

## 11 Permission — Öppen vård med särskilda villkor

*Vi föreslår* att möjligheten att ge patienten tillstånd att på egen hand vistas utanför sjukvårdsinrättningens område under viss del av vårdtiden skall finnas kvar men att den nuvarande möjligheten att ge patienten sådant tillstånd för återstoden av vårdtiden avskaffas.

Patienter som ännu inte kan skrivas ut från tvångsvård men inte längre har behov av psykiatrisk vård på sjukvårdsinrättning (kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård) skall i stället kunna överföras till öppen vård med särskilda villkor. Beslut om sådan vård skall fattas av länsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren och efter en noggrann och dokumenterad utredning. Krav ställs på en samordnad planering och uppföljning av landstingets och kommunens insatser. För det ändamålet skall en samordnad vårdplan upprättas.

Länsrätten får beträffande patienter som vårdas med stöd av LPT besluta om öppen vård med särskilda villkor när följande förutsättningar är uppfyllda.

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

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

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

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

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

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

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

Beträffande patienter som vårdas med särskild utskrivningsprövning skall återintagning ske när nyssnämnda förutsättningar är uppfyllda. Återintagning skall också ske om patienten inte iakttar de villkor som gäller och detta innebär att det finns en risk för att patienten till följd av sin psykiska störning återfaller i brott som är av allvarligt slag.

Vi föreslår vidare

*att* tillstånd till vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område för patienter som är intagna i kriminalvårdsanstalt och som genomgår rättspsykiatrisk vård skall beslutas av Kriminalvårdsstyrelsen även när vistelsen är beledsagad av personal,

*att* Kriminalvårdsstyrelsen skall fatta beslut om frigång för dessa patienter samt

*att* häktade som genomgår rättspsykiatrisk vård skall kunna få tillstånd att tillfälligt vistas utanför sjukvårdsinrättningens område om det föreligger synnerliga skäl.

## 11.1 Inledning

Vid Socialstyrelsens utvärdering år 1992/93 framkom att av de patienter som en viss dag vårdades enligt LRV längre än 10 månader hade 13 procent haft permission i mer än 6 månader. Enligt Socialstyrelsen talade detta för att permission användes som ersättning för försöksutskrivning vid rättspsykiatrisk vård. En sådan användning av permission saknar lagstöd i LRV och står således inte i överensstämmelse med legalitetskravet enligt 2 kap. 12 § regeringsformen och artikel 5:1 e) Europakonventionen.

Denna problematik nämns inte särskilt i Tvångspsykiatrikommitténs utredningsdirektiv. Vi skall visserligen analysera och utvärdera nuvarande regler om permission och tillämpningen av dessa men endast med avseende på samhällsskyddet. I vårt uppdrag ingår dock att allmänt uppmärksamma eventuella problem med tillämpningen av lagstiftningen i vid mening och föreslå lämpliga åtgärder. Vi skall särskilt utvärdera om patientens rättssäkerhet har stärkts.

Vi har mot denna bakgrund ansett motiverat att särskilt behandla frågan om användningen av permission under längre tid. För att utvärdera om rättssäkerheten och samhällsskyddet tillgodoses har uppgifter inte bara inhämtats om användningen av permission vid vård enligt LRV utan även vid vård enligt LPT. Uppgifter har inhämtats dels vid inventeringen av patienter som den 30 september 1996 var inneliggande för tvångsvård, dels vid uppföljningen av avslutade vårdtillfällen under perioden oktober 1996 — mars 1997.

## 11.2 Gällande rätt

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

### 11.2.1 Permission vid vård enligt LPT

Den som är intagen för psykiatrisk tvångsvård får enligt 25 § LPT ges tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område en viss del av vårdtiden. Tillståndet får ges för återstoden av vårdtiden, om det finns skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör. Beslut om permission fattas av chefsöverläkaren. Tillståndet får förenas med särskilda villkor och kan enligt 26 § LPT återkallas, om förhållandena kräver det. Chefsöverläkarens beslut att avslå en begäran om permission eller att meddela särskilda villkor för en permission eller att återkalla en permission får överklagas av patienten hos länsrätten.

En patientens möjligheter att vistas utanför vårdinrättningens område bestäms enligt förarbetena till tvångsvårdslagstiftningen (prop. 1990/91:58 s. 154—157) av patientens tillstånd, rutinerna vid inrättningen och omständigheterna i övrigt. Det framhålls att permission bör ses som en naturlig del av vården och ges efter en överenskommelse med patienten av den läkare som har ansvaret för vården.

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

Permission för återstoden av vårdtiden får ges för att underlätta en smidig övergång till fortsatt vård i frivilliga former och därmed uppnå syftet med tvångsvården, dvs. att vården skall ges i frivilliga former. I specialmotiveringen till 25 § LPT (prop. 1990/91:58 s. 265) framhålls att avsikten inte är att denna form av permission skall tillämpas rutinmässigt. Det anges att den främst bör kunna utnyttjas i vissa fall då tvångsvårdstiden har blivit förlängd vid ett eller flera tillfällen.

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

Departementschefen övervägde särskilt frågan om ett tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område under återstoden av vårdtiden kunde anses förenlig med det rekvisit som gäller enligt 3 § 2 LPT, där det anges att patienten skall ha ”ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom intagning på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård”. Departementschefen anförde följande (prop. 1990/91:58 s. 155—156):

Även om det för psykiatrisk tvångsvård skall krävas bl.a. att patienten har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning kan man inte bortse från att indikationerna för tvångsvård i viss mån kan skifta i styrka vid olika tillfällen under det att vården pågår. Jag är samtidigt medveten om behovet av att utforma lagstiftningen så att den inte i en del fall hindrar en smidig övergång från tvångsvård till vård i frivilliga former. Enligt min mening bör detta kunna tillgodoses om permissionsregleringen byggs ut så att den ger uttryckligt stöd för att patienten i vissa fall kan få tillstånd att tillbringa resterande tid av tvångsvårdsperioden utanför vårdinrättningen. Det är tydligt att utrymmet för sådan tillståndsgivning blir betydligt mer begränsat än hittillsvarande tillämpning av försöksutskrivning. Ett sådant tillstånd bör emellertid få ges, om det finns skäl anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör.

Lagrådet anförde för sin del (prop. 1990/91:58 s. 402—403) att möjligheten att ge tillstånd till vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område inte stred mot förutsättningen enligt 3 § 2 LPT eftersom det rekvisitet gäller en vårdform, som kan bestå även om patienten ges permission från sjukvårdsinrättningen.

En patient som har permission under återstoden av vårdtiden är alltså att anse som intagen för psykiatrisk tvångsvård. Av 8 § förordningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård följer att den ansvarige läkaren på vårdinrättningen har fortsatt skyldighet att aktivt verka för patientens rehabilitering och att kontinuerligt pröva om tvångsvården kan upphöra. Enligt specialmotiveringen till 25 § LPT (prop. 1990/91:58 s. 266) är det viktigt att en patient som givits permission vid behov erbjuds en effektiv uppföljande vård och följs till dess förhållandena stabiliserats. Det anges kunna vara en uppgift för den öppna psykiatriska vården men också för socialtjänsten.

De allmänna reglerna om att tvångsvården skall upphöra så snart den inte är absolut nödvändig sätter enligt förarbetena till tvångsvårdslagstiftningen (prop. 1990/91:58 s. 155) en yttersta gräns för hur länge en permission skall kunna pågå. I anslutning härtill framhåller departementschefen att tvångsvården bör upphöra så snart patienten kan klara av att leva utanför vårdinrättningen och att detta också gäller när patienten behöver stöd av t.ex. den öppna psykiatriska verksamheten eller socialtjänsten. Departementschefen understryker angelägenheten av att möjligheterna till samverkan med socialtjänst, arbetsmarknadsmyndigheter m.fl. noga tas till vara för att underlätta att tvångsvården kan upphöra.

Det finns inte något hinder mot att förlänga tvångsvårdstiden när en patient meddelats permission och det finns inte heller något uttryckligt krav på att patienten i ett sådant fall åter skall vistas på vårdinrättningen. Enligt specialmotiveringen till 25 § LPT (prop. 1990/91 s. 266—267) är det dock naturligt att en patient som visat sig inte kunna klara vistelsen utanför vårdinrättningen på ett tillfredsställande sätt skall inleda den fortsatta vårdtiden på vårdinrättning innan nytt beslut om permission kan fattas.

Som ett led i vården av en patient som givits permission kan återintagning ske så länge vårdtiden löper. I prop. 1990/91:58 s. 156 betonas att återintagning självfallet inte får tillgripas som en rent disciplinär åtgärd mot en patient som brutit mot de villkor som meddelats. För återintagning krävs att patientens psykiska tillstånd i förening med hans levnadsförhållanden i övrigt och hans inställning till vården är sådana att det inte finns någon annan utväg än att vården fortsätter på vårdinrättningen.

### 11.2.2 Permission vid vård enligt LRV

#### *Rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning*

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

#### *Rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning*

Vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning prövar länsrätten enligt 10 och 22 §§ LRV frågan om permission efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten. Vid prövningen skall länsrätten beakta arten av den brottslighet som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning, risken för återfall i brottslighet och verkan av den vård och behandling som patienten genomgått. Tillståndet får ges för återstoden av vårdtiden, om det finns skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att den rättspsykiatriska vården upphör. Länsrätten skall ge åklagaren tillfälle att yttra sig i tillståndsfrågan, om det inte är uppenbart obehövligt. Tillståndet får kombineras med särskilda villkor och kan återkallas av chefsöverläkaren, om förhållandena kräver det. Länsrättens beslut får överklagas av åklagaren och patienten hos kammarrätten.

Länsrätten får överlämna åt chefsöverläkaren att beträffande viss patient besluta om permission. Länsrätten skall ge åklagaren tillfälle att yttra sig i frågan, om det inte är uppenbart obehövt. Länsrättens beslut får överklagas av åklagaren. Länsrätten kan återta chefsöverläkarens befogenhet, när det finns skäl för det. Chefsöverläkarens beslut att avslå en begäran om permission eller att meddela särskilda villkor för en permission eller att återkalla en permission får överklagas av patienten hos länsrätten.

Chefsöverläkaren är enligt 28 § LRV skyldig att, om målsäganden begär det, underrätta denne om beslut att patienten fått permission. Chefsöverläkaren skall, om brottet och övriga omständigheter gör det påkallat, ge målsäganden möjlighet att begära att få en sådan under rättelse.

Allmänt gäller även vid permission i dessa fall att möjligheten till vistelse utanför vårdinrättningen bestäms av patientens tillstånd och rutinerna vid inrättningen. De faktorer som länsrätten särskilt skall beakta vid prövningen av en ansökan om permission skall tillgodose att en allsidig prövning görs i dessa fall. Enligt förarbetena till tvångsvårdslagstiftningen (prop. 1990/91:58 s. 307) är det vid denna prövning väsentligt att skyddsbehovet för närstående och omgivningen blir beaktat i tillräcklig utsträckning. Det anges att det dock samtidigt är angeläget att patienten ges möjligheter att successivt anpassa sig till ett liv utanför vårdinrättningen. Vid prövningen bör, framhålls det, utöver de faktorer som anges i bestämmelsen särskilt vägas in i vilka former permissionen är avsedd att ske, t.ex. vilka övervakningsarrangemang som är avsedda att vidtas för patienten under utevistelsen.

Möjligheten att vistas återstoden av vårdtiden utanför vårdinrättningen har särskild betydelse för vårdens upphörande i dessa fall. Enligt prop. 1990/91:58 s. 308 kan det förutsättas att det ofta anses nödvändigt att den definitiva utskrivningen föregås av en period för utslussning i samhället, där sjukvården i samarbete med socialtjänsten kan ge stöd, eftersom det vid prövningen av om vården skall upphöra är fråga om att bedöma risken för att patienten till följd av sin psykiska störning återfaller i brott.

Det framhålls att det i dessa fall i ännu högre grad än beträffande andra tvångsvårdspatienter kan finnas skäl att föreskriva villkor om t.ex. förbud att vistas på en viss plats eller att besöka eller annars ta kontakt med någon viss person och att sådana villkor kan få en funktion liknande besöksförbud enligt lagen (1988:688) om besöksförbud. Det framhålls vidare att det i vissa fall kan tänkas att skyddsaspekterna gör sig så starkt gällande att patienten bör få permission bara under förutsättning att en anhörig eller någon annan lämplig person åtar sig att ha personlig tillsyn över patienten.

*Rättspsykiatrisk vård av intagna i kriminalvårdsanstalt*

Frågan om permission för den som är intagen i kriminalvårdsanstalt och ges rättspsykiatrisk vård prövas enligt 11 § LRV av Kriminalvårdsstyrelsen efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten. Om ansökan har gjorts av patienten, skall yttrande inhämtas från chefsöverläkaren. Tillstånd får ges under viss del av vårdtiden eller under återstoden av vårdtiden, om det finns skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör. Tillståndet får förenas med särskilda villkor. Det kan inte pågå under längre tid än den rättspsykiatriska vården. Tillståndet får i dessa fall inte återkallas av chefsöverläkaren. Kriminalvårdsstyrelsens beslut får överklagas av patienten hos kammarrätten.

I förarbetena till tvångsvårdslagstiftningen (prop. 1990/91:58 s. 310) betonas att det är vårdaspekterna som skall vara vägledande för Kriminalvårdsstyrelsens prövning men att man även måste väga in kriminalvårdens intressen. Hänsyn av det slag som skall tas enligt lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt vid olika former av permission och tillstånd till vistelse utanför kriminalvårdsanstalt bör därför få påverka prövningen.

*Rättspsykiatrisk vård av anhållna, häktade m.fl.*

För anhållna, häktade och intagna på enheter för rättspsykiatrisk undersökning ges inte någon möjlighet till vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område.

### 11.2.3 Gemensamma bestämmelser

En patient som meddelats permission är som ovan nämnts alltjämt att anse som intagen på sjukvårdsinrättning för psykiatrisk tvångsvård. Det innebär bl.a. att en sådan kontakt måste hållas med patienten från vårdinrättningens sida att ansvarig läkare kan bilda sig en uppfattning om patientens psykiska tillstånd och de åtgärder som eventuellt bör vidtas. Enligt 8 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård är chefsöverläkaren skyldig att se till att sådan kontakt hålls med en patient som fått permission, att frågan om tvångsvårdens eller den rättspsykiatriska vårdens upphörande kan övervägas fortlöpande.



I 6 § förordningen anges vilka särskilda villkor som får meddelas i samband med beslut om permission. Villkoren får avse

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

Enligt 7 § förordningen får chefsöverläkaren och i förekommande fall länsrätten eller Kriminalvårdsstyrelsen ändra villkor eller meddela ett nytt villkor när omständigheterna ger anledning till det.

Patientjournalen skall enligt 2 § förordningen innehålla uppgift om permission och särskilda villkor i samband därmed samt om återkallelse av ett sådant tillstånd. Uppgift skall också finnas om avslag på en begäran om permission. Det ställs däremot inget krav på att patientjournalen skall innehålla uppgift om att chefsöverläkaren enligt 28 § LRV har informerat målsäganden om möjligheten att bli underrättad när patienten ges tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område och att sådan underrättelse har lämnats i visst fall.

#### 11.2.4 Rättspraxis

Regeringsrätten har inte prövat något fall av användningen av permission enligt LPT men däremot några fall av permission enligt LRV beträffande patienter som vårdades med särskild utskrivningsprövning.

Regeringsrätten (RÅ 1992 ref. 98) har godtagit att tvångsvården för en patient fortsatte trots att patienten sedan lång tid (mer än ett år) hade permission eftersom det ansågs nödvändigt att den pågående medicineringen inte avbröts. Enligt Regeringsrätten utgjorde den omständigheten att patienten inte företedde några symtom på sin allvarliga psykiska störning inte tillräcklig grund för ett beslut om upphörande av vården. Därutöver har krävts dels en bedömning att patienten kommer att sköta medicineringen om vården skall upphöra, dels en bedömning att det inte på annan grund finns risk för att patienten återfaller i brottslighet av allvarligt slag. Regeringsrätten (RÅ 1992 not 509) har också prövat frågan om en patient kunde ges tillstånd att tills vidare vistas utanför vårdinrättningens område varje veckoslut från fredag eftermiddag till söndag kväll. Regeringsrätten fann att permissioner var erforderliga för patientens återanpassning och även försvarliga och lämpliga i den

omfattning som kammarrätten medgivit. Enligt Regeringsrätten skulle dock tillståndet vara förenat med förbud att använda alkohol, narkotika och andra berusningsmedel samt att besöka en viss person och ta emot besök från den personen.

Enligt Regeringsrätten (RÅ 1993 not 403) måste en permission föregås av noggranna förberedelser. De förberedande åtgärderna måste vara klart dokumenterade och till sin art och omfattning vara sådana att de ger förvaltningsdomstolen underlag för beslut om de villkor som skall gälla för en permission. Med hänvisning till att sådana förberedelser inte hade skett såvitt framgick av handlingarna i målet avslög Regeringsrätten ansökan om permission.

### 11.3 Behov av förändringar

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

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

Vid inventeringstillfället den 30 september 1996 hade av 1 297 LPT-patienter 26 procent (341 patienter) permission mer än 72 timmar. 991 patienter var inskrivna enligt LRV. Av dem hade 28 procent (283 patienter) permission mer än 72 timmar. Vid en jämförelse med Socialstyrelsens inventering år 1993 kan konstateras att vid det tillfället var 1357 patienter inskrivna enligt LPT. Av dem hade 23 procent permission. Av 897 inskrivna LRV-patienterna hade 26 procent permission vid inventeringen år 1993. Andelen permitterade LPT- och LRV-patienter har således ökat något vid en jämförelse mellan inventeringstillfällena åren 1993 och 1996.

Vid inventeringen år 1996 har 35 procent av de permitterade LPT-patienterna permission kortare än en månad. För 13 procent (43 patienter) av patienterna är permissionen längre än 1 år och för 12 patienter t.o.m. längre än 3 år. Inom två landsting — Malmöhus och Älvsborg — har många patienter permission längre än 1 år. Dessa landsting har också en stor andel av de inskrivna LPT-patienterna på permission. Det förefaller som det i dessa områden har utvecklats en tradition i användningen av permission under lång tid för LPT-patienter som är annorlunda än vad som är vanligt i andra delar av landet.

De 283 LRV-patienter som har permission vid inventeringstillfället utgör fler än en fjärdedel av de inskrivna LRV-patienterna. 246 av de permitterade patienterna vårdas med särskild utskrivningsprövning och 37 utan sådant prövningskrav. Av LRV-patienterna med särskild utskrivningsprövning har 34 procent (84 patienter) permission mer än ett år. Nästan hälften (62 patienter) av dem med vårdtid över tre år har haft permission i mer än ett år. Flertalet av dem med lång vårdtid och lång permissionstid är dömda för mord eller vårdade redan enligt tidigare lagstiftning och då bedömda som s.k. O-fall. Hälften av alla permissioner beräknas behöva fortsätta åtminstone ytterligare sex månader.

I de fall permissionstiden är längre än ett år har domstolen prövat frågan om fortsatt vård vid minst två tillfällen. En sådan användning av permission har inte uttryckligt lagstöd i någon bestämmelse i LPT eller LRV utan endast i förarbetena till tvångsvårdslagstiftningen (prop. 1990/91:58. Det kan därför ifrågasättas om utformningen av de bestämmelser som reglerar användningen av permission i dessa fall uppfyller legalitetskravet enligt 2 kap. 12 § regeringsformen och artikel 5:1 e) i Europakonventionen.

Det kan också ifrågasättas om tillämpningen av de aktuella bestämmelserna innebär ett åsidosättande av förbudsregeln i 2 kap. 12 § andra stycket regeringsformen och artikel 5:1 e) Europakonventionen. Av bestämmelserna framgår att ett tvångsmedel inte får användas i något annat syfte än det som framgår av regleringen på området (ändamålsprincipen). Enligt vår bedömning finns det skäl anta att permission under lång tid primärt inte alltid används för att förbereda att tvångsvården upphör. Den omfattande användningen av permission under lång tid tyder tvärtom på att permission i en hel del fall inte används i överensstämmelse med ändamålet med bestämmelserna i LPT och LRV. Av prop. 1990/91:58 s. 154—157 framgår att avsikten inte är att permission under återstoden av vårdtiden vid vård enligt LPT skall användas på samma sätt som försöksutskrivning enligt LSPV utan för att möjliggöra en smidig övergång till vård i frivilliga former. Enligt specialmotiveringen till 25 § LPT (prop. 1990/91:58 s. 265) skall permission under återstoden av vårdtiden inte användas rutinmässigt utan skall utnyttjas

främst i *vissa fall* då tvångsvården ofta har pågått under längre tid. Vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning måste permission under återstoden av vårdtiden i de flesta fall användas för att vid prövningen av när vården skall upphöra kunna bedöma risken för att patienten till följd av sin psykiska störning återfaller i brott. Det anges (prop. 1990/91:58 s. 308) att det därför kan förutsättas att det ofta anses nödvändigt att den definitiva utskrivningen föregås av en *period* av utslussning i samhället. Den relativt omfattande användningen av permission enligt LPT mer än en månad tyder på att permission inte används undantagsvis som varit avsikten enligt Riksdagens beslut. Beträffande patienter med längre permission än 1 år har permission både enligt LPT och LRV uppenbarligen kommit att användas på samma sätt som försöksutskrivning.

Detta stämmer också väl överens med vad chefsöverläkarna uppgav vid Socialstyrelsens utvärdering år 1992/93. En majoritet av chefsöverläkarna (62 %) uppgav att permission används som en ersättning för försöksutskrivning, men som en sämre form där möjligheten till preventiva insatser gått förlorad.

Här bör beaktas att LPT och LRV tillkom i ett övergångsskede där mentalsjukhusvården hade avvecklats men kommunaliserad vård av psykiskt störda ännu inte hade beslutats. När LPT och LRV infördes tog landstingen fortfarande stort ansvar för boende, sysselsättning och socialt rehabiliterande insatser till personer med psykisk störning. Genom 1995 års psykiatrireform (prop. 1993/94:218, bet. 1993/94:SoU28, rskr. 1993/94:396) har landstingens resurser i det avseendet till övervägande delen överförts till kommunerna, som fått huvudansvaret för att planera och samordna insatser till psykiskt funktionshindrade. Detta möjliggör att vård ute i samhället i allt större utsträckning kan ersätta sjukhusbaserad vård av personer med allvarlig psykisk störning genom insatser från hälso- och sjukvården och socialtjänsten i samverkan.

Mot bakgrund av den organisatoriska förändringen av den psykiatriska vården kan det ifrågasättas om tvångsvårdade patienter som är i behov av kommunala insatser i form av boende, socialt stöd eller social rehabilitering bör kvarbli i tvångsvård på permission under lång tid. I lagförarbetena (prop. 1990/91:58 s. 155) framhålls beträffande LPT att tvångsvården bör upphöra så snart patienten kan klara av att leva utanför vårdinrättningen och att detta också gäller när patienten behöver stöd av t.ex. den öppna psykiatriska vården eller socialtjänsten.

Psykiatrireformen, liksom 1993 års handikappreform, omfattar även tvångsvårdade patienter. Det finns inte några bestämmelser i SoL eller LSS, som innebär att patienter som vårdas enligt LPT eller LRV är undantagna från det författningsreglerade kommunala ansvaret. De uppgifter som vi har inhämtat om användningen av permission vid vård

enligt LPT och LRV talar för att kommuner brister i det hänseendet. T.ex. får en stor andel LRV-patienter alltså inte stöd i ett kommunalt särskilt boende för LRV-patienter. Brister av det slaget i kommunernas insatser till psykiskt funktionshindrade bekräftas vid Socialstyrelsens uppföljning av psykiatireformen. Enligt årsrapporten 1997 (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:6) gäller det i synnerhet utvecklingen av särskilda boendeformer och flexibiliteten i den vård och omsorg som ges inom boendets ram. Personer med psykiska funktionshinder står också i princip utanför LSS. Enligt Socialstyrelsens slutrapport över uppföljningen av handikappreformen (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1997:4) har psykiskt funktionshindrade fått insatser enligt LSS i betydligt mindre utsträckning än vad som förväntades med hänsyn till gruppens omfattning och stora stödbehov enligt gjorda levnadsnivåundersökningar och de inventeringar som gjorts av bl.a. Psykiatriutredningen.

Kommunala insatser enligt SoL eller LSS i form av boende, sysselsättning (dagverksamhet), socialt stöd och social rehabilitering behöver övervägas och ofta komma till stånd redan under pågående tvångsvård i samband med permission för att förbereda att tvångsvården upphör. Vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning är sådana insatser en nödvändig förutsättning för att länsrätten vid prövningen enligt 16 § LRV skall kunna besluta om tvångsvårdens upphörande (prop. 1990/91:58 s. 306—308, jfr RÅ 1993 not 403). Med nu gällande regler kan det obligatoriska kommunala betalningsansvaret enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård i dessa fall göras gällande först när länsrätten har beslutat om tvångsvårdens upphörande (prop. 1993/94:218 s. 108). Mot den bakgrunden har i rättspraxis fastslagits att rätt till bistånd enligt 6 § SoL för vistelse på ett behandlingshem inte föreligger för den som är intagen för tvångsvård. Det innebär att det inte finns något ekonomiskt incitament för kommunerna att fullgöra sitt ansvar enligt SoL och därmed inte heller enligt LSS. Vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning får detta enligt vår bedömning till följd att patienter kvarblir i tvångsvård längre än vad som annars skulle ha varit motiverat från samhällsskyddssynpunkt.

För att belysa denna problematik har vi gjort en förfrågan bland de representanter för landsting och länens kommunförbund som deltar i Socialstyrelsens uppföljning av psykiatireformen. Av de inkomna svaren (17 av 26 landsting och 15 av 25 kommunförbund) framkommer följande om samverkan kring LRV-patienter och om kommunernas stöd till dessa patienter. För åtta landsting ges en positiv beskrivning av samarbetet med kommunerna kring LRV-patienter. Endast i enstaka fall har patienter inte kunnat få permission på grund av bristande insatser från kommunens sida. För nio landsting lämnas en negativ beskrivning

av samverkan. Problem uppges ha uppstått i ett flertal fall både i fråga om insatser enligt SoL och LSS. Patienterna har i dessa fall blivit kvar i tvångsvård på sjukvårdsinrättning. T.ex. uppges det beträffande ett fall att patienten har väntat på ett gruppboende i två år och av den anledningen ännu inte har kunnat få permission. Av kommunförbunden ger fem en positiv beskrivning av samarbetet med psykiatrin men man redovisar också vissa problem med hänvisning till att LRV-patienterna, särskilt de med missbruksproblematik, kräver insatser som kommunerna inte alltid kan tillgodose. De tio övriga kommunförbund som har svarat på förfrågan ifrågasätter om kommunerna har någon skyldighet att samverka med psykiatrin om boendeinsatser och andra insatser enligt SoL till dessa patienter under pågående rättspsykiatrisk vård. Man hänvisar till att LRV-vården är landstingets ansvar och att kommunen inte har något betalningsansvar för permitterade patienter eftersom de inte är medicinskt färdigbehandlade. Flera kommunförbund anser att det även gäller stöd och service enligt LSS och hänvisar t.ex. till att LSS inte är naturligt för denna grupp. Ett kommunförbund ifrågasätter om LSS gäller för kriminellt belastade personer.

Enligt vår mening är det inte godtagbart att psykiskt funktionshindrade till skillnad från andra grupper som tillhör personkretsen enligt 1 § 3 LSS inte erhåller stöd och service som de har rätt till utan, som Socialstyrelsen konstaterar i slutrapporten från uppföljningen av handikappreformen, i princip står utanför LSS. Det är också mycket otillfredsställande att patienter blir kvar i tvångsvård på grund av brister i kommunala insatser, t.ex. på grund av att särskilda boendeformer inte utvecklas och att dagverksamheter inte finns att tillgå.

Efter införandet av LPT och LRV har frågan om prioriteringar inom hälso- och sjukvården övervägts av den s.k. Prioriteringsutredningen. Förslagen (SOU 1995:5) har lett till ändringar i HSL. Sedan den 1 juli 1997 gäller enligt 2 § HSL vissa grundläggande etiska principer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Prioriteringsregeln gäller således bl.a. i landstingens och kommunernas hälso- och sjukvård. Av de allmänna riktlinjer som fastslås i propositionen (prop. 1996/97:60 s. 31—39) följer att personer med allvarliga psykiska störningar tillhör prioriteringsgrupp I. Det innebär att vården av dessa patienter, särskilt när vården ges enligt LPT eller LRV, går före dem med lindrigare störning eller funktionshinder även om vården av de svårare kostar väsentligt mycket mer. Detta ställer således krav på att landstingen i sin planering beaktar att den psykiatriska organisationen skall kunna tillgodose de behov av kvalificerad dygnetruntvård som finns hos befolkningen och att kommunerna i sin planering särskilt beaktar behovet av insatser enligt HSL till personer med allvarliga psykiska störningar som bor i särskilda boendeformer eller vistas i dagverksamheter.

Prioriteringsregeln i HSL omfattar dock inte kommunala insatser enligt SoL och LSS i samband med hälso- och sjukvård. Eftersom lagstiftningen på socialtjänstens område inte innehåller någon motsvarande prioriteringsregel kan enligt vår mening denna brist på överensstämmelse med lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens område få till följd att landstingen inte alltid kan leva upp till de krav på en god och prioriterad vård som fastlagts i HSL. Detta inträffar t.ex. när insatser enligt SoL eller LSS är nödvändiga för att tvångsvården skall kunna upphöra men inte kommer till stånd.

Den kommunaliserade psykiatriska vården och kommunernas ansvar enligt SoL och LSS avhandlas ytterligare i anslutning till frågan om upphörande av rättspsykiatrisk vård i kap.12.

## 11.4 Överväganden och förslag

### 11.4.1 Allmänt

Rättssäkerheten vid psykiatrisk tvångsvård avser en grundlagsskyddad trygghet för varje medborgare att inte utsättas för frihetsberövande och påtvingat kroppsligt ingrepp av myndighet eller enskild annat än med stöd av lag. En lag som reglerar sådan myndighetsutövning skall vara förenlig med de principer för skydd av de grundläggande fri- och rättigheterna som anges i 2 kap. 6, 8 och 12 §§ regeringsformen och i artikel 5:1 e) och 8 punkt 2 Europakonventionen.

LPT och LRV ger lagligt stöd för att ge psykiatrisk tvångsvård under administrativt eller straffrättsligt frihetsberövande. En lag som reglerar sådan myndighetsutövning skall tillgodose framför allt tre grundläggande krav som ställs på rättssäkerhet: Förutsägbarhet, rättslig kontroll och enhetlig rättstillämpning (lika behandling). LPT och LRV innehåller materiella och processuella regler som skall tillgodose dessa rättssäkerhetskrav.

Utformningen av de bestämmelser i LPT och LRV som reglerar användningen av permission under återstoden av vårdtiden har emellertid fått till följd att permission kommit att användas i större utsträckning eller under längre tid än som borde vara fallet och att tillämpningen kommit att avse andra ändamål än de som anges i lagförarbetena. Det är mot den bakgrunden nödvändigt att göra en översyn av bestämmelserna om permission så att tillämpningen kan tillgodose legalitetskravet enligt 2 kap. 12 § regeringsformen och artikel 5:1 e) i Europakonventionen.

Översynen bör tillgodose att LPT och LRV inte tillämpas för andra ändamål eller andra patienter än vad som framgår av där intagna bestämmelser. Av LPT och LRV bör därför tydligt framgå under vilka

förutsättningar och för vilka ändamål permission får medges. Översynen bör göras med beaktande av den organisatoriska förändring som skett genom psykiatrireformen och de grundläggande principer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården som införts i HSL.

Enligt vår bedömning kan insatser som är angelägna för att tvångsvården skall kunna upphöra genomföras även om möjlighet till permission under återstoden av vårdtiden avskaffas. Det innebär att permission under tvångsvård bör användas på samma sätt som vid annan slutna hälso- och sjukvård. Permission bör således kunna ges dels för visst tillfälle och viss tid (timmar, dagar eller veckor), dels för återkommande tillfällen och viss tid, t.ex. natt-, dag- eller helgpermission i samband med dag-, natt- respektive veckovård (jfr RÅ 1992 not 509).

Patienten bör kunna ges permission för att sköta om vissa personliga angelägenheter och för att möjliggöra socialt rehabiliterande insatser som är nödvändiga för att tvångsvården skall kunna upphöra, t.ex. för att förbereda ett särskilt boende. På detta sätt kan hospitalisering motverkas. Vidare bör permission kunna medges för att patienten successivt skall anpassa sig till ett liv utanför vårdinrättningen och möjliggöra bedömningar av patientens anpassningsförmåga i samhället. Detta gäller i synnerhet vid vård enligt LRV och när vård enligt LPT pågått under lång tid.

En placering på behandlingshem som omfattas av kommunens ansvar enligt SoL bör däremot inte kunna ske i samband med permission. En sådan placering bör, som närmare kommer att utvecklas i det följande, endast kunna ske när psykisk tvångsvård ges som öppen vård med särskilda villkor.

Patienter som enligt gällande lagstiftning har permission under lång tid kan inte längre anses vara i behov av sådan kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård som ges på en sjukvårdsinrättning. De har tills vidare bedömts kunna vistas utanför vårdinrättningen under förutsättning att de är skyldiga att iaktta särskilda villkor som är nödvändiga för att tillgodose patientens hälso- och livskvalitetsrelaterade behov eller för att säkerställa samhällsskyddet. Om möjligheten till permission under återstoden av vårdtiden avskaffas, bör dessa patienters behov även fortsättningsvis kunna tillgodoses utanför vårdinrättningen. Vi anser att detta bör ske genom att det införs ett lagligt stöd som möjliggör att patienter som inte längre behöver vårdas på sjukvårdsinrättning kan överföras till öppen vård enligt LPT eller LRV när tvångsvården ännu inte kan upphöra och att de skall vara skyldiga att iaktta vissa villkor i den öppna vården. Tvångsbehandling och andra tvångsåtgärder enligt LPT och LRV skall inte få användas i samband med sådan vård.

Även om tvångsåtgärder inte skall kunna användas förutsätter införandet av en möjlighet till öppen vård med särskilda villkor noggranna överväganden med hänsyn till den kränkning som villkoren



innebär av de grundlagsskyddade fri- och rättigheterna. Särskilda avvägningar måste därför göras för att tillgodose rättssäkerheten. Sålunda bör som kommer att utvecklas i följande avsnitt domstolsprövning ske beträffande frågan om öppen vård med särskilda villkor. Särskilda förutsättningar bör gälla för att en patient skall kunna överföras till sådan vård. Det finns annars risk för att vården kan komma att användas för andra ändamål eller för andra patienter än de som avses och att intagning enligt LPT och LRV sker med avsikt att patienten skall kunna överföras till öppen vård med särskilda villkor. Särskilda överväganden måste också göras med hänsyn till att patienter kan bli underkastade villkor under lång tid, framför allt vissa LRV-patienter, och komma att uppleva en sådan villkorad tillvaro som en allvarlig kränkning av självbestämmande, integritet och värdighet. Det bör betonas att öppen vård med särskilda villkor inte skall användas av besparings- eller rationaliseringsskäl. Vård på sjukvårdsinrättning skall således kunna ges så länge patienten har behov av kvalificerad dygnetruntvård.

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. Den kränkning av självbestämmande, integritet och värdighet som villkoren i öppen vård kan innebära för patienten måste då vägas mot de positiva effekter som bedöms uppstå för patientens hälsa och livskvalitet genom att han eller hon överförs från sjukhusbaserad vård till vård ute i samhället. Det goda som kan uppnås är integrering av den psykiskt störde i samhället och normalisering av hans eller hennes tillvaro. Utvecklingen av hospitalisering kan då motverkas och samhällsskyddet stärkas genom att patientens hälso- och livskvalitetsrelaterade behov kan tillgodoses på ett tillfredsställande sätt.

Om en optimal avvägning skall uppnås mellan dessa för patienten positiva och negativa effekter måste den nya vårdformen således tillföra vårdkomponenter som den sjukhusbaserade vården inte kan ge: att ta till vara den utvecklande roll som ett liv utanför sjukhuset kan ge varje medborgare. Detta förutsätter att kommunen medverkar aktivt och ger insatser enligt SoL och LSS. Det bör betonas att många av de aktuella patienterna behöver ett särskilt boende eller stöd och service för att klara eget boende. För en stor del av patienterna är frånvaron av meningsfull daglig sysselsättning i någon form ett stort problem som måste uppmärksammas vid planeringen av insatserna i öppen vård. Det bör vidare betonas att vården av allvarligt psykiskt störda även skall ges högsta prioritet i den hälso- och sjukvård som omfattas av kommunernas ansvar enligt HSL. Detta förutsätter samordning och planering mellan berörda sjukvårdande och sociala instanser kring varje enskild patient i syfte att utreda patientens hälso- och livskvalitetsrelaterade behov och hur dessa

kan tillgodoses på kort och lång sikt. Beträffande LRV-patienter måste också utredas hur samhällsskyddet kan tillgodoses.

Den samordnade vårdplaneringen förutsätter vidare att samråd sker med patienten i fråga om hans behov och att patientens valmöjligheter tillgodoses så långt det är möjligt genom en individuellt anpassad information. Detta ökar förutsättningarna för att insatserna från hälso- och sjukvård och socialtjänst skall kunna få optimal effekt och att syftet med tvångsvården skall kunna uppnås. Om det inte är olämpligt bör samråd i fråga om patientens behov också ske med patientens närstående.

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

Beslutar en domstol att tvångsvården skall ges som öppen vård med särskilda villkor men blir patienten kvar på sjukvårdsinrättningen på grund av att kommunen inte medverkar med insatser enligt SoL eller LSS enligt den samordnade vårdplanen, t.ex. genom att patientes behov av särskilt boende inte tillgodoses, skall det obligatoriska kommunala betalningsansvaret enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård kunna göras gällande.

Vårt förslag innebär således att psykiatrisk tvångsvård skall kunna ges som vård på sjukvårdsinrättning eller som öppen vård med särskilda villkor. Öppen vård med särskilda villkor bör endast kunna komma i fråga om det är nödvändigt med hänsyn till patientens hälsa eller till skyddet av andra människors fri- och rättigheter. Syftet bör vara att patientens hälso- och livskvalitetsrelaterade behov och samhällsskyddet på sikt skall kunna tillgodoses utan särskilda villkor. Med en sådan avgränsning bör beslut om öppen vård med särskilda villkor kunna avse LRV-patienter som domstol överlämnat till rättspsykiatrisk vård och s.k. O-fall som överförts till sådan vård enligt övergångsbestämmelserna till nuvarande tvångsvårdslagstiftning. Beträffande dem som genomgår rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning skall en särskild bedömning göras av hur samhällsskyddet skall kunna tillgodoses innan tvångsvården helt kan upphöra. I de flesta fall bör tvångsvården därför kunna upphöra först efter en period av öppen vård med särskilda villkor. Vid rättspsykiatrisk vård som ges utan särskild utskrivningsprövning är det från samhällsskyddssynpunkt inte på samma sätt påkallat att tvångsvården upphör efter en period av öppen vård med särskilda villkor. Beslut om öppen vård med särskilda villkor bör i de fallen

endast kunna avse patienter med särskild problematik som innebär att det med hänsyn till patientens hälsa och livskvalitet eller annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa är påkallat att vissa villkor föreskrivs till dess det kan konstateras att patienten fungerar uti i samhället (jfr Europadomstolens dom den 24 oktober 1997 i målet Johnson mot England). Med beaktande av Europadomstolens praxis bör öppen vård med särskilda villkor i undantagsfall också kunna beslutas för LPT-patienter med sådan särskild problematik. Intagna i kriminalvårdsanstalt bör inte omfattas av denna vårdform, eftersom dessa patienters behov tillgodoses genom insatser inom kriminalvården.

Vid den genomförda inventeringen av patienter med permission har vi inhämtat vissa uppgifter som bör beaktas vid bedömningen av vilka villkor som bör kunna komma i fråga när tvångsvård ges som öppen vård. Av inventeringen framkommer att majoriteten av LPT-patienterna har permission till sitt eget hem. Av dem med permission över ett år är 42 procent placerade på institutioner där de måste vistas enligt villkoren för permissionen. Flertalet LPT-patienter har också behandling med depåneuroleptika som villkor för permissionen. Majoriteten av dem som har permission mer än en månad har diagnosen schizofreni och har behandling med depåneuroleptikum som villkor för permissionen. 22 procent av LPT-patienterna har andra villkor för permissionen. Det gäller vanligen skyldighet att hålla kontakt med kontaktmannen eller att regelbundet besöka en mottagning eller avdelning för att få sin medicin. Av LRV-patienterna med särskild utskrivningsprövning har flertalet (59 %) permission till sitt eget hem. Endast i gruppen tidigare O-fall har majoriteten (62 %) permission till institution och då utgör placeringen där vanligen också villkor för permissionen. Bland LRV-patienter med särskild utskrivningsprövning är missbruk vanligt oberoende av diagnos. Mer än hälften av de permitterade LRV-patienterna har behandling med depåneuroleptika. Flertalet har detta som villkor för permissionen.

I de följande avsnitten lämnas förslag till hur regleringen av öppen vård med särskilda villkor kan tänkas bli utformad beträffande LRV-respektive LPT-patienter samt hur dessa frågor skall hanteras. Som närmare utvecklats i avsnitt 9.6 föreslår vi att patienten skall ha rätt till stödperson även när tvångsvården ges som öppen vård med särskilda villkor.

Det bör framhållas att vårt förslag inte innebär att tidigare system med försöksutskrivning återinförs vid vård enligt LPT och LRV. Till skillnad från vad som gällde enligt dåvarande lagstiftning, LSPV, skall öppen vård med särskilda villkor utgöra en särskild vårdform vid tvångsvård med krav på samordnad planering och uppföljning av hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens insatser samt på domstolsprövning. Vidare föreligger den skillnaden att tvångsvård i form av öppen vård bara skall kunna komma i fråga när det är nödvändigt att patienten

iakttar särskilda villkor i öppen vård under en viss period innan tvångsvården upphör samt att beslut om sådan vård och återintagning för vård på sjukvårdsinrättning endast skall få fattas om vissa förutsättningar är uppfyllda.

Det är från tillsynssynpunkt angeläget att användningen av tvångsvård i form av öppen vård med särskilda villkor blir föremål för en fortlöpande uppföljning av Socialstyrelsen. Denna form av tvångsvård bör därför omfattas av chefsöverläkarens rapporteringsskyldighet till Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter. En nationell uppföljning och utvärdering av effekterna på rättssäkerhet och samhällsskydd bör genomföras så snart det är lämpligt.

