

# Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringens beslutade den 23 oktober 2003 att tillkalla en nationell psykiatrisamordnare med uppgift att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade (dir. 2003:133). Psykiatrisamordnaren skall fortlöpande informera regeringen om resultatet av arbetet och vid behov ge förslag till författningsändringar och förtydliganden av gällande regelverk. Psykiatrisamordnaren gavs vidare i uppdrag att tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling för att samordna och stärka utvecklingsarbetet.

Den 1 februari 2004 förordnade statsrådet Lars Engqvist med dr. Anders Milton till Nationell psykiatrisamordnare. Psykiater Ing-Marie Wieselgren förordnades som sekreterare den 1 januari 2004 och pol. mag. Kristy Delisle den 1 februari 2004 (t.o.m. 1 juli 2006). Socionom Ann Tjernberg förordnades som sekreterare den 1 mars 2004 och jur.kand. Inger Bohlin den 8 mars 2004 (t.o.m. 15 augusti 2005) samt jur. kand. Katarina Adolfsson den 15 november 2004 (t.o.m. 1 mars 2006). Jur. kand. Anders Printz förordnades som sekreterare den 1 november 2005.

Utredningen har antagit namnet Nationell psykiatrisamordning (S 2003:09)

Ämnesrådet Gunnar Holmberg knöts till Nationell psykiatrisamordning den 1 februari 2006 med uppgift att särskilt analysera det rättspsykiatriska området med vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare och att svara för framtagande av detta betänkande.

Utredningen överlämnar härmed sitt delbetänkande Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare (SOU 2006:91). I arbetet med framtagande av detta delbetänkande har, utöver ovan nämnda, även utredningssekreterarna Kerstin Evelius och Emma Fredriksson samt assistent Anna-Karin Haag medverkat.

Stockholm i oktober 2006.

Anders Milton

/Ing-Marie Wieselgren  
Gunnar Holmberg  
Anders Printz  
Ann Tjernberg  
Kristy Delisle  
Kerstin Evelius  
Emma Fredriksson  
Katarina Adolfsson

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>11</b>
<b>Summary .....</b>	<b>27</b>
<b>Författningsförslag .....</b>	<b>31</b>
<b>A INLEDNING</b>	
<b>1 Betänkandets utgångspunkter och inriktning .....</b>	<b>45</b>
1.1 Om utredningsuppdraget och delbetänkandet .....	45
1.2 Underlag för delbetänkandet .....	47
1.3 Delbetänkandets disposition.....	49
<b>2 Nuvarande ansvarsfördelning.....</b>	<b>51</b>
<b>B AKTUELL SITUATION</b>	
<b>3 Straffrättsliga förutsättningar för rättspsykiatrisk vård ....</b>	<b>55</b>
3.1 Gällande lagstiftning.....	55
3.2 Psykansvarskommitténs straffrättsliga förslag .....	57
3.3 Psykiatrisamordningens förslag om öppen vård med särskilda villkor .....	62
3.4 Inomdepartemental utredning .....	63

<b>4</b>	<b>Rättspsykiatrisk vård – aktuell situation .....</b>	<b>65</b>
4.1	Vårdens omfattning.....	65
4.1.1	Antal patienter .....	65
4.1.2	Vårdplatser och vårdenheter.....	66
4.2	Kostnader.....	68
4.3	De rättspsykiatriska patienterna.....	69
4.3.1	Demografiska förhållanden .....	70
4.3.2	Huvudbrott och huvuddiagnos .....	71
4.3.3	Vårdtider.....	73
4.4	Vårdens innehåll .....	73
4.5	Etiska aspekter.....	77
4.6	Statlig tillsyn .....	79
4.7	Svensk rättspsykiatri i internationellt perspektiv.....	81
4.8	Aktuell forsknings- och utvecklingsverksamhet, FoU, inom området psykiskt störda lagöverträdare. ....	84
4.8.1	Myndighetsbaserad FoU .....	84
4.8.2	Landstingsanknuten FoU.....	88
4.8.3	Centrum för våldsprevention.....	89
<b>5</b>	<b>Missbruk hos psykiskt störda lagöverträdare .....</b>	<b>91</b>
5.1	Missbruk, psykisk störning och kriminalitet.....	91
5.2	Missbruksvård – ett konfliktområde.....	92
5.3	Allt är inte mörker – goda exempel finns .....	94
5.4	Missbrukspolicy inom rättspsykiatrin.....	95
<b>6</b>	<b>Psykiskt störda inom kriminalvården och slutna ungdomsvård.....</b>	<b>97</b>
6.1	Aktuell situation inom kriminalvården.....	97
6.2	Kriminalvårdens behandlingsmöjligheter inskränker sig till öppen vård.....	98
6.3	Positiva utvecklingslinjer .....	101

6.4	Frivården hanterar många psykiskt störda lagöverträdare ..	102
6.5	Många intagna inom slutna ungdomsvård behöver psykiatrisk vård .....	104
6.6	Konsekvenser av Psykansvarskommitténs förslag.....	107
<b>7</b>	<b>Från frihetsberövande till ett liv i frihet ställer krav på samverkan .....</b>	<b>111</b>
7.1	Från stuprör till hängränna – om behov av samverkan.....	111
7.2	Boende och sysselsättning.....	114
7.3	Samverkan med frivilligorganisationer .....	117
<b>8</b>	<b>Rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet.....</b>	<b>121</b>
8.1	Formella förutsättningar för undersökningsverksamheten.....	121
8.2	Organisation, personal och kostnader.....	123
8.3	Konsekvenser av eventuell ny lagstiftning m.m.....	126
8.4	Återkommande utredningar av organisation och huvudmannaskap.....	129

## **C ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG**

<b>9</b>	<b>Straffrättsliga frågor .....</b>	<b>137</b>
9.1	Psykiatrisamordningen efterlyser ett ställningstagande till Psykansvarskommitténs förslag .....	137
9.2	Behov av åtgärder för att fullfölja psykiatrisk vård och behandling vid genomförande av Psykansvarskommitténs förslag.....	140
9.3	Omhändertagande av vissa lagöverträdare med utvecklingsstörning, autism eller liknande tillstånd. ....	142
9.4	Om läkarintyg enligt lag (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål m.m.....	146

<b>10</b>	<b>Sjukvårdshuvudmannens uppgifter .....</b>	<b>149</b>
10.1	Psykiatrisamordningen understryker att sjukvårdshuvudmannen har ansvar för häktade och dömda.....	149
10.2	Psykiatrisamordningen anser att sjukvårdshuvudmannen ska ansvara för missbruksvård av rättspsykiatrins patienter.....	154
<b>11</b>	<b>Den rättspsykiatriska vården i förändring.....</b>	<b>159</b>
11.1	Rättspsykiatrins uppdrag utvidgas .....	159
11.2	Om behov och fördelning av vårdplatser.....	160
11.3	Rättspsykiatrins roll och uppgifter .....	164
11.4	Om riskbedömning och samhällsskydd.....	167
11.5	Samverkan kring den enskilde patienten.....	170
11.6	Omhändertagande av patienter med behov av särskilt långa vårdtider. ....	172
11.7	Forsknings- och utvecklingsverksamhet .....	174
<b>12</b>	<b>Samverkan och kommunernas roll .....</b>	<b>179</b>
12.1	Om kommunens ansvar vid permission och utskrivning ....	179
12.2	Avtal mellan aktörerna krävs för att legitimera samverkan .....	182
<b>13</b>	<b>Den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten .....</b>	<b>185</b>
13.1	Fortsatt statligt huvudmannaskap.....	185
13.2	Ansvar för driften av utredningsverksamheten .....	186
<b>14</b>	<b>Nationell samordning och styrning.....</b>	<b>193</b>
14.1	Rättspsykiatrin behöver hållas samman av ett nationellt organ .....	193

14.2 Samordningsorganets uppgifter .....	198
14.3 För uppföljning och utvärdering krävs ett nationellt register. ....	201
14.4 Samordningsorganet skall utgöras av en myndighet.....	205
14.5 Staten bör medverka till finansiering av rättspsykiatri.....	209
14.6 Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsyn.....	214

## **D KONSEKVENSRÅGOR OCH IMPLEMENTERING**

<b>15 Resursmässiga frågor och finansiering .....</b>	<b>219</b>
15.1 Rekryteringsmöjligheter och personalens kompetens .....	219
15.2 Ekonomiska konsekvenser .....	222
15.3 Konsekvenser för kommunernas och landstingens självstyrelse.....	229
15.4 Konsekvenser för brottsutvecklingen.....	230
15.5 Övriga konsekvenser .....	232

<b>16 Genomförande .....</b>	<b>233</b>
16.1 Organisationskommitté.....	233
16.2 Tid för genomförande.....	234
16.3 Behov av omedelbara insatser.....	235

<b>Författningskommentarer .....</b>	<b>237</b>
--------------------------------------	------------

<b>Referenser .....</b>	<b>243</b>
-------------------------	------------

### **Bilagor**

Bilaga 1 Kommittédirektivet .....	247
Bilaga 2 Verksamhetschefers och chefsöverläkares bedömning av angelägna organisatoriska åtgärder inom det rättspsykiatriska området .....	261

# Sammanfattning

## Utgångspunkter för rapporten

Utredning, vård, behandling och rehabilitering av psykiskt störda lagöverträdare involverar många aktörer såväl på statlig nivå som inom landsting och kommuner. Var och en arbetar efter sina förutsättningar utifrån skilda lagar och regler, vetenskapliga synsätt och arbetsmodeller. Behovet av samordning och samverkan mellan olika verksamheter, som också är huvudtemat för Nationell psykiatrisamordning, är stort när det gäller omhändertagandet av de psykiskt störda lagöverträdarna.

De lagöverträdare, t.ex. fängelsedömda, som är i behov av psykiatrisk vård kan, liksom alla andra medborgare, ges denna vård på frivillig väg enligt hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser. När tvångsvård är aktuellt för psykiskt störda lagöverträdare ges sådan vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. Om en gärningsman vid tiden för domslutet lider av en allvarlig psykisk störning kan domstolen överlämna honom eller henne till rättspsykiatrisk vård i stället för att döma till fängelse.

## Förutsättningar för, och omfattning av, rättspsykiatrisk vård

Den som har begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning får inte dömas till fängelse – det s.k. fängelseförbudet (BrB 30:6). Om den som har begått ett brott, för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter, lider av en allvarlig psykisk störning får domstolen överlämna denne till rättspsykiatrisk vård (BrB 31:3). Vid beslut om överlämnande till rättspsykiatrisk vård beslutar domstolen om denna vård skall ges med eller utan särskild utskrivningsprövning. För att kunna överlämna en gärningsman till rättspsykiatrisk vård krävs att ett medicinskt underlag, i regel ett



rättspsykiatriskt utlåtande, RPU, finns i målet som stöder att den misstänkte lider av en allvarlig psykisk störning.

Under den senaste tioårsperioden har i genomsnitt 375 personer per år överlämnats till rättspsykiatrisk vård. Vårdtiderna har successivt ökat och totala antalet rättspsykiatriska patienter uppgår nu till omkring 1430. Vårdtiderna varierar betydligt mellan olika patienter men den genomsnittliga vårdtiden kan uppskattas till fem år vid särskild utskrivningsprövning och ett drygt år vid vård utan sådan utskrivningsprövning. Omkring en tredjedel av vårdtiden utgörs av permission inför definitiv utskrivning.

Kostnaderna för rättspsykiatrin motsvarar omkring en procent av de sammanlagda kostnaderna för hälso- och sjukvården eller tio procent av sjukvårdshuvudmännens kostnader för den psykiatriska vården.

### **Ställningstagande till rättspsykiatris framtida förutsättningar är angeläget**

Psykansvarskommittén har i sitt betänkande *Psykisk störning, brott och ansvar* (SOU 2002:3) lämnat förslag till omfattande förändringar när det gäller det straffrättsliga systemets utformning för psykiskt störda lagöverträdare. Förslagen innebar bl.a. att alla som har begått brott skulle kunna dömas till kriminalvårdspåföljd utom de som varit så påverkade av sin psykiska störning att de inte bedöms kunna bära ett straffrättsligt ansvar (otillräkneliga). De gärningsmän som döms till fängelse men är i behov av psykiatrisk vård skulle enligt förslaget kunna verkställa straffet inom rättspsykiatrin så länge vårdbehovet kvarstår. En genomgående tanke i kommitténs förslag var att en närmare samverkan mellan kriminalvård och rättspsykiatri skulle komma till stånd än vad som nu vanligen är fallet.

En fördel med förslagen är enligt Psykiatrisamordningen att vård, samhällsskydd och straff särskiljs bättre så att den psykiatriska vården kan fokuseras kring den psykiskt störde lagöverträdarens psykiska tillfrisknande och rehabilitering. Kommitténs förslag innebär också en anpassning av det svenska regelverket för omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare till vad som gäller inom EU och flertalet andra länder.

Samtidigt kan konstateras att ett införande av de förslag som kommittén har föreslagit inte är okomplicerat. Remissinstanserna

har bland annat pekat på att det inom kriminalvården krävs fler differentierade platser för intagna med psykisk störning, rekrytering av personal med adekvat kompetens samt fortbildning. Komplettering behövs även inom frivården. Den öppna psykiatriska vården behöver förstärkas samtidigt som behovet av vårdplatser inom rättspsykiatri successivt kan komma att minska. En omfördelning av uppgifter och av ekonomiska resurser mellan olika verksamheter kan således förutses.

Det är enligt Psykiatrisamordningen angeläget med ett ställningstagande från regeringen till hur det straffrättsliga systemet för psykiskt störda lagöverträdare skall komma att utformas i framtiden, även om alla detaljer i ett sådant system inte utkristalliserats. Den nuvarande situationen med en långt utdragen beredningsprocess av de förslag som lagts fram av Psykansvarskommittén skapar en osäkerhet och en situation som bland annat innebär risk för felsatsningar i form av byggnadsinvesteringar, eller att underhåll av befintliga lokaler eftersätts och att rekrytering av personal med adekvat kompetens, liksom angeläget utvecklingsarbete, hämmas.

### **Förändrad reglering i samband med avslutande av rättspsykiatrisk vård**

För att bättre kunna möta de behov som finns i samband med utskrivning från den slutna vården än vad som nu finns för den som inte vill delta i fortsatt vård har Nationell psykiatrisamordning i en till Socialdepartementet i mars 2006 överlämnad promemoria föreslagit en komplettering av de psykiatriska tvångslagstiftningarna med regler om öppenvård med särskilda villkor. Dessa regler möjliggör återintagning i slutna vård t.ex. om patienten inte iakttar de villkor som gäller och det finns risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag.

En sådan reglering är angelägen redan nu. Regleringen är dessutom en nödvändighet om och när Psykansvarskommitténs förslag genomförs i någon form för att kunna ge fortsatt psykiatrisk vård för de psykiskt störda lagöverträdare som har ett kvarstående vårdbehov efter strafftidens utgång. I sistnämnda fall finns också anledning att se över förutsättningarna för fortsatt vård, t.ex. med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård.

## **Verkställighet av påföljd för vissa personer med utvecklingsstörning m.fl.**

Psykiatrisamordningen anser att om en person som lider av en utvecklingsstörning, autism eller liknande tillstånd eller lider av en förvärvad hjärnskada i vuxen ålder döms till frihetsberövande påföljd för brott och är i behov av psykiatrisk vård därför att han eller hon, utöver sitt funktionshinder, också har en annan psykisk störning bör domstolen kunna fatta beslut om att överlämna denne till rättspsykiatrisk vård. Detta bör kunna ske även om den psykiska störningen inte är sådan att den i sig bedöms vara allvarlig. För ett genomförande av en sådan ordning krävs ett tillägg i brottsbalken. Psykiatrisamordningen lämnar ett sådant förslag. Omhändertagandet av nämnda personer bör så långt möjligt ske i små enheter med personal med särskild kompetens och erfarenhet av den aktuella patientkategorins speciella behov.

För att åstadkomma en bättre situation för de gärningsmän som har en utvecklingsstörning, autism eller liknande störning och som inte har något behov av psykiatrisk vård, och där inget alternativ till fängelse finns, krävs ökad kunskap och nya arbetssätt inom kriminalvården för att uppmärksamma och tillgodose dessa personers särskilda behov. Dessa personer, även om de är få, måste i större utsträckning än i dag ges adekvat stöd och den service som krävs med hänsyn till aktuellt funktionshinder.

## **Presumtion för förordnande av § 7-intyg vid vissa typer av brott**

Variationen mellan olika domstolar när det gäller huruvida en rättspsykiatrisk bedömning skall inhämtas eller inte är stora, vilket leder till skilda bedömningar vid valet av påföljd. Det finns flera exempel på att personer som dömts till jämförelsevis långa frihetsberövanden inom kriminalvården inte genomgått någon form av sådan bedömning, trots att deras vårdbehov varit klart uttalat. Psykiatrisamordningen anser att ett läkarintyg enligt lagen om personutredning i brottmål m.m. skall inhämtas när det är fråga om att ta ställning till påföljd vid brott mot person åtminstone då en längre tids frihetsberövande, ett år eller mer, kan vara aktuellt. Psykiatrisamordningen föreslår att den nämnda lagbestämmelsen kompletteras.

## Sjukvårdshuvudmannens ansvar bör tydliggöras i lagstiftningen

Flertalet psykiskt störda lagöverträdare finns inte inom rättspsykiatri utan inom kriminalvård, sluten ungdomsvård, socialtjänstens övriga institutioner eller ute i samhället. I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen är det sjukvårdshuvudmannens ansvar att svara för psykiatrisk vård av intagna inom kriminalvården, den slutna ungdomsvården och vid LVM-hem. I avsaknad av erforderligt stöd från sjukvårdshuvudmannen har kriminalvården och den slutna ungdomsvården byggt upp egna parallella resurser för psykiatrisk vård och behandling bland annat med stöd av konsultläkare. Psykiatrisamordningen anser att sjukvårdshuvudmannens ansvar för psykiatrisk vård för häktade och dömda, oavsett inom vilken organisation dessa befinner sig, bör tydliggöras ytterligare i hälso- och sjukvårdslagen och lämnar ett förslag till detta. I detta ansvar ligger också att svara för erforderliga psykiatriska insatser när en gärningsman dömts till skyddstillsyn med särskilda föreskrifter om psykiatrisk vård.

En stor del av de allvarliga våldsbrotten begås av gärningsmän som har intagit alkohol eller någon annan drog. Kombinationen av psykisk störning och alkohol eller annan drog utgör en särskilt stor riskfaktor för att begå våldsbrott. Aktuell forskning talar för att de bästa effekterna uppnås när såväl missbruket som den psykiska störningen behandlas samtidigt och företrädesvis inom en och samma organisation. Nationell psykiatrisamordning anser att sjukvårdshuvudmannen skall svara för utredning, vård och behandling av missbruk av alkohol och droger, åtminstone när det gäller rättspsykiatrins patienter, såväl under sluten vård som därefter i avvaktan på att lokal vårdgivare kan överta ansvaret, och föreslår ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen även om detta.

## Rättspsykiatrins ansvarsområde bör breddas

Det finns olika sätt att definiera rättspsykiatri och dess uppgifter. Tidigare avsågs egentligen endast den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten, men genom tillkomsten av lagen om rättspsykiatrisk vård 1992 kom även vården enligt denna lag att inkluderas i begreppet rättspsykiatri. Psykiatrisamordningen håller för troligt att innehåll och arbetsformer när det gäller omhändertagande av

psykiskt störda lagöverträdare kommer att förändras de närmaste åren. Med stor sannolikhet kommer behovet av vårdplatser för sluten rättspsykiatrisk vård att minska successivt, medan innehållet i vården och rättspsykiatrins arbetsuppgifter bör breddas. Några troliga, och enligt Psykiatrisamordningens uppfattning önskade, utvecklingslinjer är följande.

Ytterst är det sjukvårdshuvudmannens uppgift att precisera den interna organisationen och uppgiftsfördelningen. Psykiatrisamordningens uppfattning är dock att rättspsykiatrins uppdrag bör omfatta bedömning och vård av samtliga psykiskt störda lagöverträdare vare sig de finns i häkte, kriminalvårdsanstalt eller inom den rättspsykiatriska vården. Detta ansvar bör av kontinuitetsskäl gälla även efter utskrivning/frigivning till dess att den ordinarie psykiatriska vården har möjlighet att ta över ansvaret eller till dess att den frigivne/utskrivne kan klara sig utan fortsatta psykiatriska insatser. På motsvarande sätt bör i första hand barn- och ungdomspsykiatrins ansvar även omfatta de ungdomar som är i behov av psykiatrisk vård och som är intagna i sluten ungdomsvård.

Rättspsykiatrin bör även ha huvudansvar för att se till att de åtgärder som förutsätts vid dom till skyddstillsyn med särskilda föreskrifter om öppen psykiatrisk vård genomförs. Uppgiften förutsätter en nära samverkan med aktuell frivårdsmyndighet.

Rättspsykiatrin bör enligt Psykiatrisamordningens uppfattning även ansvara för missbruksvården av de gärningsmän som överlämnats till rättspsykiatrisk vård. Detta ansvar bör kvarstå även efter att den slutna vården avslutats till dess att antingen ytterligare insatser inte längre är nödvändiga eller att den lokala psykiatrin och missbruksvården har övertagit ansvaret för fortsatta insatser. Det bör vara rättspsykiatrins ansvar att se till att "stafettpippen" förts vidare och tagits om hand. Detta innebär emellertid inte någon inskränkning av kommunens ansvar för att dess invånare erhåller det vård och stöd som följer av socialtjänstlagen.

Tiden inför och närmast efter utskrivning från rättspsykiatrisk vård är ofta kaotisk för den utskrivne och det är svårt för denne att orientera sig i samhället och klara de kontakter med olika samhällsorgan som behövs. Psykiatrisamordningen anser att det är angeläget att rättspsykiatrin tar ansvar för att den utskrivne får kontakt med berörda organ och har en organisation utanför den rättspsykiatriska enheten som kan utgöra såväl en lots för den enskilde som en brygga mellan t.ex. socialtjänstens olika verksamheter och rättspsykiatrin, i likhet med vad som byggts upp inom några delar av

landet. En sådan organisation kan med fördel även ha ansvar för de kontakter som krävs för de psykiskt störda som lämnar kriminalvården efter verkställighetstidens utgång.

Psykiatrisamordningen anser att det är önskvärt att rättspsykiatrin utvecklas till ett kompetenscentrum inom sjukvårdsområdet som genom information och utbildning ges möjlighet att förmedla kunskap till andra vårdgivare om riskbedömning, identifiering och omhändertagande av personer som är i riskzonen för att begå allvarliga våldsbrott. Rättspsykiatrin bör även tillhandahålla strategier för intervention i syfte att förebygga våld och risksituationer inom vård och omsorg.

Den utveckling och vidgning av rättspsykiatrins uppdrag som här föreslås är inte unik för vårt land utan är till stor del i linje med den utveckling som sker i stora delar av västvärlden även om de legala förutsättningarna för rättspsykiatrisk vård skiljer sig mellan olika länder.

### **Från frihetsberövande till ett liv i frihet kräver samverkan.**

Kraftfulla och samordnade åtgärder krävs i samband med att den psykiskt störde lämnar kriminalvårdsanstalten eller den rättspsykiatriska vården och återgår till ett liv i frihet.

Psykiatrisamordnaren anser att den regionala och lokala samverkan mellan framförallt kriminalvården, psykiatrin, rättspsykiatrin, missbruksvården och socialtjänsten i övrigt behöver utvecklas. Detsamma gäller kontakterna mellan samhällets olika aktörer, som t.ex. försäkringskassan, arbetsmarknadsmyndigheter och frivilligorganisationer av skilda slag, och den enskilde i samband med och tiden närmast efter avslutad frihetsberövande påföljd. Samverkan är inget mål i sig utan ett medel att uppnå målet om en förbättrad psykisk hälsa och en återanpassning av den enskilde till ett liv i samhället.

