen.³

Det finns ingen tidsgräns för hur länge rättpsykiatrisk vård som längst får pågå. Vård som ges utan särskild utskrivningsprövning kan förlängas av domstol med högst sex månader åt gången.⁴ Vid vård med särskild utskrivningsprövning ska frågan om vården kan upphöra anmälas till en domstol minst en gång var sjätte månad.⁵ Målet med vården kan förenklat beskrivas som att den inte längre ska behövas. För patienter med särskild utskrivningsprövning inbegriper detta att det inte ska finnas en risk för återfall i allvarlig brottslighet om tvångsvården upphör.⁶ Bedömningen av om vården fortfarande behövs ska vara allsidig och kan beakta t.ex. patientens sjukdomsinsikt, behandlingsmotivation och tillgång till bostad efter vårdens upphörande.⁷

Avsaknaden av en längsta tidsgräns medför att den rättpsykiatriska vården kan pågå under en förhållandevis lång tid jämfört med ett fängelsestraff för samma brottslighet. Medianvårdtiden för patienter som avslutade sin rättpsykiatriska vård under perioden 2009–2024 var strax under fem år.⁸ Rättpsykiatrisk vård inleds alltid som slutet rättpsykiatrisk vård, dvs. att patienten är intagen på en vårdavdelning på ett sjukhus eller en

¹ 31 kap. 3 § brottsbalken.

² Prop. 1990/91:58 s. 86.

³ 10, 10 a och 16 §§ LRV.

⁴ 12 a § LRV.

⁵ 16 a § LRV.

⁶ Se 13 och 16 §§ LRV.

⁷ Se prop. 1990/91:58 s. 533 och t.ex. rättsfallet RÅ 1992 ref. 98.

⁸ Nationellt rättpsykiatriskt kvalitetsregister, RättpsyK (2024). Årsrapport 2024, s. 44. Göteborg: Nationellt rättpsykiatriskt kvalitetsregister.

rättspsykiatrisk klinik.⁹ Vården kan därefter övergå i öppen rättspsykiatrisk vård, vilket bl.a. innebär att patienten flyttar från vårdavdelningen till ett annat boende. Hur länge den slutna rättspsykiatriska vården pågår beror på omständigheterna i det enskilda fallet. Patienter med sluten rättspsykiatrisk vård har alltså i praktiken sin bostad på vårdinrättningen under obestämd tid.

⁹ 3 § LRV.

3. Inspektionernas genomförande

3.1. Inspektionsseriens tema

Fyra rättspsykiatriska kliniker har besökts under mars och april 2025. Samtliga inspektioner har varit oanmälda. Det övergripande syftet med inspektionerna har varit att granska vårdmiljön för patienter med sluten rättspsykiatrisk vård. Mer konkret har målsättningen varit att undersöka vilka risker som brister i vårdmiljön kan medföra för patienterna. Med vårdmiljön avses i denna rapport dels den fysiska miljön, dels innehållet i vården i form av vård och behandling, sysselsättning och aktiviteter.

Tillgången till en god vårdmiljö är av särskild betydelse för patienter med sluten rättspsykiatrisk vård, eftersom de i praktiken har sin bostad på vårdinrättningen under obestämd tid. Vårdmiljön är alltså en del av patienternas boendemiljö, ibland under flera år.

Brister i vårdmiljön riskerar dessutom att förstärkas vid en ansträngd beläggningssituation. Det är väl känt – bl.a. genom uppgifter i media – att det sedan en tid tillbaka är fullt på flera av landets rättspsykiatriska kliniker. En granskning av vårdmiljön för patienter med sluten rättspsykiatrisk vård framstår därför som särskilt angelägen.

3.2. Inriktning och metod

Inspektionerna har inriktats på följande tre huvudområden:

- Utformningen av bostadsrum, allmänna utrymmen och utrymmen för sysselsättning och aktivitet.
- Patienternas faktiska tillgång till vård och behandling, sysselsättning och aktiviteter.
- Beläggningssituationens påverkan på den fysiska miljön och innehållet i vården.

Under inspektionerna har information i huvudsak inhämtats genom samtal med patienter och personal. Samtal har hållits med totalt 37 patienter och 48 anställda. Vid samtalen med både patienter och personal har särskilt framtagna frågemanualer använts.

I samtalen med patienter har en särskild kartläggning av det senaste dygnet genomförts. Vid kartläggningen har patienterna fått svara på frågor om vad de gjort under sitt senaste dygn, uppdelat i femtonminuterssegment. Patienternas svar har därefter delats in i olika kategorier utifrån aktiviteternas syfte och karaktär.¹⁰ Syftet med kartläggningen har varit att få en tydligare bild av de aktiviteter som förekommer under en ”vanlig dag” i patienternas liv. Målsättningen vid urvalet av patienter har varit att få en god variation avseende kön, ålder och vårdtid. Det har varit frivilligt för samtliga patienter att delta i samtalen.

¹⁰ Kartläggningen är baserad på den metod som användes i Sturidsson, K. m.fl. (2007) Time Use in Forensic Psychiatry: An Exploratory Study of Patients' Time Use at a Swedish Forensic Psychiatric Clinic, *International Journal of Forensic Mental Health*, 6:1, 79-86, <https://doi.org/10.1080/14999013.2007.10471251>.

3.3. Närmare om de inspekterade klinikerna

De fyra inspekterade klinikerna är Rättspsykiatriskt centrum i Trelleborg, Rågårdén i Göteborg, Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena och Rättspsykiatriska regionkliniken i Säter. Urvalet av inspektionsobjekt har bl.a. baserats på antalet vårdplatser, säkerhetsklassificering¹¹ och förekomst i medierapportering. Viss hänsyn har också tagits till om JO tidigare har besökt kliniken eller om det gått lång tid sedan ett sådant besök gjorts. Varje inspektion har avgränsats till två vårdavdelningar. Urvalet av vårdavdelningar vid respektive inspektion har baserats på patientsammansättningen och säkerhetsklassificeringen.

Rättspsykiatriskt centrum i Trelleborg drivs av Region Skåne och öppnade 2016 i nybyggda lokaler. Kliniken har 51 slutenvårdsplatser i säkerhetsnivå 2, fördelade på fyra vårdavdelningar. Vid tiden för inspektionen var kliniken fullbelagd och hade dessutom ett tiotal patienter i kö. JO har inte tidigare inspekterat kliniken.

Rågårdén i Göteborg drivs av Västra Götalandsregionen och invigdes 2013 i nybyggda lokaler. Kliniken har 101 slutenvårdsplatser, fördelade på två akutenheter och fyra rehabiliteringsenheter. Samtliga rehabiliteringsenheter har säkerhetsnivå 2. Vid tiden för inspektionen var kliniken fullbelagd, men hade inga patienter i kö. JO:s senaste inspektion av kliniken ägde rum 2021 i form av en s.k. skrivbordsinspektion¹².

Rättspsykiatriska regionkliniken i Vadstena drivs av Region Östergötland. Kliniken har renoverats i etapper och stod helt färdig 2023. Kliniken hade vid tiden för inspektionen 86 fasta slutenvårdsplatser fördelade på sex vårdavdelningar. Två vårdavdelningar har säkerhetsnivå 2 och fyra har säkerhetsnivå 3. Inspektionen avsåg en vårdavdelning i vardera säkerhetsnivån. Vid tiden för inspektionen var kliniken fullbelagd och man hade ett fåtal patienter i kö. JO:s senaste inspektion av kliniken ägde rum 2021 i form av en skrivbordsinspektion.

