

6 Privata entreprenörer med myndighetsutövning utanför hälso- och sjukvården

6.1 Socialtjänsten

SoL har som tidigare framgått i 2 kap. 5 § en parallell bestämmelse till de i 3 § tredje stycket och 18 § sista stycket HSL. Kommunen får alltså sluta avtal med annan om att utföra uppgifter inom socialtjänsten. Genom ett sådant avtal får en kommun också tillhandahålla tjänster åt en annan kommun. Uppgifter som innebär myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

SoL är huvudlagen på socialtjänstens område. Kompletterande bestämmelser finns i tvångslagen för unga, LVU, och i tvångslagen för missbrukare, LVM. 2 kap. 5 § SoL gäller därför även för tvångsvården inom socialtjänsten.

7 kap. i SoL ger föreskrifter om enskild verksamhet. Enligt 1 § får rättssubjekt som nämns i 2 kap. 5 § inte utan tillstånd av länsstyrelsen yrkesmässigt bedriva verksamhet i form av hem för vård eller boende, särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor och bostäder med särskild service åt människor med funktionshinder, hem för viss annan heldygnsvård samt hem eller öppen verksamhet för en begränsad del av dygnet. Tillstånd behövs dock inte för sådan verksamhet som kommunen genom avtal enligt 2 kap. 5 § överlämnat till en enskild att utföra.

Förbudet för enskild att inte utan tillstånd bedriva verksamhet i angivna former gäller yrkesmässigt bedriven verksamhet. Med

yrkesmässigt menas att verksamheten bedrivs kontinuerligt och i förvärvssyfte.

Tillstånd att bedriva sådan enskild verksamhet som avses i 7 kap. 1 § får beviljas endast om verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet och får förenas med villkor som har sådan betydelse.

Det finns inga regler som gör åtskillnad mellan vård i frivilliga former och vård enligt LVU när det gäller tillstånd att driva hem för vård eller boende. Behovet av hem för vård av missbrukare enligt LVM och av hem för vård av unga som kräver noggrann tillsyn enligt LVU tillgodoses emellertid av staten med Statens institutionsstyrelse som central förvaltningsmyndighet.

Länsstyrelsen har enligt 13 kap. 3 § SoL tillsyn över *såväl* enskild verksamhet som kräver tillstånd enligt 7 kap. 1 § och verksamhet som kommunen överlämnat genom avtal till en enskild att utföra *som* annan enskild verksamhet som kommunen upphandlar tjänster från för att fullgöra skyldigheter enligt SoL. Bestämmelserna i SoL om dokumentation m.m. gäller i tillämpliga delar i enskild verksamhet som står under länsstyrelsens tillsyn.

På *länsstyrelsen i Stockholm* län uppger man att styrelsen år 2001 hade lämnat 85 tillstånd till privat verksamhet, varav 40–45 tillstånd avsåg vård av missbrukare och vuxna psykiskt funktionshindrade och ett 20-tal gällde dagverksamheter. Ett villkor för tillstånd var att man på hemmet hade en personaluppsättning som var tillräckligt kvalificerad för att vårda den typ av vårdtagare som man tänkte ta emot.

Utredningen om sjukvårdsupphandling har i sitt betänkande (SOU 1999:149) beskrivit omfattningen av alternativa driftformer inom kommunerna. Med hänsyn till inriktningen på sitt arbete redovisas enbart hälso- och sjukvårdstjänster och tjänster rörande allmän omvårdnad som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård. Man konstaterar att omfattningen av alternativa driftsformer är förhållandevis stor inom individ- och familjeomsorgen. Inom området för missbruksvård för vuxna beräknas andelen insatser som kan hänföras till alternativ drift till 43 procent. Inom området barn och ungdom beräknas 70 procent av insatserna bedrivas av annan än kommunen.

Samma eller liknande siffror redovisas av *Svenska kommunförbundet* i rapporten *Konkurrens för fortsatt välfärd? – om förekomst, omfattning, effekter och erfarenheter av konkurrensutsättning och alternativa driftsformer*.

Kommittén Välfärdsboks slut redovisar i delbetänkandet (SOU 2000:3) *Välfärd vid vägskalet – Utvecklingen under 1990-talet* att nästan 60 % av hemmen för vård eller boende drivs av enskilda ägare, det vill säga aktiebolag, handelsbolag och enskilda firmor. Antalet platser på privat drivna institutioner har mer än fördubblats mellan 1990 och 1999, medan antalet platser på offentligt drivna institutioner har minskat med drygt 70 %.

I Stockholms stads projekt ”*Socialtjänst på entreprenad*” (se ovan avsnitt 4.3.4) konstateras att det finns ett stort intresse för att avknoppa och starta eget hos personalen inom socialtjänstområdet.

Liksom inom hälso- och sjukvården har det således under senare år skett en stark utveckling inom socialtjänsten mot att lämna över delar av socialtjänsten till privata entreprenörer. Detta har framför allt gällt institutionsvården, som i betydande utsträckning drivs eller har drivits av privata huvudmän, inte sällan i bolagsform. Statsmakternas stöd för en fortsatt utveckling mot att överlämna delar av den öppna socialtjänsten till privata entreprenörer har dock inte varit lika starkt som inom hälso- och sjukvården. I stället har kritiken inte sällan varit hård, när den politiska majoriteten i enskilda kommuner, som t.ex. tidigare i Stockholm, har uttalat planer på att överlämna mesta möjliga socialtjänst till privata händer.

Som har redovisats i avsnitt 4.3.3 har JO i ett beslut år 2001 konstaterat att bestämmelsen om lagstöd för att överlämna en uppgift som innebär myndighetsutövning tar sikte på hela handläggningen av ett ärende och att därför de utredningsuppdrag som var aktuella i ärendet inom socialtjänsten inte kunnat överlämnas till ett bolag eller annat privat rättssubjekt. En delvis anorlunda tolkning av rättsläget görs av Stockholms stad med stöd av kartläggningen i Projektet Socialtjänst på entreprenad (se avsnitt 4.3.4).

6.2 Stöd och service till vissa funktionshindrade

Bestämmelser om insatser för särskilt stöd och särskild service åt personer med utvecklingsstörning m.fl. finns i en lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Varje landsting skall enligt LSS svara för rådgivning och annat personligt stöd som ställer krav på särskild kunskap om problem och livsbetingelser för människor med stora och varaktiga funktionshinder. Varje kommun skall enligt LSS svara för olika andra insatser som biträde av personlig assistent, avlösarservice och korttidsvistelse utanför det egna hemmet, ledsagarservice, boende i familjehem eller bostad med särskild service för vuxna m.m.

Enligt 23 § LSS får en enskild person inte utan tillstånd av länsstyrelsen yrkesmässigt bedriva verksamhet med bl.a. korttidsvistelse, boende i familjehem och bostad med särskild service för barn eller ungdomar eller vuxna. Enskild verksamhet står under tillsyn av nämnd i kommun eller landsting, och den som är eller varit verksam inom yrkesmässigt bedriven verksamhet är underkastad tystnadsplikt.

6.3 Skolväsendet

Inom skolväsendet förekommer privat verksamhet numera i tämligen betydande utsträckning. Regelsystemet inom skolväsendet är omfattande. Här kan endast vissa huvuddrag anges såsom de framgår av skollagen (1985:1100).

Allmänna föreskrifter i (1 kap.)

Det allmänna anordnar utbildning för barn och ungdomar i form av förskoleklass, grundskola och gymnasieskola samt vissa motsvarande skolformer, nämligen särskola (för utvecklingsstörda), specialskola (för döva och hörselskadade) och sameskola. Dessa skolformer bildar det offentliga skolväsendet.

Det allmänna anordnar också pedagogisk verksamhet i form av förskoleverksamhet och skolbarnomsorg.

Alla barn och ungdomar skall ha lika tillgång till utbildning i det offentliga skolväsendet. Utbildningen skall inom varje skolform vara likvärdig, varhelst den anordnas i landet. I de allmänna föreskrifterna anges vidare bl.a. att verksamheten i skolan skall utformas i överensstämmelse med grundläggande demokratiska värderingar.

Kommunerna är huvudmän för förskoleklassen och grundskolan, kommuner och landsting för gymnasieskolan. Staten är huvudman för specialskolan och sameskolan.

För vuxna anordnar det allmänna utbildning i form av kommunal vuxenutbildning, vuxenutbildning för utvecklingsstörda och svenskundervisning för invandrare. Dessa utbildningar bildar det offentliga skolväsendet för vuxna.

Förskoleverksamhet och barnomsorg (2 a kap.)

Varje kommun svarar för att barn som är bosatta i Sverige och stadigvarande vistas i kommunen erbjuds förskoleverksamhet och skolbarnomsorg. Verksamheterna kan också anordnas av enskilda.

Enligt 2 kap. 5 § andra stycket får kommunen sluta avtal med någon annan om att utföra kommunens uppgifter inom förskoleverksamheten och skolbarnomsorgen. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får inte med stöd av denna bestämmelse lämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Förskoleverksamhet och skolbarnomsorg skall tillhandahållas i den omfattning det behövs med hänsyn till föräldrarnas förvärvsarbete eller studier eller barnets eget behov. En rad särskilda bestämmelser om barnens ålder och förhållanden reglerar verksamheterna.

Om ett enskilt rättssubjekt yrkesmässigt vill driva en förskola eller ett fritidshem skall det ha tillstånd till detta av kommunen. Tillstånd får beviljas endast om verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet. Enskild verksamhet står under tillsyn av den kommun där verksamhet bedrivs. Den som är eller varit verksam inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet har tystnadsplikt.

Förskoleklassen (2 b kap.)

Den kommun där barnet är bosatt skall anvisa plats i förskoleklassen från och med höstterminen det år då barnet fyller sex år. I 2 § tredje stycket finns bestämmelser som helt motsvarar de för förskoleverksamhet och skolbarnomsorg i 2 a kap. 5 § andra stycket. Det finns också bestämmelser om att enskilda yrkesmässigt får bedriva utbildning som motsvarar förskoleklassen, om utbildningen är godkänd av Statens skolverk. Utbildningen står under tillsyn av kommunen eller, om det är fråga om fristående skolor (se nedan) av Statens skolverk. Också här gäller bestämmelser om tystnadsplikt.

Skolplikt och motsvarande utbildning (3 kap.) samt gymnasieskolan (5 kap.)

Alla barn i landet har skolplikt fr.o.m. det år de fyller sju år och t.o.m. det år de fyller 16 år. Skolplikten motsvaras av en rätt att få utbildning inom det offentliga skolväsendet för barn och ungdom. Skolplikten fullgörs i grundskolan, särskolan eller specialskolan.

