

# Regeringens proposition

## 1999/2000:44

Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Prop.  
1999/2000:44

---

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 20 januari 2000

*Göran Persson*

*Lars Engqvist*  
(Socialdepartementet)

### Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen lämnas förslag på förändringar av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT), lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) samt lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar. Fler-talet av förslagen syftar till att stärka rättssäkerheten, främst för patienterna men även för vårdpersonalen.

Förslagen innebär att ett tillstånd till vistelse utanför sjukvårdsinrättningen (permission) alltid skall tidsbestämmas. Permission skall kunna ges för visst tillfälle, vissa återkommande tillfällen, eller när särskilda skäl föreligger, för en längre period. För att permission skall kunna medges ställs krav på att det står i överensstämmelse med vårdplanen. Den tidigare möjligheten att ge permission till vårdtidens slut avskaffas.

Vidare lämnas, beträffande övergång från frivillig vård till tvångsvård (konvertering), förslag om tvåläkarprövning samt skärpt domstolsprövning. Detta innebär att samtliga beslut om konvertering skall prövas i sak av allmän förvaltningsdomstol.

De tvångsåtgärder innan beslut om intagning som i dag vidtas med stöd av allmänna regler om ansvarsfrihet i 24 kapitlet brottsbalken föreslås regleras genom nya bestämmelser i LPT respektive LRV.

När det gäller förutsättningarna för att besluta om tvångsvård med stöd av LPT föreslås mindre förändringar avseende frågan om samtycke till vård samt vissa språkliga justeringar. Några förändringar i sak förslås dock inte.

Det lämnas vidare förslag om att sakkunnig skall förordnas i förvaltningsdomstol vid muntlig förhandling om det inte är uppenbart obehövligt. Slutligen lämnas förslag för att öka förekomsten av stödpersoner,

samt för att ett sådant förordnande skall kunna kvarstå fyra veckor efter Prop. 1999/2000:44  
det att tvångsvården har upphört.

1	Förslag till riksdagsbeslut.....	5
2	Lagtext .....	6
2.1	Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård .....	6
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.....	18
2.3	Förslag till lag om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar.....	29
3	Ärendet och dess beredning .....	31
4	Nuvarande rättslig reglering .....	32
4.1	Nationella regler.....	32
4.1.1	Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.....	32
4.1.2	Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård .....	34
4.1.3	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) .....	36
4.1.4	Socialtjänstlagen (1980:620) .....	36
4.2	Internationella förhållanden .....	36
4.2.1	Nordiska länder .....	36
4.2.2	Vissa andra europeiska länder .....	38
4.2.3	Konventioner och rekommendationer .....	39
4.2.4	Etiska riktlinjer .....	41
5	Allmänna utgångspunkter .....	42
5.1	Utvecklingen av tvångsvården .....	42
5.2	Synpunkter på nuvarande lagstiftning .....	44
5.2.1	Patienterna .....	44
5.2.2	Anhöriga.....	45
5.2.3	Polismyndigheterna .....	46
5.2.4	Länsrätterna .....	46
6	Allmänna överväganden.....	48
6.1	Patientens rättssäkerhet .....	48
6.2	Psykiatrireformen .....	49
6.3	Samhällsskyddet i LRV .....	51
6.4	Stärkt patientinflytande .....	52
6.5	Nationell översyn .....	53
6.6	Barnpsykiatrikommittén .....	55
7	Intagningsförfarandet .....	57
7.1	Tvångsåtgärder före intagningsbeslut.....	57
8	Förutsättningar för tvångsvård .....	60
8.1	Allvarlig psykisk störning .....	60
8.2	Heldygnsvård på sjukvårdsinrättning .....	63
8.3	Samtycke till vård.....	64
9	Övergång från frivillig vård till tvångsvård (konvertering) .....	67
9.1	Bakgrund och allmänna överväganden .....	67
9.2	Tvåläkarprövning och skärpt domstolsprövning .....	69

10	Stödpersoner .....	72	Prop. 1999/2000:44
11	Behandling under tvångsvård.....	76	
	11.1 Behandlingsplanering (vårdplan).....	77	
	11.2 Riktlinjer för tvångsbehandling och andra tvångs- och kontrollåtgärder.....	80	
12	Permission.....	86	
	12.1 Intagna i kriminalvårdsanstalt eller särskilt ungdomshem .....	98	
	12.2 Häktade.....	99	
13	Riskbedömning vid upphörande av LRV-vård .....	101	
	13.1 Verkställighet av beslut om utvisning, avvisning eller utlämning .....	102	
14	Processuella frågor .....	104	
	14.1 Sakkunnigmedverkan.....	105	
	14.2 Partsställning för chefsöverläkare.....	106	
	14.3 Åttadagarsregeln.....	108	
15	Vårdavgifter vid rättspsykiatrisk vård .....	109	
16	Kostnadsansvar för rättspsykiatrisk vård av vissa utlänningar .....	111	
17	Ekonomiska konsekvenser.....	113	
18	Författningskommentar.....	114	
	18.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.....	114	
	18.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård .....	122	
	18.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar .....	128	
Bilaga 1	Kommitténs sammanfattning av delbetänkandet Vårdavgifter vid rättspsykiatrisk vård, m.m. (SOU 1996:141) .....	129	
Bilaga 2	Kommitténs sammanfattning av slutbetänkandet Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård (SOU 1998:32).....	133	
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanser .....	145	
Bilaga 4	Lagrådsremissens lagförslag.....	147	
Bilaga 5	Lagrådets yttrande.....	170	
	Utdrag ur protokoll vid regeringsammanträde den 20 januari 2000.....	179	

# 1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 1999/2000:44

Regeringen föreslår att riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
2. lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård,
3. lag om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar.

Regeringen har följande förslag till lagtext.

### 2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

*dels* att 26 § skall upphöra att gälla,

*dels* att nuvarande 6 § skall betecknas 6 b §,

*dels* att 3, 4, 11, 12, 14, 16–18, 23, 25, 29–33, 35–37, 39 och 48 §§ och den nya 6 b § skall ha följande lydelse,

*dels* att det i lagen skall införas sex nya paragrafer, 2 a, 2 b, 6, 6 a, 25 a och 31 a §§, av följande lydelse.

#### *Nuvarande lydelse*

#### *Föreslagen lydelse*

##### **2 a §**

*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.*

##### **2 b §**

*Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.*

Tvångsvård får ges endast om

1. patienten lider av en allvarlig psykisk störning,
  2. patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för *heldygnsvård*, och
  3. patienten motsätter sig sådan vård som sägs i 2 eller till följd av *sitt* psykiska tillstånd *uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan*.
2. patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt 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*, och
  3. patienten motsätter sig sådan vård som sägs i 2 eller *det* till följd av *patientens* psykiska tillstånd *finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke*.

Tvångsvård får inte ges, om patientens psykiska störning enligt första stycket 1 utgör enbart en utvecklingsstörning.

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket 2 skall även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

#### 4 §

Ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård får inte fattas utan att ett läkarintyg (*vårdintyg*) har utfärdats, av vilket det framgår att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för tvångsvård av patienten är uppfyllda. Vårdintyget skall grundas på en särskild läkarundersökning.

En undersökning för vårdintyg får företas endast om det finns skälig anledning till det. Undersökningen utförs av en legitimerad läkare. Om undersökningen inte kan utföras med patientens samtycke, får patienten tas om hand för undersökning. Beslut om sådant omhändertagande får fattas endast av läkare i allmän tjänst.

*Vårdintyg får inte utfärdas för den som är intagen på en sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård.*

#### 6 §

*En patient får, sedan vårdintyg har utfärdats, efter beslut av läkare hållas kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning har avgjorts. Om andra åtgärder inte är*

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1993:399.

*tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna den del av vårdinrättningen där patienten skall vistas, för att upprätthålla ordningen på inrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården.*

*Om det är nödvändigt får patienten, sedan beslut om att hålla kvar denne har fattats, kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att denne inte bär på sig egendom som anges i 21 §. Föreskrifterna i 23 och 24 §§ skall därvid tillämpas.*

### **6 a §**

*I sådana fall som anges i 19 § eller 20 § får en patient som hålls kvar enligt 6 § kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning eller kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna.*

*En patient som hålls kvar enligt 6 § får, om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa, ges nödvändig behandling.*

*Beslut enligt denna paragraf fattas av legitimerad läkare.*

### **6 b §**

*Frågan om intagning för tvångsvård skall avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten, senast 24 timmar efter patientens ankomst till vårdinrättningen. Ett beslut om intagning får inte grundas på ett vårdintyg som är äldre än fyra dagar.*

*Beslut i fråga om intagning fattas av en chefsöverläkare vid en enhet för psykiatrisk vård. Beslutet får inte fattas av den läkare som har utfärdat vårdintyget.*

### **11 §**

Om en patient är intagen på en sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård, får chefsöver-

Om en patient är intagen på en sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård, får chefsöver-



läkaren vid den enhet där patienten vårdas, *utan hinder av att vårdintyg inte har utfärdats*, besluta om tvångsvård när

1. förutsättningarna enligt 3 § föreligger och

2. patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan.

*Föreskrifterna i 6 § gäller inte i fall som avses i första stycket.*

läkaren vid den enhet där patienten vårdas besluta om tvångsvård när

1. förutsättningarna enligt 3 § är uppfyllda och

2. patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan.

*Ett sådant beslut får inte fattas utan att ett vårdintyg har utfärdats av en annan läkare än chefsöverläkaren. I fråga om vårdintyg gäller bestämmelserna i 4 § och 5 § första och andra styckena. Beslut om vård enligt första stycket skall fattas senast 24 timmar efter det att vårdintyg har utfärdats. Det som sägs i 6 och 6 a §§ gäller också vid övergång från frivillig vård till tvångsvård enligt första stycket.*

## 12 §

När beslut har fattats om tvångsvård enligt 11 §, skall chefsöverläkaren *skyndsamt och senast inom fyra dagar från dagen för beslutet ansöka hos länsrätten om medgivande till att tvångsvården fortsätter. Föreskrifterna i 7 § andra stycket skall därvid tillämpas.*

När beslut har fattats om tvångsvård enligt 11 §, skall beslutet av chefsöverläkaren *senast dagen efter beslutet underställas länsrättens prövning.*

*Anser chefsöverläkaren att tvångsvården bör fortsätta skall han senast inom fyra dagar från dagen för beslutet om tvångsvård ansöka hos länsrätten om medgivande till att tvångsvården fortsätter. Det som sägs i 7 § andra stycket skall därvid tillämpas.*

## 14 §

När rättspsykiatrisk vård skall upphöra i fall som avses i 15 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, får chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas, *utan hinder av att vårdintyg inte har utfärdats*, besluta om tvångsvård enligt denna lag, om förutsättningarna enligt 3 § föreligger.

Föreskrifterna i 6 § gäller inte i fall som avses i första stycket. I stället tillämpas föreskrifterna i 12 och 13 §§, varvid ett beslut

Föreskrifterna i 6 b § gäller inte i *de* fall som avses i första stycket. I stället tillämpas föreskrifterna i 12 § *andra stycket* och 13 §, varvid

enligt denna paragraf jämföras med ett beslut enligt 11 §.

ett beslut enligt denna paragraf jämföras med beslut enligt 11 §.

Prop. 1999/2000:44

### 16 §

En *behandlingsplan* skall upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård. Så långt möjligt skall planen upprättas i samråd med patienten. När det är lämpligt skall samråd ske också med dennes närstående.

*I samråd med patienten skall det klargöras om denne har behov av stöd från socialtjänsten.*

En *vårdplan* skall upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård. *Vårdplanen skall ange de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården skall uppnås och för att resultaten av dessa insatser skall kunna bestå.* Så långt möjligt skall planen upprättas i samråd med patienten. *Om det inte är olämpligt skall samråd ske också med dennes närstående.*

*Chefsöverläkaren skall undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Så långt det är möjligt skall detta ske i samråd med patienten.*

### 17 §

I fråga om behandlingen under vårdtiden skall samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd skall ske också med patientens närstående när det är lämpligt. Frågor om behandlingen avgörs ytterst av chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas.

Behandlingsåtgärderna skall anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 §.

I fråga om behandlingen under vårdtiden skall samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd skall ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt. Frågor om behandlingen avgörs ytterst av chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas.

### 18 §<sup>2</sup>

En patient får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han skall vistas.

*Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där denne skall vistas, för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården.*

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1996:982.

**23 §**

Om det är *påkallat* får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, när han kommer till sjukvårdsinrättningen, för kontroll av att han inte bär på sig egendom som avses i 21 §. Detsamma gäller om det under vistelsen på vårdinrättningen uppkommer misstanke att sådan egendom skall påträffas hos patienten.

*Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning får inte göras mer ingående än vad ändamålet med åtgärden kräver. All den hänsyn som omständigheterna medger skall iakttas. Om möjligt skall ett vittne närvara.*

Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.

Om det är *nödvändigt* får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att han inte bär på sig egendom som avses i 21 §. Om möjligt skall ett vittne närvara när åtgärden utförs.

**25 §**

Chefsöverläkaren får ge *patienten* tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för återstoden av vårdtiden, om det finns skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör.

*Ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med särskilda villkor.*

Chefsöverläkaren får ge *en patient* tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillståndet får också ges för en längre period, om det finns särskilda skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör. Tillstånd får ges endast under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen.

*Chefsöverläkaren får återkalla ett tillstånd som avses i första stycket om förhållandena kräver det.*

**25 a §**

*Ett tillstånd enligt 25 § att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med särskilda villkor. Dessa får avse*

- skyldighet att underkasta sig medicinerings eller annan vård eller behandling,
- skyldighet att hålla kontakt med en viss person,
- skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten,
- vistelseort, bostad, utbildning eller arbete,
- förbud att använda berusningsmedel, samt
- förbud att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person,
- eller annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.

## 29 §

Har beträffande någon som vårdas enligt denna lag beslut meddelats om

1. avvisning eller utvisning enligt utlänningslagen (1989:529),
2. utvisning enligt lagen (1991:572) om särskild utlänningskontroll,
3. utlämning enligt lagen (1957:668) om utlämning för brott,
4. utlämning enligt lagen (1959:254) om utlämning för brott till Danmark, Finland, Island och Norge, eller
5. utlämning enligt lagen (1970:375) om utlämning till Danmark, Finland, Island eller Norge för verkställighet av beslut om vård eller behandling,

*skall tvångsvården upphöra, om det begärs av den myndighet som skall verkställa beslutet och chefsöverläkaren finner att patientens tillstånd tillåter att detta verkställs.*

*får utan hinder av tvångsvården verkställighet av beslutet ske, om det begärs av den myndighet som skall verkställa beslutet och chefsöverläkaren finner att patientens tillstånd tillåter att beslutet verkställs. Tvångsvården upphör i sådant fall när beslutet har verkställts.*

I fråga om en patient som är utlämning upphör tvångsvården vid verkställighet av ett beslut om hemsändande som har meddelats med stöd av 12 kap. 3 § utlänningslagen.

*Chefsöverläkaren skall se till att en patient som vårdas enligt denna lag, så snart patientens tillstånd tillåter, genom en individuellt anpassad information upplyses om sin rätt att få en stödperson.*

När patienten begär det, skall en stödperson utses. En stödperson kan utses också i annat fall, om patienten inte motsätter sig det.

Stödpersonen skall bistå patienten i personliga frågor så länge denne ges tvångsvård. Stödpersonen har rätt att besöka patienten på vårdinrättningen. Han får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han under uppdraget har fått veta om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt.

Stödpersonen skall bistå patienten i personliga frågor så länge denne ges tvångsvård *enligt denna lag och, om patienten och stödpersonen samtycker till det, även under fyra veckor efter det att tvångsvården har upphört.* Stödpersonen har rätt att besöka patienten på vårdinrättningen. Han får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han under uppdraget har fått veta om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt.

Stödpersonen utses av en sådan nämnd som avses i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Vid en nämnds handläggning av ärenden om stödpersoner gäller, utöver vad som i övrigt föreskrivs, följande bestämmelser i förvaltningslagen (1986:223), nämligen

- 14 § om muntlig handläggning,
- 15 § om anteckning av uppgifter,
- 16 och 17 §§ om parters rätt att få del av uppgifter,
- 20 § om motivering av beslut,
- 21 § om underrättelse om beslut,
- 26 § om rättelse av skrivfel och liknande, och
- 27 § om omprövning av beslut.

### 31 §<sup>4</sup>

Chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas skall anmäla till en sådan nämnd som avses i 30 § när det kan finnas skäl att utse en stödperson.

Har stödperson för patienten inte redan utsetts, skall anmälan alltid göras när

1. chefsöverläkaren ansöker om medgivande till tvångsvård enligt 7, 12 eller 14 §,
2. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut om intagning
2. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut om intagning

<sup>3</sup> Senaste lydelse 1998:1663.

<sup>4</sup> Senaste lydelse 1992:564.

enligt 6 §,

3. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut att avslå en begäran att tvångsvården skall upphöra.

enligt 6 b §,

*I en sådan anmälan skall chefsöverläkaren ange patientens inställning till att få en stödperson. Nämnden skall, om patienten inte har uttryckt en klar uppfattning, kontakta patienten eller vårdpersonal med kännedom om patienten för att få besked om patienten vill ha en stödperson.*

När tvångsvården av en patient, för vilken stödperson utsetts, har upphört, skall chefsöverläkaren snarast möjligt underrätta *en sådan nämnd som avses i 30 §* om detta.

När tvångsvården av en patient, för vilken stödperson utsetts, har upphört, skall chefsöverläkaren snarast möjligt underrätta *nämnden* om detta *och om i fall stödpersonens uppdrag fortsätter därefter.*

### **31 a §**

*Om en patient önskar att stödpersonens uppdrag skall övergå till ett uppdrag som kontaktperson enligt 10 § socialtjänstlagen (1980:620) när tvångsvården upphört och stödpersonen samtycker till det, skall den nämnd som avses i 30 § underrätta socialnämnden i den kommun där patienten är folkbokförd om patientens önskemål.*

### **32 §**

Patienten får hos länsrätten överklaga chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård enligt 6, 11 eller 14 §. Ett sådant överklagande skall anses innefatta även en begäran att tvångsvården skall upphöra

Patienten får hos länsrätten överklaga chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård enligt 6 b, 11 eller 14 §. Ett sådant överklagande skall anses innefatta även en begäran att tvångsvården skall upphöra.

Innan länsrätten prövar ett överklagande enligt första stycket, skall rätten utan dröjsmål förelägga chefsöverläkaren att yttra sig i de hänseenden som anges i 7 § andra stycket.

### **33 §**

Patienten får hos länsrätten överklaga ett annat beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag som innebär

1. avslag på en begäran att tvångsvården skall upphöra,
2. förordnande enligt 24 § om förstöring eller försäljning av egendom,
3. avslag på en begäran om till-      3. avslag på en begäran om till-

stånd enligt 25 § att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse, eller

4. återkallelse enligt 26 § av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område.

I övrigt får beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag inte överklagas. Chefsöverläkaren får inte överklaga rättsens beslut enligt denna lag.

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, skall *skrivelsen med* överklagandet ges in till länsrätten. Länsrätten prövar om *skrivelsen* har kommit in i rätt tid. Har *skrivelsen* kommit in för sent, skall länsrätten avvisa *den*, om förseeningen inte beror på att chefsöverläkaren har lämnat patienten en felaktig underrättelse om hur man överklagar. *Skrivelsen* skall inte avvisas, om *den* har kommit in till chefsöverläkaren innan tiden för överklagande har gått ut. I ett sådant fall skall chefsöverläkaren omedelbart vidarebefordra *den* till länsrätten.

stånd enligt 25 § att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor *enligt 25 a §* i samband med en sådan vistelse, eller

4. återkallelse enligt 25 § *andra stycket* av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område.

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, skall överklagandet ges in till länsrätten. Länsrätten prövar om *överklagandet* har kommit in i rätt tid. Har *överklagandet* kommit in för sent, skall länsrätten avvisa *det*, om förseeningen inte beror på att chefsöverläkaren har lämnat patienten en felaktig underrättelse om hur man överklagar. *Överklagandet* skall inte avvisas, om *det* har kommit in till chefsöverläkaren innan tiden för överklagande har gått ut. I ett sådant fall skall chefsöverläkaren omedelbart vidarebefordra *överklagandet* till länsrätten.

### 35 §

Mål enligt denna lag skall handläggas skyndsamt. Så snart en ansökan som avses i 28 § har kommit in till länsrätten, skall rätten pröva om ansökan har kommit in i tid. Har ansökan kommit in för sent, skall rätten skyndsamt underrätta chefsöverläkaren om detta.

Ett mål hos en länsrätt skall tas upp till avgörande inom åtta dagar från den dag då ansökan eller *skrivelsen med* överklagandet kom in till länsrätten. Länsrätten får förlänga denna tid, om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt. Föreskrifterna i första och andra meningen gäller inte mål som avses i 33 § första stycket 2.

Ett mål hos en länsrätt skall tas upp till avgörande inom åtta dagar från den dag då ansökan eller överklagandet kom in till länsrätten. Länsrätten får förlänga denna tid, om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt. *Länsrätten får även i fall som avses i 12 § första stycket förlänga den tid inom vilken prövningen skall ske, om chefsöverläkaren gör en ansökan enligt andra stycket i samma paragraf.* Föreskrifterna i första och

Länsrätten får förordna rörande saken i avvaktan på att målet avgörs.

### 36 §

I ett mål enligt denna lag skall länsrätten hålla muntlig förhandling, om det inte är uppenbart obehövt.

I ett mål enligt denna lag skall länsrätten hålla muntlig förhandling, om det inte är uppenbart obehövt. *Vid prövning som avses i 12 § första stycket skall länsrätten hålla muntlig förhandling endast om patienten begär det eller om länsrätten finner skäl för det.*

### 37 §

Muntlig förhandling hålls på sjukvårdsinrättningen, om inte särskilda skäl talar för något annat. Patienten skall vara närvarande vid förhandlingen, om det är möjligt med hänsyn till hans psykiska tillstånd. Patientens stödperson har rätt att närvara vid förhandlingen och skall om möjligt underrättas om den. Chefsöverläkaren skall höras vid förhandlingen, om det inte är uppenbart obehövt.

Om det *behövs*, skall länsrätten i ett mål enligt denna lag höra lämplig sakkunnig vid muntlig förhandling. Vid förhandlingen får den sakkunnige, i syfte att få upplysning rörande omständigheter som är av betydelse för dennes uppgift, ställa frågor till chefsöverläkaren och patienten.

Om det *inte är uppenbart obehövt*, skall länsrätten i ett mål enligt denna lag höra lämplig sakkunnig vid muntlig förhandling. Vid förhandlingen får den sakkunnige, i syfte att få upplysning rörande omständigheter som är av betydelse för dennes uppgift, ställa frågor till chefsöverläkaren och patienten.

Om en patient som har kallats vid vite att inställa sig personligen till en förhandling uteblir, får rätten förordna att han skall hämtas till rätten antingen omedelbart eller till en senare dag.

### 39 §

Chefsöverläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid sjukvårdsinrättningen med specialistkompetens inom någon gren av psykiatri att fullgöra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt denna lag. Om det finns särskilda skäl, får chefsöverläkaren lämna sådant uppdrag åt en annan läkare vid sjukvårdsinrättningen, dock inte såvitt gäller

1. beslut enligt 6 § om intagning,
2. ansökan enligt 7, 9, 12 eller 14 § om medgivande till att tvångsvården fortsätter,
3. beslut enligt 17 § första

1. beslut enligt 6 b § om intagning,
2. *beslut enligt 11 § om övergång från frivillig vård till tvångsvård,*
3. ansökan enligt 7, 9, 12 eller 14 § om medgivande till att tvångsvården fortsätter,



stycket sista meningen om behandlingen,

4. beslut enligt 19 § andra stycket om fastspänning, eller

5. beslut enligt 20 § andra stycket om avskiljande.

4. beslut enligt 17 § första stycket sista meningen om behandlingen,

5. beslut enligt 19 § andra stycket om fastspänning, eller

6. beslut enligt 20 § andra stycket om avskiljande.

Prop. 1999/2000:44

#### 48 §<sup>5</sup>

En patient som vårdas med stöd av denna lag skall så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt

1. att enligt 32 och 33 §§ överklaga vissa beslut,

2. att anlita ombud eller biträde,

2. att anlita ombud eller biträde  
*och*

3. att enligt 38 a § få offentligt biträde *och*

3. att enligt 38 a § få offentligt biträde.

4. att få hjälp av en stödperson.

Denna lag skall finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna.

---

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2000.

2. Har ett vårdintyg utfärdats före den 1 juli 2000, får intagning beslutas på grundval av det och enligt äldre föreskrifter senast den 4 juli 2000.

3. Ett tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område under återstoden av vårdtiden och som har meddelats enligt äldre föreskrifter gäller längst till dess att länsrätten beslutat om fortsatt vård.

<sup>5</sup> Senaste lydelse 1996:1650.

## 2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

Prop. 1999/2000:44

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

*dels* att 4, 5, 9–10 a, 11, 18–21, 25, 26, och 30 §§ skall ha följande lydelse,

*dels* att det i lagen skall införas elva nya paragrafer, 2 a, 2 b, 10 b, 11 a–11 c, 21 a–21 c, 22 b och 26 a §§ av följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

### *Föreslagen lydelse*

#### **2 a §**

*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.*

#### **2 b §**

*Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta.*

#### **4 §<sup>1</sup>**

Den som avses i 1 § andra stycket 2, 3 eller 4 får ges rättspsykiatrisk vård om

1. han lider av en allvarlig psykisk störning,
2. han med hänsyn till sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har behov av psykiatrisk vård, som kan tillgodoses genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning, och
3. han motsätter sig sådan vård eller till följd av *sitt* psykiska tillstånd *uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan.*

3. han motsätter sig sådan vård eller *det* till följd av *hans* psykiska tillstånd *finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke.*

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1998:617.

Om någon som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård anhålls, häktas, tas in på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning eller tas in i eller förpassas till kriminalvårdsanstalt, skall beslutet om sådan vård anses som ett beslut om rättspsykiatrisk vård.

### 5 §<sup>2</sup>

Beslut om intagning för rättspsykiatrisk vård enligt 4 § första stycket fattas av en chefsöverläkare vid en enhet som avses i 6 § första stycket andra meningen eller andra stycket. För ett sådant beslut krävs att ett vårdintyg har utfärdats av någon annan läkare. Beträffande vårdintyg och undersökning för vårdintyg gäller därvid bestämmelserna i 4 § första och andra styckena, 5 § och 6 § första stycket tredje meningen lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård i tillämpliga delar.

Beslut om intagning för rättspsykiatrisk vård enligt 4 § första stycket fattas av en chefsöverläkare vid en enhet som avses i 6 § första stycket andra meningen eller andra stycket. För ett sådant beslut krävs att ett vårdintyg har utfärdats av någon annan läkare. Beträffande vårdintyg, undersökning för vårdintyg *samt fastspänning, avskiljande och behandling* gäller därvid bestämmelserna i 4 §, 5 §, 6 a § och 6 b § första stycket andra meningen lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård i tillämpliga delar.

En fråga om intagning för rättspsykiatrisk vård enligt 4 § första stycket skall avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten.

Om rätten har fattat beslut om rättspsykiatrisk undersökning och den misstänkte har tagits in på undersökningsenheten, krävs inte något vårdintyg för beslut om rättspsykiatrisk vård. Detsamma gäller den som är anhållen, häktad, intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt eller som är intagen i eller skall förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 31 kap. 1 a § brottsbalken och som förts till en sådan sjukvårdsinrättning som avses i 6 § första stycket andra meningen för frivillig psykiatrisk vård.

### 9 §

*I fråga om vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område för den som genomgår rättspsykiatrisk vård på grund av beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken av domstol, utom i fall då vården har förenats med särskild utskrivningsprövning, gäller bestämmelserna i 25 och 26 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.*

*Chefsöverläkaren får, utom i fall då vården förenats med särskild utskrivningsprövning, ge en patient som genomgår rättspsykiatrisk vård på grund av beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken av domstol, tillstånd att under viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillståndet får också ges för en längre period, om det finns sär-*

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1998:617.

*skilda skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör. Tillstånd får ges endast under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen.*

*Ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med särskilda villkor. I fråga om vilka villkor som får föreskrivas gäller bestämmelserna i 25 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.*

*Chefsöverläkaren får återkalla ett tillstånd som avses i första stycket om förhållandena kräver det.*

## 10 §

Beträffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård efter beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken om särskild utskrivningsprövning prövas frågan om tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område av länsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten.

Vid sin prövning skall rätten särskilt beakta arten av den brottslighet som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning, risken för återfall i brottslighet och verkan av den vård och behandling som patienten genomgått. Tillståndet får ges för *återstoden av vårdtiden*, om det finns skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att den rättspsykiatriska vården upphör. *Ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med särskilda villkor.*

Vid sin prövning skall rätten särskilt beakta arten av den brottslighet som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning, risken för återfall i brottslighet och verkan av den vård och behandling som patienten genomgått. Tillståndet får ges för *visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen*. *Tillståndet får också ges för en längre period*, om det finns särskilda skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att den rättspsykiatriska vården upphör. *Tillstånd får ges endast under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen.*

*Ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med särskilda villkor. I fråga om vilka villkor som får föreskrivas gäller bestämmelserna i 25 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.*

Länsrätten får efter ansökan av chefsöverläkaren överlämna åt denne att beträffande viss patient besluta om tillstånd enligt första stycket. När det finns skäl för det, får länsrätten återta denna befogenhet. Chefsöverläkaren får återkalla ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, om förhållandena kräver det.

### 10 a §<sup>3</sup>

Beträffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård efter beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken om särskild utskrivningsprövning får chefsöverläkaren ge tillstånd till vistelse utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område endast om länsrätten har medgivit det

Vid sin prövning av ansökan av chefsöverläkaren om sådant medgivande som avses i första stycket skall rätten särskilt beakta arten av den brottslighet som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning, risken för återfall i brottslighet, verkan av den vård och behandling som patienten genomgått och säkerhetsförhållandena vid sjukvårdsinrättningen. Medgivandet får ges tills vidare eller för viss tid och får återkallas om förhållandena föranleder det.

Chefsöverläkaren skall underrätta länsrätten om förhållanden som är av betydelse för frågan om ett lämnat medgivande skall bestå.

### 10 b §

*Chefsöverläkaren får ge tillstånd till den som genomgår rättspsykiatrisk vård med stöd av 1 § 3 eller 4 att vistas på egen hand utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område endast om Kriminalvårdsstyrelsen respektive Statens institutionsstyrelse har medgivit det. Chefsöverläkaren skall underrätta Kriminalvårdsstyrelsen respektive Statens institutionsstyrelse om förhållanden som är av betydelse för frågan om ett lämnat medgivande skall bestå.*

### 11 §<sup>4</sup>

Den som är intagen i kriminalvårdsanstalt eller i ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på

Den som är intagen i kriminalvårdsanstalt eller i ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på

<sup>3</sup> Senaste lydelse 1995:738.

<sup>4</sup> Senaste lydelse 1998:617.

sluten ungdomsvård enligt 31 kap. 1 a § brottsbalken och som genomgår rättspsykiatrisk vård får ges tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. *Därvid gäller bestämmelserna i 25 § första stycket andra meningen och andra stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.*

*En fråga om tillstånd enligt första stycket avgörs av Kriminalvårdsstyrelsen i fråga om den som är intagen i kriminalvårdsanstalt och av Statens institutionsstyrelse i fråga om den som är intagen i ett särskilt ungdomshem efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten. Om ansökan har gjorts av patienten, skall yttrande inhämtas från chefsöverläkaren.*

*Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får genom föreskrifter eller beslut i särskilda fall flytta över Kriminalvårdsstyrelsens befogenhet enligt andra stycket till någon annan kriminalvårdsmyndighet än styrelsen eller till tjänstemän inom kriminalvården.*

sluten ungdomsvård enligt 31 kap. 1 a § brottsbalken och som genomgår rättspsykiatrisk vård får ges tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. *Tillståndet får ges för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillståndet får också ges för en längre period, om det finns särskilda skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör. Tillstånd får ges endast under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen.*

*Ett tillstånd enligt första stycket får förenas med särskilda villkor. I fråga om vilka villkor som får föreskrivas gäller bestämmelserna i 25 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.*

### **11 a §**

*En fråga om tillstånd enligt 11 § första stycket prövas, efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten, av Kriminalvårdsstyrelsen i fråga om den som är intagen i kriminalvårdsanstalt och av Statens institutionsstyrelse i fråga om den som är intagen i ett särskilt ungdomshem. Om ansökan har gjorts av patienten, skall yttrande inhämtas från chefsöverläkaren. Tillstånd skall inhämtas även då patienten vid vistelsen utanför sjukvårdsinrättningens område skall vara åtföljd av sjukvårdspersonal.*

**11 b §**

*Den som är häktad eller är intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning och genomgår rättspsykiatrisk vård får ges tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens respektive undersökningsenhetens område enbart för att besöka en närstående som är svårt sjuk, närvara vid en närståendes begravning eller om det annars finns synnerliga skäl.*

*En fråga om tillstånd enligt första stycket prövas av Kriminalvårdsstyrelsen.*

**11 c §**

*Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får genom föreskrifter eller beslut i särskilda fall flytta över Kriminalvårdsstyrelsens befogenhet enligt 10 b, 11 a och 11 b §§ till någon annan kriminalvårdsmyndighet än styrelsen eller till tjänstemän inom kriminalvården.*

**18 §**

Patienten får hos länsrätten överklaga ett beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag som innebär

1. intagning enligt 5 § för rättspsykiatrisk vård, varvid överklagandet skall anses innefatta även en begäran att vården skall upphöra,

2. avslag på en begäran att den rättspsykiatriska vården skall upphöra i fall som avses i 12 §,

3. avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område i fall som avses i 9 § eller 10 § tredje stycket första meningen eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse,

4. återkallelse enligt 9 § eller 10 § tredje stycket tredje meningen av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, eller

5. förordnande enligt 8 § jämförd med 24 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård om förstöring eller försäljning av egendom.

I övrigt får beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag inte överklagas. Chefsöverläkaren får inte överklaga rättens beslut enligt denna lag

3. avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område i fall som avses i 9 § eller 10 § fjärde stycket första meningen eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse,

4. återkallelse enligt 9 § eller 10 § fjärde stycket tredje meningen av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, eller

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, skall *skrivelsen med överklagandet* ges in till länsrätten. *Beträffande behandlingen av skrivelsen gäller bestämmelserna i 33 § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.*

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, skall överklagandet ges in till länsrätten. *Länsrätten prövar om överklagandet har kommit in i rätt tid. Har överklagandet kommit in för sent, skall länsrätten avvisa det, om förse-ningen inte beror på att chefsöverläkaren har lämnat patienten en felaktig underrättelse om hur man överklagar. Överklagandet skall inte avvisas, om det har kommit in till chefsöverläkaren innan tiden för överklagande har gått ut. I ett sådant fall skall chefsöverläkaren omedelbart vidarebefordra överklagandet till länsrätten.*

### 19 §<sup>6</sup>

Kriminalvårdsstyrelsens och Statens institutionsstyrelsens beslut enligt 8 § andra stycket eller 11 § andra stycket får överklagas av patienten hos kammarrätten.

Kriminalvårdsstyrelsens respektive Statens institutionsstyrelsens beslut enligt 8 § andra stycket, 10 b §, 11 a § och 11 b §, får överklagas av patienten hos allmän förvaltningsdomstol. *Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.*

### 20 §

Allmän åklagare får överklaga

1. beslut enligt 10 § första stycket av länsrätten att patienten får vistas utanför sjukvårdsinrättningens område,

2. beslut enligt 10 § tredje stycket första meningen av länsrätten att överlämna åt chefsöverläkaren att beträffande viss patient besluta om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område,

3. beslut enligt 16 § att vården skall upphöra, om åklagare före beslutet har anmält till rätten att beslutet kan komma att överklagas.

*Har anmälan gjorts, får beslutet inte verkställas förrän det har vunnit laga kraft eller rätten dessförinnan har underrättats om*

2. beslut enligt 10 § fjärde stycket första meningen av länsrätten att överlämna åt chefsöverläkaren att beträffande viss patient besluta om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område,

<sup>6</sup> Senaste lydelse 1998:617.



att åklagaren inte kommer att överklaga.

Prop. 1999/2000:44

## 21 §<sup>7</sup>

Vid handläggningen i domstol av ett mål enligt denna lag gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 34–38 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. I ett mål enligt 10 a § skall dock 35 § andra stycket och 36 § nämnda lag inte tillämpas. I ett mål enligt 18 § första stycket 3 eller 4, i fall då vården är förenad med särskild utskrivningsprövning, skall nämndemän ingå i kammarrätten.

Frågor enligt denna lag vilka skall prövas i en länsrätt handläggs av den länsrätt inom vars domkrets sjukvårdsinrättningen är belägen.

### 21 a §

Mål enligt denna lag skall handläggas skyndsamt. Så snart en ansökan eller anmälan har kommit in till länsrätten, skall rätten pröva om den har kommit in i tid. Har den kommit in för sent, skall rätten skyndsamt underrätta chefsöverläkaren om detta.

Ett mål hos en länsrätt skall tas upp till avgörande inom åtta dagar från den dag då ansökan, anmälan eller överklagandet kom in till länsrätten. Om målet gäller en patient som genomgår rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning, skall målet tas upp till avgörande inom femton dagar från den dag då målet anhängiggjordes vid länsrätten. Länsrätten får förlänga tidsfristerna om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt.

Föreskrifterna i andra stycket gäller inte mål om förstöring eller försäljning av sådan egendom som avses i 24 § lagen (1991:1128) om

<sup>7</sup> Senaste lydelse 1995:738.

*psykiatrisk tvångsvård.*

*Länsrätten får förordna rörande saken i avvaktan på att målet avgörs.*

### **21 b §**

*I fråga om muntlig förhandling gäller bestämmelserna i 36 och 37 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. I fråga om mål enligt 10 a eller 10 b §§ skall dock 36 § och 37 § andra stycket nämnda lag inte tillämpas.*

### **21 c §**

*Vid handläggningen i kammarrätten skall nämndemän ingå i rätten vid prövning av mål som avses i 18 § första stycket 1 samt i mål enligt 18 § första stycket 3 eller 4, i fall då vården är förenad med särskild utskrivningsprövning.*

### **22 b §**

*I fråga om den som genomgår rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning får allmän åklagare ansöka om att länsrätten upphäver beslut om*

- tillstånd till vistelse utanför vårdinrättningens område, eller*
- överlämnande åt chefsöverläkaren att besluta om tillstånd till vistelse utanför vårdinrättningens område.*

*I ett mål enligt första stycket skall länsrätten inhämta yttrande av chefsöverläkaren.*

### **25 §**

*Utom i fall som avses i 20 § gäller beslut som meddelas enligt denna lag omedelbart, om inte annat förordnas.*

*Beslut som meddelas enligt denna lag gäller omedelbart, om inte annat förordnas.*

*Om åklagaren före en länsrätts beslut har anmält att beslutet kan komma att överklagas, får länsrättens eller kammarrättens beslut inte verkställas förrän det har*

*vunnit laga kraft eller rätten dessförinnan har underrättats om att beslutet inte kommer att överklagas.*

## 26 §<sup>8</sup>

*Chefsöverläkaren skall se till att en patient som vårdas enligt denna lag, så snart patientens tillstånd tillåter, genom en individuellt anpassad information upplyses om sin rätt att få en stödperson.*

När rättspsykiatrisk vård i fall som avses i 1 § andra stycket 1 har påbörjats eller upphört, skall chefsöverläkaren snarast underrätta vederbörande nämnd enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. om att så har skett. Nämnden skall i fall som avses i 4 § underrättas när patienten enligt 18 § första stycket 2 har överklagat ett beslut av chefsöverläkaren att den rättspsykiatriska vården inte skall upphöra, liksom när vården efter överklagandet har upphört.

Föreskrifterna om stödperson i 30 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård *tillämpas* vid rättspsykiatrisk vård som ges på en sjukvårdsinrättning. Föreskriften i *andra* stycket *andra* meningen nämnda *paragraf* om rätt för stödpersonen att besöka patienten på vårdinrättningen gäller dock bara i den mån det inte möter hinder på grund av bestämmelserna i 8 § tredje stycket denna lag eller 16 § lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl. om möjlighet att besluta om inskränkningar i patientens rätt att ta emot besök.

Föreskrifterna om stödperson i 30–31 a §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård *gäller i tillämpliga delar* vid rättspsykiatrisk vård som ges på en sjukvårdsinrättning. Föreskriften i 30 § *tredje* stycket *andra* meningen nämnda *lag* om rätt för stödpersonen att besöka patienten på vårdinrättningen gäller dock bara i den mån det inte möter hinder på grund av bestämmelserna i 8 § tredje stycket denna lag eller 16 § lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl. om möjlighet att besluta om inskränkningar i patientens rätt att ta emot besök.

## 26 a §

*Om det finns särskilda skäl med hänsyn till en stödpersons säkerhet, skall chefsöverläkaren lämna ut nödvändiga upplysningar om patienten till stödpersonen eller till den nämnd som avses i 26 § andra stycket.*

<sup>8</sup> Senaste lydelse 1998:1614.

En patient som vårdas med stöd av denna lag skall så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt

1. att enligt 18 § överklaga vissa beslut,
2. att ansöka enligt 16 § andra stycket om att den rättspsykiatriska vården skall upphöra,
3. att ansöka enligt 10 eller 11 § om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område,
4. att anlita ombud eller biträde,
4. att anlita ombud eller biträde,  
*och*
5. att enligt 22 a § få offentligt biträde och
5. att enligt 22 a § få offentligt biträde.
6. att få hjälp av en stödperson.

Denna lag skall finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen eller undersökningsenheten, väl synlig för patienterna.

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2000.
  2. Har ett vårdintyg utfärdats före den 1 juli 2000, får intagning beslutas på grundval av det och enligt äldre föreskrifter senast den 4 juli 2000.
  3. Ett tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område under återstoden av vårdtiden och som har meddelats enligt äldre föreskrifter gäller längst till dess att länsrätten beslutat om fortsatt vård.

<sup>9</sup> Senaste lydelse 1996:1651.

Härigenom föreskrivs att 18 § lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 18 §<sup>6</sup>

Länsrätt är domför med en lagfaren domare ensam

1. när åtgärd som avser endast måls beredande vidtages,
2. vid sådant förhör med vittne eller sakkunnig som begärts av annan länsrätt,
3. vid beslut som avser endast rättelse av felräkning, felskrivning eller annat uppenbart förbiseende,
4. vid annat beslut som inte innefattar slutligt avgörande av mål.

Om det inte är påkallat av särskild anledning att målet prövas av fullsutten rätt, är länsrätt domför med en lagfaren domare ensam vid beslut som inte innefattar prövning av målet i sak.

Åtgärder som avser endast beredandet av ett mål och som inte är av sådant slag att de bör förbehållas lagfarna domare får utföras av en annan tjänsteman vid länsrätten som har tillräcklig kunskap och erfarenhet. Närmare bestämmelser om detta meddelas av regeringen.

Vad som sägs i andra stycket gäller även vid avgörande i sak av

1. mål av enkel beskaffenhet,
2. mål enligt lagen (1994:466) om särskilda tvångsåtgärder i beskattningsförfarandet, enligt lagen (1978:880) om betalningssäkring för skatter, tullaroch avgifter, om besiktning enligt fastighetstaxeringslagen (1979:1152), om handlings undantagande från taxeringsrevision, skatterevision eller annan granskning och om befrielse från skyldighet att lämna upplysningar, visa upp handling eller lämna kontrolluppgift enligt skatteförfattningarna,
3. mål om omedelbart omhändertagande enligt 6 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, mål om tillfälligt flyttningsförbud enligt 27 § samma lag, mål om omedelbart omhändertagande enligt 13 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, mål om tillfälligt omhändertagande enligt 37 § smittskyddslagen (1988:1472), mål enligt 33 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, mål enligt 18 § första stycket 2–4 såvitt avser de fall då

3. mål om omedelbart omhändertagande enligt 6 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, mål om tillfälligt flyttningsförbud enligt 27 § samma lag, mål om omedelbart omhändertagande enligt 13 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, mål om tillfälligt omhändertagande enligt 37 § smittskyddslagen (1988:1472), mål enligt 12 § första stycket och 33 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, mål enligt 18 § första stycket 2–4 såvitt

<sup>6</sup> Senaste lydelse 1997:516

vården inte har förenats med särskild utskrivningsprövning eller 5 lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, mål om förvar och uppsikt enligt utlänningslagen (1989:529), mål enligt lagen (1974:202) om beräkning av strafftid m.m., mål enligt lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt samt mål enligt lagen (1963:193) om samarbete med Danmark, Finland, Island och Norge angående verkställighet av straff m.m.,

avser de fall då vården inte har förenats med särskild utskrivningsprövning eller 5 lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, mål om förvar och uppsikt enligt utlänningslagen (1989:529), mål enligt lagen (1974:202) om beräkning av strafftid m.m., mål enligt lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt samt mål enligt lagen (1963:193) om samarbete med Danmark, Finland, Island och Norge angående verkställighet av straff m.m.,

4. mål enligt folkbokföringsförfattningarna, mål rörande preliminär skatt eller om anstånd med att betala skatt eller avgifter enligt skatteförfattningarna,

5. mål enligt lagen (1992:1528) om offentlig upphandling,

6. mål som avser en fråga av betydelse för inkomstbeskattningen, dock endast om värdet av vad som yrkas i målet uppenbart inte överstiger hälften av basbeloppet enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2000.

Med stöd av regeringens bemyndigande tillkallade chefen för Socialdepartementet år 1995 en parlamentarisk kommitté för att utvärdera lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). I uppdraget ingick också att beskriva och analysera de principer och regler som gäller patientens skyldighet att betala patientavgift vid rättspsykiatrisk vård samt att behandla frågan om kostnadsansvar för rättspsykiatrisk vård av asylsökande.

Kommittén antog namnet Tvångspsykiatrikommittén. I oktober 1996 lade kommittén fram delbetänkandet Vårdavgifter vid rättspsykiatrisk vård, m.m. (SOU 1996:141) där kommittén redovisar de delar av uppdraget som rör patientens skyldighet att betala patientavgift vid rättspsykiatrisk vård och kostnadsansvar för rättspsykiatrisk vård av asylsökande. Kommitténs sammanfattning över innehållet finns i *bilaga 1*.

Kommittén lade i mars 1998 fram sitt slutbetänkande Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård (SOU 1998:32). I detta betänkande redovisar kommittén sin översyn av LPT och LRV. Kommitténs sammanfattning av innehållet finns i *bilaga 2*.

Såväl delbetänkandet som huvudbetänkandet har remissbehandlats. Sammanställningar av remissyttrandena finns tillgängliga i Socialdepartementet (S96/5900/S respektive S98/1544/HS).

Under beredningen av slutbetänkandet har en promemoria med ett alternativt förslag vad avser permissioner samt det kommunala betalningsansvaret utarbetats inom Socialdepartementet. Promemorian har remissbehandlats. Promemorian och en sammanställning av remissyttrandena finns tillgängliga i Socialdepartementet (S1999/8236/HS).

En förteckning över remissinstanserna avseende såväl delbetänkande som huvudbetänkande och promemoria finns i *bilaga 3*.

#### *Lagrådet*

Regeringen beslutade den 9 december 1999 att inhämta Lagrådets yttrande över de lagförslag som finns i *bilaga 4*. Lagrådets yttrande finns i *bilaga 5*. Regeringen har huvudsakligen följt de förslag som Lagrådet lämnat. Vi återkommer till Lagrådets synpunkter i avsnitt 8.3 och 12 samt i författningsskomentaren till de lagrum vilkas utformning Lagrådet lämnat synpunkter på. Vissa redaktionella ändringar har gjorts i lagtexterna. Förslaget till lag om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar har tillkommit efter Lagrådets yttrande. Ändringen är av enkel beskaffenhet.

## 4 Nuvarande rättslig reglering

### 4.1 Nationella regler

#### 4.1.1 Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Den allmänna regleringen avseende psykiatrisk tvångsvård finns i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) medan regleringen av tvångsvården för psykiskt störda lagöverträdare finns i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). De båda lagarna trädde i kraft den 1 januari 1992 och ersatte då lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (prop. 1990/91:58, bet. 1990/91:SoU13, rskr. 1990/91:329).

I propositionen till LPT angavs att syftet med de regler som föreslogs var att anpassa lagstiftningen på området till den utveckling mot starkt begränsad användning av tvångsvård som ägt rum inom psykiatrin. Ändamålet med tvångsvård skall vara att den som har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som ges efter intagning på en sjukvårdsinrättning, blir i stånd att medverka till fortsatta stöd och behandlingsinsatser i frivilliga former.

I 3 § LPT anges vilka förutsättningar som skall vara uppfyllda för att tvångsvård skall få ges. Tre förutsättningar skall samtidigt vara uppfyllda. En förutsättning är att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. Vidare krävs att patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård. Vid bedömningen av patientens vårdbehov skall också beaktas om denne till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Slutligen krävs att patienten motsätter sig sjukhusvården eller att hon eller han på grund av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i fråga om behovet av sådan vård.

Bestämmelserna i 4–6 §§ reglerar förfarandet vid intagning för psykiatrisk tvångsvård. I 4 § stadgas att ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård inte får fattas utan att ett läkarintyg (vårdintyg) har utfärdats, av vilket det skall framgå att det föreligger sannolika skäl för tvångsvård av patienten. Ett beslut om intagning får inte grundas på ett vårdintyg som är äldre än fyra dagar. Beslutet om intagning fattas av chefsöverläkaren vid en enhet för psykiatrisk vård. Intagningsbeslutet får inte fattas av samme läkare som har utfärdat vårdintyget (s.k. tvåläkarprövning).

Tvångsvård som grundar sig på ett vårdintyg och en läkares intagningsbeslut får pågå i högst fyra veckor från dagen för beslutet om intagning. Bedöms det att en patient behöver ges vård under längre tid än fyra veckor skall chefsöverläkaren enligt vad som föreskrivs i 7 § före utgången av fyra veckorstiden skriftligen ansöka hos länsrätten om medgivande till sådan vård. I 8 § föreskrivs att rätten på ansökan av chefsöverläkaren får besluta i frågan om fortsatt tvångsvård. Om rätten bifaller ansökan, får vården pågå under högst fyra månader räknat från dagen för



intagningen. Efter ansökan av chefsöverläkaren får rätten medge att tvångsvården fortsätter utöver den längsta tiden enligt 8 §. Medgivande får enligt 9 § lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från prövningstillfället.

I 11–13 §§ regleras frågan om konvertering. Med konvertering avses att en patient som är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård i frivillig form överförs till psykiatrisk tvångsvård. Om en patient är intagen på en sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård, får chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas, utan hinder av att vårdintyg inte har utfärdats, besluta om tvångsvård när vissa förutsättningar är uppfyllda. För att konvertering skall vara möjlig krävs, förutom att förutsättningarna för att bereda tvångsvård enligt 3 § är uppfyllda, att patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan. När beslut har fattats om tvångsvård enligt 11 §, skall chefsöverläkaren skyndsamt och senast inom fyra dagar från dagen för beslutet ansöka hos länsrätten om medgivande till att tvångsvården fortsätter. Om rätten medger att tvångsvård som har beslutats enligt 11 § fortsätter får den pågå under högst fyra månader, räknat från dagen för chefsöverläkarens beslut. Om det blir aktuellt med tvångsvård utöver denna tid tillämpas samma bestämmelser som vid fortsatt tvångsvård enligt 9 §.

I 15–23 §§ finns bestämmelser som avser innehållet i vården. Där finns bl.a. bestämmelser om tvångsåtgärder (fastspänning och avskiljning) som i vissa fall får tillgripas mot patienten, och bestämmelser om att en patient inte får inneha alkohol eller narkotika etc.

I 25 § föreskrivs att chefsöverläkaren får ge patienten tillstånd att under viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillstånd får ges för återstoden av vårdtiden, om det finns skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör.

När det inte längre finns förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård skall chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas genast besluta att tvångsvården skall upphöra (27 §). Av 29 § följer att intagning för psykiatrisk tvångsvård under vissa förutsättningar inte hindrar verkställigheten av beslut om avvisning, utvisning eller utlämning.

En stödperson skall enligt 30 § utses om patienten begär det och även i vissa andra fall om patienten inte motsätter sig det. Stödpersonen skall bistå patienten i personliga frågor så länge han ges tvångsvård.

Patienten får överklaga chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård vilket framgår av 32 §. I 33 § anges vilka andra beslut av chefsöverläkaren än de som nämnts i 32 § som får överklagas hos länsrätten. Det är som regel angeläget att få en fråga om psykiatrisk tvångsvård prövad skyndsamt. Stadgande härom finns i 35 § första stycket. I andra stycket sägs att ett mål hos länsrätten skall tas upp till avgörande inom åtta dagar från den dag då ansökan eller skrivelsen med överklagandet kom in till länsrätten. Denna tid får dock förlängas om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt.

Enligt förvaltningsprocesslagen (1971:291) är förfarandet vid allmän förvaltningsdomstol skriftligt. Med hänsyn till betydelsen av ett omhän-

dertagande för tvångsvård skall emellertid länsrättens prövning av förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård enligt 36 § som regel ske efter muntlig förhandling. Vidare skall, om det behövs, länsrätten i ett mål enligt denna lag höra lämplig sakkunnig vid muntlig förhandling.