#### 11.4.2 Förslag avseende vård enligt LRV

Öppen vård med särskilda villkor bör införas för domstolsöverlämnade patienter och tidigare O-fall som inte längre behöver vara intagna på en sjukvårdsinrättning för att deras vårdbehov skall kunna tillgodoses men behöver iaktta villkor för att den sjukhusbaserade rättspsykiatriska vården (kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård) skall kunna ersättas med vård ute i samhället. En förutsättning bör därför vara att det med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt eller till annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa skall vara påkallat att patienten iakttar särskilda villkor avseende vård och behandling, boende, sysselsättning eller andra insatser för att tillgodose hans hälso- och livskvalitetsrelaterade behov eller för att tillgodose samhällsskyddet. När den rättspsykiatriska vården ges *utan särskild utskrivningsprövning* bör en överföring till öppen vård med särskilda villkor således kunna ske om patienten fortfarande lider av en allvarlig psykisk störning och har ett fortsatt behov av psykiatrisk vård som kan tillgodoses på annat sätt än genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning. När den rättspsykiatriska vården ges *med särskild utskrivningsprövning* bör en överföring till öppen vård kunna ske om patienten fortfarande lider av en psykisk störning och har ett fortsatt behov av psykiatrisk vård som kan tillgodoses på annat sätt än genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning och det inte heller är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning med hänsyn till risken för återfall i allvarlig brottslighet. Den återfallsrisk som alljämt kan föreligga får således inte vara större än att samhällsskyddet kan tillgodoses genom de villkor som patienten skall iaktta i den öppna vården och de samordnade insatser som hälso- och sjukvården och socialtjänsten skall genomföra. Som vi framhåller i avsnitt 10.4.1 bör behovet av konsultinsatser för bedömningar av återfallsrisken övervägas

redan i den vårdplan som skall upprättas när patienten tas in för tvångsvård.

De villkor som skall kunna komma i fråga bör som tidigare nämnts kunna avse förutom medicinering eller andra sjukvårdsinsatser även boende, sysselsättning, stöd och service, social rehabilitering eller andra insatser enligt SoL och LSS men också andra åtgärder som bedöms vara nödvändiga för att en patient inte skall återinsjukna och återfalla i ett socialt mönster som innebär risk för att patienten kommer att begå brott av allvarligt slag. I varje enskilt fall bör därför noga prövas om villkoren uppfyller dessa krav och syften. En avvägning måste göras mellan den kränkning av patientens självbestämmande, integritet och värdighet som ett beslut om öppen vård med de aktuella villkoren innebär och de effekter på patientens hälsa och livskvalitet samt samhällsskyddet som bedöms kunna uppnås genom att den sjukhusbase-  
rade vården ersätts med vård ute i samhället.

Mot denna bakgrund bör öppen vård med särskilda villkor få beslutas endast när patientens farlighet, brottsbenägenhet och anpassningsförmåga i samhället kan bedömas efter noggranna och dokumenterade förberedande åtgärder i samband med permissioner (jfr RÅ 1993 not 403). De förberedande åtgärderna bör till sin art och omfattning ge underlag för beslut om de villkor som skall gälla i öppen vård. Detta förutsätter att en noggrann utredning har gjorts av patientens hälso- och livskvalitetsrelaterade behov och hur de kan tillgodoses på kort och lång sikt. Öppen vård med särskilda villkor bör därför endast få beslutas om chefsöverläkaren i samverkan med den psykiatriska öppna vården, primärvården och socialtjänsten samt i förekommande fall kommunens hälso- och sjukvård har genomfört en samordnad vårdplanering och överenskommit om lämpliga åtgärder som innebär att patientens hälso- och livskvalitetsrelaterade behov och samhällsskyddet kan tillgodoses. Av vårdplanen bör framgå vilka insatser som bedöms nödvändiga för att kunna uppnå en integrering av patienten i samhället och en normalisering av hans tillvaro. I vårdplanen skall anges formerna för uppföljning av insatserna i den öppna vården och för utvärdering och revidering av vårdplanen.

Den samordnade vårdplaneringen förutsätter att samråd sker med patienten i fråga om hans behov av vård och behandling, boende, sysselsättning, stöd och service eller andra insatser. Vid planeringen av de insatser som anses nödvändiga för att tillgodose patientens behov är det med hänsyn till syftet med vården av avgörande betydelse att patienten är delaktig och tillförsäkras inflytande i största möjliga utsträckning. Patientens valmöjligheter bör således tillgodoses så långt det är möjligt genom en individuellt anpassad information. Detta gäller särskilt beträffande kommunala insatser som förutsätter att patienten aktivt söker bistånd enligt SoL eller stöd och service enligt LSS.

Samrådet med patienten är enligt vår mening en viktig förutsättning för att insatserna i den öppna vården skall möjliggöra att patienten integreras i samhället och att hans tillvaro kan normaliseras. I frågor som gäller samhällsskyddet är det dock med hänsyn till annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa inte möjligt att på samma sätt ta hänsyn till patienten. Om det inte är olämpligt bör samråd också ske med patientens närstående.

En förutsättning för öppen vård med särskilda villkor bör vara att beslut om sådan vård fattas efter domstolsprövning. Länsrätten bör pröva en sådan fråga inte bara vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. För att tillgodose rättssäkerheten bör frågan om öppen vård prövas av länsrätten även i de fall rättspsykiatrisk vård ges utan sådant prövningskrav. En sådan fråga bör anhängiggöras av chefsöverläkaren vid den vårdenhet där patienten är intagen enligt LRV. Chefsöverläkaren skall fortlöpande överväga om vården på sjukvårdsinrättningen kan upphöra och bör mot den bakgrunden ansöka om öppen vård med särskilda villkor så snart sådan vård är motiverad.

Domstolens prövning av en fråga om öppen vård förutsätter en allsidig redovisning för de omständigheter som utgör grunden för öppen vård med särskilda villkor. En ansökan om öppen vård bör därför uppfylla särskilda krav i det avseendet. Ett formellt krav bör vara att det har upprättats en samordnad vårdplan och att den inges med ansökan. Till ansökan bör fogas en redogörelse dels för den utredning som gjorts rörande patientens behov av vård och behandling, boende, sysselsättning, stöd och service eller andra insatser, dels för de insatser som planeras för att tillgodose patientens kortsiktiga och långsiktiga behov, dels för vilka villkor som bör gälla i den öppna vården med hänsyn till dessa behov, dels för vilken uppföljning som kommer att göras av insatserna. Till ansökan bör fogas en särskild redogörelse för vilken utredning som gjorts med avseende på samhällsskyddet och för vilka åtgärder som skall genomföras för att motverka att patienten återfaller i tidigare socialt mönster och brottslighet.

Om förutsättningarna för öppen vård med särskilda villkor inte är uppfyllda, t.ex. om patientens vårdbehov inte bedöms kunna tillgodoses utanför sjukvårdsinrättningen, får länsrätten inte medge att patienten överförs till sådan öppen vård. Om en samordnad vårdplan med ovannämnda redogörelse inte har bifogats ansökan eller givits in därefter, föreligger hinder för länsrätten att ta upp ansökan till prövning i sak. Om chefsöverläkaren trots föreläggande av länsrätten inte avhjälper bristen, skall rätten avvisa ansökan.

Ett beslut om öppen vård med särskilda villkor bör gälla under viss tid räknat från prövningstillfället. Giltighetstiden bör anpassas efter de tider som gäller för vård enligt LRV. Med hänsyn till den föreslagna

kvalificerade utredning som skall föregå ett beslut om sådan vård bör vården kunna pågå under sex månader.

Efter ansökan av chefsöverläkaren vid den vårdenhet där patienten var intagen för rättspsykiatrisk vård bör länsrätten få medge att den öppna vården med särskilda villkor får fortgå utöver den längsta tiden. Medgivande bör få lämnas för högst sex månader åt gången. Denna tid bör således utgöra en maximitid. Den kränkning av patientens självbestämmande, integritet och värdighet som ett sådant beslut kan innebära måste särskilt beaktas i förlängningsfallen. När förlängning medges bör rätten därför alltid pröva om det är nödvändigt att vården pågår i ytterligare sex månader eller om kortare tid bör medges.

Vårt förslag innebär således att det inte finns någon yttersta tidsgräns för öppen vård med särskilda villkor. För att tillgodose rättssäkerheten bör därför särskilda krav ställas även på en ansökan om fortsatt öppen vård. Till ansökan bör fogas en redogörelse för vilken uppföljning och revidering som gjorts av den samordnade vårdplan som låg till grund för beslutet om öppen vård. Av ansökan bör framgå vilka insatser som genomförts för att tillgodose patientens hälso- och livskvalitetsrelaterade behov och vilka effekter insatserna haft på patientens hälsa och livskvalitet samt på samhällsskyddet. I ansökan bör redovisas vilka ytterligare insatser som bedöms nödvändiga för att tillgodose dessa behov och om villkoren i den öppna vården av den anledningen bör ändras.

Vid öppen vård med särskilda villkor måste således en väl fungerande uppföljning kunna ske från sjukvårdsinrättningens sida. Chefsöverläkaren har ansvar för att eftervården organiseras och följs upp på sådant sätt att kraven på god vård och hög patientsäkerhet tillgodoses inom ramen för det kvalitetssystem som skall finnas i verksamheten. En förutsättning för detta är enligt vår mening att patientansvarig läkare har sådan kontakt med berörda instanser inom den öppna hälso- och sjukvården och med socialtjänsten att frågan om vårdinsatserna och upphörande av vården kan prövas fortlöpande.

Vårt förslag innebär att samhällsskyddet måste kunna tillgodoses i den öppna vården med beaktande av den återfallsrisk som alltfjämt kan finnas. Till skillnad från vad som gäller enligt nuvarande bestämmelser om permission enligt LRV innehåller förslaget om öppen vård med särskilda villkor föreskrifter om krav på samordnad planering och uppföljning av sjukvårdens och socialtjänstens insatser. Öppen vård med särskilda villkor får enligt förslaget över huvud taget inte komma till stånd om inte en samordnad vårdplan har upprättats som bl.a. säkerställer, så långt det är möjligt, att samhällsskyddet kan tillgodoses i den öppna vården. En särskild utredning skall göras för bedömning av återfallsrisken och vilka insatser som specifikt krävs med avseende på

samhällsskyddet. Mot denna bakgrund anser vi att vårt förslag innebär att samhällsskyddet stärks.

För att tillgodose samhällsskyddet bör åklagaren i mål som gäller öppen vård med särskilda villkor för patienter vilka vårdas enligt LRV med särskild utskrivningsprövning kunna intervensera och belysa risken för att patienten till följd av den psykiska störning som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning återfaller i brott. Länsrätten bör därför i överensstämmelse med vad som gäller i andra mål enligt LRV ge åklagaren tillfälle att yttra sig även i denna fråga innan beslut meddelas om öppen vård med särskilda villkor. Åklagaren bör också ges rätt att överklaga beslut om öppen vård med särskilda villkor. Vidare bör åklagaren kunna begära att den öppna vården skall upphöra och övergå i vård på sjukvårdsinrättning. I fall där åklagaren finner anledning att ifrågasätta den öppna vården med hänsyn till samhällsskyddet bör åklagaren dock i första hand kontakta den chefsöverläkare som ansvarar för uppföljningen av den öppna vården. Chefsöverläkaren kan då vidta nödvändiga åtgärder och eventuellt besluta om omedelbar återintagning av patienten för vård på sjukvårdsinrättning.

En intagning för vård på sjukvårdsinrättning kan bli aktuell när patientens behov av psykiatrisk vård inte längre kan tillgodoses i öppen vård. Vi har av den anledningen särskilt övervägt frågan om vilka förutsättningar som bör gälla för återintagning med hänsyn till patientens rättssäkerhet och till samhällsskyddet. Det är vid öppen vård med särskilda villkor, till skillnad från vad som är fallet vid permission, fråga om överföring från en vårdform till en annan. De förutsättningar som bör gälla för återintagning bör därför preciseras på ett tydligare sätt såväl med hänsyn till patientens rättssäkerhet som till samhällsskyddet än som för närvarande gäller vid återintagning från permission.

Anledningen till att en patient kan föras över till öppen vård med särskilda villkor är ju att patienten bedöms kunna klara ett liv utanför sjukvårdsinrättningen med stöd av de villkor som föreskrivits och att detta tillgodoser såväl hans vårdbehov som samhällsskyddet. Om då patienten inte rättar sig efter de villkor som gäller som en förutsättning för den öppna vården, ligger det nära till hands att anse att den rättspsykiatriska vården inte längre kan ges i öppna former. Det är emellertid inte så att patienten alltid måste återintagas i dessa fall. Om en återintagning behöver ske måste naturligtvis bedömas från fall till fall och är beroende av vilka villkor som föreskrivits, patientens sjukdomsbild och vilka brott som patienten begått. Frågan om patienten har dömts till rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning är givetvis också av stor betydelse. Med hänsyn till den uppkomna situationen bör det alltid övervägas om villkoren är ändamålsenliga. Det bör betonas att återintagning inte får ske enbart som en sanktion för att ett villkor inte har iakttagits, utan det måste vara så att underlåtenheten



att följa föreskrivna villkor skall innebära risker för patientens psykiska tillstånd eller innebära att risken för återfall i brottslighet ökar. Återintagning skall t.ex. inte kunna ske bara därför att patienten kommer på återbesök en dag för sent men väl om patienten över huvud taget vägrar att infinna sig för behandling och patientansvarig läkare vet att detta kan få allvarliga konsekvenser för patientens hälsa och för hans sätt att agera i förhållande till andra människor.

Om en patient inte kommer på återbesök på sjukvårdsinrättningen i enlighet med de villkor som gäller, är det självklart att ha en kontakt med patienten. Om patienten inte går att nå eller om det visar sig att patientens psykiska tillstånd eller sociala förhållanden har förändrats, bör chefsöverläkaren ha möjlighet att begära polishandräckning för att inställa honom på vårdinrättningen. Detsamma gäller om det är förenat med villkoren att patienten måste acceptera att ta emot hembesök av landstingets eller kommunens personal och vägrar att släppa in personalen i bostaden. Om chefsöverläkaren av t.ex. anhöriga eller socialtjänsten får veta att patienten har börjat missbruka droger eller på något annat sätt har återfallit i tidigare socialt mönster, kan detta också vara en anledning till återintagning. Detsamma gäller om patienten lämnat ett särskilt boende eller ett behandlingshem där han skall vistas enligt de villkor som gäller. I de fall då patienten har dömts till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning bör chefsöverläkaren vara skyldig att besluta om återintagning för vård på sjukvårdsinrättning, om patientens underlåtenhet att följa föreskrivna villkor innebär att risken för att patienten återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag har ökat.

De bestämmelser i LRV och LPT som innehåller regler för överföring av patienter från en vårdform till en annan ger möjlighet att överföra patienter utan att vårdintyg har utfärdats men endast om patienten redan är intagen på en sjukvårdsinrättning, t.ex. överföring till rättspsykiatrisk vård enligt 5 § tredje stycket LRV av häktad som vårdas frivilligt på en av regeringen godkänd sjukvårdsinrättning. Detta talar enligt vår mening mot att införa ett sådant förfarande för återintagning av patienter som är föremål för öppen vård med särskilda villkor. För ett sådant beslut skulle således i överensstämmelse med vad som annars gäller enligt LRV krävas att ett vårdintyg har utfärdats av någon annan läkare. Eftersom patienten fortfarande är föremål för vård enligt LRV, bör det dock inte krävas ett vårdintyg för att kunna återintaga patienten för vård på sjukvårdsinrättning. Enligt vår uppfattning bör rättssäkerheten i stället kunna tillgodoses genom att chefsöverläkaren beträffande patienter som ges rättspsykiatrisk vård *utan särskild utskrivningsprövning* skyndsamt och senast inom fyra dagar från dagen för beslutet skall ansöka hos länsrätten om medgivande till fortsatt vård. Visar det sig efter ett par dagar att vård på sjukvårdsinrättning inte är nödvändig skall

givetvis ansökan om fortsatt vård inte ges in till länsrätten. Vid rättspsykiatrisk vård *med särskild utskrivningsprövning* bör länsrätten i överensstämmelse med vad som annars gäller vid sådan vård pröva frågan om fortsatt vård på sjukvårdsinrättningen efter anmälan av chefsöverläkaren. I dessa fall bör frågor om fortsatt vård alltid bli föremål för länsrättens prövning. Om rätten finner att förutsättningarna för vård på sjukvårdsinrättning är uppfyllda, bör vården få pågå under högst fyra månader räknat från dagen för beslutet om intagning.

Vi anser således inte att beslut om återintagning obligatoriskt skall underställas länsrättens prövning. Vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning kommer länsrätten dock alltid att pröva frågan om vården på sjukvårdsinrättningen skall fortsätta eller inte. En patient som är missnöjd med chefsöverläkarens beslut om återintagning bör dock kunna få en sakprövning av detta även när vården ges utan särskild utskrivningsprövning och patienten återgår till öppen vård med särskilda villkor inom fyra dagar (jfr Regeringsrättens beslut 1997-12-03; mål nr 3682-1997).

Frågan om den öppna vårdens upphörande skall beträffande den som överförs från rättspsykiatrisk vård *med särskild utskrivningsprövning* prövas av länsrätten efter anmälan av chefsöverläkaren eller efter ansökan av patienten. Chefsöverläkaren bör i överensstämmelse med vad som annars gäller vid vård enligt LRV genast göra anmälan när han finner att vården kan upphöra. Den öppna vården skall upphöra, om det inte längre till följd av patientens psykiska störning finns risk för återfall i brottslighet som är av allvarligt slag och det inte heller annars med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han iakttar särskilda villkor i öppen vård. Beträffande den som ges rättspsykiatrisk vård *utan särskild utskrivningsprövning* skall chefsöverläkaren fortlöpande pröva frågan om den öppna vårdens upphörande. Chefsöverläkaren bör genast besluta att den öppna vården skall upphöra, när det inte längre finns förutsättningar för sådan vård. I dessa fall skall den öppna vården således upphöra, om patienten inte längre lider av en allvarlig psykisk störning eller om det med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt inte längre är påkallat att han iakttar särskilda villkor i öppen vård. Vid rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning skall den öppna vården vidare upphöra, om inte ansökan om medgivande till fortsatt vård görs hos länsrätten innan vårdtiden går ut.

Den öppna vården bör vidare som regel upphöra att gälla när beslut fattas som föranleder att patienten tas in för vård på sjukvårdsinrättning. Om patienten frivilligt söker vård på grund av tillfällig försämring, bör vården dock kortvarigt kunna ges utan avbrott i den öppna vården. Beslutar chefsöverläkaren i annat fall att patienten skall återintas för vård på sjukvårdsinrättningen bör beslutet om den öppna vården fortsätta

att gälla till dess domstol slutligt avgjort frågan om fortsatt vård på sjukvårdsinrättning. Ansöker chefsöverläkaren inte om fortsatt vård bör patienten i fall då den rättspsykiatrisk vården ges *utan särskild utskrivningsprövning* kunna återgå till öppen vård med särskilda villkor utan att den frågan måste tas upp till ny prövning. När den rättspsykiatriska vården ges *med särskild utskrivningsprövning* skall länsrätten alltid pröva frågan. I de fall länsrätten beslutar att patienten skall ges fortsatt vård på sjukvårdsinrättning måste således frågan om öppen vård med särskilda villkor tas upp till ny prövning efter anmälan av chefsöverläkaren när förhållandena åter är sådana att vård på sjukvårdsinrättning inte längre behövs. Det kan då finnas skäl att överväga om villkoren behöver ändras.

Den tvångsvård som ges som öppen vård med särskilda villkor bör omfattas av chefsöverläkarens rapporteringsskyldighet till Socialstyrelsen för att användningen av sådan vård fortlöpande skall kunna följas upp. Mot bakgrund av att chefsöverläkarens beslut om återintagning för vård på sjukvårdsinrättning inte skall underställas länsrättens prövning bör användningen av återintagning uppmärksammas vid uppföljningen.

#### 11.4.3 Förslag avseende vård enligt LPT

Patienter som vårdas enligt LPT kan i de flesta fall skrivas ut efter kort tids vård. Många kan skrivas ut direkt till eget boende och återgå till sin normala tillvaro. Deras fortsatta psykiatriska vårdbehov kan vanligtvis tillgodoses via den öppna psykiatriska vården. Bland de LPT-vårdade patienterna finns det personer med missbruksproblematik och personer som utvecklat psykiska funktionshinder som behöver insatser enligt SoL eller LSS för att inte återfalla i tidigare socialt mönster eller för att klara sin dagliga livsföring. Dessa patienter omfattas av det kommunala huvudansvaret för att planera och samordna insatser till psykiskt funktionshindrade. Genom 1995 års psykiatireform har detta ansvar förtydligats. Reformen innefattar olika åtgärder för att ge ett mer effektivt och samordnat samhällsstöd i form av lämpligt stöd, service, boende och sysselsättning. Genom dessa åtgärder skall de psykiskt stördas livssituation förbättras och deras möjligheter till gemenskap och delaktighet ökas. Åtgärderna skall framför allt ges till personer med allvarliga och långvariga psykiska störningar samt till missbrukare med svåra psykiska störningar. I de flesta fallen medverkar patienten helt till att åtgärderna kan genomföras.

Kommunala insatser enligt SoL eller LSS behöver övervägas och ofta komma till stånd redan under pågående tvångsvård. Beträffande patienter som vårdas enligt LPT men inte längre är i behov av psykiatrisk vård på sjukvårdsinrättning anser vi att det i vissa fall bör finnas

möjlighet att kunna överföra patienten till öppen vård med särskilda villkor när den vård och det stöd som patienten behöver inte kan genomföras med hans samtycke och det finns skäl anta att villkoren är nödvändiga för att upprätthålla patientens grundläggande funktioner eller hindra honom att återfalla i missbruk och tidigare socialt mönster. Villkor bör också kunna fastställas, om det bedöms nödvändigt med hänsyn till annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. De villkor som föreskrivs i den öppna vården bör möjliggöra att patienten integreras i samhället och att hans tillvaro normaliseras. Syftet bör vara att patientens hälso- och livskvalitetsrelaterade behov och omgivningsskyddet på sikt skall kunna tillgodoses utan särskilda villkor.

I varje enskilt fall bör noga prövas om villkoren uppfyller dessa krav och syften. En avvägning måste göras mellan den kränkning av patientens självbestämmande, integritet och värdighet som ett beslut om öppen vård med de aktuella villkoren innebär och de hälso- och livskvalitetsrelaterade effekter som bedöms kunna uppnås genom att den sjukhusbaserade vården ersätts med samhällsbaserad vård.

Användningen av öppen vård med särskilda villkor skall således enligt vår mening vara begränsad till patienter med särskild problematik. Frågan om en patient kan överföras till sådan öppen vård förutsätter då att närmare överväganden görs för att rättssäkerheten skall kunna tillgodoses. Beslut om öppen vård med särskilda villkor bör därför fattas av länsrätten även beträffande de patienter som vårdas enligt LPT.

För att bedöma vilka LPT-patienter som bör kunna komma i fråga för öppen vård med särskilda villkor har vi gjort en granskning av journaler beträffande patienter som enligt nu gällande regler ges långtidspermission, dvs. permission längre än ett år. Mot bakgrund av journalgranskningen menar vi att öppen vård med särskilda villkor bör kunna komma i fråga för nedanstående patientgrupper.

Personer med allvarlig psykisk störning och *missbruk* som behöver vistas på ett behandlingshem eller i någon form av särskilt boende som kan tillgodose patientens behov av vård, behandling och socialt rehabiliterande insatser. En sådan patient bör även kunna åläggas andra villkor, t.ex. skyldighet att iaktta viss behandling, för att motverka att patienten återfaller i missbruk och tidigare socialt mönster.

Personer med allvarlig och långvarig psykisk störning som vid upprepade tillfällen varit intagna för tvångsvård på grund av att de inte frivilligt kunnat sköta sin behandling på ett tillfredsställande sätt och därför bedömts kunna klara sig i det egna hemmet endast under förutsättning att de är skyldiga att iaktta vissa villkor. Det gäller *dels* personer som behöver kontinuerlig medicinering eller annan behandling för att inte återfalla i självdestruktivitet eller hotfullt beteende och *riskera att allvarligt skada sig själv eller någon annan*,

dels personer som på grund av *varaktigt funktionshinder* behöver vistas i någon form av särskilt boende och iakttäta viss behandling för att upprätthålla sina grundläggande funktioner och inte allvarligt försämrats i sin sjukdom.

Öppen vård med särskilda villkor bör i dessa fall få beslutas under förutsättning att chefsöverläkaren i samverkan med den öppna psykiatriska vården, primärvården, socialtjänsten och i förekommande fall kommunens hälso- och sjukvård dels har gjort en noggrann utredning av patientens behov av vård och behandling, boende, sysselsättning, stöd och service eller andra insatser, dels har upprättat en samordnad vårdplan för hur dessa behov skall tillgodoses på kort och lång sikt. De planerade åtgärderna skall möjliggöra att patientens grundläggande funktioner kan upprätthållas eller att patienten inte återfaller i missbruk och tidigare socialt mönster eller att patienten inte allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Av vårdplanen bör också framgå vilka insatser som bedöms nödvändiga för att kunna möjliggöra en integrering av patienten i samhället och en normalisering av hans tillvaro. I vårdplanen skall vidare anges formerna för uppföljning av insatserna i den öppna vården och för utvärdering och revidering av vårdplanen.

En utgångspunkt för ett beslut om öppen vård med särskilda villkor är att det med hänsyn till patientens ambivalenta inställning till behandlingen eller hans missbruksproblematik alltför ofta kan antas att den vård och det stöd som han behöver inte kan genomföras med hans samtycke. En förutsättning för den samordnade vårdplaneringen är dock att samråd så långt det är möjligt sker med patienten i fråga om hans behov av vård och behandling, boende, sysselsättning, stöd och service eller andra insatser. Vid planeringen av de insatser som anses nödvändiga för att tillgodose patientens behov är det med hänsyn till syftet med vården av avgörande betydelse att patienten är delaktig och tillförsäkras inflytande i största möjliga utsträckning. Detta gäller särskilt beträffande kommunala insatser som förutsätter att patienten medverkar aktivt och söker bistånd enligt SoL eller stöd och service enligt LSS. Alla ansträngningar skall därför göras för att ge patienten en individuellt anpassad information som tillgodoser patientens delaktighet. Om det inte är olämpligt, bör samråd också ske med patientens närstående.

Vården av personer med allvarlig psykisk störning och missbruk innefattar särskilda svårigheter med hänsyn till att missbruksproblemet ofta dominerar så länge patienten får effektiv medicinering medan den psykiska störningen träder i förgrunden när medicineringen avbryts. Svårigheter kan uppstå vid öppen vård med särskilda villkor av dessa patienter beroende på att vård enligt LPT och enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) inte får ges parallellt under längre tid. Av 4 § LVM framgår tvärtom att vård enligt LPT endast får ges för kortare tid för att detta inte skall utgöra hinder för ett beslut om

tvångsvård enligt LVM. Den psykiatriska tvångsvård som här åsyftas avser således akuta vårdinsatser som ges på sjukvårdsinrättning (jfr prop. 1990/91:58 s. 93). För att syftet med tvångsvården skall uppnås för patienter med sådan sammansatt problematik bör enligt vår mening LVM ändras så att patienten kan vårdas enligt LVM på ett sådant hem som avses i 22 § LVM under pågående öppen vård med särskilda villkor. En sådan möjlighet bör finnas även vid rättspsykiatrisk vård.

De överväganden och förslag som vi redovisat beträffande LRV rörande domstolsprövning, patientens överklaganderätt, uppföljning av den öppna vården, möjlighet till återintagning för tvångsvård m.m. bör även avse vård enligt LPT, dock med undantag för vad som där sägs om åklagarens möjlighet att yttra sig i sådana mål, överklaga beslut och begära återintagning.

Även när det gäller återintagning från öppen vård med särskilda villkor bör dock finnas vissa skillnader mellan LPT och LRV. För att återintagning vid vård enligt LPT skall kunna ske måste samtliga förutsättningar för vård enligt 3 § vara uppfyllda, dvs. förutom allvarlig psykisk störning och bristande samtycke, även kravet på att patienten skall ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård. En annan viktig skillnad är att omgivningsskyddet inte har samma framträdande plats vid vård enligt LPT som samhällsskydd har vid rättspsykiatrisk vård.

Om patienten inte rättar sig efter de föreskrivna villkoren måste en bedömning göras av vilken effekt detta får för patientens vårdbehov. Lika lite som när det gäller LRV-patienter får givetvis en återintagning inte ske enbart som en sanktion för att ett villkor inte följs. Om en patient t.ex. skall iakttä en föreskrift om behandling med depåneuroleptika men vägrar att genomgå sådan behandling, måste chefsöverläkaren först bedöma om sådan behandling är oundgängligen nödvändig eller eventuellt kan ske i annan form. I vart fall bör återintagning inte ske förrän patienten behöver sådan kvalificerad vård som ges på sjukvårdsinrättning. När det gäller patienter med missbruksproblem kan det ofta finnas skäl att ingripa på ett tidigt stadium eftersom vårdbehovet då ofta snabbt blir akut. Ett enstaka återfall behöver dock inte alltid leda till återintagning. Även när det gäller patienter som kan antas komma att bete sig aggressivt eller störande efter viss tid utan medicinering kan det finnas anledning att med hänsyn till t.ex. anhöriga överväga återintagning på ett tidigare stadium än som annars bör vara fallet. Detta beror på att det vid bedömning av vårdbehovet enligt 3 § tredje stycket skall beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

En viktig förutsättning för återintagning för tvångsvård på sjukvårdsinrättning bör genomgående vara att patienten inte kan övertalas till

att frivilligt medverka till erforderlig vård och ta emot det stöd som han behöver. En intagning för tvångsvård bör därför endast kunna komma i fråga om alternativa möjligheter till vård först har utretts och om patientens vårdbehov inte kan tillgodoses genom ändringar i villkoren för den öppna vården.

För att rättssäkerheten skall tillgodoses vid återintagning bör chefsöverläkaren skyndsamt och senast inom fyra dagar ansöka hos länsrätten om medgivande att vården på sjukvårdsinrättningen får fortsätta. Om rätten i ett sådant fall bifaller ansökan, bör vården få pågå under högst fyra månader räknat från dagen för chefsöverläkarens beslut. Ansöker chefsöverläkaren inte om fortsatt vård på sjukvårdsinrättningen bör hinder inte föreligga för att återföra patienten till öppen vård med särskilda villkor utan att frågan om sådan vård skall behöva tas upp till ny prövning. Patienten bör dock liksom vid rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning alltid kunna få en sakprövning av chefsöverläkarens beslut och skall därför ha rätt att överklaga beslutet till länsrätten.

Vidare bör chefsöverläkaren i överensstämmelse med vad som annars gäller vid vård enligt LPT fortlöpande överväga frågan om vården kan upphöra och, när det inte längre finns förutsättningar för öppen vård med särskilda villkor, genast besluta att vården skall upphöra. Det innebär att tvångsvården skall upphöra om patienten inte längre lider av en allvarlig psykisk störning eller om vården av och stödet till patienten kan genomföras med hans samtycke eller om det inte längre är nödvändigt att han iakttar särskilda villkor i öppen vård. Den tvångsvård som ges som öppen vård med särskilda villkor bör liksom vid vård enligt LRV omfattas av chefsöverläkarens rapporteringskyldighet till Socialstyrelsen för att användningen av sådan vård fortlöpande skall kunna följas upp. Även vid vård enligt LPT bör användningen av återintagning uppmärksammas. Det bör vidare uppmärksammas i vilken omfattning denna form av tvångsvård används och om användningen begränsas till patienter med särskild problematik.

## 11.5 Särskilt om delegationsreglerna

Enligt 10 § tredje stycket LRV får länsrätten efter ansökan av chefsöverläkaren överlämna åt denne att beträffande viss patient besluta om tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Bestämmelsen gäller den som genomgår rättspsykiatrisk vård efter beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken om särskild utskrivningsprövning. När det finns skäl för det, får länsrätten återta denna befogenhet.

Enligt direktiven skall vi göra en översyn av den närmare innebörden av länsrättens delegation av permissionsrätten till chefsöverläkaren och behovet av att reglera förfarandet när sådan delegation återtass.

Det har diskuterats om delegation från länsrätten till chefsöverläkaren att besluta om permission kan tidsbegränsas. Vid ett av Domstolsverket anordnat seminarium behandlades frågan. En övervägande majoritet av deltagarna vid seminariet var av den uppfattningen att det inte finns några hinder mot en detaljerad begränsning av chefsöverläkarens befogenhet att besluta om permission. Det uppgavs förekomma att det till chefsöverläkaren överlämnas befogenheten att t.ex. besluta om permission tre dagar per vecka under en tid av två månader.

Även om en möjlighet att på ovan angivet sätt begränsa en delegation medför att det kan förekomma fall där chefsöverläkaren har beslutanderätten för en viss permissionsansökan och länsrätten för en annan permissionsansökan beträffande samma patient talar övervägande skäl för att det bör vara möjligt att tidsbegränsa eller på annat sätt begränsa den rätt att besluta om permission som delegeras till chefsöverläkaren. Det finns inte anledning att göra någon ändring i lagtexten.

Länsrättens möjligheter att kontrollera hur delegationsrätten används har också diskuterats. I förarbetena uttalas att ett ärende om återtagande av läkares befogenhet att besluta om permission kan initieras av åklagare. Några regler om förfaringssättet finns dock inte intagna i LRV. Man kan tänka sig ett tillvägagångssätt som innebär att det, i den mån det av t.ex. polisen uppmärksammas att det förekommer problem i samband med att en LRV-patient är på permission, bör vara polisens sak att göra åklagaren uppmärksam på detta förhållande om man inte från sjukhusets sida vidtar några åtgärder. Det får sedan bli upp till åklagarens bedömning om det är motiverat att ansöka till länsrätten om ändring av delegationsbefogenheten till chefsöverläkaren. Vi föreslår i kapitel 11 att en åklagare skall ha möjlighet att hos länsrätten ansöka om att öppen vård med särskilda villkor skall kunna upphöra och övergå till vård på sjukvårdsinrättning beträffande patienter som genomgår rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. I konsekvens härmed bör det i LRV också tas in en bestämmelse om att åklagare skall ha rätt att hos länsrätten ansöka om att chefsöverläkarens rätt att besluta om permission beträffande en viss patient skall återtass.

## 11.6 Frigång och permission för intagna i kriminalvårdsanstalt som vårdas enligt LRV

Den som som är intagen i kriminalvårdsanstalt och som genomgår rättspsykiatrisk vård kan ges tillstånd att under en viss del av vårdtiden



vistas utanför sjukvårdsinrättningens område (11 § LRV). En fråga om sådant tillstånd avgörs av Kriminalvårdsstyrelsen efter ansökan av chefsöverläkaren eller patienten. Om ansökan har gjorts av patienten, skall yttrande inhämtas av chefsöverläkaren.

Kriminalvårdsstyrelsen har pekat på ett gränsdragningsproblem när det gäller tillämpningen av 11 § LRV. Styrelsen har framfört följande.

Inom kriminalvården gäller att begreppet permission avser bl.a. sådana situationer när en intagen vistas utanför anstalten och är beledsagad av personal. Av kommentarerna till 10 § LRV (prop. 1990/91:58 sid 308), avseende den patientkategori som dömts för brott och som överlämnats till rättspsykiatrisk vård som brottspåföljd, framgår att tillstånd inte behöver inhämtas när patienten vid vistelsen utanför sjukhuset ledsagas av personal. Vid tillämpningen av 11 § LRV kan risk därför föreligga att vårdinrättningen inte underställer frågan om vistelse utanför sjukhuset Kriminalvårdsstyrelsens prövning i situationer när utevistelsen är avsedd att komma till stånd under beledsagning av personal. Någon skyldighet föreligger inte heller för vårdinrättningen att underställa fråga om frigång (vistelse utanför vårdavdelningen men inom vårdinrättningens område) Kriminalvårdsstyrelsens prövning. För vårdöverlämnade patienter med särskild utskrivningsprövning gäller genom ändrade bestämmelser i lagstiftningen i 10 a § LRV att chefsöverläkaren har att inhämta länsrättens medgivande för att kunna ge tillstånd till frigång för en patient. Kriminalvårdsstyrelsen anför att formerna för en vistelse utanför en enhet inom kriminalvården kan vara helt väsensskilda från dem som gäller inom sjukvården. Exempelvis kan en intagen som är dömd till livstids fängelse och utvisning inte komma ifråga för vistelse utanför anstalten i annan form än s.k. lufthålspermission. En intagen informeras inte i förväg om när en sådan permission kan äga rum och under permissionen står den intagne under bevakning av personal som i vissa fall kan uppgå till ett stort antal. För att förebygga risken för att missförstånd uppkommer i vårdssamarbetet på grund av de olika förutsättningarna som gäller för vistelser utanför respektive huvudmäns inrättningar bör det enligt styrelsens mening av lagstiftningen klart framgå att Kriminalvårdsstyrelsens tillstånd skall inhämtas oavsett i vilken form en utevistelse sker. Sådant tillstånd skall således inhämtas även när situationen är sådan att patienten vistas utanför vårdinrättningen beledsagad av personal. På motsvarande sätt som gäller för patienter enligt 10 a § LRV bör vidare ett tillägg enligt styrelsens mening göras till 11 § LRV av innebörd att Kriminalvårdsstyrelsens tillstånd skall inhämtas för att en patient skall kunna ges frigång.

De konsekvenser av nu gällande regelsystem när det gäller tillstånd till vistelse utanför vårdinrättningens område för den som är intagen i kriminalvårdsanstalt och som genomgår rättspsykiatrisk vård som har framförts av Kriminalvårdsstyrelsen utgör tillräckliga skäl för att konstatera att en ändring av dessa regler bör ske. Det måste vara riktigt att det är Kriminalvårdsstyrelsen som beviljar tillstånd till vistelse utanför vårdinrättningen för denna patientkategori även när det är fråga om utevistelse som är beledsagad av personal. Med hänsyn till det anförda bör en ändring av 11 § LRV med denna innebörd ske. På de skäl som Kriminalvårdsstyrelsen har anfört bör även en lagändring göras med innebörd att Kriminalvårdsstyrelsen skall besluta om när frigång skall meddelas för den här diskuterade patientkategorin.

JO har i beslut den 24 september 1996 (Dnr 1329-1996) tagit upp ett ärende rörande tillstånd för en patient att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område (permission). Omständigheterna var följande. X dömdes för misshandel och tingsrätten förordnade att X skulle överlämnas till rättspsykiatrisk vård. X, som var häktad, och åklagaren medgav att den rättspsykiatriska vården kunde påbörjas trots att domen inte hade vunnit laga kraft. X överflyttades därefter till Karlberga sjukhus. I en anmälan mot Kriminalvårdsanstalten Huddinge m.fl. uppgavs bl.a. att X hade beviljats permission från sjukhuset innan domen i ansvarsdelen hade vunnit laga kraft.

I det ovan refererade JO-beslutet anförs bl.a. följande. Om den som dömts till rättspsykiatrisk vård är häktad, skall vården påbörjas även om beslutet inte har vunnit laga kraft, under förutsättning att den dömda och åklagaren medger att så sker (7 § andra stycket LRV). Så länge beslutet om häktning gäller skall därvid bestämmelserna om rättspsykiatrisk vård för den som är häktad tillämpas utom såvitt avser förutsättningarna för sådan vård. Bestämmelserna om rättspsykiatrisk vård innefattar inte några möjligheter för den som är häktad att få tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område. Av 7 § LRV och förarbetena till bestämmelsen följer således att den som är häktad och är föremål för LRV-vård inte kan ges tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område så länge häktningsbeslutet gäller. Beslutet att bevilja X permission medan beslutet om häktning fortfarande gällde var således inte korrekt. Enligt JO:s mening är bestämmelsen i 7 § LRV inte helt lättillgänglig. Tillämpningen av lagrummet förutsätter en jämförelse med andra bestämmelser samt ett konstaterande att regler rörande permission saknas för en patient som är häktad. Enligt JO borde det vara möjligt att istället uttryckligen slå fast att permission inte kan förekomma för den som är häktad under vårdtiden.

När det gäller frågan om den som är häktad och som genomgår rättspsykiatrisk vård skall ha möjlighet att få permission beviljad kan jämförelser göras med vad som föreskrivs i 13 § lagen (1976:371) om

behandlingen av häktade och anhållna m.fl. I denna bestämmelse sägs att, om missbruk ej kan befaras, kan häktad medges att besöka närstående som är svårt sjuk, närvara vid närståendes begravning eller i annat fall, då synnerliga skäl föreligger, lämna förvaringslokalen för viss kort tid. Under vistelsen utom förvaringslokalen skall den häktade vara ställd under bevakning, om ej sådan tillsyn av särskilda skäl kan antagas vara obehövlig. Av ovan redovisade utlåtande från JO framgår att när det gäller häktade som genomgår rättspsykiatrisk vård ger lagstiftningen ingen möjlighet till tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område. JO har ansett att lagstiftningen är svårtillgänglig i detta avseende och menar att reglerna bör förtydligas.

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

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



## 12 Upphörande av LRV-vård

*Vi föreslår* inga lagändringar men för ett resonemang bl.a. om vilken effekt förslaget om öppen vård med särskilda villkor får beträffande kommunernas betalningsansvar för patienter med öppen vård samt hur bedömningen av risken för återfall i brottslighet av allvarligt slag skall göras beträffande patienter som överlämnats till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

### 12.1 Inledning

Enligt våra direktiv skall vi analysera och utvärdera nuvarande regler och tillämpningen av dessa med avseende på samhällsskyddet, däribland reglerna i LRV vid utskrivning, permission och s.k. frigång. Vi skall vidare studera den konflikt som kan uppstå när åklagarens bedömning av samhällsskyddet och chefsöverläkarens bedömning av vårdbehovet gör att patienter som bedöms vara medicinskt färdigbehandlade inte kan skrivas ut och vilka konsekvenser detta får för patienten. I direktiven nämns vidare att Straffansvarsutredningen har till uppgift att överväga om det straffrättsliga regelsystemet är ändamålsenligt utformat vad avser bedömningen av gärningar som någon begått under påverkan av allvarlig psykisk störning och att därför dessa frågor inte ligger inom det uppdrag som vi har.

Straffansvarsutredningen har i januari 1997 överlämnat betänkandet (SOU 1996:185) Straffansvarets gränser. Betänkandet innehåller bl.a. en modell för en ny lagstiftning avseende psykiskt störda lagöverträdare straffrättsliga ansvar som dock enligt utredningen kräver en fortsatt beredning med parlamentarisk medverkan innan något fullständigt lagförslag kan läggas fram. Utredningens förslag har ännu inte lett till lagstiftning och betänkandet har i den del som gäller psykiskt störda lagöverträdare inte ens skickats ut på remiss. Vi har därför vid våra överväganden att utgå från nuvarande straffrättsliga reglering vad gäller psykiskt störda lagöverträdare.