Den samverkan som krävs måste för att vara verkningsfull, enligt Psykiatrisamordningens uppfattning, etableras såväl på ledningsnivå som lokalt runt den enskilde patienten/klienten. Psykiatrisamordningen lämnar i sitt slutbetänkande förslag till lagstiftning som innebär att en överenskommelse skall finnas på ledningsnivå mellan landsting och kommuner, som ger legitimitet åt och anger förutsättningar för samverkan kring den enskilde patienten.

## Kommunala insatser krävs vid permission och frigivning

Kommunen har ansvaret för sina medborgare vare sig de under kortare eller längre tid är intagna i kriminalvård, psykiatrisk tvångsvård eller på annan institution eller befinner sig i frihet. Till kommunernas uppgift hör boende och sysselsättning samt viss missbruksvård om behoven inte kan tillgodoses på annat sätt. För psykiskt störda lagöverträdare har kommunen ansvar för att pröva rätten till bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL) när han eller hon inte längre är föremål för frihetsberövande inom slutet rättspsykiatrisk vård, slutet ungdomsvård eller fängelse. Ansvaret gäller även under tiden för permission, oavsett dess längd, eller under tiden för Öppen vård med särskilda villkor om, och när, en sådan reglering införs. Psykiatrisamordningen lämnar förslag till komplettering av socialtjänstlagen och av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade som innebär att kommunernas ansvar tydliggörs i detta avseende.

En vanlig anledning till att patienter som vårdas inom rättspsykiatri inte bedöms kunna skrivas ut är att frågan om boende och sysselsättning inte är lösta på ett tillfredsställande sätt. Delade meningar råder inte sällan mellan företrädare för rättspsykiatri och kommunen om vilken typ av boende som krävs för att patienten skall kunna skrivas ut. Det står dock klart att kommunernas insatser behöver främjas när det gäller att skapa anpassade boendeformer för dem som skrivs ut. Hur detta stöd skulle kunna utformas diskuteras i Psykiatrisamordningens slutbetänkande.

## En mellanvårdsform i landstingets regi behövs

Psykiatrisamordningen anser att det för ett begränsat antal patienter i landet behövs en mellanvårdsform som drivs i landstingets regi. Vid sådana boendeliknande enheter krävs endast ett begränsat medicinskt omhändertagande och en lägre personaltäthet med färre behandlingsinsatser än vad som kännetecknar en normal rättspsykiatrisk avdelning. Men samtidigt måste säkerheten vara god och frihet från våld och droger vara ett krav. Behovet av möjligheten att tillgripa tvångsåtgärder motiverar att dessa enheter skall vara ett ansvar för landstingen och inte för kommunerna även om boendet kan komma att bli långvarigt för den enskilde patienten.

## Den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten är en statlig angelägenhet, men driftformen kan variera

Rättspsykiatrin består inte bara av den landstingsdrivna rättspsykiatriska vården utan även av rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, som är en statlig verksamhet under Rättsmedicinalverkets ledning. Den rättspsykiatriska utredningsverksamheten utgör en del av det straffrättsliga systemet och skall enligt Psykiatrisamordningens mening även fortsättningsvis vara en statlig verksamhet och bedrivs med statlig finansiering under ledning av en myndighet. Ett vägande skäl för detta är att för verksamhetens trovärdighet och legitimitet krävs att verksamheten bedrivs på ett likartat sätt överallt och att dess resultat inte skiljer sig åt beroende av var i landet undersökningen genomförs.

Den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten bedrivs nu dels vid två avdelningar inom Rättsmedicinalverket dels med stöd av entreprenadavtal vid två enheter inom hälso- och sjukvården där även rättspsykiatrisk vård bedrivs. Nationell psykiatrisamordning kan konstatera att nuvarande förhållanden när det gäller den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten synes fungera relativt väl men att ett ytterligare närmande mellan utredning och vård vid de två statliga undersökningsenheterna skulle vara en fördel.

Önskemål har framförts om en utökning av antalet undersökningsenheter så att fler rättspsykiatriska regionvårdsenheter skulle komma att bedriva sådan undersökningsverksamhet. Vidare har ett överförande av nuvarande statliga enheter inom Rättsmedicinalverket till sjukvårdshuvudmännen diskuterats och föreslagits av den s.k. RMV/SKL-utredningen. Psykiatrisamordningen anser att för att kunna bedriva en kvalificerad rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet krävs en viss volym på verksamheten och den kan därför inte bedrivs vid allt för många enheter. En rimlig utgångspunkt för framtiden bör vara att utgå från nuvarande fyra enheter, vilka möjligen efter hand kan kompletteras, eller reduceras, med en eller annan enhet beroende på tillgång på kompetens och andra lokala och regionala förutsättningar och kommande efterfrågan på undersökningar.

Frågan om bibehållande eller överlåtande av driften av de nuvarande statliga undersökningsenheterna till närmast berörda landsting är enligt Psykiatrisamordningens uppfattning beroende av hur samordningen på nationell nivå av den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten organiseras. Vid bibehållande av Rättsmedici-



nalverket i sin nuvarande form finns det således ingen anledning att ändra på de organisatoriska förhållandena för undersökningsenheterna. Vid en eventuell samordning av verksamheten vid Rättsmedicinalverket och vid Statens kriminaltekniska laboratorium inom ramen för ett Forensiskt institut, såsom föreslagits av RMV/SKL-utredningen, eller vid genomförande av nedan lämnat förslag angående samordning på nationell nivå av den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten och vården av psykiskt störda lagöverträdare kan det däremot finnas anledning för staten att initiera förhandlingar om ett överförande av undersökningsverksamheten i Stockholm och Göteborg till berörda sjukvårdshuvudmän.

### **Nationell samordning är nödvändig**

Det är en nationell angelägenhet att utredning, vård och omhändertagande av de psykiskt störda lagöverträdarna fungerar på ett tillfredsställande och över hela landet likartat sätt. Oavsett om Psykansvarskommitténs förslag genomförs eller inte sker vården av psykiskt störda lagöverträdare under tiden för ett påtvingat frihetsberövande och som en del av det straffrättsliga systemet. Staten har därmed ett större ansvar för verksamhetens innehåll, kvalitet, arbetsformer och likformighet när det gäller resultat än vad som gäller för övrig hälso- och sjukvård.

För att så långt möjligt garantera en eftersträvad likvärdighet krävs enligt Psykiatrisamordningens uppfattning att ett nationellt samordningsorgan får ett samlat ansvar såväl för rättspsykiatrisk utredningsverksamhet som för den rättspsykiatriska vården. Vidare krävs att staten tar ett ökat ansvar för medfinansiering av vården av psykiskt störda lagöverträdare. Utgångspunkten för en sådan medfinansiering bör enligt Psykiatrisamordningen vara att landsingen/kommunerna uppfyller vissa nationellt överenskomna krav som gäller den rättspsykiatriska vårdens innehåll och arbetsuppgifter samt att uppgifter som möjliggör uppföljning av dessa faktorer och av verksamhetens resultat kan analyseras. Psykiatrisamordningen föreslår en särskild lag som reglerar formerna för statens bidrag till vårdområdet.

Det nationella samordningsorganet kan antingen utgöras av en myndighet eller av en fristående samarbetsnämnd med företrädare för berörda intressenter. Psykiatrisamordningen anser att övervägande skäl talar för att en myndighet bör ansvara för dessa uppgif-

ter, även om alternativa möjligheter inte kan uteslutas. Till myndigheten bör knytas en referensgrupp med företrädare för berörda aktörer.

Till samordningsorganets uppgifter bör höra att, bland annat med stöd av ett nationellt register över rättspsykiatrisk utredning och vård, kontinuerligt följa upp och utvärdera verksamheten. Organisationen skall också enligt Psykiatrisamordningens uppfattning ge service och stöd åt verksamhetens utövare, stimulera utbildnings-, kvalitetsutvecklings- och forskningsinsatser inom området, följa upp att uppsatta kvalitetsmål uppfylls och premiera vårdgivare som uppfyller kraven samt vid behov föreslå regeringen nödvändiga förändringar.

Avgränsningen av samordningsorganets verksamhet i förhållande till Socialstyrelsens uppgifter och dess register över den rättspsykiatriska vården kan behöva analyseras ytterligare. Psykiatrisamordningen förordar att en organisationsutredning tillsätts omgående med uppgift att analysera dessa frågor samt föreslå samordningsorganets dimensionering, kompetensbehov och lokalisering m.m.

I avvaktan på att organisationskommittén genomfört sitt uppdrag och att den föreslagna samordningsmyndigheten kommit till stånd bör regeringen ta initiativ till att en interimistisk organisation tillsätts på frivillig väg med företrädare för staten, sjukvårdshuvudmännen och kommunerna med uppgift att så långt möjligt verka för genomförande av de förslag som Psykiatrisamordningen redovisar i detta betänkande och i sitt slutbetänkande.

Rättspsykiatrisk utredning och vården av psykiskt störda lagöverträdare är områden som ligger inom såväl Socialdepartementets som Justitiedepartementets ansvarsområden. Frågan om under vilket departementsområde ett nationellt samordningsorgan för dessa verksamheter skall hänföras är därför inte okomplicerad. Det slutliga ställningstagandet är en fråga för regeringen och Psykiatrisamordningen lägger inte något förslag i denna del, men poängterar att det är nödvändigt med en nära samverkan inom regeringskansliet vid beredning av hithörande frågor.

Målsättningen med de ovan och i rapporten redovisade åtgärderna är att åstadkomma positiva systemeffekter för vård och omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare som helhet i syfte att förbättra berörda lagöverträdares psykiska hälsa och så långt möjligt reducera risken för återfall i brott.

## Kvalificerat omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare kräver personal med hög kompetens

De psykiskt störda lagöverträdarna är en utsatt kategori av medborgare i flera avseenden. Det är ett för hela samhället gemensamt intresse att landsting och kommuner har goda förutsättningar att i förening ta sig an uppgiften att ge adekvat stöd i form av kvalificerad psykiatrisk vård, missbruksvård, gruppboheter och annat stöd åt dessa människor – såväl ur ett individinriktat, humanitärt perspektiv som ur ett samhällsinriktat brottsförebyggande perspektiv.

De begränsningar av missbruksvården och den psykiatriska vården som skett under en lång följd av år utgör endast en kortsiktig lösning på de ekonomiska problem som berörda huvudmän stått inför. Det finns en risk för att en låg ambitionsnivå när det gäller missbruksvård och akut psykiatrisk vård innebär att fler missbrukare och psykiskt störda personer begår brott. I brist på resurser och kvalificerat omhändertagande i frivilliga former hamnar de så småningom inte sällan i den rättspsykiatriska vården, efter att ha dömts för brott, och då till väsentligt högre kostnader för samhället och efter att ha åsamkat såväl sig själva som sina offer och anhöriga ett betydande lidande.

Ett betydligt bättre samarbete mellan samtliga berörda organ inom staten, landstingen och kommunerna kring enskilda kriminella med missbruksproblem och/eller psykisk störning oavsett om de avtjänar straff i en kriminalvårdsanstalt eller vårdas inom rättspsykiatri kommer att krävas för att riskerna för återinsjuknande och återfall i brott så långt möjligt skall kunna undvikas.

Det breddade uppdraget för rättspsykiatri enligt ovan och en angelägen utveckling av området ställer krav såväl på personalmässiga resurser och delvis ny kompetens som på ekonomiska resurser. Möjligheterna att på ett positivt sätt genomföra de förslag som diskuterats står och faller med tillgången på personal med rätt kompetens och inställning när det gäller att arbeta med gruppen psykiskt störda lagöverträdare. Det är ingen lätt grupp att ta om hand och den ställer stora krav på kunskap, engagemang, tålamod och medvetenhet om de etiska problem och avvägningar som är förknippade med verksamheten.

Kompetensen och kanske möjligheterna inom den öppna psykiatriska vården, missbruksvården och socialtjänsten i övrigt att ta sig an de psykiskt störda lagöverträdarna, som ofta även har en svårhanterlig personlighetsstörning och missbrukar såväl alkohol som

andra droger, står inte alltid i paritet med vad som skulle vara önskvärt eller optimalt för att bryta ett destruktivt och kriminellt beteende. Det finns på flera håll svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens inom många områden inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För rättspsykiatriens del är framförallt bristen på kvalificerade läkare och specialistutbildade sjuksköterskor stor medan övriga personal i regel är lättare att rekrytera.

För genomförande av såväl Psykansvarskommitténs förslag som den inriktning som Psykiatrisamordningen förespråkar behövs nyrekrytering av personal i första hand till den öppna psykiatriska vården och socialtjänstens boendestöd samt till kriminalvården/frivården. Dessutom behövs en bred satsning på fortbildning för ökad kompetens och en attitydförändring som underlättar för de psykiskt störda lagöverträdarna att få, och hålla, kontakt med samhällets olika stödfunktioner. Ett sådant arbete kommer att kosta såväl tid som ekonomiska resurser, men är nödvändigt för att den föreslagna inriktningen skall kunna genomföras med ett positivt resultat. De kostnader i form av återfall i sjukdom, lidande och förnyad brottslighet som ett misslyckande innebär är betydande såväl för brottslingen som för dennes brottsoffer, rättsväsendet och för samhället i stort.

### **Forskning och utveckling, FoU**

För en angelägen kompetenshöjning krävs också att forsknings- och utvecklingsarbetet kan ligga på en hög nivå. Psykiatrisamordningen förordar en utveckling som innebär att professorer inom området vård och rehabilitering av psykiskt stöda lagöverträdare finns vid åtminstone tre universitet i anslutning till de rättspsykiatriska undersöknings- och vårdenheterna. Psykiatrisamordningen framhåller vikten av att ett vetenskapligt synsätt genomsyrar all verksamhet och att berörda verksamhetsansvariga avsätter ekonomiska och personella resurser för FoU-verksamhet. Psykiatrisamordningen efterlyser också en särskild anslagskonstruktion som möjliggör att berörda myndigheter i efterhand kan få ersättning för kostnader i samband med att medarbetare ägnar viss tid för forskarutbildning och forskning.

## Ekonomiska konsekvenser

Flera av de förslag som Psykiatrisamordningen framför innebär endast ett förtydligande av det ansvar som landstingen redan nu har för vården av psykiskt störda lagöverträdare och föranleder inga ökade utgifter för staten. Förslaget om att gärningsmän som lider av en utvecklingsstörning, autism eller liknande störning och som också har en psykisk störning av domstol skall kunna överlämnas till rättspsykiatrisk vård i stället för att dömas till fängelse innebär dock att en delvis ny grupp patienter överlämnas till landstingen. Kostnaderna för detta kan uppskattas till omkring 50 miljoner kronor per år netto. Förslaget till komplettering av lagen om personutredning i brottmål m.m. innebär att domstolarna kommer att förordna om fler § 7-intyg och, som ett resultat av dessa, även fler rättspsykiatriska undersökningar. Kostnaderna för detta kan uppskattas till omkring 30 miljoner kronor.

För statens del tillkommer också kostnader för införande av det nationella samordningsorganet med därtill hörande uppföljningssystem samt för utökning av tillsynsmyndigheternas verksamhet med inriktning på det rättspsykiatriska området. Kostnaderna för dessa nationella funktioner uppskattas till omkring 50 miljoner kronor per år. En mindre del av detta belopp kan överföras från nuvarande kostnader för Rättsmedicinalverket då verkets uppgifter att svara för nationell samordning av den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten överförs till den föreslagna nya myndigheten för nationell samordning av rättspsykiatrisk utredning och vård.

Psykiatrisamordningen kommer i sitt slutbetänkande att föreslå en långsiktig satsning på psykiatriområdet där staten medverkar till finansieringen av vård och omhändertagande. Formerna för hur denna finansiering skall komma huvudmännen till godo kommer att diskuteras i Psykiatrisamordningens slutbetänkande. Det är härutöver enligt Psykiatrisamordningens uppfattning angeläget att riksdag och regering anvisar särskilda medel som möjliggör en reell uppbyggnad av kvalificerad psykiatrisk vård och missbruksvård för de psykiskt störda lagöverträdarna. Det går inte att hänvisa enbart till att detta är en affär för huvudmännens egen prioritering eller till det statsfinansiella läget. Alternativkostnaden för att inte vidta kraftfulla åtgärder är betydande, liksom det mänskliga lidandet.

Psykiatrisamordningen förordar att 300 miljoner kronor per år avsätts för detta ändamål. En förutsättning för erhållande av dessa medel bör vara att landsting och kommuner kan uppvisa att de

uppfyller de krav som bör ställas på en kvalificerad och ändamålsenlig organisation när det gäller omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare liksom på vårdens och rehabiliteringens innehåll samt när det gäller förebyggande insatser. Psykiatrisamordningen föreslår att dessa medel administreras och utbetalas av den föreslagna myndigheten. Psykiatrisamordningen föreslår införandet av en ny lag för ändamålet.

## Genomförande

Psykiatrisamordningen anser att en organisationsutredning bör tillsättas omgående med uppgift att konkretisera lämnat förslag angående en nationell samordningsmyndighet samt angående det föreslagna registret för uppföljning av vård och rehabilitering av psykiskt störda lagöverträdare.

De i betänkandet framlagda förslagen bör genomföras den 1 januari 2009.

Psykiatrisamordningen förordar att regeringen i avvaktan på genomförande av de förslag som här framförts omgående initierar etablerandet av en interimistisk organisation med uppgift att inom ramen för gällande lagstiftning och huvudmannaskap verka för ett genomförande av den utveckling och förändring av vård och rehabilitering av psykiskt störda lagöverträdare som föreslås i betänkandet. En sådan organisation bör utformas i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting och även omfatta företrädare för berörda verksamheter, myndigheter och brukare.

# Summary

In the summer of 2003 five tragedies happened in a short period of time involving offenders well known from earlier contacts with different psychiatric facilities. These tragedies, which culminated in the murder of the former Swedish Minister of Foreign Affairs, caused a great deal of anger and frustration in the Swedish society. Shortly after these incidences the National Psychiatric Services Coordination, NPSC, was founded in November 2003. The Government commissioned the NPSC to analyse Swedish psychiatric services and their shortcomings from practically every possible angle. The NPSC was given three years to propose measures needed in order to raise the standard of the psychiatric services and develop models for better coordination between services provided by county councils and municipalities.

## Current regulations

Since 1992, there have been two laws in effect in Sweden regulating compulsory psychiatric treatment. One for mentally disturbed individuals in general and another for those who have committed crimes while suffering from one or more serious mental disorders. The law concerning the latter category is called the Forensic Mental Care Act.

This law stipulates that if an offender at the time of the crime suffers from a **severe mental disorder** the court cannot sentence him or her to prison. If the offender is in need of psychiatric care he or she can be sentenced to forensic psychiatric care. The definition of a severe mental disorder includes psychotic disorders, severe depressive disorders with a risk of suicide, and, in some cases, severe personality disorders.

Most offenders diagnosed with personality disorders are not legally considered to suffer from a severe mental disorder. They are

thus legally responsible for their actions and consequently may be sentenced to prison. Psychiatric treatment, if required in such cases, must be provided within prison on a voluntary basis or by referral from the prison to a psychiatric hospital. As soon as the patient sufficiently recovers, he or she must return to prison.

Furthermore, the Forensic Mental Care Act deals with two separate categories of patients: patients with and patients without a special court assessment before discharge. The court assigns the classification to each case based on whether or not there is a risk of relapse into serious crime. In cases subject to special court assessment, the court bears the responsibility of granting any temporary leave of absence as well as final discharge from hospital. A sentence to forensic psychiatric care without special court assessment implies that the psychiatrist in charge of treatment also determines the extent of detention required in each case.

Forensic psychiatric treatment may be given at any psychiatric hospital that can guarantee the required level of security. There are also additional psychiatric hospital wards on the regional level for the treatment of patients who suffer from the most severe forms of mental disorders and/or are considered to be particularly prone to violent and aggressive outbursts. These hospital services are run and financed by the twentyone county councils.

A sentence to forensic psychiatric treatment is always based on the results of a forensic psychiatric evaluation. Such evaluations are conducted and financed by the state, and are provided by four special units under the direction of the National Board of Forensic Medicine.

When patients are discharged from hospital, the 290 municipalities are responsible for assisting them with housing and arrangements for rehabilitation etc. As mentioned above the main task of the NPSC is to find solutions to improve coordination between the services provided by the county councils and municipalities.

## Proposals

The NPSC proposes a wide range of changes nationally as well as on the county council and municipal level. On the national level, the NPSC proposes establishing a special authority to serve and coordinate the development of the different services involved in taking care of mentally disturbed offenders. This authority should



also analyse the outcome of the care provided. To do so the authority must have a special national data acquisition system that gathers data from all of the facilities involved on a daily basis. The NPSC also proposes that the state provide national funding to the county councils and the municipalities that fulfil the criteria for a good standard as stipulated at the national level.

The NPSC also proposes some changes in legislation to more clearly define the county councils' responsibilities for the psychiatric care of offenders serving prison sentences and those serving sentences in special wards for young offenders. These responsibilities also include the coordination of efforts necessary when the court sentences offenders to probation on condition that they complete a programme of psychiatric care.

Another legislative issue also pointed out by the NPSC is the responsibility of the county councils to provide full service to forensic psychiatry inmates when it comes to arranging and offering programmes for alcohol and drug abusers. Reducing alcohol and drug abuse is one of the most important factors in order to reduce the risk for relapse.

The NPSC also proposes that the courts should have the possibility of sentencing a mentally deficient offender or person with autism etc. who also suffers from a psychiatric disorder, but does not fulfil the severe mental disorder criteria to forensic psychiatric care. In these rare cases, about twenty per year, care should be provided in line with the Forensic Mental Care Act, and be administered by the county councils and provided in small, well-staffed units.

Moreover, as the responsibility of providing healthcare is in the hands of each county council, which is a cause of variation between the different parts of the country and across the units, the NPSC makes some detailed recommendations on what must be done on the local level to raise the standard of care. In brief, these recommendations are the following:

- forensic psychiatric services under the direction of county councils should be responsible for the assessment and care of mentally disordered prison inmates and those that are sentenced to probation on condition of outpatient psychiatric care,
- forensic psychiatric services should comprise resource centre for risk assessment, identification and care of aggressive, mentally disordered healthcare patients,

- forensic psychiatric services should conduct and have programmes for the evaluation and treatment of alcohol and drug abuse for the patients cared for under the Forensic Mental Care Act,
- forensic psychiatric services should have teams that properly guide patients through the system in connection with, and for some time after, discharge,
- active care planning for each patient should be carried out, documented and followed up with the municipality and other actors,
- agreements should be in place with the municipalities involved on how care should be organised after the period of institutional care.

Additionally, a good discharge from institutional care requires that the municipalities have adequate living and occupational alternatives to take care of discharged patients. The above mentioned national co-funding of the care of mentally disordered offenders should be based on these recommendations being met.

### **Implementation**

The implementation of the proposals involves rather extensive amendments to existing law and regulations. However, due to the existing problems within the field, it is important that the proposals be implemented without undue delay. Considering that reasonable time must be allocated to the legislative consultative process, the future drafting of the proposals within the Government Offices and the processing of the matter in the Swedish parliament, the reforms may enter into effect on 1 January 2009 at the earliest.

It is, however, important to mention that even before the NPSC proposals are in effect and legislation has passed the Parliament, every possible effort must be made in order to improve the standard of care and rehabilitation of mentally disordered offenders. The direction of these efforts is outlined in this report. The NPSC proposes that efforts at the national level be led by a voluntary organisation in collaboration between the state, the county councils and the municipalities. Extensive efforts must also be made in each one of the local wards and units involved in the care and rehabilitation of mentally disordered offenders.

# Författningsförslag

## 1 Förslag till lag om ändring i 31 kap. 3 § Brottsbalken

Härigenom föreskrivs att 31 kap. 3 § brottsbalken skall ha nedan angiven lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 31 kap.

#### 3 §

Lider den som har begått ett brott, för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter av en allvarlig psykisk störning, får rätten överlämna honom till rättspsykiatrisk vård, om det med hänsyn till hans psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång.