I 39–49 §§ finns övriga bestämmelser om bl.a. chefsöverläkarens delegationsrätt, om möjlighet att ge dispens från kravet på legitimation för läkare som utfärdar vårdintyg samt regler om rättens sammansättning vid avgörande av mål enligt denna lag.

#### 4.1.2 Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

Regler för den psykiatriska tvångsvården av lagöverträdare är intagna i en särskild lag om rättspsykiatrisk vård (LRV). Flertalet regler i LPT är genom hänvisningar i LRV tillämpliga även vid rättspsykiatrisk vård. Lagen gäller bl.a. personer som ges psykiatrisk tvångsvård som brottspåföljd eller som är häktade eller är intagna i en kriminalvårdsanstalt.

Den som lider av en allvarlig psykisk störning och som begått ett brott för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter kan överlämnas till rättspsykiatrisk vård. En förutsättning är att det med hänsyn till den tilltalades psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (31 kap. 3 § första stycket brottsbalken). Enligt andra stycket får tingsrätten besluta om särskild utskrivningsprövning om det till följd av den psykiska störningen finns risk för att lagöverträdaren återfaller i brottslighet, som är av allvarligt slag.

Enligt 20 kap. 7 § rättegångsbalken kan åtalsunderlåtelse medges om psykiatrisk vård eller insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade kommer till stånd. Som förutsättning för det gäller att något väsentligt allmänt eller enskilt intresse inte åsidosätts.

Vidare stadgas enligt 30 kap. 6 § brottsbalken att den som begått brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning inte får dömas till fängelse.

I 4 § LRV sägs att den som är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning eller är intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt eller ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på slutet ungdomsvård får ges rättspsykiatrisk vård om han 1) lider av en allvarlig psykisk störning, 2) med hänsyn till sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har behov av psykiatrisk vård som kan tillgodoses genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning och 3) motsätter sig sådan vård eller på grund av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan. I huvudsak samma ordning bör enligt förarbetena gälla vid intagning för psykiatrisk tvångsvård i de nu aktuella fallen som enligt den allmänna regleringen av psykiatrisk tvångsvård.

Vid rättspsykiatrisk vård gäller, som ovan nämnts, i tillämpliga delar bestämmelserna angående vården i LPT (8 § LRV). I samma paragraf finns vidare bestämmelser som innebär att Kriminalvårdsstyrelsen respektive Statens Institutionsstyrelse samt i vissa fall regeringen får besluta

om vissa inskränkningar att ta emot eller skicka försändelser, att ta emot besök eller att samtala i telefon med utomstående. När det gäller frågan om tillstånd att under viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningen gäller bestämmelserna i LPT för den som genomgår rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning.

Beträffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning efter beslut av domstol prövas frågan om tillstånd att under viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område av länsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten (10 §). Beträffande den som är intagen i kriminalvårdsanstalt eller särskilt ungdomshem till följd av en dom på slutet ungdomsvård och som genomgår rättspsykiatrisk vård avgör Kriminalvårdsstyrelsen respektive Statens Institutionsstyrelse frågan om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten (11 §). För vistelse utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningen (s.k. frigång) för patienter med särskild utskrivningsprövning krävs att chefsöverläkaren har fått medgivande av länsrätten att ge tillstånd till sådan vistelse (10 a §).

Beträffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård som brottspåföljd utan särskild utskrivningsprövning skall motsvarande förfarande gälla i frågan om vårdens upphörande som enligt den allmänna regleringen av psykiatrisk tvångsvård. Rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken utan särskild utskrivningsprövning får pågå under högst fyra månader räknat från den dag då domstolens beslut blev verkställbart (13 LRV). Efter ansökan av chefsöverläkaren får länsrätten medge att den rättspsykiatriska vården fortsätter utöver den nämnda längsta tiden.

Har vården förenats med särskild utskrivningsprövning gäller att vården skall upphöra så snart det inte längre till följd av den psykiska störningen hos patienten, som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning, finns risk för att denne återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag och det inte heller annars med hänsyn till hans psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (16 §). Frågan om upphörande av rättspsykiatrisk vård i de fall vården är förenad med särskild utskrivningsprövning prövas av länsrätten efter anmälan av chefsöverläkaren senast inom fyra månader räknat från den dag då domstolens beslut blivit verkställbart. Därefter skall anmälan göras inom sex månader från den dag då rätten senast meddelade beslut i frågan.

I 18 § LRV räknas de beslut av chefsöverläkaren som patienten kan överklaga upp, bl.a. beslut om intagning och avslag på en begäran att vården skall upphöra. Patienten får även överklaga Kriminalvårdsstyrelsens respektive Statens Institutionsstyrelses beslut om inskränkningar i bl.a. rätten att ta emot eller skicka försändelser och tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Allmän åklagare får överklaga beslut av länsrätten att patienten får vistas utanför sjukvårdsinrättningens område, beslut av länsrätten att delegera beslutanderätten till chefsöverläkaren om patienten skall få vistas utanför sjukvårdsinrättningens område samt beslut om att vården skall upphöra (20 § LRV).

I 21–30 §§ finns övriga bestämmelser. Bl.a. regleras frågor om patientnämnd, stödperson och handläggningen i domstol.

Prop. 1999/2000:44

#### **4.1.3 Hälsa- och sjukvårdslagen (1982:763)**

Varje vårdgivare skall bedriva sin hälso- och sjukvård så att den uppfyller de krav på en god vård som anges i 2 a § Hälsa- och sjukvårdslagen (HSL). Av bestämmelsen framgår bl.a. att vården skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården. Vidare anges att vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Det fastslås att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall utformas och genomföras i samråd med patienten samt att patienten om det inte är uppenbart obehövt, snarast skall, ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd. Patienten skall ges upplysningar om detta tillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Om upplysningar inte kan lämnas till patienten skall de i den mån hinder inte föreligger från sekretessynpunkt i stället lämnas till en närstående till patienten. De krav som anges för hälso- och sjukvården i HSL innebär således att vården som huvudregel skall ges med patientens informerade samtycke samt att vården skall ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och tillgodose hög patientsäkerhet.

#### **4.1.4 Socialtjänstlagen (1980:620)**

Socialtjänstlagen (SoL) är en ramlag som anger mål och riktlinjer för den sociala omsorgen i sin helhet. Dessutom finns särskilda bestämmelser om vissa grupper, däribland psykiskt funktionshindrade. Av 3 § SoL framgår det att det är kommunen som har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Kommunens insatser skall enligt 21 § SoL göra det möjligt för människor med funktionshinder att så långt som möjligt leva som andra och tillsammans med andra.

### **4.2 Internationella förhållanden**

#### **4.2.1 Nordiska länder**

##### *Danmark*

I Danmark regleras tvångsvården i lagen om frihetsberövande och annat tvång i psykiatri från år 1989. Där föreskrivs bl.a. att användningen av tvång skall begränsas så långt det är möjligt, och att om en mindre ingripande åtgärd är tillräcklig skall denna användas (4 §). Förutsättningarna för tvångsvård är att patienten är sinnessjuk eller befinner sig i ett tillstånd som kan jämföras med sinnessjukdom (5 §). Dessutom krävs att det är oförsvarligt att inte frihetsberöva vederbörande för behandling beroende av att 1) utsikterna till tillfrisknande eller en betydlig förbättring av till-

ståndet annars kommer att försvåras, eller 2) personen innebär en väsentlig fara för sig själv eller annan.

I likhet med i svensk lagstiftning stadgas även ett krav på tvåläkarprövning och en möjlighet till konvertering. Vidare skall en patientrådgivare utses för varje patient som blir tvångsintagen för psykiatrisk vård (24 §). Enbart korta permissioner får förekomma. Det stadgas även att överläkaren fortlöpande skall pröva om förutsättningarna för tvångsvård fortfarande består. Överläkaren beslutar även om när utskrivning skall ske. Tvångsintagningen prövas av domstol efter anmodan av patienten, och behandlingen och tvångsåtgärder kan överklagas till Sundhetsväsendets patientklagenämnd som är en motsvarighet till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Beträffande psykiskt störda lagöverträdare krävs utöver sinnessjukdom eller liknande, att lagöverträdaren av detta skäl också är otillräknelig. Den sinnessjuka kan då bli föremål för "särreaktioner" (saerforanstaltningar) som t.ex. förvaring vid mycket allvarliga brott.

### *Norge*

Den norska lagstiftningen på detta område är lagen om psykisk helsevern från år 1961. Förutsättningar för tvångsvård är att patienten har en allvarlig "sinnslidelse" samt att en intagning bedöms nödvändig med hänsyn till den sjukes sinnestillstånd 1) för att förhindra att sjukdomstillståndet försämras eller att utsikterna till väsentlig förbättring blir sämre, eller 2) för att den sjuke utgör en väsentlig fara för sig själv eller annan.

Överläkaren beslutar om utskrivning och patienten kan få beslut om intagning och utskrivning överprövade av kontrollkommissionen. Vidare är konvertering inte tillåten enligt norsk lagstiftning. Tvångsvården kan ges antingen på sjukvårdsinrättning eller i öppen vård.

År 1998 lades fram ett förslag till lag om psykiatrisk vård utan samtycke, som ännu ej har lett till lagstiftning men legat till grund för fortsatt utredning om lagstiftning på detta område.

En psykiskt störd lagöverträdare kan dömas till en särreaktion – "sikring", under förutsättning att det bedöms finnas risk för återfall i ny brottslighet.

### *Finland*

En ny finsk mentalvårdslag trädde i kraft den 1 januari 1991. Förutsättningarna för tvångsvård är 1) att det konstateras att patienten är mentalt sjuk, 2) att patienten på grund av mentalsjukdom har sådant behov av vård att hans mentalsjukdom väsentligt skulle äventyra hans eller andras hälsa eller säkerhet om han inte får vård, och 3) att inga andra mentalvårdstjänster är lämpliga eller att de är otillräckliga.

För utredning av om det finns förutsättningar för beslut om tvångsvård kan patienten intas för observation under fyra dagar, under förutsättning att det finns en observationsremiss utfärdad av sjukhusläkare vid en undersökning utförd senast tre dagar tidigare. Efter observationstiden skall

ett utlåtande avges till grund för beslut i frågan om tvångsvård. Tvångsvården får pågå högst i tre månader. Om tvångsvården skall fortsätta därefter måste ett nytt observationsutlåtande utfärdas för att klarlägga om förutsättningar för beslut om vård oberoende av patientens vilja fortfarande föreligger. Med stöd av ett beslut om fortsatt tvångsvård får patienten vårdas högst sex månader. Ytterligare förlängning kan beslutas endast efter en förnyad observationsundersökning. Beslut om intagning för tvångsvård fattas av psykiatrisk överläkare. Ett beslut om fortsatt vård skall genast underställas länsrätten.

#### 4.2.2 Vissa andra europeiska länder

##### *Storbritannien*

Den brittiska psykiatrilagen (Mental Health Act) är från år 1983. De förutsättningar som skall vara uppfyllda för tvångsintagning är att patienten skall ha en psykisk störning, att det skall vara sannolikt att behandlingen kommer att förbättra eller förhindra ytterligare försämring av patientens tillstånd och att behandlingen skall vara nödvändig för patientens hälsa eller säkerhet eller för skyddet av andra personer. Patienten får hållas tvångsintagen i sex månader. Under de två sista månaderna skall ansvarig läkare undersöka patienten och pröva om förutsättningarna för fortsatt tvångsintagning är uppfyllda. Tvångsintagningen kan förlängas med sex månader och därefter med ett år åt gången. Det pågår för närvarande en översyn av Mental Health Act.

##### *Nederländerna*

Nederländerna har sedan år 1994 en ny mentalvårdslag. Enligt nederländsk rätt beslutar domstol om intagning för psykiatrisk tvångsvård efter ansökan av statsadvokaten och på begäran av patientens närstående eller kurator eller övervakare. Beslut om tvångsintagning får fattas under förutsättning att patientens psykiska störning utgör en fara och att denna fara inte kan förhindras på annat sätt än genom tvångsintagning. Vidare finns regler som klargör patientens rättigheter under tvångsvården, bl.a. regler om rörelse och korrespondensfrihet och möjligheter att använda mekaniska tvångsåtgärder såsom fastspänning. Dessutom finns regler om att en vårdplan skall utarbetas för varje patient. Patienten kan få en betrodd person utsedd som bevakar hans eller hennes intressen under tvångsintagningen. Denna person skall ge råd och vägledning till patienten särskilt när det gäller att ta till vara patientens rättigheter enligt mentalvårdslagen.

##### *Frankrike*

Den franska psykiatrilagstiftningen är från år 1990 och intagen i avdelning IV i code de la santé publique, lag nr 90-527. Enligt denna kan läkare fatta beslut om tvångsintagning endast efter begäran av tredje man. Sådant beslut får fattas om det till följd av den psykiska störningen inte är

möjligt för patienten att ge samtycke eller om patientens tillstånd nödvändiggör akut behandling och vård med fortlöpande tillsyn på sjukhus. Tvångsintagning får beslutas under förutsättning att patienten har en psykisk störning som utgör en fara för offentlig ro och ordning eller andra personers säkerhet. Behovet av tvångsintagning skall inom 24 timmar efter intagningen bekräftas av ett nytt läkarutlåtande som fastslår patientens psykiska tillstånd. Den som är tvångsintagen kan få sin sak prövad av domstol.

### *Italien*

Den italienska psykiatrilagstiftningen utgörs i huvudsak av lag 189/1978 om frivillig och tvingande medicinska undersökningar och behandlingar. Tvång får användas beträffande personer med psykisk störning endast om det föreligger en sådan psykisk störning att akut terapeutisk intervention är nödvändig och under förutsättning att patienten inte accepterar denna och att förhållandena och omständigheterna är sådana att lämplig och adekvat medicinsk behandling inte kan ges utanför sjukhus.

Beslut om tvångsintagning fattas av ordföranden i kommunen på förslag av läkare. Om tvångsintagningen skall vara längre än sju dagar fattas beslutet av en särskilt utnämnd domare. Beslutet kan prövas av domstol.

## **4.2.3 Konventioner och rekommendationer**

### *Europakonventionen om mänskliga rättigheter*

I artikel 3 i Europakonventionen fastslås att ingen får utsättas för tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Artikel 3 förbjuder inte att tvång används med lagligt stöd, t.ex. för att genomföra nödvändig psykiatrisk behandling. Regler för användning av tvångsåtgärder på sjukvårdsinrättning måste dock hållas inom den ram som anges i artikel 3. Tvångsåtgärderna får således inte vara av den art eller användas på sådant sätt eller under sådana omständigheter att de utgör en omänsklig eller förnedrande behandling av patienten.

I artikel 5:1 i Europakonventionen slås fast att var och en har rätt till frihet och personlig säkerhet. Ingen får berövas sin frihet utom i de fall som anges i artikeln och i den ordning som lagen föreskriver. Den som är psykisk sjuk kan enligt artikel 5:1 e) berövas friheten med stöd av lag och i den ordning som lagen föreskriver.

Av artikel 5:4 Europakonventionen framgår att var och en som berövas friheten skall ha rätt att få sin sak prövad av domstol.

Europadomstolen har i ett mål (Johnson mot Storbritannien, dom den 24 oktober 1997) som rörde psykiatrisk tvångsvård framhållit bl.a. att enligt dess praxis kan en person inte anses ha en "unsound mind" och bli berövad sin frihet om inte tre minimikrav är uppfyllda. För det första måste det tillförlitligen visas att patienten är psykiskt sjuk, för det andra måste den psykiska störningen vara av sådan art och grad att det är på-

kallat med tvångsintagning och för det tredje måste ett fortsatt frihetsberövande motiveras av att störningen kvarstår.

Enligt artikel 8:1 har var och en rätt till skydd för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Tvångsmedicinering, avskiljning, fastspänning och besöksförbud vid vård enligt LPT och LRV är exempel på åtgärder som inskränker rätten till skydd för privatlivet. Inskränkningar i det i artikel 8:1 föreskrivna skyddet kan enligt artikel 8:2 godtas endast under förutsättning att de har stöd i lag och om de i ett demokratiskt samhälle är nödvändiga med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välbefinnande eller till förebyggande av oordning eller brott eller till skydd för hälsa eller moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

### *Europarådets rekommendationer*

Europarådets rekommendation för utformningen av regler om psykiatrisk tvångsvård, *Recommendation No. R (1983) 2*, innehåller bestämmelser för skydd av personer med psykisk störning som intas för psykiatrisk vård utan samtycke. Intagning för tvångsvård får enligt rekommendationen ske 1) om patienten till följd av sin psykiska störning utgör en allvarlig fara för sig själv eller någon annan, eller 2) om patienten kan antas få sitt tillstånd avsevärt försämrats eller hindras att få den vård som han behöver om intagning på vårdinrättningen inte kommer till stånd. Ett beslut om intagning för tvångsvård skall fattas av domstol eller annat beslutande organ som föreskrivs i lag.

En bärande princip i Europarådets rekommendation är att en tvångsintagen patient skall ha rätt att bli behandlad under samma etiska och vetenskapliga betingelser som andra sjuka personer. Enligt rekommendationen skall inskränkningar i den intagnes personliga frihet begränsas till sådana som är nödvändiga med hänsyn till patientens hälsotillstånd och för att behandlingen skall bli framgångsrik. Den intagnes rätt att kommunicera med berörda myndigheter, med ett juridiskt biträde eller andra personer som är behjälpliga vid prövning av intagningen får inte inskränkas. Den intagne skall vidare ha rätt att sända brev utan föregående censur. När Europarådets rekommendationen antogs av Ministerkommittén år 1983 reserverade sig Sverige mot bestämmelsen om förbud mot censur av brev som en patient avsänder.

Europarådets parlamentariska församling har antagit och förelagt Ministerkommittén *Recommendation 1235 (1994) on psychiatry and human rights* som föreslås ersätta *Recommendation No. R (1983) 2*. I den föreslås bl.a. att psykokirurgiska ingrepp och ECT-behandling endast skall få utföras om det finns skriftligt informerat samtycke av patienten eller ställföreträdare och om beslutet har blivit bekräftat av "a select committee not composed exclusively of psychiatric experts". I rekommendationen anges också att beslut om intagning för psykiatrisk tvångsvård skall fattas av en domare och att det enligt lag måste finnas en rätt att överklaga beslutet. Arbetet med den nya rekommendationen pågår inom en expertkommitté under Europarådets Ministerkommitté. Denna har dock



ännu inte slutbehandlat förslaget utan väntas göra det tidigast under år 2000, varefter sedvanlig behandling i Ministerkommittén vidtar. Prop. 1999/2000:44

### *FN-konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter*

Flera av de centrala regler som finns införda i FN:s internationella konvention om medborgerliga och politiska rättigheter från år 1966 motsvarar reglerna i Europakonventionen. T.ex. innehåller artikel 7 i FN-konventionen en regel som motsvarar förbudet mot tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning enligt artikel 3 i Europa-konventionen.

I artikel 9:1 fastslås att envar har rätt till frihet och personlig säkerhet och att ingen får berövas sin frihet utom på sådana grunder och i sådan ordning som föreskrivs i lag. Enligt artikel 9:4 skall var och en som berövas friheten ha rätt att få lagligheten av frihetsberövandet prövad av domstol.

Artikel 10 innehåller bl.a. bestämmelser om behandlingen av personer som är frihetsberövade. Det fastslås att ”envar som berövats sin frihet skall behandlas humant och med aktning för människans inneboende värde”.

### *FN:s principer för skydd av personer med psykisk störning och förbättring av psykiatrisk vård*

FN:s generalförsamling antog år 1991 en resolution med 25 principer för vården av personer med psykisk störning. Principerna anger vissa rättigheter som får inskränkas endast på grunder som föreskrivs i lag och om det är nödvändigt med hänsyn till patientens eller någon annans hälsa eller personliga säkerhet eller annars med hänsyn till samhällsskyddet eller andras grundläggande fri- och rättigheter.

Tvångsvård kan enligt resolutionen ges när det från medicinsk synpunkt anses oundgängligen nödvändigt för att förhindra omedelbar eller överhängande fara för att patienten eller någon annan skall ta skada. Såväl behandling som omvårdnad av varje patient skall baseras på en individuellt anpassad plan. Vårdplanen skall upprättas i samråd med patienten, utvärderas vid återkommande tillfällen, revideras vid behov och genomförs av kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal.

#### **4.2.4 Etiska riktlinjer**

Den s.k. *Hawaii-deklarationen* som antogs av World Psychiatric Association år 1977 och reviderades år 1983 är en internationell konvention med etiska riktlinjer för behandlingen av personer med psykisk störning. I deklarationen fastslås bl.a. att psykiaterns mål är att främja hälsa, personlig självständighet och utveckling. En patient skall behandlas med omsorg och respekt för sin värdighet och rätt att bestämma över sitt eget liv och sin hälsa. Enligt Hawaii-deklarationen får ingen åtgärd eller behandling

företas mot patientens vilja, såvida inte patienten på grund av psykisk sjukdom är ur stånd att avgöra sitt eget bästa och sannolika skäl talar för att patienten eller någon annan kommer att åsamkas allvarligt men om behandlingen uteblir. Så snart det inte längre finns förutsättningar för tvångsbehandling skall psykiatern häva tvånget i behandlingen. Psykiatern skall informera patienten och dennes närstående om hur tvångsomhändertagandet kan överklagas, liksom om hur andra klagomål som hänför sig till hans eller hennes välbefinnande kan framföras. I deklARATIONEN fastslås att en psykiater inte bör medverka i tvångsbehandling om det inte föreligger en psykisk störning och att han eller hon bör neka att samarbeta om det företas något som strider mot vetenskapliga eller etiska principer.

Hawaii-deklARATIONEN har på nytt uppdaterats genom 1996 års s.k. *Madrid-deklARATIONEN*. Madrid-deklARATIONEN tar särskilt upp patientens rätt att vara en likvärdig part i den terapeutiska processen.

## 5 Allmänna utgångspunkter

### 5.1 Utvecklingen av tvångsvården

Antalet vårdtillfällen per år minskade kraftigt då de nya lagarna infördes den 1 januari 1992. Därefter har antalet vårdtillfällen långsamt ökat även om den uppåtgående trenden nu ser ut att stagnera. Vårdtiderna har blivit allt kortare vilket visar sig i att antalet LPT-vårdade minskat konstant sedan år 1991.

Socialstyrelsen har för Tvångspsykiatrikommitténs räkning genomfört en insamling av uppgifter om alla avslutade vårdtillfällen enligt LPT under perioden den 1 oktober 1996 till den 31 mars 1997. Under perioden rapporterades 3 896 avslutade vårdtillfällen, varav 3 347 vårdtillfällen kunde utgöra undersökningsmaterial.

I sjutton procent av vårdtillfällena hade konvertering enligt 11 § LPT inlett tvångsvården.

Trettiofem procent av vårdtillfällena avslutades inom fjorton dagar och nästan två tredjedelar var kortare än fyra veckor trots att eventuell permission räknades in. De regionala skillnaderna var dock påtagliga.

Vid flertalet vårdtillfällen uppgavs att behandlingsplan var upprättad. Endast i tolv procent av vårdtillfällena var en stödperson utsedd men i de fall vården pågick över 300 dagar hade tjugotre procent stödperson.

Avskiljning (isolering) skedde vid två procent av vårdtillfällena medan tvångsmedicinering tillgreps vid trettio procent av vårdtillfällena, i synnerhet i det inledande skedet. Depåinjektioner utgjorde fyrtiotvå procent av all tvångsmedicinering. Fastspänning med bälte skedde i tio procent av vårdtillfällena. I hälften av fallen handlade detta om ett enstaka tillfälle i mindre än fyra timmar under inledningsfasen av vården.

Nitton procent av vårdtillfällena avslutades med permission till vårdtidens slut. En tredjedel av permissionerna pågick mindre än två veckor. Endast två procent av alla vårdtillfällen avslutades med permissioner som

var längre än tre månader medan fyrtiosex procent av vårdtillfällena övergick i fortsatt frivillig slutenvård.

Socialstyrelsen genomförde även en inventering av alla de patienter som hade permission i mer än 72 timmar den 30 september 1996 och som var inskrivna enligt LPT eller LRV. Resultatet blev att mer än en fjärdedel av alla vid denna tidpunkt inskrivna patienter som vårdades enligt LRV var på permission vid inventeringstillfället (283 patienter). Av LRV-patienterna med särskild utskrivningsprövning (vilket inkluderar de s.k. O-fallen) hade majoriteten (57 %) en vårdtid över tre år och nästan hälften av dem med vårdtid över tre år hade haft permission i mer än ett år.

För femton av LRV-patienterna med särskild utskrivningsprövning angavs samhällsskyddet utgöra huvudskälet för den fortsatta tvångsvården.

Det förhållandet att en så stor andel av de permitterade LRV-patienterna var permitterade till eget hem eller till enskilt vårdhem talar, enligt Tvångspsykiatrikommittén, för att det alltjämt finns svårigheter att få stöd i ett kommunalt särskilt boende för LRV-patienter.

Tvångspsykiatrikommittén har också genomfört en målundersökning i samtliga länsrätter. Målundersökningen har avsett samtliga psykiatrimål som avgjordes i länsrätterna fr.o.m. den 4 t.o.m. den 22 november 1996, eller totalt 267 LPT-mål och 331 LRV-mål. Domstolsverket utförde en motsvarande undersökning som omfattade 280 LPT-mål och 289 LRV-mål under perioden den 8 till den 26 februari 1993.

Det totala antalet psykiatrimål har minskat sedan Domstolsverkets utvärdering år 1993. Minskningen har skett för LPT-mål medan däremot antalet LRV-mål har ökat något.

Bifallsfrekvensen var hög i de mål som anhängiggjordes av chefsöverläkaren men relativt låg i de mål som anhängiggjordes av patienterna.

Förekomsten av offentliga biträden hade ökat i LPT-målen sedan år 1993 medan antalet offentliga biträden i LRV-mål var i stort detsamma år 1996 som år 1993. I LPT-mål förordnades offentligt biträde i 92 procent av målen och 17 av de 24 länsrätterna hade förordnat offentligt biträde i samtliga avgjorda LPT-mål. Endast fyra länsrätter hade förordnat offentligt biträde i låg utsträckning och dessa länsrätter hade under den undersökta perioden haft få mål.

När det gällde LRV-mål förekom offentligt biträde i betydligt lägre utsträckning än i LPT-mål. Det fanns dock även när det gällde LRV-mål skillnader mellan de olika länsrätterna.

Precis som vad gäller avseende LPT-mål hade de länsrätter som förordnat offentligt biträde i låg utsträckning endast haft få mål och det kan vara svårt att dra slutsatser av dessa. Utvärderingen har även visat att det är vanligt förekommande att länsrätterna utser samma offentliga biträde för samtliga patienter under en förhandlingsdag.

När det gäller förekomsten av sakkunnig i målen förekom stora skillnader mellan länsrätterna. Vissa länsrätter förordnade i princip alltid sakkunnig medan andra länsrätter mycket sällan förordnade sakkunnig. Utvärderingen visade att den sakkunniges inställning i målet i hög grad överensstämde med chefsöverläkarens inställning.

Åklagarna yttrade sig i LRV-målen i högre utsträckning under år 1996 än under år 1993. Överensstämmelsen mellan åklagarnas inställning i

målen och chefsöverläkarnas inställning i målen var relativt stor. Som framkommer av de allmänna synpunkterna från länsrätterna är det dock ett problem att få ett fylligt yttrande av åklagarna i LRV-mål på grund av den korta tidsfristen i målen.

## 5.2 Synpunkter på nuvarande lagstiftning

Tvångspsykiatrikommittén genomförde bland annat en hearing med patienter och anhöriga varvid de fick tillfälle att redovisa sin syn på dagens lagstiftning samt på den psykiatriska vården i allmänhet.

Även polismyndigheterna och länsrätterna fick tillfälle att till kommittén inkomma med synpunkter på lagstiftningen.

I det följande skall delar av dessa synpunkter redovisas.

### 5.2.1 Patienterna

Bemötandet inom vården är mycket viktigt, eftersom dåliga erfarenheter vid ett tidigare vårdtillfälle kan leda till att patienter som insjuknar vid ett senare tillfälle inte söker vård i tid. Många av patienterna är mycket kritiska till vårdens innehåll. Det framförs bl.a. att avdelningarna ofta är stora och att miljön ibland är så orolig att sjukdomstillståndet förvärras. Patienterna upplever ofta ett stort ointresse från vårdpersonalens sida. Flera patienter uppger att det är mycket svårt känslomässigt att tas in för tvångsvård. Deras uppfattning är att beslut om tvångsvård ofta fattas utan att den enskilde patienten först blir tillfrågad om han går med på frivillig vård. Själva intagningsförfarandet upplevs som en grov kränkning av den personliga integriteten, som i sig kan förvärra sjukdomstillståndet. Man inser dock att det är ett svårt arbete för personalen inom den psykiatriska vården. Klimatet mellan patienter och personal är stundtals mycket hårt. Patienterna framför vidare att man från vårdpersonalens sida inte ger sig tid att lyssna på patienter och anhöriga. Kravet på en vårdplan uppfylls sällan. Inom allmänpsykiatrin har det dock skett en positiv utveckling, men det är mer tveksamt om detsamma gäller inom rättspsykiatrin.

Medicinering och biverkningar av medicin är ett stort problem för många patienter. Från patienthåll framförs att det brister i informationen från vårdpersonalen när det gäller mediciner och biverkningar. Patienterna anser att man från läkarnas sida borde ta större hänsyn till den enskilde patientens inställning när det gäller medicinering. Informationen till patienterna är över huvud taget mycket dålig och det är t.ex. vanligt förekommande att patienterna inte får veta att de har skrivits ut från tvångsvård till frivillig vård.

Vidare anser man att nu gällande permissionsbestämmelser är ett bättre system än det tidigare systemet med försöksutskrivningar och att det har blivit större rättssäkerhet efter att LPT trätt i kraft samt att det är bra att få ett offentligt biträde som hjälper till med de rättsliga angelägenheterna.

Patienterna tycker att det är mycket värdefullt med en stödperson som är fristående från vårdorganisationen. Stödpersonen har stor betydelse bl.a. för att han kan ta med patienten ut från vårdavdelningen och hitta på

saker tillsammans med patienten. Stödpersonen kan också hjälpa till med att överklaga beslut till länsrätten och vara närvarande vid domstolsförhandlingen.

Flera patienter uppger att stödet efter utskrivning från tvångsvården är alltför bristfälligt. Patienterna skrivs ut och kommer hem till en tom lägenhet. Ofta kvarstår problemen efter utskrivningen. De uppger också att det är viktigt att en psykiskt sjuk person får hjälp i tid på frivillig väg när symtomen på sjukdomen börjar göra sig gällande så att en tvångsintagning kan förhindras. Det finns nämligen stor risk för att patienten "går ner sig" vid en tvångsintagning och det är därför av största vikt med så få vårdtillfällen som möjligt. Från patienterna betonas även att det för att uppfylla lagens högt ställda krav på rättssäkerhet är nödvändigt att tillsynsfunktionen fungerar, men att det här finns klara brister.

### 5.2.2 Anhöriga

Inställningen från de anhöriga är att vården så långt det är möjligt skall ske på frivillig väg. Om det inte går att motivera patienten till frivillig vård måste det dock, om så är nödvändigt, finnas en möjlighet till tvångsintagning. De anhöriga framför att det ofta kan vara svårt att få vård i tid. Om vård inte kommer till stånd kan detta leda till våld mot anhöriga och att den psykiskt sjuke begår brott på grund av sitt sjukdomstillstånd. Erfarenheten hos de anhöriga visar emellertid att polis och åklagare inte vidtar någon åtgärd när det rör sig om ett brott av en psykiskt sjuk person.

Flera anhöriga berättar om att när deras psykiskt sjuka anhöriga insjuknat har det dröjt så lång tid till dess att ett beslut om tvångsvård fattats att, när intagningen slutligen skedde, var de sjukas tillstånd så dåligt att det var svårt att få dem återställda igen. De är kritiska till vårdens innehåll och anför att den vård som bedrivs för psykiskt sjuka är dålig på de flesta platser i Sverige. Vården består enbart i medicinering och ibland deltagande i arbetsterapi. Någon samtalsterapi förekommer som regel inte. Ibland framstår vistelsen som förvaring utan vårdinnehåll. Patienterna har ofta inget inflytande när det gäller sin medicinering. Även de anhöriga har svårt att göra sin röst hörd när det gäller vårdens innehåll. Det framförs att det vore bra om patienterna kunde ha någon form av förtroendeläkare. En annan brist inom vården är att vårdplan ofta saknas. Vidare uppges att kommunikationen mellan vårdpersonalen och de anhöriga är dålig. Så länge man som anhörig är positiv och kravlös blir man bemött på ett bra sätt men om man som anhörig ställer krav vänder personalen sida och hänvisar till sekretessen. Största felet hos personalen är bristen på empati. Personalen vill inte engagera sig och uppträder därför avvisande. Det framförs att informationen till patienterna om deras rätt till stödperson inte alltid fungerar.

De anhöriga framför slutligen att det finns stora brister när det gäller patienternas möjligheter till stöd och hjälp efter utskrivning. Ett bristfälligt stöd, där patienten kanske efter en lång vårdtid skrivs ut till en tom lägenhet utan någon mat hemma eller något stöd från anhöriga, kan medverka till att patienten snabbt återinsjuknar och måste tas in på nytt. De

### 5.2.3 Polismyndigheterna

Polismyndigheternas uppgifter i samband med psykiatrisk tvångsvård inskränker sig till att under vissa omständigheter vara behjälpliga med transport eller omhändertagande av personer som kan bli aktuella för tvångsomhändertagande.

Alla tillfrågade polismyndigheter uppger att en begäran om handräckning bör vara skriftlig. I brådskande fall kan dock även en muntlig begäran godtas.

Begäran om handräckning prövas utifrån formella grunder. Prövningen omfattar lagligheten, dvs. om den sökta åtgärden ryms inom den aktuella bestämmelsen (47 § LPT) och om sökanden har befogenhet att ansöka om handräckning.

Polismyndigheterna anför att polismännen så långt det är möjligt bär civil klädsel vid genomförandet av handräckningen. Vid personalbrist förekommer emellertid att personalen bär uniform. Det är mycket ovanligt att sjukvårdspersonal följer med vid genomförandet av handräckningen.

De flesta av polismyndigheterna anger att det är sällan förekommande att biträde av polisen begärs utan att det framstår som nödvändigt. Polismyndigheten i Stockholms län har dock en annan erfarenhet.

Polismyndigheten i Stockholms län anför vidare att det framgår av förarbetena att polishandräckning för en transport till en läkarmottagning inte bör komma i fråga såvida inte starka skäl föreligger. Detta tillämpas emellertid mycket sällan och förhållandet är i stället det att det i mycket stor omfattning begärs hämtning av personer för transport till sjukhus. Polismyndigheten anför att man har svårt att frigöra sig från känslan att begäran om handräckning många gånger styrs av ekonomiska bevekelsegrunder från sjukhusens sida.

Polisen stannar kvar på sjukvårdsinrättningen om ansvarig läkare begär att de skall göra det. Tidsutdräkten kan i flera fall vara väsentlig vilket kan vara svårt för polisen, eftersom det särskilt vid s.k. riskhelger kan vara svårt att ställa resurser till förfogande.

Polismyndigheten i Malmöhus län redogör för att man vid några tillfällen har varit med om att ansvarig läkare bett polis att omhänderta en redan frivilligt inlagd patient och föra vederbörande runt kvarteret för att sedan lämna av patienten vid akutmottagningen på baksidan av samma fastighet. En annan läkare har därefter skrivit ett vårdintyg. Avdelningsläkaren har tidigare bedömt att den frivilligt inlagda patienten är så sjuk att tvångsvård är nödvändig men att konvertering inte kan tillämpas.

### 5.2.4 Länsrätterna

Enligt 3 § LPT är en av förutsättningarna för att tvångsvård skall få ges att patienten motsätter sig sådan vård eller till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i

frågan. Från länsrättshåll har dock uppgetts att det förekommer att patienter medger att tvångsvård ges, vilket i princip innebär att tvångsvård inte får beslutas. Detta upplevs som ett problem av länsrätterna och anges som ett skäl till att samtyckesreglerna borde ses över av kommittén.

En annan kritik som framförs mot 3 § LPT är kriteriet för tvångsvård som uppställer kravet att patientens vårdbehov "inte kan tillgodoses på annat sätt än att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård". Eftersom patienten under pågående LPT-vård kan ha permission, ibland under lång tid, och därigenom vistas utanför sjukvårdsinrättningen menar man från flera länsrätter att detta står i strid med ordalydelsen i 3 § LPT.

Från en länsrätt har även framförts frågeställningen om ett nytt permissionsbeslut bör fattas, om rätten förlänger vårdtiden efter anmälan av chefsöverläkaren i det fall där patienten har fått beviljat permission till vårdtidens slut.

Bestämmelsen i 11 § LPT upplevs som ett problem av flera länsrättsdomare. Man har framfört att det upplevs som ett svårt beslut att häva tvångsvården för en person där förutsättningarna i 3 § LPT helt klart är uppfyllda, men där farlighet vid konverteringstidpunkten inte kan anses ha förelegat.

Ett mål enligt LPT eller LRV tas upp till avgörande inom åtta dagar från det att ansökan eller skrivelsen med överklagandet kom in till länsrätten, den s.k. åttadagensregeln. Redan i Domstolsverkets utvärdering år 1993 var denna regel föremål för kritik från länsrätterna och även i den nu föreliggande målundersökningen är denna regel den som det från flera länsrätter framförs kritik mot. Kritiken innefattar att tidsfristen ofta och främst i LRV-mål, då yttrande skall inhämtas från åklagaren, är alltför kort. Även från åklagarhåll har framförts kritik mot denna regel. Ofta får åklagaren endast någon dag på sig att avge ett yttrande.

Enligt 36 § LPT och 21 § LRV skall muntlig förhandling hållas i länsrätterna i mål enligt dessa lagar om det inte är uppenbart obehövligt. Skrivningen i bestämmelsen innebär att muntlig förhandling i princip alltid måste hållas. Från länsrättshåll har framförts att det bör övervägas om kravet på muntlig förhandling bör vara så strikt. I vissa mål t.ex. när det är fråga om överklagande av beslut som återkommer kort tid efter en tidigare länsrättsprövning och där inget nytt har tillkommit bör muntlig förhandling enligt de synpunkter som framförts kunna undvaras. En annan typ av beslut där muntlig förhandling kan ifrågasättas är prövning av intagningsbeslut efter det att patienten har skrivits ut. Även i ett sådant fall uppställer lagen krav på muntlig förhandling. Detta kan i vissa fall ställa till praktiska problem eftersom det inte alltför sällan är svårt att få tag på patienten efter att utskrivning har skett.

Från länsrättshåll har även framförts att chefsöverläkaren bör vara motpart och ha rätt att överklaga beslut.

### 6.1 Patientens rättssäkerhet

Patientens rättssäkerhet måste vara av grundläggande betydelse vid utformningen av psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning. Det kan därför finnas anledning att något analysera vad detta begrepp innebär.

Någon direkt definition av begreppet rättssäkerhet finns inte i förarbetena till nuvarande lagstiftning men där betonas att det både för patienten och med hänsyn till allmänhetens förtroende är av största vikt att rättssäkerheten motsvarar högt ställda krav. Där sägs också att även om syftet med tvånget uteslutande är att bistå patienten, innebär frihetsberövande och behandling mot patientens vilja en inskränkning i skyddet för individens integritet, vilket kräver att lagregleringen anger grunderna för tvångsintagning och tvångsbehandling men också vilken ordning för kontroll och rättslig prövning som skall gälla.

I den juridiska doktrinen brukar det väsentliga innehållet i rättssäkerhetsbegreppet anses omfatta ett förutsägbarhetskrav. Rättsskipning och myndighetsutövning i en demokratisk rättsstat måste vara förutsägbar med stöd av rättsreglerna och att förutsägbarhetskravet är grundläggande för den formella rättssäkerheten.

Hovrättspresidenten Johan Hirschfeldt har i Sveriges Domareförbunds tidskrift 3/96 sammanfattat kärnan i rättssäkerhetsbegreppet på följande sätt:

- legalitetsprincipen (ingripande endast med stöd av klar och tydlig lag)
- fria och oavhängiga domstolar endast bundna av lag (maktdelning)
- likhetsprincipen
- rätt till domstolsprövning av ingripande åtgärder m.m.
- ej lagstiftning om enskilda fall eller enskilda personer
- förbud mot retroaktiv lag
- krav på full bevisning.

Filosofiprofessorn Torbjörn Tännsjö konstaterar i sin bok "Tvång i vården" att begreppet rättssäkerhet trotsar alla försök till precisa definitioner. Han anger dock några villkor som skall vara uppfyllda för att en tvångslag med fog skall sägas respektera idealet. Han anger att lagen bör vara utformad i klara ordalag, att den bör kännetecknas av konsekvens, att den skall ha en enhetlig utformning och att den skall göra det förutsägbart om i ett konkret fall tvångsåtgärder kan komma i fråga. Tännsjö anger vidare att den rättsliga processen bör ge utrymme för prövning i en opartisk domstol av tvångsbeslut, och prövningen skall komma till stånd utan oskäligt dröjsmål. Den som blir föremål för tvånget skall ha rätt till sakkunnigt ombud och ombudet skall ha tillgång till allt beslutsunderlag, som rätten har att ta ställning till. Så långt skäligen sekretesshänsyn medger det bör processen också vara öppen för offentlig insyn.

Det förekommer också att rättssäkerhet definieras utifrån delvis andra utgångspunkter, såsom rätten för tredje man att slippa bli utsatt för brott eller rätten för patienten att i sitt eget intresse erhålla tvångsvård mot sin vilja.



"När det gäller tvångsingripanden mot psykiskt störda personer aktualiseras även frågor som rör rättssäkerheten beträffande den enskildes anspråk på skydd, trygghet och effektiv vård och behandling enligt den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Rättssäkerheten avser även tredje mans krav på skydd och trygghet. LPT och LRV ger lagligt stöd för att ge psykiatrisk vård under administrativt eller straffrättsligt frihetsberövande. En lag som reglerar sådan myndighetsutövning skall tillgodose tre grundläggande krav som ställts på rättssäkerhet: Förutsägbarhet, rättslig kontroll och enhetlig rättstillämpning (lika behandling). LPT och LRV innehåller materiella och processuella regler som dels skall tillgodose dessa rättssäkerhetskrav, dels skall tillgodose den offentliga tillsynen, dels skall tillgodose att den enskilde blir informerad om rätten att överklaga beslut och på annat sätt föra sin talan."

När det gäller tvångsingripanden mot psykiskt störda personer finns det enligt tvångspsykiatrikommittén anledning att se på rättssäkerheten i ett vidare perspektiv än det rent juridiska. Kommittén anför vidare att till rättssäkerhet i vid mening bör höra patientens anspråk på skydd, trygghet samt en effektiv vård och behandling. Det ligger inte alltid i patientens intresse att slippa tvång eller tvångsåtgärder; en tvångslagstiftning får inte vara så snäv att den omöjliggör för en patient som saknar sjukdomsinsikt att få den vård och behandling han eller hon som behöver. Det kan också sägas ligga i patientens intresse att genom tvångsvård hindras från att begå gärningar som kan skada både honom själv, anhöriga eller andra. Vid sådana överväganden måste dock givetvis patientens krav på självbestämmande och integritet respekteras.

Enligt regeringens uppfattning bör dock rättssäkerhetsbegreppet när det gäller sådana kraftfulla ingrepp i den personliga integriteten som ett tvångsomhändertagande ges den mer inskränkta betydelse som används i tidigare nämnda definitioner.

Att den vidare definitionen som bl.a. kommittén tillämpar däremot självfallet måste beaktas vid den närmare utformningen av lagstiftningen är en annan fråga som snarare ryms inom begreppet rättstrygghet.

Ett av huvudsyftena med den nya lagstiftningen var att stärka patientens rättssäkerhet. Enligt uppgifter från bl.a. RSMH upplever också patienterna att deras rättssäkerhet har stärkts genom den nya lagstiftningen.

## 6.2 Psykiatrireformen

I maj 1999 överlämnade Socialstyrelsen Valfärd eller valfrihet? Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform till regeringen. Reformen som endast delvis berör frågor om psykiatrisk tvångsvård har av många ansetts symbolisera de senaste årens utveckling inom vård och omsorg för psykiskt sjuka eller funktionshindrade.

Av Socialstyrelsens rapport framgår bland annat följande. Reformen syftar till att förbättra psykiskt funktionshindrade personers situation i samhället genom att bland annat stimulera utbyggnaden av bostäder och

utveckla dagliga verksamheter. Genom ökad delaktighet, bättre vård och socialt stöd skall levnadsförhållanden och livsvillkor förbättras.

Psykiatrireformen innebär – benämningen till trots – ingen reformering av den specialiserade psykiatrin utan är ett försök att förbättra livsvillkoren för de psykiskt funktionshindrade ute i samhället. Den målgrupp som omfattas av reformen är en mindre del av psykiatrins patientpopulation. De flesta patienter med psykiatrisk problematik söker sig till primärvården. Av dem som den specialiserade psykiatrin har kontakt med utgör reformens målgrupp numerärt en minoritet. Men vården och omhändertagandet av denna grupp har varit behäftad med så allvarliga brister att regering och riksdag genom den s.k. psykiatrireformen skapade förutsättningar för att förbättra situationen för målgruppen. Reformen förutsätter ett förändringsarbete inte bara inom socialtjänsten utan också inom psykiatrin.

Reformer av denna omfattning behöver tid för att slå igenom och samlade effekter blir synliga först efter flera år. Det kan vara svårt att avgöra vilka förändringar som är ett resultat av reformen och vilka som orsakats av andra omvärldshändelser. Till exempel har socialtjänsten och psykiatrin de senaste åren fått vidkännas stora besparingar. Utvärderingen visar att psykiatrireformen har fått en god start men ännu inte "satt sig". Tillämpningen av den ett år äldre LSS-lagstiftningen har inte heller fullt ut funnit sina former. Det är därför viktigt att reformarbete kan fortsätta på bred front både lokalt och nationellt.

Lagen (1993:347) om stöd och service till vissa funktionshindrade har funnits i drygt fem år, men trots det är antalet personer i målgruppen som fått insatser enligt denna rättighetslag fortfarande mycket lågt. Det finns enligt kommunernas egna bedömningar många som har behov av insatser enligt LSS men som inte sökt eller inte fått sådana. Bristande kunskap om det psykiatriska funktionshindret liksom behovet för många i målgruppen att ha ett personligt stöd i ansökningsprocessen är några faktorer bakom det aktuella förhållandet. Utvärderingen visar bland annat att tvångsvård enligt LPT eller LRV ofta anses utgöra hinder för insatser enligt LSS.

Det förekommer brister i planeringen och samverkan mellan främst socialtjänst och psykiatri när individers vårdssituation förändras. Samverkan mellan socialtjänsten och sjukvården fungerar mindre bra vad gäller t.ex. unga nyinsjuknade, tvångsvårdade personer och äldre med psykiska problem. Bättre samverkan behövs inte bara mellan socialtjänst och psykiatrisk slutenvård utan också mellan socialtjänst och psykiatrisk öppenvård. Samverkansbrister beror ofta på avsaknad av ett gemensamt förhållnings sätt och en gemensam kunskapsbas. Gemensamma lokala överenskommelser som styr det praktiska samarbetet i bl.a. dessa situationer saknas på många håll. Utvärderingen visar också att:

- huvudmännen bedömer att den s.k. tremånadersregeln som gäller för det kommunala betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade inte längre fyller någon funktion i det praktiska arbetet
- in och utskrivningar i den psykiatriska slutenvården inte alltid föregås av den planering och samverkan som förutsätts enligt Socialstyrelsens

föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering (SOSFS 1996:32)

- samverkan vid tvångsvård inte alltid fungerar. Kommunernas ansvar för personer som tvångsvårdas enligt LPT eller LRV uppfattas som oklart t.ex. vid permissioner.

Både Socialstyrelsens regionala tillsyn över hälso- och sjukvården och länsstyrelsernas tillsyn pekar på vissa problem som har sin grund i dels de särskilda förutsättningar som råder i glesbygd när det gäller tillgång till adekvata psykiatriska resurser dels tillståndsgivning för enskild verksamhet. Ett par gränsdragningsfrågor som varit aktuella för tillsynsverksamheterna har varit ansvaret för medicinskt färdigbehandlade personer och ansvaret för sociala insatser vid psykiatrisk tvångsvård.

När samverkan inte utvecklas blir konsekvensen negativ för den enskildes livssituation och det leder också till onödigt dyra och ineffektiva insatser. Kärnan i psykiatrireformen är att samverkande myndigheter bättre kan ta tillvara den psykiskt funktionshindrade personens egna resurser vilket både höjer livskvaliteten och ger bättre effekter av insatserna. I ekonomiska termer kan detta uttryckas som bättre resultat och högre effektivitet.

### 6.3 Samhällsskyddet i LRV

I propositionen till 1991 års reform uttalades att frågan hur systemet med behandling av lagöverträdare med brister eller avvikelser i psykiskt hänsesende bör utformas, är en av de svåraste, principiellt viktigaste och mest kontroversiella problemen kring kriminalpolitiken. Enligt propositionen består problemen i att finna en ordning som samtidigt tillgodoser de krav på rättvisa, humanitet och samhällsskydd och andra hänsyn som gör sig gällande.

Den nuvarande regleringen av den rättspsykiatriska vården har under årens lopp utsatts för kritik från olika utgångspunkter.

Systemet med den särskilda utskrivningsprövningen tillkom för att i ökad utsträckning tillgodose behovet av samhällsskydd. Domstolen kan, i samband med överlämnande till rättspsykiatrisk vård, besluta att vården skall vara förenad med särskild utskrivningsprövning, vilket innebär att frågan om utevistelser, permissioner eller utskrivning prövas genom ett särskilt förfarande i länsrätt. För att utskrivning i sådana fall skall kunna ske krävs att det inte längre skall föreligga något behov av rättspsykiatrisk vård samt att det inte längre till följd av den psykiska störning som föranledde beslutet om särskild utskrivningsprövning finns risk för att patienten återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag. Det krävs inte att den psykiska störningen allttjämt bedöms som allvarlig för att utskrivning skall kunna nekas. I praktiken innebär utskrivningsprövningen en farlighetsbedömning när det gäller psykiskt störda personer.

Den nuvarande ordningen har kritiserats för att den innebär att personer hålls kvar i slutna vård trots att den behandlande läkaren bedömer sådan vård inte längre behöver fortgå av medicinska skäl. Kritiken går ut på att

psykiatrin måste ta på sig ett större ansvar för samhällsskyddet än som är befogat och att reglerna ger upphov till etiska konflikter för läkarna. Enligt den s.k. Hawaii-deklarationen, se även avsnitt 4.2.4, som innehåller grundläggande etiska regler för läkare inom psykiatrin, skall en psykiater aldrig medverka i psykiatrisk tvångsvård av någon som inte är psykiskt sjuk. En enkätundersökning som utförts under år 1995 visar också att många läkare som kommer i kontakt med patienter som dömts till rättspsykiatrisk vård upplever att den nuvarande ordningen ger upphov till etiska konflikter.

Den särskilda utskrivningsprövningen har också medfört att vårdtiderna har blivit längre inom den rättspsykiatriska vården. En undersökning som genomfördes år 1996 tyder på att frihetsberövandena är betydligt längre inom den rättspsykiatriska vården än inom kriminalvården när det gäller jämförbara brott.

Samtidigt har det under senare tid uppmärksammats fall där personer som begått allvarliga brott bedömts som allvarligt psykiskt störda och överlämnats till rättspsykiatrisk vård varefter den behandlande läkaren efter en relativt kort vårdtid gjort bedömningen att patienten inte har någon allvarlig psykisk störning och gjort en anmälan om att patienten skall skrivas ut. Kritik har då riktats mot systemet på den grunden att de straffrättsliga kraven på en adekvat reaktion på de begångna brotten inte tillgodoses.

## 6.4 Stärkt patientinflytande

Regeringen har under år 1998 med utgångspunkt i betänkandet *Patienten har rätt* (SOU 1997:154) avlämnat två propositioner med syfte att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården (prop.1997/98:189 och 1998/99:4). Riksdagen har antagit förslagen (rskr. 1998/99:54). Den nya lagstiftningen trädde i kraft den 1 januari 1999. Förslagen i propositionerna är naturligtvis även tillämpliga, och kanske särskilt angelägna just, vid tvångsvård inom psykiatrin. De måste därför tjäna som en viktig utgångspunkt även för arbetet med denna lagstiftning. Propositionerna innehöll i huvudsak följande.

### *Patientens ställning (prop. 1997/98:189)*

En ny lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ersätter lag (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården m.m. Nämndernas arbetsområde utvidgas till att omfatta all offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt vissa socialtjänstfrågor inom äldreomsorgen. Nämndernas arbetsuppgifter preciseras i lagstiftningen. En särskild bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) preciserar vårdgivarnas skyldighet att ge patienten en individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de olika metoder för undersökning, vård och behandling som finns. Genom en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen blir vårdgivarna skyldiga att ta hänsyn till patientens val av behandling där två eller flera alternativ är möjliga. Bestämmelsen innebär

också att vårdgivarna i vissa situationer skall vara skyldiga att medverka till att patienten får möjlighet att diskutera sin sjukdom och behandling med ytterligare en läkare (s.k. second opinion). Vårdgivarnas skyldigheter motsvaras av bestämmelser i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område som reglerar hälso- och sjukvårdspersonalens åligganden i dessa avseenden. Lämnad information, val av behandlingsalternativ samt ett eventuellt ställningstagande angående en förnyad medicinsk bedömning skall dokumenteras i journalen i enlighet med ett nytt stadgande i patientjournalagen (1985:562).