Rättspsykiatriska regionkliniken i Säter drivs av Region Dalarna. Kliniken öppnade 1989 i nuvarande lokaler och har 78 slutenvårdsplatser fördelade på sju vårdavdelningar. Sex vårdavdelningar har säkerhetsnivå 2 och en har säkerhetsnivå 3. Inspektionen avsåg en vårdavdelning i vardera säkerhetsnivån. Vid tiden för inspektionen var kliniken i princip fullbelagd, men hade inga patienter i kö. JO:s senaste inspektion av kliniken ägde rum 2016.

¹¹ Avdelningar ska delas in i säkerhetsnivåerna 1. mycket hög, 2. hög, eller 3. godtagbar, se 4 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

¹² För att minska risken för spridning av covid-19 genomfördes samtliga samtal via ljud- och bildöverföring.

4. Iakttagelser och rekommendationer

4.1. Fysisk miljö

4.1.1. Utgångspunkter

Det finns inte några detaljerade regler i svensk rätt som gäller utformningen av utrymmen för rättspsykiatrisk vård. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, anges endast i allmänna ordalag att det ska finnas de lokaler som behövs för att god vård ska kunna ges.¹³

Närmare vägledning kring kraven på den fysiska miljön kan dock hämtas från uttalanden av Europarådets kommitté mot tortyr, CPT. CPT är ett besöksorgan med uppdrag att besöka platser i Europarådets medlemsstater där människor kan hållas frihetsberövade. Syftet med CPT:s arbete är att stärka det skydd som frihetsberövade har mot tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning enligt Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen). CPT publicerar sina uttalanden i bl.a. särskilda standarder, årsrapporter och rapporter efter genomförda landbesök.

I en särskild standard om psykiatrisk tvångsvård har CPT bl.a. uttalat att patienternas bostadsrum bör vara tillräckligt stora och ha tillgång till goda ljusförhållanden och adekvat värme och ventilation. Bostadsrummen bör också utrustas med nattduksbord och garderob, och patienterna bör få möjlighet att förvara sina personliga tillhörigheter i ett låsbart utrymme. Både bostadsrum och allmänna utrymmen bör vidare inredas på ett sätt som minimerar känslan av inlåsning och ger patienterna visuell stimulans. Det bör även finnas utrymmen som möjliggör åtminstone en timmes utevistelse per dag och ett brett utbud av aktiviteter.¹⁴

4.1.2. Iakttagelser och inhämtade uppgifter

Vårdavdelningarna

Vårdavdelningarna på de inspekterade klinikerna skiljer sig åt vad gäller utformning, storlek och skick. På *Rågården*, i *Vadstena* och i *Trelleborg* upplevdes avdelningarna generellt sett som ljusa, öppna och mycket väl skötta och underhållna. De allmänna utrymmena är för det mesta trevligt inredda och det finns lämpliga ytor för både social samvaro och för att dra sig undan. På *Rågården* och i *Vadstena* finns det även rastgårdar för utevistelse i anslutning till avdelningarna, där känslan av inlåsning är begränsad. I *Trelleborg* har varje avdelning i stället tillgång till två uteplatser i form av atrier, som är omgivna av höga husväggar. Atrierna upplevdes som ljusa och det finns flera klättrväxter som växer fritt på spaljéer. Underhållet framstod dock som något eftersatt, främst på grund av att golven och de nedre delarna av väggarna är täckta av alger.

¹³ 5 kap. 2 § HSL.

¹⁴ CPT/Inf(98)12-part, p. 34–37.



Dagrum på en vårdavdelning i Trelleborg.

I *Säter* är lokalerna äldre och i sämre skick, och utformningen av avdelningarna framstod inte som ändamålsenlig. På en av de besökta avdelningarna är t.ex. dagrummet förhållandevis litet, samtidigt som det finns få andra utrymmen för patienterna att vistas på. Detta gör att det blir trångt i dagrummet när det är många patienter i rörelse. På den andra besökta avdelningen finns det ett par korridorer med endast ett fåtal fönster, vilket begränsar ljusinsläppet och ger en känsla av instängdhet. De allmänna utrymmena är generellt sett sparsamt dekorerade och upplevdes som kala. Det finns i princip inga tavlor och endast ett fåtal gardiner och andra färgskiftningar. Vidare noterades att miljön på båda avdelningarna i hög grad präglas av dålig luft. Det finns en stark lukt i lokalerna som orsakas av att cigarettök läcker in från avdelningarnas inglasade rökbalkonger. Det är tydligt att ventilationen inte är tillräcklig. I anslutning till avdelningarna finns rastgårdar för utevistelse. Utformningen och storleken på rastgårdarna varierar mellan avdelningarna.

Bostadsrummen på samtliga kliniker är byggda för att beläggas med en patient vardera. Vid inspektionerna användes rummen också i huvudsak som enkelrum. På *Rågården* finns det dock ett rum på varje avdelning som kan användas som dubbelrum. Ett samtalsrum på båda de besökta avdelningarna har också gjorts om till ett enkelrum (se nedan under rubriken *Beläggningssituationen*). Samtliga ordinarie bostadsrum på de besökta klinikerna är förhållandevis rymliga och kan låsas av patienterna själva. Rummen är också lämpligt utrustade med säng, plats för förvaring av kläder och nattduksbord. På en av de besökta avdelningarna i *Säter* saknar några av bostadsrummen egen toalett och dusch. Gemensamma faciliteter finns dock på

avdelningen. Majoriteten av patienterna på samtliga kliniker uppgav att de trivs med sina rum och känner sig trygga där.



Bostadsrum på Rågården.

Utrymmen för aktivitet och behandling

På samtliga kliniker finns en särskild byggnad eller avdelning för aktiviteter och arbetsterapi. *Rågården* har den största sådana anläggningen. Där finns lokaler för bl.a. gym, gruppträning, studier, simning, arbetsträning, hantverk, andlig reflektion och matlagning. I *Trelleborg* och *Vadstena* finns lokaler för ett liknande utbud av aktiviteter, men inte för simning, arbetsträning och andlig reflektion. I *Säter* finns särskilda lokaler för musik, måleri, träbearbetning och matlagning. Det finns också ett större rum som kan användas för diverse aktiviteter, t.ex. filmvisning. Lokalerna på samtliga kliniker framstod i sig som lämpligt utrustade för de avsedda aktiviteterna.

Utöver aktivitetsanläggningarna finns i *Trelleborg*, *Vadstena* och på *Rågården* stora utomhusytor med basketplaner, som kan används för promenader och motion. På *Rågården* finns också växthus och utegym på utomhusytan. På samtliga kliniker finns även pingisbord på avdelningarna. På en av avdelningarna i *Säter* har pingisbord och biljardbord dock placerats utanför avdelningens låsta dörrar.

Samtliga kliniker har även tillgång till lämpligt utformade samtalsrum där patienterna kan samtala ostört med t.ex. läkare, kontaktperson eller psykolog. Det finns också utrymmen för läkarundersökningar och enklare somatisk vård.

Beläggningssituationen

Trots att det vid besöken har varit fullbelagt på samtliga kliniker har den fysiska miljön på avdelningarna varit förhållandevis opåverkad av beläggningssituationen. Vissa anpassningar har dock gjorts med anledning av den höga beläggningen, bl.a. genom att patienter som har långa permissioner

och endast kommer in till kliniken någon enstaka dag planeras så att de inte är där samtidigt. Dessa patienterna kan då placeras i samma rum utan att det blir fråga om dubbelbeläggning. I *Vadstena* pågick vid tiden för inspektionen också en byggnation av en ny vårdavdelning och man har nyligen kunnat öppna rättspsykiatriska vårdplatser på Universitetssjukhuset i Linköping.

Den största påverkan på den fysiska miljön syns dock på *Rågården*. Som ovan nämnts har vissa enkelrum gjorts om till dubbelrum och vissa samtalsrum till enkelrum. Dubbelrummen har inrättats i större rum som ursprungligen är anpassade för patienter med funktionsnedsättning. Där har skrivbordet tagits bort och en extra säng och en rumsavdelare ställts in. Rumsavdelaren erbjuder viss avskildhet och gör att patienterna inte kan se varandra när de ligger i sina sängar. All klädförvaring och entrén till rummet finns dock på ena sidan av rumsavdelaren, medan toalett och dusch finns på andra sidan. Detta gör att patienterna återkommande måste gå över på varandras sidor av rummet. Rummets enda fönster finns också på ena sidan av rumsavdelaren, vilket kraftigt begränsar tillgången till dagsljus på den andra sidan.

Ledningen för *Rågården* beskrev att läkare och övrig personal försöker matcha patienter som placeras tillsammans så att de ska fungera bra ihop. Ledningen beskrev också att patienterna ska göras delaktiga inför ett beslut om dubbelbeläggning. I samtal med patienter och personal kom det dock fram att patienterna i praktiken inte tillfrågas om sin inställning till att dela rum. Patienterna blir i stället informerade om att dubbelbeläggning kommer att ske. Personalens bild är att dubbelbeläggning generellt sett fungerar bra för patienterna. Det har inte varit några våldsincidenter, men en i personalen beskrev att man på avdelningarna är orolig för att något ska hända. Patienterna beskrev att det kan vara påfrestande att dela rum med någon som har en annan dygnsrytm, men att det i huvudsak fungerar bra. En i personalen problematiserade situationen för patienterna och beskrev att de ofta kan ha svårt att berätta vad de har för behov, även om de upplever att något är jobbigt. Dennes bild var också att det fungerar bra med dubbelbeläggning eftersom patienterna många gånger är vana att leva i en ännu sämre miljö än den i delade rum.

De omgjorda samtalsrummen är numera utrustade som enkelrum med en säng, nattduksbord och en mindre förvaringsmöbel. Rummen saknar egen toalett och dusch, vilket gör att patienter som bor i rummen i stället får duscha och använda toaletten i ett närliggande avskiljningsrum, som inte går att låsa. Ledningen för *Rågården* informerade om att kliniken nyligen har fått finansiering för en ombyggnation som ska göra att rummen får tillgång till ett eget sanitetsutrymme. Ombyggnationen beräknas vara klar i slutet av 2025.

4.1.3. Konsekvenser och risker

En bra vårdmiljö förutsätter generellt att det finns ändamålsenliga lokaler som bl.a. är tillräckligt stora och har goda ljus- och luftförhållanden. Det säger sig självt att undermåliga fysiska förhållanden inte bidrar till ett förbättrat mående

hos patienterna. Vikten av goda fysiska förhållanden gör sig särskilt gällande inom den slutna rättspsykiatriska vården, eftersom patienterna befinner sig där på obestämmd och ofta under lång tid. Det är mot denna bakgrund mycket positivt att lokalerna i *Trelleborg*, på *Rågården* och i *Vadstena* är i gott skick och ger intryck av att ha utformats på ett sätt som ligger i linje med CPT:s rekommendationer. Det bör dock understrykas att alla utrymmen, inklusive utrymmen för utevistelse, måste bli föremål för löpande underhåll för att en god fysisk miljö ska kunna upprätthållas över tid. Det är inte acceptabelt att utrymmen som atrierna i *Trelleborg* täcks av alger som en följd av bristande underhåll.

Den fysiska miljön i *Säter* är, som beskrivits ovan, sämre än på övriga kliniker. I vissa delar är lokalerna bl.a. trånga, mörka och sparsamt inredda, vilket riskerar att skapa en alltför avskalad miljö som präglas av inlåsning och som inte bidrar till ett förbättrat mående hos patienterna. Även om dessa brister i vart fall delvis kan förklaras av att verksamheten bedrivs i äldre lokaler, måste den ansvariga myndigheten alltid se till att miljön för de frihetsberövade är godtagbar. Detta gäller särskilt i de fall där förbättrande åtgärder är förhållandevis enkla att vidta, t.ex. genom ommålning eller installation av fler ljuskällor eller gardiner. Det är vidare mycket problematiskt att cigarettrok läcker in från rökbalkongerna i *Säter* i en sådan omfattning att det orsakar dålig luft och lukt inne på avdelningarna. Rökluften på avdelningarna är inte bara otrevlig för de som vistas där utan kan också utlösa luftvägsbesvär.



Avdelningskorridor i Säter.

När det gäller beläggningssituationens påverkan på den fysiska miljön är det beklagligt att enkelrum som ursprungligen är anpassade för patienter med

funktionsnedsättning nu används för dubbelbeläggning på *Rågården*. Det finns därigenom en risk för att patienter som har behov av större utrymmen inte kan få sina behov tillgodosedda. Den omständigheten att ljusinflödet är mycket begränsat i delar av de dubbelbelagda rummen innebär också en risk för att patienterna inte får tillgång till ordentligt med dagsljus. Eftersom rummen inte heller är anpassade för dubbelbeläggning finns det vidare en risk för att patienterna som placerats där stör eller kommer i konflikt med varandra. En sådan situation skulle t.ex. kunna uppstå till följd av de återkommande tillfällen då patienterna, på grund av rummens konstruktion, behöver gå över på varandras sidor av rumsavdelaren. Även den omständigheten att patienterna inte verkar tillfrågas om sin inställning till dubbelbeläggning innebär en ökad risk för att konflikter och missnöje uppstår. Patientens delaktighet vid beslut om dubbelbeläggning framstår också som särskilt viktig inom rättspsykiatri, där patienterna ibland kan ha svårt att uttrycka sina behov.¹⁵

4.1.4. JO:s rekommendationer

Regionerna rekommenderas säkerställa

1. att alla utrymmen, inklusive utrymmen för utevistelse, som patienterna har tillgång till löpande repareras och underhålls,
2. att det vidtas de åtgärder som krävs för att undvika en alltför avskalad och inlåst miljö på avdelningarna och övriga kliniken,
3. att det, vid förekomst av rökbalkonger, finns tillräcklig ventilation och isolering på balkongerna för att förhindra att cigarettrok läcker in på avdelningarna,
4. att det vid dubbelbeläggning vidtas åtgärder för att minska eventuella konfliktytor och underlätta för patienternas vistelse tillsammans, och
5. att patienterna vid övervägande om dubbelbeläggning görs delaktiga i processen, bl.a. genom att de tillfrågas om sin inställning, innan en sådan placering aktualiseras.

¹⁵ JO har under 2024 undersökt dubbelbeläggnings konsekvenser för intagna i häkte och anstalt, där bl.a. liknande risker uppmärksammades. Rapporterna finns tillgängliga på JO:s webbplats, <https://www.jo.se/opcat/rapporter/>.

4.2. Innehållet i vården

4.2.1. Utgångspunkter

En grundläggande princip vid alla former av tvångsvård är att vården inte ska pågå under längre tid än vad som är nödvändigt. Vid rättspsykiatrisk vård ankommer det därför på ansvariga myndigheter att se till att patienterna så snart som möjligt får tillgång till de insatser som behövs för att målen med vården ska kunna uppnås.¹⁶ En naturlig del i det arbetet är att tidigt i vårdprocessen kartlägga patienternas behov och planera för den fortsatta vården.