## 12.2 Gällande rätt m.m.

### 12.2.1 Den straffrättsliga regleringen

Till skillnad från flertalet andra länders strafflagstiftning bygger inte den svenska brottsbalkens regler på den s.k. tillräknelighetsläran. Någon möjlighet till straffrihetsförklaring finns således inte. Även en person som vid gärningen var allvarligt psykiskt störd kan ådömas ett straffrättsligt ansvar. Däremot gäller särskilda begränsningar vid påföljdsvalet. Enligt 30 kap. 6 § BrB är det således förbjudet att välja fängelse som påföljd, om gärningsmannen har begått brottet under påverkan av en allvarlig psykisk störning. Om rätten i ett sådant fall finner att inte heller någon annan påföljd bör ådömas, skall gärningsmannen enligt samma paragraf vara fri från påföljd. I 29 kap. 3 § första stycket 2 BrB anges vidare att som en förmildrande omständighet vid bedömningen av straffvärdet skall särskilt beaktas om den tilltalade till följd av psykisk störning, sinnesrörelse eller annan orsak haft starkt nedsatt förmåga att kontrollera sitt handlande. Om det är påkallat med hänsyn till brottets straffvärde får rätten i dessa fall döma till ett lindrigare straff än vad som är föreskrivet för brottet.

De regler som är särskilt intressanta ur vår synpunkt finns i 31 kap. 3 § BrB, där förutsättningarna för överlämnande till rättspsykiatrisk vård som brottspåföljd finns. Överlämnande till rättspsykiatrisk vård får ske, för det fall påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter, om gärningsmannen vid domstillfället lider av en allvarlig psykisk störning och det med hänsyn till hans psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång.

I 31 kap. 3 § andra stycket BrB regleras den särskilda utskrivningsprövningen. Beslut om sådan utskrivningsprövning kan rätten meddela, om brottet har begåtts under påverkan av en allvarlig psykisk störning och det till följd av den psykiska störningen finns risk för att den tilltalade återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag.

I prop. 1990/91:58 s. 465 f. anges som motivering för reglerna om särskild utskrivningsprövning att det är angeläget att det för vissa fall finns en ordning som särskilt skall syfta till att behovet av samhällsskydd blir tillgodosett. Det anges att skyddsaspekterna måste noga beaktas i de fall där det finns en beaktansvärd risk för att patienten på nytt gör sig skyldig till brott. Det konstateras vidare att bedömningar av detta slag är vanskliga att göra och att det därför är väsentligt att det här sker en grannliga prövning efter noggranna kriterier. När det gäller frågan vid vilka brott särskild utskrivningsprövning bör få ske anges att skyddsaspekterna i allmänhet är särskilt framträdande vid risk för våldsbrott.

Även när riskbedömningen avser annan allvarlig brottslighet kan dock enligt departementschefen särskild utskrivningsprövning vara befogad.

### 12.2.2 Reglerna om upphörande av vård i LRV

Reglerna om upphörande av rättspsykiatrisk vård beträffande den som genomgår sådan vård utan beslut om särskild utskrivningsprövning finns i 12 § LRV. Beträffande en sådan patient skall chefsöverläkaren genast besluta att vården skall upphöra om patienten inte längre lider av en allvarlig psykisk störning eller om det inte längre med hänsyn till hans psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. I dessa fall är det således chefsöverläkaren som, liksom när det gäller LPT-patienter, skall besluta om vårdens upphörande. Även beträffande patienter som genomgår rättspsykiatrisk vård enligt 4 § LRV, dvs. häktade m.fl., är det chefsöverläkaren som beslutar. Beslut om upphörande av vård skall i dessa fall fattas när det inte längre finns förutsättningar för sådan vård. I dessa fall upphör självfallet inte patientens frihetsberövande genom att vården upphör, utan patienten skall i stället återföras till häktet eller anstalten.

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

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

När det gäller patienter som genomgår rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning är det länsrätten som beslutar efter anmälan av chefsöverläkaren eller efter ansökan av patienten. Ansökan skall prövas av länsrätten efter anmälan av chefsöverläkaren senast inom fyra månader efter att domstolens beslut blivit verkställbart och därefter var sjätte månad. Om det inte är uppenbart obehövt, skall rätten ge åklagaren i det mål där beslutet om rättspsykiatrisk vård har meddelats eller, när det finns särskilda skäl, någon annan åklagare tillfälle att yttra sig innan beslut meddelas i fråga som gäller upphörande av vården.

I specialmotiveringen till 16 § LRV (prop 1990/91:58, s. 316) hänvisas till förutsättningarna enligt 31 kap. 3 § BrB för beslutet i

brottmålet att överlämna patienten till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Därutöver sägs bl.a. följande:

Vad som är avgörande vid utskrivningsprövningen är att patienten fortfarande lider av den psykiska störning som föranlett beslutet om utskrivningsprövning och att det till följd av denna finns en återfallsrisk av det aktuella slaget. Något uttryckligt krav på att störningen fortfarande skall bedömas som allvarlig har däremot inte föreskrivits. I praktiken torde emellertid den psykiska störningen regelmässigt vara att anse som allvarlig, om det till följd av denna föreligger en sådan återfallsrisk som förutsätts för fortsatt vård.

Det bör påpekas att punkt 2 innebär att det kan anses vara påkallat att patienten fortfarande skall vara intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, även om återfallsrisk enligt vad som anges i punkt 1 inte bedöms föreligga. Inte heller här gäller något uttryckligt krav att vården skall upphöra, om patienten inte längre lider av en allvarlig psykisk störning. Om återfallsrisk enligt punkt 1 inte bedöms föreligga och patienten inte heller längre lider av en allvarlig psykisk störning, saknas det emellertid i allmänhet skäl för att patienten skall vara intagen på vårdinrättningen för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång.

### 12.2.3 Rättspraxis

Frågan om upphörande av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning har bedömts av Regeringsrätten endast vid ett fåtal tillfällen. Två fall skall redovisas här. Det ena, RÅ 1992 ref. 98, har nämnts redan i kapitel 11 som exempel på att Regeringsrätten godtagit förlängning av den rättspsykiatriska vården, trots att patienten under lång tid inte vistats på sjukvårdsinrättning. Målet gällde en man som år 1990 av Svea hovrätt dömts för våldtäkt vid två tillfällen. Brotten hade begåtts i juni och juli 1989. Han hade före den nämnda domen vid fem tillfällen dömts för våldtäkt. Han hade också dömts för bl.a. misshandel, våldförande, frihetskränkande otukt och olaga tvång. Enligt det rättspsykiatriska utlåtandet led mannen av en manisk ) depressiv sjukdom med mycket sällan förekommande depressiva skov men desto mera ofta maniska skov. Han hade också sedan många år haft alkoholproblem samt stundom missbrukat benzodiazepiner. När Regeringsrätten i november 1992 meddelade sin dom hade mannen varit försöksutskriven resp. haft permission sedan den 2 maj 1991. Enligt chefsöverläkarens yttrande till Regeringsrätten skötte mannen sin behandling med Litium och hade insikt i att han behövde mediciner. Det fanns inga öppna psykotiska tecken eller några tecken på pågående missbruk. Regerings-



rätten fastställde kammarrättens dom som innebar att mannen skulle beredas fortsatt vård enligt LRV. Sammanfattningsvis konstaterade Regeringsrätten att mannen alltjämt lider av en allvarlig psykisk störning men att symtomen på denna störning i det närmaste har upphört tack vare den medicinering m.m. som han erhållit. Mot bakgrund främst av vad som redovisats om mannens brottslighet samt arten och långvarigheten av hans psykiska störning ansåg Regeringsrätten att det alltjämt fick anses föreligga en risk att han ) exempelvis på grund av misskötsel av medicineringen eller på grund av återfall i missbruk av alkohol och mediciner ) återfaller i brottslighet av allvarligt slag.

Även i ett senare rättsfall, (RÅ 1994 ref. 95) har Regeringsrätten ansett att den rättspsykiatriska vården inte kan upphöra. Det målet gällde en person som år 1990 överlämnades till sluten psykiatrisk vård efter att ha fällts till ansvar för försök till mord. Under en permission i mars 1993 begick han nya brott och dömdes i maj samma år för bl.a. misshandel och grovt narkotikabrott till fängelse i fyra år. Av en då företagen rättspsykiatrisk undersökning framgick att han inte begått de åtalade gärningarna under påverkan av allvarlig psykisk störning och att medicinska förutsättningar för rättspsykiatrisk vård inte förelåg. Regeringsrätten inhämtade yttrande från Riksåklagaren, Socialstyrelsen och Kriminalvårdsstyrelsen. Riksåklagaren ansåg att den rättspsykiatriska vården tills vidare borde bestå, medan Kriminalvårdsstyrelsen tillstyrkte att vården upphörde. Socialstyrelsen ansåg att det fanns förutsättningar för fortsatt vård, eftersom det fanns en väl dokumenterad risk för återfall i allvarlig brottslighet till följd av den psykiska störning som föranledde överlämnande till sådan vård men ansåg att det inte låg inom Socialstyrelsens kompetensområde att avgöra om samhällsskyddsaspekten var tillräckligt tillgodosedd genom verkställighet av det relativt långa fängelsestraff som utdömts. Regeringsrätten konstaterade följande i sina domskäl:

Utredningen i målet ger vid handen att NN fortfarande lider av den psykiska störning som föranlett att han underkastats rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Det får vidare anses klarlagt att den allvarliga brottslighet som NN under senare år gjort sig skyldig till, bl.a. flera våldsbrott mot kvinnor, hängt samman med denna psykiska störning. Mot denna bakgrund finner Regeringsrätten att risk föreligger att NN till följd av den psykiska störningen återfaller i brottslighet av allvarligt slag. Den omständigheten att NN för närvarande avtjänar ett fängelsestraff föranleder inte annan bedömning.

### 12.3 Straffansvarsutredningens förslag

Straffansvarsutredningen föreslår en modell för en ny lagstiftning om psykiskt störda lagöverträdarens straffrättsliga ansvar. Utredningen menar att en allvarlig brist i den svenska regleringen är att den inte tar hänsyn till att det finns fall där man helt bör fria från straffrättsligt ansvar och inte bara föreskriva inskränkningar i påföljdsvalet. Enligt utredningen bör något straffrättsligt ansvar inte åläggas, om gärningsmannen inte har haft förmåga att rätta sig efter lagen. Utredningen anser därför att en gärning inte skall anses utgöra brott om den begås under påverkan av en allvarlig psykisk störning eller en tillfällig sinnesförvirring, om gärningsmannen inte själv vållat tillståndet och han till följd av detta har saknat omdömesförmåga eller förmåga att kontrollera sitt handlande.

Det förhållandet att någon inte hålls straffrättsligt ansvarig för sina gärningar hindrar dock inte att samhället kan ingripa med reaktioner som grundas på gärningsmannens behov av vård eller på behovet av samhällsskydd. Den som har begått gärningen under påverkan av en allvarlig psykisk störning och är i behov av vård men är fri från straffrättsligt ansvar till följd av bristande ansvarsförmåga skall därför på talan av åklagare kunna dömas till rättspsykiatrisk vård som särreaktion. Beslutet skall fattas av brottmålsdomstolen och skall kunna förenas med särskilda restriktioner vad gäller permissioner och frigång, om detta behövs för att behovet av samhällsskydd skall kunna tillgodoses. Ingen skall emellertid kunna hållas kvar i rättspsykiatrisk vård som inte längre har ett medicinskt vårdbehov som påkallar slutna vård. Utskrivningsprövningen i dess nuvarande form föreslås därför försvinna. I en del fall, där samhällsskyddet gör sig särskilt starkt gällande, skall förvaltningsdomstol i stället under vissa begränsade förutsättningar kunna besluta om s.k. samhällsskyddsåtgärder. Dessa åtgärder skall kunna äga rum såväl i slutna former som genom kontrollåtgärder när gärningsmannen befinner sig ute i samhället. De är i princip tidsobestämda, men skall omprövas kontinuerligt av domstol.

Den som har begått gärningen under påverkan av en allvarlig psykisk störning, men som anses kunna ta ett straffrättsligt ansvar, skall fällas till ansvar för brott. I princip bör han därför kunna dömas till straff eller andra påföljder på samma sätt som andra lagöverträdare. Av olika skäl bör det emellertid alltjämt ske en särbehandling inom ramen för påföljdsbestämningen, dock med andra utgångspunkter än enligt dagens system. Behovet av vård måste nämligen kunna tillgodoses inom ramen för verkställigheten. Det skall således vara möjligt att, så länge ett vårdbehov kvarstår, verkställa ett fängelsestraff genom rättspsykiatrisk vård.

Om det, när någon har dömts till ett fängelsestraff, vid tidpunkten för villkorlig frigivning alltjämt föreligger behov av vård och det dessutom

till följd av den psykiska störningen föreligger en påtaglig risk för fortsatt brottslighet skall förvaltningsdomstol, under vissa begränsade förutsättningar, kunna besluta att den dömda direkt efter den villkorliga frigivningen skall genomgå rättspsykiatrisk vård med särskilda restriktioner. Föreligger inget behov av vård men är det särskilt påkallat med hänsyn till behovet av samhällsskydd, skall förvaltningsdomstol, under i övrigt samma begränsade förutsättningar, i stället kunna besluta om samhällsskyddsåtgärder.

Enligt utredningen skall således en förvaltningsdomstol kunna döma till samhällsskyddsåtgärder både när någon förklarats fri från straffrättsligt ansvar och dömts till rättspsykiatrisk vård som särreaktion och då någon dömts till fängelsestraff. Utredningen menar nämligen att det inte är logiskt att i farlighetshänseende dra en så skarp gräns som i det nuvarande systemet mellan den som har begått gärningen under påverkan av en allvarlig psykisk störning och den som har begått gärningen under påverkan av en psykisk störning som inte är att anse som allvarlig men där det erfarenhetsmässigt föreligger en påtaglig risk för återfall i allvarlig brottslighet. Tvärtom, anser utredningen, finns det med hänsyn till behovet av samhällsskydd i stället många gånger större anledning att fokusera på vissa personlighetsstörda lagöverträdare.

Utredningen menar att ett genomförande av den föreslagna modellen kräver att den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten utvidgas. Bl.a. föreslår utredningen att det skall införas en ny typ av utredning, som man kallar särskild rättspsykiatrisk utredning. Denna skall för såväl brottmålsdomstolen som förvaltningsdomstolen utgöra underlag för bedömningen av återfallsrisken.

## 12.4 Samhällsskydd och vårdbehov

### 12.4.1 Några utgångspunkter

Som nämndes inledningsvis har vi att utgå ifrån nuvarande straffrättsliga reglering vad gäller psykiskt störda lagöverträdare. Det innebär att lagstiftningen om rättspsykiatrisk vård även fortsättningsvis måste ha bestämmelser som gäller patienter som överlämnats till rättspsykiatrisk vård såväl med som utan särskild utskrivningsprövning. Det innebär också att särskild hänsyn måste tas till samhällsskyddet vid bedömningen av om vården skall upphöra beträffande patienter som överlämnats till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. I detta sammanhang finns det anledning att påpeka att det för att någon skall överlämnas till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning krävs att den psykiska störningen är allvarlig medan det för att kvarhålla en patient inom den rättspsykiatriska vården endast krävs en psykisk

störning. Den fortsatta framställningen kommer uteslutande att behandla rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

Ett uttalat syfte bakom den nuvarande lagstiftningen om rättspsykiatrisk vård var att stärka samhällsskyddet vid prövningen av vårdens upphörande beträffande psykiskt störda som begått allvarliga brott och var återfallsbenägna. Enligt våra direktiv skall vi visserligen i första hand behandla frågan om patientens rättssäkerhet har stärkts. Det sägs emellertid också att vi skall analysera och utvärdera reglerna i LRV vid bl.a. utskrivning med avseende på samhällsskyddet. Några särskilda samhällsskyddsåtgärder i enlighet med Straffansvarsutredningens förslag finns inte och vi har ingen befogenhet att inom ramen för vårt utredningsuppdrag föreslå några nya påföljder. De krav som samhällsskyddet ställer beträffande här avsedd patientkategori måste därför tillgodoses inom ramen för den psykiatriska tvångsvården. Vad vi måste ta ställning till är om den avvägning som för närvarande sker mellan kravet på samhällsskydd och patientens vårdbehov är rimlig och riktig samt om patientens rättssäkerhet tillgodoses.

Från framför allt läkarhåll har stark kritik riktats mot vissa bestämmelser i LRV som går ut på att lagen i vissa avseenden kommer i direkt konflikt med de mest grundläggande etiska koder som gäller för läkare verksamma inom psykiatrin. Kritiken har framför allt gått ut på att det nya systemet med särskild utskrivningsprövning innebär att brottet och inte vårdbehovet sätts i centrum på ett sätt som strider flagrant mot Hawaii-deklarationen. I denna etiska kodex sägs bl.a. att så snart de medicinska förutsättningarna för tvångsmässig vård inte längre är uppfyllda måste patienten skrivas ut såvida inte denne samtycker till fortsatt frivillig vård. Kritik har bl.a. framförts i flera artiklar i *Läkartidningen*. Sålunda har bl.a. två överläkare framfört krav på att utskrivningsreglerna i LRV måste ses över, eftersom vissa patienter kvarhålls inom psykiatrin trots att det inte föreligger ett psykiatriskt vårdbehov (se Rolf Lindelius och Agneta Nilsson: *Dagens rättstillämpning hot mot rättssäkerheten. Rättspsykiatrisk vård får inte bli internering. Läkartidningen 50/95*). I en annan artikel i *Läkartidningen* (se *Läkartidningen 46/96*) redovisas en undersökning enligt vilken drygt hälften av de läkare som ofta kommer i kontakt med patienter som vårdas enligt LRV har erfarenhet av att en förvaltningsdomstol dömt till fortsatt rättspsykiatrisk vård, trots att läkaren bedömt att medicinska förutsättningar för detta saknas.

Det finns anledning att påpeka att patienten i de båda Regeringsrättsavgöranden som tidigare redovisats inte längre vårdades på sjukvårdsinrättning. I det första fallet hade han permission sedan lång tid tillbaka och i det senare var han intagen på kriminalvårdsanstalt. Vi har tidigare föreslagit att möjligheten att ge permission till vårdtidens slut skall avskaffas och att det i stället skall införas en möjlighet att besluta

om öppen vård med särskilda villkor. Detta måste givetvis beaktas vid utformningen av reglerna om upphörande av rättspsykiatrisk vård.

#### 12.4.2 Statistiska uppgifter

Den undersökning av länsrätternas handläggning av psykiatrimål som närmare redovisats i avsnitt 3.3 visar inte att länsrätterna i någon större utsträckning skulle gå emot chefsöverläkarens uppfattning om upphörande av vård enligt 16 § LRV. Chefsöverläkarens uppfattning delas nämligen av länsrätten i 80 % av målen. Undersökningen visar också att åklagarens och chefsöverläkarens uppfattning överensstämmer i 85 % av målen. Det skall dock påpekas att denna siffra gäller såväl permission som upphörande av vård och i upphörandefallen även de mål där patienten har begärt att vården skall upphöra. Resultatet tyder vidare på att länsrätten är mera benägen att följa åklagarens uppfattning när det gäller permission och delegation av permissionsrätten än när det gäller upphörande av vården.

För att få en uppfattning om i vilken utsträckning länsrätten motsätter sig permission till vårdtidens slut resp. upphörande av vården trots att chefsöverläkaren är positiv har Socialstyrelsen sänt ut en förfrågan till chefsöverläkarna för de rättspsykiatriska regionvårdsenheterna och vissa enheter för särskilt vårdkrävande. Av svaren framgår att det på de tillfrågade enheterna fanns 387 ineliggande patienter som vårdades enligt LRV med särskild utskrivningsprövning. Av svaren framgår att 26 patienter eller 7 % inte fick permission därför att kommunen var negativ till att svara för boende, stöd och hjälp till patienten innan tvångsvården upphört. Sex patienter eller 2 % fick inte permission därför att åklagaren motsatte sig detta. Endast tre patienter eller 1 % av de intagna kunde inte skrivas ut trots att chefsöverläkaren ansåg att så borde ske. Till flera av svaren hade fogats skrivelser, där chefsöverläkarna talar om ett moment 22 som innebär att länsrätten kräver ett ordnat boende för att permission till vårdtidens slut skall beviljas medan kommunen vägrar stöd därför att patienten fortfarande vårdas enligt LRV.

För att ytterligare belysa detta problem har vi begärt in samtliga LRV-domar för maj månad 1997 från länsrätterna i Södermanlands och Dalarnas län, dvs. länsrätter som inom sin domkrets har stora rättspsykiatriska regionvårdsenheter. Från Länsrätten i Södermanlands län har 94 domar kommit in och från Länsrätten i Dalarnas län 46 domar. Endast i ett fall har utskrivning enligt 16 § LRV vägrats trots att chefsöverläkaren ansåg att patienten borde skrivas ut.

Med anledning av Socialstyrelsens uppdrag att göra en nationell översyn av psykiatris innehåll och kvalitet inventerades de patienter

som vårdades enligt LRV den 5 oktober 1995. Det var 977 patienter såväl inneliggande som på permission vid inventeringstillfället. Chefsöverläkarna fick i samband med inventeringen frågan om de bedömde att "tvångsvården för närvarande motiveras av ett psykiatriskt omvårdnads- och behandlingsbehov eller av samhällsskydd (farlighetsrekvisitet)". I ett 50-tal fall ansåg chefsöverläkaren att vården motiverades helt av samhällsskydd. Om så skulle vara fallet strider det uppenbarligen mot Hawaii-deklarationen. Emellertid har en arbetsgrupp från Svenska Psykiatriska föreningen och Rättspsykiatriska föreningen av Socialstyrelsen fått i uppdrag att granska journalerna för de misstänkta "Hawaii-fallen". Endast sju fall bedömdes av åtminstone en i gruppen som klara Hawaii-fall medan ett fall bedömdes som tveksamt. Enligt arbetsgruppen betingas de olika bedömningarna dels av något skilda uppfattningar beträffande psykisk störning och vårdbehov, dels och framför allt av att några i gruppen tyckte att man kan se utskrivningen från rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning som en process med viss utsträckning i tiden. Framför allt ansåg gruppen att risken för återfall i brottslighet av allvarligt slag är en svår bedömning, mera grundad på beprövad erfarenhet än på vetenskap och där olika intressenter (den vårdansvarige läkaren, åklagaren och patienten) har olika intressen.

Nämnas kan också en undersökning som överläkaren Agneta Nilsson har gjort beträffande 158 patienter som vårdades på Karsuddens sjukhus under år 1996. I de fall där chefsöverläkaren ansökt om fortsatt LRV-vård biföll länsrätten hans ansökan i så gott som samtliga fall. I 25 mål ansökte chefsöverläkaren om vårdens upphörande. Åklagaren motsatte sig detta i elva mål och länsrätten avlog ansökan i fem fall. Av de nämnda 25 fallen ansåg chefsöverläkaren att det i 3 fall aldrig hade förelegat någon allvarlig psykisk störning, att 6 fall var drogutlösta, övergående tillstånd, att 1 fall var en reaktiv psykos samt att 14 fall var välbehandlade med rådande stabilt tillstånd. Den sociala situationen var ordnad i alla fall utom i två.

Av intresse när det gäller tillämpningen av 16 § LRV är också att studera hur antalet tvångsvårdade har förändrats. Vid den inventering som gjordes den 30 september 1996 och som framför allt tog sikte på antalet permissioner var det totala antalet inskrivna LRV-patienter 991. Av dessa hade 28 procent permission mer än 72 timmar. Vid inventeringen år 1993 var däremot antalet inskrivna LRV-patienter endast 897, varav 26 procent hade permission. År 1988 var antalet inneliggande avseende motsvarande patientgrupper (N + 0-fall) 746. Det året var 432 personer försöksutskrivna. Den ökning av antalet inneliggande LRV-patienter som skett mellan åren 1993 och 1996 kan knappast förklaras på annat sätt än att vårdtiderna blivit längre, i all synnerhet som antalet dömda till rättspsykiatrisk vård varit i stort sett konstant. Nämnas bör

dock att den äldre lagstiftningen ibland kritiserades för att vårdtiderna var för korta, i vart fall vid grövre brottslighet.

Det kan också vara av ett visst intresse att se hur vårdtiderna inom den rättspsykiatriska vården förhåller sig till fängelsetiderna för motsvarande brott. Docenten Henrik Belfrage har gjort en undersökning av 251 personer som år 1993 dömdes till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (se Svensk Juristtidning 1996 s. 717 ff.). Utgångspopulationen utgjordes av alla rättspsykiatriskt undersökta år 1993, nämligen 527 personer. Av dessa dömdes 451 till rättspsykiatrisk vård eller fängelse. Vissa sorterades bort, bl.a. de 102 personer som dömts för mord eller dråp, eftersom vårdtiderna i dessa fall kunde förväntas vara så långa att de flesta fortfarande skulle vara frihetsberövade vid tidpunkten för uppföljning i februari 1996. Av undersökningsgruppen om 251 personer överlämnades 122 till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning medan 129 dömdes till fängelse. Undersökningen visar att skillnaden i frihetsförlust är särskilt påtaglig beträffande dem som dömts för misshandel och olaga hot. Där är frihetsförlusterna drygt tre gånger längre inom den rättspsykiatriska vården än inom kriminalvården, trots den stora andel som fortfarande finns kvar inom den rättspsykiatriska vården. Uppdelat på brott var frihetsberövandet i antal månader följande.

	Rättspsykiatrisk vård			Fängelse		
Brott	Månader	N	Fortfarande intagna	Månader	N	Fortfarande intagna
Misshandel	16	48	20 (42 %)	5	37	0 (-)
Olaga hot	15	18	5 (28 %)	4	10	0 (-)
Våldtäkt	25	13	8 (62 %)	16	22	4 (18 %)
Övriga sexbrott	15	10	6 (60 %)	14	21	2 (10 %)
Mordbrand	24	13	8 (62 %)	14	9	0 (-)
Stöld/rån	15	20	9 (45 %)	7	30	3 (10 %)
Totalt	20	122	58 (48 %)	9	129	9 (7 %)

#### 12.4.3 Kommunernas roll

Redogörelsen i föregående avsnitt visar att länsrätternas vägran att bifalla chefsöverläkarens ansökan oftare beror på att kommunerna

vägrar bistånd till t.ex. särskilt boende än på att åklagaren motsätter sig ansökan beroende på risk för fortsatt brottslig verksamhet. Detta gäller framför allt ansökan om permission till vårtdagens slut. Denna fråga har belysts i avsnitt 11.3 men skall ytterligare något beröras här.

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

I författningskommentaren till denna paragraf i den s.k. psykädelspropositionen (prop. 1993/94:218 s. 108) sägs bl.a. följande:

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

Sistnämnda förarbetsuttalande synes vara anledningen till att kommunernas socialnämnder ofta vägrar bistånd till patienter som har permission från LRV-vård. Vi har från Sahlgrenska Universitetssjukhuset uppmärksamats på en dom från Kammarrätten i Göteborg som behandlar denna fråga och där Regeringsrätten vägrat prövningstillstånd. Målet gällde ansökan om bistånd till vistelse på ett psykiatriskt behand-



lingshem under återstoden av vårdtiden för en patient som vårdades enligt LRV. Kammarrätten anförde följande i sina domskäl:

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

## 12.5 Överväganden och förslag

I kapitel 11 föreslår vi att det inte längre skall vara möjligt att besluta om permission till vårdtidens slut. I stället föreslås att rätten skall kunna besluta om öppen vård med särskilda villkor. När ett sådant beslut fattas upphör således vården på sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård och övergår i öppen vård. Det är här fråga om en patient som kan få sitt vårdbehov tillgodosett på annat sätt än genom kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård) för att använda ett uttryck som förekommer i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Behovet av förändringar av de regler som gäller upphörande av rättspsykiatrisk vård skall således ses mot denna bakgrund.

Kritiken mot upphörandereglerna i 16 § går i huvudsak ut på att psykiatrin måste ta på sig ett större ansvar för samhällsskyddet än som är befogat och att reglerna dessutom strider mot Hawaii-deklarationen. Studerar man rättspraxis finner man att anledningen till att en patient inte kan skrivas ut ofta är att domstolen anser att det fortfarande finns en risk för att patienten på grund av den störning som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning återfaller i brottslighet av allvarligt slag. En annan vanlig orsak till att patienten inte kan skrivas ut är att patientens personliga förhållanden, t.ex. när det gäller boendet, inte är ordnade på ett sådant sätt att utskrivning kan ske. Kritiken från läkarkåren har dock ofta gått ut på att det inte är tillfredsställande att den psykiska störningen inte måste vara allvarlig för att en patient skall kunna kvarhållas med tvång. I vissa fall har den behandlande läkaren ansett att någon allvarlig psykisk störning över huvud taget inte har förelegat och således hävdats en annan uppfattning än den läkare som

gjort den rättspsykiatriska undersökningen. I dessa fall har anmälan enligt 16 § LRV angående vårdens upphörande ofta gjorts kort tid efter det att vården påbörjats och det även om patienten gjort sig skyldig till mycket allvarlig brottslighet.

Det nu sagda illustrerar de stora problem som finns när det gäller påföljden för och behandlingen av psykiskt störda lagöverträdare. Det är svårt att hitta en rimlig avvägning mellan behandlingsaspekten och kravet på samhällsskydd. I de fall då stora krav måste ställas på samhällsskyddet uppkommer frågan i vilken utsträckning detta skall tillgodoses inom den rättspsykiatriska vården. Nu nämnda frågor har diskuterats åtskilligt under årens lopp och någon lösning som fullt ut tillgodoser alla intressen torde vara svår att uppnå. Våra ställningstaganden försvåras dessutom av att vi har att utgå från nuvarande påföljdssystem. Frågan är då om det är möjligt att inom ramen för detta göra en annan avvägning än för närvarande mellan de rent medicinska förutsättningarna för att ge psykiatrisk tvångsvård och de starka samhällsskyddsintressen som kan göra sig gällande.

Det är framför allt i tre avseenden som man kan diskutera förändringar i reglerna om upphörande av rättspsykiatrisk vård på sjukvårdsinrättning. Dels kan man diskutera om det fortsättningsvis skall krävas att patienten lider av en allvarlig psykisk störning för att kunna kvarhållas på sjukvårdsinrättning, dels kan man fundera över om man bör skärpa kravet på den risk som skall finnas för att patienten återfaller i brottslighet av allvarligt slag och slutligen kan man diskutera om kommunernas ansvar på något sätt behöver skärpas.

Vi har genom de kontakter vi haft med sjukvårdspersonal, genom de enkäter som vi gjort och genom studier av domstolsavgöranden kunnat konstatera att det finns ett antal patienter som hålls kvar inom den rättspsykiatriska vården i stort sett enbart på grund av kravet på samhällsskydd. Antalet är inte stort men situationen måste ändå anses vara otillfredsställande. Om reglerna ändrades så att den rättspsykiatriska vården skulle upphöra så snart patienten inte längre lider av en *allvarlig* psykisk störning skulle sannolikt en del av dessa patienter inte längre kunna kvarhållas med tvång. Det torde framför allt gälla patienter med personlighetsstörningar, ofta av allvarligt slag, som vid tidpunkten för brottet t.ex. haft ett impulsgenombrott av psykotisk karaktär men som efter en tid enbart har kvar sin personlighetsstörning. Det är ofta fråga om patienter som begått grova brott och där återfallsrisken är stor. Många gånger är återfallsrisken större för dessa patienter än för dem som lider av en allvarlig psykisk störning. Några samhällsskyddsåtgärder av det slag som Straffansvarsutredningen föreslår eller någon annan form av omhändertagande med tvång av dessa personer finns för närvarande inte. Vi anser oss därför nu inte kunna föreslå någon ändring när det gäller graden av psykisk störning för att vård enligt 16 § LRV

skall upphöra men är inte främmande för att så bör ske i en framtid om påföljdssystemet ändras.

Den nuvarande lagstiftningen förutsätter vidare att det inte längre till följd av den psykiska störning som föranlett beslutet om särskild utskrivningsprövning skall finnas risk för att patienten återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag. Den risk som skall finnas har således inte på något sätt kvalificerats. När det i lagstiftning av olika slag förutsätts att det skall göras en riskbedömning för att ett ingripande skall få ske krävs det ofta att risken på något sätt är kvalificerad. Man använder uttryck som "påtaglig risk", "risk som inte är ringa" o.d. För att barn skall kunna omhändertas med tvång enligt LVU krävs det t.ex. att det föreligger en påtaglig risk för att barnets hälsa och utveckling skall skadas. Det finns dock också i lagstiftningen exempel på att det skall göras en riskbedömning utan att den risk som skall föreligga kvalificeras. Så är fallet när det gäller reglerna om häktning, där det endast krävs risk för t.ex. fortsatt brottslig verksamhet.

Det måste enligt vår mening vara så att inte vilken obetydlig återfallsrisk som helst skall innebära att en patient kvarhålls på en sjukvårdsinrättning under lång tid. Detta torde inte heller ha varit lagstiftarens ursprungliga mening. Det är för övrigt svårt om inte omöjligt att kunna konstatera att någon sådan risk över huvud taget inte finns. Samtidigt får givetvis inte heller en sådan risk negligeras, särskilt inte när det gäller personer, som begått upprepade allvarliga brott. Beträffande en sådan person krävs ofta en lång behandling på sjukvårdsinrättning. Vi är medvetna om att en riskbedömning av det slag som det här är fråga om är mycket svår att göra och att den aldrig kan bli hundra procentigt riktig. Forskning pågår dock för att förbättra de metoder som finns när det gäller farlighetsbedömningar. Med hänsyn till samhällsskyddsaspekten kan man vidare knappast klara sig utan sådana bedömningar, samtidigt som stor hänsyn måste tas till patientens rättssäkerhet. Ofta krävs en lång observationstid, under vilken patienten får ökade förmåner i form av frigång och permissioner innan tvångsvården kan upphöra helt eller övergå i öppen vård med särskilda villkor.

Vi anser att en riskbedömning måste finnas kvar. Det bör dock betonas att det inte får vara fråga om vilken obetydlig risk som helst. I praxis har dock i vissa fall en tämligen obetydlig risk ansetts motivera att en patient kvarhålls inom den rättspsykiatriska vården. Vi har därför övervägt om man skulle kunna markera detta genom att använda uttryck som "beaktansvärd risk" eller "påtaglig risk". Uttrycket "påtaglig risk" är vanligt förekommande när man i lagtext vill kvalificera en viss risk. Detta talar för att sistnämnda uttryck bör användas även i LRV. Emellertid har uttrycket, framför allt i senare års regeringsrättspraxis i LVU-mål, tolkats så att den konkreta skaderisken måste vara betydande. Att införa detta begrepp i LRV skulle därför kunna innebära att

samhällsskyddsaspekten inte beaktades i tillräcklig utsträckning. Uttrycket "beaktansvärd risk" skulle å andra sidan inte innebära någon större förändring i förhållande till vad som nu gäller. Därtill kommer att man i brottsbalkens regler om när någon skall överlämnas till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning enbart använder ordet risk. Det är lämpligt att samma krav ställs på riskbedömningen både vid överlämnandet till sådan vård som nu nämnts som vid bedömningen av när vården kan upphöra. I förarbetena till brottsbalkens bestämmelser om särskild utskrivningsprövning (prop. 1990/91:58 s. 465) används för övrigt uttrycket beaktansvärd risk.

Genom att vi nu föreslår två former av rättspsykiatrisk vård, nämligen dels sådan vård på sjukvårdsinrättning, dels öppen vård med särskilda villkor öppnas emellertid en möjlighet att differentiera återfallsrisken beroende på vårdbehovet. En patient bör således inte kvarhållas på sjukvårdsinrättning om återfallsrisken kan motverkas genom olika åtgärder i öppen vård. Denna bedömning bör inte göras utifrån en lagteknisk gradering av återfallsrisken utan mot bakgrund av olika konkreta faktorer som har betydelse, t.ex. tidigare brottslighet, missbruksproblem eller annan social problematik och resultatet av vården.

När det sedan gäller kravet i 16 § 2 LRV att tvångsvården skall upphöra först när det inte längre med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat med sådan vård kommer man in på den roll som kommunernas socialtjänst har. Både för patientens fortsatta rehabilitering och med hänsyn till samhällsskyddsaspekten är det oerhört viktigt att patientens personliga och sociala förhållanden är ordnade på ett acceptabelt sätt innan han skrivs ut från sjukvårdsinrättningen.

Någon anledning att mildra de krav som uppställs i 16 § 2 LRV finns därför inte. Vad det gäller att förhindra är däremot att patienten hamnar mellan två stolar, därför att olika myndigheter tvistar om betalningsansvaret. Med tanke på vad som sägs i kommentaren till 6 § betalningsansvarslagen är det dock svårt att ur rättslig synpunkt rikta någon anmärkning mot kommunernas agerande eller den tolkning av lagen som domstolarna gjort. Läget är dock mycket otillfredsställande.

Enligt vår mening bör kommunernas betalningsansvar inträda när vård enligt LRV (och för övrigt även enligt LPT) på en sjukvårdsinrättning upphör. Kommunerna bör således ha betalningsansvar när beslut om öppen vård med särskilda villkor har fattats. Det innebär att bistånd enligt SoL bör ges till t.ex. särskilt boende, hjälp i hemmet eller till försörjningen om patienten saknar eller inte har tillräckliga egna medel. Även de stödformer som finns enligt LSS bör kunna komma i fråga om patienten tillhör personkretsen enligt LSS.

Att kommunerna skall ha betalningsansvar när beslut fattats om öppen vård med särskilda villkor måste anses klart även med beaktande av det tidigare nämnda uttalandet i den s.k. psykädelpropositionen. Beaktas bör därvid att medicinskt färdigbehandlad enligt 6 § betalningsansvarslagen är den som kan få sitt psykiatriska vårdbehov tillgodosett på annat sätt än genom kvalificerad psykiatrisk *dygnetruntvård*. Genom att vi nu föreslår två former av psykiatrisk tvångsvård, nämligen vård på sjukvårdsinrättning och öppen vård med särskilda villkor, bör det stå klart var gränsen för kommunernas betalningsansvar går även utan att någon ändring görs i betalningsansvarslagen. Därtill kommer att vi i avsnitt 7.5.3 föreslår att begreppet "kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård" skall användas i LPT som förutsättning för att tvångsvården skall kunna äga rum på sjukvårdsinrättning.

Det är mycket viktigt att chefsöverläkaren i god tid före utskrivningen kontaktar socialtjänsten i patientens hemkommun så att en samordnad vårdplanering kan ske. Ibland kan det kanske bli nödvändigt att kräva en ansvarsförbindelse från kommunens sida, t.ex. om det är aktuellt med vård på behandlingshem. Normalt måste man dock utgå från att kommunerna tar sitt ansvar, sedan det klarlagts var gränsen för deras betalningsansvar går. Nämnas kan att det enligt en ny bestämmelse i SoL (72 a §), som trätt i kraft den 1 januari 1998, är det den kommun där den enskilde är folkbokförd som har ansvar för bistånd, stöd och sociala tjänster under vård på sjukhus eller i annan sjukvårdsinrättning på initiativ av någon annan än en kommun. Principen om vistelsekommunens ansvar gäller således inte dessa fall. Det samarbete som måste etableras mellan chefsöverläkaren, den öppna psykiatriska vården och socialtjänsten har närmare behandlats i kapitel 11.

Frågan om ekonomisk kompensation till kommunerna för den kostnadsökning som vårt förslag kan komma att medföra får tas upp under den fortsatta beredningen av ärendet.

## 13 Frigång

### 13.1 Gällande bestämmelser

Den 1 juli år 1995 tillkom en ny bestämmelse i LRV, nämligen 10 a §, vilken innebär att chefsöverläkaren skall ansöka hos länsrätten om medgivande för att kunna ge tillstånd till frigång för en patient som ges rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Bakgrunden var att det under de senaste åren före lagändringen inträffat ett antal uppmärksammade avvikelser från rättspsykiatrisk vård. Det gällde bl.a. personer som genomgick rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning och som hade haft permission eller möjlighet till frigång. Socialstyrelsen konstaterade i en rapport att det var förhållandevis få avvikelser som skedde vid permission och frigång men att de avvikelser som förekom främst skedde vid frigång. Regeringen anförde i den proposition som låg till grund för lagändringen (prop. 1994/95:194) att åtgärder behövde vidtas för att öka säkerheten vid bedömningar av vilka patienter som borde ha möjlighet till frigång. Regeln om att chefsöverläkaren skall inhämta länsrättens medgivande vid beviljande av frigång infördes därför.

Enligt våra direktiv skall vi om så bedöms möjligt göra en första bedömning av effekterna av de ändringar i LRV som trädde i kraft den 1 juli 1995.

### 13.2 Effekterna av lagändringen år 1995 m.m.

Vi har genomfört en målundersökning i samtliga länsrätter. Målundersökningen har avsett samtliga psykiatrimål som avgjordes i länsrätterna fr.o.m. den 4 t.o.m den 22 november 1996. Under den perioden avgjordes 29 mål i länsrätterna som avsåg frigång, vilket utgjorde 7 procent av det totala antalet avgjorda LRV-mål under den aktuella treveckorsperioden. Möjligheten att inhämta yttrande från sakkunnig utnyttjades i ett fall. Medgivande angående frigång enligt 10 a § LRV kan lämnas antingen tills vidare eller för viss tid. När det gäller målen som avsåg medgivande tills vidare bifölls chefsöverläkarens ansökan i 83 procent av målen och alla mål som avsåg frigång för viss tid bifölls.

I en studie avseende 158 patienter som vårdades på Karsuddens sjukhus under år 1996 (studie av docent Agneta Nilsson, överläkare på Karsuddens sjukhus) har framkommit att länsrätten beviljade frigång med åklagarens tillstyrkande i 80 procent av de mål som förekom. I 15 procent av målen beviljade länsrätten frigång trots att åklagaren hade avstyrkt ansökan om frigång. Endast i 5 procent av målen avslogs ansökan om frigång. Vid en uppföljning av de frigångar som skedde under år 1996 på Karsuddens sjukhus, har framkommit att av de frigångar som beviljades trots att åklagaren avstyrkte frigång, har endast en avvikning skett.

Vi har från Socialstyrelsen inhämtat material avseende antalet avvikningar från rättspsykiatriska regionvårdsenheter i början av 1990-talet (tabell 1 — år 1990 resp. halvåret 1993) och under perioden den 1 oktober 1994—den 30 september 1995 (tabell 2) samt andra halvåret 1995 (tabell 3) och år 1996 (tabell 4), se nedan.