#### *Stärkt patientinflytande (prop. 1998/99:4)*

I propositionen föreslås vissa ändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen i syfte att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall förtydligas så att det framgår att patientens rätt att välja en fast läkarkontakt i primärvården inte får begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget. De nuvarande remissreglerna till specialistmottagningar ändras i syfte att öppna en möjlighet för landstingen att ställa krav på remiss till sjukhusens specialistmottagningar utan att ha remisskrav för motsvarande specialistmottagningar utanför sjukhusen. Regeringen avser att tillsätta en utredning för att göra en samlad översyn av hälso- och sjukvårdslagstiftningen i syfte att bl.a. åstadkomma en patientfokuserad och tydlig reglering av patientens ställning. Regeringen har uppdragit åt Socialstyrelsen att beskriva och analysera förutsättningarna för och konsekvenserna av införandet av en behandlingssgaranti. Utgångspunkten för Socialstyrelsens arbete skall vara en allsidig belysning av frågan, som bl.a. innefattar ett ekonomiskt, organisatoriskt, praktiskt och medicinskt perspektiv. I propositionen slås vidare fast att de lagliga förutsättningarna för samverkan mellan kommuner och landsting inom vårdområdet bör stärkas ytterligare. Regeringen har i propositionen Nationell handlingsplan för äldrepolitiken (prop. 1997/98:113) redovisat att man snarast avser att se över frågan om gemensamma nämnder m.m. inom vårdområdet. I avvaktan på denna översyn förlängs pågående försöksverksamhet med kommunal primärvård. Vidare ges Malmö och Göteborgs kommuner övergångsvis möjlighet att – efter överenskommelse med respektive landsting – svara för driften av primärvården. Patientens möjligheter att få hjälp och stöd förbättras också genom den nya lagen om patientnämndsverksamhet m.m. som ersätter lagen om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården m.m.

## 6.5 Nationell översyn

Psykiatriutredningen (SOU1984:64) konstaterade brister i den psykiatriska vården. I regeringens behandling av utredningens arbete fick Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en nationell översyn och analys av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården. Socialstyrelsens arbete skulle avse innehållet i den specialiserade psykiatrin – främst den vård

som ges inom landstingen (och landstingsfria kommuner) och av personal med särskild kompetens på området.

Socialstyrelsen redovisade uppdraget till regeringen i december 1997. En samlad bedömning av psykiatrin vid den tidpunkten sådant den uppfattades av Socialstyrelsen, samt de slutsatser som Socialstyrelsen drog av denna, redovisas i det följande:

De psykiskt sjukas ställning i samhället är fortfarande svag. Visserligen har stora förbättringar skett från tidigare skedens starkt fördomsfulla inställning, men omgivningens intolerans och bristande insikt har svåra följder för dem som drabbas av psykisk störning och psykisk sjukdom. De får ofta vård alltför sent som en följd av deras eget och den närmaste omgivningens förhållande till psykisk sjukdom. Vården får inte det stöd i det allmänna medvetandet som krävs för att dess kvalitet och resurser skall utvecklas tillräckligt väl. Människor som lämnat det akuta skedet av sin sjukdom bakom sig, möts av fördomar, misstro, okunniga reaktioner på sjukdomen och diskriminering, som utgör ett allvarligt hinder för deras rehabilitering.

Det ställs stora krav på dem som vårdar de psykiskt störda. Patienternas ibland bristande vårdmotivation och kraven från anhöriga och samhälle att vårda gör att situationen kan upplevas frustrerande av personalen. Anhöriga och närstående har också en svår situation genom att de ser vårdbehovet men inte alltid kan påverka patienten att få det tillgodosett.

Skilda synsätt inom psykiatrin med splittring och revirstrider har bidragit till bilden av en verksamhet som inte funnit sina former. Denna period har psykiatrin allt mer kunnat lägga bakom sig. Kunskapen om de psykiska störningarna har ökat, diagnostiken har utvecklats och ökade möjligheter har skapats för en tillgänglig, differentierad, evidensbaserad och effektiv behandling som kan utvärderas med valida kriterier. Den formella kompetensen hos personalen är god. Den pågående positiva utvecklingen i dessa hänseenden behöver dock starkt fortsatt stöd – politiskt och ekonomiskt.

Antalet slutenvårdsplatser har minskat till förmån för behandling i öppna vårdformer med inriktning mot att behandla patienten i dennes ursprungliga miljö. Detta är på många sätt en positiv utveckling som på sikt kan ge betydande resultat i form av minskade psykiska funktionshinder. Karakteristiskt är dock fortfarande att den specialiserade psykiatrins arbete och arbetet hos vårdgrannarna ofta sker utan tillräcklig samverkan och ömsesidigt stöd.

Den positiva utvecklingen till trots har många personer med psykisk störning fortfarande svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda. De dokument som är grundläggande för den psykiatriska hälso- och sjukvården är förutom hälso- och sjukvårdslagen (HSL) även lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Vägledande utöver dessa är den av Sverige stödda resolutionen i FN om principer för skydd för psykiskt sjuka (1991). Samtliga reser krav på vården som den inte helt lever upp till.

Några av hindren beror på kvarstående kunskapsluckor inom psykiatrin som – trots framgångsrik forskning – begränsar möjligheterna att behandla den psykiska störningen. Till hindren måste emellertid också räk-

nas omgivningens syn på psykiatrin och på de psykiskt sjuka, otillräcklig tillgång till vård, brister i kontinuitet och samverkan som gör att helhetssynen på patienten kan gå förlorad. Psykiatrin bör öka sin kontaktyta mot andra samhällsorgan och delta i samhällsdebatten för att medverka till att acceptansen för de psykiskt störda i samhället ökar.

Till bristerna hör också att patienter, anhöriga och andra intressenter har svårigheter att i rimlig omfattning påverka vården. Vidare är det epidemiologiska kunskapsläget för psykiatrin otillräckligt. Vi har långt mindre kunskap om utbredning av och förändringarna över tid av psykisk ohälsa, störning och sjukdom än när det gäller kroppsliga sjukdomar. Däremot finns det gott om statistiska uppgifter om tvångsvårdslagarnas tillämpning.

Ett uttryck för att bristerna på sina håll kan vara betydande, är att de regionala skillnaderna i vårdresurser, vårdformer och vårdutnyttjande måste anses långt större än vad som kan motiveras av skillnader i sjuklighet. Skillnaderna kan i viss utsträckning förklaras av skillnader i geografiska och sociala förhållanden men möjligen även vara en följd av att vården utvecklats på olika sätt. Epidemiologiska kartläggningar av förekomsten av psykisk störning i befolkningen blir därför viktiga att genomföra liksom inventering av psykiatrins resurser.

Viktiga invändningar mot dagens psykiatri är också bristen på specialister i psykiatri och bristen på differentierade vårdresurser. Den slutna vården bedrivs fortfarande i stor utsträckning på allvårdsavdelningar, vilket för vissa patienter innebär att vården blir onödigt betungande, integritetskränkande och skrämmande.

Ett viktigt led i en fortsatt modernisering är att ställa upp konkreta och uppföljningsbara mål för vården. I detta sammanhang behöver man finna bättre medel att dokumentera, följa upp och utvärdera vården.

Trots att motsättningarna till stor del överbryggats är frånvaron av en gemensam kunskapsbas, dels inom psykiatrin och dels när det gäller samverkan mellan psykiatrin och dess vårdgrannar, framför allt socialtjänsten, fortfarande ett problem.

Kontakterna med vårdgrannarna måste förstärkas och en gemensam syn på den enskilda patientens vårdbehov utformas.

## 6.6 Barnpsykiatrikommittén

Barnpsykiatrikommittén överlämnade i mars 1998 sitt slutbetänkande Det gäller livet (SOU 1998:31) till regeringen. I betänkandet lämnades en stor mängd synpunkter och förslag för att förbättra barns och ungdomars psykiska hälsa. Ett område som kommittén tog upp rör tvångsomhändertagande av barn och ungdomar som har psykiska problem. Kommittén anförde att det saknas fungerande regler inom tvångsvården för en grupp ungdomar som på grund av sina psykiska problem behöver tvångsvård i någon form. Det förekommer att ungdomar på grund av psykiska problem omhändertas med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) för vård inom socialtjänsten, när lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) inte har ansetts tillämplig

av ansvarig psykiater, samtidigt som ett tvångsomhändertagande enligt både läkare och socialsekreterare är nödvändigt för att hjälpa den unge. Enligt kommittén verkar problemet främst gälla tonårsflickor som på grund av sina psykiska problem är självdestruktiva, vilket t.ex. kan yttra sig i ätstörningar och självmordsförsök.

*Lagen (1991:1128) om psykiatrisk vård (LPT)*

I förarbetena till LPT ges exempel på vad som kan anses utgöra allvarlig psykisk störning. Till allvarlig psykisk störning bör i första hand räknas tillstånd av psykotisk karaktär. Vidare ingår allvarliga depressioner med självmordstankar, svårartade personlighetsstörningar, alkohol- och drogpsykos samt allvarliga förvirringstillstånd som kan drabba narkotikamissbrukare eller svårartade abstinensstillstånd (prop. 1990/91:58). Bedömningen av om en psykisk störning är allvarlig måste ske utifrån både störningens art och dess grad.

LPT är tillämplig på barn och ungdomar under 18 år. Det är dock sällsynt att psykiatrisk tvångsvård kommer till stånd för denna grupp, vilket bl.a. framgår av Socialstyrelsens patientstatistik över avslutade vårdtillfällen fr.o.m. juli 1992 t.o.m. juni 1993. Totalt 52 ungdomar under arton år vårdades med stöd av LPT under sagda tidsperiod (Socialstyrelsen 1996 b).

*Lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)*

Förutsättningarna för att bereda barn och unga tvångsvård inom socialtjänsten ges i LVU. Tvångsvård får beredas den unge om någon av situationerna i 2 eller 3 § LVU föreligger och samtycke till frivillig vård saknas. I 2 § regleras de fall där den unge löper en påtaglig risk att skada sin hälsa eller utveckling på grund av brister i hemmiljön, de s.k. miljöfallen. Vård skall också beslutas med stöd av 3 § om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende, de s.k. beteendefallen.

Den unges psykiska problem utgör i sig inte grund för vård med stöd av 3 § LVU. Det är först när den unge som en följd av psykisk störning missbrukar, begår brott eller har ett annat socialt nedbrytande beteende som det kan finnas skäl att ingripa med ett omhändertagande med stöd av LVU. Det måste emellertid avgöras från fall till fall vilken vård som är lämpligast. I vissa fall kan den nödvändiga vården ges inom ramen för socialtjänstens egna behandlingsresurser, i andra fall kan det vara lämpligare att bereda den unge vård inom psykiatrin (prop. 1989/90:28). Det tyder, enligt kommittén, dock på att det uppstår problem att erbjuda vissa psykiskt störda ungdomar adekvat vård med stöd av de regler som finns i dag.



Kommittén konstaterade att det råder stor rättsosäkerhet för de ungdomar som inte uppfyller förutsättningarna för att beredas vård inom socialtjänsten på grund av sitt beteende, men som samtidigt inte heller uppfyller kravet på allvarlig psykisk störning enligt LPT. Många av dessa ungdomar har ett stort vårdbehov. Psykiska problem utgör inte grund för ett ingripande med stöd av 3 § LVU. Enligt uppgift tvingas därför socialtjänsten ibland söka brister i den unges hemmiljö för att kunna bereda den unge vård.

Det vore, enligt kommittén, önskvärt om gränserna för när vård skall beredas den unge med stöd av LVU eller LPT ses över.

Regeringen beslutade den 3 juni 1999 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att göra en översyn av LVU och därmed sammanhängande frågor. Frågan om gränsdragningsproblematiken finns i utredningens direktiv. Utredaren skall redovisa sitt uppdrag senast den 31 augusti 2000.

## 7 Intagningsförfarandet

### 7.1 Tvångsåtgärder före intagningsbeslut

**Regeringens förslag:** Närmare regler skall införas om det fysiska tvång som får användas för att hålla kvar patienter och upprätthålla ordningen vid frihetsberövanden enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Av föreskrifterna skall det framgå vilka tvångsåtgärder som får vidtas när en patient hålls kvar för prövning av frågan om intagning. Föreskrifterna skall säkerställa att tvångsbehandling och andra tvångsåtgärder används restriktivt.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens.

**Remissinstanserna:** De flesta remissinstanserna som yttrat sig i frågan, bl.a. *Kammarrätten i Stockholm*, *Sveriges advokatsamfund*, *Vårdförbundet* och *Sveriges domareförbund*, tillstyrker kommitténs förslag. *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)* är positiv medan *Socialstyrelsen* visserligen tillstyrker förslaget, men anser att rättssäkerheten bör stärkas utöver vad kommittén föreslagit. Vidare påpekar styrelsen att den medicinska behandlingen ofta kan vänta och sällan är akut indicerad.

*Svenska Psykiatriska föreningen* anser att med en lämplig jourorganisation och tillräcklig tillgång på specialistläkare borde frågan kunna lösas utan den föreslagna lagändringen. Några instanser, bl.a. *Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)*, är direkt kritiska till förslaget och menar att det finns en risk att förslaget innebär en ökad möjlighet att använda tvång.

**Skälen för regeringens förslag:** Användningen av tvångsåtgärder innan beslut fattas om intagning för psykiatrisk tvångsvård har uppmärks-

sammats som ett problem, eftersom det vid vissa tillfällen har ansetts oundgängligen nödvändigt att tillgripa sådana åtgärder, samtidigt som det inte finns ett uttryckligt lagstöd i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård för åtgärderna.

För närvarande tillgrips tvångsåtgärder innan beslut om intagning för tvångsvård har fattats med stöd av allmänna bestämmelser om ansvarsfrihet i 24 kap. brottsbalken. I fall av påbörjat eller överhängande brottsligt angrepp på person eller egendom föreligger rätt till nödvärn, t.ex. när den som skall undersökas för vårdintyg utsätter läkaren för våld. I klara nödsituationer är det därutöver möjligt att insätta medicinsk behandling som är nödvändig med hänsyn till den undersöktes psykiska eller somatiska tillstånd samt att tillgripa andra tvångsåtgärder.

När en patient har kommit till en vårdinrättning med vårdintyg eller när vårdintyg därefter har utfärdats får han enligt 6 § LPT, efter beslut av tjänstgörande läkare, kvarhållas i högst 24 timmar räknat från ankomsten för prövning av frågan om intagning för tvångsvård. Det finns då enligt 24 kap. 2 § brottsbalken laga befogenhet att använda tvång för att kvarhålla patienten och för att upprätthålla ordningen.

Under kvarhållningstiden får inga andra tvångsåtgärder vidtas än de som är tillåtna enligt kvarhållningsrätten. Enligt förarbetena till LPT innebär det att patienten får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han vistas genom inlåsning eller på annat sätt, t.ex. med hjälp av vårdpersonal.

Det inte tillåtet att under kvarhållningstiden begränsa patientens rörelsefrihet genom inlåsning i enbart det rum där patienten vistas, utan inlåsningen får enbart avse låsning av vårdinrättningens ytterdörrar eller dörrar mellan vårdenheter. Patienten får inte heller tvångsmedicineras eller på något annat sätt tvingas genomgå behandling med stöd av kvarhållningsrätten. Om det finns behov av omedelbar medicinsk behandling som patienten motsätter sig, måste en behörig läkare tillkallas och besluta om intagning för tvångsvård innan behandlingsåtgärder vidtas.

Motsätter sig patienten behandling som är nödvändig med hänsyn till patientens psykiska eller somatiska tillstånd kan det i sällsynta undantagsfall ändå vara försvarligt att ge behandling. Tvångsbehandling får dock endast ges i en klar nödsituation, dvs. när tillståndet är livshotande eller innebär att en verkligt allvarlig och överhängande fara hotar patientens hälsa. Av betydelse för ställningstagandet till om behandlingen kan anses försvarlig är bl.a. patientens psykiska tillstånd, den somatiska sjukdomens art och den typ av åtgärd det gäller. För att kunna kvarhålla patienter tills frågan om intagning har avgjorts kan särskilda tvångsåtgärder behöva användas när personal tillgriper tvång med stöd av bestämmelsen om laga befogenhet i 24 kap. 2 § brottsbalken. Det gäller t.ex. patienter som är farliga för sig själva eller någon annan på grund av att de är mycket aggressiva. Tillämpningen av ansvarsfrihetsreglerna i 24 kap. brottsbalken innefattar uppenbara svårigheter, eftersom de endast anger allmänna grunder för det tvång som får användas med laga befogenhet. Av de granskningar som JO och Socialstyrelsen har gjort av psykiatrisk verksamhet framkommer att tillämpningen av bestämmelsen om kvar-

hållningsrätten i 6 § LPT innefattar en uppenbar risk för att patienter utsätts för kränkning av de grundlagsskyddade fri- och rättigheterna. Detta beror framför allt på att det i LPT inte anges vilka tvångsåtgärder som får användas för att hindra patienten att lämna vårdinrättningen och för att upprätthålla ordningen och vilka förutsättningar som då skall vara uppfyllda.

Vid tvångspsykiatrikommitténs uppföljning av avslutade vårdtillfällen enligt LPT år 1996/97 framkom att av 3 347 avslutade vårdtillfällen hade någon form av tvångsåtgärd använts i femtio fall innan frågan om intagning för tvångsvård hade avgjorts. Bälte hade använts i tjugofem fall och tvångsinjektion i sexton fall innan beslutet om intagning för tvångsvård. Både bälte och tvångsinjektion förekom i nio fall. Socialstyrelsen har i några tillsynsärenden granskat tillämpningen av nödvärns- och nödbestämmelserna inom psykiatrisk verksamhet. Vad som tidigare uppfattades som rutinemässig användning av bältesläggning med hänvisning till att åtgärden vidtagits i nödvärn eller nöd förekommer numera inte i de verksamheter som har granskats av Socialstyrelsen. Styrelsen har också granskat användningen av tvångsmedicinering och fastspänning av patienter som kvarhållits på akutmottagning i avvaktan på att frågan om intagning avgjorts. Granskningen visar enligt Socialstyrelsen att bestämmelsen i LPT inte är utformad med beaktande av de förutsättningar som gäller inom psykiatrisk verksamhet och att tillämpningen av bestämmelsen därför innefattar sådana svårigheter att det finns en uppenbar risk för att patienter utsätts för tvång som inte kan anses försvarligt.

Det är enligt regeringens uppfattning otillfredsställande att LPT och LRV inte innehåller föreskrifter om när patienten t.ex. får ges behandling eller spännas fast vid akuta faresituationer som uppstår innan beslut har fattats om intagning och att hälso- och sjukvårdspersonalen i stället tillgriper tvångsåtgärder med stöd av nödvärns- eller nödrätten. Regeringen anser därför att frågan om befogenheten att använda tvång för att kvarhålla patienter och för att upprätthålla ordningen bör regleras närmare i LPT för att stärka rättssäkerheten. En sådan regel bör ge rätt att använda tvång för att tillgodose säkerheten i vården. Den bör ange förutsättningar inte bara för användningen av fysiskt tvång utan även för användningen av andra tvångsåtgärder. En reglering av särskilda tvångsåtgärder, t.ex. tvångsbehandling och fastspänning med bälte eller liknande anordning, som får användas vid utövande av kvarhållningsrätten bör således också ske i en sådan bestämmelse. Med beaktande av de höga rättssäkerhetskrav som måste tillgodoses vid intagning för psykiatrisk tvångsvård anser regeringen att tvångsbehandling och andra tvångsåtgärder i undantagsfall skall få vidtas med stöd av LPT och LRV i akuta situationer som uppstår innan behörig läkare har fattat beslut om intagning. Tvångsåtgärder skall dock få vidtas med stöd av LPT och LRV först sedan patienten med laga rätt hålls kvar på en sjukvårdsinrättning för prövning av frågan om intagning för tvångsvård.

Regeringen vill betona att sjukvårdshuvudmännen har ett vittgående ansvar för att organisera hälso- och sjukvården på ett sådant sätt och att ha sådana rutiner att intagningsbeslut kan fattas snarast efter det att patienten har ankommit till sjukvårdsinrättningen. Såsom *Svenska Psykiatriska*

*Föreningen* påpekar medför också en lämpligt anpassad jourorganisation att ett eventuellt intagningsbeslut bör kunna fattas innan frågan om tvångsåtgärder skall behöva aktualiseras. Regeringen vill också betona att de nu föreslagna förändringarna på intet sätt får uppfattas som att området för tvångsåtgärder nu utvidgas. I stället är det endast en fråga om att, i de enstaka undantagsfall som tvångsåtgärder innan beslut om intagning kan bli aktuella, tillgodose rättssäkerhetskrav genom att ge både patienter och vårdpersonal fasta riktlinjer.

Det är också viktigt att särskilt överväga vilken åtgärd som är oundgängligen nödvändig att vidta. T.ex. är, som *Socialstyrelsen* påpekar, tvångsmedicinering sällan akut indicerad, samtidigt som det från patienthåll framförs att det uppfattas som en avsevärd kränkning att utsättas för sådan behandling.

De krav som enligt 2 § och 2 a § Hälso och sjukvårdslagen (1982:763) ställs på att den enskilda människans integritet och värdighet skall respekteras i vården gäller givetvis även vid genomförande av undersökningar för vårdintyg och intagning för tvångsvård. Vidare skall den allmänna proportionalitetsregel som regeringen föreslår i avsnitt 11.2 självfallet tillämpas när det övervägs om en tvångsåtgärd måste vidtas innan beslut om intagning.

För att säkerställa att de nu föreslagna bestämmelserna om tvångsåtgärder inte leder till resultatet att användningen av tvångsåtgärder ökar på ett oönskat sätt är det av vikt att införa särskilda kontrollstationer i systemet. Vad beträffar de tvångsåtgärder som vidtas efter beslut om intagning med stöd av nuvarande lag skall en rapportering ske till Socialstyrelsen enligt de närmare föreskrifter som styrelsen meddelat. Det är enligt regeringens mening viktigt att även de tvångsåtgärder som företas innan beslut om intagning rapporteras till Socialstyrelsen och regeringen förutsätter att Socialstyrelsen genom föreskrifter kommer att ålägga chefsöverläkaren en sådan skyldighet.

Att som *Socialstyrelsen* föreslår underställa domstol samtliga frihetsberövande åtgärder som föregått intagningsbeslutet skulle dock enligt regeringens mening föra alltför långt. I stället bör Socialstyrelsen inom ramen för sin ordinarie tillsynsverksamhet ägna frågan särskild uppmärksamhet.

## 8 Förutsättningar för tvångsvård

### 8.1 Allvarlig psykisk störning

**Regeringens bedömning:** Någon generell förändring av förutsättningarna för tvångsvård bör inte göras.

En förutsättning för vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård bör liksom hittills vara att patienten lider av en allvarlig psykisk störning.

**Tvångspsykiatrikommitténs bedömning:** Överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** *Intresseförbundet för schizofreni (Riks-IFS)* anser att det i dag är alltför svårt att få tvångsvård och att lagen hindrar patienter att få den vård de behöver. *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)* anser att det rör sig om svåra gränsdragningsfrågor, men konstaterar att det inte har legat inom ramen för kommitténs uppdrag att överväga en utvidgning av intagningsförutsättningarna.

*Svenska Rättspsykiatriska föreningen* påtalar att det är svårt att få vård såväl med som utan tvång och menar att detta medför social utslagning, kriminalisering och därigenom ett bristande samhällsskydd. *Stockholms läns landsting* ifrågasätter om psykiskt sjuka i dag får vård vid alla tillfällen som det är påkallat.

*Länsrätten i Stockholms län* och *Advokatsamfundet* m.fl. tillstyrker utredningens förslag att behålla begreppet "allvarlig psykisk störning" som en förutsättning för tvångsvård. Länsrätten menar att begreppet är inarbetat och att de tidigare kritiska uttalandena inte har besannats.

**Skälen för regeringens bedömning:** En grundläggande fråga vid utformningen av psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning är vilka psykiska tillstånd som skall omfattas av lagstiftningen och hur dessa skall beskrivas där. När LPT och LRV trädde i kraft år 1992 infördes den sammanfattande beteckningen allvarlig psykisk störning som grund för ett tvångsin-gripande.

I förarbetena (prop. 1990/91:58, s. 96) anförde dåvarande departementschefen bl.a. att syftet med tvångsvården skulle inriktas på patientens eget behov av behandling och omvårdnad men däremot inte på hur den psykiska störningen tog sig uttryck. Departementschefen anförde vidare att det emellertid inte var möjligt att hävda en alldeles strikt gräns mellan patientens vårdbehov och skyddet för närstående och andra, eftersom det vid bestämmande av den psykiatriska tvångsvårdens ansvarsområde inte kunde utelämnas situationer då psykiatriska störningstillstånd gav upphov till aggressivitet mot människor i omgivningen. Samhällsskyddet fick inte eftersättas utan krävde särskilt beaktande i den psykiatriska tvångsvården.

Vidare måste bedömningen av om en psykisk störning är allvarlig ske utifrån både störningens art och grad. Med art avses typen av störning och med grad omfattningen av det ingrepp i personligheten som störningen förorsakar. Vissa psykiska störningar, t.ex. schizofreni, får alltid anses allvarliga till sin art men behöver däremot inte vara allvarliga till sin grad och kan ha ett tämligen lindrigt förlopp. Andra psykiska störningar såsom depressioner är inte lika allvarliga till sin art, utan här måste bedömningen av graden på störningen vara av avgörande betydelse. I samband med prövningen av om allvarlig psykisk störning föreligger måste hänsyn tas till växlingar i tillståndet och risken för återfall, om vården och behandlingen avbryts för tidigt. Den psykiska störningen är att anse som allvarlig så länge påtaglig risk föreligger för att de psykiska symtomen återkommer, om behandlingsinsatserna avbryts. I enstaka undantagsfall kan detta innebära att den fortlöpande medicinska bedömningen resulterar i att vården sträcker sig över avsevärd tid.

Det är framför allt risken för att patientens liv skall vara i fara eller för att patientens hälsa allvarligt skall försämras som skall vara avgörande när behovet av tvångsvård skall bedömas. Vid bedömningen av patientens

vårdbehov måste man sålunda pröva i vad mån risk föreligger för hans eller hennes liv eller hälsa, om vård inte kommer till stånd på en sjukvårdsinrättning där psykiatrisk tvångsvård får ges. Vårdbehovet skall inte kunna tillgodoses på något alternativt sätt och vårdbehovets oundgänglighet skall prövas inte endast med utgångspunkt i det psykiska störningstillståndet utan också med hänsyn till patientens levnadsförhållanden och hans eller hennes relationer till omgivningen. Kan den allvarligt psykiskt störde patienten få tillräckligt stöd i sin egen hemmiljö med hjälp av någon anhörig eller kommunens socialtjänst får tvångsvård inte ges.

Tvångspsykiatrikommittén har redovisat statistik från Socialstyrelsen bl.a. när det gäller utvecklingen av antalet vårdtillfällen enligt LPT och vårdtidernas längd. Av den framgår att en kraftig minskning av antalet vårdtillfällen per år skedde under tiden närmast efter att LPT trätt i kraft. Efter år 1993 har emellertid antalet vårdtillfällen ökat något för varje år. Ett annat sätt att mäta tvångsvårdens omfattning är uppgifter från olika inventeringar av antalet inneliggande patienter en viss dag. Vid en inventering år 1988 var antalet inneliggande patienter enligt LPT drygt 2 000. Efter det att LPT trätt i kraft gick antalet inneliggande patienter ned till ca 1 100 patienter vid inventeringen år 1994, och vid den senaste inventeringen år 1997 var antalet inneliggande patienter enligt LPT ca 930. En betydande minskning kan således iakttas.

En av förklaringarna till att antalet vårdtillfällen har ökat sedan år 1993, medan samtidigt antalet inneliggande patienter har minskat, kan vara att vårdtiderna har blivit allt kortare, vilket kan ha fått till följd att samma patient står bakom mer än ett vårdtillfälle.

Ett av de grundläggande syftena med LPT var att användningen av tvångsvård skulle minska. När det gäller bedömningen om tvångsvården har minskat i avsedd utsträckning bör man beakta att merparten av den kritik som har riktats mot lagen avser att lagens kriterier för att tvångsvård skall få ske är alltför restriktiva. Exempelvis *Riks-IFS* har framfört att enligt deras uppfattning ligger "ribban" för att det skall vara möjligt med tvångsintagning av en patient för psykiatrisk vård för högt. Man måste dock i detta sammanhang också väga in att de psykiskt sjuka själva har uttryckt att de anser att deras rättssäkerhet har ökat efter LPT:s tillkomst. Vidare bör man beakta att gruppen psykiskt sjuka många gånger inte har samma förmåga som andra grupper att framföra sina synpunkter.

De problem med tillgången till vård som påtalats av bl.a. *Svenska Rättspsykiatriska föreningen* hänför sig till såväl frivillig vård som vård enligt LPT. Regeringen delar den oro som har förts fram men kan konstatera att det här i första hand rör sig om en resurs- och prioriteringsfråga. Det är enligt regeringens mening angeläget att den frivilliga psykiatriska vården ges sådana förutsättningar att verka att intagningar med tvång, på grund av att patientens tillstånd försämrats ytterligare, i möjligaste mån kan undvikas.

Fråga uppkommer dock om man bör ge ökade möjligheter att ingripa med psykiatrisk tvångsvård när den psykiska störningen tar sig uttryck i t.ex. hot och trakasserier av anhöriga och andra i den sjukas omgivning. I 3 § sista stycket LPT föreskrivs att vid bedömning av patientens vårdbehov skall även beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är

farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. När det gäller de situationer då det har framförts att "ribban" för tvångsvård av en patient ligger för högt med avseende på patientens tillstånd, även utan att det föreligger sådan farlighet som har diskuterats i ovanstående avsnitt, är bedömningen om tvångsingripande skall ske en avvägning mellan patientens rätt till integritet och hans eller hennes behov av vård.

En utgångspunkt för den bedömningen måste enligt regeringens mening vara att ett ingripande med tvång endast skall vara en yttersta åtgärd för att bereda en sjuk person vård. Tvångspsykiatrikommittén har dock pekat på problem som man inte kan bortse från. Regeringen anser inte att tillräckliga skäl har framkommit för att, med inskränkande av patientens integritet, för närvarande öka möjligheten till tvångsvård för den här typen av patienter. Regeringen avser dock att undersöka frågan ytterligare och överväga möjliga åtgärder i ett bredare perspektiv.

## 8.2 Helydgvård på sjukvårdsinrättning

**Regeringens förslag:** När det gäller det rekvisit för tvångsvård som tar sikte på vårdbehovet görs endast en begreppsmässig ändring, nämligen till att patienten skall ha ett oundgängligt vårdbehov som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten ges *kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård*.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag:** Överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** De flesta instanser som yttrat sig tillstyrker eller lämnar förslaget utan erinran, bl.a. *Kammarrätten i Stockholm, Region Skåne* och *Sveriges domareförbund*.

*Länsrätten i Stockholms län* och *Länsrätten i Göteborg* anser att ändringen bör ske i lagen om kommunernas betalningsansvar i stället för i tvångsvårdslagstiftningen.

**Skälen för regeringens förslag:** Patientens vårdbehov skall enligt förarbetena vara sådant att det framstår som oundgängligt att intagning sker på en sjukvårdsinrättning för helydgvård (prop. 1990/91:58 s. 234). Det är framför allt risken för att patientens liv skall vara i fara eller för att patientens hälsa allvarligt skall försämrats som skall vara avgörande när behovet av tvångsvård skall bedömas. Vid bedömning av patientens vårdbehov måste man sålunda pröva i vad mån risk föreligger för hans eller hennes liv eller hälsa, om vård inte kommer till stånd på en sjukvårdsinrättning där psykiatrisk tvångsvård får ges. Vårdbehovet skall inte kunna tillgodoses på något alternativt sätt.

Vårdbehovets oundgänglighet skall prövas inte endast med utgångspunkt i det psykiska störningstillståndet utan också med hänsyn till patientens levnadsförhållanden och hans eller hennes relationer till omgivningen. Kan den allvarligt psykiskt störde patienten få tillräckligt stöd i sin egen hemmiljö med hjälp av någon anhörig eller kommunens socialtjänst får tvångsvård inte ges.

Kriteriet att vården av en patient endast kan tillgodoses genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård har kritiserats för att vara missvisande när det är fråga om patienter som har permission.

När det gäller begreppet "intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård" kan konstateras att ett annat begrepp, nämligen "kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård" används i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, när det gäller kommunernas betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter.

Såsom redovisats i avsnitt 5.1 befinner sig cirka hälften av de patienter som vårdas under längre tid med stöd av LRV på permission sedan över ett år. Samtidigt förlängs tvångsvården halvårsvis varvid det anförs att de har behov av att vara "intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård". Uttryckssättet är ägnat att leda tanken fel och har orsakat tillämpningssvårigheter. Detta särskilt eftersom, ovan nämnts, betalningsansvarslagen använder en annan terminologi.

Det är av stor vikt att man i lagstiftning så långt det är möjligt använder enhetliga begrepp. Mot bakgrund härav och med tanke på vad som ovan anförts anser regeringen att övervägande skäl talar för att den bestämmelse i LPT som reglerar patientens vårdbehov bör utformas så att patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt skall ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten ges kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Förslaget innebär inte någon saklig förändring av det kriterium som gäller beträffande patientens vårdbehov.

### 8.3 Samtycke till vård

**Regeringens förslag:** Samtyckesrekvisitet skall förändras på så sätt att tvångsvård skall få ges endast om patienten motsätter sig vård eller om det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att nödvändig vård inte kan ges med patientens samtycke.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag:** Överensstämmer med regeringens med den skillnaden att kommitténs förslag inte innehåller rekvisiten grundad anledning.

**Remissinstanserna:** Sju av elva svarande remissinstanser tillstyrker förslaget eller har ingenting att erinra, bl.a. *Kammarrätten i Stockholm*, *Sveriges domareförbund*, *Region Skåne* och *Patientnämnden i Stockholms läns landsting*.

*Länsrätten i Göteborg* uppfattar den föreslagna förändringen som en kraftig uppmjukning av bestämmelsen. *Vårdförbundet* och *Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)* avstyrker förslaget, eftersom de anser att den föreslagna förändringen öppnar för godtyckliga ställningstaganden.

**Skälen för regeringens förslag:** Den tredje förutsättningen för att tvångsvård skall få ges är att patienten motsätter sig behövlig vård på en sjukvårdsinrättning eller att han till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frå-



gan. Enligt förarbetena är det i princip inte möjligt att tvångsvårda en patient som samtycker till den vård som är nödvändig och det även om beslutsfattaren på grund av tidigare erfarenheter av patienten eller dennes tillstånd kan förutse att tvångsvård kan behöva tillgripas på ett senare stadium.

För att lagen i det särskilda fallet skall bli tillämplig skall patienten således enligt huvudregeln motsätta sig nödvändig vård. Patienten kan ge uttryck för sin inställning på olika sätt, t.ex. verbalt. Han kan också uttrycka sin inställning genom att handla på ett visst sätt. Det händer att patienten ger skilda besked om sin inställning och i sådana fall kan det självfallet stundtals vara svårt att tolka patientens verkliga vilja. Den vård som patienten skall ta ställning till är den oundgängligen behövliga psykiatriska vård som ges i förening med intagning på en sjukvårdsinrättning. Accepterar patienten i och för sig intagning på inrättningen men motsätter sig den psykiatriska vård som ges där kan det bli aktuellt att besluta om tvångsvård med stöd av lagen, om förutsättningarna i övrigt är uppfyllda.

Som exempel på situationer då patienten inte kan ge uttryck för något grundat ställningstagande beträffande vården nämns i förarbetena att patienten på grund av sitt psykiska tillstånd är helt avskärmad från verkligheten. Vidare avses fall då patienten så fullständigt saknar insikt om sin allvarliga psykiska störning och behovet av psykiatrisk vård att det framstår som uppenbart att han inte kan avge någon egentlig viljeförklaring i fråga om vården. Det anses också som ofrånkomligt att en undantagsreglering skall få omfatta situationer då patienten säger sig gå med på vården men detta inte kan sägas utgöra någon egentlig viljeyttring eller när patienten inom kort tid ger skilda besked om sin inställning.

I Domstolsverkets utvärdering av den nya psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen angav åtskilliga domare att man ansåg att samtyckesrekvisitet i LPT orsakade problem. Man ansåg att samtycke till vård över huvud taget var vanskligt när samtycket avges av en psykiskt sjuk person, eftersom vissa ändrar sig snabbt och det över huvud taget är svårt att bedöma risken för att samtycket bryts. Framför allt ansåg man dock att det var svårt att ta ställning till om en patient uppenbart saknar förmåga att avge ett grundat ställningstagande. Även i kommitténs enkät till länsrätterna har angetts att samtyckesrekvisitet är svårbedömt. Bl.a. har det sagts att det förekommer att patienter medger att tvångsvård ges. Om patienten i ett sådant läge bedöms kunna ge uttryck för ett grundat ställningstagande, innebär patientens medgivande till tvångsvård i princip att tvångsvård inte får beslutas. Det framhölls också från länsrättshåll att det förekommer att man tänjer på begreppet "uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande" i situationer då patientens samtycke till vården framstår som ambivalent. Frågan om i vilken utsträckning en patient som inte har någon sjukdomsinsikt kan ge något grundat ställningstagande är också omdiskuterad.

Reglerna om samtycke är utformade på olika sätt i de olika tvångslagar som finns. Detta kan tyckas olyckligt men en samordning får givetvis inte bli ett självändamål, eftersom de olika lagarna reglerar tvång i olika situationer. När det gäller den psykiatriska tvångsvården är det dessutom av betydelse i vilken utsträckning lagen medger konvertering. Om lagen ger

stora möjligheter att bortse från ett lämnat samtycke minskar behovet av att kunna konvertera eftersom det då finns möjlighet att besluta om tvångsintagning. Är däremot samtyckesrekvisitet utformat så att det ger ett mycket litet utrymme för att bortse från patientens samtycke, ökar behovet av att kunna konvertera i syfte att garantera att patienten får den vård som kan anses nödvändig. Konvertering behandlas i avsnitt 9.

Enligt regeringens mening bör kravet på att patienten skall motsätta sig nödvändig vård för att ett beslut om tvångsvård skall fattas kvarstå. En sådan huvudregel måste dock kompletteras med bestämmelser som möjliggör tvångsvård i vissa situationer när patienten inte direkt motsätter sig vård. De skäl för en sådan undantagsbestämmelse som finns i förarbetena till LPT gäller fortfarande. Frågan är dock om undantagsbestämmelsen bör utformas på ett annat sätt än för närvarande.

Den nuvarande bestämmelsen knyter an till patientens tillstånd och innebär att man kan bortse från patientens vilja vid särskilt svåra sjukdomstillstånd. Man kan fråga sig om det är nödvändigt och lämpligt att göra en sådan gradering av patienterna vid bedömningen av samtycket. Ett konstaterande att patienten inte kan ge ett grundat ställningstagande kan tolkas så att patienten hänförs till en särskild kategori av patienter, vilkas samtycke inte kan godtas. Vad som är viktigast är att patienten får nödvändig vård och om patientens samtycke vid bedömningstillfället innebär att sådan vård kan ges. Det kan därför övervägas om inte den nuvarande regeln kan ersättas med en regel som knyter an till vårdbehovet. En lämplig utformning av samtyckesregeln skulle således enligt regeringen vara att tvångsvård får ges endast om patienten motsätter sig vård eller lämnar ett samtycke som inte garanterar nödvändig vård. En sådan ändring av bestämmelsen skulle inte medföra någon nämnvärd saklig förändring. Det skulle dock bli möjligt att i enstaka undantagsfall underkänna ett samtycke av en patient, om beslutsfattaren på grund av tidigare erfarenheter av patienten eller dennes tillstånd kan förutse att patientens samtycke inte är allvarligt menat och att därför nödvändig vård sannolikt inte kan komma till stånd med patientens samtycke. Liksom hittills skall naturligtvis tvångsvården upphöra så snart patienten kan ge ett samtycke som bedöms kunna garantera nödvändig vård.

Begreppet nödvändig vård bör härvid enligt regeringens mening ges en snäv innebörd. Det är således inte tillräckligt med att det föreligger ett visst allmänt psykiatriskt vårdbehov utan det skall röra sig om vård som är oundgängligen nödvändig för patienten. Det är också mest förenligt med patientens integritet att tvångsvård bör få ges endast om patienten på grund av bristande samtycke riskerar att inte få sådan vård som är nödvändig för att han skall kunna leva ett värdigt liv. Kommittén föreslog mot bakgrund härav att därför att patientens samtycke får ifrågasättas endast om det på grund av patientens psykiska tillstånd kan antas att nödvändig vård inte kan ges med patientens samtycke. På samma sätt som gäller enligt nuvarande regler avses härmed även de patienter som till följd av sin psykiska störning inte kan uttala någon uppfattning i frågan.

Enligt regeringens mening kan kommitténs förslag, vilket har påtalats av bl.a. *Länsrätten i Göteborg*, åtminstone uppfattas som en kraftig upp-  
mjukning av regelverket rörande samtycke. Regeringen föreslog därför i

lagrådsremissen att det skulle vara sannolikt att nödvändig vård inte kan ges med patientens samtycke. *Lagrådet* anförde att även denna formulering riskerar att uppfattas som en inte obetydlig uppmjukning av bestämmelsen. Lagrådet föreslog att bestämmelsen skall utformas på så sätt att tvångsvård får ges om det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att nödvändig vård inte kan ges med patientens samtycke. Regeringen ansluter sig till Lagrådets bedömning.

## 9 Övergång från frivillig vård till tvångsvård (konvertering)

### 9.1 Bakgrund och allmänna överväganden

**Regeringens bedömning:** Möjligheten att låta frivillig vård övergå till tvångsvård (konvertering) bör behållas.

En sådan bestämmelse bör dock ge garantier för att högt ställda rättssäkerhetskrav tillgodoses.

**Tvångspsykiatrikommitténs bedömning:** Överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** De flesta instanser som har uttalat sig allmänt om konvertering instämmer i att övervägande skäl talar för att behålla möjligheten att omvandla frivillig vård till tvångsvård, bl.a. *Kammarrätten i Stockholm, Länsrätten i Södermanlands län och Patientnämnden i Stockholms läns landsting*. Även *Svenska Psykiatriska föreningen, Svenska Rättsspsykiatriska föreningen* och *Läkarförbundet* tillstyrker förslaget och anför vidare att det synes ge tillfredsställande rättssäkerhet.

*Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)* och *Riksförbundet för frivilliga samhällsarbetare (RFS)* är kritiska till att behålla möjligheten till konvertering, framför allt för att människors förtroende för den psykiatriska vården inte skall undergrävas. RSMH menar också att konvertering används som ett påtryckningsmedel, vilket leder till ett informellt tvång inom psykiatrin.

**Skälen för regeringens bedömning:** Med konvertering menas att en patient som är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård i frivillig form förs över till psykiatrisk tvångsvård. Frågan behandlades utförligt i förarbetena till nuvarande lagstiftning (prop. 1990/91:58, s. 124f.) Socialministern anförde därvid bl.a. följande:

"Utrymmet för konvertering bör enligt min mening begränsas kraftigt i förhållande till nuläget så att åtgärden kan aktualiseras bara vid speciella behov. Beredningen har uppmärksammat de svåra situationer då patienten gör enträgna och allvarliga försök att skada sig själv och t.o.m. gör självmordsförsök, samtidigt som han avser att avbryta den frivilliga vården. Jag ser det som angeläget att lagstiftningen säkerställer att patienten utan onödig omgång får behövlig vård i dessa svårbemästrade fall. Det gäller situationer när det finns en påtaglig fara för att patienten på grund av sin allvarliga psykiska störning kommer att allvarligt

skada sig själv eller någon annan om han lämnar sjukhuset eller undandrar sig vården där på annat sätt. Jag menar att en konverteringsregel med hänsyn till dessa situationer inte för närvarande kan undvaras. Jag har stannat för att möjligheten till konvertering behålls enbart för de förutnämnda fairesituationerna, som dock inbegriper alla fall då patientens grava psykiska störning ger upphov till fara för allvarlig fysisk eller psykisk skada hos patienten eller annan person. Däremot kommer en patient som har tagits in för psykiatrisk vård på egen begäran inte med den nu föreslagna ordningen kunna hållas kvar på vårdinrättningen mot sin vilja eller tvingas att genomgå en viss behandling annat än i de särskilda fairesituationerna. Genom att inskränka möjligheten till konvertering på det sätt som jag föreslår minskar risken för att konverteringen upplevs av patienterna som ett påtryckningsmedel för att få dem att gå med på åtgärder, som de egentligen motsätter sig. Det är vidare sannolikt att man undviker att sådana extrema situationer uppstår att den ansvarige läkaren känner sig nödgad att ingripa med tvångsintagning så snart som en patient har kommit utanför sjukhusets grindar."

Det finns starka skäl såväl mot som för att tillåta konvertering. Som skäl mot konvertering kan anföras att det är principiellt felaktigt att det för den som har sökt frivillig vård senare skall kunna fattas beslut om tvångsvård, vilket innebär att den enskilde inte har någon möjlighet att lämna vårdinrättningen. Vetskapen för en psykiskt sjuk person att den frivilliga vården kan övergå i tvångsvård kan befaras leda till att han eller hon inte vågar söka hjälp av rädsla för att senare bli vårdad med tvång. Man kan befara att en person som tidigare vårdats inom den psykiatriska vården och som är missnöjd med denna vård kanske väntar med att söka vård, om han vet att den frivilliga vården kan övergå i tvångsvård. Detta kan då leda till att sjukdomen förvärras, vilket är mycket olyckligt. Det sagda talar mot att konvertering skall tillåtas, eftersom det är av största vikt att en person som anser sig vara i behov av psykiatrisk hjälp söker denna hjälp i ett tidigt skede. Genom att förbättra kvaliteten vid psykiatrisk tvångsvård bör man dock kunna minska de negativa känslor som vissa patienter kan ha gentemot den psykiatriska vården och därigenom också minska risken för att patienter undviker att söka vård på grund av rädsla för att bli överförda till tvångsvård.

Det som talar för att en konverteringsmöjlighet bör föreligga är att det uppkommer svårigheter om en person som genomgår frivillig psykiatrisk vård och är mycket svårt psykiskt sjuk beslutar sig för att lämna vårdinrättningen. Behandlande läkare blir då tvungen att skriva ut den svårt psykiskt sjuke patienten till kanske helt oordnade förhållanden. Detta kan, som påtalas av t.ex. *Patientnämnden i Stockholm*, få allvarliga följder för patienten. Det är inte heller tillfredställande att skriva ut en patient och när han lämnat sjukhusområdet på nytt omhändertar honom och se till att vårdintyg skrivs, något som förekom innan det fanns någon möjlighet till konvertering (jfr avsnitt 5.2). Detta förfaringssätt är kränkande för patienterna och pekar på att det finns situationer där läkaren och vårdpersonalen anser att det är helt nödvändigt med fortsatt vård av patienten.

Regeringen anser därför att vid en avvägning av de skäl som anförts för och mot konvertering övervägande skäl talar för att en konverteringsmöjlighet bör föreligga. En bestämmelse om konvertering måste emellertid ge

## 9.2 Tvåläkarprövning och skärpt domstolsprövning

**Regeringens förslag:** Beslut om konvertering skall fattas av chefsöverläkaren sedan vårdintyg utfärdats av annan läkare på vårdinrättningen (tvåläkarprövning). Kravet på domstolsprövning skärps, genom att ett konverteringsbeslut alltid skall underställas länsrättens prövning och prövas i sak av länsrätten. Länsrätten skall vid sin prövning av konverteringsbeslutet i vissa fall kunna underlåta att hålla muntlig förhandling. Övriga rekvisit för att tillåta konvertering kvarstår oförändrade.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag:** Överensstämmer delvis med regeringens. Kommittén föreslår dock att det nu gällande särskilda farerekvisitet skall utgå. Kommittén behandlade inte frågan om förfarande i länsrätt.

**Remissinstanserna:** De flesta instanser som yttrar sig i frågan är positiva till förslaget om utfärdande av vårdintyg på vårdinrättningen och tvåläkarprövning, bl.a. *Länsrätten i Stockholms län, Stockholms läns landsting, Region Skåne och Svenska Rättspsykiatriska föreningen.*

Beträffande förslaget om domstolsprövning i samtliga fall av konvertering är tre av de sex instanser som yttrat sig om denna fråga positiva, bl.a. *Stockholms stad* och *Vårdförbundet*. Vårdförbundet föreslår dessutom att beslut om konvertering omedelbart skall underställas domstolen. *Länsrätten i Stockholms län, Stockholms tingsrätt och Länsrätten i Södermanlands län* är kritiska till att länsrätten efter underställning skall sakpröva konverteringsbeslut där tvångsvården har upphört vid tidpunkten för prövningen.

Fyra av de åtta instanser som uttalat sig om det särskilda farerekvisitet tillstyrker kommitténs förslag; *Svenska Rättspsykiatriska föreningen, Patientnämnden i Stockholms läns landsting, Landstinget Västernorrland* och *Länsrätten i Göteborg*. Länsrätten anser dock att det i sig är lämpligt med en ytterligare grund vid konvertering, men menar att det kan vara svårt att i efterhand bedöma om en patient varit farlig, och tillstyrker därför att farerekvisitet slopas. *Länsrätten i Stockholms län* anför att förslaget kan komma att innebära att konverteringarna ökar i antal. *Riksföreningen frivilliga samhällsarbetare (RFS), Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)* och *Kommittén för mänskliga rättigheter (KMR)* avvisar utredningens förslag.

**Skälen för regeringens förslag:** Genom de skärpta reglerna för konvertering som infördes vid LPT:s tillkomst år 1992 beräknades att antalet konverteringar skulle minska avsevärt genom att farerekvisitet infördes och att konverteringar då skulle koncentreras till särskilt angelägna fall. Av uppgifter från Socialstyrelsen framgår att antalet konverteringar visserligen har minskat men inte alls i den utsträckning som beräknat. Under år 1984 uppgick antalet konverteringar till 1 833, vilket utgjorde ca

20 procent av alla intagningstillfällen och även under år 1988 uppgick konverteringarna till ca 20 procent. Statistik från rapporter över avslutade vårdtillfällen enligt LPT under perioden den 1 oktober 1996 till den 31 mars 1997 visar att det under detta halvår förekom totalt 557 konverteringar, vilket utgör 17 procent av antalet vårdtillfällen.

Av Socialstyrelsens rapport Psykiatrisk tvångsvård – Effekter av ny lagstiftning (1994:2) framkommer att år 1992 blev 39 procent av samtliga konverteringar aldrig prövade av länsrätt på grund av att chefsöverläkaren inte ansökte om medgivande till fortsatt tvångsvård trots att en sådan skyldighet föreskrivs i 12 §. En förklaring till detta kan vara att tvångsvården i många fall omvandlats till frivillig vård innan domstolsprövningen hinner äga rum.

Även om antalet konverteringar successivt har minskat, har inte minskningen av konverteringar varit så stor som kunde förväntas efter att LPT trätt i kraft. Ändrade förutsättningar för användning av konvertering i LPT tycks således inte ha bidragit till att minska antalet konverteringar på avsett vis. Många gånger framstår det som om man har tänjt på farerekvisitet för att tillåta konvertering i tveksamma fall.

Man kan alltså konstatera att nuvarande regelverk inte i alla delar fungerar tillfredsställande och att en ändring av gällande regler måste övervägas. Frågan är då när konvertering bör kunna ske och hur patientens vårdbehov och rättssäkerhet bäst tillgodoses.

Den kritik som har riktats mot konverteringsbestämmelsen har olika infallsvinklar. Å ena sidan går kritiken ut på att frivilligt vårdade men mycket svårt sjuka patienter måste skrivas ut från vården på egen begäran om farerekvisitet inte är uppfyllt. Å andra sidan har det framförts att en möjlighet till konvertering kan innebära ett påtryckningsmedel inom den psykiatriska vården på så sätt att patienter som inte frivilligt vill ta viss medicin får veta att om de inte följer vårdpersonalens ordination frivilligt kommer den frivilliga vården att konverteras till tvångsvård. Även om vårdpersonalen ställs inför svårigheter i vården av en patient när patienten vägrar att ta emot vård, ofta i form av medicinering som kan göra patienten bättre, får konverteringsmöjligheten självklart inte användas som ett påtryckningsmedel. Det måste enligt regeringens mening vara på det sättet att konvertering tillgrips bara när det är oundgängligen nödvändigt

Det man vill uppnå med en eventuellt ny bestämmelse om konvertering är således att konvertering endast får tillgripas i de situationer då det framstår som helt nödvändigt att patienten stannar kvar på vårdinrättningen.

Det är enligt regeringens mening av yttersta vikt att de människor som på grund av en psykisk sjukdom eller störning söker hjälp hos sjukvården i sin utsatta situation kan vara säkra på att bemötas med största möjliga respekt för sin integritet och rätt till självbestämmande. De i föregående avsnitt citerade uttalandena av dåvarande departementschefen har därvid alltså stor aktualitet. En utgångspunkt måste också vara den inriktning mot att stärka patientens ställning som ovan redovisats (avsnitt 6.4.3)

Det är mot bakgrund härav enligt regeringens mening inte lämpligt att lägga fram förslag om förändringar som, enligt t.ex. *Länsrätten i Stock-*

*holms län*, kan medföra att antalet konverteringar kan komma att öka, eller i vart fall uppfattas av många som att området för konvertering ökar. Förslaget om avskaffande av det särskilda farerekvisitetet bör därför enligt regeringens mening inte genomföras.