Utbildning inom det offentliga skolväsendet som är avsedd att påbörjas av ungdomar efter avslutad grundskoleutbildning är gymnasieskolan. Utbildningen utgörs av nationella program, specialutformade program och individuella program. Varje kommun är skyldig att erbjuda utbildning på bl.a. nationella program för ungdomar som slutfört sista årskursen i grundskolan med vissa godkända betyg. Landstingen får anordna utbildning på sådana nationella program som avser naturbruk och omvårdnad.

Fristående skolor (9 kap.)

Skolplikt får fullgöras i en fristående skola, om skolan är godkänd enligt vissa regler. Dessa innebär bl.a. att den fristående skolans utbildning ger kunskaper och färdigheter som till art och nivå väsentligen svar mot de kunskaper och färdigheter som grundskolan, särskolan respektive specialskolan skall förmedla. Sedan en godkänd, fristående skola som motsvarar grundskolan eller särskolan förklarats berättigad därtill av Statens skolverk lämnas bidrag för varje elev av hemkommunen.

Likartade regler om bidrag gäller för fristående skolor som ger utbildning motsvarande gymnasieskolan.

Fristående skolor skall i fråga om sin utbildning för skolpliktiga elever stå under tillsyn av Statens skolverk och vara skyldiga att delta i den uppföljning och utvärdering av skolväsendet som genomförs av Skolverket. Motsvarande gäller för fristående skolor som får bidrag för gymnasieutbildning.

6.4 Arbetsförmedling och arbetsmarknadspolitiska program

För den offentliga arbetsförmedlingen, som är avgiftsfri, gäller vissa allmänna föreskrifter i förordningen (2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamheten. Privat arbetsförmedling var länge förbjuden i lag. Numera gäller bestämmelserna i lagen

(1993:440) om privat arbetsförmedling och uthyrning av arbetskraft. Lagen innebär bl.a. förbud mot att ta emot ersättning av arbetssökande eller arbetstagare för att erbjuda eller anvisa dem arbete. Den som förmedlar eller hyr ut arbetskraft får sålunda ta betalt endast av arbetsgivare eller beställare. Den myndighets-tillsyn som Arbetsmarknadsstyrelsen (AMS) tidigare utövade har slopats.

Den arbetsmarknadspolitiska verksamheten innefattar en rad program, och olika slag av statsbidrag kan utgå till arbetsgivare som genom särskilda insatser medverkar till att öka sysselsättningen. Enligt lag (2000:625) om arbetsmarknadspolitiska program syftar programmen till att stärka den enskildes möjligheter att få eller behålla ett arbete. Den arbetsgivare eller anordnare av ett arbetsmarknadspolitiskt program som mottagit stöd skall enligt 6 § ge AMS eller den myndighet som AMS utser tillfälle att granska den verksamhet som bedrivs och lämna de uppgifter som behövs för att granskningen skall kunna utföras.

6.5 Några slutsatser

På alla de områden som behandlas i översikten och som ligger tämligen nära hälso- och sjukvården kan stora delar av den offentliga verksamheten överlämnas till privata rättssubjekt. Detta har också skett i betydande utsträckning, särskilt under senare år. Regelsystemet är mestadels likartat det som gäller inom hälso- och sjukvården med krav på avtal med den offentliga huvudmannen eller godkännande av denne, och den privata verksamheten är underkastad tillsyn av offentlig myndighet eller huvudman.

RF:s bestämmelse att offentlig uppgift som innebär myndighetsutövning inte utan särskilt lagstöd får överlämnas till privat juridisk eller fysisk person finns återgiven inte bara i HSL utan också i SoL och i skollagen. Bestämmelsen verkar dock inte vara överförd till speciallagsstiftningen efter någon närmare analys av vad som på varje område kan innefattas i begreppet myndighetsutövning. Det finns emellertid anledning att tro att begreppet

har tolkats relativt snävt vid tillkomsten av specialbestämmelserna.

Det kan dock ifrågasättas om inte förbudet mot myndighetsutövning på de flesta specialområdena egentligen hade fordrat att verksamhet som överlämnats i privata händer getts tydligare lagstöd när det gäller vissa inslag av myndighetskaraktär. Å andra sidan kan det hävdas att inslaget av offentlig kontroll inte sällan är starkt också när det gäller offentliga uppgifter som överlämnats till enskilda rättssubjekt. Det är följaktligen inte troligt att det finns några mer betydande risker för rättsförluster för dem som berörs av verksamheten. Varningstecken är dock de fall av vanvård och övergrepp på privata äldreboenden och vårdhem som har rapporterats under senare år. De har bl.a. resulterat i en särskild Lex Sarah, nu i 14 kap 2 § SoL – se avsnitt 5.1 under socialtjänstlagen.

7 Undersökningen för vårdintyg

Som en bakgrund till ställningstagandena i fortsättningen skall här göras en kort sammanfattning av vad en undersökning för vårdintyg innebär när det gäller såväl den mer renodlade medicinska bedömningen som övriga rättsliga förutsättningar för tvångsvård. I fråga om beskrivningen av den medicinska bedömningen har jag fått hjälp av psykiatrisk expertis. Sammanfattningen av övriga rättsliga förutsättningar bygger på förarbetena till nuvarande lagstiftning.

7.1 Den medicinska bedömningen

En läkares uppgift är att i mötet med sin patient skapa optimala förutsättningar för en god fortsatt vård om sådan bedöms nödvändig. Detta gäller vid alla professionella möten i sjukvården oavsett sjukdomstillstånd.

När det gäller patienter med psykisk ohälsa kan det inträffa att vederbörande inte förstår sitt behov av vård. Läkares uppgift blir då att göra en samlad bedömning av om den undersökte lider av en så allvarlig psykisk störning att – trots att patienten själv aktivt motsätter sig vård – han eller hon oundgängligen är i behov av sådan psykiatrisk vård som ges efter intagning på en sjukvårdinrättning.

De yttre ramarna och förutsättningarna för en vårdintygsbedömning skiljer sig från många andra möten inom hälso- och sjukvården genom att det vanligen inte är vare sig påkallat eller önskat av den misstänkt sjuke. Platsen för mötet kan likaledes

variera, vilket också kan påverka förutsättningarna för att kunna etablera en lugn och förtroendefull kontakt med den som skall undersökas.

En vårdintygsbedömning är alltid en grannliga uppgift särskilt som det kan vara den undersöktes första kontakt med den psykiatriska vården. Den helhetsbild som läkaren skall ha som grund för sin bedömning skall dels bygga på den aktuella sjukhistorien (anamnesen) som ges av den undersökte själv (s.k. subjektiv anamnes) men även av andra viktiga närstående (s.k. objektiv anamnes) samt den undersöktes aktuella psykiska och kroppsliga tillstånd (psykiskt och somatiskt status presens).

I den samlade bedömningen skall också ingå ett resonemang om vad det hela kan röra sig om (preliminär diagnos) samt om möjligt vad som kan ha orsakat och utlöst tillståndet (möjlig etiologi).

Vid en *psykiatrisk bedömning* skall läkaren ta ställning till om eventuella psykiska avvikelser (symtom) kan hänföras till ett bestämt sjukdomstillstånd (diagnos) eller inte. Exempel på vad som ingår i denna bedömning är den undersöktes allmänna uppträdande, bl.a. om han eller hon är ordnad till tid, rum, person och situation, verkar påverkad av droger eller på annat sätt har sänkt vakenhetsgrad liksom om den undersöktes grundstämning är sänkt eller förhöjd. Exempel på andra viktiga inslag i bedömningen är om patienten har ångest eller andra svårigheter att styra sina känslor (affektlabilitet) liksom hur tankeinhåll och förlopp förefaller påverkade samt om patienten eventuellt har hallucinatoriska upplevelser (s.k. perceptionsstörningar).

I den samlade psykiatriska bedömningen ingår även att ta ställning till om iakttagna symtom har en psykotisk valör, det vill säga upplevelsena saknar reell verklighetsförankring, och om den undersökte har insikt om detta eller inte. Slutligen måste en riskbedömning göras av hur det psykiska sjukdomstillståndet kan påverka den undersökte att skada sig själv eller andra.

7.2 Övriga rättsliga förutsättningar för tvångsvård

Skulle läkaren finna att patienten sannolikt lider av en allvarlig psykisk störning, ingår det i vårdintygsbedömningen att avgöra om det finns sannolika skäl för att också övriga förutsättningar för tvångsvård är uppfyllda. Hit hör att patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård.

Att vårdbehovet skall vara både oundgängligt och omöjligt att tillgodose på annat sätt än genom intagning innefattar krav på noggrann utredning av tänkbara alternativa vård- och omsorgsformer i varje särskilt fall. Utgångspunkten måste vara att också psykiska störningar som är allvarliga skall kunna komma i fråga för behandling inom den öppna psykiatriska verksamheten.

För att avgöra detta bör läkaren snabbt kunna skapa sig en bild av vilka stödfunktioner som finns runt patienten, t.ex. från kommunens sida. Ett lämpligt utformat stöd från socialtjänsten när det gäller andra än rent hälsomässiga förhållanden kan på ett avgörande sätt bidra till att man kan undvika en intagning på en sjukvårdsinrättning. Läkaren måste också kunna bedöma hur en förändrad medicinering skall kunna påverka tillståndet utan att patienten läggs in för vård.

Skulle läkaren herefter komma fram till att patientens vårdbehov sannolikt inte kan tillgodoses inom den öppna psykiatriska vården, skall läkaren slutligen avgöra om patienten motsätter sig en sådan kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård som oundgängligen krävs eller om det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke. I det senare avseendet gäller det att söka bedöma om patienten till följd av sitt psykiska tillstånd överhuvud taget inte kan uttala någon uppfattning i frågan eller om det på grund av tidigare erfarenheter av patienten är sannolikt att patienten inte frivilligt kommer att sköta sin behandling på ett tillfredsställande sätt.

8 Tvångsundersökning och biträde av polis - fakta och synpunkter

8.1 En allvarlig kränkning

När den nya tvångslagstiftningen kom till 1992 hyste man stora förhoppningar om att de ibland brutala inslagen i den gamla psykiatriska tvångsvården skulle försvinna och ersättas av ett mer inkännande bemötande av människor med allvarliga psykiska störningar som måste tas om hand mot sin egen vilja. Socialberedningen, vars förslag låg till grund för LPT, lade stor vikt vid att beskriva hur man från psykiatrins och polisens sida borde gå till väga för att så mycket som möjligt avdramatisera och minimera den i sig allvarliga kränkning det alltid innebär att omhänderta någon för vård mot hans eller hennes egen vilja. Omhändertagandet skulle så långt möjligt ske med vårdens egen personal och först i sista hand skulle man anlita hjälp av polisen. Beredningen valde i sitt lagförslag medvetet att använda uttrycket biträde av polis i stället för det gamla begreppet polishandräckning som för tanken till mer repressiva inslag i polisverksamheten.