Har brottet begåtts under på-

Lider den som har begått ett brott, för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter av en allvarlig psykisk störning, får rätten överlämna honom till rättspsykiatrisk vård, om det med hänsyn till hans psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård, som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. *Mot-svarande gäller även för den som lider av en psykisk störning även om denna inte är en allvarlig psykisk störning och som dessutom lider av utvecklingsstörning, autism, ett autismliknande tillstånd eller av en hjärnskada förvärvad i vuxen ålder.*

Har brottet begåtts under på-

verkan av en allvarlig psykisk störning får rätten besluta att särskild utskrivningsprövning enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård skall äga rum vid vården, om det till följd av den psykiska störningen finns risk för att han återfaller i brottslighet, som är av allvarligt slag.

Om det med hänsyn till den tilltalades tidigare brottslighet eller av andra särskilda skäl är påkallat, får rätten i samband med överlämnande till rättspsykiatrisk vård döma till annan påföljd, dock inte fängelse eller överlämnande till annan särskild vård.

verkan av en allvarlig psykisk störning får rätten besluta att särskild utskrivningsprövning enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård skall äga rum vid vården, om det till följd av den psykiska störningen finns risk för att han återfaller i brottslighet, som är av allvarligt slag. *Motsvarande gäller även för den som har begått brottet under inflytande av en psykisk störning även om denna inte är en allvarlig psykisk störning och som dessutom lider av utvecklingsstörning, autism, ett autismliknande tillstånd eller av en hjärnskada förvärvad i vuxen ålder.*

Om det med hänsyn till den tilltalades tidigare brottslighet eller av andra särskilda skäl är påkallat, får rätten i samband med överlämnande till rättspsykiatrisk vård döma till annan påföljd, dock inte fängelse eller överlämnande till annan särskild vård

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

## 2 Förslag till lag om ändring i 7 § lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål m.m.

Häri genom förskrivs att 7 § lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål m.m. skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

Rätten får, när det finns skäl till det, förordna en läkare att avge läkarintyg om en misstänkt, under förutsättning som anges i 2 § andra stycket. Om rätten särskilt anger det i förordnandet, skall intyget omfatta de medicinska förutsättningarna för att överlämna den misstänkte till rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar föreskrifter om avfattningen av läkarintyget. Endast en läkare som får avge utlåtande över en rättspsykiatrisk undersökning får förordnas att avge ett sådant intyg som avses i första stycket andra meningen. En misstänkt som inte är häktad är skyldig att inställa sig för läkarundersökning på tid och plats som läkaren bestämmer. Om den misstänkte inte inställer sig får polismyndigheten lämna handräckning för att han eller hon skall komma till undersökningen.

7 §

Rätten får, när det finns skäl till det, förordna en läkare att avge läkarintyg om en misstänkt, under förutsättning som anges i 2 § andra stycket. *Vid åtal för brott mot person, där ett års eller längre tids frihetsberövande påföljd aktualiseras, skall ett sådant förordnande alltid övervägas.* Om rätten särskilt anger det i förordnandet, skall intyget omfatta de medicinska förutsättningarna för att överlämna den misstänkte till rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar föreskrifter om avfattningen av läkarintyget. Endast en läkare som får avge utlåtande över en rättspsykiatrisk undersökning får förordnas att avge ett sådant intyg som avses i första stycket andra meningen. En misstänkt som inte är häktad är skyldig att inställa sig för läkarundersökning på tid och plats som läkaren bestämmer. Om den misstänkte inte inställer sig får Om den misstänkte inte in-

ställer sig får polismyndigheten lämna handräckning för att han eller hon skall komma till undersökningen.

### 3 Förslag till lag om ändring i 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 3 och 3 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall ha följande lydelse. Samtidigt ändras de tidigare paragraferna 3 b – 3 e till 3 c – 3 f.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting. I den mån inte annat följer av 17 §. Vad som här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

#### 3 §

Varje landsting skall erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. *Detsamma gäller även den som inom landstinget är intagen på ett häkte eller en kriminalvårdsanstalt samt den som är intagen på ett LVM-hem enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, ett särskilt ungdomshem enligt 12 § lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, eller verkställer straff enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård på ett sådant särskilt ungdomshem.* Även i övrigt skall landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting. I den mån inte annat följer av 17 §. Vad som här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena. Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlåtas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, den allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellan allmän försäkringskassa, länsarbetsnämnd, kommun och landsting får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivs i samverkan med och delvis finansieras av försäkringskassan eller länsarbetsnämnden. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlåtas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, den allmänna försäkringskassan och länsarbetsnämnden om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget skall bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellan allmän försäkringskassa, länsarbetsnämnd, kommun och landsting får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivs i samverkan med och delvis finansieras av försäkringskassan eller länsarbetsnämnden. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter



som behövs för granskning av verksamheten. som behövs för granskning av verksamheten.

3b §

*För den som är föremål för vård enligt lagen (1921:1129) om rättspsykiatrisk vård skall landstinget ansvara för utredning, vård och behandling av missbruk av alkohol och andra droger.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

#### 4 Förslag till lag om ändring i 2 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453)

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453) skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 2 kap.

##### 2 §

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver.

Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

I fråga om den som omfattas av lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. finns särskilda bestämmelser i den lagen.

I 3 § och 16 kap. 2 § finns föreskrifter om ansvar i vissa fall för annan kommun än den som den enskilde vistas i.

Kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver.

Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän.

I fråga om den som omfattas av lagen (1994:137) om mottagande av asylsökande m.fl. finns särskilda bestämmelser i den lagen.

I 3 § och 16 kap. 2 § finns föreskrifter om ansvar i vissa fall för annan kommun än den som den enskilde vistas i.

*Kommunens ansvar gäller även gentemot den som har tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område eller genomgår öppen vård med särskilda villkor enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

## 5 Lag om ändring i 16 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Härigenom föreskrivs att 16 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 16 §

En kommuns ansvar enligt denna lag gäller gentemot dem som är bosatta i kommunen.

En kommuns ansvar enligt denna lag gäller gentemot dem som är bosatta i kommunen.

*Ansvaret gäller även gentemot den som har tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område permission eller genomgår öppen vård med särskilda villkor enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.*

Om en person som anges i 1 § tänker bosätta sig i en kommun, skall kommunen på ansökan meddela förhandsbesked om rätten till insatser från kommunen enligt 9 §. Vid prövningen av en ansökan om förhandsbesked skall bestämmelserna i denna lag gälla. Kommunen skall utan dröjsmål planera och förbereda insatser som förhandsbeskedet ger den enskilde rätt till om han bosätter sig i kommunen. Förhandsbeskedet gäller under sex månader räknat från den dag då insatserna blir tillgängliga för den enskilde.

Om behov av insatser enligt denna lag uppkommer under en

Om en person som anges i 1 § tänker bosätta sig i en kommun, skall kommunen på ansökan meddela förhandsbesked om rätten till insatser från kommunen enligt 9 §. Vid prövningen av en ansökan om förhandsbesked skall bestämmelserna i denna lag gälla. Kommunen skall utan dröjsmål planera och förbereda insatser som förhandsbeskedet ger den enskilde rätt till om han bosätter sig i kommunen. Förhandsbeskedet gäller under sex månader räknat från den dag då insatserna blir tillgängliga för den enskilde.

Om behov av insatser enligt denna lag uppkommer under en

tillfällig vistelse i en kommun skall kommunen ge det stöd och den hjälp som omedelbart behövs.

Såvitt avser landstingets förpliktelser gäller vad som sägs i denna paragraf om kommunen i stället landstinget.

tillfällig vistelse i en kommun skall kommunen ge det stöd och den hjälp som omedelbart behövs.

Såvitt avser landstingets förpliktelser gäller vad som sägs i denna paragraf om kommunen i stället landstinget.

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

## 6 Förslag till lag (200x:xx) om kostnadsansvar för vård och rehabilitering av psykiskt störda lagöverträdare

Härigenom föreskrivs följande

*1 § Landsting och kommuner har rätt till bidrag av staten för vissa kostnader i samband med vård och rehabilitering av psykiskt störda lagöverträdare. Bidraget utbetalas av Myndigheten för utveckling av rättspsykiatri.*

*2 § Det totala belopp som Myndigheten disponerar för detta ändamål fastställs av regeringen.*

*3 § Kriterier för bidrag enligt denna lag fastställs av Myndigheten efter samråd med Sveriges Kommuner och Landsting.*

*4 § En ansökan om bidrag enligt denna lag skall ha inkommit till Myndigheten senast inom ett år från utgången av den period som ansökan avser, om inte särskilda skäl föreligger.*

*5 § Myndighetens beslut om bidrag enligt denna lag kan inte överklagas.*

*6 § Myndigheten får meddela de föreskrifter som behövs för verkställigheten av denna lag.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2009.

A  
INLEDNING

# 1 Betänkandets utgångspunkter och inriktning

## 1.1 Om utredningsuppdraget och delbetänkandet

Regeringens beslutade den 23 oktober 2003 att tillkalla en nationell psykiatrisamordnare med uppgift att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade (dir. 2003:133). En ambition från regeringens sida med detta uppdrag var att skapa förutsättningar för en kraftsamling hos samtliga berörda aktörer för att utveckla kvaliteten i vården och omsorgen av människor med psykiska sjukdomar och psykiska funktionshinder. Enligt direktiven skall samordnaren särskilt uppmärksamma frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens.

Utredningen, som har antagit namnet Nationell psykiatrisamordning, redovisar i sitt kommande slutbetänkande hur arbetet har bedrivits och lämnar där ett betydande antal förslag till åtgärder för att främja vård och omhändertagande av personer med psykisk sjukdom och psykiska funktionshinder.

Ett delområde inom det psykiatriska fältet utgör rättspsykiatrin, vars uppgift är att utreda, vårda och rehabilitera psykiskt störda lagöverträdare. Såväl den rättspsykiatriska utredningen som vården är en följd av beslut av domstol och utgör delar av det straffrättsliga systemet. Även om mycket av innehåll och arbetsmetoder är gemensamma inom den rättspsykiatriska vården och annan psykiatrisk vård finns det betydande skillnader mellan dessa områden. Det gäller inte minst de formella och organisatoriska förutsättningarna för vården. Inom rättspsykiatrin har dessutom flertalet patienter flera komplicerande tillstånd, vilket bidrar till betydligt längre vårdtider, än inom annan psykiatrisk vård. Rättspsykiatrin har också att hantera den dubbla rollen att utöver vård och behandling i syfte att förbättra patientens psykiska hälsa även medverka till att risken för förnyad brottslighet till följd av den psykiska sjukdomen/

störningen minskar samt att svara för samhällsskyddsaspekter. De överväganden och förslag som Psykiatrisamordningen lämnar inom det rättspsykiatriska området är i några fall mer långtgående än vad som är fallet när det gäller annan psykiatrisk vård och rehabilitering.

Mot bakgrund av de särskilda frågeställningar och behov av lösningar som finns när det gäller det rättspsykiatriska området har Psykiatrisamordningen funnit skäl att behandla frågorna kring vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare i ett särskilt delbetänkande. Detta hindrar inte att flera av de överväganden och förslag som lämnas i Psykiatrisamordningens slutbetänkande även är relevanta för gruppen psykiskt störda lagöverträdare. Inte minst gäller detta för frågor om samverkan mellan landsting och kommuner i samband med permission och utskrivning från den psykiatriska tvångsvården och behovet av kommunala insatser.

Rättspsykiatrin berör jämförelsevis få patienter, nämligen de 375 gärningsmän som årligen av domstol överlämnas till rättspsykiatrisk vård som en påföljd för brott och de som häktats eller dömts till kriminalvård men som under häktnings- eller fängelsetiden är i behov av psykiatrisk tvångsvård. Vårdtiderna är emellertid långa och antalet samtidigt inskrivna inom rättspsykiatrin är nu omkring 1430 gärningsmän. Kostnaderna för rättspsykiatrin motsvarar närmare en procent av de sammanlagda kostnaderna för hälso- och sjukvården eller tio procent av kostnaderna för den psykiatriska vården.

Trots sin relativt ringa omfattning har rättspsykiatrin stor betydelse för rättsväsendet och för möjligheterna att minska risken för att psykiskt störda lagöverträdare återfaller i brott till följd av sin psykiska störning. Området tilldrar sig dessutom ett inte ringa massmedialt intresse och har mer eller mindre oförskyllt kommit att stå i fokus för vad som har betecknats som psykiatris tillkortakommanden och samhällets bristande förmåga att skydda medborgarna från grova våldsbrott.

När frågor kring psykiskt störda lagöverträdare diskuteras leds tankarna i första hand till dem som är föremål för rättspsykiatrisk utredning eller vård. Psykiskt störda lagöverträdare finns emellertid inte bara inom den rättspsykiatriska utredningsverksamheten och vården. Betydligt fler finns inom andra delar av rättsväsendet som inom kriminalvården och den slutna ungdomsvården därför att deras psykiska störning inte når upp till kriteriet *allvarlig* psykisk störning. Och än fler finns ute i samhället eller i olika institutioner



inom socialtjänsten, antingen därför att de har dömts till skyddstillsyn med föreskrifter om psykiatrisk vård eller är på permission från något samhällsomhändertagande eller för att de avtjänat sitt straff, men fortfarande lider av en psykisk störning i någon form.

I Psykiatrisamordningens omfattande direktiv (bilaga 1) nämns bland annat att Psykiatrisamordningen skall uppmärksamma den psykiatriska vården av personer som är omhändertagna av andra huvudmän än kommuner och landsting, t.ex. av kriminalvården och Statens institutionsstyrelse. Vidare skall rutiner för riskbedömning och behandling av patienter som är farliga för andras personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa behandlas. Psykiatrisamordningen skall också uppmärksamma om tillräckliga åtgärder vidtas från huvudmännens sida i samband med in- och utskrivning av patienter som är föremål för psykiatrisk slutenvård. Utöver de sedvanliga bedömningarna om de ekonomiska konsekvenserna av förslagen skall Psykiatrisamordningen även redovisa förslagets betydelse för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet.

## 1.2 Underlag för delbetänkandet

Till grund för delbetänkandet *Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare* ligger bland annat de förslag till åtgärder som har diskuterats av tidigare utredningar inom området såsom Psykanvarskommittén med sitt betänkande *Psykisk störning, brott och ansvar* (SOU 2002:3) med åtföljande remissvar och konsekvensbedömningar. Andra underlag har utgjorts av Socialstyrelsens återkommande inventeringar av bl.a. det rättspsykiatriska området samt flera rapporter från myndigheter och kommittéer, vetenskapliga artiklar etc. (se referenser).

Flertalet verksamhetschefer och chefsöverläkare vid de enheter som bedriver rättspsykiatrisk vård har i form av en enkät givits tillfälle att lämna synpunkter på de områden som betänkandet omfattar. En redogörelse för svaren på enkäten återfinns som bilaga 2.

Under sommaren 2006 publicerade Nationell psykiatrisamordning en rapport (rapport 2006:2) med titeln *Utveckling av vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare*. Delar av den nämnda rapporten diskuterades under färdigställandet bland annat med företrädare för Ansvarskommitténs sekretariat och Utredningen om Den framtida organisationen av verksamheterna vid Rättsmedicinalverket och Statens kriminaltekniska laboratorium m.m. samt

med brukarorganisationerna inom psykiatriområdet. Dessutom biträdde Psykiatrisamordningen av en särskild arbetsgrupp med företrädare för den rättspsykiatriska utredningsverksamheten och för den rättspsykiatriska vården och kriminalvården.

Rapporten Utveckling av vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare utgjorde ett diskussionsunderlag om ansvar och organisation m.m. Även om rapporten inte formellt remitterades uppmanades berörda intressenter att inkomma med synpunkter på dess innehåll och förslag för beaktande inför färdigställande av detta delbetänkande.

Kriminalvårdsstyrelsen, Rättsmedicinalverket, Statens institutionsstyrelse, Statskontoret samt ett tiotal landsting har lämnat synpunkter på diskussionsunderlaget. Samtliga stöder huvuddelen av de i rapporten lämnade förslagen. Hit hör t.ex. förslaget om ett förtydligande av landstingens ansvar för psykiatrisk vård för häktade och dömda och ett mer utvecklat samarbete mellan rättspsykiatri och frivården samt ett förtydligande av ansvaret för missbruksvård åt rättspsykiatrins patienter. De landsting som kommenterat förslaget stöder tanken på att domstol skall kunna överlämna personer som lider av en psykisk störning och dessutom av utvecklingsstörning, autism och liknande störningar till vård. Denna bör ske i små enheter som antingen drivs av landstingen eller av kommunerna. Från något håll anförs att verksamheten bör bedrivas så att närhet till anhöriga kan upprätthållas. Förslaget om boendeliknande enheter i landstingets regi för vissa patienter som kräver lång vårdtid, men som har ett begränsat behandlingsbehov får stöd av de flesta som lämnat synpunkter. Några landsting är tveksamma till Psykiatrisamordningens bedömning att behovet av vårdplatser inom rättspsykiatri på sikt kommer att minska. Även om samtliga stöder förslaget om en nationell samordning av vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare och en statlig medfinansiering av denna vård finns det delade meningar om huruvida det föreslagna nationella samordningsorganet bör utgöras av en statlig myndighet eller av ett fristående organ som t.ex. är knutet till Sveriges Kommuner och Landsting.

Den nämnda rapporten har tillsammans med inkomna synpunkter på denna utgjort ett väsentligt underlag för de slutliga ställningstaganden kring behov av åtgärder som Psykiatrisamordningen nu redovisar. En särskild diskussion kring statlig medfinansiering av den rättspsykiatriska vården m.m. har förts med företrädare för Ekonomistyrningsverket.

Nationell psykiatrisamordning har initierat flera projekt inom det rättspsykiatriska området med stöd av verksamma kliniker. Ett av dessa projekt rör utveckling av innehållet i den rättspsykiatriska vården. Ett annat tar sikte på vårdkedjan, vilken innefattar såväl landstingens och kommunernas som kriminalvårdens olika verksamheter. Ett tredje behandlar vissa kompetens- och utbildningsfrågor. Projekten kommer att slutredovisas våren 2007, men i delbetänkandet lämnas vissa förslag som även rör dessa områden.

### 1.3 Delbetänkandets disposition

Betänkandet är indelat i fyra huvudsakliga delar efter sammanfattning och lagförslag, nämligen A. Inledning, B. Aktuell situation, C. Överväganden och förslag samt D. Implementering och författningskommentarer.

I Aktuell situation beskrivs inledningsvis i kapitel 3 de straffrättsliga förutsättningarna för rättspsykiatrisk vård och i kapitel 4 vårdens omfattning, kostnader och innehåll m.m. Här ges också en summarisk beskrivning av de patienter som är föremål för rättspsykiatrisk vård med avseende på kön, ålder, åtalspunkter och diagnoser. En kort presentation av det svenska systemet i relation till internationella förhållanden lämnas också här. Kapitel 5 behandlar missbruksfrågan och det därpå följande kapitlet behandlar psykiskt störda lagöverträdare inom kriminalvården och den slutna ungdomsvården. Kapitel 7 belyser de problem som är förknippade med utskrivning av patienter från rättspsykiatrin till ett liv i frihet och det kommunala ansvaret. Kapitel 8 redovisar den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten.

I Överväganden och förslag redovisar Nationell psykiatrisamordning överväganden, bedömningar och förslag när det gäller åtgärder för utveckling av vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. Kapitlen 9–14 behandlar följande sex områden, nämligen Straffrättsliga frågor, Sjukvårdshuvudmannens ansvar, Rättspsykiatriska vårdens uppgifter, Samverkan och kommunens roll, Den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten samt Nationell samordning.

I Implementering och författningskommentarer återfinns i kapitel 15 Psykiatrisamordningens bedömning av de personalmässiga och ekonomiska konsekvenser som kan förutses vid ett genomförande av förslagen. Även möjliga konsekvenser för återfall i

brott av allvarligt slag diskuteras. I kapitel 16 behandlas vissa frågor kring genomförandet av förslagen. Avslutningsvis lämnas författningskommentarer till de lagförslag som redovisats i betänkandets inledning.

Till betänkandet har fogats en referenslista samt två bilagor, varav den första utgör uppdraget (2003:133) till Nationell psykiatrisamordning och den andra utgör en sammanställning av verksamhetschefers och chefsöverläkares bedömning av angelägna organisatoriska åtgärder.

## 2 Nuvarande ansvarsfördelning

Utredning, vård, behandling och rehabilitering av psykiskt störda lagöverträdare involverar många aktörer, bl.a. tre departement, fyra myndigheter och 21 länsstyrelser och länsrätter, 21 landsting och sjukvårdsregioner samt 290 kommuner. Inom respektive organisation finns det dessutom ytterligare uppdelningar.

Härtill kommer brottmålsdomstolarna samt anhörig- och brukarorganisationer av olika slag. De förra har ett avgörande inflytande över vilka som kommer att överlämnas till rättspsykiatrisk vård. De senare har inte sällan stor betydelse för den psykiskt störde lagöverträdarens tillfrisknande, rehabilitering och möjligheter att anpassa sig till ett liv utan återfall i kriminalitet. Dessa organisationer behandlas emellertid inte närmare i detta delbetänkande.

Staten har ett särskilt ansvar för de psykiskt störda lagöverträdarna genom att det är domstolarna som kan besluta om överlämnande till rättspsykiatrisk vård som en straffrättslig påföljd, vanligen efter en rättspsykiatrisk undersökning för den som lider av en allvarlig psykisk störning. Undersökningsverksamheten lyder under Rättsmedicinalverket, RMV. Såväl domstolar som RMV sorterar under justitiedepartementet. Detsamma gäller den straffrättsliga lagstiftningen.

Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse är de myndigheter som svarar för verkställigheten av fängelsepåföljd respektive påföljden överlämnande till slutna ungdomsvård. De båda myndigheterna hör till justitiedepartementet respektive socialdepartementet.

Till uppgifterna för de statliga myndigheterna Socialstyrelsen och de 21 länsstyrelserna hör att utöva tillsyn över hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens verksamheter. Socialstyrelsen hör till socialdepartementets område och länsstyrelserna sorterar under finansdepartementet.

*Landstingen* och sjukvårdsregionerna svarar genom rättspsykiatri för vården av dem som överlämnats till rättspsykiatrisk vård och för psykiatrisk och annan kvalificerad hälso- och sjukvård av dem som är anhållna, häktade eller dömda till kriminalvårdspåföljd alternativt överlämnade till sluten ungdomsvård. Lagstiftning och resursfördelningsfrågor inom all hälso- och sjukvård hör till socialdepartementets område.

*Kommunerna* har det yttersta ansvaret för den enskildes boende, sysselsättning och missbruksvård i den mån det behövs i samband med permissioner och villkorlig frigivning samt efter att frihetsberövande påföljd har avslutats. Dessa delar av den kommunala verksamheten tillhör Socialdepartementets ansvarsområde.

För en väsentligt mer fullständig beskrivning av de nämnda myndigheternas och organisationernas ansvar och uppgifter hänvisas till Psykiatrisamordningens rapport *Långsiktighet, samordning och engagemang – en strategi för statlig styrning på psykiatris område* (rapport 2006:3).

Det är enligt Nationell psykiatrisamordning uppenbart att det finns behov av åtgärder som bidrar till ett förtydligande av vilka uppgifter som åvilar respektive organisation och att det finns behov av samordning av utredning, vård och omhändertagandet av psykiskt störda lagöverträdare såväl på lokal och regional som nationell nivå. Det är mot bakgrund av detta som Nationell psykiatrisamordnings överväganden, bedömningar och förslag skall ses.

B

AKTUELL SITUATION

## 3 Straffrättsliga förutsättningar för rättspsykiatrisk vård

### 3.1 Gällande lagstiftning

De lagöverträdare som är i behov av psykiatrisk vård kan, liksom alla andra medborgare, ges denna vård på frivillig väg enligt hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser. När tvångsvård är aktuellt för psykiskt störda lagöverträdare ges sådan vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. Denna lag gäller den som

1. efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård
2. är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning
3. är intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt
4. är intagen i eller skall förpassas till särskilt ungdomshem till följd av dom på slutet ungdomsvård enligt 31 kap 1 a § brottsbalken.