Regeringen avser i stället att ytterligare stärka rättssäkerheten för patienten genom att omgärda själva beslutsprocessen med starkare rättssäkerhetsgarantier. Det kan lämpligen ske genom att det införs en tvåläkarprövning och krav på att den läkare som fattar intagningsbeslutet skall ha specialistkompetens, samt genom att kravet på domstolsprövning skärps. En regel om tvåläkarprövning skulle innebära att reglerna om konvertering inte skulle skilja sig särskilt mycket från vad som gäller enligt de allmänna förutsättningarna för tvångsvård, vilket i sig kan vara av värde. Vad avser frågan om prövning av konverteringsbeslut i domstol har som ovan framhållits många konverteringar aldrig varit föremål för sådan prövning. Detta är enligt regeringens mening ett förhållande som inte är förenligt med de mycket höga krav på rättssäkerhet som ett konverteringsbeslut måste bygga på.

Regeringen föreslår därför att det införs en möjlighet att utfärda vårdintyg på avdelningen. Vårdintyget bör skyndsamt prövas av specialistkompetent psykiater, varefter intagningsbeslutet senast påföljande dag underställs länsrätten, som skall pröva detta beslut. Detta innebär att ett konverteringsbeslut alltid skall underställas länsrättens prövning och prövas i sak av länsrätten, således även i de fall då patienten vid tidpunkten för länsrättens prövning vårdas frivilligt eller har skrivits ut från sjukvårdsinrättningen. Därmed undviker man att domstolsprövning inte kommer till stånd i sådana fall då patienten skrivs ut till frivillig vård inom fyra dagar, vilket med nuvarande lagstiftning oftast innebär att beslutet inte kommer under länsrättens prövning.

Samtidigt finns det, som *Lagrådet* påtalat, en risk för att länsrättens prövning i dessa fall kan bli mer omständlig än vad som är nödvändigt i det enskilda fallet. För att möjliggöra en hantering som är väl anpassad till det aktuella ärendet föreslår regeringen lättnader i reglerna om muntlig förhandling, handläggningstid och domförhet vid länsrättens prövning av chefsöverläkarens underställning. Den närmare utformningen av bestämmelserna kommenteras i författningskommentaren till 12, 35 respektive 36 §§ LPT samt 18 § lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar.

I de fall som chefsöverläkaren anser att det föreligger ett fortsatt behov av tvångsvård skall han som ovan nämnts inom fyra dagar hos länsrätten ansöka om fortsatt tvångsvård. Några förändringar av denna bestämmelse föreslås inte. Detta innebär att chefsöverläkaren måste, dels inom en dag från konverteringsbeslut underställa detta beslut länsrättens prövning, dels inom fyra dagar ansöka om fortsatt tvångsvård. Så som t.ex. *Länsrätten i Stockholm* har påpekat kan detta, i kombination med de tidsfrister som gäller för länsrättens handläggning, leda till vissa svårigheter. Regeringen föreslår därför att om en ansökan om fortsatt vård lämnas in ges länsrätten möjlighet att förlänga den tidsfrist inom vilken prövningen av själva konverteringsbeslutet måste ske. Detta för att möjliggöra en gemensam handläggning av målen.

Eftersom relativt omfattande förändringar av bestämmelserna om konvertering föreslås är det av stor vikt att noga följa vilka effekter dessa förslag får. Regeringen avser därför att ge Socialstyrelsen ett sådant uppdrag.

## 10 Stödpersoner

### **Regeringens bedömning:**

- Socialstyrelsen bör se till att informationen till chefsöverläkarna ompatientens rätt till stödperson intensifieras.
- Landstingsförbundet bör se till att patientnämnderna informeras om vikten av att de olika nämnderna samordnar sina rutiner när det gäller arbetet med att utse stödpersoner.

**Regeringens förslag:** Möjligheten för en patient som ges psykiatrisk tvångsvård att få en stödperson skall ökas genom att

- chefsöverläkaren i samband med att han fullgör den obligatoriska anmälningsskyldigheten till patientnämnden i anmälan även anger patientens inställning i stödpersonsfrågan,
- den obligatoriska anmälningsskyldigheten utökas till att även gälla då chefsöverläkaren ansöker om permission för en längre tid, om anmälan inte har skett dessförinnan,
- patientnämnden efter att ha fått in den obligatoriska anmälan av chefsöverläkaren skall kontakta patienten eller dennes kontaktman för att efterhöra om patienten önskar att en stödperson utses, om detta inte klart framgår av anmälan,
- chefsöverläkaren åläggs att i journalen föra in uppgift om patientens inställning till att få en stödperson.

Uppdraget som stödperson skall kunna fortgå fyra veckor efter vårdtidens avslutande, varefter patientnämnden, under förutsättning att patienten och stödpersonen samtycker, skall ha en underrättelseskyldighet gentemot socialtjänsten. Socialtjänsten får därefter i samråd med den enskilde och stödpersonen ta ställning till om stödpersonen skall förordnas som kontaktperson enligt socialtjänstlagen (1980:620).

I lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård införs en bestämmelse med innebörden att chefsöverläkaren skall, utan hinder av sekretess, lämna ut nödvändiga upplysningar om patienten till stödpersonen eller patientnämnden, om det finns särskilda skäl med hänsyn till stödpersonens eller annans personliga säkerhet.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag:** Överensstämmer i allt väsentligt med regeringens.

**Remissinstanserna:** De flesta remissinstanser som yttrat sig tillstyrker förslagen eller lämnar dem utan erinran, bl.a. *Svenska kommunförbundet*, *Advokatsamfundet* och *Svenska psykiatriska föreningen*. *Socialstyrelsen* stödjer förslaget, men föreslår ändå liksom *Riksförbundet för frivilliga samhällsarbetare (RFS)* och *Riksförbundet för social och mental hälsa*



(RSMH) att stödperson skall erbjudas obligatoriskt för alla tvångsvårdade patienter. *Tjänstemännens centralorganisation (TCO)* påpekar att det råder begreppsförvirring i de befintliga och föreslagna stödfunktionerna, och förordar själva personligt ombud som en bättre stödfunktion.

Vad gäller uppdrag efter tvångsvårdens avslutande är de flesta remissinstanser som yttrat sig positiva till förslaget, bl.a. *Kammarrätten i Stockholm*, *Riksförbundet för frivilliga samhällsarbetare (RFS)* och *Svenska Rättspsykiatriska föreningen*. Både *Socialstyrelsen* och *Landstinget Västerbotten* nämner bristen på lämpliga och villiga stödpersoner som ett eventuellt problem. *Patientnämnden i Norrbottens läns landsting* är positiv till förslaget men påpekar att vissa stödpersonsuppdrag inte kommer att kunna fortsätta på grund av geografiska avstånd inom deras län. *Katrineholms kommun* befarar att förslaget kommer att leda till ökade kostnader för kommunerna, eftersom det innebär ett ökat tryck på socialtjänsten att förordna kontaktperson.

De få remissinstanser som yttrat sig i frågan om utlämnande av nödvändiga upplysningar till stödperson tillstyrker förslaget, bl.a. *Kammarrätten i Stockholm*, *Patientnämnden i Stockholms läns landsting* och *Svenska Psykiatriska föreningen*. Föreningen föreslår dock vissa ändringar i utformningen av bestämmelsen.

**Skälen för regeringens förslag och bedömning:** Patienter som är intagna för vård enligt LPT eller LRV har enligt bestämmelser i dessa lagar rätt att få en stödperson. Stödpersonens uppgift är att ge patienten personligt stöd. Enligt 30 § LPT skall stödperson utses när patienten begär det. Patienten kan på grund av sitt psykiska tillstånd sakna förmåga att ta initiativ till att få hjälp av en stödperson. Därför har det intagits en föreskrift i andra meningen i nämnda paragraf att stödperson kan utses även om patienten inte begär det, under förutsättning att han inte motsätter sig det.

Stödpersonen skall bistå patienten i personliga frågor så länge patienten ges tvångsvård. En sådan nämnd som avses i lagen (1998:1656) om patientnämnder utser stödpersoner. Stödpersonen har rätt att besöka patienten på vårdinrättningen och har rätt att närvara vid muntlig förhandling inför länsrätten och skall om möjligt underrättas om förhandlingen.

En stödperson får inte utan begränsning ta del av uppgifter om patientens personliga förhållanden. Sådana uppgifter får enligt 7 kap. sekretesslagen (1980:100) inte lämnas ut från hälso- och sjukvården, om inte patienten har lämnat sitt medgivande eller det står klart att uppgiften kan röjas utan att patienten eller hans närstående lider men. Enligt 30 § LPT får inte stödpersonen obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon under uppdraget har fått veta om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt.

Chefsöverläkaren skall se till att en patient så snart hans tillstånd medger det blir upplyst om sin rätt att få hjälp av en stödperson. Vidare åligger det chefsöverläkaren att anmäla till patientnämnden att stödperson behöver utses, t.ex. när patienten på grund av sitt tillstånd saknar förmåga att begära hjälp av en stödperson. Vid vissa tillfällen skall anmälan alltid göras förutsatt att stödperson inte redan har utsetts. I stort gäller detta när vård skall påbörjas eller avslutas eller om chefsöverläkarens beslut om

intagning eller beslut att avslå en begäran att tvångsvården skall upphöra överklagas eller när vården efter överklagande upphör. I LRV föreskrivs vidare att föreskrifterna om stödperson i LPT tillämpas vid rättspsykiatrisk vård som ges på en sjukvårdsinrättning.

Socialstyrelsen har i samarbete med tvångspsykiatrikommittén gjort en undersökning som visar att det endast är en begränsad andel av de personer som vårdas med tvång som erhåller en stödperson. Det antal patienter som inte har erbjudits stödperson har i och för sig minskat under 1990-talet. Fortfarande är det emellertid endast en liten andel av de tvångsvårdade patienterna som får stödperson. Att en stödperson spelar en mycket viktig roll för den tvångsintagne patienten har vitsordats bl.a. vid en hearing som tvångspsykiatrikommittén hade med anhöriga och patienter. Det är därför viktigt att alla patienter som skulle kunna bli hjälpta av en stödperson verkligen erbjuds denna möjlighet. Mot bakgrund av att så få patienter får stödperson finns det enligt regeringens bedömning anledning att anta att alla patienter som skulle vilja ha en stödperson utsedd inte får denna möjlighet.

Det nuvarande systemet bygger på att informationen om rätten till stödperson går fram till patienterna. Som ovan nämnts har chefsöverläkaren en skyldighet att informera patienten om hans eller hennes rätt att få en stödperson utsedd så snart patientens tillstånd tillåter detta och i vissa situationer är chefsöverläkaren skyldig att göra en anmälan till patientnämnden. En enkätundersökning som omfattade samtliga patientnämnder visade att en av orsakerna till att det förordnas så få stödpersoner är att det brister i den information som enligt lag alltid skall lämnas till en tvångsvårdad patient om hans rätt att få en stödperson. Samtidigt är det inte lämpligt att i detalj reglera denna fråga i en författning. Regeringen avser därför att ge Socialstyrelsen i uppdrag att intensifiera informationen till chefsöverläkarna om patienternas rätt till stödperson och om chefsöverläkarnas skyldigheter att informera patienterna samt patientnämnderna.

Frågan är om ytterligare åtgärder krävs för att stärka patientens möjligheter till att få en stödperson. Bland andra har *Socialstyrelsen*, *RFS* och *RSMH* föreslagit att det bör vara obligatoriskt att förordna en stödperson i alla fall av tvångsintagningar, om inte patienten avböjer att få en stödperson utsedd. Mot detta kan anföras att eftersom tvångsvården i sig innebär att patienten inte har beslutanderätt i viktiga frågor är det särskilt viktigt att det som skall vara ett stöd för patienten sker på dennes villkor och att han eller hon själv bör få bestämma i denna fråga. Det har enligt uppgifter från bl.a. *Patientnämnden i Stockholms läns landsting* visat sig vara en negativ upplevelse för såväl stödpersonen, som känner sig ovälkommen, och patienten, som inte har bett om något stöd, i de fall där stödpersoner förordnats då det har varit tveksamt om patienten önskat detta stöd. En stödpersons arbete är mycket svårt och en förutsättning för att stödpersonen skall orka är att han eller hon känner ett gensvar från patientens sida och på det sättet känner att insatsen är meningsfull. Enligt regeringens mening bör det därför inte vara obligatoriskt att förordna stödperson.

Det sätt på vilket patientnämnderna rent praktiskt hanterar en anmälan av chefsöverläkaren om stödperson, i de fall det är obligatoriskt att en

sådan anmälan skall göras, är en annan viktig fråga. I de fall där patienten anmäler att han eller hon önskar en stödperson går man till väga på ungefär samma sätt på de olika patientnämnderna. I de fall patientens önskan inte framgår av anmälan varierar förfarandet. En del nämnder tar kontakt med vårdavdelningen eller patienten för att ta reda på dennes inställning medan andra nämnder inte vidtar några åtgärder. Detta innebär att chefsöverläkarens sätt att informera kan spela en stor roll. Det kan hända att en patient inte själv tar initiativet men vid en direkt förfrågan skulle önska en stödperson. Om ärendet då handläggs hos en nämnd som i oklara fall inte vidtar några åtgärder blir patientens önskan inte uppmärksammas. Regeringen anser att patientnämnderna, genom Landstingsförbundets försorg, bör informeras om vikten av att de olika nämnderna samordnar sina rutiner när det gäller arbetet med att utse stödpersoner. Vidare skall chefsöverläkaren i samband med att han fullgör den obligatoriska anmälningsskyldigheten till patientnämnden i anmälan även ange patientens inställning i frågan om stödperson. Informationsskyldigheten skall enligt regeringens mening kompletteras genom att patientnämnderna ges skyldighet att efter att ha fått in den obligatoriska anmälan av chefsöverläkaren kontakta patienten eller vårdpersonal med kännedom om patienten, exempelvis dennes kontaktperson, för att efterhöra om patienten önskar att en stödperson utses, om detta inte klart framgår av anmälan. Genom detta förfarande garanteras att patienten alltid ställs inför ett erbjudande om stödperson som han aktivt får ta ställning till.

Chefsöverläkaren är enligt förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård skyldig att se till att journalen innehåller bl.a. uppgift om när patienten fått upplysningar enligt 48 § första stycket LPT (lagförslagets 30 § första stycke LPT) eller 30 § första stycket LRV (lagförslagets 26 § första stycke LRV). Mot bakgrund av ovanstående avser regeringen att ändra förordningen på så sätt att chefsöverläkaren även skall ha skyldighet att i journalen anteckna vilken inställning patienten har i frågan om stödperson.

Patienter, anhöriga, vårdpersonal och stödpersoner har framfört att förordnandet av stödperson bör kunna förlängas till att omfatta även en tid efter det att tvångsvården avslutats. Enligt nuvarande regler pågår uppdraget så länge tvångsvården pågår. Om tvångsvården övergår i frivillig vård eller patienten skrivs ut skall således stödpersonen entledigas från sitt uppdrag. Det kan många gånger vara olyckligt för patienten om en väl fungerande kontakt med en stödperson bryts i samband med att han eller hon flyttar hem till eget boende efter en period av tvångsvård. Regeringen anser därför att det i lag bör ges en möjlighet till att låta uppdraget som stödperson fortgå en tid efter vårdens avslutande.

Enligt 10 § socialtjänstlagen (1980:620) (SoL) kan socialtjänsten utse en kontaktperson med uppgift att hjälpa den enskilde i personliga angelägenheter, om den enskilde begär det eller samtycker till det. Det förekommer att en stödperson för en patient efter vårdens avslutande förordnas att vara en kontaktperson för patienten. Då det är av stor vikt att det stöd som ges en person med psykiska problem präglas av kontinuitet och trygghet finns det ett intresse av att man bör skapa ett system där samordning av de olika insatserna för den enskilde patienten förbättras.

Mot bakgrund av detta föreslår regeringen, som ovan nämnts, att uppdraget som stödperson skall kunna fortgå fyra veckor efter vårdtidens avslutande, varefter patientnämnden, under förutsättning att patienten och stödpersonen samtycker därtill, skall ha en underrättelseskyldighet gentemot socialnämnden. Nämnden får därefter i samråd med den enskilde och stödpersonen ta ställning till om stödpersonen skall förordnas som kontaktperson enligt SoL.

Tvångspsykiatrikommittén föreslog att en bestämmelse skall införas i LRV med innebörden att chefsöverläkaren skall lämna ut nödvändiga upplysningar om patienten till stödpersonen eller patientnämnden, om det föreligger särskilda skäl med hänsyn till stödpersonens eller annans personliga säkerhet. Detta mot bakgrund av att det finns situationer då det är viktigt att patienten får en stödperson men då det för stödpersonens säkerhet kan finnas behov av att kunna lämna ut mer information om patienten än vad som idag är möjligt på grund av bestämmelser om sekretess. Vanligen löses problemet genom att patienten ger tillstånd till uppgiftslämnandet. En del patienter vill dock inte att stödpersonen skall ha vetskap om deras bakgrund. Även JO har uppmärksammat att det finns situationer då stödpersonens säkerhet måste anses väga tyngre än patientens integritet. Om denna möjlighet att lämna uppgifter till stödpersonen infördes skulle patienten vid avvägningen om han vill ha en stödperson få ta med i beräkningen att stödpersonen kan få ta del av sekretessbelagda uppgifter om honom.

Då syftet är att alla som vill, skall få en stödperson är det viktigt att inte patienterna, på grund av att information om dem lämnas ut, blir tveksamma till att begära en stödperson som de egentligen behöver.

Mot bakgrund av det tidigare nämnda anser dock regeringen att det bör införas en möjlighet att utan hinder av sekretess lämna ut vissa upplysningar om en patient till dennes stödperson eller till patientnämnden.

Regeringen föreslår således att chefsöverläkaren skall lämna ut nödvändiga upplysningar om patienten till stödpersonen eller patientnämnden, om det föreligger särskilda skäl med hänsyn till stödpersonens eller annans personliga säkerhet. Det är dock viktigt att betona att man först skall tala med patienten och genom individuellt anpassad information försöka att få denne att själv lämna uppgifterna till stödpersonen, eller att ge samtycke till att vårdpersonalen talar med stödpersonen. Vidare vill regeringen erinra om att stödpersoner, enligt 30 § LPT, inte får röja eller utnyttja vad han eller hon under uppdraget har fått veta om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt.

## 11.1 Behandlingsplanering (vårdplan)

**Regeringens förslag:** Uttrycket vårdplan skall användas i stället för behandlingsplan. Vidare skall ändamålet med vårdplanen tydliggöras i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Krav skall ställas på

att vårdplanen skall redovisa de behandlingsåtgärder och andra insatser som bedöms nödvändiga för att syftet med tvångsvården skall uppnås och för att patienten skall kunna klara att leva ute i samhället efter tvångsvårdens upphörande,

att vårdplanen skall omprövas vid återkommande tillfällen och revideras när det behövs, samt

att patientens behov av insatser från socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården skall klarläggas.

Om det visar sig att det finns behov av insatser från kommunen, skall vårdplanen upprättas i samråd med socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens.

**Remissinstanserna:** I stort sett alla instanser som yttrat sig över förslaget att begreppet vårdplan skall användas i stället för behandlingsplan är positiva till förslaget eller lämnar det utan erinran, bl.a. *Socialstyrelsen*, *Region Skåne*, *Vårdförbundet* och *Svenska Psykiatriska föreningen*. *Patientnämnden i Norrbottens läns landsting* anser att begreppet behandlingsplan är vedertaget och har en vidare innebörd än vårdplan. *Patientnämnden* anser att begreppet i stället bör utvidgas till behandlings- och serviceplan.

Beträffande frågan om hur vårdplanen skall utformas har flera instanser haft synpunkter. Bl.a. anser *Kammarrätten i Stockholm* att utredningens förslag om vårdplanens innehåll lägger alltför stor vikt vid formella krav, som kan komma att tynga den praktiska hanteringen. *Stockholms läns landsting* anser att det inte är självklart att den ansvarige för vårdplanen är en läkare, medan bl.a. *Svenska Psykiatriska föreningen* anser att ansvaret bör ligga hos psykiatrin under tvångsvården.

*Länsrätten i Stockholms län* tillstyrker förslaget om att byta ut ordet behandlingsplan mot vårdplan, men vill mana till försiktighet när det gäller chefsöverläkarens kontakter med socialtjänsten över huvudet på patienten och ifrågasätter både om det finns lagliga möjligheter, och om det är lämpligt, att ge socialtjänsten tillgång till uppgifter utan patientens medgivande.

**Skälen för regeringens förslag:** Enligt nuvarande lagstiftning skall en behandlingsplan upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård. Så långt det är möjligt skall planen upprättas i samråd med patienten. När det är lämpligt skall samråd ske också med dennes närstå-

ende. I samråd med patienten skall det klarläggas om denne har behov av stöd från socialtjänsten.

Efter införandet av LPT och LRV har kravet på behandlingsplanering inom hälso- och sjukvården allmänt förstärkts genom den i 31 § HSL införda skyldigheten för alla vårdgivare att fortlöpande och systematiskt utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Användningen av behandlingsplaner utgör en del av det kvalitetsutvecklingsarbete som skall bedrivas enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.

Behandlingsplaneringen vid vård enligt LRV har belysts i samband med att Socialstyrelsen på regeringens uppdrag gjort en nationell översyn av innehåll och kvalitet i den specialiserade psykiatrin (jfr. avsnitt 6.5). Sammanfattningsvis fann Socialstyrelsen att diskrepansen mellan vad som föreskrivs i lagen att en behandlingsplan skall innehålla och vad den visat sig innehålla var oacceptabelt stor och att det endast i ett fåtal fall framkom om patienten medverkat vid planens upprättande. Socialstyrelsen konstaterade att behandlingsplaner efter styrelsens begäran borde ha insänts för samtliga tvångsvårdade patienter och att många av de insända behandlingsplanerna var upprättade just kring Socialstyrelsens inventeringsdatumet även om patienten hade en lång vårdtid bakom sig.

Det är enligt regeringens mening angeläget att vårdplaneringen inom den psykiatriska tvångsvården utvecklas för att säkerställa att kvaliteten och säkerheten i patientens vård och omhändertagande tillgodoses, att samhällsskyddet tillgodoses vid rättspsykiatrisk vård och att syftet med tvångsvården uppnås på kortast möjliga tid och med minsta möjliga användning av tvångsåtgärder. Vårdplaneringen bör också utvecklas för att säkerställa att patienten informeras om sina rättigheter, främst enligt LPT och LRV men även i ett vidare perspektiv de rättigheter som socialtjänstlagen (1980:620) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) ger, samt att förslag och klagomål från patienten kan tas om hand och beaktas.

En sådan utveckling ligger också i linje med FN:s principer för skydd av personer med psykisk störning och för utveckling av psykiatrisk vård. Enligt princip 9:2 skall vården av varje patient baseras på en individuellt anpassad vårdplan. Vårdplanen skall upprättas i samråd med patienten, utvärderas vid återkommande tillfällen, revideras vid behov och genomföras av kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal (se avsnitt 4.2)

Vårdplanen skall möjliggöra att tvångsvården kan styras och säkras mot de mål och delmål som anges för vården av en patient. Av vårdplanen skall framgå inte bara patientens vård- och behandlingsbehov utan även hans behov av bostad, stöd och service samt arbete, utbildning eller annan sysselsättning. Om det visar sig att det finns behov av insatser från kommunen, bör vårdplanen självfallet upprättas i samråd med socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. Om det inte är olämpligt, eller det möter hinder på grund av sekretess bör samråd också ske med patientens närstående. En sådan samordnad vårdplan bör klargöra behovet av och formerna för samarbete och samverkan mellan berörda sjukvårdande och sociala instanser kring vård och omsorg. Chefsöverläkaren bör därför liksom hittills vara skyldig att klarlägga om

patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Ansträngningar bör därvid självklart göras för att ge patienten en individuellt anpassad information som tillgodoser patientens delaktighet. Ytterst bör dock uppgifter om en patient liksom hittills enligt den sekretessbrytande bestämmelse som gäller vid psykiatrisk tvångsvård kunna lämnas ut utan hinder av sekretessen inom socialtjänsten, om det behövs för att chefsöverläkaren skall kunna fullgöra sitt ansvar. Såsom *Länsrätten i Stockholm* påpekat medför dock inte denna bestämmelse att utlämnande av uppgifter kan ske från hälso- och sjukvården utan prövning enligt normala regler i sekretesslagen.

Vid rättspsykiatrisk vård bör vårdplanen särskilt klargöra behovet av insatser för att tillgodose samhällsskyddet, t.ex. konsultationsinsatser för att kunna göra kvalificerade bedömningar av risken för återfall i allvarlig brottslighet. Vårdplanen bör också klargöra behovet av eftervårdsinsatser och formerna för uppföljning av medicinsk behandling och andra insatser.

Mot denna bakgrund anser regeringen att ändamålet med vårdplanen skall tydliggöras i LPT och LRV. Krav skall ställas på att det skall upprättas en vårdplan som redovisar de behandlingsåtgärder och andra insatser som bedöms nödvändiga under och efter vistelsen på vårdinrättningen för att syftet med tvångsvården skall uppnås. Krav skall också ställas på att en vårdplan skall omprövas vid återkommande tillfällen och revideras när det behövs. Vårdplanen skall vid ansökan om fortsatt vård och anmälan till länsrätten vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning ge rätten underlag för beslut om förlängning av vårdtiden. Vårdplanen utgör också ett viktigt beslutsunderlag inför ett beslut om permission (jfr avsnitt 12).

Enligt regeringens uppfattning är det vidare nödvändigt att en vårdplan, för att utgöra ett användbart instrument i vården, alltid innehåller uppgifter om vissa förhållanden som är av grundläggande betydelse för att tvångsvården skall kunna bedrivas, styras och säkras mot de mål och delmål som anges för vården av en patient.

Preciserade krav på innehåll i vårdplanen är dock, såsom bl.a. *Kammarrätten i Stockholm* påpekat inte av den karaktär att de lämpligen bör regleras i lag. Kraven på hur en vårdplan skall vara utformad bör kunna anpassas till utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Lagen bör av den anledningen endast innehålla vissa grundläggande krav på vad en vårdplan skall innehålla. Mer preciserade krav bör därför ställas i myndighetsföreskrifter om så befinns nödvändigt.

Det kan också finnas anledning att överväga om det tydligare bör anges i lagen när en vårdplan skall upprättas. Vårdplanen skall enligt gällande bestämmelser upprättas snarast efter det att patienten tagits in för tvångsvård.

Enligt regeringens uppfattning är det inte lämpligt att ställa krav på att vårdplanen skall upprättas inom en viss angiven tid. Det krävs viss tid för nödvändiga utredningsåtgärder innan en vårdplan kan upprättas. Det gäller i synnerhet när vårdplanen avser en patient som inte är känd sedan tidigare. Eftersom vårdplanen skall ligga till grund för genomförandet av vården, bör dock en preliminär vårdplan alltid upprättas i anslutning till ett beslut om intagning för tvångsvård. Den preliminärt upprättade planen

skall ligga till grund för behandlingen i det akuta skedet efter intagningen för tvångsvård och ange huvuddragen i planeringen av den fortsatta vården. Den preliminärt upprättade vårdplanen skall revideras så snart som det finns underlag för att fastställa den vårdplan som skall ligga till grund för det fortsatta vård- och behandlingsarbetet. Regeringen anser vidare att den person som upprättar vårdplanen bör ha sådan kompetens och erfarenhet från psykiatrisk verksamhet att kravet på att vårdplanen skall utgöra ett användbart instrument för vård- och behandlingsarbetet kan tillgodoses.

Enligt regeringens mening tyder bristerna såväl i användningen av behandlingsplaner som i kvaliteten och dokumentationen av behandlingsplaneringen på att informations- och utbildningsinsatserna inte har varit tillräckliga. Det finns också anledning anta att chefsöverläkarna inte har sett till att rutiner för behandlingsplanering utarbetas inom ramen för verksamhetens kvalitetssystem. Regeringen vill därför understryka vikten av att sjukvårdshuvudmännen tar ansvar för att lagstiftningen får genomslag i sjukvårdsorganisationen liksom för uppföljning av att reglerna tillämpas på avsett sätt.

Eftersom planeringen av psykiatrisk tvångsvård inte bara avser medicinsk behandling utan även omfattar omvårdnad samt i många fall insatser från socialtjänst är begreppet behandlingsplanering missvisande. Det bör därför enligt regeringens mening ersättas av det vidare begreppet vårdplan.

## 11.2 Riktlinjer för tvångsbehandling och andra tvångs- och kontrollåtgärder

**Regeringens förslag:** I allmänna bestämmelser skall riktlinjer anges för användningen av tvångs- och kontrollåtgärder vid vård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. I dessa skall det fastslås att tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten genom en individuellt anpassad information inte kan förmås att frivilligt medverka till vård och att dessa tvångsåtgärder inte får användas i större omfattning än som är nödvändigt för att patienten skall förmås att medverka till vård. Vidare föreslås att användningen av tvångsåtgärder skall stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden, att mindre ingripande åtgärder skall användas om dessa är tillräckliga, samt att tvång skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsynstagande till patienten.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag:** Överensstämmer i sak med regeringens.

**Remissinstanserna:** Flertalet svarande instanser tillstyrker förslaget eller lämnar det utan erinran, bl.a. *Kammarrätten i Stockholm* och *Advokatsamfundet*.

*Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)* är positivt, men menar liksom *Kommittén för mänskliga rättigheter (KMR)* att ett andra



juridiskt steg bör krävas innan tvångsbehandling skall få ges under pågående tvångsvård.

*Vårdförbundet* anser att större hänsyn borde tagits till Europarådets förslag till rekommendationer på området.

*Riksdagens ombudsmän (JO)* kommenterar endast frågan om telefonförbud, och anser att ett sådant kan vara motiverat i vissa fall.

**Skälen för regeringens förslag:** Den medicinska behandlingen under tvångsvården skall ges efter samma principer som gäller för frivillig psykiatrisk vård. En tvångsintagen patient skall få vård och behandling under samma etiska och vetenskapliga betingelser som andra sjuka personer. Det är därför viktigt att påpeka att ett beslut om intagning för psykiatrisk tvångsvård inte får medföra att patienten med någon slags automatik också skall behandlas mot sin vilja. De grundläggande bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om respekt för patientens självbestämmande och integritet gäller självfallet också för den vård som sker med tvång och hans eller hennes önskemål skall därför respekteras så långt det är möjligt. Patientens utsatta ställning gör det särskilt viktigt att vården och behandlingen sker i former som inkräktar så lite som möjligt på hans integritet och värdighet. Behandlingsåtgärderna får därför inte till sin art, omfattning och varaktighet vara mera ingripande än vad som är försvarbart med hänsyn till syftet med tvångsvården.

Vid tvångsvård är samrådskravet dock inte ovillkorligt. Enligt 17 § LPT ställs krav på samråd med patienten när det kan ske. Patientens psykiska tillstånd avgör när ett samrådsförfarande får underlåtas. I fall då patienten motsätter sig behandlingen träffas avgörandet av chefsöverläkaren eller en annan specialistkompetent psykiater.

Såväl den reglering som ges i grundlagen som de internationella överenskommelserna syftar till att ge ett grundläggande skydd för de mänskliga rättigheterna för den som vårdas inom tvångsvården. (jfr. avsnitt 4.2). Dessa regelverk har i Sverige kompletterats och fyllts ut av regler som återfinns främst i LPT och LRV.

Någon form av tvångsåtgärd förekom vid tjugoåtta procent av alla vårdtillfällen enligt LPT år 1992/93 mot tolv procent år 1988. Som tänkbara orsaker till denna ökning anförde Socialstyrelsen i sin utvärdering att den ingående regleringen av användningen av tvångsåtgärder i den nya lagstiftningen, i förening med den införda skyldigheten att anmäla dessa till Socialstyrelsen, kan ha skärpt uppmärksamheten och därmed ha medfört att flera fall registreras. En annan orsak till att användningen av tvångsåtgärder syntes ha ökat kunde enligt Socialstyrelsen vara att andelen tvångsvårdade hade minskat mellan åren 1988 och 1993, vilket innebär att de som tvångsvårdas enligt den nya lagstiftningen kan ha svårare störningar och motsätter sig behandlingsinsatser. Detta leder till att en större andel patienter blir föremål för tvångsåtgärder.

Vid uppföljningen av avslutade vårdtillfällen enligt LPT år 1996/97 framkom att någon form av tvångsåtgärd använts i trettiofyra procent av fallen. Tvångsmedicinering förekom i trettio procent av fallen och då vanligen i form av enstaka injektioner i början av vårdtiden. Upprepade depåinjektioner gavs framför allt i fall med lång vårdtid. Fastspänning med bälte hade förekommit i tio procent av fallen, vanligen i början av

vårdtiden. Avskiljning i någon form förekom i två procent av fallen (jfr avsnitt 5.1).

Det är dock påfallande att många rapporter kommer från vissa vårdenheter medan andra enheter inte rapporterar ett enda tillfälle av fastspänning eller avskiljning under längre tid.

Den uppföljning som tvångspsykiatrikommittén gjort år 1996/97 tyder på att användningen av tvångsåtgärder har ökat vid vård enligt LPT. Det är främst tvångsmedicinering som används i betydligt större omfattning. Socialstyrelsens uppföljning av innehåll och kvalitet i den specialiserade psykiatri tyder också på att användningen av tvångsåtgärder kan ha ökat något vid vård enligt LRV.

Även om dessa uppgifter inte utan vidare kan läggas till grund för antagandet att tvångsåtgärder används i en alltför stor omfattning är det enligt regeringens mening en oroande trend som inte ligger i linje med utvecklingen inom hälso- och sjukvårdens område.

Riksdagen har under senare år beslutat om ändringar i HSL som också berör den psykiatriska tvångsvården. Det gäller bl.a. de i HSL införda reglerna om att den enskilda människans värdighet skall respekteras i vården och att patientens val av behandlingsmetod skall vara avgörande i vissa fall (jfr. avsnitt 6.4). Dessa förändringar understryker enligt regeringens mening vikten av att hänsyn skall tas till patientens upplevelser och att tvångsåtgärder skall användas i minsta möjliga utsträckning. Det gäller också den i 31 § HSL införda skyldigheten för alla vårdgivare att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Denna skyldighet ställer enligt regeringens mening krav på att tvångsvården och användningen av tvångsåtgärder vid sådan vård beaktas särskilt vid utformningen av det kvalitetssystem som skall finnas i verksamheten enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.

Det är enligt regeringens mening av stor betydelse att den utveckling mot ytterligare förstärkning av patientens ställning som skett under senare år inom hälso- och sjukvården också genomförs i praktiken vid psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. Regeringen anser det önskvärt att sjukvårdshuvudmännen internt genomför revisioner av den psykiatriska verksamheten och med utgångspunkt i dessa revisioner vidtar kvalitetshöjande åtgärder i syfte att minska användningen av tvångsåtgärder och vill särskilt understryka att sjukvårdshuvudmannen bör se till

- att ledningsorganisationen för berörda verksamheter tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården,
- att berörda verksamheter har den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges,
- att det finns sådana kvalitetssystem i verksamheten att vården är av högsta möjliga kvalitet samt att rättssäkerhet och samhällsskydd tillgodoses, samt
- att chefsöverläkarna har sådana rutiner att de fortlöpande kan följa utvecklingen inom tvångsvården och upprätthålla kvalitet, rättssäkerhet och samhällsskydd.

Regeringen anser vidare att – i syfte att minska användningen av tvångsåtgärder och stärka patientens rättstrygghet – LPT och LRV skall kompletteras med allmänna bestämmelser som anger riktlinjer för tvångsbehandling och annan användning av tvång under tvångsvård. Dessa bestämmelser bör utformas med beaktande av FN:s principer för skydd av personer med psykisk störning och utveckling av psykiatrisk vård samt Europarådets rekommendationer för utformningen av regler om psykiatrisk tvångsvård (avsnitt 4.2).

Av de allmänna bestämmelserna skall framgå att tvång i syfte att genomföra vården endast får användas om patienten genom en individuellt anpassad information inte kan förmås att frivilligt medverka. Härigenom markeras att alla ansträngningar skall göras för att ge patienten en information som tillgodoser patientens delaktighet. Det innebär att patienten skall ges adekvat information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som står till buds och att informationen skall förklaras för patienten på ett sätt och med ett språk som patienten förstår. Den som ger informationen måste förvissa sig om att patienten har förstått innehållet i och innebörden av den information som lämnats.

Vidare skall de allmänna bestämmelserna tillgodose att tvångs- och kontrollåtgärderna till sin art, omfattning och varaktighet anpassas till vad som är nödvändigt. De riktlinjer för tvångsbehandling som behandlas i förarbetena till nuvarande tvångsvårdslagstiftning skall således komma till uttryck i lagbestämmelser som gäller användningen av alla former av tvångs- och kontrollåtgärder under tvångsvård.

I syfte att tydliggöra att tvångsbehandling, fastspänning, isolering och kontrollåtgärder skall användas endast i begränsad utsträckning anser regeringen att det i allmänna bestämmelser också skall fastslås bl.a. att användningen av tvångs- och kontrollåtgärder skall stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden och att mindre ingripande åtgärder skall användas om de är tillräckliga.

Förslaget innebär att de proportionalitetsregler som för närvarande finns intagna i bestämmelser om behandlingen under tvångsvård och om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning av patienter som tvångsvårdas inte längre kommer att ha någon självständig betydelse och därför kan utmönstras. Däremot skall de särskilda förutsättningar som gäller för fastspänning och isolering av patienter som tvångsvårdas finnas kvar eftersom de anger begränsningar i användningen av sådana åtgärder utöver vad som framgår av de allmänna bestämmelser som vi föreslår.

Regeringen anser således att det i allmänna bestämmelser bör fastslås

- att tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten genom en individuellt anpassad information inte kan förmås att frivilligt medverka till vård,
- att tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården inte får användas i större omfattning än som är nödvändigt för att patienten skall förmås att medverka till den,
- att användningen av tvångsåtgärder skall stå i rimlig proportion till vad som avses att uppnås med åtgärden och att mindre ingripande åtgärder skall användas om dessa är tillräckliga, samt

- att tvångsåtgärder skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsynstagande till patienten, dvs. så att han eller hon inte utsätts för onödig kränkning av sin integritet och värdighet.

Med anledning av en framställning från Riksdagens ombudsmän (JO) har särskilt övervägts om LPT och LRV bör ändras så att chefsöverläkaren ges en lagreglerad befogenhet att inskränka patientens rätt att telefona eller på annat sätt kommunicera via telenätet.

Regeringen anser att det inte finns tillräckliga skäl att från behandlingssynpunkt kunna besluta om inskränkningar i denna rätt, eftersom patientens behandlingssituation lika väl kan förbättras som försämrats på grund av ett telefonförbud. Skälen för en sådan åtgärd kan därför inte anses uppväga det intrång eller men som åtgärden innebär för den enskilda människan. Detta gäller också möjligheten att med personatorer och andra tekniska hjälpmedel kommunicera via telenätet eller på annat sätt. Det bör således inte införas någon generell befogenhet för chefsöverläkaren att från behandlingssynpunkt kunna besluta om inskränkningar i patientens rätt att telefona.

Patienters möjlighet att telefona eller att med andra tekniska hjälpmedel kommunicera över telenätet eller på annat sätt under tvångsvården, t.ex. med egen mobiltelefon, bestäms i övrigt av de interna regler som gäller vid vårdenheten av ordningsskäl. Sådana regler kan vara nödvändiga för att vården skall uppfylla de krav på en god vård som anges i 2 a § HSL. Det har upplysts att Socialstyrelsen vid granskningar av psykiatrisk verksamhet har konstaterat att det finns stora skillnader mellan vårdinrättningar vad gäller användningen av sådana restriktioner i form av lokala ordningsregler. Dessa skillnader finns också mellan rättspsykiatriska regionvårdsenheter och andra vårdenheter inriktade på rättspsykiatrisk vård. Mot den bakgrunden kan det enligt regeringens bedömning antas att skillnaderna i användningen av restriktioner av detta slag främst beror på olika kulturer, attityder och förhållningssätt i vården. I sämsta fall får detta till följd att patienter utsätts för inskränkningar i sina grundlagsskyddade fri- och rättigheter som inte är motiverade från ordnings- eller säkerhetssynpunkt och som inte är godtagbara med hänsyn till de krav som ställs på en god vård i HSL. Regeringen anser det därför vara angeläget att sjukvårdshuvudmännen ger direktiv och säkerställer att de kvalitetssystem som skall finnas i verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård tillgodoser att patienter i allmänhet har möjlighet att per telefon eller med andra tekniska hjälpmedel kontakta utomstående och att inskränkningar endast görs om det är nödvändigt för att kunna bedriva en god vård. Regeringen förutsätter att Socialstyrelsen kommer att uppmärksamma detta problem genom allmänna råd och inom ramen för sin ordinarie tillsyn.

Fråga har också uppkommit huruvida andra former av fysiskt tvång skall regleras genom särskilda bestämmelser. 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. Samtidigt är det här fråga om

en kraftfull inskränkning av patientens integritet som inte utan mycket starka skäl bör komma i fråga. Några förslag härom lämnas därför inte.

Frågan om lagreglering av vissa behandlingsformer eller behandling med vissa preparat som kan medföra uttalade biverkningar eller av patienten uppfattas som särskilt påfrestande övervägdes särskilt i förarbetena till den nuvarande lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård (prop. 1990/91:58, s. 138f.). Mot att införa förbud mot behandlingar som i allmänhet kan upplevas som särskilt påfrestande eller integritetskränkande kunde enligt departementschefen bl.a. anföras att tvångsvårdade patienter därmed generellt inte skulle kunna komma i fråga för vissa typer av behandlingar, som kan erbjudas i den frivilliga psykiatriska vården. Departementschefen fann inte detta tillfredsställande, i synnerhet om det inte finns någon annan behandlingsform att tillgå.

De riktlinjer för tvångsbehandling som regeringen nu föreslår innebär att särskild vikt skall läggas vid patientens delaktighet vid planering och genomförande av vård och behandling. När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och bedöms vara till nytta för patienten med hänsyn till hans psykiska störning, bör därför patientens val vara avgörande. Vidare skall särskild hänsyn tas till patientens upplevelser av viss behandling.

Regeringen anser dock inte att det nu finns tillräckliga skäl för att införa särskilda bestämmelser om den medicinska behandlingen under tvångsvård. För behandlingen under tvångsvård skall liksom hittills gälla att den skall ske i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Som framhålls i förarbetena till nuvarande tvångsvårdslagstiftning begränsar det utrymmet för de medicinska behandlingsåtgärder som får vidtas. Regeringen vill särskilt framhålla att det bl.a. innebär att den medicinska behandlingen under tvångsvård också skall ske med användning av godkända läkemedel i rekommenderad dosering och med minsta möjliga biverkningar. Regeringen vill i detta sammanhang åter erinra om de riktlinjer för stärkt patientinflytande som givits i prop. 1997/98:189 och 1998/99:4 (se avsnitt 6.4).

Regeringen har särskilt övervägt huruvida elektrokonvulsiv behandling (ECT-behandling) skall få utföras under psykiatrisk tvångsvård. ECT-behandling har bevisat god effekt vid depressioner och ger såvitt känt inga bestående skador. Det finns därför inte enligt regeringens anledning att generellt undanhålla tvångsvårdade patienter sådan behandling när det finns medicinsk indikation. ECT-behandling kan dock av patienter upplevas som särskilt påfrestande eller integritetskränkande. Genom de allmänna bestämmelser som vi föreslår för användningen av tvångsbehandling och annan användning av tvång under tvångsvård skall i dessa fall göras en bedömning huruvida behandlingen är mer ingripande än som är försvarbart med hänsyn till syftet med åtgärden och till alternativa behandlingsåtgärder. Det innebär att mindre ingripande åtgärder skall användas om de är tillräckliga och att den enskilde patientens inställning skall tillmätas stor betydelse.

Regeringen vill i sammanhanget erinra om den förändring av patientjournalagen som trädde i kraft den 1 januari 1999, med innebörden att det av journalen skall framgå att patienten informerats om behandlingen,

patientens inställning till behandlingen och om patienten förstått vad behandlingen innebär och vilka effekter den får. Den information som ges skall således vara individuellt anpassad. I journalen bör därför antecknas vilken information som lämnats om behandlingen och eventuella alternativ till denna, vem som informerat patienten samt när och hur informationen lämnats.

## 12 Permission

**Regeringens förslag:** Möjligheten att ge en patient tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område (permission) till vårdtidens slut avskaffas. Permission skall fortsättningsvis kunna ges för visst tillfälle eller vissa återkommande tillfällen. Permission får också ges för en längre period, om det finns särskilda skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör. Tillstånd till permission får ges endast under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag:** Möjligheten att ge patienten tillstånd att på egen hand vistas utanför sjukvårdsinrättningens område under viss del av vårdtiden skall finnas kvar men den nuvarande möjligheten att ge patienten sådant tillstånd för återstoden av vårdtiden avskaffas. Patienter som ännu inte kan skrivas ut från tvångsvård men inte längre har behov av psykiatrisk vård på sjukvårdsinrättning (kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård) skall i stället kunna överföras till öppen vård med särskilda villkor. Beslut om öppenvård med särskilda villkor skall fattas av länsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren och efter en noggrann och dokumenterad utredning. Krav ställs på en samordnad planering och uppföljning av landstingets och kommunens insatser. För det ändamålet skall en samordnad vårdplan upprättas.

### *Vård enligt LPT*

Länsrätten får beträffande patienter som vårdas med stöd av LPT besluta om öppen vård med särskilda villkor när vissa förutsättningar är uppfyllda bl.a. att patienten har ett fortsatt behov av psykiatrisk vård som kan tillgodoses på annat sätt än genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning och att det är nödvändigt att han iakttar särskilda villkor.

### *Återintagning vid vård enligt LPT*

Återintagning får ske när patientens tillstånd och personliga förhållande i övrigt har förändrats på ett sådant sätt att hans behov av psykiatrisk vård inte längre kan tillgodoses utan att han får vård på sjukvårdsinrättning.

Patienter som ges rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning får överföras till öppen vård med särskilda villkor under följande förutsättningar.

- 1) Patienten lider fortfarande av en allvarlig psykisk störning.
- 2) Patienten har ett fortsatt behov av psykiatrisk vård som kan tillgodoses på annat sätt än genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning.
- 3) Det är med hänsyn till patientens psykiska tillstånd, hans personliga förhållanden i övrigt eller till annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa nödvändigt att han iakttar särskilda villkor avseende vård och behandling, boende, sysselsättning eller andra insatser för att tillgodose hans behov.

#### Vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning

Patienter som ges rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning får överföras till öppen vård med särskilda villkor under följande förutsättningar.

- 1) Patienten lider fortfarande av en psykisk störning.
- 2) Patienten har ett fortsatt behov av psykiatrisk vård som kan tillgodoses på annat sätt än genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning och det är inte heller påkallat att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning med hänsyn till risken för återfall i brottslighet som är av allvarligt slag.
- 3) Särskilda villkor är nödvändiga för att tillgodose samhällsskyddet.

#### Återintagning vid vård enligt LRV

Återintagning på sjukvårdsinrättning kan ske när patientens tillstånd och personliga förhållande i övrigt har förändrats på ett sådant sätt att hans behov av psykiatrisk vård inte längre kan tillgodoses utanför sjukvårdsinrättningen. Beträffande patienter som vårdas med särskild utskrivningsprövning skall återintagning ske när nyssnämnda förutsättningar är uppfyllda. Återintagning skall också ske om patienten inte iakttar de villkor som gäller och detta innebär att det finns en risk för att patienten till följd av sin psykiska störning återfaller i brott som är av allvarligt slag.

**Remissinstanserna:** Knappt hälften av de instanser som yttrat sig är positiva eller har inget att erinra emot förslaget, bl.a. *Kammarrätten i Stockholm*, *Sveriges advokatsamfund*, *Intresseförbundet för schizofreni (Riks-IFS)*, *Landstingsförbundet* och *Riksåklagaren* (några av dem har dock synpunkter på utformningen av lagen). *Socialstyrelsen* är försiktigt positiv, men föreslår en begränsning av denna vårdform så att den endast skall få ges vid ett tillfälle och under begränsad tid för LPT-patienter och LRV-patienter utan särskild utskrivningsprövning.

Ytterligare några instanser, t.ex. *Svenska psykiatriska föreningen* och *Göta hovrätt*, är positiva till förslaget vad gäller LRV-patienter men mer kritiska till att tillämpa vårdformen för LPT-patienter.

Ett antal remissinstanser är kritiska till förslaget, bl.a. *Svenska kommunförbundet*, *Länsrätten i Göteborg* och *Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)*. Kommunförbundet uttalar bl.a. att det är ansvarslost att föreslå att än mer ansvar för allvarligt psykiskt störda läggs på kommunerna och att kombinationen av frivilliga insatser och tvångsvård i förslaget ställer mycket stora krav på personalen. Både Kommunförbundet och RSMH anser att en precisering och utveckling av permissionsinstitutet hade varit att föredra framför inrättande av en helt ny vårdform.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** Flertalet remissinstanser, såsom *Riksåklagaren*, *Svenska kommunförbundet*, *Svenska Psykiatriska Föreningen* och *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)* tillstyrker förslaget eller lämnar det utan erinran.

*Socialstyrelsen* lämnar förslag på ett antal kompletteringar som enligt styrelsen behöver göras. Styrelsen påtalar också att det är stor skillnad mellan patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV utan särskild utskrivningsprövning och de patienter som vårdas med stöd av LRV med särskild utskrivningsprövning

Ett antal remissinstanser, däribland *Kammarrätten i Jönköping* och *Svenska Rättspsykiatriska föreningen* är mer kritiska till förslaget och anför att det inte kommer att leda till de önskade effekterna. Dessa instanser anser att de förslag som tvångspsykiatrikommittén lämnat på ett bättre sätt motsvarar verksamhetens krav.

## Skälen för regeringens förslag:

### *Bakgrund*

Vid psykiatrisk tvångsvård kan tillstånd för patienten att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område, s.k. permission, ges enligt 25 och 26 §§ LPT. Bestämmelserna gäller enligt 9 § LRV i tillämpliga delar för patienter som ges rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning som brottspåföljd. I 10 och 11 §§ LRV ges bestämmelser om permission i de fall patienten genomgår rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning eller är intagen i kriminalvårdsanstalt eller särskilt ungdomshem till följd av dom på slutet ungdomsvård. Förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård innehåller kompletterande föreskrifter om permission vid vård enligt LPT och LRV.

Den som är intagen för psykiatrisk tvångsvård får enligt 25 § LPT ges tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område en viss del av vårdtiden. Tillståndet får ges för återstoden av vårdtiden, om det finns skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör. Beslut om permission fattas av chefsöverläkaren. Tillståndet får förenas med särskilda villkor och kan enligt 26 § LPT återkallas, om för-



hållandena kräver det. Chefsöverläkarens beslut att avslå en begäran om permission eller att meddela särskilda villkor för en permission eller att återkalla en permission får överklagas av patienten hos länsrätten.

Patientens möjligheter att vistas utanför vårdinrättningens område bestäms av patientens tillstånd, rutinerna vid inrättningen och omständigheterna i övrigt. Permission bör ses som en naturlig del av vården och ges efter en överenskommelse med patienten av den läkare som har ansvaret för vården.

Permission för viss del av vårdtiden kan avse t.ex. en del av ett dygn eller ett visst antal dygn i sträck, eller vissa återkommande tillfällen, t.ex. under vissa helger. I dessa fall förutsätts att patienten skall återvända till vårdinrättningen. Permission kan ges för att förbereda tvångsvårdens upphörande, men även andra skäl kan motivera ett sådant beslut, t.ex. läkarundersökning på annan vårdinrättning.

Permission för återstoden av vårdtiden får ges för att underlätta en smidig övergång till fortsatt vård i frivilliga former och därmed för att uppnå syftet med tvångsvården, dvs. att vården skall ges i frivilliga former. I författningskommentaren till 25 § LPT framhålls att avsikten inte är att denna form av permission skall tillämpas rutinmässigt. Det anges att den främst bör kunna utnyttjas i vissa fall då tvångsvårdstiden har blivit förlängd vid ett eller flera tillfällen.

Det underströks av departementschefen i förarbetena till LPT att permission under återstoden av vårdtiden inte skall användas som försöksutskrivning enligt tidigare lagstiftning, LSPV, dvs. i stor omfattning och under lång tid. Enligt departementschefen var ett förfarande av dittillsvarande modell och tillämpning inte förenligt med de stränga rekvisit för tvångsvård som hon föreslagit.

De allmänna reglerna om att tvångsvården skall upphöra så snart den inte är absolut nödvändig sätter enligt förarbetena till tvångsvårdslagstiftningen en yttersta gräns för hur länge en permission skall kunna pågå. I anslutning härtill framhöll departementschefen att tvångsvården bör upphöra så snart patienten kan klara av att leva utanför vårdinrättningen och att detta också gäller när patienten behöver stöd av t.ex. den öppna psykiatriska verksamheten eller socialtjänsten. Departementschefen underströk angelägenheten av att möjligheterna till samverkan med socialtjänst, arbetsmarknadsmyndigheter m.fl. noga tas till vara för att underlätta att tvångsvården kan upphöra.

Det finns dock inte något hinder mot att förlänga tvångsvårdstiden när en patient meddelats permission och det finns inte heller något uttryckligt krav på att patienten i ett sådant fall åter skall vistas på vårdinrättningen.