Tabell 1

	Totala antalet avvikningar		Avvikn. fr. frigång		Avvikn. fr. permission		Avvikn. fr. personal		Avvikn. fr. avd.	
	-90	-93	-90	-93	-90	-93	-90	-93	-90	-93
Karsudden	87	54	47	34	20	15	8	3	12	2
Säter	38	20	24	12	6	7	3	1	5	0
Växjö	18	4	10	1	0	0	8	2	0	1
Umeå	5	1	2	0	2	0	0	1	1	0
Västervik	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sundsvall	38	19	29	16	6	2	3	1	0	0
Vadstena	10	4	7	1	3	2	0	1	0	0
Total	196	102	119	64	37	26	22	9	18	3
*per halvår	98	102	59,5	64	18,5	26	11	9	9	3

Tabell 2

Avvikningar från rättspsykiatriska regionvårdsenheter 1994-10-01—1995-09-30								
Enhet	Fr. avd.	Fr. personal	Fr. frigång	Fr. permiss.	Annan sit.	S:a	Ant. vpl.	Kvot per vpl. för helår
Umeå	0	3	2	2	0	7	11	0,64
Sundsvall	0	1	5	5	0	11	50	0,22
Säter	0	2	4	1	0	7	42	0,17
Karsudden	3	6	15	13	0	37	96	0,39
Vadstena	0	0	0	1	0	1	40	0,03
Växjö	2	3	1	2	0	8	75	0,11
<b>Summa</b>	<b>5</b>	<b>15</b>	<b>27</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>71</b>	<b>314</b>	<b>0,22</b>
Växjö ej uppdelat på manlig och kvinnlig avdelning								
Tabell 3								
Avvikningar från rättspsykiatriska regionvårdsenheter andra halvåret 1995								
Enhet	Fr. avd.	Fr. personal	Fr. frigång	Fr. permiss.	Annan sit.	S:a	Ant. vpl.	Kvot per vpl. för helår
Umeå	0		2	1		3	11	0,55
Sundsvall	0	0	3	1	0	4	50	0,16
Säter	0	1	2	1		4	42	0,19
Karsudden	0	1	3	5		9	96	0,19
Växjö-manl.	0	0	1	1	0	2	65	0,06
Växjö-kvinnl.	2	1	0	0	0	3	10	0,60
<b>Summa</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>274</b>	<b>0,18</b>
Vadstena ej rapporterat								



Tabell 4								
Avvikningar från rättspsykiatriska regionvårdsenheter hela år 1996								
Enhet	Fr. avd.	Fr. personal	Fr. frigång	Fr. permissi	Annan sit.	S:a	Ant. vpl.	Kvot per vpl. för helår
Umeå	0	1	2	1		4	11	0,36
Sundsvall	0	1	2	6		9	50	0,18
Säter	0	0	1	3		4	42	0,10
Karsudden	0	11	22	15		48	96	0,50
Växjö-manl.	0	3	2	0	0	5	65	0,08
Växjö-kvinnl.	4	0	0	0	0	4	10	0,40
<b>Summa</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>29</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>74</b>	<b>274</b>	<b>0,27</b>
Vadstena ej rapporterat								

Av tabellerna framgår att antalet avvikningar har sjunkit ganska kraftigt sedan början av 1990-talet men varit tämligen oförändrat på senare år. Lagändringen avseende frigång trädde, som ovan nämnts, i kraft den 1 juli 1995. Tabell 2 avser således huvudsakligen tiden före lagändringen, medan tabellerna 3 och 4 avser tiden efter lagändringen. Av tabellerna framgår att några märkbara förändringar av antalet avvikningar vid frigång inte har skett efter lagändringen. Det är emellertid svårt att efter den korta tid som har gått efter lagändringen göra en bedömning av effekterna av lagstiftningen. Vi anser att det inte finns anledning att för närvarande göra några ändringar i bestämmelserna om frigång.

## 14 Verkställighet av utvisningsbeslut beträffande personer som vårdas enligt LRV med särskild utskrivnings- prövning

*Vi föreslår att det i tvångsvårdslagstiftningen skall föreskrivas att tvångsvården inte skall upphöra förrän utvisning, avvisning eller utlämning har verkställts.*

Vi föreslår vidare att det i förordningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård skall tas in en bestämmelse om att chefsöverläkaren är skyldig att underrätta patientens hemlands ambassad eller konsulat att utvisning till hemlandet kommer att verkställas och att den rättspsykiatriska vården kommer att upphöra.

### 14.1 Inledning

Vi skall enligt direktiven behandla problematiken kring verkställighet av utvisningsbeslut för de personer som skall utvisas men som vårdas med stöd av LRV med särskild utskrivningsprövning. Enligt 17 § LRV gäller bestämmelserna i 29 § första stycket LPT i fråga om upphörande av rättspsykiatrisk vård i samband med avvisning, utvisning och utlämning. I sistnämnda bestämmelse föreskrivs att, om beslut om avvisning, utvisning eller utlämning har fattats beträffande någon som vårdas enligt LPT (gäller genom hänvisningen i 17 § LRV även vid vård enligt LRV), skall tvångsvården upphöra om det begärs av den myndighet som skall verkställa beslutet och chefsöverläkaren finner att patientens tillstånd tillåter att beslutet om avvisning, utvisning eller utlämning verkställs. Det är således chefsöverläkaren som avgör om vården skall upphöra i dessa fall. Detta är ett undantag från regeln i 16 § LRV, där det föreskrivs att länsrätten beslutar om när rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken (av domstol beslutad rättspsykiatrisk vård) med särskild utskrivningsprövning skall upphöra.

## 14.2 Gällande bestämmelser

### 14.2.1 Vissa bestämmelser i utlänningslagen m.m.

Enligt 4 kap. 7 § utlänningslagen (1989:529) får en utlänning utvisas ur Sverige, om utlänningen döms för ett brott som kan leda till fängelse eller om en domstol undanröjer en villkorlig dom eller skyddstillsyn som utlänningen har dömts till. Utlänningen får dock enligt andra stycket nämnda paragraf utvisas endast om han döms till svårare straff än böter och

1. det på grund av gärningens beskaffenhet och övriga omständigheter kan antas att han kommer att göra sig skyldig till fortsatt brottslighet här i landet, eller
2. brottet med hänsyn till den skada, fara eller kränkning som det har inneburit för enskilda eller allmänna intressen är så allvarligt att han inte bör få stanna kvar.

Beslut om utvisning på grund av brott fattas av den domstol som handlägger brottmålet. Frågan om utvisning skall prövas av domstolen oberoende av om åklagaren har framställt särskilt yrkande härom. Vanligen initieras dock utvisningen av åklagaren. Ett beslut om utvisning är en särskild rättsverkan av ett brott men skall inte betraktas som en brottspåföljd. Utvisning kan kombineras med den brottspåföljd som bedöms lämplig. Utlänningen döms vanligen till ett ovillkorligt frihetsstraff jämte utvisning. Enligt 8 kap. 7 § fjärde stycket utlänningslagen får ett beslut om avvisning eller utvisning inte verkställas förrän en ådömd fängelsepåföljd har avtjänats eller verkställigheten av den har flyttats över till ett annat land.

Möjlighet finns även att kombinera utvisning med överlämnande till rättspsykiatrisk vård. Denna möjlighet infördes genom en bestämmelse i LSPV som tillkom i samband med tillkomsten av den tidigare gällande 1980 års utlänningslag. I förarbetena till nyss nämnda lag (prop. 1979/80:96 och SOU 1979:64) behandlades frågan om påföljden överlämnande till särskild vård i kombination med utvisning. Beträffande möjligheten att kombinera påföljden överlämnande till sluten psykiatrisk vård (enligt då gällande LSPV) med ett avlägsnandebeslut anförde Utlänningslagskommittén bl.a. följande (SOU 1979:64 s. 158).

Dom på överlämnande till sluten psykiatrisk vård anses verkställd i och med att den dömd tagits in på sjukhus för sådan vård. LSPV är då ensam tillämplig. Efter det att intagning skett efter domstolens dom, vårdas den dömd efter samma regler som övriga patienter, om man bortser från de särskilda bestämmelserna om förfarandet vid utskrivning. Utskrivning på försök kan således komma ifråga be-

träffande en sådan patient som tagits in efter domstols förordnande och som skall förvisas (utvisas). Sådan utskrivning skall ses som ett led i patientens utslussning i samhället. Förvisning har hittills inte ansetts kunna ske innan vården är helt avslutad. Om domstolen finner att ett vårdbehov bör tillgodoses genom överlämnande till sluten psykiatrisk vård, bör det fortfarande finnas möjlighet att döma till den påföljden även om utlänningsfrågan skall förvisas. Utskrivning av patienten bör i dessa fall ske när hans tillstånd förbättrats så att verkställighet kan ske av förvisningsbeslutet.

#### 14.2.2 Bestämmelser i LSPV

I 18 a § LSPV föreskrevs att om beslut meddelats om avvisning eller utvisning enligt utlänningslagen (1989:529) skulle patienten skrivas ut, om det begärdes av den myndighet som skulle verkställa beslutet och hans tillstånd tillät sådan verkställighet. Enligt 17 § LSPV gällde att utskrivningsnämnden beslutade om utskrivning i här aktuella fall, och således inte överläkaren, på samma sätt som utskrivningsnämnden fattade beslut om utskrivning i alla fall om utskrivning av patienter som intagits på grund av domstols förordnande.

I förarbetena till 18 a § LSPV (prop. 1979/80:96) uttalades bl.a. följande angående den konflikt som i vissa fall kunde uppkomma mellan ett utvisningsbeslut och intagning enligt LSPV.

Om en domstol dömer till överlämnande till sluten psykiatrisk vård jämte utvisning innebär det att en domstol har funnit att utlänningsfrågan inte får vistas i Sverige. När väl ett avlägsnandebeslut har fattats, är det inte rimligt att en intagning enligt LSPV helt skall hindra verkställigheten av beslutet. Å andra sidan måste patienten självklart vara i sådant tillstånd att han klarar resan hem. Detta gäller vid all verkställighet och avser hinder av såväl psykisk som somatisk art. Ett avlägsnandebeslut skall i princip kunna bryta vård enligt LSPV. En annan ordning skulle nämligen innebära att utvisning inte kan ske förrän patienten skrivits ut slutligt. Eftersom vården syftar till att anpassa patienten till det svenska samhället, bl.a. med hjälp av försöksutskrivningar, uppkommer lätt en anknytning hit som sedan kan omöjliggöra verkställigheten av avlägsnandebeslutet.

Frågan när verkställighet av utvisning skulle kunna ske vid vård enligt LSPV avgjordes mot bakgrund av när sjukdomsbilden tillät verkställighet. Förekomsten av tillfredsställande vård i hemlandet var inte avgörande för om utvisning kunde ske enligt LSPV.

### 14.2.3 Bestämmelser i LRV

Enligt 17 § första stycket LRV gäller bestämmelserna i 29 § första stycket LPT i fråga om upphörande av rättspsykiatrisk vård i samband med avvisning, utvisning och utlämning. I 29 § LPT föreskrivs följande: Har beträffande någon som vårdas enligt denna lag beslut meddelats om

1. avvisning eller utvisning enligt utlänningslagen (1989:529),
2. utvisning enligt lagen (1991:572) om särskild utlänningskontroll,
3. utlämning enligt lagen (1957:568) om utlämning för brott,
4. utlämning enligt lagen (1959:254) om utlämning för brott till Danmark, Finland, Island och Norge, eller
5. utlämning enligt lagen (1970:375) om utlämning till Danmark, Finland, Island eller Norge för verkställighet av beslut om vård eller behandling, skall tvångsvården upphöra, om det begärs av den myndighet som skall verkställa beslutet och chefsöverläkaren finner att patientens tillstånd tillåter att detta verkställs.

Bestämmelserna i 17 § första stycket LRV och 29 § första stycket LPT innebär att överlämnande till rättspsykiatrisk vård och intagning för psykiatrisk tvångsvård inte hindrar verkställigheten av ett beslut om avvisning, utvisning eller utlämning. Patienten måste emellertid vara i sådant tillstånd att han klarar att resa för att verkställighet av avvisning, utvisning eller utlämning skall kunna ske. Enligt 11 § tredje stycket förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård skall, innan den rättspsykiatriska vården upphör enligt de förut nämnda bestämmelserna i LRV och LPT, den myndighet som begärt att tvångsvården skall upphöra underrättas och ges tillfälle att hämta patienten. Frågan om upphörande av tvångsvården prövas av chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas. Chefsöverläkarens beslut går inte att överklaga.

Det kan påpekas att det till lagrådet remitterade förslaget till lag om rättspsykiatrisk vård hade en annan utformning än det slutligt antagna. I lagrådsremissen förutsattes att prövningen enligt 17 § första stycket LRV skulle göras av länsrätt i de fall domstolen beslutat om särskild utskrivningsprövning. Denna ordning stämde, såsom framgår av vad ovan har sagts, i sak överens med den tidigare lagstiftningen i LSPV. Nu gällande ordning infördes på förslag av lagrådet.

I 17 § andra stycket LRV föreskrivs att i fråga om en patient som är utlämning upphör den rättspsykiatriska vården vid verkställighet av ett beslut om hemsändande som har meddelats med stöd av 12 kap. 3 § utlänningslagen (1989:529). Enligt 12 kap. 3 § utlänningslagen får regeringen meddela föreskrifter om hemsändande av utlämningar som inte är flyktingar och som har tagits om hand enligt LPT och LRV. I 12 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsy-

kiatrisk vård föreskrivs att på begäran av en patient som är utländsk medborgare eller av chefsöverläkaren får Socialstyrelsen besluta att sända hem patienten, under förutsättning att denne tas emot i sitt hemland och kan antas få tillfredsställande vård där. Om framställningen inte har gjorts av chefsöverläkaren skall denne höras i ärendet. En patient får inte sändas hem annat än på egen begäran, om patienten kan anses ha fast anknytning i Sverige på grund av att han har varit bosatt här en längre tid eller har anhöriga här. En patient får inte heller sändas hem, om någon annan särskild omständighet talar mot detta.

I 17 § *tredje* stycket LRV föreskrivs att, om beslut har meddelats att verkställigheten av en påföljd som innebär överlämnande enligt 31 kap. 3 § brottsbalken till rättspsykiatrisk vård skall föras över med stöd av lagen (1972:260) om internationellt samarbete rörande verkställigheten av brottmålsdom till en annan stat, upphör den rättspsykiatriska vården vid verkställighet av beslutet. Enligt 1 § andra stycket lagen om internationellt samarbete rörande verkställighet av brottmålsdom kan regeringen förordna, i den mån det påkallas eller eljest föranleds av överenskommelse som Sverige har ingått med främmande stat, att verkställighet av frihetsberövande påföljd (fängelse eller rättspsykiatrisk vård), böter eller förverkande, som beslutats genom dom meddelad av svensk domstol, får anförtros åt myndighet i den främmande staten. Förordnande enligt 1 § kan avse verkställighet enligt 1970 års europeiska konvention om brottmålsdoms internationella rättsverkningar (brottmålsdomskonventionen) eller 1983 års europeiska konvention om överförande av dömda personer (överförandekonventionen).

Sammanfattningsvis reglerar 17 § LRV tre olika situationer då rättspsykiatrisk vård skall upphöra i samband med att patienten, enligt någon av de grunder som anges i bestämmelsen, inte längre kommer att kvarstanna i Sverige. Enligt 17 § *första* stycket LRV upphör således rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning vid verkställighet av avvisning, utvisning eller utlämning. Av 17 § *andra* stycket LRV följer att sådan vård även upphör vid verkställighet av beslut om hemsändande av utlämning. Vidare föreskrivs i 17 § *tredje* stycket nyss nämnda lag att rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning upphör vid beslut om att verkställigheten av en påföljd skall föras över med stöd av lagen om internationellt samarbete rörande verkställigheten av brottmålsdom till en annan stat. Som framgår av vad ovan har sagts är det problematiken kring verkställighet av utvisningsbeslut för de personer som vårdas med stöd av LRV med särskild utskrivningsprövning som vi skall se över. Vad som skiljer situationen att rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning upphör vid verkställighet av utvisning från hemsändande av utlämning och överflyttande av

verkställighet av brottmålsdom är att vid verkställighet av utvisning finns det inga garantier för att den utvisade personen blir omhändertagen på erforderligt sätt i det land han utvisas till.

### 14.3 Tillämpningsproblem

Nedan följer två fallbeskrivningar som kan tjäna till att illustrera de komplikationer eller problem som nuvarande lagstiftning för med sig.

#### Fall 1

En tingsrätt dömde i oktober 1994 en utländsk medborgare för grov våldtäkt och bestämde att han skulle överlämnas till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Enligt en tidigare dom angående grov våldtäkt m.m. var personen utvisad på livstid från Sverige. Efter domen intogs den utländske medborgaren på en rättspsykiatrisk regionvårdsenhet. Han utskrevs därifrån i januari 1995 i samband med verkställighet av utvisningsbeslutet. Enligt uppgift från dansk polis anhölls han i Danmark i februari 1995 som misstänkt för en ny våldtäkt. Riksåklagaren som fick kännedom om ärendet efter information av dansk polismyndighet begärde yttrande av Socialstyrelsen. Av Socialstyrelsens yttrande framgår bl.a. följande. Den utländske medborgaren undersöktes i juli 1994 på en av Rättsmedicinalverkets avdelningar. Eftersom fallet överprövades i Socialstyrelsens rättsliga råd, dröjde det till november 1994 innan han togs in på den rättspsykiatriska regionvårdsenheten för rättspsykiatrisk vård. Han hade då redan i flera månader behandlats med neuroleptika (antipsykotisk medicinering) i form av depåinjektioner som sattes in i samband med den rättspsykiatriska undersökningen. Till följd av medicineringen var han fri från psykotiska symtom redan i september 1994, således innan han togs in på sjukhuset för vård. Eftersom han var symtomfri och företedde biverkningar av behandlingen, upphörde all medicinering vid intagningen på sjukhuset. Han var medicinfri under hela vårdtiden på sjukhuset. Han bedömdes redan efter en kort observationstid vara symtomfri och kunna utvisas, vilket framgår av en skrivelse av överläkaren till polisen. Chefsöverläkaren ansåg dock att ytterligare observation krävdes och patienten kvarstannade i mer än två månader för denna observation. Eftersom han då alltjämt var medicinfri och symtomfri, ansåg chefsöverläkaren att utvisningen kunde genomföras. Från sjukhusets sida togs inte någon kontakt med myndigheter i patientens hemland utan utvisningen verkställdes av polisen. Rent praktiskt gick utvisningen till så att vårdansvarige överläkare meddelade lokala polismyndigheten att det ej förelåg medicinska hinder för utvisning eller motsvarande. Lokala

polismyndigheten verkställde sedan utvisningen inom loppet av några dygn. Socialstyrelsens bedömning var att ärendet hade handlagts omsorgsfullt.

### Fall 2

En hovrätt dömde i oktober 1996 en utländsk medborgare för försök till mord m.m. och överlämnade honom till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning samt utvisade honom ur riket med förbud att återvända hit. Hovrätten fastställde därmed den påföljd som tingsrätten beslutat i dom i augusti 1996. Den utländske medborgaren placerades för rättspsykiatrisk vård på en rättspsykiatrisk regionvårdsenhet i augusti 1996. Behandlande läkare på sjukhuset tillskrev polismyndigheten i januari 1997 och meddelade att han med stöd av 17 § LRV och 29 § första stycket LPT beslutat att tvångsvården beträffande den utländske medborgaren skulle upphöra och att verkställighet av utvisning kunde ske. I beslutet angav den behandlande läkaren att det under hela vårdtiden på sjukhuset inte funnits några indikationer för rättspsykiatrisk vård avseende den utländske medborgaren och att sjukhuset därför efter att domen vunnit laga kraft tagit kontakt med polismyndigheten angående utvisning. Efter beslutet om vårdens upphörande hämtades den utländske medborgaren av polisen som placerade honom i förvar. Utvisningsbeslutet överklagades till regeringen som dock avslog detta överklagande och anförde att det enligt 7 kap. 16 § utlänningslagen krävs särskilda skäl för att en domstols beslut om utvisning skall kunna upphävas. Regeringen fann inte sådana skäl föreligga i ärendet. Hinder mot verkställighet av utvisningen visade sig dock senare föreligga. Fråga uppkom då om den utländske medborgaren skulle bli frisläppt, eftersom utvisningen inte kunde verkställas samtidigt som det fanns ett beslut om att den rättspsykiatriska vården skulle upphöra. Beslut fattades då om att den rättspsykiatriska vården skulle återupptas.

Riksåklagaren har i en skrivelse till Socialdepartementet, vilken har överlämnats till kommittén, anfört att det är angeläget att överväga en ändring av handläggningsordningen. Riksåklagaren anför bl.a följande. Syftet med särskild utskrivningsprövning är att få till stånd en allsidig bedömning av om den rättspsykiatriska vården skall upphöra. Vid en prövning av länsrätten inhämtas regelmässigt synpunkter från åklagaren. Behovet av utskrivningsprövning övervägs av domstolarna i brottmålet. Med den ordning som gäller enligt 17 § LRV kan den dömde skrivas ut utan någon sådan prövning trots att domstolen har beslutat om särskild utskrivningsprövning. Riksåklagaren anser det tveksamt att utskrivning kan ske utan några garantier för att den dömde blir föremål för vård i sitt hemland, om vårdbehovet inte har upphört.



#### 14.4 Överväganden och förslag

Riksåklagaren har i sin skrivelse till Socialdepartementet anfört att handläggningsordningen enligt 17 § LRV, då beslutanderätten om upphörande av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning tillkommer chefsöverläkaren, är otillfredställande och därför bör ses över. Bestämmelsen i 17 § LRV utgör ett undantag från regeln i 16 § LRV där det föreskrivs att länsrätten beslutar om vårdens upphörande när det är fråga om rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

Det som man måste ta ställning till när det gäller verkställighet av utvisning beträffande en patient som har dömts till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning är om ett beslut om rättspsykiatrisk vård såsom påföljd för en allvarlig brottslighet bör utgöra hinder mot verkställighet av utvisningsbeslut enligt utlänningslagen. Här står å ena sidan statens intresse av att kunna bestämma vilka utlänningar som skall vistas i vårt land mot å andra sidan intresset av att samhällsskyddet blir tillgodosett såväl i Sverige som i det land utvisningen skall ske till samt den dömdes behov av psykiatrisk vård. I förarbetena till såväl tidigare gällande LSPV som nu gällande LPT och LRV uttalas att ett beslut om tvångsvård enligt LPT eller LRV inte hindrar att verkställighet kan ske av utvisningsbeslut. Mot bakgrund av vad som har framkommit genom bl.a. skrivelsen från Riksåklagaren och de ovan refererade fallbeskrivningarna måste emellertid övervägas om denna ordning bör kvarstå eller om någon ändring av gällande regler måste ske.

Det förekommer att utlänningslagstiftningen står i konflikt med även annan lagstiftning än psykiatrisk tvångslagstiftning. Utredningen om verkställighet av beslut om avvisning och utvisning har i betänkandet Ett samlat verksamhetsansvar för asylärenden (SOU 1995:55) berört frågan i vilken utsträckning ett omhändertagande av ett barn med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) skall utgöra hinder mot verkställighet av ett lagakraftvunnet beslut om avvisning eller utvisning. Utredaren anför i betänkandet att enligt hans uppfattning bör huvudprincipen vara att beslut enligt utlänningslagen i princip tar över beslut rörande enskilda som fattats med stöd av annan lagstiftning. Det är emellertid enligt utredningen inte möjligt att i alla fall hävda att utlänningslagen skall ha företräde framför annan lagstiftning. Avgörande för vilken lagstiftning som bör ha företräde kan bli särskilt grannlaga när det gäller barn som har omhändertagits med stöd av LVU därför att de har vanvårdats av sina föräldrar. Det är inte rimligt att lämna över barnet till en vårdnadshavare som uppenbart vanvårdar barnet och där barnets liv och hälsa kan sättas i stor fara om barnet överlämnas till vårdnadshavarna. Samtidigt är det enligt

utredningen inte heller rimligt att ett omhändertagande enligt LVU automatiskt skall innebära att inte bara barnet utan också vårdnadshavarna skall få uppehållstillstånd i Sverige.

Nyssnämnda utredning har lett till en ny bestämmelse i LVU, 21 a §, som trädde i kraft den 1 januari 1997 (prop. 1996/97:25, SFS 1996:1381). I denna bestämmelse föreskrivs att ett beslut om vård med stöd av LVU inte hindrar beslut om avvisning eller utvisning enligt utlänningslagen. Vidare föreskrivs att vård med stöd av LVU upphör när ett beslut om avvisning eller utvisning har verkställts. Samtidigt har införts en ny bestämmelse i utlänningslagen (2 kap. 4 c §) som innebär att ett tidsbegränsat uppehållstillstånd kan meddelas för barnet och vårdnadshavarna för den tid som ett barn har behov av vård enligt LVU och då en utvisning skulle äventyra barnets säkerhet. Även denna lagändring trädde i kraft den 1 januari 1997 (SFS 1996:1379).

Påföljden rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning ådöms endast när det är fråga om relativt allvarlig brottslighet, och i allmänhet är det fråga om våldsbrottslighet. Bestämmelsen i 16 § LRV, som innebär att länsrätten skall besluta om upphörande av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning, skall tillgodose samhällsskyddet genom att patienten inte skrivs ut så länge det till följd av den psykiska störningen finns risk för att han återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag. Åklagaren skall beredas tillfälle att yttra sig i ett sådant mål och åklagaren har därmed att göra en bedömning av om det kan befaras att samhällsskyddet blir eftersatt om utskrivning av patienten sker. Vid tillämpning av 17 § LRV beslutar chefsöverläkaren om när vården skall upphöra i samband med att verkställighet av utvisning skall ske. Chefsöverläkarens bedömning tar sikte på om patienten är i sådant skick att han klarar av resan vid verkställigheten och chefsöverläkaren har vid utskrivningen inte till uppgift att ta hänsyn till samhällsskyddet vid sin bedömning.

Invändningar kan resas mot att det vid tillämpning av 17 § LRV inte sker någon prövning som tar hänsyn till samhällsskyddet, vilket förutsätts ske när allmän domstol dömer till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Det kan påpekas att vid ådömt fängelsestraff sker utvisning först efter att straffet är avtjänat. Det finns därför skäl som talar för att länsrätten skall pröva frågan om upphörande av vård även i de fall där patienten skall utvisas och att 16 § LRV skall vara tillämplig även för dessa fall. Inför lagstiftningsarbetet med nu gällande LRV hade det till lagrådet remitterade förslaget till lag om rättspsykiatrisk vård en annan utformning än det slutligt antagna. I lagrådsremissen förutsattes att prövningen även enligt 17 § LRV skulle göras av länsrätt i de fall allmän domstol beslutat om särskild utskrivningsprövning. Länsrättens prövning föreslogs emellertid inte vara densamma som enligt 16 § LRV utan länsrätten skulle enligt

förslaget i lagrådsremissen pröva om patientens tillstånd tillät att utvisningsbeslutet verkställdes. De skäl som talar för att länsrätten har beslutanderätten och att det sker en prövning motsvarande vad som gäller enligt 16 § LRV är att systemet blir mer likt vad som gäller vid fängelsepåföljd, då utvisning sker först sedan verkställighet har skett av fängelsestraffet. Vidare sker utskrivning först sedan vårdbehovet är uppfyllt och när det dessutom inte till följd av den psykiska störningen finns risk för att patienten återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag.

Å andra sidan syftar vården till en anpassning till svenska förhållanden, med bl.a. permissioner. Ett sådant anpassningsarbete framstår inte som meningsfullt om patienten så snart vården har upphört skall utvisas till ett annat land. Den nya vårdform, öppen vård med särskilda villkor, som vi föreslår i kapitel 11 kommer sannolikt sällan att bli aktuell för en utlänning som skall utvisas.

En annan tänkbar lösning är att länsrätten visserligen skall ha beslutanderätten när den rättspsykiatriska vården med särskild utskrivningsprövning skall upphöra i samband med verkställighet av utvisning men att länsrättens prövning endast skall avse om patientens tillstånd är sådant att utvisning kan ske. Länsrätten skulle med detta förslag således inte göra en prövning enligt 16 § LRV utan endast bedöma om patientens tillstånd är så stabilt att en utvisning kan genomföras. Fördelarna med en sådan lösning är att det sker en domstolsprövning, vilket sker i övriga fall när någon dömts till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Det som kan tala mot ett sådant förslag är att länsrätten vid sin bedömning av patientens tillstånd till stor del måste förlita sig på läkarens bedömning. Som nyss har angetts fanns förslaget att länsrätten skall ha beslutanderätten men att prövningen endast skall avse patientens tillstånd med i lagrådsremissen i samband med utarbetandet av nu gällande lag, men lagrådet föreslog att beslutanderätten skulle ligga hos chefsöverläkaren.

Som ovan har nämnts finns det bestämmelser för liknande situationer som om de tillämpades i här aktuella fall skulle leda till att utvisning under pågående LRV-vård inte skulle behöva tillämpas. I 12 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård föreskrivs att hemsändande kan ske av patient under förutsättning att denne kan tas emot i sitt hemland och få tillfredsställande vård där, men denna bestämmelse kan i princip endast tillämpas om patienten själv begär att så sker. Vidare finns möjlighet till beslut om att verkställigheten av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning skall föras över till den dömdes hemland med stöd av lagen om internationellt samarbete rörande verkställighet av brottmålsdom i annan stat. Överförande kan emellertid ske enbart till de länder som tillträtt en konvention om möjlighet till överflyttning av verkställighet av påföljd

samt i de fall Sverige har träffat avtal med andra länder om sådan möjlighet. Enligt 2 § andra stycket förordningen (1977:178) med vissa bestämmelser om internationellt samarbete rörande verkställighet av brottsmålsdom får verkställighet av påföljd, som ådömts eller beslutats genom dom av svensk domstol med tillämpning av brottsmålskonventionen anförtros åt myndighet i Cypern, Danmark, Island, Nederländerna, Norge, Spanien, Turkiet eller Österrike. Enligt 13 § andra stycket nämnda förordning får frihetsberövande påföljd med tillämpning av överförandekonventionen anförtros åt myndighet i Amerikas Förenta Stater, Bahamas, Belgien, Bulgarien, Canada, Cypern, Danmark, Finland, Frankrike, Grekland, Irland, Island, Italien, Kroatien, Luxemburg, Malta, Nederländerna, Norge, Polen, Portugal, Schweiz, Slovakien, Slovenien, Spanien, Storbritannien och Nordirland jämte vissa områden för vilkas internationella förbindelser Storbritannien ansvarar, Tjeckien, Trinidad och Tobago, Turkiet, Förbundsrepubliken Tyskland, Ukraina, Ungern och Österrike. Som en ytterligare förutsättning för att överförande av verkställighet skall få ske enligt överförandekonventionen gäller att den dömde samtycker till överförandet.

Det bör emellertid nämnas att en expertkommitté inom Europarådet (Experkommittén för tillämpningen av de europeiska konventionerna på straffrättens område, PC-OC) har lagt fram ett förslag till tilläggsprotokoll till överförandekonventionen. Tilläggsprotokollet har nyligen antagits av Europarådets Ministerkommitté och öppnats för undertecknande. Sverige och några andra stater har undertecknat tilläggsprotokollet, vilket dock ännu inte har trätt i kraft. De operativa artiklarna i tilläggsprotokollet tar sikte på att i två mycket speciella situationer kunna överföra den dömde utan att denne har lämnat sitt samtycke. I det första fallet skall överföring utan samtycke kunna ske när den dömde har avvikit från den dömande staten till sitt hemland och i det andra fallet när han, förutom frihetsberövande i form av t.ex. rättspsykiatrisk vård, även dömts till utvisning. Även i dessa fall kommer det dock alltid att krävas att den mottagande, verkställande staten går med på överförandet. Tilläggsprotokollet innebär sålunda bl.a. att det öppnas en möjlighet för överförande av straffverkställighet utan den dömdes samtycke när denne skall utvisas.

Enligt 11 § förordningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård skall på begäran av en utländsk medborgare underrättelse lämnas till hans hemlands konsulat enligt lagen (1989:152) om underrättelseskyldighet m.m. när utlänningar är berövade friheten. Om en medborgare i Japan, Luxemburg, Nederländerna, Polen, Schweiz eller Ungern tas in på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk tvångsvård, skall Utrikesdepartementet omedelbart underrättas. Detsamma gäller när tvångsvården eller rättspsykiatrisk vård upphör eller om patienten avlider på vårdinrättningen. Vidare föreligger underrättelseskyldighet

gentemot främmande stat enligt lagen om underrättelseskyldighet m.m. när utlänningar är berövade friheten samt enligt konsularkonventioner med Storbritannien, Frankrike och Rumänien.

Mycket talar för att ha kvar gällande regelsystem som innebär att chefsöverläkaren beslutar om vårdens upphörande i samband med verkställighet av utvisning, men att man kompletterar med bestämmelser som innebär att det föreligger en underrättelseskyldighet gentemot det land utvisningen verkställs till. Så sker redan i dag till vissa länder enligt bestämmelser till följd av konventioner. Det som talar för att behålla nuvarande system är, såsom har framförts ovan, att det kan ifrågasättas om det är meningsfullt att vårda och förbereda för en återanpassning till ett normalt samhällsliv i Sverige om utvisning skall ske så snart vården är avslutad. Därtill kommer att det endast är några enstaka fall som, såvitt framkommit, har inneburit problem. Man bör vidare verka för att möjligheten att i vissa fall överföra verkställigheten av en påföljd till patientens hemland utnyttjas. Som framgår av vad ovan har redovisats talar mycket för att det inom en snar framtid kommer att finnas ökade möjligheter att överföra verkställigheten av en påföljd till den dömdes hemland i de fall där hemlandet fullt ut har tillträtt en konvention med denna innebörd.

När det gäller det ovan refererade fallet (Fall 2) avseende en utländsk medborgare framstår det som om ärendet inte har handlagts på ett korrekt sätt. Av förarbetena till LRV-lagstiftningen (prop. 1990/91:58 s.317) framgår att beslut om att vården skall upphöra inte kan fattas förrän utvisningen verkligen har verkställts. För att klargöra detta förhållande bör lagtexten förtydligas så att det klart framgår att vården upphör först sedan utvisningen har verkställts. Nu gällande handläggningsordning när det gäller utvisning beträffande de som har dömts till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning bör i princip sålunda bestå. Det bör emellertid i samtliga fall föreligga en skyldighet att underrätta patientens hemlands ambassad eller konsulat om att patienten inom kort kommer att skrivas ut från rättspsykiatrisk vård.

Vi anser således att nuvarande handläggningsordning när det gäller verkställighet av utvisning för de som är dömda till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning skall bestå men föreslår att lagtexten skall förtydligas så att det klart framgår att vården inte skall upphöra förrän utvisningen har verkställts. Vi föreslår även att det skall införas en skyldighet för chefsöverläkaren vid rättspsykiatrisk vård på sjukvårdsinrättning att underrätta patientens hemlands ambassad eller konsulat att utvisning till hemlandet kommer att verkställas och att den rättspsykiatriska vården kommer att upphöra.

## 15 Processuella frågor

*Vi föreslår:*

- att sakkunnig skall förordnas i mål enligt LPT och LRV om det inte är obehövt,
- att chefsöverläkaren skall få rätt att överklaga domstolens beslut, samt
- att den tid inom vilken ett LRV-mål med särskild utskrivningsprövning skall tas upp till avgörande i länsrätt skall förlängas till femton dagar.

### 15.1 Domstolens sammansättning i psykiatrimål samt användning och behov av sakkunniga

#### 15.1.1 Inledning

Vi skall enligt våra direktiv analysera frågan om länsrätten skall tillföras psykiatrisk kompetens för att möjliggöra adekvata bedömningar av de läkarintyg, som besluten om tvångsvård delvis vilar på. I detta sammanhang skall vi beskriva och analysera länsrätternas tillämpning av bestämmelserna om sakkunnig i psykiatrimål. Vi skall också överväga krav på sakkunnigmedverkan i vissa mål, exempelvis i mål som gäller konverteringar och anmälningar om upphörande av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

#### 15.1.2 Gällande rätt

Särskilda föreskrifter om handläggningen i förvaltningsdomstol av mål som gäller frihetsberövande m.m. vid psykiatrisk tvångsvård ges i 34—38 §§ LPT och 21 och 22 §§ LRV. Förfarandereglererna i LPT och LRV kompletterar regleringen i förvaltningsprocesslagen (1971:291), FPL. I 24—27 §§ FPL ges bestämmelser om rättens möjlighet att inhämta yttrande från sakkunnig i viss fråga och att hålla förhör med den sakkunnige. Enligt 24 § FPL får rätten inhämta yttrande över fråga, som kräver särskild sakkunskap, från myndighet, tjänsteman eller den, som eljest har att gå till handa med yttrande i ämnet, eller anlita annan

sakkunnig i frågan. I fråga om sakkunnig gäller 40 kap. 2—7 §§ och 12 § rättegångsbalken i tillämpliga delar. Enligt 25 § FPL får rätten förordna om förhör med vittne eller sakkunnig. Sådant förhör äger rum vid muntlig förhandling och får hållas under ed. Om förhör gäller 36 kap. 1—18 §§ och 20—23 §§ samt 40 kap. 9—11 §§ samt 14, 16 och 20 §§ rättegångsbalken i tillämpliga delar.

Enligt 37 § andra stycket LPT skall länsrätten höra lämplig sakkunnig vid muntlig förhandling om det behövs. Vid förhandlingen får den sakkunnige, i syfte att få upplysning rörande omständigheter som är av betydelse för dennes uppgift, ställa frågor till chefsöverläkaren och patienten. Bestämmelserna gäller enligt 21 § LRV i tillämpliga delar vid handläggningen i domstol av ett mål om rättspsykiatrisk vård. Syftet med regleringen i LRV och LPT är att länsrätten skall få uppkommande medicinska eller andra frågeställningar belysta och att länsrättens möjligheter att göra en obunden bedömning inte skall kunna sättas i fråga (jfr prop. 1990/91:58 s. 279).

Socialstyrelsen har med stöd av regeringens bemyndigande förordnat särskilda sakkunniga för psykiatrimål. I förarbetena (prop. 1990/91:58 s. 283) betonas att bestämmelsen i 37 § LPT inte begränsar möjligheten att inhämta sakkunnigutlåtande från någon annan med stöd av 24 § FPL.

Vid beredningen av lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård m.m. aktualiserades frågan om domstolarna bör ha en särskild sammansättning i mål om psykiatrisk tvångsvård. Lagrådet ansåg (prop. 1990/91:58 s. 184—185) att första domstolsinstansen, länsrätten, behövde förstärkas med en erfaren psykiater som ledamot om patientens ställning i processen inte skulle bli svagare än enligt då gällande ordning. Departementschefen anförde för sin del följande:

Enligt min bedömning kan man dock inte utgå från att en läkarledamot generellt skulle behövas i varje sådant mål. Det bör med fog kunna hävdas att det i många mål även utan särskild psykiatermedverkan kommer att finnas ett beslutsunderlag som ger en entydig bild i fråga om patientens psykiska tillstånd och medicinska vårdbehov. Uppgiften koncentreras då till att klarlägga och bedöma patientens personliga förhållanden utifrån andra än rent medicinska aspekter.

Departementschefen framhöll att en ordning med läkarledamot i rätten är förenad med en klar nackdel från rättssäkerhetssynpunkt, eftersom det finns en risk att avgörandet av målet kommer att bygga på väsentliga medicinska uppgifter och bedömningar som inte kommuniceras med

patienten. Mot denna bakgrund var hon inte vid den tidpunkten beredd att förorda lösningen med en särskild läkarledamot i rätten. Enligt departementschefen borde i stället ett system med särskilda fasta sakkunniga som tillhandahåller domstolen med yttrande kunna utvecklas något.

### 15.1.3 Resultatet av målundersökningar i länsrätterna m.m.

Vi har genomfört en målundersökning i samtliga länsrätter. Målundersökningen, som redovisas utförligt i kapitel 3, har avsett samtliga psykiatrimål som avgjordes i länsrätterna fr.o.m. den 4 t.o.m. den 22 november 1996, eller totalt 267 LPT-mål och 331 LRV-mål. Vid den i stort sett motsvarande målundersökningen som Domstolsverket (se DV-rapport 1993:3) genomförde fr.o.m. den 8 t.o.m. den 26 februari 1993 (dvs. under motsvarande tidsperiod) avgjordes totalt 280 LPT-mål och 289 LRV-mål. Av vår målundersökning framgår att länsrätterna har inhämtat yttrande från sakkunnig i 47 procent (111) av LPT-målen och i 22 procent (68) av LRV-målen. I Domstolsverkets målundersökning inhämtades yttrande från sakkunnig i 51 procent av LPT-målen och i 18 procent av LRV-målen.

Av såväl kommitténs målundersökning som Domstolsverkets under år 1993 genomförda målundersökning framgår att sakkunniga läkare anlitas ytterst sällan i en del länsrätter. I andra länsrätter förekommer sakkunnig i flertalet av psykiatrimålen. I Domstolsverkets undersökning framkom att yttrande inhämtades i större utsträckning av länsrätter med hög (> 1 000 mål) eller låg (< 400 mål) måltillströmning. Som exempel från kommitténs målundersökning kan nämnas att två av landets största länsrätter förordnar sakkunnig i mer än 70 procent av LPT-målen, medan en annan stor länsrätt endast förordnar om sakkunnig i 3 procent av dessa mål.

Det har framkommit att det i vissa länsrätter har varit svårt att förordna sakkunnig på grund av brist på sakkunniga och denna brist kan vara en förklaring till olikheterna mellan länsrätterna när det gäller förekomsten av sakkunniga.

Såväl av målundersökningen år 1993 som av den senare målundersökningen framgår att sakkunniga läkare anlitas i väsentligt mindre omfattning i LRV-målen än i LPT-målen. Även när det gäller LRV-mål förekommer stora olikheter mellan de olika länsrätterna. I en av de större länsrätterna har man förordnat sakkunnig i över 70 procent av målen samtidigt som man i en annan stor länsrätt inte förordnat sakkunnig i något av de under perioden avgjorda LRV-målen. Nämnas kan även att den länsrätt som under den aktuella perioden har haft flest LRV-mål (81 mål) har förordnat om sakkunnig i endast ett fall.



Förekomsten av sakkunnig varierar även beroende på vilken sakfråga som behandlas i målet och tendensen är densamma i Domstolsverkets undersökning som i vår målundersökning. Sakkunnig hördes i större utsträckning i LPT-mål som gällde patientens överklagande än mål som gällde chefsöverläkarens ansökan om förlängning av vårdtid. För LRV-målen var förhållandet det omvända. I LRV-mål hördes sakkunnig framför allt i mål som gällde chefsöverläkarens anmälan om upphörande av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Även i mål om permission förekom sakkunnig i tämligen hög utsträckning.

I målundersökningarna ställdes även frågan i vilken utsträckning den sakkunniges uppfattning överensstämde med chefsöverläkarens inställning i målet. I Domstolsverkets undersökning överensstämde den sakkunniges uppfattning med chefsöverläkarens uppfattning i 94 procent av LPT-målen och i 91 procent av LRV-målen. I kommitténs undersökning var förhållandet att av 111 LPT-mål överensstämde den sakkunniges inställning med chefsöverläkarens inställning i målet i 110 mål, dvs. i procent räknat i 99 procent av målen. I kommitténs målundersökning ställdes även frågan om utgången i målet huvudsakligen överensstämde med chefsöverläkarens inställning eller den sakkunniges inställning i de fall där den sakkunnige och chefsöverläkaren hade skilda uppfattningar. Det mål där den sakkunnige var av annan uppfattning än chefsöverläkaren gällde konvertering. I detta mål överensstämde utgången i målet huvudsakligen med den sakkunniges uppfattning. I de 68 LRV-mål där sakkunnig förekom överensstämde den sakkunniges uppfattning med chefsöverläkarens inställning i 62 mål, dvs. i 91 procent av målen. Beträffande de 6 mål där den sakkunnige hade en annan uppfattning i målet än chefsöverläkaren överensstämde utgången i målet huvudsakligen med den sakkunniges uppfattning.

