

3 Utvecklingen av tvångsvården

3.1 Inventering av patienter med permission enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)

Socialstyrelsen har för kommitténs räkning genomfört en inventering av alla de patienter som hade permission (tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område) i mer än 72 timmar den 30 september 1996 och som var inskrivna enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Inventeringen genomfördes på så sätt att chefsöverläkarna vid landets psykiatriska verksamheter uppmanades att sända in en blankett för varje patient som denna dag hade permission. På blanketten skulle redovisas ett antal olika uppgifter om patienten. Vidare skulle chefsöverläkarna redovisa antalet övriga inskrivna enligt tvångsvårdslagarna, således också de patienter som denna dag vårdades i sluten vård eller hade permission kortare tid än 72 timmar. Dessa uppgifter har jämförts med det antal som inrapporterats till Socialstyrelsens databas (FOT) per den sista september 1996.

Inventering av permissioner enligt LPT

Av tabell 1 framgår dels hur många patienter inom varje sjukvårdshuvudmannaoområde som den sista september 1996 var inläggande enligt LPT och antalet som hade permission mer än 72 timmar. Vidare redovisas andelen permitterade av alla LPT-patienter samt andelen LPT-patienter totalt per 100 000 invånare. De siffror som anges med fetstil visar tydliga avvikelser från genomsnittet. I Kalmar, Malmöhus och Älvsborgs landsting är en betydligt större andel av LPT-patienterna permitterade jämfört med riket. Kalmar, Halland, Dalarna och Västerbotten är de sjukvårdshuvudmän som har lägst andel LPT-vårdade medan landstinget i Kronoberg och Göteborgs stad har en högre andel LPT-vårdade än genomsnittet. De regionala skillnaderna är som vanligt rätt stora.

Vid en jämförelse med de uppgifter som inrapporterats i den kvartalsvisa rapporteringen till Socialstyrelsens databas FOT har flertalet sjukvårdshuvudmän nästan samma uppgift vid båda rapporteringstill-

fällena. Endast för 8 av de 26 sjukvårdshuvudmännen finns klara skillnader.

Tabell 1. Inneliggande enligt LPT 1996-09-30, permitterade mer än 72 timmar enligt LPT 1996-09-30 och procentuell andel permitterade av totalantalet LPT-patienter 1996-09-30 samt totalantalet per 100 000 invånare efter sjukvårdshuvudman.

| Sjukvårdshuvudman | LPT inneligg. | LPT perm. | LPT perm. % | LPT totalt per 100 000 inv. |
|---------------------------|------------------|--------------|-------------------|-----------------------------------|
| Stockholms läns landsting | 281 | 46 | 14 | 19 |
| Uppsala | 24 | 8 | 25 | 11 |
| Sörmland | 39 | 14 | 26 | 20 |
| Östergötland | 40 | 6 | 13 | 11 |
| Jönköping | 25 | 7 | 22 | 10 |
| Kronoberg | 37 | 11 | 23 | 27 |
| Kalmar | 11 | 9 | 45 | 8 |
| Gotlands kommun | ? | 8 | | 14 |
| Blekinge | 14 | 3 | 18 | 11 |
| Kristianstad | 20 | 11 | 35 | 11 |
| Malmöhus | 45 | 41 | 48 | 15 |
| Malmö stad | 35 | 11 | 24 | 19 |
| Halland | 18 | 3 | 14 | 8 |
| Bohus | 36 | 17 | 32 | 16 |
| Göteborgs stad | 64 | 39 | 38 | 23 |
| Älvsborg | 38 | 30 | 44 | 15 |
| Skaraborg | 26 | 12 | 32 | 14 |
| Värmland | 31 | 13 | 30 | 15 |
| Örebro | 27 | 6 | 18 | 12 |
| Västmanland | 29 | 7 | 19 | 14 |
| Dalarna | 20 | 7 | 26 | 9 |
| Gävleborg | 19 | 11 | 37 | 10 |
| Västernorrland | 20 | 11 | 35 | 12 |
| Jämtland | 13 | 2 | 13 | 11 |
| Västerbotten | 18 | 4 | 18 | 8 |
| Norrbottnen | 26 | 4 | 13 | 11 |
| Riket | 956 | 341 | 26 | 15 |

Tabell 2. Ålders- och könsfördelning av permitterade enligt LPT

| Ålder | Män | Kvinnor | Totalt |
|------------------|------------|------------|------------|
| - 24 år | 6 | 9 | 15 |
| 25 - 34 år | 39 | 25 | 64 |
| 35 - 44 år | 58 | 33 | 91 |
| 45 - 54 år | 50 | 32 | 82 |
| 55 - 64 år | 22 | 31 | 53 |
| 65 - w år | 9 | 24 | 33 |
| Oklara uppgifter | | | 3 |
| Summa | 184 | 154 | 341 |

I jämförelse med inventeringen 1994 av inläggande LPT-patienter så är andelen män något större och medelåldern högre bland de permitterade.

Fyrtio procent av de permitterade (138) har en vårdtid inkluderande tiden för permission som är mindre än 4 månader vid inventeringstillfället. Av dessa har 15 en vårdtid under 4 veckor. Vårdtid på 4–10 månader har 89 och resten har en vårdtid på över 10 månader. Av dessa 111 med lång vårdtid har 21 en vårdtid på mer än 3 år som påbörjats under den nuvarande lagens tid medan 21 har intagits redan före 1992. Den med den längsta vårdtiden har vårdats sedan 1975. För tre är uppgifterna oklara och de redovisas inte i fortsättningen.

I det följande redovisas patienterna uppdelade i följande grupperingar:

- Vårdtid högst 4 månader I (länsrätten har förlängt vården vid ett tillfälle)
- Vårdtid 4–10 månader II (länsrätten har förlängt vården vid två tillfällen)
- Vårdtid över 10 månader med *permission kortare än 1 år* III (länsrätten har förlängt vården vid åtminstone tre tillfällen)
- Vårdtid över 10 månader med *permission längre än 1 år* IV (länsrätten har förlängt vården vid åtminstone tre tillfällen)

Könsfördelningen är jämn i de två grupperna med vårdtider kortare än 10 månader medan männen är i majoritet bland dem med lång vårdtid och långa permissionstider.

Det kan noteras att majoriteten har permission till sitt eget hem och några få till sina anhöriga. Detta gäller också hälften av dem med permission över ett år. Många är permitterade till sjukhem, enskilda vårdhem, hem för vård eller boende samt av kommunen anordnade särskilda boendeformer. 42 procent av dem som har permission mer än ett år är permitterade till sådana institutioner. För majoriteten av de fall

som vistas på institution utgör denna vistelse ett villkor för permissionen. Detta gäller mest uttalat dem med permission över ett år. Placering på en institution med villkor att vistas där kan vara en ersättning för fortsatt sluten psykiatrisk vård. Det är då naturligt att dessa permissioner tenderar bli långvariga.

Trettiofem procent av alla permissioner är kortare än en månad. Vanligast är det dock med permissioner mellan en månad och ett år.

Tabell 3. Patienten har permitterats till följande boendeform, vilken redovisas för de nämnda grupperna.

| Boendeform | I | II | III | IV | Totalt |
|-------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Eget el. anhörigs hem | 120 | 69 | 42 | 25 | 256 |
| Landstings sjukhem | 3 | 3 | 2 | 2 | 10 |
| Enskilt vårdhem | 3 | 5 | 8 | 11 | 27 |
| Hem f vård el. boende | 3 | 2 | 2 | 1 | 8 |
| Kommunalt särsk. boende | 4 | 7 | 8 | 3 | 22 |
| Annan | 5 | 3 | 6 | 1 | 15 |
| Summa | 138 | 89 | 68 | 43 | 338 |

Långvarig LPT-vård och långvariga permissioner är vanligare i vissa sjukvårdsområden som framgår av tabell 4. Landstingen i Malmöhus, Älvsborg, och Värmland har störst andel LPT-patienter på permission i mer än ett år, i något fall i 5 år. Tolv av dem med permission över ett år har haft permission i mer än 3 år.

Under året som föregått det aktuella vårdtillfället har över hälften av patienterna vårdats med tvång i sluten psykiatrisk vård medan en fjärdedel inte alls vårdats i sluten psykiatrisk vård. Flertalet (2/3) har haft tät öppenvårdskontakt före intagningen medan 20 procent inte alls haft kontakt med psykiatrisk öppen vård under året som föregått det aktuella vårdtillfället. Omkring 18 procent av patienterna har överförts till vård enligt LPT genom konvertering.

Endast 16 procent av patienterna har stödperson. Av dem med vårdtid kortare än 4 månader är det 10 procent som har stödperson och av dem med längre vårdtider har 20 procent stödperson.

Tabell 4. Sjukvårdshuvudmännen och vårdtider (de fyra grupperna).

| Sjukvårdshuvudman | I | II | III | IV | Totalt |
|---------------------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Stockholms läns landsting | 15 | 17 | 7 | 7 | 46 |
| Uppsala | 5 | 3 | | | 8 |
| Sörmland | 4 | 1 | 7 | 2 | 14 |
| Östergötland | 4 | 2 | | | 6 |
| Jönköping | 2 | 5 | | | 7 |
| Kronoberg | 5 | 1 | 4 | 1 | 11 |
| Kalmar | 4 | 3 | 2 | | 9 |
| Gotlands kommun | 1 | 1 | 3 | 2 | 6 |
| Blekinge | 1 | 1 | | 1 | 3 |
| Kristianstad | 4 | 5 | 2 | | 11 |
| Malmöhus | 12 | 7 | 8 | 14 | 41 |
| Malmö stad | 4 | 3 | 4 | | 11 |
| Halland | | 1 | 2 | | 3 |
| Bohus | 11 | 2 | 4 | | 17 |
| Göteborgs stad | 27 | 9 | 3 | | 39 |
| Älvsborg | 9 | 6 | 5 | 10 | 30 |
| Skaraborg | 2 | 3 | 4 | 2 | 11 |
| Värmland | 5 | 4 | 1 | 3 | 13 |
| Örebro | 4 | 1 | 1 | | 6 |
| Västmanland | 6 | 1 | | | 7 |
| Kopparberg | 3 | 4 | | | 7 |
| Gävleborg | 2 | 6 | 2 | 1 | 11 |
| Västernorrland | 3 | 2 | 6 | | 11 |
| Jämtland | 2 | | | | 2 |
| Västerbotten | 2 | | 2 | | 4 |
| Norrbotten | 2 | 1 | 1 | | 4 |
| Riket | 138 | 89 | 68 | 43 | 338 |

Uppgift saknas för 3.

En fjärdedel av de patienter som har permission mer än ett år har stödperson. När det gäller övriga patienter anges vanligen att patienten tillfrågats men avböjt stödperson.

Endast 4 procent av patienterna har arbete i någon form. 73 procent har förtidspension och 10 procent ålderspension.

Majoriteten (68 %) av patienterna har depåneuroleptikabehandling medan endast 10 procent inte alls står på någon neuroleptikabehandling. Av alla har 79 procent som villkor för permissionen att de ska stå på ordinerad neuroleptikabehandling. Andelen som har depåbehandling och villkor att stå på detta är större för dem med permission över ett år.

Tjugotvå procent av de permitterade har andra villkor och då gäller det vanligen en skyldighet att hålla kontakt med kontaktsmannen eller att regelbundet besöka en mottagning eller avdelning för att få sin medicin.

Flertalet av patienterna har schizofreni. Detta gäller 71 procent av männen och 55 procent av kvinnorna. Elva procent av alla patienterna har missbruksdiagnos som huvud- eller bidiagnos.

Som bilaga visas en sammanställning från några inventeringstillfällen av antalet inneliggande patienter samt antalet tillåtna resp. försöksutskrivna. Som staplarna visar har antalet inneliggande enligt LPT (tidigare LSPV exkl. N- och O-fall) minskat till nästan hälften mellan åren 1991 och 1993 för att sedan återigen öka något. Antalet patienter på permission år 1996 är också många gånger färre än antalet försöksutskrivna år 1988.

Sammanfattningsvis finner man sålunda att 26 procent av alla inskrivna för LPT-vård den sista september 1996 har permission i mer än 72 timmar och att andelen växlar kraftigt mellan de olika landstingen. 35 procent av alla permissioner är kortare än en månad, 52 procent 1 månad till ett år och 13 procent (43 patienter) är längre än 1 år och för 12 patienter t.o.m. längre än 3 år. *Landstingen i Malmöhus och Älvsborg* har många patienter med permissioner över 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 annorlunda tradition i användningen av långvariga LPT-permissioner än vad som är vanligt i andra delar av landet.*

Det bör dock understrykas att studien handlar om en inventering, vilket ger en ögonblicksbild. Av alla 8 000—9 000 avslutade vårdtillfällen under ett år får endast en begränsad del överhuvudtaget någon längre permission.

Majoriteten av patienterna har permission till sitt eget hem men av dem med permission över ett år är 42 procent placerade på institutioner, på vilka de måste vistas enligt villkoren för permissionen. Flertalet patienter har också villkor om att de ska stå på behandling med depåneuroleptika. En större andel än vad man finner vid inventeringar av alla patienter i sluten psykiatrisk vård har diagnosen schizofreni. Av alla tillåtna patienter har bara 16 procent stödperson men av dem med permission över ett år har 25 procent stödperson.

Antalet patienter med permission i mer än en månad är ett par hundra jämfört med att flera tusen var försöksutskrivna vid en inventering 1988 under den tid LSPV gällde. Majoriteten av dem som har permission har diagnosen schizofreni och har som villkor att de ska stå på behandling med depåneuroleptikum.

De patienter som har permission i mer än ett år kommer att studeras närmare. Detta sker i form av en journalgenomgång som senare kommer att redovisas.

Inventering av permissioner enligt LRV

Vid inventeringen 1996-09-30 vårdades i slutet psykiatrisk vård 708 LRV-patienter, som var antingen O-fall eller av domstol överlämnade till LRV-vård. 283 LRV-patienter (28 procent av alla inskrivna) hade permission mer än 72 timmar 1996-09-30.

Nästan en tredjedel av alla LRV-patienter vårdas på de rättspsykiatriska regionvårdsenheterna. Antalet vid inventeringen ineliggande och permitterade patienter visas därför i tabell 5 fördelade på dessa enheter. Resten av patienterna redovisas i tabell 8 fördelade efter den sjukvårdshuvudman som vårdar patienten. Här gäller det både enheter för LRV-vård som organiserats länsvis och vanliga vårdavdelningar i de psykiatriska sektorsklinikerna.

Tabell 5. Inventering 1996-09-30 av LRV-patienter. Ineliggande och permitterade som är inskrivna för vård på rättspsykiatriska regionvårdsenheter efter vårdform exklusive dem som vårdas enligt § 1 andra stycket 2. och 3. LRV (anhållna, häktade och i kriminalvård intagna). Relativ andel permitterade av totalantalet inskrivna LRV-patienter.

| Vårdenhet | Inneligg. LRV utan SUP | Inneligg. LRV med SUP | Inneligg. LRV O-fall | Perm. LRV utan SUP | Perm. LRV med SUP | Perm. LRV O-fall | Procent perm av totalantal |
|--------------|------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|-------------------|------------------|----------------------------|
| Umeå | | 4 | | | 4 | | 50 |
| Sundsvall | 5 | 31 | 1 | 0 | 10 | 1 | 23 |
| Säter | 1 | 33 | 3 | 1 | 4 | 0 | 12 |
| Karsudden | 4 | 69 | 2 | 2 | 42 | 0 | 37 |
| Vadstena | 2 | 20 | 3 | 0 | 2 | 0 | 7 |
| Växjö | 4 | 58 | 2 | 0 | 9 | 4 | 17 |
| Summa | 16 | 215 | 11 | 3 | 71 | 5 | 25 |

SUP = särskild utskrivningsprövning. O-fall var enligt lagen om slutet psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) beteckningen på dem som gjort sig skyldiga till handling riktad mot annans säkerhet, för vilken åtal inte väckts.

Skillnaderna i relativt antal permitterade på de olika enheterna kan förklaras av i vilken omfattning patienter överförs till hemortpsykiatrin innan permission blir aktuell. Fyra av de permitterade från regionvårdsenheterna är kvinnor.

Tabell 6. Ålders- och könsfördelning för de patienter som har permission från rättspsykiatriska regionvårdsenheter och övriga enheter.

| Ålder | Rättsps. enh. Män | Rättsps. enh. Kvinnor | Övrig enh. Män | Övrig enh. Kvinnor | Totalt |
|--------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------------|------------|
| | - 24 år | 1 | 1 | 12 | |
| 25 - 34 år | 22 | 1 | 52 | 10 | 85 |
| 35 - 44 år | 30 | 1 | 62 | 9 | 102 |
| 45 - 54 år | 18 | 1 | 38 | 5 | 62 |
| 55 - 64 år | 4 | | 12 | | 16 |
| 65 - w år | | | 4 | | 4 |
| Summa | 75 | 4 | 180 | 24 | 283 |

Tabell 7. Fördelning av de permitterade patienterna efter vårdtid, kön och vårdform. I vårdtiden ingår även den tid under vilken patienten är permitterad.

| Vårdtid | Män LRV u SUP | Män LRV m SUP | Män LRV O-fall | Kvinnor LRV u SUP | Kvinnor LRV m SUP | Kvinnor O-fall |
|--------------------|---------------------|---------------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------|
| - 1 år | 19 | 15 | 0 | 1 | 5 | 0 |
| 1 - 3 år | 14 | 76 | 2 | 1 | 6 | 1 |
| > 3 år t.o.m. 1992 | 2 | 46 | 0 | 0 | 2 | 1 |
| 1991 och tidigare* | 0 | 58 | 23 | 0 | 6 | 5 |
| Summa | 35 | 195 | 25 | 2 | 19 | 7 |

* Vården har för dessa inletts enligt LSPV.

Tabell 8. Inventering 1996-09-30 av LRV-patienter. Permitterade patienter som är inskrivna för vård på länsenheter och sektorskliniker efter vårdform. Relativ andel permitterade av totalantalet inskrivna LRV-patienter.

| Sjukvårdshuvuman | Män | | | Kvinnor | | | Totalt perm av alla |
|------------------------------|---------------|---------------|------------|---------------|---------------|------------|---------------------------|
| | LRV u. SUP | LRV m. SUP | O- fall | LRV u. SUP | LRV m. SUP | O- fall | |
| Stockholms läns landsting | 4 | 15 | 2 | | | 1 | 20 % |
| Uppsala | 1 | 10 | | | 1 | | 32 % |
| Sörmland | 1 | 5 | 1 | | 2 | | 33 % |
| Östergötland | 1 | | | | | | 17 % |
| Jönköping | 1 | 6 | 1 | | 2 | | 50 % |
| Kronoberg | 1 | 3 | 1 | | | | 19 % |
| Kalmar | 1 | 1 | 1 | | | 1 | 17 % |
| Gotlands kommun | | 3 | | | | | |
| Blekinge | | | | | 1 | | 10 % |
| Kristianstad | | 1 | | | | | 17 % |
| Malmöhus | 2 | 11 | 3 | | 2 | 1 | 50 % |
| Malmö stad | | 12 | 2 | | | 1 | 30 % |
| Halland | | | | | | | |
| Bohuslandstinget | 1 | 7 | 1 | | | | 90 % |
| Göteborgs stad | 3 | 9 | 2 | | 4 | 1 | 30 % |
| Älvsborg | 1 | 5 | | | | | 15 % |
| Skaraborg | | 7 | | | | | 35 % |
| Värmland | 2 | 3 | | | | | 17 % |
| Örebro | 3 | 4 | 4 | | | | 33 % |
| Västmanland | 4 | 5 | 1 | | 1 | | 25 % |
| Dalarna | | 9 | 1 | | 1 | 1 | 38 % |
| Gävleborg | | 2 | | 1 | | | 21 % |
| Västernorrland | | 1 | | | | | 25 % |
| Jämtland | 1 | 2 | | | | | 38 % |
| Västerbotten | 1 | 3 | | 1 | | 1 | 60 % |
| Norrbottn | 4 | 4 | | | 1 | | 26 % |
| Riket | 32 | 128 | 20 | 2 | 15 | 7 | 29 % |

I fortsättningen kommer patienter som vårdas enligt LRV *utan* särskild utskrivningsprövning att behandlas för sig. Patienter som vårdas enligt LRV *med* särskild utskrivningsprövning behandlas i en grupp, till vilken även förs dem som ursprungligen varit s.k. O-fall enligt lagen om slutet psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Eftersom kvinnorna är relativt få redovisas båda könen tillsammans.

Tabell 9. Inventering 1996-09-30 av patienter på permission som är inskrivna enligt LRV *utan* särskild utskrivningsprövning (totalt 37) fördelade efter vårdtid och tid för permission.

| Vårdtid | Permission < 3 månader | Permission 3 - 6 månader | Permission 6 - 12 månader | Permission > 1 år |
|--------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| - 1 år | 9 | 8 | 3 | |
| 1 - 3 år | 7 | 1 | 4 | 3 |
| 3 - w år | | | 1 | 1 |
| Summa | 16 | 9 | 8 | 4 |

Endast tre av dessa patienter är inskrivna vid rättspsykiatrisk regionvårdsenhet. Mer än hälften har en vårdtid som är kortare än ett år och av dessa har flertalet haft permission mer än 3 månader.

Majoriteten av patienterna har vårdats även under året innan den senaste intagningen i slutna psykiatrisk vård och de flesta har haft öppenvårdskontakt före det aktuella vårdtillfället. Endast var fjärde patient har stödperson. För nästan alla planeras att permissionen ska pågå ytterligare i flera månader och för var fjärde t.o.m. i mer än 6 månader.

Hälften har permission till sitt eget hem, 2 till sjukhem, 3 till hem för vård eller boende, 6 till enskilda vårdhem och 6 till av kommunen anordnat särskilt boende. De flesta som har permission till en institution har denna placering som villkor för sin permission. Nästan alla patienter står på neuroleptikabehandling i någon form (33/37) och för två tredjedelar av patienterna är detta en skyldighet.

68 procent av patienterna har schizofrenidiagnos och 19 procent har annan psykosdiagnos. 59 procent av patienterna har även missbruksproblem. Patienterna är överlämnade till LRV-vård på grund av att de gjort sig skyldiga till olika brott: I ett fall våldtäkt, i två fall mordbrand och i 13 fall misshandel medan de övriga är dömda för diverse brott.

Tabell 10. Inventering 1996-09-30 av patienter på permission och som vårdas enligt LRV *med* särskild utskrivningsprövning (totalt 246) fördelade efter vårdtid och tid för permission.

| Vårdtid | Permission < 3 månader | Permission 3 - 6 månader | Permission 6 - 12 månader | Permission > 1 år |
|--------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| - 1 år | 13 | 4 | 2 | 0 |
| 1 - 3 år | 26 | 24 | 17 | 17 |
| > 3 år t.o.m. 1992 | 19 | 7 | 10 | 15 |
| 1991 och tidigare* | 24 | 10 | 7 | 47 |
| Summa | 82 | 45 | 36 | 79 |

Uppgifter saknas för 4.

* Vårdtiden påbörjad enligt LSPV.

Som tabell 10 visar har en tredjedel av de permitterade patienterna permission sedan mer än ett år och en annan tredjedel permission i högst 3 månader.

Tabell 11. Inventering 1996-09-30 av patienter på permission och som vårdas enligt LRV *med* särskild utskrivningsprövning fördelade efter vårdtid och huvuddiagnos.

| Huvud- diagnos | Vårdtid < 1 år | Vårdtid 1 - 3 år | Vårdtid > 3 år t.o.m. 1992 | Vårdtid se- dan 1991 el. tidigare |
|--------------------|-------------------|---------------------|----------------------------------|---|
| Schizofreni | 8 | 30 | 20 | 56 |
| Annan psykos | 4 | 22 | 9 | 9 |
| Personlighetstörn. | 3 | 22 | 9 | 18 |
| Beroendetillstånd | 3 | 5 | 9 | 6 |
| Övriga | 2 | 6 | 2 | 3 |
| Summa | 20 | 85 | 49 | 92 |

Missbruk är vanligt oberoende av diagnos. Omkring 60 procent har enligt uppgift alkohol- och/eller narkotikamissbruk. Bland dem som vårdats ända sedan tiden före 1992 är schizofreni och annan psykos diagnosen för 70 procent. Av de övriga har ca 40 procent schizofrenidiagnos, vilket överensstämmer med genomsnittet vid inventeringar av inläggande patienter.

Tabell 12. Inventering 1996-09-30 av patienter på permission och som vårdas enligt LRV *med* särskild utskrivningsprövning fördelade efter vårdtid och det brott som är grunden för vården samt vårdtider för O-fallen.

| Brott | Vårdtid < 1 år | Vårdtid 1 - 3 år | Vårdtid > 3 år t.o.m. 1992 | Vårdtid sedan 1991 el. tidigare |
|-------------------|----------------|------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Mord | 1 | 11 | 12 | 22 |
| Våldtäkt | 1 | 5 | 1 | 4 |
| Misshandel | 10 | 33 | 13 | 18 |
| Mordbrand | 2 | 11 | 4 | 6 |
| Sexbrott mot barn | 0 | 1 | 2 | 0 |
| Övriga | 6 | 21 | 16 | 14 |
| O-fall | 0 | 3 | 1 | 28 |
| Summa | 20 | 85 | 49 | 92 |

Nästan tre fjärdedelar av dem som dömts för mord och har en vårdtid över 3 år.

Av 31 patienter med vårdtid över 10 år är 14 O-fall, vilket betyder att 44 procent av O-fallen har så lång vårdtid. Den patient som har den längsta vårdtiden har vårdats sedan 1951.

Tretton av O-fallen har haft permission i mer än tre år, i ett fall i 10 år.

Enligt tabell 13 har majoriteten (59 %) av patienterna permission till eget hem. Det är endast av O-fallen som flertalet är permitterade till institutioner. Den vanligaste placeringen när det gäller institutionerna är de enskilda vårdhemmen.

Tabell 13. Inventering 1996-09-30 av patienter på permission och som vårdas enligt LRV *med* särskild utskrivningsprövning fördelade efter platsen för permissionen och det brott som är grunden för vården (O-fallen redovisas även).

| Brott | Eget hem el. hos anhörig | Ensk. vårdhem | Annan institution | Kommunalt s.k. boende |
|-------------------|--------------------------|---------------|-------------------|-----------------------|
| Mord | 31 | 7 | 4 | 4 |
| Våldtäkt | 7 | 1 | 2 | 1 |
| Misshandel | 45 | 19 | 4 | 6 |
| Mordbrand | 12 | 5 | 4 | 2 |
| Sexbrott mot barn | 2 | | 1 | |
| Övriga | 36 | 13 | 4 | 4 |
| O-fall | 12 | 10 | 6 | 4 |
| Summa | 145 | 55 | 25 | 21 |

Tabell 14. Inventering 1996-09-30 av patienter på permission och som vårdas enligt LRV *med* särskild utskrivningsprövning fördelade efter permissionens längd och det brott som är grunden för vården (O-fallen redovisas även).

| Brott | Permissionstid < 3 mån. | Permissionstid 3 - 6 mån. | Permissionstid 6 - 12 mån. | Permissionstid > 1 år |
|-------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Mord | 31 | 9 | 10 | 14 |
| Våldtäkt | 3 | 1 | 1 | 6 |
| Misshandel | 27 | 14 | 11 | 20 |
| Mordbrand | 13 | 1 | 3 | 6 |
| Sexbrott mot barn | 1 | 2 | - | - |
| Övriga | 18 | 15 | 6 | 18 |
| O-fall | 7 | 3 | 3 | 19 |
| Summa | 82 | 45 | 34 | 84 |

59 procent av alla O-fallen har haft permission i mer än ett år. En tredjedel av dem som är dömda till LRV-vård för mord har haft permission över ett år.