Vid rättspsykiatrisk vård som ges efter beslut av domstol får chefsöverläkaren beträffande patienter som vårdas utan särskild utskrivningsprövning enligt 9 § LRV besluta om permission enligt de förutsättningar som gäller vid vård enligt LPT.

Vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning prövar länsrätten enligt 10 och 22 §§ LRV frågan om permission efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten. Vid prövningen skall länsrätten beakta arten av den brottslighet som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning, risken för återfall i brottslighet och verkan av den vård

och behandling som patienten genomgått. Tillståndet får ges för återstoden av vårdtiden, om det finns skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att den rättspsykiatriska vården upphör.

Allmänt gäller även vid permission i dessa fall att möjligheten till vistelse utanför vårdinrättningen bestäms av patientens hälsotillstånd och rutinerna vid inrättningen. De faktorer som länsrätten särskilt skall beakta vid prövningen av en ansökan om permission skall tillgodose att en allsidig prövning görs i dessa fall. Enligt förarbetena till tvångsvårdslagstiftningen är det vid denna prövning väsentligt att skyddsbehovet för närstående och omgivningen blir beaktat i tillräcklig utsträckning. Det anges dock att det samtidigt är angeläget att patienten ges möjligheter att successivt anpassa sig till ett liv utanför vårdinrättningen. Vid prövningen bör, framhålls det, utöver de faktorer som anges i bestämmelsen särskilt vägas in i vilka former permissionen är avsedd att ske, t.ex. vilka övervakningsarrangemang som är avsedda att vidtas för patienten under utvistelsen.

Möjligheten att vistas återstoden av vårdtiden utanför vårdinrättningen har särskild betydelse för vårdens upphörande vid vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning. Det är ofta nödvändigt att den definitiva utskrivningen föregås av en period av permission för utslussning i samhället, där sjukvården i samarbete med socialtjänsten kan ge stöd, eftersom det vid prövningen av om vården skall upphöra är fråga om att bedöma risken för att patienten till följd av sin psykiska störning återfaller i brott.

I samband med beslut om permission är det möjligt att meddela vissa särskilda villkor som patienten har att följa. I 6 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård anges vilka särskilda villkor som får meddelas. Villkoren får avse

- skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling,
- skyldighet att hålla kontakt med en viss person,
- skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten,
- vistelseort, bostad, utbildning eller arbete,
- förbud att använda berusningsmedel, samt
- förbud att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person.

Regeringsrätten (RÅ 1992 ref. 98) har godtagit att tvångsvården för en patient fortsatte trots att patienten sedan lång tid (mer än ett år) hade permission eftersom det ansågs nödvändigt att den pågående medicineringen inte avbröts. Enligt Regeringsrätten utgjorde den omständigheten att patienten inte företedde några symtom på sin allvarliga psykiska störning inte tillräcklig grund för ett beslut om upphörande av vården. Därutöver har krävts dels en bedömning att patienten kommer att sköta medicineringen om vården skall upphöra, dels en bedömning att det inte på annan grund finns risk för att patienten återfaller i brottslighet av allvarligt slag

Permission under återstoden av vårdtiden är en specifik företeelse för psykiatrisk tvångsvård. Möjligheten till sådan permission har tillkommit för att lagstiftningen i en del fall inte skall hindra en smidig övergång till vård i frivilliga former. Utformningen av de aktuella bestämmelserna i LPT och LRV stämmer dock illa överens med de bestämmelser som anger vilka förutsättningar som skall vara uppfyllda för att någon skall få ges tvångsvård. Särskilt när det gäller LPT kan det, om man utgår från ordalydelsen, vara svårt att finna att någon form av permission över huvud taget är förenlig med kravet i 3 § 2 LPT att patienten skall ha "ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom intagning på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård".

De uppgifter tvångspsykiatrikommittén inhämtat om användningen av permission vid vård enligt LPT och LRV visar att permission används i stor utsträckning. Antalet patienter på permission år 1996 är dock många gånger färre än antalet försöksutskrivna från vård enligt LSPV år 1988. Ett par hundra patienter hade permission längre än en månad medan flera tusen patienter var försöksutskrivna under den tid LSPV gällde.

Vid en inventering år 1996 hade trettiofem procent av de tillåtna LPT-patienterna varit på permission kortare tid än en månad. För tretton procent (fyrtiotre patienter) av patienterna var permissionen längre än ett år och för tolv patienter t.o.m. längre än tre år. Inom två landsting – Malmöhus och Älvsborg – hade många patienter permission längre än ett år. Dessa landsting hade också en stor andel av de inskrivna LPT-patienterna på permission. Det förefaller som det i dessa områden har utvecklats en tradition i användningen av permission under lång tid för LPT-patienter som är annorlunda än vad som är vanligt i andra delar av landet.

De 283 LRV-patienter som hade permission vid inventeringstillfället utgjorde fler än en fjärdedel av de inskrivna LRV-patienterna. Av LRV-patienterna med särskild utskrivningsprövning hade trettiofyra procent (åttiofyra patienter) permission mer än ett år. Nästan hälften (sextiotvå patienter) av dem med vårdtid över tre år hade haft permission i mer än ett år.

Av dem med permission över ett år var fyrtiotvå procent placerade på institutioner där de måste vistas enligt villkoren för permissionen.

Flertalet LPT-patienter hade också behandling med depåneuroleptika som villkor för permissionen. Majoriteten av dem som hade permission mer än en månad hade diagnosen schizofreni och hade behandling med depåneuroleptika som villkor för permissionen. Av LPT-patienterna på permission hade tjugotvå procent andra villkor för permissionen.

Bland LRV-patienter med särskild utskrivningsprövning var missbruk vanligt oberoende av diagnos. Mer än hälften av de tillåtna LRV-patienterna hade behandling med depåneuroleptika. Flertalet hade detta som villkor för permissionen.

Det kan ifrågasättas om tillämpningen av de aktuella bestämmelserna innebär ett åsidosättande av förbudsregeln i 2 kap. 12 § andra stycket regeringsformen och artikel 5:1 e) Europakonventionen. Av de bestämmelserna framgår att ett tvångsmedel inte får användas i något annat syfte än det som framgår av regleringen på området (ändamålsprincipen). En-

ligt regeringens bedömning finns det skäl anta att permission under lång tid primärt inte alltid används för att förbereda att tvångsvården upphör. Den omfattande användningen av permission under lång tid tyder tvärtom på att permission i en del fall inte används i överensstämmelse med ändamålet med bestämmelserna i LPT och LRV.

Den relativt omfattande användningen av permission enligt LPT mer än en månad tyder på att permission inte används undantagsvis som varit avsikten enligt Riksdagens beslut. Beträffande patienter med längre permission än 1 år har permission både enligt LPT och LRV kommit att användas på samma sätt som försöksutskrivning. Detta stämmer också väl överens med vad chefsöverläkarna uppgav vid Socialstyrelsens utvärdering år 1992/93. En majoritet av chefsöverläkarna (62 %) uppgav att permission används som en ersättning för försöksutskrivning, men som en sämre form där möjligheten till preventiva insatser gått förlorad.

### *Tvångspsykiatrikommitténs förslag*

Kommittén föreslår att möjligheten att ge permission till vårdtidens slut avskaffas. Vidare skall en ny tvångsvårdsform inrättas, s.k. öppen vård med särskilda villkor, som bl.a. avser att i viss mån ersätta de långa permissionerna. Särskilda förutsättningar bör gälla för att en patient skall kunna överföras till sådan vård. Det betonas också av kommittén att öppen vård med särskilda villkor inte skall användas av besparings- eller rationaliseringsskäl.

Den genomförda vårdplaneringen bör dokumenteras i en samordnad vårdplan som klarlägger hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens ansvar för vården och omsorgen av patienten. (jfr avsnitt 11.1). Den samordnade vårdplanen skall ligga till grund för prövningen av frågan om vården på sjukvårdsinrättningen kan övergå till öppen vård med särskilda villkor och skall således ges in till domstolen. Om en sådan vårdplan saknas skall domstolen inte ta upp en fråga om öppen vård med särskilda villkor till prövning.

Öppen vård med särskilda villkor bör endast kunna komma i fråga om det är nödvändigt med hänsyn till patientens hälsa eller till skyddet av andra människors fri- och rättigheter. Syftet bör vara att patientens hälso- och livskvalitetsrelaterade behov och samhällsskyddet på sikt skall kunna tillgodoses utan särskilda villkor.

De villkor som skall kunna komma i fråga bör som tidigare nämnts kunna avse förutom medicinering eller andra sjukvårdsinsatser även boende, sysselsättning, stöd och service, social rehabilitering eller andra insatser enligt socialtjänstlagen (1980:620) och lagen (1993:347) om stöd och service till vissa funktionshindrade men också andra åtgärder som bedöms vara nödvändiga för att en patient inte skall återinsjukna och återfalla i ett socialt mönster som innebär risk för att patienten kommer att begå brott av allvarligt slag. I varje enskilt fall bör därför noga prövas om villkoren uppfyller dessa krav och syften.

Kommitténs förslag innehåller inte någon yttersta tidsgräns för öppen vård med särskilda villkor. För att tillgodose rättssäkerheten föreslås därför att särskilda krav skall ställas även på en ansökan om fortsatt öppen

vård. Till ansökan bör fogas en redogörelse för vilken uppföljning och revidering som gjorts av den samordnade vårdplan som låg till grund för beslutet om öppen vård.

### *Regeringens slutsats*

Under remissbehandlingen och den fortsatta beredningen har kritik riktats mot kommitténs förslag från olika utgångspunkter. Vidare har många uttryckt att förslaget i praktiken kommer att innebära en återgång till det system med försöksutskrivningar som gällde enligt LSPV.

Frågan om ett rättssäkert och ändamålsenligt användande av permissionsinstitutet är angelägen och som kommittén påtalat finns det anledning att misstänka att permissioner i dag används på ett sätt som inte var avsett vid införandet av de nya tvångsvårdslagarna.

Mycket talar enligt regeringens mening i stället för att permissioner i vissa fall kommit att användas på samma sätt som försöksutskrivningar enligt tidigare lagstiftning. Inte minst det faktum att det förekommer stora regionala variationer med vissa landsting som har ett flertal permissioner från vård enligt LPT under längre tid än ett år är ett uttryck för detta.

Det är således angeläget att denna fråga kan lösas. Kommitténs förslag är dock omdiskuterat och har väckt kritik från olika håll. Särskilt när det gäller vård som ges enligt LPT är flertalet remissinstanser kritiska och anför bl.a. att förslaget bryter mot grundtanken i LPT med korta vårdtider. Vad gäller vård som ges enligt LRV är remissutfallet mer blandat.

Det är viktigt att ta hänsyn till den allmänna inriktning mot allt mindre tvångsvård som är och varit rådande under flera decennier. Ett klart uttalat syfte med den nya tvångsvårdslagstiftningen år 1992 var att minska tvångsvårdens omfattning. I direktiven till Tvångspsykiatrikommittén ingick att kommittén särskilt skulle överväga möjligheterna att ytterligare minska tvångsvårdens omfattning. Vidare måste i sammanhanget vägas in den allmänna inriktningen mot ökat patientinflytande på hälso- och sjukvårdens område, som självfallet även innefattar vård som ges med tvång, där riksdagen bl.a. beslutat om förslagen i propositionen om stärkt patientinflytande (1998/99:4).

Slutligen måste det beaktas att många remissinstanser har tillstyrkt förslaget om öppen vård med särskilda villkor främst på grund av möjligheten att förhindra att vissa personer kvarblir i tvångsvård på grund av utskrivningsreglerna i LRV.

Noggranna överväganden måste således göras innan förslag om en ny form av tvångsvård läggs fram. Regeringen tillsatte i våras en parlamentarisk kommitté med uppgift att utreda frågor om ansvar och påföljder för psykiskt störda lagöverträdare. Kommittén skall redovisa sitt uppdrag senast vid utgången av 2001. Det är sannolikt att kommittén kommer att lämna förslag till avsevärda förändringar vad avser vård som ges med stöd av LRV.

Som Tvångspsykiatrikommittén redovisar är avsikten med den nya tvångsvårdsformen bl.a. att stärka patientens rättssäkerhet. Samtidigt uttrycker ett flertal remissinstanser oro för att den nya tvångsvårdsformen

kan komma att tillämpas på ett slentrianmässigt och extensivt sätt och därigenom i praktiken öka tvångsvårdens omfattning.

Vad avser det kommunala betalningsansvaret enligt betalningsansvarslagen är detta som ovan redovisats en fråga som är vidare än bara vid tvångsvård. Frågan är om de problem som har uppmärksammats med permissioner är av den art och omfattning att de i sig motiverar införandet av en ny tvångsvårdsform. Ett alternativ till förslaget om öppen vård med särskilda villkor är annars att i likhet med vad bl.a. *RSMH* och *Svenska kommunförbundet* föreslår att skärpa regelverket kring permissioner.

Regeringsrätten har efter det att Tvångspsykiatrikommittén avlämnat sitt betänkande meddelat en dom i mål rörande långvarig permission från vård enligt LPT (RÅ 1998 refs 51). Ur domskälen kan följande läsas.

"Hans-Bertil N. har alltså under drygt tre år varit under tvångsvård men har, efter inledande 2,5 månader på vårdinrättning, haft permission och vistats i sin bostad.

Syftet med införande av LPT var att anpassa lagstiftningen till den utveckling mot starkt begränsad användning av tvångsvård som ägt rum inom psykiatrin. Ändamålet med tvångsvård skall vara att den som har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som ges efter intagning på en sjukvårdsinrättning, blir i stånd att medverka till fortsatta stöd- och behandlingsinsatser i frivilliga former.

Föreskrifterna i LPT har inte avsetts förhindra beslut om förlängning av tvångsvård i sådana fall där patienten har beviljats permission i form av vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område under återstoden av en tvångsvårdsperiod. Vidare finns det inte något uttryckligt krav på att patienten i en sådan situation, efter ett beslut om förlängning av vården, åter skall vistas på sjukvårdsinrättningen innan ett nytt beslut om vistelse utanför inrättningens område får fattas. Likväl framstår det som ofrånkomligt med hänsyn till lagstiftningens bestämmelser, bl.a. de som gäller tidsbegränsning av vårdperioderna och förutsättningarna för permission för återstående del av en vårdperiod, att restriktivitet iakttas i fråga om förlängning av tvångsvård i dessa situationer. Är det fråga om återkommande förlängningar av tvångsvård bör det under sådana förhållanden som här åsyftas vara påkallat med särskilt stor återhållsamhet vid prövningen av en ansökan om fortsatt tvångsvård.

Hans-Bertil N. har fått tvångsvården förlängd vid åtskilliga prövningstillfällen under nästan tre års tid, vartill kommer att han haft tillstånd till vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område sedan december 1995. En allvarlig försämring av Hans-Bertil N:s hälsotillstånd kan antas inträda om vården upphör, dock först efter en tid som kan bli ungefär lika lång som den lagstadgade maximitiden för en vårdperiod. Vad som blivit upplyst om den behandling som planeras för Hans-Bertil N. framöver tyder inte på att några påtagliga förändringar väntas under överskådlig tid. Under dessa omständigheter får ytterligare medgivande till fortsatt tvångsvård anses innebära att ett förfarande godtas som starkt påminner om mycket långvarig försöksutskrivning enligt äldre modell och som LPT inte är avsedd att ge utrymme för.

Regeringsrätten finner mot bakgrund av det anförda att kravet i 3 § första stycket 2 LPT inte kan anses uppfyllt och att lagstiftningen således i sin nuvarande utformning inte medger att den för Hans-Bertil N. erforderliga behandlingen i hemmet fortsättningsvis genomdrivs med tvång. Överklagandet skall därför bifallas."

Regeringsrätten ändrade därvid kammarrättens dom och avslog ansökan om fortsatt tvångsvård enligt LPT.

Enligt regeringens mening bör utgångspunkten vara att förändringar i permissionsinstitutet främst skall riktas mot den målgrupp som befinner sig på mycket långa permissioner.

Det synes lämpligt att utgå från att permissioner alltid får lämnas för visst tillfälle eller vissa återkommande tillfällen, exempelvis helgpermission i likhet med vad som föreslagits av kommittén. I begreppet visst tillfälle ligger att det rör sig om en kortare avgränsad tid. Därutöver bör permissioner kunna ges för en längre period om det finns särskilda skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör. Detta innebär att alla permissioner skall tidsbestämmas. Det är därvid självfallet inte möjligt att bestämma tiden längre än vad som följer av längsta tillåtna vårdtid enligt bestämmelserna i LPT och LRV.

I normalfallet bör, särskilt vad gäller vård enligt LPT eller vård enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning, en längre period med permission följas av en definitiv utskrivning från tvångsvården. I undantagsfall kan dock en förlängning av tvångsvården vara motiverad även om den sker med en ytterligare permissionsperiod, dvs. utan att patienten först återintas på sjukvårdsinrättningen. Om tvångsvården förlängs efter beslut av rätten kan således permission beslutas under ytterligare en eller flera perioder. I linje med vad regeringsrätten ovan anført kan dock inte komma i fråga att med stöd av denna reglering bevilja permissioner på det vis som nu har varit vanligt förekommande. Regeringen vill i sammanhanget också understryka vikten av att aktiva samordnade åtgärder vidtas av samtliga berörda huvudmän under permissionstiden. Dessa åtgärder skall finnas dokumenterade i den vårdplan som skall vara upprättad. (jfr avsnitt 11.1).

Vad avser patienter som ges vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning är det vanligt med långa vårdtider. Det är också vanligt med ett aktivt missbruk bland dessa patienter. Det är därför sannolikt att det finns ett behov av en längre periods utslussning med viss social och medicinsk kontroll genom permissioner med möjlighet att ställa villkor. Som påtalas av bl.a. *Socialstyrelsen* kommer därför en förlängning av tvångsvården med ytterligare en permissionsperiod att vara en icke onormal företeelse. Regeringen vill dock poängtera att det endast i undantagsfall kan anses vara motiverat att låta permission under tvångsvård kvarstå under längre tid än den period om ett år som t.ex. *RSMH* anført vara en rimlig tid.

Enligt regeringens mening bör den behandlingskultur som många, t.ex. *Rättspsykiatriska föreningen*, förespråkar i dessa fall innebära att patienten skall ges adekvat stöd och hjälp genom t.ex. den psykiatriska öppenvården och primärvården. Det är också viktigt att på något sätt garantera att de kommunala insatser enligt SoL och LSS, som i många fall är en förutsättning för att permissionen skall innebära en positiv förändring för patienten, kommer till stånd. Det bör därför införas en föreskrift om att en permission skall stå i överensstämmelse med vårdplanen för att komma till stånd. Som påtalats av *Socialstyrelsen* bör det vara ett krav att det av vårdplanen framgår att den som skall ansvara för insatserna har godkänt dessa.

Likaledes bör en redogörelse för vidtagna och planerade åtgärder ges in till länsrätten i de fall frågan om en förlängning av tvångsvården med

ytterligare en permissionsperiod uppkommer. Enligt regeringens mening synes det därvid självklart att den upprättade vårdplanen, som påtalats av *Socialstyrelsen* och *RSMH*, grundar sig på en särskild, tidsmässigt i nära anslutning till inlämnandet av vårdplanen, företagen undersökning av patienten.

Enligt regeringens bedömning kommer de föreslagna förändringarna inte att innebära några betydande förändringar med avseende på antalet patienter som genomgår tvångsvård. Genom de i vårdplanen angivna samordnade insatserna från socialtjänst och psykiatri bör en definitiv utskrivning av permitterade patienter i en del fall kunna komma i fråga på ett tidigare stadium än vad som gäller i dag. Förslaget innebär dock att permission för en längre period inte kan aktualiseras förrän det är sannolikt att patienten efter permissionsperioden kommer att kunna skrivas ut. För ett fåtal patienter kan detta komma att medföra att de får ges vård på sjukvårdsinrättningen ytterligare en tid i avvaktan på att kunna få tillstånd att vistas utanför densamma.

Permission får förenas med föreskrifter om särskilda villkor. Dessa kan avse exempelvis viss medicinering eller förbud mot användning av alkohol. Dessa villkor återfinns i dag i 6 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. *Lagrådet* har i sitt yttrande anfört att enligt *Lagrådets* mening är villkoren av en sådan betydelse att de bör återfinnas i lagen och inte i förordningen. Regeringen delar *Lagrådets* uppfattning att dessa villkor är av stor betydelse och att de därför bör återges i lagen och inte i förordningen. Av förarbetena till nuvarande lagstiftning framgår dock bl.a. att paragrafen fick sin lydelse efter förslag från *Lagrådet* (prop. 1990/91:58 s. 266 och 409). Regeringen anser att de överväganden som därvid gjordes alltså äger giltighet och finner därför att de särskilda villkoren även fortsättningsvis bör anges i förordningen.

Flera remissinstanser, såsom bl.a. *Kammarrätten i Jönköping*, påtalar vikten av att noga följa effekterna av den föreslagna lagstiftningen. Regeringen delar den bedömningen och avser att ge *Socialstyrelsen* i uppdrag att under en treårsperiod följa upp och utvärdera de förändringar i permissionsinstitutet som ovan redovisats.

#### *Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård*

Enligt 6 § lagen (1990:1404) om kommunernas ansvar för viss hälso- och sjukvård har en kommun betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter som vårdats sammanhängande mer än tre månader i slutna psykiatrisk vård. Medicinskt färdigbehandlad är enligt samma paragraf en patient som kan få sitt psykiatriska vårdbehov tillgodosett på annat sätt än genom kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Frågan om en patient är medicinskt färdigbehandlad avgörs av en läkare med specialistkompetens i psykiatri. I för-fattningskommentaren till denna paragraf sägs bl.a. följande:

"Av andra stycket framgår att bedömningen av om patienten är medicinskt färdigbehandlad skall göras av en läkare med specialistkompetens i psykiatri. Be-



träffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med särskild utskrivningsprövning, stadgas i 16 § LRV att frågan om vårdens upphörande skall prövas av länsrätten efter anmälan av chefsöverläkaren eller ansökan av patienten. För att en sådan patient skall kunna komma att omfattas av det kommunala betalningsansvaret krävs således dels att rätten finner att förutsättningarna för tvångsvårdens upphörande är uppfyllda, dels att en läkare bedömer patienten som medicinskt färdigbehandlad i den mening som avses i denna lag. På motsvarande sätt förhåller det sig för de patienter som vårdas med stöd av LPT eller med stöd av LRV utan beslut om särskild utskrivningsprövning och där frågan om vårdens upphörande kommer under domstols prövning. En grundläggande förutsättning för inträde av det kommunala betalningsansvaret i de fall patienten genomgått tvångsvård är med andra ord att chefsöverläkaren eller i förekommande fall domstolen genom en lagakraftvunnen dom funnit att förutsättningar för sådan vård inte längre föreligger. Detta följer av innebörden av begreppet medicinskt färdigbehandlad och av de särskilda förutsättningar som gäller för vård enligt LPT eller LRV och har inte ansetts nödvändigt att ange särskilt i lagtexten."

Detta förarbetsuttalande synes vara anledningen till att kommunernas socialnämnder ofta vägrar bistånd till patienter som har permission från LRV-vård. Kommittén redovisar en dom från Kammarrätten i Göteborg som behandlar denna fråga (Regeringsrätten gav ej prövningstillstånd). Målet gällde ansökan om bistånd till vistelse på ett psykiatriskt behandlingshem under återstoden av vårdtiden för en patient som vårdades enligt LRV. Kammarrätten anförde följande i sina domskäl:

Som länsrätten angett är Eva L.. föremål för vård enligt LRV. Något hinder mot att inom ramen för sådan vård ge en patient tillstånd att under viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område (permission) föreligger inte. Ett sådant beslut innebär emellertid inte att LRV-vården är avslutad. För inträde av det kommunala betalningsansvaret krävs att LRV-vården är avslutad. Frågan om upphörande av LRV-vård i ett fall som det förevarande med särskild utskrivningsprövning avgörs av länsrätten efter anmälan av chefsöverläkaren eller ansökan av patienten. Något sådant beslut av rätten föreligger inte. På grund härav och på de skäl i övrigt som länsrätten angett kan kommunen inte förpliktas att svara för det sökta biståndet.

Kammarrätten i Jönköping har prövat frågan om rätt till bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS under pågående tvångsvård. I målet inhämtades yttrande från Socialstyrelsen. Kammarrätten fastställde länsrättens dom vilket innebar att stöd enligt LSS skulle beviljas. Domskälen innehöll i huvudsak endast att sökanden ingick i personkretsen enligt LSS och att han hade behov av den begärda insatsen. Regeringsrätten beviljade inte heller i detta mål prövningstillstånd. Praxis avseende vilka insatser kommunen är skyldig att tillhandahålla under pågående permission synes således präglas av viss osäkerhet.

Kommunala insatser enligt SoL eller LSS i form av boende, sysselsättning (dagverksamhet), socialt stöd och social rehabilitering behöver övervägas och ofta komma till stånd redan under pågående tvångsvård i samband med permission för att förbereda att tvångsvården upphör. Vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning kan sådana insatser vara en nödvändig förutsättning för att länsrätten vid prövningen enligt 16 § LRV skall kunna besluta om tvångsvårdens upphörande. När det

gäller kravet i 16 § första stycket 2 LRV att tvångsvården skall upphöra först när det inte längre med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat med sådan vård har kommunernas socialtjänst en viktig roll. Både för patientens fortsatta rehabilitering och med hänsyn till samhällsskyddsaspekten är det oerhört viktigt att patientens personliga och sociala förhållanden är ordnade på ett acceptabelt sätt innan han skrivs ut från sjukvårdsinrättningen. Någon anledning att mildra de krav som uppställs i 16 § första stycket 2 LRV finns därför enligt regeringens mening för närvarande inte (jfr. avsnitt 12). Vad det gäller att förhindra är däremot att patienten hamnar mellan två stolar, därför att olika myndigheter tvistar om betalningsansvaret.

Regeringen, som har erfarit att Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet inlett en diskussion och ett samarbete för att lösa de problem som kan finnas i samband med tillämpningen av betalningsansvarslagen, avser att avvakta resultatet av detta samarbete och lägger därför för närvarande inte fram några förslag rörande denna fråga.

## 12.1 Intagna i kriminalvårdsanstalt eller särskilt ungdomshem

**Regeringens förslag:** Tillstånd till vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område för patienter som är intagna i kriminalvårdsanstalt eller i särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård och som genomgår rättspsykiatrisk vård skall beslutas av Kriminalvårdsstyrelsen respektive Statens Institutionsstyrelse. Detta gäller även när vistelsen är beledsagad av personal. Kriminalvårdsstyrelsen respektive Statens Institutionsstyrelse skall även fatta beslut om frigång för dessa patienter.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag:** Överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** *Kriminalvårdsstyrelsen* anser att vissa förtydliganden måste göras angående beslut om vistelse utanför sjukvårdsinrättning.

**Skälen för regeringens förslag:** Den som är intagen i kriminalvårdsanstalt eller särskilt ungdomshem och som genomgår rättspsykiatrisk vård kan ges tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område (11 § LRV). En fråga om sådant tillstånd avgörs av Kriminalvårdsstyrelsen respektive Statens Institutionsstyrelse efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten. Om ansökan har gjorts av patienten, skall yttrande inhämtas av chefsöverläkaren. Kriminalvårdsstyrelsen har inför tvångspsykiatrikommittén pekat på ett gränsdragningsproblem när det gäller tillämpningen av 11 § LRV. Styrelsen har anfört att för att förebygga risken för att missförstånd uppkommer i vårdarbetet på grund av de olika förutsättningarna som gäller för vistelser utanför sjukvårdens respektive kriminalvårdens inrättningar bör

det enligt styrelsens mening av lagstiftningen klart framgå att Kriminalvårdsstyrelsens tillstånd skall inhämtas oavsett i vilken form en utevistelse sker. Sådant tillstånd skall således enligt styrelsen inhämtas även när situationen är sådan att patienten vistas utanför vårdinrättningen med personal. På motsvarande sätt som gäller för patienter enligt 10 a § LRV bör vidare ett tillägg enligt styrelsens mening göras till 11 § LRV av innebörd att Kriminalvårdsstyrelsens tillstånd skall inhämtas för att en patient skall kunna ges frigång.

De konsekvenser av nu gällande regelsystem när det gäller tillstånd till vistelse utanför vårdinrättningens område för den som är intagen i kriminalvårdsanstalt och som genomgår rättspsykiatrisk vård som har påtalats av Kriminalvårdsstyrelsen utgör enligt regeringens mening tillräckliga skäl för att konstatera att en ändring av dessa regler bör ske. Det faller sig enligt regeringens mening naturligt att det är Kriminalvårdsstyrelsen som skall bevilja tillstånd till vistelse utanför vårdinrättningen för den som är intagen i kriminalvårdsanstalt även när den intagne är åtföljd av personal. Vad avser de som intagna i särskilda ungdomshem bör beslutanderätten ligga hos den myndighet som har ansvaret för den vården, dvs. Statens Institutionsstyrelse. Med hänsyn till det anförda bör en ändring av 11 § LRV med denna innebörd ske.

Detsamma gäller enligt regeringens mening vad avser s.k. frigång. En lagändring bör således göras med innebörden att Kriminalvårdsstyrelsen respektive Statens Institutionsstyrelse skall besluta om när frigång skall meddelas för de här diskuterade patientkategorierna.

## 12.2 Häktade

**Regeringens förslag:** Häktade och intagna på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning vilka genomgår rättspsykiatrisk vård skall kunna få tillstånd att tillfälligt vistas utanför sjukvårdsinrättningens respektive undersökningsenhetens område om det finns synnerliga skäl för detta. Sådant tillstånd skall beslutas av Kriminalvårdsstyrelsen.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag** omfattade endast häktade. Överensstämmer i övrigt med regeringens.

**Remissinstanserna:** *Riksåklagaren* menar att en hänvisning bör göras i LRV till 16§ lag om behandling av häktade och anhållna. *Kriminalvårdsstyrelsen* anser att vissa förtydliganden måste göras angående beslut om vistelse utanför sjukvårdsinrättning.

**Skälen för regeringens förslag:** Om den som dömts till rättspsykiatrisk vård är häktad, skall vården påbörjas även om beslutet inte har vunnit laga kraft, under förutsättning att den dömde och åklagaren medger att så sker (7 § andra stycket LRV). Så länge beslutet om häktning gäller skall därvid bestämmelserna om rättspsykiatrisk vård för den som är häktad tillämpas utom såvitt avser förutsättningarna för sådan vård. Bestämmelserna om rättspsykiatrisk vård innefattar inte några möjligheter för den som är häktad att få tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område. Av 7 § LRV och förarbetena till bestämmelsen följer således att den som är

häktad och är föremål för LRV-vård inte kan ges tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område så länge häktningsbeslutet gäller.

När det gäller frågan om den som är häktad och som genomgår rättspsykiatrisk vård skall ha möjlighet att få permission beviljad kan jämförelser göras med vad som föreskrivs i 13 § lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl. I denna bestämmelse sägs att, om missbruk ej kan befaras, kan häktad medges att besöka närstående som är svårt sjuk, närvara vid närståendes begravning eller i annat fall, då synnerliga skäl föreligger, lämna förvaringslokalen för viss kort tid. Under vistelsen utom förvaringslokalen skall den häktade vara ställd under bevakning, om ej sådan tillsyn av särskilda skäl kan antagas vara obehövlig.

På samma sätt som gäller för häktade som inte är föremål för rättspsykiatrisk vård bör enligt regeringens mening huvudregeln också när det gäller dem som är häktade och genomgår rättspsykiatrisk vård vara att de i princip inte skall kunna få tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område. Man kan emellertid överväga om det inte bör införas en möjlighet till permission i mycket speciella situationer. Som ovan anförts har häktade som inte genomgår rättspsykiatrisk vård vissa möjligheter att få permission om det föreligger synnerliga skäl. Det finns enligt regeringens mening skäl för att införa samma restriktiva möjlighet till permission för de som är häktade och som genomgår rättspsykiatrisk vård. En ny bestämmelse med denna innebörd bör därför intagas i LRV. Denna bestämmelse bör utformas med bestämmelsen i 13 § lagen om behandlade av häktade och anhållna m.fl. som förebild. Den som genomgår rättspsykiatrisk vård och som är häktad skall således kunna medges att besöka närstående som är svårt sjuk, närvara vid närståendes begravning eller i annat fall då synnerliga skäl föreligger få tillstånd att lämna förvaringslokalen under kort tid. Motsvarande överväganden gäller enligt regeringens mening även för de som är intagna på enhet för rättspsykiatrisk undersökning och genomgår rättspsykiatrisk vård. Samma möjlighet skall införas för denna kategori.

Såsom *Kriminalvårdsstyrelsen* påpekat är det av vikt att klargöra vem som skall ha beslutanderätten avseende besluten om permission. Det är normalt Kriminalvårdsstyrelsen som beslutar om permission för häktade. Regeringen har ovan föreslagit att Kriminalvårdsstyrelsen ges en utvidgad roll vad avser de som genomgår rättspsykiatrisk vård och är intagna i kriminalvårdsanstalt. Starka skäl talar enligt regeringens mening för att alla frågor av denna typ bör avgöras av samma myndighet. Regeringen anser således att frågor om permission för häktade eller intagna på enhet för rättspsykiatrisk undersökning och genomgår rättspsykiatrisk vård skall avgöras av Kriminalvårdsstyrelsen.

**Regeringens bedömning:** Det bör för närvarande inte föreslås några ändringar av riskbedömningen vid upphörande av vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

**Tvångspsykiatrikommitténs bedömning:** Kommittén föreslår inte några förändringar av lagstiftningen beträffande upphörande av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning, men det förs ett resonemang om hur bedömningen av risken för återfall i brottslighet av allvarligt slag skall göras beträffande dessa patienter. En riskbedömning måste finnas kvar men det inte får vara fråga om vilken obetydlig risk som helst. Vidare öppnas i och med förslaget om den nya formen av vård, öppen vård med särskilda villkor, en möjlighet att differentiera återfallsrisken beroende på vårdbehovet.

**Remissinstanserna:** *Länsrätten i Stockholms län* och *Advokatsamfundet* instämmer i kommitténs bedömning. *Göta hovrätt* anser att förslaget om öppen vård kan fylla en funktion för patienter där endast samhällsskyddet medför att de inte kan bli utskrivna. *Socialstyrelsen* understryker vikten av att beslutet om farlighet fattas av domstol.

Flera instanser anser att kommittén borde föreslagit vissa förändringar i lagstiftningen. *Advokatsamfundet* föreslår, trots att samfundet instämmer i bedömningen, att återfallsrisken skall kvalificeras genom att t.ex. uttrycket "påtaglig risk" används. Även bl.a. *Svenska Rättspsykiatriska föreningen*, *Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)* och *Kammarrätten i Stockholm* anser att frågan borde fått en mer långtgående lösning, t.ex. genom införande av en mer klart definierad återfallsrisk och införande av ett krav på allvarlig psykisk störning för att kvarhålla patienten i den psykiatriska vården.

*Region Skåne*, *Svenska Ppsykiatriska föreningen* och *Svenska Läkarsällskapet* är kritiska till kommitténs förslag.

**Promemorians förslag:** Överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** De få instanser som yttrat sig tillstyrker förslaget eller lämnar det utan erinran.

**Skälen för regeringens bedömning:** Reglerna om upphörande av rättspsykiatrisk vård utan beslut om särskild utskrivningsprövning finns i 12 § LRV. Beträffande en sådan patient skall chefsöverläkaren genast besluta att vården skall upphöra om patienten inte längre lider av en allvarlig psykisk störning eller om det inte längre med hänsyn till hans psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. I dessa fall är det således chefsöverläkaren som, liksom när det gäller LPT-patienter, skall besluta om vårdens upphörande.

Beträffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning föreskrivs i 16 § LRV att vården skall upphöra när

1. det inte längre till följd av den psykiska störning som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning finns risk för att patienten återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag och
2. det inte heller annars med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång.

Det är beträffande dessa patienter länsrätten som beslutar om upphörande om vården efter anmälan av chefsöverläkaren eller efter ansökan av patienten.

I författningskommentaren till 16 § LRV hänvisas till förutsättningarna enligt 31 kap. 3 § BrB för beslutet i brottmålet att överlämna patienten till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Det bör påpekas att punkt 2 innebär att det kan anses vara påkallat att patienten fortfarande skall vara intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, även om återfallsrisk enligt vad som anges i punkt 1 inte bedöms föreligga. Inte heller här gäller något uttryckligt krav att vården skall upphöra, om patienten inte längre lider av en allvarlig psykisk störning.

Det har, framför allt från läkarhåll, riktats stark kritik mot utskrivningsreglerna i LRV. Kritiken har framför allt gått ut på att systemet med särskild utskrivningsprövning innebär att brottet och inte vårdbehovet sätts i centrum på ett sätt som strider flagrant mot den s.k. Hawaii-deklarationen. I denna etiska kodex sägs bl.a. att så snart de medicinska förutsättningarna för tvångsmässig vård inte längre är uppfyllda måste patienten skrivas ut såvida inte denne samtycker till fortsatt frivillig vård.

Regeringen har vid sitt sammanträde den 20 maj 1999 fattat beslut om att tillkalla en parlamentariskt sammansatt kommitté med uppdrag att utreda frågor om ansvar och påföljder för psykiskt störda lagöverträdare (dir. 1999:39). Kommittén skall lämna förslag till en reformerad reglering av det straffrättsliga ansvaret samt formerna för ingripanden mot denna grupp av lagöverträdare. Reformen skall syfta till att åstadkomma en ordning som innebär att psykiskt störda personer som begår brott och som är straffrättsligt ansvariga också kan dömas till en påföljd som tillgodoser kravet på ett rimligt ingripande med hänsyn till det begångna brottet, samt att psykiatrin inte skall bära ett ansvar för straffrättsliga aspekter eller behovet av samhällsskydd under längre tid än som motiveras av ett vårdbehov.

Regeringen vill därför inte nu lägga förslag i denna fråga utan avser att återkomma vid ett senare tillfälle med förslag som tar sin utgångspunkt i kommitténs betänkande.

### 13.1 Verkställighet av beslut om utvisning, avvisning eller utlämning

**Regeringens förslag:** I tvångsvårdslagstiftningen skall det föreskrivas att tvångsvården inte skall upphöra förrän utvisning, avvisning eller utlämning har verkställts.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag:** Överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** I denna fråga är det ett fåtal remissinstanser som har yttrat sig. *Kammarrätten i Stockholm* finner att förslaget för närvarande är ändamålsenligt men anser att i framtiden bör man sträva mot att frågan löses genom internationella överenskommelser. *Rikspolisstyrelsen* yttrar att för att verkligen få till stånd ett förtydligande så att det klart framgår att inte vården skall upphöra förrän utvisningen har verkställts måste 46 § LRV innehålla en hänvisning till 32 § andra stycket LPT. Vidare anser Rikspolisstyrelsen att bestämmelsen måste förtydligas så att det framgår att vården inte upphör förrän de beslut som nämns i bestämmelsen har verkställts.

*Riksåklagaren* (RÅ) anför att kommitténs förslag är otillräckliga och anser att beslutanderätten enligt 17 § LRV skall överföras till länsrätten.

**Skälen för regeringens förslag:** Bestämmelserna om tvångsvårdens upphörande i samband med avvisning, utvisning och utlämnande m.m. i 17 § LRV utgör undantag från regeln i 16 § LRV där det föreskrivs att länsrätten beslutar om vårdens upphörande när det är fråga om rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Vid tillämpningen av 17 § LRV beslutar chefsöverläkaren när vården skall upphöra i samband med att verkställighet av utvisning får ske. Chefsöverläkarens bedömning tar endast sikte på om patienten är i sådant skick att han klarar resan vid verkställigheten.

I 12 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård föreskrivs att på begäran av en patient kan hemsändande ske under förutsättning att denne kan tas emot i sitt hemland och kan förväntas få tillfredsställande vård där. Vidare finns möjlighet att besluta om att verkställigheten av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning skall föras över till den dömdes hemland med stöd av lagen (1972:260) om internationellt samarbete rörande verkställighet av brottmålsdom i annan stat. Överförande kan dock emellertid endast ske till de länder som tillträtt konventionen om möjlighet till överflyttning av verkställighet av påföljd samt i de fall Sverige har träffat avtal med andra länder om sådan möjlighet.

Europarådets ministerkommitté har antagit ett tilläggsprotokoll till överförandekonventionen. Sverige har undertecknat protokollet som ännu ej har börjat gälla. Tilläggsprotokollet kommer att möjliggöra att i vissa fall överföra en person som är frihetsberövad genom dom utan att denne lämnat sitt samtycke därtill. Även i dessa fall kommer det dock att krävas att den mottagande, verkställande staten går med på överförandet.

I 11 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård föreskrivs att på begäran av en utländsk medborgare, skall underrättelse lämnas till hans hemlands konsulat enligt lagen (1989:152) om underrättelseskyldighet m.m. när utlänningar är berövade friheten. Vidare gäller underrättelseskyldighet gentemot vissa länder enligt särskilt tecknade konventioner.

Invändningar kan resas mot att ingen hänsyn tas till samhällsskyddet vid tillämpningen av 17 § LRV, något som förutsätts ske när allmän domstol dömer till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Det

kan i sammanhanget noteras att vid fängelsestraff sker utvisning först efter det att straffet avtjänats. Vidare har problem uppstått med patienter där verkställighet av utvisning har skett utan att kontakter har tagits med myndigheter i patientens hemland.

Det som talar för att behålla nuvarande ordning är att vården syftar till en återanpassning till ett normalt samhällsliv i Sverige. Det kan ifrågasättas om detta anpassningsarbete är meningsfullt när utvisning skall ske så snart som vården är avslutad. Därtill är det, såvitt framkommit, endast i några enstaka fall som problem har uppstått med att beslut om att den rättspsykiatriska vården skall upphöra har tagits innan utvisningen har verkställts.

En möjlig lösning skulle kunna vara att, såsom RÅ föreslagit, länsrätten får beslutanderätt angående när den rättspsykiatriska vården skall upphöra i samband med verkställighet av utvisning men att länsrättens prövning endast skall avse om patientens tillstånd är sådant att utvisning kan ske. Fördelarna med en sådan lösning är att en domstolsprövning sker, vilket det gör i övriga fall när någon dömts till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Mot en sådan lösning talar att länsrätten vid sin bedömning av patientens tillstånd till stor del måste förlita sig på läkarens bedömning. Inför lagstiftningsarbetet med nu gällande LRV föreslogs denna ordning men efter inrådan av Lagrådet beslutades att beslutanderätten skulle ligga hos chefsöverläkaren.

Regeringen anser, mot bakgrund av vad som ovan anförts, inte att det finns skäl att ändra dagens system. Av förarbetena till LRV framgår att vården inte skall upphöra förrän avvisning, utvisning eller utlämnande verkligen har verkställts. Lagtexten bör dock enligt regeringens mening ytterligare förtydligas på så sätt att det klart framgår att vården inte skall upphöra förrän utvisning m.m. har verkställts.

För att förebygga att problem uppkommer vid ankomsten till patientens hemland föreslår regeringen att det skall införas en skyldighet för chefsöverläkaren att underrätta patientens hemlands ambassad eller konsulat att utvisning till hemlandet kommer att verkställas och att den rättspsykiatriska vården kommer att upphöra. Regeringen avser därför att göra en justering av förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård med denna innebörd.

Möjligheten att i vissa fall överföra verkställigheten av en påföljd till patientens hemland bör enligt regeringens mening ytterligare övervägas. Regeringen avser att verka för att öka möjligheterna att överföra verkställighet av påföljd till den dömdes hemland genom att medverka till konventioner med denna innebörd.



## 14.1 Sakkunnigmedverkan

**Regeringens förslag:** Sakkunnig skall förordnas i mål enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård om det inte är uppenbart obehövligt.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag:** Överensstämmer i sak med regeringens. Kommitténs formulering är att sakkunnig skall förordnas om det inte är obehövligt.

**Remissinstanserna:** Majoriteten av remissinstanserna som har yttrat sig i frågan tillstyrker förslaget, bl.a. *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)*, *Sveriges domareförbund*, *Länsrätten i Stockholms län*, *Riksförbundet för frivilliga samhällsarbetare (RFS)* och *Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)*. Domareförbundet betonar vikten av att det finns tillräckligt många sakkunniga att tillgå för domstolarna. RSMH föreslår att det även skall vara möjligt att förordna en sakkunnig patientföreträdare, medan *Psykologförbundet* anser att behovet av psykologisk sakkunskap bör lyftas fram.

*Länsrätten i Södermanlands län*, *Länsrätten i Göteborg* och *Kommittén för mänskliga rättigheter (KMR)* avvisar förslaget. *Länsrätten i Södermanland* anser att tillräckliga motiv har inte framförts för att ändra lagstiftningen och KMR anser att förslaget kommer att leda till mer psykiaterstyrda domstolar, vilket KMR menar är patientfientligt.

*Stockholms tingsrätt* anför att om man vill få någon förändring till stånd bör formuleringen vara att sakkunniga skall förordnas "om det inte är uppenbart obehövligt".

**Skäl för regeringens förslag:** När LRV och LPT infördes förekom olika uppfattningar huruvida en sakkunnig läkare skulle ingå i rätten vid avgörandet. Lagrådet föreslog att länsrätten vid prövning av sådana mål även skulle bestå av en sakkunnig ledamot dvs. en psykiater. Departementschefen ansåg dock att risken att målet tillfördes sakkunskap över huvudet på parterna var avgörande och regeringen valde därför att avstå från att föreslå medverkan av sakkunniga ledamöter i länsrätten.

I dagsläget är det så att i de fall där behov av medicinsk expertis är nödvändig har man möjlighet att förordna om sakkunnig läkare.

När det gäller förordnande av sakkunnig i psykiatrimål har det framkommit att de olika länsrätterna förordnar om sakkunnig i mycket varierande omfattning. Vidare har det framkommit att det ofta föreligger stor överensstämmelse mellan chefsöverläkarens uppfattning och den sakkunniges uppfattning i målen. Det stora överensstämmelsen mellan chefsöverläkarens uppfattning och den sakkunniges uppfattning i sakfrågan kan leda till ett ifrågasättande av betydelsen av att en sakkunnig förekommer i psykiatrimålen. Det måste dock enligt regeringens mening vara en rättssäkerhetsgaranti för den enskilde att en annan läkare än den som har det yttersta behandlingsansvaret för honom eller henne får lämna sin uppfattning i målet. Det kan också vara så att vetskapen om att ytterligare

en läkare kan komma att granska chefsöverläkarens ställningstagande i målet gör att chefsöverläkaren överväger sin uppfattning i målet mer noggrant än om möjligheten att förordna om sakkunnig inte fanns.

Vid en samlad bedömning finns övervägande skäl för att huvudregeln bör vara att sakkunnig skall förordnas i mål enligt LPT och LRV. Det måste dock finnas undantag från huvudregeln att länsrätten skall förordna sakkunnig. Länsrätten skall kunna underlåta att förordna sakkunnig om det är obehövt, t.ex. i de fall när länsrätten nyligen har prövat samma fråga och inga nya omständigheter har tillkommit.

Regeringen vill i sammanhanget notera att tillgång eller brist på lämplig sakkunnig i princip inte kan anses vara ett sådant skäl som får avgöra huruvida förordnande sker eller inte. Regeringen är dock medveten om att problem inledningsvis kan komma att uppstå vid de domstolar som i dag förordnar sakkunnig i ett fåtal mål eller där domsagan är mycke vidsträckt. Frågor om tillgång på sakkunniga faller inom Socialstyrelsens ansvars område och regeringen utgår från att styrelsen kommer att ge frågan nödvändig uppmärksamhet.

Länsrätten skall således även fortsättningsvis göra en bedömning i de enskilda målet om sakkunnig skall förordnas. I dagsläget kan länsrätten förordna om sakkunnig om det anses behövt. Tvångspsykiatrikommittén föreslog att en presumtion för att sakkunnig skall förordnas skulle införas genom en bestämmelse om att sakkunnig skall förordnas om det inte är obehövt. Så som Stockholms tingsrätten anfört är det dock enligt regeringens mening osäkert om den föreslagna formuleringen leder till den åsyftade förändringen. För att säkerställa att förändringen kommer till stånd skall i stället formuleringen vara den som Stockholms tingsrätt föreslagit, dvs. att sakkunnig skall förordnas om det inte är uppenbart obehövt.

## 14.2 Partsställning för chefsöverläkare

**Regeringens bedömning:** Chefsöverläkarens processuella ställning bör inte förändras.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag :** Chefsöverläkaren skall få rätt att överklaga domstolens beslut i mål enligt LPT och LRV. Vidare föreslås att efter det att chefsöverläkaren anmält till länsrätten att beslutet kan komma att överklagas, får läns- eller kammarrättens beslut inte verkställas förrän det vunnit laga kraft eller rätten underrättats om att chefsöverläkaren inte kommer att överklaga.

**Remissinstanserna:** Några remissinstanser tillstyrker kommitténs förslag i sin helhet, bl.a. Kammarrätten i Stockholm, Länsrätten i Göteborg och Landstingsförbundet.

Majoriteten av instanserna, bl.a. *Svenska Psykiatriska föreningen*, *Advokatsamfundet*, *Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH)* och *Riksförbundet för frivilliga samhällsarbetare (RFS)*, är kritiska till förslaget i sin helhet och pekar bl.a. på försämrade möjligheter till förtroende mellan läkare och patient som en konsekvens av förslaget.

RSMH och RFS kritiserar särskilt förslaget om uppskjutande av verkställighet av länsrättens dom.

*Länsrätten i Stockholms län* tillstyrker förslaget om överklaganderätt, men avvisar förslaget om uppskjuten verkställighet av beslut. Länsrätten menar att förslaget medför att man gör avkall på den grundläggande principen att när tvångsvårdsförutsättningarna brister i något avseende skall tvångsvården upphöra.

**Skälen för regeringens bedömning:** Bestämmelserna i LPT och LRV innebär att patienten kan överklaga vissa beslut av chefsöverläkaren men att chefsöverläkaren inte får överklaga domstolens beslut. Att chefsöverläkaren inte har rätt att överklaga länsrättens beslut framgår av 33 § andra stycket LPT.

Den 1 maj 1996 infördes en obligatorisk s.k. tvåpartsprocess i de allmänna förvaltningsdomstolarna. Tvåpartsprocessen innebär att en förvaltningsmyndighet är motpart om en enskild överklagar förvaltningsmyndighetens beslut till allmän förvaltningsdomstol och att en förvaltningsmyndighet vars beslut ändras av en förvaltningsdomstol som huvudregel kan överklaga domstolens beslut. Undantag från tvåpartsprocess förekommer dock och det skall för de särskilda måltyper som är undantagna finnas regler härom i den materiella speciallagstiftningen. Detta gäller bl.a. mål enligt LPT och LRV.

Till Socialstyrelsens utredningsrapport till regeringen i december 1993 finns fogad en redogörelse för en enkätundersökning om chefsöverläkarnas uppfattning och erfarenheter av hur tillämpningen av LPT och LRV fungerar i praktiken. En klar majoritet av chefsöverläkarna uppgav att de tar avstånd från att ges en motpartsroll i förhållande till patienten. Fyrtioen procent av chefsöverläkarna ansåg det vara direkt olämpligt. Av kommentarerna framkom att läkarna ansåg sig företräda patientens intresse. Man ansåg att en motpartsroll skadar läkar-patientrelationen, hindrar en behandlingssträvan och är förvirrande för patienten.

För att ge chefsöverläkaren överklaganderätt och fullt ut ställning av motpart till patienten i processen talar att den allmänna utvecklingen i domstolarna går mot att det skall vara en tvåpartsprocess och att detta förhållande är en viktig beståndsdel i själva domstolsprocessen. En naturlig konsekvens av att frågor om psykiatrisk tvångsvård prövas och avgörs av domstol är därför att chefsöverläkaren får ställning som motpart. Ett led i en domstolsprövning är vidare möjligheten för båda parter att få överklaga ett beslut till högre instans. Detta är av vikt förutom för det särskilda målet som är under prövning även för prejudikatbildningen. Redan med nuvarande förfaranderegler har chefsöverläkaren dessutom genom sin roll som sökande en partsställning.

Det som talar mot att chefsöverläkaren skall få ställning som motpart är att det är av största vikt att patienten och chefsöverläkaren har ett bra förhållande till varandra. Chefsöverläkarens främsta uppgift är att försöka få patienten frisk så snart som möjligt och det är viktigt att patienten har förtroende för honom. Det faktum att chefsöverläkaren inför domstolen direkt framställs som patientens motpart kan skada förtroendet och samarbetet dem emellan. Det vore enligt regeringens mening mycket olyckligt om den förtroendefulla relationen mellan läkare och patient, som bl.a.

Sammanfattningsvis finner regeringen att de nackdelar med en överklaganderätt för chefsöverläkaren som ovan anförts klart överväger de fördelar som skulle stå att vinna. Regeringen avvisar därför kommitténs förslag i denna del.

Förslagen om förändringar vad avser verkställighet av länsrättsens beslut blir således inte aktuella när det gäller chefsöverläkarna.

### 14.3 Åttadagarsregeln

**Regeringens förslag:** Den tid inom vilken ett mål avseende en patient som är dömd till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning skall tas upp till avgörande i länsrätt skall förlängas till femton dagar från den dag då ansökan eller skrivelsen med överklagandet kom in till länsrätten.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag:** Överensstämmer med regeringens.

**Remissinstanserna:** De instanser som yttrat sig över denna fråga tillstyrker förslaget, eller lämnar det utan erinran, bl.a. *Landstingsförbundet* och *Riksåklagaren*. *Länsrätten i Stockholms län* föreslår att förlängd handläggningstid införs även i LPT-mål, och anser att tiden bör förlängas till tio dagar i både LRV- och LPT-mål.