#### 15.1.4 Överväganden och förslag

Frågan om domstolarnas sammansättning och behov av sakkunskap har tidigare diskuterats i flera olika sammanhang. I den s.k. Rättegångsutredningen (SOU 1987:13) som gällde processen i de allmänna domstolarna föreslogs att de allmänna domstolarna skulle ges en generell möjlighet att låta en särskild ledamot ingå i rätten. Förslaget ledde emellertid till stark kritik från flera remissinstanser och förslaget genomfördes inte. Kritiken gick bl.a. ut på att medverkan av en expertledamot kan leda till att rätten vid överläggningen får del av upplysningar som parterna inte har fått del av. I vart fall sägs det finnas en risk för att parterna kan misstänka att en expertledamot under överläggningen tillför rätten viktiga sakupplysningar som parterna inte har fått tillfälle att bemöta. Detta förhållande kan befaras rubba tilltron till

domstolsväsendet. I den proposition som följde efter betänkandet (prop.1989/90:71) anfördes att man med hänsyn till det ovan anförda borde vara försiktig med att utvidga användningen av expertledamöter. I propositionen pekades på möjligheten att i stället för att använda sig av en expertledamot använda sig av sakkunniginstitutet.

När LPT och LRV infördes förekom, som framgår av vad ovan har sagts, olika uppfattningar om sakkunnig läkare skulle ingå i rätten vid avgörandet. Lagrådet föreslog att länsrätten vid prövning av sådana mål skulle bestå av en sakkunnig ledamot, dvs. en psykiater. Föredraganden ansåg emellertid att risken att målet tillfördes sakkunskap över huvudet på parterna var avgörande. Regeringen valde därför att avstå från att föreslå medverkan av sakkunniga ledamöter i länsrätten.

Det har inte framförts till kommittén eller på något annat sätt kommit till vår kännedom att rådande förhållande där rätten består av juristdomare och nämndemän skulle ha brister som hänför sig till frånvaron av läkarexpertis i rätten. I de fall där behov av medicinsk expertis varit nödvändig har man haft möjlighet att förordna om sakkunnig läkare. Som framgår av vad ovan sagts har man i tidigare lagstiftningssammanhang varit tveksam till att införa möjligheter att låta en expertledamot ingå i rätten. Även när det gäller andra sociala mål än LPT och LRV, nämligen i mål enligt LVU och LVM, har det diskuterats om det skall finnas en expertledamot i rätten men man har kommit fram till att så inte skall vara fallet. I de sistnämnda måltyperna får man förordna om sakkunnigutlåtande i de fall där det är behövligt. Med hänsyn till det anförda finner vi att det inte framkommit sådana skäl för att en psykiater i LPT- och LRV-mål skall ingå som ledamot i domstolen att det föranleder en ändring av nuvarande regler.

När det gäller förordnande av sakkunnig i psykiatrimål har det framkommit genom de ovan redovisade målundersökningarna att det föreligger stora olikheter när det gäller de olika länsrätternas benägenhet att förordna sakkunnig. Vidare har det framkommit att det föreligger stor överensstämmelse mellan chefsöverläkarens uppfattning och den sakkunniges uppfattning i målen. Den stora överensstämmelsen mellan chefsöverläkarens uppfattning och den sakkunniges uppfattning i sakfrågan kan leda till ett ifrågasättande av betydelsen av att en sakkunnig förekommer i psykiatrimålen. Det måste emellertid anses vara en rättssäkerhetsgaranti för den enskilde att en annan läkare än den som har det yttersta behandlingsansvaret för honom får lämna sin uppfattning i målet. Det kan vara så att möjligheten att ytterligare en läkare skall granska chefsöverläkarens ställningstagande i målet gör att chefsöverläkaren överväger sin uppfattning i målet mer noggrant än om möjlighet att förordna sakkunnig inte funnits.

Det är inte tillfredsställande att det föreligger så stora skillnader mellan de olika länsrätterna när det gäller förordnande av sakkunnig som

har redovisats ovan. Med utgångspunkten att en sakkunnig är viktig för rättssäkerheten måste man överväga om man kan godta denna olikhet mellan länsrätterna. Det hinder mot att förordna sakkunnig för länsrätterna som består i brist på tillgång till sakkunniga måste undanröjas genom att Socialstyrelsen förordnar fler sakkunniga. Vidare bör man överväga om man generellt i alla måltyper bör skärpa kravet på sakkunnig i länsrätten eller om man bör skärpa kravet på sakkunnig i vissa måltyper eller kanske t.o.m. göra det i princip obligatoriskt med sakkunnig i vissa måltyper.

Några måltyper innefattar ofta särskilt svåra bedömningar. Exempel på sådana måltyper är mål om anmälningar om upphörande av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Målundersökningen har visat att sakkunnig förekommer i relativt stor utsträckning i dessa mål men att det även här föreligger stora olikheter mellan länsrätterna. Våra utvärderingar i kommittén har vidare gett besked om att vårdtiderna vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning har ökat.

Även mål avseende konvertering från frivillig psykiatrisk vård till tvångsvård kan vara sådana mål där det kan finnas behov av att i princip regelmässigt förordna sakkunnig. När det gäller beslut om konvertering föreslår vi i kap. 8 att det nuvarande farerekvisitet skall utgå och att -konvertering skall vara möjlig om förutsättningarna enligt 3 § LPT är uppfyllda. För att stärka rättssäkerheten föreslår vi att beslutet skall underställas länsrätten senast påföljande dag. För att ytterligare stärka rättssäkerheten kan man tänka sig att föreskriva att sakkunnig skall förordnas i alla mål om konvertering.

Både vid mål om anmälningar om upphörande av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning och vid mål om konvertering föreligger således starka skäl för att huvudregeln skall vara att sakkunnig skall förordnas av länsrätten. Även andra måltyper än de nyss berörda innefattar emellertid ofta svåra bedömningar. Det kan t.ex. vara fråga om förlängning av tvångsvård enligt LPT. Det av kommittén föreslagna systemet med öppen vård med särskilda villkor innefattar också en sådan prövning som kan nödvändiggöra utlåtande av en sakkunnig.

Vi anser vid en samlad bedömning att övervägande skäl talar för att huvudregeln bör vara att sakkunnig skall förordnas i mål enligt LPT och LRV. Undantag bör dock göras för mål om tillstånd till vistelse utanför vårdavdelningen men innanför vårdinrättningens område för den som dömts till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Det måste emellertid finnas ett undantag från huvudregeln att länsrätten skall förordna sakkunnig. Vi anser att länsrätten skall kunna underlåta att höra sakkunnig om det är obehövligt. T.ex. i de fall där länsrätten nyligen har prövat samma fråga och inga nya omständigheter har tillkommit kan det som regel anses obehövligt att förordna om sakkunnig. Det anförda innebär att länsrätten även i fortsättningen kommer att få göra en

bedömning i det enskilda målet om sakkunnig skall förordnas. Skillnaden mot vad som gäller i nuvarande lag är att presumptionen skall vara att sakkunnig skall förordnas.

## 15.2 Partsställningen i psykiatrimål

### 15.2.1 Gällande rätt

LPT och LRV innehåller särskilda bestämmelser om domstolens handläggning av psykiatrimål och om rätten att överklaga länsrättens beslut (32—38 §§ LPT och 18—22 §§ LRV). LPT och LRV kompletterar bestämmelserna i FPL. Bestämmelserna i LPT och LRV innebär bl.a. att patienten kan överklaga vissa beslut av chefsöverläkaren men att chefsöverläkaren inte får överklaga domstolens beslut. Att chefsöverläkaren inte har rätt att överklaga länsrättens beslut framgår av 33 § andra stycket LPT. Som skäl härför angavs i propositionen (prop. 1990/91:58) att denna typ av åtgärder inte bör ingå i läkarens arbetsuppgifter. Enligt tidigare gällande LSPV hade läkaren emellertid rätt att överklaga utskrivningsnämndens beslut. I förarbetena till LPT anger departementschefen att överläkaren sällan har utnyttjat sin möjlighet till överprövning.

### 15.2.2 De nya reglerna om tvåpartsprocess i de allmänna förvaltningsdomstolarna

Den 1 maj 1996 infördes en obligatorisk s.k. tvåpartsprocess i de allmänna förvaltningsdomstolarna. Undantag från tvåpartsprocess förekommer dock, och det skall för de särskilda måltyper som är undantagna finnas regler härom i den materiella speciallagstiftningen. Detta gäller bl.a. mål enligt LPT och LRV.

Frågan om tvåpartsprocess bör införas i mål enligt LPT och LRV behandlades mycket summariskt i den proposition som ligger till grund för reformen av den psykiatriska tvångsvården. I propositionen (prop. 1990/91:58 s. 275) uttalades följande om chefsöverläkarens processuella ställning:

I ansökningsmål har chefsöverläkaren ställning som part i länsrätten. Han har emellertid inte ansetts böra ges befogenhet att i något fall överklaga beslut av länsrätt eller kammarrätt. Ett skäl härför är att denna typ av åtgärder inte lämpligen bör ingå i läkarens arbetsuppgifter.

Frågan behandlades lika summariskt vid införandet av tvåpartsprocessen i de allmänna förvaltningsdomstolarna. I propositionen (prop. 1995/96:22 s. 74) uttalades följande:

Det finns emellertid målområden där det kan vara olämpligt att den beslutande myndigheten har rätt att överklaga. Ett exempel är lagstiftningen om psykiatrisk vård m.m. som redan innehåller uttryckliga regler om förbud för chefsöverläkaren att överklaga domstols dom.

Tvåpartsprocessen innebär att en förvaltningsmyndighet är motpart om en enskild överklagar förvaltningsmyndighetens beslut till allmän förvaltningsdomstol och att en förvaltningsmyndighet vars beslut ändras av en förvaltningsdomstol som huvudregel kan överklaga domstolens beslut. Det allmänna företräds av den myndighet som först beslutade i saken. Generella regler om detta har tagits in i 7 a, 10 och 14 §§ FPL

Den ändrade ordningen har kombinerats med utvidgade möjligheter för domstolen att avgöra mål utan att kommunicera överklagandet med företrädare för det allmänna. Reglerna om muntlig förhandling har justerats så att beslutsmyndigheten får föreläggas att inställa sig vid påföljd att dess utevaro inte utgör hinder för målens vidare handläggning och avgörande.

Den införda ordningen gällde redan tidigare vid administrativa frihetsberövanden enligt LVM. Länsrätten skall besluta om vård enligt respektive lag efter ansökan av socialnämnd. Nämnden företräder sedan det allmännas intressen under hela processen om sådan vård och har rätt att överklaga länsrättens och kammarrättens beslut.

I den nyss nämnda propositionen (prop. 1995/96:22 s. 74—75) hänvisades till att införandet av en tvåpartsprocess enligt lagrådet inte kan anses komma i konflikt med det krav på opartiskhet som följer av 1 kap. 9 § regeringsformen. Lagrådet gjorde detta övervägande med hänvisning till att det kan ifrågasättas huruvida en förvaltningsmyndighet vid beslutsfattandet kan anses inta en opartisk ställning om myndigheten i händelse av överklagande får rollen av motpart till den enskilde. Lagrådet konstaterade att en förvaltningsmyndighet kan sägas komma i motsatsställning till den enskilde redan genom att meddela ett beslut till dennes nackdel och att det från den enskildes synpunkt knappast blir någon avgörande skillnad om myndigheten i en kommande domstolspro-

cess får den formella ställningen av dennes motpart. Syftet med att förvaltningsmyndigheterna givits rätt att överklaga förvaltningsdomstols avgörande är enligt propositionen (prop. 1995/96:22 s. 75) att förbättra prejudikatbildningen och därmed uppnå en mer likformig rättstillämpning samt att kunna angripa beslut som är materiellt oriktiga eller på annat sätt är felaktiga eller tveksamma. Det konstateras att detta förutsätter att rättsbildningen inte stannar i länsrätterna.

I nämnda proposition (s. 77—78) anförs vidare skäl för införandet av den obligatoriska tvåpartsprocessen och bl.a. anförs att det i enpartsfall uteslutande ankommer på domstolen att tillvarata de allmänna intressena och att det därför finns en uppenbar risk för att domstolen skall uppfattas som partisk på grund av att den självmant skall inhämta utredning i målet. I tvåpartsfall blir utredningen fylligare genom att parterna sörjer för ett bättre utredningsmaterial och avlastar domstolen en del av arbetet för att sakfrågorna i målet blir tillräckligt utredda. Vidare anges att tvåpartsfall kan få den enskildes förståelse för sakomständigheterna att öka i och med att beslutsmyndigheten bemöter överklaganden och den enskilde kan få bättre kunskap om vad som krävs för att kunna vinna processen. Vidare framhålls (prop. 1995/96:22 s. 79) följande:

En ordning där de allmänna intressena är partsföreträdade redan i den första domstolsinstansen innebär att förhållandet mellan förvaltningsförfarandet och förvaltningsprocessen ändrar karaktär. Hos förvaltningsdomstolen startar en ny process med den enskilde klaganden på den ena sidan och beslutsmyndigheten på den andra. Processen blir inte längre en fortsättning på förfarandet hos förvaltningsmyndigheten (jfr bl.a. Lavin i *Förvaltningsrättslig Tidskrift* 1992 s. 120). En sådan utveckling stämmer också enligt regeringens mening väl med den roll som förvaltningsdomstolarna skall ha och som kommit till uttryck i flera lagstiftningsarbeten under senare år (se bl.a. prop. 1994/95:27 s. 141).

Sammanfattningsvis görs bedömningen att domstolsprocessen bäst tjänar sitt syfte om det allmänna kan företrädas som part redan i första instans.

### 15.2.3 Socialstyrelsens utvärdering

Vid Socialstyrelsens utredningsrapport till regeringen i december 1993 finns fogad en redogörelse för en enkätundersökning om chefsöverläkarnas uppfattning och erfarenheter av hur tillämpningen av LPT och LRV fungerar i praktiken. En klar majoritet av chefsöverläkarna uppgav att de tar avstånd från att ges en motpartsroll i förhållande till patienten. 41 procent ansåg det vara direkt olämpligt. Av kommentarerna framkom att

läkarna ansåg sig företräda patientens intresse. Man ansåg att en motpartsroll skadar läkar-patientrelationen, hindrar en behandlingssträvan och är förvirrande för patienten. Det framkom också att den muntliga kompletteringen i rätten ofta måste ske på ett språk som tydliggör för juristerna men som samtidigt står i motsättning till det förståelseinriktade uttryckssätt som är bra för patienten. Dialogen med patientens offentliga biträde leder inte sällan till att man anser sig behöva skärpa argumentationen i fråga om patientens privata och ibland intima förhållanden. Att märka är att trots att majoriteten av chefsöverläkarna sade sig vara emot att få en motpartsroll uppgav 60 procent av chefsöverläkarna att de skulle vilja ha en överklagningsrätt. Kommentarer för en möjlighet att överklaga var starkt formulerade för eller emot. Å ena sidan framhölls att mot en sådan rätt talar att den skulle låsa fast motpartsrollen och motverka vårdens syfte. Andra framhöll att det borde vara en självklarhet, eftersom man har tilldelats den "juridiska rollen som part". Det ligger en motsättning i att flertalet av chefsöverläkarna vill ha rätt att överklaga rättsens beslut samtidigt som flertalet chefsöverläkare anger att de inte vill ha rollen som motpart eftersom motpartsrollens viktigaste funktion är rätten att överklaga domstolens beslut.

#### 15.2.4 Överväganden och förslag

I de ovan nämnda propositionerna (prop. 1990/91:58 om psykiatrisk tvångsvård och prop. 1995/96:22 om tvåpartsprocess) anges inte av vilka skäl det är olämpligt att ge chefsöverläkaren rätt att överklaga domstols dom och vara motpart om en patient överklagar ett beslut till länsrätt, detta oaktat att chefsöverläkaren i likhet med socialnämnden i mål om frihetsberövande enligt LVM och LVU skall tillvarata de allmänna intressena när någon är i behov av vård.

Med hänsyn till den funktion och till de administrativa och medicinska ledningsuppgifter som en chefsöverläkare har i egenskap av ansvarig för en offentlig verksamhet kan tvärtom hävdas att en sådan befogenhet mycket väl kan ingå i chefsöverläkarens uppgifter. Med hänvisning till vad som anförs i prop. 1995/96:22 kan också hävdas att införandet av en obligatorisk tvåpartsprocess i förvaltningsdomstol har särskild betydelse vid myndighetsutövning som innebär att någon berövas friheten. Vid en analys av partsställningen i psykiatrimål bör man därför gå igenom vad som talar mot och vad som talar för att en obligatorisk tvåpartsprocess införs även i mål enligt LPT och LRV.

Det som talar mot att chefsöverläkaren skall få ställning som motpart är det faktum att det naturligtvis är av största vikt att patienten och chefsöverläkaren har ett bra förhållande till varandra. Chefsöverläkarens

främsta uppgift är att försöka få patienten frisk så snart som möjligt och det är viktigt att patienten har förtroende för honom. Det faktum att chefsöverläkaren inför domstolen direkt framställs som patientens motpart kan skada förtroendet och samarbetet dem emellan. Å andra sidan går den allmänna utvecklingen i domstolarna mot att det skall vara en tvåpartsprocess och att detta förhållande är en viktig beståndsdel i själva domstolsprocessen. En naturlig konsekvens av att frågor om psykiatrisk tvångsvård prövas och avgörs av domstol är därför att chefsöverläkaren får ställning som motpart. Ett led i en domstolsprövning är vidare möjligheten för båda parter att få överklaga ett beslut till högre instans. Detta är av vikt förutom för det särskilda målet som är under prövning även för prejudikatbildningen. Redan med nuvarande förfaranderegler har chefsöverläkaren genom sin roll som sökande en partsställning. Det finns ingen anledning att tro att chefsöverläkarens agerande vid domstolsförhandlingen kommer att förändras, om han formellt får rollen som motpart när patienten har överklagat ett beslut och han själv får en möjlighet att överklaga domstolens beslut.

Som tidigare har anförts förekommer inom socialtjänsten i t.ex. mål om omhändertagande av unga liknande problem när det gäller det faktum att socialtjänstpersonalen, vars huvuduppgift är att vara till stöd och hjälp för familjer och unga, framstår som den enskildes motpart i domstolen, även om det formellt är socialnämnden som är den enskildes motpart. Därtill kommer att även om länsrätten har en sakkunnig läkare till sitt förfogande vid sammanträdet gäller alltså att behandlande läkare känner patienten bäst och därför bäst kan bedöma vad en utskrivning kan innebära för patienten och inte minst för omgivningen. Det kan vara på det sättet att patienten vid den muntliga förhandlingen kan ge intryck av ett snabbare tillfrisknande än vad som egentligen är fallet. Vid den helhetsbedömning som den behandlande läkaren kan göra kan det förekomma att läkaren anser att domstolen inte har tagit tillbörlig hänsyn till hans synpunkter och behandlingsansvar och därför vill ha saken överprövad. Även vid domstolens prövning av chefsöverläkarens ansökan om utskrivning av en patient enligt 16 § LRV är det mycket som talar för att chefsöverläkaren bör ha en överklagningsrätt om länsrätten avslår ansökan om utskrivning. Vi anser därför att övervägande skäl talar för att chefsöverläkaren skall få ställning som motpart i mål enligt LPT och LRV.

Nästa fråga är att ta ställning till om det behövs någon särskild reglering av tvåpartsprocess i psykiatrimål. Man kan tänka sig situationen när länsrätten beslutar att den psykiatriska vården skall upphöra i strid med chefsöverläkarens uppfattning. Om chefsöverläkaren avser att överklaga länsrättens dom, kan den situationen inträffa att en patient blir utskriven men att kammarrätten efter överklagande beslutar att vården skall bestå. För att en patient inte först skall bli utskriven och därefter



åter bli intagen måste en regel om rätt för chefsöverläkaren att överklaga underrättens beslut kombineras med en regel med innebörd att en dom inte får verkställas förrän den vunnit laga kraft. En sådan regel finns i 20 § LRV beträffande allmän åklagare.

### 15.3 Åttadagarsregeln

#### 15.3.1 Gällande rätt

Enligt 35 § andra stycket LPT skall ett mål hos en länsrätt tas upp till avgörande inom åtta dagar från den dag då ansökan eller skrivelsen med överklagandet kom in till länsrätten. Länsrätten får förlänga denna tid, om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt. Denna bestämmelse gäller med stöd av en hänvisning i 21 § LRV även mål enligt LRV med undantag för mål om frigång. I mål om frigång gäller enbart det allmänna kravet på skyndsam handläggning. Om målet anhängiggörs av patienten, skall rätten förelägga chefsöverläkaren att yttra sig i målet (32 § LPT, 22 § första stycket LRV). Vidare gäller enligt 22 § andra stycket LRV att åklagaren, om det inte är uppenbart obehövt, skall beredas tillfälle att yttra sig i LRV-mål angående permission, frigång och upphörande av vården beträffande den patientkategori som har dömts till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

#### 15.3.2 Tillämpningsproblem

Åttadagarsregeln är en av de bestämmelser i psykiatrilagstiftningen som har fått mycket kritik såväl i den tidigare av Socialstyrelsen gjorda utvärderingen som i den av kommittén genomförda målundersökningen. Regeln har ofta lett till mycket stor tidspress, särskilt i LRV-mål där åklagare skall höras. För att kunna göra detta på ett bra sätt kan det krävas att åklagaren kontaktar målsäganden och gör andra efterforskningar. Detta blir mycket svårgenomförbart, eftersom åklagaren endast kan få mycket kort tid på sig att svara till länsrätten om länsrätten skall kunna ta upp målet till avgörande inom åtta dagar. Även i LPT-mål kan det förekomma svårigheter med att avgöra målen inom åtta dagar efter att ansökan eller anmälan kom in.

### 15.3.3 Överväganden och förslag

Flertalet LRV-mål gäller ansökan om permission eller prövning av en anmälan om upphörande av vård. I båda dessa fallen har chefsöverläkaren möjlighet att styra ansökningarna och anmälningarna så att dessa ges in i god tid. I LRV-målen finns det ofta inte samma behov av en snabb prövning som i LPT-målen. Med hänsyn till rättssäkerheten och samhällsskyddet är det angeläget att åklagarna får den tid som krävs för att de skall kunna fullgöra sin uppgift. Även i LPT-mål finns det emellertid, som ovan har sagts, många gånger svårigheter med att avgöra målen inom åtta dagar.

Det finns då skäl att diskutera olika alternativ till en annan utformning av regeln. Man kan tänka sig att ersätta kravet på avgörande inom åtta dagar med ett krav på skyndsam handläggning i såväl LPT- som LRV-mål i kombination med en åttadagarsregel i mål om permission och konvertering. Ett annat sätt är att låta åttadagarsregeln kvarstå i nuvarande omfattning i LPT-målen men begränsa kravet till skyndsam handläggning i LRV-målen. Ett annat alternativ är att låta åttadagarsregeln gälla i LPT-målen och begränsas till vissa frågor angående permission i LRV-målen samt att den allmänna regeln om skyndsam handläggning tillämpas i övrigt. Vidare kan man tänka sig att ersätta åttadagarsregeln med en regel som medger en längre frist.

Som tidigare har anförts är det framför allt när det gäller mål enligt LRV som åttadagarsregeln innebär problem. Detta innebär att det finns skäl som talar för att man skall ha olika regler i LPT och LRV när det gäller handläggningstiden. Det finns emellertid även fördelar med att samma handläggningstider gäller beträffande båda vårdlagarna. Ett krav på skyndsam handläggning skulle kunna tillämpas så att rätten i varje fall får ta ställning till hur snabbt ett avgörande måste fattas. Risken är emellertid att tidsutdräkten innan ett avgörande fattas blir relativt lång när det inte från början finns bestämt ett sista datum för avgörandet. Det kan tänkas att praktiska hänsynstaganden, såsom förhandlingsdagar för länsrätterna och åklagarnas arbetsbörda, medför att handläggningstiden blir längre än vad som är godtagbart för ett frihetsberövande som det är fråga om. Man bör därför inte använda sig av ett krav på skyndsam handläggning utan i stället fastställa en frist när målet skall vara avgjort.

Vi anser att övervägande skäl talar för att åttadagarsregeln bör kvarstå när det gäller LPT-mål. Det bör i detta sammanhang påpekas att länsrätten enligt 35 § LPT andra stycket andra meningen får förlänga denna tid, om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt. När det gäller LRV-mål anser vi att en ny regel om handläggningstiden bör införas. En regel med innebörden att handläggningen skall vara skyndsam är, som ovan anförts, alltför generell och man bör i stället ha en regel med en angiven

tidsfrist. För att möjliggöra att åklagaren kan göra en utredning och i förekommande fall kontakta målsäganden innan han yttrar sig till länsrätten bör denna tidsfrist bestämmas till femton dagar. Denna tidsfrist bör även gälla i mål om frigång.

## 15.4 Övriga processuella frågor

### 15.4.1 Åklagarens anmälningsskyldighet i kammarrätt enligt 20 § andra stycket LRV

Enligt 20 § första stycket LRV får åklagare överklaga länsrättens beslut om permission och länsrättens beslut att delegera rätten att medge permission till chefsöverläkaren samt beslut att den rättspsykiatriska vården skall upphöra. En förutsättning för att åklagaren skall ha rätt att överklaga beslut är enligt nämnda bestämmelse andra meningen att åklagare har anmält till rätten att beslutet kan komma att överklagas. Enligt 20 § andra stycket LRV får beslutet inte verkställas förrän det har vunnit laga kraft eller rätten dessförinnan har underrättats om att åklagaren inte kommer att överklaga. Bestämmelsens innebörd har tolkats så att en anmälan inte behöver upprepas hos kammarrätten, om den gjorts vid handläggningen hos länsrätten. Detta framgår inte klart av lagtexten och ett förtydligande av lagtexten bör därför ske.

### 15.4.2 Utgångspunkt för beräkning av frister m.m.

Enligt 7 § LRV skall rättspsykiatrisk vård enligt 1 § andra stycket 1 (dvs. för den som efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård) påbörjas utan dröjsmål när domstolens beslut om sådan vård har vunnit laga kraft. Är den dömd häktad, skall vården påbörjas även om beslutet inte har vunnit laga kraft, under förutsättning att den dömd och åklagaren medger att så sker. Så länge beslutet om häktning gäller skall därvid bestämmelserna om rättspsykiatrisk vård för den som är häktad tillämpas utom såvitt avser förutsättningarna för sådan vård.

Vården enligt 7 § LRV av häktade är således avhängig av om patienten samtycker till vården och är därmed att betrakta som frivillig vård. Om patienten inte samtycker till vården får patienten vistas på häktet i avvaktan på att domen vinner laga kraft. Chefsöverläkaren är skyldig att mottaga patienten för vård. Det har framförts att det råder viss oklarhet om hur 7 § andra stycket nämnda lag skall tillämpas, när det gäller utgångspunkten för beräkning av de frister rörande förlängning av vård som regleras i 13 och 16 §§ LRV, dvs. i realiteten hur

länge vården kan pågå innan domstolsprövning måste ske. I de fall domen överklagas kan det gå relativt lång tid innan domen vinner laga kraft, vilket i sin tur innebär att en patient som ges rättspsykiatrisk vård med stöd av 7 § andra stycket LRV kan vårdas lång tid utan att prövning av frågan om vårdens upphörande/förlängning sker. Detta kan framstå som anmärkningsvärt, men eftersom denna vård är beroende av om patienten samtycker till vården anser vi att nuvarande bestämmelser bör tolkas så att utgångspunkten för beräkning av frister enligt 13 och 16 §§ LRV bör vara den dag då domen vinner laga kraft och att det inte föreligger skäl att ändra denna bestämmelse. Vidare bör framhållas att brottmålsdomstolen svarar för att frihetsberövandet genom häktning är grundat. Det bör påpekas att patienten skall återföras till häktet om han återtar samtycket till placeringen på sjukvårdsinrättningen. Det bör också nämnas att en häktad även kan tas in för rättspsykiatrisk vård med stöd av 4 § LRV. Chefsöverläkaren skall då besluta om förutsättningarna för rättspsykiatrisk vård enligt denna bestämmelse är uppfyllda. Någon domstolsprövning sker inte alls i ett sådant fall.

En fråga om förlängning/upphörande av vården enligt 16 § LRV prövas av länsrätten efter anmälan av chefsöverläkaren eller efter ansökan av patienten. Anmälan skall ske genast när chefsöverläkaren finner att den rättspsykiatriska vården kan upphöra. I annat fall skall anmälan göras senast inom fyra månader räknat från den dag då domstolens beslut blivit verkställbart eller, om patienten kommit till sjukvårdsinrättningen en senare dag, från den dagen. Enligt 16 § sista stycket sista meningen LRV skall anmälan om vårdens förlängning ske inom var sjätte månad från den dag då rätten senast meddelade beslut i frågan. Det har framkommit att det råder oklarhet om hur den i 16 § sista stycket sista meningen LRV angivna tidsfristen skall räknas. Syftet med bestämmelsen måste enligt vår mening vara att få tillstånd domstolsprövning halvårsvis och att anmälan därför skall göras inom var sjätte månad från rättens senaste beslut oberoende av om beslutet har fattats efter anmälan av chefsöverläkaren eller efter ansökan av patienten. Skäl att ändra bestämmelsen föreligger inte.

#### 15.4.3 Underrättelse till polismyndighet beträffande vissa LRV-patienter

Enligt 9 § förordningen (1970:517) om rättsväsendets informationssystem har chefsöverläkaren skyldighet att lämna uppgift till Rikspolisstyrelsen om intagning i eller utskrivning från sjukvårdsinrättning beträffande den som av domstol har överlämnats till rättspsykiatrisk vård samt beträffande den som har begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning mot annans personliga säkerhet eller psykiska eller

fysiska hälsa för vilket åtal inte har väckts. Uppgift om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område skall lämnas i den utsträckning som Rikspolisstyrelsen finner sådan uppgift nödvändig.

Uppgifterna från sjukvårdsinrättningarna ingår i Person- och belastningsregistret i enlighet med nämnda förordning. Underrättelseskyldigheten sker för närvarande med hjälp av ett blankettset.

Sedan en tid tillbaka pågår vid Rikspolisstyrelsen framtagning av ett nytt belastningsregister. Bakgrunden till detta är ett regeringsuppdrag. Innehållet i registret kommer att regleras i lag respektive i förordning. I registerutredningens slutbetänkande, Polisens register (SOU 1997:65), föreslås bl.a. att registrering skall ske i belastningsregistret avseende intagning och utskrivning från rättspsykiatrisk vård av den som domstol har överlämnat till rättspsykiatrisk vård, men att uppgifter inte skall lämnas vid tillfälligt vistande utanför sjukvårdsinrättningens område. Belastningsregistret beräknas sättas i drift under år 1999.

Rikspolisstyrelsen har uppmärksammat kommittén på att förordningen (1970:517) om rättsväsendets informationssystem kommer att upphävas och att underrättelseskyldigheten därför bör regleras på annat sätt. Vi tar inte ställning till var underrättelseskyldigheten bör regleras utan anser att regleringen av denna skyldighet och vad den bör innefatta skall behandlas i samband med att det nya belastningsregistret sätts i drift.

#### 15.4.4 Underrättelse till målsäganden i vissa fall

I 28 § LRV föreskrivs att om en patient genomgår rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning skall chefsöverläkaren om brottet och övriga omständigheter gör det påkallat, ge målsäganden möjlighet att begära att bli underrättad dels om patienten har lämnat sjukvårdsinrättningen utan tillstånd eller inte har återvänt dit sedan tiden för ett tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område har gått ut eller tillståndet har återkallats, dels när beslut fattas om att patienten får vistas utanför sjukvårdsinrättningens område eller när vården skall upphöra. Önskar målsäganden underrättelse skall en sådan ges så snart som möjligt och vid beslut som anges i nämnda paragraf innan patienten lämnar vårdinrättningen. Vi föreslår att det i LRV skall införas en motsvarande bestämmelse angående underrättelse till målsäganden även när vården på sjukvårdsinrättningen övergår till öppen vård med särskilda villkor.

Enligt andra stycket i bestämmelsen skall underrättelse som avses i första stycket lämnas utan att målsäganden begärt att bli underrättad om det finns särskilda skäl.

JO har i beslut den 23 april 1997 (Dnr 3387-1996) riktat kritik mot en rättspsykiatrisk regionvårdsenhet för att vårdinrättningen vid ett tillfälle inte underrättat målsäganden om att patienten beviljats permission och att målsäganden vid ett annat tillfälle lämnades underrättelse om att vården upphört för patienten först flera dagar efter länsrättens beslut härom. JO anför bl.a. följande:

Mot bakgrund av vad som har förekommit i ärendet anser jag att det finns skäl att överväga om det inte t.ex. i förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård bör tas in en föreskrift innefattande skyldighet att i patientjournalen dokumentera dels målsägandens önskemål om att erhålla underrättelse i här aktuellt avseende, dels fullgörande av denna underrättelseskyldighet.

Bestämmelsen om målsägandens rättighet att bli underrättad vid ovan angivna situationer har tillkommit som ett led i arbetet på att förbättra brottsoffrens ställning. Syftet med skyldigheten att underrätta målsäganden är att denne skall ges möjlighet att vidta de åtgärder som han eller hon önskar för att t.ex. undgå att bli uppsökt av den dömde. Underrättelsen skall därför ske så snart som möjligt och i vart fall innan patienten lämnar vårdinrättningen. För att säkra att sådan underrättelse sker och i ett så tidigt skede som möjligt föreslår vi att det i förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård skall tas in en bestämmelse med innebörd att det skall dokumenteras i patientjournalen om målsäganden önskar att bli underrättad om att patienten t.ex. har permission samt att det även skall anges när en sådan underrättelse har lämnats.

## 16 Något om behovet av tvång beträffande psykiskt störda som inte omfattas av LPT eller LRV

Genom psykiatrireformen som genomfördes den 1 januari 1995 fick kommunerna ett tydliggjort ansvar för boende, stöd, service samt sysselsättning för personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar. Med reformen följde också ett hälso- och sjukvårdsansvar för kommunerna upp till sjuksköterskenivå. Kommunerna har också fått ett betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter som vårdats sammanhängande mer än tre månader i sluten psykiatrisk vård. Patienten är att anse som medicinskt färdigbehandlad när han kan få sitt psykiatriska vårdbehov tillgodosett på annat sätt än genom psykiatrisk dygnetruntvård.

Kommittén har av Kommunförbundet uppmärksammat på svårigheter som socialtjänstens personal ställs inför när det gäller hjälp och stöd av människor som är psykiskt störda men som inte är så sjuka att de uppfyller kriterierna för psykiatrisk tvångsvård. Kommunförbundet har i en skrivelse till Socialdepartementet begärt att kommittén skall behandla dessa frågor i sitt arbete. Socialdepartementet har emellertid beslutat att ge Socialstyrelsen i uppdrag att göra en översyn av dessa frågor. Vi finner dock anledning att redovisa de problem som kommit till kommitténs kännedom.

Det kan inledningsvis nämnas att Socialberedningen i sitt betänkande Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten lämnade förslag till en helt ny lag med regler till skydd för åldersdementa m.fl. Lagstiftningen skulle ta sikte på att ge rättslig grund för att i skyddssyfte låsa den avdelning på en institution där patienten eller den boende vistas. Emellertid bedömde departementschefen att beredningens betänkande och förslag inte utgjorde tillräckligt underlag för att gripa in med lagstiftning på området. I stället borde man falla tillbaka på allmänna regler och principer vid bedömningen av i vilken utsträckning tvång i olika former får förekomma beträffande här aktuella kategorier. Departementschefen pekade också på att det utvecklingsarbete som pågick beträffande vården av senildementa med t.ex. nya boendeformer också berörs av försök att finna olika tekniska arrangemang som ger vårdpersonalen möjligheter att vid behov ingripa med hjälp och stöd utan att använda inlåsning eller liknande förfarande. Slutligen anfördes att i den mån detta förändringsarbete inte ger tillfredställande resultat får frågan om lagreglering tas

upp till fortsatta överväganden.

Från flera kommuner har framförts att kommunens vårdpersonal upplever att personer som ansetts medicinskt färdigbehandlade och skrivits ut till kommunen kan ha kvar kraftiga symtom på psykisk störning med hallucinationer och vanföreställningar. De kan uppvisa beteenden och ett sätt att förhålla sig till sin omgivning som gör det mycket svårt för den kommunala personalen inom hemvården att hjälpa patienten i den egna bostaden oavsett om det är ett ordinarie boende eller boende i en gruppboende för psykiskt störda. Flera av dessa personer har enligt kommunens vårdpersonal så svåra psykiska störningar att det kan finnas behov av att göra vissa begränsningar i den personliga friheten. De insatser som i kommunalt huvudmannaskap ges till personer med långvariga och allvarliga psykiska störningar är emellertid frivilliga insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om särskilt stöd eller service (LSS). I dessa lagar finns inget stöd för begränsningar i den personliga friheten. Några av de problem som personalen i kommunala gruppboenden för psykiskt störda upplever är följande;

- En boende går ute i tunna kläder trots sträng kyla och riskerar att förfrysas.
- En person går runt i ett område och tömmer grannars brevlådor eftersom han anser att det är hans post som grannarna får.
- Frossättning.
- En person brusar upp ibland och hotar att mörda personalen med sin kökskniv.
- En god man tar kontakt och är bekymrad för sin klients ekonomi. Klienten slår sönder fönster och andra saker när han mår dåligt och drar på sig dryga kostnader för reparationer.

Vid ett av kommitténs studiebesök gavs exempel på vilka svårigheter som socialtjänstens personal ställs inför när det gäller människor som är psykiskt störda och som får hjälp och vård genom socialtjänstens försorg. Nedan lämnas en kort redogörelse för de fallbeskrivningar som vi fick ta del av vid studiebesöket.

Det första fallet gällde en ung man som led av Asbergers syndrom och hade en lätt utvecklingsstörning. Han bodde i en egen bostad och hade hjälp dygnet runt av personliga assistenter. Han var mycket speciell till sin läggning och fick ibland aggressiva utbrott. I samband med dessa utbrott blev assistenterna tvungna att använda våld för att hindra honom från att skada sig själv eller andra. Fysiskt tvång behövde även ibland användas, när övertalning inte hjälpte, för att få honom att kliva upp ur sängen och åka iväg till dagverksamhet m.m.



Nästa fall gällde en medelålders kvinna. Hon led av en psykisk störning som ibland tog sig så allvarliga uttryck att förutsättningarna för LPT var uppfyllda. När hon vistades i sin bostad hade hon hjälp från hemtjänsten. Hon var emellertid mycket krävande, ställde krav på mer hjälp och anmälde ofta hemtjänstens personal för påstådda fel i arbetet. Förhållandena blev ibland så svåra för personalen att hon förvägrades bistånd i form av hemtjänst. Hon överklagade då detta beslut och fick rätt i länsrätten. Hon tillhörde således en kategori som är svår att hantera såväl inom socialtjänsten som inom psykiatrin.

Det tredje fallet gällde hur man skall undvika att förvirrade gamla lämnar servicehus och ålderdomshem utan att kunna ta vara på sig själva. Frågan var här hur man genom låsanordningar eller på annat sätt skulle kunna förhindra att dessa människor lämnade det hem där de vistades.

I vissa av de ovan beskrivna situationerna då tvång måste användas kan detta ske med hänvisning till gällande regler om nöd och kanske nödvärnssituationer. I sådana fall är det tillåtet att under vissa förutsättningar använda våld. Mer problematiskt är det tvång eller fysiska våld som tydligen i vissa fall behöver användas för att förmå en person att göra vissa saker. Här kan det vara fråga om ett tvång som är otillåtet. När det gäller låsanordningar e.d. för senildementa är problemen likartade.

I den kommunala verksamheten finns den uppfattningen att man för att ge god och säker vård eller omvårdnad tidvis behöver ha möjlighet att införa vissa begränsningar i en persons självbestämmande. Det kan t.ex. gälla att få låsa in vassa köksverktyg i den enskildes bostad när en person i en period av obalans hotar personalen med kniv. I dag saknas anvisningar och regler för hur problem av den art som beskrivits ovan skall hanteras, vilket innebär att personal som arbetar längst ut på fältet i dessa personers närhet måste göra svåra ställningstaganden som kanske inte alltid stämmer överens med gällande lagstiftning. Om inga nya lagregler eller råd utarbetas för hur personalen skall handla i svåra situationer kan det enligt företrädare för kommunal personal finnas en risk för att ett informellt okontrollerat tvång utvecklas utan stöd i lagstiftningen. En översyn av de frågor som kort redovisats i detta kapitel framstår som nödvändig, men eftersom Socialdepartementet har lämnat Socialstyrelsen ett uppdrag att göra en utredning av här diskuterade frågor finner vi inte anledning att ytterligare beröra frågorna.

## 17 Ekonomiska konsekvenser

För utredningsarbetet gäller regeringens direktiv (dir. 1994:23) om att pröva offentliga åtaganden. Enligt dessa direktiv får förslagen inte öka de offentliga utgifterna eller minska statsinkomsterna. Vidare gäller att varje möjlighet att effektivisera den offentliga sektorn bör tas till vara.

Kommittén har vissa förslag som leder till ökade kostnader för landstingen och andra förslag som minskar landstingens kostnader för vården av psykiskt störda. Vissa förslag kan komma att öka kommunernas kostnader för vissa långvarigt och allvarligt psykiskt störda. Förslaget kan även beräknas leda till en viss ökning av domstolarnas kostnader. Beräkningarna av de ekonomiska konsekvenserna försvåras dock av att reglerna för ersättningar och avgifter växlar mellan olika landsting och kommuner samt av att det är svårt att mer i detalj kunna förutsäga vilken effekt kommitténs olika förslag kommer att ha. Vi beräknar emellertid att sammantaget kommer de offentliga utgifterna att minska.

### *Kostnadsökningar för domstolarna*

Vi föreslår att det särskilda farerequisitet vid konvertering avskaffas, att krav på tvåläkarprövning införs och att domstolsprövning görs av alla konverteringsfall. Eftersom andelen konverteringar vid olika studier efter införandet av LPT inte minskat i någon nämnvärd omfattning i jämförelse med vad som var fallet då den tidigare lagregleringen gällde torde denna förändring inte öka andelen konverteringar särskilt mycket. Däremot kommer naturligtvis länsrätterna att få en viss ökning av mål, då alla konverteringar skall underställas domstolsprövning.

Vid Socialstyrelsens undersökning 1992/93 konstaterades att 39 procent av konverteringsfallen inte blev prövade av länsrätt då tiden för tvångsvård underskred fyra dagar. Om samma förhållande fortsättningsvis skulle gälla betyder det att med vårt förslag kommer ytterligare nära 600 fall per år underställas länsrätten för prövning även om tiden för tvångsvård blir kort. Kostnaden för ett mål enligt LPT eller LRV beräknas uppgå till 3 510 kr. Denna beräkning baserar sig på statistik från Domstolsverket (Domstolsverkets årsredovisning 1995/96). Kostnaden för handläggningen av 600 mål i länsrätt blir 2,1 Mkr. Här har dock inte beaktats kostnader för mål enligt LPT och LRV i överrätt

vid överklagande. Det kan noteras att överklagandefrekvensen är 8,3 procent mellan länsrätt och kammarrätt. Det kan förväntas att överklagandefrekvensen ökar något till följd av förslaget att chefsöverläkaren skall ha rätt att överklaga ett mål till högre instans. Kostnaden för ett psykiatrimål i kammarrätten är beräknad till 11 080 kr.