För att beslut om psykiatrisk tvångsvård skall kunna fattas krävs att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. I begreppet allvarlig psykisk störning ryms enligt lagens förarbeten såväl tillstånd av psykotisk karaktär, således tillstånd med störd realitetsvärdering och med symtom av typen vanföreställningar, hallucinationer och förvirring, som allvarliga depressioner med självmordstankar, liksom svårartade personlighetsstörningar (karaktärsstörningar) med impulsgenombrott av psykoskaraktär eller med starkt tvångsmässigt beteende. Till allvarlig psykisk störning bör enligt lagens förarbeten också hänföras alkoholpsykoserna, såsom delirium tremens, alkoholhallucinos och klara demenstillstånd. Detsamma gäller de psykosor som kan drabba narkotikamissbrukare. I vissa fall kan vidare ett abstinensstillstånd vara så svårartat att det under en kortare tid måste betecknas som en allvarlig psykisk störning.

En ytterligare förutsättning för beslut om rättspsykiatrisk vård är att det med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och person-



liga förhållanden i övrigt är påkallat att han/hon är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. Den som har begått ett brott under påverkan av en allvarlig psykisk störning får inte dömas till fängelse – det s.k. fängelseförbudet (BrB 30:6). Om den som har begått ett brott, för vilket påföljden inte bedöms kunna stanna vid böter, lider av en allvarlig psykisk störning får domstolen överlämna honom till rättspsykiatrisk vård (BrB 31:3).

Vid beslut om överlämnande till rättspsykiatrisk vård beslutar domstolen om denna vård skall ges med eller utan särskild utskrivningsprövning. Rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning innebär att länsrätten har att fatta beslut om permissioner och utskrivning efter att bland annat ha inhämtat åklagarens uppfattning. Vid rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning är det chefsöverläkaren ensam som fattar dessa beslut.

Till rättspsykiatrisk vård *med särskild utskrivningsprövning* överlämnas den som

- har begått brottet under påverkan av en allvarlig psykisk störning och
- lider av en allvarlig psykisk störning och vid tidpunkten för domen har behov av sådan vård samt
- till följd av den psykiska störningen riskerar att återfalla i brott som är av allvarligt slag.

Om det inte finns risk för återfall i brott av allvarligt slag till följd av den psykiska störningen kan den dömda överlämnas till rättspsykiatrisk vård *utan särskild utskrivningsprövning*.

För att kunna överlämna en gärningsman till rättspsykiatrisk vård krävs att ett medicinskt underlag finns i målet som stöder att det finns medicinska förutsättningar att ge honom eller henne sådan vård som brottspåföljd. För rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning krävs också att den misstänkte har begått brottet under påverkan av en allvarlig psykisk störning (se vidare avsnitt 8).

Rättspsykiatrisk vård skall upphöra när det inte längre finns ett vårdbehov och, om särskild utskrivningsprövning beslutats, det inte heller finns risk för återfall i allvarlig brottslighet. Brottsens svårighetsgrad har inte någon direkt betydelse för vårdtidens längd utan denna är relaterad till den dömdes vårdbehov. Vid allvarliga brott som skulle kunna motivera ett långt frihetsberövande kan det

därför förekomma att ingripandet i vissa fall blir måttligt och inte står i proportion till brottets straffvärde. Även det omvända gäller, d.v.s. att frihetsberövandet i rättspsykiatrisk vård kan bli betydligt längre än vad som är motiverat av den brottsliga gärningens karaktär.

### 3.2 Psykansvarskommitténs straffrättsliga förslag

Regeringen tillsatte år 1999 en parlamentariskt sammansatt kommitté, Psykansvarskommittén (dir 1999:39) med uppdrag att utreda ansvar och påföljder för psykiskt störda lagöverträdare. I kommitténs betänkande *Psykisk störning, brott och ansvar* (2002:3) föreslogs ett reformerat system med utgångspunkt från principer om tillräknelighet, förutsebarhet, proportionalitet och rättssäkerhet. Ett av huvudsyftena med förslagen var att en tydligare åtskillnad skulle göras mellan straff, vård och samhällsskydd. Huvuddragen i Psykansvarskommitténs förslag var följande.

- Ett tillräknelighetsrekvisit införs i brottsbalken där den som är tillräknelig omfattas av de allmänna bestämmelserna om ansvar (straff och påföljd) medan den som är otillräknelig (d.v.s. som till följd av en allvarlig psykisk störning, tillfällig sinnesförvirring, svår utvecklingsstörning eller ett allvarligt demenstillstånd saknat förmåga att inse gärningens innebörd eller anpassa sitt handlande efter en sådan insikt) skall vara fri från ansvar.
- Förbudet att döma personer som har begått brott under påverkan av allvarlig psykisk störning till fängelse avskaffas (utom för otillräkneliga).
- De personer som i framtiden döms till fängelse men är i behov av rättspsykiatrisk vård skall kunna inleda verkställigheten av fängelsestraffet inom den rättspsykiatriska vården. När vårdbehovet har upphört skall resten av strafftiden avtjänas i anstalt. Frigivning sker när tidpunkt för villkorlig frigivning inträder.
- De personer som bedöms otillräkneliga vid brottstillfället skall, som nämnts, vara fria från straffrättsligt ansvar. Det förhållande att de anses ha begått en straffbelagd gärning skall dock kunna leda till att de ådöms skadestånd, förverkande och, i de fall det anses finnas en påtaglig risk för återfall i allvarliga brott mot liv eller hälsa, till samhällsskyddsåtgärd. En samhällsskyddsåtgärd skall inte anses utgöra en brottspåföljd. Åtgärden utgör ett tidsobe-

- stämt frihetsberövande som skall kunna verkställas inom rättspsykiatri eller, när vårdbehovet upphört, inom kriminalvården.
- För personer med psykisk störning, som dock inte behöver vara allvarlig, föreslås en möjlighet att döma till samhällsskyddsåtgärd såsom brottspåföljd. Detta gäller de personer som begått upprepade allvarliga våldsbrott och beträffande vilka samhällsskyddet inte anses tillräckligt tillgodosett genom det fängelsestraff som kan dömas ut enligt vanliga straffmättningsprinciper. Frågan om frigivning skall prövas av domstol enligt ett farlighetskriterium.
  - En särskild verkställighetsform, slutet boende med Statens institutionsstyrelse som huvudman, föreslås för ett relativt litet antal personer med vissa psykiska funktionshandikapp.

Vid remissbehandlingen rådde en bred enighet om behovet av en reform och förslagen när det gällde de straffrättsliga delarna motogs i huvudsak positivt vid remissbehandlingen. Flera remissinstanser framhöll dock att konsekvenserna av förslagen för vården och de psykiskt störda patienterna var otillräckligt belysta, liksom de organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna. Betänkandet är under beredning inom Justitiedepartementet. I det följande redovisas några av förslagen mer ingående.

### *Otillräknelighet*

Den svenska lagstiftningen när det gäller påföljder för psykiskt störda lagöverträdare är relativt unik i ett internationellt perspektiv. Medan den svenska lagstiftningen använder begreppet allvarlig psykisk störning används vanligen olika former av tillräknelighetsbegrepp i andra länders straffrätt. Att vara tillräknelig är ofta en grundläggande förutsättning för att någon skall kunna dömas för brott eller straffas för detta.

Otillräknelig (eller motsvarande) anses i allmänhet den vara som vid tidpunkten för brottet till följd av psykisk sjukdom eller utvecklingsstörning saknade förmåga att förstå innebörden av sin gärning eller att anpassa sitt handlande i enlighet med sådan förståelse. Detta är således en väsentligt snävare definition än den som Sverige tillämpar i form av begreppet allvarlig psykisk störning.

I samtliga EU-länder utom Sverige tillämpas ett krav på tillräknelighet för att gärningen ska betecknas som brott och kunna bestraffas även om utformningen och nomenklaturen liksom följ-

derna av detta ser olika ut. Gemensamt för många länder är också att det finns någon form av ingripande grundat på samhällsskydd avseende psykiskt störda gärningsmän som gjort sig skyldiga till allvarlig brottslighet och att dessa ingripanden kringgärdas av regelverk som skall trygga rättssäkerheten.

Psykansvarskommittén föreslog följande avgränsning eller definition avseende otillräknelighetsbegreppet för svenskt vidkommande.

Som otillräknelig skall den anses vara som vid gärningstillfället till följd av en allvarlig psykisk störning, en tillfällig sinnestörning, en svår utvecklingsstörning eller ett allvarligt demenstillstånd (grundrekvisit) saknade förmåga att förstå innebörden av sin handling eller att anpassa sitt handlande i enlighet med en sådan förståelse (tilläggsrekvisit). Ett undantag från regelns tillämplighet skall gälla om gärningsmannen genom rus eller på annat liknande sätt själv har vållat sin bristande förmåga.

Den som är otillräknelig skall inte kunna dömas för brottet utan gå fri. Om gärningsmannen bedöms utgöra en fara för andras liv och säkerhet skall enligt kommittén domstolen kunna utdöma en samhällsskyddsåtgärd.

De remissinstanser som kommenterade förslaget ställde sig bakom detta. Rättsmedicinalverket önskade emellertid en närmare precisering av begreppet otillräknelighet och har förordat att en expertgrupp med i första hand medicinsk-psykiatrisk-rättspsykiatrisk men också psykologisk, social och juridisk kompetens närmare definierar begreppet.

Med utgångspunkt från genomförda rättspsykiatriska undersökningar bedömdes vid undersökningsenheterna i Malmö, Stockholm och Göteborg under 2003 hur de föreslagna kriterierna skulle komma att slå. Resultatet i relation till kommitténs förslag redovisas i tabell 3.1.

Som framgår av tabellen bedömde de tre rättspsykiatriska undersökningsenheterna att en högre andel av de undersökta var otillräkneliga vid brottet än vad som Psykansvarskommittén utgått från. Samtidigt kan konstateras att Göteborgsavdelningen fann betydligt färre otillräkneliga än de båda övriga avdelningarna. En sannolik anledning till detta var att Göteborgsgruppen preciserat kriterierna för bedömningen mer stringent än vad kommittén gjort.

Tabell 3.1 Andel gärningsmän som kan bedömas vara otillräkneliga

Undersökning	Antal under-sökta	Antal APS vid gärningen	Andel APS	Säkert otillräkneliga	Sannolikt otillräkneliga	Andel säkra	Andel säkra + sannolika
Psykansvarskommittén	650*			50		8%	8%
Malmöstudien	58	30	52%	11	4	19%	26%
Stockholmsstudien	66	29	44%	14	3	21%	26%
Göteborgsstudien	100	53	53%	9	4**	9%	13%
Summering av studierna	224	112	50%	34	11	15%	20%

\* Avser genomsnitt av samtliga RPU-undersökta under ett år

\*\* Avser fall där någon i teamet anmält avvikande mening

### *Samhällsskyddsåtgärd*

Psykansvarskommittén föreslog att en särskild form av reaktion vid risk för återfall i mycket allvarliga gärningar som riktat sig mot annans liv eller hälsa införs i det straffrättsliga systemet. Reaktionen benämns samhällsskyddsåtgärd.

Sådan åtgärd skulle enligt kommittén kunna tillämpas dels i samband med gärningar som inte medför ansvar på grund av otillräknelighet, men där samhällets intresse av skydd gör sig starkt gällande, dels som en tidsbestämd påföljd vid upprepat synnerligen allvarligt brott mot liv eller hälsa i fall det finns en påtaglig återfallsrisk samtidigt som det frihetsberövande som annars skulle ha dömts ut inte är tillräckligt för att tillgodose samhällsskyddsintresset. Åtgärderna skulle därför kunna komma att omfatta även psykiskt störda lagöverträdare som i dag döms till tidsbestämda straff, t.ex. personer med personlighetsstörningar. Kommittén ansåg att samhällsskyddsåtgärd som påföljd borde utdömas restriktivt och bara komma i fråga för brott som renderar minst fyra års fängelse, dock inte livstid.

Under år 2004 dömdes enligt Kriminalstatistiken 399 personer till fängelse mellan fyra år och livstid. Av dessa dömdes 105 personer för brott mot person, 46 för tillgreppsbrott – i första hand grovt rån och fyra för grov mordbrand. Flertalet i denna kategori dömdes emellertid för grovt narkotikabrott, 138 personer, och brott mot varusmuggningslagen, 104 personer. Mot bakgrund av dessa data kan den teoretiska ramen för tillämpning av samhällsskyddsåtgärd för tillräkneliga uppskattas till högst 150 personer per år om även de grova rånen inräknas. Med tilläggsriterierna att det ska röra sig om upprepat brott och att den utmätta strafftiden inte

anses tillräcklig för att tillgodose samhällsskyddsintresset minskar antalet fall där tillämpning av denna påföljd eller särskilda reaktion är möjlig ytterligare. Kommittén beräknade för sin del att omkring 50 personer per år skulle komma att dömas till samhällsskyddsåtgärd som påföljd.

Samhällsskyddsåtgärder skulle enligt förslaget kunna verkställas i rättspsykiatrisk vård, i missbruksvård, i slutet boende, i kriminalvårdsanstalt eller i öppen vård beroende på bland annat om gärningsmannen har behov av vård eller inte. Remissreaktionerna var delade när det gällde denna del av Psykansvarskommitténs förslag, främst av etiska skäl, då flera instanser ansåg det oförsvarligt att tillgripa tvångsvård med motiveringen att allvarliga brott mot liv och hälsa annars skulle kunna komma att begås.

### *Slutet boende*

Som anförts ovan föreslog Psykansvarskommittén en ny form för verkställighet av fängelse, s.k. slutet boende, för vissa funktionshindrade lagöverträdare. Förslaget tog sikte på personer med utvecklingsstörning, personer med autism eller autismliknande tillstånd samt personer som drabbats av begåvningshandikapp i vuxen ålder. Kommittén föreslog att verksamheten skulle regleras i en särskild lag om slutet boende och vara uppbyggd i form av ett slutet gruppboende där personalen har särskilda kunskaper om funktionshindrade och där de boende erbjuds habiliterings- och rehabiliteringsåtgärder. Enligt förslaget skulle Statens institutionsstyrelse ansvara för verkställighetsformen och kriminalvården i vissa fall kunna besluta om att verkställigheten av ett fängelsestraff skall ske i sådant boende.

Kommittén bedömde att ett trettiotal platser skulle behövas för slutet boende. Samtliga remissinstanser som uttalat sig i frågan tillstyrkte förslaget om att inrätta slutet boende som en ny verkställighetsform, men meningarna var delade när det gällde huvudmannskapet där vissa förordade det föreslagna huvudmannskapet medan andra förordade landstingen som huvudmän för verksamheten.

### 3.3 Psykiatrisamordningens förslag om öppen vård med särskilda villkor

Flera av de remissinstanser som lämnat synpunkter på Psykansvarskommitténs betänkande har påtalat att en risk med det föreslagna systemet för omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare är att en del av dessa inte kommer att vara medicinskt färdigbehandlade vid tiden för villkorlig frigivning.

Vid kvarvarande vårdbehov finns möjlighet till fortsatt vård med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, eller i frivillig form enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL. Dessutom har Psykiatrisamordningen i promemorian Öppen vård med särskilda villkor, som i mars 2006 överlämnats till Socialdepartementet, föreslagit regler som möjliggör återintagning i slutna vård t.ex. om patienten inte iakttar de villkor som gäller och det finns risk för återfall i brottslighet av allvarligt slag. Förslaget är under beredning inom Socialdepartementet.

Ett tjugotal klinikchefer inom den rättspsykiatriska vården bedömde inför färdigställande av förslaget att omkring 30 procent av patienterna skulle kunna skrivas ut från den slutna vården om den föreslagna lagen trätt ikraft. När det gällde de inneliggande LPT-patienterna gjordes bedömningen att 25 procent av patienterna skulle kunna skrivas ut om lagen funnes. I kommentarerna till svaren framhålls från några håll att det är svårt att göra en god bedömning av möjligheterna att tillämpa lagförslaget eftersom det inte bara är frågan om att hålla kontroll på de rent medicinska förhållandena som är avgörande för om en utskrivning från den slutna vården kan komma till stånd. Framför allt har möjligheterna att ordna ett tillfredsställande och lämpligt boende stor betydelse för när en utskrivning skall kunna ske.

Klinikcheferna gavs även möjligheten att svara på den hypotetiska frågan om hur lång tid den föreslagna regleringen skulle kunna beräknas omfatta till dess att definitiv utskrivning från vården skulle komma att ske. Svaren i denna del visade att bland de inneliggande LRV-patienterna bedömdes 32 procent behöva öppen vård med särskilda villkor mellan fyra och tolv månader, 12 procent mellan ett och fyra år och resterande 56 procent längre än fyra år. Bland de senare förutsågs vanligen en livslång uppföljning med stöd av den föreslagna lagen som nödvändigt.

Det råder således inte någon tvekan om att den föreslagna lagstiftningen kommer att få stor praktisk betydelse vid ett genomfö-

rande. Om den skulle innebära att 25–30 procent av de nu inneliggande patienterna skulle kunna skrivas ut från den slutna vården, vilket enkätsvaren pekar på, skulle livsinnehållet och situationen för många tvångsvårdade patienter radikalt förändras.

### 3.4 Inomdepartemental utredning

I avvaktan på en mer genomgripande reform med utgångspunkt från Psykansvarskommitténs förslag har en av Justitiedepartementet utsedd utredare, rättschefen Anders Perklev, givits i uppdrag (Ju 2005:K) att överväga lämpliga förändringar och lämna förslag till en ändrad reglering för psykiskt störda lagöverträdare inom ramen för nuvarande system.

Förslagen skall enligt direktiven syfta till att psykiskt störda lagöverträdare som begår allvarliga brott skall kunna mötas av en straffrättslig reaktion som tillgodoser kravet på tillräckligt ingripande åtgärder med hänsyn till det begångna brottet. Uppdraget gäller främst

- ingripanden i det fall när gärningsmannen vid tiden för gärningen led av en allvarlig psykisk störning men inte vid tidpunkten för domen samt
- när frihetsberövandet vid ett överlämnande till rättspsykiatrisk vård inte står i ett adekvat förhållande till brottets svårighetsgrad.

Bakgrunden till uppdraget är att nuvarande lagstiftning medför att den som begår brott under inflytande av en allvarlig psykisk störning inte kan dömas till fängelse. Om gärningsmannen tillfrisknar och inte har något vårdbehov vid tidpunkten för domen (som i vissa fall kan vara långt efter det att gärningen begåtts) kan domstolen inte överlämna honom/henne till rättspsykiatrisk vård. Följden blir alltså att något frihetsberövande över huvud taget inte kan utdömas, vilket ur allmänt rättsmedvetande synpunkt har ansetts stötande. Det är detta som regeringen genom uppdraget önskar finna en lösning på.

Den andra delen av uppdraget tar sikte på de fall där en gärningsman har överlämnats till rättspsykiatrisk vård eftersom han/hon har ett behov av slutna psykiatrisk vård till följd av en allvarlig psykisk störning, men den överlämnade redan efter en kortare tid tillfrisknar och inte längre är i behov av sådan vård. I de fall gärningen bestått av ett allvarligt brott, som skulle ha lett till ett



längre fängelsestraff om vederbörande inte lidit av en allvarlig psykisk störning, kan det te sig stötande att gärningsmannen befinner sig på fri fot redan efter en mycket kort vårdperiod. Även denna fråga skall således utredaren finna en lösning på.

Utredningens resultat och förslag, som skall lämnas senast i november 2006, är i första hand av intresse ur teoretisk och principiell synpunkt och de kan inte förväntas ha någon avgörande effekt på vare sig den rättspsykiatriska vårdens omfattning eller organisation då de nämnda förhållandena rör ett begränsat antal gärningsmän. För de gärningsmän som de facto kommer att beröras av förslagen kommer de däremot att ha mycket stor betydelse.

## 4 Rättspsykiatrisk vård – aktuell situation

### 4.1 Vårdens omfattning

#### 4.1.1 Antal patienter

Från det att den nu gällande lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård trädde i kraft den 1 januari 1992 ökade antalet inneliggande patienter inom rättspsykiatrin från drygt 600 till omkring 950 år 2001. Inräknas även patienter som varit på längre permission (över 72 timmar) ökade antalet rättspsykiatriska patienter från 830 till närmare 1300 under samma period (Justitiedepartementet, 2003). Fram till maj månad 2005 hade antalet rättspsykiatriska patienter ökat till 1426, varav 497 (35 procent) av patienterna var på permission (Socialstyrelsen, 2005a). Att döma av dessa rapporter har antalet samtidigt inneliggande rättspsykiatriska patienter som framgår av figur 4.1 totalt sett varit relativt oförändrat de senaste åren även om antalet inom rättspsykiatrin inskrivna patienter fortsatt att öka. De lokala variationerna kan dock vara stora.

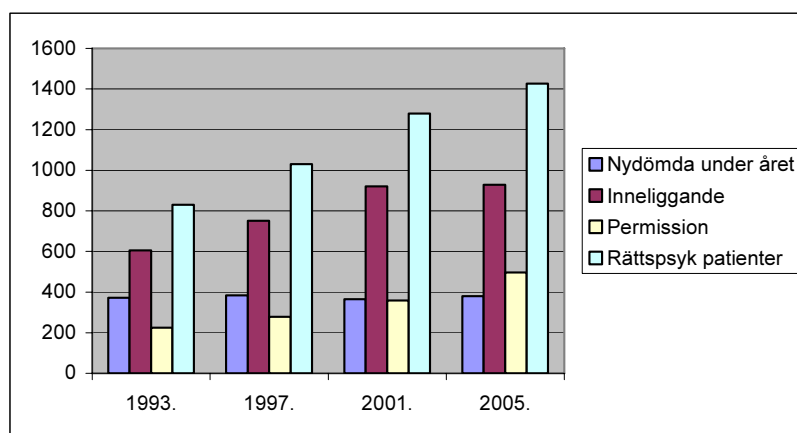
Ökningen av antalet rättspsykiatriska patienter motiveras inte av att domstolarna dömt fler till rättspsykiatrisk vård. Av Kriminalstatistiken framgår att detta antal under den senaste tioårsperioden har varit relativt konstant omkring 375–380 personer per år i landet som helhet. För enskilda landsting har dock skillnaderna i vissa fall varit betydande mellan olika år.

En anledning till att fler patienter nu än tidigare är inskrivna enligt LRV är att vårdtiderna successivt förlängts vilket i sin tur sammanhänger med att allt fler patienter uppvisar såväl en psykiatrisk störning som en personlighetsstörning, inte sällan i kombination med missbruksproblem av skilda slag. En annan förklaring är att förvaltningsdomstolarna, som i flertalet fall ansvarar för beslut om utskrivning, funnit att risken för återfall i allvarlig brottslighet varit överhängande varför beslut fattats om fortsatt vård. En

ytterligare anledning, som framförts från vårdens sida, är att kommunerna inte sällan haft svårt att i tid få fram bostäder och adekvat sysselsättning för patienter som bedömts vara klara för utskrivning från vården, vilket i sin tur medverkat till att länsrätten inte beviljat utskrivning. Det faktum att fler av rättspsykiatrins patienter under senare år kunna beviljas permission talar för att kommunernas beredskap att svara för boendeinsatser ökat något.

Huvuddelen, drygt 95 procent, av dem som vårdas med stöd av LRV är gärningsmän som av domstol överlämnats för vård. Härtill kommer i genomsnitt omkring 40 patienter från kriminalvården, varav hälften utgörs av häktade personer och hälften av fängelse-dömda i behov av psykiatrisk tvångsvård.

**Figur 4.1 Utveckling av antalet rättspsykiatriska patienter 1993–2005**



*Anm:* Definitionen av permission skiljer sig mellan de olika inventeringarna. Under åren 1993–2001 avsågs permissioner som varade 72 timmar eller mer. År 2005 avsågs alla permissioner. Detta kan eventuellt förklara ökningen av andelen patienter som enligt figuren är på permission från 27 procent till 34 procent.

*Källor:* Socialstyrelsens inventeringar av den rättspsykiatriska vården, Psykansvarskommittén samt Brås Kriminalstatistik när det gäller antal överlämnade under året.

