

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom beslut den 9 november 1995 bemyndigade regeringen dåvarande chefen för Socialdepartementet Ingela Thalén att tillkalla en parlamentarisk kommitté med uppdrag att utvärdera lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). I kommitténs uppdrag ingick 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.

Med stöd av bemyndigandet utsågs den 1 januari 1996 kammarrättslagmannen Margit Kärrström till ordförande. Till övriga ledamöter utsågs riksdagsledamöterna Christel Anderberg (m) och Karin Israelsson (c), vårdläraren Elina Linna (v), riksdagsledamöterna Christina Pettersson (s), Birthe Sörestedt (s) och Conny Öhman (s) (samtliga fr.o.m. den 10 februari 1996). Dessutom utsågs till ledamot i kommittén biträdande överläkaren Lars Davidsson (fp) fr.o.m. den 1 april 1996.

Till sakkunniga förordnades fr.o.m. den 10 februari 1996 professorn Anders Forsman, kammarrättsassessorn Christian Groth, departementssekreteraren Anna-Carin Kandimaa, medicinalrådet Börje Lassenius, numera biträdande chefsjuristen Lars Sjöström samt numera rådmannen Bodil Stelzer. Den 1 januari 1997 entledigades Anna-Carin Kandimaa från sitt uppdrag. Samma dag förordnades departementssekreteraren Anders Andersson som sakkunnig. Anders Andersson entledigades från sitt uppdrag den 4 augusti 1997 och samma dag förordnades departementssekreteraren Per-Erik Rinsell som sakkunnig. Till experter förordnades fr.o.m. den 10 februari 1996 tidigare socialdirektören och numera verkställande direktören Anders Blom, socialpolitiske sekreteraren Kjell Broström, numera chefsåklagaren Agneta Isborn Lind, professorn Lars Jacobsson, förbundsjuristen Magnus Ljungstedt, juristen Ulla Lönnqvist Endre, hovrättsrådet Göran Rosenberg, byrådirektören Bert Sundström samt fr.o.m. den 15 maj 1996 polisintendenten Staffan Tilling. Den 10 april 1997 entledigades Magnus Ljungstedt från sitt uppdrag. Samma dag förordnades förbundsjuristen Petra Sjöberg som expert.

Till sekreterare förordnades fr.o.m. den 1 januari 1996, kammarrättsassessorn Birgitta Henriksson och, fr.o.m. den 1 juli 1996, stabs-

juristen Ingmar Hammer. Kommitténs sakkunnige Börje Lassenius har medverkat vid utformningen av avsnitten 3.1 och 3.2. i betänkandet.

Kommittén, som har antagit namnet Tvångspsykiatrikommittén, har tidigare avgett delbetänkandet Vårdavgifter vid rättspsykiatrisk vård, m.m. (SOU 1996:141).

Härmed överlämnas kommitténs slutbetänkande Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård (SOU 1998:32).

Till betänkandet fogas särskilda yttranden av ledamöterna Christel Anderberg, Lars Davidsson och Elina Linna samt av experterna Anders Blom, Kjell Broström, Ulla Lönnqvist Endre och Petra Sjöberg.

Uppdraget är härigenom slutfört.

Stockholm i mars 1998

Margit Kärrström

Christel Anderberg Lars Davidsson Karin Israelsson

Elina Linna Christina Pettersson Birthe Sörestedt

Conny Öhman

/Birgitta Henriksson /Ingmar Hammer

Innehållsförteckning

<i>Förkortningar</i>	11
<i>Sammanfattning</i>	13
<i>Summary</i>	29
<i>Författningsförslag</i>	45
1 <i>Inledning</i>	79
1.1 Utredningsuppdraget	79
1.2 Inriktningen av utredningsarbetet	79
2 <i>Bakgrund</i>	83
2.1 Allmänt om den nya lagstiftningen	83
2.1.1 Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård	83
2.1.2 Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård	92
2.2 Internationella jämförelser	98
2.2.1 Konventioner m.m.	98
2.2.2 Nordiska länder	105
2.2.3 Andra europeiska länder	113
2.3 Konventioner — Etiska regler	116
3 <i>Utvecklingen av tvångsvården</i>	117
3.1 Inventering av patienter med permission enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)	117
3.2 Avslutade vårdtillfällen enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) under tiden första oktober 1996 till sista mars 1997	131
3.3 Handläggning av psykiatrimål i länsrätterna	146
3.3.1 Inledning	146
3.3.2 Förekomsten av olika sakfrågor m.m.	147
3.3.3 Offentligt biträde	151
3.3.4 Stödperson	158
3.3.5 Sakkunnig	161
3.3.6 Åklagarnas roll	166
3.3.7 Utgång i målet	169

3.3.8	Allmänna synpunkter från länsrätterna beträffande tillämpningen av LPT och LRV	176
3.3.9	Några avslutande och sammanfattande synpunkter	177
4	<i>Synpunkter på tvångsvården</i>	179
4.1	Synpunkter från patienter och anhöriga vid hearing	179
4.1.1	Synpunkter från patienter	179
4.1.2	Synpunkter från anhöriga	181
4.2	Enkät till polismyndigheter	182
4.2.1	Inledning	182
4.2.2	Verkställande av handräckning	183
4.2.3	Omfattningen av handräckning	183
4.2.4	Tillfälligt omhändertagande	184
4.2.5	Övriga synpunkter när det gäller biträde av polismyndigheter	185
4.2.6	Tiden som polisen kvarstannar på sjukvårds- enheten	186
4.2.7	Övriga synpunkter	186
4.3	Synpunkter från förtroendenämnder m.fl.	187
5	<i>Effekter av den nya psykiatriska tvångslagstiftningen</i> — <i>utgångspunkter för förändringar</i>	193
5.1	Inledning	193
5.2	Patientens rättssäkerhet	193
5.3	Allmänt om användningen av tvångsvård enligt LPT	196
5.4	LRV och samhällsskyddet	198
5.5	Situationer då effekten blivit liten trots lagändring	199
5.6	Förhållandet psykiatri) socialtjänst) rättsvårdande myndigheter	199
5.7	Allmänna utgångspunkter för översynen	201
5.8	Något om patientens rättigheter och vårdens innehåll	203
6	<i>Intagningsförfarandet vid psykiatrisk tvångsvård</i>	207
6.1	Inledning	207
6.2	Intagningsförfarandet	208
6.2.1	Intagning enligt LPT	208
6.2.2	Intagning enligt LRV	211
6.2.3	Ingripande och biträde av polis	213
6.3	Tillämpningsproblem	214
6.3.1	Förekomsten av tvångsåtgärder före intagningsbeslut	214
6.3.2	Ingripande och biträde av polis	215
6.3.3	Privat verksamma läkare och kommunala vårdavtal	217

6.4	Överväganden och förslag	218
6.4.1	Särskild reglering av tvångsåtgärder som får användas innan frågan om intagning för tvångsvård har avgjorts	218
6.4.2	Rätt för privat verksamma läkare att få biträde av polis	221
7	<i>De allmänna förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT</i>	223
7.1	Inledning	223
7.2	Något om bakgrunden	224
7.3	Gällande bestämmelser	227
7.3.1	Allmänt	227
7.3.2	Allvarlig psykisk störning	227
7.3.3	Oundgängligt behov av heldygnsvård på sjukvårdsinrättning	228
7.3.4	Samtycke till vård	229
7.4	Tillämpningsproblem — behov av förändringar	230
7.5	Överväganden och förslag	234
7.5.1	Allmänt	234
7.5.2	Allvarlig psykisk störning	235
7.5.3	Begreppet heldygnsvård på sjukvårdsinrättning	238
7.5.4	Samtycke till vård	239
8	<i>Övergång från frivillig vård till tvångsvård</i>	243
8.1	Inledning	243
8.2	Historik	243
8.3	Gällande bestämmelser	246
8.4	Förekomsten av konverteringar efter LPT:s tillkomst	247
8.5	Överväganden och förslag	248
9	<i>Stödpersoner</i>	255
9.1	Inledning	256
9.2	Gällande bestämmelser	256
9.3	Resultatet av olika utvärderingar	257
9.4	Redovisning av synpunkter från bl.a. patienter och stödpersoner	259
9.5	Redovisning av enkät till samtliga förtroendenämnder	261
9.6	Överväganden och förslag	264
9.7	Särskilt om information till stödpersoner	271
9.8	Stödperson behövs inte vid LVU-vård	272

10	<i>Behandlingen under tvångsvård</i>	275
10.1	Inledning	276
10.2	Gällande rätt m.m.	276
10.2.1	HSL	276
10.2.2	LPT och LRV	277
10.2.3	Vissa bestämmelser i LRV	284
10.2.4	Häkteslagen	285
10.3	Förekomsten av behandlingsplanering och tvångs- åtgärder	285
10.3.1	Behandlingsplanering	285
10.3.2	Tvångsåtgärder	287
10.4	Överväganden och förslag	289
10.4.1	Behandlingsplanering	289
10.4.2	Tvångsåtgärder	293
11	<i>Permission — öppen vård med särskilda villkor</i>	309
11.1	Inledning	311
11.2	Gällande rätt	311
11.2.1	Permission vid vård enligt LPT	312
11.2.2	Permission vid vård enligt LRV	314
11.2.3	Gemensamma bestämmelser	316
11.2.4	Rättspraxis	317
11.3	Behov av förändringar	318
11.4	Överväganden och förslag	323
11.4.1	Allmänt	323
11.4.2	Förslag avseende vård enligt LRV	329
11.4.3	Förslag avseende vård enligt LPT	336
11.5	Särskilt om delegationsreglerna	341
11.6	Frigång och permission för intagna i kriminalvårds- anstalt som vårdas enligt LRV	342
12	<i>Upphörande av LRV-vård</i>	347
12.1	Inledning	347
12.2	Gällande rätt m.m.	348
12.2.1	Den straffrättsliga regleringen	348
12.2.2	Reglerna om upphörande av vård i LRV	349
12.2.3	Rättspraxis	350
12.3	Straffansvarsutredningens förslag	352
12.4	Samhällsskydd och vårdbehov	354
12.4.1	Några utgångspunkter	354
12.4.2	Statistiska uppgifter	355
12.4.3	Kommunernas roll	358
12.5	Överväganden och förslag	360

13	<i>Frigång</i>	365
13.1	Gällande bestämmelser	365
13.2	Effekterna av lagändringen år 1995 m.m.	365
14	<i>Verkställighet av utvisningsbeslut beträffande personer som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning</i>	369
14.1	Inledning	369
14.2	Gällande bestämmelser	370
14.2.1	Vissa bestämmelser i utlänningslagen m.m.	370
14.2.2	Bestämmelser i LSPV	371
14.2.3	Bestämmelser i LRV	372
14.3	Tillämpningsproblem	374
14.4	Överväganden och förslag	376
15	<i>Processuella frågor.</i>	383
15.1	Domstolens sammansättning i psykiatrimål samt användning och behov av sakkunniga	383
15.1.1	Inledning	383
15.1.2	Gällande rätt	383
15.1.3	Resultatet av målundersökningar i länsrätterna m.m.	385
15.1.4	Överväganden och förslag	386
15.2	Partsställningen i psykiatrimål	389
15.2.1	Gällande rätt	389
15.2.2	De nya reglerna om tvåpartsprocess i de allmänna förvaltningsdomstolarna	389
15.2.3	Socialstyrelsens utvärdering	392
15.2.4	Överväganden och förslag	392
15.3	Åttadagarsregeln	394
15.3.1	Gällande rätt	394
15.3.2	Tillämpningsproblem	395
15.3.3	Överväganden och förslag	395
15.4	Övriga processuella frågor	396
15.4.1	Åklagarens anmälningsskyldighet i kammarrätt enligt 20 § andra stycket LRV	396
15.4.2	Utgångspunkt för beräkning av frister m.m.	397
15.4.3	Underrättelse till polismyndighet beträffande vissa LRV-patienter.	398
15.4.4	Underrättelse till målsäganden i vissa fall	399
16	<i>Något om behovet av tvång beträffande psykiskt störda som inte omfattas av LPT eller LRV</i>	401
17	<i>Ekonomiska konsekvenser</i>	405

18	<i>Författningskommentarer</i>	411
18.1	Förslaget till ny lag om psykiatrisk tvångsvård	411
18.2	Förslaget till ny lag om rättspsykiatrisk vård	430
18.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall	447
	<i>Särskilda yttranden</i>	449
	<i>Bilaga: Kommittédirektiv 1995:140</i>	469

Förkortningar

BrB	Brottsbalken
FPL	förvaltningsprocesslagen (1979:291)
HSL	hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
JO	Justitieombudsmannen
KvaL	lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt
LPT	lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRU	lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning
LRV	lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
LSPV	lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall
LVM	lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
LSS	lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktions- hindrade
NOU	Norges offentliga utredningar
O-fall	Patienter som gjort mot annans säkerhet riktad handling, för vilken åtal inte väckts eftersom vård kommit till stånd enligt LSPV. Vid införandet av LRV överfördes O-fallen till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.
prop.	proposition
RHL	rättshjälpslagen (1972:429)
Riks-IFS	Intresseförbundet för schizofrena
RSMH	Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
SoL	socialtjänstlagen (1980:620)

SFS	Svensk författningssamling
SOSFS	Socialstyrelsens Författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar
SUP	särskild utskrivningsprövning
SvJT	Svensk Juristtidning

Sammanfattning

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.

Effekter av den nya lagstiftningen — utgångspunkter för översynen

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 klagande.

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 inlednings-skedet i stället för att det först prövas 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 underställas 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 stödperson 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 anmälningsskyldigheten 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 underrättelseskyldighet 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 vårdtillfällen. 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 individuell 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 förutsättning-

ar 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 hävdade 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.

Verkställighet av utvisningsbeslut beträffande personer som vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning

I nuvarande lagstiftning föreskrivs att om beslut om avvísning, 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 handlägningsordning 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 införs 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.

Summary

The Committee's terms of reference require it primarily to address the question of whether the legislation has achieved its basic purpose — that is to say, whether the use of involuntary care, coercive measures and transition to involuntary care has declined as intended and whether legal protection of the patient has been strengthened. In addition, the Committee is to analyse and evaluate the existing rules and their implementation with regard to public safety or the personal safety or physical or mental health of other persons, including the rules relating to discharge, parole and probation. The Committee is also to study the conflict which can occur, and its consequences for the individual patient, when, owing to the prosecutor's assessment of public safety and the senior consultant's assessment of the need for care, patients whose medical treatment is deemed to have been completed cannot be discharged. Furthermore, the Committee is to observe possible problems relating to implementation of the legislation in the broad sense, investigate ways in which the supply of information by advisory boards and health and medical services generally to supportive persons could be improved, and carry out an editorial review of the legislation, aimed at enhancing its lucidity.

The development of involuntary care

The Committee has conducted a survey of cases in all county administrative courts, with reference to all psychiatry cases decided by these courts between 4th and 22nd November 1996 inclusive. In addition, the National Board of Health and Welfare, acting on behalf of the Committee, has collected particulars of all LPT (the Compulsory Mental Care Act) placements concluded between 1st October 1996 and 31st March 1997 and has compiled an inventory of patients on parole under LPT and LRV (the Forensic Mental Care Act) on 30th September 1996.

The total number of psychiatry cases coming before the county administrative courts fell from 12,222 in 1993 to 11,589 in 1996. The actual decline concerns LPT cases only, whereas the number of LRV cases has increased somewhat. The survey of county administrative court cases focused on a number of specific questions, such as the

questions of fact that were dealt with, the appointment or otherwise of public counsel and expert adviser, the proportion of applications allowed, the outcome of the case and the role of the prosecutor.

The inventories by the National Board of Health and Welfare show the number of LPT in-patients to have declined steeply since LPT came into force. Thus it was 1,933 on a given day in 1991, falling to 1,114 on a given day in 1994 and 931 on a given day in 1997. The number of LPT placements also fell steeply between 1988 and 1993, namely from 10,259 to 7,730. This, however, has been followed by a certain increase. Thus in 1996 there were 8,771 LPT placements. But the number appears to have declined somewhat during the first two quarters of 1997.

The number of LRV in-patients also shows something of a decline between 1991 and 1994, namely from 817 to 736. This, however, has been followed by a resurgence, and an inventory in March 1997 showed 770 LRV in-patients.

Effects of the new legislation — points of departure for the review

It is our opinion that, since the new legislation came into force, involuntary care has diminished to the extent appropriate and possible in the present situation. A further reduction is desirable *per se* but is contingent on measures being taken to improve the overall quality of psychiatric care and on out-patient psychiatric care and municipal social services being given resources and possibilities for variously helping and supporting persons with mental disorders.

Our contacts have given us the impression that the new legislation is quite generally considered to have strengthened legal protection. This is not to say that more cannot be done to improve legal safeguards, especially in those areas where the new legislation has little effect. The legal protection of the patient must of course be a crucial consideration in the framing of coercive psychiatric legislation, but it is also important that legislation of this kind should include rules making provision for public safety. The LRV rules concerning the role of the prosecutor and the adjudication by the county administrative court of paroles and discharge for patients committed by the courts subject to special discharge assessment have, in our opinion, also resulted in additional protection for society. But, since the rules catering for public safety are liable to come into conflict with the legal protection of the patient, it is important to achieve a judicious balance between these two interests.

However, it is not only juridical or formal legal protection that

matters. Great importance also attaches to the availability of care, the content of care and the response which the patient meets with. New rules added recently to the Health and Medical Services Act (HSL) imply greater insistence on care being provided with respect for human equality and for the dignity of the individual. Lately, the legal protection of the patient and his or her status in care have been points of growing emphasis in medical care generally. We wish to underline that these viewpoints obviously also apply to patients receiving involuntary psychiatric care. Given the vulnerable position of these patients, it is especially important that they should receive the help and support they need, in both personal and legal matters. Special attention must therefore be paid to the situation of involuntary patients in the framing of psychiatric quality systems and care programmes. Special attention should also be devoted to the situation of these patients by the National Board of Health and Welfare, acting in a supervisory capacity.

The placement procedure

Neither LPT nor LRV provides any statutory support for involuntary treatment or the use of any other coercive measures before a involuntary care order can be made. Thus personnel can only resort to coercive measures with reference to the provisions of the Penal Code concerning non-liability when an action normally constituting a crime is performed in an emergency or in self-defence. Once a detention order has been made, however, it becomes possible for personnel to intervene in order to prevent the patient from leaving the medical establishment or that part of the establishment where the patient is to be placed. On the other hand, there is no statutory definition of the measures which may be taken by personnel in order to prevent the patient from leaving the establishment.

We realise that coercive measures sometimes have to be taken before a placement order for involuntary care has been made. It is unsatisfactory that measures of this kind can only be taken with reference to the provisions of the Penal Code concerning exemption from criminal liability, and LPT ought therefore, in our view, to be made to include provisions permitting involuntary treatment and other coercive measures to be resorted to in acute situations occurring before a placement order has been made by an authorised physician. We therefore propose that the rules concerning restraint, isolation, intimate body search and superficial body search applicable during involuntary care also be made to apply pending a placement order, and that it be possible for decisions of this kind to be made by a physician on duty. Needless to say, this faculty must be very restrictively applied. we also propose that treatment

prior to the placement order be made permissible if there is an imminent danger to the life or health of the patient. we wish to emphasise that the rules thus proposed do not imply any additional scope for the use of coercion: they merely serve to elucidate the rules at present in force.

It is also our opinion that the measures permissible in order to prevent the patient from leaving the precincts of the establishment should be defined as closely as possible, and we recommend the inclusion in LPT of a rule to the effect that such force may be used as is defensible in order to prevent the patient from leaving the precincts of the establishment or in order to make due provision for security in the care. This provision too is merely an elucidation and does not imply any additional scope for the use of coercion in care.

Care certificates can be issued by both public and private medical practitioners. Private practitioners, however, may carry out a certification examination only where possible with the patient's informed consent, whereas a physician in public practice is entitled to take the patient in charge and to obtain police assistance if the patient does not consent to the examination.

It is quite common nowadays for medical authorities to conclude agreements with private care providers, whereby the latter are to be responsible for offering medical care to the population of a geographical area, e.g. by running a health centre or an out-patient psychiatric reception. At present, tasks implying the exercise of public authority may not be entrusted to private care providers. If, then, a certification examination cannot be performed with the patient's informed consent, a private medical practitioner can enlist the aid of a physician in public practice in order to bring about an examination or obtain police assistance. We find this an unsatisfactory state of affairs, and we therefore recommend that authorised physicians who, by agreement with a medical authority, are to carry out certification examination also be empowered to order detention for certification examination and to request police assistance.