Prövningen av ansökan om öppen vård med särskilda villkor blir relativt omfattande eftersom även den samordnade vårdplaneringen skall prövas. Vidare tillkommer här rätten för patienten att ha offentligt biträde. Ökningen av antalet mål i länsrätt till följd av ansökan om öppen vård med särskilda villkor kan beräknas till 100 LPT-mål och 200—250 LRV-mål per år. Dessutom tillkommer ett antal ärenden som gäller patienter som återintagits från öppen vård med särskilda villkor och där förnyad sådan öppen vård skall prövas. Totalt kan det således bli fråga om högst 500 nya mål. Detta innebär en kostnadsökning på 1,7 Mkr för handläggning av mål om öppen vård med särskilda villkor. Sammanlagt kan ökningen av länsrätternas kostnader till följd av våra förslag beräknas till ca 3,8 Mkr. Det bör dock påpekas att denna ökning skall spridas på ett stort antal domstolar och att det endast är om ökningen av målantalet medför personalförstärkningar som den beräknade kostnadsökningen slår igenom fullt ut. Påpekas bör dock att skärpningen av kravet på sakkunnigmedverkan bör föranleda vissa kostnadsökningar.

### *Stödpersoner*

Varje år avslutas ca 8 500 vårdtillfällen enligt LPT. Trettiofem procent av tvångsvårdstillfällena är avslutade inom 14 dagar och på den korta tiden hinner endast enstaka patienter att få en stödperson. Mellan två och fyra veckors vårdtid gäller för ungefär 30 procent av vårdtillfällena. Under denna tid har i dag endast 10 procent av patienterna stödperson medan 63 procent av patienterna uppges ha avböjt att få en stödperson. Om möjligheterna att utse stödperson effektiviseras kan således stödperson behövas i ytterligare 27 procent av vårdtillfällena eller vid 700 vårdtillfällen per år för högst en månad vid varje vårdtillfälle. För de patienter som vårdas längre tid än fyra veckor är det mest angeläget med stödperson. Om man utgår ifrån att hälften av dessa patienter skulle acceptera stödperson är det fråga om ytterligare 1 000 fall eftersom ca 500 redan i dag har stödperson. Eftersom vårdtiderna är olika långa blir summan högst 6 000 stödpersonsmånader. Uppdraget som stödperson skall enligt förslaget även kunna gälla ytterligare en månad efter avslutat vårdtillfälle, vilket kan kräva mellan 1 500 och 2 500 stödpersonsmånader.

När det sedan gäller permission kan man konstatera att endast två procent av vårdtillfällena avslutas med permission över tre månader, vilket betyder ca 170 vårdtillfällen. Vidare har vid inventeringen 43 patienter permission i mer än ett år. 25 procent av dem med långa permissioner har stödperson. Enligt vårt förslag skall permission till vårdtiden slut ersättas av öppen vård med särskilda villkor, under vilken flertalet patienter beräknas ha stödperson. Behovet av ökad insats av stödperson för patienter i öppen vård med särskilda villkor kan uppskattas till 1 000 stödpersonsmånader per år.

Sammanfattningsvis skulle för LPT-patienterna således kunna behövas mellan 8 500 och 9 500 ytterligare stödpersonsmånader per år.

LRV-patienterna är färre än LPT-patienterna men har betydligt längre vårdtider och större behov av stödpersoner. Vid inventeringen hösten 1996 hade 37 patienter av dem som vårdades enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning permission och bara var fjärde patient hade stödperson. Av de 246 patienter på permission under vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning hade 44 procent stödperson. Om alla dessa patienter skulle ha stödperson under en framtida öppen vård med särskilda villkor, som föreslås ersätta permission till vårdtidens slut enligt LRV, skulle det behövas omkring 1 800 stödpersonsmånader per år.

I ett kommande avsnitt redogörs för effekterna av förslaget om öppen vård med särskilda villkor, som huvudsakligen beräknas påverka LRV-vården. Enligt beräkningarna kan ytterligare 100 patienter få öppen vård med särskilda villkor under åren efter det att denna möjlighet införts, vilket kräver 1 200 stödpersonsmånader per år.

Vid inventeringen i mars 1997 vårdades som ineliggande enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning 89 patienter, varav 67 procent hade vårdats mindre än ett år, och 643 enligt LRV med särskild utskrivningsprövning, av vilka en tredjedel vårdats mindre än ett år och en tredjedel mer än tre år. Vid Socialstyrelsens undersökning 1993 hade 34 procent av de ineliggande LRV-patienterna stödperson. Om man räknar med att alla LRV-patienter bör ha stödperson behövs det ytterligare 5 800 stödpersonsmånader per år.

Sammanfattningsvis skulle för LRV-patienterna således behövas omkring 8 800 ytterligare stödpersonsmånader per år.

Landstingens förtroendenämnder tillämpar olika ersättningsnormer för stödpersoner. Enligt uppgifter från förtroendenämnden i Stockholms läns landsting betalar man i ersättning 300 kr./månad samt 250 kr./månad för omkostnader. Därtill utgår bilersättning vid resor som är längre än 1,5 mil. Till detta kommer administrationskostnader. Flera landsting tillämpar högre ersättningsnivåer än Stockholms läns landsting medan andra landsting har lägre ersättning. Kostnaden för en stödpersonsmånad kan då beräknas till 600—700 kr.

Vid maximalt utnyttjande av systemet med stödpersoner kan det utöver nuvarande användning krävas ytterligare högst 17 000—18 000 stödpersonsmånader á 700 kr, vilket gör att kostnaden för stödpersoner som mest kan öka med 11,9—12,6 Mkr.

### *Öppen vård med särskilda villkor*

Vi föreslår att permission till vårdtidens slut ersätts av öppen vård med särskilda villkor för patienter som inte längre har behov av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård på sjukvårdsinrättning.

För de LPT- och LRV-patienter som i dag har permission till vårdtidens slut kräver den föreslagna regleringen ett mer omfattande administrativt arbete med den samordnade vårdplanering som föreslås. Som ovan nämnts har även hänsyn tagits till det ökade behovet av stödpersoner under öppen vård med särskilda villkor. Däremot torde inte kostnaderna för landstingens sjukvårdande insatser eller kommunernas särskilda åtgärder för dessa patienter bli annorlunda än i dag. På sikt bör införandet av de nya reglerna leda till att antalet LPT-patienter, som är under öppen vård med särskilda villkor, minskar i relation till antalet permitterade i september 1996. När det gäller LRV-patienter kan däremot en viss ökning av antalet under öppen vård med särskilda villkor förväntas. Kostnaderna kommer dock knappast att fördelas på annat sätt än i dag. I fortsättningen bör man kunna räkna med att öppen vård med särskilda villkor varje år kan bli aktuellt för högst 100 LPT-patienter och 200—250 LRV-patienter som nya fall varje år.

Bland LRV-patienterna finns en grupp med långa vårdtider som med den nya ordningen med öppen vård med särskilda villkor bör kunna beredas andra stödformer än långvarig sjukhusvård. Det är svårt att beräkna hur stor denna grupp är men uppskattningsvis bör hälften av dem med vårdtid över tre år kunna överföras till denna form av öppen vård och även en del av dem med kortare vårdtider. 157 patienter hade vid inventeringen i mars 1997 vårdats över tre år av dem som vårdades enligt LRV med särskild utskrivningsprövning. Det handlar då om en förändring som säkert tar något år att genomföra och som får betraktas som en övergångsform i samband med att denna möjlighet öppnas. Man kan därför räkna med att 100 LRV-patienter skulle kunna bli aktuella för öppen vård med särskilda villkor.

Eftersom de LRV-patienter som tidigare kunnat få permission till vårdtidens slut i stor utsträckning bor i egen bostad får man utgå ifrån att denna grupp patienter sannolikt behöver mer stöd i sitt boende. Flertalet av dessa patienter beräknas ha låg förtidspension. De har därför i allmänhet rätt till statligt bostadstillägg till pensionärer (BTP), vilket är maximalt 85 procent av bostadskostnaderna upp till 4 000 kr/månad,

vilket blir 39 780 kr/år. I vissa fall kan dessutom särskilt bostadstillägg utgå. Staten får således ökade kostnader för denna patientgrupp med ca 4 Mkr.

För att beräkna kommunernas kostnader utgår vi från att 25 av dessa patienter klarar sig med hemtjänst på i genomsnitt 2 timmar tre dagar i veckan, vilket beräknas kosta omkring 2 Mkr. per år. De 75 övriga beräknas behöva gruppboende eller annan form av särskilt boende med tillgång till omvårdnadspersonal. Beräkningen utgår från att personalkostnaden utgör 250 000 kr per patient och år, vilket för 75 patienter betyder 18,75 Mkr. per år. Totalt blir den kommunala kostnaden för dessa 100 patienters öppna vård med särskilda villkor 20,7 Mkr.

I detta exempel utgår vi från att patienterna har så låga inkomster att de inte behöver betala några vårdkostnader till kommunerna och endast en låg avgift för hemtjänst. Däremot får de betala den hyra som inte täcks av BTP, matkostnader på ca 18 000 kr. per år samt sannolikt ersättning för läkarvård och möjligen även läkemedel upp till högkostnadsskyddet.

För landstingen blir det en besparing. Dygnetruntvården kan beräknas kosta för LRV-patienter mellan 2 500 kr och 4 000 kr per vård dygn. Om man räknar med en så låg dygnskostnad som 3 000 kr per dygn för dessa 100 patienter så utgör årskostnaden nästan 110 Mkr. Från denna besparing får sedan dras de kostnader landstinget även i fortsättningen har för denna patientgrupp, nämligen för uppföljning av psykiatrisk specialistpersonal såsom läkare samt för läkemedel. Öppenvårdskontakten beräknas kosta landstinget med ett besök per vecka samt läkarkontakt varje månad ca 100 000—150 000 kr per patient och år beroende på reseavstånd och restid. Läkemedelskostnaderna inskränker sig till mellan 2 500 och 4 000 kr. per år för vanlig psykofarmakabehandling om man utgår från att patienten slipper betala för läkemedel som han är tvungen att ta. För 100 patienter blir detta sammanlagt 10—15 Mkr. per år. Landstingen sparar således minst 95 Mkr. och därmed blir det även en besparing totalt för den offentliga verksamheten.

## 18 Författningskommentarer

### 18.1 Förslaget till ny lag om psykiatrisk tvångsvård

Nuvarande lag om psykiatrisk tvångsvård trädde i kraft den 1 januari 1992. Förslaget bygger i grunden på gällande lag, men vi föreslår ändringar i lagen framför allt när det gäller möjligheten för patienten att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Dessa ändringar innebär att enligt förslaget kommer det att finnas två vårdformer vid psykiatrisk tvångsvård, nämligen psykiatrisk tvångsvård på sjukvårdsinrättning och öppen vård med särskilda villkor. Även flera andra väsentliga ändringar föreslås i lagen. De föreslagna förändringarna är så omfattande att vi föreslår en ny lag om psykiatrisk tvångsvård.

Det bör påpekas att följdändringar i form av nytt paragrafnummer och hänvisning till lag (1999:000) om psykiatrisk tvångsvård i stället för till nuvarande lag om psykiatrisk tvångsvård måste göras i de författningar som innehåller hänvisningar till nuvarande lag om psykiatrisk tvångsvård. De författningar som är aktuella är följande: lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning, lagen (1944:133) om kastrering, kungörelsen (1969:379) om inskrivning och redovisning av värnpliktiga, polisregisterkungörelsen (1969:38), förordningen (1970:517) om rättsväsendets informationssystem, lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar, kreditupplysningslagen (1973:1173), datalagen (1973:289), lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt, lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl., passlagen (1978:302), lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl., utlänningslagen (1989:529), förordningen (1990:893) om underrättelse om dom i vissa brottmål, läkemedelslagen (1992:859), lagen (1994:459) om arbetsförmedlingsregister, förordningen (1995:238) om totalförsvarsplikt, lagen (1996: 981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård, lagen (1997:724) om avveckling av specialsjukhus och vårdhem.

## **Inledande bestämmelser**

### **1 §**

Paragrafen överensstämmer med 1 § i nuvarande lag.

### **2 §**

I paragrafens första stycke slås fast att tvångsvård enligt lagförslaget skall kunna ges som vård på sjukvårdsinrättning eller som öppen vård med särskilda villkor. Bestämmelsen innebär att en ny vårdform skall införas som benämns öppen vård med särskilda villkor. Sådan vård skall kunna ges endast efter en tid av psykiatrisk tvångsvård på sjukvårdsinrättning. Vad den nya vårdformen innebär kommer att närmare utvecklas i anslutning till de bestämmelser som behandlar öppen vård med särskilda villkor.

Andra stycket motsvarar 2 § i nuvarande lag. Den ändring som har gjorts innebär endast att såväl tvångsvård på sjukvårdsinrättning som öppen vård med särskilda villkor syftar till att motivera patienten till att frivilligt ta emot den vård och det stöd som han behöver. Denna ändamålsbestämmelse anger således den inriktning som skall gälla för planering, genomförande och uppföljning av behandlingsåtgärder och andra insatser vid tvångsvård. Bestämmelsen markerar också att arbetet med att motivera patienten skall ägnas särskild uppmärksamhet.

### **3 §**

Denna paragraf är ny.

Syftet med paragrafen är att betona att tvångsåtgärder får användas endast om patienten inte kan förmås att frivilligt medverka till vård och behandling. Det kan visserligen finnas situationer då patientens tillstånd är sådant att tvångsåtgärder snabbt kan behöva tillgripas, men i de flesta fall bör sådana åtgärder anstå till dess att patienten har fått sådan information som han kan ta till sig och fått tillfälle att själv ha synpunkter på den behandling som behövs. Detta förutsätter att patienten ges en individuellt anpassad information i frågan. Vad som avses med att informationen skall vara individuellt anpassad har utvecklats av HSU 2000 med anledning av det förslag till ändringar i HSL som man föreslår i betänkandet SOU 1997:154, *Patienten har rätt*. Enligt HSU 2000 inskräper formuleringen vikten av att informationen inte får ges slentrianmässigt utan måste anpassas efter den aktuella patientens förutsättningar och behov. I betänkandet anges vidare följande. ”Omständigheter som måste beaktas är patientens ålder, mognad och erfarenhet, eventuell funktionsnedsättning samt kulturell och språklig bakgrund. I detta ligger också att informationen skall ges på ett hänsynsfullt sätt av den behandlingsansvariga personalen, som också måste förvissa sig om att patienten har förstått innehållet i och innebörden av den information



som lämnats.”

Vidare innebär paragrafen att det skall göras en rimlig avvägning mellan den nytta som tvångsåtgärderna kan ha för patienten i förhållande till det ingrepp i patientens självbestämmande och integritet som det innebär att patienten mot sin vilja får genomgå en viss behandling. Framför allt bör sådan medicinering om möjligt undvikas som kan ge patienten bestående biverkningar.

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

Vid användning av tvångsåtgärder skall således en avvägning alltid göras i de avseenden som anges i denna paragraf. Bestämmelserna är tillämpliga inte bara vid den medicinska behandlingen utan även vid fastspänning, avskiljande, samt kroppsvisitation och yttlig kroppsbesiktning. Frågan om användning av behandling som ger bestående allvarliga biverkningar t.ex. psykokirurgi, eller behandling som kan upplevas som särskilt påfrestande eller integritetskränkande, t.ex. ECT-behandling, har utvecklats i den allmänna motiveringen, se avsnitt 10.4.2.

Patienter som är intagna för psykiatrisk tvångsvård får som huvudregel inte ges somatisk vård med stöd av LPT och LRV. Det innebär att behövlig somatisk vård får anstå till dess tvångsvården upphört eller patienten annars kan ta grundad ställning i frågan och vård ges med patientens samtycke. Om patientens psykiska störning relaterar till den somatiska sjukdomen ingår nödvändig somatisk behandling som en del av den vård som ges med stöd av LPT eller LRV. Detta gäller t.ex. patienter med ätstörningar (anorexi och bulemi). I övrigt får somatisk vård mot patientens vilja endast ges i livshotande situationer och i andra akuta situationer när det finns en verkligt överhängande och allvarlig fara för patientens hälsa.

Regler om besöksinskränkningar finns numera inte i LPT utan i form av generella restriktioner i lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård. Användningen av sådana inskränkningar bör ske med beaktande av de allmänna principer som föreslås i denna paragraf.

### **Förutsättningar för tvångsvård på sjukvårdsinrättning**

#### **4 §**

Paragrafen motsvarar 3 § i nuvarande lag. I första stycket 2 anges att patienten skall ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Ändringen är inte avsedd att få till stånd en annan bedömning av vårdbehovet än enligt nuvarande lag. Vårdbegreppet är detsamma som används i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, och anledningen till ändringen är framför allt att man i lagar som har anknytning till varandra bör använda sig av samma begrepp.

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

### **Intagning för tvångsvård på sjukvårdsinrättning m.m.**

#### **5 §**

Paragrafen motsvarar 4 § i nuvarande lag.

I sista stycket sista meningen finns ett tillägg i förhållande till gällande lag, som innebär att förutom läkare i allmän tjänst skall även de legitimerade läkare, som enligt avtal med en landstingskommun skall genomföra undersökningar för vårdintyg, ha rätt att besluta om omhändertagande av den som skall undersökas för vårdintyg. En sådan läkare får också begära biträde av polis för att genomföra undersökning enligt denna bestämmelse. Ett sådant avtal med landstingskommun som avses

i denna paragraf kan innebära att läkaren själv kan ha ingått avtalet eller att han är anställd hos en vårdgivare som har ett avtal som innehåller en sådan överenskommelse. Det är således avtalet med landstingskommunen som är avgörande för vilka läkare som omfattas av den nya bestämmelsen och det är därför viktigt att avtalet är tydligt på denna punkt.

#### 6 §

Denna paragraf motsvarar 5 § i nuvarande lag. Paragrafen är oförändrad.

#### 7 §

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

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

#### 8 §

Denna paragraf är ny. Den avser som föregående paragraf situationer innan dess att ett intagningsbeslut har fattats och gäller fastspänning, avskiljande och tvångsbehandling. För att dessa tvångsåtgärder skall få användas förutsätts i princip att ett beslut om intagning har fattats. Det är emellertid inte ovanligt att det på en vårdinrättning uppkommer akuta situationer från det att ett kvarhållningsbeslut har fattats till dess att chefsöverläkaren har beslutat om intagning. Under denna tid får vårdpersonalen endast hindra patienten att lämna vårdinrättningen men får därutöver inte använda sig av något tvång mot patienten med stöd av LPT. Om tvång utöver vad som är tillåtet enligt kvarhållningsrätten måste användas är det brottsbalkens regler om straffrihet vid nöd och nödvärn som personalen kan stödja sig på. Den föreslagna bestämmelsen ger tjänstgörande läkare rätt att besluta om kortvarig fastspänning med bälte eller om att patienten skall hållas avskild från övriga patienter enligt regler som gäller när patienten har tagits in för vård på sjukvårds-

inrättning. Det kan vara fråga om en patient som uppträder mycket aggressivt och som inte går att lugna genom samtal eller andra mindre ingripande åtgärder. Vidare ger bestämmelsen personalen rätt att ge patienten behandling, om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa. Det kan vara fråga om att t.ex. ge lugnande medel till en mycket orolig patient eller insulin till en diabetessjuk patient.

#### 9 §

Denna paragraf motsvarar i huvudsak 6 § i nuvarande lag. Bestämmelsen om rätt att kvarhålla patienten på vårdinrättningen har dock flyttats till 7 §.

### **Tvångsvård på sjukvårdsinrättning efter beslut av rätten**

#### 10—13 §§

Dessa paragrafer motsvarar 7—10 §§ i nuvarande lag. Paragraferna är oförändrade i sak.

### **Övergång från frivillig vård till tvångsvård**

#### 14 §

Denna paragraf motsvarar regleringen i 11 § i nuvarande lag och avser övergång från frivillig vård till tvångsvård (konvertering). Paragrafen innebär en ändring av nuvarande lag på så sätt att det s.k. farerekvisitet inte längre finns kvar som en förutsättning för konvertering och att övergång från frivillig vård till tvångsvård således skall kunna ske när förutsättningarna för tvångsvård enligt 4 § i förslaget är uppfyllda. Liksom hittills är det emellertid främst då det föreligger fara för att patienten kommer att allvarligt skada sig själv eller annan som konvertering kan behöva tillgripas. Vidare införs en tvåläkarprövning. En läkare på vårdinrättningen skall kunna skriva ett vårdintyg och därefter är det chefsöverläkaren som skall besluta om intagning av patienten. Enligt 51 § i lagförslaget är chefsöverläkarens möjlighet att delegera detta slags beslut begränsad. Uppdrag får endast lämnas till en erfaren läkare med specialistkompetens inom någon gren av psykiatrin.

I andra stycket anges att de regler om användning av fysiskt tvång och andra tvångsåtgärder som gäller för tiden innan beslut om intagning enligt 4 § har fattats kan tillämpas när en patient kvarhålls för prövning av frågan om konvertering.

Ett beslut om intagning skall enligt andra stycket fattas utan dröjsmål. I tredje stycket anges att den tidsfrist som enligt 9 § gäller för prövning av frågan om intagning för tvångsvård inte gäller vid konvertering.

**15 §**

Denna paragraf ersätter 12 § i nuvarande lag och innebär att ett beslut om övergång från frivillig vård till tvångsvård skall underställas länsrätten skyndsamt och senast dagen efter beslutet. Detta innebär att ett konverteringsbeslut alltid skall underställas länsrättens prövning och prövas i sak av länsrätten, således även i de fall då patienten vid tidpunkten för länsrättens prövning vårdas frivilligt eller har skrivits ut från sjukvårdsinrättningen. Anser chefsöverläkaren att vården skall fortsätta skall han senast inom fyra dagar från konverteringsbeslutet ansöka hos länsrätten om att vården skall fortsätta. Länsrätten skall alltid pröva själva konverteringsbeslutet. Det gäller även om ansökan om fortsatt tvångsvård har getts in. Inget hindrar dock att frågan om vården skall fortsätta prövas samtidigt med konverteringsfrågan.

**16 §**

Denna paragraf motsvarar 13 § i nuvarande lag. Paragrafen är oförändrad i sak.

**Övergång från rättspsykiatrisk vård till tvångsvård enligt denna lag****17 §**

Denna paragraf motsvarar 14 § i nuvarande lag.

De justeringar som har gjorts i andra stycket följer av att bestämmelserna om övergång från frivillig vård till tvångsvård enligt 14 och 15 §§ har ändrats. Någon ändring i sak har dock inte skett.

**Vården på sjukvårdsinrättning****18 §**

Denna paragraf motsvarar 15 § i nuvarande lag. I första stycket har tillagts att det är vård på sjukvårdsinrättning som avses i paragrafen eftersom lagförslaget även innehåller bestämmelser om öppen vård.

**19 §**

Denna paragraf ersätter 16 § i nuvarande lag. I paragrafen föreskrivs att en vårdplan skall upprättas snarast efter att patienten har tagits in för behandling. Att begreppet vårdplan används i stället för behandlingsplan, som används i nuvarande lagstiftning, innebär ett tydliggörande av att planen skall omfatta inte bara den medicinska behandlingen utan även omvårdnad samt i många fall insatser från socialtjänsten. I vårdplanen skall redovisas de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs

för att syftet med tvångsvården skall uppnås och för att behandlingsresultatet och de andra insatser som genomförts skall kvarstå efter vårdens upphörande. Liksom hittills skall samråd ske med patienten. När det gäller samråd med närstående har den ändringen gjorts i förhållande till nuvarande lag att presumtionen skall vara att samråd skall ske med närstående. Endast om det är olämpligt kan samråd med närstående underlåtas. Det måste avgöras från fall till fall när det är olämpligt att samråda med närstående. En sådan situation kan vara att patienten och de närstående är i konflikt med varandra eller att patienten motsätter sig att kontakt tas med de närstående.

När en vårdplan skall upprättas, vad som bör framgå av vårdplanen och hur ofta den bör följas upp och revideras m.m. har utvecklats i den allmänna motiveringen, se avsnitt 10.4.1.

I paragrafens andra stycke åläggs chefsöverläkaren en skyldighet att utreda om patienten har behov av stöd från socialtjänsten. Kontakter kan behöva tas med socialtjänsten. Det bör noteras att det finns en sekretessbrytande bestämmelse i 55 § denna lag som möjliggör att sådana kontakter sker. En sådan utredning skall göras med respekt för patientens självbestämmande, integritet och värdighet.

#### 20 §

Denna paragraf motsvarar 17 § i nuvarande lag. Beträffande kravet på samråd med närstående har dock på motsvarande sätt som i 19 § den ändringen gjorts, att presumtionen skall vara att samråd skall ske med närstående och att samråd således endast kan underlåtas om det är olämpligt.

Andra stycket i nuvarande 17 § har dock tagits bort eftersom innehållet i denna bestämmelse i stället finns i 3 § detta förslag.

#### 21 §

Denna paragraf ersätter 18 § i gällande lag och innehåller ett förtydligande av vilka åtgärder som personalen får vidta. Bestämmelsen ger således vårdpersonalen rätt att använda det fysiska tvång som är försvarligt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av vårdinrättningens område där han skall vistas samt för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården. Det som föreskrivs i denna paragraf motsvarar vad som enligt 8 § gäller innan intagningsbeslut har fattats. I brottsbalken (24 kap.) ges bestämmelser om straffrättsligt ansvar för den som använder mer tvång än vad som är medgivet med hänsyn till omständigheterna.

## 22—25 §§

Dessa paragrafer motsvarar 19—22 §§ i nuvarande lag.

## 26 §

Denna paragraf ersätter 23 § i nuvarande lag. Paragrafen behandlar kroppsvisitering och kroppsbesiktning. I paragrafen har tagits bort de bestämmelser som behandlar när sådana åtgärder får ske. Anledningen härtill är att det i 8 § lagförslaget har tagits in en bestämmelse om att kroppsvisitering och kroppsbesiktning får ske redan före intagningsbeslutet och nu ifrågavarande bestämmelse behandlar endast dessa åtgärder under pågående tvångsvård. I förekommande fall kan kroppsvisitering och kroppsbesiktning således ske när en patient kommer till sjukvårdsinrättningen eller den del av vårdinrättningen där han skall vistas eller när patienten återkommer dit efter permission eller annan vistelse utanför vårdinrättningen eller under vistelsen på vårdinrättningen.

I andra stycket finns i gällande lag bestämmelser som avser att begränsa den kränkning som kroppsbesiktning och kroppsvisitering innebär. Dessa bestämmelser har i förslaget utmönstrats, eftersom en allmän regel om begränsning av tvång och hänsynstagande mot patienten vid användande av tvång har tagits in i 3 §, och denna bestämmelse är tillämplig även vid här diskuterade åtgärder. Enligt sista meningen i andra stycket nuvarande lag skall ett vittne om möjligt närvara vid kroppsbesiktning och kroppsvisitering. Denna bestämmelse bör finnas kvar i denna paragraf.

## 27 §

Paragrafen motsvarar 24 § i nuvarande lag.

## 28 §

Denna bestämmelse ersätter 25 § i nuvarande lag. Möjligheten att ge patienten tillstånd till vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område under en viss del av vårdtiden (permission) skall finnas kvar. Förslaget innebär att permission kan ges endast för visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Det skall således i princip inte längre vara möjligt att ge tillstånd till vistelse utanför vårdinrättningens område till vårdtidens slut, såvida det inte är fråga om några dagars eller någon veckas permission i slutet av vårdtiden. Avsikten är att permission skall ges för vissa avgränsade tillfällen. Permission under tvångsvård skall användas på samma sätt som vid annan sluten hälso- och sjukvård. Permission bör således kunna ges för visst tillfälle och viss tid (timmar, dagar eller veckor), dels för återkommande tillfällen och viss tid, t.ex. natt-, dag- eller helgpermission i samband med dag-, natt- resp. veckovård.

Patienten bör kunna ges permission för att sköta om vissa personliga angelägenheter och för att möjliggöra socialt rehabiliterande insatser som är nödvändiga för att tvångsvården skall upphöra, t.ex. för att förbereda ett särskilt boende. Permission bör också kunna medges för att patienten successivt skall anpassa sig till ett liv utanför vårdinrättningen och möjliggöra bedömningar av patientens anpassningsförmåga i samhället. Patienter som enligt nuvarande lagstiftning ges permission under mycket lång tid skall i stället kunna överföras till öppen vård med särskilda villkor.

Ett beslut om permission kan förenas med särskilda villkor som patienten skall vara skyldig att iaktta. De villkor som kan föreskrivas anges inte i lagen utan bör liksom hittills intas i förordning.

#### 29 §

Denna paragraf motsvarar 26 § i nuvarande lag.

### **Upphörande av vård på sjukvårdsinrättning**

#### 30 §

Första stycket motsvarar 27 § i nuvarande lag men avser endast vård på sjukvårdsinrättning.

I andra stycket nämns den möjlighet till öppen vård med särskilda villkor som föreslås i 33 §.

Bestämmelsen innebär att huvudregeln skall vara att patienten skall bli helt utskriven efter vården på sjukvårdsinrättningen. Det skall dock i vissa särskilda situationer finnas en möjlighet att låta tvångsvården på sjukvårdsinrättningen övergå till öppen vård med särskilda villkor.

#### 31 §

Denna paragraf motsvarar 28 § i nuvarande lag och anger att vården på sjukvårdsinrättningen upphör om inte en ansökan om fortsatt vård på sjukvårdsinrättning kommer in till länsrätten. Av 35 § lagförslaget framgår dock att om en ansökan om öppen vård kommer in till länsrätten får vården på sjukvårdsinrättningen fortsätta till dess att rätten har avgjort frågan.

#### 32 §

Denna paragraf motsvarar 29 § i nuvarande lag. I paragrafen finns dock ett tillägg i förhållande till de nuvarande reglerna som innebär att tvångsvården upphör först när beslut om avvisning, utvisning eller utlämning har verkställts. Bestämmelsen gäller även vid öppen vård med särskilda villkor.



## Öppen vård med särskilda villkor

### 33 §

Denna paragraf är ny och reglerar förutsättningarna för öppen vård med särskilda villkor. Paragrafen innebär att när patienten inte längre behöver kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård på sjukvårdsinrättning kan chefsöverläkaren under vissa förutsättningar ansöka hos länsrätten om öppen vård med särskilda villkor. Frågan om vilka patienter som kan komma i fråga och vilka villkor som kan föreskrivas redovisas närmare i den allmänna motiveringen, se avsnitt 11.4.3.

För att öppen vård över huvud taget skall vara meningsfull krävs medverkan från patientens sida, åtminstone när det gäller villkor som avser t.ex. boende och sociala insatser. Samtyckesregeln är därför annorlunda uttryckt än när det gäller samtycke till vård på sjukvårdsinrättning. Beslut om öppen vård med särskilda villkor behövs i sådana fall då patienten tidigare ångrat sig och trots stort behov inte velat ta emot hjälp. Det kan också gälla patienter som klarar sig bra så länge de tar sin medicin men är negativa till medicinering och återinsjuknar om de slutar medicineringen och då snabbt blir mycket försämrade eller får ett aggressivt beteende som hotar annans personliga säkerhet eller psykiska eller fysiska hälsa.

Möjligheten att besluta om öppen vård med särskilda villkor skall användas mycket restriktivt. I de flesta fall skall patienten efter vistelsen på sjukvårdsinrättningen få den öppna vård som kan behövas helt på frivillig väg. Syftet med bestämmelsen är att det för ett fåtal patienter som har ett behov av fortsatt psykiatrisk vård efter en tids vård på sjukvårdsinrättning skall finnas en möjlighet till utskrivning från sjukvårdsinrättningen till vård ute i samhället, även i sådana fall när det kan antas att vården inte kan genomföras med patientens samtycke.

I paragrafens andra stycke uppställs ett krav på att chefsöverläkaren till sin ansökan om öppen vård skall foga en samordnad vårdplan med en sådan redogörelse som avses i 34 § lagförslaget. I redogörelsen skall anges vilka omständigheter som utgör grunden för öppen vård med särskilda villkor och vilka särskilda villkor som bör föreskrivas. Vilka krav som skall ställas på en samordnad vårdplan utvecklas i den allmänna motiveringen, se avsnitt 11.4.3.

Om chefsöverläkarens ansökan till länsrätten om öppen vård med särskilda villkor inte uppfyller de krav som uppställs i denna bestämmelse, kan länsrätten förelägga chefsöverläkaren att komplettera sin ansökan. Kommer begärd komplettering inte in till länsrätten kan konsekvensen bli att länsrätten kan komma att avvisa chefsöverläkarens ansökan.

Om länsrätten anser att förutsättningar för öppen vård med särskilda villkor inte föreligger, även om chefsöverläkaren har uppfyllt de

formella krav som ställs på en ansökan, kan länsrätten besluta att avslå ansökan om öppen vård med särskilda villkor. I ett sådant fall kommer vården på sjukvårdsinrättningen att fortgå så länge det finns förutsättningar för sådan vård. Chefsöverläkaren kan således när som helst efter det att länsrätten har prövat en fråga om öppen vård besluta att vården på sjukvårdsinrättningen skall upphöra.

#### 34 §

Paragrafen är ny och innehåller regler om ansökan om öppen vård med särskilda villkor och vad en sådan ansökan bör innehålla. Avsikten är att en sådan ansökan skall vara noga förberedd från sjukvårdens och socialtjänstens sida.

Till ansökan om öppen vård skall fogas en redogörelse dels för den utredning som har gjorts rörande patientens behov av vård och behandling, boende, sysselsättning, stöd, service eller andra insatser. Denna utredning skall ha gjorts av berörda sjukvårdande och sociala instanser. Chefsöverläkaren svarar för att erforderliga kontakter tas med den öppna psykiatriska verksamheten, primärvården och socialtjänsten samt, när det är aktuellt, med den kommunala hälso- och sjukvården i ett tidigt skede för planering och samordning av insatserna. Vid planering av insatserna bör beaktas om patienten har behov som bör tillgodoses på kort resp. lång sikt och om det i övrigt bör göras några prioriteringar mellan insatserna. I redogörelsen skall vidare anges vilken uppföljning som kommer att göras av insatserna. Formerna för uppföljningen skall således anges. Samordningen mellan berörda verksamheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör ägnas särskild uppmärksamhet. I detta sammanhang kan påpekas att det finns en sekretessbrytande bestämmelse i 55 § denna lag som gör det möjligt för chefsöverläkaren att samråda beträffande patientens behov av stöd och hjälp med socialtjänsten. Vad redogörelsen skall innehålla när det gäller patientens behov av insatser och vilka villkor som skall föreskrivas utvecklas närmare i den allmänna motiveringen, se 11.4.1.

#### 35 §

Paragrafen innebär att om en ansökan om öppen vård har kommit in till länsrätten, får tvångsvården fortsätta i avvaktan på rättens beslut. Om rätten avslår ansökan är det chefsöverläkaren som skall ta ställning till om och hur länge vården på sjukvårdsinrättningen skall bestå.

#### 36 §

Denna paragraf är ny och innehåller regler om hur länge öppen vård med särskilda villkor får pågå. Efter ansökan av chefsöverläkaren vid den enhet där patienten tidigare var intagen för tvångsvård får länsrätten besluta att förlänga vårdtiden. Medgivande om förlängning får ske med

högst sex månader åt gången. Vid ansökan om förlängning skall redogöras för vilka insatser som har genomförts och vilka insatser som planeras under den kommande sexmånadersperioden. Det skall noga prövas vid varje förlängningstillfälle om grund för förlängning verkligen finns och om vården behöver pågå under sex månader eller om förlängning under kortare tid endast skall medges.

Det bör betonas att förlängning skall ske endast om det finns ett verkligt behov av att föreskriva villkor. Vilken verkan genomförda insatser har haft på patientens hälsa och livskvalitet skall därför redovisas noga i ansökan. Det som bör kontrolleras är hur patienten har klarat t.ex. nykterheten under perioden med öppen vård med särskilda villkor och om han har tagit emot besök av hemtjänstpersonal. En prövning bör således ske om det behövs villkor för patientens livsföring eller om han frivilligt kan medverka till insatser som behövs. Vid varje förlängningstillfälle måste det vidare noga avvägas vilken nytta vården har gentemot den kränkning för patientens självbestämmande, integritet och värdighet som ett beslut om öppen vård med särskilda villkor kan innebära, inte minst om vårdformen pågår under lång tid.

### **Upphörande av öppen vård med särskilda villkor**

#### **37 §**

Denna paragraf är ny och den reglerar när tvångsvården skall upphöra när den ges som öppen vård med särskilda villkor. När det inte längre finns förutsättningar för öppen vård med särskilda villkor skall chefsöverläkaren besluta att tvångsvården skall upphöra. Även om endast något av kriterierna i 33 § inte längre föreligger skall vården upphöra. De situationer som kan nämnas när det kan bli aktuellt med att avsluta vården är när det visar sig att patienten inser sitt vårdbehov och frivilligt medverkar i den vård och behandling som är behövlig. I övrigt hänvisas till den allmänna motiveringen, se avsnitt 11.4.2.

#### **38 §**

Denna paragraf föreskriver att den öppna vården upphör om inte en ansökan om förlängning kommer in till länsrätten inom den tid som anges i 36 §.

Paragrafens andra stycke innebär att först när länsrätten har beslutat om återintagning för vård på sjukvårdsinrättning eller när rättspsykiatrisk vård påbörjas upphör beslutet om öppen vård med särskilda villkor. Paragrafen innebär vidare att om chefsöverläkaren har beslutat om återintagning men efter någon dag kommer fram till att vård på sjukvårdsinrättning inte behövs och därför inte ansöker hos länsrätten om sådan vård behöver något nytt beslut om öppen vård inte fattas.

Under upp till fyra dagar kan således den öppna vården löpa parallellt med vård på sjukvårdsinrättning på grund av chefsöverläkarens beslut.

Det kan även uppkomma situationer när en patient som ges öppen vård med särskilda villkor insjuknar på en annan ort än hemorten. Om förhållandena är sådana att det blir aktuellt med vårdintyg och intagning för psykiatrisk tvångsvård på annan ort än hemorten kan man på den sjukvårdsinrättning där intagning skett vara ovetande om att patienten ges öppen vård med särskilda villkor på hemorten. Detta kan då innebära att tvångsvård på sjukvårdsinrättning löper parallellt med öppen vård med särskilda villkor fram till det att länsrätten skall pröva frågan om medgivande till fortsatt vård på sjukvårdsinrättning.

Vi anser att de ovan beskrivna situationerna inte bör medföra några problem och är i vart fall att föredra framför ett system som innebär att en ny procedur med ansökan om öppen vård måste startas efter bara en eller ett par dagars vistelse på sjukvårdsinrättning.

### **Övergång till vård på sjukvårdsinrättning**

#### **39 §**

Denna paragraf är ny och den innehåller regler om att under särskilt angivna förutsättningar kan beslut fattas om att den öppna vården kan övergå till vård på en sjukvårdsinrättning. För att återintagning skall kunna ske krävs det att patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt har förändrats på ett sådant sätt att förutsättningarna för vård på sjukvårdsinrättning enligt 4 § föreligger. Under sådana förhållanden får chefsöverläkaren besluta om intagning utan hinder av att vårdintyg inte har utfärdats. Det får inte förekomma att återintagning sker som en direkt konsekvens av att patienten inte följer villkoren utan det krävs att detta har fått till följd att förutsättningarna för vård på sjukvårdsinrättning föreligger.

Om chefsöverläkaren anser att vården på sjukvårdsinrättningen skall fortsätta skall han skyndsamt och senast inom fyra dagar från beslutet om återintagning ansöka till länsrätten om medgivande till fortsatt tvångsvård på sjukvårdsinrättning. Visar det sig efter ett par dagars vård på sjukvårdsinrättning att sådan vård inte behövs kan patienten skrivas ut från vården på sjukvårdsinrättningen och åter ges vård i form av öppen vård med särskilda villkor. Som framgår av 38 § lagförslaget fortgår nämligen den öppna vården även efter att chefsöverläkaren har beslutat om återintagning för vård på sjukvårdsinrättning fram till det att länsrätten har medgivit fortsatt vård på sjukvårdsinrättning.

## Stödperson

### 40 §

Denna paragraf motsvarar 30 § i nuvarande lag och behandlar patientens rätt till att få en stödperson utsedd. Chefsöverläkarens informationsskyldighet gentemot patienten om dennes rätt till stödperson har flyttats från 48 § i nuvarande lag, vilken innehåller bestämmelser om olika frågor som chefsöverläkaren skall informera om. Syftet är att bestämmelserna om stödperson skall samlas på ett ställe.

I paragrafens tredje stycke finns en nyhet i förhållande till nuvarande lagstiftning, nämligen att uppdraget som stödperson skall kunna fortgå under fyra veckor efter tvångsvårdens avslutande, om patienten och stödpersonen samtycker till det. Såväl när tvångsvården avslutas direkt efter vård på sjukvårdsinrättning som när vårdperioden avslutas med en tids öppen vård med särskilda villkor skall således stödpersonen kunna ha kvar sitt uppdrag en månad efter vårdens avslutande.

### 41 §

Denna paragraf motsvarar 31 § i nuvarande lag.

I fjärde stycket har en ändring gjorts i förhållande till nuvarande lag. Ändringen innebär att chefsöverläkaren vid sin anmälan till förtroendekommittén skall ange patientens inställning i frågan om stödperson. Förtroendekommittén skall därefter om oklarhet fortfarande råder om patientens inställning vara skyldig att kontakta patienten eller patientens kontaktperson på sjukhuset för att få veta patientens inställning i stödpersonsfrågan.

### 42 §

Denna paragraf är ny. Paragrafen innebär att om patienten så önskar och stödpersonen samtycker skall socialnämnden i den kommun där patienten är folkbokförd underrättas om att patienten önskar att stödpersonsuppdraget skall övergå till att vara ett uppdrag som kontaktperson enligt socialtjänstlagen.

## Överklagande

### 43 §

Denna paragraf motsvarar 32 § i nuvarande lag och innehåller enbart det tillägget att patienten har rätt att överklaga chefsöverläkarens beslut om återintagning för vård på sjukvårdsinrättning.

**44 §**

Denna paragraf motsvarar 33 § i nuvarande lag.

I första stycket första punkten föreskrivs att patienten får överklaga avslag på en begäran att tvångsvården skall upphöra. Det innebär att patienten får överklaga såväl ett avslagsbeslut när det gäller vård på sjukvårdsinrättning som ett avslagsbeslut när det gäller öppen vård med särskilda villkor.

I andra stycket har bestämmelsen i nuvarande lag att chefsöverläkaren inte får överklaga länsrättens beslut tagits bort. Chefsöverläkaren skall således ha rätt att överklaga rättens beslut. Denna fråga behandlas närmare i den allmänna motiveringen, se kapitel 15.

**Handläggningen i domstol****45 §**

Denna paragraf motsvarar 34 § i nuvarande lag.