Tabell 15. Inventering 1996-09-30 av patienter på permission och som vårdas enligt LRV *med* särskild utskrivningsprövning fördelade efter platsen för permissionen och permissionens längd.

| Permissionstid | Eget hem el. hos anhörig | Ensk. vårdhem | Annan institution | Kommunalt s.k. boende |
|----------------|--------------------------|---------------|-------------------|-----------------------|
| < 3 månader | 47 | 16 | 9 | 10 |
| 3 - 6 mån. | 32 | 6 | 3 | 4 |
| 6 - 12 mån. | 24 | 6 | 4 | 2 |
| > 1 år | 42 | 27 | 9 | 5 |
| Summa | 145 | 55 | 25 | 21 |

Hälften av alla dem som har permission till ett enskilt vårdhem har haft permission över ett år. Alla som vistas på enskilda vårdhem är ålagda att vistas där enligt villkoren för permissionen.

Hälften av alla permissioner beräknas behöva fortsätta minst 6 månader till. 74 procent av dessa patienter står på neuroleptikabehandling. Mer än hälften av alla patienter har behandling med depåneuroleptika. Flertalet av dem har detta som villkor för permissionen.

Tjugo patienter har arbete på den öppna arbetsmarknaden eller i skyddat arbete. Ytterligare 23 beräknas kunna rehabiliteras till visst arbete. Resten är långvarigt sjukskrivna eller har förtidspension.

44 procent av LRV-patienterna med särskild utskrivningsprövning har stödperson. Resten har erbjudits men inte önskat en sådan. Nära hälften av patienterna uppges inte ha haft kontakt med psykiatrisk vård före det aktuella vårdtillfället.

För 15 patienter (6 %) anges att den fortsatta tvångsvården helt motiveras av samhällsskyddet.

Sammanfattningsvis är 283 LRV-patienter på permission vid in-venteringstillfället och de utgör fler än en fjärdedel av alla vid denna tidpunkt inskrivna LRV-patienter. Av dessa 283 är 32 O-fall, vilka utgör en rest från LSPV-tiden, och 37 dömda till LRV-vård utan särskild utskrivningsprövning. 214 är av domstol överlämnade till LRV-vård med särskild utskrivningsprövning.

Av LRV-patienterna med särskild utskrivningsprövning (vilket inkluderar O-fallen) har majoriteten (57 %) en vårdtid över tre år och nästan hälften 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 O-fall eller dömda för mord. Flertalet av patienterna har permission till sitt eget hem. Endast i gruppen O-fall har majoriteten (62 %) permission till institution och då är det vanligen också en placering som utgör ett villkor för permissionen.

Hälften av alla permissioner beräknas behöva fortsätta åtminstone ytterligare sex månader.

För 15 av LRV-patienterna med särskild utskrivningsprövning anges samhällsskyddet utgöra huvudskälet för den fortsatta tvångsvården. Det förhållandet att en så stor andel av de permitterade LRV-patienterna är permitterade till eget hem eller till enskilt vårdhem talar för att det alljämt finns svårigheter att få stöd i ett kommunalt särskilt boende för LRV-patienter.

3.2 Avslutade vårdtillfällen enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) under tiden första oktober 1996 till sista mars 1997

Inledning

Socialstyrelsen har för kommitténs räkning genomfört en insamling av uppgifter om alla avslutade vårdtillfällen enligt LPT 1996-10-01 — 1997-03-31. Uppgiftsinsamlingen genomfördes på så sätt att chefsöverläkarna vid landets psykiatriska verksamheter uppmanades att sända in en blankett för varje patient som under denna period skrevs ut från vård enligt LPT, oberoende av om utskrivningen skedde till öppen vård, fortsatt sluten vård enligt HSL eller efter en avslutande permission. På

blanketten redovisades ett antal olika uppgifter om patienten såsom uppgifter om ålder, vårdtid, tvångsåtgärder etc.

Rapportering har skett fortlöpande under denna period. Blanketterna har vanligen varit noggrant ifyllda men ibland har vissa uppgifter saknats. Det har dock inte varit möjligt att ägna tid åt att komplettera blanketterna utan bearbetning har fått ske av det material som inkommit. Vissa sektorer har sänt in blanketter flera månader efter avslutad datainsamling. Dessa blanketter har inte kunnat medtas i bearbetningen.

Totalt rapporterades 3 896 vårdtillfällen. Av dessa gällde 238 (6 %) rapporter patienter som vid § 6-prövning inte befanns vara i behov av LPT-vård och 311 vårdtillfällen gällde patienter som överflyttades vidare till annan vårdinrättning för fortsatt LPT-vård och därför inte ingår i materialet för undersökningen. Återstår således 3 347 vårdtillfällen som har analyserats. 2 640 av dessa vårdtillfällen gällde intagning efter § 6-prövning på vårdintyg, i 4 fall skedde en konvertering från LRV-vård, 146 fall förflyttades från en annan vårdinrättning där LPT-vård inletts och 557 (17 %) konverterades enligt 11 § LPT.

För att få en bild av i vilken utsträckning verksamheterna rapporterat enligt de utsända instruktionerna har i tabell 1 gjorts en jämförelse mellan inrapporterade avslutade vårdtillfällen i denna studie och till Socialstyrelsens databas (FOT = frihetsberövande och tvångsåtgärder) i kvartalsrapporter anmälda antal avslutade vårdtillfällen.

Tabell 1. Antal vid denna studie inrapporterade avslutade vårdtillfällen exkl. de vårdtillfällen som avslutats genom att patienten överförs till annan vårdinrättning för fortsatt tvångsvård enligt LPT och antal till FOT-systemet inrapporterade avslutade vårdtillfällen enligt LPT under fjärde kvartalet 1996 och första kvartalet 1997. Procentuell andel vid denna studie inrapporterade avslutade vårdtillfällen av antalet till FOT-systemet inrapporterade vårdtillfällen.

| Sjukvårdshuvud- | Totalt * | Antal i FOT | Proc. av FOT |
|-----------------|-------------|-------------|--------------|
| Stockholm | 897 | 1048 | 86 |
| Uppsala | 87 | 102 | 85 |
| Södermanland | 86 | 129 | 67 |
| Östergötland | 117 | 141 | 83 |
| Jönköping | 93 | 146 | 64 |
| Kronoberg | 77 | 93 | 83 |
| Kalmar | 58 | 65 | 89 |
| Gotland kn | 17 | 11 | 155 |
| Blekinge | 44 | 62 | 71 |
| Kristianstad | 76 | 106 | 72 |
| Malmöhus | 221 | 426 | 52 |
| Malmö stad | 94 | 134 | 70 |
| Halland | 85 | 107 | 79 |
| Bohus | 140 | 159 | 88 |
| Göteborgs stad | 325 | 331 | 98 |
| Älvsborg | 101 | 116 | 87 |
| Skaraborg | 92 | 125 | 74 |
| Värmland | 81 | 100 | 81 |
| Örebro | 103 | 104 | 99 |
| Västmanland | 48 | 59 | 81 |
| Dalarna | 104 | 109 | 95 |
| Gävleborg | 81 | 102 | 79 |
| Västernorrland | 56 | 57 | 98 |
| Jämtland | 37 | 41 | 90 |
| Västerbotten | 111 | 121 | 92 |
| Norrbotten | 112 | 125 | 90 |
| Oklara | 4 | | |
| Riket | 3347 | 4119 | 81 |

* exkl. överflyttade till fortsatt LPT-vård till annan vårdinrättning (dessa ingår troligen i FOT-uppgifterna)

Skillnaderna kan till en del förklaras av att till Socialstyrelsens FOT-databas anmäls antalet under kvartalet avslutade vårdtillfällen, såväl i form av utskrivning under pågående vård som efter permission. Även vårdtillfällen som avslutas genom att patienten överförs till annan enhet

för fortsatt tvångsvård medräknas. I vår studie har en blankett sänts in för varje under perioden avslutat vårdtillfälle. De vårdtillfällen som avslutats genom att patienten överförts till fortsatt tvångsvård på annan enhet har inte medräknats, eftersom samma vårdtillfälle i så fall skulle räknas dubbelt. Antalet sådana är dock inte så stort att det förklarar differensen mellan vår studie och rapporteringen till FOT. Uppenbarligen har man inte alltid sänt in en blankett när ett vårdtillfälle avslutats. Omfattningen av underrapportering skiljer sig dock inte mellan flertalet av landstingen (motsvarande). Rapporteringen är sålunda inte fullständig och svarar mot kanske bara 81 procent av de under perioden avslutade vårdtillfällena. I synnerhet Malmöhus läns landsting har en kraftig underrapportering i denna studie.

Socialstyrelsens utvärdering av de nya psykiatriska tvångsvårdslagarna redovisades i Psykiatrisk tvångsvård. Effekter av ny lagstiftning (Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1994:2). Som underlag för denna utvärdering hade Socialstyrelsen bl.a. insamlat uppgifter om avslutade vårdtillfällen enligt LPT på liknande sätt som nu för perioden 1 juli 1992 – 30 juni 1993. Även då var redovisningen något ofullständig. Antalet vårdtillfällen var nästan lika stort då som nu, nämligen 6722 på ett helt år mot 3347 på ett halvt år. Antalet vårdtillfällen där patienten inte uppfyllde kriterierna för LPT-vård vid § 6-prövning var 1992/93 på ett helt år 461 mot 238 på ett halvt år 1996/97.

I det följande växlar slutsumman i de olika tabellerna eftersom bortfallet varierar för olika uppgifter.

Icke i behov av tvångsvård enligt § 6 prövning.

Tabell 2. Antal vårdtillfällen där patienten inte uppfyller kriterierna för LPT-vård vid prövning enligt § 6 LPT efter ålder och kön.

| Ålder | Kvinnor | Män | Totalt |
|----------------|------------|------------|------------|
| < 18 år | 3 | 1 | 4 |
| 18 - 24 år | 15 | 9 | 24 |
| 25 - 34 år | 23 | 32 | 55 |
| 35 - 44 år | 22 | 19 | 41 |
| 45 - 54 år | 18 | 24 | 42 |
| 55- 64 år | 8 | 14 | 22 |
| 65 - w år | 26 | 18 | 44 |
| Uppgift saknas | 5 | 1 | 6 |
| Summa | 120 | 118 | 238 |

Åldersfördelningen bland dem som inte uppfyller kriterierna för tvångsvård skiljer sig inte från åldersfördelningen för dem som blir intagna för LPT-vård. Bland dem som inte uppfyller kriterierna för tvångsvård har endast 15 procent tidigare tvångsvårdats under det senaste året mot 25 procent av dem som blir intagna för LPT-vård och 58 procent har inte haft någon kontakt med psykiatrisk öppen vård under det senaste året.

Antal avslutade vårdtillfällen enligt LPT.

Tabell 3. Avslutade vårdtillfällen enligt LPT under tiden 1 oktober 1996 till 31 mars 1997 efter ålder och kön.

| Ålder | Kvinnor | Män | Totalt |
|----------------|-------------|-------------|-------------|
| < 18 år | 24 | 19 | 43 |
| 18 - 24 år | 165 | 111 | 276 |
| 25 - 34 år | 367 | 390 | 757 |
| 35 - 44 år | 371 | 366 | 737 |
| 45 - 54 år | 345 | 320 | 665 |
| 55- 64 år | 193 | 162 | 355 |
| 65 - w år | 272 | 203 | 475 |
| Uppgift saknas | 21 | 7 | 28 |
| Summa | 1758 | 1578 | 3336 |

Kvinnliga patienter svarar för 53 procent av de avslutade vårdtillfallen. Flertalet av vårdtillfallen gäller personer under 45 års ålder men även många som är äldre än 65 år.

Tabell 4. Avslutade vårdtillfällen enligt LPT under tiden 1 oktober 1996 till 31 mars 1997 efter vårdtid under LPT-vård och kön.

| Vårdtid | Kvinnor | Män | Totalt |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|
| 1 - 3 dagar | 153 | 190 | 343 |
| 4 - 7 dagar | 200 | 205 | 405 |
| 8 - 14 dagar | 221 | 200 | 421 |
| 15 - 28 dagar | 571 | 453 | 1024 |
| 29 - 120 dagar | 438 | 353 | 791 |
| 121 - 300 dagar | 74 | 60 | 134 |
| > 300 dagar | 53 | 57 | 110 |
| Uppgift saknas | 48 | 60 | 108 |
| Summa | 1758 | 1578 | 3336 |

Trettiofem procent av tvångsvårdstillfällena är avslutade inom 14 dagar. Sådana korta vårdtider är vanligare för manliga än kvinnliga patienter. (Tabell 4) Nästan två tredjedelar av alla vårdtillfällen är kortare än 4 veckor. Eventuell permission ingår i vårdtiden.

Göteborgs stad har som vanligt det högsta antalet tvångsvårdstillfällen medan Västmanland har det lägsta, se tabell 6.

Hälften av vårdtillfällena gäller patienter som inte vårdats i sluten psykiatrisk vård inom ett år före intagningen medan en fjärdedel har tvångsvårdats under det senaste året. I hälften av vårdtillfällena har patienterna gjort tre eller flera öppenvårdsbesök inom ett år före intagningen medan 36 procent inte har haft kontakt med psykiatrisk öppen vård det senaste året.

När frågan om intagning för LPT-vård enligt § 6 LPT bedömdes gjordes endast i ett begränsat antal fall (21 %) överväganden om alternativa vårdåtgärder enligt rapporterna. I 19 fall övervägdes annan typ av frivillig institutionsvård och i 24 fall sociala tvångsvårdsinsatser. Stöd i öppen psykiatrisk vård var alternativet i 103 fall och socialt stöd i 15 fall.

Innan beslutet enligt 6 § LPT fattats har i ett antal tillfällen olika tvångsåtgärder behövt tillgripas. I nio fall har polis biträtt medan enbart fastspänning i bälte använts i 25 fall och i kombination med tvångsinjektion med neuroleptika i 9 fall. I ytterligare 16 fall rapporteras att enbart tvångsinjektion givits. Relativt sett oftast har sådana åtgärder anmälts från Bohuslandstinget.

Tabell 5. Antal avslutade vårdtillfällen under ett halvår per 100 000 invånare i de olika landstingsområdena. Procentuell andel konverterade av alla avslutade vårdtillfällen hos sjukvårdshuvudmannen.

| Sjukvårdshuvudman | Antal per 100000 inv | Konverterade i procent |
|-------------------|-------------------------|---------------------------|
| Stockholm | 51 | 12 |
| Uppsala | 30 | 21 |
| Södermanland | 33 | 19 |
| Östergötland | 28 | 22 |
| Jönköping | 30 | 24 |
| Kronoberg | 43 | 13 |
| Kalmar | 24 | 16 |
| Gotland kommun | 29 | 6 |
| Blekinge | 29 | 9 |
| Kristianstad | 26 | 21 |
| Malmöhus | 39 | 23 |
| Malmö stad | 38 | 9 |
| Halland | 31 | 14 |
| Bohus | 44 | 13 |
| Göteborgs stad | 72 | 21 |
| Älvsborg | 23 | 16 |
| Skaraborg | 33 | 23 |
| Värmland | 29 | 16 |
| Örebro | 37 | 23 |
| Västmanland | 18 | 25 |
| Dalarna | 36 | 12 |
| Gävleborg | 28 | 17 |
| Västernorrland | 22 | 9 |
| Jämtland | 27 | 30 |
| Västerbotten | 43 | 22 |
| Norrbotten | 42 | 15 |
| Riket | 38 | 16 |

Konvertering

Andelen konverterade är nästan densamma 1996/97 som 1992/93, nämligen 17 procent eller 557 vårdtillfällen. Som tabell 6 visar är andelen konverterade större bland unga kvinnor. När det gäller tidigare slutna och öppna psykiatrisk vård finns inga säkra skillnader mellan dem som konverterats och dem som tagits in på vårdintyg.

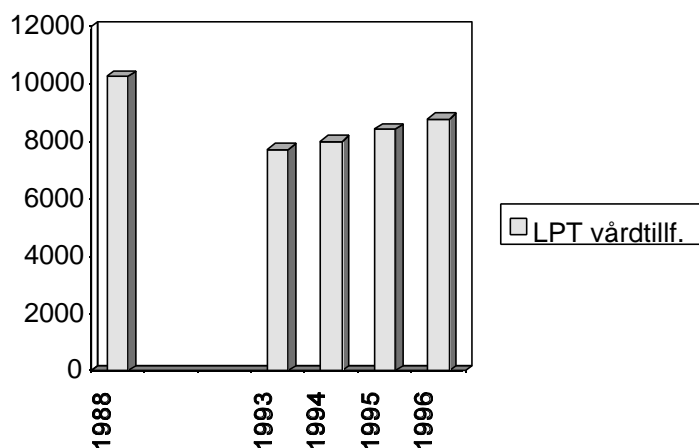
Blekinge, Malmö stad och Västernorrland har en låg andel konverteringar medan Jämtland, Västmanland och Jönköping har en hög andel (tabell 5).

Tabell 6. Procentuell andel inom varje åldersgrupp som konverterats enligt 11 § LPT.

| Ålder | Kvinnor | Män |
|--------------|-----------|-----------|
| < 18 år | 38 | 21 |
| 18 - 24 år | 22 | 14 |
| 25 - 34 år | 26 | 18 |
| 35 - 44 år | 12 | 15 |
| 45 - 54 år | 11 | 14 |
| 55- 64 år | 15 | 17 |
| 65 - w år | 16 | 18 |
| Summa | 17 | 16 |

Har tvångsvården minskat i omfattning?

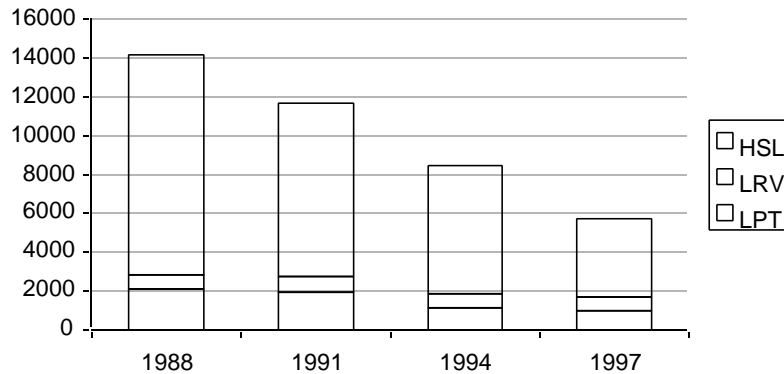
Figur I illustrerar hur omfattningen av tvångsvården utvecklats. För år 1988 redovisas antalet avslutade tvångsvårdstillfällen enligt lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) med de s.k. nämndfallen borträknade för att uppgifterna skall vara jämförbara med LPT-vårdtillfällen. För åren 1993 – 1996 redovisas avslutade vårdtillfällen enligt LPT. Uppgifterna för 1993 – 1996 är hämtade ur Socialstyrelsens FOT-statistik.



Figur I. Antal avslutade vårdtillfällen 1988 som P-fall enligt LSPV och antal avslutade vårdtillfällen enligt LPT som rapporterats till FOT-registret 1993 – 1996.

Enligt FOT-statistiken ser det ut som om den uppåtgående trenden bryts år 1997 eftersom det under första kvartalet anmälts 2 042 avslutade vårdtillfällen enligt LPT. (Se bilaga 3.) Figuren visar att antalet vårdtillfällen enligt LPT (motsvarande) minskade kraftigt när LSPV ersattes av LPT. Därefter har en viss ökning av antalet vårdtillfällen skett men vårdtiderna har samtidigt blivit allt kortare.

Ett annat sätt att visa att tvångsvården minskat i omfattning är uppgifter från olika inventeringar av antalet inneliggande en viss dag. Av figur II framgår att antalet inneliggande LPT-vårdade minskat vid den senaste inventeringen jämfört med de tidigare. Detta bekräftar även att vårdtiderna har blivit kortare så att omfattningen av LPT-vård är mindre trots att antalet vårdtillfällen ökat.



Figur II. Antalet inneliggande patienter en inventeringsdag efter vårdform (LPT, LRV, HSL eller motsvarande) 1988, 1991, 1994 och 1997.

Behandlingsplaner och stödperson

Trettiofem procent av alla vårdtillfällen avslutas inom 14 dagar. För denna grupp är sällan behandlingsplan upprättad (2 %). Däremot anges att behandlingsplan upprättats i flertalet fall för de patienter som haft en längre vårdtid. Vi har dock inte studerat kvaliteten av behandlingsplanerna i denna undersökning. I en annan rapport från Socialstyrelsen underkänns majoriteten av de undersökta behandlingsplanerna.

Tabell 7. Den procentuella andelen vårdtillfällen med upprättad behandlingsplan i förhållande till vårdtid.

| Vårdtid | Behandlingsplan finns |
|----------------|-----------------------|
| 1 - 14 dagar | 2 |
| 15 - 28 dagar | 89 |
| 29 - 120 dagar | 92 |
| 121- 300 dagar | 93 |
| > 300 dagar | 93 |
| Totalt | 85 |

Uppgift saknas för 444 vårdtillfällen.

Stödperson utses endast i begränsad utsträckning för patienter som vårdas enligt LPT. Till en viss grad sammanhänger detta med de ofta korta vårdtiderna. Tabell 8 visar att stödperson inte hinner utses eller ens erbjudas innan vårdtiden är avslutad. Nära två tredjedelar av patienterna har avböjt att få stödperson. Endast 12 procent av patienterna vid alla vårdtillfällen har haft stödperson men andelen är betydligt större (23 %) för dem med vårdtid över 300 dagar.

Tabell 8. Procentuell andel med stödperson i relation till vårdtid.

| Vårdtid | Haft stödpers. | Avböjt stödpers. | Stödpers. ej hunnit utses | Inte erbjudits stödpers. |
|-----------------|----------------|------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1 - 14 dagar | 8 | 44 | 7 | 29 |
| 15 - 28 dagar | 10 | 63 | 4 | 16 |
| 29 - 120 dagar | 15 | 68 | 3 | 10 |
| 121 - 300 dagar | 18 | 68 | 2 | 6 |
| > 300 dagar | 23 | 48 | 1 | 5 |
| Totalt | 12 | 63 | 5 | 20 |

Tvångsåtgärder

I rapporteringen har ingått en uppgift om vilka tvångsåtgärder som tillämpats under vårdtillfället. På blanketten skulle också anges tidpunkt: om tvångsåtgärden skett enbart under de första fyra veckorna, om den inträffat under de inledande fyra månaderna eller om tvångsåtgärden tillämpats under en vårdtid överskridande fyra månader. Vanligen är det i det inledande skedet av en behandling olika tvångsåtgärder kan behövas. En användning av tvångsåtgärder under längre tid och under långa vårdperioder tyder på mer exceptionella förhållanden.

Tabell 9. Vårdtillfällen under vilka patienten isolerats efter tid för isoleringen och antal isoleringstillfällen. Procentuell fördelning efter när under vårdtillfället isolering använts.

| Isolering | Antal | Procentuell fördelning | | |
|--------------------------------|-------------|------------------------|-----------|----------|
| | | < 4 veckor | < 4 mån. | > 4 mån. |
| Ingen | 3193 | | | |
| Ett tillf. < 8 timmar | 29 | 83 | 10 | 3 |
| Ett tillf. > 8 timmar | 6 | 83 | 17 | 0 |
| Flera tillf. < 8 timmar | 32 | 50 | 28 | 16 |
| Flera tillf. > 8 timmar | 3 | 100 | 0 | 0 |
| Flera tillf. korta o. längre | 6 | 33 | 17 | 17 |
| Summa isolering | 76 | 66 | 18 | 9 |
| Procent ingen isolering | 98 % | | | |

Isolering används som tabell 9 visar i rätt begränsad omfattning. Tvångsmedicinering är däremot vanlig i synnerhet under de inledande veckorna enligt tabell 10. Av tabellen framgår också att 42 procent av alla tvångsmedicineringstillfällen gäller depåinjektioner.

Tabell 10. Vårdtillfällen under vilka patienten tvångsmedicinerats fördelade på typ av medicinering och antal medicineringstillfällen. Procentuell fördelning efter när under vårdtillfället tvångsmedicinering skett.

| | Antal | Procentuell fördelning | | |
|---------------------------|------------|------------------------|-----------|----------|
| | | < 4 veckor | < 4 mån. | > 4 mån. |
| Ingen | 2306 | | | |
| Enstaka ej depå | 430 | 96 | 2 | 1 |
| Upprepad ej depå | 138 | 84 | 7 | 9 |
| Enstaka depåinj. | 170 | 89 | 6 | 4 |
| Upprepad depåinj. | 144 | 39 | 38 | 20 |
| Flera alternativ | 102 | 75 | 16 | 8 |
| Summa injektion | 984 | 83 | 10 | 6 |
| Procent ingen inj. | 70% | | | |

Vid hela tio procent av vårdtillfällena har patienten varit fastspänd med bälte. I hälften av dessa vårdtillfällen har det handlat om att patienten vid ett tillfälle, vanligen i inledningsfasen av vården, varit fastspänd mindre än 4 timmar. Endast mindre än en procent (29) av vårdtillfällena gäller patienter som varit fastspända vid flera tillfällen över 4 timmar.

Tabell 11. Vårdtillfällen under vilka patienten varit fastspänd med bälte fördelade på tid för fastspänningen och antal tillfällen. Procentuell fördelning efter när under vårdtillfället fastspänningen skett.

| Fastspänning med bälte | Antal | Procentuell < 4 veckor | Fördelning | |
|-----------------------------|-------------|---------------------------|------------|----------|
| | | | < 4 mån. | > 4 mån. |
| Ingen | 2945 | | | |
| Ett tillf. < 4 timmar | 163 | 90 | 4 | 0 |
| Ett tillf. > 4 timmar | 40 | 98 | 0 | 3 |
| Flera tillf. < 4 timmar | 88 | 77 | 15 | 8 |
| Flera tillf. > 4 timmar | 8 | 88 | 13 | 0 |
| Flera tillf. kort o. längre | 21 | 33 | 24 | 43 |
| Summa fastspänning | 320 | 84 | 8 | 5 |
| Procent inget bälte | 90% | | | |

Tabell 12 visar hur vårdtillfällen vid vilka fastspänning med bälte skett varierar mellan olika landsting. Antalet vårdtillfällen är dock så litet så att några klara skillnader inte kan konstateras.