General prerequisites of involuntary care under LPT

It is above all relatives of persons with mental disorders who have stated that, in their opinion, the threshold for involuntary placement in psychiatric care is too high. In our view, however, the problems described are to a great extent connected with deficiencies in the effect given to the legislation, and we wish to recall that, in cases of explicit threats to or harassment of next-of-kin or other persons, the existing legislation already includes a special provision whereby an order can be made for involuntary placement.

As regards the term “serious mental disorder“, there do not, where LPT is concerned, appear to be any direct problems of implementation connected with the technical construction of this legal concept, and so there is no reason why a new pathological term should be introduced.

As regards the expression “admitted to a medical establishment for whole-day care“, one finds that a different term, namely “qualified 24-hour psychiatric care“, is employed in the Medical Care (Financial Liability of Municipal Authorities) Act. It is important that legislation should as far as possible employ uniform terminology for identical matters. For this and other reasons, it is our opinion that the term “qualified 24-hour care“ should also be employed in LPT.

The criterion that involuntary care may only be provided if the patient opposes the care or is manifestly incapable of expressing an informed standpoint in the matter has proved to entail problems of legal implementation. It is above all the question of when the patient can be deemed manifestly incapable of expressing an informed standpoint that causes problems, especially in cases where the patient’s attitude to the care is ambivalent.

Thus the existing provision refers to the patient’s condition and means that, in particularly severe pathological states, the patient’s wishes can be disregarded. One may ask whether such a gradation of patients in the assessment of consent is necessary and appropriate. The most important thing is for the patient to receive the necessary care, and whether the patient’s consent at the time of assessment means that such care can be provided. We therefore recommend framing the rule of consent in such a way that involuntary care may be provided if the patient opposes the care or if, as a consequence of his mental state, care presumably cannot be provided with his consent.

Transition from voluntary to involuntary care

The question of transition from voluntary to involuntary care, has been and remains much debated. With the passing of LPT, a danger requisite was introduced as a precondition for transition being permissible. Thus, over and above the other prerequisites of involuntary care, transition is conditional on the patient, as a consequence of his mental disorder, being liable to inflict serious injury on himself or another person. No care certificate is issued in connection with transition to involuntary care, which accordingly is not subject to assessment by two physicians, though on the other hand the senior consultant must apply to the county administrative court within four days for permission for involuntary care to continue.

The new danger requisite has not entailed any significant decline in

the number of transitions, and it is found difficult to apply. There has been criticism both of the faculty of transition as such and of the restriction on the scope for transition which the danger requisite implies.

There are strong arguments both for and against transition to involuntary care. As an objection to transition one can argue that it is wrong, in terms of principle, for a subsequent involuntary care order to be possible in the case of a person who has requested voluntary care. Then again, the prospect of voluntary care being made involuntary may deter people with mental disorders from seeking help, for fear of being subjected to involuntary care later on. On the other hand it is unsatisfactory, from a humanitarian viewpoint, when a voluntary patient who is severely ill and meets the general criteria for involuntary care has to be discharged and in this way perhaps deprived of all care. If transition is an option, this can also facilitate the handling of placement decisions in cases where, owing to the patient's hesitancy, it is doubtful whether he is willing to receive necessary care. Failing the possibility of transition in cases of this kind, involuntary care is liable to be ordered right from the beginning, to be on the safe side, instead of first investigating the possibility of care being provided on a voluntary basis.

Most considerations, in our view, argue in favour of transition as an option. But a transition provision must guarantee a high standard of legal protection. The existing statutory rule, laying down a danger requisite in order for transition to be permissible, has been found wanting, and the existing rules are therefore in need of amendment.

One way of strengthening legal protection and preventing abuse is for the decision-making process itself to be hedged about with stronger guarantees of legal protection than at present. This can be done by introducing examination by two physicians and tightening up the requirement of adjudication by a court of law. We therefore recommend that the special danger requisite be abolished and that the possibility be introduced of issuing a care certificate at the medical establishment. The care certificate should be promptly examined by the senior consultant, whereupon the placement order shall be submitted, not later than the following day, to the county administrative court for adjudication. If the senior consultant finds cause for continuing involuntary care, he shall file an application to this end with the county administrative court within four days. In that the order has to be submitted immediately for adjudication by the county administrative court, all transitions from voluntary to involuntary care will be made subject to judicial appraisal.

Supportive person

Patients who come to be considered for involuntary psychiatric care are

in a highly vulnerable position and often bereft of viable social networks, and so it is very important that they should have access to a supportive person — a “supportive person“ — who can assist them in their everyday contacts with the world outside the hospital. Thus it is essential for the patient to be offered the services of a supportive person.

The latest follow-up by the National Board of Health and Welfare of concluded cases shows that supportive persons are still only being appointed for a limited proportion of persons placed in involuntary care. The number of patients not offered supportive persons has declined considerably since the Board's previous evaluation, but there are still very few patients in involuntary care for whom supportive persons are appointed. This may be partly due to many patients being placed in care for such a short time that they see no point in having a supportive person or time does not permit a supportive person to be appointed for them, but the available material shows the number of involuntary patients receiving supportive persons to be so small as to suggest that the opportunity is not given to all patients who would like to have it.

We therefore propose that the information supplied to senior consultants concerning the patient's entitlement to a supportive person be intensified through the agency of the National Board of Health and Welfare. In our contacts with the advisory boards we have found their routines for the appointment of supportive persons to vary, and we therefore recommend that the advisory boards be informed, through the Federation of County Councils, of the importance of co-ordinating their routines in this respect. In his report, as part of his duty of notifying the advisory board, the senior consultant shall also indicate the patient's attitude in the matter of appointing a supportive person. The patient's attitude shall also be entered in his medical record. If it has not been possible for the patient's attitude to be stated in the report to the advisory board, the latter shall contact the patient or his representative to inquire concerning the patient's attitude.

We also recommend that it be made possible for the appointment of supportive person to continue for a month after the patient has been discharged, after which, though subject to the consent of patient and supportive person, the advisory board shall be duty bound to inform the social services. The social services, acting in consultation with the patient and supportive person, shall then decide whether the supportive person is to be appointed as representative.

The supportive person shall retain his appointment after care in the medical establishment has given way to the kind of out-patient care on special conditions which we propose in Chap. 11.

We further propose that LRV be made to include a provision to the effect that, where special considerations of the supportive person's safety so demand, the senior consultant shall disclose necessary

information to the supportive person or the advisory board.

Treatment during involuntary care

Various follow-ups have revealed shortcomings in the planning of treatment in connection with involuntary psychiatric care. A treatment plan is not always drawn up as prescribed in LPT. There are also serious shortcomings with regard to both the quality and the documentation of treatment planning.

That which is now termed a treatment plan ought in our opinion to contain not only purely medical treatment measures but also measures which include nursing and measures by social services. We therefore recommend that the term "care plan" be substituted for "treatment plan". In view of the present shortcomings, we propose that the purpose of the care plan should be made clear in LPT and LRV. It should be stipulated that a care plan is to be drawn up, showing the treatment and other measures judged necessary in order for the purpose of involuntary care to be achieved and in order for the patient to be capable of living in the community after the involuntary care is concluded. It should also be stipulated that a care plan is to be recurrently reappraised and when necessary revised.

The legislation ought in our opinion to include certain basic requirements concerning the content of a care plan. Exact requirements, on the other hand, are by nature unamenable to statutory regulation, and should therefore be defined by means of an Ordinance or official regulations instead.

The follow-up by the National Board of Health and Welfare of placements concluded in 1996 and 1997 shows the use of coercive measures to have increased in connection with care pursuant to LPT. Above all, it is involuntary medication that is being used in a greater proportion of cases. It is hard to tell, however, whether these figures point to an actual growth in the use of coercive measures or whether the increase is due to differing views in psychiatry concerning what is to be reported as involuntary medication. The increase can also be put down to differing cultures, attitudes and approaches in psychiatry concerning the use of coercive measures, but there is also much to suggest that resource deployment, organisational and other conditions in medical care generally are of importance.

We see no cause for a statutory proposal entirely prohibiting any particular form of treatment, and it is difficult to achieve a more precise statutory definition of the occasions when different coercive measures may be resorted to. On the other hand, we do feel that a general provision should be enacted whereby

- coercive measures may be used only if the patient cannot be induced, through individualised information, to participate of his own free will,
- coercive measures may not be used to a greater extent than is necessary in order to render the patient capable of voluntarily participating in the requisite care and of receiving the support which he needs,
- the use of coercive measures shall be reasonable in proportion to what should be achieved through the measure taken,
- less intrusive measures are to be employed if sufficient, and
- coercive measures shall be exercised as gently as possible and with the greatest possible consideration towards the patient, so that he will not be subjected to any unnecessary infringement of his dignity and privacy.

We also feel that there is cause for medical authorities to carry out an internal audits of psychiatric activity and, on the basis of these audits, to take measures of qualitative improvement aimed at counteracting the use of involuntary care and reducing the use of coercive measures. Among other things, the medical authorities should ensure that the activities concerned have the personnel necessary for the provision of good care to be possible, and that the activities have in-built quality management systems of such a kind that the care is of the highest possible quality and that legal safeguards and public safety are duly provided for. We are further of the opinion that the medical authorities should ensure that the care of persons with serious mental disorders receives the highest priority.

The National Board of Health and Welfare should lay down national guidelines for equivalent, scientifically based care of persons with serious mental disorders and should actively promote the introduction of quality management systems for the effective self-control and development of coercive psychiatric care activities.

Parole — out-patient care on special conditions

Parole for the residue of placement time is a phenomenon specific to involuntary psychiatric care. It does not occur in any other form of health care or medical treatment. The possibility of this kind of parole has been introduced in order to ease the transition from involuntary care to care on a voluntary basis. The provision concerning parole for the residue of placement time, however, does not tally well with the provisions indicating the conditions which have to be met in order for involuntary care to be permissible. This is especially the case with LPT, where one of the requirements for involuntary care is for the patient to be in absolute need of psychiatric care which cannot be provided in any

other way except by placement in a medical establishment for 24-hour care.

Particulars we have obtained concerning the use of parole in care under LPT and LRV show that it is used to a very great extent. But the number of persons on parole in 1996 is only a fraction of the number provisionally discharged from care under LSPV (the Compulsory Mental care (Certain Cases) Act) in 1988. The inventory showed, however, that 13 per cent (43 patients) of the LPT patients on parole were paroled for over a year and that 12 were paroled for over three years. Of the LRV patients subject to special discharge assessment and on parole, 34 per cent (84 patients) were paroled for more than a year.

Thus parole under LPT and LRV has also come to be used to a greater extent or for longer than ought to be the case and in this way has also come to serve other purposes than that of preparing for a transition to voluntary care. At the same time we feel it is necessary for the law to provide the opportunity of a longer or shorter period of follow-up after care in a medical establishment has been concluded especially where LRV patients are concerned. Given this background, a review of the provisions concerning parole is called for.

We therefore recommend that the possibility of parole during the residue of the placement period be abolished. Parole during involuntary care should be used in the same way as in other in-patient health care or medical treatment, i.e. it should be given for a particular occasion and for a fixed term. It is our opinion that a new form of involuntary care, namely out-patient care on special conditions, should be introduced for patients in need of prolonged follow-up after their care in a medical establishment has been concluded.

A transfer to out-patient care on special conditions means the replacement of hospital-based care with care in the patient's own home or elsewhere away from the medical establishment. In the case of patients receiving care under LPT, we assume that out-patient care on special conditions will come into question in exceptional cases only. This also applies to LRV patients who are being cared for without special discharge assessment. In the case of LRV patients with special discharge assessment, on the other hand, the normal practice should be for hospital-based care to be replaced with a period of out-patient care on special conditions. LRV patients not committed by a court for forensic psychiatric care do not come under the rules of out-patient care. The conditions which may come into question should concern care and treatment, housing, occupation, prohibition of intoxicants etc. Even though involuntary measures will not be permissible during out-patient care, the introduction of the possibility of such care presupposes careful consideration, having regard to the infringement which the conditions imply of constitutional rights and liberties. Orders for out-patient care

on special conditions should therefore be made by the county administrative court, so as to strengthen the legal protection of the patient.

In order for out-patient care to serve a real purpose, careful planning and investigation are necessary concerning the measures which the patient needs in out-patient care and the conditions which have to be made. This requires the municipalities to play an active part, providing measures under the Social Services Act (SoL) and LSS (the Support and Services (Certain Functionally Impaired Categories) Act). Co-ordinated planning and follow-up of measures taken by the county council and municipality must be insisted on. To this end, the agencies concerned shall draw up a co-ordinated care plan. A special investigation shall be carried out to assess the risk of recidivism and the measures required for public safety.

We recommend that the county administrative court be empowered to make orders for out-patient care on special conditions for LPT patients when the following requirements are satisfied.

1. The patient is still suffering from a serious mental disorder.
2. The patient is in continuing need of psychiatric care which can be provided by other means than that of placement in a medical establishment and, having regard to the patient's mental condition, his personal circumstances generally or the personal safety or physical or mental health of another, it is necessary that he comply with special conditions with regard to care and treatment, housing, occupation or other measures, and
3. The care and support which the patient needs cannot be accomplished with his informed consent.

In the case of patients receiving forensic psychiatric care by court order, the county administrative court may, when the care is provided without special discharge assessment, make an order for out-patient care on special conditions on the same terms as for patients receiving care under LPT. No special assessment concerning the existence of informed consent is of course necessary in the case of patients serving custodial sentences.

In the case of patients receiving forensic psychiatric care subject to special discharge assessment, partly different conditions have to apply, out of consideration for public safety. In cases of this kind it is sufficient for the patient still to be suffering from a mental disorder. It also has to be considered whether the patient must be placed in a medical establishment in view of the risk of a relapse into serious crime. An out-patient care order should only be possible when this is not the case. As regards the patient's need of care, the same rules shall apply as to other LRV patients. Special conditions shall also be prescribable in order to provide for public safety. It is important for the patient's criminal

proclivity to be taken into consideration during the investigation which has to be carried out before out-patient care on special conditions can be ordered.

An order for out-patient care on special conditions shall apply for six months from the assessment date. It should be possible for out-patient care to be prolonged for six months at a time if the preconditions for it are still satisfied. Special requirements shall apply to applications for the prolongation of care. When the preconditions no longer exist, the care shall be discontinued. These provisions shall apply to out-patient care under both LPT and LRV.

Re-admission to a medical establishment for care may come into question when the psychiatric care which the patient needs can no longer be provided on an out-patient basis. In the case of patients receiving care pursuant to LPT, re-admission shall be possible if the patient's mental condition and personal circumstances generally have changed in such a way that the preconditions for care in a medical establishment exist. The senior consultant may then order re-admission. No care certificate need be issued, but the senior consultant shall apply to the county administrative court without delay, and not more than four days after making the order, for consent to continuing care in a medical establishment.

A patient receiving forensic psychiatric care without special discharge assessment may be re-admitted to a medical establishment when his condition and personal circumstances generally have changed in such a way that the psychiatric care he needs can no longer be provided outside the medical establishment. In the case of patients receiving care with special discharge assessment, re-admission *shall* take place when the above stated conditions are satisfied. Re-admission, however, *shall* also take place if the patient does not observe the conditions which apply and this means that his placement in a medical establishment is justified by the risk of a relapse into serious crime. The same rules of procedure shall apply as for patients receiving care pursuant to LPT. A prosecutor shall, however, have the possibility of applying to the county administrative court for the re-admission of patients undergoing forensic psychiatric care with special discharge assessment.

We also propose certain changes with regard to probation and parole for inmates of prisons etc. who are receiving care under LRV. Thus we propose that permission for patients confined in prison and receiving forensic psychiatric care to leave the precincts of the medical establishment be decided by the National Prison and Probation Administration, even if the prisoner will then be accompanied by personnel. We further propose that decisions concerning probation for these patients be made by the National Prison and Probation

Administration, and that persons remanded in custody and undergoing forensic psychiatric care be able to obtain temporary permission, in exceptional cases, to leave the precincts of the medical establishment.

Termination of LRV care

In the course of our work we have encountered some criticism of the rules governing the termination of forensic psychiatric care with special discharge assessment, mainly on the grounds that psychiatric services are having to assume greater responsibility than is justifiable for public safety and that the rules of discharge in these cases are resulting in patients being detained in psychiatric establishments without really being in need of care. Studying the case law, one finds that often the reason why a patient cannot be discharged is that the court deems there to be a continuing risk of the patient, due to the disorder which prompted the special discharge assessment order, relapsing into serious crime. Another common reason why the patient cannot be discharged is that the patient's personal circumstances, e.g. with regard to housing, have not been settled in such a way as for discharge to be possible. In cases of this kind, certain municipalities have argued, with reference to a statement in the *travaux préparatoires* of the Financial Liability Act, that they are not liable for payment for as long as the patient is undergoing forensic psychiatric care.

By proposing out-patient care on special conditions, with the stipulation of coherent, co-ordinated planning of care by county councils and municipalities, we expect some of the problems now existing to be eliminated. When a patient has been transferred to out-patient care on special conditions and, accordingly, is no longer receiving care in a medical establishment, the municipalities, as we see it, are liable to pay for the measures which are required during out-patient care. The co-ordinated planning of care also requires the municipalities to be involved in preparations for transfer to out-patient care.

In order for a patient referred to forensic psychiatric care with special discharge assessment to be detained in care, it is not necessary for him to have a serious mental disorder: the existence of a mental disorder is sufficient. We have considered whether the rules concerning the termination of forensic psychiatric care with special discharge assessment could be amended in such a way that the care shall end as soon as the patient is no longer suffering from a serious mental disorder, but we have come to a conclusion that a change of this kind is not feasible at present. Most of the patients who can be detained under the current rules of LRV but, as the critics maintain, ought to be discharged are patients with personality disorders, often of a serious nature, who at

the time of committing the crime had, for example, an impulse irruption of a psychotic nature but, after a time, retain only their personality disorder. Often these are patients who have committed serious crimes and in serious danger of recidivism. Very often the risk of recidivism is greater for these patients than for those suffering from a serious mental disorder. No other form of involuntary care exists at present for these patients, and so the requirement that provision be possible for public safety precludes any change at present.

The existing legislation further requires that the mental disorder which prompted the special discharge assessment order no longer pose any risk of the patient relapsing into serious crime. Thus the risk required here has not in any way been qualified.

It should not, in our opinion, be the case that the slightest risk of recidivism can mean the patient being detained in a medical establishment for a long time. Nor, probably, was this the legislator's original intention. In practice, though, a fairly negligible risk has in certain cases been taken to justify a patient's detention in forensic psychiatric care. We have therefore considered the possibility, one way or another, of qualifying the risk which should be required, but we have decided against proposing any amendment on this point, partly because the rules of the Penal Code, concerning when a person shall be committed to forensic psychiatric care with special discharge assessment, only employ the term "risk".

However, by now proposing two forms of forensic psychiatric care, namely care of this kind in a medical establishment and out-patient care on special conditions, we open up the possibility of differentiating the recidivism risk according to the need for care. Thus a patient should not be detained in a medical establishment if the risk of recidivism can be counteracted through various measures in out-patient care. This assessment should not be based on a forensic gradation of the risk of recidivism but should be made in the light of various material concrete factors, e.g. previous criminal records, substance abuse problems or other social problems and the result of the care.

Enforcement of deportation orders concerning persons receiving care under LRV with special discharge assessment

As the law now stands, if a refusal of entry, deportation or extradition order has been made concerning a person receiving care pursuant to LRV, the involuntary care shall cease if a request to this end is made by the authority which is to enforce the order and the senior consultant

finds that the patient's condition allows the order to be enforced. Thus it is the senior consultant, not the county administrative court, who decides that care is to be discontinued in cases of this kind.

We have discussed whether the present handling procedure should be altered, but have come to the conclusion that it should not. We propose, however, that the law be more distinctly phrased, so as to make clear that the involuntary care is not to end before the deportation has been effected. We further propose the introduction of a duty to inform the embassy or consulate of the patient's country of origin that the patient will be deported to that country.

Procedural questions

We do not propose any alteration to the composition of county administrative courts in psychiatry cases, but we feel that the stipulation of expert participation by a medical adviser should be made stricter. In our opinion, a medical adviser shall be appointed except where unnecessary. This means that, contrary to the present state of the law, a presumption will be introduced in favour of a medical adviser being appointed.

