

**Yttrande över betänkandet God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOU 2022:40)**

Betänkandet berör ett viktigt ämne, det vill säga god tvångsvård med god medicinsk och psykiatrisk vård samtidigt som patienternas rättssäkerhet värnas.

Tvångsvårdslagstiftningen har dock tidigare reviderats upprepade gånger med följden att lagstiftningen upplevs ologisk, oöverskådlig och svår att agera efter, vilket i sin tur påverkar rättssäkerheten.

I betänkandet framförs att patienten ska kunna överklaga ett flertal olika tvångsåtgärder till förvaltningsrätten. En domstol föreslås i efterhand kunna bedöma huruvida genomförda åtgärder hade laglig grund när de genomfördes. Risken att tvångsåtgärder kan fördröjas om patienten yttrar intention att överklaga eller tar beslut att överklaga bör beaktas. En rättslig överprövning av redan genomförda, akuta tvångsåtgärder kan allvarligt skada den fortsatta behandlingsalliansen och torde dessutom öka risken för hot och våld riktat mot den läkare som beslutade om tvångsåtgärd. Vidare, vilka straffrättsliga följder kan det få för den enskilde läkaren om ordinerade tvångsåtgärder i efterhand bedöms ha saknat laglig grund? Enligt förslagen ska patienten kunna överklaga såväl kvarhållningsbeslut som intagningsbeslut för tvångsvård. Patienter kan ha svårt att förstå skillnaden mellan att överklaga de olika besluten och det kan inte uteslutas att vissa patienter kan överklaga båda besluten. Vilka blir följderna för den bedrivna tvångsvården som inletts efter intagningsbeslut om en domstol i efterhand förklarar kvarhållningsbeslutet för ogiltigt?

Vidare anför i betänkandet att tvångsåtgärder som innefattar medicinska bedömningar (exempelvis tvångsmedicinering) inte ska kunna prövas i domstol. Enligt oss är detta en god avvägning, enligt det resonemang som också förs i betänkandet. I den nya lydelsen av 32 a § i LPT står dock under punkt 6 att beslut om tvångsmedicinering ska kunna överklagas. Denna punkt bör enligt oss tas bort. Att ha med den punkten skulle vara motsägelsefullt enligt just det resonemang som framförs i betänkandet.

I den nya föreslagna lydelsen av 31 b § i LPT står att chefsöverläkaren av medicinska skäl ska kunna neka utevistelse. En bättre formulering skulle vara "medicinska skäl, såväl somatiska som psykiatriska, talar mot det" så att det tydliggörs att även psykiatriska skäl kan vägas in då vissa psykiatriska tillstånd kan göra utevister olämpliga.

I den nya föreslagna lydelsen av 48 § i LPT står under punkt 4 att patienten ska upplysas om rätten till ny bedömning enligt Patientlagen (PL). Enligt PL 8 kap. 1 § gäller dock denna rätt endast livshotande eller särskilt allvarliga sjukdomar eller skador. Avgörandet om tillståndet är av sådan art som PL uppger görs av sjukvården. Avgörandet om allvarlighetsgrad kan inte överklagas. Att upplysa en patient om rätten till ny bedömning, för att därefter meddela att hans eller hennes tillstånd inte bedöms vara av sådant slag att ny bedömning kan krävas, torde bli motsägelsefullt och otydligt för patienten. Patienter som vårdas under LPT har en allvarlig psykisk störning, vilket inte med självklarhet alltid räknas som en sådan särskilt allvarlig sjukdom som avses i PL. Om en upplysningsskyldighet om PL ska finnas med i LPT skulle en bättre formulering vara att chefsöverläkaren har upplysningsskyldighet om möjligheten till en ny medicinsk bedömning endast vid

sådana tillfällen när chefsöverläkaren bedömer att patienten har ett sådant tillstånd som avses i PL. Motsvarande resonemang gäller för den nya föreslagna lydelsen av 30 § i LRV.

Att ha med en upplysningsskyldighet om PL i LPT implicerar att ny medicinsk bedömning, utöver den tvåläkarprövning som i dag sker, skulle kunna få konsekvenser för tvångsvården. Vilka dessa konsekvenser skulle vara är dock mycket oklart. Ska den nya bedömningen ske på en annan klinik? I så fall kommer tvångsvårdade patienter på många håll i landet att behöva transporteras stora sträckor. Många patienter som vårdas enligt LPT har korta vårdtider, vilket också är ett uttalat syfte med tvångsvården. På vilket sätt en ytterligare medicinsk bedömning under tvångsvården utöver dagens tvåläkarprövning i dessa fall skulle tillföra vården något är oklart.

Betänkandets förslag utökar patientens möjligheter att överklaga olika beslut och insatser. Chefsöverläkaren är även skyldig att informera patienten om möjligheterna att överklaga. För att detta ska vara genomförbart i praktiken bör samtliga rättigheter delges patienten vid ett tillfälle och inte utspritt vid varje potentiellt överklagbar situation.

I slutet av både LRV och LPT föreslås det även i fortsättningen stå att lagarna ska anslås på de avdelningar där vård enligt lagarna bedrivs. I sammanhanget kan det påpekas att sådana anslag oftast rivs ned eller annars förstörs, och att andra möjligheter att upplysa patienterna om lagarna borde övervägas.

I den nya föreslagna lydelsen av 1 a § i LRV föreslås att en patient som vårdas enligt LPT ska kunna vårdas på en rättspsykiatrisk klinik i särskilda fall (vid fara för personal och medpatienter) och endast kortvarigt. Precis som avses med denna formulering kommer den sortens vård att ske endast i särskilda fall. Det är viktigt att vården i dessa speciella fall ska kunna pågå så länge behovet finns kvar, och att detta bör poängteras snarare än att vården ska vara kortvarig. Annars riskerar farliga patienter att återföras från den rättspsykiatriska avdelningen alltför tidigt med fara för personal och medpatienter som följd. I 8 b § i LRV föreslås att säkerhetskontroller ska kunna göras i fler fall än i dag, vilket vi anser vara en förbättring.

I såväl fall med barn på vuxenpsykiatrisk avdelning som patienter som tillfälligt vårdas enligt LPT på en rättspsykiatrisk avdelning kan nyttan av underställande ifrågasättas. Är grunden till underställandet att följa statistik bör nuvarande rapporteringssystem kunna användas.