Av tabell 13 framgår att fastspänning med bälte används oftare för manliga än för kvinnliga patienter. Användning av bälte är mest förekommande för de yngsta. Det är också vanligt för patienter upp till 35 års ålder men sedan minskar användningen av bälte med stigande ålder.

Tabell 12. Vårdtillfällen under vilka patienten spänts fast med bälte fördelade på tid för fastspänning och procentuell andel av alla vårdtillfällen efter sjukvårdshuvudman.

| Sjukvårds- huvudman | Fastspänning med bälte | | Procent |
|------------------------|------------------------|-----------|-----------|
| | < 4 tim. | > 4 tim. | |
| Stockholm | 68 | 20 | 10 |
| Uppsala | 9 | 0 | 10 |
| Södermanland | 7 | 2 | 10 |
| Östergötland | 5 | 5 | 9 |
| Jönköping | 4 | 0 | 4 |
| Kronoberg | 11 | 4 | 19 |
| Kalmar | 4 | 0 | 7 |
| Gotlands kommun | 0 | 1 | 6 |
| Blekinge | 3 | 0 | 7 |
| Kristianstad | 8 | 3 | 14 |
| Malmöhus | 11 | 1 | 5 |
| Malmö stad | 4 | 0 | 4 |
| Halland | 16 | 0 | 19 |
| Bohus | 13 | 3 | 11 |
| Göteborgs stad | 21 | 4 | 8 |
| Älvsborg | 13 | 2 | 15 |
| Skaraborg | 8 | 4 | 13 |
| Värmland | 7 | 6 | 16 |
| Örebro | 4 | 2 | 6 |
| Västmanland | 5 | 0 | 10 |
| Dalarna | 5 | 5 | 10 |
| Gävleborg | 4 | 1 | 6 |
| Västernorrland | 4 | 0 | 7 |
| Jämtland | 4 | 1 | 14 |
| Västerbotten | 4 | 5 | 8 |
| Norrbotten | 9 | 0 | 8 |
| Riket | 251 | 69 | 10 |

Tabell 13. Vårdtillfällen vid vilka patienten spänts fast med bälte efter ålder och kön. Absolut antal och procent av åldersgruppen.

| Ålder | Fastspänning med bälte | | | Totalt | Procent |
|----------------|------------------------|------------|--|------------|---------|
| | Kvinnor | Män | | | |
| < 18 år | 6 | 4 | | 10 | 23 |
| 18 - 24 år | 21 | 13 | | 34 | 12 |
| 25 - 34 år | 35 | 66 | | 101 | 13 |
| 35 - 44 år | 31 | 44 | | 75 | 10 |
| 45 - 54 år | 14 | 44 | | 58 | 9 |
| 55 - 64 år | 7 | 12 | | 19 | 5 |
| 65 - w år | 5 | 15 | | 20 | 4 |
| Uppgift saknas | 1 | 0 | | 1 | |
| Summa | 120 | 198 | | 318 | |

Ofta behöver samma patient spännas fast med bälte och isoleras. Det visar sig nämligen att i 89 procent av alla vårdtillfällen har varken fastspänning med bälte eller isolering behövt tillgripas.

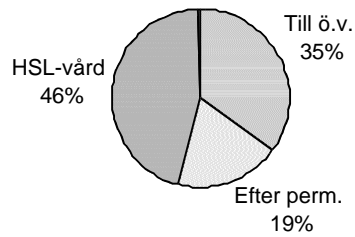
Besöksförbud har bara varit aktuellt för en patient i detta material.

Utskrivning

19 procent av vårdtillfällen har avslutats med permission till vårdtidens slut. En tredjedel gäller bara en kort permission på högst 14 dagar. I 12 procent av fallen har permissionen pågått över 3 månader.

Tabell 14. Antal vårdtillfällen med permission till vårdtidens slut efter den avslutande permissionens längd. Absoluta tal och procentuell fördelning.

| Utskrivna efter permission | Antal | Procent |
|----------------------------|------------|---------|
| < = 7 dagar | 128 | 21 |
| 8 - 14 dagar | 91 | 15 |
| 15 - 30 dagar | 107 | 17 |
| 31 - 90 dagar | 191 | 31 |
| > 90 dagar | 75 | 12 |
| Oklart | 30 | 5 |
| Summa | 622 | |



Figur III. Andelen av de avslutade vårdtillfällena som avslutats med permission, övergått till frivillig sluten vård (HSL-vård), avslutats genom överflyttning till annan vårdenhets eller avslutats med direkt utskrivning till öppen vård (Till ö.v.).

Sexton vårdtillfällen har avslutats på grund av att patienten har avlidit. I hälften av dessa fall har det rört sig om suicid. Som figur III visar har LPT-vården i 46 procent av vårdtillfällena övergått direkt i frivillig sluten vård .

Diagnos

Patienterna har schizofreni-diagnos i en tredjedel av vårdtillfällena och annan psykos-diagnos i en tredjedel samt depression i 18 procent av de manliga och ca 25 procent av de kvinnliga vårdtillfällena. För 23 procent av vårdtillfällena för manliga patienter anges att någon form av missbruk är aktuell medan motsvarande uppgift för de kvinnliga patienternas vårdtillfällen är 8 procent.

Tvångsvård inom barn- och ungdomspsykiatri

Mindre än en procent (31) av de rapporterade vårdtillfällena har skett inom barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet (BUP). Tio tillfällen i Stockholm och fem tillfällen var i Uppsala, Malmöhus och Västerbotten. 17 av de 24 kvinnorna och 10 av de 19 männen under 18 år (tabell 3) har vårdats inom BUP. Fyra vårdtillfällen har gällt patienter som var 18 år, nämligen två kvinnor och två män. Majoriteten har samma korta

vårdtid som de övriga patienterna men för fem flickor och en pojke är vårdtiden över 4 månader.

Fyrtio procent av vårdtillfällena inom BUP har påbörjats genom konvertering, vilket förklarar den höga andelen konverteringar i åldersgruppen under 18 år (tabell 5). I alla utom ett vårdtillfälle har behandlingsplan upprättats, vanligen tillsammans med patient och närstående. Under endast tre vårdtillfällen inom BUP har patienten haft stödperson. Man har åberopat att föräldrar eller socialtjänstemän haft nära kontakt med patienten i stället.

Åtta (26 %) av dessa patienter har lagts i bälte och i hälften av fallen har det handlat om flera tillfällen eller fastspänning med bälte mer än 4 timmar. Sex av dessa vårdtillfällen har gällt kvinnliga patienter trots att endast en tredjedel av flickorna har psykosdiagnos. Majoriteten av pojkarna har däremot psykosdiagnos. Isolering har tillgripits i fyra fall och tvångsmedicinering i fem fall, dock inte med depåinjektioner.

Sammanfattning

Under tiden 1 oktober 1996 till 31 mars 1997 har 3 896 avslutade vårdtillfällen rapporterats. En jämförelse med Socialstyrelsens FOT-register visar att en betydande underrapportering skett. Sex procent av dem (238) gällde tillfällen när patienten vid prövning enligt § 6 LPT inte befanns vara vårdbehövande. 311 vårdtillfällen gällde patienter som överflyttades vidare för fortsatt LPT-vård och inte ingår i undersökningen. Återstår sålunda 3 347 vårdtillfällen som utgör undersökningsmaterialet. I sjutton procent (557) av vårdtillfällena hade konvertering enligt 11 § LPT inlett tvångsvården.

Kvinnliga patienter svarar för 53 procent av de avslutade vårdtillfällena. Majoriteten av vårdtillfällena gäller personer under 45 år. Trettiofem procent av tvångsvårdstillfällena är avslutade inom 14 dagar och nästan två tredjedelar av vårdtillfällena är kortare än 4 veckor trots att eventuell permission är inräknad. Göteborgs stad har högst andel tvångsvård medan Västmanland har lägst.

Antalet vårdtillfällen per år minskade kraftigt då de nya lagarna infördes den 1 januari 1992. Därefter har enligt FOT-statistiken antalet vårdtillfällen långsamt ökat även om den uppåtgående trenden nu ser ut att brytas. Vårdtiderna har blivit allt kortare vilket visar sig i att antalet LPT-vårdade vid inventeringen 1994 är lägre än 1991 och 1997 lägre än 1994 (figur II).

Vid flertalet vårdtillfällen uppges att behandlingsplan är upprättad. Endast i 12 procent av vårdtillfällena är stödperson utsedd men om vården pågår över 300 dagar har 23 procent stödperson.

Tvångsåtgärder är vanliga. Isolering sker vid 2 procent av vårdtillfällena. Tvångsmedicinering används vid 30 procent av vårdtillfällena i synnerhet i det inledande skedet. 42 procent av all tvångsmedicinering gäller depåinjektioner. Fastspänning med bälte sker i 10 procent av vårdtillfällena. I hälften av fallen handlar det om ett enstaka tillfälle i mindre än 4 timmar under inledningsfasen av vården. Fastspänning med bälte används oftare för manliga och för unga patienter.

Nitton procent av vårdtillfällena avslutas med permission till vårdtidens slut. En tredjedel av permissionerna pågår mindre än 2 veckor. Endast två procent av alla vårdtillfällen avslutas med permissioner som är längre än tre månader. 46 procent av vårdtillfällena övergår i fortsatt frivillig sluten vård.

Mindre än en procent (31) av alla tvångsvårdstillfällen har skett inom barn- och ungdomspsykiatri. Majoriteten har korta vårdtider men för fem flickor (av 19) och för en pojke (av 12) är vårdtiden över 4 månader. Fyrtio procent av vårdtillfällena inom barn- och ung 36 stället att peka på tendenser när det gäller förekomsten av t.ex. offentligt biträde och sakkunnig.

3.3 Handläggning av psykiatrimål i länsrätterna

3.3.1 Inledning

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, eller totalt 267 LPT-mål och 331 LRV-mål. Vid den i stort sett motsvarande målundersökningen som Domstolsverket 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. Flera sakfrågor kan vara aktuella i samma mål, vilket innebär att antalet sakfrågor överstiger antalet mål. Detta innebär att i vissa fall när procentsatser räknas ut, tas hänsyn till antalet sakfrågor i stället för till antalet mål. Det bör även påpekas att vissa svarsblanketter har innehållit oklarheter. Detta har fått till följd att vid sammanräkning av vissa procentsatser blir resultatet inte alltid exakt 100 procent. Vårt syfte med målundersökningen är emellertid inte att redovisa exakta siffror utan i stället att peka på tendenser när det gäller förekomsten av t.ex. offentligt biträde och sakkunnig.

Av Domstolsverkets målstatistik framgår att det under år 1996 kom in sammanlagt 11 589 psykiatrimål till länsrätterna. Av dessa mål var 5 421 LPT-mål och 6 168 LRV-mål. Statistiken kan jämföras med att antalet psykiatrimål som kom in till länsrätterna var 12 222 år 1993, 11 415 år 1994 och 11 867 år 1995. Fördelningen år 1993 var 6 083

LPT-mål och 6 139 LRV-mål. Antalet psykiatrimål har således gått ned totalt sedan år 1993. Minskningen har skett beträffande LPT-målen. Antalet LRV-mål, har som framgår av statistiken, ökat något.

När det gäller resultatet av utvärderingen år 1996 kan generellt sägas att detta i hög grad överensstämmer med det resultat som kom fram av utvärderingen år 1993. Vissa olikheter förekommer dock och dessa kommer att redovisas närmare nedan.

Vid målundersökningen har uppgifter hämtats ur akterna och fyllts i på blanketter, skilda för LPT-mål och LRV-mål. Uppgifterna har databehandlats.

För att komplettera det statistiska materialet ombads länsrätterna att, i samband med att blanketterna för målundersökningen ifylldes, lämna allmänna synpunkter på tillämpningen av LPT och LRV.

3.3.2 Förekomsten av olika sakfrågor m.m.

I de båda målundersökningarna ombads länsrätterna att ange vilken/ - vilka sakfrågor som varit aktuella i målet. Den klart övervägande andelen av mål eller nästan 80 procent av målen enligt LPT är anhängiggjorda av chefsöverläkaren. Av svaren kan vidare utläsas att flertalet LPT-mål rör ansökan från chefsöverläkaren om förlängning av vårdtid. Chefsöverläkarens ansökan om förlängning av vårdtid enligt 7 § LPT, dvs. efter fyra veckors vårdtid, samt enligt 9 § LPT, dvs. efter fyra månaders vårdtid, utgör sammanlagt nästan 60 procent av målen enligt LPT. Chefsöverläkarens ansökan om konvertering enligt 12 § LPT, dvs. övergång från frivillig psykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård utgör 21 procent av målen enligt LPT. De LPT-mål som anhängiggörs av patienten gäller oftast överklagande av chefsöverläkarens intagningsbeslut (17 procent av målen).

Det vanligaste LRV-målet, nämligen cirka 33 procent av målen, avser ansökan från patienten om tillstånd till permission vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. De LRV-mål som anhängiggörs av chefsöverläkaren gäller oftast chefsöverläkarens ansökan om förlängning av vård eller upphörande av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Chefsöverläkaren har totalt anhängiggjort ca 48 procent av LRV-målen och patienten har anhängiggjort 41 procent av målen. Att märka är att den blankett som ifylldes av länsrätterna förutom de uppräknade sakfrågorna ger möjlighet för den som fyller i blanketten att i stället för de uppräknade specificerade sakfrågorna ange "annan fråga". I 11 procent av målen anges "annan fråga". Att denna "sakfråga" anges så pass ofta beror till stor del på att när det gäller chefsöverläkarens anmälan enligt 16 § LRV kan denna avse dels en direkt ansökan av chefsöverläkaren att vården skall upphöra

men även den obligatoriska anmälan om förlängning som chefsöverläkaren skall göra enligt 16 § LRV när det gäller rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. När det är fråga om chefsöverläkarens ansökan om att vården skall förlängas har en del länsrätter valt att ange alternativet "annan fråga" i stället för att så som också varit möjligt att använda alternativet "chefsöverläkarens anmälan om upphörande av vård vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning".

En ny typ av mål avser chefsöverläkarens ansökan om länsrättens medgivande till att chefsöverläkaren får rätt att besluta om frigång för patienten. Denna måltyp utgör ca 7 procent av LRV-målen. Ansökan om länsrättens medgivande avser i de flesta fall en ansökan tills vidare men kan även lämnas för viss tid.

När det gäller LRV-mål som anhängiggjorts genom patientens rätt att *överklaga* chefsöverläkarens beslut upptar blanketten för målundersökningen alla de möjligheter till överklagande som patienten har med stöd av 18 § LRV, bl.a. överklagande av beslut om intagning för rättspsykiatrisk vård och överklagande av avslagsbeslut om permission. Av utvärderingen framgår att under den period som undersökningen pågått har endast ett mål anhängiggjorts genom patientens rätt att överklaga och detta mål gällde överklagande av intagningsbeslut. Denna siffra kan verka låg, men även i undersökningen år 1993 var denna siffra låg. Då var det 3 fall som anhängiggjorts genom patientens rätt att överklaga. Som framgår av vad ovan har sagts har dock 41 procent av målen anhängiggjorts av patienten, men målen har anhängiggjorts genom *ansökan* av patienten om permission och om upphörande av vård.

Den närmare fördelningen på olika sakfrågor och antalet sakprövade sakfrågor redovisas i tabellerna 1 och 2.

Tabell 1

| Sakfråga LPT | Antal | Andel av antalet inkomna mål % | Antal sak-prövade | Andel % |
|---|------------|--------------------------------|-------------------|--------------|
| Chefsöverläkarens ansökan om | | | | |
| förlängning av vårdtid 7 § | 87 | 31,5 | 80 | 92,0 |
| förlängning av vårdtid 9 § | 73 | 26,4 | 72 | 98,6 |
| förlängning av vårdtid 12 § (konvertering) | 57 | 20,6 | 46 | 80,7 |
| förlängning av vårdtid efter övergång från rättspsykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård (14 §) | 1 | 0,4 | 0 | 0,0 |
| Totalt anhängiggjorda av chefsöverläkaren | 218 | 79 | 198 | |
| Patients överklagande avseende frågan om | | | | |
| intagning (6 §) | 47 | 17 | 39 | 83,0 |
| konvertering (11 §) | 3 | 1,1 | 3 | 100,0 |
| övergång till tvångsvård (14 §) | 0 | 0,0 | 0 | |
| att tvångsvården skall upphöra | 6 | 2,2 | 5 | 83,3 |
| försäljning och förstörande av egendom (24 §) | | 0,0 | 0 | |
| permission (25 §) | 1 | 0,4 | 1 | 100,0 |
| villkor i samband med permission (25 §) | 0 | 0,0 | 0 | |
| återkallelse av tillstånd till permisson (26 §) | 1 | 0,0 | 0 | |
| Annan fråga | 1 | 0,4 | 1 | 100,0 |
| Totalt anhängiggjorda av patienten | 58 | 21 | 49 | |

Tabell 2

| Sakfråga LRV | Antal | Andel av antalet inkomna mål % | Antal sakprövade | Andel % |
|---|-------|--------------------------------|------------------|---------|
| Chefsöverläkarens ansökan om | | | | |
| permission (10 §) | 43 | 10,6 | 39 | 90,7 |
| delegation (10 §) | 34 | 8,3 | 32 | 94,1 |
| förlängning av vårdtid vid rättspsykiatrisk vård utan SUP (13 §) | 11 | 2,7 | 10 | 90,9 |
| medgivande angående frigång enl. 10 a § (tills vidare) | 24 | 5,9 | 23 | 95,8 |
| medgivande angående frigång enl. 10 a § (för viss tid) | 5 | 1,2 | 5 | 100,0 |
| Chefsöverläkarens anmälan om fråga om upphörande av vård vid rättspsykiatrisk vård med SUP (16 §) | 78 | 19,3 | 77 | 98,7 |
| Totalt anhängiggjorda av chefsöverläkaren | 195 | 48 | 186 | |
| Patients överklagande avseende frågan om | | | | |
| intagning för rättspsykiatrisk vård 5 § | 1 | 0,2 | 1 | 100 |
| Patients ansökan om | | | | |
| tillstånd till permission vid rättspsykiatrisk vård med SUP (10 §) | 135 | 33,3 | 127 | 94,1 |
| upphörande av vård vid rättspsykiatrisk vård med SUP (16 §) | 30 | 7,4 | 28 | 93,3 |
| Totalt anhängiggjorda av patienten | 210 | 41 | 156 | |
| Annan fråga | 44 | 11 | 43 | 97,7 |

3.3.3 Offentligt biträde

Lagregleringen

Möjlighet till rättshjälp genom offentligt biträde i psykiatrimål reglerades vid tidpunkten för målundersökningen i 41 § 1 rättshjälpslagen (1972:429), RHL. Genom en lagändring som trädde i kraft den 1 december 1997 finns bestämmelser om patientens rätt till offentligt biträde numera i 38 a § LPT och 22 a § LRV.

Rättshjälp genom offentligt biträde skall i det enskilda fallet beviljas om det inte måste antas att behov av biträde saknas. Någon materiell ändring av rätten till offentligt biträde har inte skett. I förarbetena till lagstiftningen sägs att offentligt biträde skall förordnas om det inte klart framgår av omständigheterna att behov av biträde inte föreligger (specialmotiveringen prop. 1979/80:1 del A s. 630). Behov av offentligt biträde anses inte föreligga om det står klart att domstolens beslut skall gå i den riktning som den enskilde yrkar eller om några omständigheter inte tillkommit sedan ärendet sist prövades av myndigheterna (prop. 1979/80 del C s.88).

Målundersökningen

Totalt sett hade offentligt biträde förordnats i 92 procent av de LPT-mål och i 33 procent av de LRV-mål som avgjordes under perioden. Under år 1993 förordnades offentligt biträde i 83 procent av LPT-målen och i 30 procent av LRV-målen. När det gäller LPT-målen anmälde länsrätterna att i 5 procent av målen ville patienten inte ha något offentligt biträde och i 3 procent av målen anmälde länsrätterna att behov saknades av offentligt biträde. Vad beträffar LRV-målen anmälde länsrätterna att i 15 procent av målen ville patienten ej ha offentligt biträde och i 51 procent av målen saknades behov av offentligt biträde.

När det gäller LPT-mål förordnas, som framgår av vad ovan har sagts, offentligt biträde i mycket hög grad. Det förekommer dock skillnader mellan olika länsrätter. De flesta länsrätter eller så många som 17 av 24 länsrätter förordnar offentligt biträde i alla LPT-mål. Bland dessa länsrätter finns länsrätterna i storstäderna, nämligen Länsrätten i Stockholms län, Länsrätten i Göteborgs och Bohus län och Länsrätten i Malmöhus län men även mindre länsrätter såsom Länsrätten i Gotlands län, Länsrätten i Kristianstads län och Länsrätten i Västerbottens län.

I tabell 3 redovisas närmare i vilken utsträckning de olika länsrätterna förordnat offentligt biträde i LPT- och LRV-målen. I de mål där

offentligt biträde inte har förordnats har detta antingen berott på att patienten inte vill ha offentligt biträde eller att länsrätten har ansett att behov att förordna offentligt biträde har saknats.

Tabell 3

| Länsrätten i | Antal sak- prövade mål LPT | Med offent- ligt biträde (LPT) % | Antal sak- prövade mål LRV | Med offent- ligt biträde (LRV) % |
|-----------------------|----------------------------------|--|----------------------------------|--|
| Blekinge län | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Gotlands län | 5 | 100 | 0 | 0 |
| Gävleborgs län | 3 | 33,3 | 4 | 0 |
| Göteborgs o Bohus län | 28 | 100 | 17 | 58,8 |
| Hallands län | 4 | 100 | 4 | 50 |
| Jämtlands län | 5 | 80 | 1 | 0 |
| Jönköpings län | 5 | 100 | 7 | 28,6 |
| Kalmar län | 4 | 75 | 16 | 0 |
| Kopparbergs län | 9 | 0 | 23 | 0 |
| Kristianstads län | 6 | 100 | 3 | 100 |
| Kronobergs län | 3 | 100 | 24 | 41,7 |
| Malmöhus län | 24 | 100 | 14 | 71,4 |
| Norrbottnens län | 9 | 100 | 6 | 66,7 |
| Skaraborgs län | 9 | 100 | 4 | 100 |
| Stockholms län | 59 | 100 | 24 | 83,3 |
| Södermanlands län | 9 | 100 | 77 | 10,4 |
| Uppsala län | 8 | 100 | 7 | 85,7 |
| Värmlands län | 11 | 90,9 | 11 | 36,4 |
| Västerbottens län | 7 | 100 | 9 | |
| Västmanlands län | 9 | 100 | 18 | 33,3 |
| Västernorrlands län | 3 | 0 | 17 | 0 |
| Älvsborgs län | 4 | 75 | 6 | 33,3 |
| Örebro län | 4 | 100 | | |
| Östergötlands län | 7 | 100 | 14 | 21,4 |

I vissa måltyper förekommer offentligt biträde i högre utsträckning än vad de generella resultaten visar på. I LPT-mål förekommer offentligt biträde i alla mål som avser konvertering (100 procent). När det gäller LRV-mål förekommer offentligt biträde i hög utsträckning när det gäller fråga om upphörande eller förlängning av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

Av tabellerna 4 och 5 framgår närmare i vilken utsträckning offentligt biträde förordnas i de olika sakfrågorna.

Tabell 4

| Sakfråga LPT | Antal sakprövade | Med offentligt biträde Antal | Andel med offentligt biträde % |
|---|---------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Chefsöverläkarens ansökan om | | | |
| förlängning av vårdtid 7 § | 80 | 74 | 92,5 |
| förlängning av vårdtid 9 § | 72 | 63 | 87,5 |
| förlängning av vårdtid 12 § (konvertering) | 46 | 46 | 100,0 |
| förlängning av vårdtid efter övergång från rättspsykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård (14 §) | 0 | 0 | 0,0 |
| Patients överklagande avseende frågan om intagning (6 §) | 39 | 37 | 94,9 |
| konvertering (11 §) | 3 | 3 | 100,0 |
| övergång till tvångsvård (14 §) | 0 | 0 | 0,0 |
| att tvångsvården skall upphöra | 5 | 5 | 100,0 |
| försäljning och förstörande av egendom (24 §) | 0 | 0 | 0,0 |
| permission (25 §) | 1 | 1 | 100,0 |
| villkor i samband med permission (25 §) | 0 | 0 | 0,0 |
| Återkallelse av tillstånd till permisson (26 §) | 0 | 0 | 0,0 |
| Annan fråga | 1 | 1 | 100,0 |

Tabell 5

| Sakfråga LRV | Antal sakprövade | Med offentligt biträde Antal | Andel med offentligt biträde % |
|--|------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Chefsöverläkarens ansökan om | | | |
| permission (10 §) | 39 | 10 | 25,6 |
| delegation (10 §) | 32 | 15 | 46,9 |
| förlängning av vårdtid vid rättspsykiatrisk vård utan SUP (13 §) | 10 | 7 | 70,0 |
| medgivande angående frigång enligt 10 a § (tills vidare) | 23 | 4 | 17,4 |
| medgivande angående frigång enligt 10 a § (för viss tid) | 5 | 1 | 20,0 |
| Chefsöverläkarens anmälan om fråga om upphörande av rättspsykiatrisk vård med SUP (16 §) | 77 | 55 | 71,4 |
| Patients överklagande avseende intagning för rättspsykiatrisk vård (5 §) | 1 | 1 | 100,0 |
| tillstånd till permission vid rättspsykiatrisk vård med SUP (10 §) | 127 | 23 | 18,1 |
| upphörande av vård vid rättspsykiatrisk vård med SUP (16 §) | 28 | 14 | 50,0 |
| Annan fråga | 43 | 11 | 25,6 |

I målundersökningen ombads länsrätterna även att svara på hur det offentliga biträdet utsetts. I LPT-målen angav länsrätterna att i 5 procent av målen utsågs det offentliga biträdet efter förslag av patienten och i 32 procent av fallen utsågs det offentliga biträdet efter förslag av länsrätten. I 63 procent av målen utsåg länsrätterna samma offentliga biträde för samtliga patienter vid en förhandlingsdag. De länsrätter som i LPT-mål utsåg samma offentliga biträde för samtliga patienter vid en förhandlingsdag var Länsrätten i Jönköpings län, Länsrätten i Malmöhus län, Länsrätten i Skaraborgs län, Länsrätten i Uppsala län, Länsrätten i Örebro län och Länsrätten i Östergötlands län.