**46 och 47 §§**

Dessa paragrafer motsvarar 35 och 36 §§ i nuvarande lag.

**48 §**

Första stycket i denna paragraf innehåller inga sakliga förändringar i förhållande till motsvarande bestämmelse i 37 § nuvarande lag.

I andra stycket av paragrafen har en förändring skett vilken innebär att presumtionen skall vara att länsrätten skall höra sakkunnig i ett mål enligt denna lag. Endast i de fall det är obehövt kan länsrätten underlåta att förordna en sakkunnig. Länsrätten får göra en bedömning i det enskilda målet om det är obehövt att höra sakkunnig. I de fall där länsrätten prövat samma fråga endast kort tid tillbaka och det inte har framkommit några nya omständigheter kan det som regel anses obehövt att höra sakkunnig i målet.

Tredje stycket i paragrafen innehåller inga förändringar i förhållande till tredje stycket i nuvarande bestämmelse.

**49 §**

Denna bestämmelse innehåller inga sakliga förändringar i förhållande till motsvarande bestämmelse i 38 § i nuvarande lag.

**50 §**

Denna paragraf innehåller nyheten att patienten skall ha rätt till offentligt biträde även vid beslut om öppen vård med särskilda villkor.

## Övriga bestämmelser

### 51 §

Paragrafen motsvarar 39 § i nuvarande lag och behandlar chefsöverläkarens delegationsmöjligheter beträffande uppgifter enligt lagen. De inskränkningar i dessa möjligheter som finns enligt nuvarande lag har utökats till att avse även beslut enligt 14 § i lagförslaget om övergång från frivillig vård till tvångsvård samt beslut enligt 39 § lagförslaget om återintagning för vård på sjukvårdsinrättning efter öppen vård med särskilda villkor. I punkterna 5 och 6 har det förtydligandet gjorts att inskränkningar i delegationsmöjligheterna när det gäller fastspänning och isolering endast gäller vid sådana åtgärder under längre tid. Detta är ingen saklig förändring utan innebär endast ett förtydligande.

### 52—55 §§

Dessa paragrafer motsvarar 40—44 §§ i nuvarande lag.

### 57 §

Denna paragraf ersätter 45 § i nuvarande lag. Paragrafen innehåller en nyhet av innebörd att ett beslut inte får verkställas, om chefsöverläkaren före rättens beslut har anmält att detta kan komma att överklagas.

### 58 §

Bestämmelsen motsvarar 46 § i nuvarande lag.

### 59 §

Denna paragraf motsvarar 47 § i nuvarande lag. Vid konvertering förutsätts att patienten är känd för den läkare som utfärdar vårdintyg. I sådant fall föreligger inte något behov av biträde av polis för att genomföra en undersökning. Paragrafen innehåller en nyhet i andra stycket punkt 5, vilken innebär att polismyndigheten skall lämna biträde vid återintagning på sjukvårdsinrättning efter beslut om öppen vård med särskilda villkor. Hänvisningen till 5 § andra stycket sista meningen innebär — på grund av den ändrade lydelsen av denna mening — att även vissa privata läkare får begära polishandräckning (se kommentaren till denna paragraf).

### 60 och 61 §§

Dessa paragrafer motsvarar 48 och 49 §§ i nuvarande lag.

### **Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser**

*Punkt 1* I denna punkt anges att lagen om psykiatrisk tvångsvård träder i kraft den 1 januari 1999 och att nu gällande lag samtidigt upphävs. Övergångsbestämmelserna bygger med vissa undantag på principen att den nya lagstiftningen skall tillämpas fullt ut såväl när fråga uppkommer efter ikraftträdandet om intagning på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk tvångsvård som när det gäller patienter som vid ikraftträdandet är föremål för vård enligt nu gällande lag.

*Punkt 2* Övergångsbestämmelserna i denna punkt innebär att ett vårdintyg som har utfärdats enligt den gamla lagen under vissa förutsättningar kan användas som underlag för ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk tvångsvård enligt 9 § i den nya lagen. Ett intagningsbeslut kan således under förutsättning att vårdintyg utfärdats den 31 december 1998 fattas senast den 4 januari 1999 eftersom intyget vid beslutsfattandet inte får vara äldre än fyra dagar. Efter ikraftträdandet får självfallet ett intagningsbeslut grundat på ett vårdintyg enligt den gamla lagen fattas endast om det framgår att förutsättningarna för tvångsvård enligt 4 § i den nya lagen är uppfyllda.

*Punkt 3* Om en patient vid ikraftträdandet kvarhålls på en sjukvårdsinrättning där frågan om intagning för tvångsvård skall prövas enligt 6 § i den gamla lagen innebär kvarhållningsbeslutet att endast en preliminär bedömning av förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård har gjorts. I denna punkt har det därför föreskrivits att chefsöverläkaren senast den 1 januari 1999 skall pröva om patienten skall vara intagen för tvångsvård enligt 9 § i den nya lagen. Intill dess frågan om intagning har avgjorts skall den gamla lagen gälla i de delar som kan tillämpas i den nämnda situationen. Därefter skall den nya lagens bestämmelser tillämpas vid den fortsatta handläggningen.

*Punkt 4* Enligt denna punkt skall ett beslut om intagning enligt 6, 11 eller 14 § i den gamla lagen anses som ett beslut om intagning enligt 9, 14 eller 17 § i den nya lagen. Vid tillämpningen av den nya lagen skall beslutet om intagning anses ha fattats vid ikraftträdandet. Om chefsöverläkaren finner att patienten behöver fortsatt tvångsvård skall han således senast inom fyra veckor från ikraftträdandet ansöka hos länsrätten enligt 10 § i den nya lagen om medgivande till fortsatt vård. Har ansökan om fortsatt tvångsvård inte gjorts i fråga om ett beslut om övergång från frivillig vård till tvångsvård, s.k. konvertering, eller från rättspsykiatrisk vård till tvångsvård som fattats före ikraftträdandet skall beslutet underställas länsrättens prövning enligt 15 respektive 17 § i den nya



lagen. Anser chefsöverläkaren att tvångsvården på sjukvårdsinrättningen bör fortsätta, skall han senast inom fyra dagar från ikraftträdandet hos länsrätten ansöka om medgivande till att tvångsvården fortsätter.

*Punkt 5* Ett beslut om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område på egen hand, s.k. permission, kan enligt den nya lagen endast avse viss del av vårdtiden. Övergångsbestämmelserna i denna punkt innebär att ett beslut om sådant tillstånd, skall anses som ett beslut om permission under viss del av vårdtiden enligt den nya lagen. Om ett tillstånd avser vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område under återstoden av vårdtiden gäller som yttersta gräns för tillståndets giltighetstid den enligt den gamla lagen längsta medgivna tiden för ett sådant tillstånd. Ett beslut om permission under återstoden av vårdtiden kan således under förutsättning att det fattats den 31 december 1998 vara giltigt längst till och med den 30 juni 1999. För en patient som vid ikraftträdandet har permission under återstoden av vårdtiden enligt den gamla lagen förutsätts således att, om vården på sjukvårdsinrättningen inte bör fortsätta, chefsöverläkaren ansöker hos länsrätten om fortsatt tvångsvård i form av öppen vård med särskilda villkor enligt 33 § i den nya lagen. I annat fall skall tvångsvården upphöra.

Av tredje meningen i denna punkt framgår att särskilda villkor som har föreskrivits med stöd av den gamla lagen vid tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område under viss del av vårdtiden skall anses utgöra sådana särskilda villkor som kan meddelas med stöd av den nya lagen.

*Punkt 6* Enligt denna punkt krävs inte ett nytt beslut avseende en stödperson som har utsetts enligt den gamla lagen.

*Punkt 7* Som nämnts under punkt 1 skall den nya lagstiftningen med vissa undantag tillämpas fullt ut efter ikraftträdandet. Detta gäller, som framgår av denna punkt, i princip även i ett mål som har handlagts av allmän förvaltningsdomstol enligt den gamla lagen.

## 18.2 Förslaget till ny lag om rättspsykiatrisk vård

Förslaget bygger i grunden på nu gällande lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Förslaget innebär bl.a. att beträffande den som genomgår rättspsykiatrisk vård efter beslut enligt 31 kap. 3 § brottsbalken och s.k. O-fall som överförts till sådan vård enligt övergångsbestämmelserna till nuvarande lagstiftning skall det finnas två vårdformer, nämligen rättspsykiatrisk vård på sjukvårdsinrättning och rättspsykiatrisk

vård som öppen vård med särskilda villkor. Detta innebär att ett antal nya regler föreslås när det gäller patientens möjligheter till vistelse utanför vårdinrättningens område. Förslaget innebär också att regler som gäller en viss kategori av psykiskt störda lagöverträdare som kan ges rättspsykiatrisk vård samlas under en gemensam rubrik. Lagen inleds och avslutas med bestämmelser som är gemensamma för den rättspsykiatriska vården. De anförda förändringarna är så omfattande att vi lämnar förslag till en ny lag om rättspsykiatrisk vård.

Det bör påpekas att följdändringar i form av nytt paragrafnummer och hänvisning till lag (1999:000) om rättspsykiatrisk vård i stället för till nuvarande lag om rättspsykiatrisk vård måste göras i de författningar som hänvisar till nuvarande lag om rättspsykiatrisk vård. De författningar som är aktuella är följande: lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning, lagen (1944:133) om kastrering, Brottsbalken, kungörelsen (1969:379) om inskrivning och redovisning av värnpliktiga, polisregisterkungörelsen (1969:38), delgivningslagen (1970:428), lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar, kreditupplysningslagen (1973:1173), datalagen (1973:289), lagen (1974:202) om beräkning av strafftid, lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt, förordningen (1974:286) om beräkning av strafftid, lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl., förordningen (1976:376) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl., passlagen (1978:302), delgivningsförordning (1979:101), utlänningslagen (1989:529), förordningen (1990:893) om underrättelse om dom i vissa brottmål, läkemedelslagen (1992:859), lagen (1994:459) om arbetsförmedlingsregister, förordningen (1995:238) om totalförsvarsplikt, lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård.

### **Gemensamma bestämmelser om rättspsykiatrisk vård**

#### *1 och 2 §§*

Dessa paragrafer motsvarar 1 och 2 §§ i nuvarande lag.

#### *3 §*

Första stycket i denna paragraf motsvarar 3 § i nuvarande lag.

I andra stycket slås fast att rättspsykiatrisk vård beträffande den som av domstol har överlämnats till sådan vård ges dels som vård på sjukvårdsinrättning, dels som öppen vård med särskilda villkor.

#### *4 §*

Denna paragraf motsvarar 6 § i nuvarande lag.

## 5 §

Denna paragraf motsvarar 7 § i nuvarande lag.

Paragrafen är oförändrad, men eftersom det framkommit att tillämpningen av paragrafen i vissa fall har inneburit svårigheter kommenteras den nedan (jfr JO:s beslut den 24 september 1996, dnr 1329-1996, och den 16 april 1997, dnr 1107-1996).

Bestämmelsen i andra stycket är avsedd att få praktisk betydelse i de fall då den häktade befinner sig i häkte vid tidpunkten för domen. Detta kan vara fallet t.ex. på grund av att denne inte har genomgått någon rättspsykiatrisk undersökning i målet men likväl av domstolen har överlämnats till rättspsykiatrisk vård som brottspåföljd. En kvalificerad form av s.k. § 7-intyg kan nämligen utgöra grund för rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning.

Vården enligt andra stycket är att betrakta som frivillig vård, eftersom vården kan ges endast om såväl den dömde som åklagaren medger vård. Vården ges med anledning av domstolens beslut att överlämna patienten till rättspsykiatrisk vård och avser tiden innan domen har vunnit laga kraft. Chefsöverläkaren kan — på grund av uttrycket att vården ”skall” påbörjas — inte vägra att ta emot patienten för vård.

Det råder viss tveksamhet om det kan bli aktuellt för rätten att pröva om vårdtiden skall förlängas och hur tidsfrister i så fall skall beräknas i de fall som avses i paragrafen. Eftersom det är fråga om frivillig vård fram till dess att domstolens beslut om rättspsykiatrisk vård vinner laga kraft finns det ingen anledning att anse att den rättspsykiatriska vården på grund av domstolens beslut skall påbörjas redan när patienten kommer till vårdinrättningen. Utgångspunkten för beräkning av de frister som gäller för förlängning av vårdtiden bör därför vara den dag när domstolens beslut om rättspsykiatrisk vård vinner laga kraft (se 8 och 21 §§ i lagförslaget).

Nämnas bör i detta sammanhang att den som är häktad (eller anhållen eller intagen på enhet för rättspsykiatrisk undersökning eller intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt) också kan beredas rättspsykiatrisk vård med stöd av 28 § i lagförslaget (4 § i nuvarande lag). Vid sådan vård skall beslut om intagning för rättspsykiatrisk vård fattas av en chefsöverläkare efter att vårdintyg har utfärdats av en annan läkare. Beslut om rättspsykiatrisk vård beträffande häktad som är intagen på en rättspsykiatrisk undersökningsenhet kan dock också fattas utan att vårdintyg har utfärdats. Den som genomgår rättspsykiatrisk vård på en sådan undersökningsenhet kan efter avslutad undersökning överföras för fortsatt rättspsykiatrisk vård på sjukvårdsinrättning inom landstinget. Vårdintyg krävs inte heller för beslut om rättspsykiatrisk vård beträffande häktad som har förts över för frivillig vård på en av regeringen godkänd sjukvårdsinrättning. I dessa fall kan den rättspsykiatriska vården pågå så länge häktningen består och utan att det sker någon

domstolsprövning. (jfr. även 17 § LPT).

I samtliga de situationer som anges ovan, då en häktad kan ges rättspsykiatrisk vård gäller, genom bestämmelsen i 6 § samt bestämmelsen i 19 § lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl., reglerna i LPT angående vården (t.ex. beträffande vilka tvångsåtgärder som är tillåtna under vården). När det gäller tillstånd till vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område innehåller 30 § detta lagförslag en bestämmelse om att sådant tillstånd kan lämnas om det föreligger synnerliga skäl.

#### 6 §

Paragrafen motsvarar 8 § i nuvarande lag.

I första stycket hänvisas till vissa bestämmelser i LPT när det gäller vården. I nämnda stycke har den ändringen gjorts att det anges vad de bestämmelser i LPT, som det hänvisas till, behandlar.

#### 7 §

Denna paragraf är ny. Paragrafen är densamma som föreslås i 3 § förslaget till ny LPT, vartill hänvisas.

### **Rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning (8—18 §§)**

#### 8 §

Denna paragraf motsvarar 13 § i nuvarande lag.

#### 9 §

Denna paragraf motsvarar 14 § i nuvarande lag.

#### 10 §

Denna paragraf motsvarar 9 § i nuvarande lag. Paragrafen har motsvarande innehåll som 28—29 §§ förslaget till LPT. Sistnämnda paragrafer har behandlats i kommentaren till LPT, vartill hänvisas.

#### 11 §

Första stycket motsvarar i huvudsak 12 § i nuvarande lag, dock med det undantaget att i nuvarande lag behandlas även upphörande av rättspsykiatrisk vård för de som vårdas enligt 4 § nuvarande lag (jfr 28 § detta förslag, dvs. bl.a. häktade och anhållna).

Andra stycket i bestämmelsen är nytt. Där hänvisas till chefsöverläkarens möjlighet att ansöka om att vården på sjukvårdsinrättningen skall övergå till öppen vård med särskilda villkor.

**Rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning — öppen vård med särskilda villkor****12 §**

Denna paragraf är ny. Den överensstämmer i huvudsak med 33 § LPT och innehåller de förutsättningar som skall gälla för att beslut om öppen vård med särskilda villkor skall kunna fattas. Förutsättningarna för sådan vård är att patienten fortfarande lider av en allvarlig psykisk störning och att han har ett fortsatt behov av psykiatrisk vård men det inte längre är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning. Vidare skall det med hänsyn till patientens personliga förhållanden eller hans psykiska tillstånd vara påkallat att han iakttar särskilda villkor. Villkoren kan gälla vård och behandling, boende, sysselsättning eller andra insatser av hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Ofta blir det fråga om att patienten skall iaktta viss behandling, t.ex. att ta viss medicin. Andra behandlingsinsatser kan också vara aktuella, t.ex. på ett s.k. hem för vård eller boende enligt socialtjänstlagen. Villkor avseende sysselsättning gäller sådana insatser som kommunen skall medverka till enligt 21 § SoL. Kommunen bör bl.a. tillhandahålla dagverksamheter enligt 10 § SoL som underlättar för den enskilde att ha kontakter med andra. När det gäller boende kan det t.ex. vara fråga om gruppboende eller annat särskilt boende för psykiskt funktionshindrade enligt 21 § SoL. Det som avses med andra insatser kan t.ex. vara att ta emot besök av hemtjänstpersonal.

I andra stycket anges att en förutsättning för beslut om öppen vård är att det till chefsöverläkarens ansökan har fogats en samordnad vårdplan med en sådan redogörelse som avses i 13 § lagförslaget. Beträffande vårdplanering m.m. hänvisas till avsnitt 11.4.1 och 11.4.2 i den allmänna motiveringen.

**13 §**

Denna paragraf är ny. Den anger när en ansökan om öppen vård skall ha kommit in till länsrätten och vad ansökan skall innehålla.

Paragrafen överensstämmer i huvudsak med 34 § LPT.

**14 §**

I denna paragraf, som är ny, anges endast att om en ansökan om öppen vård har kommit in till rätten, får vården på sjukvårdsinrättningen fortsätta i avvaktan på rättens beslut. Avslår rätten ansökan om öppen vård är det chefsöverläkarens sak att ta ställning till om vården på sjukvårdsinrättningen skall upphöra.

**15 §**

Denna paragraf är ny och den överensstämmer i huvudsak med 36 § LPT, vartill hänvisas. I paragrafen behandlas frågan hur länge öppen vård med särskilda villkor får pågå för den som dömts till rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning. Enligt paragrafen får sådan öppen vård pågå under högst sex månader räknat från prövningstillfället.

**Rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning —  
upphörande av öppen vård med särskilda villkor****16 §**

Denna bestämmelse är ny och anger när chefsöverläkaren skall besluta om att den öppna vården skall upphöra.

**17 §**

Paragrafen är ny och reglerar när den öppna vården skall upphöra i andra fall än som avses i 16 §.

I de fall en patient som ges öppen vård med särskilda villkor begår nya brott och på nytt döms till rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning kommer detta att innebära att patienten tas in för vård på sjukvårdsinrättning. Eftersom den öppna vården med särskilda villkor enligt denna bestämmelse upphör först när länsrätten fattat beslut om vård på sjukvårdsinrättning enligt denna lag blir en konsekvens av denna bestämmelse att den öppna vården kommer att löpa parallellt med vården på sjukvårdsinrättningen fram till att länsrätten skall pröva frågan om fortsatt vård på sjukvårdsinrättning, nämligen fyra månader räknat från den dag då allmän domstols beslut om rättspsykiatrisk vård blivit verkställbart.

**Övergång till vård på sjukvårdsinrättning****18 §**

Denna paragraf ger en möjlighet till återintagning från öppen vård med särskilda villkor till vård på sjukvårdsinrättning. Förutsättningarna härför skall vara att patientens psykiska tillstånd eller personliga förhållanden i övrigt har förändrats på ett sådant sätt att hans behov inte kan tillgodoses genom öppen vård. Det kan vara fråga om situationer när den psykiskt sjuke slutat ta sin medicin och att det som en följd härav kan befaras att hans sjukdomstillstånd allvarligt försämras. Om patienten även återupptar tidigare missbruk, kan detta ofta försvåra situationen ytterligare. Det bör betonas att det inte får vara fråga om återintagning som någon form av sanktion mot att villkoren inte har

följts av patienten. Det skall vara ett verkligt behov av vård på sjukvårdsinrättning för att återintagning skall få ske.

Om chefsöverläkaren anser att vården på sjukvårdsinrättningen skall fortsätta skall han inom fyra dagar från beslutet om återintagning ansöka hos länsrätten om medgivande till fortsatt tvångsvård på sjukvårdsinrättning. Visar det sig efter ett par dagars vård på sjukvårdsinrättning att sådan vård inte behövs kan chefsöverläkaren i stället besluta att vården åter skall övergå till öppen vård med särskilda villkor. Som framgår av 17 § andra stycket lagförslaget fortgår nämligen den öppna vården efter chefsöverläkarens beslut om återintagning fram till att länsrätten har lämnat medgivande till fortsatt vård på sjukvårdsinrättning. Detta innebär att öppen vård med särskilda villkor och vård på sjukvårdsinrättning kan löpa parallellt under fyra dagar fram till att länsrätten har fattat beslut i frågan.

### **Rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning (19–27 §§)**

#### **19 §**

Denna paragraf motsvarar 10 a § i nuvarande lag. Den enda nyheten i förhållande till nuvarande paragraf är uttrycket ”på egen hand” i första stycket första meningen. Tillägget är inte avsett att få någon förändring till stånd, utan avsikten med tillägget är att markera att när det är fråga om vistelse utanför vårdavdelningen i sällskap med personal krävs inget särskilt tillstånd.

#### **20 §**

Denna paragraf motsvarar 10 § i nuvarande lag. Första stycket har endast genomgått en språklig justering.

I andra stycket anges att tillstånd till vistelse utanför vårdinrättningens område (permission) får ges för visst tillfälle eller vissa återkommande tillfällen. Det skall i princip inte längre vara möjligt att ge tillstånd till vistelse utanför vårdinrättningens område till vårdtidens slut, i vart fall inte när det är fråga om en längre tids permission. Man kan emellertid tänka sig att vårdtiden, om omständigheterna i övrigt talar för permission, avslutas med några dagars permission. I övrigt hänvisas till kommentaren till 28 § förslaget till LPT.

Att tvångsvården på sjukvårdsinrättning kan övergå till öppen vård med särskilda villkor framgår av 22 §.

#### **21 §**

Denna paragraf motsvarar i huvudsak 16 § i nuvarande lag. I första stycket markeras att paragrafen tar sikte på när vård på sjukvårdsin-

rättningen skall upphöra. Denna ändring har sin grund i att lagförslaget innehåller två former av rättspsykiatrisk vård, nämligen vård på sjukvårdsinrättning och öppen vård med särskilda villkor.

Tredje stycket är nytt och avser chefsöverläkarens möjlighet att ansöka om att vården på sjukvårdsinrättningen skall övergå till öppen vård med särskilda villkor. Beträffande de patienter som här avses bör det normala vara att vården på sjukvårdsinrättningen övergår till öppen vård med särskilda villkor.

### **Rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning — öppen vård med särskilda villkor**

#### 22 §

Denna paragraf är ny och reglerar förutsättningarna för öppen vård med särskilda villkor beträffande domstolsöverlämnade patienter som genomgår rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Beslut om öppen vård med särskilda villkor för nämnda patienter kan fattas när de inte längre behöver vara intagna på en sjukvårdsinrättning för att deras vårdbehov eller samhällsskyddet skall kunna tillgodoses men behöver iakttä villkor för att den sjukhusbaserade rättspsykiatriska vården skall kunna ersättas med vård ute i samhället. När den rättspsykiatriska vården ges med särskild utskrivningsprövning skall risken för återfall i allvarlig brottslighet särskilt beaktas.

Öppen vård med särskilda villkor skall kunna komma i fråga när patientens tillstånd har stabiliserats på ett sådant sätt att det inte är nödvändigt att han är intagen på en sjukvårdsinrättning, men patienten inte uppfyller förutsättningarna för att vården skall kunna upphöra helt. De villkor som bör kunna komma i fråga kan avse t.ex. medicinering eller annan behandling, boende, sysselsättning, stöd och service, socialt rehabiliterande insatser eller andra insatser som bedöms nödvändiga för att patienten inte skall återfalla i ett socialt mönster som innebär risk för att patienten skall återfalla i brottslighet av allvarligt slag. För att öppen vård med särskilda villkor skall kunna beslutas för denna kategori patienter som här avses måste en bedömning göras som innebär att den risk för återfall i allvarlig brottslighet som kan föreligga skall kunna motverkas genom den samordnade planering och uppföljning av insatser som hälso- och sjukvården och socialtjänsten avser att genomföra samt genom de särskilda villkoren som länsrätten föreskriver med hänsyn till planerade insatser.

Lagförslaget bygger på att i de flesta fall av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning skall vården upphöra först efter en tid med öppen vård med särskilda villkor. Sedan det har konstaterats att patienten klarar sig utan föreskrift om särskilda villkor kan det övervä-



gas om beslut kan fattas om att den rättspsykiatriska vården skall upphöra helt och hållet.

### 23 §

Denna paragraf är ny.

I paragrafen uppställs de krav som skall ställas på en ansökan om öppen vård med särskilda villkor. Framför allt bör ansökan innehålla uppgift om vilka villkor som behövs och bakgrunden härtill.

När det gäller vilken utredning som behövs när det gäller patientens behov av vård och behandling, hänvisas till vad som sägs i kommentaren till 34 § LPT. Till ansökan skall även fogas en särskild redogörelse för vilken utredning som har gjorts med avseende på samhällsskyddet och för vilka åtgärder som skall motverka att patienten återfaller i tidigare socialt mönster och brottslighet. En redogörelse skall lämnas för vilken bedömning som görs av risken för återfall i brottslighet som är av allvarligt slag. Av redogörelsen skall framgå vilka faktorer som har beaktats vid bedömningen och hur de värderas samt vilka avvägningar som görs med avseende på risken för att patienten skall begå nya brott.

### 24 §

Paragrafen är ny och reglerar olika situationer i samband med länsrättens hantering av en ansökan om öppen vård. I andra meningen anges att om länsrätten beslutar om öppen vård med särskilda villkor upphör vården på sjukvårdsinrättningen. Avslår länsrätten ansökan skall vården på sjukvårdsinrättningen fortgå fram till dess att länsrätten prövar frågan om tvångsvårdens upphörande efter ansökan av patienten eller chefsöverläkaren. Här föreligger således en skillnad i förhållande till rättspsykiatrisk vård som ges utan särskild utskrivningsprövning eftersom det vid sådan vård är chefsöverläkaren som skall ta ställning till om vården på sjukvårdsinrättningen skall upphöra. Det bör påpekas att länsrätten är oförhindrad att i det av chefsöverläkaren anhängiggjorda målet om öppen vård pröva en framställan av patienten att den rättspsykiatriska vården helt skall upphöra.

### 25 §

Paragrafen är ny och reglerar i vilken utsträckning den öppna vården kan förlängas. Det är därvid angeläget att beakta om insatserna har haft någon verkan på patientens tillstånd.

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

#### 26 §

Denna paragraf är ny och innehåller de förutsättningar som krävs för att öppen vård med särskilda villkor skall upphöra.

I de fall en patient som ges öppen vård med särskilda villkor begår ett nytt brott och ånyo döms till rättspsykiatrisk vård med eller utan särskild utskrivningsprövning kommer patienten att åter ges vård på sjukvårdsinrättning, se närmare i kommentaren till 17 § denna lag.

### **Övergång till vård på sjukvårdsinrättning**

#### 27 §

Paragrafen är ny och behandlar återintagning på sjukvårdsinrättning för en patient som har dömts till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning men där vården har övergått till öppen vård med särskilda villkor. De kriterier som gäller för återintagning är att patientens tillstånd och personliga förhållanden i övrigt har förändrats så att behovet av psykiatrisk vård inte kan tillgodoses utan vård på sjukvårdsinrättning eller att patienten inte iakttar villkoren och detta innebär att patienten på grund av risken för återfall i brottslighet av allvarligt slag behöver vara intagen på en sjukvårdsinrättning.

Återintagning bör visserligen inte komma i fråga enbart som en sanktion mot att villkoren inte följs. Det bör alltid övervägas om villkoren är ändamålsenliga med hänsyn till den uppkomna situationen. Det förhållandet att ett villkor, t.ex. att ta viss medicin inte följs innebär dock ofta att det finns en sådan risk för återfall i allvarlig brottslighet att ett återintagande skall övervägas. Ibland kan dock en kontakt med patienten vara tillräcklig. En återintagning bör också ske om patientens sociala situation försämras i sådant avseende att det finns risk för återfall i brottslighet, t.ex. genom att han återfaller i missbruk eller avviker från ett hem för vård eller boende eller flyttar från ett särskilt boende.

Det är chefsöverläkaren som beslutar om återintagning på sjukvårdsinrättning och denne *skall*, till skillnad mot vad som gäller enligt LPT och beträffande patienter som genomgår rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning, besluta om återintagning när förutsättningarna härför är uppfyllda.

Chefsöverläkaren skall enligt paragrafen vara skyldig att inom fyra dagar från beslutet anmäla sitt beslut om återintagning till länsrätten. Om chefsöverläkaren har beslutat om återintagning av patienten för vård på sjukvårdsinrättning torde även länsrätten i de flesta fall besluta att vården på sjukvårdsinrättningen skall fortsätta. Det kan dock uppkomma

situationer när chefsöverläkaren, efter att han har beslutat om återintagning av patienten, kommer fram till att patientens situation endast försämrats helt tillfälligt och att han därför kan återgå till att ges öppen vård med särskilda villkor. I sådana fall kan länsrättens beslut bli att vården skall fortsätta i form av öppen vård med särskilda villkor.

### **Rättspsykiatrisk vård i övrigt**

#### **28 §**

Denna paragraf motsvarar 4 § i nuvarande lag. Den ändring som har gjorts i förhållande till nuvarande lag är att första stycket punkten 3 har ändrats på motsvarande sätt som 4 § förslaget till LPT vad gäller frågan om samtycke till vård.

I andra stycket anges att ett beslut om vård enligt LPT skall anses som ett beslut om rättspsykiatrisk vård, om patienten anhålls, häktas, tas in på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning eller tas in i eller förpassas till kriminalvårdsanstalt. Bestämmelsen gäller enbart när vård ges på sjukvårdsinrättning. Om en patient som genomgår psykiatrisk tvångsvård i form av öppen vård med särskilda villkor anhålls, häktas, tas in på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning eller tas in i eller förpassas till kriminalvårdsanstalt, måste emellertid beslut om rättspsykiatrisk vård fattas med stöd av 29 § förslaget till LRV. Att den öppna vården enligt LPT upphör i ett sådant fall framgår av 38 § förslaget till LPT.

#### **29 §**

Denna paragraf motsvarar 5 § i nuvarande lag. Bestämmelsen är oförändrad i sak. Den berörs något i anslutning till 5 § i förslaget.

#### **30 §**

Denna paragraf är ny och innebär en möjlighet att, om det föreligger synnerliga skäl, ge tillstånd till vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område för den som genomgår rättspsykiatrisk vård och är häktad. Bestämmelsen motsvarar i huvudsak 13 § lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.

#### **31 §**

Denna paragraf är ny.

Den är en motsvarighet till 19 § lagförslaget när det gäller patienter som är intagna i kriminalvårdsanstalt och som genomgår rättspsykiatrisk vård. Skillnaden mot 19 § lagförslaget är att förevarande bestämmelse föreskriver att det är Kriminalvårdsstyrelsen som skall lämna tillstånd till vistelse utanför vårdavdelningen men inom vårdinrättningens

område.

### 32 §

Denna paragraf motsvarar 11 § i nuvarande lag. Första stycket tredje meningen är nytt och är avsett att klargöra att tillstånd behövs även när vistelsen utanför sjukvårdsinrättningens område är beledsagad av personal. Syftet med tillägget är att, när det gäller i paragrafen avsedd patientkategori, skall reglerna för permission så långt det är möjligt vara desamma som när dessa patienter är intagna i kriminalvårdsanstalt. Enligt 32 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt kan en intagen i kriminalvårdsanstalt beviljas tillstånd att för en viss kort tid lämna anstalten (korttidspermission). Av förarbetena till denna bestämmelse (prop. 1974:20 s.41) framgår att en permission i vissa fall kan vara beledsagad av personal. Detta hindrar dock inte att tillstånd för permissionen måste inhämtas.

### 33 §

Denna paragraf motsvarar 8 § andra stycket i nuvarande lag.

### 34 §

Denna paragraf motsvarar 15 § i nuvarande lag. I paragrafen har dock tagits in en regel från nuvarande 4 § om att vården skall upphöra när de medicinska förutsättningarna för vården inte längre föreligger. Bestämmelsen reglerar således alla situationer då sådan rättspsykiatrisk vård som avses i 1 § 2 och 3 nuvarande lag skall upphöra. Det kan påpekas att den rättspsykiatriska vården i vissa fall kan övergå till psykiatrisk tvångsvård enligt 28 § denna lag.

## **Överklagande**

### 35 §

Denna paragraf motsvarar 18 § i nuvarande lag.

I första stycket punkterna 1 och 2 har tillägg gjorts i förhållande till nuvarande lag. Tillägget i punkt 1 innebär att patienten även får överklaga beslut om återintagning till vård på sjukvårdsinrättning från öppen vård med särskilda villkor och tillägget i punkt 2 innebär att patienten får överklaga avslag på en begäran att rättspsykiatrisk vård i form av öppen vård med särskilda villkor skall upphöra.

I övrigt innehåller sista stycket en ändring på det sättet att en hänvisning till LPT har tagits bort och att bestämmelsen i stället har skrivits ut.

**36 §**

Denna bestämmelse motsvarar 18 a § i nuvarande lag.

**37 §**

Denna bestämmelse är ändrad i förhållande till motsvarande bestämmelse i gällande lag, 19 §, på det sättet att överklagande skall ske till allmän förvaltningsdomstol, dvs. till länsrätten i stället för till kammarrätten. Som en följd av den nya bestämmelsen i 31 § har det i bestämmelsen lagts till att beslut av Kriminalvårdsstyrelsen om frigång får överklagas till länsrätten.

**38 §**

Denna paragraf motsvarar 20 § i nuvarande lag. Sista stycket i gällande lag är flyttat till 48 § lagförslaget.

**Handläggningen i domstol****39 §**

Denna paragraf innehåller en regel om vilken länsrätt som är behörig att pröva frågor enligt lagen om rättspsykiatrisk vård. Den ersätter den del av 21 § i nuvarande lag som innehåller en hänvisning till vissa bestämmelser i LPT .

**40 §**

Denna paragraf innehåller vissa handläggningsfrågor och ersätter 21 § i nuvarande lag som hänvisar till vissa bestämmelser i LPT. I stället för att hänvisa till bestämmelser i LPT föreslås en reglering i denna paragraf.

I andra stycket har gjorts en ändring i förhållande till nuvarande lag, nämligen att vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning förlängs den tid inom vilken länsrätten skall ta upp ett mål till avgörande till femton dagar från den dag då ansökan eller anmälan kom in till länsrätten.

**41 §**

Första stycket i denna bestämmelse ersätter en hänvisning i 21 § i nuvarande lag. I förslaget hänvisas till bestämmelserna om muntlig förhandling i 47 och 48 §§ förslaget till LPT. Av nyss nämnda bestämmelser framgår att muntlig förhandling i mål enligt denna lag skall hållas om det inte är uppenbart obehövligt. Muntlig förhandling skall hållas på sjukvårdsinrättningen om inte särskilda skäl talar för annat. Vidare föreskrivs i 48 § förslaget till LPT att länsrätten, om det inte är obehövligt, skall höra lämplig sakkunnig vid muntlig förhandling. När det är

obehövt får avgöras i det enskilda fallet. En faktor som kan tala för att det är obehövt är om rätten kort tid före den aktuella prövningen har prövat samma fråga och att det under tiden inte har framkommit något nytt om patienten.

Bestämmelsen i första stycket andra meningen innebär att den särskilda bestämmelsen om muntlig förhandling i 47 § LPT samt bestämmelserna i 48 § LPT om sakkunnig inte är tillämpliga när det gäller s.k. frigång för patienter som ges rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning samt för patienter som är intagna i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt men som ges rättspsykiatrisk vård.

#### 42 §

Denna paragraf avser medverkan av nämndemän i kammarrätt och ersätter hänvisningen i 21 § nuvarande lag till vissa bestämmelser i LPT. Den innebär endast ett förtydligande och ingen förändring i sak.

#### 43 §

Denna paragraf motsvaras av 22 § i nuvarande lag. Den ändring som har skett är det som har sin grund i att bestämmelserna om öppen vård med särskilda villkor har införts.

#### 44 §

Denna paragraf är ny. Paragrafen innebär att vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning skall åklagaren ha möjlighet att ansöka hos länsrätten om återkallelse av tillstånd för patienten till vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område i olika former. Att en patient som ges rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning på något sätt missköter sig så att det blir aktuellt med återkallelse av tillstånd till vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område kan komma till åklagarens kännedom genom att patienten misstänks för att ha gjort sig skyldig till nya brott. Om det är fråga om allvarliga brott leder det naturligtvis till nytt åtal och ny dom men om det är fråga om endast enstaka brott av mindre allvarlig natur meddelas i vissa fall åtalsunderlåtelse. Nyss nämnd misskötsamhet kan emellertid göra det aktuellt att överväga t.ex. om öppen vård med särskilda villkor bör övergå till vård på sjukvårdsinrättning. I första hand bör chefsöverläkaren kontaktas och informeras om vad som har inträffat. Först om chefsöverläkaren inte vidtar några åtgärder blir det aktuellt för åklagaren att agera.

#### 45 §

Denna paragraf motsvaras av 22 a § i nuvarande lag. Den enda ändringen i sak är att patienten även i mål om öppen vård med särskilda villkor skall ha möjlighet att få ett offentligt biträde.

## Övriga bestämmelser

### 46 §

Denna paragraf motsvarar 17 § i nuvarande lag. Denna bestämmelse har inte ändrats. Ändring har dock skett i den bestämmelse som det hänvisas till, nämligen i 32 § i förslaget till ny lag om psykiatrisk tvångsvård. Angående innehållet i denna ändring hänvisas till kommentaren till 32 § förslaget till lag om psykiatrisk tvångsvård.

### 47 §

Denna paragraf motsvarar 23 § i nuvarande lag. I första stycket har en punkt tillagts som innebär att chefsöverläkaren kan delegera beslut som gäller ansökan enligt 12 § och 22 § om öppen vård med särskilda villkor endast till en erfaren läkare på sjukvårdsinrättningen med specialistkompetens inom någon gren av psykiatri .

### 48 §

Denna paragraf motsvarar 24 § i nuvarande lag. Ingen ändring har skett av paragrafen.

### 49 §

Denna paragraf motsvarar 25 § i nuvarande lag. Den ändring som har skett i den föreslagna bestämmelsen har sin grund i att chefsöverläkaren skall ha rätt att överklaga länsrättens dom. I andra stycket sägs därför att om åklagaren eller chefsöverläkaren före länsrättens beslut har anmält att beslutet kan komma att överklagas, får länsrättens eller kammarrättens beslut inte verkställas förrän detta beslut har vunnit laga kraft eller rätten dessförinnan har underrättats om att beslutet inte kommer att överklagas. Bestämmelsen innebär också det förtydligandet att det är tillräckligt att åklagaren eller chefsöverläkaren anmäler till länsrätten att beslutet kommer att överklagas för att verkställighetsförbud skall råda även i högre instans.

### 50 §

Denna paragraf gäller stödperson och motsvarar 26 § i nuvarande lag. Paragrafen innehåller nyheten i förhållande till nuvarande lag att förtraendenämnden skall underrättas även när chefsöverläkaren ansöker om öppen vård med särskilda villkor. I övrigt har samma ändringar skett som i motsvarande paragraf i förslaget till LPT.

### 51 §

Denna paragraf är ny. Paragrafen innebär att chefsöverläkaren har skyldighet att, om det föreligger särskilda skäl med hänsyn till stöd-

personens säkerhet, lämna ut nödvändiga uppgifter om en patient till stödpersonen eller till en sådan nämnd som avses i 40 § förslaget till ny lag om psykiatrisk tvångsvård. Paragrafen skall tolkas restriktivt men skall i de enstaka fall då det är behövt ge en möjlighet att lämna ut uppgifter även om patienten inte samtyckt till det.

#### 52 §

Denna paragraf motsvarar 27 § i nuvarande lag. Inga ändringar har skett.

#### 53 §

Denna paragraf motsvarar 28 § i nuvarande lag. I paragrafen har gjorts ett tillägg med hänsyn till de nya reglerna om öppen vård med särskilda villkor.

#### 54 §

Denna paragraf motsvarar 29 § i nuvarande lag. Ingen ändring har skett.

#### 55 §

Denna paragraf motsvarar 30 § i nuvarande lag. Den enda skillnaden är att sista punkten som handlar om stödperson har tagits bort, eftersom denna underrättelseskyldighet har flyttats till 50 § i detta förslag.

### **Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser**

*Punkt 1* I denna punkt anges att lagen om rättspsykiatrisk vård träder i kraft den 1 januari 1999 och att nu gällande lag samtidigt upphävs. Övergångsbestämmelserna bygger med vissa undantag på principen att den nya lagstiftningen skall tillämpas fullt ut såväl när fråga uppkommer efter ikraftträdandet om intagning på en sjukvårdsinrättning för rättspsykiatrisk vård som när det gäller patienter som vid ikraftträdandet är föremål för vård enligt nu gällande lag.

*Punkt 2* Övergångsbestämmelserna i denna punkt innebär att ett vårdintyg som har utfärdats enligt den gamla lagen under vissa förutsättningar kan användas som underlag för ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för rättspsykiatrisk vård enligt 29 § i den nya lagen. Ett intagningsbeslut kan således under förutsättning att vårdintyg utfärdats den 31 december 1998 fattas senast den 4 januari 1999 eftersom intyget vid beslutsfattandet inte får vara äldre än fyra dagar. Efter ikraftträdandet får självfallet ett intagningsbeslut grundat på ett vårdintyg enligt den gamla lagen fattas endast om det framgår att förutsättningarna för tvångsvård enligt 28 § i den nya lagen är uppfyllda.



*Punkt 3* Om en patient vid ikraftträdandet har förts till en sjukvårdsinrättning för prövning av en fråga om intagning för rättspsykiatrisk vård, skall chefsöverläkaren enligt 29 § i den nya lagen skyndsamt pröva frågan om intagning. Intill dess frågan om intagning har avgjorts skall den gamla lagen gälla i de delar som kan tillämpas i den nämnda situationen. För att den nya lagens bestämmelser skall bli tillämpliga i ett tidigare skede har i denna punkt föreskrivits att chefsöverläkaren senast den 1 januari 1999 skall pröva om patienten skall vara intagen för rättspsykiatrisk vård enligt 28 § första stycket i den nya lagen.

*Punkt 4* Enligt denna punkt skall ett beslut om intagning enligt 4 § andra stycket eller 5 § i den gamla lagen anses som ett beslut om intagning enligt 28 § andra stycket eller 29 § i den nya lagen.

*Punkt 5* Enligt denna punkt skall den som efter beslut av domstol är intagen för rättspsykiatrisk vård enligt 7 § jämförd med 1 § andra stycket 1 i den gamla lagen efter ikraftträdandet anses genomgå rättspsykiatrisk vård enligt 5 § jämförd med 1 § andra stycket 1 i den nya lagen. Vid tillämpningen av den nya lagen gäller som yttersta gräns för vårdtiden den längsta medgivna tiden enligt 13 och 16 §§ i den gamla lagen. Chefsöverläkaren skall således inom fyra månader räknat från den dag då domen blev verkställbar eller inom sex månader från senaste prövningstillfället hos länsrätten ansöka om medgivande till fortsatt vård enligt 8 § eller anmäla fråga om vårdens upphörande enligt 21 § i den nya lagen.