#### 4.1.2 Vårdplatser och vårdenheter

Psykiatrin har under senare delen av 1900-talet genomgått en djupgående strukturomvandling. Från att i huvudsak varit baserad på sluten vård vid mentalsjukhus och psykiatriska kliniker har huvuddelen av verksamheten kunnat föras över till öppna vårdformer. Antalet vårdplatser inom den landstingsdrivna psykiatrin reduceras-

des från omkring 35 000 platser under 1970-talet till 8 000 år 1995. Nerdragningen har fortsatt även efter psykiatrireformen. Av Socialstyrelsens inventering framgår att antalet platser minskat till drygt 4 100 platser i maj 2005 (Socialstyrelsen, 2005a). Inom ramen för det alltmer minskade platsantalet har den rättspsykiatriska vården kommit att ta en allt större andel då hälso- och sjukvården har ett ovillkorligt ansvar att ta emot och erbjuda plats åt alla som av domstol överlämnas till rättspsykiatrisk vård. Omkring 930 platser beräknas nu enligt inventeringen vara belagda med patienter som vårdas enligt LRV.

Schematiskt kan de enheter som vårdar rättspsykiatriska patienter indelas i tre nivåer med utgångspunkt från säkerhetsnivå (se även Socialstyrelsens rapport Den rättspsykiatriska vården 2005). En sådan nivå utgörs av de sex rättspsykiatriska regionvårdsenheterna i Umeå, Sundsvall, Säter, Katrineholm, Vadstena och Växjö. De har alla avdelningar med ett förhöjt skalskydd för att kunna vårda de behandlings- och säkerhetsmässigt svåraste patienterna. Nästa nivå utgörs av enheter på länsnivå som i likhet med regionvårdsenheterna, före den 1 juli 2006, godkänts av regeringen för vård av patienter från kriminalvården. Länsenheterna har i allmänhet något lägre skalskydd än regionvårdsenheterna. Den tredje nivå utgörs av de allmänpsykiatriska avdelningarna där vården bedrivs med samma säkerhetsnivå som för de icke dömda patienterna. Personer som har överlämnats av domstol kan således vårdas på samma enheter som andra patienter vare sig de senare vårdas frivilligt eller med tvång enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Det är chefsöverläkaren inom det område där patienten är bosatt som avgör på vilken vårdnivå och vid vilken enhet som omhändertagandet skall ske.

Med stöd av en enkät till sjukvårdshuvudmännen fann Psykanvarskommittén att omkring 40 procent av den rättspsykiatriska vården år 2001 bedrevs vid regionala enheter, 40 procent vid länskliniker samt 20 procent vid allmän psykiatriska kliniker. Socialstyrelsens kartläggning av den psykiatriska tvångsvården i maj 2005 indikerade att en viss förskjutning skett de senaste åren i så måtto att andelen rättspsykiatriska patienter med särskild utskrivningsprövning som vårdades vid allmänpsykiatriska kliniker minskat mellan åren 1995 och 2005 från närmare 30 procent till omkring 10 procent. Detta som en följd av att vårdplatser under senare år har tillkommit vid länsgemensamma enheter. Dessa svarade vid kart-

läggningen för 50 procent av de rättspsykiatriska patienterna med särskild utskrivningsprövning mot 30 procent tio år tidigare.

Beläggningssituationen inom rättspsykiatri, där sjukvårdshuvudmannens möjligheter att skriva ut patienter är begränsade, samtidigt som kravet på att ta emot de av domstolen dömda är ovillkorligt, ledde länge till att rättspsykiatriska patienter i ökad utsträckning fick tas om hand vid vanliga allmänpsykiatriska avdelningar. Dessa avdelningar är främst anpassade för akut korttidsvård med eller utan tvång där personalens förhållningssätt stöder en så snabb utskrivning och hemgång som möjligt, vilket inte är förenligt med de förutsättningar som gäller för flertalet av de patienter som överlämnats till rättspsykiatrisk vård. Dessa patienter är ofta inte motiverade för vård och behandling i samma utsträckning som patienterna inom psykiatri i övrigt och de kan av de senare uppfattas som alltför avvikande och stökiga.

## 4.2 Kostnader

Någon officiell uppgift om kostnaderna för den rättspsykiatriska vården finns inte. I Justitiedepartementets utredning *Bedömning av de ekonomiska konsekvenserna av Psykansvarskommitténs förslag* (Justitiedepartementet, 2003) beräknades denna kostnad för år 2001 till totalt närmare 1,5 miljarder kronor. Härav omfattade sjukvårdshuvudmännens kostnader för den rättspsykiatriska vården drygt 1,2 miljarder kronor och kostnaderna för den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten angavs till 105 miljoner kronor. Resterade belopp avsåg kommunernas och kriminalvårdens kostnader.

Med hänsyn till prisförändringar mellan åren 2001 och 2005 (6 procent) och det ökande antalet patienter (12 procent) som finns inom den rättspsykiatriska vården skulle kostnaderna för denna vård kunna uppskattas till omkring 1,5 miljarder kronor med utgångspunkt från Justitiedepartementets tidigare beräkningar och de totala kostnaderna för utredning, vård och rehabilitering av de psykiskt störda lagöverträdarna till omkring 1,8 miljarder kronor.

De uppgifter om kostnaderna för den rättspsykiatriska vården som lämnats till Psykiatrisamordningen av några verksamhetschefer tyder på ännu något högre kostnader för den rättspsykiatriska vården. Enligt dessa kan kostnaderna i genomsnitt uppskattas till knappt 1,5 miljoner kronor per inneliggande patient och år. Antalet inneliggande patienter uppgår, som tidigare nämnts, till omkring

930. Härutöver fanns 500 patienter på permission. Även om underlaget är något osäkert tycks kostnaderna för den slutna och öppna rättspsykiatriska vården uppgå till närmare 1,6 miljarder kronor. Av Rättsmedicinalverkets årsredovisning framgår att kostnaderna för undersökningsverksamheten under föregående år uppgick till 120 miljoner kronor. Den rättspsykiatriska undersökningen och vården kostade således sammanlagt drygt 1,7 miljarder kronor under föregående år. I genomsnitt motsvarar detta omkring 190 kronor per invånare och år, men variationerna mellan olika huvudmän är stora vilket framför allt beror på skillnader i antalet patienter som är under rättspsykiatrisk vård. I de angivna siffrorna ingår inte de kostnader för psykiskt störda lagöverträdare som avser kriminalvårdens och socialtjänstens insatser.

Nettokostnaden för all hälso- och sjukvård, exkl tandvård och investeringar, uppgick under 2005 till 156 miljarder kronor. Härav avsåg den specialiserade psykiatriska vården 15,3 miljarder kronor. (Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, SKL, 2006). Uppskattningsvis motsvarar sjukvårdshuvudmännens kostnader för vård av de psykiskt störda lagöverträdarna, 1,6 miljarder kronor, således drygt en procent av deras totala kostnader för hälso- och sjukvården och tio procent av kostnaderna för den psykiatriska vården..

### 4.3 De rättspsykiatriska patienterna

De lagöverträdare som överlämnas till rättspsykiatrisk vård eller som ges sådan vård under häktningstiden eller under tiden för verkställigheten av fängelsestraff är en heterogen grupp där olika psykiska störningar och varierande behov av behandlingsinsatser förekommer. Flertalet landsting är dock för små för att ge grund för specialisering och för att kunna erbjuda ett differentierat behandlingsinnehåll. Viss sådan differentiering finns genom att den rättspsykiatriska regionenheten vid S:t Sigfrids sjukhus i Växjö tar hand om många som dömts för sexualbrott. I anslutning till den rättspsykiatriska vårdenheten i Sala finns en avdelning för dömda med vissa psykiska funktionshinder, vilken fram till år 2005 tog emot patienter såväl från det egna landstingsområdet, som från andra delar av landet.

I avsaknad av en gemensam nationell samordning saknas en kontinuerlig och tillförlitlig redovisning av såväl intagna patienter

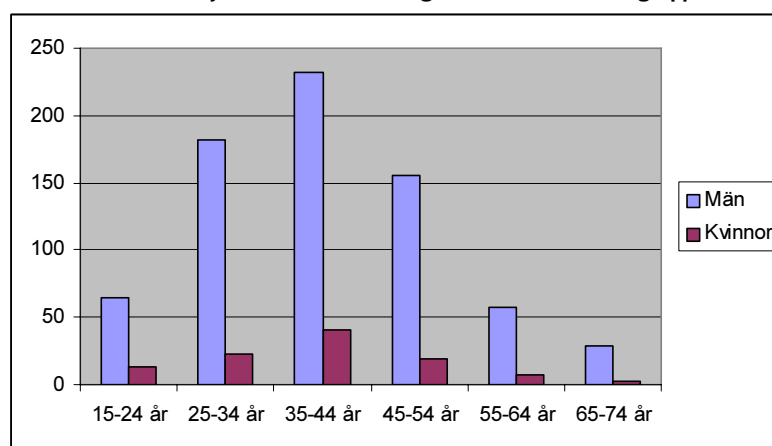
som vårdtider, diagnoser, huvudbrott, personal, behandlingstider och metoder samt kostnader för den rättspsykiatriska vården. Vid en analys av verksamhetens är man därför i stor utsträckning hänvisad till uppgifter från enstaka forskningsprojekt och till Socialstyrelsens uppföljningar.

#### 4.3.1 Demografiska förhållanden

I likhet med vad som gäller för kriminaliteten i stort utgör kvinnor en minoritet även inom rättspsykiatrin och omfattar omkring 13 procent av dem som är föremål för rättspsykiatrisk vård. Den kvinnliga andelen har dock ökat något under den senaste tioårsperioden.

Såväl bland män som bland kvinnor är flertalet intagna mellan 25 och 45 år gamla och medelåldern är 39 år. Fördelningen på kön och åldersgrupp enligt Socialstyrelsens senaste inventering framgår av följande figur.

**Figur 4.2** Patienter i rättspsykiatrisk vård vid Socialstyrelsens inventering den 18 maj 2005 med fördelning efter kön och åldersgrupp



Det förhållandet att kvinnorna är så pass få inom rättspsykiatrin riskerar att göra kvinnornas speciella behov mindre uppmärksammade och att t.ex. fritidsaktiviteter och andra sysselsättningar är mer ägnade att tillfredsställa mäns än kvinnors behov. Det finns erfarenheter av sörvård på vissa rättspsykiatriska enheter, men erfa-

renheterna av dessa varierar. Från såväl kvinnliga patienter som vårdpersonal är en vanlig uppfattning att könsblandade vårdavdelningar är att föredra.

Huvuddelen av patienterna inom den rättspsykiatriska vården är födda och uppväxta i Sverige. Enligt Socialstyrelsens inventering i maj 2005 var 12 procent födda i annat europeiskt land och 14 procent utanför Europa. Andelen svenskfödda var 74 procent. Detta kan jämföras med totalbefolkningen, som enligt SCB (2004) utgjordes av 88 procent svenskfödda medan sju procent är födda i annat europeiskt land och fem procent är födda utanför Europa. Andelen utlandsfödda bland de rättspsykiatriska patienterna har ökat under den senaste tioårsperioden.

### 4.3.2 Huvudbrott och huvuddiagnos

I avrapporteringen från Socialstyrelsens senast genomförda inventering, den 18 maj 2005, redovisas uppgifter om huvuddiagnos och huvudbrott för de 825 patienter som överlämnats till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning och som vid tidpunkten för inventeringen var inneliggande. Några motsvarande uppgifter för dem som vårdades utan särskild utskrivningsprövning redovisades inte.

Omkring 75 procent av de i tabell 4.1 redovisade inneliggande patienterna har gjort sig skyldiga till brott mot liv eller hälsa, alltså våldsbrott i någon form. Det finns goda skäl att anta att brottsfördelningen ter sig något annorlunda om även de patienter som beviljats permission och de som vårdas utan särskild utskrivningsprövning medräknas. Detta eftersom personer som gjort sig skyldiga till mindre allvarliga brott såsom tillgreppsbrott och ekonomiska brott m.m. i allmänhet överlämnas till rättspsykiatrisk vård utan särskild utskrivningsprövning.



**Tabell 4.1 Psykiatrisk huvuddiagnos samt huvudbrott enligt Socialstyrelsens inventering den 18 maj 2005 för 825 patienter som överlämnats till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning och som denna dag inte hade permission x)**

Huvuddiagnos			Huvudbrott		
	Antal	Andel		Antal	Andel
Alkohol- och drogpsykos	20	2	Mord, dråp, vållande	174	21
Organisk psykos och demens	18	2	Våldtäkt	32	4
Schizofreni	300	36	Övriga sexualbrott	49	6
Övriga psykoser	211	26	Rån	28	3
Personlighetsstörning	152	19	Grov misshandel	87	10
Missbruk	22	3	Misshandel, olaga hot	253	31
Utvecklingsstörning	11	1	Mordbrand	91	11
Beteendestörning	70	9	Övrigt	107	13
Övriga tillstånd	23	2	Uppgift saknas	4	1
<i>Summa</i>	<i>825</i>	<i>100</i>	<i>Summa</i>	<i>825</i>	<i>100</i>

x) I tabellen ingår således inte dels de 434 patienterna som denna dag hade permission från rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning dels de 167 patienter som vårdades utan särskild utskrivningsprövning eller var häktade eller dömda till kriminalvård.

En klar majoritet av de ineliggande patienterna vårdades, som framgår av tabellen, för psykossjukdomar av olika slag, vilket är naturligt med tanke på de kriterier som gäller för överlämnande till rättspsykiatrisk vård och som alltså sedan 1992 förutsätter att gärningsmannen lider av en allvarlig psykisk störning. Under den senaste tioårsperioden har andelen som vårdas för beteendestörning eller störning i utveckling, vilket avser olika former av neuropsykiatriska tillstånd såsom ADHD, Aspergers syndrom och autismspektrumstörning, ökat som en följd av den utveckling som har skett inom det diagnostiska området. Under samma period har andelen patienter som i första hand vårdas för olika former av personlighetsstörningar minskat, delvis genom att en del av dessa nu redovisas under beteendestörning men också som en följd av att den lagstiftning som trädde i kraft 1992 tog sikte på att gärningsmän med personlighetsstörning i första hand skulle dömas till kriminalvård.

Enligt uppgifter från verksamhetscheferna har andelen patienter med komplicerad samsjuklighet i form av flera samtidiga diagnoser ökat under den senaste tioårsperioden. Patienterna har inte sällan fler än två diagnoser t.ex. personlighetsstörning och missbruk tillsammans med en psykossjukdom. Svåra sociala problem och traumatiserande händelser liksom en annan kulturell bakgrund och

språksvårigheter komplicerar ofta bilden. Många har haft problem redan under uppväxten liksom många tidigare kontakter med psykiatri.

De kvinnor som av domstol har överlämnats till rättspsykiatrisk vård har ofta en tyngre belastning än männen. De har inte sällan drogdebuterat tidigare, de har använt tyngre droger och missbrukat längre än männen. Som en följd av detta har de ofta sämre fysisk och psykisk hälsa. De har ofta levt utsatt och varit med om sexuella övergrepp. De har i högre grad än männen varit deprimerade och försökt ta sitt eget liv. Socialt är deras utsatthet större och den sociala domen och skulden mer uttalad. Allt detta gör att vägen tillbaka ofta är svårare för kvinnor än män eftersom de präglas av skam och utanförskap. I jämförelse med männen lever de också i högre grad med en person som har egna missbruks- eller andra sociala problem vilket gör att deras rehabilitering ytterligare försvåras.

### 4.3.3 Vårdtider

Som nämnts saknas rikstäckande uppgifter om vård- och behandlingstider inom rättspsykiatri. Av Socialstyrelsens ovan nämnda inventeringar framgår att det förekommer betydande variationer i vårdtid för enskilda patienter. Vid den senaste inventeringen återfanns tre patienter med vårdtider över 40 år och nio patienter med en vårdtid över 30 år. Så gott som samtliga dessa patienter vårdades för schizofreni och efter att ha dömts för grova våldsbrott. Med ledning av uppgifterna om antalet patienter inom rättspsykiatri och om antalet som överlämnas årligen kan den genomsnittliga vårdtiden för patienter som vårdas med särskild utskrivningsprövning uppskattas till närmare fem år, varav drygt 1,5 år under permission och för patienter utan särskild utskrivningsprövning till drygt 14 månader, varav sju månader under permission.

## 4.4 Vårdens innehåll

De krav som lagstiftning och samhället ställer på rättspsykiatri när det gäller innehåll och kvalitet i vården är i stort desamma som gäller för andra delar av hälso- och sjukvården och psykiatri. Det som skiljer är att rättspsykiatri bedrivs under tvång och bl.a.

vårdar patienter som på grund av tidigare brott är hänvisade till att vistas på enheter som är specialutrustade för att tillgodose samhällsskyddet samt att behandlingen även är inriktad på att förebygga återfall i brott.

Inom rättspsykiatrin gäller samma grundläggande värderingar som gäller för hälso- och sjukvården i stort. Detta innebär ett humanitärt omhändertagande med respekt för de intagnas självbestämmande och integritet så långt detta är möjligt inom ramen för de begränsningar i detta avseende som det påtvingade frihetsberövandet i sig liksom den psykiska störningen innebär. Liksom inom all annan vård har patienten rätt till information och möjlighet till inflytande över sin behandling. Verksamhetens karaktär ställer också stora krav på såväl inre säkerhet som yttre säkerhet (skal-skydd och vid vård av häktade och dömda även perimeterskydd) för undvikande av skadegörelse, våld, rymning och fritagningsförsök m.m.

Diagnospanoramat inom den rättspsykiatriska vården är mycket brett. Många patienter har någon av de klassiska psykosjukdomarna: schizofreni, affektiv sjukdom och vanföreställningssyndrom, men även hjärnskador kan resultera i att påföljden vid brott blir rättspsykiatrisk vård. På senare tid har gruppen med neuropsykiatriska störningar vuxit till följd av utvecklingen avseende diagnostisering. En majoritet av patienterna med någon av nämnda diagnoser har i tillägg en eller flera missbruksdiagnoser samt uttalade brister i det sociala nätverket. Därutöver förekommer patienter med svåra personlighetsstörningar. Multidiagnospatienter, d.v.s. patienter som lider av såväl en affektiv sjukdom som en personlighetsstörning och som dessutom missbrukar alkohol eller droger är relativt vanligt förekommande.

Majoriteten av de rättspsykiatriska patienterna är dömda för våldsbrott som då också inkluderar sexualbrott och mordbrand. Det är nästan aldrig möjligt att finna en enkel förklaring eller en orsak till att en person uppvisar ett våldsamt beteende. Ett våldsbrott är resultatet av samspel mellan en rad olika mekanismer knutna till dels personen som utövar våldet dels faktorer i omgivningen. Detta leder till att det i vården måste finnas en rad olika teman som skall beaktas för att minska risken att nya brott begås (Kristiansson m.fl. 2005). Några sådana teman kan t.ex. vara:

- Missbruk och beroende av alkohol, narkotika, läkemedel, anabola/androgena steroider, lösningsmedel och andra droger

- Brister i socialt nätverk och boende
- Specifika omgivningsrelaterade faktorer, t.ex. riktade hot mot en viss speciell person.
- Brister i sociala färdigheter med svårigheter avseende kommunikation, inlärning och funktion i vardagslivet.
- Olika typer av psykisk ohälsa och handikapp såsom psykisk sjukdom, neuropsykiatrisk störning, posttraumatiskt stressyndrom, utvecklingsstörning och olika typer av personlighetsstörning.
- Vissa drag i personligheten, exempelvis brist på ändamålsenlig impuls kontroll (kan medföra såväl impulsivitet som tvångsmässighet) och psykopatiska drag.
- Anhöriga
- Dialog med omvärlden och allmänheten.
- Risk- och behovsanalys. Riskprevention med avseende på återfall i brottslighet av allvarligt slag.

Rättspsykiatrin är mångdimensionell genom att verksamheten både ska uppfylla kravet på optimal vård utifrån de specifika diagnoser och tillstånd som patienterna har och vidta insatser för att förebygga återfall i brott samtidigt som den ska tillförsäkra att säkerhet och juridiska åtaganden uppfylls. Dessa olika stävanden kan ibland komma i konflikt och det är en grannlaga uppgift att organisera och utföra vården på ett bra sätt. Kraven på innehållet i vården, det vill säga att metoderna och arbetssätt som används bygger på aktuell kunskap och att patienterna tillförsäkras insatser efter behov och med hög kvalitet är extra höga inom rättspsykiatrin eftersom patienterna inte har möjlighet att välja sin vård. Aktivt utvecklingsarbete kring metoder liksom etiska frågor måste pågå kontinuerligt för att vården ska kunna bedrivas på en tillfredsställande nivå.

Den rättspsykiatriska vården bedrivs under lång tid, ibland mycket lång tid, och vårdenheten blir därmed som ett hem för patienten under många år. Många av de rättspsykiatriska patienterna saknar ett ordnat familjeliv och ett personligt nätverk vilket i förening med den långa behandlingstiden medverkar till att en närhet etableras mellan intagna och personalen på ett sätt som inte är lika uttalat inom annan psykiatrisk vård.

Patienterna har ofta svårbehandlade tillstånd och dålig eller ingen behandlingsmotivation. En hög andel av patienterna har utöver rent psykiska sjukdomar även missbruksproblem och personlighetsstörningar av olika slag. Medan en del av de rättspsykiatriska patienterna har levt ett ”hyggligt” liv trots sin psykiska störning fram

till dess att de begått och fällts för en brottslig handling så har det stora flertalet levt ett liv i välfärdssamhällets utkanter. Många har haft en svår och orolig uppväxtmiljö och saknar såväl arbete eller annan fast försörjning, permanent bostad samt, som nämnts ovan, familj och ett ordnat socialt nätverk. Rättspsykiatrins patienter är också mer riskutsatta än andra grupper av patienter med en överrepresentation av skador och för tidiga dödsfall som en följd av bland annat missbruk, olyckor och suicid.

Syftet med den rättspsykiatriska vården är att hjälpa patienten att förstå och hantera sin psykiska störning så att risken för återfall i brottslighet av allvarligt slag på grund av denna störning minimeras. Detta är samhällsskyddsaspekten på vården. En väsentlig del i arbetet med patienten är brottsbearbetning, d.v.s. att förstå den utförda handlingen och dess konsekvenser liksom att komma underfund med och hantera de förhållanden (triggers) som kan vara utlösande för t.ex. ett våldsbrott. Men syftet är också att som vid alla annan sjukvård förbättra hälsan och öka livskvaliteten genom att den vård som ges skall främja ett självständigt liv i samhället på samma villkor som för andra. För att detta skall lyckas krävs insatser från många olika håll och kunskap om de problem och förutsättningar som kännetecknar en stor del av rättspsykiatrins patienter.

Insatser som syftar till att vidmakthålla förbättrad psykisk hälsa och förhindra återfall i brott prövas ut under vårdtiden och strategier som kan användas efter utskrivning utvecklas. Då patienten inte längre behöver den omhändertagandenivå som den slutna institutionen ger, planeras för utskrivning. Denna process är lång, och börjar egentligen redan då patienten skrivs in i vården och innefattar färdighetsträning som gör att patienten så småningom skall kunna bo och leva i samhället som andra. Redan vid inskrivningen bör kontakt tas med patientens hemkommun, som informeras om klinikens uppdrag och den samverkan med kommunen som uppdraget innebär.

Förutsättningen för utskrivning är att patienten har en ordnad social situation, dvs. ett boende i missbruksfri miljö med tillräckligt personalstöd utifrån patientens handikapp, sysselsättning i den omfattning som patienten kan klara av och ha glädje av samt ordnad ekonomi.

Patienten behöver också, i de flesta fall, få hjälp med att påminnas om att ta sin medicinering. Om patienten delvis har medicinering i tablettform bör åtminstone initialt täta koncentrationsbe-

stämningar göras för att verifiera intaget och vid eventuella försämringar kunna bedöma om försämringen är kopplad till för låga koncentrationer av läkemedlet. Allt för att förebygga återinsjuknande. Återfallsprevention är givetvis en väsentlig del i vården och vid tiden kring och efter utskrivning är det centralt att det finns kontinuitet i vårdinsatserna. En viktig del av återfallspreventionen är kontroll av drogfrihet.