**Skälen för regeringens förslag:** Enligt 35 § andra stycket LPT skall ett mål hos en länsrätt tas upp till avgörande inom åtta dagar från den dag då ansökan eller skrivelsen med överklagandet kom in till länsrätten. Länsrätten får förlänga denna tid, om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt. Denna bestämmelse gäller med stöd av en hänvisning i 21 § LRV även mål enligt LRV med undantag för mål om frigång. Vidare gäller enligt 22 § andra stycket LRV att åklagaren, om det inte är uppenbart obehövligt, skall beredas tillfälle att yttra sig i LRV-mål angående permission, frigång och upphörande av vården beträffande den patientkategori som har dömts till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

Regleringen har fått mycket kritik såväl i den tidigare av Socialstyrelsen gjorda utvärderingen som i den av kommittén genomförda målundersökningen eftersom regleringen ofta har lett till en mycket stor tidspress, särskilt i LRV-mål där åklagaren skall höras. Samtidigt är en viktig principiell utgångspunkt att mål som avser prövning av frågan om frihetsberövande måste prövas mycket skyndsamt.

Det finns då skäl att diskutera olika alternativ till en annan utformning av regelverket. Man kan tänka sig att ersätta kravet på avgörande inom åtta dagar med ett krav på skyndsamt handläggning i såväl LPT- som LRV-mål i kombination med en åttadagarsregel i mål om permission och konvertering. Ett annat sätt är att låta åttadagarsregeln kvarstå i nuvarande omfattning i LPT-målen men begränsa kravet till skyndsamt handläggning i LRV-målen. Ett annat alternativ är att låta åttadagarsregeln gälla i LPT-

målen och begränsas till vissa frågor angående permission i LRV-målen samt att den allmänna regeln om skyndsamt handläggning tillämpas i övrigt. Vidare kan man tänka sig att ersätta åttadagarsregeln med en regel som medger en längre frist.

Flertalet LRV-mål gäller ansökan om permission eller prövning av en anmälan om upphörande av vård. Vård med stöd av LRV ges generellt sett under en längre period. I LRV-målen finns det därför ofta inte samma behov av en lika snabb prövning som i LPT-målen. Det är som tidigare har anförts också framför allt när det gäller mål enligt LRV som åttadagarsregeln innebär problem eftersom åklagaren inte har haft rimligt rådrum, samt tid för att i förekommande fall informera målsäganden. Detta innebär att det finns skäl som talar för att man skall ha olika regler i LPT och LRV när det gäller handläggningstiden. Ett krav på skyndsamt handläggning skulle kunna tillämpas så att rätten i varje fall får ta ställning till hur snabbt ett avgörande måste fattas. Risken är emellertid att tidsutdräkten innan ett avgörande fattas blir relativt lång när det inte från början finns bestämt ett sista datum för avgörandet. Man bör därför enligt regeringens mening inte använda sig enbart av ett krav på skyndsamt handläggning utan även fastställa en frist när målet skall vara avgjort.

Mot bakgrund av ovanstående anser regeringen att övervägande skäl talar för att åttadagarsregeln bör kvarstå när det gäller mål enligt LPT. En mindre justering görs dock avseende mål rörande konvertering, vilket har utvecklats i avsnitt 9.2.

När det gäller mål enligt LRV anser regeringen att en ny regel om handläggningstiden bör införas. En regel med innebörden att handläggningen skall vara skyndsamt är, som ovan anförts, alltför generell och man bör i stället ha en regel med en angiven tidsfrist. För att möjliggöra att åklagaren kan göra en utredning och i förekommande fall kontakta målsäganden innan han yttrar sig till länsrätten bör denna tidsfrist bestämmas till femton dagar. Denna tidsfrist bör även gälla i mål om frigång.

## 15 Vårdavgifter vid rättspsykiatrisk vård

**Regeringens bedömning:** Det finns för närvarande inte skäl att lämna förslag om vårdavgifter vid rättspsykiatrisk vård.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag:** För varje dag som en försäkrad bereds rättspsykiatrisk vård som brottspåföljd efter beslut av domstol, skall sjukpenningen på begäran av den som svarar för vårdkostnaderna minskas med 80 kr, dock högst med en tredjedel av sjukpenningens belopp. Avgift för sjukhusvård enligt LRV får endast tas ut genom avdrag från utgående pension, sjukbidrag eller sjukpenning.

**Remissinstanserna:** Samtliga remissinstanser som yttrat sig i frågan utom *Riksförsäkringsverket (RFV)*, tillstyrker utredningens förslag. RFV anför att verket inte finner skäl för att införa specialregler för den lilla grupp som detta är.

**Skälen för regeringens bedömning:** Enligt 26 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) får vårdavgifter tas ut av patienter enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Någon inskränkande särreglering avseende sluten psykiatrisk vård utan samtycker föreligger dock inte. Varken i lagtext eller förarbeten anges hur stor avgiften skall vara. Varje sjukvårdshuvudman har därför möjlighet att självständigt avgöra detta, vilket medför vissa variationer över landet. Avgiften får dock uppgå till högst 80 kronor per vård dag. Detta innebär att avgiften självfallet inte kan anses täcka kostnaderna för själva vården. I stället får den anses motsvara kostnader för mat, hygien och andra kostnader som sparas in under sjukhusvistelsen.

De som döms till fängelse betalar visserligen ingen avgift för kost och logi. Någon avgift betalas inte heller av den som är intagen i kriminalvårdsanstalt och under den tiden erhåller rättspsykiatrisk vård. Det gäller emellertid särskilda regler inom socialförsäkringen för dem som är häktade eller intagna i kriminalvårdsanstalt. De får avdrag på sin pension och är inte berättigade till sjukpenning.

Patienter som bereds psykiatrisk tvångsvård med stöd av LPT betalar vårdavgift vid sjukhusvård precis som vid frivillig psykiatrisk vård enligt HSL. Det är inte ovanligt att psykiatrisk tvångsvård övergår i frivillig vård och det händer också att patienter därefter åter bereds tvångsvård efter beslut om konvertering.

En övervägande del av de som genomgår rättspsykiatrisk vård har inkomster i form av pension, sjukbidrag eller sjukpenning.

Beträffande de som uppstår sjukpenning har det genom en enkät som tvångspsykiatrikommittén företagit framkommit att många patienter under vårdtiden drar på sig stora vårdskulder eftersom de inte avsätter medel för att betala vårdavgifterna. Man har från sjukvårdsinrättningarna framhållit att en bra lösning på problemet med stora vårdskulder skulle vara att den vårdavgift som patienterna skall betala dras direkt från sjukpenningen.

Ett fåtal av dem som döms till rättspsykiatrisk vård saknar helt inkomster eller har mycket små inkomster. Det förekommer härvid att landstinget sätter ned vårdavgiften till 0 kr. Emellertid förekommer även att landstingen debiterar vårdavgift, vilket leder till att den enskilde patienten drar på sig stora vårdskulder.

Ovan angivna problem är enligt regeringens mening inte möjliga att bortse från. Emellertid är det såsom påpekats av *Riksförsäkringsverket* av vikt att i största möjliga utsträckning undvika att ha specialregler för olika grupper av patienter. Socialförsäkringssystemet har vidare genomgått betydande förändringar efter det att kommittén avlämnat sitt delbetänkande 1996.

Vid regeringssammanträdet den 17 juni 1999 beslöt regeringen att en särskild utredare skulle tillkallas för att göra en översyn av de bestämmelser inom socialförsäkringen som reglerar rätten till förmåner för tid under vilken en försäkrad på det allmännas bekostnad vistas på en institution. I uppdraget ingår att kartlägga olika institutionsvistelsers inverkan på de intagnas rätt till olika socialförsäkringsförmåner och de intagnas skyldighet att betala avgift för uppehållet. Utredaren skall också överväga vilka principer som skall ligga till grund för vad som bör gälla när en

person som har rätt till socialförsäkringsförmåner och som vistas på en institution får sina levnadskostnader täckta av det allmänna utan att någon avgift debiteras.

Förslaget skall omfatta även de regler som behövs för att motverka att intagna personer överkompenseras. Utredaren skall sträva efter att de som har rätt till socialförsäkringsförmåner behandlas enhetligt i fråga om inverkan av en institutionsvistelse på deras ekonomiska förhållanden. Avsikten är emellertid inte att ändra sjukvårdshuvudmännens och kommunernas möjlighet att debitera en intagen avgift för uppehållet vid vistelse på institution. Däremot kan utredaren överväga om det vore lämpligt att i ökad utsträckning tillämpa avgiftsdebitering för att motverka överkompensation vid institutionsvistelser på det allmännas bekostnad.

I uppdraget ingår således att ta ställning till bl.a. den frågeställning som ovan behandlats men i ett vidare sammanhang. Regeringen är därför inte beredd att i dagsläget lämna några förslag utan avser att återkomma efter det att utredaren redovisat sitt uppdrag.

## 16 Kostnadsansvar för rättspsykiatrisk vård av vissa utlänningar

**Regeringens bedömning:** Kostnadsansvaret för rättspsykiatrisk vård bör tills vidare bli kvar hos sjukvårdshuvudmännen.

**Tvångspsykiatrikommitténs förslag:** Landsting och kommuner skall ha rätt till ersättning av staten för kostnader för rättspsykiatrisk vård av utländska medborgare som vistas i Sverige utan att vara bosatta här.

**Remissinstanserna:** Samtliga instanser som yttrat sig tillstyrker utredningens förslag. *Statens Invandrarverk* har dock vissa synpunkter på rutinerna för utbetalning av ersättningar.

**Skälen för regeringens bedömning:** Enligt 3, 3b och 4 §§ Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 är sjukvårdshuvudmännen skyldiga att vårda:

- svenska medborgare,
- de som utan att vara svenska medborgare är bosatta i landet samt
- de som faller inom rådets förordning (EEG nr 1408/71) om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen eller omfattas av konventioner på området. Vidare är sjukvårdshuvudmännen skyldiga att ge akut sjukvård åt alla som vistas i landet. Enligt 2 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård skall reglerna om skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård gälla även rättspsykiatrisk vård. Ersättning utges för hälso- och sjukvård för den som är försäkrad enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, dvs. personer som är svenska medborgare och personer som utan att vara svenska medborgare är bosatta i Sverige. Vidare följer av EEG-förordningen och olika konventioner att ersättning för hälso- och sjukvård utges till sjukvårdshuvudmännen för vissa utländska medborgare

som vistas i Sverige. Ersättningen när det gäller senast nämnda utläningar avser emellertid i första hand endast akut sjukvård.

När det gäller utläningar som omfattas av förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande ersätter staten enligt praxis landstingen för vårdkostnaderna för rättspsykiatrisk vård trots att förordningen när det gäller personer över 18 år endast gäller akut vård.

Det ovan sagda innebär att, i de fall då en person inte omfattas av denna förordning får det enskilda landstinget stå för kostnaderna. Det får vidare anses framgå av praxis att det är landstinget inom vars område ett brott har begåtts av en utlänning som vistas i Sverige utan att vara bosatt här och som överlämnas till rättspsykiatrisk vård som får bära kostnaden för vården (Regeringens beslut den 7 december 1996, A95/136 IP).

När denna kategori utläningar i stället döms till fängelse, och det därefter fattas beslut om att utläningen skall beredas rättspsykiatrisk vård står staten genom kriminalvården för vårdkostnaderna. Som ett argument för att vederbörande sjukvårdshuvudman inte skall stå för vårdkostnaderna vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning har anförts att det inte är ansvarig läkare som avgör vårdtidens längd. Såväl frågan om överlämnande till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning som frågan om vården skall upphöra i dessa fall beslutas i stället av domstol.

Av en undersökning som utförts av tvångspsykiatrikommittén framgår att det inte är någon vanlig företeelse att landstingen blir tvungna att stå för vårdkostnaderna för rättspsykiatrisk vård av utläningar som har överlämnats till rättspsykiatrisk vård efter att ha begått brott.

Som tidigare nämnts har regeringen tillsatt en kommitté med uppdrag att utreda frågor om ansvar och påföljder för psykiskt störda lagöverträdare. (dir 1999:39) Kommittén skall lämna förslag till en reformerad reglering av det straffrättsliga ansvaret samt formerna för ingripanden mot denna grupp av lagöverträdare. Reformen skall syfta till att åstadkomma en ordning som innebär att psykiskt störda personer som begår brott och som är straffrättsligt ansvariga också kan dömas till en påföljd som tillgodoser kravet på ett rimligt ingripande med hänsyn till det begångna brottet. Reformen syftar också till att psykiatrin inte skall bära ett ansvar för straffrättsliga aspekter eller behovet av samhällsskydd under längre tid än som motiveras av ett vårdbehov.

I kommitténs uppdrag ligger att överväga såväl ansvarsfördelningen för den rättspsykiatriska vården som att överväga dagens påföljdssystem för psykiskt störda lagöverträdare. Regeringen vill därför inte nu lägga förslag som innebär systemförändringar angående en mycket liten grupp, mindre än tio personer årligen, utan avser att återkomma i denna fråga genom ett mer samlat grepp med utgångspunkt från kommitténs betänkande.



De förslag som eventuellt kan komma att medföra något ökade offentliga utgifter avser främst domstolarna, dels förslaget om att sakkunnig skall förordnas om det inte är uppenbart obehövt, dels prövningen av samtliga konverteringsbeslut. Vad avser sjukvårdshuvudmännen så kan förslaget om förlängning av förordnanden som stödperson till att gälla även med fyra veckor efter det att tvångsvården upphört innebära en smärre kostnadsökning.

När det gäller förslaget om sakkunniga kan regeringen konstatera att det nu aktuella förslaget egentligen endast innebär en anpassning till hur många länsrätter redan arbetar. Förslaget förväntas emellertid innebära att kostnaderna för det samlade rättsväsendet ökar med ca 1 miljon kronor per år. Regeringen avser därför att i budgetpropositionen för år 2001 överföra 1 miljon kronor från utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg till utgiftsområde 4 Rättsväsendet. Regeringen avser också att på tilläggsbudget, i anslutning till budgetpropositionen, överföra 500 000 kronor från utgiftsområde 9 till utgiftsområde 4 för att på så sätt täcka de ökade kostnader som förslaget beräknas åsamka rättsväsendet under andra halvåret år 2000.

Vad avser konverteringarna är det i dagsläget svårbedömt vilken sammanlagd effekt som regeringens förslag kommer att ha på antalet mål i länsrätten. De föreslagna reglerna torde innebära att antalet konverteringar kommer att bli färre, eftersom regelverket runt konverteringarna ytterligare skärps. Samtidigt innebär förslaget att samtliga konverteringar skall prövas av domstol. Huvudregeln kommer att vara att handläggningen skall vara skriftlig och att domstolen är domför med en lagfaren domare i de fall endast konverteringsbeslutet underställs domstolens prövning. Regeringens bedömning är att den sammanlagda effekten blir marginell och avser att följa utvecklingen noga.

Beträffande stödpersoner kan inledningsvis konstateras att de flesta förslagen faller inom det lagstadgade ansvar som landstingen redan i dag har. Förslaget om förlängning av förordanden som stödperson till att gälla fyra veckor efter det att tvångsvården upphört kan medföra en viss ökad kostnad. Regeringens bedömning är dock att denna kostnadsökning är ytterst marginell och inte föranleder någon reglering.

## 18.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

## 2 a §

Denna paragraf är ny. Paragrafen, som utformats i enlighet med *Lagrådets* förslag, innebär att det skall göras en rimlig avvägning mellan den nytta som tvångsåtgärderna kan ha för patienten i förhållande till det ingrepp i patientens självbestämmande och integritet som det innebär att patienten mot sin vilja får genomgå en viss behandling. Framför allt bör sådan medicinering undvikas som kan ge patienten bestående biverkningar.

I andra stycket föreskrivs att tvånget måste utövas skonsamt och med största möjliga hänsyn till patienten. Detta innebär bl.a. att stor hänsyn skall tas till vilka biverkningar som patienten får av en viss medicin och att det ibland kan vara lämpligt att välja en medicin med mindre biverkningar även om den skulle ha mindre eller långsammare effekt på patientens sjukdomstillstånd.

Vid användning av tvångsåtgärder skall således en avvägning alltid göras i de avseenden som anges i denna paragraf. Bestämmelserna är tillämpliga vid all tvångsanvändning enligt lagen såsom t.ex. fastspänning, avskiljning från övriga patienter, samt kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. Bestämmelsen är tillämplig inte bara under pågående tvångsvård utan också i de fall då åtgärder vidtas innan intagningsbeslut har fattats.

## 2 b §

Denna paragraf är ny. Syftet med paragrafen, som har utformats i enlighet med *Lagrådets* förslag, är att betona att tvångsåtgärder får användas endast om patienten inte kan förmås att frivilligt medverka till vård och behandling. Det kan visserligen finnas situationer då patientens tillstånd är sådant att tvångsåtgärder snabbt kan behöva tillgripas, men i de flesta fall bör sådana åtgärder anstå till dess att patienten har fått sådan information som han kan ta till sig och fått tillfälle att själv ha synpunkter på den behandling som behövs. Detta förutsätter att patienten ges en individuellt anpassad information i frågan. Vad som avses med att informationen skall vara individuellt anpassad har utvecklats av regeringen i propositionen Stärkt patientinflytande (prop. 1998/99:4).

Vid användning av tvångsåtgärder skall således en avvägning alltid göras i de avseenden som anges i denna paragraf. Bestämmelsen är tillämplig vid sådana tvångsåtgärder som syftar till att genomföra vård eller vårdåtgärder som genomförs med tvång. Frågan om användning av behandling som ger bestående allvarliga biverkningar t.ex. psykokirurgi, eller behandling som kan upplevas som särskilt påfrestande eller integritetskränkande, t.ex. elektrokonvulsiv behandling (ECT-behandling), har utvecklats i den allmänna motiveringen, se avsnitt 11.2.

## 3 §

I första stycket 2 anges att patienten skall ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Ändringen är inte avsedd att få till stånd en annan bedömning av vårdbehovet än enligt nuvarande lag. Vårdbegreppet är detsamma som används i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, och anledningen till ändringen är framför allt att man i lagar som har anknytning till varandra bör använda sig av samma begrepp.

I punkten 3, som utformats i enlighet med *Lagrådets* förslag, anges att som en förutsättning för tvångsvård skall gälla att patienten motsätter sig vård eller det till följd av hans psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke. Lagrummet innebär att det liksom hittills i vissa fall skall vara möjligt att besluta om tvångsvård även om patienten inte motsätter sig vård. På samma sätt som gäller enligt nuvarande lag avses patienter som till följd av sin psykiska störning överhuvud taget inte kan uttala någon uppfattning i frågan. Vidare patienter med allvarlig psykisk störning som vid upprepade tillfällen varit intagna för tvångsvård på grund av att de inte frivilligt har kunnat sköta sin behandling på ett tillfredsställande sätt. Finns det grundad anledning att anta att en patient kort tid efter påbörjande av vården kommer att avbryta vården om den ges frivilligt kan man också besluta om tvångsvård. Avsikten med lagändringen är således att ge ökade möjligheter att beakta patientens tidigare agerande och därigenom uppnå att patienten får den vård han behöver. Det skall dock understrykas att utgångspunkten givetvis även i fortsättningen skall vara att man så långt det är möjligt respekterar patientens inställning i vårdfrågan.

## 4 §

Ändringen innebär att tredje stycket upphävs. Ändringen är föranledd av förändringarna rörande reglerna om övergång från frivillig vård till tvångsvård (konvertering). Av kommentaren till 11 § framgår sålunda att vårdintyg skall kunna utfärdas på vårdavdelning.

## 6 §

Första meningen motsvarar 6 § första stycket andra meningen i nuvarande lag, i övrigt är paragrafen ny. Den reglerar när tvång får användas innan beslut om intagning har fattats. För närvarande saknas sådana regler och vårdpersonalen måste då stödja sig på brottsbalkens regler om straffrihet vid nöd, nödvärn och laga befogenhet när de tvingas tillgripa tvång mot patienten. Bestämmelsen ger vårdpersonalen rätt att ingripa med tvång om andra åtgärder inte är tillräckliga. Det kan gälla t.ex. att med fysiskt tvång hålla fast en patient som vill lämna vårdinrättningen eller som angriper personal eller medpatienter. Någon utvidgning av möjligheten att använda tvång är inte avsedd. Avsikten är endast att i LPT reglera personalens befogenheter när det gäller användning av tvång i stället för att vara hänvisad till brottsbalkens regler om straffrihet.

I andra stycket klargörs att de regler om kroppsvisitering och ytlig kroppsbesiktning som finns i LPT gäller så snart ett kvarhållningsbeslut har fattats.

#### 6 a §

Denna paragraf är ny. Den avser liksom föregående paragraf situationer innan dess att ett intagningsbeslut har fattats och gäller fastspänning, avskiljande och tvångsbehandling. För att dessa tvångsåtgärder skall få användas förutsätts i princip att ett beslut om intagning har fattats. Det är emellertid inte ovanligt att det på en vårdinrättning uppkommer akuta situationer efter det att ett kvarhållningsbeslut har fattats till dess att chefsöverläkaren har beslutat om intagning. Under denna tid får vårdpersonalen endast hindra patienten att lämna vårdinrättningen men får därutöver inte använda sig av något tvång mot patienten med stöd av LPT. Om tvång utöver vad som är tillåtet enligt kvarhållningsrätten måste användas är det brottsbalkens regler om straffrihet vid nöd och nödvärn som personalen kan stödja sig på. Den föreslagna bestämmelsen ger en legitimerad läkare rätt att besluta om kortvarig fastspänning med bälte eller om att patienten kortvarigt skall hållas avskild från övriga patienter enligt de regler som gäller när patienten har tagits in för vård på sjukvårdsinrättning. Det kan vara fråga om en patient som uppträder mycket aggressivt och som inte går att lugna genom samtal eller andra mindre ingripande åtgärder. Vidare ger bestämmelsen personalen rätt att ge patienten behandling, om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa. Det kan vara fråga om att t.ex. ge lugnande medel till en mycket orolig patient eller insulin till en diabetessjuk patient. Genom att ange att det är legitimerad läkare som kan fatta beslut om tvångsåtgärder enligt denna paragraf undantas AT-läkare från den rätten. Skälet är att det är frågan om mycket integritetskränkande åtgärder som endast läkare med legitimation bör kunna besluta om.

#### 6 b §

Paragrafen motsvarar 6 § i den tidigare lydelsen, dock med det undantaget att första stycket andra meningen återfinns i 6 § i dess nu föreslagna lydelse.

#### 11 §

Denna paragraf avser övergång från frivillig vård till tvångsvård (konvertering). Det s.k. farerekvisitet finns kvar som en förutsättning för konvertering. Vidare införs en tvåläkarprövning. En läkare på vårdinrättningen skall kunna skriva ett vårdintyg och därefter är det chefsöverläkaren som skall besluta om intagning av patienten. Enligt 39 § i lagförslaget är chefsöverläkarens möjlighet att delegera sådana beslut begränsad. Uppdrag får endast lämnas till en erfaren läkare med specialistkompetens inom någon gren av psykiatrin.

Ett beslut om tvångsvård skall enligt andra stycket fattas senast 24 timmar efter det att vårdintyg har utfärdats. Vidare anges att de regler om användning av fysiskt tvång och andra tvångsåtgärder som gäller för tiden

innan beslut om intagning enligt 3 § har fattats kan tillämpas när en patient kvarhålls för prövning av frågan om konvertering.

#### 12 §

Paragrafen innebär att ett beslut om övergång från frivillig vård till tvångsvård skall underställas länsrätten skyndsamt och senast dagen efter beslutet. Detta innebär att ett konverteringsbeslut alltid skall underställas länsrättens prövning och prövas i sak av länsrätten, således även i de fall då patienten vid tidpunkten för länsrättens prövning vårdas frivilligt eller har skrivits ut från sjukvårdsinrättningen. Anser chefsöverläkaren att vården skall fortsätta skall han inom fyra dagar från konverteringsbeslutet ansöka hos länsrätten om detta. Länsrätten skall alltid pröva själva konverteringsbeslutet. Det gäller även om ansökan om fortsatt tvångsvård har getts in. Inget hindrar dock att frågan om vården skall fortsätta prövas samtidigt med konverteringsfrågan. Såsom framgår av förslaget till tillägg i 35 § finns möjligheter till undantag från åttadagensregeln då länsrätten har att pröva både ett konverteringsbeslut och frågan om fortsatt tvångsvård beträffande samma patient.

#### 14 §

De justeringar som har gjorts i andra stycket följer av att bestämmelserna om övergång från frivillig vård till tvångsvård enligt 11 och 12 §§ har ändrats. Ändring, som utformats i enlighet med *Lagrådets* förslag, innebär dock ingen ändring i sak.

#### 16 §

I paragrafen föreskrivs att en vårdplan skall upprättas snarast efter att patienten har tagits in för behandling. Att begreppet vårdplan används i stället för behandlingsplan, som används i nuvarande lagreglering, innebär ett tydliggörande av att planen skall omfatta inte bara den medicinska behandlingen utan även omvårdnad samt i många fall insatser från socialtjänsten. I vårdplanen skall redovisas de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården skall uppnås och för att behandlingsresultatet och de andra insatser som genomförts skall kunna kvarstå efter vårdens upphörande. Liksom hittills skall samråd ske med patienten. När det gäller samråd med närstående har den ändringen gjorts i förhållande till nuvarande lag att presumptionen skall vara att samråd skall ske med närstående. Endast om det är olämpligt kan samråd med närstående underlåtas. Det måste avgöras från fall till fall när det är olämpligt att samråda med närstående. En sådan situation kan vara att patienten och de närstående är i konflikt med varandra eller att patienten motsätter sig att kontakt tas med de närstående. Som *Lagrådet* påpekat blir möjligheterna till samråd, på grund av bestämmelserna om sjukvårdssekretess, inte så stora i de fall då samtycke inte kunnat erhållas från patienten. I de fall då patienten saknar förmåga att ge uttryck för sin inställning skall dock chefsöverläkaren pröva om sekretesslagens bestämmelser möter hinder mot att samråd sker.

Vid vilken tidpunkt en vårdplan skall upprättas, vad som bör framgå av vårdplanen och hur ofta den bör följas upp och revideras m.m. har utvecklat i den allmänna motiveringen, se avsnitt 11.1.

I paragrafens andra stycke åläggs chefsöverläkaren en skyldighet att undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Man kan därvid utgå ifrån att kontakter kommer att behöva tas med socialtjänsten. Det bör noteras att det finns en sekretessbrytande bestämmelse i 43 § denna lag som möjliggör att sådana kontakter sker.

#### 17 §

Beträffande kravet på samråd med närstående har på motsvarande sätt som i 16 § den ändringen gjorts, att presumptionen skall vara att samråd skall ske med närstående och att samråd således endast kan underlåtas om det är olämpligt. Vad gäller frågan om sekretess hänvisas det till kommentaren till 16 §.

#### 18 §

Paragrafen innehåller ett förtydligande av vilka åtgärder som personalen får vidta. Bestämmelsen ger således vårdpersonalen rätt att använda det fysiska tvång som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av vårdinrättningens område där han skall vistas samt för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården. Det som föreskrivs i denna paragraf motsvarar vad som enligt 6 § gäller innan intagningsbeslut har fattats. I brottsbalken ges bestämmelser om straffrättsligt ansvar för den som använder mer tvång än vad som är medgivet med hänsyn till omständigheterna.

#### 23 §

Paragrafen behandlar kroppsvisitering och kroppsbesiktning. I paragrafen har tagits bort de bestämmelser som behandlar när sådana åtgärder får ske. Anledningen härtill är att det i 6 § lagförslaget har tagits in en bestämmelse om att kroppsvisitering och kroppsbesiktning får ske redan före intagningsbeslutet och nu ifrågavarande bestämmelse behandlar endast dessa åtgärder under pågående tvångsvård. I förekommande fall kan kroppsvisitering och kroppsbesiktning således ske när en patient kommer till sjukvårdsinrättningen eller den del av vårdinrättningen där han skall vistas eller när patienten återkommer dit efter permission eller annan vistelse utanför vårdinrättningen eller under vistelsen på vårdinrättningen. Enligt sista meningen i andra stycket nuvarande lag skall ett vittne om möjligt närvara vid kroppsbesiktning och kroppsvisitering. Denna bestämmelse bör finnas kvar i denna paragraf.

I andra stycket i gällande lag finns bestämmelser som avser att begränsa den kränkning som kroppsbesiktning och kroppsvisitering innebär. Dessa bestämmelser har i förslaget tagits bort, eftersom en allmän regel om begränsning av tvång och hänsynstagande mot patienten vid användande av tvång har tagits in i 2 a §, och denna bestämmelse är tillämplig även vid här diskuterade åtgärder.

## 25 §

Möjligheten att ge patienten tillstånd till vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område under en viss del av vårdtiden (permission) skall finnas kvar. Förslaget innebär att permission kan ges för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillståndet får också ges för en längre period, om det finns särskilda skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör. Det skall således inte längre vara möjligt att ge tillstånd till vistelse utanför vårdinrättningens område till vårdtidens slut. Däremot skall det finnas möjlighet till permission i fall där en längre permission i slutet av vårdtiden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör. Genom att ange att särskilda skäl skall föreligga markeras att det är fråga om situationer som avviker från det normala. Förutsättningen för att kunna ge permission under längre tid i slutet av tvångsvårdstiden är att det skall föreligga en rimligt förutsägbar prognos att tvångsvården efter permissionstidens utgång kan upphöra. En sådan prognos bör därför inte kunna ställas om tidsperspektivet är längre än flera månader. Det kan dock tänkas uppstå situationer då en förlängning av tvångsvården är oundgängligen nödvändig. I dessa fall kan också permissionstiden förlängas utan att patienten först återintas på sjukvårdsinrättningen. Det bör dock understrykas att nuvarande system med patienter som ges permission till vårdtidens slut inte längre får förekomma. Permission kan således ges för visst tillfälle och viss tid (timmar, dagar eller veckor), dels för återkommande tillfällen och viss tid, t.ex. dag, natt- eller helgpermission i samband med dag-, natt- resp. veckovård. Alla permissioner skall tidsbestämmas. Att tidsbestämma permissionen så att permissionstiden löper längre fram än vad som följer av bestämmelserna om längsta tillåtna vårdtid är inte tillåtet.

*Lagrådet* har haft synpunkter på utformning av lagtexten och föreslagit att uttrycket ”en längre period” förslagsvis kunde bytas ut mot uttrycket ”en bestämd period”. Det av *Lagrådet* föreslagna uttrycket riskerar dock att leda tanken fel då alla permissioner skall tidsbestämmas och uttrycker inte att det faktiskt är fråga om permissioner under en längre period. Den av *Lagrådet* föreslagna ändringen bör därför inte genomföras.

Patienten bör kunna ges permission för att sköta om vissa personliga angelägenheter och för att möjliggöra socialt rehabiliterande insatser som är nödvändiga för att tvångsvården skall upphöra, t.ex. för att förbereda ett särskilt boende. Permission bör också kunna medges för att patienten successivt skall anpassa sig till ett liv utanför vårdinrättningen och möjliggöra bedömningar av patientens anpassningsförmåga i samhället. Som ytterligare förutsättning för att chefsöverläkaren skall kunna fatta beslut om permission har det uppställts ett krav på att det står i överensstämmelse med vårdplanen. Skälen härför har utvecklats i avsnitt 12, vartill det hänvisas. Paragrafens andra stycke motsvarar innehållet i den nu upphävda 26 §.

## 25 a §

Denna paragraf är ny. Första stycket första meningen motsvarar 25 § andra stycket i tidigare lydelse. I andra meningen finns angivet vilka särskilda villkor som kan föreskrivas i samband med att permission ges. Dessa

villkor, förutom det sista, anges nu i 6 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Som *Lagrådet* påpekat är dock dessa villkor av en sådan betydelse att de bör återfinnas i lagen och inte i förordningen. I sista strecksatsen anges att även annat villkor som är nödvändigt eller följer av vårdplanen kan föreskrivas vid permission. Exempel på sådana villkor skulle kunna vara att patienten är skyldig att ta emot besök i bostaden av företrädare för hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, eller skyldighet att följa föreskrifter om daglig sysselsättning.

#### 29 §

I paragrafen görs ett tillägg, som utformats i enlighet med *Lagrådets* förslag, i förhållande till de nuvarande reglerna som innebär att tvångsvården upphör först när beslut om avvísning, utvisning eller utlämning har verkställts. Tillägget är endast ett förtydligande och skall inte innebära någon saklig förändring.

#### 30 §

Denna paragraf behandlar patientens rätt till att få en stödperson utsedd. Chefsöverläkarens informationsskyldighet gentemot patienten om dennes rätt till stödperson har flyttats från 48 §, vilken innehåller bestämmelser om olika frågor som chefsöverläkaren skall informera om. Syftet är att bestämmelserna om stödperson skall samlas på ett ställe.

I paragrafens tredje stycke finns en nyhet i förhållande till nuvarande lagstiftning, nämligen att uppdraget som stödperson skall kunna fortgå under fyra veckor efter tvångsvårdens avslutande, om patienten och stödpersonen samtycker till det. Såväl när tvångsvården avslutas direkt efter vård på sjukvårdsinrättning som när vårdperioden avslutas med en tids permission skall således stödpersonen kunna ha kvar sitt uppdrag fyra veckor efter vårdens avslutande.

#### 31 §

Andra stycket punkten 2 har justerats på grund av att nuvarande 6 § betecknas som 6 b §. Tredje stycket, som är nytt, innebär att chefsöverläkaren vid sin anmälan till patientnämnden skall ange patientens inställning i frågan om stödperson. Patientnämnden skall därefter om oklarhet fortfarande råder om patientens inställning vara skyldig att kontakta patienten eller patientens kontaktperson eller motsvarande på sjukhuset för att få veta patientens inställning i frågan om stödperson.

#### 31 a §

Denna paragraf är ny. Paragrafen innebär att om patienten så önskar och stödpersonen samtycker därtill skall socialnämnden i den kommun där patienten är folkbokförd underrättas om att patienten önskar att stödpersonsuppdraget skall övergå till att vara ett uppdrag som kontaktperson enligt socialtjänstlagen.



## 32 §

Den justering som har gjorts i första stycket följer av att nuvarande 6 § betecknas som 6 b §.

## 33 §

Den justering som har gjorts i första stycket fjärde punkten följer av att 26 § upphävs.

## 35 §

I paragrafens andra stycke har en ändring gjorts. Som framgår av den föreslagna ändringen i 12 § införs ett krav på att konverteringsbeslut skall underställas länsrättens prövning. I de situationer där, beträffande samma patient, både ett konverteringsbeslut underställs länsrättens prövning och en ansökan om medgivande till fortsatt tvångsvård ges in kan länsrätten komma att, på grund av tidsfristen om åtta dagar, tvingas till att hålla två förhandlingar inom några dagar. Detta synes omotiverat. Därför införs en möjlighet till undantag från åttadagarsregeln så att länsrätten ges möjlighet att vid ett och samma tillfälle pröva bägge frågorna.

## 36 §

Det tillägg som gjorts har tillkommit efter förslag från *Lagrådet*. I de fall ett konverteringsbeslut enligt 12 § första stycket inte följs av en ansökan om tillstånd till fortsatt vård skall länsrätten ha möjlighet att pröva målet utan att behöva hålla muntlig förhandling. Om patienten däremot påkallar muntlig förhandling måste länsrätten hålla en sådan eller om länsrätten i annat fall finner skäl för det. Som framgår av förslaget till lag om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar blir länsrätten domför med en lagfaren domare vid prövning av dessa mål.

## 37 §

Paragrafens andra stycke har ändrats på det sättet att presumptionen skall vara att länsrätten skall höra sakkunnig vid muntlig förhandling enligt denna lag. Endast i de fall det är uppenbart obehövt kan länsrätten underlåta att förordna en sakkunnig. Länsrätten måste göra en bedömning i det enskilda målet om det är uppenbart obehövt att höra sakkunnig. I de fall där länsrätten prövat samma fråga endast en kort tid tillbaka och det inte har framkommit några nya omständigheter kan det som regel anses som uppenbart obehövt att höra sakkunnig i målet.

## 39 §

Paragrafen behandlar chefsöverläkarens delegationsmöjligheter beträffande uppgifter enligt lagen. De inskränkningar i dessa möjligheter som finns enligt nuvarande lag har utökats till att avse även beslut enligt 11 § i lagförslaget om övergång från frivillig vård till tvångsvård. Punkt 1 har justerats på grund av att nuvarande 6 § betecknas som 6 b §.

## 48 §

Chefsöverläkarens informationsskyldighet gentemot patienten om dennes rätt till stödperson har flyttats till 30 § från 48 §, vilken innehåller be-

stämmelser om olika frågor som chefsöverläkaren skall informera om. Prop. 1999/2000:44  
Syftet är att bestämmelserna om stödperson skall samlas på ett ställe.

## **Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser**

### *Punkt 1*

I denna anges att lagen träder i kraft den 1 juli 2000. Principen är att de nya föreskrifterna, med vissa undantag, skall tillämpas fullt ut såväl när fråga uppkommer efter ikraftträdandet om intagning på sjukvårdsinrättning för psykiatrisk tvångsvård som när det gäller patienter som vid ikraftträdandet är föremål för vård enligt nu gällande föreskrifter.

### *Punkt 2*

Övergångsbestämmelsen i denna punkt, som utformats i enlighet med *Lagrådets* förslag, innebär att ett vårdintyg som har utfärdats enligt äldre föreskrifter under vissa förutsättningar kan användas som underlag för ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk tvångsvård. Ett intagningsbeslut kan således under förutsättning att vårdintyg utfärdats den 30 juni 2000 fattas senast den 4 juli 2000 eftersom intyget vid beslutsfattandet inte får vara äldre än fyra dagar.

### *Punkt 3*

Om ett tillstånd avser vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område under återstoden av vårdtiden gäller som yttersta gräns för tillståndets giltighetstid den enligt de äldre föreskrifterna längsta medgivna vårdtiden. Ett beslut om permission under återstoden av vårdtiden kan således under förutsättning att det fattats den 30 juni 2000 vara giltigt längst till och med den 31 december 2000. För en patient som vid ikraftträdandet har permission under återstoden av vårdtiden enligt de äldre föreskrifterna förutsätts således att, om vården bör fortsätta efter den 31 december 2000, chefsöverläkaren ansöker hos länsrätten om fortsatt tvångsvård. I annat fall skall tvångsvården upphöra.

## **18.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård**

### **2 a §**

Denna paragraf är ny. Paragrafen har utformats i enlighet med *Lagrådets* förslag och har samma innebörd som den föreslagna nya 2 a § LPT, vartill det hänvisas.

### **2 b §**

Denna paragraf är ny. Paragrafen har samma innebörd som den föreslagna nya 2 b § LPT, vartill det hänvisas.

## 4 §

Den ändring som har gjorts i förhållande till nuvarande lag är att första stycket punkten 3 på *Lagrådets* förslag har ändrats på motsvarande sätt som 3 § förslaget till LPT vad gäller frågan om samtycke till vård.

## 5 §

Den ändring som har gjorts, och som utformats i enlighet med *Lagrådets* förslag, är att det införts en hänvisning till bestämmelserna i LPT om fastspänning, avskiljande och behandling innan beslut om intagning fattats. I övrigt har endast redaktionella ändringar gjorts.

## 9 §

Paragrafen har motsvarande innehåll som i den föreslagna nya lydelsen av 25 § LPT. I fråga om de särskilda villkor som kan uppställas vid vistelse utanför vårdinrättningen har en hänvisning gjorts till den nya 25 a § LPT. De villkor som kan föreskrivas vid permission enligt 9 § LRV är således samma som vid permission enligt bestämmelserna i LPT.

## 10 §

I paragrafen ges bestämmelser om permission för de som genomgår rättspsykiatrisk vård efter beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken om särskild utskrivningsprövning. Förslaget innebär att permission kan ges för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillståndet får också ges för en längre period, om det finns särskilda skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör. Det skall således inte längre vara möjligt att ge tillstånd till vistelse utanför vårdinrättningens område till vårdtidens slut. Däremot skall det finnas möjlighet till permission i fall där en längre permission i slutet av vårdtiden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör. Genom att ange att särskilda skäl skall föreligga markeras att det är fråga om situationer som avviker från det normala. Förutsättningen för att kunna ge permission under längre tid i slutet av tvångsvårdstiden är att det skall föreligga en rimligt förutsägbar prognos att tvångsvården efter permissionstidens utgång kan upphöra. Vid vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning torde permissioner i slutet av vårdtiden komma att förekomma i större utsträckning än vid LPT-vård eller LRV-vård utan särskild utskrivningsprövning. Permissionstiden torde också komma att bli längre. Dessa patienter har många gånger mycket långa vårdtider. Detta i förening med att många också har missbruksproblem samt att de ofta bedöms som farliga gör att samhällsskyddet gör sig starkt gällande. Att permissionerna torde komma att bli längre för denna patientgrupp än för övriga beror således på att det kommer att krävas en tämligen lång uppföljning för att man skall kunna avgöra om utskrivning kan ske. En längre permission vid det förväntade slutet av vårdtiden kan därför vara nödvändig. På samma sätt som avsikten är med permissionsreglerna enligt LPT bör dock prognosen vara att patienten kan skrivas ut vid permissionstidens utgång. Det kan dock tänkas uppstå situationer då en förlängning av tvångsvården och permissionstiden, utan att patienten först återintar på sjukvårdsinrättningen, utöver denna tid är oundgängligen nödvändig. Det

bör dock understrykas att nuvarande system med patienter som ges permission till vårdtidens slut inte längre får förekomma. Avsikten är således att permissioner huvudsakligen skall ges för vissa avgränsade tillfällen. Permission bör således kunna ges för visst tillfälle och viss tid (timmar, dagar eller veckor), dels för återkommande tillfällen och viss tid, t.ex. dag-, natt- eller helgpermission i samband med dag-, natt- resp. veckovård. Alla permissioner skall tidsbestämmas. Att tidsbestämma permissionen så att permissionstiden löper längre fram än vad som följer av bestämmelserna om längsta tillåtna vårdtid är inte tillåtet. Patienten bör kunna ges permission för att sköta om vissa personliga angelägenheter och för att möjliggöra socialt rehabiliterande insatser som är nödvändiga för att tvångsvården skall upphöra, t.ex. för att förbereda ett särskilt boende. Permission bör också kunna medges för att patienten successivt skall anpassa sig till ett liv utanför vårdinrättningen och möjliggöra bedömningar av patientens anpassningsförmåga i samhället. Som ytterligare förutsättning för att länsrätten skall kunna fatta beslut om permission har det uppställts ett krav på att det står i överensstämmelse med vårdplanen. Skälet härför har utvecklats i avsnitt 12, vartill det hänvisas. Ett beslut om permission kan förenas med särskilda villkor som patienten skall vara skyldig att iaktta. De villkor som kan föreskrivas framgår genom en hänvisning till 25 a § LPT av den lagen.

#### 10 a §

Den enda nyheten i förhållande till nuvarande lydelse av paragrafen är uttrycket "på egen hand" i första stycket. Tillägget är inte avsett att få någon förändring till stånd, utan avsikten med tillägget är att markera att när det är fråga om vistelse utanför vårdavdelningen i sällskap med personal krävs inget särskilt tillstånd.

#### 10 b §

Denna paragraf är ny. Den är en motsvarighet till 10 a § när det gäller patienter som är intagna i kriminalvårdsanstalt eller särskilt ungdomshem till följd av en dom på slutet ungdomsvård enligt 31 kap. 1 a § brottsbalken och som genomgår rättspsykiatrisk vård. Skillnaden mot 10 a § är att förevarande bestämmelse föreskriver att det är Kriminalvårdsstyrelsen respektive Statens institutionsstyrelse som skall lämna tillstånd till vistelse utanför vårdavdelningen men inom vårdinrättningens område.

#### 11 §

Bestämmelsen avser permission för den som är intagen i kriminalvårdsanstalt eller särskilt ungdomshem och motsvarar permissionsbestämmelserna i 25 § LPT, vartill det hänvisas. Beträffande frågan om vårdplan hänvisas det till kommentaren till 10 § LRV och avsnitt 12.

#### 11 a §

Paragrafen motsvarar 11 § andra stycket i den tidigare lydelsen. Sista meningen är dock ny och är avsedd att klargöra att tillstånd behövs även när vistelsen utanför sjukvårdsinrättningens område är åtföljd av personal. Syftet med tillägget är att, när det gäller i paragrafen avsedd patient-

kategori, skall reglerna för permission så långt det är möjligt vara desamma som när dessa patienter är intagna i kriminalvårdsanstalt. Enligt 32 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt kan en intagen i kriminalvårdsanstalt beviljas tillstånd att för en viss kort tid lämna anstalten (normalpermission). Av förarbetena till denna bestämmelse (prop. 1974:20 s.41) framgår att en intagen i vissa fall kan vara beledsagad av personal. Detta hindrar dock inte att tillstånd för permissionen måste inhämtas.

#### 11 b §

Denna paragraf är ny och innebär en möjlighet att, om det föreligger synnerliga skäl, ge tillstånd till vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område för den som är häktad eller är intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning och som genomgår rättspsykiatrisk vård. Kriminalvårdsstyrelsen fattar beslut om tillstånd. Bestämmelsen motsvarar i huvudsak 13 § lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.

#### 11 c §

Paragrafen motsvarar i princip 11 § tredje stycket i den tidigare lydelsen. Ett tillägg har dock gjorts så att även de fall som avses i de nya bestämmelserna i 10 b och 11 b §§ skall omfattas av en delegationsmöjlighet.

#### 18 §

Sista stycket innehåller en ändring på det sättet att en hänvisning till LPT har tagits bort och i stället har bestämmelsen, med viss språklig justering, skrivits ut. I övrigt har endast redaktionella ändringar gjorts.

#### 19 §

Denna bestämmelse är ändrad på det sättet att överklagande skall ske till allmän förvaltningsdomstol, dvs. till länsrätten i stället för till kammarrätten. Som en följd av den nya bestämmelsen i 10 b § har det i bestämmelsen lagts till att beslut av Kriminalvårdsstyrelsen och Statens institutionsstyrelse om frigång liksom beslut enligt 11 a och 11 b §§ av Kriminalvårdsstyrelsen om permission får överklagas till länsrätten.

#### 20 §

Den sakliga ändringen består i att sista stycket i paragrafen är flyttat till 25 §. I övrigt har endast en redaktionell ändring gjorts.

#### 21 §

Denna paragraf innehåller en regel om vilken länsrätt som är behörig att pröva frågor enligt lagen om rättspsykiatrisk vård. Den ersätter den del av 21 § i nuvarande lag som innehåller en hänvisning till vissa bestämmelser i LPT.

#### 21 a §

Denna paragraf, som är ny, innehåller vissa handläggningsfrågor och ersätter 21 § i nuvarande lag i de delar som hänvisar till vissa bestämmelser

i LPT. I stället för att hänvisa till bestämmelser i LPT föreslås en reglering i denna paragraf.

I andra stycket har gjorts en ändring i förhållande till nuvarande lag, nämligen att vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning förlängs den tid inom vilken länsrätten skall ta upp ett mål till avgörande till femton dagar från den dag då ansökan eller anmälan kom in till länsrätten.

Fjärde stycket överensstämmer med tredje stycket i 35 § LPT. Innebörden är att domstolen kan fatta interimistiska beslut i alla typer av mål.

#### 21 b §

Första meningen i denna bestämmelse ersätter en hänvisning i 21 § i nuvarande lag. I paragrafen hänvisas till bestämmelserna om muntlig förhandling i 36 och 37 §§ LPT. Av nyss nämnda bestämmelser framgår att muntlig förhandling i mål enligt denna lag skall hållas om det inte är uppenbart obehövt. Muntlig förhandling skall hållas på sjukvårdsinrättningen om inte särskilda skäl talar för annat. Vidare föreskrivs i 37 § LPT att länsrätten, om det inte är uppenbart obehövt, skall höra lämplig sakkunnig vid muntlig förhandling. När det är uppenbart obehövt får avgöras i det enskilda fallet. En faktor som kan tala för att det är uppenbart obehövt är om rätten kort tid före den aktuella prövningen har prövat samma fråga och att det under tiden inte har framkommit något nytt om patienten.

Bestämmelsen i andra meningen innebär att den särskilda bestämmelsen om muntlig förhandling i 36 § LPT samt bestämmelserna i 37 § LPT om sakkunnig inte är tillämpliga när det gäller s.k. frigång för patienter som ges rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning samt för patienter som är intagna i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt eller särskilt ungdomshem men som ges rättspsykiatrisk vård.

#### 21 c §

Denna paragraf, som utformats i enlighet med *Lagrådets* förslag, avser medverkan av nämndemän i kammarrätt och ersätter hänvisningen i 21 § nuvarande lag till vissa bestämmelser i LPT. Den innebär endast ett förtydligande och ingen förändring i sak.

#### 22 b §

Denna paragraf är ny. Paragrafen, som utformats i enlighet med *Lagrådets* förslag, innebär att vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning skall åklagaren ha möjlighet att ansöka om att länsrätten upphäver beslut om tillstånd respektive beslut om överlämnande åt chefsöverläkaren att besluta om tillstånd till vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område i olika former. Att en patient som ges rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning på något sätt missköter sig så att det blir aktuellt med återkallelse av tillstånd till vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område kan komma till åklagarens kännedom genom att patienten misstänks för att ha gjort sig skyldig till nya brott. Detta kan givetvis också komma till länsrättens kännedom som då har möjlighet att ex officio pröva om ett tillstånd skall bestå. Om det är fråga om allvarliga

brott leder det naturligtvis till nytt åtal och ny dom men om det är fråga om endast enstaka brott av mindre allvarlig natur meddelas i vissa fall åtalsunderlåtelse. I första hand bör chefsöverläkaren kontaktas och informeras om vad som har inträffat. Först om chefsöverläkaren inte vidtar några åtgärder blir det aktuellt för åklagaren att agera.

#### 25 §

I paragrafen anges att om åklagaren före länsrättens beslut har anmält att beslutet kan komma att överklagas, får länsrättens eller kammarrättens beslut inte verkställas förrän detta beslut har vunnit laga kraft eller rätten dessförinnan har underrättats om att beslutet inte kommer att överklagas. Bestämmelsen innebär också det förtydligandet att det är tillräckligt att åklagaren anmäler till länsrätten att beslutet kommer att överklagas för att verkställighetsförbud skall råda även i högre instans.

#### 26 §

Den ändring som har skett är att punkten 6 i 30 § nuvarande lag flyttats till denna paragraf. I övrigt förekommer endast redaktionella ändringar av paragrafen.

#### 26 a §

Denna paragraf är ny. Paragrafen, som utformats i enlighet med *Lagrådets* förslag, innebär att chefsöverläkaren skall, om det föreligger särskilda skäl med hänsyn till stödpersonens säkerhet, lämna ut nödvändiga uppgifter om en patient till stödpersonen eller till en sådan nämnd som avses i 26 § andra stycket LRV. Paragrafen skall tolkas restriktivt men skall i de enstaka fall då det är behövligt ge en möjlighet att lämna ut uppgifter även om patienten inte samtyckt till det.

#### 30 §

Den enda skillnaden mot nuvarande lydelse är att sista punkten som handlar om stödperson har tagits bort, eftersom denna underrättelseskyldighet har flyttats till 26 § i detta förslag.

### **Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser**

#### *Punkt 1*

I denna anges att lagen träder i kraft den 1 juli 2000. Principen är att de nya föreskrifterna, med vissa undantag, skall tillämpas fullt ut såväl när fråga uppkommer efter ikraftträdandet om intagning på sjukvårdsinrättning för rättspsykiatrisk vård som när det gäller patienter som vid ikraftträdandet är föremål för vård enligt nu gällande föreskrifter.

#### *Punkt 2*

Övergångsbestämmelsen i denna punkt, som utformats i enlighet med *Lagrådets* förslag, innebär att ett vårdintyg som har utfärdats enligt äldre föreskrifter under vissa förutsättningar kan användas som underlag för ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för rättspsykiatrisk vård. Ett intagningsbeslut kan således under förutsättning att vårdintyg utfärdats

den 30 juni 2000 fattas senast den 4 juli 2000 eftersom intyget vid Prop. 1999/2000:44 beslutsfattandet inte får vara äldre än fyra dagar.

### *Punkt 3*

Om ett tillstånd avser vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område under återstoden av vårdtiden gäller som yttersta gräns för tillståndets giltighetstid den enligt de äldre föreskrifterna längsta medgivna vårdtiden. Ett beslut om permission under återstoden av vårdtiden kan således under förutsättning att det fattats den 30 juni 2000 vara giltigt längst till och med den 31 december 2000. För en patient som vid ikraftträdandet har permission under återstoden av vårdtiden enligt de äldre föreskrifterna förutsätts således att, om vården bör fortsätta efter den 31 december 2000, chefsöverläkaren ansöker hos länsrätten om fortsatt tvångsvård. I annat fall skall tvångsvården upphöra.

## 18.3 Förslag till lag om ändring i lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar

### 18 §

Tillägget har tillkommit efter förslag från *Lagrådet*. Innebörden av tillägget är att i mål om konvertering enligt 12 § första stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård är länsrätten domför med en lagfaren domare ensam.



# Sammanfattning av Tvångspsykiatrikommitténs delbetänkande (SOU 1996:141)

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 1

Tvångspsykiatrikommittén behandlar i detta delbetänkande dels frågor som gäller skyldighet för patienten att betala patientavgift vid rättspsykiatrisk vård, dels frågan om vilken huvudman som skall ha kostnadsansvaret för rättspsykiatrisk vård av utländska medborgare som vistas i Sverige utan att vara bosatta här.