Regering och riksdag ställde sig bakom socialberedningens tankar i detta avseende, och i prop.1990/91:58 framhölls bl.a. att det självklart var ytterst angeläget att ett omhändertagande för undersökning genomförs så hänsynsfullt och skonsamt mot patienten som omständigheterna medger i det enskilda fallet. Det bör så långt som möjligt vara personal från primärvården eller den psykiatriska verksamheten som ombesörjer omhändertagandet. Många gånger kan det vara lämpligt att personalen tar till sin hjälp personer från socialtjänsten eller andra människor som pa-

tienten känner sedan tidigare och har förtroende för. Det framhölls vidare i propositionen att det inte är tillåtet för vårdpersonal att utöva våld mot patienten i detta sammanhang. Om det blir nödvändigt får polis anlitas. Men om polisen måste anlitas bör naturligtvis vårdpersonalen vara närvarande vid omhändertagandet.

Förhoppningarna om ett sådant hänsynsfullare och mindre kränkande omhändertagande verkar inte ha infriats, i varje fall långtifrån överallt. Tvångspsykiatrikommittén redovisar i sitt betänkande (SOU 1998:32, s. 215 f.) en enkätundersökning hos ett antal polismyndigheter av vilken det bl.a. 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.

Enkäten bekräftas av uppgifter från Riksförbundet Social och Mental Hälsa (RSMH), som uppger för denna utredning att det är relativt vanligt att uniformerad polis omhändertar patienterna. Man framhåller där också att tvångsundersökning jämte tvångsmedicinering för patienterna framstår som den allvarligaste kränkningen. Denna kränkning kan t.o.m. vara värre än själva tvångsintagningen på sjukhus, eftersom man ju då ofta redan befinner sig i sjukhusmiljö.

Enligt uppgifter under utredningen är det i vart fall på sina håll i det närmaste regel att polis används för att verkställa ett beslut om tvångsundersökning. Någon åtskillnad mellan beslutet att mot patientens vilja göra en undersökning för vårdintyg och beslutet att begära biträde av polis görs uppenbarligen inte alltid. Det är också vanligt att man trots den nya lagens beskrivning av åtgärden, helt visst med stöd av formuleringar i propositionen, talar om polishandräckning.

I vissa delar av landet förekommer det att en läkare som är obehörig att begära biträde av polis efter att ha skrivit vårdintyg skickar in detta med fax eller på annat sätt till den psykiatriska vården, varefter en psykiater där beslutar om polishämtning.

Motivet anges vara att det ju bara är polisen som får utöva våld. Kan man å andra sidan förmå patienten att komma till sjukhuset frivilligt, menar man att det egentligen inte föreligger skäl för tvångsvård. Annorlunda förhöll det sig på LSPV:s tid, säger man, då tvångsvård kunde tillgripas oberoende av samtycke.

JO har uppmärksammat rätten till biträde av polis i dessa sammanhang. JO (Kerstin André) har bl.a. i ett beslut den 20 september 1999, som har översänts till Socialdepartementet för kännedom, behandlat begäran om polishandräckning enligt 47 § LPT. I detta konstaterar hon att en åtgärd av ifrågavarande slag utgör ett stort ingrepp i den personliga integriteten. Hon refererar ett tidigare JO-beslut i vilket det framhålls att anlitande av polismyndighet för en åtgärds genomförande endast bör komma i fråga då det finns grundad anledning att anta att de särskilda tvångsbefogenheter som handräckningsinstitutet innefattar är påkallade för åtgärdens genomförande. Det kan således inte komma i fråga att anlita polismyndighet för en transport endast under hänvisning till att det föreligger praktiska svårigheter för en sjukvårdsinrättning att själv svara för transporten. Sjukvårdens företrädare måste också beakta vilka konsekvenser en begäran om handräckning kan få för patienten, nämligen att som i förevarande fall behöva bli intagen i häkte.

JO antecknar vidare i beslutet att det av 6 § HSL följer att respektive landsting ansvarar för att det finns en fungerande organisation för transporter av patienter mellan vårdenheter och att hälso- och sjukvården alltså normalt själv skall ordna med sådana. Det gäller även vid transporter av patienter som är intagna enligt LPT. I vissa fall kan det dock av rättssäkerhetsskäl finnas anledning att kontakta polisen i frågan om polismedverkan, vilket dock är något annat än att begära polishandräckning.

Frågan om polisens uppgifter när det gäller bl.a. den psykiatriska tvångslagstiftningen har varit uppe till diskussion och utredning i olika sammanhang. I betänkandet (SOU 1993:60) Polisens rättsliga befogenheter föreslog Polisrättsutredningen att de skulle åligga polismyndigheten att pröva en begäran om handräckning. En begäran om handräckning skulle således kunna

avslås om det var uppenbart att den sökande myndigheten inte hade behov av en sådan. Utredningen framhöll att polishandräckning borde begränsas framför allt till åtgärder som kan kräva våldsanvändning. För att kunna avslå en begäran måste det dock enligt utredningen finnas mycket starka skäl.

Liknande tankar framfördes av Polisverksamhetsutredningen i delbetänkandet (SOU 2001:87) Mot ökad koncentration – Förändring av polisens verksamhet. Utredningen framhöll i detta att man hade tagit till sig av den kritik som har framförts från polisen om att myndigheter i alltför hög utsträckning använder sig av polisen för uppgifter som inte kan motiveras utifrån polisens särskilda kompetens och befogenhet att bruka våld.

Polisverksamhetsutredningen ville dock gå ett steg längre än Polisrättsutredningen och förordade att det vid en begäran om biträde skall åligga den begärande myndigheten att visa på konkreta omständigheter som gör det antagligt att biträde krävs av polisen för att uppgiften skall kunna utföras. Förelåg enligt polisens bedömning inte sådana omständigheter skulle begäran kunna avslås. Utredningen framhöll att det viktiga är att polisen ges en möjlighet att avslå en obefogad begäran och därigenom kunna bestämma över sina resurser.

I ett senare delbetänkande (SOU 2002:70) Polisverksamhet i förändring redovisar Polisverksamhetsutredningen att förslaget har avvisats av en rad remissinstanser, bl.a. Socialstyrelsen och Svenska Kommunförbundet, medan man särskilt på polishåll ställt sig positiv till förslaget. Rikspolisstyrelsen anförde i remissen bl.a. att polisens biträde i vissa typer av ärenden i många fall består av ren transporttjänst som inte kräver polisens särskilda kunskap.

Eftersom uppgifterna gick isär bland remissinstanserna om obefogade handräckningar förekom eller inte, inhämtade Polisverksamhetsutredningen information från samtliga 21 polismyndigheter om deras arbetsuppgifter beträffande handräckning. Av denna framgick det att de vanligaste handräckningsärendena var biträde enligt LVM, LVU, LPT och i viss mån LRV. 19 polis-

myndigheter uppgav att det förekommit handräckningsåtgärder som bedömts vara obefogade utifrån behovet av polisens särskilda kompetens eller befogenhet att använda våld. Av dessa ansåg 8 polismyndigheter att en stor andel av de begärda handräckningarna hade framstått som obefogade.

Polisverksamhetsutredningen föreslår nu i stället i det senare delbetänkandet att det skall införas bestämmelser i LVM, LVU, LPT och LRV om att begäran om biträde inte skall få göras förrän försök gjorts att genomföra åtgärden utan biträde av polismyndigheten. Ett sådant försök behöver dock inte göras om det av omständigheterna framgår att ett sådant försök kan antas vara utsiktslöst. Utredningen föreslår vidare att när en begäran om biträde av polismyndigheten görs, skall den åtföljas av en redogörelse av vilka försök som har gjorts för att genomföra åtgärden. Om ett genomförande av åtgärden utan biträde av polismyndigheten bedöms vara utsiktslöst, skall de omständigheter som ligger till grund för bedömningen redovisas. Slutligen föreslår utredningen att när en polismyndighet lämnar biträde skall personal från den som begär biträde eller från socialtjänsten medverka.

Som skäl för det nya förslaget anger utredningen bl.a. att en polisman normalt sett inte torde besitta den kunskap som kan antas krävas för att t.ex. överpröva läkares beslut om huruvida en person på grund av sitt sjukdomstillstånd kan befaras bli våldsam. Dessutom finns det en risk för att beslutsfattandet hos polisen när det gäller en handräckningsbegäran skulle bli mer tidsödande än det är i dag och att det också finns en risk för att den tid man eventuellt sparar in på att kunna avslå en handräckningsbegäran som man bedömer saknar fog går åt till själva beslutsfattandet.

Polisverksamhetsutredningens delbetänkande SOU 2002:70 har remissbehandlats. Rikspolisstyrelsen och de olika polismyndigheterna har i huvudsak ställt sig positiva till utredningens förslag. Ett antal andra remissinstanser som t.ex. Justitieombudsmannen, domstolar, myndigheter och kommuner har en mer avvisande hållning till förslagen. Flera remissinstanser har fram-

fört att de nu gällande bestämmelserna om biträde av polis bör kompletteras på sådant sätt att det av lagtexten mer tydligt framgår i vilka situationer biträde kan begäras. Det har dock bl.a. ifrågasatts om det framlagda förslaget inte innebär en onödig och icke avsedd skärpning av förutsättningarna för att begära handräckning i förhållande till hur de nu gällande bestämmelserna är avsedda att tillämpas (Justitieombudsmannen). Några remissinstanser anförde även att utredningens förslag om att vårdpersonal bör medfölja vid transporter som ombesörjes av polisen, är alltför kategoriskt och att möjligheter till undantag måste finnas. Polisverksamhetsutredningens delbetänkande bereds när detta skrivs i regeringskansliet.

En slutsats i detta sammanhang är att dagens verklighet ofta tycks befinna sig långt från den inledningsvis återgivna beskrivningen av hur ett omhändertagande för undersökning för vårdintyg skall gå till enligt statsmakterna och under vilka förhållande man skall begära biträde av polis. Detta är givetvis också ett förhållande som får betydelse när man skall bedöma förutsättningarna för att vidga kretsen av möjliga beslutsfattare i 4 § andra stycket respektive 47 § andra stycket punkt 1 LPT. En annan fråga det ställer är om regeln om biträde av polis i LPT bör kompletteras på det som Polisverksamhetsutredningen har föreslagit eller om det ur vårdens synpunkt finns andra möjligheter att komplettera lagstiftningen på ett sätt som säkerställer att tillämpningen överensstämmer med lagstiftarens vilja. Till detta återkommer jag i avsnitt 9.4.4.