Obligatory "bipartite" proceedings were introduced in the common administrative courts on 1st May 1996. Exceptions are made to this practice, however, for LPT and LRV, in that the senior consultant may not appeal against the court's decision. There is, in our view, no longer any reason why the senior consultant should not be entitled to appeal against the court's decision.

A case brought before a county administrative court shall be heard within eight days of the day on which the court received the application or writing with the appeal. The county administrative court may prolong this period if further investigation is needed or if any other special circumstance makes a prolongation necessary. This rule has caused problems, especially in LRV cases when a prosecutor has to testify. We therefore propose that the time within which a county administrative court must hear a case be extended to 15 days for cases involving patients committed for LRV care with special discharge assessment. Otherwise no alteration is proposed.

In addition we propose certain elucidations regarding the duty of prosecutors to give notice that the court's decision may come to be appealed.

We further propose that parole decisions made by the National Prison and Probation Administration concerning prisoners receiving forensic psychiatric care be contestable by appeal to a common administrative court, i.e. in the first instance to a county administrative court, and that

appeals to an administrative court of appeal be made subject to the grant of a review dispensation.

Författningsförslag

1 Förslag till lag (1999:000) om psykiatrisk tvångsvård

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller all psykiatrisk vård. Kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (*tvångsvård*) ges i denna lag.

Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns också i lagen (1999:000) om rättspsykiatrisk vård.

Vad som sägs i denna lag om en landstingskommun gäller även en kommun som inte ingår i en landstingskommun.

2 § Tvångsvård enligt denna lag ges som vård på sjukvårdsinrättning eller som öppen vård med särskilda villkor.

Tvångsvården skall syfta till att den som är i behov av vård som sägs i första stycket blir i stånd att frivilligt medverka till erforderlig vård och ta emot det stöd som han behöver.

3 § Vid vård enligt denna lag får tvångsåtgärder användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård och behandling.

Tvångsåtgärder får inte användas i större omfattning än som är nödvändigt för att patienten frivilligt skall kunna medverka till vård och behandling. 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 skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsynstagande till patienten.

Förutsättningar för tvångsvård på sjukvårdsinrättning

4 § Tvångsvård på sjukvårdsinrättning 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 kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård och

3. patienten motsätter sig sådan vård som sägs i 2 eller det till följd av hans psykiska tillstånd kan antas 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.

Intagning för tvångsvård m.m.

5 § 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 eller av läkare som enligt avtal med landstingskommun skall fullgöra sådan uppgift som sägs i första meningen.

6 § Vårdintyget får utfärdas endast i omedelbar anslutning till undersökningen. Det skall, utöver ett uttalande enligt 5 § om förutsättningarna för tvångsvård av patienten, innehålla en redogörelse för den psykiska störningen och de omständigheter i övrigt som ger upphov till vårdbehovet.

Vid utfärdande av vårdintyg gäller bestämmelserna om jäv i 11 och 12 §§ förvaltningslagen (1986:223) även för läkare som utövar yrket enskilt.

Den läkare som har utfärdat vårdintyget skall se till att det snarast kommer till den sjukvårdsinrättning där frågan om intagning för tvångsvård skall prövas.

7 § En patient får, sedan vårdintyg utfärdats, efter beslut av tjänstgörande läkare kvarhållas 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 vårdinrättningens

område eller den del av vårdinrättningen där han skall vistas samt för att upprätthålla ordningen på inrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården.

Om det är påkallat får patienten, sedan beslut om kvarhållning har fattats, kroppsvisiteras eller ytligt kroppbesiktigas för kontroll av att han inte bär på sig egendom som avses i 24 §. Föreskrifterna i 26 § sista meningen samt 27 § skall därvid tillämpas.

8 § Om de förutsättningar som gäller enligt 22 eller 23 § är uppfyllda, får en patient som kvarhålls enligt 7 § kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning eller hållas avskild från de andra patienterna.

En patient som kvarhålls enligt 7 § får ges den behandling som är nödvändig, om det finns en överhängande fara för hans liv eller hälsa.

Beslut enligt denna paragraf fattas av tjänstgörande läkare.

9 § Frågan om intagning för tvångsvård skall avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten och 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.

Tvångsvård på sjukvårdsinrättning efter beslut av rätten

10 § Om chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas finner att denne bör ges tvångsvård utöver fyra veckor från dagen för beslutet om intagning, skall han före utgången av fyra veckorstiden ansöka hos länsrätten om medgivande till sådan vård.

I ansökan skall anges vilka omständigheter som utgör grunden för tvångsvården och vilka överväganden som har gjorts rörande vård i annan form för patienten. Till ansökan skall fogas en redogörelse för det stöd och den behandling som planeras för patienten under och efter vistelsen på vårdenheten.

11 § Rätten skall på ansökan enligt 10 § besluta i frågan om fortsatt tvångsvård. Om rätten bifaller ansökan, får vården pågå under högst fyra månader, räknat från dagen för beslutet om intagning.

12 § Efter ansökan av chefsöverläkaren får rätten medge att tvångsvården fortsätter utöver den längsta tiden enligt 11 §. Medgivande får lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från prövningstillfället.

En ansökan enligt första stycket skall ha kommit in till länsrätten innan tiden för gällande beslut om tvångsvård har löpt ut. Föreskrifterna

i 10 § andra stycket tillämpas beträffande en ansökan enligt denna paragraf.

13 § Har en ansökan enligt 10 eller 12 § kommit in till länsrätten, får tvångsvården fortsätta i avvaktan på rättens beslut. Avslår rätten ansökan, skall vården upphöra omedelbart.

Övergång från frivillig vård till tvångsvård

14 § Om en patient är intagen på en sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård, får chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas, sedan vårdintyg har utfärdats av annan läkare, besluta om vård på sjukvårdsinrättning enligt denna lag när förutsättningarna enligt 4 § föreligger. I fråga om vårdintyg gäller bestämmelserna i 6 § första och andra styckena.

Beslut enligt första stycket skall fattas utan dröjsmål. Innan ett sådant beslut har fattats gäller föreskrifterna i 7 och 8 §§.

Föreskrifterna i 9 § gäller inte i fall som avses i första stycket.

15 § När beslut har fattats om tvångsvård enligt 14 §, skall beslutet genom ansökan av chefsöverläkaren skyndsamt och senast dagen efter beslutet underställas länsrättens prövning. Anser chefsöverläkaren att tvångsvården på sjukvårdsinrättningen bör fortsätta skall han senast inom fyra dagar från dagen för beslutet hos länsrätten ansöka om medgivande till att tvångsvården fortsätter. Föreskrifterna i 10 § andra stycket skall därvid tillämpas.

16 § Om rätten medger att tvångsvård som har beslutats enligt 14 § fortsätter, får den pågå under högst fyra månader, räknat från dagen för chefsöverläkarens beslut. I fråga om tvångsvård utöver denna tid tillämpas samma bestämmelser som vid fortsatt tvångsvård enligt 12 §.

Övergång från rättspsykiatrisk vård till tvångsvård enligt denna lag

17 § När rättspsykiatrisk vård skall upphöra i fall som avses i 34 § lagen (1999:000) om rättspsykiatrisk vård, får chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas, utan hinder av att vårdintyg inte har utfärdats, besluta om vård på sjukvårdsinrättning enligt denna lag, om förutsättningarna enligt 4 § föreligger.

Föreskrifterna i 9 § gäller inte i fall som avses i första stycket. I stället skall chefsöverläkaren skyndsamt och senast inom fyra dagar från dagen för beslutet hos länsrätten ansöka om medgivande till fortsatt tvångs-

vård, varvid ett beslut enligt denna paragraf jämföras med ett beslut om fortsatt tvångsvård enligt 16 §.

Vården på sjukvårdsinrättning

18 § Vård på sjukvårdsinrättning ges på en sådan inrättning som drivs av en landstingskommun.

Om det finns synnerliga skäl, får regeringen bestämma att vård får ges även på annan vårdinrättning. På inrättningen skall tillämpas vad i denna lag sägs om sjukvårdsinrättning som drivs av en landstingskommun.

19 § En vårdplan skall upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård. I vårdplanen skall redovisas de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården skall uppnås och för att resultaten av dessa insatser skall kvarstå efter tvångsvårdens upphörande. Så långt möjligt skall planen upprättas i samråd med patienten. Om det inte är olämpligt skall samråd ske också med dennes närstående. Vårdplanen skall utvärderas vid återkommande tillfällen och revideras vid behov.

Chefsöverläkaren skall utreda om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Så långt möjligt skall detta ske i samråd med patienten.

20 § 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.

21 § En patient får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av vårdinrättningen 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 han skall vistas samt för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården.

22 § Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Vårdpersonal skall vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd.

Om det finns synnerliga skäl, får beslutas att patienten skall hållas fastspänd längre än som anges i första stycket.

Chefsöverläkaren beslutar om fastspänning. Socialstyrelsen skall utan dröjsmål underrättas om beslut enligt andra stycket.

23 § En patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar. Tiden för avskiljande får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar.

Om det finns synnerliga skäl, får ett beslut om avskiljande enligt första stycket avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar.

Chefsöverläkaren beslutar om avskiljande. Om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd, skall Socialstyrelsen utan dröjsmål underrättas om detta. En patient skall under den tid han hålls avskild stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal.

24 § En patient får inte inneha

1. narkotika, alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel,
2. injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen,
3. andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattningsmedel med narkotika, eller
4. annan egendom som kan skada honom själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen.

Påträffas sådan egendom som avses i första stycket, får den omhändertas.

25 § Chefsöverläkaren får besluta att försändelser till en patient får undersökas för kontroll av att de inte innehåller sådan egendom som avses i 24 §. Granskningen av en försändelse får inte avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling.

Om en ankommande försändelse innehåller egendom som inte får innehas enligt 24 §, får egendomen omhändertas.

26 § Om det är påkallat får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att han inte bär på sig egendom som avses i 24 §. Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. Om möjligt skall ett vittne närvara vid kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.

27 § Har narkotika, alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel omhändertagits enligt 24 eller 25 § eller har sådan egendom påträffats där patienter intagits för tvångsvård utan att det finns någon känd ägare till egendomen, skall chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja egendomen enligt bestämmelserna om beslagtagna egendom i 2 § 1 första stycket lagen (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m.m. Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen, och i fråga om andra

föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika.

Belopp som har erhållits vid försäljning tillfaller staten.

28 § Chefsöverläkaren får ge patienten tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen.

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

29 § Chefsöverläkaren får återkalla ett tillstånd som avses i 28 §, om förhållandena kräver det.

Upphörande av vård på sjukvårdsinrättning

30 § När någon av förutsättningarna enligt 4 § för vård på sjukvårdsinrättning inte längre föreligger, skall chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas genast besluta att tvångsvården skall upphöra. Frågan om tvångsvårdens upphörande skall övervägas fortlöpande.

Om de förutsättningar som anges i 33 § föreligger, får chefsöverläkaren ansöka om att tvångsvården på sjukvårdsinrättningen skall övergå till öppen vård med särskilda villkor.

31 § Vården på sjukvårdsinrättningen upphör, om inte en ansökan om medgivande till tvångsvård har kommit in till länsrätten inom den tid som anges i 10, 12, 15, 16 eller 17 §. Vården upphör också när öppen vård som avses i 33 § påbörjas.

Sådan vård som avses i första stycket upphör också när beslut fattas som föranleder rättspsykiatrisk vård. Föreskrift om övergång till sådan vård finns i 28 § andra stycket lagen (1999:000) om rättspsykiatrisk vård.

32 § 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.

Vård enligt denna lag upphör när beslut om avvísning, utvisning eller utlämning har verkställts.

I fråga om en patient som är utlämning upphör vården enligt denna lag vid verkställighet av ett beslut om hemsändande som har meddelats med stöd av 12 kap. 3 § utlämninglagen.

Övergång till öppen vård med särskilda villkor

33 § När patienten inte längre behöver kvalificerad psykiatrisk dygnet-runtvård på sjukvårdsinrättning får länsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren besluta om öppen vård med särskilda villkor om

1. patienten fortfarande lider av en allvarlig psykisk störning,
2. patienten har ett fortsatt behov av psykiatrisk vård och det med hänsyn till hans 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 och
3. det kan antas att vården eller stödet inte kan genomföras med patientens samtycke.

En förutsättning för beslut om öppen vård enligt första stycket är att det till chefsöverläkarens ansökan har fogats en samordnad vårdplan med en sådan redogörelse som avses i 34 §.

34 § En ansökan enligt 33 § skall ha kommit in till länsrätten innan tiden för gällande beslut om vård på sjukvårdsinrättning har löpt ut.

I ansökan skall anges vilka omständigheter som utgör grunden för öppen vård och vilka särskilda villkor som bör föreskrivas. Till ansökan skall fogas en redogörelse för den utredning som har gjorts rörande patientens behov samt för de insatser som hälso- och sjukvården och socialtjänsten har planerat för att tillgodose patientens behov. Av redogörelsen skall också framgå vilken uppföljning av insatserna som planeras.

35 § Har en ansökan enligt 33 § kommit in till länsrätten, får vården på sjukvårdsinrättningen fortsätta i avvaktan på rättens beslut. Om länsrätten beslutar om öppen vård med särskilda villkor upphör vården på sjukvårdsinrättningen. Avslår länsrätten ansökan skall vården på sjukvårdsinrättningen fortsätta i avvaktan på att chefsöverläkaren beslutar om annat.

36 § Öppen vård som avses i 33 § får pågå högst sex månader räknat från prövningstillfället.

Efter ansökan av chefsöverläkaren vid den enhet där patienten var intagen för vård får länsrätten medge att den öppna vården fortsätter utöver den nämnda längsta tiden. Medgivande till förlängning av vårdtiden får lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från prövningstillfället. En sådan ansökan skall ha kommit in till länsrätten innan tiden för gällande beslut om öppen vård har löpt ut.

Till ansökan skall fogas en redogörelse för vilken uppföljning som har gjorts av den vårdplan som låg till grund för beslutet om öppen vård med särskilda villkor. Av ansökan skall framgå vilka insatser som har genomförts för att tillgodose patientens behov och vilken verkan insatserna har haft. I ansökan skall anges vilka ytterligare insatser som har bedömts nödvändiga för att tillgodose dessa behov och om villkoren av den anledningen bör ändras.

Upphörande av öppen vård med särskilda villkor

37 § När någon av förutsättningarna enligt 33 § för öppen vård med särskilda villkor inte längre föreligger skall chefsöverläkaren vid den enhet där patienten var intagen genast besluta att den öppna vården skall upphöra. Frågan om upphörande av den öppna vården skall övervägas fortlöpande.

38 § Den öppna vården upphör, om inte ansökan om medgivande till fortsatt öppen vård har kommit in till länsrätten inom den tid som anges i 36 §.

Vården upphör också när länsrätten beslutar om vård på sjukvårdsinrättning enligt denna lag eller rättspsykiatrisk vård enligt lagen (1999:000) om rättspsykiatrisk vård påbörjas.

Övergång till vård på sjukvårdsinrättning

39 § Om patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt har förändrats så att förutsättningarna enligt 4 § för vård på sjukvårdsinrättning föreligger, får chefsöverläkaren, utan hinder av att vårdintyg inte har utfärdats, besluta om sådan vård.

Föreskrifterna i 9 § gäller inte i fall som avses i första stycket. I stället skall chefsöverläkaren skyndsamt och senast inom fyra dagar från dagen för beslutet ansöka om medgivande till fortsatt vård på sjukvårdsinrättning, varvid ett beslut enligt denna paragraf skall jämföras med ett beslut om fortsatt tvångsvård enligt 16 §.

Stödperson

40 § En patient som vårdas enligt denna lag skall, så snart hans tillstånd tillåter, genom en individuellt anpassad information av chefsöverläkaren upplysas om sin rätt att få 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 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 utses av en sådan nämnd som avses i lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården, m.m.

41 § Chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas skall anmäla till en sådan nämnd som avses i 40 § 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 10, 15 eller 17 § eller ansöker om öppen vård enligt 33 §,
2. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut om intagning enligt 9 §,
3. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut att avslå en begäran att tvångsvården skall upphöra.

I anmälan enligt andra stycket skall chefsöverläkaren ange patientens inställning till att få en stödperson. Den nämnd som avses i 40 § skall, om patienten inte har uttryckt en klar uppfattning, kontakta patienten för att få besked om hans inställning.

När tvångsvården av en patient, för vilken stödperson utsetts, har upphört, skall chefsöverläkaren snarast möjligt underrätta en sådan nämnd som avses i 40 § om detta.

42 § Om en patient önskar att uppdraget som stödperson 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 40 § underrätta socialnämnden i den kommun där patienten är folkbokförd om patientens önskemål.

Överklagande

43 § Patienten får hos länsrätten överklaga chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård enligt 9, 17 eller 39 §. 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 10 § andra stycket.

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

1. avslag på en begäran att tvångsvård enligt denna lag skall upphöra,
2. förordnande enligt 27 § om förstöring eller försäljning av egendom,
3. avslag på en begäran om tillstånd enligt 28 § att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse, eller
4. återkallelse enligt 29 § av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område.

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

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.

Handläggningen i domstol

45 § Frågor som ankommer på länsrätt enligt denna lag prövas av den länsrätt inom vars domkrets sjukvårdsinrättningen är belägen.

46 § Mål enligt denna lag skall handläggas skyndsamt. Så snart en ansökan som avses i 31 eller 38 § 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, skrivelsen med överklagandet eller underställningen 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 om förstöring eller försäljning av sådan egendom som avses i 27 § denna lag.

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

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

48 § 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 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.

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.

49 § Vid handläggningen i kammarrätt av mål enligt denna lag skall nämndemän ingå i rätten. Detta gäller dock inte mål som angår enbart en fråga som nämns i 44 § första stycket.

50 § I mål hos allmän förvaltningsdomstol angående medgivande till fortsatt tvångsvård enligt 10, 12, 15 eller 17 § och vid överklagande enligt 43 eller 44 § av beslut om intagning för tvångsvård eller om avslag på en begäran att tvångsvården skall upphöra skall offentligt biträde förordnas för den som åtgärden avser, om det inte måste antas att behov av biträde saknas. Detsamma gäller vid beslut om öppen vård enligt 33 § eller om förlängning av sådan vård enligt 36 §.

Övriga bestämmelser

51 § 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 9 eller 39 § om intagning,
2. beslut enligt 14 § om övergång från frivillig vård till tvångsvård,

3. ansökan enligt 10, 12, 15, 17 eller 39 § om medgivande till att tvångsvården fortsätter,
4. beslut enligt 20 § om behandlingen,
5. beslut enligt 22 § andra stycket om fastspänning under längre tid, eller
6. beslut enligt 23 § andra stycket om avskiljande under längre tid.

52 § Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen, får medge undantag från kravet i 5 § på att läkare som utför undersökning för vårdintyg skall vara legitimerad och från kravet i 51 § på specialistkompetens.

Om regeringen enligt 18 § andra stycket bestämt att vård enligt denna lag får ges på någon annan vårdinrättning än en sådan som drivs av en landstingskommun, skall regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, uppdra åt erfaren läkare med specialistkompetens inom någon gren av psykiatri att i tillämpliga delar fullgöra de uppgifter som enligt denna lag ankommer på chefsöverläkare.

53 § Beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning samt ansökan enligt 10, 12, 15, 17 eller 39 § och medgivande i anledning av en sådan ansökan fortsätter att gälla, om patienten överförs till en annan sjukvårdsinrättning utan att beslut har fattats om att tvångsvården skall upphöra.

54 § Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen, skall för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten.

55 § Från en verksamhet där sekretess gäller enligt 7 kap. 1 § eller 4 § första och tredje styckena sekretesslagen (1980:100) skall utan hinder av sekretessen lämnas ut sådana uppgifter om en patient som behövs för att chefsöverläkarens åligganden enligt denna lag skall kunna fullgöras. Detsamma gäller uppgifter om en patient som behövs för en sakkunnigs uppdrag eller ett yttrande av Socialstyrelsen.

56 § Om patienten har fyllt 15 år, har han rätt att själv föra sin talan i mål och ärenden enligt denna lag.

En patient som är yngre bör höras, om det kan vara till nytta för utredningen och det kan antas att patienten inte tar skada av att höras.