I LRV-målen utsågs det offentliga biträdet efter förslag av patienten i 13 procent av målen och i 40 procent av målen utsågs det offentliga biträdet efter förslag av länsrätten. I 49 procent av målen utsåg länsrätterna samma offentliga biträde för samtliga patienter vid en förhandlingsdag. Resultatet tyder på att för några mål har man angett två svarsalternativ. De länsrätter som tillämpade systemet att utse samma offentliga biträde för samtliga patienter vid en förhandlingsdag var

Länsrätten i Stockholms län, Länsrätten i Uppsala län och Länsrätten i Örebro län.

I tabell 6 framgår i vilken utsträckning de olika länsrätterna har använt sig av förfarandet att utse samma offentliga biträde för samtliga patienter vid en förhandlingsdag.

Tabell 6

| Länsrätten i | Antal LPT mål med off. biträde | Andel LPT mål i %, där länsrätt utser off. biträde | Antal LRV mål med off. biträde | Andel LRV mål i %, där länsrätt utser off. biträde |
|-----------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Gotlands län | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Gävleborgs län | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Göteborgs o Bohus län | 28 | 71,4 | 10 | 60 |
| Hallands län | 4 | 50 | 2 | 0 |
| Jämtlands län | 5 | 80 | 0 | 0 |
| Jönköpings län | 5 | 60 | 2 | 100 |
| Kalmar län | 3 | 0 | 0 | 0 |
| Kopparbergs län | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Kristianstads län | 6 | 50 | 3 | 66,7 |
| Kronobergs län | 3 | 0 | 10 | 0 |
| Malmöhus län | 24 | 79,2 | 10 | 100 |
| Norrbottnens län | 9 | 55,6 | 4 | 25 |
| Skaraborgs län | 9 | 100 | 4 | 100 |
| Stockholms län | 59 | 89,8 | 20 | 65 |
| Södermanlands län | 9 | 44,4 | 8 | 0 |
| Uppsala län | 8 | 100 | 6 | 100 |
| Värmlands län | 10 | 0 | 4 | 0 |
| Västerbottens län | 7 | 0 | 5 | 0 |
| Västmanlands län | 9 | 22,2 | 6 | 0 |
| Älvsborgs län | 3 | 0 | 2 | 0 |
| Örebro län | 4 | 100 | 3 | 100 |
| Östergötlands län | 7 | 0 | 3 | 100 |

Synpunkter

Förekomsten av offentligt biträde i LPT-mål är nästan 10 procent högre än under utvärderingen år 1993. Offentligt biträde förordnas i de flesta länsrätter i alla LPT-mål. Några enstaka länsrätter med endast få mål (1-9 mål), har inte förordnat offentligt biträde i några fall.

Vad beträffar LRV-mål förekommer offentligt biträde huvudsakligen i samma omfattning som under år 1993. Fortfarande finns det stora olikheter mellan olika länsrätter. De länsrätter som förordnade offentligt biträde i hög utsträckning i dessa mål var bl.a. Länsrätten i Stockholms län och Länsrätten i Malmöhus län. Även Länsrätten i Göteborgs och Bohus län förordnade offentligt biträde i relativt hög utsträckning i LRV-mål. Att offentligt biträde förordnas i relativt få fall i LRV-mål har troligen sin förklaring i att många mål är av den karaktär att de återkommer flera gånger (t.ex. en begäran om permission) och om inget nytt har framkommit sedan en tidigare prövning skett behövs kanske inte ett offentligt biträde.

3.3.4 Stödperson

Lagregleringen

Enligt 30 § LPT och 26 § LRV skall en stödperson utses åt patienten när denne begär det. En stödperson kan också utses i annat fall, om patienten inte motsätter sig det.

Målundersökningen

I målundersökningen ställdes frågan om stödperson varit förordnad för patienterna. I LPT-målen angav länsrätterna att stödperson inte förordnats för patienterna i 50 procent av fallen och att stödperson hade förordnats för patienten i 8 procent av målen. I 41 procent av målen framgår det ej av handlingarna i målet om stödperson varit förordnad för patienten. När det gäller LRV-målen angav länsrätterna att i 19 procent av målen var stödperson förordnad för patienten, medan stödperson inte var förordnad i 21 procent av målen. I 59 procent av målen framgår det ej av handlingarna om stödperson var förordnad för patienten. Av tabellerna 7 och 8 framgår i vilken utsträckning stödperson varit förordnad i de olika länsrätterna.

Tabell 7

| Länsrätten i | Antal sak- prövade mål LPT | Andel mål i % med stöd- person | Andel mål i % utan stödperson | Andel mål i % där oklarhet råder |
|-----------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Blekinge län | 1 | 0 | 100 | 0 |
| Gotlands län | 5 | 0 | 100 | 0 |
| Gävleborgs län | 3 | 0 | 0 | 100 |
| Göteborgs o Bohus län | 28 | 0 | 60,7 | 39,3 |
| Hallands län | 4 | 50 | 25 | 25 |
| Jämtlands län | 5 | 0 | 40 | 60 |
| Jönköpings län | 5 | 0 | 40 | 60 |
| Kalmar län | 4 | 25 | 0 | 75 |
| Kopparbergs län | 9 | 0 | 22,2 | 77,8 |
| Kristianstads län | 6 | 16,7 | 33,3 | 50 |
| Kronobergs län | 3 | 0 | 0 | 100 |
| Malmöhus län | 24 | 16,7 | oklart | oklart |
| Norrbottnens län | 9 | 22,2 | 11,1 | 66,7 |
| Skaraborgs län | 9 | 0 | 100 | 0 |
| Stockholms län | 59 | 8,5 | 54,2 | 35,6 |
| Södermanlands län | 9 | 0 | 0 | 100 |
| Uppsala län | 8 | 0 | 87,5 | 12,5 |
| Värmlands län | 11 | 0 | 100 | 0 |
| Västerbottens län | 7 | 0 | 57,1 | 42,9 |
| Västmanlands län | 9 | 33,3 | 22,2 | 44,4 |
| Västernorrlands län | 3 | 0 | 100 | 0 |
| Älvsborgs län | 4 | 25 | 0 | 75 |
| Örebro län | 4 | 0 | 75 | 25 |
| Östergötlands län | 7 | 0 | 28,6 | 71,4 |

Tabell 8

| Länsrätten i | Antal sak- prövade mål LRV | Andel mål i % med stöd- person | Andel mål i % utan stödperson | Andel mål i % där oklarhet råder |
|-----------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Blekinge län | 1 | 100 | 0 | 0 |
| Gävleborgs län | 4 | 0 | 0 | 100 |
| Göteborgs o Bohus län | 17 | 5,9 | 35,3 | 58,8 |
| Hallands län | 4 | 50 | 50 | 0 |
| Jämtlands län | 1 | 0 | 100 | 0 |
| Jönköpings län | 7 | 0 | 0 | 100 |
| Kalmar län | 16 | 50 | 31,2 | 18,7 |
| Kopparbergs län | 23 | 8,8 | 13,0 | 73,9 |
| Kristianstads län | 3 | 33,3 | 0 | 66,7 |
| Kronobergs län | 24 | 0 | 41,7 | 58,3 |
| Malmöhus län | 14 | 57,1 | 7,1 | 35,7 |
| Norrbottnens län | 6 | 16,7 | 50 | 33,3 |
| Skaraborgs län | 4 | 25 | 75 | 0 |
| Stockholms län | 24 | 12,5 | 50 | 33,3 |
| Södermanlands län | 77 | 10,4 | 0 | 87,0 |
| Uppsala län | 7 | 57,1 | 28,6 | 14,3 |
| Värmlands län | 11 | 45,5 | 27,3 | 27,3 |
| Västerbottens län | 9 | 11,1 | 22,2 | 66,7 |
| Västmanlands län | 18 | 33,3 | 5,6 | 61,1 |
| Västernorrlands län | 17 | 5,9 | 0 | 88,2 |
| Älvsborgs län | 6 | 16,7 | 0 | 83,3 |
| Örebro län | 4 | 25 | 25 | 50 |
| Östergötlands län | 14 | 35,7 | 64,3 | 0 |

3.3.5 Sakkunnig

Lagregleringen

Enligt 37 § LPT (21 § LRV) skall länsrätten i ett psykiatrimål, om det behövs, höra lämplig sakkunnig vid muntlig förhandling.

Målundersökningen

Länsrätterna har inhämtat yttrande från sakkunnig i 47 procent (111 mål) av LPT-målen och i 22 procent (68) av LRV-målen.

Av tabellerna 9 och 10 framgår i hur många mål sakkunnig varit förordnad i de olika länsrätterna. Av tabellerna framgår att det finns stora olikheter mellan de olika länsrätterna. Vissa länsrätter förordnar sakkunnig i princip i alla målen medan andra länsrätter förordnar om sakkunnig mer sällan. Nämnas kan att både Länsrätten i Stockholms län och Länsrätten i Malmöhus län förordnar om sakkunnig i LPT-mål i stor utsträckning (i 79 procent respektive i 72 procent av målen). Däremot förordnar Länsrätten i Göteborgs och Bohus län sakkunnig i mycket låg utsträckning i LPT-mål, nämligen i endast 3 procent av LPT-målen.

När det gäller LRV-mål förekommer, såsom framgår av vad ovan har redovisats, sakkunnig i lägre utsträckning än i LPT-mål. Liksom beträffande LPT-mål förekommer sakkunnig i hög utsträckning i Länsrätten i Stockholms län (i 76 procent av målen). I Länsrätten i Malmöhus län förekommer sakkunnig i 36 procent av målen. Länsrätten i Göteborgs och Bohus län har inte förordnat om sakkunnig i något av de under perioden avgjorda LRV-målen. Nämnas kan även att den länsrätt som under den aktuella perioden haft flest LRV-mål (nämligen 81 mål att jämföras med t.ex. Stockholms länsrätt som under perioden avgjorde 25 mål) endast har förordnat om sakkunnig i ett fall.

Tabell 9

| Länsrätten i | Antal sakfrågor LPT | Med sakkunnig Antal | Med sakkun- nig % |
|-----------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| Blekinge län | 1 | 0 | 0 |
| Gotlands län | 5 | 0 | 0 |
| Gävleborgs län | 6 | 0 | 0 |
| Göteborgs o Bohus län | 30 | 1 | 3,3 |
| Hallands län | 6 | 0 | 0 |
| Jämtlands län | 5 | 5 | 100 |
| Jönköpings län | 5 | 0 | 0 |
| Kalmar län | 4 | 0 | 0 |
| Kopparbergs län | 11 | 0 | 0 |
| Kristianstads län | 9 | 2 | 22,2 |
| Kronobergs län | 3 | 0 | 0 |
| Malmöhus län | 25 | 18 | 72 |
| Norrbottens län | 9 | 0 | 0 |
| Skaraborgs län | 10 | 9 | 90 |
| Stockholms län | 70 | 55 | 78,6 |
| Södermanlands län | 10 | 0 | 0 |
| Uppsala län | 8 | 8 | 100 |
| Värmlands län | 12 | 6 | 50 |
| Västerbottens län | 9 | 5 | 55,6 |
| Västmanlands län | 9 | 0 | 0 |
| Västernorrlands län | 3 | 1 | 33,3 |
| Älvsborgs län | 5 | 0 | 0 |
| Örebro län | 4 | 0 | 0 |
| Östergötlands län | 8 | 1 | 12,5 |

Tabell 10

| Länsrätten i | Antal sakfrågor LRV | Med sakkunnig Antal | Med sakkunnig % |
|-----------------------|---------------------|---------------------|-----------------|
| Blekinge län | 1 | 0 | 0 |
| Gävleborgs län | 5 | 0 | 0 |
| Göteborgs o Bohus län | 21 | 0 | 0 |
| Hallands län | 4 | 1 | 25 |
| Jämtlands län | 1 | 1 | 100 |
| Jönköpings län | 7 | 0 | 0 |
| Kalmar län | 19 | 0 | 0 |
| Kopparbergs län | 25 | 0 | 0 |
| Kristianstads län | 3 | 3 | 100 |
| Kronobergs län | 27 | 2 | 7,4 |
| Malmöhus län | 14 | 5 | 35,7 |
| Norrbottens län | 6 | 0 | 0 |
| Skaraborgs län | 4 | 4 | 100 |
| Stockholms län | 25 | 19 | 76 |
| Södermanlands län | 81 | 1 | 1,2 |
| Uppsala län | 7 | 6 | 85,7 |
| Värmlands län | 11 | 6 | 54,5 |
| Västerbottens län | 9 | 4 | 44,4 |
| Västmanlands län | 19 | 2 | 10,5 |
| Västernorrlands län | 18 | 12 | 66,7 |
| Älvsborgs län | 6 | 0 | 0 |
| Örebro län | 4 | 2 | 50 |
| Östergötlands län | 16 | 0 | 0 |

Förekomsten av sakkunnig varierar även beroende på vilken sakfråga som behandlas i målet. När det gäller chefsöverläkarens ansökan om förlängning av vårdtiden enligt 7 § och 9 § LPT samt vid konvertering förekommer sakkunnig i mellan 45—47 procent av målen. Vid patien-

tens överklagande avseende frågan om intagning förekommer sakkunnig i 51 procent av målen.

I tabellerna 11 och 12 redovisas i vilken utsträckning sakkunnig förekommer i de olika måltyperna.

Tabell 11

| Sakfråga LPT | Antal sakprövade | Med sakkunnig Antal | Andel med sakkunnig % |
|--|------------------|---------------------|-----------------------|
| Chefsöverläkarens ansökan om | | | |
| förlängning av vårdtid 7 § | 80 | 37 | 46,3 |
| förlängning av vårdtid 9 § | 72 | 34 | 47,2 |
| förlängning av vårdtid 12 § (konvertering) | 46 | 21 | 45,7 |
| Patients överklagande avseende frågan om | | | |
| intagning (6 §) | 39 | 20 | 51,3 |
| konvertering (11 §) | 3 | 2 | 66,7 |
| övergång till tvångsvård (14 §) | 0 | 0 | 0,0 |
| att tvångsvården skall upphöra | 5 | 3 | 60,0 |
| försäljning och förstörande av egendom (24 §) | 0 | 0 | 0,0 |
| permission (25 §) | 1 | 0 | 0,0 |
| villkor i samband med permission (25 §) | 0 | 0 | 0,0 |
| återkallelse av tillstånd till permission (26 §) | 0 | 0,0 | 0,0 |
| Annan fråga | 0 | 0,0 | 0,0 |

Tabell 12

| Sakfråga LRV | Antal sakprövade | Med sakkunnig Antal | Andel med sakkunnig % |
|--|------------------|---------------------|-----------------------|
| Chefsöverläkarens ansökan om | | | |
| permission (10 §) | 39 | 9 | 23,1 |
| delegation (10 §) | 32 | 8 | 25,0 |
| förlängning av vårdtid vid rättspsykiatrisk vård utan SUP (13 §) | 10 | 4 | 40,0 |
| medgivande angående frigång enl. 10 a § (tills vidare) | 23 | 1 | 4,3 |
| medgivande angående frigång enligt 10 a § (för viss tid) | 5 | 0 | 0,0 |
| Chefsöverläkarens anmälan om upphörande av vård vid rättspsykiatrisk vård med SUP (16 §) | 77 | 32 | 41,6 |
| Patients överklagande avseende frågan om | | | |
| Intagning för rättspsykiatrisk vård (5 §) | 1 | 0 | 0,0 |
| Patients ansökan om | | | |
| tillstånd till permission vid rättspsykiatrisk vård med SUP (10 §) | 127 | 22 | 17,3 |
| upphörande av vård vid rättspsykiatrisk vård med SUP (16 §) | 28 | 8 | 28,6 |
| Annan fråga | 43 | 4 | 9,3 |

I LRV-målen kan urskiljas en tendens att sakkunnig används i högre utsträckning i mål som är anhängiggjorda av chefsöverläkaren än i mål som är anhängiggjorda av patienten, jämför tabell 12.

I målundersökningen ställdes även frågan i vilken utsträckning den sakkunniges uppfattning överensstämde med chefsöverläkarens inställning i målet. Av de 111 LPT-mål där sakkunnig varit förordnad överensstämde den sakkunniges inställning med chefsöverläkarens inställning i 110 mål, dvs. i 99 procent. I målundersökningen frågades även om utgången i målet huvudsakligen överensstämmer med chefsöverläkarens inställning eller den sakkunniges inställning i de fall där den sakkunnige och chefsöverläkaren har skilda uppfattningar. Det mål där den sakkunnige var av annan uppfattning än chefsöverläkaren var en konvertering. Beträffande detta mål anges att utgången i målet huvudsakligen överensstämmer med den sakkunniges uppfattning.

I de 68 LRV-mål där sakkunnig förekom överensstämde den sakkunniges inställning 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 målen huvudsakligen med den sakkunniges uppfattning.

Synpunkter

Förekomsten av sakkunnig varierar i hög grad mellan olika länsrätter. Mellan de tre största länsrätterna förekommer också skillnaderna så till vida att Länsrätten i Stockholms län och Länsrätten i Malmöhus län förordnade sakkunnig i hög utsträckning (79 procent respektive 72 procent) i LPT-mål medan Länsrätten i Göteborgs och Bohus län förordnade sakkunnig i endast 3 procent av antalet LPT-mål. Även när det gäller LRV-mål låg Stockholm högt (76 procent) medan Länsrätten i Malmöhus län förordnade sakkunnig i 30 procent av målen och Länsrätten i Göteborgs och Bohus län inte förordnade sakkunnig i något LRV-mål. Även andra olikheter mellan de olika länsrätterna förekommer (jfr t.ex. tabellerna 9 och 10).

I målundersökningen ställdes frågan i hur många fall som chefsöverläkaren och den sakkunnige hade olika uppfattning i sakfrågan. Svaret på denna fråga var att chefsöverläkarens uppfattning överensstämde med den sakkunniges uppfattning i 110 av 111 LPT-mål och i 62 av 68 LRV-mål.

3.3.6 Åklagarnas roll

Lagregleringen

Beträffande patienter som vårdas med särskild utskrivningsprövning skall rätten, om det inte är uppenbart obehövt, i vissa fall ge åklagaren tillfälle att yttra sig (22 § andra stycket LRV). Så skall ske innan beslut meddelas om tillstånd till permission, om delegation av beslutanderätten beträffande permission och frigång och när det är fråga om upphörande av vården.

Målundersökningen

I LRV-målen ställdes frågan om åklagaren hade beretts tillfälle att yttra sig i målen. Utfallet av denna fråga var att åklagare hade beretts tillfälle att yttra sig och avgett yttrande i 75 procent av målen. I 19 procent av målen hade åklagaren inte beretts tillfälle att yttra sig eftersom det bedömdes som uppenbart obehövt. I 3 procent av målen hade åklagaren inte beretts tillfälle att yttra sig, eftersom det inte var sådana mål där åklagaren enligt bestämmelserna i LRV skall beredas tillfälle att yttra sig. I 0,3 procent av målen (1 mål) har åklagaren inte beretts tillfälle att yttra sig på grund av tidsskäl och i ytterligare 0,3 procent av målen (1 mål) har åklagare beretts tillfälle att yttra sig utan att yttrande avgetts. Svar avgavs inte på frågan i 7 mål. I utvärderingen år 1993 bereddes åklagare tillfälle att yttra sig och inkom med yttrande i 67 procent av målen. Åklagaren yttrade sig således i högre utsträckning under år 1996 än under år 1993.

I de mål där åklagaren har beretts tillfälle att yttra sig och där yttrande har inkommit överensstämmer åklagarens uppfattning med chefsöverläkarens uppfattning i 85 procent av målen. Om åklagaren och chefsöverläkaren har haft skilda uppfattningar har utgången i målet överensstämt med åklagarens uppfattning i 49 procent av målen och med chefsöverläkarens uppfattning i 33 procent av målen. I 15 procent av målen har länsrätterna angett att utgången i målet inte överensstämmer med varken chefsöverläkarens uppfattning eller åklagarens uppfattning. Av tabell 13 framgår i vilka sakfrågor där länsrättens utgång i målet huvudsakligen överensstämmer med chefsöverläkarens uppfattning respektive åklagarens uppfattning.

Tabell 13

| Sakfråga LRV | Åklagarens uppfattning | Chefsöverläkarens uppfattning | Ingenderas uppfattning |
|---|------------------------|-------------------------------|------------------------|
| Chefsöverläkarens ansökan om | | | |
| permission (10 §) | 2 | 1 | 1 |
| delegation (10 §) | 6 | 0 | 3 |
| medgivande angående frigång enligt 10 a § (tills vidare) | 2 | 2 | 1 |
| medgivande angående frigång enligt 10 a § (för viss tid) | 0 | 1 | 0 |
| Chefsöverläkarens anmälan om upphörande av rättspsykiatrisk vård med SUP (16 §) | 2 | 3 | 0 |
| Patients ansökan om | | | |
| tillstånd till permission vid rättspsykiatrisk vård med SUP (10 §) | 9 | 4 | 1 |
| upphörande av vård vid rättspsykiatrisk vård med SUP (16 §) | 2 | 1 | 0 |
| Annan fråga | 1 | 0 | 2 |

Synpunkter

Målundersökningen visar på att chefsöverläkarens och åklagarens uppfattning överensstämmer i hög grad (85 procent) av fallen. I tabell 13 redovisas vilken uppfattning som länsrätten har dömt på när åklagaren och chefsöverläkaren har haft olika uppfattningar i frågan. Det måste dock påpekas att det är fråga om så få fall att resultatet måste tolkas med försiktighet. Resultatet tyder på att när det gäller permission och delegation dömer länsrätten i de flesta fall i enlighet med åklagarens uppfattning.

3.3.7 Utgång i målet

Målundersökningen

I målundersökningen ställdes även frågan vilken utgången varit i målen. I LPT-målen angavs att i 77 procent av målen var utgången i målen "bifall/helt eller delvis ändring" och i 17 procent av målen var utgången "ej bifall/ej heller ändring". I 3 procent av LPT-målen angavs att det i målen var "flera sakfrågor prövade med olika utgång". I 5 procent av LPT-målen hade inget svar angetts på frågan vilken utgången varit i målet.

När det gäller LRV-målen anges att i 77 procent av målen var utgången "bifall /helt eller delvis ändring" och i 14 procent av målen var utgången "ej bifall/ej heller ändring". I 6 procent av målen anges att i målet prövats flera sakfrågor med olika utgång. I några procent av målen angavs inte utgång i målet.

Det förekommer beaktansvärda skillnader mellan i vilken utsträckning som de olika sakfrågorna var för sig har bifallits eller helt eller delvis ändrats respektive ej bifallits eller där det varit fråga om flera sakfrågor med olika utgång. Nämnas kan t.ex. att när det gäller chefsöverläkarens ansökan om förlängning av vårdtid enligt 7 §, 9 § eller 12 § LPT bifalls målen i mellan 85—90 procent av målen. När det däremot gäller patientens överklagande av intagningsbeslutet bifalls endast 18 procent av målen. Den närmare fördelningen av hur utgången har varit i de olika sakfrågorna framgår av tabell 14.

Tabell 14

| Sakfråga LPT | Antal sakprövade mål | Bifall % | Ej bifall % | Flera sakfrågor med olika utgång % |
|---|----------------------|----------|-------------|------------------------------------|
| Chefsöverläkarens ansökan om | | | | |
| förlängning av vårdtid 7 § | 80 | 85,0 | 7,5 | 5,0 |
| förlängning av vårdtid 12 § (konvertering) | 46 | 86,1 | 6,5 | 4,3 |
| förlängning av vårdtid efter övergång från rättspsykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård (14 §) | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Patients överklagande avseende frågan om | | | | |
| intagning (6 §) | 39 | 17,9 | 66,7 | 12,8 |
| konvertering (11 §) | 3 | 66,7 | 0,0 | 33,3 |
| övergång till tvångsvård (14 §) | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| att tvångsvården skall upphöra | 5 | 60,0 | 40,0 | 0,0 |
| försäljning och förstörande av egendom (24 §) | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| permission (25 §) | 1 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| villkor i samband med permission (25 §) | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| återkallelse av tillstånd till permisson (26 §) | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Annan fråga | 1 | 0,0 | 100,0 | 0,0 |

Vad beträffar utgången i LRV-mål kan nämnas att chefsöverläkarens ansökan om att vården skall förlängas respektive att vården skall upphöra enligt 16 § bifalls i 80 procent av målen medan patientens ansökan om att den rättspsykiatriska vården med särskild utskrivningsprövning skall upphöra bifalls i 14 procent av fallen. Påpekas bör emellertid att vad gäller chefsöverläkarens anmälan enligt 16 § LRV, kan denna avse såväl en ansökan om att vården skall upphöra som den obligatoriska anmälan om förlängning av vården som skall ske efter varje period av sex månaders vårdtid. Den relativt höga förekomsten av utfallet "flera sakfrågor med olika utgång" kan, när det gäller permission ha sin orsak i att permissionsansökan bifallits beträffande en viss tidsperiod, men avslagits beträffande en annan tidsperiod. Den närmare fördelningen av hur utgången har varit vid de olika sakfrågorna framgår av tabell 15.

Tabell 15

| Sakfråga LRV | Antal | Bifall % | Ej bifall % | Flera sakfrågor med olika utgång % |
|---|-------|----------|-------------|------------------------------------|
| Chefsöverläkarens ansökan om | | | | |
| permission (10 §) | 39 | 76,9 | 0,0 | 23,1 |
| delegation (10 §) | 32 | 65,6 | 3,1 | 28,1 |
| förlängning av vårdtid vid rättspsykiatrisk vård utan SUP (13 §) | 10 | 80,0 | 20,0 | 0,0 |
| medgivande angående frigång enl. 10 a § (tills vidare) | 23 | 82,6 | 4,3 | 8,7 |
| medgivande angående frigång enl. 10 a § (för viss tid) | 5 | 100,0 | 0,0 | 0,0 |
| Chefsöverläkarens anmälan om fråga om upphörande av vård vid rättspsykiatrisk vård med SUP (16 §) | 77 | 80,5 | 3,9 | 10,4 |
| Patients överklagande avseende frågan om | | | | |
| intagning för rättspsykiatrisk vård | 1 | 0,0 | 100,0 | 0,0 |
| Patients ansökan om | | | | |
| tillstånd till permission vid rättspsykiatrisk vård med SUP (10 §) | 127 | 73,2 | 18,1 | 6,3 |
| upphörande av vård vid rättspsykiatrisk vård med SUP (16 §) | 28 | 14,3 | 64,3 | 14,3 |
| Annan fråga | 43 | 83,7 | 2,3 | 11,6 |

I de LRV-mål där sakkunnig varit inblandad har utgången i målet varit "bifall eller delvis ändring" i 63 procent av målen och bifall/ej heller ändring i 18 procent av målen. I 16 procent av målen var "flera sakfrågor prövade med olika utgång". Av tabell 16 framgår i vilken utsträckning olika sakfrågor har bifallits när sakkunnig varit förordnad i målet. Motsvarande resultat för LPT presenteras i tabell 17.