8.2 Antalet tvångsundersökningar m.m.

Sverige låg ända in på 1980-talet högt i statistiken när det gäller psykiatrisk tvångsvård. Jämförelser med andra Nordiska länder pekade på att Sverige hade relativt sett dubbelt så många tvångsintagningar som Norge och hela 10 gånger så många som Danmark. Dessa skillnader var uppseendeväckande, även om man beaktar att olikheter i de skilda ländernas lagstiftningar gör att statistiska jämförelser sällan kan bli helt rättvisa. Också inom Sverige var skillnaderna i antalet tvångsomhändertaganden på-

fallande stora. Även om dessa förhållanden numera är historia är de ändå intressanta, eftersom de visar på de traditioner som dagens psykiatriska tvångsvård vilar på. Utvecklingen inom den psykiatriska vården i Sverige fram till i början av 1980-talet har speglats i Socialberedningens betänkande (SOU 1984:64) Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten, som låg till grund för den nuvarande lagstiftningen.

Under de två senaste decennierna har utvecklingen gått mot ett allt lägre antal tvångsomhändertaganden. Ännu i början av 1980-talet räknade man emellertid med ca 15 000 vårdtillfällen per år. Socialstyrelsen har i december 2001 överlämnat en rapport till Regeringen: Effekter av ändringar i de psykiatriska tvångsvårdslagarna. I denna uppskattar man med stöd av en samma år slutförd undersökning att omfattningen av psykiatrisk tvångsvård har stabiliserats på en nivå kring 6 000 vårdtillfällen per år. Det innebär att i snitt ca 16 personer omhändertas för psykiatrisk tvångsvård i Sverige varje dag året runt. Även om också vårdtiderna för tvångsvård blivit kortare – under fyra veckor i tre fjärdedelar av fallen – får antalet vårdtillfällen fortfarande betraktas som högt. Det vittnar också om att undersökningar för vårdintyg är relativt vanliga och att de regler som gäller för dessa dagligen har stor praktisk betydelse.

Socialstyrelsen redovisar också i sin rapport antalet tvångsvårdade patienter (inkl. konverterade, dvs. överförda från frivillig vård) efter hemortslän och per 100 000 invånare. Skillnaderna är fortfarande påfallande stora. Stockholms län hade relativt sett mest tvångsvård eller 45, medan Västmanlands län hade 7 och Gotlands län 5 fall per 100 000 invånare. Även om det finns starka skäl att tro att höga siffror delvis går att förklara med befolkningens sammansättning i storstadslänen, visar motsvarande siffror för Uppsala län och Skåne län, som båda redovisar 30 fall per 100 000 invånare och år, att det föreligger en betydande ojämnhet också mellan de mer tätbefolkade delarna av landet. För fullständighetens skull kan nämnas att Sörmlands, Kronobergs och Örebro län hade 37 fall, Gävleborgs län 38 och

Norrbottens län 35, medan Jämtlands län hade 11 tvångsvårdade patienter per 100 000 invånare.

Självfallet skall siffrorna var för sig betraktas med stor försiktighet – de är ofta för små för att man ska kunna dra några mer bestämda slutsatser för det enskilda länet. Men helhetsbilden pekar på en anmärkningsvärd ojämnhet, där förklaringar till skillnaderna även måste sökas i vårdideologi och den psykiatriska vårdens uppbyggnad i de olika länen. Även detta har givetvis betydelse när man skall bedöma vilka rättsregler som bör gälla bl.a. när det gäller behörigheten att omhänderta för undersökning för vårdintyg.

I Socialstyrelsens rapport uppges vidare att antalet vårdintyg som inte ledde till tvångsintagning under ett halvår uppgick till 662. Det innebär att årligen inte mindre än ca 1 300 vårdintyg eller drygt 18 procent inte leder till intagning. I åtskilliga fall beror detta säkerligen på att patientens psykiska störning kommit in i en ny fas när själva intagningen blir aktuell. Siffran tyder ändå på att vårdintyget många gånger varit förhastat eller bristfälligt. Socialstyrelsen, som konstaterar att siffran ökat kraftigt sedan en föregående studie år 1996/97, anser att detta kan tala för att vårdintygen godkänns i mindre omfattning därför att de skrivs på osäkra indikationer av läkare som är ovana vid vårdintygsbedömning. Det kan enligt styrelsen också tänkas att bedömningen när tvångsvård kan tillämpas blivit mer restriktiv.

Antalet fall då biträde av polis blir aktuellt för att genomföra en undersökning för vårdintyg eller för att efter en undersökning föra patienten till sjukhus är enligt uppskattningar under hand på Socialstyrelsen litet, kanske 5 procent av alla. Det innebär att det för att genomföra totalt ca 7 300 vårdintygsundersökningar kan ha krävts biträde av polis i mellan 350 och 400 fall per år. Om antagandet är riktigt, får detta också betraktas som en anmärkningsvärt hög siffra. Den tyder på att mycket återstår att göra innan man i vården kan sägas leva upp till de förväntningar som fanns vid nya tvångsvårdslagstiftningens tillkomst på hur ett omhändertagande för undersökning skall gå till.

8.3 Tillgången till läkare i allmän tjänst – regionala skillnader

Entreprenader är särskilt vanliga inom landstingen i Stockholms, Västra Götalands och Skåne län men också inom t.ex. Västmanlands län. De rättsliga frågor som har aktualiserats, bl.a. när det gäller kraven i LPT på att uppgifter skall fullgöras av läkare i allmän tjänst, har därför orsakat mest problem i dessa delar av landet. Det finns uppgifter om att det på sina håll förekommit att man ansett sig nödsakad att kringgå bestämmelserna genom att låta läkare i allmän tjänst utan egen kontakt med patienten sanktionera beslut som i realiteten tagits av läkare i enskild tjänst.

Förhållandena skiftar uppenbarligen starkt i olika delar av landet. Här är några exempel.

I centrala Stockholm där det finns god tillgång på psykiatrer är problemen inte så stora, även om man har upplevt att konsekvensen av att St:Görans akutsjukhus bolagiserades medan psykiatrin låg kvar hos landstinget var att psykiatrin fick rycka in och begära polishämtning därför att det privat drivna sjukhusets läkare var obehöriga. I Stockholms ytterområden och kranskommuner har problemen med obehöriga läkare på sina håll varit betydligt större.

I andra delar av landet, t.ex. i delar av Norrland, är det bristen på läkare, inte minst inom psykiatrin, som vållar större bekymmer. I Malmö är det övervägande psykiatrer som skriver vårdintyg, men bristen på psykiatrer inom regionen är mycket stor. I Västmanlands län, som satsat mycket på familjeläkarverksamhet i privat form, skrivs ca en tredjedel av vårdintygen av allmänläkare (det fanns 57 privata och 84 offentligt anställda allmänläkare år 2002) och resten av psykiatrer. I Helsingborg-Ångelholm är sjukhusen bolagiserade, men den psykiatriska verksamheten vid sjukhusen är satt under egen förvaltning, eftersom dess arbetsuppgifter innehåller myndighetsutövning. Detta leder till många praktiska problem.

Det bör också sägas att inhyrningen av privat verksamma läkare är stor även inom den psykiatriska vården. Det förekommer

t.o.m. att tjänsten som chefsöverläkare på en psykiatrisk klinik – som utövar ansvaret för de ledningsuppgifter som rör den psykiatriska tvångsvården – besätts med en tillfälligt inhyrd, privat verksam psykiater.

På Socialstyrelsens Tillsynsavdelning har man endast kännedom om några enstaka fall då läkare som arbetat på entreprenad för sjukvårdshuvudman överträtt sina befogenheter i samband med vårdintygsskrivande enligt LPT. Inte heller på HSAN har man funnit annat än något enstaka beslut som gällt ett sådant fall. Man antar dock att polishämtning felaktigt kan ha förekommit i åtskilliga fall som aldrig anmälts bl.a. beroende på att man inte känt till bestämmelserna.

9 Överväganden och förslag

9.1 Myndighetsutövning

Förslag: Frågan om vad som skall innefattas i begreppet myndighetsutövning bör utredas närmare i lämpligt sammanhang.

Då bör också prövas vilka slags offentliga uppgifter i första hand inom vården och omsorgen som inte bör få överlämnas till privaträttsliga subjekt utan särskilt lagstöd.

Nuvarande regler infördes 1993 om att ett landsting respektive en kommun får sluta avtal med annan om att utföra de uppgifter landstinget eller kommunen ansvarar för enligt HSL samt att uppgift som innefattar myndighetsutövning kräver särskilt lagstöd. I prop. 1992/93:43 uttalades bl.a. att rättsläget inom hälso- och sjukvården och angränsande områden var i viss mån oklart när det gäller att närmare precisera vilka uppgifter som är att betrakta som myndighetsutövning. Regeringen gjorde i propositionen en tolkning som i vart fall i belysning av olika uttalanden inom rättsvetenskapen får ses som snäv och ansåg att huvuddelen av den dåvarande sjukvården kunde läggas ut på entreprenad.

I dag 10 år senare kan sägas att osäkerheten om rättsläget består och kanske rentav blivit större. Frånvaron av särskilda lagregler som stöder möjligheten att utföra uppgifter som åtminstone kan sägas befinna sig i gränslandet till myndighetsutövning tyder på att man i lagstiftningssammanhang alltjämt gör en ganska snäv tolkning av begreppet. Mot detta står uttalanden i den rättsvetenskapliga litteraturen samt uttalanden av JO när det

gäller motsvarande regler inom socialtjänsten som tyder på en vidare tolkning.

Att reglerna i LPT om omhändertagande för undersökning för vårdintyg är exempel på myndighetsutövning är givetvis alldeles klart. Men om man vill redogöra för andra områden inom hälso- och sjukvården där läkares uppgifter innebär myndighetsutövning och där det finns skillnader mellan offentliga och privata vårdgivare hamnar man i svårigheter på grund av det oklara rättsläget. Detsamma gäller i fråga om områden utanför hälso- och sjukvården där myndighetsutövning kan överlämnas till privata entreprenörer. I utredningen (avsnitt 5 och 6) ges dock en rad exempel både inom och utanför hälso- och sjukvården på uppgifter som innebär myndighetsutövning eller är ett led i en sådan eller på uppgifter som i varje fall gränsar till myndighetsutövning beroende på om man gör en snäv eller vid tolkning av begreppet.