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

Om chefsöverläkaren före länsrättens beslut har anmält till länsrätten 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 chefsöverläkaren inte kommer att överklaga.

58 § I mål och ärenden enligt denna lag får delgivning med patienten inte ske med tillämpning av 12 eller 15 § delgivningslagen (1970:428).

59 § Om det finns skäligen anledning att anta att någon lider av en allvarlig psykisk störning och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv eller i övrigt behöver omedelbar hjälp, får polismyndigheten tillfälligt omhänderta honom i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge honom sådan hjälp. Den omhändertagne får föras till en sjukvårdsenhet som kan ge stöd och behandling.

Polismyndigheten skall lämna biträde på begäran av

1. en läkare som avses i 5 § andra stycket sista meningen för att han skall kunna genomföra en undersökning för vårdintyg,
2. en läkare som avses i 5 § andra stycket sista meningen eller av chefsöverläkaren för att föra patienten till en sjukvårdsinrättning sedan vårdintyg har utfärdats,
3. chefsöverläkaren för att återföra en patient som har lämnat vårdinrättningen utan tillstånd,
4. chefsöverläkaren för att återföra en patient till vårdinrättningen, om denne inte har återvänt dit sedan tiden för ett tillstånd att vistas utanför inrättningens område har gått ut eller tillståndet har återkallats, eller
5. chefsöverläkaren för att föra patienten till vårdinrättningen sedan beslut om intagning har fattats enligt 39 §.

60 § 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 43 och 44 §§ överklaga vissa beslut,
2. att anlita ombud eller biträde,
3. att enligt 50 § få offentligt biträde.

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

61 § Chefsöverläkare skall i den utsträckning som regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen, föreskriver fortlöpande lämna styrelsen uppgifter om åtgärder som vidtagits enligt denna lag.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Denna lag (nya lagen) träder i kraft den 1 januari 1999, då lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (gamla lagen) upphör att gälla.

2. Ett vårdintyg, som uppfyller kraven enligt den gamla lagen, får längst t.o.m. den 4 januari 1999 godtas som underlag för beslut om intagning för tvångsvård enligt den nya lagen.

3. Om en patient vid ikraftträdandet kvarhålls på en sjukvårdsinrättning enligt 6 § i den gamla lagen, skall chefsöverläkaren senast den 1 januari 1999 avgöra frågan om patienten enligt 9 § i den nya lagen skall tas in för tvångsvård. Intill dess frågan om intagning har avgjorts, gäller den gamla lagen i tillämpliga delar.

4. Den som vid ikraftträdandet är intagen på en sjukvårdsinrättning enligt 6, 11 eller 14 § i den gamla lagen skall anses intagen enligt 9, 14 eller 17 § i den nya lagen. Vid tillämpningen av den nya lagen skall beslutet om intagning anses ha fattats vid ikraftträdandet. Ett beslut om övergång från frivillig vård till tvångsvård enligt 11 § eller från rättspsykiatrisk vård till tvångsvård enligt 14 § i den gamla lagen skall därvid underställas länsrättens prövning enligt 15 § resp. 17 § i den nya lagen. Ett beslut enligt 8, 9, 13 eller 14 § i den gamla lagen av en länsrätt om fortsatt vård skall dock anses som ett beslut av länsrätten om medgivande till tvångsvård under fyra resp. sex månader enligt 11, 12, 16 eller 17 § i den nya lagen.

5. Har en patient vid ikraftträdandet tillstånd att under viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område, skall han anses ha tillstånd till sådan vistelse utanför vårdinrättningens område enligt 28 § i den nya lagen. Den som har tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område under återstoden av vårdtiden, skall anses ha tillstånd till sådan vistelse utanför vårdinrättningens område längst till dess frågan om fortsatt vård skall prövas av länsrätten. Särskilda villkor som har föreskrivits med stöd av 25 § andra stycket i den gamla lagen skall anses utgöra särskilda villkor enligt 28 § andra stycket i den nya lagen.

6. Har en patient vid ikraftträdandet stödperson enligt 30 § i den gamla lagen, skall stödperson anses ha utsetts enligt 40 § i den nya lagen.

7. Om ett mål hos en länsrätt, en kammarrätt eller regeringsrätten inte är slutligt avgjort av rätten vid utgången av december 1998 skall rätten i stället pröva om det enligt den nya lagen finns förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård, för tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område eller för återkallelse av sådant tillstånd.

2 Förslag till lag (1999:000) om rättspsykiatrisk vård

Härigenom föreskrivs följande lydelse.

Gemensamma bestämmelser om rättspsykiatrisk vård

1 § Föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång i andra fall än som avses i lagen (1999:000) om psykiatrisk tvångsvård (rättspsykiatrisk vård) ges i denna lag.

Lagen gäller den som

1. efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård,
2. är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning eller
3. är intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt.

2 § Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om skyldighet för en landstingskommun att erbjuda hälso- och sjukvård gäller även rättspsykiatrisk vård.

Vad som sägs i denna lag om en landstingskommun gäller också en kommun som inte ingår i en landstingskommun.

3 § Föreskrifter om beslut av domstol om överlämnande till rättspsykiatrisk vård finns i 31 kap. 3 § brottsbalken.

Rättspsykiatrisk vård som avses i första stycket ges som vård på sjukvårdsinrättning eller som öppen vård med särskilda villkor.

4 § Rättspsykiatrisk vård ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en landstingskommun. Regeringen beslutar vid vilka sådana vårdinrättningar rättspsykiatrisk vård får ges i fall som avses i 1 § andra stycket 2 och 3.

På en enhet för rättspsykiatrisk undersökning får rättspsykiatrisk vård ges åt den som genomgår undersökning.

5 § Rättspsykiatrisk vård enligt 1 § andra stycket 1 skall påbörjas utan dröjsmål när domstolens beslut om sådan vård har vunnit laga kraft.

Är den dömda häktad, skall vården påbörjas även om beslutet inte har vunnit laga kraft, under förutsättning att den dömda och åklagaren medger att så sker. 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.

6 § Vid rättspsykiatrisk vård som ges på sjukvårdsinrättning gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 19—27 §§ lagen (1999:000) om psykiatrisk tvångsvård beträffande vårdplan, kvarhållningsrätt, fastspän-

ning, avskiljande, förbud mot innehav av berusningsmedel och vissa föremål, förstöring och försäljning av sådan egendom, kontroll av försändelser, kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning.

Beträffande den som ges rättspsykiatrisk vård efter beslut av domstol eller som är intagen i kriminalvårdsanstalt får regeringen i särskilda fall, om det är påkallat med hänsyn till rikets säkerhet eller till risken för att denne under vistelsen på sjukvårdsinrättningen medverkar till brott som innefattar användande av våld, hot eller tvång för politiska syften, besluta om särskilda inskränkningar i rätten att ta emot eller skicka försändelser, ta emot besök eller samtala i telefon med utomstående.

7 § Vid tvångsvård enligt denna lag får tvångsåtgärder användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård och behandling.

Tvångsåtgärder får inte användas i större omfattning än som är nödvändigt för att patienten frivilligt skall kunna medverka vid vård och behandling. 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 skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsynstagande till patienten.

Rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning — vård på sjukvårdsinrättning

8 § Vård på sjukvårdsinrättning beträffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken utan beslut om särskild utskrivningsprövning får pågå under högst fyra månader, räknat från den dag då domstolens beslut blivit verkställbart. Har patienten kommit till sjukvårdsinrättningen en senare dag, räknas tiden från den dagen.

Efter ansökan av chefsöverläkaren får länsrätten medge att den rättspsykiatriska vården fortsätter utöver den nämnda längsta tiden.

Medgivande till förlängning av vårdtiden får lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från provningstillfället. Ansökan om förlängning skall ha kommit in till länsrätten innan tiden för gällande beslut om rättspsykiatrisk vård har löpt ut.

9 § Har en ansökan enligt 8 § kommit in till länsrätten, får den rättspsykiatriska vården på sjukvårdsinrättning fortsätta i avvaktan på rättens beslut. Avslår rätten ansökan, skall vården upphöra omedelbart. Ansökan och medgivande i anledning av en sådan ansökan fortsätter att gälla, om patienten överförs till en annan sjukvårdsinrättning utan att beslut har fattats om att den rättspsykiatriska vården skall upphöra.

Den rättspsykiatriska vården på sjukvårdsinrättning upphör, om inte en ansökan om medgivande till sådan vård eller en ansökan om öppen vård med särskilda villkor enligt 12 § har kommit in till länsrätten inom den tid som anges i 8 § tredje stycket andra meningen.

10 § Chefsöverläkaren får ge en patient som genomgår rättspsykiatrisk vård som avses i 8 § tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen.

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.

11 § Om en patient som genomgår sådan rättspsykiatrisk vård som avses i 8 § 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, skall chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas genast besluta att vården skall upphöra. Frågan om den rättspsykiatriska vårdens upphörande skall övervägas fortlöpande.

Om de förutsättningar som anges i 12 § föreligger, får chefsöverläkaren ansöka om att vården på sjukvårdsinrättningen skall övergå till öppen vård med särskilda villkor.

Rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning — öppen vård med särskilda villkor

12 § Om det inte längre är påkallat att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång, får länsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren besluta om öppen vård med särskilda villkor om

1. patienten fortfarande lider av en allvarlig psykisk störning och
2. patienten har ett fortsatt behov av psykiatrisk vård och det med hänsyn till patientens psykiska tillstånd, hans personliga förhållanden i övrigt eller till annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa är påkallat att han iakttar särskilda villkor avseende vård och behandling, boende, sysselsättning eller andra insatser.

En förutsättning för beslut om öppen vård enligt första stycket är att det till chefsöverläkarens ansökan har fogats en samordnad vårdplan med en sådan redogörelse som avses i 13 §.

13 § En ansökan enligt 12 § skall ha kommit in till länsrätten innan tiden för gällande beslut om tvångsvård har löpt ut.

I ansökan skall anges vilka omständigheter som utgör grunden för öppen vård och vilka särskilda villkor som bör föreskrivas. Till ansökan skall fogas en samordnad vårdplan med en redogörelse för den utredning som gjorts rörande patientens behov och för de insatser som hälso- och sjukvården och socialtjänsten har planerat för att tillgodose patientens behov. Av redogörelsen skall också framgå vilken uppföljning av insatserna som planeras.

14 § Har en ansökan enligt 12 § kommit in till länsrätten, får vården på sjukvårdsinrättningen fortsätta i avvaktan på rättens beslut. Om länsrätten beslutar om öppen vård med särskilda villkor upphör vården på sjukvårdsinrättningen. Avslår länsrätten ansökan skall vården på sjukvårdsinrättningen fortsätta i avvaktan på att chefsöverläkaren beslutar om annat.

15 § Öppen vård som avses i 12 § får pågå högst sex månader, räknat från prövningstillfället.

Efter ansökan av chefsöverläkaren vid den enhet där patienten var intagen för tvångsvård får länsrätten medge att den öppna vården fortsätter utöver den nämnda längsta tiden. Medgivande till förlängning av vårdtiden får lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från prövningstillfället. En ansökan enligt andra stycket skall ha kommit in till länsrätten innan tiden för gällande beslut om öppen vård har löpt ut.

Till ansökan skall fogas en redogörelse för vilken uppföljning som har gjorts av den vårdplan som låg till grund för beslutet om öppen vård med särskilda villkor. Av ansökan skall framgå vilka insatser som har genomförts för att tillgodose patientens behov och vilken verkan insatserna har haft. I ansökan skall anges vilka ytterligare insatser som har bedömts nödvändiga för att tillgodose dessa behov och om villkoren av den anledningen bör ändras.

Rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning — upphörande av öppen vård med särskilda villkor

16 § När någon av förutsättningarna enligt 12 § för öppen vård med särskilda villkor inte längre föreligger, skall chefsöverläkaren vid den enhet där patienten var intagen genast besluta att den öppna vården skall upphöra. Frågan om upphörande av den öppna vården skall övervägas fortlöpande.

17 § Den öppna vården upphör om inte ansökan om medgivande till fortsatt öppen vård kommit in till länsrätten inom den tid som anges i 15 §.

Vården upphör också när länsrätten har fattat beslut om vård på sjukvårdsinrättning enligt denna lag.

Övergång till vård på sjukvårdsinrättning

18 § Om patientens psykiska tillstånd eller personliga förhållanden i övrigt har förändrats på ett sådant sätt att hans behov inte kan tillgodoses i öppen vård, får chefsöverläkaren besluta att patienten skall återintas på sjukvårdsinrättning.

Chefsöverläkaren skall skyndsamt och senast inom fyra dagar från dagen för beslutet hos länsrätten ansöka om fortsatt vård på sjukvårdsinrättning. Om rätten bifaller ansökan får vården pågå under fyra månader, räknat från dagen för beslutet om intagning. I fråga om förlängning utöver den nämnda längsta tiden gäller bestämmelserna i 8 §.

Rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning — vård på sjukvårdsinrättning

19 § 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.

Vid sin prövning av ansökan av chefsöverläkaren om sådant medgivande som avses i första stycket skall rätten särskilt beakta arten av den brottslighet som har 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.

20 § Beträffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård som avses i 19 § 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 har 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 vissa

återkommande tillfällen. 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.

21 § Beträffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård som avses i 19 § skall vården på sjukvårdsinrättning upphöra när

1. det inte längre till följd av den psykiska störning som har 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.

En fråga enligt första stycket prövas av länsrätten efter anmälan av chefsöverläkaren eller efter ansökan av patienten. Anmälan skall ske genast när chefsöverläkaren finner att den rättspsykiatriska vården kan upphöra helt. I annat fall skall anmälan göras senast inom fyra månader, räknat från den dag då domstolens beslut blivit verkställbart eller, om patienten kommit till sjukvårdsinrättningen en senare dag, från den dagen. Därefter skall anmälan göras inom var sjätte månad från den dag då rätten senast meddelade beslut i frågan.

Chefsöverläkaren skall, i stället för att göra en sådan anmälan som avses i andra stycket, ansöka om öppen vård med särskilda villkor enligt 22 §, om förutsättningarna för sådan vård är uppfyllda.

Rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning — öppen vård med särskilda villkor

22 § Om det inte längre är påkallat att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång för att få sitt psykiatriska vårdbehov tillgodosett och han inte heller behöver vara intagen på en sjukvårdsinrättning med hänsyn till risken för återfall i brottslighet som är av allvarligt slag, får länsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas besluta om öppen vård med särskilda villkor om

1. patienten fortfarande lider av en psykisk störning och

2. patienten har ett fortsatt behov av psykiatrisk vård och det med hänsyn till patientens psykiska tillstånd, hans personliga förhållanden i övrigt eller annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa

är påkallat att han iakttar särskilda villkor avseende vård och behandling, boende, sysselsättning eller andra insatser för att tillgodose hans vårdbehov eller för att motverka risk för återfall i brottslighet som är av allvarligt slag.

En förutsättning för beslut om öppen vård med särskilda villkor enligt första stycket är att det till chefsöverläkarens ansökan har fogats en samordnad vårdplan med en sådan redogörelse som avses i 23 §.

23 § I ansökan enligt 22 § skall anges vilka omständigheter som utgör grunden för öppen vård och vilka särskilda villkor som bör föreskrivas. Till ansökan skall fogas en samordnad vårdplan med en redogörelse för den utredning som gjorts rörande patientens behov och för de insatser som hälso- och sjukvården och socialtjänsten har planerat för att tillgodose patientens behov. Av redogörelsen skall också framgå vilken uppföljning som har planerats av insatserna.

En särskild redogörelse skall ges för vilken utredning som har gjorts avseende risken för att patienten till följd av sin psykiska störning återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag och för vilka insatser som har planerats för att motverka att han inte återfaller i sådan brottslighet.

24 § Har en ansökan enligt 22 § kommit in till länsrätten, får vården på sjukvårdsinrättningen fortsätta i avvaktan på rättsens beslut. Om länsrätten beslutar om öppen vård med särskilda villkor upphör vården på sjukvårdsinrättningen. Avslår länsrätten ansökan skall vården på sjukvårdsinrättningen fortsätta.

25 § Frågan om upphörande av den öppna vården skall prövas av länsrätten efter anmälan av chefsöverläkaren vid den enhet där patienten var intagen för tvångsvård eller efter ansökan av patienten. Anmälan skall ske genast när chefsöverläkaren finner att vården kan upphöra. I annat fall skall anmälan göras senast inom sex månader efter att domstolen har beslutat om öppen vård med särskilda villkor. Därefter skall anmälan ske inom var sjätte månad från den dag då rätten senast meddelade beslut i frågan. En anmälan enligt första meningen skall ha kommit in till länsrätten innan tiden för gällande beslut om öppen vård har löpt ut.

Till anmälan skall fogas en redogörelse för vilken uppföljning som har gjorts av den vårdplan som låg till grund för beslutet om öppen vård med särskilda villkor. Av anmälan skall framgå vilka insatser som har genomförts för att tillgodose patientens behov och för att motverka att han återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag samt vilken verkan insatserna har haft. I anmälan skall anges vilka ytterligare insatser som har bedömts nödvändiga för att tillgodose dessa behov och om villkoren av den anledningen bör ändras.

Rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning — upphörande av öppen vård med särskilda villkor

26 § När någon av förutsättningarna enligt 22 § för öppen vård med särskilda villkor inte längre föreligger skall öppen vård med särskilda villkor upphöra.

Vården upphör också när länsrätten har fattat beslut om rättspsykiatrisk vård på sjukvårdsinrättning enligt denna lag.

Övergång till vård på sjukvårdsinrättning

27 § Chefsöverläkaren skall besluta om återintagning från öppen vård med särskilda villkor till rättspsykiatrisk vård på sjukvårdsinrättning om

1. patientens tillstånd och personliga förhållanden i övrigt har förändrats på sådant sätt att hans behov av psykiatrisk vård inte längre kan tillgodoses utan att han ges vård på sjukvårdsinrättning eller

2. patienten inte iakttar de villkor som gäller och det på grund av risken för återfall i brottslighet som är av allvarligt slag är påkallat att patienten är intagen på sjukvårdsinrättning.

Chefsöverläkaren skall skyndsamt och senast inom fyra dagar från dagen för beslutet hos länsrätten ge in en anmälan om fortsatt vård på sjukvårdsinrättning. Beslutar rätten om fortsatt vård på sjukvårdsinrättning får vården pågå under högst fyra månader, räknat från dagen för beslutet om intagning. I fråga om förlängning utöver den nämnda längsta tiden gäller bestämmelserna i 21 §.

Rättspsykiatrisk vård i övrigt

28 § Den som avses i 1 § andra stycket 2 eller 3 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 tillstånd kan antas att vården inte kan ges med hans samtycke.

Om någon som vårdas på sjukvårdsinrättning enligt lagen (1999:000) 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.

29 § Beslut om intagning för rättspsykiatrisk vård enligt 28 § första stycket fattas av en chefsöverläkare vid en enhet som avses i 4 § 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 5 §, 6 § och 9 § första stycket andra meningen lagen (1999:000) om psykiatrisk tvångsvård i tillämpliga delar.

En fråga om intagning för rättspsykiatrisk vård enligt 28 § 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 och som förts till en sådan sjukvårdsinrättning som avses i 4 § första stycket andra meningen för frivillig psykiatrisk vård.

30 § Den som genomgår rättspsykiatrisk vård och som är häktad får ges tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område enbart för att besöka närstående som är svårt sjuk, närvara vid närståendes begravning eller om det på annat sätt föreligger synnerliga skäl.

31 § Beträffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård med stöd av 1 § 3 får chefsöverläkaren ge tillstånd till vistelse utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område endast om Kriminalvårdsstyrelsen har medgivit det.

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

32 § Den som är intagen i kriminalvårdsanstalt och som genomgår rättspsykiatrisk vård får ges tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Ett sådant tillstånd får förenas med särskilda villkor. Tillstånd skall inhämtas även då vistelsen utanför sjukvårdsinrättningens område är beledsagad av sjukvårdspersonal.

En fråga om tillstånd enligt första stycket avgörs av Kriminalvårdsstyrelsen 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.

33 § Beträffande den som är anhållen, häktad eller intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt får Kriminalvårdsstyrelsen i särskilda fall, om det är påkallat från ordnings- eller säkerhetssynpunkt, besluta om särskilda inskränkningar i rätten att ta emot eller skicka försändelser, att ta emot besök eller att samtala i telefon med utomstående. Brev som avses i 9 § första stycket första meningen lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m. fl. från den som är häktad eller anhållen liksom brev som avses i 25 § första stycket första meningen lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt från den som är intagen skall dock alltid vidarebefordras utan föregående granskning.