## Vårdavgifter vid rättspsykiatrisk vård

Enligt 26 § första stycket HSL får vårdavgifter tas ut av patienter enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Det finns inte någon särskild reglering när det gäller rättspsykiatrisk vård.

Landstingsförbundet och regeringen genom Socialdepartementet träffar årligen överenskommelser, de s.k. Dagmaravtalen, där bl.a. en högsta avgift i sluten vård för dem som uppbär sjuklön, sjuk- eller föräldrapenning bestäms. Denna avgift är för närvarande 80 kr per vård dag.

Staten står för kostnaderna för hälso och sjukvård för häktade och intagna i kriminalvårdsanstalt. Detta medför att personer som bereds rättspsykiatrisk vård enligt 1 § andra stycket 2 och 3 LRV (dvs. personer som är anhållna, häktade eller intagna i kriminalvårdsanstalt) inte betalar någon vårdavgift. Vårdavgift betalas inte heller av den som är intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning. När det däremot gäller den som bereds rättspsykiatrisk vård enligt 1 § andra stycket 1 LRV, dvs. den som ges rättspsykiatrisk vård efter beslut av domstol, står landstinget eller kommunen för vården och dessa patienter debiteras vårdavgift på samma sätt som andra patienter i sluten vård.

Det finns emellertid regler inom socialförsäkringen som medför att skillnaderna i ekonomiskt hänseende mellan de olika kategorierna inte blir så stora. Sålunda föreskrivs i 10 kap. 2 § AFL att det till en pensionsberättigad som under en hel månad är intagen på en kriminalvårdsanstalt eller är häktad inte får utbetalas högre månadsbelopp i folkpension än regeringen bestämmer. I en särskild kungörelse har fastslagits att folkpension får utges med högst ett belopp som motsvarar 30 % av folkpensionen för en ogift ålderspensionär jämte pensionstillskott. Vidare föreskrivs i 3 kap. 15 § AFL att sjukpenning inte utgår för tid då den försäkrade är häktad eller är intagen i kriminalvårdsanstalt. Nu nämnda bestämmelser i AFL gäller även personer som bereds rättspsykiatrisk vård enligt 1 § andra stycket 2 och 3 LRV.

När det gäller sjukhusvård för pensionärer föreskrivs i 2 kap. 12 § AFL att för varje dag då en pensionsberättigad får sådan vård skall försäkringskassan ta ut en avgift. Denna avgift får för närvarande inte överstiga 80 kr per vård dag. Före den 1 januari 1992 tog försäkringskassan även ut avgift vid sjukhusvård för den som uppbär sjukpenning, föräldrapenning eller smittbärapenning. Den 1 januari 1992 överfördes emellertid administrationen av avgifterna för sjukhusvård till sjukvårdshuvudmännen. När

det gäller missbrukare som vistas på t.ex. behandlingshem skall dock sjukpenningen enligt 3 kap. 15 § AFL på begäran av den som svarar för vårdkostnaden minskas med 80 kr, dock högst med en tredjedel av sjukpenningens belopp.

För att ta reda på vilka ekonomiska förutsättningar som gäller för de patienter som bereds rättspsykiatrisk vård har kommittén skickat ut enkäter med frågor angående patienternas ekonomi till sjukvårdsinrättningar för rättspsykiatrisk vård. Enkäten omfattade 352 patienter. Av dessa vårdades 128 patienter på Karsuddens sjukhus. Nästan samtliga av dessa patienter uppbar förtidspension eller sjukbidrag. Av de övriga 224 patienterna uppbar 176 någon form av pension eller sjukbidrag. 27 patienter hade sjukpenning medan 21 patienter saknade inkomst eller uppbar socialbidrag. En stor majoritet av patienterna uppbar således sjukbidrag eller någon form av pension.

Enkäten visade också att olika landsting hanterade frågan om vårdavgift för patienter som helt saknade inkomster på olika sätt. Samtliga sju tillfrågade vårdenheter svarade att det förekom att patienter lämnade vårdenheten med vårdskulder, som i vissa fall uppgick till höga belopp. Vårdskulden uppstod dock mestadels som en följd av att patienten debiteras för avgifterna först efter två månaders vårdtid.

Det kan åberopas principiella skäl, framför allt att rättspsykiatrisk vård är en brottspåföljd och att det ofta är fråga om långvarig vård, för att sådan vård skall vara helt gratis för den enskilde. Å andra sidan kräver rättvisan att bestämmelser om olika avgifter som den enskilde skall betala bör vara desamma inom närliggande vårdområden. Inom såväl sjukvården och socialtjänsten som kriminalvården åläggs den enskilde någon form av kostnadsansvar för uppehållet. Kommittén anser därför att det inte finns något principiellt hinder mot att ålägga den enskilde ett kostnadsansvar avseende kostnader för mat och hygien m.m., som motsvarar den inbesparing i levnadsomkostnader som den enskilde gör när han vårdas på sjukhus. Detta förutsätter då att den enskilde uppbar någon inkomst. Är så inte fallet bör däremot någon avgift inte tas ut, eftersom vårdskulder skulle försvåra rehabiliteringen.

Det är också viktigt att det finns möjlighet att på ett smidigt sätt och i anslutning till vården ta ut avgifter av dem som har en socialförsäkringsförmån så att det inte heller för dessa patienter uppkommer vårdskulder. En sådan möjlighet finns för närvarande när det gäller den som har pension men numera inte när sjukpenning utges under sjukhusvård. Kommittén föreslår därför att en ny bestämmelse införs i AFL, som innebär att för varje dag då en försäkrad bereds rättspsykiatrisk vård enligt 1 § andra stycket 1 LRV skall sjukpenningen på begäran av den som svarar för vårdkostnaderna minskas med 80 kr, dock högst med en tredjedel av sjukpenningens belopp. Detta motsvarar den möjlighet som redan finns att minska sjukpenningen när en missbrukare vårdas på t.ex. ett behandlingshem.

Kommittén anser att frågan om när vårdavgift inte skall tas ut bör kunna lösas genom förhandlingar mellan Landstingsförbundet och Socialdepartementet. För den händelse detta inte skulle lyckas lägger kommittén fram ett förslag till lagstiftning, som innebär att det i LRV införs en

bestämmelse av innebörd att avgift vid sjukhusvård beträffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård får tas ut endast genom avdrag från förmån enligt AFL.

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 1

### **Kostnadsansvar för rättspsykiatrisk vård av vissa utlänningar**

Det finns etablerade system för ersättning till landstingen när det gäller vårdkostnader, förutom för svenska medborgare och de som är bosatta i Sverige, även för dem som omfattas av EEG-förordning nr 1408/71 och olika konventioner med andra länder. Ersättning enligt EEG-förordningen och de olika konventionerna avser emellertid i första hand akut somatisk sjukvård. När det gäller EEG-förordningen och de olika konventionerna är systemet med ersättning till sjukvårdshuvudmännen för vårdkostnaderna konstruerat på så sätt att försäkringskassan ersätter sjukvårdshuvudmännen för vårdkostnaderna för utlänningen, efter det att ekonomiska medel har överförts från den utländska kassan. Det har dock visat sig vara mycket svårt för landstingen att få ut ersättning från utländsk myndighet för rättspsykiatrisk vård.

När det gäller utlänningar som faller inom de kategorier som räknas upp i förordningen (1990:927) om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. ersätter staten enligt praxis landstingen för vårdkostnaderna för rättspsykiatrisk vård trots att förordningen, när det gäller personer över 18 år, gäller endast akut vård. Detta innebär att i de fall en person faller utanför de kategorier som nämns i denna förordning och någon ersättning således inte utges från staten eller från svensk försäkringskassa får det enskilda landstinget stå för vårdkostnaden. Av praxis får anses framgå att det är det landsting inom vars område ett brott har begåtts, som får bära kostnaden för rättspsykiatrisk vård av den utlänning som begått ett brott och som vistas i Sverige utan att vara bosatt här.

Av en enkät som kommittén har gjort och av siffror som Landstingsförbundet redovisat framgår visserligen att det inte är någon vanlig företeelse att landstingen blir tvungna att stå för vårdkostnaderna för rättspsykiatrisk vård av utlänningar som har dömts till sådan vård efter att ha begått brott. Eftersom vårdtiderna är obestämda och ofta långa, kan det emellertid bli fråga om höga kostnader för ett enskilt landsting. Enligt kommitténs mening talar övervägande skäl för att staten skall ta över ansvaret för kostnaderna för rättspsykiatrisk vård av utlänningar som vistas i Sverige utan att vara bosatta här.

Förhandlingar mellan Landstingsförbundet och Arbetsmarknadsdepartementet har nyligen avslutats angående förändringar i förordningen om statlig ersättning för flyktingmottagande m.m. av innebörd att landstingen skall överta ansvaret för hälso och sjukvård för asylsökande och få ersättning av staten för kostnaderna härför. Personkategorin kommer efter ändringsarbetet att vara densamma som i nu gällande förordning, vilket innebär att de utlänningar som inte faller inom denna kategori inte heller i framtiden kommer att omfattas av statens ersättningsskyldighet.

Det hade varit önskvärt om även kostnadsansvaret för rättspsykiatrisk vård av de utlänningar som vistas i Sverige utan att vara bosatta här hade kunnat överlämnas till att lösas avtalsvägen mellan Landstingsförbundet

och Socialdepartementet. Då detta inte har kunnat ske måste frågan lösas genom lagstiftning. Kommittén föreslår därför att det införs en särskild lag som föreskriver att det är staten som skall bära kostnadsansvaret för rättspsykiatrisk vård av utländska patienter som vistas i Sverige utan att vara bosatta här och som har dömts till rättspsykiatrisk vård. Utbetalning av ersättning föreslås ske genom Kriminalvårdsverkets försorg när det gäller personer som är häktade eller har dömts till fängelsestraff och får rättspsykiatrisk vård samt genom Statens invandrarverks försorg när det gäller personer som av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård.

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 1

Kommittén skall enligt sina direktiv i första hand behandla frågan om det grundläggande syftet med lagstiftningen har uppnåtts, dvs. om användningen av tvångsvård, tvångsåtgärder samt konvertering har minskat i avsedd utsträckning och om patientens rättssäkerhet har stärkts. Vidare skall kommittén analysera och utvärdera nuvarande regler och tillämpningen av dessa med avseende på samhällsskyddet, däribland reglerna i LRV vid utskrivning, permission och s.k. frigång. Kommittén skall vidare studera den konflikt som kan uppstå när åklagarens bedömning av samhällsskyddet och chefsöverläkarens bedömning av vårdbehovet gör att patienter som bedöms vara medicinskt färdigbehandlade inte kan skrivas ut och vilka konsekvenser detta får för patienten. Kommittén skall vidare uppmärksamma eventuella problem med tillämpningen av lagstiftningen i vid mening, utreda hur informationslämnandet från förtroendenämnder och hälso- och sjukvården i övrigt till stödpersonerna skulle kunna förbättras samt genomföra en redaktionell översyn av lagstiftningen för att öka tydligheten.

## Utvecklingen av tvångsvården

Kommittén har genomfört en målundersökning i samtliga länsrätter, avseende alla psykiatrimål som avgjordes i länsrätterna fr.o.m. den 4 t.o.m. den 22 november 1996. Vidare har Socialstyrelsen för kommitténs räkning genomfört dels en insamling av uppgifter om alla avslutade vårdtillfällen enligt LPT under tiden den 1 oktober 1996 – den 31 mars 1997, dels genomfört en inventering av patienter med permission enligt LPT och LRV den 30 september 1996.

Det totala antalet psykiatrimål som kommit in till länsrätterna har minskat från 12 222 år 1993 till 11 589 år 1996. Det är endast LPT-målen som har minskat, medan LRV-målen har ökat något. Målundersökningen i länsrätterna har tagit sikte på vissa särskilda frågor såsom vilka sakfrågor som behandlats, förekomsten av offentligt biträde och sakkunnig, bifallsfrekvens, utgången i målet och åklagarens roll.

När det gäller antalet inneliggande LPT-patienter visar Socialstyrelsens inventeringar att detta antal har minskat kraftigt under den tid som LPT har varit i kraft. Sålunda var detta antal 1 933 en viss dag år 1991, 1 114 en viss dag år 1994 och 931 en viss dag år 1997. Även antalet vårdtillfällen enligt LPT minskade kraftigt mellan åren 1988 till 1993, nämligen från 10 259 till 7 730. Därefter har det dock skett en viss ökning. År 1996 var således antalet vårdtillfällen enligt LPT 8 771. Under de första två kvartalen år 1997 tycks dock en viss minskning ha inträtt.

Även när det gäller LRV-patienter skedde en viss minskning av antalet inneliggande patienter mellan åren 1991 och 1994, nämligen från 817 till 736. Därefter har dock en ökning skett och vid en inventering i mars 1997 fanns 770 inneliggande LRV-patienter.

Enligt vår uppfattning har tvångsvården sedan den nya lagstiftningen trädde i kraft minskat i den utsträckning som i dagsläget är lämplig och möjlig. En ytterligare minskning är i och för sig önskvärd. En förutsättning härför är dock att kvalitetshöjande åtgärder inom den psykiatriska vården i stort vidtas samt att den öppna psykiatriska vården och kommunernas socialtjänst får resurser och möjligheter att på olika sätt hjälpa och stödja personer med psykiska störningar.

Vi har vid de kontakter vi haft fått intrycket att man ganska allmänt anser att rättssäkerheten har stärkts genom den nya lagstiftningen. Detta hindrar inte att mer kan göras för att förbättra rättssäkerheten. Det gäller särskilt de områden där effekterna av den nya lagstiftningen är små. Patientens rättssäkerhet måste givetvis vara av avgörande betydelse vid utformningen av den psykiatriska tvångslagstiftningen. Det är emellertid också viktigt att en sådan lagstiftning innehåller regler som tillgodoser samhällsskyddet. Reglerna i LRV om åklagarens roll och länsrättens prövning av permissioner och utskrivning när det gäller domstolsöverlämnade patienter med särskild utskrivningsprövning har enligt vår mening lett till att även samhällsskyddet har ökat. De regler som skall tillgodose samhällsskyddet kan emellertid komma i konflikt med patientens rättssäkerhet och det är därför viktigt att en lämplig avvägning görs.

Det är emellertid inte bara den juridiska eller formella rättssäkerheten som är av betydelse. Möjligheten att få vård, innehållet i vården och det bemötande som patienten får är också av mycket stor betydelse. I HSL har det nyligen införts regler som ställer ökade krav på att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Över huvud taget har man inom hälso- och sjukvården på senare tid alltmer betonat patientens rättssäkerhet och patientens ställning i vården. Vi vill understryka att dessa synpunkter givetvis gäller även patienter inom den psykiatriska tvångsvården. Med hänsyn till dessa patienters utsatta ställning är det särskilt viktigt att de får den hjälp och det stöd de behöver både i personliga och i rättsliga sammanhang. De tvångsvårdade patienternas situation måste därför beaktas särskilt vid utformningen av kvalitetssystem och vårdprogram i psykiatrisk verksamhet. Dessa patienters situation bör även uppmärksammas särskilt i Socialstyrelsens tillsynsverksamhet.

### Intagningsförfarandet

I LPT och LRV finns inte något lagligt stöd för tvångsbehandling eller användning av andra tvångsåtgärder innan beslut kan fattas om intagning för tvångsvård. Tvångsåtgärder tillgrips i stället med hänvisning till brottsbalkens bestämmelser om ansvarsfrihet när en handling som normalt utgör ett brott utförs i nöd eller nödvärn. När beslut om kvarhållning har fattats har dock personalen möjlighet att ingripa för att hindra patienten att lämna sjukvårdsinrättningen eller den del av inrättningen där patienten skall vistas. Någon reglering av vilka åtgärder som personalen får vidta

för att hindra patienten från att lämna vårdinrättningen finns emellertid inte.

Vi är medvetna om att tvångsåtgärder ibland måste vidtas innan beslut om intagning för tvångsvård har fattats. Det är otillfredsställande att sådana åtgärder endast kan vidtas med hänvisning till brottsbalkens bestämmelser om ansvarsfrihet vid brott. Vi anser därför att det i LPT bör införas bestämmelser som medger att tvångsbehandling och andra tvångsåtgärder får vidtas i akuta situationer som uppstår innan behörig läkare har fattat beslut om intagning. Vi föreslår därför att de regler om bältesläggning, isolering, kroppsvisitering och ytlig kroppsbesiktning som gäller under pågående tvångsvård också skall gälla beträffande patienter som kvarhålls i avvaktan på att beslut om intagning fattas och att beslut då får fattas av tjänstgörande läkare. Självfallet måste stor restriktivitet iakttas. Vi föreslår också att om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa får också behandling ges före intagningsbeslutet. Vi vill betona att de föreslagna reglerna inte innebär någon ökning av möjligheterna att använda tvång utan endast ett klagörande av vad som gäller för närvarande.

Vidare anser vi att det så långt det är möjligt bör preciseras vilka åtgärder som får vidtas för att hindra patienten från att lämna vårdinrättningens område och föreslår att det i LPT skall införas en regel av innebörd att det tvång får användas som är försvarligt för att hindra patienten från att lämna vårdinrättningens område eller nödvändigt för att upprätthålla ordningen på inrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården. Inte heller denna bestämmelse innebär någon utvidgning av möjligheterna att använda tvång i vården utan endast ett klagörande.

Såväl läkare i allmän tjänst som privat verksamma läkare får utfärda vårdintyg. Privat verksamma läkare får dock utföra undersökning för vårdintyg endast om den kan genomföras med patientens samtycke. Läkare i allmän tjänst har däremot rätt att omhänderta patienten och få biträde av polis om patienten inte samtycker till undersökningen.

Det är numera ganska vanligt att sjukvårdshuvudmännen träffar avtal med privata vårdgivare om att dessa skall svara för att befolkningen inom ett geografiskt område erbjuds hälso- och sjukvård, t.ex. genom driften av en vårdcentral eller en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Uppgifter som innebär myndighetsutövning får för närvarande inte överlåtas till privata vårdgivare. Om en undersökning för vårdintyg inte kan genomföras med patientens samtycke får således en privat verksam läkare anlita hjälp av en läkare i allmän tjänst för att i sådana fall få till stånd en undersökning eller få biträde av polis. Vi anser att detta är otillfredsställande och föreslår därför att legitimerade läkare som enligt avtal med en sjukvårdshuvudman skall utföra undersökningar för vårdintyg också skall få besluta om omhändertagande för undersökning för vårdintyg och begära biträde av polis.

### **De allmänna förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT**

Framför allt anhöriga till psykiskt sjuka har framfört att enligt deras uppfattning ligger "ribban" för intagning för psykiatrisk tvångsvård för högt.

Vi anser emellertid att de problem som har redovisats till stor del hänför sig till brister i tillämpningen av lagstiftningen och vill erinra om att det för de fall där det finns uttalade hot eller trakasserier mot anhöriga eller andra redan enligt gällande lagstiftning finns en särskild bestämmelse som gör det möjligt att besluta om tvångsvård.

Beträffande begreppet allvarlig psykisk störning har det såvitt gäller LPT inte framkommit några direkta tillämpningsproblem som har att göra med den lagtekniska utformningen av detta begrepp. Någon anledning att införa ett nytt sjukdomsbegrepp finns därför inte.

När det gäller begreppet "intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård" kan konstateras att ett annat begrepp, nämligen "kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård" används i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Det är viktigt att man i lagstiftning så långt det är möjligt använder enhetliga begrepp om samma förhållanden. Vi anser bl.a. mot bakgrund härav att begreppet kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård också skall användas i LPT.

Kriteriet att tvångsvård får ges endast om patienten motsätter sig vården eller uppenbart saknar förmåga att ge ett grundat ställningstagande i frågan har visat sig innebära problem vid rättstillämpningen. Det är framför allt frågan om när patienten kan anses uppenbart sakna förmåga att ge ett grundat ställningstagande som vållar problem och då främst i sådana fall då patienten har en ambivalent inställning till vården.

Den nuvarande bestämmelsen knyter således an till patientens tillstånd och innebär att man kan bortse från patientens vilja vid särskilt svåra sjukdomstillstånd. Man kan fråga sig om det är nödvändigt och lämpligt att göra en sådan gradering av patienterna vid bedömningen av samtycket. Vad som är viktigast är att patienten får nödvändig vård och om patientens samtycke vid bedömningstillfället innebär att sådan vård kan ges. För att kunna bedöma detta måste hänsyn kunna tas t.ex. till om patienten tidigare avbrutit vård och behandling. Vi föreslår därför att samtyckesregeln utformas så att tvångsvård får ges om patienten motsätter sig vården eller det till följd av hans psykiska tillstånd kan antas att vården inte kan ges med hans samtycke.

### **Övergång från frivillig vård till tvångsvård**

Frågan om övergång från frivillig vård till tvångsvård (konvertering) har varit och är mycket omdiskuterad. Vid tillkomsten av LPT infördes ett farerekvisit som förutsättning för att konvertering skall få ske. Således krävs för konvertering – utöver övriga förutsättningar för tvångsvård – att patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan. Något vårdintyg utfärdas inte vid konvertering och det sker således inte någon tvåläkarprövning men chefsöverläkaren skall inom fyra dagar hos länsrätten ansöka om medgivande till fortsatt tvångsvård.

Det nya farerekvisitet har inte inneburit att antalet konverteringar har minskat i någon större utsträckning och det anses vara svårt att tillämpa. Kritik har riktats såväl mot konverteringsmöjligheten som sådan som mot den inskränkning i möjligheten att konvertera som farerekvisitet innebär.



Det finns starka skäl såväl mot som för konvertering. Som skäl mot konvertering kan anföras att det är principiellt felaktigt att det för den som har sökt frivillig vård senare skall kunna fattas beslut om tvångsvård. Vetskapen om att den frivilliga vården kan övergå i tvångsvård kan också befaras leda till att den psykiskt sjuke inte vågar söka hjälp av rädsla för att senare bli vårdad med tvång. Å andra sidan är det av humanitära skäl otillfredsställande att vara tvungen att skriva ut en frivilligt intagen patient som är svårt sjuk och uppfyller de allmänna förutsättningarna för tvångsvård till kanske helt oordnade förhållanden. Om det finns en möjlighet till konvertering kan detta också underlätta handläggningen vid beslut om intagning där det till följd av patientens vacklande inställning är tveksamt om han är villig att motta behövlig vård. Finns det inte någon möjlighet till konvertering kan det i sådana fall befaras att tvångsvård för säkerhets skull beslutas redan i inledningsskedet i stället för att det först provas om vården kan ges på frivillig väg.

Vi anser att övervägande skäl talar för att en konverteringsmöjlighet bör föreligga. En bestämmelse om konvertering måste emellertid ge garantier för högt ställda rättssäkerhetskrav. Nuvarande lagregel som uppställer ett farerekvisit för att konvertering skall tillåtas har visat sig ha brister. En ändring av gällande regler är därför nödvändig.

Ett sätt att stärka rättssäkerheten och förhindra missbruk är att omgärda själva beslutsprocessen med starkare rättssäkerhetsgarantier än för närvarande. Det kan ske genom att man inför en tvåläkarprövning och skärper kravet på domstolsprövning. Vi föreslår därför att det särskilda farerekvisitet avskaffas och att det införs en möjlighet att utfärda vårdintyg på sjukvårdsinrättningen. Vårdintyget bör skyndsamt prövas av chefsöverläkaren, varefter intagningsbeslutet senast påföljande dag skall undertällas länsrättens prövning. Om chefsöverläkaren anser att skäl för fortsatt tvångsvård föreligger skall han inom fyra dagar ansöka härom hos länsrätten. Genom att beslutet omedelbart skall underställas länsrättens prövning kommer alla konverteringar att prövas av domstol.

## Stödperson

De patienter som kommer i fråga för psykiatrisk tvångsvård befinner sig i en mycket utsatt situation och saknar ofta ett fungerande socialt kontaktnät. Det är därför mycket viktigt att de har tillgång till ett personligt stöd som kan hjälpa dem med kontakterna med världen utanför sjukhuset. Det är således angeläget att patienten erbjuds hjälp av en stödperson.

Resultatet av Socialstyrelsens senaste uppföljning av avslutade vårdtillfällen visar att fortfarande erhåller endast en begränsad andel av de personer som vårdas med tvång en stödperson. Det antal patienter som inte har erbjudits stödperson har emellertid minskat betydligt sedan den tidigare gjorda utvärderingen av Socialstyrelsen. Fortfarande är det dock mycket få patienter som får stödperson vid psykiatrisk tvångsvård. Detta kan visserligen till en del bero på att många patienter vårdas under så kort tid att de inte anser det vara meningsfullt med en stödperson eller att man inte hinner förordna en sådan på kort tid. Enligt det material som finns tillgängligt är det emellertid så få tvångsvårdade patienter som får stöd-

person att det finns anledning anta att alla patienter som skulle vilja ha en stödperson inte får denna möjlighet.

Vi föreslår därför att informationen till chefsöverläkarna om patientens rätt till stödperson intensifieras genom Socialstyrelsens försorg. Vi har vid våra kontakter med förtroendenämnderna funnit att deras rutiner när det gäller att förordna stödperson varierar och vi föreslår därför att förtroendenämnderna genom Landstingsförbundets försorg skall informeras om vikten av att samordna sina rutiner när det gäller arbetet med att utse stödpersoner. Chefsöverläkaren skall i samband med att han fullgör den obligatoriska anmälningskyldigheten till förtroendenämnden i sin anmälan även ange patientens inställning i stödpersonsfrågan. Patientens inställning skall även antecknas i journalen. Om patientens inställning inte har kunnat anges i anmälan till förtroendenämnden skall nämnden kontakta patienten eller dennes kontaktman för att efterhöra patientens inställning.

Vi föreslår också att uppdraget som stödperson skall kunna fortsätta en månad efter vårdtidens slut, varefter förtroendenämnden, under förutsättning att patienten och stödpersonen samtycker, skall ha en underrättelsekyldighet till socialtjänsten. Socialtjänsten skall därefter i samråd med patienten och stödpersonen ta ställning till om stödpersonen skall förordnas att vara kontaktperson.

Stödpersonen skall ha kvar sitt uppdrag även sedan vården på sjukvårdsinrättning övergått till sådan öppen vård med särskilda villkor, som vi föreslår i kap. 11.

Vi föreslår vidare att det i LRV skall införas en bestämmelse av innebörd att chefsöverläkaren om det föreligger särskilda skäl med hänsyn till stödpersonens personliga säkerhet skall lämna ut nödvändiga upplysningar till stödpersonen eller förtroendenämnden.

## **Behandlingen under tvångsvård**

Olika uppföljningar som gjorts visar på brister i behandlingsplaneringen vid psykiatrisk tvångsvård. En behandlingsplan upprättas inte alltid som föreskrivs i LPT. Vidare framkommer stora brister såväl i kvaliteten som i dokumentationen av behandlingsplaneringen.

Det som nu kallas behandlingsplan bör enligt vår mening innehålla inte bara rent medicinska behandlingsåtgärder utan också åtgärder som även omfattar omvårdnad samt i många fall insatser från socialtjänsten. Vi föreslår därför att uttrycket vårdplan används i stället för behandlingsplan. Mot bakgrund av de brister som finns i dag föreslår vi att ändamålet med vårdplanen bör tydliggöras i LPT och LRV. Krav bör ställas på att det skall upprättas en vårdplan som redovisar de behandlingsåtgärder och andra insatser som bedöms nödvändiga för att syftet med tvångsvården skall uppnås och för att patienten skall kunna klara att leva ute i samhället efter tvångsvårdens upphörande. Krav bör också ställas på att en vårdplan skall omprövas vid återkommande tillfällen och revideras när det behövs.

Enligt vår mening bör lagen innehålla vissa grundläggande krav på vad en vårdplan skall innehålla. Däremot är preciserade krav inte av den karaktären att de lämpligen bör regleras i lag. Därför bör en reglering av preciserade krav i stället ske i förordning eller myndighetsföreskrifter.

Socialstyrelsens uppföljning av avslutade vårdtillfällen år 1996/97 visar att användningen av tvångsåtgärder har ökat vid vård enligt LPT. Det är främst tvångsmedicinering som används i en större andel av vårdtillfällena. Det är emellertid svårt att avgöra om uppgifterna visar på en faktisk utveckling mot ökad användning av tvångsåtgärder eller om ökningen beror på olika uppfattningar inom psykiatrin i frågan om vad som skall rapporteras som tvångsmedicinering. Ökningen kan också förklaras av olika kulturer, attityder och förhållningssätt inom psykiatrin till användningen av tvångsåtgärder men mycket talar också för att resursanvändningen, organisatoriska och andra förhållanden inom hälso- och sjukvården i allmänhet har betydelse.

Vi anser inte att det finns skäl att i lag föreslå totalförbud mot någon speciell behandlingsform. Det är också svårt att i lagen ytterligare precisera när olika tvångsåtgärder får användas. Däremot anser vi att det i en allmän bestämmelse bör fastslås

- att tvångsåtgärder får användas endast om patienten genom en individuellt anpassad information inte kan förmås att frivilligt medverka,
- att tvångsåtgärder inte får användas i större omfattning än som är nödvändigt för att patienten frivilligt skall kunna medverka till vård och behandling,
- att användningen av tvångsåtgärder skall stå i rimlig proportion till vad som avses att uppnås med åtgärden,
- att mindre ingripande åtgärder skall användas om dessa är tillräckliga samt
- att tvångsåtgärder skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsynstagande till patienten så att han inte utsätts för onödig kränkning av sin värdighet och integritet.

Vi anser också att det finns anledning för sjukvårdshuvudmännen att genomföra interna revisioner av den psykiatriska verksamheten och med utgångspunkt i dessa revisioner vidta kvalitetshöjande åtgärder i syfte att motverka användningen av tvångsvård och minska användningen av tvångsåtgärder. Sjukvårdshuvudmännen bör tillse bl.a. att berörda verksamheter har den personal som behövs för att god vård skall kunna ges samt att det finns sådana kvalitetssystem i verksamheten att vården är av högsta möjliga kvalitet samt att rättssäkerhet och samhällsskydd tillgodoses. Vidare anser vi att sjukvårdshuvudmännen bör tillse att vården av personer med allvarlig psykisk störning ges med högsta prioritet.

Socialstyrelsen bör utarbeta nationella riktlinjer för en likvärdig, kunskapsbaserad vård av personer med allvarliga psykiska störningar och aktivt verka för att det införs kvalitetssystem i den psykiatriska vården för effektiv egenkontroll och utveckling av verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård.

### **Permission – öppen vård med särskilda villkor**

Permission under återstoden av vårdtiden är en specifik företeelse för psykiatrisk tvångsvård. Den formen av permission förekommer inte inom annan hälso- och sjukvård. Möjligheten till sådan permission har tillkommit för att åstadkomma en smidig övergång från tvångsvård till vård i

frivilliga former. Bestämmelsen om permission till vårdtidens slut stämmer dock illa överens med de bestämmelser som anger vilka förutsättningar som skall vara uppfyllda för att någon skall få ges tvångsvård. Särskilt gäller detta LPT där ett av kraven för tvångsvård är att patienten skall ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom intagning på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård.

Uppgifter som vi har inhämtat om användningen av permission vid vård enligt LPT och LRV visar att permission används i stor utsträckning. Antalet patienter på permission år 1996 är dock många gånger färre än antalet försöksutskrivna från vård enligt LSPV år 1988. Vid inventeringen kunde dock noteras att 13 % (43 patienter) av de LPT-patienter som var på permission hade permission längre än ett år och att tolv patienter hade permission längre än tre år. Av de LRV-patienter med särskild utskrivningsprövning som var på permission hade 34 % (84 patienter) permission mer än ett år.

Permission enligt LPT och LRV har således kommit att användas i större utsträckning eller under längre tid än som borde vara fallet och har därigenom också kommit att avse andra ändamål än att fungera som en förberedelse för övergång till frivillig vård. Samtidigt anser vi det nödvändigt att lagen ger möjlighet till en kortare eller längre tids uppföljning efter det att vården på sjukvårdsinrättning har avslutats, framför allt när det gäller LRV-patienter. Det är mot den bakgrunden nödvändigt att göra en översyn av bestämmelserna om permission.

Vi föreslår därför att möjligheten till permission under återstoden av vårdtiden avskaffas. Permission under tvångsvård bör användas på samma sätt som vid annan sluten hälso- eller sjukvård, dvs. permission bör ges för visst tillfälle och viss tid. För de patienter som har behov av en längre tids uppföljning efter det att vården på sjukvårdsinrättning har upphört bör enligt vår mening införas en ny form av tvångsvård, nämligen öppen vård med särskilda villkor.

En överföring till öppen vård med särskilda villkor innebär att den sjukhusbaserade vården ersätts med vård i det egna hemmet eller på annat sätt utanför sjukvårdsinrättningen. Beträffande patienter som vårdats med stöd av LPT förutsätter vi att öppen vård med särskilda villkor kommer att bli aktuell endast i undantagsfall. Det gäller även LRV-patienter som vårdas utan särskild utskrivningsprövning. När det gäller LRV-patienter som vårdas med särskild utskrivningsprövning bör det däremot normalt vara så att den sjukhusbaserade vården ersätts med en tids öppen vård med särskilda villkor. LRV-patienter som inte av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård omfattas inte av reglerna om öppen vård. De villkor som kan komma i fråga bör gälla vård och behandling, boende, sysselsättning, förbud att använda berusningsmedel o.d. Även om tvångsåtgärder inte skall kunna användas under öppen vård, förutsätter införandet av en möjlighet till sådan vård noggranna överväganden med hänsyn till den kränkning som villkoren innebär av de grundlagsskyddade fri- och rättigheterna. För att tillgodose patientens rättssäkerhet bör därför beslut om öppen vård med särskilda villkor fattas av domstol.

För att den öppna vården skall bli meningsfull krävs det en noggrann planering och utredning om vilka insatser som patienten behöver i öppen vård och vilka villkor som måste ställas. Detta förutsätter att kommunerna medverkar aktivt och ger insatser enligt SoL och LSS. Krav skall ställas på en samordnad planering och uppföljning av landstingets och kommunens insatser. För det ändamålet skall berörda verksamheter upprätta en samordnad vårdplan. En särskild utredning skall göras för bedömning av risken för återfall i brott och vilka insatser som krävs med avseende på samhällsskyddet.

Vi föreslår att länsrätten får besluta om öppen vård med särskilda villkor beträffande LPT-patienter när följande förutsättningar är uppfyllda.

1. Patienten lider fortfarande av en allvarlig psykisk störning
2. Patienten har ett fortsatt behov av psykiatrisk vård som kan tillgodoses på annat sätt än genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning och det med hänsyn till patientens psykiska tillstånd, hans personliga förhållanden i övrigt eller till annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa är nödvändigt att han iakttar särskilda villkor avseende vård och behandling, boende, sysselsättning eller andra insatser samt
3. den vård och det stöd som patienten behöver kan inte genomföras med hans samtycke.

Beträffande patienter som ges rättspsykiatrisk vård efter beslut av domstol får länsrätten när vården ges utan särskild utskrivningsprövning besluta om öppen vård med särskilda villkor under samma förutsättningar som gäller beträffande patienter som vårdats med stöd av LPT. Någon särskild bedömning av om samtycke föreligger behövs dock givetvis inte beträffande patienter som är straffrättsligt frihetsberövade.

När det gäller patienter som ges rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning måste med hänsyn till samhällsskyddet delvis andra förutsättningar gälla. Det räcker i dessa fall att patienten fortfarande lider av en psykisk störning. Man måste också beakta om patienten måste vara intagen på en sjukvårdsinrättning med hänsyn till risken för återfall i brottslighet av allvarligt slag. Endast om så inte är fallet bör beslut om öppen vård kunna fattas. När det gäller patientens vårdbehov skall samma regler gälla som beträffande övriga LRV-patienter. Särskilda villkor skall även kunna föreskrivas för att tillgodose samhällsskyddet. Det är viktigt att patientens brottsbenägenhet beaktas under den utredning som skall göras innan öppen vård med särskilda villkor kan beslutas.

Ett beslut om öppen vård med särskilda villkor skall gälla under sex månader räknat från prövningstillfället. Om förutsättningarna för öppen vård fortfarande är uppfyllda bör den öppna vården kunna förlängas med sex månader åt gången. Särskilda krav skall ställas på ansökan om förlängning av vården. När det inte längre finns förutsättningar för öppen vård med särskilda villkor skall vården upphöra. Dessa bestämmelser skall gälla öppen vård enligt både LPT och LRV.

En återintagning för vård på sjukvårdsinrättning kan bli aktuell när patientens behov av psykiatrisk vård inte längre kan tillgodoses i öppen vård. När det gäller patienter som vårdas med stöd av LPT skall återintagning kunna ske om patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt har förändrats på ett sådant sätt att förutsättningarna för vård på

sjukvårdsinrättning föreligger. Chefsöverläkaren får då besluta om återintagning. Något vårdintyg behöver inte utfärdas men chefsöverläkaren skall skyndsamt och senast inom fyra dagar från beslutet hos länsrätten ansöka om medgivande till fortsatt vård på sjukvårdsinrättning.

Patienter som ges rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning får återintas på sjukvårdsinrättning när patientens tillstånd och personliga förhållanden i övrigt har förändrats på ett sådant sätt att hans behov av psykiatrisk vård inte längre kan tillgodoses utanför sjukvårdsinrättningen. Beträffande patienter som vårdas med särskild utskrivningsprövning skall återintagning ske när ovannämnda förutsättningar är uppfyllda. Återintagning skall emellertid också ske om patienten inte iakttar de villkor som gäller och detta innebär att det på grund av risken för återfall i brottslighet av allvarligt slag är påkallat att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning. Samma förfaranderegler skall gälla som beträffande patienter som vårdas med stöd av LPT. Åklagare skall dock ha möjlighet att hos länsrätten ansöka om återintagning beträffande patienter som genomgår rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

Vi föreslår också vissa förändringar beträffande frigång och permission för intagna i kriminalvårdsanstalt m.fl. som vårdas enligt LRV. Således föreslår vi att tillstånd till vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område för patienter som är intagna i kriminalvårdsanstalt och som genomgår rättspsykiatrisk vård skall beslutas av Kriminalvårdsstyrelsen, även när vistelsen är beledsagad av personal. Vi föreslår vidare att Kriminalvårdsstyrelsen skall fatta beslut om frigång för dessa patienter. Vi föreslår också att häktade som genomgår rättspsykiatrisk vård skall kunna få tillstånd att tillfälligt vistas utanför sjukvårdsinrättningens område om det föreligger synnerliga skäl.

### **Upphörande av LRV-vård**

Vi har i vårt arbete erfarit att viss kritik riktas mot reglerna om upphörande av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Denna kritik går i huvudsak ut på att psykiatrin måste ta på sig ett större ansvar för samhällsskyddet än som är befogat och att reglerna om utskrivning i dessa fall leder till att patienter utan något egentligt vårdbehov kvarhålls inom psykiatrin. Studerar man rättspraxis finner man att anledningen till att en patient inte kan skrivas ut ofta är att domstolen anser att det fortfarande finns en risk för att patienten på grund av den störning som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning återfaller i brottslighet av allvarligt slag. En annan vanlig orsak till att patienten inte kan skrivas ut är att patientens personliga förhållanden, t.ex. när det gäller boendet, inte är ordnade på ett sådant sätt att utskrivning kan ske. Vissa kommuner har i dessa fall med hänvisning till ett uttalande i förarbetena till betalningsansvarslagen hävdat att de inte har något ansvar för insatser enligt SoL och LSS så länge patienten genomgår rättspsykiatrisk vård.

Genom att vi föreslår öppen vård med särskilda villkor där det ställs krav på en genomtänkt och samordnad vårdplanering mellan landsting och kommuner räknar vi med att en del av de problem som finns i dag elimineras. När en patient har överförs till öppen vård med särskilda villkor

och således inte längre vårdas på sjukvårdsinrättning har kommunerna enligt vår mening betalningsansvar för de insatser som krävs under den öppna vården. Kommunernas betalningsansvar gäller även om patienten trots beslut om öppen vård med särskilda villkor skulle bli kvar på sjukvårdsinrättningen. Den samordnade vårdplaneringen kräver också att kommunerna kopplas in under förberedelsearbetet inför överförande till öppen vård.

För att en patient som har överlämnats till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning skall kunna kvarhållas inom vården krävs inte att han skall ha en allvarlig psykisk störning utan endast att en psykisk störning föreligger. Vi har övervägt om reglerna angående upphörande av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning skulle kunna ändras så att vården skall upphöra så snart patienten inte längre lider av en allvarlig psykisk störning men kommit fram till att förutsättningar för en sådan ändring för närvarande inte föreligger. De patienter som kan kvarhållas med stöd av gällande regler i LRV men som enligt kritikerna borde skrivas ut är oftast patienter med personlighetsstörningar, ofta av allvarligt slag, som vid tidpunkten för brottet t.ex. haft ett impulsgenombrott av psykotisk karaktär men som efter en tid enbart har kvar sin personlighetsstörning. Det är ofta fråga om patienter som begått grova brott och där återfallsrisken är stor. Många gånger är återfallsrisken större för dessa patienter än för dem som lider av en allvarlig psykisk störning. Någon annan form av omhändertagande med tvång av dessa patienter finns för närvarande inte. Kravet på att samhällsskyddet skall kunna tillgodoses medför därför att någon ändring inte kan ske för närvarande.

Den nuvarande lagstiftningen förutsätter vidare att det inte längre till följd av den psykiska störning som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning skall finnas risk för att patienten återfaller i brottslighet av allvarligt slag. Den risk som skall finnas har således inte på något sätt kvalificerats.

Det bör enligt vår mening vara så att inte vilken obetydlig återfallsrisk som helst kan innebära att en patient kvarhålls på en sjukvårdsinrättning under lång tid. Detta torde inte heller ha varit lagstiftarens ursprungliga mening. I praxis har dock i vissa fall en tämligen obetydlig risk ansetts motivera att en patient kvarhålls inom den rättspsykiatriska vården. Vi har därför övervägt om man på något sätt skulle kunna kvalificera den risk som bör krävas men har stannat för att inte föreslå någon lagändring på denna punkt, bl.a. därför att man i brottsbalkens regler om när någon skall överlämnas till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning enbart använder ordet risk.

Genom att vi nu föreslår två former av rättspsykiatrisk vård, nämligen dels sådan vård på sjukvårdsinrättning, dels öppen vård med särskilda villkor öppnas emellertid en möjlighet att differentiera återfallsrisken beroende på vårdbehovet. En patient bör således inte kvarhållas på sjukvårdsinrättning om återfallsrisken kan motverkas genom olika åtgärder i öppen vård. Denna bedömning bör inte göras utifrån en lagteknisk gradering av återfallsrisken utan mot bakgrund av olika konkreta faktorer som har betydelse, t.ex. tidigare brottslighet, missbruksproblem eller annan social problematik och resultatet av vården.

I nuvarande lagstiftning föreskrivs att om beslut om avvisning, utvisning eller utlämning har fattats beträffande någon som vårdas enligt LRV skall tvångsvården upphöra om det begärs av den myndighet som skall verkställa beslutet och chefsöverläkaren finner att patientens tillstånd tillåter att beslutet verkställs. Det är således chefsöverläkaren och inte länsrätten som beslutar att vården skall upphöra i dessa fall.

Vi har diskuterat om nuvarande handläggningsordning bör ändras men kommit fram till att så inte bör ske. Vi föreslår dock att lagtexten förtydligas så att det klart framgår att tvångsvården inte skall upphöra förrän utvisningen har verkställts. Vidare föreslår vi att det skall införas en skyldighet att underrätta patientens hemlands ambassad eller konsulat om att patienten kommer att utvisas till sitt hemland.

### **Processuella frågor**

Vi föreslår inte någon ändring beträffande länsrätternas sammansättning i psykiatrimål men anser att kravet på medverkan av sakkunnig bör skärpas. Enligt vår mening skall sakkunnig förordnas om det inte är obehövt. Det innebär att det till skillnad mot vad som nu gäller i lagen införas en presumtion för att sakkunnig skall förordnas.

Den 1 maj 1996 infördes en obligatorisk s.k. tvåpartsprocess i de allmänna förvaltningsdomstolarna. Undantag härifrån förekommer dock när det gäller LPT och LRV på det sättet att chefsöverläkaren inte får överklaga domstolens beslut. Vi anser att det inte längre är motiverat att chefsöverläkaren inte skall ha rätt att överklaga domstolens beslut.

Ett mål hos en länsrätt skall tas upp till avgörande inom åtta dagar från den dag då ansökan eller skrivelsen med överklagandet kom in till länsrätten. Länsrätten får förlänga denna tid om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt. Denna regel har vållat problem, särskilt i LRV-mål när åklagare skall höras. Vi föreslår därför att den tid inom vilken länsrätt skall ta upp ett mål till avgörande förlängs till 15 dagar såvitt gäller mål beträffande patienter som överlämnats till LRV-vård med särskild utskrivningsprövning. I övrigt föreslår vi ingen förändring.

Vi föreslår därutöver vissa förtydliganden när det gäller åklagares skyldighet att anmäla att domstolens beslut kan komma att överklagas.

Vidare föreslår vi att Kriminalvårdsstyrelsens beslut om permission beträffande intagna i kriminalvårdsanstalt som genomgår rättspsykiatrisk vård skall kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol, dvs. länsrätt som första instans och att prövningstillstånd skall krävas vid överklagande till kammarrätt.



### Tvångspsykiatrikommitténs delbetänkande (SOU 1996:141)

Kriminalvårdsstyrelsen, Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Riksrevisionsverket, Statens Invandrarverk, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Malmö stad, Göteborgs stad, Stockholms läns landsting, Sörmlands landsting, Landstinget Kristianstad län och Landstinget Västernorrland

### Tvångspsykiatrikommitténs slutbetänkande (SOU 1998:32)

Riksdagens ombudsmän (JO), Göta hovrätt, Stockholms tingsrätt, Uddevalla tingsrätt, Kammarrätten i Stockholm, Kammarrätten i Jönköping, Länsrätten i Stockholms län, Länsrätten i Södermanlands län, Länsrätten i Göteborg, Domstolsverket, Riksåklagaren, Rikspolisstyrelsen, Kriminalvårdsstyrelsen, Kriminalvårdsnämnden, Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Rättsmedicinalverket, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (Spri), Statens Institutionsstyrelse (SIS), Statskontoret, Riksrevisionsverket (RRV), Högskoleverket, Statens Jordbruksverk, Arbetsmarknadsstyrelsen, Karlskrona kommun, Hörby kommun, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Östergötlands läns landsting, Blekinge läns landsting, Region Skåne, Västernorrlands läns landsting, Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting, Förtroendenämnden i Norrbottens läns landsting, Stockholms Stad, Göteborgs Stad, Handikappförbundens samarbetsorganisation, Pensionärernas riksorganisation, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Svenska Läkaresällskapet, Sveriges Advokatsamfund, Tjänstemännens centralorganisation (TCO), Sveriges Akademikers Centralorganisation (SACO), Landsorganisationen i Sverige (LO), Svenska Arbetsgivareföreningen (SAF), Svenska Kommunalarbetarförbundet (SKAF), Vårdförbundet, Akademikerförbundet SSR, ALRO Alkoholproblematikers riksförbund, Ersta sjukhus, Praktikertjänst AB, Svenska psykiatriska föreningen, Intresseförbundet för Schizofreni (Riks-IFS), Riksförbundet Frivilliga Samhällsarbetare (RFS), Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL), Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Riksförbundet för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna, Rättspsykiatriska föreningen, Svenska föreningen för Barn- och ungdomspsykiatri, Svenska Privatläkarföreningen, Sveriges domareförbund, Sveriges Läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Övervakningsnämnden i Göteborg, Kommittén för mänskliga rättigheter (KMR), Katrineholms kommun, Håkan Svensson, Hudiksvall och Lars Bagge, Glanshammar.

## Socialdepartementets promemoria om permission

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 3

Kammarrätten i Jönköping, Länsrätten i Stockholms län, Länsrätten i Kronobergs län, Domstolsverket, Riksåklagaren, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Riksrevisionsverket, Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, Vårdförbundet, Svenska Psykiatriska föreningen, Intresseförbundet för Schizofreni (Riks-IFS), Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Svenska Rättspsykiatriska föreningen, Sveriges Läkarförbund, Sveriges Psykologförbund.

Regeringen har följande förslag till lagtext.

## Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

*dels* att 26 § skall upphöra att gälla,

*dels* att nuvarande 6 § skall betecknas 6 b §,

*dels* att 3, 4, 11, 12, 14, 16–18, 23, 25, 29–33, 37, 39 och 48 §§ och den nya 6 b § skall ha följande lydelse,

*dels* att det i lagen skall införas fyra nya paragrafer, 2 a, 6, 6 a och 31 a §§ av följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

### *Föreslagen lydelse*

#### **2 a §**

*Tvångsåtgärder enligt denna lag får användas endast om patienten inte genom individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård.*

*Tvångsåtgärder får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att patienten skall förmås att medverka till vård. När tvångsåtgärder används skall de stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, skall de användas.*

*Tvånget skall användas så skonamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.*

#### **3 §<sup>1</sup>**

Tvångsvård får ges endast om

1. patienten lider av en allvarlig psykisk störning,
2. patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1993:399.

för *heldygnsvård*, och

3. patienten motsätter sig sådan vård som sägs i 2 eller till följd av sitt psykiska tillstånd *uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan.*

Tvångsvård får inte ges, om patientens psykiska störning enligt första stycket 1 utgör enbart en utvecklingsstörning.

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket 2 skall även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

för *kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård*, och

3. patienten motsätter sig sådan vård som sägs i 2 eller *det* till följd av patientens psykiska tillstånd *är sannolikt att vården inte kan ges med dennes samtycke.*

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 4

#### 4 §

Ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård får inte fattas utan att ett läkarintyg (vårdintyg) har utfärdats, av vilket det framgår att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för tvångsvård av patienten är uppfyllda. Vårdintyget skall grundas på en särskild läkarundersökning.

En undersökning för vårdintyg får företas endast om det finns skälig anledning till det. Undersökningen utförs av en legitimerad läkare. Om undersökningen inte kan utföras med patientens samtycke, får patienten tas om hand för undersökning. Beslut om sådant omhändertagande får fattas endast av läkare i allmän tjänst.

*Vårdintyg får inte utfärdas för den som är intagen på en sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård.*

#### 6 §

*En patient får, sedan vårdintyg har utfärdats, efter beslut av läkare hållas kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning har avgjorts. Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är försvarligt för att hindra patienten att lämna den del av vårdinrättningen där patienten skall vistas, för att upprätthålla ordningen på inrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården.*

*Om det är nödvändigt får patienten, sedan beslut om att hålla kvar denne har fattats, kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att denne inte bär*

*på sig egendom som anges i 21 §. Föreskrifterna i 23 § samt 24 § skall därvid tillämpas.*

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 4

#### **6 a §**

*Om de förutsättningar som gäller enligt 19 § respektive 20 § är uppfyllda, får en patient som hålls kvar enligt 6 § kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning eller kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna.*

*En patient som hålls kvar enligt 6 § får, om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa, ges nödvändig behandling.*

*Beslut enligt denna paragraf fattas av legitimerad läkare.*

#### **6 b §**

*Frågan om intagning för tvångsvård skall avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten, senast 24 timmar efter patientens ankomst till vårdinrättningen. Ett beslut om intagning får inte grundas på ett vårdintyg som är äldre än fyra dagar.*

*Beslut i fråga om intagning fattas av en chefsöverläkare vid en enhet för psykiatrisk vård. Beslutet får inte fattas av den läkare som har utfärdat vårdintyget.*

#### **11 §**

Om en patient är intagen på en sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård, får chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas, *utan hinder av att vårdintyg inte har utfärdats*, besluta om tvångsvård när

1. förutsättningarna enligt 3 § föreligger och
2. patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan. *Föreskrifterna i 6 §*

Om en patient är intagen på en sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård, får chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas besluta om tvångsvård när

1. förutsättningarna enligt 3 § är uppfyllda och
2. patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan.

*gäller inte i fall som avses i första stycket.*

*Ett sådant beslut får inte fattas utan att ett vårdintyg har utfärdats av en annan läkare än chefsöverläkaren. I fråga om vårdintyg gäller bestämmelserna i 5 § första och andra styckena. Beslut om vård enligt första stycket skall fattas senast 24 timmar efter det att vårdintyg har utfärdats. Det som sägs i 6, 6 a och 8 §§ gäller också vid övergång från frivillig vård till tvångsvård enligt första stycket.*

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 4

#### **12 §**

När beslut har fattats om tvångsvård enligt 11 §, skall chefsöverläkaren skyndsamt och senast inom fyra dagar från dagen för beslutet ansöka hos länsrätten om medgivande till att tvångsvården fortsätter. Föreskrifterna i 7 § andra stycket skall därvid tillämpas.

När beslut har fattats om tvångsvård enligt 11 §, skall beslutet av chefsöverläkaren senast dagen efter beslutet underställas länsrättens prövning.

*Anser chefsöverläkaren att tvångsvården bör fortsätta skall han senast inom fyra dagar från dagen för beslutet om tvångsvård ansöka hos länsrätten om medgivande till att tvångsvården fortsätter. Det som sägs i 7 § andra stycket skall därvid tillämpas.*

#### **14 §**

När rättspsykiatrisk vård skall upphöra i fall som avses i 15 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, får chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas, utan hinder av att vårdintyg inte har utfärdats, besluta om tvångsvård enligt denna lag, om förutsättningarna enligt 3 § föreligger.