CPT har i sin särskilda standard om psykiatrisk tvångsvård uttalat att det för varje patient ska upprättas en individuell vårdplan.¹⁷ I linje med CPT:s uttalanden finns i svensk rätt krav på att en vårdplan ska upprättas snarast efter det att patienten tagits in för rättspsykiatrisk vård.¹⁸ Vårdplanen ska först fokuseras på behandlingsåtgärder i det akuta skedet och därefter uppdateras så snart det finns ett underlag för den fortsatta vården.¹⁹ Vårdplanen ska sedan återkommande uppdateras och följas upp av en läkare med kompetens och erfarenhet för uppgiften.²⁰ I vårdplanen ska bl.a. anges de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås och för att resultaten av dessa insatser ska kunna bestå. Så långt det är möjligt ska planen upprättas i samråd med patienten och, om det inte är olämpligt, dennes närstående.²¹

När det gäller de konkreta vårdinsatser som patienterna bör erbjudas har CPT påtalat vikten av att patienterna faktiskt får tillgång till en allsidig psykiatrisk behandling, som utöver medicinering omfattar lämpliga psykoterapeutiska behandlingsinsatser.²² Behandlingsinsatserna ska enligt CPT vara individuellt utformade och bör innefatta bl.a. arbetsterapi, gruppterapi och individuell psykoterapi. Patienterna ska även få tillgång till en timmes utevistelse per dag och det är önskvärt om de erbjuds studier eller lämplig sysselsättning. Det bör därutöver finnas ett flertal aktiviteter såsom konst, drama, musik och idrott.²³ Varje patient bör, som ett absolut minimum, erbjudas och aktivt uppmuntras till att delta i en strukturerad aktivitet per dag.²⁴ Det är enligt CPT inte tillräckligt att patienterna får sysselsätta sig med att läsa, titta på TV eller spela brädspel.²⁵ Även Socialstyrelsen har pekat på vikten av att patienterna får tillgång till aktiviteter under vårdtiden. I en kartläggning av den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården har myndigheten bl.a. lyft fram att patienter med längre vårdtider behöver få tillgång till aktiviteter som

¹⁶ Se 6 § andra stycket LRV och 17 § andra stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT.

¹⁷ CPT/Inf(98)12-part, p. 37.

¹⁸ 6 § andra stycket LRV och 16 § LPT.

¹⁹ 4 kap. 7 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:62) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

²⁰ 4 kap. 10 § HSLF-FS 2022:62.

²¹ 6 § andra stycket LRV och 16 § LPT.

²² T.ex. CPT/Inf(2024)01 p. 148–151. Se även Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheternas (Europadomstolen) avgörande *Strazimiri mot Albanien*, nr 34602/16, den 21 januari 2020, p. 107–109.

²³ CPT/Inf(98)12-part, p. 37.

²⁴ CPT/Inf(2024)01, p. 156 och CPT/Inf(2024)17, p. 142.

²⁵ CPT/Inf(2016)16, p. 158–159.

innebär att de upprätthåller och utvecklar sin förmåga att hantera sin vardag efter utskrivning. Myndigheten har också angett att tillgången till psyko-
edukativa program²⁶ och vilka aktiviteter som erbjuds kan ha betydelse för
patienternas förutsättningar för återhämtning.²⁷

Tillgången till meningsfulla aktiviteter inom rättspsykiatri har bl.a. visat sig
vara viktig för patienternas psykiska hälsa. I en systematisk översikt av 21
kvalitativa studier, där man undersökte patienters upplevelser av återhämtning
inom rättspsykiatri, framkom att tillgången till fysisk aktivitet, fritids-
aktiviteter och arbete eller arbetsrelaterade aktiviteter hade en positiv
påverkan på patienternas upplevda livskvalitet under vårdtiden. Möjligheten
att hålla sig sysselsatt beskrivs som en viktig del i att upprätthålla den
psykiska hälsan och i förlängningen minska risken för aggressioner och våld.
Tillgången till aktiviteter som studier och arbetsträning sägs också bidra till
ett förbättrat självförtroende och en känsla hos patienterna av att lyckas och
vara mer förberedda för utskrivning.²⁸

4.2.2. Iakttagelser

Utformning och uppdatering av vårdplanen

På samtliga kliniker upprättas en individuell vårdplan för varje patient i
samband med att patienten kommer till kliniken. Hur klinikerna sedan
utformar vårdplanerna och huruvida vårdplanerna faktiskt används i den
löpande vården av patienterna skiljer sig dock åt.

På *Rågården* framstod arbetet med vårdplanerna som väl genomtänkt. Där
genomförs uppföljning var sjätte vecka i s.k. patientteam. Vid patientteamen
träffas patienten och dennes team, bestående av kontaktpersoner och patient-
ansvariga ur olika yrkeskategorier, och diskuterar vårdplanens innehåll. Ur
vårdplanernas innehåll kan särskilt noteras att det oftast finns konkret
formulerade mål med vården, med tydliga delmål och planerade åtgärder för
att uppnå målen. I flera fall finns också särskilt angivet vad varje yrkes-
kategori ska ansvara för. I en av de granskade vårdplanerna saknas dock
delmål och planerade åtgärder för några av de listade målen. I en annan har
några av delmålen inte uppdaterats trots att de avser aktiviteter under hösten
2024.

I *Trelleborg*, *Vadstena* och *Säter* uppdateras vårdplanerna mer sällan än på
Rågården. Oftast sker en uppföljning inför förvaltningsrättens prövning av
den fortsatta vården, som vanligen äger rum var sjätte månad. Vid
uppföljningarna deltar i regel patienten och dennes vårdlag, som består av
kontaktpersoner och patientansvariga ur olika yrkeskategorier. När det gäller
innehållet i vårdplanerna finns det i både *Trelleborg* och *Säter* oftast ett antal

²⁶ Med psykoedukativa program avses program som syftar till att öka patienters kunskaper om och förmåga
att hantera sina psykiatriska diagnoser.

²⁷ Socialstyrelsen (2023). Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård – Kartläggning och
utvecklingsförslag, s. 37–38.

²⁸ Senneseth, M. m.fl. (2022) Personal recovery and its challenges in forensic mental health: systematic
review and thematic synthesis of the qualitative literature, *BJPsych Open*, 8(1):e17, s. 9.
<https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1068>.

övergripande mål som följs av ett antal åtgärder för att uppnå de listade målen. Även om upplägget påminner om det på *Rågården*, framstår innehållet generellt sett som mer allmänt hållet. Åtgärderna i *Säter* delas oftast in i olika kategorier, såsom psykiatriska, sociala och livsstilsförändrande åtgärder, och är i vissa fall någorlunda konkreta. Majoriteten av de listade åtgärderna rör dock mer allmänna teman, som t.ex. att patienten ska stöttas av avdelningspersonal i olika avseenden, röra sig mer i vardagen eller delta i ospecifiserade gruppaktiviteter. Även i *Trelleborg* är åtgärderna ofta allmänt formulerade, såsom att patienten ska få olika former av stöttning vid behov, uppmuntras att delta i aktiviteter och få bättre struktur i vardagen.