Tabell 16

| Sakfråga LRV | Antal mål med sakkunnig | Bifall % | Ej bifall % | Flera sakfrågor med olika utgång % |
|---|-------------------------|----------|-------------|------------------------------------|
| Chefsöverläkarens ansökan om | | | | |
| permission (10 §) | 9 | 55,6 | 0,0 | 44,4 |
| delegation (10 §) | 8 | 12,5 | 12,5 | 75,0 |
| förlängning av vårdtid vid rättspsykiatrisk vård utan SUP (13 §) | 4 | 75,0 | 25,0 | 0,0 |
| medgivande angående frigång enl. 10 a § (tills vidare) | 1 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| medgivande angående frigång enl. 10 a § (för viss tid) | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Chefsöverläkarens anmälan om fråga om upphörande av vård vid rättspsykiatrisk vård med SUP (16 §) | 32 | 71,9 | oklart | oklart |
| Patients ansökan om | | | | |
| tillstånd till permission vid rättspsykiatrisk vård med SUP (10 §) | 22 | 45,5 | 27,3 | 27,3 |
| upphörande av vård vid rättspsykiatrisk vård med SUP (16 §) | 8 | 37,5 | 50,0 | 12,5 |
| Annan fråga | 4 | 25,0 | 25,0 | 50,0 |

Tabell 17

| Sakfråga LPT | Antal mål med sakkunnig | Bifall % | Ej bifall % | Flera sakfrågor med olika utgång % |
|---|-------------------------|----------|-------------|------------------------------------|
| Chefsöverläkarens ansökan om | | | | |
| förlängning av vårdtid 7 § | 37 | 81,1 | 10,8 | 8,1 |
| förlängning av vårdtid 9 § | 34 | 94,1 | 5,9 | 0,0 |
| förlängning av vårdtid 12 § (konvertering) | 21 | 90,0 | 9,5 | 0,0 |
| förlängning av vårdtid efter övergång från rättspsykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård (14 §) | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Patients överklagande avseende frågan om | | | | |
| intagning (6 §) | 20 | 25,0 | 60,0 | 15,0 |
| konvertering (11 §) | 2 | 100,0 | 0,0 | 0,0 |
| övergång till tvångsvård (14 §) | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| att tvångsvården skall upphöra | 3 | 66,7 | 33,3 | 0,0 |
| försäljning och förstörande av egendom (24 §) | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| permission (25 §) | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| villkor i samband med permission (25 §) | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| återkallelse av tillstånd till permisson (26 §) | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Annan fråga | 0 | 0, | 0,0 | 0,0 |

Synpunkter

Vid en jämförelse mellan de tabeller som avser utgång i målet utan sakkunnig respektive med sakkunnig (tabell 14 och 16) framkommer en del skillnader. Vad gäller LPT-mål kan utläsas en tendens att patienten

i högre grad får bifall i mål där sakkunnig varit förordnad. Vid besvär över intagningsbeslut får patienten bifall till sin talan i 18 procent av fallen om sakkunnig inte varit förordnad. Motsvarande resultat när sakkunnig varit förordnad är 25 procent. Även vad gäller övriga sakfrågor har den enskilde patienten fått bifall till sin talan i högre utsträckning när sakkunnig varit förordnad än när så inte varit fallet. Vid andra sakfrågor (där patienten anhängiggjort målet) än överklagande av intagningsbeslut är dock antalet mål så lågt att det inte går att dra några slutsatser. När det gäller de mål där chefsöverläkaren har anhängiggjort målet framkommer att när det gäller förlängning av vårdtid enligt 9 §, dvs. efter fyra månaders vårdtid, bifalls målen i större utsträckning när sakkunnig varit förordnad än när så inte varit fallet.

Även när det gäller LRV-mål förekommer skillnader när det gäller mål som bifalls när sakkunnig medverkat och mål där sakkunnig inte förekommit. När det gäller patientens ansökan om permission vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning bifalls denna i högre utsträckning (73 procent) när sakkunnig *inte* medverkat än när sakkunnig har medverkat (45 procent). När det gäller patientens ansökan om att den rättspsykiatriska vården med särskild utskrivningsprövning skall upphöra bifalls emellertid målen i högre utsträckning när sakkunnig medverkat (37 procent) än när så inte varit fallet (14 procent).

Skälen till att bifallsprocenten i mål där sakkunnig medverkat är en annan än där sakkunnig inte förekommit är säkert flera. En faktor som kan spela in är att sakkunnig förordnas i de mål som är tveksamma och där utgången är osäker. En annan orsak kan naturligtvis vara att den sakkunnige belyser målet på ett sätt som har inverkan på målets utgång. Den sakkunniges roll är bl.a. att vara en garanti för högt ställda rättssäkerhetskrav. Utvärderingen bör leda till en analys av frågan om kravet på sakkunnigs medverkan i länsrätterna bör skärpas.

3.3.8 Allmänna synpunkter från länsrätterna beträffande tillämpningen av LPT och LRV

Som har nämnts i inledningen ombads länsrätterna att i samband med målundersökningen även lämna allmänna synpunkter på tillämpningen och handläggningen av LPT- och LRV-mål. Nedan redovisas de synpunkter som inkommit.

Enligt 3 § *LPT* är en av förutsättningarna för att tvångsvård skall få ges att patienten motsätter sig sådan vård eller till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge ett grundat ställningstagande i frågan. Från länsrättshåll har dock uppgetts att det förekommer att patienter medger att tvångsvård ges. Om patienten i ett sådant läge bedöms kunna ge ett grundat ställningstagande innebär patientens

medgivande till tvångsvård i princip att tvångsvård inte får beslutas. Detta upplevs som ett problem av länsrättsdomarna och anges som ett skäl till att samtyckesreglerna bör ses över av kommittén.

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

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

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

Enligt 16 § LRV skall frågan om upphörande av vård prövas av rätten efter anmälan av chefsöverläkaren eller efter ansökan av patienten. Chefsöverläkaren skall anmäla om vården skall förlängas inom var sjätte månad från den dag då rätten senast meddelade beslut i frågan. Från länsrättsställ har framförts att det är oklart om tidsfristen på sex månader skall räknas från rättsens beslut även i de fall patienten har anhängiggjort målet eller om fristen skall räknas från rättsens prövning enbart då det är fråga om en prövning efter anmälan av chefsöverläkaren.

Enligt 35 § LPT och 21 § LRV skall ett mål enligt LPT eller LRV tas upp till avgörande inom åtta dagar från det att ansökan eller skrivelsen med överklagandet kom in till länsrätten, den s.k. åttadagarsregeln. Redan i Domstolsverkets utvärdering år 1993 var denna regel föremål för kritik från länsrätterna och även i den nu föreliggande målundersökningen är denna regel den som det från flera länsrätter framförs kritik mot. Kritiken innefattar att tidsfristen ofta och främst i LRV-mål, då yttrande skall inhämtas från åklagaren, är alltför kort. Även från åklagarhåll har framförts kritik mot denna regel. Ofta får åklagaren endast någon dag på sig att avge ett yttrande.

Enligt 36 § LPT och 21 § LRV skall muntlig förhandling hållas i länsrätterna i mål enligt dessa lagar om det inte är uppenbart obehövligt. Skrivningen i bestämmelsen innebär att muntlig förhandling i princip alltid måste hållas. Från länsrättsställ har framförts att det bör övervägas om kravet på muntlig förhandling bör vara så strikt. I vissa mål t.ex. när det är fråga om överklagande av beslut som återkommer kort tid efter en tidigare länsrättsprövning och där inget nytt har tillkommit bör muntlig

förhandling enligt de synpunkter som framförts kunna undvaras. En annan typ av beslut där muntlig förhandling kan ifrågasättas är prövning av intagningsbeslut efter att patienten har skrivits ut. Även i ett sådant fall uppställer lagen krav på muntlig förhandling. Detta kan i vissa fall ställa till praktiska problem eftersom det inte alltför sällan är svårt att få tag på patienten efter att utskrivning har skett.

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

3.3.9 Några avslutande och sammanfattande synpunkter

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

När det gäller bifallsfrekvensen är denna hög i de mål som anhängiggörs av chefsöverläkaren men relativt låg i de mål som anhängiggörs av patienterna. Motsvarande förhållande rådde vid Domstolsverkets tidigare nämnda utvärdering. I den rapport som utfärdades i samband härmed anfördes att det inte kan betraktas som något anmärkningsvärt att bifallsfrekvensen är mycket högre när chefsöverläkaren anhängiggör talan än när patienten gör talan i länsrätten. Det hade tvärtom varit oroväckande och ett tecken på bristande rättssäkerhet om förhållandena varit omvända. Domstolsverket anmärkte vidare att en låg bifallsfrekvens för chefsöverläkarna skulle antyda att patienter hålls tvångsvårdade utan att lagliga förutsättningar för det föreligger.

Förekomsten av offentliga biträden har ökat i LPT-mål sedan år 1993 medan antalet offentliga biträden i LRV-mål är i stort detsamma under utvärderingen år 1996 som under år 1993. I LPT-mål förordnas offentligt biträde i så hög utsträckning som i 92 procent av målen och så många som 17 av de 24 länsrätterna har förordnat offentligt biträde i alla avgjorda LPT-mål. Endast fyra länsrätter har förordnat offentligt biträde i låg utsträckning och dessa länsrätter har under den undersökta perioden haft få mål.

När det gäller LRV-mål förekommer offentligt biträde i betydligt lägre utsträckning än i LPT-mål. Skillnaden gentemot LPT-mål hänger sannolikt samman med att LRV är uppbyggd på ett sådant sätt att patienterna i större utsträckning "kommer igen" till länsrätten. Det finns dock även när det gäller LRV-mål skillnader mellan de olika länsrätterna. Precis som vad gäller LPT-mål har de länsrätter som förordnat offentligt biträde i låg utsträckning endast haft få mål och det kan vara svårt att dra slutsatser av några få fall. Utvärderingen har även visat att det är vanligt förekommande att länsrätterna utser samma offentliga biträde för samtliga patienter under en förhandlingsdag. Detta

tillvägagångssätt är inte helt invändningsfritt men om det tillämpas på det sättet att utrymme finns för den enskilde patienten att själv välja offentligt biträde blir tveksamheten mindre.

När det gäller förekomsten av sakkunnig i målen förekommer stora skillnader mellan länsrätterna. Vissa länsrätter förordnar i princip alltid sakkunnig medan andra länsrätter mycket sällan förordnar sakkunnig. Utvärderingen visar att den sakkunniges inställning i målet i hög grad överensstämmer med chefsöverläkarens inställning.

Åklagarna yttrar sig i LRV-målen i högre utsträckning under år 1996 än under år 1993. Överensstämmelsen mellan åklagarnas inställning i målen och chefsöverläkarnas inställning i målen är relativt stor. Som framkommer av de allmänna synpunkterna från länsrätterna är det dock ett problem att få ett fylligt yttrande av åklagarna i LRV-mål på grund av den korta tidsfristen i målen.

4 Synpunkter på tvångsvården

4.1 Synpunkter från patienter och anhöriga vid hearing

Vi har under vårt arbete hållit en hearing med patienter och anhöriga för att få del av deras synpunkter på tvångsvården. De patienter och anhöriga som deltog i hearingen har valts ut av de företrädare för RSMH resp. Riks-IFS som ingått som experter i kommittén.

4.1.1 Synpunkter från patienter

Flera patienter uppger att det är mycket svårt känslomässigt att tas in för tvångsvård. Deras uppfattning är att beslut om tvångsvård ofta fattas utan att den enskilde patienten först blir tillfrågad om han går med på frivillig vård. Själva intagningsförfarandet upplevs som en grov kränkning av den personliga integriteten, som i sig kan förvärra sjukdomstillståndet. Kränkningen sker på olika sätt, t.ex. genom att personalen tar hand om patientens personliga tillhörigheter. Patienterna anser inte att de möts av någon empati från personalens sida vid intagningsförfarandet. Det enda man som patient får veta vid intagningen är praktiska detaljer, som t.ex. var rökrummet ligger. Man inser dock att det är ett svårt arbete för personalen inom den psykiatriska vården. Klimatet är stundtals mycket hårt. En patient anför att man kan märka på ny personal att de till en början är lyhörda men att de allteftersom tiden går blir passiviserade.

Bemötandet inom vården är mycket viktigt, eftersom dåliga erfarenheter vid ett tidigare vårdtillfälle kan leda till att patienter som insjuknar vid ett senare tillfälle inte söker vård i tid. Många av patienterna är mycket kritiska till vårdens innehåll. Det framförs bl.a. att avdelningarna ofta är stora och att miljön ibland är så orolig att sjukdomstillståndet förvärras. Patienterna upplever ofta ett stort ointresse från vårdpersonalens sida. Personalen noterar besök och kontakter av anhöriga men är ointresserade av vad kontakterna innebär. Patienterna upplever ointresset från personalens sida som kränkande. Patienterna framför vidare att man från vårdpersonalens sida inte ger sig tid att lyssna på patienter och anhöriga. Kravet på en vårdplan uppfylls sällan.

Inom allmänpsykiatrin har det dock skett en positiv utveckling, men det är mer tveksamt om detsamma gäller inom rättspsykiatrin.

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

Vid hearingen framfördes även att det förekommer att tvångsvård har en positiv betydelse för den enskilde patienten. En patient berättade att han vid ett tillfälle för några år sedan konverterades till tvångsvård. Vid detta tillfälle fick han medicin mot sin vilja. Medicinen hjälpte honom och han har alltsedan dess hållit sig frisk under en lång period.

Från patienternas sida anser man att nu gällande permissionsbestämmelser är ett bättre system än det tidigare systemet med försöksutskrivningar.

Patienterna tycker att det är mycket värdefullt med en stödperson som är fristående från vårdorganisationen. Stödpersonen har stor betydelse bl.a. för att han kan ta med patienten ut från vårdavdelningen och hitta på saker tillsammans med patienten. Stödpersonen kan också hjälpa till med att överklaga beslut till länsrätten och vara närvarande vid domstolsförhandlingen.

Patienterna känner att de har större rättssäkerhet efter att LPT trätt i kraft och de tycker det är bra att få ett offentligt biträde som hjälper till med de rättsliga angelägenheterna. En patient framför att såväl domare som åklagare och advokater har bristande kunskaper i psykiatri och bör få utbildning i detta ämne. När det gäller inslaget av sakkunnig i länsrättsprocessen förekommer brister så till vida att behandlande läkare och sakkunnig läkare ofta känner varandra och därför inte är helt fristående från varandra. Detta framgår också av att i uppskattningsvis 90 procent av fallen har behandlande läkare och sakkunnig läkare samma uppfattning.

Flera patienter uppger att stödet efter utskrivning från tvångsvården är alltför bristfälligt. Patienterna skrivs ut och kommer hem till en tom lägenhet. Ofta kvarstår patientens problem efter utskrivningen. Det måste ske någon form av professionellt avlämnande av patienterna vid utskrivningen så att vårdpersonalen lämnar över ansvaret för patienten till kommunernas socialtjänst.

Från patienthåll uppges också att det är viktigt att en psykiskt sjuk person får hjälp i tid på frivillig väg när symtomen på sjukdomen börjar göra sig gällande så att en tvångsintagning kan förhindras. Det finns nämligen stor risk för att patienten "går ner sig" vid en tvångsintagning

och det är därför av största vikt med så få vårdtillfällen som möjligt. Från patienterna betonas även att det för att uppfylla lagens högt ställda krav på rättssäkerhet är nödvändigt att tillsynsfunktionen fungerar, men att det här finns klara brister.

4.1.2 Synpunkter från anhöriga

Inställningen från de anhöriga är att vården så långt det är möjligt skall ske på frivillig väg. Om det inte går att motivera patienten till frivillig vård måste det dock, om så är nödvändigt, finnas en möjlighet till tvångsintagning. Flera anhöriga till psykiskt sjuka personer framför emellertid att det ofta kan vara svårt att få vård i tid. Om vård inte kommer till stånd kan detta leda till att våld mot anhöriga ökar och att den psykiskt sjuke begår brott på grund av sitt sjukdomstillstånd. Det är inte acceptabelt att sjuka personer skall få utsätta personer i sin omgivning för våld. Det s.k. farlighetskriteriet som kunde ligga till grund för vård enligt den tidigare gällande LSPV borde återinföras. Det händer att anhöriga vänder sig till polisen, om de blir utsatta för våld av den psykiskt sjuke personen. Erfarenheten hos de anhöriga visar emellertid att polis och åklagare inte vidtar någon åtgärd när det rör sig om ett brott av en psykiskt sjuk person.

Flera anhöriga berättar om att när deras psykiskt sjuka anhöriga insjuknat har det dröjt så lång tid till dess att ett beslut om tvångsvård fattats att, när intagningen slutligen skedde, var de sjukas tillstånd så dåligt att det var svårt att få dem återställda igen. I några fall blev utgången mycket tragisk och slutade med självmord. En anhörig berättar att först sedan hennes sjuka anhörige begått ett allvarligt brott kom vård till stånd och då i form av rättspsykiatrisk vård.

De anhöriga är kritiska till vårdens innehåll och anför att den vård som bedrivs för psykiskt sjuka är dålig på de flesta platser i Sverige. Vården består enbart i medicinering och kanske även deltagande i arbetsterapi. Någon samtalsterapi förekommer som regel inte. Ibland framstår vistelsen som förvaring utan vårdinnehåll. Patienterna har ofta inget inflytande när det gäller deras medicinering. Även de anhöriga har svårt att göra sin röst hörd när det gäller vårdens innehåll. Det framförs att det vore bra om patienterna kunde ha någon form av förtroendeläkare. En annan brist inom vården är att vårdplan ofta saknas. En anhörig uppger att han efterfrågat vårdplan efter en och en halv månads vårdtid, men någon sådan fanns då inte upprättad. De anhöriga anför att det finns stor anledning för Socialstyrelsen att utöva sin tillsynsfunktion över vårdens kvalitet.

Från anhörighåll uppges att kommunikationen mellan vårdpersonalen och de anhöriga är dålig. Så länge man som anhörig är positiv och

kravlös blir man bemött på ett bra sätt men om man som anhörig ställer krav vänder personalen sida och hänvisar till sekretessen. Största felet hos personalen är bristen på empati. Personalen vill inte engagera sig och uppträder därför avvisande. Detta märker ofta patienterna och det har till följd att patienterna sluter sig. Det borde vara en självklarhet att personalen tar sig tid att lyssna på patienterna, men så är inte fallet.

Det framförs att informationen till patienterna om deras rätt till stödperson inte alltid fungerar. Flera anhöriga anför att patienterna är i behov av stöd en tid efter att tvångsvården har upphört. De anför att det bör finnas något samarbete mellan vårdavdelningen, förtroendenämnden och socialtjänsten så att de olika stödinsatserna samordnas.

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

4.2 Enkät till polismyndigheter

4.2.1 Inledning

I 47 § första stycket LPT finns bestämmelser om polisens rätt att tillfälligt omhänderta en person, om det kan antas att han lider av en allvarlig psykisk störning och han är i behov av omedelbar hjälp, i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge honom sådan hjälp. I andra stycket i nyssnämnda paragraf föreskrivs att polismyndigheten i särskilt angivna situationer, bl.a. för att föra en patient till en sjukvårdsinrättning efter att vårdintyg har utfärdats, är skyldig att lämna biträde på begäran av läkare eller chefsöverläkare. För att utreda vilka problem som 47 § LPT kan innebära och i vilken omfattning eventuella problem förekommer har en enkät sänts ut till polismyndigheter med frågor med anknytning till denna bestämmelse. De polismyndigheter som enkäten sänts till är polismyndigheterna i Stockholms län, Östergötlands län, Göteborgs och Bohus län, Malmöhus län, Uppsala län, Karlstad, Umeå och i Norrbottens län. Nedan följer en redovisning av resultatet av enkäten.

4.2.2 Verkställande av handräckning

Alla tillfrågade polismyndigheter uppger att en begäran om handräckning bör vara skriftlig. I brådskande fall kan även en muntlig begäran godtas. Begäran om handräckning prövas utifrån formella grunder. Prövningen omfattar lagligheten, dvs. om den sökta åtgärden ryms inom den aktuella bestämmelsen (47 § LPT) och om sökanden har befogenhet att ansöka om handräckning. En polismyndighet uppger dock att läkarens behörighet kontrolleras enbart i det fall det finns anledning att ifrågasätta behörigheten.

Som regel är det vakthavande befäl eller chef för spaningsrotel som fattar beslut om handräckning. En polismyndighet uppger att beslut vid Länskriminalpolisen fattas av kommissarie men att inom andra avdelningar inom polismyndigheten kan dessa beslut fattas av inspektör. Många ärenden kräver dock beslut om husrannsakan enligt 20 § polislagen, vilket innebär att lägst polissekreterare beslutar i ärendet.

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

4.2.3 Omfattningen av handräckning

I enkäten ställs frågan i vilken omfattning de olika polismyndigheterna har fått lämna biträde enligt de olika punkter som räknas upp i 47 § andra stycket LPT under år 1996.

Polismyndigheten i Stockholms län har utfört sammanlagt 2 025 polishandräckningar med hänvisning till 47 § andra stycket LPT. Av dessa handräckningar uppger polismyndigheten att man beträffande 771 handräckningar inte har uppgifter som gör att man kan hänföra dem till en viss punkt i 47 § andra stycket LPT. Det bör därför påpekas att Polismyndigheten i Stockholms län har genomfört fler handräckningar enligt de olika punkterna i 47 § andra stycket LPT än vad som framgår av nedan redovisade resultat.

När det gäller biträde på begäran av läkare för att genomföra en undersökning för vårdintyg (47 § andra stycket 1) utgör detta en av de former av biträde av polismyndigheter som är vanligast. Som exempel kan nämnas att Polismyndigheten i Stockholms län redovisar 392 handräckningar enligt denna punkt, Polismyndigheten i Malmöhus län redovisar 71 fall medan Polismyndigheten i Norrbottens län redovisar 92 handräckningar av denna kategori.

Biträde på begäran av en läkare eller en chefsöverläkare för att föra patienten till en vårdinrättning sedan vårdintyg har utfärdats (47 § andra stycket 2 LPT) förekommer också i stor utsträckning. Som exempel kan nämnas att Polismyndigheten i Stockholms län har verkställt 426 handräckningar som hör till denna kategori, Polismyndigheten i Malmöhus län redovisar 101 handräckningar av denna kategori och Polismyndigheten i Norrbottens län redovisar 83 sådana fall.

Biträde på begäran av chefsöverläkare för att återföra en patient som har lämnat sjukvårdsinrättningen utan tillstånd (47 § andra stycket 3 LPT) förekommer vid Polismyndigheten i Stockholms län i 282 fall. Polismyndigheten i Norrbottens län redovisar 44 fall enligt denna punkt och Polismyndigheten i Malmöhus län redovisar 101 handräckningar.

När det gäller biträde på begäran av en chefsöverläkare för att återföra en patient till sjukvårdsinrättningen för att patienten inte har återvänt från en permission (47 § andra stycket 4) redovisar Polismyndigheten i Stockholms län 154 handräckningar, Polismyndigheten i Norrbottens län 33 handräckningar medan Polismyndigheten i Malmöhus län redovisar 93 fall.

4.2.4 Tillfälligt omhändertagande

I enkäten efterfrågas även i vilken omfattning det förekommer att polismyndigheten tillfälligt omhändertar personer som kan antas vara psykiskt störda och som behöver omedelbar hjälp enligt 47 § första stycket LPT. Polismyndigheterna ombeds att ange antal tillfälliga omhändertaganden under år 1996 på initiativ av a) sjukvårdspersonal, b) personal i socialtjänsten, c) anhörig eller närstående, d) polispersonal eller i anslutning till ett ingripande initierat av allmänheten.

Polismyndigheten i Stockholms län uppger att man inte exakt kan ange hur många personer som har omhändertagits under år 1996, men myndigheten uppskattar antalet till ca 350. Myndigheten har den uppfattningen att initiativ till ett omhändertagande till övervägande del kommer från anhöriga, närstående eller polispersonal. Av svaren från övriga polismyndigheter framgår att det ofta är fråga om ingripande av polispersonal antingen på eget initiativ eller i anslutning till ett ingripande som är initierat av allmänheten. Ingripande som är direkt initierat av allmänheten eller anhörig förekommer också relativt ofta. Vidare redovisas från vissa polismyndigheter att det sker ingripanden som är initierade av sjukvårdspersonal medan några polismyndigheter redovisar att det är sällan förekommande att sjukvårdspersonal tar initiativ till ingripande. Endast i några enstaka fall hos vissa polismyndigheter redovisas att det sker ingripanden som är initierade av personal från socialtjänsten.

4.2.5 Övriga synpunkter när det gäller biträde av polismyndigheter

I enkäten ställs frågan om det är vanligt förekommande att sjukvårdspersonal begär biträde av polisen utan att polisens biträde framstår som nödvändigt.

De flesta av polismyndigheterna anger att det är sällan förekommande att biträde av polisen begärs utan att det framstår som nödvändigt. Polismyndigheten i Stockholms län har dock en annan erfarenhet och refererar till förarbetena till 47 § andra stycket LPT där det i prop. 1990/91:58 s. 286 anförs bl.a. följande: "Det ligger i sakens natur att polishandräckning skall begäras endast när det av omständigheterna framgår att den enskilde håller sig undan eller inte frivilligt går med på undersökningen. Bestämmelsen har tillkommit främst för att göra det möjligt för den läkare som skall utföra undersökningen att få tillträde till den bostad eller det utrymme där den enskilde befinner sig." Polismyndigheten i Stockholms län anför vidare att det framgår av förarbetena att polishandräckning för en transport till en läkarmottagning inte bör komma i fråga såvida inte starka skäl föreligger. Detta tillämpas emellertid mycket sällan och förhållandet är i stället det att det i mycket stor omfattning begärs hämtning av personer för transport till sjukhus. Polismyndigheten anför att man har svårt att frigöra sig från känslan att begäran om handräckning många gånger styrs av ekonomiska bevekelsegrunder från sjukhusens sida.

I enkäten ställs även frågan om det förekommer att polisens biträde lämnas för transporter som inte omfattas av polisens skyldighet enligt 47 § LPT. Samtliga polismyndigheter svarar att detta inte förekommer eller att det endast förekommit någon enstaka gång.

4.2.6 Tiden som polisen kvarstannar på sjukvårdsenheten

En fråga som ställs i enkäten är om polisen kvarstannar på sjukvårdsenheten till dess beslut om kvarhållning av patienten fattats av tjänstgörande läkare.

Det framkommer av svaren från polismyndigheterna att polisen kvarstannar om ansvarig läkare begär att de skall göra det. Tidsutdräkten kan i flera fall vara väsentlig vilket kan vara svårt för polisen, eftersom det särskilt vid s.k. riskhelger kan vara svårt att ställa resurser

till förfogande. Polismyndigheten i Norrbottens län anför att polisväsendet är utsatt för stora besparingskrav och att detta är något som sjukvården måste göras medveten om. Ofta utgår man ifrån att polisen alltid har personal till hands för handräckning och att verkställighet skall kunna ske utan dröjsmål.