Av tredje meningen i denna punkt framgår att den som genom en dom har överlämnats till rättspsykiatrisk vård men inte har tagits in på en sjukvårdsinrättning för sådan vård före ikraftträdandet skall anses genom domen ha överlämnats till rättspsykiatrisk vård enligt den nya lagen.

*Punkt 6* Ett beslut om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område på egen hand, s.k. permission, kan enligt den nya lagen endast avse viss del av vårdtiden. Övergångsbestämmelserna i denna punkt innebär att ett beslut om sådant tillstånd, skall anses som ett beslut om permission under viss del av vårdtiden enligt den nya lagen. Om ett tillstånd avser vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område under återstoden av vårdtiden gäller som yttersta gräns för tillståndets giltighetstid den enligt den gamla lagen längsta medgivna tiden för ett sådant tillstånd. Ett beslut om permission under återstoden av vårdtiden kan således under förutsättning att det fattats den 31 december 1998 vara giltigt längst till och med den 30 juni 1999. För en patient som vid ikraftträdandet har permission under återstoden av vårdtiden enligt den gamla lagen förutsätts således att, om vården på sjukvårdsinrättningen

inte bör fortsätta, chefsöverläkaren hos länsrätten ansöker om fortsatt tvångsvård i form av öppen vård med särskilda villkor enligt 12 eller 22 § i den nya lagen. För den som vårdas utan särskild utskrivningsprövning skall tvångsvården i annat fall upphöra.

Av tredje meningen i denna punkt framgår att särskilda villkor som har föreskrivits med stöd av den gamla lagen vid tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område under viss del av vårdtiden skall anses utgöra sådana särskilda villkor som kan meddelas med stöd av den nya lagen.

*Punkt 7* Enligt denna punkt krävs inte ett nytt beslut avseende en stödperson som har utsetts enligt den gamla lagen.

*Punkt 8* Som nämnts under punkt 1 skall den nya lagstiftningen med vissa undantag tillämpas fullt ut efter ikraftträdandet. Detta gäller, som framgår av denna punkt, i princip även i ett mål som har handlagts av allmän förvaltningsdomstol enligt den gamla lagen.

### 18.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall

#### 4 §

Psykiatrisk tvångsvård i form av öppen vård med särskilda villkor skall i undantagsfall kunna beslutas för patienter med särskild problematik, t.ex. personer med allvarlig psykisk störning och missbruk. Som har framhållits i den allmänna motiveringen (avsnitt 11.4.3) innefattar vården av personer med sådan sammansatt problematik särskilda svårigheter med hänsyn till att missbruksproblemet ofta dominerar så länge patienten får effektiv medicinering medan den psykiska störningen träder i förgrunden när medicineringen avbryts. Genom den föreslagna ändringen i lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) blir det möjligt att överföra en patient för vård enligt LVM på ett sådant hem som avses i 22 § under pågående öppen vård med särskilda villkor samtidigt som kontinuiteten i den medicinska behandlingen kan tillgodoses genom särskilda villkor som patienten skall vara skyldig att iakttä i den öppna psykiatriska vården. Denna möjlighet bör finnas såväl vid öppen vård som särskilda villkor enligt LPT som enligt LRV.

## Särskilda yttranden

### Särskilt yttrande

av ledamoten Christel Anderberg (m)

Kommittén föreslår att möjligheten att bevilja permission under återstoden av vårdtiden skall avskaffas. För de patienter som har behov av en längre tids uppföljning efter det att vården på sjukvårdsinrättning har upphört föreslås en ny form av tvångsvård, nämligen öppen vård med särskilda villkor. För LRV-patienter, särskilt dem med särskild utskrivningsprövning, föreslås detta bli den normala ordningen. För att domstol skall kunna besluta om sådan öppen vård skall krav ställas på en samordnad planering och uppföljning av landstingets och kommunens insatser. Dessutom skall en utredning göras för bedömning av återfallsrisken och vilka åtgärder som krävs med avseende på samhällsskyddet.

Med den utformning förslaget slutligen har fått, bl.a. med avseende på riskbedömningen och den obligatoriska återintagningen när patienten inte iakttar de gällande villkoren och detta innebär risk för återfall i brott av allvarligt slag, kan jag numera ansluta mig till kommitténs förslag.

Den nya påföljden öppen vård med särskilda villkor kan möjligen komma att minska, men inte eliminera, det problem som består i att ett inte obetydligt antal patienter utan något egentligt vårdbehov, liksom patienter som inte är behandlingsbara, kvarhålls inom psykiatrin enbart med hänsyn till samhällsskyddet. Å ena sidan har framför allt från läkarhåll stark och berättigad kritik riktats mot LRV av innebörd att lagen i vissa avseenden står i direkt konflikt med grundläggande etiska regler för läkare verksamma inom psykiatrin. Bl.a. hävdas att systemet med särskild utskrivningsprövning innebär att brottet och inte vårdbehovet sätts i centrum på ett sätt som flagrant strider mot Hawaii-deklarationen. Å andra sidan har lagen kritiserats från motsatt utgångspunkt, nämligen att läkarnas etiska regler leder till att människor i åtskilliga fall skrivs ut från psykiatrin utan att samhällsskyddet tillräckligt kan beaktas.

Den beskrivna intressekonflikten kvarstår olöst även med kommitténs förslag. Inom ramen för vårt utredningsuppdrag har vi emellertid ingen befogenhet att föreslå någon sådan ny påföljd som skulle vara ägnad att lösa detta problem. Tills vidare måste alltså de krav som samhällsskyddet ställer beträffande psykiskt störda, som begått allvarliga brott och är

återfallsbenägna, hjälpligt försöka tillgodoses inom ramen för den psykiatriska tvångsvården.

Straffansvarsutredningen har i sitt betänkande (SOU 1996:185), Straffansvarets gränser, skissat på en modell där man skiljer vård, straff och samhällsskydd. Bl.a. föreslås att den som begått gärningen under påverkan av en allvarlig psykisk störning, men som anses kunna ta ett straffrättsligt ansvar, skall kunna dömas till straff på samma sätt som andra lagöverträdare, varvid fängelsestraffet skall kunna verkställas genom rättspsykiatrisk vård så länge ett vårdbehov kvarstår. Om det vid tiden för villkorlig frigivning till följd av den psykiska störningen föreligger en påtaglig risk för fortsatt brottslighet skall förvaltningsdomstol kunna besluta att den dömda antingen skall genomgå rättspsykiatrisk vård med särskilda restriktioner eller, om något vårdbehov inte föreligger, bli föremål för samhällsskyddsåtgärder.

Den av Straffansvarsutredningen framlagda modellen är mycket intressant och tilltalande. Den skulle leda till en renodling av samhällets reaktioner mot dem som lider av psykisk störning och begår allvarliga brott. Den ligger också nära det reaktionssystem som Moderata Samlingspartiet sedan länge har förespråkat. "När det rör sig om personer som har begått allvarliga gärningar som riktat sig mot eller medfört fara för annans personliga säkerhet och där det med beaktande av deras psykiska särart föreligger en påtaglig risk för ett upprepande, har samhället emellertid klarare skäl än annars att tillgodose medborgarnas krav på samhällsskydd. Dessa skäl är så starka att de motiverar att det bör finnas vissa, låt vara mycket begränsade, möjligheter att ingripa med tvångsåtgärder mot personer i ett brottspreventivt syfte." (Bet. s. 547.)

Det bör därför ankomma på regeringen att snarast tillsätta en parlamentarisk utredning med uppgift att vidareutveckla de förslag till reglering av de psykiskt störda lagöverträdarnas straffrättsliga ansvar och samhällets reaktionssystem mot dem med utgångspunkt i de förslag Straffansvarsutredningen skissat.

#### *Omfattningen av tvångsvård*

Genom Stockholms läns landstings förtroendenämnd har kommittén fått ta del av ett antal skrivelser från föräldrar och andra närstående till psykiskt sjuka personer, vari de beskriver de stora, ibland oöverstigliga, svårigheter som råder att få till stånd vård av dem som själva inte har någon sjukdomsinsikt. I de häri beskrivna fallen ges en god belysning av den ångest de anhöriga tvingas leva under, inte sällan i årtal, och den tragik som utebliven vård medför för dem och för den sjuke.

Dessa brev beskriver väl den verklighet som råder i Sverige. På grund av en olycklig kombination av en restriktiv lagstiftning och en ännu mer restriktiv tillämpning därav, inte minst till följd av resursbrist inom psykiatrin, kan det vara lika svårt för en psykiskt sjuk att få psykiatrisk tvångsvård till stånd som för en kamel att komma igenom ett nålsöga. Resultatet blir alltför ofta självmord eller svåra brott mot annans liv eller hälsa.

Kommittén har enligt direktiven bl.a. att behandla frågan om det grundläggande syftet med LPT och LRV har uppnåtts, dvs. om användningen av tvångsvård, tvångsåtgärder och konvertering har minskat i avsedd utsträckning. Mot bakgrund av ovanstående hade en mer relevant fråga varit: Är den nya lagstiftningen så utformad, och tillförs psykiatrin sådana resurser, att var och en som lider av allvarlig psykisk störning garanteras den vård som han behöver till gagn för eget eller annans liv eller hälsa?

Att på grund av tillfälliga politiska värderingar göra så stora inskränkningar i möjligheten att bereda behövande personer psykiatrisk tvångsvård som skett genom den nya lagstiftningen är ett utslag av missriktad "humanitet". Det är också den uppfattning som kommer till uttryck i de ovan nämnda breven från anhöriga, vilka kommittén har fått ta del av och som också åtskilliga läkare har givit uttryck för. En mer balanserad syn på möjligheterna att bereda psykiskt sjuka tvångsvård borde därför eftersträvas. Rättssäkerhet är ju, enligt bl.a. Socialstyrelsen, också en fråga om tredje mans krav på skydd och säkerhet.

## Särskilt yttrande

av ledamoten Lars Davidsson (fp)

De kommittéförslag som nu läggs innebär, enligt min uppfattning, väl avvägda förändringsförslag i den nuvarande LPT och LRV lagstiftningen.

Jag måste dock tyvärr konstatera att kommittén inte funnit någon lösning avseende den konflikt mellan lagstiftning och den etiska deklARATION (Hawaiideklarationen) som funnits i den nuvarande LRV lagstiftningen. Det är, enligt min uppfattning, fortfarande så, att människor som av den medicinska professionen inte längre funnits uppfylla rekvisiten för psykiatrisk tvångsvård ändå, av skyddsskäl fortfarande skall tvångsvårdas inom den psykiatriska vårdorganisationen.

Enligt min uppfattning hade det varit lämpligare i den mån legitima samhällskyddsskäl talar för behovet av att dessa personer, förvisso ett fåtal, behöver omhändertas under frihetsberövande former, detta sker inom annan organisation än sjukvårdens.

Problemet har, enligt de inventeringar som gjorts, inte till sin numerär, varit särskilt stort medan den etiska konflikten enligt min uppfattning varit uppenbar. De förslag som kommittén nu lägger har förutsättningar att reducera problemet ytterligare.

Jag föreslår därför att riksdagen särskilt ger Socialstyrelsen i uppdrag att följa frågan.

## Särskilt yttrande

av ledamoten Elina Linna (v)

Enligt direktiven skall kommittén utvärdera lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Kommittén skall i första hand behandla frågan om det grundläggande syftet med lagstiftningen har uppnåtts, om användning av tvångsvård, tvångsåtgärder och konvertering har minskat i avsedd utsträckning. Jag vill här närmare kommentera frågan om konvertering, dvs. omvandling från frivillig vård till tvångsvård. Av uppgifter från Socialstyrelsen framgår att antalet konverteringar visserligen har minskat men inte alls i den utsträckning som man hade räknat med. Det är anmärkningsvärt mot bakgrund av att konverteringsmöjligheten är tänkt att vara en undantagsföreteelse.

När LPT-lagen behandlades i riksdagen år 1991 reserverade sig vänsterpartiet mot förslaget att möjliggöra överföring från frivillig vård till tvångsvård. Jag anser att möjligheten att omvandla frivillig vård till tvångsvård under tiden patienten är intagen, ofta på en låst avdelning, strider principiellt mot kravet att den enskilda människans integritet, självbestämmande och värdighet skall respekteras. Det är bra att villkoren för konvertering skärps med hjälp av tvåläkarprövning och kravet på att alla konverteringar skall prövas av domstol. Men frågan kvarstår, kommer det att räcka? När LPT-lagen infördes, beräknades att antalet konverteringar skulle minska avsevärt. Så har det inte blivit. Enligt min mening måste det genomföras stora förändringar inom den psykiatriska vården om antalet konverteringar skall minska. Kritiken, och en berättigad sådan, mot innehållet i den psykiatriska vården är hård både från patienterna och deras närstående.

Det har framkommit att möjligheten att konvertera används som ett påtryckningsmedel av vårdpersonalen mot patienten för att patienten skall ta mediciner och även godta annan behandling som han egentligen motsätter sig. Den psykiatriska vården påverkas mycket av ett biologiskt/medicinskt/farmakologiskt synsätt. Det är inte ovanligt att patienten och läkaren är oense om behandlingen. Möjligheten att konvertera möjliggör behandling utan patientens samtycke. En patient beskrev konvertering "som ett hinder för personalen att använda sin fantasi". Det fastslås i betänkandet att behandling under tvångsvård skall ske i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Men vad har vi för garantier att en typ av behandling sker i enlighet med vetenskap? Enligt många forskare är endast 15-30 procent av det som görs inom hälso- och sjukvården i enlighet med beprövad och accepterad vetenskap. Och den psykiatriska vården är inget undantag.

Av Socialstyrelsens rapportering framkommer att många av de konverterade patienterna skrivs ut till frivillig vård inom fyra dagar. Det är frågan om konverteringen varit nödvändig i dessa fall? Vid internationella jämförelser kan vi konstatera att t.ex. i Norge är inte konverteringen tillåten. Däremot finns det möjlighet för psykiatrisk observation utan samtycke. I Finland medger lagen observation oberoende av patientens vilja högst under fyra dagar. Enligt min mening skulle kommittén grundligare ha övervägt alternativ till konverteringen.

Vårdplan, samverkan med patienten och dennes anhöriga samt största möjliga hänsynstagande till patienten, så att han inte utsätts för onödig kränkning av sin värdighet och integritet innebär förhoppningsvis att antalet konverteringar minskar. Min förhoppning är att konverteringar i framtiden skall bli överflödiga.



## Särskilt yttrande

av experterna Anders Blom och Ulla Lönnqvist Endre

För att förverkliga utredningens förslag krävs ytterligare insatser av såväl psykiatrin och socialtjänsten som handikappomsorgen. Dessa insatser innebär bl.a. att nya boendeformer ska utvecklas, personalens kompetens höjas och den tid som läggs ner på planering och uppföljning måste ökas. De kostnadsökningar som förslaget medför bör utredas. I det sammanhanget förutsätts att finansieringen av reformen klarläggs.

## Särskilt yttrande

av experten Kjell Broström

### *Allmänt*

Tvånget inom psykiatrin förekommer i stor utsträckning därför att kunskaperna om psykiska störningar är dåliga och därför att effektiva behandlingsmetoder alltfjämt saknas.

Sjukdomsinsikt är inte ett relevant begrepp för att beskriva patientens medvetenhet om sin problematik och inställning till vården och den behandling som erbjuds. Patienten kan ha insikt om att man har ett behov av vård eller någon annan form av hjälp men gör en annan bedömning än läkaren av vilken nytta han har av behandlingen. Det är detta som flertalet motsättningar beträffande det psykiatriska tvånget handlar om.

Patienter har oftast förståelse för att tvång ibland behöver användas men är inte sällan kritiska till det sätt på vilket det används. Kränkningar och konflikter i samband med tvångsåtgärden kan undvikas med ett förhållningssätt inriktat på att motivera och göra patienten delaktig och där läkare och vårdpersonal gör allt som står i deras makt för att undvika tvångsåtgärden.

Betänkandet innehåller i vissa delar förslag med den inriktningen, t.ex. preciseringen av vad som bör ingå i en vårdplanering eller en allmän bestämmelse om etiska regler för hur tvångsåtgärden skall få användas.

Sammantaget innebär dock kommitténs förslag till förändringar av lagstiftningen en utökning av möjligheterna att använda tvångsvård och tvångsåtgärder och en försämring av patientens rättsliga ställning.

Sedan ett par decennier har reformeringen av den svenska tvångsvårdslagstiftningen präglats av en tydlig avsikt och strävan. Patientens rättsäkerhet skall stärkas och tvånget begränsas och inriktas på att stärka patientens resurser att leva ett självständigt liv och på att förmå honom att ta emot fortsatt stöd och behandling i frivilliga former.

Betänkandet innebär ett avsteg från denna avsikt och strävan.

Flera av de lagändringar som nu föreslås har inte aktualiserats eller motiverats av att man vill förbättra den tvångsvårdade patientens situation utan för att man vill underlätta läkarnas, vårdpersonalens eller domstolarnas situation. Lagrum som varit besvärliga att tillämpa eller som konsekvent har tillämpats felaktigt anpassas nu så att de bättre skall överensstämma med den felaktiga praxis som utvecklats. I situationer där det varit svårt att förutse om tvångsvården skulle komma att godkännas, justeras och anpassas nu lagen så att en större samstämmighet

mellan läkares och domstolars bedömningar skall kunna uppnås.

#### *Kapitel 6. Intagningsförfarandet vid psykiatrisk tvångsvård*

Kommittén föreslår att bestämmelser som medger bältesläggning, isolering, kroppsvisitering och ytlig kroppsbesiktning, innan beslut om tvångsintagning har fattats, skall införas i LPT. Om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa får även behandling ges före intagningsbeslutet. Man framhåller att stor restriktivitet skall iaktas och att de nya reglerna inte skall innebära någon ökning av möjligheterna att använda tvång utan endast ett klargörande.

Min uppfattning är att de föreslagna förändringarna kommer att flytta gränserna för när tvångsåtgärden och tvångsbehandling anses försvarbara. Med tanke på de tendenser att tänja på bestämmelser och tillämpa lagen felaktigt som framkommit vid utvärderingen av nuvarande lagstiftning förefaller det godtroget att förvänta sig att de nya bestämmelserna inte skulle medföra en ökning av möjligheterna att använda tvång.

#### *Kapitel 7. De allmänna förutsättningarna för tvångsvård*

Enligt nuvarande lagstiftning (LPT 3 §) kan tvångsvård endast ges om patienten motsätter sig tvångsvård eller om det är uppenbart att patienten till följd av sitt psykiska tillstånd saknar förmåga att ge ett grundat ställningstagande i frågan. Den föreslagna ändringen innebär att även om patienten samtycker till frivillig vård får tvångsvård ges om det till följd av patientens psykiska tillstånd kan antas att vården inte kommer att kunna ges med hans samtycke.

Detta öppnar för godtyckliga ställningstaganden grundade på ytliga bedömningar och prognoser över patientens insikt om sitt hjälpbehov, motivation och samarbetsförmåga. Patientens befinnande har dock ett nära samband med den bemötandekultur och vårdmiljö han möter. Den här typen av bedömningar säger ofta mer om läkarens förhållningssätt och förmåga till samarbete och empati än om patientens ambivalens. Och när domstolarna skall bedöma om patienten som själv vill ha vård är trovärdig handlar deras överväganden också om vilken respekt de vill visa för patientens integritet och vacklande eller spirande autonomi. Att inte bli trodd och respekterad är kränkande och nedbrytande.

*Kapitel 8. Övergång från frivillig vård till tvångsvård*

Möjligheten att konvertera en patient från frivillig vård till tvångsvård bör avskaffas. Detta har ända sedan konverteringen infördes år 1983 varit ett av de viktigaste kraven från RSMH, Riksförbundet för social och mental hälsa.

Konverteringen undergräver människors förtroende för den psykiatriska vården. Detta får till följd att människor som är i behov av hjälp och stöd från psykiatrin inte vågar söka denna hjälp.

Jag anser att en människa skall kunna söka hjälp utan att riskera att bli tvångsintagen, inlåst och tvångsmedicinerad.

Allt sedan konverteringen infördes 1983 har den varit mycket ifrågasatt av såväl politiker och myndigheter som av patient- och klientorganisationer. Den kom till för att psykiatrer och vårdpersonal skulle ha möjlighet att hindra en patient, som har för avsikt att allvarligt skada sig själv eller någon annan, från att lämna sjukhuset. Konverteringen var tänkt som en undantagsföreteelse men ända sedan den infördes har mellan var fjärde eller var femte tvångsvårdad patient blivit konverterad, det vill säga från början sökt vård frivilligt.

Inte sällan används konverteringen inom psykiatrin som ett påtryckningsmedel för att patienten "frivilligt" skall gå med på en viss behandling. Kommittén har inte riktigt velat tro på sådana beskrivningar men de får också stöd i en undersökning av hur patienter och anhöriga i Västmanlands och Upplands län upplevt tvångsvård respektive frivillig vård.

Så länge psykiatrin har tillgång till möjligheten att konvertera är jag rädd för att de kommer att använda den frikostigt oavsett vilka kriterier som ställs upp. Och så länge denna möjlighet finns kvar kommer den att undergräva förtroendet för, och motverka en positiv utveckling av den psykiatriska vården.

Kommittén lägger nu ett förslag som kommer att underlätta överföringen av patienter från frivillig vård till tvångsvård. Jag anser att man i stället borde ha återgått till de bestämmelser som rådde före år 1983.

Det besvär och det obehag läkare och vårdpersonal hade av att tillkalla polis motiverade dem att i första hand söka andra lösningar. Att komma överens med patienten om en uppföljning i öppen vård eller i någon form av mellanvård. Vid sådana tillfällen då man bedömer att det finns en omedelbar risk för att patienten skall skada sig själv eller någon annan kan man i första hand övertala patienten att tillsammans med personal bege sig till en annan läkare för en vårdintygsbedömning. Endast när man bedömer det som nödvändigt och inte ser någon annan möjlighet skulle man begära handräckning av polis.

En invändning har varit att det skulle vara oetiskt att låta patienten skriva ut sig och samtidigt tillkalla polis som utanför sjukhuset hämtar

patienten till ny vårdintygsbedömning. Men patienter som själva har varit utsatta för konvertering har funnit det vara ett större svek, att man genom att fylla i ett formulär har kunnat tvinga dem kvar när de vill gå hem, trots att de frivilligt och på eget initiativ har sökt vård.

Kommitténs förslag innebär att man ger upp målsättningen från riksdagsbeslutet år 1992 att konvertering skall användas undantagsvis och måste minskas. Förslaget innebär i stället en anpassning till felaktigheter som förekommit beträffande en korrekt tillämpning av nuvarande lagstiftning.

Förslaget är dåligt genomtänkt och underbyggt.

### *Kapitel 9. Stödpersoner*

Beträffande stödpersonsverksamheten har flera bra förslag lagts fram. Tyvärr har den viktigaste förändringen uteblivit. RSMH och Socialstyrelsen har tidigare varit överens om att tvångsvårdare patienter obligatoriskt bör erbjudas en stödperson men kan tacka nej om man inte vill ha någon.

Av hänsyn till förtroendenämndernas negativa reaktion på detta förslag har kommittén valt att inte lägga fram det. Det bör tilläggas att förtroendenämnderna visserligen ansvarar för stödpersonsverksamheten men på intet sätt representerar några patientintressen. Förtroendenämndernas motstånd torde handla om rädsla för att få en för hög arbetsbelastning om rätten till stödperson innebar ett obligatoriskt erbjudande och inte något man måste begära.

Det är beklagligt att den utmärkta idén om att tvångsvårdade patienter skall ha rätt till en stödperson håller på att gå förlorad för att informationen inte fungerar och att patienten sällan får reda på vad stödpersonen kan göra.

### *Kapitel 10. Behandling under tvångsvård*

Jag finner det anmärkningsvärt att kommittén inte på allvar tagit itu med problemet att tvångsmedicinering ligger kvar på en allt för hög nivå eller till och med ökar. Man föreslår att en allmän bestämmelse med etiska regler för tvångsåtgärder skall utformas och uppmanar huvudmännen att internt granska den psykiatriska verksamhet de är ansvariga för.

Jag anser att man i stället borde ha uppmärksammat och vidareutvecklat de förslag som har framförts av RSMH.

Tvångsbehandling bör inte vara automatiskt tillåten enbart därför att man blivit tvångsintagen. Ett andra juridiskt steg bör krävas innan tvångsbehandling får ges. Detta juridiska steg bör vara konstruerat så att

”förnuftiga” anhöriga och vänner, tillsynsmyndigheter samt, i efter hand patienten själv, kan se att de vårdansvariga verkligen försökte att respektera patientens vilja, försökte med andra alternativ, försökte motivera patienten till samarbete men till slut inte såg någon annan möjlighet än att tvångsbehandla patienten för hans eget bästa.

Jag föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att utarbeta särskilda tillämpningsföreskrifter som reglerar användandet av tvångsbehandling under tvångsvård enligt följande koncept.

1. En skriftlig redogörelse på särskild blankett skall tillställas tillsynsmyndigheten och bifogas journalen innan tvångsbehandling får vidtas. Av redogörelsen skall tydligt framgå vilka alternativa åtgärder som prövats, vad som har gjorts för att motivera patienten att frivilligt medverka i den föreslagna behandlingen, vilka allvarliga konsekvenser det skulle medföra om behandlingen skulle senareläggas eller helt utebli.
2. Ombud, stödperson eller närstående bör om patienten inte motsätter sig detta delta i överläggningar som bör föregå tvångsbehandling.
3. Patienten skall ha rätt att begära en second opinion innan tvångsbehandling får vidtas. Föreslagna läkare bör om möjligt respekteras liksom hans bedömning.
4. En tvångsvårdsperiod bör alltid utvärderas och patienten bör ges tillfälle att nedteckna önskemål om hur han vill bli bemött och behandlad vid ett eventuellt senare tvångsvårdstillfälle. Ett så kallat psykiatriskt testamente.
5. Tillsynsmyndigheten bör utveckla en aktiv kontroll av tvångsbehandling på grundval av de skriftliga redogörelserna. Kontrollerna bör även ha karaktären av icke förannonserade inspektioner.
6. Tvångsmedicinering med depåneuroleptika bör utgöra undantag och endast kunna genomföras mot bakgrund av att patienten tidigare är inställd på depåpreparat och en väl dokumenterad erfarenhet av att utebliven depåmedicinering får mycket allvarliga konsekvenser för patientens hälsotillstånd.
7. ECT-behandling får endast ges efter patientens samtycke om det inte är en situation som bedöms som livshotande. Skriftlig redogörelse enligt ovan skall genomföras. Motivet för att särskilt begränsa tvångsbehandling med ECT är den stora rädsla och upplevda kränkning som ofta är förknippad med behandlingen och den brist på kontroll som behandlingen innebär (narkos).

8. Psykokirurgiska ingrepp skall inte vara tillåtet, vare sig under tvångsvård eller frivillig vård, eftersom sådan behandling kan medföra irreversibla (obotliga) skador hos patienten.

Europarådets parlamentariska församling har lagt fram ett förslag om rekommendationer 1235 (1994) som beträffande användning av tvångsåtgärder innebär mer långtgående restriktioner än kommitténs förslag. Förslaget är ännu inte behandlat och godkänt av medlemsstaterna men ger ändå en indikation på att kommittén i sina överväganden tolererat mer användande av tvångsåtgärden än man varit beredda att göra i övriga Europa.

### *Kapitel 11. Permission-öppenvård med särskilda villkor*

#### Öppen vård med särskilda villkor utökar psykiatrins tvångsarsenal

Öppenvård med särskilda villkor ger utökade möjligheter till tvångsåtgärder. Man borde i stället ha valt att strama upp och begränsa användandet av långvariga permissioner, t.ex. genom att i LPT maximera permission till 12 månader.

I Socialstyrelsens inventering fanns endast 43 patienter som varit permitterade längre än 12 månader. Flera av dem borde ha kunnat skrivas ut och de var dessutom koncentrerade till två landsting.

Detta talar för att problemet med långa permissioner borde gå att hantera på ett annat sätt än att införa en ny typ av öppenvårdstvång.

Många som blivit tvångsmedicerade menar att det är mer skrämmande än att bli tvångsomhändertagen och inte sällan framkallar det mer ångest än själva sjukdomstillståndet.

Därför är det ytterst beklagligt att tvångspsykiatrikommittén nu föreslår att en ny och mer omfattande typ av öppenvårdstvång, öppenvård med särskilda villkor, skall införas.

Det vanligaste villkoret kommer att vara att man måste ta sin medicin men det kan även gälla var man skall bo och vara på dagarna, vilken personal man måste träffa samt förbud mot att använda alkohol eller andra droger.

Ett beslut om öppenvård med särskilda villkor skall gälla under sex månader och kunna förlängas med sex månader åt gången.

Jag finner det djupt olyckligt att den minskning av det psykiatriska tvånget som pågått under flera decennier nu avbryts genom förslaget om att utöka psykiatrins tvångsarsenal.

Det är en eftergift för dåligt bemötande och motivationsarbete inom psykiatrin, otillräckligt stöd från kommunerna och kraftiga nedskärningar inom psykiatri och socialtjänst.

Förslaget innebär att de informella påtryckningsmedel som psykiatrin alltid har haft nu får lagligt stöd. Det blir en utvidgning av psykiatrins traditionella straff- och belöningsystem som försämrar förutsättningarna för ett gott samarbete mellan patient och läkare/vårdpersonal.

Att patienten i sitt hem tvingas underkasta sig villkor som begränsar hans möjligheter att ha kontroll och inflytande över sina egna dagliga livsvillkor är ett allvarligt hinder för rehabiliteringen och integreringen i samhället. Tvångsvårdsformen kommer därför att motverka sina egna syften.

Det finns stor risk för att öppenvård med särskilda villkor kommer att bli en populär tvångsvårdform, som i likhet med konverteringen (från frivillig vård till tvångsvård), utnyttjas betydligt oftare än vad lagstiftaren har tänkt sig.

Förslaget om öppenvårdstvång har ekonomiska incitament som kommer att vara svåra att motstå när landsting och kommuner jagar besparingar. Tvångsmedicinering i hemmet kan jämföras med kriminalvårdens elektroniska fotbojor med den skillnaden att fotbojorna är tidsbegränsade medan öppenvårdstvånget kan fortgå hur länge som helst.

Det finns ytterligare en fara med detta förslag. Det kan bli ett tvång på distans där utövaren av tvånget inte behöver ha särskilt mycket kontakt med den tvångsvårdade patienten och dennes problem, vilket i sin tur kan medföra att medicineringen sätts i främsta rummet och att andra typer av insatser hamnar i skymundan.

Jag ser en allvarlig risk för att denna vårdform blir en slutstation där ambitionerna att motivera och rehabilitera är låga, där övermedicinering inte uppmärksammas och patienten förblir drogad, "välanpassad", passiv och olycklig.

Det är anmärkningsvärt att psykiatrins möjligheter till långvarig tvångsmedicinering föreslås ökas samtidigt som Socialstyrelsen och SBU i flera rapporter konstaterat att felaktig medicinering och dosering är mycket vanlig bland just de patienter som det nya tvånget inriktas på.

När det gäller vård enligt LRV med särskild utskrivningsprövning bör förslaget om öppen vård med särskilda villkor kunna införas med hänsyn till samhällsskyddet. Att patienten skall kunna tvingas iaktta vissa villkor för att återfall i brottslighet av allvarligt slag skall kunna undvikas är rimligt eftersom vården trots allt är en påföljd och patienten tidigare begått våldsbrott eller andra allvarliga brott.

Ett annat sätt att skapa ett fungerande socialt och psykologiskt stöd är att patienten har ett personligt ombud. Vidare bör den utveckling av nya vård- och samarbetsformer som initierats genom psykiatireformen successivt kunna innebära ett allt bättre skyddsnät för patienten. Utvecklandet av kamratstöd, självhjälpgrupper och brukarbaserade nätverk är andra sätt att skapa en stödjande skyddsnät.



Förslaget om öppenvård med villkor är otidsenligt och står i motsatsställning till den utveckling som pågår inom den psykiatriska vården och servicen.

### *Kapitel 12. Upphörande av LRV-vård*

Det är i dag nära nog omöjligt att bli utskriven från LRV-vård med särskild utskrivningsprövning. De som LRV-vårdas får en betydligt längre påföljd än om de hade dömts till fängelse för motsvarande brott.

Lagtexten "att det inte längre finns risk för att patienten återfaller i brottslighet..." borde ha ändrats eftersom det aldrig går att säga att det inte längre finns någon sådan risk.

Utredningen har övervägt detta men valt att inte göra någon förändring med hänsyn till den mediadebatt och opinion som i sin okunnighet kräver hårdare krav inom rättspsykiatri i tron att de som vårdas där slipper lindrigare undan än om de hade dömts till fängelse.

"Påtaglig risk" för återfall i brottslighet av allvarligt slag är en bra formulering. Nuvarande lagtext gör det omöjligt att bli utskriven.

Enligt nuvarande lagstiftning är det tillräckligt att ha en "psykisk störning" för att hållas kvar i den rättspsykiatriska vården. Psykisk störning drabbar stora delar av svenska folket och är knappast ett godtagbart skäl för att hålla kvar en person i rättspsykiatrisk vård.

Formuleringen i LRV, 21 § borde ändras till "allvarlig psykisk störning".

Både med hänsyn till lagens bokstav och med hänsyn till hur den har tillämpats sedan år 1992 anser jag att reglerna för upphörande av LRV-vård står i strid med internationella konventioner.

### *Kapitel 15. Processuella frågor*

#### Läkaren får en starkare ställning som part i psykiatrimål

Kommittén föreslår att läkaren skall få partsställning i psykiatrimål vilket bl.a. innebär att läkaren får en starkare ställning i domstolen och rätt att överklaga domar som går honom emot. Om läkaren överklagar en dom om att tvångsvården skall upphöra kommer patienten att fortsätta tvångsvårdas till domen vunnit laga kraft. Ett överklagande från läkaren kommer alltså att avsevärt förlänga tvångsvårdstiden.

Jag anser att denna förändring är mycket olycklig för patienten och att samarbetet mellan patient och läkare riskerar att skadas. Att behålla en god behandlingsallians efter att läkaren överklagat en dom om att tvångsvården skall upphöra kommer att vara mycket svårt eller till och

med omöjligt. Sådana överklagningssituationer kommer i värsta fall att vara en god jordmån för att framkalla hat, våld och destruktivitet.

Läkarens nya roll som part i domstolen leder honom allt längre bort från portalparagrafen i LPT om vårdens syfte.

För patienten innebär läkarens nya partsställning en ytterligare försvagning av hans redan mycket svaga situation. Jag tror inte att det finns någon annan rättslig process där den ena parten har en så svag och oskyddad ställning som i psykiatrimål. Min erfarenhet är att det ofta inte finns någon person som vid förhandlingen stödjer patientens intressen.

Patienten blir ändå mer utelämnad till sitt många gånger okunniga och föga engagerade offentliga biträde. Genom att införa tvåpartsprocess kan också domstolen avlasta sig ansvar för dessa ur rättssäkerhetssynpunkt ofta parodiska tillställningar.

Förslagets negativa konsekvenser för patienten och för relationerna och klimatet inom vården verkar inte alls beaktade i betänkandet. Det verkar mer ha tillkommit på grund av nit att, utan undantag, få tvåpartsprocess i förvaltningsdomstolarna.

Förslaget om läkarens partsställning måste givetvis avvisas.

## Särskilt yttrande

av experten Petra Sjöberg

### *Psykiskt störd eller psykiskt sjuk*

Begreppet allvarlig *psykisk störning* används i både LPT och LRV. Även kommittén använder detta begrepp genomgående i sitt betänkande. Riks-IFS (intresseförbundet för Schizofreni) har mycket svårt att acceptera detta begrepp, då vi anser att det ger ett intryck av att det skulle röra sig om ett tillfälligt besvär och om en lättare åkomma utan allvarliga konsekvenser för den drabbade. När det gäller schizofreni och andra psykosjukdomar är det inte fråga om en störning, utan om en allvarlig sjukdom som förorsakar en omfattande funktionsnedsättning. Uttrycket ger därmed felaktiga signaler till dem som har ansvaret för vård, service och stöd för denna grupp. Det skall påpekas att särskilt våra medlemmar med egen erfarenhet av psykiska sjukdomar har protesterat mot uttrycket psykiskt störd. Dessa personer anser att begreppet innebär en nedvärdering av en svår sjukdom och därmed också en nedvärdering av deras egen situation. Med anledning av detta har Riks-IFS på ett årsmöte år 1993 beslutat att inte använda termen psykisk störning utan i stället byta ut denna mot den mer adekvata termen psykiskt sjuk.

### *De allmänna förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT*

Såsom nämnts vid ett flertal tillfällen i kommitténs betänkande anser Riks-IFS att det är alltför svårt att få tvångsvård enligt den nuvarande tvångsvårdslagstiftningen. Vår erfarenhet är att många psykiskt sjuka människor inte får den vård som de är i verkligt behov av. En utebliven vård leder ofta till att personens hälsotillstånd försämras ytterligare, vilket i sin tur leder till att risken för att personen skadar både sig själv, anhöriga och andra ökar påtagligt. I dag tillåter man en människa bli alltför sjuk innan denne tas in för tvångsvård. Detta försvårar personens rehabilitering och innebär ett enormt lidande för både den psykiskt sjuke och dennes anhöriga.

Tvångsvårdslagstiftningen lägger mycket stor vikt vid patientens integritet och det tycks tyvärr som om man i princip har glömt bort att vi har ett medmänskligt ansvar gentemot människor som hamnat i svårt utsatta situationer. Riks-IFS anser att vi som medmänniskor måste kunna ingripa och avhjälpa en allvarligt psykiskt sjuk persons oundgängliga vårdbehov, då denna person inte själv är i stånd att bedöma sitt eget bästa. I dag finns det endast ett mycket begränsat utrymme att så som

medmänniska ta sitt ansvar för dessa personer. Riks-IFS är mycket orolig för hur situationen ser ut i dag. Självklart förespråkar inte Riks-IFS att tvångsvård skall användas i större utsträckning än vad som verkligen kan anses vara nödvändigt. Vår uppfattning är tvärtom att den psykiatriska vården skall ske med patientens samtycke så långt det är möjligt, och att tvångsvård skall komma i fråga endast i undantagsfall då personen har ett uppenbart vårdbehov och det inte går att få till stånd vård på frivillig väg. Riks-IFS skulle även vilja betona att anledningen till att anhöriga anser att den psykiskt sjuka personen skall tas in för tvångsvård oftast inte primärt är att de är rädda för att hotas eller trakasseras av personen i fråga, utan mer på grund av frustration och sorg över att se en kär närstående mår så dåligt och försvinna in i sin sjukdom.

Riks-IFS får ofta samtal från förtvivlade anhöriga som kämpar för att få in sina psykiskt sjuka närstående för tvångsvård, men som inte lyckas med detta trots att den psykiskt sjuka personen har ett uppenbart behov av vård men inte själv inser detta. Anhöriga får ofta känslan av att personalen inom psykiatri inte lyssnar på dem och inte tar deras oro på allvar. Enligt Riks-IFS är det viktigt att personalen lyssnar på anhöriga, speciellt med tanke på att det ofta är de anhöriga som bäst känner den sjuka personen och bäst har lärt sig känna igen de tidiga tecknen på ett återinsjuknande.

Även kommittén har fått ta del av ett antal brev, bl.a. från anhöriga, som visar hur svårt det är att få in en allvarligt psykiskt sjuk person för tvångsvård enligt nuvarande lagstiftning. Brev från anhöriga är mycket gripande. Efter att ha läst igenom dessa brev blir man mycket konfunderad över att de sjuka personerna inte har tagits in för tvångsvård. Det måste anses vara uppenbart att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda i dessa skildrade fall. Så har dock inte uppfattats vara fallet!

Riks-IFS tror att en stor del av svårigheterna med att få tvångsvård kan hänföras till brister i tillämpningen av lagstiftningen. Även kommittén anser att problemen till stor del hänför sig till brister i tillämpningen av lagstiftningen.

Efter att ha konstaterat att lagen tillämpas på ett felaktigt sätt är det viktigt att föreslå åtgärder för att bristerna i tillämpningen skall kunna avhjälpas. Kommittén föreslår att som förutsättning för LPT-vård skall gälla att patienten skall ha ett oundgängligt vårdbehov som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten ges kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Kommittén föreslår vidare att när det gäller patientens inställning till vården så skall tvångsvård endast få ges 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. Förslagen som kommittén har lagt fram kommer i viss mån

förtydliga hur lagen skall tillämpas. Riks-IFS anser dock inte att dessa två förändringar kan anses vara tillräckliga åtgärder för att undanröja de brister som finns i dagens tillämpning av lagstiftningen. Då det finns en uppenbar risk för att den felaktiga tillämpningen av lagen kommer att fortsätta även i framtiden är Riks-IFS uppfattning att det krävs fler åtgärder för att avhjälpa bristerna i tillämpningen, bl.a. borde Socialstyrelsens råd och anvisningar ses över i detta avseende.

Riks-IFS anser dock inte att svårigheterna med att få tvångsvård enbart kan hänföras till brister i tillämpningen av lagstiftningen. Vi tror även att problemen beror på hur lagstiftningen är utformad. Riks-IFS anser därför inte att det är tillräckligt att enbart avhjälpa bristerna i tillämpningen av lagstiftningen, utan vi anser även att lagen behöver ändras för att komma till rätta med problemen som kan hänföras till utformningen av lagstiftningen. Vårt förslag är att öka möjligheten till tvångsvård för personer som har en klar etablerad psykosjukdom och som är kända inom psykiatrin och som man sedan tidigare erfarenheter vet hur det går för om patienten inte får vård. En av förutsättningarna för att dessa personer skall kunna tas in för tvångsvård borde vara att patienten kan få sitt hälsotillstånd avsevärt förbättrat om denne får vård eller att tillståndet kan försämrats avsevärt om vården uteblir. Anledningen till att Riks-IFS kan tänka sig en sådan lösning är att det är mycket viktigt att ingripa och behandla psykosen vid ett så tidigt skede som möjligt för att förhindra att kända psykospatienter drabbas av alltför svåra och långvariga återfall. Det är mycket viktigt att försöka undvika att en person som lider av en psykosjukdom drabbas av allvarliga återfall. Ett återfall innebär nämligen risker för personens hälsa och försvårar rehabiliteringen. Varje nytt återinsjuknande tenderar även att ge en längre och svårare sjukdomsperiod. Forskning visar dessutom att prognosen som sådan riskerar att försämrats ju fler återinsjuknanden en patient har.

Sammanfattningsvis förespråkar Riks-IFS dels att man förtydligar hur lagen skall tillämpas ytterligare, dels att man genom en lagändring ökar möjligheten till tvångsvård för de kända psykospatienter som nämns i stycket ovan.

#### *Psykiatrins ledningsorganisation*

Riks-IFS anser att det är olyckligt att den psykiatriska tvångslagstiftningen styr utformningen av psykiatrins ledningsorganisation.