När det sedan gäller vårdplanerna i *Vadstena*, noteras generellt en bristande individanpassning i mål- och åtgärdsformuleringarna. I flera av de granskade vårdplanerna finns i princip likalydande, mycket allmänt hållna, övergripande mål för vården: att patienten ska få ett gott fysiskt och psykiskt mående. I några fall finns mer individualiserade mål, medan det i något fall helt saknas övergripande målbeskrivningar. Även vad gäller planerade åtgärder återkommer allmänt hållna formuleringar, t.ex. att patienterna ska ha kontinuerliga kontaktmannasamtal, i flera vårdplaner. I ett antal vårdplaner finns dock konkret formulerade åtgärder som framstår som mer individanpassade och välplanerade.

Det övergripande intrycket av de granskade vårdplanerna var att de på *Rågården* har som primärt syfte att fungera som ett verktyg i den löpande vården av patienterna, medan de i *Trelleborg*, *Vadstena* och *Säter* snarare tycks utgöra ett underlag inför förvaltningsrättens prövning av den fortsatta vården. I *Trelleborg*, *Vadstena* och *Säter* sker vanligtvis ingen revidering under de sex månader som löper mellan varje uppföljning och det framstår inte som att vårdplanerna fungerar som underlag i den dagliga vården. Den löpande uppföljningen tycks i stället ske genom ronder med vårdlaget, där patienterna inte deltar.

Tillgången till vissa behandlande insatser²⁹

På samtliga kliniker är läkemedelsbehandling en grundsten i patienternas vård. I princip alla patienter som JO:s medarbetare samtalat med får någon form av medicinering för sin psykiatriska diagnos. Därutöver finns ett antal olika behandlingsinslag i den dagliga vården.

I ett styrande dokument om vårdprocessen i *Trelleborg* anges att det finns ett förhållandevis omfattande utbud av behandlingsinsatser. Där anges att kliniken ska erbjuda psykoterapeutisk behandling såsom kognitiv beteendeterapi (KBT), återfallsprevention (ÅP), motiverande samtal (MI), integrerad psykologisk terapi (IPT-k), illness management and recovery (IMR), ett självständigt liv (ESL) och veckosamtal med omvårdnadspersonal. I samtal med flera i personalen kom det dock fram att det för närvarande råder

²⁹ Med vissa behandlande insatser avses i detta avsnitt tillgången till medicinska och psykoterapeutiska insatser samt stöd från omvårdnadspersonal som syftar till att förbättra patientens mående.

personalbrist bland psykologerna, vilket gör att de inte kan utföra några behandlande insatser. Det fanns vidare en viss osäkerhet kring om IPT-k, IMR och ESL överhuvudtaget använts i närtid i verksamheten. Den enda gruppbehandling som pågick vid tiden för besöket var ÅP, där fem patienter kan delta åt gången. Utöver det finns omvårdnadspersonal som är utbildad i MI, men det var oklart huruvida sådana samtal kvalitetssäkras och följer god MI-praktik.

På *Rågården*, i *Vadstena* och i *Säter* tog JO:s medarbetare inte del av något motsvarande dokument om vårdprocessen som det i *Trelleborg*. På *Rågården* framkom dock i samtal med personal att kliniken främst erbjuder ÅP, MI-samtal med kontaktperson och en behandling i grupp som är inspirerad av dialektisk beteendeterapi (DBT). Den DBT-inspirerade behandlingen genomförs av arbetsterapeuter och behandlingsassistenter, och består av mindfulness, känslaskola och färdighetsträning. Därutöver genomförs kartläggningar av missbruk och beroende, och i enstaka fall genomförs individuella KBT- och DBT-behandlingar och IPT-k. Ledningen tillade att det tidigare funnits ESL, och att man fortfarande arbetar med delar av det på avdelningarna. Ledningen uppgav också att ett fåtal patienter för närvarande får Narrative Enhancement and Cognitive Therapy (NECT). Även på *Rågården* var det oklart huruvida MI-samtalen kvalitetssäkras och följer god MI-praktik.

Både i *Vadstena* och *Säter* beskrevs utbudet av behandlingsinsatser som mer begränsat än på övriga kliniker. I *Vadstena* uppgav ledningen att patienterna kan få tillgång till psykoterapeutisk behandling, ÅP, stödsamtal och psykoedukation, allt utifrån patienternas förmåga att ta emot sådana insatser. Framöver ska patienterna också kunna erbjudas MI-samtal. I *Säter* finns det för närvarande endast en psykolog som arbetar kliniskt fullt ut, vilket begränsar möjligheterna att genomföra psykoterapeutiska behandlingar. För närvarande finns det en grupp med tre patienter som genomför en variant av IMR som är anpassad till rättspsykiatriska patienter. Gruppen leds av bl.a. skötare under handledning av psykolog. Därutöver finns ÅP och det genomförs kartläggningar av missbruk och beroende. På avdelningarna hålls också veckosamtal med omvårdnadspersonal.

Som en del i granskningen av patienternas tillgång till behandling genomfördes under besöken kartläggande samtal med patienterna om deras senaste dygn. Av resultatet från kartläggningen framgår att det genomgående på klinikerna läggs förhållandevis lite tid på behandlingsinsatser. I *Vadstena* och *Säter* hade endast någon enstaka av de intervjuade patienterna deltagit i en behandlande insats under det senaste dygnet. På *Rågården* och i *Trelleborg* hade ungefär hälften av patienterna fått tillgång till någon form av behandling. Tiden för behandling uppgick i ett fall till tre och en halv timmar. I övriga fall uppgick tiden som mest till en och en halv timme per patient.

Tillgången till aktiviteter och arbetsterapi

Majoriteten av de aktiviteter som patienterna kan få tillgång till arrangeras på klinikernas aktivitetsanläggningar. Utbudet av aktiviteter på anläggningarna varierar dock kraftigt. Vid besöken var det tydligt att skillnaderna i aktivitetsutbud till stor del beror på att personalstyrkan som bemannar respektive aktivitetsanläggning varierar i storlek.

På *Rågården* bemannas aktivitetsanläggningen av fyra arbetsterapeuter, två fysioterapeuter, två hälsopedagoger och ett antal aktiveringspedagoger. Aktivitetsanläggningen är öppen för samtliga patienter på alla vardagar. Detsamma gäller i *Trelleborg*, där anläggningen bemannas av ett antal aktivitetsinstruktörer. Där finns också tillgång till en lärare och tre arbetsterapeuter. I *Vadstena* finns en anläggning för fysisk aktivitet och en för övriga aktiviteter. Anläggningarna bemannas av ett antal aktivitets-, friskvårds- och hantverksinstruktörer. Därutöver finns tillgång till en arbetsterapeut och en lärare. Aktivitetsanläggningarna har aktiviteter på vardagar, men är endast öppna för en säkerhetsnivå av patienter i taget. Avdelningar i olika säkerhetsnivåer har därför tillgång till anläggningarna på olika dagar. Till skillnad från övriga kliniker finns i *Säter* inga öppettider på aktivitetsanläggningen. Patienterna får i stället gå dit när de har en schemalagd aktivitet. I *Säter* finns det endast två rehabiliteringsassistenter som håller i samtliga aktiviteter på aktivitetsanläggningen.



Aktivitetsanläggningen på Rågården.

När det sedan gäller själva aktivitetsutbudet, finns på *Rågården* en rad aktiviteter som t.ex. måleri, hantverk, bollsporter, yoga och gym. Därutöver finns tillgång till ett par utomhusaktiviteter, som t.ex. trädgårdsarbete, och ett antal mer färdighetsinriktade insatser som kognitiv träning (Cogmed), studiecirkel i levnadsvanor, träningskök, hundpromenader och arbetsträning i café. Det finns också möjlighet att få hjälp med studier av olika slag, och vissa

patienter får möjlighet att ha praktik eller delta i andra aktiviteter utanför kliniken. På *Rågården* schemaläggs patienterna i regel på specifika aktiviteter i aktivitetsanläggningen. Patienterna vet alltså på förhand vad de ska göra när de kommer dit. I samtal beskrev personal att alla patienters aktiviteter utgör en form av behandling som regelbundet följs upp och som utvärderas var tredje månad.