För detta finns lagstöd i den meningen att det i lagreglerna sällan görs någon skillnad mellan exempelvis läkare i offentlig och i privat tjänst. Enklast ser man detta när det gäller den flora av läkarintyg som lagstiftningen föreskriver i olika sammanhang både inom hälso- och sjukvården och utanför denna. Ibland utgör läkarintygen i verkligheten en ganska enkel sammanställning av journalanteckningar, ibland innehåller de värderingar och bedömningar av komplicerat slag som kan ha en avgörande betydelse för utgången av ett ärende som innefattar myndighetsutövning.

I avsnitt 2.3 har i korthet redovisats de bestämmelser som gäller tjänstefels- och skadeståndsansvar vid myndighetsutövning samt tillsyn av JO och JK och som också gäller den som utan att vara knuten till en myndighet innehar uppdrag varmed följer myndighetsutövning. Bestämmelserna torde vara tillämpliga också på läkare som arbetar på entreprenad åt landstinget eller kommunen och utför arbetsuppgifter som innebär myndighetsutövning, i varje fall om detta sker med uttryckligt lagstöd. Rättsläget är emellertid även här osäkert beroende på hur man uppfattar begreppet myndighetsutövning i olika sammanhang.

Det osäkra rättsläget är givetvis särskilt otillfredsställande med hänsyn till den snabba utveckling som nu pågår inom vården och omsorgen mot konkurrensutsättning och överlämnande av landstingens och kommunernas uppgifter i privata händer. Ett första förslag i den föreliggande utredningen är därför att frågan om vad som skall innefattas i begreppet myndighetsutövning och vilka ansvars- och tillsynsregler som gäller vid denna skall klarläggas närmare i lämpligt sammanhang. Det bör då också prövas vilka slags offentliga uppgifter i första hand inom vården och omsorgen som – mot bakgrund av den insyn och kontroll som offentliga instanser utövar på en verksamhet – inte bör få överlämnas till privaträttsliga subjekt utan särskilt lagstöd. En sådan översyn torde förr eller senare bli nödvändig också för att skapa en bättre täckning i entreprenadavtalen av vilka uppgifter som eventuellt bör förbehållas den offentligt drivna verksamheten eller vilka som bör kringgärdas med särskilda rättssäkerhetsvillkor.

9.2 Överlämnande av offentlig uppgift

Bedömning: När offentliga uppgifter läggs över på privata händer försvinner inte karaktären av offentlig uppgift. Regeringsformens och förvaltningslagens regler gäller i stor utsträckning även när uppgifterna fullgörs i privat driven verksamhet.

För hälso- och sjukvårdens del finns det skäl att överväga mer långtgående villkor om offentlighet och insyn än för andra kommunala entreprenader.

En genomgång av litteraturen på området ger ett intryck av att tolkningen av begreppet myndighetsutövning inte behöver ha den stora betydelse som den ibland har getts, i varje fall inte om begreppet ges en vidare tolkning. När offentliga uppgifter genom entreprenad läggs över på privata händer försvinner nämligen inte karaktären av offentlig uppgift. Det innebär att de även av icke offentligt anställda skall utföras med upprätthållande av

de krav som bl.a. 1 kap. 9 § RF ställer på domstolar, förvaltningsmyndigheter och andra som fullgör uppgifter inom den offentliga förvaltningen att i sin verksamhet beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet.

Även reglerna i FL om myndigheternas handläggning av ärenden torde i stor utsträckning ha motsvarande tillämpning när offentliga uppgifter överlämnas till en privat driven verksamhet. Detta gäller t.ex. de allmänna kraven i FL på att handläggningen skall vara så enkel, snabb och billig som möjligt och på parts rätt att få del av uppgifter. Därtill kommer för hälso- och sjukvårdens del att landstinget har ansvaret för verksamheten i dess helhet och att de privat anställda läkarna måste beakta de politiskt beslutade riktlinjerna för vården.

I avsnitt 3.1.2 har redovisats den bestämmelse som förra året infördes i kommunallagen, 3 kap. 19 a § KL, och som innebär att allmänheten skall ha möjlighet till insyn i privatägda företag som bedriver kommunal verksamhet på entreprenad genom att information skall lämnas in till huvudmannen. Den föreslagna bestämmelsen tillgodoser till en del behovet av insyn i privatägda företag som bedriver hälso- och sjukvård för vilken kommunen eller landstinget ansvarar. Som har påpekats av Socialstyrelsen i ett remissyttrande över förslaget i detta hänseende av Kommundemokratikommittén begränsas dock möjligheten till insyn av att kommunen eller landstinget inte har någon skyldighet att på begäran av en enskild infordra en handling.

Som skäl för att insynsrätten skall vara mer begränsad än som följer av de regler som gäller inom offentligt driven verksamhet har anförts bl.a. att den dokumentationsplikt som åvilar kommuner och landsting inte finns inom den privata företagsfären, att frågor som rör offentlighet och sekretess kan vara komplicerade och svåra samt att det hos privata företag normalt sett inte finns någon större kunskap och erfarenhet inom detta område.

Dessa skäl torde emellertid ha mindre bärkraft på entreprenörer som bedriver hälso- och sjukvård. Också för enskild hälso- och sjukvård gäller bestämmelser i LYHS om tystnadsplikt och i patientjournalagen (1985:562) finns omfattande bestämmelser

om såväl förande av patientjournal som utlämnande av patientjournal till patient m.m. Personalen inom den enskilda hälso- och sjukvården torde till allra största delen ha fått både utbildning i den verksamhet som drivs av landstinget och erfarenhet av arbete i denna. Man kan vidare hävda att hälso- och sjukvården har en sådan ömtålig karaktär att kraven på öppenhet och insyn är större inom denna än inom de flesta andra kommunala verksamheter som bedrivs på entreprenad. För hälso- och sjukvården gäller för övrigt redan en rad andra regler om kontroll och tillsyn (se avsnitt 2.2) som får sägas tillgodose högt ställda krav även på privat bedriven verksamhet.

Av dessa skäl finns det anledning att överväga om inte entreprenadavtalen inom just hälso- och sjukvården också bör innehålla mer långtgående villkor om offentlighet och insyn än som efter den nyligen genomförda lagändringen nu gäller generellt för alla privatägda företag som bedriver kommunal verksamhet på entreprenad.

Som har framgått av avsnitt 3.3 och 3.4 har de nuvarande entreprenadavtalen inom hälso- och sjukvården, helt visst med en del undantag, en utformning som lämnar åtskilligt övrigt att önska när det gäller viktiga rättsliga frågor. Det vore önskvärt att avtalen behandlade frågor kring uppgifter som innefattar myndighetsutövning, och att de också klargjorde de rättsprinciper i RF och FL som enligt vad som tidigare sagts i betydande utsträckning är tillämpliga även vid handläggningen av offentliga uppgifter som överlämnats till privat verksamma läkare.

I avsnitt 9.4.4 föreslås att de bestämmelser om överlämnande av uppgift som nu finns i bl.a. HSL skall kompletteras i de hänseenden som har behandlats i detta avsnitt.

9.3 Uppdragstagare i allmän tjänst

Bedömning: En tillfälligt inhyrd läkare är i allmän tjänst och därmed utan lagändringar behörig i de avseenden som nämns i 4 § andra stycket och 47 § andra stycket punkt 1 och 2 LPT, under förutsättning att läkaren deltar i huvudmannens verksamhet.

En viktig fråga är i vilken utsträckning reglerna för dem som är anställda i allmän, alltså offentlig, tjänst även gäller dem som arbetar som uppdragstagare. Med ledning av uttalanden som gjorts av bl.a. JO (se avsnitt 4.3.3 och 4.3.4) kan man slå fast att sådana regler gäller också för s.k. osjälvständiga uppdragstagare som är så knutna till en myndighet att de kan anses delta i dess verksamhet. Förutsättningarna är då

- att uppdraget är lämnat till en fysisk person och alltså inte till ett bolag eller annan juridisk person
- att den uppgift som uppdraget avser normalt utförs av en anställd vid myndigheten och
- att uppdragstagaren är underställd myndighetens arbetsledning och kontroll.

Det innebär att samma rättsliga regler, bortsett från de rent arbetsrättsliga, gäller för uppdragstagaren. En privat verksam läkare som genom ett eget uppdragsavtal arbetar tillfälligt som distriktsläkare på ett vikariat på en vårdcentral som drivs av landstinget torde exempelvis vara att jämföra med övriga anställda läkare när det gäller reglerna i sekretesslagen, det allmännas skadeståndsansvar och tillsynen av JO och JK. Läkaren torde därmed vara i allmän tjänst också i den mening som avses i 4 och 47 §§ LPT, och några särskilda regler behövs inte i hans eller hennes fall.

Det bör dock sägas att detta är slutsatser som kan dras av tillgänglig litteratur i ämnet och av JO-uttalanden. I avvaktan på att frågan klarläggs ytterligare i lagstiftningssammanhang eller genom rättspraxis, får rättsläget betraktas som något osäkert när det gäller olika gränfall.

9.4 Kravet på läkare i allmän tjänst i LPT och LRV

9.4.1 Kretsen av behöriga läkare behöver utökas

Det är givet att hälso- och sjukvården överallt i landet måste kunna möta behovet av psykiatrisk vård. Inte minst när det gäller människor i akut kris är det viktigt att det finns behöriga och kompetenta läkare som kan göra de svåra och grannliga bedömningar som ett omhändertagande för psykiatrisk tvångsvård innebär. LPT ställer också stora krav på den som har till uppgift att lösa dessa vårduppgifter. I avsnitt 7.1 och 7.2 har getts en bild av vad som tillhör förutsättningarna för att göra en vårdintygsbedömning.

Dagens regler om läkare i allmän tjänst har tillkommit vid en tidpunkt då det ännu var relativt ovanligt att läkare inom primärvården och inom psykiatrin inte var offentligt anställda. Utvecklingen har sedan dess gått snabbt, och även om det ännu i vissa delar av landet är relativt sällsynt med privatanställda läkare inom dessa delar av vården, så har förhållandena ändrats radikalt i andra delar av landet och främst i storstadsområdena. Här har stora delar av primärvården lagts ut på entreprenad av landstingen. I delar av Stockholms läns landsting dominerar rentav den privat drivna verksamheten. För närvarande verkar andelen vård i privat regi att öka ytterligare.

I vissa delar av landet förekommer sannolikt beslut om tvångsundersökning och om biträde av polis relativt sällan, även om också här i varje fall antalet beslut att begära biträde av polis sannolikt är betydligt större än vad man föreställde sig vid lagarnas tillkomst. I mera tätbefolkade delar av landet och i områden där den sociala utslagningen på grund av långvarig arbetslöshet och missbruk är hög torde tvångsundersökningar och biträde av polis vara betydligt vanligare. Här används sannolikt även de aktuella tvångsbestämmelserna oftare än i andra områden också relativt sett.