Polismyndigheten i Stockholms län uppger att man har beslutat om vissa rutiner när polisen överlämnar personer till sjukvårdspersonal. Bakgrunden till beslutet anføres vara att det uppges ha varit vanligt att poliser som kört psykiskt störda personer till sjukvårdsenheter för vårdintygsundersökning, omedelbart efter avlämnandet lämnat sjukhuset. Det har alltför ofta inneburit att sjukhuspersonal måste spärra fast patienten med bälte med åberopande av nödvärns- eller nödrätt eftersom sjukhuspersonal inte får utöva tvång mot patienten före intagningsbeslutet. Tvångsåtgärder får rättsligt sett bara utövas av polis. Polismyndigheten i Stockholms län har med anledning av det anförda fattat ett beslut med följande innehåll: "Poliser som kör en person till en sjukvårdsenhet för vårdintygsundersökning skall samråda med ansvarig läkare om behovet av att de stannar kvar och biträder sjukvårdspersonalen. Polisen är enligt 47 § LPT skyldig att lämna sådant biträde. Det kan bli nödvändigt att någon polis måste stanna kvar på vårdinrättningen åtminstone till dess att läkaren som eventuellt utfärdar vårdintyget beslutar att patienten skall omhändertas/kvarhållas med stöd av 4 § andra stycket LPT. Om patienten betar sig aggressivt och hotfullt eller uppträder våldsamt kan i undantagsfall polisen behöva kvarstanna till chefsöverläkare eventuellt fattat intagningsbeslut enligt 6 § LPT."

4.2.7 Övriga synpunkter

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

Polismyndigheten i Uppsala uppger att JO vid flera tillfällen har givit uttryck för uppfattningen att polisen inte oftare än vad som är oundgängligen nödvändigt skall tas i anspråk i vårdssammanhang. Mot denna uppfattning är det enligt polismyndighetens uppfattning olyckligt för den enskilde om sjukvården (psykiatrin) begär biträde av polis när det inte

är oundgängligen nödvändigt, särskilt med hänsyn till den inverkan som polis, tvång och eventuell våldsanvändning kan ha på en patient.

4.3 Synpunkter från förtroendenämnder m.fl.

Vi har från förtroendenämnder och anhöriga fått del av skrivelser angående den psykiatriska vården. Nedan följer utdrag ur några fallbeskrivningar.

Fallbeskrivningar från en förtroendenämnd

Fall 1

Fallet gäller en ung kvinna som har bott tillsammans med sin lilla dotter i ett flerfamiljshus i en storstadsförort. Kvinnan har vänt sig till Förtroendenämnden med kritik över att psykiatriska mottagningen i området inte har omhändertagit en psykiskt sjuk granne, en kvinna, som har hotat den unga kvinnan, skurit sönder hennes cykel, slagit ner hennes mamma samt mer eller mindre tvingat den unga kvinnan att söka en ny bostad. Upprinnelsen till historien var att den unga kvinnan och hennes mamma, som befann sig på tillfälligt besök hos sin dotter, stötte samman med den psykiskt sjuka kvinnan i porten. Den sjuka kvinnan tog illa vid sig över att paret inte hälsade på henne. Utanför porten utdelade den sjuka kvinnan ett slag mot modern så att hon föll till marken. Hon sparkade även på henne medan hon låg på marken. Samtidigt skrek den psykiskt sjuka kvinnan till den unga kvinnan att hon skulle döda henne. När mor och dotter väl hade tagit sig tillbaka till sin lägenhet ringde telefonen och den sjuka kvinnan meddelade att ”det var inte din mamma jag ville åt, det var dig”. Den unga kvinnan och hennes mor ringde till polisen samt till den psykiatriska mottagningen. När polisen talade med den sjuka kvinnan var hon ordnad och hade en god minnesbild av vad som hade hänt. Polisen tog upp en anmälan från den unga kvinnan men ansåg sig inte kunna göra något omedelbart ingripande. Den sjuka kvinnan fick även besök av biträdande överläkare och även annan personal från den psykiatriska mottagningen. Dessa ansåg sig inte heller kunna göra något för stunden, men bestämde tid för ett besök på mottagningen och lät nöja sig med detta.

En tid efter nämnda händelse kom den unga kvinnan, som bor ensam med sin dotter, tillbaka till hemmet efter att ha lämnat sin dotter på dagis. I porten stod den sjuka kvinnan och väntade på henne. Den unga kvinnan blev rädd och ringde därför på hos en annan granne. Grannen öppnade och släppte in henne. Medan de stod och diskuterade fick de höra oljud från gatan varför de gick ut på balkongen. Utanför på gatan

stod den sjuka kvinnan och högg sönder den unga kvinnans cykel med kniv. Polis och personal från psykiatriska mottagningen tillkallades. När såväl polis som sjukvårdspersonal fick kontakt med den psykiskt sjuka kvinnan var hon lugn och sansad och ingen av dem ansåg sig kunna göra något åt saken för tillfället.

Den unga kvinnan var rädd för sitt liv. Hon vågade inte släppa ut den sexåriga dottern och hon vågade inte gå ut ensam. Hon kände sig nödsakad att skaffa sig ny lägenhet, nytt arbete och fick också hjälp av polisen till en hemlig identitet så att hon inte skulle kunna bli spårad.

Efter den andra incidenten kontaktade den unga kvinnan Förtroendenämnden och klagade över den psykiatriska mottagningens passivitet. Förtroendenämnden inhämtade ett yttrande från den psykiatriska mottagningen. Psykiatriska mottagningen kom in med yttrande där man slog fast att kvinnans psykiska sjukdom ej var av den arten att det motiverade ett omhändertagande enligt LPT och hänvisade bl.a. till att polisen gjort samma bedömning. Man karakteriserade kvinnans agerande som "en borderlinestörning med vissa impulsgenombrott eftersom några psykotiska symtom ej har påvisats". Kvinnan fick en stödkontakt på mottagningen som hon besökte ett par gånger per vecka. Hon fick medicin som ordinerats på mottagningen. Förtroendenämnden konstaterade att det har funnits möjlighet till två handlingslinjer i denna händelseutveckling. Dels har polis tillkallats, dels har psykiatriska mottagningen blivit ombedd att komma. Ingen av dessa parter har reagerat med någon annan åtgärd än att psykiatriska mottagningen har haft stödkontakter med kvinnan i den öppna vården. Viss medicinering har också förekommit.

Fall 2

I en skrivelse från februari 1996 ställd till bl.a. Förtroendenämnden har två makar anmält att de själva och deras barn sedan hösten 1991 trakasserats och förföljts av en psykiskt sjuk granne. Detta har yttrat sig på så sätt att mannen i fråga försökt att med sin bil köra över flera av familjemedlemmarna, hotat dem med slägga och kofot och även uttalat mordhot mot familjen. Vid ett tillfälle kastades en stor sten in genom familjens vardagsrumsfönster. Gravlyktor har placerats i deras trädgård och husfasaden har sprejats med hakkors m.m. Grannen har även köpt en motorcykel med vilken han förföljer familjens barn. Den yngsta dottern kan inte på egen hand gå utanför huset och hennes vänner måste ha eskort för att besöka henne.

Anmälarna har under årens lopp för att få hjälp kontaktat olika myndigheter och även den psykiatriska mottagning, där mannen är känd. Polisen och den lokala psykiatrin har under de svårare perioderna hjälpt

familjen, men mannen har alltid släppts ut vid de tillfällen han varit omhändertagen och kunnat fortsätta sina trakasserier.

Nämnden har utrett ärendet genom att bl.a. ta telefonkontakter med de myndigheter, som anmälarna tillskrivit.

Vid samtal med Socialstyrelsen meddelas att man redan svarat anmälarna och att man anser att problemet är en polisiär angelägenhet. Enligt styrelsen borde inte polis- och åklagarmyndighet i förekommande fall bara hänvisa till att mannen är intagen för vård utan försöka göra en ordentlig gärningsbeskrivning.

Inom vederbörande socialdistrikt uppger man att man inte känner till saken. Man framhåller vidare att det hela är en fråga för polisen men att ”lagstiftningen inte håller”.

Vederbörande polismyndighet känner väl till familjen, som man vid flera tillfällen besökt, och vad den varit utsatt för. Man har också hållit flera förhör med den trakasserande mannen, som anser att det är han själv som blir förföljd. Polisen kommer på nytt att överlämna en utredning till åklagaren, men denne har tidigare lagt ned två utredningar med hänvisning till att mannen är sjuk.

Den åklagare som varit inkopplad på fallet bekräftar polisens uppgifter och omtalar samtidigt att åklagarmyndigheten bett polisen att på nytt ta mannen i förhör, varefter man får ta ställning till eventuellt vidare åtgärder.

Nämnden har slutligen inhämtat skriftligt yttrande från den psykiatriska sektorn. Vissa inskränkningar i informationen därifrån har måst iakttas med hänsyn till sekretesslagen, men det framgår av yttrandet att mannen temporärt varit intagen för tvångsvård. Vidare omtalas att man vid sektorn har planerat att ha ett s.k. nätverksmöte tillsammans med personer med närmare anknytning till mannen i fråga inkl. grannarna och polisen samt mannen själv.

Vid en uppföljning av ärendet framkommer att mötet ägt rum och att man då resonerat igenom mannens beteende och hans skäl härför. Överenskommelse om hans medicinering i form av depåmedel har träffats med honom. För den händelse han inte skulle infinna sig för erforderlig fortsatt behandling vid den psykiatriska mottagningen kommer man att därifrån ta kontakt med honom.

Sammanfattningsvis menar Förtroendenämnden att man här har att göra med ett ärende där gränserna mellan olika myndigheters verksamhetsområden inbördes samt gentemot sjukvården är oklara på grund av de rättsregler som för närvarande gäller, vilket leder till att den enskilde kommer på mellanhand. I detta fall har det närmast varit en fråga om i vad mån polis- respektive åklagarmyndigheten eller den psykiatriska sektorn haft att ta ansvar för att erforderliga åtgärder vidtas.

Fall 3

En anhörig har vänt sig till Förtroendenämnden angående en kvinna som är 40 år. Den anhörige anser att kvinnan är i behov av psykiatrisk tvångsvård. Kvinnan uppfyller inte kriterierna för tvångsvård. Hon inser inte själv att hon är sjuk och behöver behandling. Hon har tidigare varit intagen för tvångsvård tre gånger och den medicinerings som hon då har tvingats till har hjälpt henne på ett utmärkt sätt, men den har också medfört vissa biverkningar som bidragit till att hon förtränger sin medvetenhet om sjukdomen och därmed vägrar hon att fortsätta med medicinerings. Anmälaren anser att LPT hindrar läkarna från att ingripa och det innebär att en psykiskt sjuk person som inte uppfyller lagens kriterier för tvångsvård aldrig kan få hjälp om hon inte själv begär det. Anmälaren anser vidare att man vid utvärdering av lagen har försummat att ta reda på hur många personer som är i behov av vård men som nu har gått miste om den.

Fallbeskrivningar från anhöriga

Från anhöriga har vi fått del av fallbeskrivningar som ger exempel på att det många gånger är mycket svårt att få till stånd tvångsvård. Vi har fått fall beskrivna som har fått en mycket tragisk utgång. Det har varit fråga om situationer när de psykiskt sjuka inte har kunnat motiveras till frivillig vård och när ansvarig läkare inte har ansett att förutsättningarna för tvångsvård har varit uppfyllda.

I ett fall har man gjort upprepade försök från de anhörigas sida att få in den sjuke för tvångsvård. Från vården anförde man att förutsättningarna för tvångsvård inte var uppfyllda. Fallet slutade med att den psykiskt sjuke begick självmord.

Ett annat fall avser en berättelse om en anhörig till en psykiskt sjuk person som till följd av sin psykiska störning har agerat så hela hans sociala situation slagits i spillror. Han slutade sitt arbete och sa upp sin lägenhet. Efter att ha blivit bostadslös fick han bo på ett hem för bostadslösa, där han så småningom fick flytta ifrån på grund av störande levnadssätt. Under tiden har den psykiskt sjukes anhöriga försökt att få till stånd vård för den sjuke men de läkare de varit i kontakt med har menat att förutsättningarna för tvångsvård inte har varit uppfyllda. När skrivelsen med fallbeskrivningen kom in till kommittén var den psykiskt sjuke försvunnen.

5 Effekter av den nya psykiatriska tvångslagstiftningen — utgångspunkter för förändringar

5.1 Inledning

Kommittén skall enligt sina direktiv i första hand behandla frågan om det grundläggande syftet med lagstiftningen har uppnåtts, dvs. om användningen av tvångsvård, tvångsåtgärder samt konvertering har minskat i avsedd utsträckning och om patientens rättssäkerhet har stärkts. Vidare skall kommittén analysera och utvärdera nuvarande regler och tillämpningen av dessa med avseende på samhällsskyddet samt uppmärksamma eventuella problem med tillämpningen av lagstiftningen i vid mening. I detta kapitel skall kommittén översiktligt behandla framför allt frågor om utvecklingen av tvångsvården i stort, om patientens rättssäkerhet och om samhällsskyddet samt något beröra frågor om vårdens kvalitet och innehåll. I de följande kapitlen behandlas olika tillämpningsproblem mera utförligt.

5.2 Patientens rättssäkerhet

Eftersom rättssäkerhetsbegreppet har fått en så central betydelse i direktiven och då enligt vår mening patientens rättssäkerhet måste vara av grundläggande betydelse vid utformningen av psykiatrisk tvångslagstiftning, kan det inledningsvis finnas anledning att något analysera vad detta begrepp innebär.

Någon direkt definition av begreppet rättssäkerhet finns inte i förarbetena (prop. 1990/91:58) men där betonas att det både för patienten och med hänsyn till allmänhetens förtroende är av största vikt att rättssäkerheten motsvarar högt ställda krav. Där sägs också att även om syftet med tvånget uteslutande är att bistå patienten, innebär frihetsberövande och behandling mot patientens vilja en inskränkning i skyddet för individens integritet, vilket kräver att lagregleringen anger grunderna för tvångsintagning och tvångsbehandling men också vilken ordning för kontroll och rättslig prövning som skall gälla. Mycket av den diskussion om rättssäkerhetsfrågor som propositionen innehåller gäller den rättsliga prövningen av olika beslut i domstol som den nuvarande lagstiftningen innehåller. Där sägs emellertid också att lagstiftningens utformning visserligen är viktig, men av än större vikt är

vårdens praktiska utformning, dess kompetens, arbetsmetoder, organisation och resurser.

I den juridiska doktrinen brukar det väsentliga innehållet i rättssäkerhetsbegreppet anses omfatta ett förutsebarhetskrav. Så sker bl.a. i Alexander Peczeniks bok *Vad är rätt?* Peczenik, som är professor i allmän rättslära betonar att rättskipning och myndighetsutövning i en demokratisk rättsstat måste vara förutsebar med stöd av rättsreglerna och att förutsebarhetskravet är grundläggande för den formella rättssäkerheten. Peczenik talar också om materiell rättssäkerhet och avser därmed att rättskipning och myndighetsutövning baserar sig på en förnuftig avvägning mellan hänsynen till den på rättsnormerna baserade förutsebarheten och andra etiska värden. För att uppnå materiell rättssäkerhet krävs enligt Peczenik att beslut som innebär rättskipning eller myndighetsutövning är i hög grad förutsebara på grund av rättsnormerna och samtidigt i hög grad etiskt godtagbara.

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

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

Sveriges advokatsamfunds rättssäkerhetsprogram innehåller ett försök att precisera rättssäkerhetsbegreppet enligt följande: Rättssäkerhet föreligger när vissa livsvärden — livet, kroppslig integritet, personlig rörelsefrihet, yttrandefrihet, förenings- och församlingsfrihet, egendom m.m. — skyddas mot statsmaktens ingripanden genom regler som har karaktären av lag och som garanterar förutsebarhet för medborgarna.

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

till allt beslutsunderlag, som rätten har att ta ställning till. Så långt skäligen sekretesshänsyn medger det bör processen också vara öppen för offentlig insyn.

Socialstyrelsen anför i sin utvärdering av den psykiatriska tvångsvården (1994:2) bl.a. följande:

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

För att kunna bedöma om patientens rättssäkerhet har stärkts har vi i vår utvärdering att ta ställning till om de i lagen angivna förutsättningarna för när tvångsvård och tvångsåtgärder får tillgripas är utformade på ett sådant sätt att rättssäkerheten i största möjliga utsträckning tillgodoses. Vidare bör vi undersöka om den rättsliga kontrollen fungerar på ett tillfredsställande sätt. Det gäller både de regler som styr intagningen för tvångsvård och reglerna om domstolsprövning. Det är då viktigt att ta ställning till om patienten får den hjälp, såväl av juridisk som personlig karaktär, som han eller hon behöver. Det finns också anledning att undersöka om den rättsliga kontrollen har fått en rimlig omfattning, om det finns skäl att antingen utöka kontrollen eller, om denna blivit så omfattande att den mera uppfattas som byråkratisk än som en rättssäkerhetsgaranti, minska den. Frågan om lagstiftningen tillämpas på ett enhetligt sätt är också mycket viktigt att undersöka i den utsträckning detta är möjligt att göra. Av stor vikt är vidare att den tillsynsfunktion som Socialstyrelsen har fungerar på ett effektivt sätt.

När det gäller tvångsingenripanden mot psykiskt störda personer finns det anledning att se på rättssäkerheten i ett vidare perspektiv än det rent juridiska. Till rättssäkerhet i vid mening bör höra patientens anspråk på skydd, trygghet samt en effektiv vård och behandling. Det bör i detta sammanhang påpekas att det inte alltid ligger i patientens intresse att slippa tvång eller tvångsåtgärder; en tvångslagstiftning får inte vara så snäv att den omöjliggör för en patient som saknar sjukdomsinsikt att få

den vård och behandling som patienten behöver. Det kan också sägas ligga i patientens intresse att genom tvångsvård hindras från att begå gärningar som kan skada både honom själv, anhöriga eller andra. Vid sådana överväganden måste dock givetvis patientens krav på självbestämmande och integritet respekteras.

Vi har vid de kontakter vi haft bl.a. med patienter fått intrycket att man ganska allmänt anser att rättssäkerheten har stärkts genom den nya lagstiftningen. Detta hindrar inte att mer kan göras för att förbättra rättssäkerheten. Vi återkommer i det följande i flera olika sammanhang till frågor som har betydelse för patienternas rättssäkerhet.

5.3 Allmänt om användningen av tvångsvård enligt LPT

Som framgår av kapitel 3 skedde det en kraftig minskning av tvångsvården under tiden närmast efter det att LPT trätt i kraft. Därefter har det varje år skett en viss ökning av antalet avslutade vårdtillfällen. Utvecklingen av tvångsvården kan dock inte mätas enbart utifrån antalet avslutade vårdtillfällen. Ser man till antalet inneliggande patienter som en viss dag vårdas med stöd av LPT har det också skett en kraftig minskning om man jämför de inventeringar som Socialstyrelsen gjorde åren 1988 resp. 1993. Vid den senaste inventeringen, den 19 mars 1997, hade antalet inneliggande patienter minskat ytterligare. Detta visar att vårdtiderna blivit kortare.

Det är således svårt att mera exakt uttala sig om i vilken utsträckning som tvångsvården har minskat. Ännu svårare är det att ta ställning till den i direktiven ställda frågan, nämligen om användningen av tvångsvård har minskat i avsedd utsträckning. Det har nämligen inte i lagens förarbeten ställts upp något mer konkret krav på hur mycket tvångsvården bör minska enligt den nya lagstiftningen. Departementschefen refererar dock till att den psykiatriska vården redan före tillkomsten av den nya lagstiftningen genomgått betydande förändringar och att även tvångsvården hade minskat i betydande omfattning. Departementschefen uttalade vidare att dessa positiva förändringar måste fortsätta och att den nya lagstiftningen skall medge och stimulera till fortsatt utveckling.

Vid de kontakter som vi har haft med patienter, anhöriga, förtroendenumränder m.m. har vi inte fått några signaler om att tvångsvård generellt används i oacceptabelt stor omfattning, även om det finns exempel på att tvångsvård ibland hade kunnat undvikas. Framför allt från anhörighåll har däremot framförts åsikten att det ibland kan vara alltför svårt att få till stånd psykiatrisk vård beträffande en person som inte själv inser behovet därav och att förutsättningarna för tvångsvård då uppfattats som

alltför snäva. De synpunkter som vi fått ta del av ger exempel på de tragiska följder som utebliven vård i vissa fall kan få och det är självfallet mycket otillfredsställande om en människa inte får den vård hon behöver. Det är dock inte givet att svårigheter att få vård beror på hur lagstiftningen är utformad utan det ligger närmare till hands att anse att det är fråga om hur lagen tillämpas.

Vi är också medvetna om att det ibland kan föreligga en konflikt mellan patienten och anhöriga, grannar m.fl. De senare blir kanske störda av patientens beteende eller känner sig rent av hotade och rädda. Denna konflikt är dock ofta skenbar, eftersom det även för patientens del i det långa loppet är bäst om man får till stånd sjukhusvård, om så behövs med tvång, och därigenom kan förhindra att patienten skadar sig själv eller andra. Det finns dock anledning att betona att patientens självbestämmande och integritet givetvis måste beaktas i största möjliga utsträckning och att denna inte får glömmas bort när anhöriga eller andra ställer krav på sjukvården eller på rättsvårdande myndigheter.

Sammanfattningsvis är det vår uppfattning att tvångsvården sedan den nya lagstiftningen trädde i kraft har minskat i den utsträckning som i dagsläget är lämplig och möjlig. Det får självfallet inte bli ett självändamål att tvångsvården skall minska i en viss bestämd utsträckning utan frågan om vilken omfattning tvångsvården skall ha måste bedömas utifrån en avvägning mellan framför allt patientens vårdbehov och hans krav på självbestämmande och integritet samt, när det gäller LRV, kravet på samhällsskydd. En ytterligare minskning är i och för sig önskvärd. En förutsättning härför är dock att vården av personer med allvarliga psykiska störningar prioriteras och att kvalitetshöjande åtgärder inom den psykiatriska vården i stort vidtas samt att den öppna psykiatriska vården och kommunernas socialtjänst får resurser och möjligheter att på olika sätt hjälpa och stödja personer med psykiska störningar. De allmänna förutsättningarna för tvångsvård enligt LPT behandlas närmare i kapitel 7 och frågan om samarbete mellan olika vårdgivare bl.a. i kapitel 11.

5.4 LRV och samhällsskyddet

De patienter som vårdas enligt LRV har ofta betydligt längre vårdtider än LPT-patienter. Man får därför en bättre uppfattning om utvecklingen av tvångsvården genom att studera de inventeringar av inneliggande patienter en viss dag som Socialstyrelsen har gjort än genom att bedöma avslutade vårdtillfällen. Även när det gäller LRV-patienter har det skett en smärre minskning av antalet inneliggande patienter, om man jämför inventeringarna åren 1988 och 1993. Därefter har det emellertid skett en viss ökning av antalet inneliggande patienter. Vid inventeringen den

19 mars 1997 fanns 770 inneliggande patienter. Detta visar att vårdtiderna har blivit längre eftersom det antal som av domstol överlämnas till rättspsykiatrisk vård har varit förhållandevis konstant genom åren.

Ett uttalat syfte bakom reglerna om särskild utskrivningsprövning enligt LRV var att man ville förstärka samhällsskyddet. De funktioner som allmän åklagare getts vid domstolsprövningen hade samma syfte. Bakgrunden till detta synes bl.a. ha varit att det riktats kritik mot att patienter som begått svåra brott alltför tidigt skrivits ut från den psykiatriska vården och i en del fall begått nya brott.

Vi har inte kunnat göra någon undersökning av i vad mån patienter med särskild utskrivningsprövning har återfallit i brottslighet i mindre utsträckning än tidigare eller klarat sig bättre när de väl skrivits ut från tvångsvården. Det får emellertid förutsättas att de längre vårdtiderna har haft en positiv effekt vad gäller samhällsskyddet och i flertalet fall också beträffande patientens egna behov.

Den särskilda utskrivningsprövningen har dock utsatts för skarp kritik från framför allt läkarhåll. Man menar att det inom den rättspsykiatriska vården finns patienter som inte är behandlingsbara eller är medicinskt färdigbehandlade och som hålls kvar enbart med hänsyn till samhällsskyddet. Många ifrågasätter också om det över huvud taget är möjligt att göra en bedömning av den risk för återfall som är en av förutsättningarna för att den rättspsykiatriska vården skall kvarstå. Det har också ifrågasatts om patienternas rättssäkerhet tillgodoses på bästa möjliga sätt. Avvägningen mellan kravet på samhällsskydd å ena sidan och patienternas krav på rättssäkerhet och en adekvat vård å den andra hör till de svåraste frågorna inom den psykiatriska tvångsvården. Vi återkommer till detta i kapitel 12.

5.5 Situationer då effekten blivit liten trots lagändring

Vid tillkomsten av LPT infördes ett farerekvisit som förutsättning för att konvertering skulle få ske. Trots detta har antalet konverteringar inte minskat nämnvärt. Således sker fortfarande ca 17 % av alla intagningar enligt LPT genom konvertering. Lika lite som när det gäller omfattningen av tvångsvården i stort får det dock bli ett självändamål att antalet konverteringar skall minska i en viss, bestämd utsträckning. Avgörande för om konverteringsmöjligheten kan av-skaffas eller bör finnas kvar och, om vi kommer fram till att så skall vara fallet, hur reglerna skall utformas bör vara att patienterna i godtagbara former skall få den vård som är nödvändig för att tillgodose deras behov. Det har också framkommit att en stor andel av konverteringarna aldrig blir prövade av

länsrätt därför att patienten skrivs ut till frivillig vård innan fyradagarsfristen löper ut. Vi återkommer till frågan om konvertering i kapitel 8.

I samband med tillkomsten av LPT och LRV avskaffades möjligheten till försöksutskrivning. Möjligheten till permission finns dock kvar. En ny form av permission infördes, nämligen permission till vårtdagens slut. De uppgifter som vi har inhämtat om användningen av permission visar att permission till vårtdagens slut förekommer i stor utsträckning. Särskilt LRV-patienter men också i viss utsträckning LPT-patienter har permission under långa tider, ibland mer än tre år. Detta stämmer dåligt med de förutsättningar som gäller för tvångsvård och innebär att permission till vårtdagens slut i vissa fall har kommit att användas som ett slags försöksutskrivning. Vi kommer närmare att behandla denna fråga i kapitel 11.