Även i *Trelleborg* och *Vadstena* erbjuds patienterna ett flertal aktiviteter. Där finns bl.a. måleri, musik, träbearbetning, gym och bollsport. Mer färdighetsinriktade insatser finns bl.a. i form av träningskök och visst individuellt stöd från arbetsterapeut på båda klinikerna. Därutöver finns i *Trelleborg* en VR-behandling, där patienten får miljöombyte med hjälp av VR-glasögon. Patienterna kan vidare gå i skola på klinikerna och det finns möjlighet att ha aktiviteter eller praktik någon annanstans. Till skillnad från vad som är fallet på *Rågården* schemaläggs patienterna i *Trelleborg* och *Vadstena* inte nödvändigtvis på några särskilda aktiviteter på aktivitetsanläggningarna. Patienterna får i stället tillgång till aktivitetsanläggningen under t.ex. en förmiddag, utan att det är bestämt vad de ska göra där. Vissa aktiviteter, som t.ex. snickeri och viss fysisk aktivitet, kan dock vara schemalagda. Enligt personalen följs patienternas deltagande i aktiviteter upp på ronder och, i *Trelleborg*, genom tjänsteanteckningar som förs veckovis.



Idrottshall i Vadstena.

I *Säter* är aktivitetsutbudet mer begränsat än på övriga kliniker. Där finns aktiviteter i form av måleri, fotboll och promenader med gångstavar. Därutöver finns mer färdighetsinriktade aktiviteter i form av matlagning och hundpromenader. Matlagning, måleri och hundpromenader hålls i grupper om två till sex patienter, en gång per vecka. Aktiviteterna erbjuds avdelningsvis

på ett rullande schema, vilket innebär att varje avdelning får tillgång till varje aktivitet med ett par veckors mellanrum. Fotbollen hålls varje vecka i en närliggande sporthall. Patienterna på en av de besökta avdelningarna får dock inte delta i fotbollen, eftersom intresset där anses vara för lågt.

Utöver aktivitetsanläggningarnas aktiviteter arrangeras vissa aktiviteter också av avdelningarna. På *Rågården* och på en av de besökta avdelningarna i *Säter* finns möjlighet för patienterna att delta i promenader på eller utanför sjukhusområdet. I *Säter* kom det dock fram att promenaderna ibland måste ställas in på grund av personalbrist. I *Säter* ligger också ansvaret för patienternas tillgång till klinikens gym på avdelningarna. Tiderna i gymmet schemaläggs dock inte och det framstod inte som att patienterna använder gymmet regelbundet. I *Vadstena* och *Säter* genomför avdelningarna inhandlingsturer till en närliggande butik och i *Trelleborg* anordnar avdelningarna aktiviteten ”Tid tillsammans”. Vid ”Tid tillsammans” ska samtliga personer i personalen genomföra en aktivitet tillsammans med patienterna. Både patienter och personal beskrev dock att deltagandet i aktiviteten från patienternas sida är förhållandevis lågt.

I samtal om den egna aktivitetsnivån uppgav en majoritet av patienterna i *Säter* att de har för lite att göra på dagarna. På *Rågården*, i *Trelleborg* och i *Vadstena* beskrev ett flertal patienter däremot att de anser att de har tillräckligt mycket att göra. Några uppgav dock att de skulle vilja göra mer och ett par beskrev att det är särskilt tråkigt på helgerna. På samtliga kliniker är aktivitetsanläggningarnas verksamhet enbart förlagd till vardagarna, vilket innebär att aktivitetsutbudet på helgerna i regel är kraftigt begränsat. På någon klinik är det dock möjligt för patienterna att på eget initiativ besöka aktivitetsanläggningen även när den är stängd. Det var dock oklart om sådana initiativ faktiskt tas i någon större utsträckning.

Trots att ett flertal patienter alltså uppgav sig vara nöjda med sin aktivitetsnivå på i vart fall vardagarna, visar den kartläggning av patienternas senaste dygn som genomfördes vid besöken att patienterna generellt sett har en förhållandevis låg aktivitetsnivå. På samtliga kliniker ägnas majoriteten av patienternas vakna tid åt ostrukturerade aktiviteter som t.ex. att titta på TV, umgås på avdelningen, gå i korridorerna eller vara på rummet. I *Säter* hade knappt hälften av patienterna deltagit i någon form av strukturerad aktivitet, som t.ex. promenad eller aktivitet i aktivitetsanläggningen, under det senaste dygnet. Den nedlagda tiden på sådana aktiviteter uppgick som mest till en timme och femton minuter per patient. I *Trelleborg* och *Vadstena* var aktivitetsnivån något högre. Där hade hälften av patienterna deltagit i strukturerade aktiviteter under det senaste dygnet. Den nedlagda tiden på strukturerade aktiviteter uppgick i dessa fall som mest till två timmar och 45 minuter per patient. På *Rågården* hade samtliga patienter deltagit i en strukturerad aktivitet i form av kiosk, där patienterna besökt aktivitetsanläggningens café och gjort inköp. Knappt hälften av patienterna hade därutöver deltagit i en eller flera andra strukturerade aktiviteter. Den

nedlagda tiden på de övriga strukturerade aktiviteterna uppgick i ett fall till tre timmar och 45 minuter. I övriga fall uppgick tiden som mest till två och en halv timmar per patient.

Den sammantagna bilden vid samtliga besök har varit att klinikerna i enstaka fall har lyckats få till en hög aktivitetsnivå hos några patienter, men inte bland patienterna i stort. På flera kliniker finns ett antal patienter med enstaka eller inga aktiviteter alls, trots att det finns tillgång till välfungerande aktivitetsanläggningar. Vid samtal med personal på *Rågården* om hur de arbetar med att motivera patienterna till aktivitet, beskrevs att det främst är avdelningspersonalen och ibland personalen på aktivitetsanläggningen som arbetar med detta. Intrycket var att arbetet med att motivera patienterna sker spontant när behov uppstår. Några i personalen beskrev att det varierar från person till person när det gäller hur aktivt man arbetar med att motivera patienten. Vid tiden för besöket på *Rågården* hade patienterna nyligen fått tillgång till varsin surfplatta. Några i personalen reflekterade över att det hade påverkat patienternas motivation till andra aktiviteter negativt. I *Vadstena* beskrevs, i likhet med *Rågården*, att det mesta av arbetet med att motivera patienterna sker på avdelningen. I vissa fall kan kontaktpersonen följa med på aktiviteter, eller instruktörerna hämta patienten på avdelningen, för att öka patientens motivation. Även här var intrycket att arbetet med att motivera patienterna i huvudsak sker spontant. En liknande bild kom även fram i samtalen i *Säter*. I både *Säter* och *Vadstena* förekommer vidare att patienter som inte är med på morgonmöten kan förlora sin tillgång till vissa aktiviteter under den kommande dagen. Denna regel tillämpas för att motivera patienterna att komma upp på morgnarna.

På *Rågården*, i *Trelleborg* och på en av de besökta avdelningarna i *Vadstena* upprättas veckoscheman för patienterna. Där framgår bl.a. vilka tider som patienterna är inplanerade på olika aktiviteter. Det generella intrycket var dock att endast ett fåtal patienter faktiskt får tillgång till en utskrivna version av sitt eget schema.