Följden av detta har enligt tämligen samstämmiga uppgifter till utredningen blivit att det uppstått ibland stora svårigheter att

leva upp till lagens krav om att ifrågavarande uppgifter skall utföras av läkare i allmän tjänst. Svårigheterna har i några fall t.o.m. lett till att man avsiktligt eller oavsiktligt kringgått bestämmelserna för att klara de praktiska behoven. Detta är naturligtvis inte hållbart på sikt.

Rättsläget när det gäller sådana inhyrda läkare som arbetar mer eller mindre tillfälligt inom den offentliga vården som egna uppdragstagare torde innebära (se ovan avsnitt 9.3) att de om de kan anses delta i den landstingsdrivna verksamheten är att jämställa med läkare i allmän tjänst. Sådana läkare bör därmed utan lagändring kunna besluta i de avseenden som nu är aktuella. Men det är uppenbart att detta inte räcker för att täcka behoven, eftersom så många privat verksamma läkare bl.a. arbetar enligt entreprenadavtal som landstinget träffat med vårdgivare som är juridiska personer. Bestämmelsen om läkare i allmän tjänst behöver då ändras eller kompletteras.

9.4.2 Läkare anlitade genom entreprenadavtal bör göras behöriga

Förslag: Reglerna i 4 § andra stycket tredje meningen och 47 § andra stycket punkt 1 och 2 LPT bör göras tillämpliga också på sådana privat verksamma läkare som utan att delta i landstingets verksamhet arbetar på uppdrag åt landstinget. Förutsättningen skall vara att det i entreprenadavtalet ingår att utföra undersökningar för vårdintyg.

Till att börja med kan konstateras att ändrade bestämmelser inte behöver medföra att kretsen av läkare som är behöriga att fatta dessa beslut vidgas i förhållande till vad som gällde när lagen kom till. Det är nämligen i stor utsträckning samma läkare eller i varje fall samma slags läkare som nu arbetar på privat entreprenad som tidigare var offentligt anställda och hade denna behörighet.

Det finns grovt sett tre olika möjligheter att tillmötesgå kraven på fler behöriga läkare, nämligen att helt slopa begräns-

ningen till vissa läkare, att välja en ny väg som mera ser till kompetensen än till anställningsformen eller att komplettera dagens regler med ytterligare kategorier läkare.

Uppfattningen inom hälso- och sjukvården förefaller delad när det gäller möjligheten att helt slopa begränsningen till vissa anställda läkare. En del anser att läkarna står under tillräcklig offentlig kontroll och insyn ändå och att kopplingen till allmän tjänst är onödigt formalistisk, andra menar att rätten att bl.a. begära biträde av polis bör ha sin grund i ett offentligt uppdrag.

För att man skulle slopa begränsningen helt talar att många andra ingripande och för en patient besvärande eller rentav kränkande uppgifter får utföras av legitimerade läkare utan krav på särskild anställningsform eller kompetens, se utredningen om detta i avsnitt 5.1. Ett närliggande exempel på detta från psykiatris område är givetvis att varje legitimerad läkare är behörig att utfärda ett vårdintyg, vilket utgör ena delen av den tvåläkarprövning som krävs för tvångsintagning på sjukhus för psykiatrisk vård.

Ett annat exempel är de övriga befogenheter att besluta om ingripande åtgärder som regleras av LPT, i vissa fall utan krav på särskild kompetens eller anställning i offentlig tjänst. Att läkare enligt åtskilliga lagbestämmelser utför uppgifter som innebär myndighetsutövning eller är led i en sådan utan krav på särskild anställningsform eller kompetens beror sannolikt bl.a. på att den offentliga kontrollen av läkarnas verksamhet och insynen i denna ändå är så omfattande (se avsnitt 2.2.2).

Mot en lösning som innebär att man helt slopar begränsningen skulle kunna tala att man inte utan tvingande skäl bör utöka antalet myndighetsutövande uppgifter som får utföras av varje legitimerad läkare bara därför att man i andra sammanhang måhända något slentrianmässigt inte närmare prövat skälen för att avstå från särskilda krav på anställningsform eller kompetens. Detta gäller så mycket mindre som det här är fråga om svåra bedömningar som det egentligen kräver ingående psykiatrisk expertis att göra, samtidigt som uppgifter från patienthåll tyder på att tvångsundersökning i förening med möjligheterna att begära bi-

träde av polis jämte tvångsmedicinering upplevs som de mest integritetskränkande åtgärderna inom hela den psykiatriska tvångsvården. Härtill kommer att bestämmelserna om tjänstefel och om tillsyn av JO och JK liksom de allmännas skadeståndsansvar innebär förstärkta rättssäkerhetsgarantier när det gäller läkare i allmän tjänst.

Den andra möjliga vägen är att knyta behörigheten till kompetensen. Även här finns svårigheter. För uppgifter av detta känsliga och integritetskränkande slag bör krävas inte bara en viss kompetensnivå utan också erfarenhet, mognad och omdöme. Detta kan ingen kompetensnivå garantera, lika litet som en viss anställningsform. Och att exempelvis knyta behörigheten generellt till att läkaren skall ha specialistkompetens innebär på en gång både en för vid och för snäv bestämning.

En för vid bestämning i den meningen att det är svårt att sakligt motivera varför en kompetens i alla olika specialiteter skulle borga för särskilda insikter på just detta område. Man skulle då få välja ut vissa specialiteter med de gränsdragningssvårigheter detta innebär. Och anknytningen blir för snäv om man utesluter alla de legitimerade läkare som går specialistutbildning i allmänmedicin och psykiatri och som nu som offentligt anställda i betydande utsträckning svarar för uppgifter enligt LPT. Kompetensalternativet innebär också att de undersökande läkarna skulle behandlas olika från ansvarssynpunkt, beroende på om de var i allmän tjänst eller inte.

För den tredje möjligheten – att behålla kravet på allmän tjänst men med vissa kompletteringar t.ex. i form av avtal med landstinget som tar sikte just på möjligheterna att besluta enligt de aktuella lagrummen – talar givetvis att landstinget har både ett ansvar för sådan verksamhet och en möjlighet att kontrollera den samt att de förstärkta rättssäkerhetsgarantier i form av straff- och skadeståndsansvar samt tillsyn av JO och JK då torde gälla alla behöriga.

Mot en sådan lösning kan möjligen tala att det är tveksamt om det alltid bland avtalsundertecknarna på landstingssidan finns en sådan medicinsk eller juridisk kompetens att avtalen kan förut-

sättas innebära en garanti för att behörigheten att besluta i aktuella avseenden ges åt rätt personer. Ett annat och tyngre skäl är att vi inte vet hur den organisatoriska utvecklingen inom vården blir ens på någon sikt. Redan om några år kanske formerna för hur vården organiseras ser helt annorlunda ut. Att fortsätta att knyta behörighetsreglerna till anställningsformen kan i det perspektivet te sig mindre lämpligt.

Efter att ha vägt skälen för och emot de olika lösningarna har jag stannat för att föreslå att reglerna i 4 § andra stycket och 47 § andra stycket punkt 1 och 2 LPT skall göras tillämpliga också på sådana privat verksamma läkare som utan att delta i landstingets verksamhet arbetar på uppdrag åt landstinget under förutsättning att det i entreprenadavtalet ingår att utföra undersökningar för vårdintyg.

Behöriga att besluta om omhändertagande för undersökning och begära biträde av polis blir då

1. läkare i allmän tjänst
2. inhyrda privata läkare som deltar i den landstingsdrivna verksamheten
3. privata läkare som utan att delta i landstingets verksamhet arbetar på entreprenad åt landstinget om de getts ett sådant uppdrag i avtalet med landstinget.

Det bör understrykas att den utvidgning av behörigheten i de aktuella avseendena som ligger i den föreslagna kategorin 3 som redan sagts inte innebär någon reell utvidgning i den meningen att det rör sig om läkare som arbetar i en verksamhet som landstinget fortfarande har huvudmannaskapet för och därigenom det yttersta ansvaret för och där landstinget skall se till att entreprenören uppfyller de bestämmelser som gäller för verksamheten (jfr. avsnitt 3.1.1 och 3.1.2).

9.4.3 Behörighetskravet för att utfärda vårdintyg

Förslag: Särskilda behörighetskrav bör införas för läkares behörighet att utföra undersökning för vårdintyg. Denna fråga bör dock utredas närmare i lämpligt sammanhang.

Medan det i dag ställs krav på att läkaren skall vara i allmän tjänst i fråga om beslut om omhändertagande för undersökning för vårdintyg och begäran om biträde av polis, så är det enda kravet i fråga om utfärdande av själva vårdintyget att läkaren skall vara legitimerad. Ändå utgör vårdintyget den ena viktiga delen av den tvåläkarprövning som behövs för beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk tvångsvård. Detta är givetvis en myndighetsutövning av djupt ingripande och integritetskränkande art, en åtgärd som åtminstone ter sig väl så ingripande som ett beslut om omhändertagande för undersökning. Här har man alltså inte sett det nödvändigt att kräva anställning i allmän tjänst med de rättsliga verkningar det kan ha. Inte heller gäller några särskilda kompetenskrav.

Enligt 29 § HSL skall ansvaret för ledningsuppgifter rörande den psykiatriska tvångsvården utövas av en läkare med specialistkompetens (chefsöverläkare). Beslut i fråga om intagning för tvångsvård skall fattas av en chefsöverläkare vid en enhet för psykiatrisk vård. Vårdintyg kan däremot, som redan framhållits, utfärdas av legitimerad läkare inom vilken disciplin som helst och utan särskild kompetens.

Av den kortfattade redogörelse som har lämnats i avsnitt 7.1 och 7.2 framgår att en vårdintygsundersökning innebär att läkaren ofta måste göra mycket kvalificerade och svåra bedömningar. Den senaste statistiken visar att det varje år utfärdas ca 1 300 vårdintyg som sedan inte leder till tvångsintagning (avsnitt 8.2). Detta är en anmärkningsvärt hög siffra. Den tyder på att intygen skrivits av läkare som är ovana vid vårdintygsbedömning. Men den kan också som Socialstyrelsen framhåller i en kommentar till statistiken bero på att bedömningen av när tvångsvård kan tillämpas blivit mer restriktiv. Men även om så skulle vara fallet får det anses oacceptabelt att ett så integritetskränkande intyg

som ett vårdintyg utfärdas så ofta utan att de senare godkänns för intagning för tvångsvård. I en del fall kan förhållandet förklaras med att en snabbt insatt medicinering kunnat häva ett akut kristillstånd, men statistiken kan även tyda på att den undersökande läkaren i många fall har gjort en bristfällig eller förhastad prövning av behovet av tvångsvård.