Om inte en god öppenvårdskontakt följer på sjukhusvistelsen är det stor risk att äventyra hela den investering som den långa vårdtiden är såväl för samhället som för patienten. God psykiatrisk öppenvård, ordnade sociala förhållanden med bostad, stöd i vardagen, och sysselsättning borde vara en självklarhet för alla dem som skrivs ut från rättspsykiatrisk vård, men tyvärr är detta av olika skäl inte alltid fallet.

Psykiatrisamordningens uppfattning om rättspsykiatrins mål och uppgifter m.m. återkommer bland annat i kapitel 11. En utförligare diskussion om de frågor som här berörts kommer även att presenteras våren 2007 i en rapport från det projekt som Psykiatrisamordningen initierat angående rättspsykiatrins innehåll och metoder.

#### 4.5 Etiska aspekter

Det finns sannolikt ingen del av hälso- och sjukvården som rymmer så många etiska ställningstaganden och etiska konflikter som rättspsykiatrin. Det skulle leda för långt att här föra en djupgående etisk diskussion och analys, men det finns ändå anledning att kort nämna några av dessa konflikter.

Beslut om rättspsykiatrisk undersökning och om rättspsykiatrisk vård medför stora ingrepp i en människas tillvaro och personliga integritet. Den grundläggande rätten att bestämma över sig själv inskränks kraftigt genom att undersökning och vård sker med hjälp av rättsligt sanktionerat tvång. Rättspsykiatrisk vård är sannolikt det mest omfattande ingrepp som samhället tillåter sig göra i en människas tillvaro, t.o.m. mer omfattande än ett fängelsestraff. Detta, bland annat, genom att tiden för frihetsberövandet inom rättspsykiatrin, till skillnad från inom kriminalvården, inte är tidsbegränsat.

Vård i stället för straff bygger på humanistiska ställningstaganden om hur den individuella ansvarsförmågan påverkas när man inte är vid sina sinnens fulla bruk och har mycket gamla traditioner.

Tvånget behövs och motiveras av att vederbörande sällan själv är införstådd med behovet av vård. Den rättspsykiatriska vården har en dubbel funktion, nämligen att dels skydda samhället och den dömda själv från oönskade konsekvenser av hans eller hennes beteende, dels att få patienten i stånd att förstå och hantera sin psykiska sjukdom och rehabilitera denne till ett liv i frihet där risken för återfall i allvarlig brottslighet till följd av den psykiska sjukdomen/störningen så långt möjligt reducerats.

Redan det förhållandet att en gärningsman med anledning av att en brottslig handling begåtts döms till psykiatrisk tvångsvård är en paradox. Eftersom gärningsmannen döms har han/hon bedömts vara rättskapabel medan beslut om psykiatrisk tvångsvård i andra sammanhang endast kan tillgripas med hänvisning till att vederbörande inte kan ta ansvar för sina handlingar.

En ytterligare aspekt på den rättspsykiatriska lagstiftningen som kan diskuteras utifrån etiska utgångspunkter är att beslut om att förena den rättspsykiatriska vården med särskild utskrivningsprövning, vilket gäller flertalet som överlämnas till rättspsykiatrisk vård, åtminstone teoretiskt grundar sig på en bedömning av risken för framtida brott av allvarligt slag. I praktiken beslutas dock särskild utskrivningsprövning snarare med hänsyn till den gärning som begåtts än av risken för framtida allvarliga brott. Domstolen presumerar således att risken för att den som har begått ett allvarligt brott, t.ex. mord, dråp, grov misshandel, rån eller våldtäkt, kommer att upprepa handlingen är större än att den som begått en lindrigare förseelse, såsom olaga hot, skall komma att trappa upp sin brottskarriär med ett svårare brott.

Som framgått ovan omfattar den rättspsykiatriska vården inte enbart insatser som är kopplade till individens psykiatriska sjukdom som t.ex. olika symtom, suicid- eller våldsbefogenhet mot andra, utan även brottsbearbetning. Vårdgivaren äger också rätt, eller tar sig rätten, att avgöra vad som är bra eller dåligt för den enskilde patienten när det t.ex. gäller umgängesform, personlig hygien, kost, motion m.m. Var gränsen går mellan en rättspsykiatrisk vårdinsats och en kränkning av vederbörandes personliga integritet blir därmed svårt att fastställa och är något som präglar den dagliga omvårdnaden på den rättspsykiatriska vårdavdelningen. I anspråket på att utföra insatser som syftar till såväl samhällets som patientens bästa är det av yttersta vikt att vara lyhörd för patientens egna önskemål. Det gäller också för envar inom vården att vara medveten om att gränsen mellan en etiskt försvarbar behandlings-

åtgärd och en kränkande handling kan vara hårfin. En etiskt känslig fråga är också var gränsen går mellan sanktionerat tvång, icke-sanktionerat tvång och det som kan kallas ”lirktvång”, manipulation eller övertalning.

Vårdgivaren har också befogenhet att inom ramen för det yttre tvånget använda sig av direkta tvångsåtgärder, såsom isolering och tvångsmedicinering om patienten inte går med frivilligt på de vårdinsatser som anses påkallade. Den tydligaste åtgärden vårdgivaren har att tillgå för att uppnå vårdens intentioner är att avstyrka friförmåner eller utskrivning av patienten. Vanligen görs detta med hänvisning till patientens potentiella risk för egen eller annans säkerhet. För att inte detta skall bryta mot de internationella etiska principer som formulerats i den s.k. Hawaii-deklarationen och senare i Madriddeklarationen<sup>1</sup> krävs att patienten samtidigt uppfyller kriterierna för allvarlig psykisk störning.

De exempel på etiska frågor som här redovisats är långt ifrån de enda etiska problem som är förknippade med den rättspsykiatriska vården både ur ett samhällsperspektiv och ur ett konkret vårdperspektiv men de visar på att etisk reflexion och etisk hänsyn måste ges stort utrymme inom den rättspsykiatriska vården.

#### 4.6 Statlig tillsyn

För att i möjligaste mån tillvarata den enskildes intressen av en god och säker vård och omsorg finns en rad bestämmelser i lagstiftningen som är till för att värna om den enskildes rätt såsom Patientnämnder och personliga ombud. Länsrätterna har också att pröva tvångsvårdens legala aspekter – t.ex. förlängning av vårdtider och, vid särskild utskrivningsprövning, även permissioner och utskrivningar.

Ansvar för att tillse att vården bedrivs enligt gällande bestämmelser åvilar Socialstyrelsen (inom hälso- och sjukvården) och Länsstyrelserna (inom socialtjänstens verksamheter), närmare bestämt dessa myndigheters tillsynsverksamhet.

Socialstyrelsens tillsyn omfattar all hälso- och sjukvård inom landets gränser oberoende av vem som är huvudman och i vilka former den tillhandahålls. Styrelsens tillsyn över hälso- och sjuk-

---

<sup>1</sup> Etiska riktlinjer för psykiatrer som ursprungligen antagits av World Psychiatric Associations i Hawaii 1977 och uppdaterats i Wien 1983 samt därefter reviderats i Madrid 1996 för att bättre svara mot ändrade attityder och den medicinska utvecklingen inom psykiatrin.



vården skall, enligt 6 kap. 3 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, främst syfta till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen skall genom sin tillsyn stödja och granska verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärder. Ett övergripande patientsäkerhetsperspektiv genomsyrar således socialstyrelsens tillsynsarbete. Tillsynen bedrivs med två huvudsakliga perspektiv – som individtillsyn eller verksamhetstillsyn.

Individtillsynens uppgift är att ingripa mot hälso- och sjukvårdspersonal som genom sjukdom, missbruk eller oskicklighet utgör en fara för patienterna. Verksamhetstillsynen innebär att riskfaktorer som finns i vården identifieras och att åtgärder som kan förebygga skador och misstag i vården kan initieras. Ansvaret för att åtgärda uppmärksammade brister ligger däremot på vårdgivare och verksamhetschefer. Sedan 1997 ingår i Socialstyrelsens tillsynsuppgift även att granska den hälso- och sjukvård som bedrivs inom kriminalvården och inom den slutna ungdomsvården.

I syfte att ytterligare skärpa kraven på en väl fungerande säkerhet inom den psykiatriska tvångsvården har Socialstyrelsen under våren 2006 utfärdat föreskrifter om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning (SOSFS 2006:9 (M)). I föreskrifterna regleras förutsättningarna för säkerhet för patienter och personal eller annan i samband med psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Föreskrifterna innebär att långtgående och detaljerade krav ställs på att ändamålsenliga rutiner finns och åtgärder vidtagits för att så långt möjligt förebygga olyckor till följd av att en patient skadar sig själv eller annan person eller rymmer, alternativt utifrån fritas, från enheten. Samtliga enheter som bedriver någon form av psykiatrisk tvångsvård skall enligt föreskrifterna senast den 1 juli 2007 vara klassificerade med hänsyn till viken säkerhetsnivå som finns vid enheten. Härvid skall såväl den inre dynamiska säkerheten som skal- och perimeterskydd bedömas.

Ansvaret för tillsyn över kommunernas socialtjänst ligger hos landets länsstyrelser. Länsstyrelserna skall som tillsynsmyndighet bland annat se till att kommunerna följer gällande lagar och andra bestämmelser. Länsstyrelsernas tillsyn bedrivs bland annat genom inspektioner av t.ex. hem för missbrukare och andra hem för vård eller boende samt hur personer som kontaktat socialtjänsten har behandlats.

Under åren 2002–2004 genomförde Socialstyrelsen och landets länsstyrelser en kraftsamling i form av ett gemensamt tillsynsprojekt över kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Granskningen tog i första hand sikte på planerings-, lednings- och styrningsfrågor (Socialstyrelsen och länsstyrelserna, 2005). I granskningen identifierades ett antal problemområden som behöver åtgärdas för att personer med psykiska funktionshinder ska få det stöd som lagstiftaren avsett. Dessa frågor kommer närmare att belysas och kommenteras i Psykiatrisamordningens slutbetänkande. Psykiatrisamordningen förordar emellertid i kapitel 14 särskilda tillsynsinsatser för det rättspsykiatriska området.

#### 4.7 Svensk rättspsykiatri i internationellt perspektiv

Den svenska lagstiftningen när det gäller påföljder för psykiskt störda lagöverträdare är, som tidigare framhållits, relativt unik i ett internationellt perspektiv. Medan den svenska lagstiftningen använder begreppet allvarlig psykisk störning så används vanligen olika former av tillräknelighetsbegrepp i andra länders straffrätt. Att vara tillräknelig är ofta en grundläggande förutsättning för att någon skall kunna dömas för brott eller straffas för detta. Otillräknelig (eller motsvarande) anses i allmänhet den vara som vid tidpunkten för brottet till följd av psykisk sjukdom eller utvecklingsstörning saknade förmåga att förstå innebörden av sin gärning eller att anpassa sitt handlande i enlighet med sådan förståelse. Detta är således en väsentligt snävare definition än den som Sverige tillämpar i form av begreppet allvarlig psykisk störning.

Trots de nämnda olikheterna i straffrättsligt hänseende som finns mellan Sverige och andra länder så finns det många gemensamma drag mellan utvecklingen av den psykiatriska vården och rättspsykiatrin i Sverige och den i andra länder i Västeuropa. Såväl här som i många andra länder har rättspsykiatrin historiskt sett varit en isolerad företeelse, såväl geografiskt i avlägsna mentalsjukhus och i fängelser som professionellt, vilket bland annat tagit sig uttryck i att personal inom rättspsykiatrin tenderat att se sig mer som fängelseplitar än medarbetare i en professionell vård- och omsorgsorganisation.

Rättspsykiatrin har också varit institutionellt isolerad och organisatoriskt skild från allmän psykiatrin och annan hälso- och sjukvård. De flesta rättspsykiatriska vårdenheter återspeglar inflytande

av den lokala eller nationella historia och den tidsanda då de byggdes snarare än någon organisatorisk princip eller avsikt och stora high-security sjukhus dominerar fortfarande rättspsykiatrin i många länder. Öppen vård och rehabiliteringsaktiviteter är ofta rudimentära eller icke-existerande. Detta trots vetskapen om att nästan alla rättspsykiatrins patienter så småningom kommer att återvända till sin ursprungliga miljö.

En effekt av den tidigare isoleringen har varit att mycket av utvecklingen inom psykiatrin på många håll har gått rättspsykiatrin förbi, men separationen har inte bara missgynnat utvecklingen inom rättspsykiatrin utan också lett till att den allmänna psykiatrin inte fått del av den färdighet och den kunskap som rättspsykiatrin besitter när det gäller att hantera psykiskt störda, aggressiva våldsbrottslingar (Mullen, 2000).

En för många länder gemensam erfarenhet är att allmänpsykiatrin inte i tillräcklig omfattning har kunnat möta de behov av stöd och behandling som uppstått efter avinstitutionaliseringen av mentalvården under slutet av 1900-talet. Slutenvårdsplatserna inom allmänpsykiatrin har minskat överallt i Europa, men förändringen har varit särskilt markant i Sverige med en minskning med 65 procent under 1990-talet. En gemensam erfarenhet från många länder är att de öppna insatserna inte räcker till för de svårast störda utagerande patienterna. Många människor med psykiska störningar, även av psykotisk valör, får inte adekvat behandling och saknar nödvändiga skyddsnät.

Ett gemensamt drag inom kriminalvården i flera västländer är att antalet psykiskt störda ökar, liksom bristen på adekvat psykiatrisk vård och stöd för de dömda. Särskilt svårt är det för de intagna som klassificerats som personlighetsstörda i stället för att ha fått en psykiatrisk diagnos.

Fokuseringen på psykiskt störda patienter som begår allvarliga brott är ett ökande samhällsproblem i många länder. Intensifierad kontroll av personer som begått allvarliga brott, rättspsykiatriska undersökningar och systematiska riskbedömningar har därför kommit i fokus.

Diskussioner om lagstiftningen och avvägningen mellan fängelse och rättspsykiatrisk vård förs på flera håll, t.ex. i Tyskland, England och Schweiz och nya lagstiftningsåtgärder aktualiseras ofta som reaktion på akuta händelser. En gemensam tendens är även att personer som har begått allvarliga brott och som bedöms ha hög återfallsrisk hålls kvar inom rättspsykiatrisk vård i allt större utsträck-

ning. I uppgiften att förena den enskildes rättssäkerhet och integritet och behovet av rehabilitering för den psykiskt störde lagöverträdaren å ena sidan och medborgarnas trygghet å den andra kommer olika intressen i konflikt med varandra.

I bland annat Tyskland och Nederländerna har antalet vårdplatser inom rättspsykiatri ökat dramatiskt sedan början av 1990-talet – dock från en i jämförelse med svenska förhållanden låg nivå. Detta beroende på att fler döms till rättspsykiatrisk vård, men också på att fler nu hålls kvar inom rättspsykiatri allt längre pga. återfallsrisk och kravet på samhällsskydd. Som framgått ovan har antalet nya som överlämnas till rättspsykiatri i Sverige varit relativt oförändrat under de senaste femton åren medan vårdtiderna under en lång följd av år ökat successivt.

Rättspsykiatriens betydelse har ökat i många länder i Västeuropa under senare år. Rättspsykiatriska undersökningar utgör väsentliga underlag för domstolarnas beslut och bedömning av risken för återfall är återkommande inslag före, under och efter verkställigheten. Målinriktade insatser, rättspsykiatrisk vård och rättspsykiatrisk konsultation till allmänpsykiatri är alltmer angeläget vid behandling av personer som begått allvarliga våldsbrott.

Erfarenheter från flera länder pekar på att adekvata öppenvårdsinsatser är viktiga och forskningen visar att sådana påtagligt minskar risken för återfall i allvarlig brottslighet. Erfarenheterna visar också att en bred samverkan mellan berörda aktörer med många olika integrerade insatser som rör den dömdes hela livssituation är viktiga för att både tillgodose den enskildes och allmänna hänsyn. Ett exempel på detta är de åtgärder som vidtagits i England där man sedan i början av 1990-talet satsat stort på behandling och en bred uppföljning av personer som begått allvarliga brott. Insatserna rör boende, utbildning/arbete, ekonomi, psykisk och fysisk hälsa, missbruksbehandling läkarkontroller, läkemedel, missbruksbehandling samt träning mot aggressivt beteende med kognitiv behandling m.m. I systemet finns öppenvårdsmottagning, särskilda mentalhälsohem, boendestöd, arbetsterapi och dagcentraler etc.

## 4.8 Aktuell forsknings- och utvecklingsverksamhet, FoU, inom området psykiskt störda lagöverträdare

För att en kvalificerad verksamhet skall kunna bibehålla sin kompetens och kunna vidareutvecklas krävs ett ständigt pågående forsknings- och utvecklingsarbete. Det är enligt Psykiatrisamordningen nödvändigt att evidensbaserade (vetenskapligt utvärderade) metoder så långt möjligt kommer till användning inom all vård och rehabilitering av personer med psykisk störning – oavsett om verksamheten bedrivs hos kommun eller landsting eller i statlig regi. Omhändertagandet av psykiskt störda lagöverträdare utgör naturligtvis inget undantag från detta.

Forskningsverksamhet i vid mening, FoU, kan delas in i grundforskning, klinisk forskning och utvecklingsverksamhet. Grundforskning finansieras i huvudsak genom statliga medel som anvisas universitet och högskolor samt forskningsråd. En betydande del av vad som kan betecknas som klinisk forsknings- och utvecklingsverksamhet finansieras också genom statliga medel som anvisas universitet och högskolor samt forskningsråd och med medel som betalas ut till sjukvårdshuvudmännen enligt avtalen om samarbete inom läkarutbildning och forskning m.m. Sjukvårdshuvudmännen bidrar emellertid också med stora belopp till sådan forsknings- och utvecklingsverksamhet. Bidrag till forskning från externa intressenter, främst stiftelser och företag, har successivt ökat i betydelse.

I början av 1990-talet konstaterades i betänkandet Kriminologisk och kriminalpolitisk forskning (SOU 1992:80) betydande brister i struktur, omfattning och resurser när det gäller det kriminalpolitiska forskningsområdet, till vilket forskning inom det rättspsykiatriska fältet hör. Sedan den utredningen lämnades har emellertid mycket hänt och situationen har förändrats. Forskningsintresset inom rättspsykiatri och angränsade verksamheter har breddats väsentligt de senaste tio-femton åren. I det följande lämnas en kort beskrivning av aktuell situation avseende FoU inom området.

### 4.8.1 Myndighetsbaserad FoU

*Rättsmedicinalverkets* (RMV:s) verksamhet är kunskapsintensiv och inriktad på ett vetenskapligt arbetssätt. Myndigheten skall enligt sin instruktion stödja forskning och utveckling (FoU) som har betydelse för verksamheten. Syftet är att utveckla både det veten-

skapliga och kunskapsmässiga innehållet i organisationen och att integrera det vetenskapliga förhållningssättet i det dagliga arbetet samt att utnyttja metodologiska landvinningar. I RMV:s uppdrag ingår också att analysera den löpande undersökningsverksamheten med syfte att ta fram underlag för det brottsförebyggande arbetet som bedrivs av andra myndigheter och organisationer. Omfattande datorbaserade ärendehanteringssystem har byggts upp som givit underlag för en rad forskningsprojekt.

Sedan 1995 har Rättsmedicinalverket avsatt omkring 1,5 miljoner kronor årligen till olika FoU-projekt. Dessa medel, ibland utökade med stöd av vissa stiftelser och andra finansiärer, finansierar sådant utvecklingsarbete som ligger nära kärnverksamheten och arbetet utförs i huvudsak av anställda inom myndigheten. För det mer traditionella forskningsarbetet svarar främst universiteten med stöd från olika forskningsstiftelser.

RMV finansierar adjungerade professurer inom flera områden, bland annat en inom rättspsykiatri vid den rättspsykiatriska avdelningen i Göteborg. Riktlinjer inom RMV ger anställda som är registrerade till forskarutbildning möjlighet att utnyttja 25 procent av sin arbetstid under fyra år för egen forskning och efter disputation 25 procent under två år ytterligare för att uppnå docentkompetens. Förutsättningarna för att kunna utnyttja denna möjlighet är dock i hög grad beroende av aktuell resurssituation och arbetsbelastning vid respektive avdelning.

Rättspsykiatrisk forskning vid de rättspsykiatriska avdelningarna i Stockholm och Göteborg finansieras med betydande belopp. Mellan RMV och Karolinska institutet finns sedan 1996 ett avtal om en särskild satsning på rättspsykiatrisk forskning. Forskningsprofilen vid forskningsenheten, som är lokaliserad till den rättspsykiatriska avdelningen i Stockholm i anslutning till Huddinge sjukhus, är utpräglat tvärvetenskaplig och omfattar ett tjugotal aktiva forskare, forskarstuderande och forskarassistenter från olika yrkesgrupper med såväl medicinsk/psykiatrisk som socialvetenskaplig, beteendevetenskaplig och juridisk kompetens representerade. Enheten har samarbete med den rättspsykiatriska vården, kriminalvården och polisen förutom med den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten och bedriver även internationellt vetenskapligt samarbete.

I Göteborg är forskningen vid den rättspsykiatriska avdelningen, under ledning av en adjungerad professor som finansieras av RMV, knuten till institutionen för klinisk neurovetenskap. En tvärveten-

skaplig forskargrupp, Forskargruppen för biologisk och forensisk psykiatri, har bildats med representanter för såväl den rättspsykiatriska avdelningen som Sahlgrenska universitetssjukhuset. Finansieringen sker både genom anslag från RMV och med externa anslag.

De forskningsområden som närmast är av intresse för RMV gäller riskbedömning, riskhantering, biologiska och psykologiska faktorer av betydelse för kriminellt och antisocialt beteende, återfallsprevention samt studier baserade på uppgifter i befintliga ärendehaneringssystem och register.

*Kriminalvården* har inget krav på sig att bedriva egen forskning. Däremot skall kriminalvården rapportera vilka resultat som vården ger. Kriminalvården har sedan 1999 till helt nyligen haft en Forskningskommitté som bestått av ledamöter som utsetts av generaldirektören. Kommittén kommer inom kort att ersättas av ett Vetenskapligt råd bestående av ett 20-tal professorer från landets universitet som är aktiva inom områden som är relevanta för kriminalvårdens verksamhet. Såväl anställda inom kriminalvården som, framför allt, externa forskare kommer att kunna söka medel för forskning från denna grupp.

Universitet och högskolor tar ofta initiativ till forskningsprojekt som rör kriminalvårdsområdet. Dessutom utför Brottsförebyggande rådet forskning inom kriminalvårdsområdet dels på uppdrag av regeringen, dels efter dialog mellan berörda myndigheter om vilka behov som finns.

*Brottsförebyggande rådet*, BRÅ, skall i enlighet med sin instruktion vara ett centrum för forsknings- och utvecklingsverksamhet för hela rättsväsendet. BRÅ skall samtidigt fungera som ett expertorgan i kriminalpolitiska frågor och vara ett stabsorgan till regeringen. I syfte att bland annat analysera förutsättningarna för en renodling av myndighetens uppgifter tillsatte regeringen en särskild utredare att göra en översyn av BRÅ. Utredningen, som tog namnet 2003-års BRÅ-utredning, fick också i uppdrag att göra en utvidgad kartläggning av den forsknings- och utvecklingsverksamhet som är relevant för att kriminalpolitikens mål att minska brottsligheten och öka människors trygghet. En omfattande sådan kartläggning presenteras som bilaga till utredningens betänkandet Brottsförebyggande kunskapsutveckling, SOU 2004:18. I betänkandet föreslår utredningen att myndighetens uppgifter renodlas. Myndigheten bör enligt utredningen inte längre fungera som ett stabsorgan till regeringen. Dessa uppgifter bör i stället tillgodoses

av en analysenhet inom Justitiedepartementet. När det gäller FoU-verksamhet föreslås att BRÅ skall ha till uppgift att

- Initiera och bedriva forskningsprojekt (tillämpad forskning) inom det kriminalpolitiska området,
- Initiera och bedriva utvärderingsprojekt inom det kriminalpolitiska området och
- Bistå rättsväsendets myndigheter i utvecklingsprojekt.