Beläggningssituationen

När det gäller innehållet i vården har det inte framkommit att beläggningssituationen i sig orsakar några särskilda problem som inte hade funnits vid en lägre beläggningsgrad. I *Säter*, *Vadstena* och *Trelleborg* är det dock tydligt att beläggningssituationen förstärker de problem som orsakas av att det saknas personal inom vissa yrkeskategorier. I *Vadstena* arbetar endast tre läkare vilket gör att varje läkare nu har ansvar för ca 30 slutenvårdspatienter var. Som en följd av detta hålls stora ronder numera endast varannan vecka i stället för varje. På motsvarande sätt syns i *Säter* och *Trelleborg* att bristen på psykologer blir särskilt svår att hantera när patientantalet ökar. Bristen på personal som arbetar med aktiviteter i *Säter* medför också att patienternas tillgång till strukturerade aktiviteter minskar.

4.2.3. Konsekvenser och risker

Utformning och uppdatering av vårdplanen

En vårdplan ska möjliggöra att tvångsvården kan styras och säkras mot de mål och delmål som anges för vården av en patient.³⁰ Den ska alltså fungera som ett hjälpmedel på vägen mot utskrivning från den rättspsykiatriska vården.

För att vårdplanen ska kunna fungera som ett hjälpmedel i vården krävs att de mål, delmål och planerade åtgärder som listas i vårdplanen är konkreta och individuellt utformade. Det är därför problematiskt att vårdplanerna i särskilt *Vadstena*, men även till viss del i *Trelleborg* och *Säter* och i något fall på *Rågård*, innehåller allmänt formulerade mål och åtgärder som inte tycks vara anpassade till den enskilda patientens förutsättningar. Alltför allmänt formulerade mål riskerar att bli svåra för patienten att både förstå och försöka uppnå. Det finns också en risk för att allmänt formulerade åtgärder inte blir av eller utförs i mindre utsträckning än vad som är tänkt, särskilt om det inte finns någon utpekad i personalen som är ansvarig för varje åtgärd.

Det är endast på *Rågård* som det sker kontinuerliga uppföljningar av vårdplanen under den sexmånadersperiod som vanligen löper mellan förvaltningsrättens prövningar av vården. Avsaknaden av sådana uppföljningar på övriga kliniker är oroväckande, bl.a. eftersom patientens delaktighet i vården kraftigt begränsas. I praktiken är det endast vid dessa uppföljningar som patienten får möjlighet att sitta ned med hela vårdlaget och diskutera hur vården fungerar. När uppföljningarna endast sker var sjätte månad riskerar därför målen med vården att bli alltför avlägsna för patienten. Patientens möjlighet att påverka olika beslut som rör vården riskerar också att försämrats, eftersom patienten inte har någon egentlig möjlighet att delta i löpande diskussioner om dessa frågor med vårdlaget.

När det inte sker några löpande uppföljningar av vårdplanen riskerar dess innehåll också att bli inaktuellt redan lång tid innan nästa uppföljning, vilket gör att vårdplanen under stora delar av vårdtiden inte kan användas som det hjälpmedel den är avsedd att vara. Det finns också en risk för att nödvändiga insatser försenas i väntan på en kommande uppföljning, vilket kan påverka innehållet i vården negativt och leda till längre vårdtider.

En förutsättning för att klinikerna ska kunna bedriva ett mer kontinuerligt och individualiserat arbete med vårdplanerna är att det finns tillräckliga personalresurser för detta. Det är tydligt att det i både *Vadstena* och *Säter* råder brist på t.ex. läkare och psykologer och att belastningen på dessa personalkategorier kan påverka arbetet med vårdplanerna. Den ansvariga myndigheten har dock ett ansvar att se till att det finns tillräckligt med personal för att arbetet med vårdplanerna ska kunna prioriteras och utvecklas, inte minst för att patienterna ska få tillgång till en bra och effektiv vård som sker i samråd med dem.

³⁰ Prop. 1999/00:44 s. 78.

Tillgången till vissa behandlande insatser

Iakttagelserna under inspektionsserien visar att patienternas faktiska tillgång till behandling i form av psykoterapeutiska insatser och behandlande samtal med omvårdnadspersonal är begränsad. Detta är fallet trots att klinikledningarna ofta beskrivit ett förhållandevis omfattande utbud av behandlande insatser på klinikerna. I ett par fall kom det t.ex. fram att endast ett fåtal patienter på hela kliniken får tillgång till pågående gruppbehandlingar, samtidigt som tillgången till individuella behandlingsinsatser är begränsad. Det var också oklart huruvida MI-samtal överhuvudtaget förekommer som en del av en strukturerad och behandlande samtalsmetod på de kliniker där MI beskrevs användas.

Den omständigheten att tillgången till behandlande insatser är begränsad innebär i sig en risk för att ett flertal patienter inte får tillgång till den vård som de behöver. Det är även oroväckande att det finns skillnader mellan det beskrivna utbudet av behandlande insatser och det som faktiskt erbjuds till patienterna, eftersom det kan innebära att patienterna inte får tillgång till alla de behandlande insatser som klinikledningarna och delar av personalen uppfattar att de får. I ett sådant fall finns det uppenbara risker för att patienternas behov av ytterligare eller alternativa behandlingsinsatser inte uppmärksammas och att nödvändiga insatser uteblir.

På flera av de besökta klinikerna har det också kommit fram att patienterna erbjuds avskalade eller anpassade versioner av olika behandlingsmetoder. På *Rågården* finns det t.ex. en DBT-inspirerad behandling och i *Vadstena* kan bl.a. ÅP erbjudas i en avskalad version till patienterna. Den omständigheten att klinikerna arbetar med avskalade eller anpassade behandlingsmetoder innebär inte nödvändigtvis att patienterna får tillgång till sämre vård än vad de hade fått om de erbjudits fullständiga versioner av behandlingsmetoderna. Om patienterna erbjuds avskalade eller anpassade behandlingsmetoder måste klinikerna dock vara tydliga gentemot både patienter och personal att det är just sådana avskalade eller anpassade versioner som erbjuds. Annars kan det uppstå oklarheter kring vilka insatser som patienterna faktiskt har fått tillgång till, vilket återigen kan leda till att patienternas behov av eventuella ytterligare insatser inte uppmärksammas.

Tillgången till aktiviteter och arbetsterapi

Det som har kommit fram om utbudet av strukturerade aktiviteter på aktivitetsanläggningarna på *Rågården*, i *Trelleborg* och i *Vadstena* visar att det finns goda förutsättningar på dessa kliniker att erbjuda patienterna ett antal, varierande aktiviteter varje vecka. Detta är positivt eftersom tillgången till meningsfulla aktiviteter och arbetsterapi, enligt vad som beskrivits ovan, kan ha en positiv påverkan på patienternas psykiska hälsa. Det får därutöver anses ostridigt att fysisk aktivitet kan påverka både den fysiska och psykiska hälsan positivt.

Ingen av de nämnda klinikerna kan dock erbjuda patienterna något större utbud av strukturerade aktiviteter när aktivitetsanläggningarna är stängda.