En slutsats av detta resonemang blir att det finns anledning att ifrågasätta om inte särskilda behörighetskrav borde införas för att få utfärda vårdintyg. Mycket talar för att undersökningar för vårdintyg skall få utföras endast av legitimerade läkare med en viss kompetens och erfarenhet från arbete där man mera frekvent möter människor med psykiska problem eller störningar, dvs. de som har specialistkompetens i allmänmedicin eller i allmänpsykiatri, barn och ungdomspsykiatri eller rättspsykiatri, eller av legitimerade läkare som under handledning genomgår minst fem års vidareutbildning i någon av dessa specialiteter. Det finns specialiteter som gränsar till de nämnda och för vilka man skulle kunna överväga samma behörighet. Det rör sig dock förmodligen i praktiken om få läkare som i sin dagliga verksamhet möter människor med sådana psykiska störningar att de behöver undersökas för vårdintyg.

I den utbildning till legitimerad läkare som utgörs av allmän-tjänstgöring (AT-tjänstgöring) under minst ett år och sex månader ingår bl.a. en tremånaders utbildning på psykiatrins område. Den innebär bl.a. att de blivande läkarna utbildas i att skriva vårdintyg. Uppgiften att skriva vårdintyg innebär ändå sådana krav på insikter och inriktning att man bör kräva en kompetens inom någon av de mer beteendevetenskapligt betonade delarna av det medicinska vårdområdet för att det ska ge behörighet att utfärda vårdintyg.

Emellertid bör sådana skärpta behörighetsregler inte införas utan att man undersökt närmare bl.a. på vilka grunder som vårdintyg inte senare lett till intagning eller i vilken utsträckning dessa vårdintyg har utfärdats av läkare med en begränsad kompetens. En sådan närmare undersökning har inte kunna göras i den föreliggande utredningen. Det ligger inte heller inom ramen

för utredningsuppdraget att komma med konkreta förslag i denna fråga. Jag anser dock med tanke på de stora krav som ställs på den som gör en undersökning för vårdintyg och den grava integritetskränkning som ett vårdintyg utgör att denna fråga bör utredas närmare i lämpligt sammanhang.

9.4.4 Förstärkt rättssäkerhet och bättre handläggning

Förslag:

- Bestämmelserna i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen om att överlämna uppgift som sjukvårdshuvudmannen ansvarar för till någon annan bör kompletteras för att säkerställa att tryckfrihetsförordningens regler om rätten att ta del av allmänna handlingar samt de rättsprinciper som i övrigt är knutna till handläggningen av en offentlig uppgift ges motsvarande tillämpning i den enskilt bedrivna verksamheten.
- Socialstyrelsen bör bemyndigas att behandla utformningen av entreprenadavtalen i sina föreskrifter och allmänna råd.
- Reglerna i 47 § andra stycket LPT om begäran av biträde av polismyndigheten bör ändras så att begäran endast får göras när det på grund av särskilda omständigheter kan antas att en åtgärd inte kommer att kunna utföras utan att våld behöver tillgripas eller det annars föreligger synnerliga skäl för begäran. När en polismyndighet lämnar biträde, skall någon som tillhör vårdpersonalen inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten medverka.
- Socialstyrelsen bör efter samråd med Rikspolisstyrelsen komplettera sina föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2000:12) i fråga om begäran av biträde av polis. Vidare bör Socialstyrelsen skärpa kontrollen av hur reglerna om omhändertagande för undersökning och biträde av polis tillämpas i praktiken.

En förutsättning för att reglerna om behörighet skall kompletteras på det sätt som föreslagits i avsnitt 9.4.2 är att rättssäkerheten

stärks för att garantera att omhändertagandet av svårt sjuka patienter tillgodoser de krav på offentlighet och insyn samt följer de övriga rättsprinciper som gäller vid handläggningen av offentliga uppgifter. Utredningen visar vidare att dagens svårigheter att hantera reglerna om tvångsundersökning och biträde av polis inte bara avser bristen på behöriga läkare. Den praktiska handläggningen av bestämmelserna i 4 § andra stycket och 47 § andra stycket LPT behöver förbättras. Starka önskemål om detta har framkommit från både brukarorganisationernas sida och från polisens. Förslag i de nu nämnda avseendena läggs fram i detta avsnitt.

Rättsprinciper för offentliga uppgifter

En förutsättning för att handläggningen av dessa beslut överallt skall ske på ett så rättssäkert sätt som möjligt är att landstingen genom särskilda villkor i sina entreprenadavtal försäkras sig om att de rättsregler som gäller i den offentliga vården så långt som möjligt får motsvarande tillämpning i den privat bedrivna verksamheten.

Det har förekommit att enskilda vårdgivare som genom entreprenadavtal har utfört uppgifter som landstinget ansvarar för enligt HSL har nekat att lämna ut handlingar som man hade kunnat ta del av om de funnits i den verksamhet som drivs av landstinget.

Som har berörts i avsnitt 9.2 har det nyligen införts en ny bestämmelse i KL, enligt vilken kommunen eller landstinget skall beakta intresset av att genom avtalet tillförsäkras information som gör det möjligt för allmänheten att få insyn i hur angelägenheten utförs. Bestämmelsen, som i prop. 2001/02:80 har karaktäriserats som en målsättningsparagraf, gäller generellt för all verksamhet som bedrivs på entreprenad åt kommun och landsting.

De föreslagna bestämmelserna bör av de skäl som har anförts i avsnitt 9.2 kompletteras när det gäller hälso- och sjukvården så att det i HSL och lagen om försöksverksamhet med kommunal primärvård föreskrivs att avtalet skall innehålla villkor som sä-

kerställer att reglerna i TF om rätten att ta del av allmänna handlingar ges motsvarande tillämpning i den enskilt bedrivna verksamheten.

I 1 kap. 9 § RF finns föreskrifter om likabehandling, saklighet och opartiskhet i fråga om uppgifter som fullgörs i den offentliga förvaltningen, och i FL finns olika regler för handläggningen av ärenden. Som framgått av avsnitt 4.4 anses i den rättsvetenskapliga litteraturen dessa rättsprinciper följa den offentliga uppgiften om den överlämnas att utföras i enskilt bedrivna verksamhet. Det finns med tanke på den stora omfattning som uppgifter inom hälso- och sjukvården numera lämnas på entreprenad skäl att i entreprenadavtalen klargöra att dessa principer även gäller i den enskilt bedrivna hälso- och sjukvården.

Som framgått av avsnitt 3.1.2 uttalade regeringen i prop. 1993/94:188, Lokal demokrati, att det är kommunen eller landstinget och inte primärt entreprenören som inför medlemmarna svarar för att den av entreprenören bedrivna verksamheten uppfyller samma kvalitetskrav som de som bedrivs av kommunen eller landstinget och att man därför avtalsvägen genom särskilda villkor måste skapa garantier för att entreprenören beaktar de allmänna regler som gäller för offentlig förvaltning. Efter vad som framkommit vid studiet av ett antal entreprenadavtal (avsnitt 5.3) verkar detta hittills ha fått föga genomslag inom hälso- och sjukvården. Det finns då skäl att överväga lagstiftning.

Jag föreslår därför även att det genom tillägg till bestämmelserna i 3 § tredje stycket och 18 § femte stycket HSL samt i 3 § tredje stycket lagen om försöksverksamhet med kommunal primärvård klargörs de rättsliga förutsättningar som gäller när offentliga uppgifter överlämnas till privat vårdgivare.

Socialstyrelsen bör behandla utformningen av entreprenadavtalen i dessa avseenden i sina föreskrifter och allmänna råd. Avtalen bör enligt min mening gärna också innehålla uttalanden om samarbete med vårdgrannar, både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, liksom om vikten av kontinuerligt samarbete med patienternas personliga ombud och brukarorganisationerna. Det får givetvis inte vara så att dessa ting, som är självklara inslag

i en välskött offentligt bedriven vård, riskerar att överges när landstinget helt eller delvis inom ett område överlåter driften av vården på privata vårdgivare.

Exempel på sådan samverkan när det gäller patienter med ett psykiatriskt vårdbehov är att man från vårdens sida ber en kommunal boendestödjare eller en personlig assistent att vara med när patienten skall föras till sjukhus. Ett annat exempel på samverkan är att man mellan vården och brukarorganisationerna gör upp gemensamma riktlinjer för hur det ska gå till när det måste genomföras en tvångshämtning till psykiatrin.

Dessa samverkansfrågor lämpar sig inte för lagstiftning. De kan lämpligen behandlas av Socialstyrelsen i dess föreskrifter och allmänna råd.

Biträde av polis

Av redogörelsen i avsnitt 8.1 framgår att de nuvarande lagreglerna särskilt när det gäller frågan om biträde av polis ofta inte tillämpas på det sätt som lagstiftaren avsett. Om man hävdar att privatiseringen av de tidigare offentliga vårduppgifterna kan sägas ha utvecklat något av ett systemfel i de nuvarande reglerna, finns det samtidigt skäl att fråga sig om inte den praktiska tillämpningen visar att reglerna om biträde av polis lider av ett ännu större systemfel i vårdens hantering av dessa mycket känsliga och integritetskränkande uppgifter. Det har hävdats både från psykiatrins sida och från polisens att man saknar personal i tillräcklig omfattning för att klara dessa uppgifter. Till detta kan bara sägas att brist på resurser aldrig får ursäktas att svårt sjuka människor behandlas på ett kränkande sätt. Då får man göra omprioriteringar i första hand inom vården.

Att möta människor i en akut kris, som det ju här är fråga om, med polis som dessutom ofta är uniformerad utan att ens ha försökt att med vårdpersonal lösa den transportfråga det mestadels gäller är inte acceptabelt. Polisverksamhetsutredningen har, som redovisats i avsnitt 8.1, presenterat ett förslag om hur man från

polisens utgångspunkter skulle vilja lösa frågan för att få en bättre ordning till stånd.

Även ur vårdens synpunkt är det angeläget att reglerna om begäran av polis i dessa situationer kvalificeras på ett sådant sätt att man så långt möjligt undviker en slentrianmässig och för patienten kränkande behandling. Jag kan för egen del konstatera att det föreslagna kravet på att en begäran om biträde skall åtföljas av en redogörelse för vilka försök som vidtagits för att själv utföra åtgärden eller varför sådana försök kan antas vara utsiktslösa riskerar att medföra en betydande och tyngande administration för vården i ett läge då patientens tillstånd ofta påkallar ett skyndsamt – och skonsamt – omhändertagande.