34 § Rättspsykiatrisk vård enligt 28 § skall upphöra när det inte längre finns förutsättningar för sådan vård. Frågan om vårdens upphörande skall övervägas fortlöpande. Vården skall dock 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.

Överklagande

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

1. intagning enligt 18, 27 eller 29 § 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 11 och 16 §§,
3. avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område i fall som avses i 10 § eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse eller återkallelse av sådant tillstånd,
4. avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område när beslutanderätten överlämnats åt chefsöverläkaren enligt 20 § tredje stycket och återkallelse av ett sådant tillstånd,
5. förordnande enligt 6 § första stycket jämförd med 27 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård om förstöring eller försäljning av egendom.

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

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.

36 § Länsrättens beslut enligt 19 § får inte överklagas.

37 § Kriminalvårdsstyrelsens beslut enligt 31 §, 32 § andra stycket och 33 § får överklagas av patienten hos länsrätten. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätt.

38 § Allmän åklagare får överklaga

1. beslut enligt 20 § första stycket av länsrätten att patienten får vistas utanför sjukvårdsinrättningens område,
2. beslut enligt 20 § 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 22 § av länsrätten om öppen vård med särskilda villkor,
4. beslut enligt 21 eller 26 § enligt denna lag av länsrätten att vården skall upphöra,
om åklagare före beslutet har anmält till rätten att beslutet kan komma att överklagas.

Handläggningen i domstol

39 § Frågor som ankommer på länsrätt enligt denna lag prövas av den länsrätt inom vars domkrets sjukvårdsinrättningen är belägen.

40 § 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 skrivelsen med 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 de tidsfrister som avses i andra stycket, 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 27 § lagen (1999:000) om psykiatrisk tvångsvård.

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

41 § I fråga om muntlig förhandling gäller bestämmelserna i 47 och 48 §§ lagen (1999:000) om psykiatrisk tvångsvård. I fråga om mål enligt 19 och 31 §§ skall dock 47 § och 48 § andra stycket nämnda lag inte tillämpas.

42 § Vid handläggningen i kammarrätt av mål enligt denna lag skall nämndemän ingå i rätten. Detta gäller dock inte mål som enbart gäller en fråga som avses i 35 § 2, 3 och 5.

43 § I ett mål enligt 20 § första stycket eller enligt 21 §, som har väckts genom ansökan av patienten, eller enligt 35 § första stycket 1 skall länsrätten inhämta yttrande av chefsöverläkaren. Om en chefsöverläkare ger in ansökan eller anmälan enligt 8 §, 20 § första stycket, 21 §, 22 § eller 25 § skall han därvid ange sin uppfattning i den fråga som skall prövas och lämna en redogörelse för de omständigheter, på vilka uppfattningen grundas.

Om det inte är uppenbart obehövligt, skall rätten i ett mål enligt 19 §, 20 §, 21 §, 22 §, 25 eller 27 § ge åklagaren i det mål där beslutet om rättspsykiatrisk vård har meddelats eller, när det finns särskilda skäl, någon annan åklagare tillfälle att yttra sig innan beslut meddelas i fråga om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, om överlämnande åt chefsöverläkaren att besluta om sådant tillstånd, om medgivande för chefsöverläkaren att ge tillstånd till vistelse utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningens område, om beslut angående öppen vård med särskilda villkor eller om upphörande av vård enligt denna lag.

44 § Beträffande 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.

Åklagaren får vidare hos länsrätten ansöka om att öppen vård med särskilda villkor skall övergå till vård på sjukvårdsinrättning. Om rätten bifaller ansökan gäller bestämmelserna om vårdtidens längd i 27 §.

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

45 § I mål hos allmän förvaltningsdomstol angående medgivande till fortsatt vård enligt 8 §, angående upphörande av vård enligt 21 § eller 26 §, angående beslut om öppen vård med särskilda villkor enligt 12 och 22 §§, vid överklagande av beslut enligt 35 § första stycket 1 eller 2 eller angående tillstånd eller återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område för den som genomgår rättspsykiatrisk vård med beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken om särskild utskrivningsprövning, skall offentligt biträde förordnas för den som åtgärden avser, om det inte måste antas att behov av biträde saknas.

Övriga bestämmelser

46 § I fråga om upphörande av rättspsykiatrisk vård i samband med avvisning, utvisning och utlämning gäller bestämmelserna i 32 § första stycket lagen (1999:000) 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 § utlämningslagen (1989:529).

Om beslut har meddelats att verkställigheten av en påföljd som innebär överlämnande enligt 31 kap. 3 § brottsbalken till rättspsykiatrisk vård 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.

47 § Chefsöverläkaren får uppdra åt en erfaren läkare med specialistkompetens inom någon gren av psykiatri vid sjukvårdsinrättningen eller den enhet för rättspsykiatrisk undersökning där patienten vårdas att fullgöra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt denna lag. Om det finns särskilda skäl, får chefsöverläkaren lämna sådant uppdrag åt en annan läkare vid inrättningen eller enheten, dock inte såvitt gäller

1. beslut enligt 18, 27 eller 29 § om intagning för rättspsykiatrisk vård,
2. ansökan enligt 8 eller 15 § om medgivande till fortsatt vård,
3. anmälan enligt 21 § andra stycket eller 25 § om upphörande av vården,
4. ansökan enligt 12 eller 22 § om öppen vård med särskilda villkor
5. beslut om behandlingen enligt 6 § denna lag jämförd med 20 § sista meningen lagen (1999:000) om psykiatrisk tvångsvård,
6. beslut om fastspänning under längre tid enligt 6 § denna lag jämförd med 22 § andra stycket nämnda lag eller

7. beslut om avskiljande under längre tid enligt 6 § denna lag jämförd med 23 § andra stycket nämnda lag.

48 § Bestämmelserna i 52 § första stycket, 54 och 55 §§, 56 § första stycket samt 58 och 61 §§ lagen (1999:000) om psykiatrisk tvångsvård tillämpas även beträffande rättspsykiatrisk vård.

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

Om åklagaren eller chefsöverläkaren 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.

50 § En patient som vårdas enligt denna lag skall så snart hans tillstånd 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 samt när chefsöverläkaren ansöker om öppen vård med särskilda villkor enligt 12 eller 22 §, skall chefsöverläkaren snarast underrätta vederbörande nämnd enligt lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården, m.m. om att så har skett. Nämnden skall i fall som avses i 28 § underrättas när patienten enligt 35 § första stycket 2 har överklagat ett beslut av chefsöverläkaren att den rättspsykiatriska vården inte skall upphöra, liksom när vården efter överklagandet har upphört.

I underrättelsen enligt andra stycket skall chefsöverläkaren ange patientens inställning i frågan om stödperson. Den nämnd som avses i första stycket skall, i de fall 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.

Föreskrifterna om stödperson i 40 och 42 §§ lagen (1999:000) om psykiatrisk tvångsvård tillämpas vid rättspsykiatrisk vård som ges på en sjukvårdsinrättning. Föreskriften i fjärde stycket första meningen 40 § LPT om rätt för stödpersonen att besöka patienten på vårdinrättningen gäller dock bara i den mån det inte möter hinder på grund av bestämmelserna i 6 § andra 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.

51 § Om det föreligger särskilda skäl med hänsyn till en stödpersons säkerhet, skall chefsöverläkaren lämna ut nödvändiga upplysningar om patienten till stödpersonen eller en sådan nämnd som avses i 40 § lagen (1999:000) om psykiatrisk tvångsvård.

52 § I fråga om polismyndighets skyldighet att lämna biträde gäller i tillämpliga delar 59 § andra stycket lagen (1999:000) om psykiatrisk tvångsvård. Sådant biträde skall lämnas även när en patient i fall som avses i 5 § första stycket inte inställer sig när vården skall påbörjas.

53 § Genomgår en patient rättspsykiatrisk vård som är förenad med särskild utskrivningsprövning skall chefsöverläkaren, om brottet och övriga omständigheter gör det påkallat, ge målsäganden möjlighet att begära att bli underrättad dels om att patienten har lämnat sjukvårdsinrättningen utan tillstånd eller inte har återvänt dit sedan tiden för ett tillstånd att vistas utanför inrättningens område har gått ut eller tillståndet har återkallats, dels när beslut fattas om att patienten får vistas utanför sjukvårdsinrättningens område och när beslut fattats om att patienten skall ges öppen vård med särskilda villkor eller att sådan vård skall upphöra. Önskar målsäganden underrättelse, skall en sådan ges så snart som möjligt och vid beslut som anges i denna paragraf innan patienten lämnar vårdinrättningen.

Om det finns särskilda skäl får underrättelse som avses i första stycket lämnas utan att målsäganden begärt att bli underrättad.

54 § Utöver vad som annars följer av lag eller förordning är chefsöverläkaren skyldig att till kriminalvården lämna ut uppgift om en patient som efter den rättspsykiatriska vårdens upphörande skall förpassas till häkte eller kriminalvårdsanstalt, om uppgiften behövs inom kriminalvården.

55 § 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 35 § överklaga vissa beslut,
2. att ansöka enligt 21 § andra stycket eller 26 § om att den rättspsykiatriska vården skall upphöra,
3. att ansöka enligt 10 § eller 20 § om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område,
4. att anlita ombud eller biträde.
5. att enligt 45 § få offentligt biträde.

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

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Denna lag (nya lagen) träder i kraft den 1 januari 1999, då lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (gamla lagen) upphör att gälla.

2. Ett vårdintyg, som uppfyller kraven enligt den gamla lagen, får längst t.o.m. den 4 januari 1999 godtas som underlag för beslut om intagning för tvångsvård enligt den nya lagen.

3. Om en patient vid ikraftträdandet har förts till en sjukvårdsinrättning för intagning för rättspsykiatrisk vård enligt 5 § gamla lagen, skall chefsöverläkaren senast den 1 januari 1999 avgöra frågan om patienten enligt 28 § första stycket i den nya lagen skall tas in för tvångsvård. Intill dess frågan om intagning har avgjorts, gäller den gamla lagen i tillämpliga delar.

4. Den som vid ikraftträdandet är intagen på en sjukvårdsinrättning enligt 4 § andra stycket eller 5 § i den gamla lagen skall anses intagen enligt 28 § andra stycket resp. 29 § i den nya lagen.

5. Den som vid ikraftträdandet efter beslut av domstol är intagen på en sjukvårdsinrättning enligt 7 § första eller andra stycket i den gamla lagen skall anses intagen enligt 5 § första eller andra stycket i den nya lagen. Ett beslut enligt 13 § tredje stycket i den gamla lagen av en länsrätt om fortsatt vård för en patient som genomgår rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning skall dock anses som ett beslut av länsrätten om medgivande till tvångsvård under högst sex månader enligt 8 § tredje stycket i den nya lagen. Har en länsrätt vid prövning enligt 16 § i den gamla lagen för en patient som genomgår rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning beslutat att tvångsvården inte skall upphöra, skall chefsöverläkaren göra anmälan till länsrätten senast inom sex månader enligt 21 § andra stycket i den nya lagen.

Har någon som genom dom överlämnats till rättspsykiatrisk vård inte tagits in på en sjukvårdsinrättning för sådan vård före ikraftträdandet, skall han anses genom domen ha överlämnats till rättspsykiatrisk vård enligt den nya lagen.

6. Har en patient vid ikraftträdandet tillstånd att under viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område, skall han beroende på om vården ges med eller utan särskild utskrivningsprövning anses ha tillstånd till sådan vistelse utanför vårdinrättningens område enligt 10 eller 20 § i den nya lagen. Den som har tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område under återstoden av vårdtiden, skall anses ha tillstånd till sådan vistelse utanför vårdinrättningens område längst till dess frågan om fortsatt vård skall prövas av länsrätten. Särskilda villkor som har föreskrivits med stöd av 9 § eller 10 § andra stycket i den gamla lagen skall anses utgöra särskilda villkor enligt 10 § andra stycket resp. 20 § andra stycket i den nya lagen.

7. Har en patient vid ikraftträdandet stödperson enligt 26 § andra stycket i den gamla lagen, skall stödperson anses ha utsetts enligt 50 § i den nya lagen.

8. Om ett mål hos en länsrätt, en kammarrätt eller regeringsrätten inte är slutligt avgjort av rätten vid utgången av december 1998 skall rätten i stället pröva om det enligt den nya lagen finns förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård, för tillstånd att vistats utanför sjukvårdsinrättningens område eller för återkallelse av sådant tillstånd.

3 Förslag till lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

Härigenom föreskrivs att 4 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §

Tvångsvård skall beslutas, om någon till följd av ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (1980:620) eller på något annat sätt och han till följd av missbruket

1. utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara,
2. löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv, eller
3. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående.

Om någon för kortare tid ges vård med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt denna lag.

Om någon för kortare tid ges vård på sjukvårdsinrättning med stöd av lagen (1999:000) om psykiatrisk tvångsvård hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt denna lag.

Om vård enligt lagen (1999:000) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1999:000) om rättspsykiatrisk vård ges som öppen vård med särskilda villkor hindrar detta inte ett beslut om tvångsvård enligt denna lag.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.

1 Inledning

1.1 Utredningsuppdraget

Kommittén skall enligt direktiven utvärdera lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Vi skall 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 vi 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 också uppmärksamma eventuella problem med tillämpningen av lagstiftningen i vid mening och föreslå lämpliga åtgärder. Vi skall utreda hur informationslämnandet från förtroendekommittéer och hälso- och sjukvården i övrigt till stödpersonerna skall kunna förbättras för att underlätta kontakterna för dessa. I uppdraget ingår även att genomföra en redaktionell översyn av lagstiftningen för att öka tydligheten och därmed också underlätta tillämpningen av lagarna. Direktiven, som bifogas som bilaga 1, specificerar uppdraget ytterligare genom att särskilt nämna vissa frågor som bör behandlas av kommittén.

1.2 Inriktningen av utredningsarbetet

Utredningsarbetet inleddes i januari 1996. Kommitténs arbete var under det första halvåret 1996 i stor utsträckning inriktat på kommitténs deluppdrag enligt direktiven, nämligen att beskriva och analysera principer och regler för patientens betalningsansvar vid rättspsykiatrisk vård samt kostnadsansvaret för rättspsykiatrisk vård till asylsökande. Kommittén redovisade denna del av uppdraget den 1 oktober 1996 genom att avlämna delbetänkandet *Vårdavgifter vid rättspsykiatrisk vård*, m.m. (SOU 1996:141).

Därefter har vi fortsatt arbetet med utvärderingen av LPT och LRV. Vi 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 vi i samarbete med Socialstyrelsen

genomfört en insamling av uppgifter om alla avslutade vårdtillfällen enligt LPT under tiden den 1 oktober 1996—den 31 mars 1997 samt en inventering av patienter med permission enligt LPT och LRV den 30 september 1996.

För att belysa frågan om samverkan kring LRV-patienter och om kommunernas stöd till dessa patienter har vi vidare i samarbete med Socialstyrelsen gjort en förfrågan bland de representanter för landsting och länens kommunförbund som deltar i den uppföljning av 1995 års psykiatrireform som Socialstyrelsen för närvarande genomför på regeringens uppdrag. Vi har från Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter inhämtat rapporter om användningen av vissa tvångsåtgärder.

För inhämtande av synpunkter om lagstiftningen m.m. har ordföranden, sekretariatet, ledamöterna och vissa experter varit på studiebesök på Karsuddens sjukhus samt på Norrlands Universitetssjukhus i Umeå. Vi har vid dessa tillfällen fått del av synpunkter från patienter, anhöriga, olika kategorier av sjukvårdspersonal samt från personal från olika förtroendenämnder. Vid studiebesöket på Norrlands Universitetssjukhus i Umeå har vi även fått del av synpunkter från personal som var anställd inom socialtjänsten i Umeå kommun. Vi har vidare i Stockholm hållit en hearing med anhöriga och patienter för att få del av deras synpunkter på LPT och LRV samt när det gäller vårdens innehåll.

Vi har hållit två forskarseminarier för att få del av synpunkter från forskning om tvångsvård. Doktor Lars Kjellin har hållit ett anförande om sin doktorsavhandling *Coercion in Psychiatric Care* och docenten i medicinsk etik och praktisk filosofi Tore Nilstun har hållit ett föredrag med utgångspunkt från en nordisk studie där han jämför tvångsvårdslagstiftningarna i de nordiska länderna. Docent Agneta Nilsson har inför kommittén hållit ett föredrag om s.k. farlighetsbedömningar vid rättspsykiatrisk vård och professor Sten Levander har inför kommittén föreläst om psykiatriska sjukdomar.

Ordföranden och sekretariatet har vidare varit på studiebesök på RMV:s rättspsykiatriska avdelning vid Huddinge sjukhus.

Vi har skickat enkäter till samtliga förtroendenämnder med frågor om stödpersonsverksamheten. Enkäter har också tillställts vissa polismyndigheter med frågor om de uppgifter som polisen i vissa fall har i samband med intagning av patienter för psykiatrisk tvångsvård.

För att få jämförelser med regelsystemet i andra länder har sekretariatet besökt Sundhedsstyrelsen och Sundhedsministeriet i Köpenhamn och Sosial- och Helsedepartementet i Oslo.

Kommittén har vidare samrått med Straffansvarsutredningen som avlämnande betänkandet *Straffansvarets gränser* (SOU 1996:185) i januari 1997.

Kommitténs arbete har resulterat i förslag till ny lag om psykiatrisk tvångsvård och ny lag om rättspsykiatrisk vård.

2 Bakgrund

2.1 Allmänt om den nya lagstiftningen

2.1.1 Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Inledning

Den övergripande lagen på hälso- och sjukvårdens område är hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Lagen reglerar enskild och offentlig vård på både sjukhus och andra vårdinrättningar och den gäller för såväl somatisk som psykiatrisk vård. HSL innehåller inga regler om vård med tvång. Vid sidan om HSL finns emellertid de psykiatriska tvångslagarna. Den allmänna regleringen om 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. De båda lagarna trädde i kraft den 1 januari 1992 och ersatte lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV).

I förarbetena till LPT (prop. 1990/91:58) anges att syftet med de regler som föreslås i propositionen är 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.

LPT:s tillämpningsområde och förutsättningarna för intagning

I 3 § LPT anges vilka förutsättningar som krävs för att tvångsvård skall få ges. Villkoren för tvångsvård har utformats med sikte på att sådan vård skall begränsas till vad som är oundgängligen nödvändigt. Tre förutsättningar skall samtidigt vara uppfyllda. En förutsättning skall vara att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. Vidare skall krävas 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. Ytterligare krävs att patienten motsätter sig sjukhusvården eller att denne på grund av sitt psykiska

tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i fråga om behovet av sådan vård.

Vid bedömningen av patientens vårdbehov skall beaktas om denne till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Allvarlig psykisk störning

I 3 § första stycket punkt 1 LPT anges som en av förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. I lagen används begreppet allvarlig psykisk störning i stället för de i LSPV använda begreppen psykisk sjukdom och därmed jämställd psykisk abnormitet.

I prop. 1990/91:58 (s. 86 f.) utvecklas vad som menas med allvarlig psykisk störning: Socialministern anför i nämnda proposition bl.a. följande. Till allvarlig psykisk störning bör i första hand räknas tillstånd av psykotisk karaktär, således tillstånd med störd realitetsvärdering och med symtom av typen vanföreställningar, hallucinationer och förvirring. Till följd av en hjärnskada kan vidare en psykisk funktionsnedsättning av allvarlig art (demens) med störd realitetsvärdering och bristande förmåga till orientering i tillvaron uppkomma. Även allvarliga depressioner med självmordstankar räknas till allvarlig psykisk störning. Vidare bör dit föras svårartade personlighetsstörningar (karaktärsstörningar) exempelvis vissa invalidiserande neuroser och personlighetsstörningar med impulsgenombrott av psykoskaraktär. Tvångsvård kan vidare aktualiseras när en krisreaktion är sådan att påverkan på den psykiska funktionsnivån blir så uttalad att den är av psykotisk art. Till allvarlig psykisk störning bör enligt nämnda proposition även hänföras alkoholpsykosor och psykosor som kan drabba narkotikamissbrukare. Även en psykisk funktionsnedsättning som beror på åldrande och som tar sig uttryck i åldersdement beteende kan vara så kraftig att begreppet allvarlig psykisk störning är tillämpligt. För psykiskt utvecklingsstörda gäller att enbart hämning i förståndsutvecklingen inte skall kunna utgöra grund för psykiatrisk tvångsvård. Bedömningen om en psykisk störning är allvarlig skall ske utifrån både störningens art och grad.