5.6 Förhållandet psykiatri — socialtjänst — rättsvårdande myndigheter

Genom att såväl den psykiatriska tvångsvården som sjukhusbaserad vård av psykiskt funktionshindrade i övrigt har minskat har antalet personer med psykiska störningar som finns ute i samhället ökat. Genom 1995 års psykiatrireform, den s.k. psykadelreformen, har också kommunerna fått ett större ansvar för att samordna och planera insatser för psykiskt funktionshindrade. Det bör betonas att en förutsättning för att tvångsvården skall kunna behållas på nuvarande nivå eller ännu hellre minska är att kommunerna får resurser samt prioriterar och tar sitt ansvar för de patienter som ofta behöver ett omfattande stöd när det gäller boende, sysselsättning m.m. Det ökade antalet psykiskt störda som finns i eget boende eller i gruppboende m.m. ute i kommunerna har emellertid också medfört att det ställs krav på att vissa tvångsåtgärder skall få vidtas mot dessa patienter för att vården över huvud taget skall kunna fungera. Detta ligger utanför kommitténs uppdrag men vi kommer att närmare beskriva problemet i kapitel 16.

Som framgår av redovisningen i kapitel 4 har vi fått flera exempel på att psykiskt störda människor som bor hemma trakasserar sin omgivning och kanske också begår vissa smärre brott mot t.ex. grannar. Här uppstår frågan om det är polis, åklagare och domstolar som skall ingripa och se till att dessa människor blir dömda för de brott som de har begått eller om de skall vårdas inom psykiatri för sin psykiska störning. Bl.a. aktualiseras frågan om och i vilken utsträckning som åtal bör väckas mot psykiskt störda som begår brott eller om åtalseftergift bör medges i sådana situationer då den störde får vård inom psykiatri. Om åtal inte väcks och ett överlämnande till rättspsykiatrisk vård således inte blir

aktuellt, aktualiseras frågan om och hur kravet på samhällsskydd kan tillgodoses inom ramen för LPT.

Det bör observeras att den som begått ett brott men fått åtalseftergift och sedan vårdas enligt LPT inte underkastas de strängare regler i fråga om permission och utskrivning som föreskrivs i LRV. Detta är en följd av att det numera inte finns någon s.k. O-fallsrubricering som förekom på LSPV:s tid och som innebar att man kunde tillämpa strängare regler i fråga om utskrivning m.m. även i sådana fall då åtal inte hade väckts och något överlämnande av domstol till sluten psykiatrisk vård således inte hade skett. Vid de kontakter som vi har haft med åklagare har vi fått uppfattningen att åtal alltid väcks när en psykiskt störd begår ett grovt brott, framför allt om det är ett våldsbrott. Däremot meddelas ofta åtalseftergift när det bara är fråga om bötesbrott. I sådana fall kan det ju ändå inte ske något överlämnande till rättspsykiatrisk vård, eftersom ett sådant överlämnande förutsätter att påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter. Vad som tycks vara ett problem är psykiskt störda som begår upprepade smärre brott, t.ex. ofredande, olaga hot m.m. Från åklagarhåll nämndes särskilt personer som har en tendens att anlägga eld på platser där spridningsrisk inte förekommer och där man därför inte kan åtala för mordbrand utan på sin höjd för skadegörelse.

Frågan om i vilken utsträckning kravet på samhällsskydd borde kunna tillgodoses inom ramen för den vanliga psykiatriska vården diskuterades i samband med tillkomsten av den nuvarande psykiatriska tvångslagstiftningen. Departementschefen betonade att kravet på samhällsskydd inte fick bli någon självständig uppgift för psykiatrin men att det dock inte var möjligt att kräva en alldeles strikt gräns mellan patientens vårdbehov och skyddet för närstående och andra. Vid bestämmande av den psykiatriska tvångsvårdens ansvarsområde kan enligt departementschefen inte utelämnas situationer då psykiska störningstillstånd ger upphov till aggressivitet mot människor i omgivningen.

Det torde framför allt vara personer som begår upprepade bötesbrott och smärre brott mot familjemedlemmar som kan komma att bli aktuella för LPT-vård. Det är således fråga om brott som inte bedöms som särskilt allvarliga men som kan vara mycket påfrestande för den som drabbas. När det gäller brott mot familjemedlemmar kan det också vara känsligt att göra polisanmälan. Detsamma kan för övrigt gälla i grannförhållanden. En fråga som man också måste ställa är om det inte kan vara mer humant gentemot den psykiskt störde att få psykiatrisk vård — och det även om vården genomförs med tvång — än att bli polisanmäld och dömd. Det bör i detta sammanhang beaktas att det vid bedömningen av vårdbehovet enligt LPT enligt gällande lagstiftning skall beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Detta är en

bestämmelse som inte får glömmas bort vare sig vid bedömningen av om åtal skall väckas när mindre allvarliga brott begås eller vid prövningen av förutsättningarna för vård enligt LPT.

Flera av de problem som finns i dag beror således sannolikt mer på hur nuvarande lagstiftning tillämpas än på utformningen av lagstiftningen och det är därför tveksamt om någon lagändring behövs. Vi diskuterar närmare denna fråga i kapitel 7.

5.7 Allmänna utgångspunkter för översynen

En översyn av en tvångslagstiftning bör lämpligen ha som en av sina utgångspunkter att undersöka om lagstiftningen är förenlig med regeringsformens bestämmelser och med Sveriges internationella åtaganden, främst Europakonventionen, vad gäller skyddet för de grundläggade fri- och rättigheterna. Vi har vid vår översyn inte funnit att de psykiatriska tvångslagarna LPT och LRV skulle strida mot nu nämnda bestämmelser. Däremot anser vi att det kan ifrågasättas om tillämpningen av permissionsreglerna står i överensstämmelse med legalitetskravet i 2 kap. 12 § regeringsformen och artikel 5:1e) i Europakonventionen.

Som redan nämnts måste givetvis patientens rättssäkerhet vara av avgörande betydelse vid utformningen av den psykiatriska tvångslagstiftningen. Det är emellertid också viktigt att en psykiatrisk tvångslagstiftning innehåller regler som tillgodoser samhällsskyddet. Dessa regler kan komma i konflikt med patientens rättssäkerhet och en lämplig avvägning måste därför göras.

Det är emellertid, som också nämnts tidigare, inte bara den juridiska eller formella rättssäkerheten som är av betydelse. Innehållet i vården och det bemötande som patienten får är av mycket stor betydelse. Vi har fått höra berättelser från patienter och anhöriga om det dåliga bemötande som de fått vid tidigare tvångsvårdstillfällen. Ett dåligt bemötande gör att patienter i onödan kan bli negativt inställda till tvångsvård. I HSL har det nyligen införts regler som ställer ökade krav på att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Vi vill understryka att detta självfallet även gäller inom tvångsvården.

Den domstolsprövning som sker av olika beslut har enligt vår mening inneburit att rättssäkerheten för patienterna har ökat. Vi är dock medvetna om att den rättsliga proceduren i många fall kan uppfattas som svårförståelig och att de muntliga förhandlingarna ibland kan upplevas som besvärande för patienten. Det är därför viktigt att patienten behandlas med respekt och att förhandlingarna leds på ett sådant sätt att patienten upplever att han får komma till tals på ett adekvat sätt. Av stor

vikt är också att lämpliga personer utses till offentliga biträden och att dessa tar sin uppgift på allvar. Det har vidare i den allmänna debatten påtalats att känsliga uppgifter om patienterna tas in i domstolarnas domar och att vem som helst kan få ta del av dessa uppgifter, eftersom domarna är offentlig handling. Vi är medvetna om detta problem och vill understryka att givetvis bör känsliga uppgifter om patienten inte i onödan tas in i domarna. Å andra sidan är det enligt vår mening mycket viktigt att det av domen framgår varför domstolen har dömt på ett visst sätt. Det innebär t.ex. att uppgifter om vilken diagnos som har ställts eller vilken bedömning som har gjorts bör framgå av domen, eftersom det av domen bl.a. skall gå att utläsa varför domstolen anser att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. Vi kommer i kapitel 15 att ta upp vissa processuella frågor.

De patienter som finns inom den psykiatriska tvångsvården har en mycket utsatt ställning och kan åtminstone i ett inledande skede av vården ha svårt att tillgodogöra sig och ta ställning till den information som ges. Det är därför också mycket viktigt att tvångsvårdade patienter inte bara får juridisk hjälp i samband med den rättsliga proceduren utan också får personligt stöd såväl under vistelsen på sjukvårdsinrättningen som under tiden närmast därefter. Möjligheterna att få en stödperson fyller här en viktig funktion. I kapitel 9 behandlar vi närmare hur möjligheterna att få stödperson bäst skall kunna tillvaratas.

Vi har fått intrycket att många patienters negativa inställning till tvångsvård ofta inte beror på tvångsvården som sådan utan på den behandling som man fått under tvångsvård. Det är därför av största vikt att den behandling som tvångsvårdade patienter får är av högsta kvalitet och att en genomtänkt behandlingsplanering sker. Vidare är det angeläget att behandling mot patientens vilja sker först om patienten inte genom en individuellt anpassad information kunnat förmås att frivilligt medverka. Innan en behandlingsåtgärd vidtas mot patientens vilja måste vidare en avvägning ske mellan den kränkning som sker av patientens integritet och värdighet och den nytta som behandlingen väntas ha för patientens hälsa. Det går givetvis inte att i detalj lagstifta om när tvångsbehandling får vidtas men vi anser att det i LPT och LRV bör införas ett principstadgande om när behandling med tvång får ges. Dessa frågor behandlas närmare i kapitel 10.

Vi anser också att det i en allmän, principiell bestämmelse bör regleras i vilken utsträckning tvångsåtgärder får användas. Även här bör en avvägning ske mellan den kränkning av patientens integritet och värdighet som tvånget innebär och vad som krävs för att upprätthålla ordningen eller tillgodose säkerheten i vården eller hindra patienten från att lämna vårdinrättningen. Givetvis skall våld eller annat tvång få användas endast om andra åtgärder inte är tillräckliga. Även dessa frågor behandlas närmare i kapitel 10.

5.8 Något om patientens rättigheter och vårdens innehåll

Inom hälso- och sjukvården har man på senare tid alltmer betonat patientens rättigheter och patientens ställning i vården samt behovet av att vårdens innehåll och kvalitet förbättras. De förbättringar som föreslås beträffande hälso- och sjukvården i allmänhet bör givetvis även gälla patienter inom den psykiatriska tvångsvården.

Synpunkter av detta slag har bl.a. framförts i de senare årens Dagmar-överenskommelser. Sålunda innehåller den Dagmar-överenskommelse som träffades år 1997 bl.a. en vårdgaranti i syfte att öka vårdens tillgänglighet för alla patienter. Överenskommelsen bygger dels på särskilt angivna tidsramar inom vården, dels på ett system av nationella riktlinjer samt regionala och lokala vårdprogram för vissa kroniska sjukdomar. Vidare har HSU 2000 i sitt betänkande SOU 1997:154 behandlat frågan om patienternas ställning och rättigheter. En utgångspunkt för kommitténs överväganden och förslag är att de allra flesta patienter vill vara delaktiga och ha inflytande över sin egen situation i kontakterna med hälso- och sjukvården. Kommittén konstaterar att det brister i utformningen av lagstiftningen vad gäller patienternas rättigheter, bl.a. beträffande frågan om informationspliktens omfattning och patientens lagstadgade valmöjligheter. En utgångspunkt för en ny lagstiftning bör därför enligt HSU 2000 vara att lagstiftningen utgår från patientens situation, dvs. att den rättsliga fokuseringen förskjuts från personalens och sjukvårdshuvudmännens skyldigheter till vad patienten bör kunna kräva av hälso- och sjukvården.

Regeringen gav i början av år 1995 Socialstyrelsen i uppdrag att göra en översyn av innehåll och kvalitet i den psykiatriska vården. Detta omfattande uppdrag avslutades i november 1997 med en rapport till regeringen, *God psykiatrisk vård på lika villkor?* I rapporten lyfts fram vikten av att stärka ställningen för patienter och anhöriga, att satsa på breda och djupa insatser för att utveckla kompetensen i vården, att förbättra samverkan och samordning för att bygga upp effektiva vårdkedjor och att utveckla den psykiatriska vårdorganisationen.

Det påpekas i rapporten att människor med allvarlig psykisk störning och i synnerhet de som är tvångsvårdade hör till den högst prioriterade gruppen enligt den av riksdagen antagna propositionen om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Samhället har ett särskilt ansvar för vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. De allvarligt psykiskt störda har ofta en nedsatt autonomi och nedsatt förmåga att delta i ett samråd om vård och behandling. Då de har svårt att hävda sitt människovärde och sin rätt ligger det ett stort ansvar på vårdpersonalen att

tillse att de får en god vård. En kvalitativt god vård måste vara en rättighet för dem som måste tvångsvårdas och bidrar samtidigt till en begränsad användning av tvångsåtgärder och tvångsvård.

Vidare betonas att en hög kompetens hos personalen och en god kunskap om olika behandlingsalternativ är en förutsättning för en kvalitativt god vård. Landstingen har här ett ansvar att säkerställa att det i varje verksamhet finns ett ändamålsenligt kvalitetssystem och lämpliga rutiner för egenkontroll för att garantera vårdens innehåll och kvalitet.

Socialstyrelsen menar också att den kvalificerade psykiatriska dygnetruntvården bör differentieras. Stora allvårdsavdelningar med en blandning av kroniskt sjuka patienter unga psykotiska patienter bör undvikas. Den öppna vården bör utvecklas och bli mer flexibel så att det blir möjligt att behandla patienten i dennes egen miljö. Patienter med risk att utveckla svår psykisk störning måste ges allra högsta prioritet. Genom en tidig intervention till människor som riskerar insjukna i en psykos kan en allvarlig sjukdomsutveckling i vissa fall undvikas. I andra fall kan ett tidigt ingripande göra att behövlig vård kommer till stånd utan tvång.

Ökat brukarinflytande genom välinformerade och delaktiga patienter och anhöriga är enligt Socialstyrelsen en viktig utveckling. Patienter som är engagerade i sin egen behandling och motiverade för den uppnår bättre behandlingsresultat. En ökad delaktighet av anhöriga och patienter i planeringen av vården minskar sannolikt även behovet av tvångsvård. Gemensam vårdplanering och ökad samverkan med kommunen och primärvården behövs för att bygga upp effektiva vårdkedjor i synnerhet för de psykiskt långtidssjuka. I utslussningen av de patienter som har vårdats enligt LPT eller LRV är en sådan samordning nödvändig för att stödja de psykiskt störda även efter tiden i dygnetruntvård.

Vi ställer oss bakom de förslag som Socialstyrelsen framfört i sin rapport och vill särskilt understryka vikten av att förbättringar inom den psykiatriska vården kommer även de tvångsvårdade patienterna till del.

6 Intagningsförfarandet vid psykiatrisk tvångsvård

Vi föreslår: Närmare regler skall införas beträffande det fysiska tvång som får brukas för att kvarhålla patienter och upprätthålla ordningen vid frihetsberövanden enligt LPT och LRV. Av föreskrifterna skall framgå vilka tvångsåtgärder som i övrigt får vidtas när en patient kvarhålls för prövning av intagningsfrågan. Föreskrifterna bör säkerställa att tvångsbehandling och andra tvångsåtgärder används restriktivt.

Vi föreslår vidare att legitimerade läkare som enligt avtal med ett landsting skall utföra undersökningar för vårdintyg skall få besluta om omhändertagande och ha rätt till biträde av polis. Däremot bör privat verksamma läkare i allmänhet inte ges befogenhet att omhänderta personer som inte samtycker till att undersökas för vårdintyg. De bör inte heller ges rätt att få biträde av polis för att kunna genomföra en undersökning.

6.1 Inledning

Användningen av tvångsåtgärder innan beslut fattas om intagning för psykiatrisk tvångsvård har uppmärksammats som ett problem, eftersom det inte finns ett uttryckligt lagstöd för åtgärderna i LPT och LRV. Tvångsutövningen sker i stället med hänvisning till att åtgärden företagits i nöd eller nödvärn och därför varit försvarlig enligt de ansvarsfrihetsgrundande bestämmelser som ges i 24 kap. brottsbalken.

Vid Socialstyrelsens utvärdering år 1992/93 belystes vissa förhållanden vid intagningen för tvångsvård som också är av betydelse för patientens integritet och värdighet. Det gällde frågan om polisens medverkan i samband med undersökning för vårdintyg och intagning på sjukvårdsinrättning samt frågan om polisen bör vara skyldig att lämna biträde för att privat verksamma läkare skall kunna genomföra en undersökning för vårdintyg. Frågan om polisens skyldighet att lämna biträde har också prövats av Justitieombudsmannen.

I Tvångspsykiatrikommitténs uppdrag ingår att allmänt uppmärksamma eventuella problem med tillämpningen av lagstiftningen i vid mening och föreslå åtgärder. Vi skall särskilt uppmärksamma om patientens rättssäkerhet har stärkts. Vi har mot den bakgrunden ansett det vara

motiverat att närmare granska tillämpningen av de bestämmelser som reglerar intagningsförfarandet och polisens medverkan i syfte att överväga om de kan anses tillgodose patientens rättssäkerhet och hans eller hennes integritet och värdighet.

6.2 Intagningsförfarandet

LPT innehåller bestämmelser som reglerar förfarandet vid intagningen för tvångsvård och ger lagligt stöd för att utföra undersökningar för utfärdande av vårdintyg och i det syftet omhänderta den som skall undersökas samt föra den undersökte till sjukvårdsinrättning sedan vårdintyg har utfärdats och där kvarhålla patienten tills frågan om intagning prövats av behörig läkare. LRV innehåller särbestämmelser med hänsyn till att tvångsvården ges till patienter som redan är frihetsberövade eller skall genomgå rättspsykiatrisk vård som straffpåföljd. I LPT och LRV ges också bestämmelser om polisens skyldighet att medverka till att undersökning och intagning kan genomföras. Bestämmelser om intagningsförfarandet ges i 4, 5, 6, 11, 14 och 47 §§ LPT samt i 5, 6 och 27 §§ LRV.

Med stöd av LPT och LRV får tvångsmedicinering och andra tvångsåtgärder inte vidtas innan beslut har fattats om intagning för tvångsvård. I 24 kap. brottsbalken finns bestämmelser om allmänna grunder för ansvarsfrihet bl.a. vid nödvärn (1 §), laga befogethet (2 §), nöd (4 §) och excess (6 §). Bestämmelserna kan i vissa faresituationer vara tillämpliga när fråga om intagning för psykiatrisk tvångsvård har aktualiserats men tvångsåtgärder ännu inte kan vidtas enligt LPT eller LRV. Innebörden av bestämmelserna finns redovisad i regeringens proposition (prop. 1993/94:130) Ändringar i brottsbalken m.m. (ansvarsfrihetsgrunder m.m.). Förarbetena till den nuvarande psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen (prop. 1990/91:58) innehåller överväganden om tillämpningen av bestämmelserna i samband med psykiatrisk tvångsvård. I dessa förarbeten hänvisas också till lagstiftningsärendet (prop. 1983/84:148) om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt m.m.

6.2.1 Intagning enligt LPT

Psykiatrisk tvångsvård kan enligt huvudregeln endast ges efter prövning av två av varandra oberoende läkare. Ett beslut om intagning för vård enligt LPT får därför inte fattas utan att ett *vårdintyg* har utfärdats. Ett vårdintyg skall grundas på en särskild läkarundersökning utförd av legitimerad läkare i omedelbar anslutning till att intyget utfärdas. En

sådan undersökning får utföras endast om det finns *skälig anledning* till det.

Vårdintyg utfärdas av läkare verksamma inom offentlig eller privat hälso- och sjukvård. Den läkare som utfärdar vårdintyg skall se till att det snarast kommer till den vårdinrättning där frågan om intagning för tvångsvård skall prövas.

Omhändertagande

Läkare i allmän tjänst får besluta att den som skall undersökas för vårdintyg skall *omhändertas* för undersökningen, om den inte kan utföras med dennes samtycke. Polisen är skyldig att lämna biträde för att en läkare i allmän tjänst skall kunna genomföra undersökningen. Privat verksamma läkare får således inte besluta om omhändertagande och har inte rätt att få biträde av polis. Detta gäller även när läkare utför sådan undersökning enligt avtal med ett landsting.

Det finns inget lagligt stöd enligt LPT för att bruka våld eller att tvångsbehandla eller vidta andra tvångsåtgärder vid undersökningar för vårdintyg. I fall av påbörjat eller överhängande brottsligt angrepp på person eller egendom föreligger dock rätt till nödvärn, t.ex. när den som skall undersökas för vårdintyg utsätter läkaren för våld. I klara nödsituationer är det därutöver möjligt att insätta medicinsk behandling som är nödvändig med hänsyn till den undersöktes psykiska eller somatiska tillstånd och att tillgripa andra tvångsåtgärder. Situationen måste då vara sådan att det finns en verkligt allvarlig och överhängande fara för att patienten skadar sig själv.

Kvarhållning

När en patient har kommit till en vårdinrättning med vårdintyg eller när vårdintyg därefter har utfärdats får han enligt 6 § LPT *kvarhållas* i högst 24 timmar räknat från ankomsten för prövning av frågan om intagning för tvångsvård. Beslut om kvarhållning fattas av tjänstgörande läkare vid vårdinrättningen.

Under kvarhållningstiden får inga andra tvångsåtgärder vidtas än de som är tillåtna enligt kvarhållningsrätten. Enligt lagförarbetena innebär det att patienten får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han vistas genom inlåsning eller på annat sätt, t.ex. med hjälp av vårdpersonal (prop. 1990/91:58 s. 259).

Personalen har enligt 24 kap. 2 § brottsbalken laga befogenhet att bruka det våld som med hänsyn till omständigheterna är försvarligt för att kvarhålla patienten och upprätthålla ordningen. I brottsbalks-

kommentaren (Brottsbalken II sjätte upplagan s. 678) anges bl.a. följande om den våldsutövning som är tillåten enligt denna bestämmelse: Våld får dock användas endast när andra medel är otillräckliga och det behövs för att uppnå avsett resultat. Under hela händelseförloppet får aldrig mera våld användas än som är rimligt i förhållande till vad som uppnås genom våldsanvändningen. Onödig kraftutveckling skall undvikas. Slag mot ömtåliga delar av kroppen, sparkar, struvtag, grepp i håret och liknande anses som regel otillåtna. Vid en prövning i efterhand av situationen i sin helhet kan dock våldsanvändning av sådant slag ändå anses försvarlig.

Enligt specialmotiveringen till 18 § LPT (prop. 1990/91:58 s. 259) är det inte tillåtet att begränsa patientens rörelsefrihet genom inlåsning i enbart det rum där patienten vistas, utan inlåsningsrummet får enbart avse låsning av vårdinrättningens ytterdörrar eller dörrar mellan vårdenheter.

Patienten får inte heller tvångsmedicineras eller på något annat sätt tvingas genomgå viss behandling med stöd av kvarhållningsrätten. Om det finns behov av omedelbar medicinsk behandling som patienten motsätter sig, måste en behörig läkare tillkallas och besluta om intagning för tvångsvård innan behandlingsåtgärder vidtas.

Motsätter sig patienten behandling som är nödvändig med hänsyn till patientens psykiska eller somatiska tillstånd kan det ändå vara försvarligt att ge behandling. Tvångsbehandling får dock endast ges i en klar nödsituation, dvs. när tillståndet är livshotande eller innebär att en verkligt allvarlig och överhängande fara hotar patientens hälsa. Av betydelse för ställningstagandet till om behandlingen kan anses försvarlig är bl.a. patientens psykiska tillstånd, den somatiska sjukdomens art och den typ av åtgärd det gäller (prop. 1990/91:58 s. 258). Det kan t.ex. gälla patienter med livshotande tillstånd vid delirium tremens och patienter som allvarligt skadar sig själv. Eftersom nödbestämmelsen endast är tillämplig i en nödsituation kan den inte åberopas till stöd för rutinmässigt återkommande åtgärder i hälso- och sjukvården eller för ett mera långvarigt tvångsutövande mot patienter. Tvärtom måste åtgärder med stöd av nödbestämmelsen normalt vara av rent tillfällig art. Den psykiatriska vården kan således inte påbörjas med hänvisning till att det föreligger en nödsituation.

Intagning

När *intagningsbeslut* har fattats får tvångs- och kontrollåtgärder beslutas enligt LPT och lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård. Det finns enligt 24 kap. 2 § brottbalken laga befogenhet att bruka våld för att kvarhålla patienten och för att upprätthålla ordningen.

När fråga om *konvertering* till psykiatrisk tvångsvård av en frivilligt

vårdad patient aktualiseras kan situationen vara sådan att tvångsbehandling, fastspänning och andra tvångsåtgärder är tillåtna enligt nödrätten i avvaktan på att ansvarig läkare beslutat om tvångsvård och regelsystemet i LPT tar över. Personal som vidtar en sådan tvångsåtgärd skall tillse att denna fråga omgående underställs läkaren för prövning (jfr Justitieombudsmannen, beslut 1994-11-24; dnr 2233-1994). I fall där patienten utsätter personal, medpatienter eller annan person eller egendom för brottsligt angrepp eller om ett sådan angrepp är överhängande föreligger rätt till nödvärn.

6.2.2 Intagning enligt LRV

Ett beslut om intagning för vård enligt LRV avseende den som är anhållen, häktad, intagen på en rättspsykiatrisk undersökningsenhet eller intagen i kriminalvårdsanstalt eller skall förpassas till en sådan anstalt, får som huvudregel inte fattas utan att ett vårdintyg har utfärdats.

Bestämmelserna i LPT om förutsättningar för att utfärda vårdintyg, undersökningsförfarandet och utformningen av vårdintyg gäller i dessa fall även vid vård enligt LRV. Bestämmelserna om polisens skyldighet att lämna biträde för genomförande av undersökning för vårdintyg och transport till sjukvårdsinrättning gäller i tillämpliga delar. Med hänsyn till att den som skall undersökas för vårdintyg är frihetsberövad enligt lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl., häkteslagen, eller lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt, KvaL, har någon regel om omhändertagande för undersökningen inte införts i LRV. Av den anledningen har någon regel om hur länge patienten får hållas kvar på sjukvårdsinrättningen till dess intagningsfrågan har avgjorts inte heller ansetts behöva införas (prop. 1990/91:58 s. 298).

I vissa situationer krävs det inte vårdintyg för beslut om rättspsykiatrisk vård. Det gäller bl.a. när den som skall genomgå rättspsykiatrisk undersökning har tagits in på undersökningsenheten. Vårdintyg krävs inte heller för anhållna, häktade eller de som är intagna i kriminalvårdsanstalt eller skall förpassas till sådan anstalt och som förts över för frivillig psykiatrisk vård till en vårdinrättning som regeringen godkänt för rättspsykiatrisk vård.

Vid frivillig psykiatrisk vård av senare nämnda patienter är bestämmelserna om kvarhållning, fastspänning, avskiljande och kontroller m.m. i 18—24 §§ LPT tillämpliga när vården ges på en av regeringen godkänd vårdinrättning. Bestämmelser om detta ges i 19 § häkteslagen och i 37 § KvaL. Patienten får således hindras att lämna vårdinrättningen. Personalen får bruka det våld som med hänsyn till omständigheterna är försvarligt för att upprätthålla ordningen eller hindra patienten från att rymma (se 24 kap. 2 § brottsbalken). Patienten får dock inte

tvångsmedicineras eller på något annat sätt tvingas genomgå viss behandling. Om det finns behov av omedelbar behandling som patienten motsätter sig, måste en behörig läkare tillkallas och besluta om intagning enligt LRV innan behandlingsåtgärder vidtas. I klara nödsituationer är det möjligt att insätta behövlig medicinsk behandling (se 24 kap. 4 § brottsbalken).

Här kan noteras att enligt 8 § tredje stycket lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning, LRU, jämförd med 19 § häkteslagen är bestämmelserna i 18—24 §§ LPT och i 8 § andra stycket LRV tillämpliga även vid rättspsykiatrisk undersökning av häktade som har förts över till en enhet för rättspsykiatrisk undersökning. Föreskrifterna i 18—24 §§ LPT är också tillämpliga vid rättspsykiatrisk undersökning av personer som har intagits på en undersökningsenhet med stöd av 10 § LRU. I dessa fall får således tvångs- och kontrollåtgärder m.m. enligt LPT och LRV användas vid genomförande av den rättspsykiatriska undersökningen.

Den som har genomgått en rättspsykiatrisk undersökning skall, om han är häktad och i behov av psykiatrisk tvångsvård, föras över till enhet inom hälso- och sjukvården för vård. Har rättspsykiatrisk vård inletts i samband med den rättspsykiatriska undersökningen kan chefsöverläkaren besluta om intagning utan hinder av att vårdintyg inte har utfärdats. Undersökt som varit intagen med stöd av 10 § LRU kan, när denne inte längre får kvarhållas på undersökningsenheten, överföras till vård enligt LPT. Chefsöverläkaren kan även i dessa fall besluta om intagning utan att det krävs ett vårdintyg. Rättspsykiatrisk vård efter domstols beslut skall påbörjas utan dröjsmål när beslutet vunnit laga kraft. Om den dömde är häktad, skall vården påbörjas även om beslutet inte vunnit laga kraft, under förutsättning att den dömde och åklagaren medger att så sker. I ett sådant fall skall bestämmelserna om rättspsykiatrisk vård av häktade tillämpas så länge beslutet om häktning gäller. Detta innebär bl.a. att patienten skall tas in för vård på en av regeringen godkänd vårdinrättning.

6.2.3 Ingripande och biträde av polis

LPT och LRV innehåller särskilda bestämmelser om polismyndighetens befogenhet att omhänderta personer och skyldighet att lämna biträde på begäran av läkare. I 47 § LPT och 27 § LRV finns föreskrifter som ger polisen *befogenhet att tillfälligt omhänderta* allvarligt psykiskt störda personer under vissa förutsättningar. Föreskrifter ges också som reglerar i vilka situationer polisen har *skyldighet att lämna läkare biträde* och vilka läkare som får begära biträde.

Polisen är inte skyldig att ta initiativ till en läkarundersökning för vårdintyg utan får utan föregående undersökning tillfälligt omhänderta och föra en person till en sjukvårdsenhet, om det finns skäligen anledning anta att denne lider av en allvarlig psykisk störning och är farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv eller i övrigt behöver omedelbar hjälp. Den omhändertagne får kvarhållas tillfälligt i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge sådan hjälp. Polisen har rätt att bruka våld enligt polislagen (1984:387) och 24 kap. 2 § brottsbalken.

Polisen skall på begäran av läkare i allmän tjänst lämna biträde för att läkaren skall kunna genomföra en undersökning för vårdintyg. På läkarens begäran är polisen också skyldig att lämna biträde för att föra patienten till en sjukvårdsinrättning sedan vårdintyg har utfärdats. En sådan begäran kan även göras av chefsöverläkaren på den sjukvårdsinrättning där frågan om intagning skall prövas. Däremot är polisen inte skyldig att kvarstanna på sjukvårdsinrättningen tills tjänstgörande läkare har beslutat om kvarhållning av patienten. Om vårdintyg skall utfärdas på den vårdinrättning till vilken patienten förts, är polisen dock skyldig att kvarstanna om intygsutfärdande läkare begär det för att kunna genomföra undersökningen (prop. 1990/91:58 s. 286).

De föreskrifter i LPT och LRV som reglerar polisens skyldighet att lämna biträde vid undersökning för vårdintyg och intagning för psykiatrisk tvångsvård syftar således till att göra det möjligt att genomföra undersökning och transport. Däremot innefattar föreskrifterna inte någon skyldighet att biträda vid transporter mellan vårdenheter av patienter som är intagna för tvångsvård.

För polisens skyldighet att lämna biträde saknar det dock betydelse var den som har undersökts för vårdintyg vistas. T.ex. är polisen skyldig att biträda vid transport av en patient från somatisk vårdavdelning eller psykiatrisk akutmottagning till vårdinrättning där frågan om intagning för tvångsvård skall prövas (jfr Justitieombudsmannen, beslut 1993-09-01; dnr 2799-1992).

Förarbetena till tvångsvårdslagstiftningen (prop. 1990/91:58 s. 285—287) innehåller vissa förtydliganden om innebörden av polisens skyldighet att lämna biträde och uppträdande i det sammanhanget. Det anges att undersökningen med hänsyn till den personliga integriteten normalt skall ske i bostaden eller där den som skall undersökas annars befinner sig. Biträde av polis skall begäras endast när det av omständigheterna framgår att den som skall undersökas håller sig undan eller inte frivilligt går med på undersökningen. Polisens skyldighet avser därför främst att göra det möjligt för läkaren att få tillträde till det utrymme där den enskilde vistas.

Undantagsvis kan läkaren få polisbiträde för att föra den enskilde till en mottagning för att där genomföra undersökningen. Detta förutsätter att det är omöjligt eller uppenbart olämpligt att genomföra undersök-

ningen där den enskilde vistas. Om den som skall undersökas går med på att låta undersöka sig i sin bostad och undersökningen lämpligen kan ske där, bör polisbiträde för transport till en läkarmottagning således inte komma i fråga såvida inte starka skäl talar för detta.

Vidare framhålls vikten av att polisen uppträder hänsynsfullt. Om undersökningen genomförs i patientens bostad bör polisen uppträda på ett så diskret sätt som möjligt så att åtgärden inte väcker uppseende bland grannar och andra. Uniformerad personal bör undvikas så långt det är möjligt.

Polisen är inte skyldig att svara för transporter av patienter som är intagna för tvångsvård. Hälso- och sjukvården skall enligt 6 § hälso- och sjukvårdslagen ha en fungerande organisation för transporter och skall normalt själv ordna med förflyttningar av patienter mellan vårdenheter. Detta gäller även vid transporter av patienter som är intagna enligt LPT eller LRV. I vissa fall kan det dock av säkerhetsskäl finnas anledning att kontakta polisen eller åklagaren i frågan om polismedverkan.

6.3 Tillämpningsproblem

6.3.1 Förekomsten av tvångsåtgärder före intagningsbeslut

Vid vår uppföljning av avslutade vårdtillfällen enligt LPT år 1996/97 framkommer att av 3 347 avslutade vårdtillfällen har någon form av tvångsåtgärd använts i 50 fall innan frågan om intagning för tvångsvård har avgjorts. Bälte har använts i 25 fall och tvångsinjektion i 16 fall innan beslutet om intagning för tvångsvård. Både bälte och tvångsinjektion förekommer i 9 fall. I Bohuslandstinget är användningen något högre än i övriga landsting.

Socialstyrelsen har i några tillsynsärenden granskat tillämpningen av nödvärns- och nödbestämmelserna inom psykiatrisk verksamhet. Det har i bl.a. gällt fastspänning av patienter i situationer när polisen inte har kvarstannat på den akutmottagning till vilken patienten förts och personalen inte kunnat vidta tvångsåtgärder med stöd av LPT. Vad som tidigare uppfattades som rutinemässig användning av bältesläggning med hänvisning till att åtgärden vidtagits i nödvärn eller nöd förekommer numera inte i de verksamheter som har granskats av Socialstyrelsen. Polischefen i det aktuella länet har efter sammanträffande med Socialstyrelsen beslutat om vissa rutiner för biträde av polis när personer överlämnas till sjukvårdspersonal.

Socialstyrelsen har också granskat användningen av tvångsmedicinering och fastspänning av patienter som kvarhållits på akutmottagning

i avvaktan på att frågan om intagning avgjorts. Granskningen har gjorts mot bakgrund av att det inte framgår av den aktuella bestämmelsen i LPT och inte heller av bestämmelsen i 24 kap. 2 § brottsbalken om hjälpmedel får användas för att kvarhålla en patient, t.ex. om patienten får fastspännas med bälte eller liknande anordning. Frågan behandlas inte närmare i lagförarbetena (prop. 1990/91:58) utan där framhålls endast att patientens rörelsefrihet inte får begränsas genom inlåsning i ett rum där patienten vistas. Granskningen visar enligt Socialstyrelsen att bestämmelsen i LPT inte är utformad med beaktande av de förutsättningar som gäller inom psykiatrisk verksamhet och att tillämpningen av bestämmelsen därför innefattar sådana svårigheter att det finns uppenbar risk för att patienter utsätts för tvång som inte kan anses försvarligt.

6.3.2 Ingripande och biträde av polis

I avsnitt 4.2 lämnar vi en redogörelse för en enkät angående tillämpningen av 47 § LPT som vi tillställt sju polismyndigheter för att belysa frågan om polisens medverkan vid intagning för tvångsvård. Enkätundersökningen redovisar bl.a. i vilken omfattning polisen lämnar biträde och beslutar om omhändertagande enligt LPT samt i vilka situationer och på vilket sätt polisen lämnar biträde.

Av enkätundersökningen framkommer att berörda polismyndigheter som regel kräver att läkaren skriftligen skall begära polisbiträde och att de gör en formell prövning, varvid man kontrollerar läkarens behörighet att begära biträde samt när polisen skall medverka och formerna för genomförandet.

När det gäller formerna för genomförandet framkommer att polisen inte alltid använder civilklädd personal för dessa uppdrag utan beroende på ärendets karaktär och tillgången på personal verkställs uppdragen även med uniformerad personal. Samtliga polismyndigheter uppger att det är mycket ovanligt att sjukvårdens personal följer med vid transport.

Om det är nödvändigt kvarstannar polisen på den vårdinrättning till vilken patienten förts till dess beslut om kvarhållning av patienten fattats av tjänstgörande läkare. Polisen i storstäderna tycks iakta ett mer restriktivt förhållningssätt i frågan. Samtliga polismyndigheter uppger att det innebär problem för polisen att kvarstanna, eftersom det åtgår mycket tid och tar resurser från annan verksamhet. Det förekommer slentrian och mindre välgrundade anledningar till att polisen skall stanna kvar.

Enkätundersökningen bekräftar vad som framkom vid Socialstyrelsens utvärdering år 1992/93. Rikspolisstyrelsen gjorde då en enkätundersökning bland fjorton polismyndigheter. Undersökningen redovisas i Socialstyrelsens utredningsrapport till regeringen i december 1993.

Med anledning av den då gjorda undersökningen framhöll Rikspolisstyrelsen att polisen generellt sett bara bör få anlitas för biträde när alla andra möjligheter är uttömda. Rikspolisstyrelsen ansåg att ett tillägg av sådan innebörd borde införas i 47 § LPT för att förhindra att polisen blir en kostnadsfri och lättillgänglig transportorganisation. Socialstyrelsen ansåg att polisens skyldighet att lämna biträde var väl avvägd och föreslog därför ingen ändring av bestämmelsen.

Såväl i hälso- och sjukvården som i polisens verksamhet har tillämpningen av de bestämmelser i LPT och LRV som reglerar rätten för läkare att få biträde av polis ansetts innebära vissa problem. Justitieombudsmannen och Socialstyrelsen har haft att pröva ärenden där polisen riktat klagomål mot läkare eller vice versa. Socialstyrelsen har för sin del framhållit bl.a. att organisatoriska förhållanden inom psykiatrisk verksamhet inte utgör grund för polistransport och att omdispositioner därför kan behöva göras i planerad verksamhet för att en läkare skall kunna uppsöka den enskilde och ta ställning till om det finns skälig anledning till en undersökning för vårdintyg. Socialstyrelsen har också framhållit att frågan om polisen skall kvarstanna tills dess tjänstgörande läkare har fattat kvarhållningsbeslut bör regleras i överenskommelser lokalt med polismyndigheten som anger förutsättningarna för polisens medverkan i samband med intagningsförfarandet.

6.3.3 Privat verksamma läkare och kommunala vårdavtal

Ett beslut om omhändertagande av den som skall undersökas för vårdintyg och en begäran om biträde av polis för att undersökningen skall kunna utföras innebär myndighetsutövning. Läkarens beslut får således till följd att undersökningen genomförs utan patientens samtycke och att polisen kan komma att bruka våld för att läkaren skall kunna undersöka patienten. Eftersom patientens självbestämmande, integritet och värdighet kränks, har det ansetts att endast läkare i allmän tjänst skall ha rätt att besluta om omhändertagande av patienten och få biträde av polisen.

Uppgifter som innebär myndighetsutövning får enligt 11 kap. 6 § tredje stycket regeringsformen inte överlämnas till enskilda rättssubjekt utan stöd av lag. Varken LPT, LRV eller HSL ger emellertid lagligt stöd för att de nu aktuella befogenheterna kan överlämnas till enskilda vårdgivare eller yrkesutövare. Av 3 § HSL framgår tvärtom att landstingen inte får överlämna uppgifter som innefattar myndighetsutövning till enskilda rättssubjekt. Det finns således inte rättsligt stöd för ett landsting att efter överenskommelse med en privat vårdgivare lägga ut uppgifter som landstinget svarar för enligt LPT och LRV.

En sådan överenskommelse skulle, eftersom lagstöd för närvarande saknas, innebära ett åsidosättande av förbudsregeln i 2 kap. 12 § andra stycket regeringsformen och artikel 5 e) Europakonventionen. Av bestämmelserna följer att LPT och LRV inte får användas i någon annan ordning eller i något annat syfte än det som framgår av lagstiftningen.

Frågan om privat verksamma läkare borde ges rätt att få biträde av polis vid undersökningar för vårdintyg övervägdes inför 1993 års husläkarreform. I departementspromemorian (Ds 1992:41) Husläkare — för kontinuitet och trygghet i vården redovisades ett första förslag till lag om husläkare. Ett behov av översyn av några regelsystem bedömdes finnas med ett ökat inslag av privatpraktiker i primärvården. Som exempel på detta nämndes läkarnas möjlighet att begära hjälp av polismyndigheten i samband med utfärdande av vårdintyg för psykiatrisk tvångsvård. I propositionen om husläkare m.m. (prop. 1992/93:160) övervägdes frågan inte ytterligare.

Socialstyrelsen uppmärksammade denna fråga i utredningsrapporten till regeringen i december 1993 och ansåg att det fanns skäl att överväga en översyn av regleringen som specifikt beaktar behov som uppstått på grund av den organisatoriska utvecklingen inom hälso- och sjukvården. Enligt Socialstyrelsen skulle läkare anställda hos en privat vårdgivare som på sjukvårdshuvudmannens uppdrag svarar för att befolkningen inom ett geografiskt område erbjuds hälso- och sjukvård, t.ex. genom driften av en vårdcentral eller en husläkarmottagning, också kunna få besluta om omhändertagande och begära hjälp av polis när det är aktuellt att utfärda vårdintyg.

Vid en förfrågan som Landstingsförbundet har gjort hos sjukvårdshuvudmännen framkommer att 9 landsting har träffat överenskommelser med privata vårdgivare som bl.a. innefattar åtagande att utfärda vårdintyg. I samtliga landsting är man medveten om att läkare hos de aktuella vårdgivarna inte har rätt att få biträde av polis för att genomföra undersökningar för vårdintyg. 17 landsting anser att privat verksamma läkare som enligt vårdavtal med ett landsting svarar för att befolkningen inom ett upptagningsområde erbjuds hälso- och sjukvård bör ha sådan rätt till biträde av polisen. Dessa landsting anser också att polisen bör lämna biträde på begäran av läkare i privat jourläkarverksamhet som anlitas av ett landsting.

6.4 Överväganden och förslag

6.4.1 Särskild reglering av tvångsåtgärder som får användas innan frågan om intagning för tvångsvård har avgjorts

LPT och LRV ger inte lagligt stöd för att tvångsbehandla eller använda andra tvångsåtgärder innan beslut om intagning för tvångsvård. När beslut om kvarhållning har fattats enligt 6 § LPT har personalen dock möjlighet att ingripa för att hindra patienter att lämna sjukvårdsinrättningen eller den del av inrättningen där patienten skall vistas genom inlåsning eller på annat sätt. Den som är anhållen, häktad eller intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt kan hållas kvar med stöd av häkteslagen respektive KvaL. Enligt 24 kap. 2 § brottsbalken har personalen rätt att bruka våld för att kvarhålla patienten och upprätthålla ordningen. Däremot ger kvarhållningsrätten inte laga befogenhet att tvångsmedicinera patienten eller på annat sätt tvinga patienten att genomgå viss behandling. Inte heller andra tvångsåtgärder än som följer av kvarhållningsrätten får vidtas. Tvångsbehandling och andra tvångsåtgärder kan således tillgripas endast om åtgärden vidtas i nödvärn eller i klara nödsituationer enligt bestämmelserna om ansvarsfrihet vid brott i 24 kap. brottsbalken.

Det är enligt vår uppfattning otillfredsställande att LPT och LRV inte innehåller positiva föreskrifter som påbjuder att patienten t.ex. får ges behandling eller spännas fast när akuta faresituationer uppstår innan beslut har fattats om intagning och att hälso- och sjukvårdspersonalen i stället tillgriper tvångsåtgärder med hänvisning till nödvärns- eller nödrätten. Med beaktande av de höga rättssäkerhetskrav som bör tillgodoses vid intagning för psykiatrisk tvångsvård anser vi att *tvångsbehandling och andra tvångsåtgärder* bör få vidtas med stöd av LPT och LRV i akuta situationer som uppstår innan behörig läkare har fattat beslut om intagning. Tvångsåtgärder bör dock få vidtas med stöd av LPT och LRV först sedan patienten med laga rätt hålls kvar på en sjukvårdsinrättning för prövning av frågan om intagning för tvångsvård.

Bestämmelsen i 6 § LPT syftar till att patienten skall kunna kvarhållas i avvaktan på att frågan om intagning för tvångsvård har avgjorts. Frågan om intagning skall avgöras senast 24 timmar efter patientens ankomst till vårdinrättningen. Ett beslut om kvarhållning skall också säkerställa att behörig läkare kan undersöka patienten. För att kunna kvarhålla patienter tills frågan om intagning har avgjorts kan *särskilda tvångsåtgärder* behöva användas när personal tillgriper tvång med stöd av bestämmelsen om laga befogenhet i 24 kap. 2 § brottsbalken. Det gäller t.ex. patienter som är farliga för sig själva eller någon annan på

grund av att de är mycket aggressiva. Tillämpningen av denna bestämmelse innefattar uppenbara svårigheter, eftersom den endast anger allmänna grunder för det tvång som får användas med laga befogenhet. Av bestämmelserna framgår inte om befogenheten att bruka våld mot den som med laga rätt är berövad friheten även ger rätt att använda hjälpmedel i det sammanhanget, t.ex. fastspänning med bälte.

Vid en jämförelse med polisens verksamhet kan konstateras att befogenheten för polismän och viss annan personal att bruka våld enligt 24 kap. 2 § brottsbalken gäller utöver de föreskrifter som finns i polislagen (1984:387). Rikspolisstyrelsen har för polisens verksamhet utfärdat föreskrifter om särskilda hjälpmedel som får användas när personellt våld måste tillgripas med stöd av 10 § polislagen, t.ex. användning av handfängsel. Föreskrifterna har meddelats för att säkerställa att dessa hjälpmedel används med utomordentlig restriktivitet.

Av de granskningar som JO och Socialstyrelsen har gjort av psykiatrisk verksamhet framkommer enligt vår mening att tillämpningen av bestämmelsen om kvarhållningsrätten i 6 § LPT innefattar en uppenbar risk för att patienter utsätts för kränkning av de grundlagsskyddade fri- och rättigheterna. Detta beror framför allt på att det i LPT inte anges vilka tvångsåtgärder som får användas för att hindra patienten att lämna vårdinrättningen och för att upprätthålla ordningen och vilka förutsättningar som då skall vara uppfyllda. Vi anser därför frågan om befogenheten att använda tvång för att kvarhålla patienter och för att upprätthålla ordningen bör regleras närmare i LPT för att stärka rättssäkerheten. En sådan regel bör ge rätt att använda tvång för att tillgodose säkerheten i vården. Den bör ange förutsättningar inte bara för användningen av fysiskt tvång utan även för användningen av andra tvångsåtgärder. En reglering av särskilda tvångsåtgärder, t.ex. tvångsbehandling och fastspänning med bälte eller liknande anordning, som får användas vid utövande av kvarhållningsrätten bör således också ske i en sådan bestämmelse.

I kapitel 8 redovisar vi förslag om vissa ändringar i de bestämmelser som reglerar möjligheten att överföra patienter som är intagna för frivillig vård till tvångsvård, s.k. konvertering. Vårt förslag innebär att endast chefsöverläkaren eller annan läkare med specialistkompetens i psykiatri skall få besluta om konvertering. Detta förutsätter att patienter kan kvarhållas på vårdinrättningen tills frågan om intagning för tvångsvård har avgjorts. När en konvertering blir aktuell under jourtid bör patienten således efter beslut av tjänstgörande läkare kunna hindras att lämna vårdinrättningen i avvaktan på att bakjouren kan kontaktas och beslut fattas i frågan. De ändringar vi föreslår i de bestämmelser som reglerar rätten att kvarhålla patienter bör tillgodose att frågan om intagning för tvångsvård kan prövas på ett tillfredsställande sätt och att patientens rättssäkerhet stärks.

Vi vill betona att hälso- och sjukvården bör vara organiserad på sådant sätt och ha sådana rutiner att kvarhållningsbeslut kan fattas snarast efter det att patienten har ankommit till sjukvårdsinrättningen. Beslut kan fattas av tjänstgörande läkare vid den mottagning till vilken patienten har förts med vårdintyg eller där vårdintyg senare har utfärdats, vilken nödvändigtvis inte behöver vara den sjukvårdsinrättning där intagning skall ske. Hälso- och sjukvården förutsätts också ha en sådan jourorganisation att bakjouren kan infinna sig med kort varsel för undersökning av patienten och prövning av frågan om intagning för tvångsvård.

De krav som enligt 2 § och 2 a § HSL ställs på att den enskilda människans integritet och värdighet skall respekteras i vården gäller även vid genomförande av undersökningar för vårdintyg och intagning för tvångsvård. Vid ett frihetsberövande enligt LPT ställs det enligt vår mening höga krav på formerna för intagningsförfarandet. Det innebär bl.a. att alla nödvändiga åtgärder bör vidtas för att undersökningen skall kunna genomföras med minsta möjliga kränkning av den enskilde. Av lagförarbetena framgår att en undersökning för vårdintyg i första hand skall utföras i patientens bostad eller där patienten annars vistas och att patienten får föras till en sjukvårdsinrättning för undersökning endast om det finns särskilda skäl. Hälso- och sjukvården kan således behöva göra sådana omdispositioner i planerad verksamhet att tjänstgörande läkare kan besöka en patient i bostaden eller där han vistas för att pröva frågan om utfärdande av vårdintyg. Vi vill också betona att hälso- och sjukvården och lokal polismyndighet bör diskutera formerna för polisens medverkan, t.ex. beträffande förutsättningarna för att polisen skall kvarstanna på vårdenheten tills tjänstgörande läkare har avgjort frågan om patienten skall kvarhållas.

6.4.2 Rätt för privat verksamma läkare att få biträde av polis

En läkarundersökning för vårdintyg bör så långt som möjligt genomföras i samråd med patienten och utan användning av våld. Läkare som är privat verksamma får utföra en sådan undersökning endast om den kan genomföras med patientens samtycke. Läkare i allmän tjänst har befogenhet att omhänderta patienten och rätt att få biträde av polis, om patienten inte samtycker till undersökningen.

Läkaren har dock inte själv rätt att bruka våld för att genomföra undersökningen. Bedömningen om våld skall tillgripas är uteslutande en fråga för polisen. Det kan därför ifrågasättas om rätten att få biträde av polis vid läkarundersökning för vårdintyg kan anses vara en åtgärd som innebär sådan myndighetsutövning att polisen skall vara skyldig att

lämna biträde endast på begäran av läkare i allmän tjänst.

Enligt vår uppfattning består myndighetsutövningen i dessa fall primärt av läkarens beslut att genomföra undersökningen för vårdintyg utan patientens samtycke. Vi anser inte att det finns tillräckliga skäl för att privat verksamma läkare i allmänhet skall få utföra sådana undersökningar i fall där patienten inte samtycker till att bli undersökt.

Vid kommunala entreprenader inom hälso- och sjukvården är det inte tillåtet att överlämna uppgifter som innebär myndighetsutövning. Detta måste särskilt beaktas när t.ex. verksamheten vid en vårdcentral läggs ut på en privat vårdgivare. En överenskommelse mellan ett landsting och en privat vårdgivare kan således inte avse undersökningar för vårdintyg som skall genomföras utan patientens samtycke och med biträde av polis. För att en undersökning för vårdintyg skall kunna genomföras i fall där patienten inte samtycker till undersökningen måste därför landstingets läkare anlitas.

Problemet är enligt vår mening inte negligerbart, särskilt inte när det gäller de tätbefolkade områdena. Av den förfrågan som Landstingsförbundet gjort hos sjukvårdshuvudmännen framkommer också att de aktuella bestämmelserna i LPT och LRV anses innebära problem när vårdavtal skall träffas med privata vårdgivare. Vi anser därför att beslut om omhändertagande av den som skall undersökas för vårdintyg även bör få fattas av legitimerad läkare som enligt avtal mellan ett landsting och en privat vårdgivare skall utföra undersökningar för vårdintyg. En sådan läkare skall också ha rätt att få biträde av polis för att genomföra en sådan undersökning. Vårt förslag innebär bl.a. att legitimerade läkare anställda hos en privat vårdgivare som enligt avtal med ett landsting svarar för driften av en vårdcentral eller en psykiatrisk öppenvårdsmottagning får möjlighet att besluta om omhändertagande och rätt till biträde av polis när det är aktuellt att utfärda vårdintyg, om det ingår i avtalet att utföra undersökningar för vårdintyg.

Av 3 § tredje stycket HSL följer att ett landsting bör kunna träffa sådana överenskommelser inte bara med bolag och andra juridiska personer som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet utan även med enskilda läkare som är privat verksamma.