De förslag som lämnats av utredningen har ännu inte realiserats.

Vid *Statens institutionsstyrelse*, SiS, finns en särskild FoU-enhet som leder SiS arbete med forsknings-, utvärderings- och utvecklingsfrågor. FoU-enhetens uppgifter är att delta i arbetet med att följa upp och utvärdera institutionernas verksamhet och resultat, att utarbeta enhetliga och ändamålsenliga rutiner för dokumentation av behandlingen och dess effekter samt att ansvara för övergripande analyser och sammanställningar av vårdens resultat. Enheten ska vidare ta initiativ till forskning inom området, följa forskningen, verka för att forskningsresultaten sprids och överförs till praktiskt arbete samt, genom försöksverksamhet och på annat lämpligt sätt, bidra till metodutveckling inom området vård och behandling.

SiS dokumentationssystem består av in- och utskrivningsdata för varje klient som erhåller vård och behandling vid SiS institutioner. Databasen ger goda förutsättningar för olika typer av forskningsinsatser, vilka kan ge en fördjupad kunskap om klienterna.

SiS satsar främst på forskning rörande den egna verksamheten; dess personal och klientgrupper. Prioriterade områden är vårdens insatser och effekter, förändringsprocesser och förhållningssätt, organisations- och samverkansfrågor och rättstillämpning. Vetenskapliga utvärderingar av olika slags försöksverksamheter liksom jämförande studier mellan olika institutioner inom och mellan regioner samt internationella jämförelser är några olika områden som stöds av SiS. Projekten kan vara såväl kvantitativt som kvalitativt inriktade.

SiS huvudsakliga forskningsinriktning är socialvetenskaplig, men även juridisk och medicinsk forskning, särskilt när det gäller barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri, är viktig. I många fall kan en tvärvetenskaplig forskningsansats ge nya perspektiv på angelägna frågeställningar. För SiS är det angeläget att ett nära samarbete utvecklas mellan universitet/högskolor och SiS institu-



tioner. Tanken är att på sikt bygga upp och stödja samverkansformer mellan forskning och praktik inom varje region. SiS anser det vara en fördel om viss forskning kopplas till den dagliga verksamheten och att institutionspersonalen blir delaktig i forskningsprocessen.

*Statens beredning för medicinsk utvärdering*, SBU, svarar på uppdrag av regeringen för analys av tillgänglig vetenskap i syfte att kunna uttala sig om vilka metoder eller tekniker som har vetenskapligt stöd vid behandling av viss sjukdom eller för att besvara viss frågeställning. Några områden av särskilt intresse som har analyserats av SBU är frågan om riskbedömningar inom psykiatrin (SBU, 2004) samt om kunskapsläget inom alkohol- och narkotikaområdet (SBU, 2001).

#### 4.8.2 Landstingsanknuten FoU

Utöver den FoU-verksamhet som stöds av och bedrivs inom och på initiativ av ovan redovisade myndigheter bedrivs FoU-verksamhet som rör psykiskt störda lagöverträdare även vid flera enheter inom hälso- och sjukvården. Detta är fallet vid den rättspsykiatriska undersöknings- och vårdenheten i såväl Malmö som Umeå. Härutöver finns FoU-enheter vid några av de större regionala rättspsykiatriska enheterna, vilka finansieras av respektive sjukvårdshuvudman. Det gäller i första hand enheterna i Sundsvall, Säter och Vadstena.

*Rättspsykiatriska kliniken i Malmö* omfattar såväl rättspsykiatrisk utrednings- som vårdverksamhet. Kliniken bedriver forsknings- och utvecklingsarbete i samarbete med Institutionen för Kliniska vetenskaper i Malmö, Lunds universitet. Under ledning av en professor och en docent arbetar f.n. sex doktorander med avhandlingsprojekt. Gruppen har betydande extern finansiering och publicerar årligen ett tiotal forskningsrapporter. Pågående projekt omfattar stora delar av det rättspsykiatriska och kriminologiska fältet, från filosofi till neurobiologi och neuropsykologi. Särskilt fokuseras longitudinell epidemiologi och nosologi (klassificering av sjukdomar). Ett betydande nationellt och internationellt samarbete finns.

Vid *Norrlands universitetssjukhus i Umeå* utgör den rättspsykiatriska utredningsenheten och två rättspsykiatriska vårdavdelningar en samlad enhet inom psykiatriska kliniken. Enheten för psykiatri

vid institutionen för klinisk vetenskap vid Umeå universitet är kopplad till kliniken. Den tidigare professuren i rättspsykiatri har konverterats till en professur i psykiatrisk epidemiologi med internationell inriktning, men innehavaren har fortfarande klinisk anknytning till rättspsykiatri. Inget pågående forskningsprojekt är helt inriktat mot rättspsykiatriska frågeställningar, men flera tangerar området, t.ex. brottsofferforskning och forskning om beteendestörningar.

Vid *den rättspsykiatriska regionenheten i Sundsvall* finns ett Forsknings- och kompetenscentrum. Enheten leds av en professor i tillämpad kriminologi som finansieras av landstinget, men som har 20 procent av arbetstiden förlagd till Mittuniversitetet för forskning, handledning och undervisning. FoU-enhetens huvudinriktning är riskbedömningar, men behandlingsutvärdering ingår också som en del av uppgifterna för de tre medarbetare som, utöver den adjungerade professorn, svarar för verksamheten. Till enheten har också knutits två gästprofessorer.

#### 4.8.3 Centrum för våldsprevention

*Centrum för Våldsprevention, CVP*, är ett nationellt kompetenscentrum som arbetar med forskning, utbildning och information inom området våld och våldsprevention. Forskningen är tvärvetenskaplig och medarbetarna omfattar ett tiotal forskare, varav flera docentkompetenta, forskarstuderande och forskarassistenter med psykologiska, psykiatriska och kriminologiska kompetensprofiler.

CVP är ett nätverkssamarbete mellan Karolinska institutet, praktiker och forskare vid kriminalvården, polisen, rättspsykiatri och SiS. Forskningsenheterna vid de rättspsykiatriska regionvårdsenheterna i Säter och Vadstena har ett nära samarbete med CVP. CVP integrerar vetenskaplig metodik och grundforskning med problemställningar från dessa olika delar av rättsväsendet. Flera internationella samarbetsprojekt bedrivs också.

De frågeställningar som CVP ägnar sig åt rör bland annat riskbedömning och riskhantering. Ett närliggande forskningsområde gäller evidensbaserade interventioner av olika slag som är ägnade att minska eller hantera riskerna för våld. Det kan röra sig om programverksamheter inom kriminalvården, SiS ungdomsvård eller barnpsykiatri. Målsättningen är att kunna beskriva vilka interventioner som fungerar och varför dessa fungerar bättre än

andra metoder. I en epidemiologisk forskningslinje används befintliga befolkningsbaserade register för att studera samband mellan psykisk störning och vålds- och sexualbrott.

CVP intresserar sig också för forskning som kartlägger psykologiska och neuropsykologiska funktioner bland personlighetsmässigt avvikande våldsbenägna i syfte att studera våldets etiologi och, i förlängningen, eventuellt finna vägar mot framgångsrik behandling. Forskning om personlighetsfaktorers betydelse för uppkomsten av våldshandlingar, t.ex. sexualbrott och våld i nära relation (hustrumisshandel), är ytterligare ett av CVP:s programområden.

## 5 Missbruk hos psykiskt störda lagöverträdare

### 5.1 Missbruk, psykisk störning och kriminalitet

Flertalet av dem som begår våldsbrott är vid gärningstillfället påverkade av alkohol och/eller droger i någon form. En betydande andel, mellan 60 och 85 procent enligt klinikchefernas bedömning, av de psykiskt störda lagöverträdarna har missbruksproblem. Socialstyrelsen har för sin del angivit en lägre siffra, 43 procent, bland personer som vårdas enligt LRV och som har särskild utskrivningsprövning (Socialstyrelsen 2005a). I första hand gäller missbruket alkohol, men i inte ringa grad även droger av olika slag. Personer med psykisk störning svarar för en relativt liten andel av den totala kriminaliteten, men kriminaliteten är ändå något högre bland dem som är psykiskt sjuka än i andra grupper (Hodgins 1998; Tengström 2000). Särskilt ogynnsamma förhållanden råder när psykisk sjuklighet kombineras med personlighetsstörning och/eller alkohol- eller drogmissbruk (Wallace et al, 1998; Tengström, 2000).

Den australiensiske professorn Paul Mullen (Mullen, 2000) anger tre förklaringar till detta samband. För det första att alkohol och droger förorsakar våldsbeteende hos psykiskt störda personer precis som det gör hos andra. För det andra att alkohol och droger ofta förtar effekten av insatt behandling eller resulterar i att behandlingen får en annan verkan än vad som avsetts. För det tredje kan det vara så enligt Mullen att psykiskt störda personer som har en böjelse för våld också har en böjelse för missbruk, dvs. att sambandet förklaras av en underliggande personlighet.

Flera studier visar att personer med missbruksproblem har sämre social situation än befolkningen i övrigt när det t.ex. gäller ekonomiska förhållanden, bostadsförhållanden och sjuklighet m.m. (Socialstyrelsen, 2001). De flesta av rättspsykiatrins patienter som även är missbrukare är ensamstående med bristande social förankring och de saknar ofta egen försörjning. Många av dem är även

utan fast bostad. De hamnar inte sällan emellan stolarna när de söker hjälp då ingen känner fullt ansvar för dem på grund av de sammansatta problemen. Många gånger blir brotten en form ”av rop på hjälp” när vård- och behandlingsinsatserna inte motsvarat de behov som funnits (Holmberg & Kristiansson, 1997, 2006).

Under senare år har en liberalisering skett av alkoholpolitiken, bland annat som en följd av internationaliseringen. Det har blivit lättare att få tag på alkohol och det är tillåtet att föra in stora mängder över gränsen. Genom EU-inträdet har Sveriges möjligheter att använda sig av prisinstrumentet för att hålla konsumtionen nere minskat. Systembolagets betydelse som monopol har reducerats. Genom den ökade alkoholkonsumtionen följer även ett större antal personer med riskbeteende. Även narkotikamissbruket har ökat i landet.

Inom det kriminalpolitiska området prioriteras åtgärder för att förebygga våldsbrott, en uppgift som bör åligga alla som kommer i kontakt med personer i ”riskzonen”. Åtgärder för en förbättrad missbruksvård torde vara ett av de områden som skulle kunna ge störst bidrag till en reduktion av återfallsrisken. I rapporten Rättspsykiatrisk vård – utvärdering – omvärdering (Socialstyrelsen, 2002) framhålls att aktivt missbruk är den enskilt största riskfaktorn för återfall i brottslighet bland de faktorer som över huvud taget kan påverkas.

## 5.2 Missbruksvård – ett konfliktområde

Missbruksvård i såväl öppna former som på institution är av hävd i första hand ett kommunalt ansvar medan avgiftning, läkemedelsassisterad behandling för alkohol- och narkotikamissbruk liksom den psykiatriska vården är landstingens bord. Det är inte ovanligt att psykiskt störda med missbruksproblem hamnar i en situation där psykiatrin inte anser sig kunna svara för behandlingen så länge ett missbruk pågår och missbruksvården ställer sig avvisande med hänvisning till den psykiska störningen. Omhändertagande av personer med såväl psykisk störning som missbruk är ett gammalt konfliktområde mellan berörda aktörer.

Psykiatriutredningen framhöll i betänkandet Valfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda (SOU 1992:73) att ”det är djupt olyckligt att vården av missbrukare med svår psykisk störning präglas av konflikter och motsättningar om

vem som skall betala för vården i stället för ett gemensamt ansvarstagande. Det här är fråga om ett sammansatt vårdbehov som måste mötas gemensamt.” Även om en del har förändrats sedan dessa rader skrevs kvarstår på många håll det faktum att de psykiskt störda missbrukarna har svårt att få sina vårdbehov tillgodosedda och att missbruksvården lämnar en del i övrigt att önska, särskilt i storstadsområden och områden med traditionellt stor andel missbrukare. På mindre orter underlättar den sociala kontrollen identifieringen av berörda personer, vilket gör att de lokala vårdgivarna inte löper samma risk att ”missa” dem som behöver stöd och vård.

En rad senare utredningar har i likhet med Psykiatriutredningen konstaterat att samverkan mellan psykiatrin och socialtjänsten inte fungerar väl och att människor med en psykisk sjukdom som samtidigt missbrukar inte får tillgång till vård och stöd som är behovsanpassade, samordnade och kunskapsbaserade.

Många av de problem som uppstår kring de svårt psykiskt störda missbrukarna beror på att de har kontakt med flera olika myndigheter och vårdgivare som har olika förutsättningar, värderingar och mandat. De beteendeproblem som förefaller vara svårast att hantera med många aktörer inblandade tycks vara allvarlig kriminalitet, vålds- och hotbenägenhet samt vagabonderande livsstil. Många av dessa personer är aktuella samtidigt inom frivård, rättspsykiatri, allmänpsykiatri, beroendevård, lokal socialtjänst samt hemlöshetsverksamheter inom kommun och landsting (Stockholms läns landsting, 2004). Eftersom flera samtidiga problem ger en mer komplicerad problematik med ökad risk för negativ prognos måste det anses självklart att såväl kommun som landsting har ansvar för att tillse att dessa patienter prioriteras. Ett komplicerande missbruk ska ses som en allvarlig riskfaktor och absolut inte vara grund för att diskvalificera någon från vård.

Psykiatrisamordningen anser därför att det finns skäl att närmare belysa om den nuvarande huvudmannaorganisationen och andra styrsystem behöver förändras för att människor med samtidigt missbruk och psykisk störning skall få sina behov tillgodosedda. Frågan kommer att tas upp i samordningens slutbetänkande, men i det följande diskuteras dessa förhållanden i relation till de psykiskt störda lagöverträdarna specifikt.

### 5.3 Allt är inte mörker – goda exempel finns

Det finns en rad goda exempel på lokala program i olika stadier av utveckling med en professionell organisation och en allsidig syn på den berörda gruppen klienter/patienter. Program för adekvat omhändertagande och stöd både när det gäller att lindra och bota den psykiska störningen och att minska det aktuella drogmissbruket utvecklas och implementeras nu både inom rättspsykiatri och inom kriminalvården samt den slutna ungdomsvården, ofta efter internationella förebilder.

I flera fall har personal eller företrädare för svenska institutioner utbildats utomlands och tagit del av internationell behandlingsforskning. Denna forskning talar genomgående för att all förekommande problematik – missbruk och psykisk störning – skall angripas samtidigt och samordnat. Filosofin bygger ofta på att personer med flera diagnoser inte passar in i traditionell psykiatri eller missbruksvård, varför både dessa verksamheter måste finnas inom ett och samma system. Att behandla problemen i två olika system anser man resulterar i en fragmentarisk, motsägelsefull och inadekvat vård.

Som svar på den enkät som Psykiatrisamordningen ställt till berörda verksamhetschefer och chefsöverläkare (bilaga 2) framhåller alla tillfrågade att det är en nödvändighet att behandla missbruksproblematik parallellt med den rättspsykiatriska vården och att det så länge patienterna är inskrivna är rättspsykiatrins skyldighet att se till att patienterna får adekvat vård för sin missbruksproblematik. De flesta anser också att rättspsykiatrien bör fortsätta med missbruksvården även sedan patienten skrivits ut från enheten. I praktiken ser det dock mycket olika ut på den senare punkten att döma av svaren.

I Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård, som publicerades våren 2006, framhålls att det inte finns någon specifik behandling av samsjuklighet. De metoder som visat sig vara effektiva vid behandling av missbruk och beroende respektive vid behandling av psykisk störning och sjukdom bör därför användas.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, har i rapporten Kunskapsläget inom alkohol och narkotikaområdet (rapport 156/2001) visat att det finns bevisat effektiva metoder att behandla alkohol- och narkotikaproblem, men att dessa metoder inte används tillräckligt. På många håll används i stället enligt SBU

metoder som är av oklart värde. SBU konstaterar att det finns utrymme att förbättra vården och behandlingsarbete inom alkohol- och narkotikaområdet genom att föra över resurser från ineffektiva behandlingsmetoder till metoder som är dokumenterat effektiva och genom att förstärka de områden av missbruksvården som tillämpar evidensbaserade metoder.

#### 5.4 Missbrukspolicy inom rättspsykiatri

De rättspsykiatriska klinikerna i Vadstena, Växjö och Sundsvall samt regionsjukhuset Karsudden, regionenheten för rättspsykiatri i Säter (Skönvik) och rättspsykiatriska vårdsektionen i Stockholm har sedan några år ett gemensamt nätverk för erfarenhetsutbyte kring aktuella frågor inom rättspsykiatri. Nätverket benämns Fina Fisken. Nätverket har utarbetat en gemensam policy som gäller för alkohol- och narkotikamissbruk. Policyn skall säkerställa att samtliga till nätverket anslutna enheter har en integrerad och fungerande missbruksbehandling som är baserad på kunskap och beprövad erfarenhet.

I policyn konstateras att de personella och ekonomiska resurserna kan skilja sig mellan olika enheter, liksom patientsammansättningen. Den faktiska missbruksvården behöver därför utformas något olika lokalt men ändå följa policyns riktlinjer. En gemensam struktur har utarbetats för missbruksfrågorna där en nationell grupp med representant från varje enhet utgör ett forum för utbyte och samordning av kunskap om metoder för diagnostisering och behandling av missbruk. Gruppen skall även kunna jämföra, handleda och utvärdera klinikernas missbruksbehandling samt fungera som remiss- och utredningsinstans i missbruksfrågor.

På klinikinivå skall enligt policyn en regional missbruksgrupp finnas som skall tillse att den egna kliniken har en fungerande missbruksbehandling och att kunskapsnivån hos berörd personal är acceptabel. På avdelningsnivå skall minst en person ha ett samordnande ansvar för missbruksfrågor inom den egna avdelningen.

Alla patienter som vårdas på enheter som tillhör nätverket bör enligt policyn bli föremål för utredning av missbruk/beroende med stöd av validerade instrument/guider. De patienter som har ett diagnostiserat missbruks-/beroendeproblem ska erbjudas behandling. Behandlingen, som skall dokumenteras och kontinuerligt utvärderas, skall kunna anpassas individuellt och efter respektive



patients problem, resurser och behov. Behandlingen kan genomföras såväl individuellt som i grupp antingen av egen eller av utomstående personal. Några komponenter som bör ingå i behandlingen är enligt policydokumentet motivationsarbete, beteende- och självkontrollträning, färdighetsträning, återfallsförebyggande arbete, livsstilrelaterade förändringar/riskminskning samt uppföljning.

Samarbete med andra huvudmän, värdet av kontakter med anhöriga och erbjudande av stöd och hjälp till intagna inom kriminalvården poängteras i dokumentet. Detsamma gäller vikten av att en alkohol- och drogpolicy finns som gäller all personal som arbetar med rättspsykiatriska patienter.

## 6 Psykiskt störda inom kriminalvården och slutna ungdomsvård

### 6.1 Aktuell situation inom kriminalvården

Huvuddelen av dem som genomgått rättspsykiatrisk undersökning i någon form bedöms lida av en psykisk störning eller personlighetsstörning. Det är dock inte alltid som den är av den grad att den uppfyller de kriterier som gäller för att klassificeras som en allvarlig psykisk störning i lagens mening. I dessa fall döms de flesta av gärningsmännen till kriminalvårdspåföljd – fängelse eller skyddstillsyn, alternativt överlämnas till slutna ungdomsvård. Bland dem som döms till fängelse efter genomgången rättspsykiatrisk utredning är framförallt personlighetsstörningar och alkohol- och drogmissbruk vanligt. Men även olika former av psykiska sjukdomar förekommer.

Flera studier (Somander, 1991; Levander, 1997; Holmberg m.fl., 1999) har visat att det finns ett betydande antal psykiskt störda i svenska fängelser. Beroende på vilka kriterier och vilken undersökningsmetodik som använts i de olika studierna har omkring tre till fyra procent av de intagna ansetts lida av en psykotisk störning och 10 till 30 procent ytterligare har bedömts lida av någon annan form av psykisk störning såsom t.ex. egentlig depression, posttraumatiskt stressyndrom eller panikångest. Härtill kommer ett stort och ökande antal personlighetsstörda med ofta avvikande beteende av antisocial, utagerande och aggressiv natur. Andelen narkotikamissbrukare och alkoholberoende utgör mer än 2/3 av de intagna i fängelserna.

I den medicinska tidskriften *Lancet* presenterades våren 2002 en systematisk genomgång av 62 studier där förekomsten av psykoser, depressioner och antisocial personlighetsstörning undersökts i icke selekterade fängelsepopulationer i västvärlden (Fazel & Danesh, 2002). Studien återgavs i *Läkartidningen* nr 19/2002. I urvalet av studier, som alla har publicerats under perioden 1996-januari 2001, har tillförlitliga mått på psykiska störningar erhållits antingen

genom klinisk undersökning eller intervjuer med väl utprovade diagnostiska instrument. Totalt omfattade materialet närmare 23 000 häktade och dömda från 12 olika länder i västvärlden.

Resultaten visar att psykoser förekom hos närmare fyra procent och depressioner hos 12 procent av de intagna. Antisocial personlighetsstörning förekom hos 42 procent av de manliga intagna medan denna andel för kvinnliga fångar var betydligt lägre, 21 procent. Resultaten tyder på att intagna inom kriminalvården, häktade och dömda, riskerar att ha psykiska störningar två till fyra gånger oftare än normalbefolkningen och antisocial personlighetsstörning tio gånger oftare. De internationella resultaten stämmer således relativt väl med resultaten av genomförda undersökningar över svenska förhållanden.

## **6.2 Kriminalvårdens behandlingsmöjligheter inskränker sig till öppen vård**

Den som är intagen i kriminalvårdsanstalt skall enligt gällande bestämmelser i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt, KvaL, vid behov ges hälso- och sjukvårdsinsatser enligt de anvisningar som meddelas av läkare. Kriminalvården har ingen lagenlig skyldighet att bedriva sjukvård, men då det skulle medföra betydande säkerhetsrisker och andra praktiska problem att i varje läge vända sig till landstingens sjukvårdsinrättningar har kriminalvården valt att bedriva viss öppen hälso- och sjukvård i egen regi vid alla häkten och anstalter. Alla nyintagna erbjuds ankomstsamtal och hälsoundersökning. I denna ingår information och erbjudande om provtagning avseende hiv och i vissa fall hepatit (Kriminalvårdsstyrelsen, 2006). Kriminalvårdens hälso- och sjukvård står under Socialstyrelsens tillsyn.

Kriminalvårdens egna möjligheter att ge vård och behandling till psykiskt störda är begränsade. Inom kriminalvården kan endast frivillig psykiatrisk vård ges. Vårdsnivån motsvarar vad som kan förväntas inom primärvården. Om den undersökning eller behandling som behövs inte kan ges inom anstalten får den allmänna hälso- och sjukvården anlitas och den intagne överförs till allmänt sjukhus. Dessa förhållanden gäller inte bara vid kroppssjukvård utan även vid psykiatrisk vård och psykologisk behandling samt vid missbruksvård.

Inom anstalter och häkten sker insatser av läkare och psykolog för hälso- och sjukvårdande behandling – diagnostik och samtalsterapi – i allmänhet på konsultbas. Inom kriminalvården finns omkring 150 platser vid s.k. psykiatriska avdelningar och stödavdelningar. Vid de nämnda platserna kan endast frivillig psykiatrisk vård ges. Vid behov av mer kvalificerad vård är kriminalvården, som nämnts, hänvisad till den allmänna psykiatriska vården där vård kan ges antingen i frivillig form enligt eller i form av tvångsvård enligt LRV. Merparten av de fängelseintagnas psykiatriska vårdbehov tillgodoses emellertid vid de psykiatriska avdelningarna inom kriminalvården.