Oundgängligt behov av psykiatrisk vård

Vårdbehovet skall vara sådant att det framstår som oundgängligt. Behovet skall vara oundgängligt i det aktuella skedet och det är inte tillräckligt att det ter sig oundgängligt endast på sikt. Vidare skall vårdbehovet föreligga på grund av den allvarliga psykiska störningen. Framför allt risken för patientens liv eller hälsa skall vara avgörande när frågan om tvångsvård prövas. Vid bedömningen av patientens vårdbehov måste alltså prövas i vad mån risk föreligger för hans liv eller hälsa, om vård inte kommer till stånd genom intagning på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård.

Vårdbehovet skall prövas inte endast med utgångspunkt i det psykiska störningstillståndet utan också med hänsyn till patientens levnadsförhållanden och hans relationer till omgivningen. T.ex. kan ett intensivt drogmissbruk utgöra skäl för att patienten lever under sådana förhållanden att han har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård. En samlad bedömning av patientens psykiska tillstånd och situation i övrigt måste göras. Kan den allvarligt psykiskt störde patienten få tillräckligt stöd i sin egen eller annan miljö utan intagning på en sjukvårdsinrättning får tvångsvård inte ges. I förarbetena till lagen uttalas att kravet på fortlöpande vård inte kan göras helt undantagslöst. Detta krav innebär inte att patienten under alla omständigheter faktiskt måste vistas på vårdinrättningen helt utan avbrott. Det skall vara möjligt att ge patienten permission från sjukvårdsinrättningen.

Patientens inställning till vården

I 3 § första stycket 3 LPT anges den tredje förutsättningen för tvångsvård, nämligen att patienten motsätter sig vård på en sjukvårdsinrättning eller att han till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan. För att lagen skall bli tillämplig skall patienten enligt huvudregeln motsätta sig vård. Den vård som patienten skall ta ställning till är den oundgängliga behövliga psykiatriska vård som ges i förening med intagning på en sjukvårdsinrättning. Av bestämmelsen följer att det finns begränsat utrymme att besluta om psykiatrisk tvångsvård även om patienten inte motsätter sig nödvändig vård, nämligen om det på grund av patientens psykiska tillstånd finns starka skäl för detta. Det kan således bli aktuellt att tillämpa bestämmelsen i vissa fall när det framstår som klart att patientens godtagande av erbjuden vård med hänsyn till hans psykiska tillstånd inte kan anses vara allvarligt menat och att han kan väntas undandra sig nödvändig vård på vårdinrättningen. Det kan också vara så att patienten är helt avskärmd från verkligheten och inte kan ge

uttryck för en egen vilja i vårdfrågan. Denna situation kan uppkomma t.ex. som följd av ett omfattande missbruk av droger.

Intagning för tvångsvård

Bestämmelserna i 4–6 §§ LPT reglerar förfarandet vid intagning för psykiatrisk tvångsvård. I 4 § nämnda lag 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. Vårdintyget skall grundas på en särskild läkarundersökning. Initiativ till läkarundersökning för vårdintyg kan komma från t.ex. läkare i öppenvården, socialtjänsten eller anhöriga till patienten. I 5 § nämnda lag stadgas att vårdintyg får utfärdas endast i omedelbar anslutning till läkarundersökningen. Frågan om intagning för tvångsvård skall enligt 6 § LPT avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten och senast inom 24 timmar efter patientens ankomst till vårdinrättningen. 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.

Tvångsvård efter beslut av rätten

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 § LPT före utgången av fyra veckor skriftligen ansöka hos länsrätten om medgivande till sådan vård. Bestämmelsen innebär att obligatorisk domstolsprövning skall ske innan frihetsberövande får fortsätta utöver den inledande vårdperioden. Sker inte ansökan inom den angivna tiden till länsrätten upphör tvångsvården enligt 28 § LPT och patienten får inte längre kvarhållas på vårdinrättningen mot sin vilja.

I ansökan till länsrätten skall anges vilka omständigheter som utgör grunden för tvångsvården och vilka överväganden som har gjorts rörande vård i annan form för patienten. I 8 § LPT föreskrivs att rätten på ansökan av chefsöverläkaren får besluta om frågan om fortsatt tvångsvård. Om rätten bifaller ansökan, får vården pågå under högst fyra månader räknat från dagen för intagningen. I 9 § LPT föreskrivs att efter ansökan av chefsöverläkaren får rätten medge att tvångsvården fortsätter utöver den längsta tiden enligt 8 §. Medgivande får lämnas för

högst sex månader åt gången, räknat från prövningstillfället. I 10 § nämnda lag föreskrivs att om en ansökan av chefsöverläkaren enligt 7 eller 9 § LPT kommit in till rätten inom den stadgade tiden får vården fortsätta i avvaktan på rättens beslut. Avslår rätten ansökan skall vården upphöra omedelbart.

Övergång från frivillig vård till tvångsvård

I 11—13 §§ LPT 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. I 11 § LPT föreskrivs att 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 § LPT är uppfyllda att patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan.

Konvertering aktualiseras främst när en patient som är intagen för frivillig psykiatrisk vård enligt HSL ger uttryck för att han vill lämna sjukvårdsinrättningen trots att han oundgängligen behöver vården där. Ställning måste då omgående tas till om beslut om tvångsvård skall fattas. Utan ett konverteringsbeslut får patienten inte hindras att lämna sjukvårdsinrättningen. Farebedömningen i konverteringsfallen skall avse risken för allvarlig skada, t.ex. självmord eller risk för våldsbrott mot någon annan. Med skada avses främst fysisk skada men även psykisk skada som någon i omgivningen kan utsättas för i form av t.ex. hot eller trakasserier.

När beslut har fattats om tvångsvård enligt 11 §, skall chefsöverläkaren enligt 12 § LPT skyndsamt och senast inom fyra dagar från dagen för beslutet ansöka hos länsrätten om medgivande till att tvångsvården fortsätter. I 13 § nämnda lag föreskrivs att 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 § LPT.

Övergång från rättspsykiatrisk vård till tvångsvård enligt LPT

När vård enligt 15 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård skall upphöra, t.ex. när en häktad eller anhållen skall frigivas eller när en person skall frigives från intagning i kriminalvårdsanstalt, får chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas, utan hinder av att vårdintyg inte utfärdats, besluta om tvångsvård enligt LPT om förutsättningarna enligt 3 § denna lag föreligger.

Vården

I 15—23 §§ LPT finns bestämmelser som avser innehållet i vården. Vård enligt lagen ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en landstingskommun. En behandlingsplan skall upprättas snarast efter att patienten har tagits in för tvångsvård. Om det kan ske skall samråd äga rum med patienten angående vården. Frågor om behandlingen avgörs emellertid ytterst av chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas.

I 18 § LPT föreskrivs att en patient får hindras att lämna vårdinrättningens område.

I 19—20 §§ LPT finns bestämmelser om tvångsåtgärder som i vissa fall får tillgripas mot patienten. I 19 § första stycket nämnda lag sägs att om det finns en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller annan anordning. Om det föreligger synnerliga skäl, får beslutas att patienten skall hållas fastspänd längre än vad som anges i första stycket. I 20 § LPT föreskrivs att patienten får hållas avskild från övriga patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna.

I 21—24 §§ LPT finns bestämmelser som bl.a. reglerar att en patient inte får inneha alkohol, narkotika eller annan egendom som kan skada honom själv eller någon annan inom vården.

I 25 § LPT 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. I 26 § LPT föreskrivs att chefsöverläkaren får återkalla ett tillstånd enligt 25 § LPT.

Tvångsvårdens upphörande

När det inte längre finns förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård skall chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas genast besluta att tvångsvården skall upphöra (27 § LPT). Frågan om tvångsvårdens upphörande skall övervägas fortlöpande. Patienten kan i princip när som helst ansöka om vårdens upphörande. Det ställs inte några krav på hur en ansökan skall göras. En muntligt framförd begäran av patienten är tillräcklig. Beslutet skall däremot vara skriftligt och innehålla skälen för beslutet. Ett avslagsbeslut kan överklagas till länsrätten enligt 33 § LPT.

I 28 § LPT föreskrivs att tvångsvården upphör, om inte en ansökan om medgivande till tvångsvård har kommit in till länsrätten inom den tid som anges i 7, 9 eller 12 § denna lag.

Av 29 § LPT följer att intagning för psykiatrisk tvångsvård under vissa förutsättningar inte hindrar verkställigheten av beslut om avvisning, utvisning eller utlämning. Patientens störning och behov av vård i Sverige kan i och för sig utgöra ett humanitärt skäl för att få stanna i Sverige men om ett avlägsnandebeslut är fattat — under hänsynstagande till samtliga omständigheter — skall enligt vad som sägs i förarbetena ett beslut om intagning för psykiatrisk tvångsvård inte hindra verkställigheten av avlägsnandebeslutet. Patienten måste emellertid vara i sådant tillstånd att han klarar att resa. Den myndighet som skall verkställa avlägsnandebeslutet måste begära att tvångsvården skall upphöra och chefsöverläkaren har därefter att besluta om tvångsvården kan upphöra.

Stödperson

I 30 § LPT föreskrivs att en stödperson skall utses om patienten begär det och även i vissa andra fall om patienten inte motsätter sig det. Enligt förarbetena till lagstiftningen bör uppgiften för en stödperson allmänt sett vara att svara för personligt stöd som patienten behöver på grund av frihetsbegränsningen vid tvångsvård. Insatserna bör avse tiden från det förordnande erhålls till dess att tvångsvården upphör. Patienten har visserligen rätt till ett offentligt biträde i mål om psykiatrisk tvångsvård, men en stödperson har andra viktiga uppgifter att fylla i samband med psykiatrisk tvångsvård. Stödpersonen skall bistå patienten i personliga frågor så länge han ges tvångsvård. Stödpersonen har rätt att besöka patienten på vårdinrättningen och stödpersonen har rätt att närvara vid en muntlig förhandling inför domstol. Stödpersonen är skyldig att iaktta tystnadsplikt beträffande uppgifter om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt, som han fått kännedom om i sin verksamhet som stödperson. Den nämnd som har hand om landstingskommunens förtroendenämndsverksamhet utser stödpersonen. Sekretess

enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen gäller för ledamöter av och tjänstemän vid förtroendenämnderna.

Enligt 31 § LPT är det chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas som skall anmäla till förtroendenämnden när det kan finnas skäl att utse en stödperson. Anmälan skall alltid göras när chefsöverläkaren ansöker till länsrätten om medgivande till fortsatt tvångsvård, när patienten överklagar chefsöverläkarens beslut om intagning och när patienten överklagar chefsöverläkarens beslut att avslå en begäran att tvångsvården skall upphöra.

Överklagande

I 32 § LPT stadgas att patienten får överklaga chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård enligt 6, 11 eller 14 § denna lag. Överklagandet skall ske till länsrätten och skall anses innefatta en begäran att tvångsvården skall upphöra. Länsrätten skall förelägga chefsöverläkaren att yttra sig innan länsrätten prövar överklagandet.

I 33 § LPT anges vilka andra beslut av chefsöverläkaren än de som nämnts i 32 § som får överklagas hos länsrätten. De beslut som får överklagas är avslag på en begäran att tvångsvården skall upphöra, beslut om förstöring eller försäljning av egendom, avslag helt eller delvis på begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, beslut om återkallelse av sådant tillstånd och meddelande om villkor i samband med vistelse utanför vårdinrättningen. I övrigt får beslut av chefsöverläkaren inte överklagas. Chefsöverläkaren har inte getts någon rätt att överklaga beslut enligt lagen. Skäl härtill har angetts vara att denna typ av åtgärder inte lämpligen bör ingå i läkarens arbetsuppgifter.

Föreskrifter om tidsfristen för överklagande av beslut finns i 23 § förvaltningslagen och 7 § förvaltningsprocesslagen. Besvärstiden är tre veckor från den dag patienten fick del av det beslut som överklagas.

Handläggningen i domstol

I 34—38 §§ LPT finns regler om handläggningen i domstol. Enligt 34 § denna lag prövas frågor som enligt lagen ankommer på länsrätten, av den länsrätt inom vars domkrets sjukvårdsinrättningen är belägen.

Det är som regel angeläget att få en fråga om psykiatrisk tvångsvård prövad skyndsamt. Stadgande härom finns i 35 § första stycket LPT. 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 9 § förvaltningsprocesslagen är förfarandet vid allmän förvaltningsdomstol skriftligt. Med hänsyn till betydelsen av ett omhändertagande för tvångsvård skall emellertid länsrättens prövning av förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård enligt 36 § LPT som regel ske efter muntlig förhandling. Av sistnämnda bestämmelse framgår att länsrätten skall hålla muntlig förhandling i målet om det inte är uppenbart obehövt. Det kan vara uppenbart obehövt att hålla muntlig förhandling, om en sådan nyligen har hållits i ett föregående mål rörande samme patient och nya omständigheter av vikt inte har tillkommit efter förhandlingen.

Muntlig förhandling skall enligt 37 § LPT hållas på vårdinrättningen om inte särskilda skäl talar för något annat. Patienten och chefsöverläkaren skall i de flesta fall vara närvarande vid förhandlingen. Patientens tillstånd kan emellertid någon gång föranleda undantag från detta krav. Det föreskrivs därför att patienten ska vara närvarande om hans psykiska tillstånd medger detta. Chefsöverläkaren skall höras om det inte är uppenbart obehövt. Stödpersonen har rätt att närvara vid förhandlingen och skall om möjligt underrättas om när förhandling skall hållas.

Vidare skall, om det behövs, länsrätten i ett mål enligt denna lag höra lämplig sakkunnig vid muntlig förhandling. Möjligheten att höra en sakkunnig har införts för att bidra till att länsrätten får uppkommande medicinska eller andra frågeställningar tillräckligt belysta. För att underlaget för länsrättens bedömning av argumentering i medicinska frågor skall bli så gott som möjligt har tillfogats en regel som medger att den sakkunnige får ställa frågor till chefsöverläkaren och patienten.

Övriga bestämmelser

I 39—49 §§ LPT finns bestämmelser om bl.a chefsöverläkarens delegationsrätt (39 §), om möjlighet att ge dispens från kravet på legitimation för läkare som utfärdar vårdintyg (40 §). I 41 § LPT föreskrivs att beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning samt ansökan till länsrätten att tvångsvård skall få ske och rättens medgivande i anledning av en sådan ansökan fortsätter att gälla om patienten förs över till en annan sjukvårdsinrättning. I 42 § nämnda lag föreskrivs att regeringen eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen skall för viss tid förordna särskilda sakkunniga att bistå rätten. Bestämmelser om sekretess finns i 43 § LPT. I 44 § LPT föreskrivs att om patienten har fyllt femton år har han rätt att själv föra talan i mål och ärenden enligt lagen. En patient som är yngre bör höras om det är till nytta för utredningen och det kan antas att patienten inte tar skada av att höras.

Enligt förarbetena torde det emellertid endast i undantagsfall bli aktuellt att ge psykiatrisk tvångsvård åt någon som är strax under femton år. Som har nämnts under 3 § LPT är det i princip patientens egen inställning till den ifrågasatta tvångsvården som skall tillmätas självständig betydelse vid bedömning om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda. Detta gäller oavsett ålder och innebär därför beträffande den som är under femton år, trots att han inte är behörig att processa inför domstol i vårdfrågan, att det är han som skall ta ställning till den vård som erbjuds.

I 47 § LPT föreskrivs att om det finns skäligen anledning att anta att någon lider av en allvarlig psykisk störning och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv eller i övrigt behöver omedelbar hjälp, får polismyndigheten tillfälligt omhänderta honom i avvaktan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge honom sådan hjälp.

I 48 § LPT föreskrivs att en patient som vårdas med stöd av lagen skall så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkaren upplysas om sin rätt att överklaga vissa beslut, att anlita ombud eller biträde, att få rättshjälp genom offentligt biträde enligt rättshjälpslagen och att få hjälp av en stödperson. Chefsöverläkaren skall enligt vad som sägs i 49 § fortlöpande lämna Socialstyrelsen uppgifter om åtgärder som har vidtagits enligt denna lag.

2.1.2 Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

Regler för den psykiatriska tvångsvården av lagöverträdare är intagna i en särskild lag om rättspsykiatrisk vård. Lagen gäller i första hand personer som ges psykiatrisk tvångsvård som brottspåföljd eller som är häktade eller är intagna i kriminalvårdsanstalt. I lagen regleras bl.a. förutsättningarna för vård, hur vården skall utformas och var den skall bedrivas. I 1 § LRV sägs att lagen gäller den som

1. efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård
2. är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning
3. är intagen i eller skall förpassas till en kriminalvårdsanstalt.

Förutsättningar för att domstol skall kunna besluta om överlämnande till rättspsykiatrisk vård

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, BrB). Enligt andra stycket nyssnämnda lagrum 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.

När det gäller upphörande av rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning gäller motsvarande regler som vid psykiatrisk tvångsvård i övrigt.

Straffrättslig särreglering

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 härför gäller att något allmänt eller enskilt intresse inte åsidosätts.

I 29 kap. 3 § brottsbalken ges en möjlighet till att sätta ned ett straff om brottet har begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning. Vidare får den som begått brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning inte dömas till fängelse enligt 30 kap. 6 § brottsbalken. Nyssnämnda lagrum ger vidare möjlighet att besluta att en psykiskt störd lagöverträdare skall vara fri från påföljd.

Beslut om rättspsykiatrisk vård

I 4 § LRV sägs att den som är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning 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 på grund av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan.

I 5 § LRV regleras förfarandet vid intagning för sådan rättspsykiatrisk vård som avses i 4 §. I huvudsak samma ordning bör enligt förarbetena (prop. 1990/91:58) gälla vid intagning för psykiatrisk tvångsvård i de nu aktuella fallen som enligt den allmänna regleringen av psykiatrisk tvångsvård. Undantag gäller i de fall då patienten redan har tagits in för rättspsykiatrisk undersökning. I detta fall räcker det med beslut av vederbörande läkare för att psykiatrisk tvångsvård skall få ges. Ett annat undantag från kravet på vårdintyg gäller i de fall då den som är häktad eller är intagen i kriminalvårdsanstalt genomgår frivillig vård på en vårdinrättning som är godkänd av regeringen för tvångsvård. Med

hänsyn till att patienten i de nu aktuella fallen är frihetsberövad på annan grund har det ansetts att det också här är tillräckligt att chefsöverläkaren vid inrättningen, efter prövning av förutsättningarna för tvångsvård, beslutar att sådan vård kan ges.

Vården

Vid rättspsykiatrisk vård gäller i tillämpliga delar bestämmelserna angående vården i LPT (8 § LRV). I 8 § LRV finns vidare bestämmelser som innebär att Kriminalvårdsstyrelsen (och 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 efter beslut av domstol enligt 31 kap. 3 § brottsbalken, utan särskild utskrivningsprövning (9 § LRV).

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 § LRV). Vid sin prövning skall länsrätten 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 har genomgått. Länsrätten kan efter ansökan av chefsöverläkaren överlämna åt denne att besluta om tillstånd för patienten att vistas utanför vårdinrättningens område. Beträffande den som är intagen i kriminalvårdsanstalt och som genomgår rättspsykiatrisk vård avgörs frågan om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område av Kriminalvårdsstyrelsen efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten (11 § LRV).

Den 1 juli 1995 infördes två nya bestämmelser i LRV, nämligen 10 a § och 18 a §. Den nya bestämmelsen i 10 a § reglerar vad som skall gälla vid frigång för patienter som ges rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. I 18 a § stadgas att ett beslut enligt 10 a § inte är överklagbart. Med frigång menas att patienten på egen hand vistas inom sjukvårdsinrättningens område men utanför sin vårdavdelning. Chefsöverläkaren vid sjukvårdsinrättningen har tidigare beslutat om frigång. Enligt den nya bestämmelsen, vilken har införts för att stärka samhällsskyddet i den rättspsykiatriska vården, krävs för vistelse utanför vårdavdelningen men inom sjukvårdsinrättningen att chefsöverläkaren har fått medgivande av länsrätten att ge tillstånd till sådan vistelse. Förändringen syftar enligt förarbetena (prop. 1994/95:194) till att garantera att det sker en noggrann prövning av i vilken utsträckning en

patient bör ges möjlighet till frigång. Enligt andra stycket av bestämmelsen skall länsrätten vid sin prövning av chefsöverläkarens ansökan 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. Länsrätten skall vidare särskilt beakta säkerhetsförhållandena vid sjukvårdsinrättningen, t.ex. vårdinrättningens rutiner för att förebygga att en patient avviker under frigång. Härav följer att ett medgivande avseende en viss patient upphör att gälla om patienten flyttas till en annan sjukvårdsinrättning. Medgivandet kan ges tills vidare eller för viss tid. Ett medgivande kan återkallas.

Upphörande av rättspsykiatrisk vård

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. Vården skall upphöra om patienten inte längre lider av en allvarlig psykisk störning eller 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 (12 § LRV).

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 inte en ansökan om medgivande till fortsatt rättspsykiatrisk vård kommit in till länsrätten inom den i 13 § angivna tiden upphör den rättspsykiatriska vården (14 §).

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 § LRV).

En fråga 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 var sjätte månad från den dag då rätten senast meddelade

beslut i frågan.

När det, beträffande den som är häktad eller på annat sätt är berövad friheten med anledning av brott, inte längre finns förutsättningar att ge rättspsykiatrisk vård, skall genast beslutas att vården skall upphöra. Vården skall upphöra senast när patienten inte längre är frihetsberövad i annan ordning, t.ex. när en häktning hävs.

I 17 § LRV regleras frågan om upphörande av rättspsykiatrisk vård i samband med avvisning, utvisning och utlämning.

Överklagande

I 18 § LRV uppräknas de beslut av chefsöverläkaren som patienten kan överklaga, nämligen

1. beslut om intagning enligt 5 § för rättspsykiatrisk vård
2. avslag på en begäran att rättspsykiatrisk vård skall upphöra
3. avslag på en begäran att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område
4. återkallelse av tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område
5. förordnande av förstöring av egendom.

Som ovan anförts är ett beslut av länsrätten att lämna chefsöverläkaren medgivande till att besluta om frigång inte överklagbart (18 a §).

Enligt 19 § LRV får patienten överklaga Kriminalvårdsstyrelsens 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 beslutsrätten angående om patienten skall få vistas utanför sjukvårdsinrättningens område till chefsöverläkaren samt beslut om att vården skall upphöra (20 § LRV). För att åklagaren skall ha besvärsrätt måste han ha anmält till rätten före beslutet att detta kan komma att överklagas. Har en sådan anmälan gjorts, får beslutet inte verkställas förrän det har vunnit laga kraft eller rätten dessförinnan har underrättats om att åklagaren inte kommer att överklaga.

Handläggningen i domstol

I 21 § LRV hänvisas när det gäller handläggningen i domstol till motsvarande regler i LPT. I ett mål som gäller länsrättens medgivande till chefsöverläkaren att besluta om frigång gäller emellertid inte kravet på att målet skall tas upp till avgörande inom åtta dagar och inte heller kravet att muntlig förhandling skall hållas om det inte är uppenbart

obehövt.

I 22 § LRV föreskrivs att åklagaren om det inte är uppenbart obehövt skall få tillfälle att yttra sig innan rätten beslutar i ett mål avseende permission, frigång eller upphörande av vård.

Övriga bestämmelser

I 23 § LRV finns bestämmelser om chefsöverläkarens delegationsrätt beträffande vissa beslut gentemot annan läkare inom sjukvårdsinrättningen. I 26 § LRV regleras frågor om förtroendenämnd och stödperson.

Genomgår en patient rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning skall chefsöverläkaren, om brottet och övriga omständigheter gör det påkallat, ge målsäganden möjlighet att begära att bli underrättad när beslut fattas om att patienten får vistas utanför sjukvårdsinrättningens område eller att vården skall upphöra (28 § LRV). Om målsäganden önskar en underrättelse skall en sådan ges så snart som möjligt och innan patienten lämnar vårdinrättningen.

Enligt 30 § LRV skall chefsöverläkaren så snart patientens tillstånd medger det meddela honom hans rätt bl.a. att överklaga vissa beslut, att få tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område, att få rättshjälp, och att få hjälp av en stödperson.

2.2 Internationella jämförelser

2.2.1 Konventioner m.m.

De förslag som vi lägger fram har i flera avseenden stor betydelse för den enskilde patientens självbestämmande, integritet och värdighet. Liksom nuvarande lagstiftning ger våra förslag möjlighet att vidta åtgärder som får anses vara ingripande i förhållande till den enskilda människan. I det perspektivet finns det anledning att överväga hur förslagen förhåller sig till de konventioner och andra internationella dokument om mänskliga rättigheter som berör lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård. De internationella dokumenten består rättsligt sett av två typer. Dels konventioner som är folkrättsligt bindande för Sverige, dels deklARATIONER, resolutioner, rekommendationer och andra dokument som inte är bindande på samma sätt, men som bör beaktas vid utformningen av den svenska lagstiftningen. Även om de sist nämnda dokumenten inte är bindande i alla avseenden, kan de innehålla

grundläggande principer om mänskliga rättigheter som återfinns i konventioner, t.ex. i den europeiska konventionen d. 4 nov. 1950 angående skydd för de mänskliga rättigheterna och grundläggande friheterna (Europakonventionen). För alla internationella dokument om mänskliga rättigheter gäller att de bör ses i belysning av FN:s allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna från år 1948, där det bl.a. fastslås att ingen må utsättas för omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.

Vissa av de internationella dokument som redovisas i detta kapitel kommer också att beröras i anslutning till våra överväganden och förslag i de följande kapitlen. Det gäller i synnerhet Europakonventionen eftersom den har antagits som svensk lag och i många avseenden är av central betydelse.

Europakonventionen

Artikel 3 i Europakonventionen innehåller en bestämmelse som är av stor betydelse för personer som är frihetsberövade eller föremål för annan tvångsåtgärd. Det fastslås att ingen må 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 fastslås att envar har rätt till frihet och personlig säkerhet. Ingen må berövas sin frihet utom i de fall som anges i artikel 5:1. Den som är sinnessjuk kan enligt artikel 5:1 e) berövas friheten med stöd av lag och i den ordning som lagen föreskriver.

Den som berövas sin frihet har enligt artikel 5:4 rätt att påfordra att lagligheten av frihetsberövandet snabbt prövas av domstol samt att frigivning sker om åtgärden inte är laglig.

Europadomstolen har i ett mål (Johnson mot England, dom den 24 oktober 1997, mål nr 119/1996/738/937) prövat frågan om frihetsberövandet av en person som var försöksutskrivnen från psykiatrisk tvångsvård inneburit en kränkning av artikel 5.1 och 5.4 i Europakonventionen. Patienten, som överlämnades till psykiatrisk tvångsvård som straffpåföljd i juni 1984, skrevs ut i januari 1993 efter att ha varit försöksutskrivnen sedan juni 1989. Han hade då inte lidit av någon psykisk sjukdom sedan år 1987 och hade inte heller någon psykisk störning. Domstolen fann att det fortsatta frihetsberövandet efter juni

1989 inte var förenligt med artikel 5:1 e) och att det därför skett en kränkning av denna bestämmelse. Domstolen framhöll 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 att det är påkallat med tvångsintagning och för det tredje måste ett fortsatt frihetsberövande motiveras av att störningen kvarstår. Domstolen betonade att det av ett konstaterande att det inte längre föreligger en psykisk störning inte automatiskt följer att en patient omedelbart och utan villkor skall släppas ut i samhället. Det kan behövas en tids observation efter det att symtomen försvunnit för att man skall kunna bekräfta att sjukdomen upphört och det kan krävas att vissa villkor ställs upp till dess det kan konstateras att patienten fungerar i ett liv ute i samhället.

Enligt artikel 8:1 i Europakonventionen har var och en rätt till skydd för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Tvångsmedicinering, isolering, fastspänning och besöksförbud vid vård enligt LPT och LRV är exempel på åtgärder som inskränker rätten till skydd för privatlivet. I skyddet för den personliga integriteten ingår också skydd mot medicinska undersökningar, även sådana som är av mindre betydelse, psykiatriska undersökningar, kroppsvisitationer, samt tagande av blodprov. 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 landets yttre säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välbefinnande, förebyggande av oordning och brott, hälsovården, skyddandet av sedligheten eller av andra personers fri- och rättigheter.

Europakommissionen (Europeiska kommissionen för de mänskliga rättigheterna) har i ett ärende (ERD 45) prövat frågan om försöksutskrivning från tvångsvård enligt tidigare lag, LSPV, stred mot artikel 8 i Europakonventionen. Det förhållandet att patienten hade varit "legally under a detention order and only discharged on a provisional basis" från december 1977 till januari 1984 innebar enligt kommissionen en kränkning av patientens rätt till skydd för privatlivet. Kommissionen fann dock att beslutet "not to discharge the applicant permanently" hade stöd i lag och att det avsåg en kränkning som var tillåten enligt artikel 8 punkt 2 eftersom det fattats "for the protection of her health".

Av artikel 9:1 Europakonventionen framgår att var och en som berövas friheten skall ha rätt att få sin sak prövad av domstol. Enligt Europakonventionen skall det beslutande organet stå fritt i förhållande till såväl den verkställande makten som till parterna i målet. Europakonventionens krav på domstolsprövning avser inte endast det beslutande organets ställning. Flera uttalanden av Europadomstolen under senare år pekar på att domstolskaraktären är beroende även av de processuella

rättssäkerhetsgarantier med vilka förfarandet hos det beslutande organet omges.

Europarådets konvention till förhindrande tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning

Konventionen antogs år 1987 och kompletterar förbudet enligt artikel 3 i Europakonventionen. Syftet är att stärka rättssäkerheten för människor som är frihetsberövade, t.ex. dem som intas för psykiatrisk tvångsvård på sjukvårdsinrättning.

Enligt artikel 1 i konventionen skall det upprättas en kommitté, som i samband med besök i stater som tillträtt konventionen skall undersöka hur personer som är frihetsberövade behandlas och när det är påkallat, förbättra förhållandena för dessa personer och förebygga bruk av tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.

Kommittén skall genomföra inspektioner av inrättningar där människor hålls frihetsberövade. Konventionsstaterna är skyldiga att ge kommittén obegränsad möjlighet att besöka de aktuella inrättningarna och där kunna ha förtroliga samtal med dem som är berövade friheten. Efter varje besök skall kommittén utarbeta en rapport om besöket och åtgärder som bedöms påkallade. Rapporten skall offentliggöras med eventuella kommentarer från berörd stat.

Europarådets rekommendationer

Europarådets rekommendation för utformningen av regler om psykiatrisk tvångsvård, Recommendation No. R (83) 2, innehåller bestämmelser för skydd av personer med psykisk störning som intas för psykiatrisk vård utan samtycke.

Rekommendationen definierar intagning för psykiatrisk tvångsvård som intagning på en sjukvårdsinrättning av en patient som lider av en psykisk störning utan att patienten själv begär det. Intagning för tvångsvård får enligt rekommendationen ske

- a) om patienten till följd av sin psykiska störning utgör en allvarlig fara för sig själv eller någon annan, eller
- b) om patienten kan antas få sitt tillstånd avsevärt försämrat eller hindras att få den vård som han behöver om intagning på vårdinrättningen inte kommer till stånd.

Enligt artikel 4:1 skall ett beslut om intagning för tvångsvård fattas av domstol eller annat beslutande organ som föreskrivs i lag. Ett sådant beslut skall fattas "on medical advice", dvs. efter hörande av medicinskt sakkunnig. I akuta situationer kan en patient kvarhållas efter beslut av

"a doctor", som därvid omedelbart skall underrätta "the competent judicial or other authority" som skall besluta i saken. Patienten skall ha rätt att överklaga beslutet till en domstol.

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 rekommendation 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. Rekommendationen innehåller bestämmelser beträffande "Admission procedure and conditions", "Treatment", "Problems and abuses in psychiatry" samt "Situation of detained persons". Beträffande behandlingen och användningen av tvångsåtgärder anges att "lobotomies", dvs. psykokirurgiska ingrepp och "electroconvulsive therapy", dvs. ECT-behandling (elchockbehandling) får utföras endast om det finns skriftligt informerat samtycke av patienten eller ställföreträdare och om beslutet har blivit "confirmed" av "a select committee not composed exclusively of psychiatric experts", att användningen av "isolation cells" skall vara "strictly limited", att "mechanical restraint", dvs. fastspänning med bälte och liknande anordningar, inte skall användas och att "pharmaceutical means of restraint", dvs. medicinering som inskränker patientens självbestämmande, måste anpassas till vad som krävs ("be proportionate") för att uppnå syftet med behandlingen. I rekommendation anges att beslut om intagning för psykiatrisk tvångsvård skall fattas av en domare och att det enligt lag måste finnas en rätt att överklaga beslutet. Europarådets Ministerkommitté har ännu inte slutbehandlat förslaget till ny rekommendation.

Europarådets konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin

Europarådets ministerkommitté antog år 1996 en konvention om mänskliga rättigheter och biomedicin.

I konventionen (artikel 7) fastslås ett skydd för personer med psykisk störning. Behandling utan samtycke kan ske beträffande personer med

allvarlig psykisk störning på närmare angivna förutsättningar. Tvångsvård får således ges endast om "an intervention aimed at treating his or her mental disorder only where, without such treatment, serious harm is likely to result to his or her health", dvs. en underlåtelse att behandla den psykiska störningen skulle leda till allvarlig skada på patientens hälsa. Av artikel 26 framgår att undantag från konventionens bestämmelser om skydd för personer med psykiska störningar även får göras "for the protection of the rights and freedom of others", t.ex. när det finns en fara för andra personers liv och hälsa.

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 Europakonventionen.

I artikel 9:1 fastslås att envar har rätt till frihet och personlig säkerhet och att ingen må 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 "All persons deprived of their liberty shall be treated with humanity and with respect for the inherent dignity of the human person".

FN-konventionen om barnets rättigheter

Konventionen antogs år 1989 och innehåller bestämmelser som skall tillgodose att barn blir behandlade mänskligt och med tanke på vad som bäst tjänar barnet.

Barnets privatliv skall respekteras och barnet får skiljas från sina föräldrar endast om det sker på sådana grunder och i sådan ordning som föreskrivs i lag och om det är nödvändigt med hänsyn till barnets intressen (artikel 9).

Barn skall åtnjuta bästa möjliga hälsa (artikel 24) och skall inte utsättas för tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (artikel 37 (a)). Ett beslut om frihetsberövande får inte ske utan stöd av lag. Ett frihetsberövande skall vid varje tillfälle vara sista alternativa åtgärd och skall vara så kortvarigt som

möjligt (artikel 37 (b)). Barn som frihetsberövas skall behandlas mänskligt och med respekt för sin värdighet, och får skiljas från sina föräldrar endast om det är i barnets intresse (artikel 37 (c)).

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

FN:s generalförsamling antog år 1991 (resolution no. 46/199) 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 (public safety, order, health or morals) eller andras grundläggande fri- och rättigheter. Principerna bör beaktas vid utformningen av den svenska lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård.

Som huvudprincip fastslås att alla personer med psykisk störning skall behandlas mänskligt och med respekt för sin värdighet. Alla psykiskt störda har rätt till den bästa psykiatriska vård som finns att tillgå. Vården skall innefatta insatser såväl från hälso- och sjukvården som från socialtjänsten. Varje psykiskt störd person skall så långt som möjligt ha rätt att leva och arbeta ute i samhället samt att få behandling och omsorg i den miljö där han lever. Ingen skall diskrimineras på grund av psykisk störning. Diagnostisering av psykiska störningar skall ske i överensstämmelse med internationellt accepterad medicinsk standard, och aldrig på basis av politiskt, ekonomiskt och social status eller av kulturell, rasmässig eller religiös tillhörighet eller av annan orsak som inte är direkt relevant med avseende på psykisk status.

Behandlingen av varje patient skall bygga på patientens informerade samtycke och syfta till att säkra och förbättra patientens autonomi. Behandling utan samtycke kan dock 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.

Intagning för tvångsvård kan ske när det till följd av patientens psykiska tillstånd finns "a serious likelihood of immediate or imminent of harm to that person or to other persons", dvs. det finns med stor sannolikhet en omedelbar eller överhängande fara för att patienten skadar sig själv eller någon annan.

En patient som frivilligt är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård kan kvarhållas för tvångsvård när

- patienten lider av en svår psykisk störning,
- patientens rättsliga handlingsförmåga är begränsad, och
- patienten kan antas få sitt tillstånd avsevärt försämrat eller hindras att få den vård som han behöver om den vård som kan ges på vårdinrättningen inte kommer till stånd.

FN:s förklaringar om funktionshindrades rättigheter

FN:s generalförsamling har antagit två förklaringar om funktionshindrades rättigheter. Förklaringen från år 1971 som gäller psykiskt funktionshindrade och förklaringen från år 1975 som gäller både fysiskt och psykiskt funktionshindrade. Huvudprincipen i bägge förklaringarna är att funktionshindrade skall ha samma rättigheter och möjligheter som andra medborgare samt skyddas bl.a. mot diskriminering. De funktionshindrade skall vidare ha rätt till medicinsk behandling och nödvändig omsorg.

WHO:s huvudprinciper för lagstiftning om psykiatrisk vård

WHO antog år 1996 tio huvudprinciper för lagstiftning om psykiatrisk vård. Principerna bygger på FN:s ovannämnda principer och är i allt väsentligt överensstämmande med dessa. Det läggs särskild vikt vid patientens värdighet och självbestämmanderätt och att det bör ges möjlighet till behandling lokalt i patientens hemkommun.

WHO:s deklaration om patienträttigheter i Europa

Denna deklaration antogs på en WHO-konferens i mars 1994. Deklarationen lägger särskild vikt vid respekten för patientens integritet och värdighet och slår fast att behandlingen av patienter skall som huvudregel baseras på patientens självbestämmanderätt och informerats samtycke.

2.2.2 Nordiska länder

Danmark

I Danmark pågår för närvarande ett arbete med att förbättra vårdmiljön inom psykiatrin. Omfattande ekonomiska medel har avsatts för att

avhjälpa de brister som framkommit vid utvärderingar av dessa förhållanden.

När det gäller den rättsliga regleringen är det lagen om frihetsberövande och annat tvång i psykiatri (lag nr 331 den 24 maj 1989) som innefattar bestämmelser om psykiatrisk tvångsvård.

En av de inledande bestämmelserna (3§) föreskriver att intagning, vistelse och behandling på psykiatriskt sjukhus så långt det är möjligt skall ske med patientens samtycke. Läkaren skall informera patienten om anledningen till intagningen, behandlingen och hur behandlingen skall genomföras. Överläkaren skall upprätta en behandlingsplan för varje patient.

I 4 § nämnda lag ges allmänna bestämmelser om att användningen av tvång skall begränsas så långt det är möjligt. I bestämmelsen föreskrivs följande. Tvång får inte användas förrän man har gjort vad som är möjligt för att uppnå patientens frivilliga medverkan. När omständigheterna medger det skall patienten ha en avvägd betänketid innan tvång används. Användningen av tvång skall stå i rimlig proportion till det som man vill uppnå. Är en mindre ingripande åtgärd tillräcklig skall denna användas. Tvång skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. Tvång får inte användas i vidare omfattning än vad som är nödvändigt.

Förutsättningarna för tvångsvård anges i 5 § nämnda lag. I denna bestämmelse föreskrivs att tvångsintagning endast får ske om patienten är sinnessjuk eller befinner sig i ett tillstånd som kan jämföras med sinnessjukdom. Därutöver gäller som rekvisit att det är oförsvarligt att inte frihetsberöva vederbörande för behandling beroende av antingen att

- 1) utsikterna till tillfrisknande eller en betydlig förbättring av tillståndet annars kommer att försvåras, eller
- 2) personen innebär en väsentlig fara för sig själv eller annan.