Bristen på strukturerade aktiviteter utanför anläggningarnas öppettider är självklart problematisk, eftersom kvällar, helger och, för *Vadstenas* del vissa vardagar, i huvudsak ägnas åt ostrukturerade aktiviteter. Detsamma gäller för en stor del av tiden i *Säter*, där patienterna endast erbjuds enstaka strukturerade aktiviteter på aktivitetsanläggningen med ett par veckors mellanrum. Det begränsade utbudet av strukturerade aktiviteter i *Säter* är anmärkningsvärt, eftersom det inte kan anses tillräckligt för att patienterna ska få tillgång till en god vårdmiljö. Inhämtade uppgifter indikerar att patienterna upplever tristess i sin vardag och det är mycket beklagligt att dagliga avdelningsaktiviteter, som promenad och biljard, ibland måste ställas in. Det är tydligt att avsaknaden av strukturerade aktiviteter inte bidrar till ett förbättrat mående hos patienterna.

På de kliniker där det finns välfungerande aktivitetsanläggningar tyder de inhämtade uppgifterna i stället på att det finns svårigheter med att förmå patienterna att faktiskt delta i erbjudna aktiviteter. Det framstår dock som positivt för deltagandet att patienterna på framför allt *Rågården* schemaläggs på specifika aktiviteter på aktivitetsanläggningen, i stället för att de får tillgång till aktivitetsanläggningen utan att det på förhand är bestämt vad de ska göra där. Med en specifik, planerad uppgift blir det tydligt för patienterna vad som förväntas av dem. Om patienterna i stället förutsätts ta vissa egna initiativ på plats finns det en risk att de endast deltar i mer ostrukturerade aktiviteter, som t.ex. kortspel, eller att de inte gör någonting alls. Det är vidare olyckligt att klinikerna inte tycks se till att patienterna får tillgång till veckoscheman över sina planerade aktiviteter. Sådana scheman kan både fungera som påminnelser och underlätta förberedelsen inför en viss aktivitet, vilket bör uppmuntras.

Under inspektionsserien har det vidare kommit fram att det finns tydliga brister i klinikernas arbete med att motivera patienterna till aktiviteter. Inte på någon av klinikerna kom det fram att det sker något strukturerat arbete för att förbättra enskilda patients motivation till aktivitet, trots att det är välkänt att patienter med vissa psykiatriska diagnoser kan ha s.k. negativa symtom i form av bl.a. minskad motivation till just aktivitet. På både *Rågården* och i *Vadstena* sker det motiverande arbetet i stället främst spontant när behov uppstår, vilket riskerar att bli alltför beroende av att tillgänglig personal tar ansvar för att motivera patienten i det enskilda fallet. Om det inte finns ett fungerande arbete med att motivera patienterna kan konsekvensen bli att svårmotiverade patienter inte får tillgång till några strukturerade aktiviteter alls under lång tid. Detta kan leda till att patienterna inte får tillgång till de insatser som behövs för att de på sikt ska kunna skrivas ut från den rättspsykiatriska vården, trots att sådana insatser finns tillgängliga på kliniken. I sådana fall kan det ifrågasättas om patienterna överhuvudtaget får tillgång till en god vårdmiljö.

4.2.4. JO:s rekommendationer

Såvitt gäller *utformning och uppdatering av vårdplanen* rekommenderas regionerna säkerställa

1. att vårdplanens mål och planerade åtgärder formuleras på ett så konkret sätt att både patienten och ansvarig personal vet vad som förväntas av dem,
2. att det sker återkommande och kontinuerliga uppföljningar av vårdplanen, även under den period som löper mellan förvaltningsrättens prövningar av vården, och
3. att det finns tillräckliga personalresurser för att arbetet med vårdplanerna ska kunna prioriteras och utvecklas.

Såvitt gäller *tillgången till vissa behandlingsinsatser, aktiviteter och arbetsterapi* rekommenderas regionerna säkerställa

1. att det finns tillräckliga personalresurser för att kunna erbjuda patienterna nödvändig, multidisciplinär vård och behandling,
2. att personal och ledning kan hålla sig uppdaterade om vilka behandlingsinsatser som i realiteten finns tillgängliga på klinikerna,
3. i de fall då behandlingsmetoder erbjuds i avskalad eller anpassad form, att patienter och personal på ett tydligt sätt informeras om att det är just sådana avskalade eller anpassade versioner som patienterna får tillgång till,
4. att patienterna erbjuds och uppmuntras att delta i minst en strukturerad aktivitet per dag, inklusive helgdagar,
5. att det finns tillräckliga personalresurser för att erbjuda patienterna minst en strukturerad aktivitet per dag, inklusive helgdagar,
6. att patienterna i så stor utsträckning som möjligt schemaläggs på specifika aktiviteter på aktivitetsanläggningarna,
7. att patienterna får tillgång till ett individuellt veckoschema med planerade aktiviteter, och
8. att det bedrivs ett kontinuerligt och strukturerat arbete med att motivera patienterna till deltagande i aktiviteter.

JO:s slutsatser

En central del i arbetet med att förebygga förekomsten av omänsklig eller förnedrande behandling inom rättspsykiatri är att säkerställa att patienterna får tillgång till en bra daglig vårdmiljö. Den genomförda inspektionsserien visar att flera av de besökta klinikerna kan erbjuda patienterna en bra vårdmiljö i vissa avseenden. Samtidigt är det tydligt det finns flera områden där förhållandena för patienterna är bristfälliga.

Det finns en märkbar skillnad i den fysiska miljön mellan de mer nybyggda klinikerna och kliniken i *Säter*, som öppnade 1989. I *Säter* finns flera brister som sammantaget har en stor påverkan på vårdmiljön och som inte bidrar till ett förbättrat mående hos patienterna.

Det finns därutöver flera brister hos samtliga kliniker när det gäller innehållet i vården. Patienternas delaktighet i frågor som rör den löpande vården är vanligen begränsad och vårdplanerna innehåller sällan konkret formulerade och individuellt anpassade mål och åtgärder. Därutöver är patienternas faktiska tillgång till behandlande insatser begränsad och det tycks finnas en bristande kännedom hos klinikledning och viss personal kring vilka behandlande insatser som patienterna faktiskt får tillgång till. Sammantaget innebär dessa brister en risk för att patienterna inte får tillgång till den vård som de behöver, vilket inte bara riskerar att leda till längre vårdtider utan också en tydligt försämrad vårdmiljö.

När det gäller tillgången till aktiviteter visar inhämtade uppgifter att mycket av patienternas tid generellt sett läggs på ostrukturerade aktiviteter på avdelningen, som t.ex. att titta på TV eller vara på rummet. I vissa fall är tillgången till mer strukturerade aktiviteter så låg att det kan ifrågasättas om patienterna överhuvudtaget får tillgång till en bra vårdmiljö. Det finns också tydliga brister i klinikernas arbete med att motivera patienterna till aktivitet, vilket bl.a. kan leda till att svårmotiverade patienter inte får tillgång till några strukturerade aktiviteter alls under lång tid. Detta är mycket problematiskt.

När det till sist gäller den ansträngda beläggningssituationen inom rättspsykiatri kan det konstateras att den inte märks av på klinikerna i så stor utsträckning som förväntat. Det har dock framkommit oroväckande uppgifter om långa köer in till rättspsykiatri och det är tydligt att regionerna har ett omfattande arbete med att försöka lösa platssituationen framför sig.

Sammantaget visar inspektionsserien att regionerna behöver vidta flera åtgärder för att säkerställa att samtliga patienter får tillgång till en bra daglig vårdmiljö. Jag förutsätter att regionerna snarast påbörjar arbetet med att undanröja de identifierade riskerna.

Rapporten har beslutats av chefsJO Erik Nymansson. Dokumentet har fastställts digitalt och har ingen underskrift.