Jag föreslår som ett alternativ till Polisverksamhetsutredningens förslag, som för närvarande bereds inom regeringskansliet, att regeln om biträde av polis skall kompletteras på ett sådant sätt att det framgår att biträde får begäras endast om det på grund av särskilda omständigheter kan antas att åtgärden inte kommer att kunna utföras utan att våld behöver tillgripas eller att det annars föreligger synnerliga skäl. En sådan utformning av lagen skulle tillgodose intentionerna vid lagens tillkomst på ett bättre sätt.

Polisverksamhetsutredningen har vidare föreslagit en bestämmelse om att personal från den begärande inrättningen eller från socialtjänsten skall medverka vid den begärda åtgärden. Jag ansluter mig till huvudtanken i förslaget och föreslår för min del att bestämmelsen får den utformningen att någon ur vårdpersonalen inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten skall medverka. En sådan bestämmelse ligger helt i linje med lagstiftarens vilja när LPT kom till. Den kan givetvis också bidra till att man noga prövar möjligheterna att undvika biträde av polis, eftersom åtgärden ändå inte kan genomföras utan medverkan från vården.

I samband med de föreslagna lagändringarna bör Socialstyrelsen efter samråd med Rikspolisstyrelsen komplettera sina föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2000:12). I dessa sägs för övrigt f.n. endast i en enkel mening att biträde av polismyndighet inte bör

begäras innan andra möjligheter att föra patienten till en sjukvårdsinrättning har övervägts. Stöd för sådana kompletteringar ges i 19 § förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, enligt vilken Socialstyrelsen får meddela de ytterligare föreskrifter som behövs för verkställighet av LPT, LRV och förordningen.

Det kan vidare finnas anledning för Socialstyrelsen att skärpa kontrollen av hur reglerna om omhändertagande för undersökning och biträde av polis tillämpas i praktiken. De ändrade reglerna bör således förenas med krav på både bättre vägledning och en ökad kontroll.

10 Författningskommentar

10.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

3 och 18 §§

Inom den offentliga hälso- och sjukvården liksom i all annan offentligt driven verksamhet gäller vissa regler som normalt inte behöver iakttas i enskilt bedriven verksamhet. Hit hör bestämmelserna i 2 kap. tryckfrihetsförordningen (TF) om allmänna handlingars offentlighet. Till främjande av ett fritt meningsutbyte och en allsidig upplysning har varje medborgare rätt att ta del av allmänna handlingar. Den rätten får begränsas endast av hänsyn till vissa intressen, bl.a. skyddet för enskilda personliga eller ekonomiska förhållanden. Om detta ges bestämmelser i sekretesslagen (1980:100), SekrL. En handling är enligt 2 kap. 3 § TF allmän om den förvaras hos en myndighet och enligt 6 eller 7 § samma kapitel anses inkommen till eller upprättad hos en myndighet. I 12 och 13 §§ finns regler om rätten att få ta del av eller få en kopia av en allmän handling.

Vad som sägs i TF om rätt att ta del av handlingar hos myndighet gäller enligt en särskild bestämmelse i 1 kap. 9 § SekrL i tillämpliga delar också handlingar hos vissa privaträttsliga subjekt där kommuner och landsting utövar ett bestämmande inflytande.

Som har framgått av övervägandena i avsnitt 9.2 och 9.4.4 bör detsamma gälla när hälso- och sjukvård som landsting och kommun ansvarar för enligt HSL genom entreprenadavtal lämnas över till enskilda vårdgivare.

Vidare bör i entreprenadavtalen klargöras att de rättsprinciper som gäller för offentliga uppgifter i tillämpliga delar följer med när uppgiften fullgörs genom entreprenad. Enligt 1 kap. 9 § RF skall de som fullgör uppgifter inom den offentliga förvaltningen i sin verksamhet beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet. 7 § FL föreskriver följande allmänna krav på handläggningen av ärenden:

”Varje ärende där någon enskild är part skall handläggas så enkelt, snabbt och billigt som möjligt utan att säkerheten eftersätts. Vid handläggningen skall myndigheten beakta möjligheten att själv inhämta upplysningar och yttranden från andra myndigheter, om sådana behövs. Myndigheten skall sträva efter att uttrycka sig lättbegripligt. Även på andra sätt skall myndigheten underlätta för den enskilde att ha med den att göra.”

Inga av dessa rättsprinciper innehåller naturligtvis något som är främmande för enskilt bedriven verksamhet. Det kan ändå finnas skäl att i entreprenadavtalen erinra om att statsmakterna ansett dem så viktiga för all offentlig verksamhet att de blivit lagfästa och att de skall följas även när en offentlig uppgift genom entreprenad lämnas över i privata händer.

I avsnitt 9.4.4 har föreslagits att Socialstyrelsen i sina föreskrifter och allmänna råd skall behandla utformningen och innehållet i entreprenadavtalen när det gäller att garantera att TF:s regler om rätten att ta del av allmänna handlingar och vissa andra rättsprinciper som gäller handläggningen av offentliga uppgifter får motsvarande tillämpning när de överlämnas till enskilda rättssubjekt. Socialstyrelsen bör i dessa också behandla de samverkansfrågor som nämns i samma avsnitt. Bemyndigande om detta bör ges i förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.

Till sist bör erinras om att reglerna i 18 § HSL om kommunernas ansvar för viss hälso- och sjukvård som framgår av paragrafens fjärde stycke inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som meddelas av läkare. Det har ändå ansetts lämpligt att de föreslagna bestämmelserna om innehållet i de avtal som innebär

överlämnande av uppgifter på annan också får gälla sådana entreprenadavtal som kommunen träffar.

Ikraftträdande

De föreslagna kompletteringarna av lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2004, vilket med hänsyn till den tid som åtgår för remissbehandling m.m. bör vara den tidigast tänkbara tidpunkten. För de entreprenadavtal som då löper är det rimligt att tänka sig en viss övergångstid. Den är i förslaget satt till ett år.

10.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård

Lagen om försöksverksamhet med kommunal primärvård, som f.n. är tidsbegränsad till den 1 januari 2004, innebär att en kommun som ingår i ett landsting får inom ramen för en försöksverksamhet erbjuda viss hälso- och sjukvård (primärvård), om landstinget och kommunen har kommit överens om det och fått tillstånd av Socialstyrelsen till det.

De föreslagna bestämmelserna om innehållet i entreprenadavtal bör gälla också sådana avtal som enligt 3 § kommunen ingår om uppgifter som kommunen ansvarar för enligt lagen.

10.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

4 §

Som har framgått av avsnitt 9.4.2 är de nuvarande bestämmelserna om läkare i allmän tjänst i andra stycket tillämpliga också på sådana uppdragstagare som står under myndighetens arbetsledning och kontroll och som utför samma arbetsuppgifter som normalt fullgörs av myndighetens anställda. Sådana s.k. osjälvständiga uppdragstagare deltar i myndighetens verksamhet och

är därmed underkastade samma regler om offentlighet och sekretess och övriga rättsregler som gäller offentligt anställda. Exempel på detta är sådana inhyrda läkare som enligt avtal med landstinget arbetar mer eller mindre tillfälligt på en vårdcentral, förutsatt att avtalet är knutet med läkaren som fysisk person och inte med exempelvis ett aktieföretag, där läkaren är anställd.

För alla andra läkare som arbetar på entreprenad åt landstinget men som sålunda inte deltar i landstingets verksamhet föreslås gälla att de skall ha rätt att besluta om omhändertagande av den som skall undersökas för vårdintyg, om det enligt avtal med landstinget ingår i deras arbetsuppgifter att utföra undersökning för vårdintyg. En sådan läkare får också begära biträde av polis om det behövs för att kunna genomföra undersökning enligt denna bestämmelse.

Ett sådant avtal med landstinget kan innebära att läkaren själv kan ha ingått avtalet, om han eller hon inte tillhör den ovan beskrivna kategorin osjälvständiga uppdragstagare som deltar i landstingets verksamhet, eller att läkaren är anställd hos en vårdgivare som har ett avtal som innehåller en sådan överenskommelse. Det är således avtalet med landstinget som är avgörande för vilka läkare som omfattas av den nya bestämmelsen, och det är därför viktigt att avtalet är tydligt på denna punkt. Det kan tilläggas att om det är tveksamt om en läkare tillhör gruppen osjälvständiga uppdragstagare eller inte, så bör givetvis avtal träffas om att det ingår i läkarens uppgifter att utföra undersökning för vårdintyg.

Enligt 5 § första stycket LRV gäller beträffande vårdintyg och undersökning för vårdintyg bestämmelserna i 4 § LPT i tillämpliga delar. Detta föreslås gälla även i fortsättningen.

47 §

I ett nytt tredje stycke föreslås ett tillägg som inskränker befogenheten att begära biträde av polismyndighet till sådana situationer då det finns ett verkligt behov av polis, dvs. när det på grund av särskilda omständigheter kan befaras att transporten inte kan utföras utan att våld behöver tillgripas. Exempel på det är givetvis att patienten tidigare har gjort aktivt, fysiskt motstånd

i liknande situationer eller att han nu eller tidigare uttalat sådana hotelser mot vårdpersonalen som måste tas på allvar.

Biträde skall vidare kunna begäras i andra fall när det föreligger synnerliga skäl. Det kan exempelvis röra sig om situationer där det finns en sådan överhängande risk för att patienten skall skada sig själv att man inte kan avvakta att vården löser transportfrågan på något annat sätt.

Det är den behörige läkaren som avgör om det föreligger förutsättningar enligt lagrummet för att begära biträde av polis. Liksom hittills ankommer det inte på polismyndigheten att pröva det lämpliga i en begäran om biträde (jfr JO:s beslut den 24 januari 2000, Dnr 1872-1998).

Enligt 27 § LRV gäller i fråga om polismyndighets skyldighet att lämna biträde 47 § andra stycket LPT i tillämpliga delar. Det har inte funnits skäl att föreslå att bestämmelsen i det nya tredje stycket av 47 § LPT också skall vara tillämplig på de patienter som LRV gäller för.

När polismyndigheten på begäran av behörig läkare lämnar biträde för någon av de åtgärder som anges i andra stycket, måste någon som tillhör vårdpersonalen inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten medverka. Detta framgår av den föreslagna bestämmelsen i det nya fjärde stycket. Oftast lär det bli fråga om att anlita någon på ifrågavarande läkares arbetsplats, men ibland kan omständigheterna vara sådana att någon annan med vårdande uppgifter inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten anlitas för sådan medverkan. Som framgått av redovisningen i avsnitt 8.1 framhölls när LPT kom till att det många gånger kan vara lämpligt att personalen vid omhändertagandet tar till sin hjälp personer från socialtjänsten eller andra människor som patienten känner sedan tidigare och har förtroende för.