Föreskrifterna i 6 § gäller inte i fall som avses i första stycket. I stället tillämpas föreskrifterna i 12 och 13 §§, varvid ett beslut enligt denna paragraf jämställs med ett beslut enligt 11 §.

*Föreskrifterna i 6 b § gäller inte i fall som avses i första stycket. I stället skall chefsöverläkaren senast fyra dagar från dagen för beslutet hos länsrätten ansöka om medgivande till fortsatt tvångsvård. Ett beslut enligt denna paragraf skall jämföras med ett beslut om tvångsvård enligt 11 §.*

#### **16 §**

En *behandlingsplan* skall upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård. Så

En *vårdplan* skall upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård. *Vårdplanen* skall

långt möjligt skall planen upprättas i samråd med patienten. *När det är lämpligt* skall samråd ske också med dennes närstående.

*innehålla de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården skall uppnås och för att resultaten av dessa insatser skall kvarstå efter det att tvångsvården har upphört.* Så långt möjligt skall planen upprättas i samråd med patienten. *Om det inte är olämpligt* skall samråd ske också med dennes närstående.

*I samråd med patienten skall det klarläggas om denne* har behov av stöd från socialtjänsten.

*Chefsöverläkaren skall undersöka om patienten* har behov av stöd från socialtjänsten. *Så långt det är möjligt* skall detta ske i samråd med patienten.

### 17 §

I fråga om behandlingen under vårdtiden skall samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd skall ske också med patientens närstående *när det är lämpligt*. Frågor om behandlingen avgörs ytterst av chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas.

I fråga om behandlingen under vårdtiden skall samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd skall ske också med patientens närstående, *om det inte är olämpligt*. Frågor om behandlingen avgörs ytterst av chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas.

Behandlingsåtgärderna skall anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 §.

### 18 §<sup>2</sup>

En patient får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han skall vistas.

*Om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är försvarligt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där denne skall vistas, för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården.*

### 23 §

Om det är *påkallat* får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, *när han kommer till sjukvårdsinrättningen*, för kontroll

Om det är *nödvändigt* får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att han inte bär på sig egendom som

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1996:982.

av att han inte bär på sig egendom som avses i 21 §. *Detsamma gäller om det under vistelsen på vårdinrättningen uppkommer misstanke att sådan egendom skall påträffas hos patienten*

*Kroppsvsitation och ytlig kroppsbesiktning får inte göras mer ingående än vad ändamålet med åtgärden kräver. All den hänsyn som omständigheterna medger skall iaktas. Om möjligt skall ett vittne närvara*

Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.

avses i 21 §.

Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. *Om möjligt skall ett vittne närvara när åtgärden utförs.*

## 25 §

Chefsöverläkaren får ge *patienten* tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för *återstoden av vårdtiden*, om det finns skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör.

Ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med särskilda villkor.

Chefsöverläkaren får ge *en patient* tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för *visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen*. *Tillståndet får också ges för en längre period*, om det finns särskilda skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör.

*Chefsöverläkaren får återkalla ett tillstånd som avses i första stycket om förhållandena kräver det.*

## 29 §

Har beträffande någon som vårdas enligt denna lag beslut meddelats om

1. avvisning eller utvisning enligt utlänningslagen (1989:529),
2. utvisning enligt lagen (1991:572) om särskild utlänningskontroll,
3. utlämning enligt lagen (1957:668) om utlämning för brott,
4. utlämning enligt lagen (1959:254) om utlämning för brott till Danmark, Finland, Island och Norge, eller
5. utlämning enligt lagen (1970:375) om utlämning till Danmark, Finland, Island eller Norge för verkställighet av beslut om vård eller behandling,



skall tvångsvården upphöra, om det begärs av den myndighet som skall verkställa beslutet och chefsöverläkaren finner att patientens tillstånd tillåter att detta verkställs.

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 4

*Vård enligt denna lag upphör när ett beslut om avvisning, utvisning eller utlämning har verkställts.*

I fråga om en patient som är utlämning upphör tvångsvården vid verkställighet av ett beslut om hemsändande som har meddelats med stöd av 12 kap. 3 § utlänningslagen.

### 30 §<sup>3</sup>

*En patient som vårdas enligt denna lag skall, så snart hans tillstånd tillåter, genom en individuellt anpassad information upplysas av chefsöverläkaren om sin rätt att få en stödperson.*

När patienten begär det, skall en stödperson utses. En stödperson kan utses också i annat fall, om patienten inte motsätter sig det.

Stödpersonen skall bistå patienten i personliga frågor så länge denne ges tvångsvård.

*Stödpersonen skall bistå patienten i personliga frågor så länge denne ges tvångsvård enligt denna lag eller om patienten och stödpersonen samtycker till det, även under fyra veckor efter det att tvångsvården har upphört.*

Stödpersonen har rätt att besöka patienten på vårdinrättningen. Han får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han under uppdraget har fått veta om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt.

Stödpersonen har rätt att besöka patienten på vårdinrättningen. Han får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han under uppdraget har fått veta om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt.

Stödpersonen utses av en sådan nämnd som avses i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Vid en nämnds handläggning av ärenden om stödpersoner gäller, utöver vad som i övrigt föreskrivs, följande bestämmelser i förvaltningslagen (1986:223), nämligen

- 14 § om muntlig handläggning,
- 15 § om anteckning av uppgifter,
- 16 och 17 §§ om parterts rätt att få del av uppgifter,
- 20 § om motivering av beslut,
- 21 § om underrättelse om beslut,
- 26 § om rättelse av skrivfel och liknande, och
- 27 § om omprövning av beslut.

<sup>3</sup> Senaste lydelse 1998:1663.

### 31 §<sup>4</sup>

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 4

Chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas skall anmäla till en sådan nämnd som avses i 30 § när det kan finnas skäl att utse en stödperson.

Har stödperson för patienten inte redan utsetts, skall anmälan alltid göras när

1. chefsöverläkaren ansöker om medgivande till tvångsvård enligt 7, 12 eller 14 §,
2. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut om intagning enligt 6 §,
2. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut om intagning enligt 6 b §,
3. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut att avslå en begäran att tvångsvården skall upphöra.

*I en sådan anmälan skall chefsöverläkaren ange patientens inställning till att få en stödperson. Den nämnd som avses i 30 § skall, om patienten inte har uttryckt en klar uppfattning, kontakta patienten eller vårdpersonal med kännedom om patienten för att få besked om patienten vill ha en stödperson.*

När tvångsvården av en patient, för vilken stödperson utsetts, har upphört, skall chefsöverläkaren snarast möjligt underrätta en sådan nämnd som avses i 30 § om detta.

### 31 a §

*Om en patient önskar att stödpersonens uppdrag skall ersättas av ett uppdrag som kontaktperson enligt 10 § socialtjänstlagen (1980:620) när tvångsvården upphör och stödpersonen samtycker till det, skall den nämnd som avses i 30 § underrätta socialnämnden i den kommun där patienten är folkbokförd om patientens önskemål.*

### 32 §

Patienten får hos länsrätten överklaga chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård enligt 6, 11 eller 14 §. Ett sådant överklagande skall anses innefatta även en begäran att tvångsvården skall upphöra.

Patienten får hos länsrätten överklaga chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård enligt 6 b, 11 eller 14 §. Ett sådant överklagande skall anses innefatta även en begäran att tvångsvården skall upphöra.

<sup>4</sup> Senaste lydelse 1992:564.

Innan länsrätten prövar ett överklagande enligt första stycket, skall rätten utan dröjsmål förelägga chefsöverläkaren att yttra sig i de hänseenden som anges i 7 § andra stycket.

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 4

### 33 §

Patienten får hos länsrätten överklaga ett annat beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag som innebär

1. avslag på en begäran att tvångsvården skall upphöra,
  2. förordnande enligt 24 § om förstöring eller försäljning av egendom,
  3. avslag på en begäran om tillstånd enligt 25 § att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse, eller
  4. återkallelse enligt 26 § av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område.
4. återkallelse enligt 25 § tredje stycket av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område.

I övrigt får beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag inte överklagas. Chefsöverläkaren får inte överklaga rättsens beslut enligt denna lag.

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, skall skrivelsen med överklagandet ges in till länsrätten. Länsrätten prövar om skrivelsen har kommit in i rätt tid. Har skrivelsen kommit in för sent, skall länsrätten avvisa den, om förseningen inte beror på att chefsöverläkaren har lämnat patienten en felaktig underrättelse om hur man överklagar. Skrivelsen skall inte avvisas, om den har kommit in till chefsöverläkaren innan tiden för överklagande har gått ut. I ett sådant fall skall chefsöverläkaren omedelbart vidarebefordra den till länsrätten.

### 35 §

Mål enligt denna lag skall handläggas skyndsamt. Så snart en ansökan som avses i 28 § har kommit in till länsrätten, skall rätten pröva om ansökan har kommit in i tid. Har ansökan kommit in för sent, skall rätten skyndsamt underrätta chefsöverläkaren om detta.

Ett mål hos en länsrätt skall tas upp till avgörande inom åtta dagar från den dag då ansökan eller skrivelsen med överklagandet kom in till länsrätten. Länsrätten får förlänga denna tid, om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt. Föreskrifterna i första och andra meningen gäller inte mål som avses i 33 § första stycket 2.

*Utan hinder av vad som sägs i andra stycket får länsrätten i fall som avses i 12 § första stycket förlänga den tid inom vilken prövningen skall ske om chefsöverläkaren för samma patient ger in en ansökan enligt 12 § andra stycket.*

Länsrätten får förordna rörande saken i avvaktan på att målet avgörs

### 37 §

Muntlig förhandling hålls på sjukvårdsinrättningen, om inte särskilda skäl talar för något annat. Patienten skall vara närvarande vid förhand-

lingen, om det är möjligt med hänsyn till hans psykiska tillstånd. Patientens stödperson har rätt att närvara vid förhandlingen och skall om möjligt underrättas om den. Chefsöverläkaren skall höras vid förhandlingen, om det inte är uppenbart obehövt.

Om det *behövs*, skall länsrätten i ett mål enligt denna lag höra lämplig sakkunnig vid muntlig förhandling. Vid förhandlingen får den sakkunnige, i syfte att få upplysning rörande omständigheter som är av betydelse för dennes uppgift, ställa frågor till chefsöverläkaren och patienten.

Om en patient som har kallats vid vite att inställa sig personligen till en förhandling uteblir, får rätten förordna att han skall hämtas till rätten antingen omedelbart eller till en senare dag.

Om det *inte är obehövt*, skall länsrätten i ett mål enligt denna lag höra lämplig sakkunnig vid muntlig förhandling. Vid förhandlingen får den sakkunnige, i syfte att få upplysning rörande omständigheter som är av betydelse för dennes uppgift, ställa frågor till chefsöverläkaren och patienten.

### 39 §

Chefsöverläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid sjukvårdsinrättningen med specialistkompetens inom någon gren av psykiatri att fullgöra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt denna lag. Om det finns särskilda skäl, får chefsöverläkaren lämna sådant uppdrag åt en annan läkare vid sjukvårdsinrättningen, dock inte såvitt gäller

1. beslut enligt 6 § om intagning,
2. ansökan enligt 7, 9, 12 eller 14 § om medgivande till att tvångsvården fortsätter,
3. beslut enligt 17 § första stycket sista meningen om behandlingen,
4. beslut enligt 19 § andra stycket om fastspänning, eller
5. beslut enligt 20 § andra stycket om avskiljande.

1. beslut enligt 6 b § om intagning,
2. *beslut enligt 11 § om övergång från frivillig vård till tvångsvård,*
3. ansökan enligt 7, 9, 12 eller 14 § om medgivande till att tvångsvården fortsätter,
4. beslut enligt 17 § första stycket sista meningen om behandlingen,
5. beslut enligt 19 § andra stycket om fastspänning *under längre tid*, eller
6. beslut enligt 20 § andra stycket om avskiljande *under längre tid*.

### 48 §<sup>5</sup>

En patient som vårdas med stöd av denna lag skall så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt

En patient som vårdas med stöd av denna lag skall så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt

<sup>5</sup> Senaste lydelse 1996:1650.

1. att enligt 32 och 33 §§ överklaga vissa beslut,
2. att anlita ombud eller biträde,
3. att enligt 38 a § få offentligt biträde *och*
4. att få hjälp av en stödperson.

Denna lag skall finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna.

---

1. att enligt 32 och 33 §§ överklaga vissa beslut,
2. att anlita ombud eller biträde *och*
3. att enligt 38 a § få offentligt biträde.

### **Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser**

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2000.
2. Ett vårdintyg, som har utfärdats enligt äldre föreskrifter, får längst t.o.m. den 4 juli 2000 godtas som underlag för ett beslut om intagning för tvångsvård enligt de nya föreskrifterna.
3. Ett tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område under återstoden av vårdtiden och som har meddelats enligt äldre föreskrifter skall anses gälla längst till dess att frågan om fortsatt vård enligt de nya föreskrifterna skall prövas av länsrätten.
4. Om ett mål hos en länsrätt, en kammarrätt eller regeringsrätten inte är slutligt avgjort av rätten vid utgången av juni 2000 skall rätten i stället pröva målet enligt de nya föreskrifterna.

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

*dels* att 4, 5, 9–10 a, 11, 15, 17–21, 25, 26, och 30 §§ skall ha följande lydelse,

*dels* att det i lagen skall införas nio nya paragrafer, 2 a, 10 b, 11 a, 11 b, 11 c, 21 a–21 c och 22 b §§ samt närmast före 9 § en ny rubrik av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

**2 a §**

*Tvångsåtgärder enligt denna lag får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård.*

*Tvångsåtgärder får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att patienten skall förmås att medverka vid vård. När tvångsåtgärder används skall de stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, skall de användas.*

*Tvånget skall utövas så skoningsamt som möjligt och med största möjliga hänsynstagande till patienten.*

**4 §<sup>1</sup>**

Den som avses i 1 § andra stycket 2, 3 eller 4 får ges rättspsykiatrisk vård om

1. han lider av en allvarlig psykisk störning,

2. han med hänsyn till sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har behov av psykiatrisk vård, som kan tillgodoses genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning, och

3. han motsätter sig sådan vård eller till följd av *sitt* psykiska till-

Den som avses i 1 § andra stycket 2, 3 eller 4 får ges rättspsykiatrisk vård om

1. han lider av en allvarlig psykisk störning,

2. han med hänsyn till sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har behov av psykiatrisk vård, som kan tillgodoses genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning, och

3. han motsätter sig sådan vård eller det till följd av *hans* psykiska

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1998:617.

stånd *uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan.*

tillstånd *är sannolikt att vården inte kan ges med hans samtycke.*

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 4

Om någon som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård anhålls, häktas, tas in på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning eller tas in i eller förpassas till kriminalvårdsanstalt, skall beslutet om sådan vård anses som ett beslut om rättspsykiatrisk vård.

## 5 §<sup>2</sup>

Beslut om intagning för rättspsykiatrisk vård enligt 4 § första stycket fattas av en chefsöverläkare vid en enhet som avses i 6 § första stycket andra meningen eller andra stycket. För ett sådant beslut krävs att ett vårdintyg har utfärdats av någon annan läkare. Beträffande vårdintyg och undersökning för vårdintyg gäller därvid bestämmelserna i 4 § *första och andra styckena*, 5 § och 6 § första stycket *tredje meningen* lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård i tillämpliga delar.

Beslut om intagning för rättspsykiatrisk vård enligt 4 § första stycket fattas av en chefsöverläkare vid en enhet som avses i 6 § första stycket andra meningen eller andra stycket. För ett sådant beslut krävs att ett vårdintyg har utfärdats av någon annan läkare. Beträffande vårdintyg, undersökning för vårdintyg *samt bältesläggning och avskiljning* gäller därvid bestämmelserna i 4 §, 5 §, 6 a § första stycket *och 6 b § första stycket andra meningen* lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård i tillämpliga delar.

En fråga om intagning för rättspsykiatrisk vård enligt 4 § första stycket skall avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten.

Om rätten har fattat beslut om rättspsykiatrisk undersökning och den misstänkte har tagits in på undersökningsenheten, krävs inte något vårdintyg för beslut om rättspsykiatrisk vård. Detsamma gäller den som är anhållen, häktad eller intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt eller som är intagen i eller skall förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 31 kap. 1 a § brottsbalken och som förts till en sådan sjukvårdsinrättning som avses i 6 § första stycket andra meningen för frivillig psykiatrisk vård.

## *Permissioner m.m.*

### 9 §

*I fråga om vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område för den som genomgår rättspsykiatrisk vård på grund av beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken av domstol, utom i fall då vården har förenats med särskild utskrivningsprövning, gäller bestämmelserna i 25 och 26 §§ lagen*

*Chefsöverläkaren får ge en patient som genomgår rättspsykiatrisk vård på grund av beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken av domstol, tillstånd att under viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område, utom i fall då vården förenats med särskild utskrivningsprövning.*

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1998:617.

(1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

*Tillståndet får ges för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillståndet får också ges för en längre period, om det finns särskilda skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör.*

*Ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med särskilda villkor.*

*Chefsöverläkaren får återkalla ett tillstånd som avses i första stycket om förhållandena kräver det.*

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 4

### 10 §

Beträffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård efter beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken om särskild utskrivningsprövning prövas frågan om tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område av länsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten.

Vid sin prövning skall rätten särskilt beakta arten av den brottslighet som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning, risken för återfall i brottslighet och verkan av den vård och behandling som patienten genomgått. Tillståndet får ges för återstoden av vårdtiden, om det finns skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att den rättspsykiatriska vården upphör.

Vid sin prövning skall rätten särskilt beakta arten av den brottslighet som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning, risken för återfall i brottslighet och verkan av den vård och behandling som patienten genomgått. Tillståndet får ges för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillståndet får också ges för en längre period, om det finns särskilda skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att den rättspsykiatriska vården upphör och under förutsättning att det till chefsöverläkarens ansökan har fogats en vårdplan.

Ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område får förenas med särskilda villkor.

Länsrätten får efter ansökan av chefsöverläkaren överlämna åt denne att beträffande viss patient besluta om tillstånd enligt första stycket. När det finns skäl för det, får länsrätten återta denna befogenhet. Chefsöverläkaren får återkalla ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, om förhållandena kräver det.

### 10 a §<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Senaste lydelse 1995:738.



Beträffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård efter beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken om särskild utskrivningsprövning får chefsöverläkaren ge tillstånd till vistelse utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område endast om länsrätten har medgivit det

Vid sin prövning av ansökan av chefsöverläkaren om sådant medgivande som avses i första stycket skall rätten särskilt beakta arten av den brottslighet som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning, risken för återfall i brottslighet, verkan av den vård och behandling som patienten genomgått och säkerhetsförhållandena vid sjukvårdsinrättningen. Medgivandet får ges tills vidare eller för viss tid och får återkallas om förhållandena föranleder det.

Chefsöverläkaren skall underrätta länsrätten om förhållanden som är av betydelse för frågan om ett lämnat medgivande skall bestå.

Beträffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård efter beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken om särskild utskrivningsprövning får chefsöverläkaren ge tillstånd till vistelse *på egen hand* utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område endast om länsrätten har medgivit det.

#### **10 b §**

*Chefsöverläkaren får ge tillstånd till den som genomgår rättspsykiatrisk vård med stöd av 1 § 3 eller 4 att vistas på egen hand utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område endast om Kriminalvårdsstyrelsen respektive Statens institutionsstyrelse har medgivit det.*

*Chefsöverläkaren skall underrätta Kriminalvårdsstyrelsen respektive Statens institutionsstyrelse om förhållanden som är av betydelse för frågan om ett lämnat medgivande skall bestå.*

#### **11 §<sup>4</sup>**

Den som är intagen i kriminalvårdsanstalt eller i ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 31 kap. 1 a § brottsbalken och som genomgår rättspsykiatrisk vård får ges tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. *Därvid gäller bestämmelserna i 25 §*

Den som är intagen i kriminalvårdsanstalt eller i ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 31 kap. 1 a § brottsbalken och som genomgår rättspsykiatrisk vård får ges tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. *Tillståndet får ges för visst tillfälle*

<sup>4</sup> Senaste lydelse 1998:617.

*första stycket andra meningen och andra stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.*

*eller för vissa återkommande tillfällena. Tillståndet får också ges för en längre period, om det finns särskilda skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör och under förutsättning att det till chefsöverläkarens ansökan har fogats en vårdplan.*

*Ett tillstånd enligt första stycket får förenas med särskilda villkor.*

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 4

#### **11 a §**

*En fråga om tillstånd enligt 11 § första stycket avgörs av Kriminalvårdsstyrelsen i fråga om den som är intagen i kriminalvårdsanstalt och av Statens institutionsstyrelse i fråga om den som verkställer slutna ungdomsvård efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten. Om ansökan har gjorts av patienten, skall yttrande inhämtas från chefsöverläkaren. Tillstånd skall inhämtas även då patienten vid vistelsen utanför sjukvårdsinrättningens område är beledsagad av sjukvårdspersonal.*

#### **11 b §**

*Den som är häktad eller är intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning och genomgår rättspsykiatrisk vård får ges tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens respektive undersökningsenhetens område enbart för att besöka en närstående som är svårt sjuk, närvara vid en närståendes begravning eller om det på annat sätt finns synnerliga skäl.*

*En fråga om tillstånd enligt första stycket avgörs av Kriminalvårdsstyrelsen.*

#### **11 c §**

*Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får genom föreskrifter eller beslut i särskilda*

*fall flytta över Kriminalvårdsstyrelsens befogenhet enligt 10 b, 11 a och 11 b §§ till någon annan kriminalvårdsmyndighet än styrelsen eller till tjänstemän inom kriminalvården.*

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 4

#### 15 §<sup>4</sup>

Rättspsykiatrisk vård enligt 4 § skall upphöra senast

1. *beträffande* den som är anhållen eller häktad, när beslutet om frihetsberövande upphört att gälla,

2. *beträffande* den som är intagen med stöd av 10 § lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning, när denne inte längre får hållas kvar på undersökningsenheten,

3. *beträffande* den som är intagen i kriminalvårdsanstalt, när frigivning sker,

4. *beträffande* den som är intagen i ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på slutet ungdomsvård enligt 31 kap. 1 a § brottsbalken, vid verkställighetens slut.

Rättspsykiatrisk vård enligt 4 § skall upphöra *när det inte längre finns sådana förutsättningar för vård som anges där. Frågan om vårdens upphörande skall fortlöpande prövas. Vården skall dock upphöra* senast

1 *för* den som är anhållen eller häktad, när beslutet om frihetsberövande upphört att gälla,

2. *för* den som är intagen med stöd av 10 § lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning, när denne inte längre får hållas kvar på undersökningsenheten,

3. *för* den som är intagen i kriminalvårdsanstalt, när frigivning sker,

4. *för* den som är intagen i ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på slutet ungdomsvård enligt 31 kap. 1 a § brottsbalken, vid verkställighetens slut.

#### 17 §

I fråga om upphörande av rättspsykiatrisk vård i samband med avvisning, utvisning och utlämning gäller bestämmelserna i 29 § första *stycket* lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

I fråga om en patient som är utlämning upphör den rättspsykiatriska vården vid verkställighet av ett beslut om hemsändande som har meddelats med stöd av 12 kap. 3 § utlänningslagen (1989:529).

Om beslut har meddelats att verkställigheten av en påföljd som innebär överlämnande enligt 31 kap. 3 § brottsbalken till rättspsykiatrisk vård

I fråga om upphörande av rättspsykiatrisk vård i samband med avvisning, utvisning och utlämning gäller bestämmelserna i 29 § första *och andra styckena* lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

<sup>4</sup> Senaste lydelse 1998:617.

skall föras över med stöd av lagen (1972:260) om internationellt samarbete rörande verkställighet av brottmålsdom till en annan stat, upphör den rättspsykiatriska vården vid verkställighet av beslutet.

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 4

### 18 §

Patienten får hos länsrätten överklaga ett beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag som innebär

1. intagning enligt 5 § för rättspsykiatrisk vård, varvid överklagandet skall anses innefatta även en begäran att vården skall upphöra,

2. avslag på en begäran att den rättspsykiatriska vården skall upphöra i fall som avses i 12 §,

3. avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område i fall som avses i 9 § eller 10 § *tredje* stycket första meningen eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse,

4. återkallelse enligt 9 § eller 10 § *tredje* stycket tredje meningen av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, eller

5. förordnande enligt 8 § jämförd med 24 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård om förstöring eller försäljning av egendom.

I övrigt får beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag inte överklagas. Chefsöverläkaren får inte överklaga rättens beslut enligt denna lag

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, skall *skrivelsen med* överklagandet ges in till länsrätten. *Beträffande behandlingen av skrivelsen gäller bestämmelserna i 33 § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.*

3. avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område i fall som avses i 9 § eller 10 § *fjärde* stycket första meningen eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse,

4. återkallelse enligt 9 § eller 10 § *fjärde* stycket tredje meningen av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, eller

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, skall överklagandet ges in till länsrätten. *Länsrätten prövar om överklagandet har kommit in i rätt tid. Har överklagandet kommit in för sent, skall länsrätten avvisa det, om förseeningen inte beror på att chefsöverläkaren har lämnat patienten en felaktig underrättelse om hur man överklagar. Överklagandet skall inte avvisas, om det har kommit in till chefsöverläkaren innan tiden för överklagande har gått ut. I ett sådant fall skall chefsöverläkaren omedelbart vidarebefordra överklagandet till länsrätten.*

### 19 §<sup>5</sup>

Kriminalvårdsstyrelsens och Statens institutionsstyrelsens beslut enligt 8 § andra stycket eller 11 § andra stycket får överklagas av patienten hos kammarrätten.

Kriminalvårdsstyrelsens respektive Statens institutionsstyrelsens beslut enligt 8 § andra stycket, 10 b §, 11 § andra stycket, 11 a § och 11 b §, får överklagas av patienten hos länsrätten. *Prövnings-tillstånd krävs vid överklagande till kammarrätt.*

### 20 §

Allmän åklagare får överklaga

1. beslut enligt 10 § första stycket av länsrätten att patienten får vistas utanför sjukvårdsinrättningens område,

2. beslut enligt 10 § tredje stycket första meningen av länsrätten att överlämna åt chefsöverläkaren att beträffande viss patient besluta om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område,

3. beslut enligt 16 § att vården skall upphöra, om åklagare före beslutet har anmält till rätten att beslutet kan komma att överklagas.

*Har anmälan gjorts, får beslutet inte verkställas förrän det har vunnit laga kraft eller rätten dessförinnan har underrättats om att åklagaren inte kommer att överklaga.*

2. beslut enligt 10 § fjärde stycket första meningen av länsrätten att överlämna åt chefsöverläkaren att beträffande viss patient besluta om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område,

### 21 §<sup>6</sup>

*Vid handläggningen i domstol av ett mål enligt denna lag gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 34–38 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. I ett mål enligt 10 a § skall dock 35 § andra stycket och 36 § nämnda lag inte tillämpas. I ett mål enligt 18 § första stycket 3 eller 4, i fall då vården är förenad med särskild utskrivningsprövning, skall nämndemän ingå i kammarrätten.*

*Frågor som skall avgöras i länsrätten enligt denna lag prövas av den länsrätt inom vars domkrets sjukvårdsinrättningen är belägen.*

### 21 a §

*Mål enligt denna lag skall handläggas skyndsamt. Så snart en*

<sup>5</sup> Senaste lydelse 1998:617.

<sup>6</sup> Senaste lydelse 1995:738.

*ansökan eller anmälan har kommit in till länsrätten, skall rätten pröva om den har kommit in i tid. Har den kommit in för sent, skall rätten skyndsamt underrätta chefsöverläkaren om detta.*

*Ett mål hos en länsrätt skall tas upp till avgörande inom åtta dagar från den dag då ansökan, anmälan eller överklagandet kom in till länsrätten. Om målet gäller en patient som genomgår rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning, skall målet tas upp till avgörande inom femton dagar från den dag då målet anhängiggjordes vid länsrätten. Länsrätten får förlänga tidsfristerna om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt.*

*Föreskrifterna i andra stycket gäller inte mål om förstöring eller försäljning av sådan egendom som avses i 24 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.*

*Länsrätten får förordna rörande saken i avvaktan på att målet avgörs.*

#### **21 b §**

*I fråga om muntlig förhandling gäller bestämmelserna i 36 och 37 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. I fråga om mål enligt 10 a och 10 b §§ skall dock 36 § och 37 § andra stycket nämnda lag inte tillämpas.*

#### **21 c §**

*Vid handläggningen i kammarrett av mål enligt denna lag skall nämndemän ingå i rätten. Detta gäller dock inte mål som enbart gäller en fråga som avses i 18 § första stycket 2, 3, 4 och 5.*

*I ett mål enligt 18 § första*

*stycket 3 eller 4, i fall då vården är förenad med särskild utskrivningsprövning, skall dock nämndemän ingå i kammarrätten.*

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 4

### **22 b §**

*För den som genomgår rättspsykiatrisk vård efter beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken om särskild utskrivningsprövning får åklagaren i det mål där beslutet om rättspsykiatrisk vård har meddelats eller, när det finns särskilda skäl, någon annan åklagare hos länsrätten ansöka om att länsrätten återkallar beslut om*

*– tillstånd till vistelse utanför vårdinrättningens område*

*– överlämnande åt chefsöverläkaren att besluta om tillstånd till vistelse utanför vårdinrättningens område eller*

*– medgivande för chefsöverläkaren att ge tillstånd till vistelse utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område.*

*I ett mål enligt första stycket skall länsrätten inhämta yttrande av chefsöverläkaren.*

### **25 §**

*Utom i fall som avses i 20 § gäller beslut som meddelas enligt denna lag omedelbart, om inte annat förordnas.*

*Beslut som meddelas enligt denna lag gäller omedelbart, om inte annat förordnas.*

*Om åklagaren före länsrättens beslut har anmält att beslutet kan komma att överklagas, får länsrättens eller kammarrättens beslut inte verkställas förrän det har vunnit laga kraft eller rätten dessförinnan har underrättats om att beslutet inte kommer att överklagas.*

### **26 §<sup>7</sup>**

*En patient som vårdas enligt denna lag skall så snart hans till-*

<sup>7</sup> Senaste lydelse 1998:1614.

*stånd tillåter det genom en individuellt anpassad information av chefsöverläkaren upplysas om sin rätt att få en stödperson.*

När rättspsykiatrisk vård i fall som avses i 1 § andra stycket 1 har påbörjats eller upphört, skall chefsöverläkaren snarast underrätta vederbörande nämnd enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. om att så har skett. Nämnden skall i fall som avses i 4 § underrättas när patienten enligt 18 § första stycket 2 har överklagat ett beslut av chefsöverläkaren att den rättspsykiatriska vården inte skall upphöra, liksom när vården efter överklagandet har upphört.

Föreskrifterna om stödperson i 30 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård *tillämpas* vid rättspsykiatrisk vård som ges på en sjukvårdsinrättning. Föreskriften i *andra* stycket *andra* meningen nämnda *paragraf* om rätt för stödpersonen att besöka patienten på vårdinrättningen gäller dock bara i den mån det inte möter hinder på grund av bestämmelserna i 8 § tredje stycket denna lag eller 16 § lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl. om möjlighet att besluta om inskränkningar i patientens rätt att ta emot besök.

Föreskrifterna om stödperson i 30–31 a §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård *gäller i tillämpliga delar* vid rättspsykiatrisk vård som ges på en sjukvårdsinrättning. Föreskriften i 30 § *tredje* stycket *andra* meningen nämnda *lag* om rätt för stödpersonen att besöka patienten på vårdinrättningen gäller dock bara i den mån det inte möter hinder på grund av bestämmelserna i 8 § tredje stycket denna lag eller 16 § lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl. om möjlighet att besluta om inskränkningar i patientens rätt att ta emot besök.

#### **26 a §**

*Om det finns särskilda skäl med hänsyn till en stödpersons säkerhet, får chefsöverläkaren lämna ut nödvändiga upplysningar om patienten till stödpersonen eller till en sådan nämnd som avses i 30 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.*

#### **30 §<sup>8</sup>**

En patient som vårdas med stöd av denna lag skall så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt

1. att enligt 18 § överklaga vissa

En patient som vårdas med stöd av denna lag skall så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt

1. att enligt 18 § överklaga vissa

<sup>8</sup> Senaste lydelse 1996:1651.



beslut,

2. att ansöka enligt 16 § andra stycket om att den rättspsykiatriska vården skall upphöra,

3. att ansöka enligt 10 eller 11 § om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område,

4. att anlita ombud eller biträde,

5. att enligt 22 a § få offentligt biträde *och*

6. att få hjälp av en stödperson.

Denna lag skall finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen eller undersökningsenheten, väl synlig för patienterna.

---

beslut,

2. att ansöka enligt 16 § andra stycket om att den rättspsykiatriska vården skall upphöra,

3. att ansöka enligt 10 eller 11 § om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område,

4. att anlita ombud eller biträde,  
*och*

5. att enligt 22 a § få offentligt biträde.

### **Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser**

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2000.

2. Ett vårdintyg, som uppfyller kraven enligt äldre föreskrifter, får längst t.o.m. den 4 juli 2000 godtas som underlag för beslut om intagning för tvångsvård enligt den nya föreskrifterna.

3. Ett tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område under återstoden av vårdtiden och som har meddelats enligt äldre föreskrifter skall anses gälla längst till dess att frågan om fortsatt vård enligt de nya föreskrifterna skall prövas av länsrätten.

4. Om ett mål hos en länsrätt, en kammarrätt eller regeringsrätten inte är slutligt avgjort av rätten vid utgången av juni 2000 skall rätten i stället pröva målet enligt de nya föreskrifterna.

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 1999-12-29

Närvarande: f.d. justitierådet Lars Å. Beckman, regeringsrådet Susanne Billum, justitierådet Göran Regner.

Enligt en lagrådsremiss den 9 december 1999 (Socialdepartementet) har regeringen beslutat inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
2. lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Förslagen har inför Lagrådet föredragits av hovrättsassessorn Lars Hedengran.

Förslagen föranleder följande yttrande av *Lagrådet*:

*Förslaget till lag om ändring i lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)*

2 a §

I paragrafen föreslås en ny bestämmelse med allmänna riktlinjer för användning av tvångs- och kontrollåtgärder under tvångsvård. Bestämmelsen sönderfaller i fyra delvis olika regler. Enligt första stycket får tvångsåtgärder enligt LPT användas endast om patienten inte genom individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård (1). Enligt första meningen i andra stycket får tvångsåtgärder inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att patienten skall förmås att medverka till vård (2). Enligt andra och tredje meningarna i andra stycket skall tvångsåtgärder, när sådana används, stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden och mindre ingripande åtgärder användas om de är tillräckliga (3). Slutligen skall enligt tredje stycket tvånget användas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten (4).

Ordalydelsen i paragrafen ger vid handen att den är avsedd att täcka alla typer av tvångsåtgärder enligt lagen. Även om tvångsvård enligt LPT syftar till att patienten skall bli i stånd att frivilligt medverka till vård (se 2 § LPT), har emellertid inte alla i lagen reglerade tvångsåtgärder detta som omedelbart syfte. Av olika bestämmelser, såväl i nuvarande lag som i remissförslaget, framgår sålunda att tvång kan få utövas för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården (se 6 och 18 §§ i förslaget samt 19 och 20 §§ LPT). Uttryckssättet i reglerna 1 och 2 – att tvångsåtgärder begränsas till vad som krävs för att förmå patienten att frivilligt medverka till vård – synes emellertid relevant främst för sådana tvångsåtgärder som syftar till att genomföra vård eller till vårdåtgärder som genomförs med tvång. Då reglerna anges gälla "tvångsåtgärder enligt denna lag" uppkommer härvid en viss motsättning till de ovannämnda bestämmelserna. Detta gäller dock inte reglerna 3 och 4, som synes böra vara tillämpliga vid all tvångsanvändning enligt lagen.

Enligt Lagrådets mening bör paragrafen omarbetas något så att den ovan nämnda motsättningen till vissa andra regler undviks. Lagrådet föreslår att bestämmelserna delas upp i två paragrafer av följande lydelse.

"2 a §

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.

2 b §

Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta."

3 §

Enligt paragrafens första stycke punkt 3 nuvarande lydelse är det en förutsättning för tvångsvård att patienten motsätter sig behövlig vård eller till följd av sitt psykiska tillstånd "uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan". Undantaget från kravet på vägrat samtycke som en förutsättning för tvångsvård har kritiserats. Av motiven i lagrådsremissen framgår att det i den praktiska tillämpningen visat sig svårt att ta ställning till om en patient uppenbart saknar förmåga att avge ett grundat ställningstagande. Särskilt har detta varit fallet i situationer då patientens samtycke till vården framstått som ambivalent. Mot bakgrund av kritiken föreslås i lagrådsremissen att undantagsregeln ges följande lydelse: "det .... är sannolikt att vården inte kan ges med dennes samtycke". Enligt Lagrådets mening kommer emellertid även sannolikhetsrekvisitet att medföra tillämpningssvårigheter. Därtill kommer att förslaget kan uppfattas som en inte obetydlig uppmjukning av kravet på vägrat samtycke för tvångsvård, något som inte är avsikten med förslaget. Lagrådet förordar att punkten 3 i stället ges följande lydelse.

"3. patienten motsätter sig sådan vård som sägs i 2 eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke."

12 och 37 §§

I 12 § första stycket är intagen den nya regeln om skärpt domstolsprövning i s.k. konverteringsfall. Enligt regeln skall ett beslut om konvertering senast dagen efter beslutet underställas länsrättens prövning. I nuvarande reglering kan ett konverteringsbeslut prövas av länsrätten efter

överklagande (32 § första stycket LPT). Denna överklagandemöjlighet skall finnas kvar enligt förslaget.

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 5

Det finns anledning att ifrågasätta om det fortfarande finns ett behov av en sådan möjlighet att överklaga beslutet när detta alltid ändå skall underställas länsrättens prövning.

Lagrådet anser emellertid att det är tveksamt om det är ändamålsenligt att konverteringsbeslut alltid skall underställas länsrättens prövning. Det har vid föredragningen i Lagrådet upplysts att cirka 40 % av konverteringsfallen inte följs av en ansökan om fortsatt tvångsvård (se nuvarande 12 § LPT som motsvaras av 12 § andra stycket i lagförslaget). Tvångsvården pågår i dessa fall i högst fyra dagar. Om patienten vid länsrättens prövning efter underställning av konverteringsbeslutet inte längre är föremål för tvångsvård synes bestämmelserna i 36 och 37 §§ LPT, inte minst efter föreslagen ändring i sistnämnda paragraf, vara mindre väl utformade för förfarandet i länsrätten. Det framstår mot bakgrund av det anförda som om länsrätterna enligt remissförslaget skulle få ett inte obetydligt antal mål, där förfarandet är förhållandevis omständligt och där det ofta kanske inte finns något intresse hos patienten själv att få konverteringsbeslutet omprövat, eftersom det inte längre ligger till grund för ett frihetsberövande.

En lösning av det problem som nu har diskuterats är att inte göra underställning absolut obligatorisk utan vara beroende av patientens önskan om en omprövning i domstol. En annan lösning är att införa nya handläggningsregler för fall där ett konverteringsbeslut har underställts men där ansökan om fortsatt tvångsvård inte görs. Sådana nya handläggningsregler kan t.ex. innebära skriftligt förfarande utan sakkunnig och med endomarhandläggning som huvudprincip.

#### 14 §

I remissen föreslås, förutom viss jämkning av hänvisningar till andra paragrafer, viss redaktionell omarbetning av andra stycket. Enligt Lagrådets mening är den nuvarande utformningen att föredra. Lagrådet föreslår att andra stycket ges följande lydelse.

"Föreskrifterna i 6 b § gäller inte de fall som avses i första stycket. I stället tillämpas föreskrifterna i 12 § andra stycket och 13 §, varvid ett beslut enligt denna paragraf jämföras med ett beslut enligt 11 §."

#### 16 och 17 §§

I 16 § behandlas vårdplaner för patienterna. Bl.a. skall enligt förslaget sådana planer upprättas i samråd med patientens närstående, om det inte är olämpligt. Enligt nuvarande lydelse skall samråd ske med de närstående när det är lämpligt. Ändringen innebär således ett skärpt krav på sådant samråd.

I remissen saknas emellertid en diskussion i vilken mån en sådan ändring kan få något genomslag i praktiken på grund av att sekretessen för patientuppgifterna inte också ändras. I sådana fall där samtycke av patienten inte finns, blir möjligheterna till samråd med dennes närstående inte stort, eftersom sjukvårdssekretessen enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen gäller med ett s.k. omvänt skaderekvisit. De regler om begränsningar i denna sekretess som finns i femte stycket av nämnda paragraf och i 14 kap. 1–3 §§ sekretesslagen är inte tillämpliga och knappast heller 1 kap. 5 §.

Motsvarande frågeställning gäller regeln i 17 § om samråd med patientens närstående i fråga om behandlingen under vårdtiden.

Lagrådet anser att det anmärkta sekretessproblemet bör beaktas i det fortsatta lagstiftningsarbetet.

## 25 §

I syfte att avskaffa nuvarande möjlighet till permissioner för återstoden av vårdtiden anges i *första stycket* att tillstånd till vistelse utanför vårdinrättningens område får ges för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Tillstånd får emellertid också ges för "en längre period" under vissa förutsättningar. Det synes tveksamt om sistnämnda fall har avgränsats så att det inte kan avse återstoden av vårdtiden. Förslagsvis kan det vara bättre att skriva "en bestämd period". Motsvarande justering bör i så fall göras i 9, 10 och 11 §§ LRV.

Enligt *andra stycket* i paragrafen får ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område förenas med särskilda villkor. Vilka villkor som kan föreskrivas anges inte i lagtexten. I stället anges i 6 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård sex olika slag av villkor som kan meddelas i samband med ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område. Som exempel kan nämnas skyldighet att underkasta sig medicinering och förbud att använda berusningsmedel. Enligt Lagrådets mening är villkoren av sådan betydelse att de bör återfinnas i lagen och inte i en förordning. Som en jämförelse kan hänvisas till 32 och 34 §§ lagen om kriminalvård i anstalt. Enligt Lagrådets mening saknas anledning att inte i LPT ange vilka särskilda villkor som får uppställas.

## 29 §

I paragrafens första stycke finns bestämmelser om att tvångsvården skall upphöra efter vissa beslut om avvisning, utvisning eller utlämning om det begärs av den myndighet som skall verkställa beslutet och chefsöverläkaren finner att patientens tillstånd tillåter att detta verkställs. I remissen föreslås ett nytt andra stycke av innehåll att vård enligt LPT upphör när en avvisning, utvisning eller utlämning har verkställts.

Av författningskommentaren framgår att det nya andra stycket endast är avsett som ett förtydligande. Enligt Lagrådets mening uppkommer emellertid en viss motsättning mellan den tidpunkt för vårdens upphörande som synes följa av första stycket och den tidpunkt som anges i det nya andra stycket. Om avsikten är att vården skall upphöra först sedan de angivna besluten till fullo verkställts bör i tydlighetens intresse viss ändring göras i slutet av det första stycket. Lagrådet föreslår att det nya andra stycket utgår och att i stället slutet av det första stycket utformas enligt följande.

"... får utan hinder av tvångsvården verkställighet av beslutet ske, om det begärs av den myndighet som skall verkställa beslutet och chefsöverläkaren finner att patientens tillstånd tillåter att beslutet verkställs. Tvångsvården upphör i sådant fall när beslutet har verkställts."

### 39 §

I paragrafen anges vilka inskränkningar som gäller i chefsöverläkarens möjligheter att delegera beslutanderätten. Punkterna 5 och 6 tar upp beslut enligt 19 § andra stycket om fastspänning respektive 20 § andra stycket om avskiljande. I lagrådsremissen föreslås att lagtexten i båda dessa punkter kompletteras med orden "under längre tid". Syftet med förslagen är enligt författningskommentaren att tydliggöra att inskränkningarna i delegationsmöjligheterna när det gäller fastspänning och isolering endast gäller vid sådana åtgärder under längre tid. 19 § andra stycket och 20 § andra stycket gäller emellertid fastspänning respektive avskiljande under längre tid än som anges i första styckena i paragraferna. Den föreslagna ändringen kan leda till missförstånd. Lagrådet föreslår därför att punkterna 5 och 6 lämnas oändrade.

### Övergångsbestämmelserna

Enligt *punkt 2* får ett vårdintyg, som utfärdats enligt äldre föreskrifter, längst till och med den 4 juli 2000 godtas som underlag för ett beslut om intagning för tvångsvård enligt de nya föreskrifterna. Avsikten med bestämmelsen torde vara att de äldre föreskrifterna om grunder för tvångsvård skall tillämpas övergångsvis när det finns ett vårdintyg som utfärdats före den 1 juli 2000. Detta har inte kommit till riktigt uttryck i övergångsbestämmelsen. Denna bör förslagsvis lyda.

"Har ett vårdintyg utfärdats före den 1 juli 2000, får intagning beslutas på grundval av det och enligt äldre föreskrifter senast den 4 juli 2000."

Enligt *punkt 4* skall, om mål hos en länsrätt, en kammarrätt eller Regeringsrätten inte är slutligt avgjort av rätten vid utgången av juni 2000, rätten i stället pröva målet enligt de nya föreskrifterna. Vad som föreslås i punkt 4 gäller emellertid redan enligt allmänna processrättsliga principer. Punkten 4 fyller således ingen funktion och kan vålla missförstånd vid

tillämpning av andra lagar som saknar en sådan övergångsbestämmelse. Lagrådet förordar att punkten utgår.

Prop. 1999/2000:44  
Bilaga 5

*Förslaget till lag om ändring i lagen om rättspsykiatrisk vård*

## 2 a §

Lagrådet föreslår att paragrafen omarbetas i enlighet med vad Lagrådet anfört under 2 a § LPT.

## 4 §

Om Lagrådets förslag till lydelse av 3 § första stycket punkt 3 LPT följs bör första stycket punkten 3 i förevarande paragraf ges följande lydelse.

"3. han motsätter sig sådan vård eller det till följd av hans psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke."

## 5 §

I paragrafens första stycke föreskrivs att det för beslut om intagning för rättspsykiatrisk vård krävs att ett vårdintyg utfärdas av någon annan läkare än beslutsfattaren. Vidare föreskrivs i samma stycke att beträffande vårdintyg och undersökning för vårdintyg gäller bestämmelserna i 4 § första och andra styckena, 5 § och 6 § första stycket tredje meningen LPT. Det föreslås nu att i förevarande stycke införs en hänvisning även till bestämmelserna i LPT om bältesläggning och avskiljning innan beslut om intagning fattas (6 a § första stycket). Enligt Lagrådets mening bör det ske en hänvisning också till bestämmelsen i 6 a § andra stycket om nödvändig behandling. Vidare bör användas termen fastspänning i stället för bältesläggning (jfr 39 § LPT).

Lagrådet föreslår att första stycket tredje meningen i förevarande paragraf ges följande lydelse.

"Beträffande vårdintyg, undersökning för vårdintyg samt fastspänning, avskiljande och behandling gäller därvid bestämmelserna i 4 §, 5 §, 6 a § och 6 b § första stycket andra meningen lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård i tillämpliga delar."

## Rubriken före 9 §

I remissen föreslås att en ny rubrik, *Permissioner m.m.*, införs omedelbart före 9 §. Rubriken kommer härmed att täcka 9–11 c §§, vari återfinns olika bestämmelser om förutsättningarna för att en patient skall kunna få tillstånd att under viss del av vårdtiden vistas utanför vårdinrättningen eller utanför vårdavdelningen. Ordet "permission" förekommer inte i dessa bestämmelser liksom inte heller i LPT eller i vårdlagar såsom smittskyddslagen eller lagen om vård av missbrukare i vissa fall. Genom-

gående talas här om "vistelse/vistas utanför ..." Uttrycket permission förekommer däremot i lagen om kriminalvård i anstalt, men då vid sidan av regler om vistelse utanför anstalt (i 34 §). Enligt Lagrådets mening är det lämpligt att i rubriken hålla sig till uttryckssättet i de aktuella paragraferna eller att, såsom i LPT, avstå från en särskild rubrik för dessa bestämmelser.

#### 9 och 10 §§

Tredje styckena i 9 och 10 §§ har motsvarande innehåll som i 25 § andra stycket LPT. I fråga om intagande av de särskilda villkoren i lagen vill Lagrådet hänvisa till vad Lagrådet anfört i anslutning till den paragrafen.

#### 15 §

I remissen föreslås tillägg av en ny regel om upphörande av rättspsykiatrisk vård enligt 4 §, dvs. av häktade och vissa andra frihetsberövade personer, förutom i de fall då det angivna frihetsberövandet upphör. Enligt den föreslagna regeln skall vården upphöra när det inte längre finns sådana förutsättningar för vård som anges i 4 §. Vidare anges att frågan om vårdens upphörande skall fortlöpande prövas. Bestämmelser av denna innebörd finns emellertid redan i LRV (12 § andra och tredje meningarna). Dessa föreslås inte ändrade. Det föreslagna tillägget till 15 § synes därför inte fylla någon funktion. Lagrådet föreslår att tillägget utgår.

#### 17 §

I paragrafens första stycke finns bestämmelser om upphörande av rättspsykiatrisk vård i samband med avvisning, utvisning och utlämning. I denna del hänvisas i remissförslaget till 29 § första och andra styckena LPT. Om Lagrådets förslag beträffande 29 § LPT följs erfordras ingen ändring av 17 §.

#### 21 c §

I denna paragraf har tagits in bestämmelser om medverkan av nämndemän i kammarrätt. Paragrafen bör i tydlighetens intresse ges en annorlunda utformning. Lagrådet föreslår att paragrafen ges följande lydelse.

"Vid handläggningen i kammarrätten skall nämndemän ingå i rätten vid prövning av mål som avses i 18 § första stycket 1 samt i mål enligt 18 § första stycket 3 eller 4, i fall då vården är förenad med särskild utskrivningsprövning."

#### 22 b §

I paragrafen, som är ny, föreslås regler om att vederbörande åklagare skall kunna ansöka om att länsrätten återkallar vissa angivna beslut rörande tillstånd till vistelse utanför sjukvårdsinrättningen m.m. såvitt avser



patienter som genomgår rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning. Som en kategori av sådana beslut anges medgivande för chefsöverläkaren att ge tillstånd till vistelse utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område. Vid en jämförelse med 20 §, vari regleras vilka beslut enligt lagen som får överklagas av allmän åklagare, kan konstateras att någon rätt för åklagaren att överklaga denna typ av beslut inte föreligger. Någon ändring i denna del föreslås inte i remissen. Enligt Lagrådets mening kan det emellertid leda till egendomliga konsekvenser om åklagaren, samtidigt som han inte har rätt att överklaga det ursprungliga beslutet av länsrätten, ges rätt att ansöka om återkallelse av beslutet (jfr 33 § förvaltningsprocesslagen). Lagrådet anser därför att åklagarens befogenhet bör avgränsas på likartat sätt i de båda lagrummen. Detta kan ske antingen genom att den angivna kategorin beslut utgår ur 22 b § eller genom att en komplettering görs av 20 §.

Lagrådet föreslår vidare att inledningen av paragrafen utformas enligt följande.

"I fråga om den som genomgår rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning får allmän åklagare ansöka om att länsrätten upphäver beslut om ..."

Den nu föreslagna lydelsen innebär att någon viss åklagare inte utpekas som i första hand behörig att göra ansökan. Frågor om vilken åklagare som skall vara behörig bör avgöras enligt allmänna principer samt föreskrifter för åklagarväsendet.

#### 26 a §

Paragrafen skall ge möjlighet för chefsöverläkaren att informera en patients stödperson eller patientnämnden om förhållanden av betydelse för stödpersonens säkerhet. I remissen behandlas inte frågan om hur denna möjlighet till information förhåller sig till sekretesslagens bestämmelser om sjukvårdssekretessen enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen. Det kan konstateras att det i sista stycket av den paragrafen sägs att uppgifter får lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i bl.a. LRV. Denna bestämmelse ger möjlighet för chefsöverläkaren att informera en stödperson även utan patientens samtycke till uppgiftslämnandet. Däremot torde det inte utan sådant samtycke vara lagligt att lämna uppgifter till patientnämnden som inte är någon enskild utan en myndighet (jfr 1 kap. 3 och 5 §§ och 14 kap. 1–3 §§ sekretesslagen). Det anmärkta problemet löses om man i paragrafen byter "får" mot "skall". Det föreligger i så fall en sådan uppgiftsskyldighet enligt lag som till följd av 14 kap. 1 § sekretesslagen ger stöd för uppgiftslämnandet. Rent materiellt sett synes en sådan ändring också vara bra. Det torde inte böra förekomma att chefsöverläkaren i avsedda situationer, där det är viktigt för en stödpersons säkerhet att denne får information om patienten, underlåter att lämna uppgifterna.

*Övergångsbestämmelserna*

Prop. 1999/2000:44

Bilaga 5

Beträffande *punkterna 2 och 4* hänvisar Lagrådet till det som sagts om motsvarande punkter i remissförslaget angående LPT.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 20 januari 2000

Närvarande: statsministern Persson, ordförande, och statsråden Hjelm-Wallén, Freivalds, Thalén, Winberg, Ulvskog, Lindh, Sahlin, von Sydow, Klingvall, Pagrotsky, Östros, Messing, Engqvist, Rosengren, Larsson, Wärnersson, Lejon, Lövdén

Föredragande: statsrådet Engqvist

---

Regeringen beslutar proposition 1999/2000:44 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård