

7 De allmänna förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT

Vi föreslår: En förutsättning för LPT-vård skall liksom hittills vara att patienten lider av en allvarlig psykisk störning.

När det gäller det rekvisit för LPT-vård som tar sikte på vårdbehovet föreslår vi endast en begreppsmässig ändring, nämligen att patienten skall ha ett oundgängligt vårdbehov som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten ges kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård.

Vi föreslår vidare att samtyckesrekvisitet skall förändras på så sätt att tvångsvård skall få ges endast om patienten motsätter sig vård eller om det till följd av patientens psykiska tillstånd kan antas att nödvändig vård inte kan ges med patientens samtycke.

7.1 Inledning

Enligt direktiven skall vi i vår utvärdering av LPT 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. Vi skall även analysera och utvärdera nuvarande regler och tillämpningen av dessa med avseende på samhällsskyddet. Vidare skall vi uppmärksamma eventuella problem med tillämpningen av lagstiftningen i vid mening och föreslå lämpliga åtgärder. Direktiven uttalar visserligen inte direkt att de allmänna förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT skall ses över, men vid en utvärdering av denna lag bör enligt vår mening även de allmänna förutsättningarna för lagens tillämpning analyseras. Nedan kommer därför att lämnas en redogörelse för samt analyseras några av de tillämpningsproblem som har uppkommit och de synpunkter som har framförts efter att LPT trädde i kraft år 1992.

7.2 Något om bakgrunden

En grundläggande fråga vid utformningen av psykiatrisk tvångsvårdslagstiftning är vilka psykiska tillstånd som skall omfattas av lagstiftningen och hur dessa skall beskrivas där. När LPT och LRV trädde i kraft år 1992 infördes den sammanfattande beteckningen allvarlig psykisk störning som grund för ett tvångsingripande. Den tidigare gällande LSPV byggde på begreppet psykisk sjukdom. Med psykisk sjukdom jämfördes psykisk abnormitet som inte var psykisk sjukdom eller hämning i förståndsutvecklingen. Begreppet psykisk störning hade förordats redan av den s.k. Bexeliuskommittén (jfr SOU 1977:23, Psykiskt störda lagöverträdare) som övergripande beteckning för alla slag av sjukdomar och abnormiteter. Det i LPT använda begreppet "allvarlig psykisk störning" tillkom efter förslag av Socialberedningen i betänkandet Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten (SOU 1984:64). Beredningen underströk i sitt betänkande att ett rent biologiskt sjukdomsbegrepp inte längre skulle få vara grundläggande vid avgörandet av om psykiatrisk vård skulle få ske med tvång. Beredningen uttalade att det var viktigt att slå vakt om en helhetssyn på patienten och att ta fasta på att psykiska störningar i regel kunde anses återföras på såväl biologiska som psykologiska och sociala faktorer, eftersom de ofta samspelade och förstärkte varandra. I förarbetena till LPT och LRV (prop. 1990/91:58) uttalade departementschefen att hon delade beredningens principiella inställning och att hon ansåg det betydelsefullt att anpassa begreppsbildningen till ett modernt synsätt. Departementschefen anförde att begreppet psykisk störning inte så som sjukdomsbegreppet framhävde den rent medicinska sidan av psykiatrivården, något som kunde vara en fördel när det blev allt vanligare att detta arbete byggde på samverkan mellan olika yrkeskategorier, t.ex. i allmänpsykiatriska team, i regel bestående av psykiater, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor och skötare. Sammanfattningsvis gjorde departementschefen bedömningen att begreppet allvarlig psykisk störning borde kunna ersätta de i LSPV använda begreppen psykisk sjukdom och med psykiskt sjukdom jämförd psykisk abnormitet utan att några risker skulle uppkomma i rättssäkerhetshänseende.

De tillstånd som motiverade vård enligt LSPV angavs i 1 § denna lag. Där anknöts frågan om lagens tillämplighet till dels en generalindikation som hade avseende på sjukdomsbilden, dels fem olika specialindikationer. Enligt generalindikationen fick den som led av en psykisk sjukdom oberoende av eget samtycke beredas sluten psykiatrisk vård med stöd av LSPV, om sådan vård var oundgängligen påkallad med hänsyn till sjukdomens art och grad. Med psykisk sjukdom

jämställdes i LSPV psykisk abnormitet som inte var psykisk sjukdom eller hämning i förståndsutvecklingen. I propositionen med förslag till LSPV anförde föredragande statsrådet att begreppet psykisk abnormitet borde tolkas så att det förutom psykopati även innefattade defekter och invalidtillstånd efter olika slag av hjärnsjukdomar eller hjärnskador där förändringar i personligheten ofta dominerar bilden. För att lagen skulle kunna tillämpas krävdes utöver generalindikationen att någon av specialindikationerna gällde. Specialindikationerna utgjordes av en medicinsk (a) och fyra sociala (b-e).

Som villkor för att a-indikationen skulle gälla angavs att den sjuke saknade sjukdomsinsikt. Rekvisitet var avsett att säkerställa att de som var så psykiskt sjuka att de inte insåg att de var i behov av vård, skulle kunna behandlas mot sin vilja. Med bristande sjukdomsinsikt jämställdes att någon till följd av beroende av narkotiska medel uppenbarligen var ur stånd att rätt bedöma sitt behov av vård. För att a-indikationen skulle vara uppfylld krävdes därutöver att den sjuke skulle kunna få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller att tillståndet avsevärt skulle försämrats om vården uteblev. I b-indikationen togs upp de fall då någon ansågs farlig för annans personliga säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa eller för eget liv. I c-indikationen gavs möjlighet till intagning av den som inte kunde ta vård om sig själv. I d-indikationen var det fråga om omhändertagande av den som hade ett för närboende eller andra grovt störande levnadssätt. E-indikationen var speciell så till vida att den fick åberopas endast när domstol överlämnade någon till slutna psykiatrisk vård som brottspåföljd. Indikationen hade som rekvisit att någon var farlig för annans egendom eller annat intresse som skyddades av lagstiftningen. I proposition 1990/91:58 s. 95 uttalade departementschefen såsom skäl för att gå ifrån LSPV:s system med specialindikationer bl.a. följande.

Avsikten med LSPV:s specialindikationer har varit att så tydligt som möjligt avgränsa de situationer som kan leda till tvångsintagning. Specialindikationerna skall för att kunna tillämpas vara en följd av den psykiska sjukdomen. Socialberedningen har anmärkt att det, trots den precisering som specialindikationerna innebär, som regel utan svårighet går att finna en indikation som stöder tvångsintagning.

Departementschefen anförde att hon anslöt sig till beredningens principiella ståndpunkt att syftet med tvångsvård skulle inriktas på patientens eget behov av behandling och omvårdnad men däremot inte på hur den psykiska störningen tog sig uttryck. Departementschefen anförde vidare att det emellertid inte var möjligt att hävda en alldeles strikt gräns mellan patientens vårdbehov och skyddet för närstående och andra, eftersom det vid bestämmande av den psykiatriska tvångsvårdens

ansvarsområde inte kunde utelämnas situationer då psykiatriska störningstillstånd gav upphov till aggressivitet mot människor i omgivningen. Samhällsskyddet fick enligt departementschefen inte efterättas utan krävde särskilt beaktande i den psykiatriska tvångsvården, men det borde inte ges en så självständig ställning som LSPV:s specialindikationer angav. Den lösning som socialministern förordade var en lagbestämmelse med innebörd att det vid bedömningen av om patienten hade ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård genom en vistelse på en sjukvårdsinrättning skulle beaktas om patienten på grund av sitt psykiska tillstånd var farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. I 3 § sista stycket LPT har den av socialministern förordade regeln intagits.

När det gäller samtycke till vård användes i LSPV uttrycket oberoende av eget samtycke.

Socialberedningen föreslog att tvångsvård endast skulle få tillgripas när patienten motsatte sig den vård som var nödvändig. Beredningen ville i princip jämställa patienter med psykiska störningar med patienter som behövde kroppssjukvård och beredningen betonade att det var av största vikt att man behöll HSL:s grundläggande förutsättningar om patientens självbestämmanderätt.

Departementschefen ställde sig i den ovan nämnda propositionen positiv till en förändring i den riktning som beredningen förordat men var tveksam till om man till fullo kunde jämställa psykiatrisk vård och kroppssjukvård. Departementschefen anförde i denna fråga bl.a. följande (prop. 1990/91:58 s. 101 f.).

Den bedömningsgrund man har för att göra ett antagande om patientens vilja synes mig i regel vara mycket mera vanskelig och osäker vid psykiska störningar än vid kroppssjukdomar eller kroppsskador. Jag finner det därför inte tillrådligt att i den utsträckning som beredningen gjort förlita sig på möjligheten att i det praktiska vårdarbetet presumera samtycke när patientens tillstånd inte ger möjlighet till en egentlig viljeförklaring från hans sida.

Mot denna bakgrund förordade departementschefen att det av beredningen föreslagna villkoret att patienter motsätter sig nödvändig vård skulle tas upp som en dominerande huvudregel men föreslog också att huvudregeln skulle kompletteras med en snävt avgränsad bestämmelse för speciella situationer.

7.3 Gällande bestämmelser

7.3.1 Allmänt

De allmänna förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård anges i 3 § LPT. I denna bestämmelse föreskrivs följande.

Tvångsvård får ges endast om

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

Tvångsvård får inte ges om patientens psykiska störning enligt första stycket 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.

7.3.2 Allvarlig psykisk störning

I proposition 1990/91:58 s. 86 uttalade departementschefen bl.a. följande om innebörden av begreppet allvarlig psykisk störning.

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. Till allvarlig psykisk störning bör också räknas allvarliga depressioner med självmordstankar. Vidare bör hit föras svårartade personlighetsstörningar (karaktärsstörningar), exempelvis vissa invalidiserande neuroser och personlighetsstörningar med impuls-genombrott av psykoskaraktär. Tvångsvård bör vidare kunna 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 hänföras också alkoholpsykoserna såsom delirium tremens, alkoholhallucinos och klara demenstillstånd. Detsamma gäller de psykosor som kan drabba narkotikamissbrukare.

Även i andra situationer när en missbrukare har kommit in i ett allvarligt förvirringstillstånd och det är uppenbar fara för hans fysiska hälsa eller liv skall tvångsvård kunna tillämpas. I vissa fall kan vidare ett abstinensstillstånd vara så svårartat att det under en kortare tid måste betecknas som en allvarlig psykisk störning. Självklart är att ett allvarligt missbruk som leder enbart till allvarliga kroppsliga komplikationer inte skall kunna medföra psykiatrisk tvångsvård. Enligt min bedömning är det ofrånkomligt att också framhålla att en psykisk funktionsnedsättning som beror på åldrande och som tar sig uttryck i s.k. 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.

Departementschefen uttalade vidare i nämnda proposition att bedömningen av om en psykisk störning är allvarlig måste ske utifrån både störningens art och grad. Med art avses typen av störning och med grad omfattningen av det ingrepp i personligheten som störningen förorsakar. En del störningar är allvarliga till såväl art som grad. Vissa psykiska störningar, t.ex. schizofreni, får alltid anses allvarliga till sin art men behöver däremot inte vara allvarliga till sin grad och kan ha ett tämligen lindrigt förlopp. Åter andra psykiska störningar såsom depressioner är inte allvarliga till sin art, utan här måste bedömningen av graden på störningen vara av avgörande betydelse.

I samband med prövningen av om allvarlig psykisk störning föreligger måste hänsyn tas till växlingar i tillståndet och risken för återfall, om vården och behandlingen avbryts för tidigt. Enligt vad som uttalas i propositionen är den psykiska störningen av allvarlig art så länge påtaglig risk föreligger för att de psykiska symtomen återkommer, om behandlingsinsatserna avbryts. I enstaka undantagsfall kan detta innebära att den fortlöpande medicinska bedömningen resulterar i att vården sträcker sig över avsevärd tid.

7.3.3 Oundgängligt behov av heldygnsvård på sjukvårdsinrättning

Patientens vårdbehov skall enligt förarbetena vara sådant att det framstår som oundgängligt att intagning sker på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård. Det är framför allt risken för att patientens liv skall vara i fara eller för att patientens hälsa allvarligt skall försämrats som skall vara avgörande när behov av tvångsvård skall bedömas. Vid bedömning av patientens vårdbehov måste man sålunda pröva i vad mån risk

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

Vid LPT:s tillkomst diskuterades i lagens förarbeten vilket begrepp som skulle användas för att kvalificera patientens vårdbehov. I 5 § HSL benämns sådan hälso- och sjukvård som kräver intagning på en vårdinrättning som sluten vård. Även i LSPV användes begreppet sluten vård. Socialberedningen framhöll i sitt betänkande (SOU 1984:64) att allmänheten ibland har uppfattat begreppet sluten psykiatrisk vård som tvångsvård. Beredningen föreslog därför att uttrycket vård dygnet runt skulle användas i stället för sluten vård. Socialministern instämde i socialberedningens kritik av begreppet sluten vård (prop. 1990/91:58 s. 234) men förordade på lagrådets förslag att kvalificeringen av vårdbehovet skulle ske genom skrivningen att patienten skall ha ett oundgängligt vårdbehov som endast kan tillgodoses genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård.

Kravet på fortlöpande vård gäller inte helt undantagslöst. Patienten måste sålunda inte under alla omständigheter faktiskt vistas på vårdinrättningen helt utan avbrott. Patienten har möjlighet till permission enligt 25 § LPT. Lagrådet anmärkte att det torde stå klart att den valda beskrivningen ”intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård” avser en vårdform som består även om permission ges från sjukvårdsinrättningen. Det sagda innebär att patienten är att anse som intagen även under permission.

7.3.4 Samtycke till vård

Den tredje förutsättningen för att tvångsvård skall få ges är att patienten motsätter sig behövlig vård på en sjukvårdsinrättning eller att han till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan. Enligt uttalande i förarbetena (prop. 1990/91:58 s. 241) blir det i princip inte möjligt att tvångsvårda en patient som samtycker till den vård som är nödvändig och det även om beslutsfattaren på grund av tidigare erfarenheter av patienten eller dennes tillstånd kan förutse att tvångsvård kan behöva tillgripas på ett senare stadium.

För att lagen i det särskilda fallet skall bli tillämplig skall patienten således enligt huvudregeln motsätta sig nödvändig vård. Patienten kan ge uttryck för sin inställning på olika sätt, t.ex. verbalt. Han kan också uttrycka sin inställning genom att handla på ett visst sätt. Det händer att patienten ger skilda besked om sin inställning och i sådana fall kan det självfallet stundtals vara svårt att tolka patientens verkliga vilja. För en riktig bedömning av patientens vilja och av de övriga förutsättningarna i samband med intagning på en sjukvårdsinrättning kan förutses att viss tidrymd kan krävas under vilken patienten bör kunna hindras att lämna vårdinrättningen. En föreskrift om rätt till kvarhållning under högst ett dygn har därför tagits in i 6 § LPT. Den vård som patienten skall ta ställning till är den oundgängligen behövligen psykiatriska vård som ges i förening med intagning på en sjukvårdsinrättning. Acceperar patienten i och för sig intagning på inrättningen men motsätter sig den psykiatriska vård som ges där kan det bli aktuellt att besluta om tvångsvård med stöd av lagen, om förutsättningarna i övrigt är uppfyllda.

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

7.4 Tillämpningsproblem — behov av förändringar

Som framgår av vad ovan har sagts skall vi enligt våra direktiv behandla frågan om det grundläggande syftet med lagstiftningen har uppnåtts, dvs. om bl.a. användningen av tvångsvård har minskat i avsedd utsträckning. Vi har från Socialstyrelsen fått ta del av statistik bl.a. när det gäller utvecklingen av antalet vårdtillfällen enligt LPT och vårdtidernas längd. Av den statistik som Socialstyrelsen har redovisat framgår att en kraftig minskning av antalet vårdtillfällen per år skedde under tiden närmast efter att LPT trätt i kraft. Antalet vårdtillfällen gick ned från drygt 10 000 under år 1988 (antalet avser patienter som vårdades enligt LSPV och som inte var överlämnade av domstol och inte heller O-fall) till 7 730 år 1993. Efter år 1993 har emellertid antalet vårdtillfällen ökat något för varje år. År 1994 var antalet vårdtillfällen enligt LPT 8 012. År 1995 förekom 8 429 vårdtillfällen enligt LPT och år 1996 uppgick

vårdtillfällena till 8 771. Det ser emellertid ut som om den uppåtgående trenden brutits år 1997, eftersom det under första halvåret 1997 anmäls 4 109 avslutade vårdtillfällen enligt LPT. Man kan således konstatera att antalet vårdtillfällen totalt sett har gått ned sedan LPT trädde i kraft år 1992, men att vårdtillfällena har ökat något varje år (i vart fall t.o.m. år 1996) efter den första stora nedgången.

Ett annat sätt att visa att tvångsvården har minskat i omfattning är uppgifter från olika inventeringar av antalet inneliggande patienter en viss dag. Vid en inventering år 1988 var antalet inneliggande patienter enligt LPT drygt 2 000. Efter att LPT trätt i kraft hade antalet inneliggande patienter gått ned till ca 1 100 patienter vid inventeringen år 1994, och vid den senaste inventeringen år 1997 var antalet inneliggande patienter enligt LPT ca 930.

Enligt våra direktiv är ett av de grundläggande syftena med LPT att antalet tvångsvårdtillfällen skall begränsas. Det har emellertid även framförts meningsyttringar som talar i motsatt riktning, nämligen att kriterierna för att tvångsvård skall få ges är alltför restriktiva. Vi har fått ta del av flera skrivelser från några av landstingens förtroendenämnder som har refererat enskilda fall där psykiskt sjuka personer har visat ett beteende som enligt förtroendenämnderna borde föranleda ett ingripande enligt LPT. Det har varit fråga om fall där den psykiskt sjuka personen har gjort sig skyldig till brottslighet av kanske relativt lindrig art, som dock varit upprepad och som har drabbat och inneburit svåra olägenheter för anhöriga och andra i omgivningen till den psykiskt sjuke. Kontakt har tagits med såväl polismyndigheten som sjukvården, ofta utan att någon åtgärd har vidtagits från myndigheternas sida. Från polisen har man anfört att det varit fråga om så ringa brottslighet att det inte varit aktuellt med åtal och från sjukvårdens sida har man anfört att personen inte varit så sjuk att det varit möjligt att besluta om vård enligt LPT.

Även flera anhöriga till psykiskt sjuka personer har skickat in skrivelser till kommittén och till Socialdepartementet, där man har beskrivit de svårigheter som möter såväl de anhöriga som den sjuke. Svårigheterna uppkommer när den psykiskt sjuke inte går med på frivillig vård och man från sjukvårdens sida inte anser att personen är så sjuk att han uppfyller kriterierna för psykiatrisk tvångsvård. Det har framförts att om man väntar för länge med att ge vård kan detta innebära att patientens sjukdom utvecklar sig till ett så allvarligt tillstånd att rehabiliteringstiden blir betydligt längre än om man ingripit i ett tidigare skede.

Vi har under vårt arbete hållit en hearing med anhöriga till psykiskt sjuka personer och med psykiskt sjuka personer som har varit eller är patienter inom den psykiatriska vården. Flera anhöriga har omvitnat hur de förgäves har kämpat för att få vård för sina psykiskt sjuka närstående. De betonar att deras uppfattning är att vården så långt det är möjligt

bör ske på frivillig väg, men om det inte går att få till stånd frivillig vård måste det gå att få ett beslut om tvångsvård. Situationen har ofta varit den att den sjuke inte själv har gått med på frivillig vård och inom sjukvården har man ansett att den sjuke inte varit tillräckligt sjuk för att det skulle vara möjligt med en tvångsintagning. Man har i stället inväntat att en försämring inträffat, varefter det varit möjligt med en tvångsintagning. En anhörig berättar om sin psykiskt sjuke närstående som under den tid som man från omgivningen sökte hjälp för hans räkning begick flera handlingar som han sedan ångrade. Även om det senare beslutades om tvångsvård var den sjuke så förtvivlad över vad han under sin sjukdom förorsakat att han efter den senare utskrivningen från tvångsvård begick självmord.

De patienter som var närvarande vid hearingen framförde att de anser att den nuvarande lagstiftningen på ett bättre sätt tillgodoser deras rättssäkerhet än tidigare gällande lagstiftning. De anser att domstolsprövningen inför länsrätten fyller en viktig funktion.

Från läkarhåll, framför allt från läkare inom den rättspsykiatriska organisationen, har påpekats att risk föreligger för att psykiskt sjuka personer som inte får vård begår brott på grund av sitt sjukdomstillstånd. Vi har fått ta del av statistik som visar att en stor del av de som blir dömda till rättspsykiatrisk vård tidigare har sökt hjälp inom allmänpsykiatrin. De har inte fått den hjälp de sökt, vilket ofta inneburit att sjukdomstillståndet har försämrats och att de sedan har begått ett brott till följd av den psykiska störningen. Detta måste emellertid sättas i relation till alla de patienter som blir hjälpta av den psykiatriska vård och annat stöd som de får och bl.a. därigenom klarar att leva ett välordnat liv.

I en artikel i Läkartidningen nr 35/97 framför doktor Lennart G O Brimstedt synpunkter på vad utebliven LPT-vård kan få för konsekvenser. Han anför att man bör överväga att återinföra försöksutskrivningsinstitutet enligt tidigare gällande LSPV. I artikeln sägs vidare bl.a. följande.

Det finns patienter som dåligt klarar av att sköta sin behandling. De faller ut, missköter sig och skapar problem för sig själv och andra. Den ”snällhet” lagen om psykiatrisk tvångsvård erbjuder straffar sig sedan ofta i form av rättspsykiatrisk vård. Det tvång man så hett ville förhindra återkommer sedan i så mycket strängare form. Lagen om psykiatrisk tvångsvård måste ändras med hänsyn till psykiatrisk erfarenhet. Denna allvarliga svaghet i lagen i fråga skapar lidande för brottsoffren, skada för samhället och innebär en växande börda för psykiatrin. Det är inte bara lagen om rättspsykiatrisk vård utan även lagen om psykiatrisk tvångsvård som behöver gås igenom och fås att stämma bättre, eftersom de uppenbarligen fungerar som

kommunicerande kärll.

I den av Socialstyrelsen publicerade rapporten *Kriminalitet, sjuklighet och dödlighet hos mentalsjukhuspatienter (Psykiatriuppföljningen 1996:1)* har 1 056 mentalsjukhuspatienter från Stockholm följts upp i tio år efter utskrivning med avseende på kriminalitet, dödlighet och utnyttjande av slutna psykiatrisk vård. Resultatet är att det föreligger en överrepresentation av såväl dödlighet som kriminalitet i undersökningsgruppen. Kriminaliteten är tre gånger högre än i normalpopulationen och består i hälften av fallen av våldsbrott. De flesta brotten är förhållandevis lindriga till sin karaktär, även om grova våldsbrott förekommer.

LPT:s reglering av *samtyckesrekvisitet* har ibland kritiserats såväl av teoretiker som av dem som tillämpar lagen. Sålunda ansåg docenten Tore Nilstun vid ett seminarium som kommittén ordnade att det var ologiskt att en patient ansågs kompetent att acceptera erbjuden vård men inkompetent att vägra samma vård. Han tycktes föredra uttrycket "vård oberoende av samtycke". Nilstuns kollega, professorn Torbjörn Tännsjö, kritiserar lagen bl.a. därför att den lägger vikt vid om patienten är kapabel att ge uttryck för ett beslut och inte om patienten är beslutskapabel eller ej. Tännsjö anser att man bör presumera patientens samtycke i sådana fall då patienten inte kan fatta beslut på samma sätt som man gör inom somatisk sjukvård.

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

De tillämpningsproblem som förekommer när det gäller begreppet oundgängligt behov av psykiatrisk tvångsvård behandlas i kapitel 11 om permissioner.

7.5 Överväganden och förslag

7.5.1 Allmänt

Enligt direktiven var ett av de grundläggande syftena med LPT att användningen av tvångsvård skulle minska. Den ovan redovisade statistiken från Socialstyrelsen visar att även om antalet tvångsvårdtillfällen totalt sett har gått ned efter lagens tillkomst har antalet vårdtillfällen sedan år 1993 ökat något för varje år. Samtidigt visar emellertid inventeringar att antalet ineliggande patienter har halverats från år 1988 till år 1993 och därefter gått ned ytterligare, vilket framgår av den senaste inventeringen år 1997. En av förklaringarna till att antalet vårdtillfällen har ökat sedan år 1993, medan samtidigt antalet ineliggande patienter har minskat, kan vara att vårdtiderna har blivit allt kortare, vilket kan ha fått till följd att samma patient står bakom mer än ett vårdtillfälle.

När det gäller bedömningen om tvångsvården har minskat i avsedd utsträckning bör man även beakta att merparten av den kritik som har framförts till kommittén och riktats mot lagen avser att lagens kriterier för att tvångsvård skall få ske är alltför restriktiva. Anhöriga till psykiskt sjuka personer och flera av landstingens förtroendenämnder har framfört att enligt deras uppfattning ligger "ribban" för att det skall vara möjligt med tvångsintagning av en patient för psykiatrisk vård för högt. Man måste dock i detta sammanhang också komma ihåg att de psykiskt sjuka själva har uttryckt att de anser att deras rättssäkerhet har ökat efter LPT:s tillkomst. Vidare bör man betänka att gruppen psykiskt sjuka många gånger inte har samma förmåga som andra grupper att framföra sina synpunkter.

Vad som har framkommit ger upphov till frågeställningen om man bör ge ökade möjligheter att ingripa med psykiatrisk tvångsvård när den psykiska störningen tar sig uttryck i t.ex. hot och trakasserier av anhöriga och andra i den sjukas omgivning. I 3 § sista stycket LPT föreskrivs emellertid att vid bedömning av patientens vårdbehov skall även beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Det finns således redan en lagbestämmelse som väger in farligheten som en viktig faktor vid bedömning av vårdbehovet. Man kan då överväga om detta kriterium behöver skärpas. Vi anser emellertid att de problem som har redovisats till stor del hänför sig till brister i tillämpningen av lagstiftningen. I de fall där det finns uttalade hot eller trakasserier av anhöriga eller andra och när det föreligger en allvarlig psykisk störning finns det således redan en möjlighet till ingripande. Vi anser således inte att det behövs någon skärpning i lagstiftningen när det gäller patientens farlighet som grund för att det föreligger ett vårdbehov enligt LPT.

När det gäller de situationer då det har framförts att "ribban" för tvångsvård av en patient ligger för högt med avseende på patientens tillstånd, utan att det föreligger sådan farlighet som har diskuterats i ovanstående avsnitt, är bedömningen om tvångsingripande skall ske en avvägning mellan patientens rätt till integritet och hans eller hennes behov av vård. Man måste betänka att ett ingripande med tvång endast skall vara en yttersta åtgärd för att bereda en sjuk person vård. Vi anser inte att tillräckliga skäl har framkommit för att öka möjligheten till tvångsvård för den här typen av patienter.

7.5.2 Allvarlig psykisk störning

Begreppet allvarlig psykisk störning används i både LPT och LRV. När det gäller LPT har det inte framkommit några direkta tillämpningsproblem som har att göra med den lagtekniska utformningen av detta begrepp. Vi anser inte att tillräckliga skäl har framkommit för att så kort tid efter LPT:s tillkomst ändra begreppet eller införa ett nytt sjukdomsbegrepp som förutsättning för vård enligt LPT. För att få en uppfattning om vad som mot bakgrund av de senaste årens forskning och erfarenheter bör omfattas av begreppet allvarlig psykisk störning har vi bitt Socialstyrelsens vetenskapliga råd professorn Bengt Jansson att ge sin syn på begreppet allvarlig psykisk störning. Bengt Jansson har därvid anfört följande.

Vad behöver vi begreppet allvarlig psykisk störning till, om det nu är den bästa beteckningen för det vi vill uttrycka? Allvarlig psykisk sjukdom, psykos eller sjukdomstillstånd av motsvarande svårighetsgrad skulle kunna vara alternativa benämningar. Men "allvarlig psykisk störning" är väl en fullt acceptabel benämning, när man nu hunnit vänja sig vid den. Lite egendomligt kan det väl te sig att "psykisk störning" låter som en beskedligare term än psykisk sjukdom, men samtidigt är det ju lättare att i ordet störning, också inkludera sådant som inte i strikt mening skulle kunna kallas sjukdom.

Inom allmänpsykiatrin behöver vi begreppet för att avgöra vilka patienter vi kan vårda enligt LPT, även om de alltså själva motsätter sig psykiatrisk vård. Inom rättspsykiatrin handlar det om orsakssamband mellan patientens tillstånd och den brottsliga gärningen. En ytterligare svårighet är att patientens tillstånd vid gärningen och undersökningstillfället inte alltid är detsamma. Därtill kommer, vill jag mena, behandlingsmöjligheterna. Är det förnuftigt att döma en patient till sluten psykiatrisk vård om det inte finns några som helst terapeutiska möjligheter att erbjuda? Om det är fråga om farlighet så finns det ju fängelser. Och så borde det kanske etableras utökade

vårdmöjligheter med flera psykiatriska vårdavdelningar inom kriminalvårdens regi.

Vilka tillstånd kan då betecknas som allvarliga psykiska störningar? Låt oss börja med de tveklösa, där det inte heller rimligen föreligger några skillnader mellan allmänpsykiatri och rättspsykiatri.

1/ Schizofreni och andra syndrom.

2/ Förstämningssyndrom av psykosvalör borde inte behöva bereda några större problem.

3/ Uppenbar suicidrisk hos en person med en djup depression gör det motiverat att anse att ett sådant sjukdomstillstånd har psykosvalör.

4/ Personlighetsstörningar är en definitionsmässigt betydligt svårare grupp att ta ställning till. Personlighetsstörningar av kluster A-typ (paranoid, schizoid och schizotyp) torde ha den största psykosnärligheten. Även borderlinestörningar med paranoid reaktionsbenägenhet torde ibland kunna betraktas som en allvarlig psykisk störning, särskilt om de också dokumenterat dålig social funktion. Övriga personlighetsstörningar torde mycket sällan kunna rubriceras som lidande av allvarlig psykisk störning, särskilt de fobiska, tvångsmässiga och osjälvständiga, åtminstone i rättspsykiatriska sammanhang.

Givetvis bör också en grav psykisk utvecklingsstörning betraktas som en allvarlig psykisk störning.

5/ Beträffande demenstillstånd ter det sig rimligt att grava tillstånd där det är uppenbart att höggradiga kognitiva defekter och allmän avtrubning medfört social desorientering bör betraktas som allvarlig psykisk störning. Detta bör gälla oavsett etiologi — Alzheimer-typ, vaskulär demens, demens orsakad av somatisk sjukdom/skada, substansbetingad varaktig demens, demens med multipel etiologi eller demens UNS, för att följa DSM-IV.

Besvärligare blir det när man skall ta ställning till olika

6/ Konfusionstillstånd Ett delirium tremens torde förvisso uppfylla kriterierna för en allvarlig psykisk störning medan det pågår. Detta bör också gälla konfusionstillstånd under pågående drogpåverkan (kortvarig toxisk psykos). Jag kan inte se att etiologin bör spela någon roll i sammanhanget, åtminstone inte inom allmänpsykiatri.

7/ Tvångsmässiga störningar bör enligt min mening ha en mycket stark svårighetsgrad för att motivera kategoriseringen allvarlig psykisk störning. Obsessiva symtom hos patienter som begått brott torde ytterst sällan ha en sådan dimension. Däremot är vissa brottsbeteenden som kleptomani och pyromani och kanske även vissa sexuella perversiteter understundom av en sådan intensitet att beteckningen allvarlig psykisk störning är helt motiverad.

8/ Beträffande alkoholism typ II anser jag förutsättningarna helt olikartade ovan nämnda tvångsmässiga beteenden. I sådana fall blir bedömningen mycket mera komplex och man hamnar genast i svåra tolkningssituationer beträffande olika etiologiska komponenter. Sådana fall får väl bedömas från fall till fall enligt gängse kriterier så som ovan diskuteras.

9/ Under senare år har man alltmer uppmärksammat att en del genomgripande störningar i utvecklingen som tidigare betraktats som barnpsykiatriska problem även förekommer hos vuxna individer.

Det gäller framför allt autistiska syndrom, Aspergers syndrom, hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning (ADHD) och Tourettes syndrom. Av dessa syndrom är det enligt min uppfattning endast det autistiska syndromet som påverkar individens tillstånd i sådan omfattning att man kan tala om en allvarlig psykisk störning. Beträffande övriga syndrom är symtomatologin så pass måttlig att detta inte är aktuellt. När det gäller t.ex. ADHD är symtomen ofta så diskreta att det kan råda avsevärda åsiktsskillnader mellan olika läkare om huruvida tillståndet föreligger eller ej.

Det bör påpekas att när det gäller de fall där patientens störning enbart utgör en utvecklingsstörning får tvångsvård inte ges till följd av bestämmelsen i 3 § andra stycket första meningen LPT. Det finns ingen anledning att föreslå någon ändring i detta hänseende.

7.5.3 Begreppet heldygnsvård på sjukvårdsinrättning

Kriteriet att vården av en patient endast kan tillgodoses genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård har kritiserats för att vara missvisande när det är fråga om patienter som har permission. Denna fråga har nära samband med frågan om hur permissionsinstitutet för tvångsvårdade bör vara utformat och i detta hänseende hänvisas därför till kapitel 11 som behandlar permissioner m.m.

När det gäller begreppet "intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård" kan konstateras att ett annat begrepp, nämligen "kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård" används i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, när det gäller kommunernas betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter. I den senaste lydelsen av 6 § denna lag, som trädde i kraft den 1 januari 1995, anges att en kommun har betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter som vårdats sammanhängande mer än tre månader i slutet psykiatrisk vård. Medicinskt färdigbehandlad är en patient som kan få sitt psykiatriska vårdbehov tillgodosett på annat sätt än genom kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. I avsnittet 7.3.3 har nämnts att det vid LPT:s tillkomst var omdebatterat vilket begrepp som skulle användas för att ange patientens vårdbehov, men att man beslutade sig för begreppet intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård. Det är emellertid av stor vikt att man i lagstiftning så långt det är möjligt använder enhetliga begrepp. Vi anser att övervägande skäl talar för att den bestämmelse i LPT som reglerar patientens vårdbehov bör utformas så att patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt skall ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten *ges kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård*. Förslaget innebär inte någon saklig förändring av det kriterium som gäller beträffande patientens vårdbehov.

7.5.4 Samtycke till vård

Kriteriet att tvångsvård får ges endast om patienten motsätter sig vården eller om patienten uppenbart saknar förmåga att avge ett grundat ställningstagande i frågan har som tidigare nämnts 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.

Det kan vara av intresse att göra jämförelser med hur reglerna om samtycke är utformade i andra tvångslagar. I 2 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) anges inledningsvis att vård inom socialtjänsten ges en missbrukare i samförstånd med honom enligt bestämmelserna i socialtjänstlagen (1980:620). En missbrukare får dock enligt samma paragraf beredas vård oberoende av eget samtycke under de förutsättningar som anges i LVM. Här har man således behållit uttrycket "vård oberoende av eget samtycke". I 4 § LVM anges dock att tvångsvård under vissa förutsättningar skall beslutas, om vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen eller på något annat sätt. I 1 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

(LVU) anges att den som är under 18 år under vissa förutsättningar kan beredas vård enligt lagen, om det kan antas att behövlig vård inte kan ges den unge med samtycke av den eller dem som har vårdnaden om honom och, när den unge har fyllt 15 år, av honom själv. Särskilt när det gäller vård av unga har innebörden av samtyckesregeln diskuterats. I förarbetena, bl.a. i Socialutskottets betänkande SoU 1979/80:44, betonas att den omständigheten att man tror att samtycket inte är allvarligt menat inte gör samtycket ogiltigt men att lagen ger utrymme för att lösa detta problem utan att värdet av ett lämnat samtycke sätts i fråga. Den unge skall nämligen kunna garanteras behövlig vård, vilket innebär att hela den av socialnämnden planerade vården skall kunna genomföras. När man i praxis har haft att ta ställning till om ett lämnat samtycke kan godtas, har man ofta ställt sig frågan om behövlig vård kan garanteras. Reglerna om samtycke är således utformade på olika sätt i de olika tvångslagar som finns. Detta kan tyckas olyckligt men en samordning får givetvis inte bli ett självändamål, eftersom de olika lagarna reglerar tvång i olika situationer. När det gäller den psykiatriska tvångsvården är det dessutom av betydelse i vilken utsträckning lagen medger konvertering. Om lagen ger stora möjligheter att bortse från ett lämnat samtycke minskar behovet av att kunna konvertera eftersom det då finns möjlighet att "för säkerhets skull" besluta om tvångsintagning. Är däremot samtyckesrekvisitet utformat så att det ger ett mycket litet utrymme för att bortse från patientens samtycke, ökar behovet av att kunna konvertera i syfte att garantera att patienten får den vård som kan anses nödvändig. Konvertering behandlas i kapitel 8.

Det uttryck som användes i LSPV, nämligen oberoende av samtycke, leder tankarna till att man helt skulle kunna bortse från patientens vilja. Så är naturligtvis inte fallet, utan en samtyckesregel som är utformad på detta sätt bör i och för sig kunna kompletteras med bestämmelser som närmare reglerar när man får bortse från ett samtycke. Trots detta bör enligt kommitténs mening en återgång inte ske till den reglering som tidigare fanns. Kravet på att patienten skall motsätta sig nödvändig vård för att ett beslut om tvångsvård skall fattas bör därför kvarstå.

En sådan huvudregel måste dock kompletteras med bestämmelser som möjliggör tvångsvård i vissa situationer när patienten inte direkt motsätter sig vård. De skäl för en sådan undantagsbestämmelse som finns i förarbetena till LPT gäller fortfarande. Fråga är dock om undantagsbestämmelsen bör utformas på ett annat sätt än för närvarande.

Den nuvarande bestämmelsen knyter an till patientens tillstånd och innebär att man kan bortse från patientens vilja vid särskilt svåra sjukdomstillstånd. Man kan fråga sig om det är nödvändigt och lämpligt att göra en sådan gradering av patienterna vid bedömningen av samtycket. Ett konstaterande att patienten inte kan ge ett grundat ställningstagande kan tolkas så att patienten hänförs till en särskild

kategori av patienter, vilkas samtycke inte kan godtas. Vad som är viktigast är att patienten får nödvändig vård och om patientens samtycke vid bedömningstillfället innebär att sådan vård kan ges. Det kan därför diskuteras om inte den nuvarande regeln kan ersättas med en regel som knyter an till vårdbehovet. En tänkbar utformning av samtyckesregeln skulle därför vara att tvångsvård får ges endast om patienten motsätter sig vård eller lämnar ett samtycke som inte garanterar nödvändig vård. En sådan ändring av bestämmelsen skulle inte medföra någon nämnvärd saklig förändring. Det skulle dock bli lättare att underkänna ett samtycke av en patient, om beslutsfattaren på grund av tidigare erfarenheter av patienten eller dennes tillstånd kan förutse att patientens samtycke inte är allvarligt menat och att därför nödvändig vård sannolikt inte kan komma till stånd med patientens samtycke. Liksom hittills bör naturligtvis tvångsvården upphöra så snart patienten kan ge ett samtycke som bedöms kunna garantera nödvändig vård.

Det kan naturligtvis diskuteras om kravet — vid intagningen eller senare — bör vara att nödvändig vård eller endast behövlig vård kan garanteras. I LVU och LVM talar man om behövlig vård resp. behov av vård. Vad som är behövlig vård kan det råda delade meningar om. Det kan säkert också diskuteras vad som är nödvändig vård men detta begrepp får dock anses vara mera precist. Det är också mest förenligt med patientens integritet att tvångsvård bör få ges endast om patienten på grund av bristande samtycke riskerar att inte få sådan vård som är nödvändig för att han skall kunna leva ett värdigt liv. Framför allt för att så långt som möjligt ta till vara patientens möjlighet att ta ställning till sitt eget vårdbehov föreslår vi därför att patientens samtycke får ifrågasättas endast om det på grund av patientens psykiska tillstånd kan antas att nödvändig vård inte kan ges med patientens samtycke. På samma sätt som gäller enligt nuvarande regler avses härmed även de patienter som till följd av sin psykiska störning inte kan uttala någon uppfattning i frågan.

8 Övergång från frivillig vård till tvångsvård

Vi föreslår: Det särskilda farerekviset vid konvertering skall avskaffas och förutsättningarna för konvertering skall således vara desamma som vid annan tvångsvård.

Vi föreslår också att beslut om konvertering skall fattas av chefsöverläkaren sedan vårdintyg utfärdats av annan läkare (tvåläkarprövning) samt att kravet på domstolsprövning skärps.

8.1 Inledning

Med konvertering menas att en patient som är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård i frivillig form förs över till psykiatrisk tvångsvård. Enligt våra direktiv skall vi 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. Vi skall överväga om bestämmelserna om att överföra en patient från frivillig vård till tvångsvård helt kan tas bort eller om konvertering kan ske under ökad kontroll eller med högre psykiatrisk kompetens.

8.2 Historik

Någon reglering av frågan om konvertering fanns inte i LSPV i dess ursprungliga lydelse. Departementschefen gick mot ett kommittéförslag som förordade en konverteringsrätt i de fall patienten ansågs farlig för sig själv eller annan. Departementschefen motiverade sitt ställningstagande på följande sätt:

Kommitténs förslag innehåller vissa bestämmelser som skall göra det möjligt att, på samma sätt som f.n. vid intagning utan ansökningshandlingar, hålla kvar patienter som tagits in enligt den fria intagningsformen om de är farliga för annans personliga säkerhet eller eget liv. I likhet med medicinalstyrelsen finner jag det vara av största vikt för förtroendet för mentalsjukvården att en psykiskt sjuk människa kan söka sjukhusvård på eget initiativ utan att riskera att bli

kvarhållen mot sin vilja. Jag har därför efter noggrant övervägande stannat för att psykiskt sjuka som tagits in på egen begäran inte i något avseende bör vara underkastade andra bestämmelser när det gäller kvarhållande än patienter som vårdas för kroppssjukdomar. Skulle det inträffa att en patient som tagits in enligt den fria intagningsformen vid utskrivningstillfället bedöms vara farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv, bör underrättelse härom omedelbart lämnas till polismyndighet eller annan som är behörig att göra ansökan om intagning enligt lagen om beredande av slutna psykiatrisk vård i vissa fall, så att sådan intagning genast kan komma till stånd. Det får som framgår av vad jag nyss sagt inte förekomma att handlingar anskaffas medan patienten är kvar på sjukhuset och att han överförs till att bli intagen med kvarhållningsrätt medan han ännu befinner sig på sjukhuset.

År 1983 ändrades LSPV så att en möjlighet till konvertering öppnades. Från denna tidpunkt blev det möjligt för en läkare vid en psykiatrisk klinik att besluta att en patient som vårdades där frivilligt enligt HSL:s bestämmelser i fortsättningen skulle vara intagen enligt LSPV. Om vårdintyg utfärdades av klinikens egen läkare, skulle beslut i fråga om vård fattas av utskrivningsnämnden. I förarbetena till lagändringen (prop. 1981/82:72 s.32) uttalades att konvertering kunde vara motiverad bl.a. i det fallet att patientens tillstånd försämrades eller om något inträffade som gjorde att patienten plötsligt ville lämna sjukhuset men på grund av sitt tillstånd inte borde få göra det. Lagändringen byggde delvis på uttalanden i socialtjänstpropositionen (prop. 1979/80:1). I nyss nämnda proposition anförde föredragande statsrådet bl.a. följande.

Det nuvarande förbudet mot s.k. konvertering leder till att en svårt sjuk patient, som har gått in frivilligt för vård på sjukhuset men under sjukhusvistelsen visar sig behöva tas om hand med stöd av LSPV, först måste skrivas ut och lämna sjukhusområdet, innan han kan tas in med stöd av lagen. Detta har enligt LSPV-gruppen i sin tur bl.a. fått till följd att vården många gånger inleds med stöd av LSPV:s bestämmelser, även när det inte är alldeles nödvändigt.

I Socialberedningens betänkande Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten (SOU 1984:64) föreslogs att det inte skulle vara tillåtet med konvertering. Frågan behandlades utförligt i propositionen 1990/91:58 om psykiatrisk tvångsvård m.m. I nyss nämnda proposition anförde socialministern att hon inte var beredd att gå så långt som Socialberedningen gjort och föreslår att konvertering slopades generellt. Socialministern anförde bl.a. följande:

Utrymmet för konvertering bör enligt min mening begränsas kraftigt i förhållande till nuläget så att åtgärden kan aktualiseras bara vid speciella behov. Beredningen har uppmärksammat de svåra situationer då patienten gör enträgna och allvarliga försök att skada sig själv och t.o.m. gör självmordsförsök, samtidigt som han avser att avbryta den frivilliga vården. För vissa sådana situationer hänvisar beredningen till nödfallsregler för att hindra självdestruktiva handlingar. I andra fall anser beredningen att situationen kan klaras med stöd av t.ex. vårdpersonal från sjukhuset eller personal från socialtjänsten. Ytterst får dock enligt beredningen hjälp begäras av polisen och ett förfarande för tvångsintagning inledas. Beredningen berör här vissa speciella situationer då enligt min mening en möjlighet till konvertering innebär en acceptabel lösning. Jag ser det som nödvändigt att lagstiftningen säkerställer att patienten utan onödig omgång får behövlig vård i dessa svårbemästrade fall. Det gäller situationer när det finns en påtaglig fara för att patienten på grund av sin allvarliga psykiska störning kommer att allvarligt skada sig själv eller någon annan om han lämnar sjukhuset eller undandrar sig vården där på annat sätt. Jag menar att en konverteringsregel med hänsyn till dessa situationer inte för närvarande kan undvaras.

Socialministern fortsatte:

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

Vid riksdagsbehandlingen tillstyrkte socialutskottet propositionsförslaget och riksdagen beslöt i enlighet med detta.

8.3 Gällande bestämmelser

Förutsättningarna för konvertering anges i 11 § LPT. I denna bestämmelse 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

1. förutsättningarna för tvångsvård enligt 3 § föreligger och
2. patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan.

I andra stycket anges att regleringen i 6 § LPT om intagning för tvångsvård inte gäller i konverteringsfallen. Detta innebär att bestämmelserna om vårdintyg och kvarhållningsrätt inte tillämpas liksom att någon tvåläkarprövning inte skall ske i dessa fall.

Kravet enligt första stycket att en patient skall vara intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård medför att bestämmelserna om konvertering inte tillämpas på patienter som får enbart somatisk sjukhusvård eller på patienter som erhåller öppen vård. Om psykiatrisk tvångsvård skulle bli aktuell för sådana patienter, kan beslut om det fattas på grundval av vårdintyg i den ordning som anges i 4–6 §§ LPT.

För ett konverteringsbeslut krävs enligt *punkt 1* att förutsättningarna för tvångsvård i 3 § föreligger. Detta innebär att patienten skall lida av en allvarlig psykisk störning samt på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård. Vidare skall patienten motsätta sig den behövliga vården eller till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart sakna förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan.

Konvertering kan med hänsyn till den sistnämnda förutsättningen aktualiseras främst när en patient som är intagen för vård i frivillig form enligt HSL ger uttryck för att han vill lämna sjukvårdsinrättningen trots att han oundgängligen behöver vården där. Ställning måste då omgående tas till om tvångsvård skall beslutas. Utan konverteringsbeslut får patienten inte hindras att lämna sjukvårdsinrättningen.

I *punkt 2* anges som ytterligare en förutsättning för ett konverteringsbeslut att patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan. Förutsättningarna i punkterna 1 och 2 skall vara uppfyllda samtidigt. Farebedömningen i konverteringsfall skall avse risken för allvarlig skada. Som typexempel kan nämnas risk för självmord eller risk för våldsbrott mot annan. Risken skall föreligga till följd av en allvarlig psykisk störning hos patienten. Med skada avses främst fysisk skada, men också psykiska lidanden som personer i patientens omgivning kan utsättas för genom

t.ex hot eller trakasserier omfattas. Däremot avses inte skada på egendom eller annan ekonomisk skada.

Det har tidigare inte varit klarlagt om farerekvisitet skall vara uppfyllt under hela tvångsvårdstiden eller bara vid tidpunkten för konverteringsbeslutet. I ett beslut av Regeringsrätten år 1996, RÅ 1996 ref. 62, slås emellertid fast att farerekvisitet behöver vara uppfyllt endast vid tidpunkten för konverteringsbeslutet och att det vid domstolsprövningen är tillräckligt att förutsättningarna för tvångsvård enligt 3 § LPT fortfarande är för handen.

I 12 § LPT föreskrivs att när beslut har fattats om tvångsvård enligt 11 §, skall chefsöverläkaren skyndsamt och senast inom fyra dagar från beslutet ansöka hos länsrätten om medgivande till att tvångsvården fortsätter. Eftersom många patienter som konverterats skrivs ut till frivillig vård inom fyra dagar, kommer en stor del av konverteringarna aldrig att prövas av länsrätten.

Om rätten medger att tvångsvård som har beslutats enligt 11 § LPT fortsätter, får den enligt 13 § LPT 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 9 § LPT.

8.4 Förekomsten av konverteringar efter LPT:s tillkomst

Genom de skärpta reglerna för konvertering som infördes vid LPT:s tillkomst år 1992 beräknades att antalet konverteringar skulle minska avsevärt genom att farerekvisitet infördes och att konverteringar då skulle koncentreras till särskilt angelägna fall. Av uppgifter från Socialstyrelsen framgår att antalet konverteringar visserligen har minskat men inte alls i den utsträckning som man hade räknat med. Under år 1984 uppgick antalet konverteringar till 1 833, vilket utgjorde ca 20 procent av alla intagningsstillfällen och även under år 1988 uppgick konverteringarna till ca 20 procent. Under 1992/93, dvs. efter att LPT trätt i kraft, var antalet konverteringar 1 194. Omräknat i procent förekom konvertering i så hög grad som vid 18 procent av alla avslutade vårdtillfällen enligt LPT under 1992/93 och även under år 1994 uppgick konverteringarna till 18 procent. Statistik från rapporter över avslutade vårdtillfällen enligt LPT under perioden den 1 oktober 1996 — den 31 mars 1997 visar att det under detta halvår förekom totalt 557 konverteringar, vilket utgör 17 procent av antalet vårdtillfällen.

Av Socialstyrelsens rapport Psykiatrisk tvångsvård — Effekter av ny lagstiftning (1994:2) framkommer att år 1992 blev 39 procent av

samtliga konverteringar aldrig prövade av länsrätt på grund av att chefsöverläkaren inte ansökte om medgivande till fortsatt tvångsvård trots att en sådan skyldighet föreskrivs i 12 § LPT. På många håll uppfattades bestämmelsen på det sättet att skyldigheten föreligger endast om vårdtiden beräknas överstiga fyra dagar.

Förekomsten av s.k. seriekonverteringar, dvs. att en patient skrivs ut från tvångsvård inom fyra dagar varefter han på nytt konverteras upp till fyra dagar, studerades av Socialstyrelsen i den ovan nämnda rapporten. Socialstyrelsen granskade journaler för dem som hade konverterats mer än en gång under sista halvåret 1992, varvid särskilt avseende fästes vid tvångsvårdstidens längd och tidsintervall till nästa konvertering. Enligt denna granskning var de konverteringar som hade vidtagits berättigade. Inte i något fall skedde en ny konvertering i anslutning till att den föregående hade upphört.

Vid Socialstyrelsens granskning av journaler där konvertering hade förekommit framkom att det sällan framgår klart av journalen om patienten på grund av sin allvarliga psykiska störning kan befaras allvarligt skada sig själv eller någon annan. Faran har inte alltid förelegat vid konverteringstillfället utan har kanske varit aktuell i något tidigare sammanhang eller har man bedömt att patienten kan bli farlig, om han inte får vård. Farligheten har i de flesta fall bestått i aggressivitet som har yttrat sig i att patienten har kastat saker omkring sig, knuffat till personal eller medpatienter, smällt i dörrar eller varit högljudd och stökig. I ett fall har patienten hotat med kniv och i ett annat fall har patienten tagit stryppgrepp. I några fall har farligheten bestått i att patienten medicin- eller matvägrat eller har suicidrisken ansetts vara så förhöjd att konvertering varit indicerad. Desorientering, oro och delirium har angetts som orsak i enstaka fall liksom eldsanläggelse.

8.5 Överväganden och förslag

Även om antalet konverteringar successivt minskat något under den senaste tioårsperioden har inte minskningen av konverteringar varit så stor som kunde förväntas efter att LPT trätt i kraft. Såsom framgår av vad som ovan anförts har under perioden den 1 oktober 1996 — den 31 mars 1997 konverteringar förekommit i så hög grad som vid 17 procent av alla avslutade vårdtillfällen. De ändrade förutsättningarna för användning av konvertering i LPT tycks således inte ha bidragit till att minska antalet konverteringar. Många gånger framstår det som om man har tänjt på farerekvisitet eller låtit tidigare dokumenterad farlighet eller bedömning av framtida farlighet vara en indikation för konvertering.

Man kan fundera över vad orsaken är till att antalet konverteringar är tämligen oförändrat trots lagändringar. En förklaring kan vara att

enligt LPT kan tvångsvård beslutas endast om patienten motsätter sig vård. Detta gäller i princip även om patienten tidigare har visat att hans inställning till vården är ambivalent. Om patienten efter vårdens inledande ändrar inställning och vill lämna vårdinrättningen fastän han är mycket sjuk, kan det bli aktuellt med konvertering. När LSPV tillämpades kunde patienten tvångsvårdas oberoende av eget samtycke. Det fanns då större möjligheter att tillämpa tvångsintagning, om patienten hade en ambivalent inställning till vården och det blev i sådana fall inte aktuellt med konvertering. Det kan även förhålla sig på det viset att man inom den psykiatriska vården ställs inför så svåra situationer att man känner att det är nödvändigt att kunna kvarhålla en patient på vårdavdelningen och att man försöker att hitta en möjlighet att konvertera den frivilliga vården till tvångsvård. Om det förhåller sig på det sättet är frågan var felet ligger, dvs. om det är lagstiftningen som bör ändras eller om det är i tillämpningen av lagen som det brister. Det får emellertid inte bli ett självändamål att antalet konverteringar skall minska. Det avgörande för vilka regler som skall gälla bör vara att de patienter som är i behov av vård bereds sådan vård som är nödvändig.

Frågan om konvertering skall vara tillåten och i så fall under vilka former har, såsom framgår av vad ovan har sagts, diskuterats vid flera tillfällen, bl.a. i förarbetena till såväl nuvarande lagstiftning som till tidigare lagstiftning. Till att börja med måste ställning tas till om det över huvud taget skall vara möjligt att låta frivillig psykiatrisk vård övergå till psykiatrisk tvångsvård.

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, vilket innebär att den enskilde inte har någon möjlighet att lämna vårdinrättningen. Det har framförts att vetskapen för en psykiskt sjuk person att den frivilliga vården kan övergå i tvångsvård kan befaras leda till att han eller hon inte vågar söka hjälp av rädsla för att senare bli vårdad med tvång. Detta argument har dock avfärdats från läkarhåll och man menar att en person som är sjuk och behöver hjälp söker denna hjälp för att han måste utan att fundera över om detta leder till några oönskade konsekvenser. Man kan dock befara att en person som tidigare vårdats inom den psykiatriska vården och som är missnöjd med denna vård kanske väntar med att söka vård, om han vet att den frivilliga vården kan övergå i tvångsvård. Detta kan då leda till att sjukdomen förvärras, vilket naturligtvis är olyckligt. Det sagda talar mot att konvertering skall tillåtas, eftersom det är av största vikt att en person som anser sig vara i behov av psykiatrisk hjälp söker denna hjälp i ett tidigt skede. Genom att förbättra kvaliteten vid psykiatrisk tvångsvård bör man dock kunna minska de negativa känslor som vissa patienter kan ha gentemot den psykiatriska vården och därigenom också minska risken

för att patienter undviker att söka vård på grund av rädsla för att bli konverterade.

Från patienthåll, vilket framförs av bl.a. RSMH, ställer man sig negativ till att det skall finnas en möjlighet att konvertera frivillig vård till tvångsvård. Man har bl.a. framfört att möjligheten till att konvertera används som ett påtryckningsmedel av vårdpersonalen mot patienterna för att patienterna skall ta mediciner och även godta annan behandling som de egentligen motsätter sig. Om det förhåller sig på detta sätt är det allvarligt.

Frågan om samtycke har nära samband med frågan om konvertering. Möjligheten till konvertering har antagits kunna 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 har det i sådana fall befarats att tvångsvård för säkerhets skull beslutas redan i inledningsskedet i stället för att det först prövas om vården kan ges på frivillig väg.

Det som talar för att en konverteringsmöjlighet bör föreligga är att det uppkommer svårigheter om en person som genomgår frivillig psykiatrisk vård och är mycket svårt psykiskt sjuk men inte uppfyller farerekvisitet beslutar sig för att lämna vårdinrättningen. Behandlande läkare blir då tvungen att skriva ut den svårt psykiskt sjuke patienten till kanske helt oordnade förhållanden. Om en faresituation inte föreligger måste patienten således skrivas ut. Detta kan få allvarliga följder för patienten. Det är inte heller tillfredställande att skriva ut en patient och när han lämnat sjukhusområdet på nytt omhänderta honom och se till att vårdintyg skrivs — något som förekom innan det fanns någon möjlighet till konvertering. Att detta tillvägagångssätt fortfarande förekommer har dock bekräftats från bl.a. en polismyndighet. Det har framförts att det förekommer att sedan en patient har skrivits ut från den psykiatriska vårdinrättningen omhändertas han direkt av polisen och körs till en akutavdelning där det sedan utfärdas vårdintyg. Detta förfaringssätt är mycket kränkande för patienterna och pekar på att det finns situationer där läkaren och vårdpersonalen anser att det är helt nödvändigt med fortsatt vård av patienten.

Vi anser att vid en avvägning av de skäl som anförts för och mot konvertering talar övervägande skäl 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 dock visat sig ha brister. Det kan ha fått till följd att svårt psykiskt sjuka personer fått lämna sjukhuset kanske utan att ha någonstans att ta vägen. Den granskning av journaler som har kommenterats i avsnitt 8.4 tyder på att det har förekommit att man har tänjt på reglerna och konverterat trots

att det varit tveksamt om farerekviset har varit uppfyllt. En annan omständighet som också bör beaktas är att farerekviset kan upplevas som negativt av patienterna genom att de kan uppleva det som kränkande att bli "stämplade" som farliga. Det har hänt att patienter efter en konvertering har anfört att de är medvetna om att de varit sjuka men att det inte är riktigt att de varit farliga.

Man kan alltså konstatera att nuvarande farerekvise inte fungerar bra och att en ändring av gällande regler är nödvändig. Frågan är då när konvertering bör kunna ske och hur patientens vårdbehov och rättssäkerhet bäst tillgodoses.

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

Det man vill uppnå med en eventuellt ny bestämmelse om konvertering är således att konvertering endast får tillgripas i de situationer då det framstår som helt nödvändigt att patienten stannar kvar på vårdinrättningen. De situationer som kan vara aktuella är förutom de faresituationer som uppställs som rekvisit i nuvarande bestämmelse även situationer där patienten tidigare har visat ett farligt beteende, t.ex. när patienten även är missbrukare eller riskerar att av andra skäl hamna i total social misär om han skrivs ut i sitt sjuka tillstånd.

Vad som bör undvikas är att en frivilligt vårdad patient tvingas att gå med på behandling och medicinering under hot om konvertering. Man skulle därför kunna tänka sig att föreskriva att konvertering enbart får ske i situationer då det föreligger fara på det sättet att patienten avser att lämna vårdinrättningen. Då inställer sig problemet hur man inom vården skall förhålla sig till en patient som vägrar att gå med på den behandling som skall ges. Till att börja med måste man från vårdens sida resonera och försöka övertala patienten och om detta inte går blir konsekvensen med nuvarande regelsystem att patienten måste skrivas ut från avdelningen.

Med utgångspunkten att det skall gå att konvertera i fler fall än då det föreligger en risk för allvarlig skada för patienten eller annan men att

det inte skall gå att konvertera enbart för att förmå patienten att gå med på en behandling är nästa fråga hur en bestämmelse som tillgodoser dessa krav skall utformas. Man kan tänka sig att man i stället för att sätta upp ett krav på risk för allvarlig skada föreskriver ett krav på risk för skada samt som ett ytterligare rekvisit att konvertering endast kan ske i den situationen att patienten begär att få lämna vårdavdelningen. Detta skulle då innebära att konvertering blir möjlig även i de situationer då patienten vid en utskrivning riskerar att hamna i social misär, hemfalla i allvarligt missbruk eller liknande situationer.

En förändring av reglerna om konvertering i enlighet med vad som nu skisserats i föregående stycke innebär dock att dessa regler inte skulle skilja sig särskilt mycket från vad som gäller enligt de allmänna förutsättningarna för tvångsvård. Ett annat sätt att stärka rättssäkerheten och förhindra missbruk är att omgärda själva beslutsprocessen med starkare rättssäkerhetsgarantier än för närvarande. Det kan ske genom att det införs en tvåläkarprövning och krav på att den läkare som fattar intagningsbeslutet skall ha specialistkompetens, samt genom att kravet på domstolsprövning skärps. Övervägande skäl talar för en sådan lösning.

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

9 Stödpersoner

Vi föreslår följande åtgärder för att öka möjligheten för en patient som ges psykiatrisk tvångsvård att få en stödperson utsedd:

— Genom Socialstyrelsens försorg skall informationen till chefsöverläkarna om patientens rätt till stödperson intensifieras.

— Genom Landstingsförbundets försorg skall förtroendenämnderna informeras om vikten av att de olika nämnderna samordnar sina rutiner när det gäller arbetet med att utse stödpersoner.

— Chefsöverläkaren skall i samband med att han fullgör den obligatoriska anmälningsskyldigheten till förtroendenämnden i anmälan även ange patientens inställning i stödpersonsfrågan.

— Den obligatoriska anmälningsskyldigheten skall utökas till att även gälla då chefsöverläkaren ansöker om att vården på sjukvårdsinrättningen skall övergå till öppen vård med särskilda villkor, om anmälan inte har skett dessförinnan.

— Förtroendenämnden skall efter att ha fått in den obligatoriska anmälan av chefsöverläkaren kontakta patienten eller dennes kontaktman för att efterhöra om patienten önskar att en stödperson utses, om detta inte klart framgår av anmälan.

— Chefsöverläkaren skall åläggas att i journalen föra in uppgift om patientens inställning till att få en stödperson.

— Uppdraget som stödperson skall kunna fortgå en månad efter vårdtidens avslutande, varefter förtroendenämnden, under förutsättning att patienten och stödpersonen samtycker, skall ha en underrättelseskyldighet gentemot socialtjänsten. Socialtjänsten får därefter i samråd med den f.d. patienten och stödpersonen ta ställning till om stödpersonen skall förordnas som kontaktperson enligt SoL.

Vi föreslår vidare att en bestämmelse skall införas i LRV med innebörden att chefsöverläkaren skall lämna ut nödvändiga upplysningar om patienten till stödpersonen eller förtroendenämnden, om det föreligger särskilda skäl med hänsyn till stödpersonens eller annans personliga säkerhet.

9.1 Inledning

Enligt våra direktiv skall vi se över bestämmelserna i LPT och LRV om stödperson. Vi skall överväga om det i lagstiftningen kan markeras att patienter skall erbjudas en stödperson snarast efter det att tvångsvården har inletts. Vi skall även utreda hur förtroendenämnder och hälso- och sjukvården i övrigt skall kunna informera stödpersonerna på ett bättre sätt som underlättar för stödpersonerna i deras kontakter med patienten. Vidare skall vi överväga om möjligheten att erbjudas en stödperson efter att tvångsvård har inletts kan införas även i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga i de fall den unge lider av en psykisk störning.

9.2 Gällande bestämmelser

Patienter som är intagna för vård enligt LPT eller LRV har enligt bestämmelser i dessa lagar rätt att få en stödperson. Stödpersonens uppgift är att ge patienten personligt stöd, praktiskt och psykologiskt. LSPV innehöll inte några bestämmelser om stödperson. Det var emellertid vanligt vid vård enligt denna lag, på samma sätt som det är enligt nuvarande lagstiftning, att en särskild kontaktman för patienten utsågs bland vårdpersonalen. Bestämmelserna om stödperson finns i 30, 31 och 48 §§ LPT samt i 26 och 30 §§ LRV.

Enligt 30 § LPT skall stödperson utses när patienten begär det. Patienten kan på grund av sitt psykiska tillstånd sakna förmåga att ta initiativ till att få hjälp av en stödperson. Därför har intagits en föreskrift i andra meningen i nämnda paragraf att stödperson kan utses även om patienten inte begär det, under förutsättning att han inte motsätter sig det.

Stödpersonen skall bistå patienten i personliga frågor så länge patienten ges tvångsvård. Avsikten är således inte att stödpersonen skall ha någon självständig ställning. En sådan nämnd som avses i lagen (1992:563) om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården utser stödpersoner. Stödpersonen har rätt att besöka patienten på vårdinrättningen och har enligt vad som föreskrivs i 37 § LPT rätt att närvara vid muntlig förhandling inför länsrätten och skall om möjligt underrättas om förhandlingen.

Stödpersonen får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han under uppdraget har fått veta om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt. En stödperson får inte utan begränsning ta del av uppgifter om patientens personliga förhållanden. Sådana uppgifter får enligt 7 kap. sekretesslagen (1980:100) inte lämnas ut från hälso- och

sjukvården, om inte patienten har lämnat sitt medgivande eller det står klart att uppgiften kan röjas utan att patienten eller hans närstående lider men.

I 48 § LPT föreskrivs att chefsöverläkaren skall se till att en patient så snart hans tillstånd medger det upplyses om sin rätt att få hjälp av en stödperson. Enligt 31 § LPT åligger det chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas att anmäla till förtroendenämnden när det kan finnas skäl att utse en stödperson. Sådana skäl föreligger naturligtvis så snart patienten ger till känna att han önskar bistånd av en stödperson. Det kan också finnas skäl att anmäla till nämnden att stödperson behöver utses, t.ex. när patienten på grund av sitt tillstånd saknar förmåga att begära hjälp av en stödperson. Har stödperson för patienten inte redan utsetts, skall anmälan alltid göras när chefsöverläkaren ansöker om medgivande till tvångsvård, när patienten överklagar chefsöverläkarens beslut om intagning och när patienten överklagar chefsöverläkarens begäran att tvångsvården skall upphöra. När tvångsvården av en patient, för vilken stödperson har utsetts, har upphört, skall chefsöverläkaren snarast möjligt underrätta förtroendenämnden om detta. När det gäller val av stödperson bör patientens uppfattning tillmätas stor betydelse.

I 26 § LRV föreskrivs att förtroendenämnden skall underrättas när rättspsykiatrisk vård enligt 1 § andra stycket 1 (dvs. rättspsykiatrisk vård för domstolsöverlämnade patienter) har påbörjats eller upphört. Nämnden skall i fall som avses i 4 § LRV (rättspsykiatrisk vård för patienter som är häktade, anhållna eller är intagna för rättspsykiatrisk undersökning samt för patienter som är intagna i kriminalvårdsanstalt) underrättas när patienten enligt 18 § första stycket 2 LRV har överklagat ett beslut av chefsöverläkaren att den rättspsykiatriska vården inte skall upphöra, liksom när vården efter överklagande har upphört. I 26 § LRV föreskrivs vidare att föreskrifterna om stödperson i 30 § LPT tillämpas vid rättspsykiatrisk vård som ges på en sjukvårdsinrättning.

9.3 Resultatet av olika utvärderingar

Socialstyrelsen har i samarbete med kommittén genomfört en undersökning av alla avslutade vårdtillfällen enligt LPT under perioden den 1 oktober 1996 — den 31 mars 1997, dvs. under en period av sex månader. Vidare har en inventering av antalet patienter som vårdades enligt LPT eller LRV och som var på permission en viss dag genomförts.

Antalet avslutade vårdtillfällen enligt LPT som har rapporterats uppgår till 3 896. Efter avräkning för patienter som efter intagningsprövning inte befanns i behov av LPT-vård samt för de vårdtillfällen som avsåg patienter som överflyttades till en annan vårdinrättning

återstår 3 347 vårdtillfällen. Av undersökningen framgår att stödperson utses endast i begränsad utsträckning för patienter som vårdas enligt LPT. Endast 12 procent av patienterna vid samtliga vårdtillfällen har haft stödperson, men andelen är betydligt större för dem med en vårdtid över 300 dagar, nämligen 23 procent. Av de LPT-patienter som var på permission hade 16 procent stödperson och av dem som hade haft permission över ett år hade 25 procent stödperson. Av de LRV-patienter med särskild utskrivningsprövning som var på permission hade 44 procent stödperson. Resten hade erbjudits stödperson men avböjt erbjudandet.

Vad avser LPT-patienter hänger den låga förekomsten av stödperson till viss del samman med de ofta korta vårdtiderna. Nedanstående tabell visar att stödperson i vissa fall inte hinner utses eller ens erbjudas innan vårdtiden är avslutad. Nästan två tredjedelar av patienterna har avböjt att få stödperson.

Procentuell andel med stödperson i relation till vårdtid

Vårdtid	Haft stödperson	Avböjt stödperson	Stödperson ej hunnit utses	Inte erbjudits stödperson
1–14 dagar	8	44	7	29
15–28 dagar	10	63	4	16
29–120 dagar	15	68	3	10
121–300 dagar	23	48	1	5
> 300 dagar	12	63	5	20
Summa				

Som skäl till att stödperson inte erbjudits har åberopats att patienten haft gott stöd av anhöriga eller någon av vårdpersonalen. I vissa fall anges som skäl till att stödperson inte har utsetts att det föreligger kommunikationssvårigheter såsom att patienten varit förvirrad eller endast talat ett utländskt språk.

I den tidigare av Socialstyrelsen genomförda utvärderingen (Psykiatrisk tvångsvård — Effekter av ny lagstiftning, 1994:2) redovisas att endast 9 procent av alla patienter som under ett visst år vårdats enligt LPT har haft stödperson. Under samma år hade 51 procent av dem som vårdats enligt LPT inte erbjudits stödperson. Socialstyrelsen framhåller att orsaken till att patienterna inte har erbjudits denna rättighet kan tyda på att informationen enligt 48 § LPT har brustit. Vid Socialstyrelsens inventering av vårdade i samband med den nu nämnda utvärderingen hade stödperson utsetts för 18 procent av LPT-patienterna och 34 procent av LRV-patienterna. Anledningen till att siffrorna blir högre vid en inventering är att de långa vårdtiderna slår igenom. Några

förtroendenämnder har rapporterat till Socialstyrelsen att vissa chefsöverläkare har avböjt stödpersoner med hänvisning till att vården har egna kontaktpersoner som kan utföra stödpersonens uppgifter. Socialstyrelsen framhåller att få av stödpersonerna har medverkat i länsrätten trots att detta enligt styrelsen var ett av huvudsyftena med stödpersonsverksamheten.

Resultatet från rapporteringen av avslutade vårdtillfällen under 1996/1997 visar att förekomsten av stödpersoner vid LPT-vård fortfarande är mycket låg. Värt att notera är emellertid att andelen patienter som inte har erbjudits stödperson under vårdtiden har minskat betydligt från 51 procent vid den tidigare av Socialstyrelsen genomförda undersökningen till 20 procent vid den senaste utvärderingen.

Socialstyrelsen anser i sin utvärdering att det vid psykiatrisk tvångsvård bör vara obligatoriskt att erbjuda den tvångsvårdade stödperson. Patienten skall dock kunna avstå från denna rättighet. Vidare anser Socialstyrelsen att informationen till chefsöverläkare om stödpersonens roll och om patientens rätt till detta stöd enligt 48 § LPT och 30 § LRV bör intensifieras.

9.4 Redovisning av synpunkter från bl.a. patienter och stödpersoner

Vi har i samband med en hearing med anhöriga och patienter i december 1996 i Stockholm, vid studiebesök på Norrlands universitetssjukhus i Umeå i januari 1997, genom kontakter med förtroendenämnder i olika landsting samt genom en enkät till samtliga förtroendenämnder tagit del av synpunkter angående stödpersoner från patienter, anhöriga, stödpersoner och vårdpersonal. Det har framkommit att uppfattningen övervägande är positiv till att förordna stödperson för tvångsintagna patienter.

Många patienter har intygat att det har stor betydelse att få en stödperson. Stödpersonen kan ta med patienten ut från vårdavdelningen och de kan tillsammans delta i olika fritidsaktiviteter. Stödpersonen kan hjälpa till med tillvaron i stort. Stödpersonen kan även hjälpa till med att överklaga beslut till länsrätten och närvara vid länsrättsförhandlingar. Från patienthåll har framhållits att det bör vara obligatoriskt att förordna stödperson vid tvångsvårdens inledande men att patienten skall ha rätt att tacka nej till att få en stödperson utsedd.

Från anhörighåll har framförts att informationen om rätt till stödperson inte fungerar. En anhörig uppger att när hans son var tvångsintagen gick inte någon sådan information ut trots att det i det läget hade varit värdefullt för sonen med en stödperson.

Från patient- och anhörigorganisationerna har framförts att stödpersonsinstitutet har fungerat väl i många fall. Det kan dock emellanåt bli för många personer kring en patient. Det gäller allmänt att det kan vara svårt för patienten om det finns många personer kring honom eller henne. Det idealiska vore att det förordnades en person som har alla stödfunktioner för patienten. Det handlar om organisationsförmåga hos vårdapparaten, förtroendenämnderna och socialtjänsten. Synpunkten att stödet för patienten bör fortgå även efter vårdens avslutande framförs från flera olika håll. Enligt nu gällande lagstiftning skall uppdraget som stödperson avslutas i samband med vårdtidens slut. Det är emellertid ofta vid vårdtidens slut när patienten skall flytta hem till sin lägenhet som han eller hon är i extra stort behov av stöd och hjälp.

Från vårdpersonal på en rättspsykiatrisk avdelning framförs att man anser att stödpersonsverksamheten fungerar bra. Särskilda problem kan dock förekomma när det är fråga om en aggressiv patient som kanske kan utgöra en fara för stödpersonen. I sådana fall får stödpersonen och patienten träffas i besöksrummet med personal närvarande eller i närheten.

I en uppsats från år 1995 från Lunds universitet av Inger Berglund Petersén m.fl., Perspektiv på stödpersonsverksamheten, har synpunkter av patienter, stödpersoner och kontaktpersoner redovisats. Av de fjorton tillfrågade patienterna är nio mycket positiva till stödpersonsverksamheten. En av de tillfrågade patienterna är negativ till stödperson och fyra har ingen uppfattning i frågan. Samtliga tillfrågade stödpersoner tycker att lagstiftningen, som ger tvångsintagna patienter rätt att få en stödperson, är bra och viktig. Flera uttrycker att det är bra att stödpersoner ej har någon koppling till vårdinrättningen. Det är lättare för patienten att acceptera stödet då. Flertalet säger sig ha en uppgift att fylla som medmänniska till tvångsvårdade personer. De hjälper till att bryta isoleringen. Några stödpersoner är osäkra på vad de betyder för patienterna. De saknar någon form av respons. En stödperson är rädd för patientens aggressivitet. Kontakten med kontaktpersonerna på vårdavdelningen är i de flesta fall god. Stödpersonerna blir respekterade som stödpersoner. De informeras om förändringar som kan påverka relationen mellan dem och patienten. En del stödpersoner känner sig emellertid inte välkomna till vårdavdelningen. De känner allmänt motstånd från personalen och får ingen information. Tio av femton kontaktpersoner anser att stödpersonsverksamheten har fungerat bra. Två har inte kunnat ta ställning på grund av kort tjänstgöringstid. Vissa tveksamheter har funnits hos de andra kontaktpersonerna. Flera kontaktpersoner betonar vikten av att patient och stödperson passar ihop.

9.5 Redovisning av enkät till samtliga förtroendenämnder

För att utreda hur förtroendenämnderna arbetar vid utseendet av stödpersoner och vilka problem som förekommer inom verksamheten har kommittén bitt samtliga förtroendenämnder att svara på en enkät. Den första frågan som ställs i enkäten är vilka åtgärder man enligt förtroendenämnderna kan vidta för att öka förekomsten av stödpersoner vid psykiatrisk tvångsvård. Förtroendenämnderna har också ombetts att svara på hur de ställer sig till förslaget att det i princip skall vara obligatoriskt med stödperson, om patienten inte uttryckligen säger nej härtill.

Några förtroendenämnder uppger att de anser att det vore bra om förordnandet av stödperson vid tvångsvård blev obligatoriskt, men flertalet av förtroendenämnderna uppger att de inte kan ansluta sig till det av Socialstyrelsen framförda förslaget att det skall vara obligatoriskt med stödperson vid psykiatrisk tvångsvård. Det framförs att eftersom tvångsvården i sig innebär att patienten inte har beslutanderätt i viktiga frågor är det särskilt viktigt att det som skall vara ett stöd för patienten sker på patientens villkor och att patienten således har att själv bestämma i denna fråga. Från en förtroendenämnd framförs att man har erfarenhet av att förordna stödperson i fall där det varit tveksamt om patienten önskat detta stöd. Det har då visat sig vara en negativ upplevelse för såväl stödpersonen, som känner sig ovälkommen, och för patienten som inte har bitt om något stöd. Stödpersonsinstitutet bygger enligt förtroendenämnderna på att det från båda sidor, dvs. från såväl patientens som stödpersonens sida, upplevs som något positivt. Utan denna inställning blir stödpersonens roll förfelad och från en förtroendenämnd framförs att ett system med ett obligatorium skulle innebära att det skulle uppstå problem med att rekrytera stödpersoner, eftersom de då inte skulle kunna vara säkra på att de var efterfrågade. En stödpersons arbete är mycket svårt och en förutsättning för att stödpersonen skall orka är att han eller hon känner ett gensvar från patientens sida och på det sättet känner att insatsen är meningsfull.

Skälet till att stödperson förordnas i en så pass liten andel av tvångsvårdstillfällena är enligt flera förtroendenämnder att det ofta brister i den information som enligt lag alltid skall lämnas till en tvångsvårdad patient om hans rätt att få en stödperson. En annan orsak är att vårdtiderna i flertalet fall är mycket korta. Detta gör att patienterna kanske inte anser att det behövs någon stödperson eller att det helt enkelt inte går att praktiskt ordna ett arrangemang med stödperson.

I enkäten ställdes också frågan om det finns några problem när det gäller rekryteringen av stödpersoner. Nästan samtliga förtroendenäm-

der svarar att rekryteringen inte möter några svårigheter annat än i några enstaka fall. När det gäller korttidsintagna patienter kan det dock förekomma svårigheter att få tag på en stödperson. Vad beträffar ersättning till stödpersonerna är denna olika i de olika förtroendenämnderna. Vissa förtroendenämnder utger förutom omkostnadsersättning en fast ersättning per vecka eller månad medan andra förtroendenämnder utger ersättning för omkostnader, en mindre fast summa per månad samt ett belopp som är relaterat till antal besök som stödpersonen gör. Som exempel kan nämnas att en förtroendenämnd utger ersättning med 200 kr per vecka, vartill kommer ersättning för bilkostnader och telefonkostnader. En annan förtroendenämnd utger en fast ersättning med 500 kr per månad samt 200 kr per besök och dessutom ersättning för bilkostnader.

På frågan om det är förtroendenämnden eller chefsöverläkaren som informerar patienten om hans rätt att få en stödperson utsedd svarar förtroendenämnderna att det är chefsöverläkaren som informerar patienten om hans rätt att få en stödperson och man anser att detta förhållande bör bestå. Man menar att det är chefsöverläkaren som har kontroll över när en tvångsintagning av en patient sker och det är därför lämpligast att informationsskyldigheten ligger på chefsöverläkaren. Det framförs även att det ligger närmast till hands att det är vårdpersonal som bedömer när en kanske svårt sjuk patient kan informeras om sina rättigheter.

I enkäten ställdes vidare frågan hur förtroendenämnden förfar när en anmälan om stödperson kommer in till nämnden dels i de fall där patienten har framfört en önskan om att en stödperson utses och när chefsöverläkaren även i andra fall anser att det kan finnas skäl att utse en stödperson, dels i de fall där chefsöverläkaren har en obligatorisk anmälningsskyldighet gentemot förtroendenämnden. När det gäller de fall där patienten anmäler att han önskar en stödperson går man till väga på ungefär samma sätt på de olika förtroendenämnderna. Man tar ofta kontakt med vårdavdelningen för att få veta om det finns något särskilt att beakta när det gäller utseende av stödperson och därefter utses en stödperson. I de fall där det föreligger en obligatorisk anmälningsskyldighet för chefsöverläkaren, bl.a. vid ansökan till länsrätten om medgivande till fortsatt tvångsvård, förekommer skiftande handläggningsrutiner hos de olika förtroendenämnderna. Några förtroendenämnder uppger att anmälningsskyldigheten från chefsöverläkarna fungerar väl. Man har ofta utarbetat en blankett för fullgörandet av underrättelseskyldigheten vari finns möjlighet för chefsöverläkaren att ange om det är fråga om en anmälan enligt 30 § LPT (enligt patientens begäran), en anmälan till följd av 31 § andra stycket LPT (obligatorisk anmälan) eller en anmälan enligt 26 § LRV. Vid den obligatoriska anmälan framgår i vissa fall vilken inställning patienten har i frågan. Om

patienten då önskar stödperson utses en sådan.

I de fall patientens önskan inte framgår av anmälan går en del förtroendenämnder vidare och tar kontakt med vårdavdelningen eller patienten för att efterhöra dennes inställning, medan några förtroendenämnder inte vidtar några åtgärder i ett sådant fall. En förtroendenämnd uppger att om patientens inställning inte framgår vid en obligatorisk anmälan skickar man en broschyr och en ansökningsblankett till patienten. Vad som är anmärkningsvärt är att det från flera förtroendenämnder uppges att man över huvud taget inte får in någon anmälan enligt 31 § andra stycket LPT från chefsöverläkarna, om patienten inte har en direkt önskan om att få en stödperson utsedd.

Förtroendenämnderna tillfrågas även om de har erfarenhet från situationer då det kan finnas behov av att ge stödpersonerna ökade möjligheter att få information från hälso- och sjukvården om förhållanden som rör patienten än vad som är möjligt i dag till följd av gällande sekretessregler. Några förtroendenämnder uppger att det i vissa situationer när patienten har gjort sig skyldig till grova våldsbrott kan finnas behov av att kunna ge ökad information till stödpersonen, men det framförs också att förhållandet mellan stödpersonen och patienten bygger på förtroende och att det därför finns skäl som talar för att stödpersonen endast skall få kunskap om det som patienten själv vill lämna ut.

Övriga synpunkter som framförs från förtroendenämnderna är att det vore önskvärt med en möjlighet att förlänga uppdraget som stödperson så att detta fortgår en tid efter tvångsvårdens avslutande. En förutsättning härför är självklart att detta är i enlighet med såväl patientens som stödpersonens önskemål.

9.6 Överväganden och förslag

Ett beslut om tvångsintagning av en person för psykiatrisk vård innebär att ett frihetsberövande sker, vilket är ett mycket allvarligt ingripande i den enskildes integritet och rörelsefrihet. I förarbetena till LPT och LRV konstaterades att en patient med en allvarlig psykisk störning är skör och sårbar och att han befinner sig i en mycket utsatt situation när tvångsvård kommer i fråga. Det är inte ovanligt att patienten vid en tvångsintagning står mycket ensam utan ett socialt kontaktnät. Det kan ha varit på det sättet att anhöriga till patienten har tagit initiativ till tvångsintagningen och detta kan i många fall leda till att kontakten mellan dem och patienten bryts. Även i de fall där patienten har begått ett allvarligt brott kan detta leda till att kontakten med anhöriga och vänner bryts. Att stå alldeles ensam gör en tvångsintagning ännu svårare

för patienten. Det är därför angeläget att ingripandet är förenat med största möjliga rättssäkerhetsgarantier. Patienten har dessutom ofta ett behov av stöd i samband med att rättslig prövning sker av tvångsförutsättningarna. Att en stödperson spelar en mycket viktig roll för den tvångsintagne patienten har vitsordats vid bl.a. hearing med anhöriga och patienter. Det är därför viktigt att alla patienter som skulle kunna bli hjälpta av en stödperson verkligen erbjuds denna möjlighet.

Resultatet av Socialstyrelsens utvärdering av rapporteringen från avslutade vårdtillfällen under perioden den 1 oktober 1996—den 31 mars 1997 visar att fortfarande endast en begränsad andel av de personer som vårdas med tvång erhåller stödperson. Det antal patienter som inte har erbjudits stödperson har emellertid minskat betydligt sedan den tidigare gjorda utvärderingen av Socialstyrelsen. Fortfarande är det emellertid endast en liten andel av de tvångsvårdade patienterna som får stödperson.

Det kan naturligtvis förhålla sig på det sättet att det nuvarande systemet i stort sett fungerar bra så till vida att den som verkligen vill ha en stödperson också får en sådan utsedd och att de som inte vill ha något stöd inte heller känner sig tvingade till detta. Det är självklart mycket viktigt att en stödperson inte "tvingas" på en patient. Man måste också beakta att många patienter vårdas under så kort tid att de kanske inte anser det vara meningsfullt med en stödperson. Det kan också finnas praktiska svårigheter med att få tag på en stödperson på kort tid. Enligt vad som har framkommit är det emellertid så få patienter som får stödperson att det finns anledning att anta att alla patienter som skulle vilja ha en stödperson utsedd inte får denna möjlighet. I proposition 1994/95:194 uttalade regeringen att det är angeläget att åtgärder vidtas för att förbättra möjligheterna för tvångsvårdade psykiskt störda att få en stödperson utsedd.

Det är inte helt klart om det är innehållet i bestämmelserna om stödperson eller om det är tillämpningen av dessa bestämmelser som är orsaken till att stödperson förekommer endast i begränsad utsträckning. Nuvarande system bygger på att informationen om rätten till stödperson går fram till patienterna. Som ovan nämnts har chefsöverläkaren en skyldighet att informera patienten om hans rätt att få en stödperson utsedd så snart patientens tillstånd tillåter detta och i vissa situationer är chefsöverläkaren skyldig att göra en anmälan till förtroendenämnden.

Efter chefsöverläkarens anmälan är det förtroendenämndens sak att utse stödpersonen. I de fall där det finns en uttrycklig begäran av patienten att få en stödperson, utses också en stödperson. När det gäller de fall där chefsöverläkaren alltid skall göra en anmälan till förtroendenämnden oavsett om patienten har uttryckt en önskan om att få en stödperson, t.ex när chefsöverläkaren ansöker till länsrätten om medgivande till fortsatt tvångsvård, har det framkommit att handlägg-

ningen inte är enhetlig hos de olika förtroendenämnderna.

En förtroendenämnd har anfört att nämnden i ett sådant fall kontakter patienten eller vårdavdelningen, för att efterhöra patientens vilja, endast om chefsöverläkaren har angett att han anser att det finns skäl att förordna en stödperson. Om inte chefsöverläkaren har anfört att sådant skäl finns, skickar förtroendenämnden en ansökningsblankett till den enskilde patienten. Patienten har möjlighet att ansöka om stödperson genom att själv fylla i denna ansökan. Det har dock visat sig att patienterna ofta inte skickar tillbaka ansökningsblanketterna. En annan förtroendenämnd har anfört att, i de fall en anmälan kommer in från chefsöverläkaren till följd av den obligatoriska anmälningsskyldigheten, tar nämnden alltid kontakt med patienten eller vårdavdelningen såvida inte chefsöverläkaren i sin anmälan uppger att patienten sagt nej till att få en stödperson utsedd. Praktiskt sker detta genom att chefsöverläkaren kryssar för ett särskilt alternativ i den förtryckta anmälningsskyldigheten som utarbetats. På denna blankett skall chefsöverläkaren fylla i om patienten har uttryckt att han vill ha en stödperson utsedd eller om det är svårt att bedöma vad patientens önskan är. I de fall där det har angetts att det är svårt att avgöra vad patienten vill tar förtroendenämnden alltid kontakt med den enskilde patienten eller vårdavdelningen för att försöka ta reda på om patienten vill ha en stödperson. Av de patienter som nämnden på detta sätt kontakter vill uppskattningsvis en tredjedel ha en stödperson.

Vad som är särskilt anmärkningsvärt när det gäller chefsöverläkarens obligatoriska anmälningsskyldighet om stödperson vid bl.a. ansökan till länsrätten om medgivande till fortsatt tvångsvård är att resultatet av den tidigare presenterade enkäten till förtroendenämnderna visar att det förekommer att chefsöverläkaren inte gör någon anmälan i dessa fall, om patienten inte uttrycker en vilja att han önskar att stödperson utses.

Av det anförda följer att det som kan ha stor betydelse för om stödperson utses är om chefsöverläkaren fullföljer sin informationsskyldighet gentemot patienten men även hur förtroendenämnderna helt praktiskt hanterar en anmälan av chefsöverläkaren om stödperson i de fall då det är obligatoriskt att en sådan anmälan skall göras. Situationen skulle säkert kunna förbättras väsentligt med ökade tillsyns- och informationsinsatser på området. En åtgärd i denna riktning är att intensifiera informationen till chefsöverläkare om patientens rätt till stödperson och om de skyldigheter som chefsöverläkaren har enligt 48 § LPT och 30 § LRV. I Socialstyrelsens utvärdering har det framkommit att vissa chefsöverläkare har avböjt att stödpersoner förordnas med hänsyn till att patienten i stället fått en kontaktperson utsedd. Detta ligger knappast i linje med de krav bestämmelserna i LPT och LRV uppställer.

Det är också viktigt att förtroendenämnderna hanterar anmälningarna från chefsöverläkaren på ett enhetligt och bra sätt. Ett sätt är att man

verkar för en gemensam rutin som innebär att det alltid av chefsöverläkarens anmälan förutom chefsöverläkarens inställning skall framgå vilken inställning patienten har till att få en stödperson eller om det är svårt att bedöma vilken inställning patienten har. I de fall där förtroendenämnderna får beskedet att det är svårt att bedöma vilken uppfattning patienten har eller om det föreligger några andra oklarheter bör förtroendenämnden ta en direktkontakt med patienten eller dennes kontaktperson på avdelningen för att försöka ta reda på vilken uppfattning patienten har i frågan.

Frågan är emellertid om det är tillräckligt med ökade tillsyns- och informationsinsatser eller om det bör ske en ändring av gällande regler för att ytterligare stärka patientens möjligheter till att få en stödperson utsedd.

Enligt nu gällande regler i 48 § LPT och 30 § LRV skall chefsöverläkaren så snart patientens tillstånd tillåter det informera patienten om hans rätt att få en stödperson utsedd. En första fråga att ta ställning till är om det är riktigast att det är chefsöverläkaren som har informationsskyldigheten gentemot patienten eller om förtroendenämnden, som senare skall utse stödpersonen, bör åläggas denna informationsskyldighet. Det har framförts till kommittén att det vore lämpligare om informationsskyldigheten låg hos förtroendenämnderna. Som skäl härför har anförts att det då tydligare framgår för patienten att systemet med stödperson är fristående från vården. Från förtroendenämndshåll har man dock framfört att rådande system, där det är chefsöverläkaren som skall informera patienten, bör gälla även fortsättningsvis. Det kan finnas skäl för att förtroendenämnden skall åläggas informationsskyldighet, men när det gäller att närma sig en svårt sjuk patient och bedöma när det är meningsfullt att lämna viktig information till denne måste detta vara en uppgift som är mest lämpad för vårdpersonal. Informationsskyldigheten bör därför ligga kvar hos chefsöverläkaren.

När det gäller hur man skall förbättra möjligheten för en psykiskt störd person att få en stödperson utsedd är en utgångspunkt att man på något sätt skärper upp informationsskyldigheten för chefsöverläkaren gentemot patienten beträffande patientens rätt till stödperson. Man kan tänka sig att det sätts en tidsfrist inom vilken chefsöverläkaren har skyldighet att informera patienten om hans rätt till stödperson. Enligt nuvarande bestämmelser skall sådan information ske så snart patientens tillstånd tillåter detta. Man skulle kunna föreskriva att sådan information skall ske inom en vecka från intagningstillfället. Det förekommer emellertid säkert många gånger att patientens tillstånd ej gör det meningsfullt att lämna sådan information inom en viss tidsfrist. Nuvarande regel om att information skall ske till patienten så snart hans tillstånd tillåter detta bör därför kvarstå. Man kan även tänka sig att föreskriva att chefsöverläkaren i samband med att information om stöd-

person ges skall ha en skyldighet att följa upp informationen och försöka få ett besked av patienten om han önskar en stödperson. Så sker säkert ofta redan i dag men det kan finnas en risk för att information ges utan att patienten ställs inför en direkt fråga om han vill ha en stödperson.

Ett annat sätt att skapa förutsättningar för att förbättra möjligheten att få stödperson är att i princip göra det obligatoriskt att förordna en stödperson i alla fall av tvångsintagningar, om inte patienten uttryckligen avböjer att få en stödperson utsedd. Som skäl till ett sådant system kan anföras att ett beslut om tvångsintagning för psykiatrisk vård är så ingripande att alla tänkbara rättssäkerhetsgarantier måste vara uppfyllda. En sådan rättssäkerhetsgaranti är då att en stödperson utses så snart som möjligt efter vårdens inledande. Ett sådant förslag skulle kunna konstrueras på det sättet att i samband med att patienten blir tvångsintagen förordnas en stödperson om patienten inte uttryckligen avböjer det. Om patientens tillstånd är så dåligt att det inte är meningsfullt att framställa ett sådant erbjudande, får man vänta till tillståndet förbättrats så att frågan kan framställas. Socialstyrelsen har framfört att för att patientens rätt till stödperson skall tillgodoses bör stödperson vara obligatoriskt vid tvångsvård.

Flertalet av förtroendenämnderna har emellertid framfört att de är tveksamma till att införa ett obligatorium. Man menar att förutsättningen för att stödpersonen skall vara den resurs som den är avsedd att vara är att såväl patienten som stödpersonen är positivt inställda till varandra. Vidare är en förutsättning för att det skall gå att rekrytera stödpersoner att de känner sig efterfrågade. Mot ett obligatoriskt förordnande av stödperson talar även att patienter i allmänhet har hjälp med sina angelägenheter av ytterligare personer. Som tidigare har nämnts är det en ganska vanlig företeelse att en kontaktperson, som skall hjälpa patienten med personliga och praktiska angelägenheter, utses för patienten bland vårdpersonalen. När det gäller rättsliga angelägenheter har patienten möjlighet att få rättshjälp genom ett offentligt biträde. För närvarande pågår även försöksverksamhet med personligt ombud för psykiskt störda, som skall ha till uppgift att bevaka att den psykiskt störde personens behov uppmärksammas och för att de olika samhällsinsatserna samordnas.

Såsom framgår av vad ovan har sagts finns det beaktansvärda skäl både för och emot att i princip göra det obligatoriskt att förordna en stödperson vid tvångsintagning för psykiatrisk vård. Även om en stödperson säkert många gånger är viktig även vid korta vårdtider måste det trots allt främst vara vid längre vårdtider som en stödperson har en betydelsefull roll, inte minst för att man måste räkna med att det tar en viss tid för patienten och stödpersonen att etablera en kontakt. Vid långa vårdtider framstår det därför som särskilt viktigt att förordna en stödperson om patienten inte uttryckligen avböjer det, eftersom behovet av

stöd och hjälp i många fall ökar ju längre tid som går när patienten inte har möjlighet att leva ett vanligt liv ute i samhället.

Vi kommer i kap. 11 att föreslå att när patienten fortfarande har ett psykiatriskt vårdbehov till följd av sin allvarliga psykiska störning, men detta behov kan tillgodoses utan kvalificerad dygnetruntvård, skall länsrätten på chefsöverläkarens ansökan kunna förordna om öppen vård med särskilda villkor. Särskilda villkor skall bestämmas om det behövs bl.a. med hänsyn till patientens psykiska och fysiska hälsa eller annans personliga säkerhet. En överföring till öppen vård med särskilda villkor innebär att den sjukhusbaserade vården ersätts med vård i det egna boendet eller på annat sätt utanför sjukvårdsinrättningen. När länsrätten förordnar om öppen vård med särskilda villkor kan en stödperson fylla en viktig funktion för patienten. Det är därför viktigt att skapa förutsättningar för att en redan förordnad stödperson kan fortsätta sin verksamhet när den sjukhusbaserade vården övergår i öppen vård och att en stödperson kan förordnas vid övergång till öppen vård, om så inte redan har skett.

Det har genom enkäterna till förtroendenämnderna framkommit att den obligatoriska informationsskyldigheten inte alltid fullgörs och att förtroendenämndernas handläggning av anmälan är olika efter det att en sådan kommit in till nämnden. Med hänsyn till det anförda är det viktigt att chefsöverläkarna informeras om sin skyldighet enligt bestämmelserna i 31 § andra stycket LPT och 26 § LRV. Detta bör ske genom Socialstyrelsens försorg. Vi föreslår att det i lagen skall föreskrivas att chefsöverläkaren i sin anmälan till förtroendenämnden även skall ange patientens inställning till om han vill ha en stödperson. Vi föreslår vidare att förtroendenämnden, om patientens inställning inte klart framgår av chefsöverläkarens anmälan, skall vara skyldig att kontakta patienten eller vårdavdelningen för att efterhöra om patienten vill ha en stödperson. Genom detta förfaringssätt garanteras att patienten alltid i nämnda situationer ställs inför ett erbjudande om stödperson som han aktivt får ta ställning till.

Enligt 2 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård skall chefsöverläkaren svara för att en särskild förteckning förs över de patienter som avses i LPT och LRV. Chefsöverläkaren skall också se till att journalen för en sådan patient, utöver vad som följer av patientjournalagen (1985:562) och föreskrifter som är meddelade till följd av den lagen, innehåller bl.a. uppgift om när patienten fått upplysningar enligt 48 § första stycket LPT eller 30 § första stycket LRV, dvs. bl.a. när information om stödperson meddelades. Vi föreslår att nämnda bestämmelser i förordningen ändras på så sätt att chefsöverläkaren även skall ha skyldighet att i journalen anteckna vilken inställning patienten har i frågan om stödperson.

En fråga som har tagits upp av patienter, anhöriga, vårdpersonal och stödpersoner är längden på uppdraget som stödperson. Enligt nuvarande regler pågår uppdraget så länge tvångsvården pågår. Om tvångsvården övergår i frivillig vård enligt HSL innebär det således att stödpersonen skall entledigas från sitt uppdrag. Detta kan självklart många gånger vara olyckligt för patienten. Patientens behov av hjälp och stöd kan inte endast anses vara styrt av om han vårdas med tvång eller frivilligt. Likaså när patienten flyttar hem till eget boende efter en tvångsvårdsperiod kan det vara olyckligt att en väl fungerande kontakt med en stödperson bryts. Vid hemflyttningen möts patienten av nya problem och är då i många fall beroende av hjälp. Det har framkommit att det inte är helt ovanligt att patienten och stödpersonen håller kontakten på frivillig väg även efter det att tvångsvården har upphört. Det har emellertid från flera håll framförts att det bör finnas en laglig möjlighet till att låta uppdraget som stödperson fortgå en tid efter vårdens avslutande. I de fall länsrätten har beslutat om öppen vård med särskilda villkor uppkommer inte detta problem, eftersom uppdraget som stödperson skall bestå under denna vårdform, som är en del av tvångsvården.

Enligt 10 § SoL kan socialtjänsten utse en kontaktperson med uppgift att hjälpa den enskilde i personliga angelägenheter, om den enskilde begär det eller samtycker till det. Det förekommer att en stödperson för en patient efter vårdens avslutande förordnas att vara en kontaktperson för patienten. Det har också framförts till kommittén att man bör skapa ett system där samordning av de olika insatserna för den enskilde patienten förbättras. Det är givetvis av stor vikt att det stöd som ges en person med psykiska problem präglas av kontinuitet och trygghet. Det finns därför skäl som talar för att en slags "stöd/kontaktperson" skall kunna förordnas för att hjälpa patienten såväl under tvångsvården som därefter.

En fråga som kan ställas i detta sammanhang är om en sådan "stöd/kontaktperson" bör förordnas av en och samma myndighet. Som ovan har sagts är det landstingets förtroendenämnder som förordnar stödpersoner och kommunernas socialnämnder som förordnar kontaktpersoner. Ett förslag är att kommunernas socialnämnder tar över hela verksamheten och förordnar en person som har till uppgift att hjälpa och stödja en psykiskt sjuk person under dennes tid på vårdinrättningen och dennes tillvaro därefter. Mot detta kan anföras att förtroendenämnderna alltsedan LPT:s och LRV:s tillkomst har byggt upp en välfungerande verksamhet med stödpersoner och det är därför tveksamt att efter så kort tid ändra detta system. Ett annat sätt att lösa det diskuterade problemet är att föreskriva att en stödpersons uppdrag pågår en viss tid, förslagsvis en månad efter tvångsvårdens avslutande och att förtroendenämnden i samband med uppdragets avslutande, under förutsättning att patienten medger det, skall underrätta socialnämnden om att ett stödpersons-

uppdrag håller på att avslutas. Socialnämnden får därefter i uppdrag att ta ställning till om uppdraget bör övergå till att vara ett uppdrag som kontaktperson enligt socialtjänstlagen. En förutsättning för förslaget är att den tänkte stödpersonen redan när han åtar sig sitt uppdrag som stödperson är villig att även ställa upp som kontaktperson om inget oförutsett inträffar. Vi föreslår att nuvarande lag ändras på det sättet att om patienten och stödpersonen samtycker, skall stödpersonsuppdraget fortgå en månad efter tvångsvårdens avslutande. Vi föreslår vidare att, om patienten och stödpersonen samtycker, förtroendenämnden skall underrätta socialtjänsten om att uppdraget som stödperson håller på att avslutas och att det finns ett önskemål om att uppdraget skall överföras till att vara ett uppdrag som kontaktperson enligt SoL. Om så sker, bör det innebära att kostnadsansvaret för åtgärden övergår från landstingen till kommunernas socialtjänst.

9.7 Särskilt om information till stödpersoner

JO har i ett på eget initiativ upptaget ärende rörande omständigheter vid avvikning från en rättspsykiatrisk regionvårdsenhet lämnat synpunkter på den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen. JO gör följande bedömning (JO 3220-1993).

Stödpersonen har en från sjukvården fristående roll och har att tillhandagå patienten med hjälp och stöd i personliga frågor. Biståndet kan avse olika rättsliga åtgärder som sammanhänger med tvångsvården och kontakter med sociala myndigheter men även rent praktiska åtgärder som att följa patienten i dennes bostad.

Stödpersonen har en grannliga uppgift. Uppdraget innebär åtaganden att biträda patienten inom olika, många gånger känsliga områden. Det får därför förutses att det till stödperson främst utses personer med erfarenhet från arbete inom den psykiatriska vården eller socialtjänsten. Lagen utgår från att en stödperson under uppdraget får viss information om patientens hälsotillstånd. Därför föreskrivs en tystnadsplikt för stödperson om patientens hälsotillstånd. Däremot finns det ingen regel som medger sjukvårdspersonal att lämna information till stödpersonen om patienten. Frågan har inte heller berörts under förarbetena till lagstiftningen.

Det kan finnas fall där det från olika synpunkter är nödvändigt att stödpersonen erhåller en förhållandevis ingående information om patienten. I dessa fall kan det dessutom krävas att informationen lämnas av en läkare. Ofta kan frågan antagligen lösas genom att patienten ger samtycke till uppgiftslämnandet. Naturligtvis bör i så

fall patienten informeras om att hemliga uppgifter om honom lämnas ut. Därmed får han själv bedöma om han ändå vill ha en stödperson utsedd.

Stödpersonsinstitutet bygger på en ömsesidig förtroendefull kontakt mellan patienten och stödpersonen. Såsom anges i JO:s beslut kan frågan om nödvändig information till stödpersonen ofta lösas genom att patienten ger tillstånd till uppgiftslämnandet. Det förekommer emellertid att patienter inte vill att stödpersonen skall ha vetskap om deras bakgrund. Detta kan vara aktuellt kanske framför allt när det gäller LRV-patienter som har gjort sig skyldiga till ett grovt brott.

Även om patientens behov av integritet måste väga tungt vid avvägningen om information skall få lämnas ut mot patientens vilja kan det finnas fall då det bör finnas en möjlighet för ansvarig läkare att lämna ut sekretessbelagd information till stödpersonen. De synpunkter som har framförts till kommittén av förtroendenämnder och vårdpersonal tyder inte på att avsaknaden av möjligheten att lämna känslig information om patienten till stödpersonen är ett stort problem inom vården. Om en patient bedöms som aggressiv, har personalen situationen under uppsikt vid patientens kontakter med stödpersonen. Detta hindrar inte att det kan finnas fall vid vård enligt LRV då det bör finnas en möjlighet att lämna ut sekretessbelagd information om patienten till stödpersonen. Det gäller fall då det är viktigt att patienten får en stödperson men då det för stödpersonens säkerhet är nödvändigt att viss information om patienten lämnas ut. Stödpersonens säkerhet måste då anses väga tyngre än patientens integritet. Patienten får vid avvägningen om han vill ha en stödperson ta med i beräkningen att stödpersonen kan få del av sekretessbelagda uppgifter om honom. Lagtekniskt kan vad som här förordas komma till uttryck genom att det i anknytning till bestämmelserna om stödperson föreskrivs en uppgiftsskyldighet (jfr. 14 kap. 1 § sekretesslagen) för behandlande läkare att lämna ut sekretessbelagda uppgifter om patienten i den utsträckning som kan anses påkallat för att stödpersonen skall kunna fullgöra sitt uppdrag. Vi föreslår att det införs en bestämmelse i LRV med innebörden att chefsöverläkaren får lämna ut sekretessbelagda uppgifter om patienten, om det med hänsyn till stödpersonens eller annans personliga säkerhet bedöms nödvändigt.

9.8 Stödperson behövs inte vid LVU-vård

Såsom ovan har sagts skall kommittén överväga om det i LVU skall införas en möjlighet för den unge att få stödperson i de fall den unge lider av en psykisk störning.

Enligt 1 § andra stycket LVU skall den som är under 18 år beredas vård enligt denna lag, om någon av de situationer som anges i 2 eller 3 § föreligger och det kan antas att behövlig vård inte kan ges den unge med samtycke av den eller dem som har vårdnaden om honom och, när den unge har fyllt 15 år, av honom själv. I tredje stycket nyssnämnda bestämmelse föreskrivs att vård med stöd av 3 § även får beredas den som har fyllt 18 år men inte 20 år, om sådan vård med hänsyn till den unges behov och personliga förhållanden i övrigt är lämpligare än någon annan vård och det kan antas att behövlig vård inte kan ges med den unges samtycke. Enligt 2 § LVU skall vård beslutas om det på grund av misshandel, otillbörligt utnyttjande, brister i omsorgen eller något annat förhållande i hemmet finns en påtaglig risk för att den unges hälsa eller utveckling skadas. Enligt 3 § nyssnämnda lag skall vård beslutas, om den unge utsätter sin hälsa eller utveckling för en påtaglig risk att skadas genom missbruk av beroendeframkallande medel, brottslig verksamhet eller något annat socialt nedbrytande beteende.

När det gäller att bedöma om det bör införas en möjlighet till att få en stödperson vid vård enligt LVU bör beaktas att det redan finns möjlighet till hjälp för den unge med gällande regler. Vid rättsliga angelägenheter har den unge rätt till hjälp av ett offentligt biträde. Vidare finns en möjlighet enligt 10 § SoL att få utsedd en kontaktperson, som har till uppgift att hjälpa den enskilde med personliga angelägenheter. Om den unge vistas på ett behandlingshem eller annan institution, finns det där personer som kan bistå den unge. Den möjlighet till stöd som således redan finns utgör, tillsammans med att det torde vara relativt sällsynt att den unge har en psykiatrisk diagnos när det blir aktuellt med vård enligt LVU, att övervägande skäl talar för att inte införa en möjlighet till stödperson vid vård enligt denna lag. Tilläggas kan att de barn och ungdomar som bereds vård enligt LVU i allmänhet har problem av något slag och att det knappast kan anses motiverat att utse en stödperson enbart för dem som har en psykiatrisk diagnos.

10 Behandlingen under tvångsvård

Vi föreslår: Begreppet vårdplan skall användas i stället för behandlingsplan eftersom planeringen av vården enligt LPT och LRV inte bara omfattar rent medicinska behandlingsåtgärder utan också omvårdnadsåtgärder samt i många fall insatser från socialtjänsten.

Vi föreslår vidare att ändamålet med vårdplanen skall tydliggöras i LPT och LRV.

Krav skall ställas på

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

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

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

Vi föreslår också att det i en allmän bestämmelse skall anges riktlinjer för användningen av tvångs- och kontrollåtgärder vid vård enligt LPT och LRV. I denna allmänna bestämmelse skall fastslås

att tvångsåtgärder får användas endast om patienten genom en individuellt anpassad information inte kan förmås att frivilligt medverka,

att tvångsåtgärder inte får användas i större omfattning än som är nödvändigt för att patienten frivilligt skall kunna medverka till vård och behandling,

att användningen av tvångsåtgärder skall stå i rimlig proportion till vad som anses bör 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 onödigt kränkning av sin värdighet och integritet.

10.1 Inledning

Regleringen av den psykiatriska tvångsvården i LPT och LRV syftar till att minska användningen av tvångsvård och tvångsåtgärder, stärka samhällsskyddet och öka rättssäkerheten. I LPT och LRV har därför införts särskilda regler som anger vilka tvångs- och kontrollåtgärder som får användas i samband med tvångsvården. Krav ställs på att en behandlingsplan skall upprättas för behandlingen av patienter som tvångsvårdas.

Socialstyrelsen fann vid sin utvärdering år 1992/93 att syftet med tvångsvårdslagstiftningen i stor utsträckning hade uppnåtts. Detta gällde dock inte användningen av tvångsåtgärder vid tvångsvård. I rapporten till regeringen framhöll Socialstyrelsen emellertid att den tid som stått till buds för utvärderingen inte hade givit underlag för att kunna bedöma lagstiftningens effekter fullt ut.

Tvångspsykiatrikommittén skall i första hand behandla frågan om det grundläggande syftet med lagstiftningen har uppnåtts. Hit hör att utvärdera om användningen av tvångsåtgärder har minskat i avsedd utsträckning. Vi skall uppmärksamma eventuella problem med tillämpningen av lagstiftningen i vid mening och föreslå lämpliga åtgärder. I vårt uppdrag ingår att särskilt överväga hur behandlingsplaneringen kan göras tydligare och stärkas i lag samt vilka krav som bör ställas på behandlingsplaneringen för att syftet med tvångsvården skall uppnås. Vi skall samtidigt utreda och analysera behovet av andra tvångsåtgärder än dem som regleras i LPT och LRV. I direktiven anges att det gäller frågan om att kunna använda andra åtgärder än medicinering, fastspänning och isolering av mycket aggressiva patienter. Det anges att vi i detta sammanhang skall analysera de svårigheter som tillgången till telefon kan ge upphov till när det gäller maniska patienter.

10.2 Gällande rätt m.m.

10.2.1 HSL

I HSL regleras landstingens och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvården. Föreskrifter ges om landstingens och kommunernas vårdskyldighet samt om deras planeringsansvar och skyldighet att samverka i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården. Det fastslås att planeringen skall ske med utgångspunkt i befolkningens behov av hälso- och sjukvård och att samverkan skall ske bl.a. med andra samhällsorgan.

I 2 §, 2 a—2 d §§ samt 27-31 §§ HSL ges allmänna bestämmelser om mål för och krav på hälso- och sjukvården. Bestämmelserna är gemensamma för all hälso- och sjukvård och skall tillgodose att den som bedriver hälso- och sjukvård (vårdgivaren) erbjuder en lätt tillgänglig, kvalitativt god och säker vård och att vården ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans självbestämmande, integritet och värdighet.

Krav ställs bl.a. på
att det skall finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges (2 d §),
att ledningen skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet (28 §),
att det skall finnas någon som svarar för verksamheten (29 §), samt att kvaliteten i verksamheten skall systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (31 §).

10.2.2 LPT och LRV

I 1 § LPT erinras om att föreskrifterna i HSL gäller all psykiatrisk vård. LPT och LRV innehåller kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. I 16—24 §§ LPT ges bestämmelser om behandlingsplaneringen, den medicinska behandlingen och de tvångs- och kontrollåtgärder som får användas under tvångsvård. Bestämmelserna gäller enligt 8 § LRV i tillämpliga delar vid rättspsykiatrisk vård.

Behandlingsplan

Enligt 16 § LPT skall en behandlingsplan upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård. Så långt det är möjligt skall planen upprättas i samråd med patienten. När det är lämpligt skall samråd ske också med dennes närstående. I samråd med patienten skall det klarläggas om denne har behov av stöd från socialtjänsten.

I förarbetena till tvångsvårdslagstiftningen (prop. 1990/91:58 s. 255—256) kommenteras ändamålet med behandlingsplanen och vilka krav som bör ställas på en sådan plan. Det anges att behandlingsplanen syftar till att säkerställa att tvångsvården bedrivs med sikte på att patienten så snart det går skall kunna ta ansvar för sig själv, vid behov med stöd i frivilliga former från den psykiatriska verksamheten eller exempelvis socialtjänsten. Av planen bör därför framgå patientens behandlingsbehov och personliga förhållanden. Planen bör också så långt

det är möjligt belysa patientens behov av arbete, utbildning eller annan sysselsättning samt behov av bostad. Planen skall kunna anpassas efter de förändringar som kan inträffa under den tid patienten vårdas på inrättningen. Det framhålls att det är viktigt att patienten i den mån hans psykiska tillstånd medger deltar i planeringen av vården och att samråd sker med anhöriga och andra personer som står patienten nära i den mån sekretessen inte hindrar en sådan kontakt. Det uttalas att man i god tid bör planera för det stöd och den behandling som patienten kan behöva efter vistelsen på vårdinrättningen. I samråd med patienten skall därför klarläggas om denne har behov av stöd från socialtjänsten. I vissa fall kan det också finnas behov av att andra myndigheter eller organ kontaktas, t.ex. arbetsförmedling eller omsorgsnämnd. En kontakt med socialtjänsten eller andra myndigheter eller organ förutsätter att patienten är införstådd med detta.

Enligt 2 § 6 förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård skall journalen för en patient som vårdas med stöd av LPT eller LRV innehålla behandlingsplanen.

Medicinsk behandling

Den medicinska behandlingen under tvångsvården skall ges efter samma principer som gäller för frivillig psykiatrisk vård. En tvångsintagen patient skall få vård och behandling under samma etiska och vetenskapliga betingelser som andra sjuka personer. I förarbetena till tvångsvårdslagstiftningen (prop. 1990/91:58 s. 75) övervägde departementschefen frågan om lagreglering av behandlingen under tvångsvård. Departementschefen framhöll att hon i första hand vill förorda en nära anknytning till HSL och anförde vidare:

Syftet med att låta en ny tvångsvårdslagstiftning knyta nära an till HSL bör vara att HSL:s grunder för och krav på en god hälso- och sjukvård får ökat genomslag på området för psykiatrisk tvångsvård. Jag vill understryka att en föreskrift av tvångskaraktär inte sätter HSL:s grundregler ur spel. En tvångsföreskrift kan ge stöd för att tillämpningen av HSL:s vårdprinciper blir på visst sätt begränsad. Den skall emellertid inte innebära att man därutöver frångår vad HSL ger uttryck för. Vården av tvångsintagna bör inte kunna bedrivas med bortseende från kraven på samråd så långt det är möjligt samt på respekt för patientens självbestämmande och integritet.

För behandlingen under psykiatrisk tvångsvård gäller kravet att den sker i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär i sig en begränsning av de medicinska åtgärder som får vidtas.

Departementschefen underströk att ett beslut om intagning för psykiatrisk tvångsvård inte får medföra att patienten med någon slags automatik också skall behandlas mot sin vilja (prop. 1990/91:58 s. 134). Vidare framhöll hon att det är viktigt att man inom den psykiatriska tvångsvården tar hänsyn till patientens upplevelser av en viss behandling och använder så lite tvång som möjligt (prop. 1990/91:58 s. 135).

HSL:s grundläggande bestämmelser om respekt för patientens självbestämmande och integritet gäller således också som princip för den vård som sker med tvång. Patientens önskemål skall därför respekteras så långt det är möjligt. Hans utsatta ställning gör det särskilt viktigt att vården och behandlingen sker i former som inkräktar så lite som möjligt på hans integritet och värdighet. När det är lämpligt skall samråd också ske med patientens närstående.

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

I 17 § LPT anges vidare att behandlingsåtgärderna skall anpassas till vad som krävs för att uppnå det i lagen angivna syftet med tvångsvården. Innebörden av bestämmelsen kommenteras vidare i specialmotiveringen till 17 § LPT (prop. 1990/91:58 s. 257):

Kravet på att anpassning skall ske till tvångsvårdens beskrivna syfte gäller såväl arten som omfattningen och varaktigheten av behandlingsåtgärderna. I det enskilda fallet får således en behandlingsåtgärd inte vara mer ingripande än som är försvarbart med hänsyn till det i lagen angivna ändamålet med tvångsvården, nämligen att tillgodose patientens oundgängliga behov av sådan vård som ges efter intagning på en sjukvårdsinrättning och göra det möjligt för patienten att medverka till vidare behandling på frivillig grund.

Kvarhållningsrätt

Enligt 18 § LPT får en patient hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han skall vistas.

Kvarhållningsrätten innebär att patienten kan hindras att lämna vårdinrättningen genom inlåsning eller på annat sätt, t. ex. med hjälp av vårdpersonal. Av förarbetena till tvångsvårdslagstiftningen (prop. 1990/91:58 s. 141) framgår att avsikten inte är att låsningsmöjligheten skall utnyttjas kontinuerligt utan endast i den utsträckning som det är nödvändigt för att hindra patienten från att avvika. Enligt departementschefen har erfarenheten visat att vården av tvångsintagna patienter

i många fall kan bedrivas utan att dörrarna och fönstren kontinuerligt hålls låsta. Innebörden av bestämmelsen kommenteras vidare i specialmotiveringen till 18 § LPT (prop. 1990/91:58 s. 259):

Möjligheten att låsa om en patient tar sikte på den vårdavdelning eller motsvarande där han vårdas eller själva vårdinrättningens område. Patientens rörelsefrihet får däremot enligt denna bestämmelse inte begränsas genom inlåsning i enbart det rum där patienten vistas. — — — Det föreligger självfallet inget hinder mot att patienten ges möjlighet att låsa om sig själv, t.ex. på natten. I så fall kan det vara fråga om lås som vårdpersonalen vid behov kan öppna utifrån.

Vid utövande av kvarhållningsrätten har hälso- och sjukvårdspersonalen enligt 24 kap. 2 § brottsbalken rätt att bruka det våld som med hänsyn till omständigheterna är försvarligt för att hindra en tvångs- vårdad patient att avvika. Med stöd av bestämmelsen kan personalen också bruka våld för att upprätthålla ordningen om patienten sätter sig med våld eller hot om våld till motvärn eller på annat sätt gör motstånd.

Fastspänning

I 19 § LPT ges bestämmelser om fastspänning med bälte eller liknande anordning. En patient får spännas fast kortvarigt om det finns en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Om det finns synnerliga skäl får patienten hållas fastspänd längre tid. Chefsöverläkaren skall då utan dröjsmål underrätta Socialstyrelsen om detta. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 1995:13) Underrättelse- och uppgiftsskyldighet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård skall sådan underrättelse lämnas om chefsöverläkarens beslut innebär fastspänning under längre tid än fyra timmar. Vårdpersonal skall vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd.

I prop. 1990/91:58 s. 141—142 berörs frågan om vad som avses med fastspänning med bälte eller liknande mekanisk anordning:

Det finns flera olika typer av bältesliknande fixeringsanordningar. Fastspänning innebär vanligen att den intagne spänns fast i en säng. Det kan vara den egna sängen eller sängen i ett särskilt rum. — — — Såväl låsbara som inte låsbara anordningar förekommer. Ett alternativ till bälte är ett bord som fixeras i stolen och som omöjliggör för den sittande att resa sig upp.

Bestämmelsen kommenteras vidare i specialmotiveringen till 19 § LPT (prop. 1990/91:58 s. 260). Det anges att fastspänning av en patient skall i princip alltid vara en kortvarig åtgärd, som snarast bör ersättas med andra insatser och att otillräckliga personalresurser inte får medföra att patienten hålls fastspänd en längre tid än som absolut är nödvändigt med hänsyn till faresituationen. Enligt specialmotiveringen bör bälte inte användas längre än någon eller högst några timmar. Vidare understryks det att fastspänning självfallet aldrig får tillgripas i bestraffningssyfte.

Isolering

I 20 § LPT ges bestämmelser om möjligheterna att hålla en patient avskild från andra patienter, s. k. isolering. En patient får isoleras 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 isolering gäller högst åtta timmar. Tiden får förlängas med högst åtta timmar genom nytt beslut av chefsöverläkaren. Om det finns synnerliga skäl, får isoleringen avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Chefsöverläkaren skall utan dröjsmål underrätta Socialstyrelsen om en patient hålls isolerad mer än åtta timmar i följd. Patienten skall stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal under den tid han hålls isolerad.

Med isolering avses enligt uttalande i förarbetena till tvångsvårdslagstiftningen (prop. 1990/91:58 s. 142) att en patient hålls instängd på ett rum, antingen på det egna rummet eller i ett särskilt isoleringsrum. Departementschefen framhåller att man naturligtvis alltid noga bör pröva möjligheterna att med personalinsatser uppnå det syfte som en isoleringsåtgärd avser. I specialmotiveringen till 20 § LPT (prop. 1990/91:58 s. 261) anges att avsikten är att avskiljande skall komma till användning endast i rena undantagssituationer och då främst i skyddssyfte. Det understryks att det inte är tillåtet med rutinmässig isolering, t.ex. under natten, och att avskiljande naturligtvis heller aldrig får tillgripas i bestraffningssyfte.

Besöksförbud

Sedan den 1 januari 1997 ges bestämmelser om besöksförbud i lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård. Lagen omfattar besöksinskränkningar på vårdinstitutioner och sjukvårdsinrättningar såväl i form av generella besökstider som besöksrestriktioner i särskilda fall. Lagen gäller även vid psykiatrisk tvångsvård och har ersatt bestämmelsen i 18 § andra stycket LPT, som således har upphört

att gälla. Beträffande dem som genomgår rättspsykiatrisk vård och är anhållna, häktade eller intagna i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt fattas beslut om besöksinskränkningar av Kriminalvårdsstyrelsen enligt bestämmelserna i 8 § andra stycket LRV.

Ändringen i LPT innebär att chefsöverläkaren inte längre får besluta om inskränkningar beträffande besök hos patienten. Sådana restriktioner beslutas numera av huvudmannen för sjukvårdsinrättningen. Beslut får fattas om det är nödvändigt med hänsyn till vårdens bedrivande, risken för överförande av smitta eller skyddet av enskilda vårdtagares personliga integritet. Beslutet kan vara generellt eller avse besök av en viss eller vissa personer. Enligt lagen får huvudmannen också besluta om allmänna och utvidgade besökstider. Beslut om besöksinskränkningar och utvidgade besökstider får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Förbud att inneha viss egendom m.m.

I LPT ges också bestämmelser om förbud att inneha egendom som kan skada patienten själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen, däribland narkotika, alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel (21 § första stycket LPT), om kontroll att försändelser till en patient inte innehåller egendom som patienten inte får inneha (22 § första stycket LPT), om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning för kontroll att patienten inte bär på sig sådan egendom (23 § LPT) samt om rätt att omhändertaga och förstöra viss sådan egendom som det är förbjudet att inneha (21 § andra stycket, 22 § andra stycket och 24 § LPT).

Kontroll av försändelser

Enligt 22 § LPT är det tillåtet att öppna alla brev och paket som kommer till en patient för att kontrollera om försändelsen innehåller narkotika, alkohol eller andra berusningsmedel. Det är också tillåtet att kontrollera om en försändelse till patienten innehåller vapen eller annat som kan användas för att skada patienten själv eller andra eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen. Däremot är det inte tillåtet att granska det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling. Det är inte heller tillåtet att granska försändelser från en patient.

I prop 1990/91:58 s. 147 framhålls att reglerna om kontroll och kvarhållande av försändelser är utformade enbart med inriktning på att skydda patienternas hälsa och nå framgång med behandlingen och att kontrollen, främst med hänsyn till patientens integritet, inte får avse

försändelser från patienten. Departementschefen framhåller att denna ståndpunkt stämmer överens med vad som förordas i Europarådets Rekommendation No. R (83) 2. Om en patient genom att skicka en försändelse begår en brottslig handling får detta, framhålls det vidare, bedömas enligt de regler som gäller beträffande en sådan handling och vidtas därefter.

Telefonförbud

I anslutning till frågan om kontroll av försändelser tar departementschefen upp frågan om inskränkningar i patientens rätt att telefonera. Enligt departementschefen bör en patient i princip ha rätt till muntlig kommunikation utan särskilda restriktioner och av behandlingshänsyn torde det inte föreligga skäl att göra undantag beträffande telefonering. Någon särskild begränsning i utnyttjandet av telefon bör således inte kunna beslutas, och telefonavlyssning bör inte vara tillåten.

Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning

Enligt 23 § LPT får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas, när han kommer till sjukvårdsinrättningen, om det är påkallat för kontroll av att han inte bär på sig narkotika eller annan skadlig egendom som det är förbjudet att inneha. En patient får också kontrolleras under vistelsen på vårdinrättningen, om misstanke uppkommer att skadlig egendom skall påträffas hos patienten. Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning får inte göras mer ingående än vad ändamålet med åtgärden kräver. All den hänsyn som omständigheterna medger skall iakttas. Om möjligt skall ett vittne närvara.

I specialmotiveringen till 23 § LPT (prop. 1990/91:58 s. 263) beskrivs vad som avses med kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. Det framhålls att avsikten med sådana åtgärder inte är att de skall vidtas rutinmässigt, utan i det särskilda fallet måste alltid en bedömning göras av om åtgärden är befogad och om den kan begränsas till vissa moment. Vidare framhålls det att kravet på att kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning skall genomföras hänsynsfullt innebär bl.a. att åtgärder som rör en kvinna bör vidtas av kvinnlig personal eller av läkare eller sjuksköterska.

Bestämmelser motsvarande 24 § LPT finns även i lagstiftningen på det sociala området beträffande tvångsvård av missbrukare (32 § LVM) och unga (17 § LVU). Vid regeringens beredning av propositionen om psykiatrisk tvångsvård m.m. övervägdes frågan om bestämmelser behövs om ytterligare kontrollåtgärder, såsom fullständig kroppsbe-

siktning (prop. 1990/91:58 s. 149). Departementschefen ansåg att befogenheten att göra kroppsundersökningar vid psykiatrisk tvångsvård i nuläget borde begränsas till kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. Departementschefen hänvisade till att Socialstyrelsen nyligen på regeringens uppdrag hade kartlagt vilka typer av undersökningar som behöver göras inom de aktuella lagstiftningsområdena och att frågan skulle beredas ytterligare inom Socialdepartementet. Regeringen har därefter inte återkommit i frågan.

Det kan noteras att Polisrättsutredningen i slutbetänkandet (SOU 1995:47) Tvångsmedel enligt 27 och 28 kap. RB samt polislagen har föreslagit vissa ändringar i rättegångsbalkens legaldefinitioner av begreppen kroppsvisitation och kroppsbesiktning. Utredningens förslag innebär att det sker en viss överlappning av åtgärder som faller inom begreppet ytlig kroppsbesiktning i LPT och övriga vårdlagar. Detta får till följd att vissa åtgärder som är att hänföra till ytlig kroppsbesiktning enligt vårdlagstiftningen kommer att omfattas av begreppet kroppsvisitation enligt utredningens förslag.

10.2.3 Vissa bestämmelser i LRV

Restriktioner av Kriminalvårdsstyrelsen

Kriminalvårdsstyrelsen får enligt 8 § andra stycket LRV beträffande den som är anhållen, häktad eller intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt besluta om särskilda inskränkningar i rätten att ta emot eller skicka försändelser, att ta emot besök eller att samtal i telefon med utomstående. Beslut får fattas i särskilda fall, om det är påkallat från ordnings- eller säkerhetssynpunkt.

Restriktioner av regeringen

Regeringen får enligt 8 § tredje stycket LRV beträffande den som ges rättspsykiatrisk vård efter beslut av domstol eller som är intagen i kriminalvårdsanstalt besluta om särskilda inskränkningar i rätten att ta emot eller skicka försändelser, ta emot besök eller samtala i telefon med utomstående. Beslut får fattas i särskilda fall, om det är påkallat med hänsyn till rikets säkerhet eller till risken för att patienten under vistelsen på sjukvårdsinrättningen medverkar till brott som innefattar användande av våld, hot eller tvång för politiska syften.

10.2.4 Häkteslagen

I fall där patienten misstänks använda telefon för brottslig verksamhet under pågående vård får undersökningsledaren eller åklagaren, om patienten är anhållen eller häktad, besluta om särskilda restriktioner. Det innebär enligt 16 § häkteslagen att patienten kan vägras telefonsamtal och telefonsamtal avlyssnas, om det finns fara för att bevis undanröjs eller brottsutredningen försvåras.

10.3 Förekomsten av behandlingsplanering och tvångsåtgärder

10.3.1 Behandlingsplanering

Vid den uppföljning av avslutade vårdtillfällen enligt LPT som vi har genomfört framkommer att vården i 14 procent av fallen (447 fall) givits utan att någon behandlingsplan har upprättats. I 13 procent av fallen (434 fall) har behandlingsplan upprättats utan samråd med patienten. Övriga behandlingsplaner har i hälften av fallen upprättats efter samråd med såväl patient som närstående eller stödperson. Med ökad vårdtid är det allt vanligare att behandlingsplan har upprättats. Bland de 35 procent som vårdats högst 14 dagar (1 174 fall) har behandlingsplan upprättats endast i enstaka fall (29 fall). För dem med vårdtid längre än 14 dagar (2 065 fall) förekommer behandlingsplan i 91 procent av fallen (1 877 fall).

Behandlingsplaneringen vid vård enligt LRV har belysts i samband med att Socialstyrelsen på regeringens uppdrag gjort en nationell översyn av innehåll och kvalitet i den specialiserade psykiatrin. Uppdraget har slutredovisats i rapporten *God psykiatrisk vård på lika villkor?* (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:8.) I en underlagsrapport om innehåll och kvalitet i den rättspsykiatriska vården (Psykiatriuppföljningen 1997:13) har Socialstyrelsen bl.a. behandlat frågan om kvaliteten av behandlingsplaneringen.

I det syftet har Socialstyrelsen vid en inventering av slutenvårdade patienter i mars 1997 efterfrågat behandlingsplaner för dem som var intagna för tvångsvård. I 521 patienter vårdades inventeringsdagen enligt LPT och LRV. I 322 av dessa uppgavs ha behandlingsplan. Till Socialstyrelsen inkom 1033 behandlingsplaner som har granskats och bedömts. Enligt Socialstyrelsen uppfyllde 249 behandlingsplaner kraven enligt LPT och LRV. 547 behandlingsplaner uppfyllde inte kraven, men bedömdes ändå ha visst informationsvärde. Behandlingsplanen utgjordes i dessa fall av: omvårdnadsjournal (ibland behandlingskonferensreferat)

325, korta daganteckningar 112, omvårdnadsjournal och journalanteckningar 73, epikris 6, länsrättshandlingar 24, utskrivningsplanering 2. Fem var nyligen inskrivna, varför informationen om dem var sparsam. Socialstyrelsen fann att 237 av de insända behandlingsplanerna var oacceptabla.

Sammanfattningsvis fann Socialstyrelsen att diskrepansen mellan vad som föreskrivs i lagen att en behandlingsplan skall innehålla och vad den visat sig innehålla var oacceptabelt stor och att det endast i ett fåtal fall framkom om patienten medverkat vid planens upprättande. Socialstyrelsen konstaterade att behandlingsplaner borde ha insänts för samtliga tvångsvårdade patienter och att många av de insända behandlingsplanerna var upprättade just kring inventeringsdatumet även om patienten hade en lång vårdtid bakom sig. Det fanns därför anledning att förmoda att någon behandlingsplan inte varit upprättad dessförinnan.

De uppgifter som nu framkommer ger en annan bild i fråga om behandlingsplaneringen vid psykiarisk tvångsvård än den som chefsöverläkarna förmedlade vid Socialstyrelsens utvärdering år 1992/93. Då framkom att kravet på behandlingsplan i mindre grad medfört någon förändring i förhållande till tidigare. 80 procent av chefsöverläkarna uppgav att en systematisk behandlingsplan för tvångsvårdade redan användes före tillkomsten av den nya lagstiftningen. Nio av tio chefsöverläkare ansåg att dessa behandlingsplaner fungerar som ett användbart instrument i vården.

10.3.2 Tvångsåtgärder

Vid Socialstyrelsens utvärdering år 1992/93 framkom att *andelen vårdtillfällen* där tvångsåtgärder använts hade ökat för patienter som vårdades enligt LPT jämfört med patienter i motsvarande kategori som vårdades enligt LSPV år 1988. Någon form av tvångsåtgärd hade förekommit vid 28 procent av alla vårdtillfällen enligt LPT år 1992/93 mot 12 procent år 1988. Som tänkbara orsaker till detta anförde Socialstyrelsen att den ingående regleringen av användningen av tvångsåtgärder i den nya lagstiftningen, i förening med den införda skyldigheten att anmäla dessa till Socialstyrelsen, kan ha skärpt uppmärksamheten och därmed ha medfört att flera fall registreras. En annan orsak till att användningen av tvångsåtgärder syntes ha ökat kunde enligt Socialstyrelsen vara att andelen tvångsvårdade hade minskat mellan åren 1988 och 1993, vilket innebär att de som tvångsvårdas enligt den nya lagstiftningen kan ha svårare störningar och motsätter sig behandlingsinsatser. Detta leder till att en *större andel* patienter blir föremål för tvångsåtgärder.

Socialstyrelsens utvärdering visade att såväl tvångsmedicinering som fastspänning och isolering var vanligare för patienter med avslutade vårdtillfällen år 1992/93 än år 1988. Tvångsmedicinering förekom i 21 procent av LPT-fallen och 16 procent av LRV-fallen. Bland LPT-patienterna var det i synnerhet enstaka injektioner som användes mycket oftare än förr. I denna grupp inkluderades även fall av peroral tvångsmedicinering. Depåinjektioner gavs också i ökad utsträckning men uppgiften var osäker beroende på att depåinjektioner mot patientens vilja kunde ges under försöksutskrivning enligt LSPV och därvid inte noterades som tvångsmedicinering under vårdtillfället. Bland LRV-patienterna var det betydligt mindre vanligt med enstaka injektioner. Den ökade användningen av bälte gällde speciellt kortvarig fastspänning med bälte. Fastspänning var vanligare bland yngre manliga patienter och förekom i de fallen vid ett enstaka tillfälle i början av vårdtiden. Med ökad vårdtid var det allt vanligare att patienten hade varit fastspänd med bälte. Ett liknande mönster fann man även för 1988 års vårdtillfällen. Isolering i någon form förekom i 3 procent av vårdtillfällena men var mycket ovanligt enligt 1988 års undersökning.

De uppgifter som vi har inhämtat om användningen av tvångsåtgärder visar att andelen vårdtillfällen där tvångsåtgärder i form av tvångsmedicinering och fastspänning använts har ökat vid en jämförelse med uppföljningen år 1992/93. Vid uppföljningen av avslutade vårdtillfällen enligt LPT år 1996/97 framkommer att någon form av tvångsåtgärd använts i 34 procent av fallen. Tvångsmedicinering förekommer i 30 procent av fallen och då vanligen i form av enstaka injektioner i början av vårdtiden. Upprepade depåinjektioner ges framför allt i fall med lång vårdtid. Fastspänning med bälte har förekommit i 10 procent av fallen. Av de 320 inrapporterade fallen där bälte använts avsåg 251 fall fastspänning under kortare tid vid ett tillfälle (163 fall) eller flera tillfällen (88 fall). Bälte används vanligen i början av vårdtiden. Fastspänning med bälte är fortfarande vanligare bland yngre manliga patienter men skillnaden mellan kvinnor och män är inte längre lika stor. Isolering i någon form förekom i 2 procent av fallen. Användningen av isolering har således minskat något vid en jämförelse med uppföljningen år 1992/93.

Socialstyrelsen har i den ovan nämnda utredningen om innehåll och kvalitet i vården av psykiskt störda lagöverträdare också studerat användningen av tvångsåtgärder vid vård enligt LRV. Vid utredningen genomfördes en kartläggning av samtliga tvångsåtgärder som vidtogs på Karsuddens sjukhus under år 1996. Av kartläggningen framkom att 15 procent av patienterna hade utsatts för någon form av tvångsåtgärder. Vanligast var fastspänning följt av avskiljande (isolering) och tvångsinjektion av läkemedel. Det framkom vidare att risken att bli utsatt för tvång inte var kopplad till ålder, vårdtid, typ av brott eller missbruk som

tilläggsdiagnos. Däremot var risken signifikant ökad vid organiskt psykosyndrom som klinisk huvuddiagnos och för kvinnor. En dryg tredjedel av alla kvinnor som vårdades på Karsuddens sjukhus under 1996 blev utsatta för någon form av tvångsåtgärd.

Chefsöverläkaren skall enligt 19 och 20 §§ LPT och 8 § LRV utan dröjsmål underrätta Socialstyrelsen om beslut att hålla en patient fastspänd eller avskild under längre tid. Underrättelseskyldigheten gäller fastspänning längre än fyra timmar och avskiljande längre än åtta timmar. För att få en bild av dessa åtgärder har vi tagit del av oidentifierade rapporter som insänts till Socialstyrelsen under tiden januari - juni 1996. Rapporterna är viktiga instrument för att tillsynsmyndigheten skall kunna följa användningen av långvariga tvångsåtgärder och ingripa i enskilda fall, men lämpar sig inte så bra för statistiska sammanställningar. Det är dock påfallande att många rapporter kommer från vissa vårdenheter medan andra enheter inte rapporterar ett enda tillfälle av fastspänning eller avskiljning under längre tid.

10.4 Överväganden och förslag

10.4.1 Behandlingsplanering

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

Den uppföljning som vi gjort år 1996/97 visar på brister i behandlingsplaneringen vid psykiatrisk tvångsvård. En behandlingsplan upprättas inte alltid som föreskrivs i LPT. Behandlingsplan förekommer framför allt i fall med lång vårdtid. Samråd sker inte alltid med patienten. Vid den nationella uppföljning av innehåll och kvalitet i den specialiserade psykiatrin som Socialstyrelsen gjort på regeringens uppdrag framkommer också att stora brister finns i kvaliteten och dokumentationen av behandlingsplaneringen. I den utsträckning behandlingsplaner upprättas uppfyller planerna sällan de krav som anges i lagförarbetena till LPT och LRV. Av behandlingsplanerna framgår endast i begränsad utsträckning om samråd skett med patienten. De brister som framkommit vid de nu genomförda utredningarna är inte godtagbara med hänsyn till syftet med behandlingsplanen.

Enligt vår mening tyder bristerna såväl i användningen av behandlingsplaner som i kvaliteten och dokumentationen av behandlingsplaneringen på att informations- och utbildningsinsatserna inte har varit tillräckliga. Det finns också anledning anta att chefsöverläkarna inte har sett till att rutiner för behandlingsplanering utarbetas inom ramen för verksamhetens kvalitetssystem.

Vi vill understryka vikten av att sjukvårdshuvudmännen tar ansvar för att lagstiftning implementeras i sjukvårdsorganisationen liksom för uppföljning av att reglerna tillämpas på avsett sätt. De har som vårdgivare således ansvar för att ge direktiv och säkerställa att det inom psykiatrisk verksamhet där patienter ges tvångsvård finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem inom vilket kravet på behandlingsplanering beaktas.

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

Enligt vår mening är det angeläget att vårdplaneringen inom den psykiatriska tvångsvården utvecklas för att säkerställa att kvaliteten och säkerheten i patientens vård och omhändertagande tillgodoses, att samhällsskyddet tillgodoses vid rättspsykiatrisk vård och att syftet med tvångsvården uppnås på kortast möjliga tid och med minsta möjliga användning av tvångsåtgärder. Vårdplaneringen bör också utvecklas för att säkerställa att patienten informeras om sina rättigheter enligt LPT och LRV samt att förslag och klagomål från patienten kan tas om hand och beaktas. En sådan utveckling har stöd i FN:s principer för skydd av personer med psykisk störning och för utveckling av psykiatrisk vård. Enligt princip 9:2 skall vården av varje patient baseras på en individuellt anpassad vårdplan. Vårdplanen skall upprättas i samråd med patienten, utvärderas vid återkommande tillfällen, revideras vid behov och genomföras av kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal. Frågan om patientens delaktighet och valmöjligheter har också tagits upp i de årliga överenskommelser om ersättningar till landstingen m.m. som staten och sjukvårdshuvudmännen har träffat sedan år 1992 inom ramen för de s.k. Dagmaravtalen i syfte att förbättra patienternas tillgång till och val av en likvärdig, kunskapsbaserad vård.

Vårdplanen skall möjliggöra att tvångsvården kan styras och säkras mot de mål och delmål som anges för vården av en patient. Av vårdplanen skall framgå inte bara patientens vård- och behandlingsbehov utan även hans behov av bostad, stöd och service samt arbete, utbildning eller annan sysselsättning. Om det visar sig att det finns behov av insatser från kommunen, bör vårdplanen upprättas i samråd med socialtjänsten och den kommunala hälso- och sjukvården. En sådan samordnad vårdplan bör klargöra behovet av och formerna för samar-

te och samverkan mellan berörda sjukvårdande och sociala instanser kring vård och omsorg. Chefsöverläkaren bör därför liksom hittills vara skyldig att klarlägga om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. En sådan utredning bör dock till skillnad från vad som nu är fallet genomföras även om den inte kan ske i samråd med patienten. Alla ansträngningar bör självklart göras för att ge patienten en individuellt anpassad information som tillgodoser patientens delaktighet. Ytterst bör dock uppgifter om en patient liksom hittills enligt den sekretessbrytande bestämmelse som gäller vid psykiatrisk tvångsvård kunna lämnas ut utan hinder av sekretessen inom socialtjänsten, om det behövs för att chefsöverläkaren skall kunna fullgöra sitt ansvar. Om det inte är olämpligt bör samråd också ske med patientens närstående. Vid rättspsykiatrisk vård bör vårdplanen särskilt klargöra behovet av insatser för att tillgodose samhällsskyddet, t.ex. konsultationsinsatser för att kunna göra kvalificerade bedömningar av risken för återfall i allvarlig brottslighet. Vårdplanen bör också klargöra behovet av eftervårdsinsatser och formerna för uppföljning av medicinsk behandling och andra insatser.

Mot denna bakgrund anser 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 under och efter vistelsen på vårdinrättningen för att syftet med tvångsvården skall uppnås. Krav bör också ställas på att en vårdplan skall omprövas vid återkommande tillfällen och revideras när det behövs. Vårdplanen skall vid ansökan om fortsatt vård och anmälan till länsrätten vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning ge rätten underlag för beslut om förlängning av vårdtiden.

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

- Patientens identitet
- Vårdgivare och vårdinrättning
- Läkare som ansvarar för vårdplanen
- Tidpunkt för upprättande av vårdplanen
- Information till och samråd med patienten
- Information till och samråd med anhörig

- Fast läkarkontakt i primärvården
- Stödperson
- Kontaktperson i socialtjänsten
- Personlig assistent
- Förvaltare/God man

- Medicinska problem och behov av åtgärder
- Medicinska mål och delmål
- Konsultationsbehov
- Konsultationsinsatser

- Psykologiska problem och behov av åtgärder
- Psykologiska mål och delmål
- Konsultationsbehov
- Konsultationsinsatser

- Sociala problem (boende, utbildning, sysselsättning m.m.) och behov av åtgärder
- Sociala mål och delmål
- Missbruksproblem och behov av åtgärder
- Behandlingsmål och delmål
- Omvårdnadsproblem och behov av åtgärder
- Omvårdnads mål och delmål
- Samråds- och samverkansbehov
- Beslutade och genomförda insatser

- Farlighet och behov av åtgärder
- Konsultationsbehov
- Konsultationsinsatser

- Permission och villkor
- Frigång och villkor

- Tidpunkter för utvärdering av vårdplanen
- Resultat av utvärdering
- Revidering av vårdplanen

- Utskrivning och behov av eftervårdsinsatser
- Öppenvårdskontakt och samverkan
- Uppföljning av vård, behandling och andra insatser

Preciserade krav är enligt vår uppfattning dock inte av den karaktär att de lämpligen bör regleras i lag. Kraven på hur en vårdplan skall vara

utformad bör kunna anpassas till utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Lagen bör av den anledningen endast innehålla vissa grundläggande krav på vad en vårdplan skall innehålla, en reglering av preciserade krav bör däremot inte ske i lagen utan i förordning eller myndighetsföreskrifter. Av LPT och LRV bör då framgå att vårdplaner skall innehålla uppgifter som regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen fastställer.

Det finns också anledning att överväga om det tydligare bör anges i lagen när en vårdplan skall upprättas. Vårdplanen skall enligt gällande bestämmelser upprättas snarast efter det att patienten tagits in för tvångsvård. Enligt vår uppfattning är det inte lämpligt att ställa krav på att vårdplanen skall upprättas inom en viss angiven tid. Här måste beaktas att det krävs viss tid för nödvändiga utredningsåtgärder innan en vårdplan kan upprättas. Det gäller i synnerhet när vårdplanen avser en patient som inte är känd sedan tidigare. Eftersom vårdplanen skall ligga till grund för genomförandet av vården, bör dock en preliminär vårdplan alltid upprättas i anslutning till ett beslut om intagning för tvångsvård. Den preliminärt upprättade planen skall ligga till grund för behandlingen i det akuta skedet efter intagningen för tvångsvård och ange huvuddragen i planeringen av den fortsatta vården. Den preliminärt upprättade vårdplanen skall därför revideras så snart som det finns underlag för att fastställa den vårdplan som skall ligga till grund för det fortsatta vård- och behandlingsarbetet. I fall av konvertering bör vårdplanen fastläggas senast fyra dagar efter beslutet eftersom den skall kunna ges in till länsrätten vid ansökan om fortsatt vård. Vi vill understryka att den person som upprättar vårdplanen bör ha sådan kompetens och erfarenhet från psykiatrisk verksamhet att kravet på att vårdplanen skall utgöra ett användbart instrument för vård- och behandlingsarbetet kan tillgodoses.

10.4.2 Tvångsåtgärder

Allmänna utgångspunkter

Enligt 2 kap. 6 § regeringsformen är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Uttrycket kroppsligt ingrepp avser främst våld mot människokroppen men också läkarundersökningar, mindre ingrepp som vaccinering och blodprovstagning samt liknande åtgärder som faller under begreppet kroppsbesiktning (jfr prop. 1975/76:209 s. 147). I 6 § stadgas också skydd mot undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse och mot hemlig avlyssning av telefonsamtal.

Skyddet mot påtvingat kroppsligt ingrepp m.m. får enligt 2 kap. 12 § första stycket regeringsformen begränsas enbart genom lag eller annan

författning, som utfärdats efter bemyndigande i lag. Av andra stycket i samma paragraf följer att en sådan begränsning får göras endast för att tillgodose ett ändamål som är godtagbart i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får vidare aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den. Bestämmelsen i 2 kap. 12 § andra stycket kan sägas vara ett uttryck för den ändamålsprincip som anses vedertagen i svensk rätt och som innebär att ett tvångsmedel inte får användas i något annat syfte än det som framgår av den tillämpade bestämmelsen.

Enligt artikel 5:1 i Europakonventionen har envar rätt till frihet och personlig säkerhet. Ingen får berövas sin frihet utom i de fall som anges i artikel 5:1. Av artikel 5:1 e) följer att den som är sinnessjuk kan berövas friheten med stöd av lag och i den ordning som lagen föreskriver.

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.

De särskilda regler som har införts i LPT och LRV skall säkerställa att patienter som tvångsvårdas endast utsätts för frihetsberövande åtgärder och påtvingat kroppsligt ingrepp i den utsträckning som det finns lagligt stöd. Tillämpningen av LPT och LRV får således inte gå utöver det ändamål som anges för de föreskrifter som har intagits i lagarna.

Reglerna i LPT och LRV om tvångsåtgärder har utformats med beaktande av Europarådets Recommendation No. R (83) 2. Efter införandet av LPT och LRV har Europarådets Parlamentariska församling antagit Recommendation 1235 (1994) "on psychiatry and human rights" som föreslås ersätta Recommendation No. R (83) 2. Rekommendationen innehåller förslag till ändrade rekommendationer för utformningen av regler om psykiatrisk tvångsvård, bl.a. beträffande behandlingen och användningen av tvångsåtgärder. Ministerkommittén har diskuterat Recommendation (1235) 1994 men har ännu inte slutbehandlat förslaget.

Även om den föreslagna rekommendationen ännu inte har antagits av Ministerkommittén finns det enligt vår mening skäl att beakta de föreslagna reglerna och överväga om ändringar av det slag som föreslås bör göras i LPT och LRV. Det finns också skäl att beakta de principer som FN:s Generalförsamling antog år 1991 (resolution no. 46/199) för skydd av personer med psykisk störning och utveckling av psykiatrisk vård. En redogörelse för FN:s principer och Europarådets rekommendationer finns i kapitel 2. De behandlas närmare i anslutning till våra överväganden och förslag i detta kapitel.

Användningen av tvångsåtgärder

Regleringen i LPT och LRV syftar bl.a. till att minska användningen av tvångsåtgärder vid psykiatrisk tvångsvård. Vården skall ges efter samma grunder och krav som gäller för frivillig psykiatrisk vård. HSL:s grundläggande bestämmelser om respekt för patientens självbestämmande, integritet och värdighet gäller således också som princip för den vård som sker med tvång. Patientens önskemål skall därför respekteras så långt det är möjligt. Patientens utsatta ställning gör det särskilt viktigt att vården och behandlingen sker i former som inkräktar så lite som möjligt på hans integritet och värdighet. Behandlingsåtgärderna får därför inte till sin art, omfattning och varaktighet vara mera ingripande än vad som är försvarbart med hänsyn till syftet med tvångsvården.

Tvångsmedicinering

Den uppföljning som vi gjort år 1996/97 tyder på att användningen av tvångsåtgärder har ökat vid vård enligt LPT. Det är främst tvångsmedicinering som används i betydligt större andel av vårdtillfällena. Socialstyrelsens uppföljning av innehåll och kvalitet i den specialiserade psykiatrin tyder också på att användningen av tvångsåtgärder kan ha ökat något vid vård enligt LRV. Uppgiften är dock osäker eftersom den endast avser förhållandena vid Karsuddens sjukhus. Uppföljningen bekräftar dock att tvångsåtgärder inte används i samma utsträckning vid rättspsykiatrisk vård.

Införandet av LPT och LRV syftade bl.a. till att minska användningen av tvångsåtgärder. Detta syfte har således alltså inte uppnåtts att döma av de uppgifter som lämnats vid uppföljningen. Det är emellertid svårt att avgöra om uppgifterna visar på en faktisk utveckling mot ökad

användning av tvångsåtgärder. Ökningen kan bero på olika uppfattningar inom psykiatri i frågan om vad som skall rapporteras som tvångsmedicinering. Det har upplysts att Socialstyrelsen i anvisningarna för rapporteringen till databasen FOT anger att alla injektioner under tvångsvård skall rapporteras som tvångsinjektioner med hänsyn till att injektionen givits under vård som är förenad med frihetsberövande.

Vid uppföljningen finns det dock inte exempel på att någon av de vårdenheter som medverkat vid vår undersökning av avslutade vårdtillfällen skulle ha rapporterat all användning av injektioner. Tvärtom uppges tvångsinjektion inte ha förekommit i 70 procent av vårdtillfällena. Det talar för att tvångsinjektion endast har rapporterats i fall där patienten har motsatt sig behandlingen och att således en faktisk ökning av tvångsmedicinering föreligger.

Vid 1996/97 års uppföljning ligger antalet avslutade vårdtillfällen på samma nivå som vid uppföljningen år 1992/93. Den ökade tvångsanvändningen kan därför inte som vid det tillfället förklaras av att andelen tvångsvårdade har minskat och att de som tvångsvårdas har svårare störningar och motsätter sig behandlingsinsatser. Ökningen kan förklaras av olika kulturer, attityder och förhållningssätt inom psykiatri till användningen av tvångsåtgärder (jfr ovannämnda granskning av rapporter till Socialstyrelsen om fastspänning och avskiljning under längre tid) men mycket talar också för att resursanvändningen, organisatoriska och andra förhållanden inom hälso- och sjukvården i allmänhet har betydelse. Som vi närmare kommer att utveckla i det följande anser vi att det i allmänna bestämmelser bör fastslås vissa riktlinjer för användningen av tvångsåtgärder i syfte att tydliggöra att tvång skall användas endast i begränsad utsträckning och stärka patientens rättssäkerhet.

Fastspänning

Vid 1996/97 års uppföljning framkommer att användningen av bälte under tvångsvård inte har minskat. Patienter som vårdas enligt LPT blir tvärtom fastspända med bälte i något större utsträckning vid en jämförelse med uppföljningen år 1992/93. Andelen vårdtillfällen där fastspänning används tycks nu ha stabiliserats på ca 10 procent. Enligt vår mening är det förenat med stora svårigheter att bedöma om detta är en rimlig nivå eller om den är orimligt hög.

I FN:s principer för skydd av personer med psykisk störning och för utveckling av psykiatrisk vård (princip 11:11) fastslås bl.a. att fastspänning (physical restraint) och avskiljning (involuntary seclusion) endast får användas om det på annat sätt inte är möjligt att förhindra omedelbar och överhängande fara för att patienten eller någon annan skall ta skada.

En patient får inte hållas fastspänd eller avskild under längre tid än vad som är absolut nödvändigt med hänsyn till ändamålet med åtgärden. Patienten skall stå under vård och fortlöpande uppsikt av kvalificerad vårdpersonal. Om en patient har någon ställföreträdare, skall denne omedelbart underrättas om varje åtgärd av det slaget.

Europarådets Parlamentariska församling har i nämnda Recommendation (1235) 1994 föreslagit att "mechanical restraint", dvs. fastspänning med bälte eller liknande anordning, inte skall få användas vid psykiatrisk tvångsvård. Enligt vår uppfattning bör en förbudsregel av det slaget inte införas med hänsyn till att särskild reglering i LPT och LRV är att föredra framför att fastspänning sker "med stöd av" bestämmelserna om nödvärn eller nöd i 24 kap. brottsbalken.

Fastspänning bör dock endast användas i situationer när insatser av personalen — ytterst med bruk av fysiskt tvång — inte är tillräckliga för att hindra att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan och medicineringsmetoder inte bedöms vara en adekvat åtgärd. Som nyss nämnts besträffande tvångsmedicinering anser vi att det i allmänna bestämmelser bör fastslås vissa riktlinjer för användningen av tvångsåtgärder. Det innebär patienten kortvarigt får spännas fast med bälte eller liknande anordning endast om det finns en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan och det annars inte är möjligt att tillgodose säkerheten i verksamheten.

Isolering

Vid 1996/97 års uppföljning har användningen av isolering minskat något vid en jämförelse med uppföljningen år 1992/93. Isolering används således endast i 2 procent av vårdtillfällena. Detta talar enligt vår mening för att regleringen i LPT och LRV väl tillgodoser även det krav som Europarådets Parlamentariska församling anger i Recommendation (1235) 1994, där det anges att användning av "isolation cells" skall vara "strictly limited".

Isolering bör liksom fastspänning vara en tvångsåtgärd som tillgrips i första hand när en patient genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av andra patienter. Som ovan nämnts fastslår FN:s principer att isolering får användas endast om det inte på annat sätt är möjligt att förhindra att patienten skadar sig själv eller någon annan. De allmänna bestämmelser som vi anser bör införas för användningen av tvångsåtgärder avses omfatta även isolering.

Allmänna bestämmelser — Riktlinjer för användningen av tvångs- och kontrollåtgärder

Sedan några år pågår ett omfattande förändringsarbete på hälso- och sjukvårdens område i syfte att öka kvaliteten på vården och att stärka patientens ställning och tillgång till en likvärdig, kunskapsbaserad vård samtidigt som kostnadseffektiviteten skall förbättras. När LPT och LRV infördes hade detta förändringsarbete knappt inletts.

Riksdagen har därefter beslutat om ändringar i HSL som också berör den psykiatriska tvångsvården. Det gäller bl.a. det i 2 § HSL införda kravet på att den enskilda människans värdighet skall respekteras i vården. Enligt vår mening understryker det införda kravet vikten av att hänsyn skall tas till patientens upplevelser och att tvångsåtgärder skall användas i minsta möjliga utsträckning. Det gäller också den i 31 § HSL införda skyldigheten för alla vårdgivare att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Denna skyldighet ställer enligt vår mening krav på att tvångsvården och användningen av tvångsåtgärder vid sådan vård beaktas särskilt vid utformningen av det kvalitetssystem som skall finnas i verksamheten enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:24) Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.

Staten och sjukvårdshuvudmännen har inom ramen för de s.k. Dagmaravtalen träffat årliga överenskommelser om ersättningar m.m. till landstingen för att förbättra patienternas tillgång till vård genom s.k. vårdgarantier. I enlighet med Dagmaravtalen har ett utvecklingsarbete inletts med att utarbeta nationella riktlinjer och lokala vårdprogram för behandlingen av vissa kroniska sjukdomar i syfte att få en likvärdig, kunskapsbaserad vård, stärka patientens ställning och tillvarata resurserna bättre. Detta arbete omfattar bl.a. patienter med långvariga och allvarliga psykiska störningar.

Den kommitté som tillkallats för att analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, HSU 2000, har även haft i uppdrag att redovisa förslag för att stärka patientens ställning. HSU 2000 har i betänkandet (SOU 1997:154) Patienten har rätt lagt fram förslag till förbättringar i fråga om informationen till patienter och om patienters delaktighet och valmöjligheter. Enligt HSU 2000 är det angeläget att skapa utrymme för ett individualiserat omhändertagande av patienterna inom ramen för nationella riktlinjer, lokala vårdprogram och vårdkedjor. HSU 2000 anser att det finns skäl att utveckla vårdgarantin i syfte att stärka patienternas ställning. Kommittén framhåller att det är särskilt angeläget att så långt som möjligt motverka att socioekonomiska faktorer påverkar graden av delaktighet och möjligheterna att utöva inflytande över valet av vårdgivare och behandling.

Det är enligt vår mening av särskild betydelse att den utveckling mot ytterligare förstärkning av patientens ställning som skett under senare år inom hälso- och sjukvården också genomförs vid psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. Som tidigare redovisats framkommer vid den uppföljning av tvångsvården som vi har genomfört att användningen av tvångsåtgärder i allmänhet inte har minskat i den utsträckning som är önskvärd. Vi anser mot den bakgrunden att sjukvårdshuvudmännen internt bör genomföra revisioner av den psykiatriska verksamheten och med utgångspunkt i dessa revisioner vidta kvalitetshöjande åtgärder i syfte att motverka användningen av tvångsvård och minska användning av tvångsåtgärder. Vi vill särskilt understryka att sjukvårdshuvudmannen bör se till

att ledningsorganisationen för berörda verksamheter tillgodoser kraven på hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården,

att berörda verksamheter har den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård skall kunna ges,

att det finns sådana kvalitetssystem i verksamheten att vården är av högsta möjliga kvalitet samt att rättssäkerhet och samhällsskydd tillgodoses, samt

att chefsöverläkarna har sådana rutiner att de fortlöpande kan följa utvecklingen inom tvångsvården och upprätthålla kvalitet, rätts- säkerhet och samhällsskydd.

Sjukvårdshuvudmännens interna revisioner bör säkerställa att vården av de allvarligt psykiskt störda ges högsta prioritet enligt de riktlinjer som fastlagts i propositionen (prop. 1996/97:60) Prioriteringar inom hälso- och sjukvården och att tvångsåtgärder inte används som ersättning för personalinsatser på grund av besparingar eller omfördelning av resurser i landstingets verksamhet.

Det finns också anledning att överväga om organisationen och formerna för statens tillsyn över den psykiatriska tvångsvården är optimal. De upplysningar som vi har inhämtat tyder på att behovet av central samordning och målstyrning av Socialstyrelsens regionala tillsyn bör uppmärksammas. En angelägen uppgift för Socialstyrelsen bör vara att utarbeta nationella riktlinjer för en likvärdig, kunskapsbaserad vård av personer med allvarliga psykiska störningar till grund för lokala vårdprogram. Socialstyrelsen bör också aktivt verka för att det införs kvalitetssystem för effektiv egenkontroll och utveckling av verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård.

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

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

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

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

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

Vi anser således att det i allmänna bestämmelser bör fastslås

att tvångsåtgärder får användas endast om patienten genom en individuellt anpassad information inte kan förmås att frivilligt medverka,

att tvångsåtgärder inte får användas i större omfattning än som är nödvändigt för att patienten skall kunna frivilligt medverka till vården och behandlingen,

att användningen av tvångsåtgärder skall stå i rimlig proportion till vad som avses att uppnås med åtgärden och att mindre ingripande åtgärder skall användas om dessa är tillräckliga, samt

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

Särskilda regler om vissa behandlingsåtgärder

Frågan om lagreglering av vissa behandlingsformer eller behandling med vissa preparat som kan medföra uttalade biverkningar eller av patienten uppfattas som särskilt påfrestande övervägdes särskilt vid beredningen av den nuvarande lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård. I propositionen (prop. 1990/91:58) konstaterade departementschefen att en lagregel som ger möjlighet att förbjuda användningen mot patientens vilja av sådan behandling som kan ge bestående allvarliga biverkningar skulle vara otillräckligt underbyggd i nuläget eftersom en sådan regel endast skulle få avseende på psykokirurgiska ingrepp, vilka inte görs under tvångsvård. Departementschefen fann heller inte lämpligt att i lagstiftningen förbjuda användningen av ECT-behandling (electroconvulsive therapy), dvs. elchockbehandling, eller andra behandlingar som inte anses ge bestående skador men av patienterna kan upplevas som särskilt påfrestande eller integritetskränkande. Departementschefen konstaterade att vad som upplevs som särskilt påfrestande eller integritetskränkande är individuellt betingat och knappast ägnat att läggas till grund för en generell bedömning. Mot att införa förbud mot behandlingar som i allmänhet kan upplevas som särskilt påfrestande eller integritetskränkande kunde enligt departementschefen även anföras att tvångsvårdade patienter därmed generellt inte skulle kunna komma i fråga för vissa typer av behandlingar, som kan erbjudas i den frivilliga psykiatriska vården. Departementschefen fann detta inte tillfredsställande, i synnerhet om det inte finns någon annan behandlingsform att tillgå. Departementschefen ansåg också att man i lagstiftningen inte borde närmare reglera behandlingen med läkemedel i depåform under tvångsvård. Inte heller i övrigt ansåg departementschefen lämpligt att försöka författningsreglera frågan om arten och omfattningen av den läkemedelsbehandling som skall kunna vidtas i särskilda vårdsituationer. Enligt departementschefen bör bevakningen av behandlingsfrågor ges en

mycket hög prioritet i Socialstyrelsens tillsyns- och uppföljningsarbete i fråga om läkemedelsanvändningen under tvångsvård.

Vi anser inte heller att det finns anledning att införa särskilda bestämmelser om den medicinska behandlingen under tvångsvård. För behandlingen under tvångsvård skall liksom hittills gälla att den skall ske i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Som framhålls i förarbetena till nuvarande tvångsvårdslagstiftning begränsar det utrymmet för de medicinska behandlingsåtgärder som får vidtas. Vi vill särskilt framhålla att det bl.a. innebär att den medicinska behandlingen under tvångsvård också skall ske med användning av godkända läkemedel i rekommenderad dosering och med minsta möjliga biverkningar.

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

Vi har särskilt övervägt om psykokirurgiska ingrepp och ECT-behandling bör få utföras under psykiatrisk tvångsvård. I FN:s principer för skydd av personer med psykisk störning och för utveckling av psykiatrisk vård (princip 11:14) fastslås att psykokirurgiska ingrepp och andra ingripande åtgärder som ger bestående biverkningar aldrig skall få tillgripas beträffande patienter som är intagna för psykiatrisk tvångsvård. Sådana åtgärder får användas endast vid frivillig vård och med patientens informerade samtycke. Ett hälso- och sjukvården fristående organ skall i sådant fall pröva om det föreligger ett äkta informerat samtycke och att behandlingen är den mest adekvata åtgärden med hänsyn till patientens vårdbehov.

Europarådets Parlamentariska församling har i nämnda Recommendation (1235) 1994 föreslagit att psykokirurgiska ingrepp och ECT-behandling endast skall få användas om det finns ett skriftligt informerat samtycke av patienten eller ställföreträdare och om beslutet har blivit "confirmed" av "a select committee not composed exclusively of psychiatric experts". Förslaget innefattar således inget förbud mot att utföra psykokirurgiska ingrepp eller att ge ECT-behandling under tvångsvård.

Enligt vår mening bör psykokirurgiska ingrepp med hänsyn till risken för bestående skador inte utföras under tvångsvård utan anstå tills tvångsvården upphört och patienten själv kan ta grundad ställning i frågan. Detta är också en uppfattning som delas såväl av professionen som av patient- och anhörigorganisationer. Genom de allmänna bestämmelser som vi föreslår för användningen av tvångsbehandling och

andra tvångsåtgärder under psykiatrisk tvångsvård utesluts att sådana ingrepp utförs under tvångsvård.

Användningen av annan tvångsbehandling som kan ge bestående eller därmed jämförbara allvarliga biverkningar eller skador skall i största möjliga utsträckning undvikas och bör därför nogt övervägas enligt de föreslagna riktlinjerna för tvångsbehandling under tvångsvård.

ECT-behandling har bevisad god effekt vid depressioner och anses inte ge bestående skador. Det finns därför inte anledning att — som anges i FN:s ovan nämnda principer — undanhålla tvångsvårdade patienter sådan behandling när det finns medicinsk indikation. ECT-behandling kan dock av patienter upplevas som särskilt påfrestande eller integritetskränkande. Genom de allmänna bestämmelser som vi föreslår för användningen av tvångsbehandling och annan användning av tvång under tvångsvård skall i dessa fall göras en bedömning huruvida behandlingen är mer ingripande än som är försvarbart med hänsyn till syftet med åtgärden och till alternativa behandlingsåtgärder. Det innebär att mindre ingripande åtgärder skall användas om de är tillräckliga.

Enligt vår uppfattning bör ett krav på skriftligt informerat samtycke av patienten som föreslås av Europarådets Parlamentariska församling i Recommendation (1235) 1994 dock inte införas. Ett krav på samtycke som förutsättning för att ge ECT-behandling under psykiatrisk tvångsvård kan enligt vår mening svårligen förenas med de förutsättningar som gäller för psykiatrisk vård som ges patienter vilka är lagligen frihetsberövade. Om samtycket anses garantera att patienten kan ges nödvändig behandling finns det inte längre förutsättning för fortsatt tvångsvård. Det kan också ifrågasättas om ett sådant samtycke som ges under förhållanden där patientens självbestämmande i övrigt är inskränkt kan anses vara frivilligt.

Med hänsyn till ECT-behandlingens speciella karaktär bör av journalen framgå att patienten informerats om behandlingen, patientens inställning till behandlingen och om patienten förstått vad behandlingen innebär och vilka effekter den får. Den information som ges skall således vara individuellt anpassad. I journalen bör därför nogt antecknas vilken information som lämnats om behandlingen och eventuella alternativ till denna, vem som informerat patienten samt när och hur informationen lämnats.

Särskilda regler om andra tvångsåtgärder

Telefonförbud m.m.

LPT och LRV ger till skillnad mot vad som tidigare gällde enligt LSPV inte någon generell befogenhet att besluta om inskränkningar i patientens rätt att telefonera, om det anses nödvändigt med hänsyn till ändamålet med vården eller för att skydda patienten själv eller omgivningen. Frågan övervägdes vid beredningen av nu gällande lagstiftning. Det ansågs då inte finnas skäl att från behandlingssynpunkt kunna besluta om någon särskild inskränkning i utnyttjandet av telefon eller om telefonavlyssning.

Restriktioner med avseende på telefonsamtal och försändelser från patienten kan med nuvarande lagstiftning endast beslutas vid rättspsykiatrisk vård enligt 8 § andra och tredje styckena LRV. Kriminalvårdsstyrelsen får således beträffande patienter som är anhållna, häktade eller intagna i kriminalvårdsanstalt eller skall förpassas till sådan anstalt i särskilda fall besluta om telefonförbud och vissa andra inskränkningar, om det är påkallat från ordnings- eller säkerhetssynpunkt. Beträffande vissa patienter som ges rättspsykiatrisk vård efter beslut av domstol får regeringen besluta om sådana inskränkningar. Det finns däremot ingen generell laglig befogenhet för chefsöverläkaren att vägra telefonsamtal som kan medföra fara från ordnings- eller säkerhetssynpunkt.

Justitieombudsmannen (beslut 1996-01-31; dnr 1090-1995) har uppmärksammat denna problematik med anledning av ett ärende som gällde en patient som vårdades enligt LRV och hade meddelats besöksförbud enligt lagen (1988:688) om besöksförbud på grund av hot mot målsäganden. Patienten var därmed inte bara förbjuden att besöka målsäganden utan även att ta kontakt med denna på annat sätt t.ex. per telefon eller brev. Sjukhusets åtgärder hade fått till följd att vad som skulle kunna vara en brottslig handling hade förhindrats genom att man inskränkt patientens möjligheter att kontakta målsäganden per telefon och omhändertagit vissa brev.

Justitieombudsmannen konstaterade att sjukhuset saknat stöd i LRV för de vidtagna åtgärderna. Vid en samlad bedömning av den inskränkning som skett i patientens möjligheter att telefonera fann Justitieombudsmannen dock att sjukhuset inte hade handlat fel och beaktade då att begränsningen inte avsett möjligheten att telefonledes kontakta utomstående i allmänhet, utan endast den målsäganden till vars förmån besöksförbudet gällde. I bedömningen utgick Justitieombudsmannen från att inskränkningarna var en engångsföreteelse och att patienten, som upplysts, kunde fritt telefonera på annan tid än kontorstid. Beträffande de brev som omhändertagits konstaterade Justitieombudsmannen att ansvarig personal vid sjukhuset hade handlat fel genom att förfara med

breven på sätt som skett. Justitieombudsmannen lät emellertid bero vid den uttalade kritiken, eftersom han ansåg att den nuvarande lagstiftningen inom den psykiatriska tvångsvården företer en brist i det avseendet att det i ett fall som det förevarande inte lämnas utrymme för ingripande som kanske framstår som fullt motiverade och t.o.m. angelägna och som dessutom under vissa förutsättningar skulle kunna grundas på bestämmelser i RB.

Med anledning av Justitieombudsmannens kritik har vi särskilt övervägt om LPT och LRV bör ändras så att chefsöverläkaren ges en laglig generell befogenhet att kunna inskränka patientens rätt att telefonera eller på annat sätt kommunicera via telenätet. Enligt vår mening måste då beaktas att en inskränkning av rätten att telefonera får till följd att patientens möjligheter att kontakta personer utanför sjukvårdsinrättningen begränsas på ett drastiskt sätt och kan därför innebära en avsevärd kränkning av dennes grundlagsskyddade fri- och rättigheter. Vi anser att det inte finns tillräckliga skäl att från behandlingssynpunkt kunna besluta om inskränkningar i denna rätt, eftersom patientens behandlingssituation lika väl kan förbättras som försämrats på grund av ett telefonsförbud. Skälen för en sådan åtgärd kan därför inte anses uppväga det intrång eller men som åtgärden innebär för den enskilda människan. Detta gäller också möjligheten att med persondatorer och andra tekniska hjälpmedel kommunicera via telenätet eller på annat sätt. Det bör således inte införas någon generell befogenhet för chefsöverläkaren att från behandlingssynpunkt kunna besluta om inskränkningar i patientens rätt att telefonera.

Det skulle också strida mot hälso- och sjukvårdens primära mål att behandla patienter lika, om chefsöverläkaren skulle ges en laglig befogenhet att beträffande patienter som genomgår rättspsykiatrisk vård i vissa fall kunna vägra telefonsamtal som kan medföra fara från ordnings- eller säkerhetssynpunkt. Omständigheterna i det av Justitieombudsmannen granskade ärendet visar enligt vår mening inte att det från ordnings- eller säkerhetssynpunkt finns anledning att införa särskilda regler för den rättspsykiatriska vården motsvarande de som gäller inom kriminalvården enligt 30 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt.

Den fråga som tas upp i vårt uppdrag gäller svårigheter som tillgången på telefon kan ge upphov till för maniska patienter som ingår ofördelaktiga ekonomiska överenskommelser på grund av sin psykiska störning och kan befaras komma att tillfoga sig själv eller någon annan allvarlig ekonomisk skada. Vi anser att dessa svårigheter bör lösas genom anordnande av godmanskap eller förvaltarskap enligt föräldrabalken (FB). Föräldrabalken ger möjlighet att anordna godman- och förvaltarskap när en patient är ur stånd att vårda sig själv eller sin egendom. Tingsrätten förordnar god man och förvaltare efter ansökan av överförmyndaren och kan i prekära lägen anordna interimistiskt

godman- eller förvaltare mycket skyndsamt efter överförmyndarens ansökan. Förvaltare får dock inte förordnas när det är tillräckligt med förordnande av god man eller om den enskilde på något annat mindre ingripande sätt kan få hjälp. Förvaltaren har inom ramen för förvaltaruppdraget ensam rådighet över den enskildes egendom och företräder denne i alla angelägenheter som omfattas av uppdraget. Förvaltaruppdraget kan begränsas till att omfatta förvaltning av viss egendom. Det bör betonas att chefsöverläkaren enligt förordningen (1996:933) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvården har ansvar för att överförmyndare kopplas in för ställningstagande till behov av god man eller förvaltare.

Patienters möjlighet att telefonera eller att med andra tekniska hjälpmedel kommunicera över telenätet eller på annat sätt under tvångsvården, t.ex. med egen mobiltelefon, bestäms i övrigt av de interna regler som gäller vid vårdenheten av ordningsskäl. Sådana regler kan vara nödvändiga för att vården skall uppfylla de krav på en god vård som anges i 2 a § HSL. Av ordnings- och säkerhetsskäl kan en vårdinrättning således styra tillgången på telefoner och säkerställa patienternas tillgång till en gemensam patienttelefon. Beträffande besökstider finns särskilda bestämmelser i lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård.

Det har upplysts att Socialstyrelsen vid granskningar av psykiatrisk verksamhet konstaterat att det finns stora skillnader mellan vårdinrättningar vad gäller användningen av sådana restriktioner i form av lokala ordningsregler. Dessa skillnader finns också mellan rättspsykiatriska regionvårdsenheter och andra vårdenheter inriktade på rättspsykiatrisk vård. Mot den bakgrunden torde enligt vår bedömning skillnaderna i användningen av restriktioner av detta slag främst bero på olika kulturer, attityder och förhållningssätt i vården. I sämsta fall får detta till följd att patienter utsätts för inskränkningar i sina grundlagsskyddade fri- och rättigheter som inte är motiverade från ordningseller säkerhetssynpunkt och som inte är godtagbara med hänsyn till de krav som ställs på en god vård i HSL. Vi anser mot den bakgrunden angeläget att sjukvårdshuvudmännen ger direktiv och säkerställer att de kvalitetsystem som skall finnas i verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård tillgodoser att patienter i allmänhet har möjlighet att per telefon eller med andra tekniska hjälpmedel kontakta utomstående och att inskränkningar endast görs om det är nödvändigt för att kunna bedriva en god vård.

Inskränkningar av patientens rörelsefrihet

Enligt vår uppfattning bör en patients rörelsefrihet inte kunna inskränkas på annat sätt än genom fastspänning med bälte eller liknande anordning. Det finns från behandlingssynpunkt inte anledning att genom ändring i 19 § LPT möjliggöra att patienters rörelsefrihet skall kunna inskränkas på annat sätt, t.ex. med s.k. tvångströja eller handfängsel. Enligt vår mening är det med hänsyn till vården av andra patienter inte i överensstämmelse med kraven på en god vård att en patient bär handfängsel, tvångströja e.d. när han vistas bland de andra patienterna.

Det bör betonas att fasthållning med armarna under längre tid i vissa fall bör kunna ske med stöd av den särskilda bestämmelse som vi föreslår beträffande befogenheten att använda fysiskt tvång vid psykiatrisk tvångsvård.

Vid studiebesök som vi gjort på Karsuddens sjukhus och Norrlands Universitetssjukhus har varken läkare eller annan personal med vilka vi diskuterat förhållandena inom tvångsvården framfört önskemål om att kunna få använda andra tvångsåtgärder än de som nu är tillåtna vid vård enligt LPT och LRV.