Beslut om intagning för psykiatrisk tvångsvård sker genom en tvåläkarprövning. Sedan en läkare efter läkarundersökning funnit att förutsättningarna enligt 5 § för tvångsintagning är uppfyllda utfärdar han ett läkarintyg (en laegeerklæring). Detta intyg får inte vara utfärdat av en läkare som arbetar på den psykiatriska klinik där prövning av frågan om intagning senare skall ske. Överläkaren på en psykiatrisk klinik beslutar sedan om intagning skall ske. Vid tvångsintagning skall den första läkarundersökningen ha genomförts inom det senaste dygnet om det är patientens farlighet som utgör grunden för intagning. Om intagningsgrunden förutom sjukdomen utgörs av "förbättringsrekvisitet" får läkarintyget vara högst sju dygn när prövning av frågan om intagning skall ske.

Det skall utses en patientrådgivare för varje patient som blir tvångsintagen för psykiatrisk vård (24 §). Patientrådgivaren skall vägleda och rådgiva patienten och bistå patienten om han vill överklaga

intagningen, tvångsbehandling m.m.

Konvertering från frivillig vård till tvångsvård kan ske om de allmänna kriterierna för tvångsvård är uppfyllda och patienten motsätter sig att bli överförd till en låst avdelning.

Vården ges på en låst avdelning. Enbart korta permissioner får förekomma. De tvångsåtgärder som får användas är tvångsmedicinering, tvångsfixering och användning av fysisk makt. Det finns inga tidsramar för hur länge en tvångsåtgärd får pågå. En tvångsåtgärd skall antecknas i det s.k. tvångsprotokollet.

Överläkaren skall fortlöpande pröva om förutsättningarna för tvångsvård fortfarande består. Resultatet av denna prövning skall antecknas i tvångsprotokollet var 3:e, 10:e, 20:e och 30:e dag efter att frihetsberövandet skedde och därefter minst var fjärde vecka så länge tvångsvården består. Patientrådgivaren skall underrättas om beslutet. Överläkaren skall tillse att frihetsberövandet, tvångsbehandling och andra tvångsåtgärder inte sker i större omfattning än vad som är nödvändigt.

Överläkaren beslutar om när utskrivning skall ske. Patienten kan emellertid inför domstol begära att utskrivning skall ske. Tvångsintagning prövas av domstol efter anmodan av patienten. Det är sjukhusmyndigheten som efter anmodan av patienten eller patientrådgivaren för saken till domstol. Vid domstolsprövning har patienten rätt till rättsligt biträde.

Behandlingen under tvångsvård och även tvångsåtgärder kan överklagas till Sundhetsväsendets patientklagenämnd. För att överklagande av intagningsbeslut och ansökan om utskrivning skall prövas i samma prövningsnämnd som när det gäller klagomål över behandlingen har det kommit ett lagförslag som innebär att prövningen i första instans, även när det gäller intagning och ansökan om utskrivning, skall ske i Sundhetsväsendets patientklagenämnd, dvs. den danska motvarigheten till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Klagomål över personalens behandling och omvårdnad förs till sjukhusmyndigheten.

Det finns ett lagförslag som innebär att överläkaren vid tvångsvårdens upphörande alltid skall tillse att ett s.k. utskrivningsavtal träffas mellan patienten och den psykiatriska avdelningen samt myndigheter och privatpraktiserande personal om behandlingsmässiga och sociala erbjudanden till patienterna. Ett sådant avtal skall träffas även om patienten inte vill ingå en överenskommelse. Den psykiatriska avdelningen kan lämna ut upplysningar (även sekretessbelagda uppgifter) om patienten till andra myndigheter m.fl. om det anses nödvändigt. Förslaget är emellertid ännu inte antaget av den danska riksdagen. Det är delade meningar om förslaget bör genomföras. Tanken är att avtal skall träffas för en grupp patienter på 500—1 000 per år och det är i

första hand avsett för patienter som tidigare visat sig vara farliga för omgivningen.

Särskilda regler för placering av extraordinärt farliga personer

Enligt 40 § lagen om frihetsberövande och annat tvång i psykiatri kan justitieministern bestämma att en person som är sinnessjuk och som utsätter annans liv eller hälsa för allvarlig och överhängande fara skall placeras i s.k. sikringsanstalt.

Kort om psykiskt störda lagöverträdare

Danmark har tillräknelighet som förutsättning för att någon skall kunna dömas till straffrättsligt ansvar. Som straffria anses de lagöverträdare som vid gärningstillfället var sinnessjuka, gravt psykiskt utvecklingsstörda eller som befann sig i ett tillstånd som kan jämföras med sinnessjukdom. En ytterligare förutsättning är dock att domstolen finner att de av dessa skäl är otillräkneliga (Danmarks straffelov 16 §, DSL). Det förhållandet att någon bedöms som otillräknelig och därför inte kan fällas till ansvar innebär dock inte att han undgår varje form av reaktion på lagöverträdelsen. Tvärtom är det snarare regel än undantag att han blir föremål för vad som i dansk rätt betecknas som säråtgärder (särreaktioner). Man skiljer mellan mindre och mer ingripande särreaktioner. Lagens uppräknade särreaktioner är inte uttömmande. Som exempel på mindre ingripande särreaktioner omnämns bl.a. övervakning (68 § DSL). Som mer ingripande åtgärd kan särreaktionen förvaring (förvaring) tillgripas för otillräkneliga lagöverträdare som har begått mycket allvarliga brott.

Norge

Gällande lagstiftning

Nu gällande norska lag om psykiatrisk vård är lagen om psykisk helsevern från år 1961.

I lagens kapitel II finns de viktigaste bestämmelserna om intagning och utskrivning. I 3 § nämnda kapitel finns bestämmelser om psykiatrisk observation på sjukhus. Observation utan samtycke av patienten kan pågå i högst tre veckor. Patienten kan överklaga intagning för observation hos en s.k. kontrollkommission.

I kapitel II 5 § anges förutsättningarna för tvångsvård. Intagning för psykiatrisk tvångsvård kan ske om patienten har en allvarlig "sinnslied-

se” samt sjukhusets överläkare finner att intagning är nödvändig med hänsyn till den sjukets sinnestillstånd
— för att hindra att sjukdomstillståndet försämras eller att utsikterna till tillfrisknande eller väsentlig förbättring blir sämre, eller
— för att den sjuke utgör en väsentlig fara för sig själv eller annan.
Det krävs dessutom att offentlig myndighet eller den sjukets närmaste begär att intagning sker. Patienten kan klaga över intagningen till kontrollkommissionen.

Överläkaren beslutar om utskrivning. Patienten kan begära hos överläkaren att bli utskriven. Om överläkaren avslår patientens ansökan kan patienten få frågan överprövad av kontrollkommissionen.

I kapitel III finns bestämmelser om tillsyn, kontroll och överprövning. Det finns, som framgår av vad ovan har sagts, kontrollkommissioner som träffar avgörande över klagomål och som även har tillsyn över verksamheten. Besvär över kontrollkommissionens beslut kan föras till domstol.

Kapitel IV behandlar vård av patienter utanför sjukhus. Patienter kan överföras från vård på sjukhus till andra institutioner och vårdinrättningar. I detta kapitel finns även bestämmelser om eftervård som är frivillig eller sker med tvång.

Konvertering är inte tillåten enligt norsk lagstiftning.

Nytt lagförslag

Lagen om psykisk helsevern har varit föremål för översyn sedan början av 1980-talet. En offentlig utredning lämnade år 1988 ett betänkande (NOU 1988:8) med förslag till lag om psykiatrisk vård utan samtycke. Förslaget har emellertid ännu inte lett till lagstiftning men det har legat till grund för fortsatt utredning om lagstiftning på detta område. Efter fortsatt departementsutredning framlades under hösten 1997 ett nytt lagförslag — Lov om rettssikkerhet og saerlige tiltak for mennesker under psykisk helsevern. Nedan följer en kortfattad genomgång av lagförslaget .

I 1 § lagförslaget föreskrivs att ändamålet med lagen är att säkra att etablering och genomförande av psykiatrisk vård sker på ett försvarligt och betryggande sätt och med utgångspunkt av patientens behov och människovärde.

I § 1—4 föreskrivs att det är överläkaren som har ansvaret för vårdens genomförande.

Lagförslaget innehåller särskilda regler om psykiatrisk vård (även tvångsvård) av barn och ungdom. Reglerna innebär bl.a. att en ungdom kan samtycka till psykiatrisk vård fr.o.m. att han eller hon har fyllt femton år.

I 3 kap. lagförslaget finns bestämmelser om psykiatrisk tvångsvård (tvunget psykiskt helsevern). I 3 kap. 1 § föreskrivs att psykiatrisk tvångsvård kan ges som vård på sjukvårdsinrättning eller som vård utanför sjukvårdsinrättning. Psykiatrisk tvångsvård kan således enligt förslaget även ske som öppen vård. Förutsättningarna härför är att detta framstår som ett bättre alternativ för patienten och att han ges tillsyn, vård och behandling på eller i närheten av sin bostad. Psykiatrisk tvångsvård i form av öppen vård kan innebära att det bestäms villkor för patienten innebärande t.ex. att han skall inställa sig för behandling. Patienten kan även hämtas med tvång till sjukvårdsinrättningen. Vidare innefattar psykiatrisk tvångsvård i form av öppen vård skyldighet för patienten att ta emot behandlings- eller tillsynspersonal i sin bostad. Det är inte möjligt att använda sig av "fysisk makt" från personalens sida för att behandla en patient som ges öppen vård.

I 3 kap. 3 § lagförslaget anges förutsättningarna för att besluta om psykiatrisk tvångsvård. Förutsättningarna är att psykiatrisk tvångsvård kan ges för person som har en allvarlig "sinnslidelse" och när det är nödvändigt att personen på grund av sin "sinnslidelse" får psykiatrisk tvångsvård för att undvika att han eller hon

- a) kommer att "lida överlast" (bli allvarligt försämrad) i en snar framtid, eller att
- b) möjligheterna till tillfrisknande eller väsentlig bättring i betydlig omfattning förminskas eller att patienten inom en snar framtid blir betydligt försämrad, eller att
- c) patienten till följd av sitt tillstånd innebär en allvarlig fara för sig själv eller annan.

I andra stycket av bestämmelsen föreskrivs att psykiatrisk tvångsvård endast kan ges om det inte går att få behandling till stånd på frivillig grund. Vidare sägs att även om förutsättningarna för tvångsvård är för handen skall psykiatrisk tvångsvård endast ges om det vid en helhetsbedömning framstår som den bästa lösningen för patienten, med undantag för de situationer när patienten befaras vara farlig för sig själv eller annan. Samma förutsättningar gäller för psykiatrisk tvångsvård vid sjukvårdsinrättning som för psykiatrisk tvångsvård i form av öppen vård.

Det är patientens närmaste eller offentlig myndighet som kan begära att en person skall beredas psykiatrisk tvångsvård. En allmänläkare utfärdar ett intyg motsvarande vårdintyg. Därefter är det överläkaren som skall besluta om intagning.

Patienten eller dennes närmaste kan när de vill begära att vården skall upphöra. Om överläkaren då beslutar att vården skall fortsätta kan detta beslut överklagas till kontrollkommissionen.

Enligt lagförslaget skall det ske en automatisk efterprövning av beslutet om psykiatrisk tvångsvård. Denna efterprövning skall ske av

kontrollkommissionen. Även om patienten inte har klagat över beslutet om tvångsvård och inte heller begärt utskrivning skall kontrollkommissionen efterpröva beslutet om psykiatrisk tvångsvård tre månader efter beslutet om tvångsvård.

I 3 kap. 12 § lagförslaget finns ett förbud mot överförande från frivillig psykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård. Detta är ingen nyhet utan ett sådant förbud finns redan enligt gällande lagstiftning.

I 4 kap. lagförslaget finns bestämmelser om vårdens genomförande. Det skall upprättas en behandlingsplan för varje patient. De tvångsmedel som får användas vid vård på sjukvårdsinrättning är isolering, fastspänning och medicinering. ECT-behandling är inte tillåten mot patientens vilja.

I 6 kap. lagförslaget finns bestämmelser om kontrollkommissioner.

Kort om psykiskt störda lagöverträdare

Tillräknelighet utgör en straffbarhetsförutsättning i norsk rätt. En psykiskt störd lagöverträdare kan emellertid dömas till en särreaktion. Enligt 39 § norska strafflagen kan den som var "sinnsyk" eller "bevistlös" vid brottet dömas till sikring. Sikring är en särreaktion som syftar till att skydda samhället. Som förutsättning för att sikring skall få tillgripas är att det bedöms finnas risk för återfall i ny brottslighet. Sikringssinstituttet har varit utsatt för skarp kritik i Norge. För att intagning vid psykiatrisk sjukhus skall kunna ske vid sikring krävs att den tilltalade är psykiskt sjuk och uppfyller förutsättningarna enligt lagen om psykiskt helsevern.

Det finns ett lagförslag som innebär att särreaktionen sikring skall utgå och att domstol i stället skall kunna döma till tvunget psykiskt helsevern. Helsevernet får en skyldighet att verkställa domen. Frågan om utskrivning skall prövas av domstol. För tillräkneliga lagöverträdare föreslås en särreaktion som betecknas som förvaring.

Island

Island har ingen speciallagstiftning om psykiatrisk tvångsvård. Man tillämpar i stället myndighetslagen nr 68/1984, vars kap. III innehåller regler om tvångsintagning i sjukhus. Enligt myndighetslagen kan en person inte intas på psykiatriskt eller somatiskt sjukhus utan samtycke.

Av artikel 13 andra stycket i myndighetslagen framgår att en person som är allvarligt psykiskt störd kan tvångsintas under 48 timmar utan samtycke av justitieministeriet. Om justitieministeriet ger sitt samtycke och en läkare intygar att intagning på sjukhus är nödvändig kan en

person tvångsintas för längre tid enligt förfarandet i artikel 14—17 i myndighetslagen. Det skall då finnas en begäran från patientens närstående eller från legal ställföreträdare med dokumentation som styrker att tvångsintagning är nödvändig. Saken skall behandlas omedelbart och justitieministeriet skall skyndsamt fatta beslut. Detta skall vara skriftligt och ställas till den som begärt tvångsintagning och sjukhusets överläkare. Den som har tvångsintagits kan enligt artikel 18 få saken prövad av domstol.

Tvångsintagning skall enligt artikel 19 inte vara längre än vad som är nödvändigt. När överläkaren finner att det inte längre finns behov av tvångsintagning skall den upphöra. Tvångsintagningen kan vara längst 15 dagar, om domstolen inte finner att det är nödvändigt med tvångsintagning under längre tid.

Finland

Finsk sjukvårdsadministration har genomgått betydande förändringar under de senaste åren. En ny finsk mentalvårdslag trädde i kraft den 1 januari 1991, som ersatte 1952 års sinnessjuklag.

Mentalvårdslagens kapitel 2 behandlar frågor om vård oberoende av patientens vilja. Ett beslut om psykiatrisk sjukhusvård oberoende av patientens vilja kan meddelas endast om

- 1) det konstateras att patienten är mentalt sjuk,
- 2) 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) inga andra mentalvårdstjänster är lämpliga eller otillräckliga.

För utredning av om det finns förutsättningar för beslut om vård oberoende av patientens vilja kan patienten intas för observation under fyra dagar. En sådan intagning får ske 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 ansvarig psykiatrisk överläkare vid sjukhuset. Ett beslut om fortsatt vård skall genast underställas länsrätten.

2.2.3 Andra europeiska länder

Tyskland

Tysk förvaltningsrätt kännetecknas av ett starkt självstyre på delstatsnivå. Lagstiftningen på förbundsstatsnivå anger att tvång som huvudregel inte får användas. I lagstiftningen på delstatsnivå görs undantag från denna princip.

Ett exempel på tysk delstatslagstiftning är Hamburgs lag om hjälp- och skyddsåtgärder vid psykiska sjukdomar. (Hamburgisches Gesetz über Hilfen und Schutzmassnahmen bei psychischen Krankheiten — HmbPsychKG) från den 22 september 1977. Denna kompletteras av lagen om vård och säkerhet under vistelse på psykiatriska vårdinrättningar (Gesetz über den Vollzug von Massregeln der Besserung und Sicherung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer Entziehungsanstalt, Hamburgisches Massregelvollzugsgesetz — HmbMVollzG).

Huvudförutsättningen för tvångsintagning enligt 10 § HmbPsychKG är att patienten har en psykisk störning och att det till följd av det sjukliga beteendet finns en omedelbart förestående fara för allmän säkerhet eller ordning. Därutöver kan tvångsintagning ske om patienten är självmordsbenägen eller allvarligt skadar sig själv. Beslut om intagning för tvångsvård fattas av "das Amtsgericht", dvs. av länsrätten

Speciellt för HmbMVollzG är att den i tillägg till bestämmelser om tvångsåtgärder och restriktioner under sjukhusvården också innehåller en regel om behandlingsplan. Omedelbart efter intagningen skall det utarbetas en behandlingsplan för tvångsvården i samråd med patienten.

Storbritannien

Den brittiska psykiatrilagen (Mental Health Act) är från år 1983 och är indelad i tio kapitel och 149 sektioner. Lagen innehåller regler om patienträttigheter och ansvarsregler.

En patient kan kvarhållas på vårdinrättning för bedömning och eventuell behandling under 28 dagar. Intagning för behandling därutöver kan endera ske frivilligt (informal) eller efter tvångsintagning. 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.

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. Patienten måste vara äldre än tolv år och ge uttryck för att han inte samtycker till intagningen.

Den nederländska mentalvårdslagen innehåller regler som klargör patientens rättigheter under tvångsvården, bl.a. regler om rörelse- och korrespondensfrihet och möjligheter att använda mekaniska tvångsåtgärder. Det skall utarbetas en vårdplan för varje patient som anger kvaliteten på den vård som skall ges och patientens rättsliga status. Vidare innehåller lagen regler om att patienten kan begära att få bli överförd till ett annat sjukhus. Patienten kan få en betrodd person utsedd som bevakar patientens 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 fransk lag kan beslut om tvångsintagning fattas endast på begäran av tredje man 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. En begäran om tvångsintagning får göras av patientens närstående eller av legal ställföreträdare. 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. Statsadvokaten skall underrättas om intagningen inom tre dagar. Inom de sista tre dagarna innan 15 dagar efter intagningen skall patienten undersökas av en psykiater vid mottagningen. Läkarutlåtandet

kan ligga till grund för tvångsintagning i högst en månad. Inom de tre sista dagarna för den första intagningsperioden kan chefen för länsstyrelsen efter utlåtande av en psykiater besluta om fortsatt tvångsintagning under tre månader. Därutöver kan patienten hållas tvångsintagen under högst sex månader åt gången efter beslut av chefen för länsstyrelsen.

I varje departement skall det upprättas en kommission för intagningar på psykiatrisk vårdinrättning, bestående bl.a. av en domare och psykiater. Kommissionen har till uppgift att granska förhållandena för personer som är intagna för psykiatrisk vård i syfte att pröva om deras individuella frihet upprätthålls och om deras värdighet respekteras. Kommissionen skall utöva kontroll och tillsyn över vårdinrättningar och patienter samt behandla klagomål.

Den som är tvångsintagen kan få sin sak prövad av domstol. Domstolen kan också ta upp saken på eget initiativ. Den franska psykiatrilagen innehåller också flera bestämmelser om rättigheter under tvångsvård, bl.a. en särskild regel om att den som är intagen på vårdinrättning utan samtycke har rätt att behålla den bostad som han hade vid tiden för intagningen.

Italien

Italiensk psykiatri har genomgått betydande förändringar de senaste åren. Den italienska psykiatireformen bygger på lag 189/1978 om frivillig och tvingande medicinska undersökningar och behandlingar. Vidare finns det bestämmelser om tvångsbehandling av personer med psykisk störning i 33—34 §§ i lag 833/1978. Tvångsundersökning och tvångsbehandling får endast genomföras med full respekt för individens värdighet och medborgerliga och politiska rättigheter, däribland, såvitt möjligt, rätten till fritt val av läkare och vårdinrättning.

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 dessa 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.

2.3 Konventioner — Etiska regler

Läkare och andra yrkesgrupper som är verksamma inom hälso- och sjukvården har antagit internationella konventioner med etiska riktlinjer för behandlingen av personer med psykisk störning. Den s.k. Hawaii-deklarationen som antogs av World Psychiatric Association år 1977 och reviderades år 1983 är av särskild betydelse. 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 patientens 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. Om fortsatt behandling är nödvändig skall han förvissa sig om patientens frivilliga medgivande. 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 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-deklaration. Madrid-deklarationen tar särskilt upp patientens rätt att vara en likvärdig part i den terapeutiska processen.