För konsultation och psykiatrisk öppen vård disponerar kriminalvården drygt 200 veckotimmar av psykiater och närmare 300 psykologtimmar avsedda för främst hälso- och sjukvårdande behandling – diagnostik och samtalsterapi. Med tanke på att inte all tid utgörs av direkt patientarbete kan dessa konsulttimmar enligt Kriminalvårdsstyrelsen antas motsvara omkring tjugo heltidstjänster sammanlagt för läkare och något fler för psykologer (Justitiedepartementet, 2003). Anställda och kontrakterade sjukgymnaster, arbetsterapeuter och sjuksköterskor förekommer också i verksamheten.

Av samtliga som döms till fängelse är det endast omkring tio procent som har genomgått rättspsykiatrisk bedömning (Holmberg m.fl., 1999). Även bland dem som av olika anledningar inte har bedömts av rättspsykiater finns det många som lider av en psykisk störning. Därtill kommer att behov av psykiatrisk vård inte behöver föreligga i samband med intagningen till kriminalvårdsanstalt, men kan aktualiseras under verkställighetens gång.

I artikeln Psykiatrisk vård för fängelsedömda visade Holmberg m.fl. att omkring 2,3 procent av samtliga fängelseintagna under ett år (1996-1997) vistades åtminstone någon dag under året på en psykiatrisk enhet inom eller utanför kriminalvården. Behovet av rättspsykiatrisk vård under fängelsetiden var inte lika stort för alla. Intagna som var dömda för mord, dråp, mordbrand och våldtäkt, i viss mån även de som var dömda för olaga hot, hade ett betydligt större behov av sådan vård än andra intagna även sedan vårdutnyttjandet korrigerats för de olika strafftiderna. Det var således framförallt intagna med långa strafftider och som dömts för våldsbrott som hade behov av psykiatrisk vård under året. Omkring 20 procent av de 25 000 vård dagar som de intagna tillbringade på psykiatrisk enhet avsåg vård vid psykiatrisk klinik inom den

allmänna hälso- och sjukvården. Detta motsvarade då omkring 14 vårdplatser. Enligt studien var det i första hand dömda som gjort sig skyldiga till grova våldsbrott och som hade långa strafftider som överfördes till rättspsykiatrisk vård. Huvuddiagnosen för drygt hälften av dessa patienter från kriminalvården var schizofreni eller andra psykossjukdomar. I övrigt fanns till ungefär lika delar alkohol- och drogrelaterade störningar, anpassningsstörningar och personlighetsstörningar bland dessa diagnoser.

Av de ungefär 300 fängelsedömda som enligt nämnda studie någon gång under året vårdades vid psykiatrisk enhet hade närmare hälften genomgått någon form av rättspsykiatrisk bedömning (RPU eller § 7-utredning) i anslutning till domen i aktuellt brott. Motsvarande andel för samtliga intagna inom kriminalvården under perioden var tio procent.

Av tabell 6.1 framgår att kriminalvården använde omkring 14 600 vård dagar inom rättspsykiatrin under år 2005. Detta motsvarar i genomsnitt 40 vårdplatser. Härav användes 60 procent för häktade och 40 procent för fängelsedömda patienter. Vårdtiderna för de häktade var i genomsnitt 17 dagar och för dömda 35 dagar. Dessa vårdtider är således avsevärt kortare än vad som gäller för patienter som har överlämnas till rättspsykiatrisk vård av domstol.

**Tabell 6.1 Kriminalvårdens utnyttjande av sluten psykiatrisk vård 2005**

	Häktade		Fängelsedömda	
	Vårdtillfällen	Vård dagar	Vårdtillfällen	Vård dagar
Frivillig vård	167	1 998		
Rättspsykiatrisk vård	455	8 836	164	5 749
Summa	622	10 834	164	5 749

*Anm:* För de fängelseintagna görs ingen uppdelning i Kriminalvårdens uppgifter om huruvida vården givits frivilligt eller med tvång med stöd av LRV.

Kriminalvårdsstyrelsen (KVS), numera Kriminalvården, har under senare år ägnat ett betydande intresse åt frågan om omhändertagande av de psykiskt störda intagna. Såväl vid de psykiatriska avdelningarna och stöдавdelningarna som inom kriminalvården i övrigt utvecklas och implementeras program för adekvat omhändertagande och stöd både när det gäller att lindra den psykiska störningen och att minska drogmisshandlingen.

Eftersom KVS funnit att de nuvarande sjuk- och allvårdsavdelningarna inte fungerar på avsett sätt planerar KVS, som en ersättning för dessa, inrättande av avdelningar för särskilt resurskrävande intagna, s.k. SRI-avdelningar. Som kriterier för att komma ifråga för intagning vid sådan avdelning skall enligt planerna gälla att skyddsbehov finns eller att den intagne har särskilda vård- och behandlingsbehov eller att den intagne uppvisar ett destruktivt utagerande beteende.

Planeringen innefattar 234 platser fördelade på omkring 13 enheter om vardera 18 platser. Varje enhet indelas i sin tur i tre avdelningar med vardera sex platser. Enheterna placeras i första hand vid fem anstalter i Stockholm, Göteborg, Malmö, Örebro och Sundsvall. En nära samverkan med rättspsykiatri och övrig psykiatrisk vård eftersträvas liksom en noggrant planerad utslussning. Satsningen på dessa enheter kommer även att medföra att nya personalgrupper tillförs kriminalvården.

### 6.3 Positiva utvecklingslinjer

Med stöd av medel från bland andra Psykiatrisamordningen planerar kriminalvården två särskilda projekt som har inriktning på dels intagna med ADHD-problematik, dels intagna med samtidig psykisk störning och missbruk – det s.k. Treklöverprojektet.

Under förutsättning att erforderliga godkännanden från forskningsetisk kommitté och från Läke medelsverket erhålls avses ADHD-projektet komma att omfatta två delprojekt med olika inriktning där det ena är förlagt till anstalten i Norrtälje och det andra vid anstalten Håga.

I det s.k. Treklöverprojektet eftersträvas ett formaliserat samarbete mellan kriminalvården, landsting och kommuner i tre av de sex kriminalvårdsregionerna, nämligen i regionerna Mitt, Syd och Väst. Projektet är ännu i sin linda. Projektet syftar till att finna rimliga åtgärder för omhändertagande av en inom kriminalvården problematisk och växande grupp klienter. Dessa kännetecknas av att missbruks- och problemdebuten ägt rum i unga år och en kronisk kriminalitet. Denna kriminalitet har orsakat samhälle och enskilda stora svårigheter trots många gånger ringa straffvärden. Strafftiderna för dessa brott är överlag för korta för att medge effektiv påverkan. Kriterierna för vård enligt LPT och LRV uppnås

inte och klienterna har inte den insikt som krävs för att upprätthålla en öppenvårdskontakt.

KVS anser att andra åtgärder än vad som erbjuds i många kommuner och landsting är nödvändiga för denna grupp. Utöver ett förändrat synsätt och vårdinnehåll än det som är etablerat finns enligt KVS:s mening även ett behov av behandlingstvång och kontrollmöjligheter för den aktuella målgruppen. Även i avsaknad av detta finns det möjligheter att vidta åtgärder som kan gynna verksamheten totalt sett. Det är sådana åtgärder som kommer att utvecklas inom ramen för Treklöverprojektet.

Som ytterligare ett exempel på en positiv utveckling bör i detta sammanhang noteras det samarbete som har utvecklats mellan Stockholms läns landsting och kriminalvården genom öppnandet av den öppna psykiatriska mottagningen i Huddinge. Vid denna mottagning har rättspsykiatri, beroendevården och kriminalvården samlokaliseras och samarbetar sida vid sida. Även på andra håll finns planer på liknande lösningar.

Inom ramen för regeringens satsning på åtgärder mot narkotika har kriminalvården fastställt en särskild handlingsplan för narkotikabekämpning inom kriminalvården. Målsättningen med satsningen är bland annat att samtliga narkotikamissbrukare som kriminalvården kommer i kontakt med skall identifieras, att införseln av narkotika på anstalter och häkten skall minska kraftigt, att fler narkotikamissbrukare skall genomgå missbruksrelaterade program, att de som inte vill komma i kontakt med narkotika skall erbjudas narkotikafri verkställighet samt att personalens kunskaper inom området skall öka för motivationsskapande arbete av missbrukare.

#### **6.4 Frivården hanterar många psykiskt störda lagöverträdare**

Frivårdens verksamhet är i huvudsak inriktad på övervakning av villkorligt frigivna och av personer som dömts till skyddstillsyn. I uppgiften ingår även övervakning av verkställande av samhällstjänst, intensivövervakning med elektronisk kontroll samt att genomföra 26 000 personutredningar per år.

Verksamheten omfattar drygt 13 000 klienter under ett år, varav 5 000 är villkorligt frigivna och 1 000 har dömts till villkorlig dom med samhällstjänst eller verkställer intensivövervakning med elektronisk kontroll (fotboja). Omkring 7 000 personer har enligt Kri-

minalstatistiken dömts till skyddstillsyn med eller utan samhällstjänst. Av dessa har 1 000 personer dömts till skyddstillsyn med kontraktsvård, vilken kan utgöras av behandlingsprogram för missbruksvård eller föreskrifter om psykiatrisk öppenvårdskontakt.

För de fängelsedömda gäller efter den villkorliga frigivningen en prøvotid som motsvarar den strafftid som återstår vid frigivningen, dock minst ett år (BrB 26 kap. § 10). Under denna tid kan den frigivne ställas under övervakning enligt beslut av den lokala kriminalvårdsmyndigheten.

Frivårdens klienter är en utsatt grupp. Enligt kriminalvårdens inventering år 2001 var 35 procent arbetslösa och 63 procent hade ett känt alkohol och/eller narkotikamissbruk (Kriminalvårdsstatistik 2002). Även andelen som har någon form av psykisk störning är hög.

Ett relativt stort antal psykiskt störda lagöverträdare döms således till skyddstillsyn med föreskrifter om öppen psykiatrisk vård. Det gäller även omkring 200 personer per år som vid rättspsykiatrisk undersökning bedöms lida av en allvarlig psykisk störning, men där brottet inte bedöms vara av allvarligt slag, alltså där det inte är fråga om våldsbrott. Det kan t.ex. röra sig om stöld, snatteri, ekonomisk brottslighet m.m.

Vid skyddstillsyn med särskilda föreskrifter förutsätts att gärningsmannen gått med på att uppfylla de villkor som gäller. Behandlingsmotivationen hos berörda gärningsmän är emellertid ofta låg till följd av bristande sjukdomsinsikt, fortsatt drogmissbruk och en allmän ovilja mot myndigheter och samhällets institutioner. Intresset hos behandlarna inom den lokala vården, dvs. den allmänna psykiatrin, är ofta svalt för denna patientgrupp. Det finns även exempel på att domstolen utdömd denna påföljd utan att någon psykiatrisk sakkunnig tillfrågats och utan att ett reellt behov av psykiatrisk behandlingskontakt finns. Följden blir ofta att någon behandlingskontakt inte upprättas eller att den, i de fall detta skett, snabbt tunnas ut och upphör. En följd av detta har blivit att vissa domstolar inte längre dömer ut denna påföljd då det visat sig att den sällan kommer till stånd på ett tillfredsställande sätt. I stället tillgrips korta frihetsberövanden.

Kriminalvårdsstyrelsen har genomfört en enkätundersökning till frivården. Av svaren framgår att det kan vara svårt att genomföra verkställigheten skyddstillsyn med föreskrift om psykiatrisk vård. Det är inte ovanligt att övervakningsåret hinner passera innan klienten över huvudtaget får en kontakt med psykiatrin. Det finns



talrika exempel på att en dom till skyddstillsyn med föreskrifter om öppen psykiatrisk vård inte har effektuerats på avsett sätt och där gärningsmannen efter en tid begått nya och grövre brott för att så småningom efter rättspsykiatrisk utredning och dom överlämnas till rättspsykiatrisk vård. Ett för alla parter oekonomiskt och inhumant sätt att hantera en besvärlig situation. För de gärningsmän som har dömts till skyddstillsyn med föreskrifter om psykiatrisk vård och behandling – eller missbruksvård – krävs ofta ett omfattande motivationsarbete för att förmå dessa personer att genomgå avsedd behandling.

## **6.5 Många intagna inom sluten ungdomsvård behöver psykiatrisk vård**

Ungdomar som före fyllda 18 år gjort sig skyldiga till sådant brott som bör ge fängelsepåföljd skall i stället för fängelse dömas till sluten ungdomsvård för vård enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård. Sådan påföljd kan bestämmas till högst fyra år. Statens institutionsstyrelse (SiS) är huvudman för verksamheten. Denna bedrivs vid sex avdelningar i landet.

Under 2004 dömdes 146 ungdomar mellan 15 och 20 år till sluten ungdomsvård. Den genomsnittliga strafftiden som utdömdes var nio månader. Men variationen var alltifrån en månad för stöld till 39 månader för mord. Hälften av de dömda hade gjort sig skyldiga till tillgreppsbrott av olika slag (inbrott, stöld, snatteri) och en tredjedel till våld mot person. I övrigt förekom brott mot allmän verksamhet, rån och narkotikabrott.

Den som är under 21 år och som begått brott kan också av domstol överlämnas till socialtjänsten för vård enligt socialtjänstlagen eller lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Socialtjänsten har att besluta om lämpliga åtgärder. För vård av unga som behöver stå under särskilt noggrann tillsyn, t.ex. till följd av missbruk av beroendeframkallande medel eller brottslig verksamhet, finns särskilda ungdomshem vilka, i likhet med institutionerna för sluten ungdomsvård, drivs av SiS.

Många av de överlämnade ungdomarna har allvarliga psykiska problem, ofta i kombination med utagerande beteende. Ungefär en fjärdedel av ungdomarna har enligt myndighetens dokumentationssystem stora behov av insatser för alkoholproblem och mer än en tredjedel för narkotikaproblem. Som ett led i den missbruksvår-

dande verksamheten har en alkohol- och drogpolicy utarbetats inom SiS där en grundläggande princip är att arbetsplatserna inom myndighetens ansvarsområde – LVM-hemmen och den slutna ungdomsvården – ska vara alkohol- och drogfria. Myndigheten har som målsättning att rekrytera personal som har en restriktiv syn gällande egen alkoholkonsumtion och som kan fungera som föredöme för klienterna.

Den psykiatriska vård som bedrivs vid SiS enheter utförs i huvudsak av konsultläkare som har kontrakterats för uppgiften. Denna vård är att betrakta som öppen vård. Någon tvångsvård enligt LPT får inte bedrivas inom den slutna ungdomsvården. Med undantag för vårdintygsbedömning är kontakten med läkaren således frivillig för den intagne. Ett nära samarbete krävs med psykiatrin för att tillgodose de intagnas behov både under tiden för frihetsberövandet och därefter.

Ett betydande problem är att även om behandlingsbehovet är stort är ungdomarna ofta inte behandlingsmotiverade. De uppträder dessutom ofta på ett sätt så de uppfattas som våldsbenägna. Landstingens barn- och ungdomspsykiatriska kliniker har vid upprepade tillfällen angivit att de inte kan erbjuda den hjälp som skulle behövas. SiS framhöll 2001 i ett diskussionsunderlag om psykiatriska vårdbehov inom ungdomsvården att företrädare för SiS-institutionerna har uttryckt missnöje med denna situation och framhållit att ungdomarna inte får den psykiatriska vård de behöver (Statens institutionsstyrelse, 2001).

Samarbete och ansvarsfördelning mellan SiS och den psykiatriska vården har diskuterats alltsedan SiS tog över ansvaret för institutionerna från landsting och kommuner 1994. Flera statliga utredningar har under denna tid diskuterat stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem och missbruksproblem. Barnpsykiatrikommittén anförde i sitt slutbetänkande Det gäller livet (SOU 1998:31) att utgångspunkten bör vara ”att placerade ungdomar, oberoende av hur ungdomarnas problem i första hand definieras, har lika stor rätt och tillgång till psykiatriska resurser som den övriga befolkningen. Ansvaret för att tillgodose ungdomarnas psykiatriska vårdbehov ligger på hälso- och sjukvården och utgör följaktligen hälso- och sjukvårdens kostnadsansvar”. Utredningen föreslog också bland annat att varje landsting skulle utse en patientansvarig behandlare med barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens som skulle etablera kontakt med de särskilda ungdomshemmen och andra HVB-hem i landstingsområdet. I sin rapport Samverkan

inom Ungdomsvården (Statens institutionsstyrelse, 2006) konstaterar SiS att dessa och andra förslag från kommittén inte har förverkligats.

I LVU-utredningens betänkande Omhändertagen. Samhällets ansvar för utsatta barn och unga (SOU 2000:77) beskrivs svårigheterna kring behandling av ungdomar med sammansatt problembild och stora behov av psykiatriska behandlingsinsatser. Utredningen konstaterar att barn- och ungdomspsykiatrin måste ta sitt ansvar för ungdomar med psykiska problem, även om de är utagerande och aggressiva. Dessutom konstaterar utredningen att man från barn- och ungdomspsykiatrin inte ska kunna avhända sig ansvaret och hänvisa till brist på resurser och metoder då detta enligt utredningens uppfattning är barn- och ungdomspsykiatrins patienter.

I det nyligen publicerade betänkandet från den sociala barn- och ungdomsvårdskommittén Källan till en chans. Nationell handlingsplan för den sociala barn- och ungdomsvården (SOU 2005:8) tas också frågan om psykiatrins ansvar för institutionsplacerade ungdomar upp. Kommittén konstaterar att ungdomarna med psykiatriska problem inom den slutna ungdomsvården i stället för att vårdas inom barn- och ungdomspsykiatrin, som har ett starkt begränsat antal vårdplatser, oftast får sin vård på hem för vård eller boende eller SiS särskilda ungdomshem eftersom de uppenbart behöver någon form av slutna vård. ”Institutionerna som är angelägna att ge ungdomarna en så god vård som möjligt har löst problemet genom att anställa egna konsultläkare. Dessa läkare, som kan antas vilja arbeta där patienterna finns, plockas bort från landstingens psykiatriska vård eller primärvård och ger i stället vård där pojkarna eller flickorna finns. Kommunerna får i vårdavgiften till institutionerna betala den psykiatriska vården och landstingen står med icke tillsatta läkartjänster. Förskjutningen av ansvaret är ett faktum som dock inte är formaliserat och flickorna och pojkarna med samtidiga sociala och psykiatriska problem riskerar att utsättas för godtycke då det gäller att få dessa sina behov tillgodosedda.”

SiS har utformat riktlinjer för den hälso- och sjukvård som bedrivs vid de egna institutionerna. Beträffande SiS ansvar för hälso- och sjukvård sägs i riktlinjerna att ”Landstingen har skyldighet att erbjuda nödvändig hälso- och sjukvård även till SiS patienter. Skulle landstingen vägra att ställa upp med nödvändig hjälp kan institutionen kontakta Socialstyrelsens regionala tillsyns-

enhet som skall se till att landstinget uppfyller sina skyldigheter. Någon lagstadgad skyldighet för SiS att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet vid institutionerna finns däremot inte.”

För att studera frågan om samverkan mellan ungdomshemmen och landstingens psykiatriska vård, främst barn- och ungdomspsykiatri, bedrivs ett samarbetsprojekt mellan SiS och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). I projektets rapport *Samverkan inom ungdomsvården* (Statens institutionsstyrelse, 2006) beskrivs flera pågående och planerade utvecklingsprojekt, vilka alla syftar till att utveckla samverkan mellan ungdomsvården och den psykiatriska vården för att förbättra omhändertagandet av omhändertagna ungdomar med psykiska problem. I ett av de i rapporten redovisade projekten (Uppsala) har samverkan reglerats i särskilt framtagna, lokalt anpassade avtal mellan parterna. Den redovisade uppfattningen är att samverkan har förbättrats avsevärt sedan dessa avtal tillämpats under ett år och att förändringarna underlättat och förbättrat möjligheterna för enskilda ungdomar att få psykiatrisk behandling under sin vistelse vid ungdomshemmet. Det poängteras i rapporten att det är av avgörande betydelse att arbetet med en förbättrad samverkan förankras i och stöds av berörda myndigheters ledning.

## 6.6 Konsekvenser av Psykansvarskommitténs förslag

Huvuddelen av de psykiskt störda för vilka frihetsberövande påföljd anses påkallad kommer vid genomförande av Psykansvarskommitténs förslag att dömas till fängelsestraff. Med kommitténs förslag kommer vårdtiderna inte längre att bestämmas av när den allvarligt psykiskt störde bedöms vara så förbättrad att någon slutna psykiatrisk vård inte längre behövs. I stället kommer vårdtiden för dem som bedömts vara tillräkneliga att vara beroende av den strafftid som utmätts för det aktuella brottet och som normalt avslutas efter två-tredjedelar av strafftiden, dvs. vid tiden för villkorlig frigivning.

Den genomsnittliga utdömda verkställighetstiden på anstalt för samtliga fängelsedömda uppgår till åtta månader. För omkring 45 procent av de omkring 14 000 gärningsmän som under år 2004 dömdes till fängelse utdömdes en strafftid på två månader eller mindre och för 72 procent sex månader eller mindre (Kriminalstatistik 2004, 2005). Många fängelsedömda beviljas dock verk-

ställighet med elektronisk övervakning, s.k. fotboja, och kommer alltså inte att tas in i fängelse. I följande tabell redovisas vissa uppgifter från år 2002.

**Tabell 6.2** Antal överlämnade till rättspsykiatrisk vård respektive intagna i fängelse år 2002 samt vanligen utdömda strafftider för de senare

Brottstyp	Överlämnade till rättspsykiatrisk vård	Dömda till fängelse	Vanligen utdömd strafftid
Mord/dråp inkl försöksbrott	35	90	24 mån-10 år (livstid i ca 20 fall)
Våldtäkt	10	10	12-48 mån
Övriga sexualbrott	20	150	1-48 mån
Mordbrand	35	40	12-48 mån
Misshandel	100	1700	1-12 mån
Olaga hot	40	500	1-12 mån
Våld/hot mot tjänsteman	50	650	1-12 mån
Övriga brott	85	6800	

Källa: -Kriminalstatistik, 2003. (avrundade tal).

De brott som har begåtts av personer som bedömts lida av en allvarlig psykisk störning är genomsnittligt av allvarligare slag än de brott som har begåtts av andra lagöverträdare. I Justitiedepartementets konsekvensbedömning (Justitiedepartementet, 2003) bedömdes att om de som under år 2001 överlämnades till rättspsykiatrisk vård i stället hade dömts till fängelse för aktuella brott under år 2001 skulle tiden fram till villkorlig frigivning för de allvarligt psykiskt störda i genomsnitt kunna uppskattas till 1,3 år. Här ingår inte den tid som kan komma att bli följd av att den föreslagna nya sanktionen samhällsskyddsåtgärd utdöms. Vårdtiden i rättspsykiatrisk vård för allvarligt psykiskt störda lagöverträdare var år 2001 i genomsnitt 3,4 år, varav 2,5 år i sluten vård och 0,9 år under permission. Bedömningen var därför att ett genomförande av kommitténs förslag kan komma att innebära en genomsnittlig minskning av tiden som frihetsberövad med 1,2 år, drygt 14 månader.

Lagöverträdare som gjort sig skyldiga till särskilt allvarliga våldsoch sexualbrott och som dömdes till fyra år eller mer men inte till

livstidsstraff skulle enligt kommitténs förslag kunna dömas till tidsbestämd samhällsskyddsåtgärd, vilket för flertalet bedömdes komma att avtjänas inom kriminalvården<sup>1</sup>. För dem som behöver psykiatrisk vård skulle strafftiden respektive samhällsskyddsåtgärden helt eller delvis kunna avtjänas i rättspsykiatrisk vård. Vårdtidens längd kan enligt förslaget i dessa fall inte överstiga tiden fram till dagen för villkorlig frigivning. Några av de allvarligt psykiskt störda kommer att tillfriskna redan under verkställighetstiden och inte längre vara i behov av vård. Dessa förutsattes därför komma att återföras till kriminalvården.

Att patienten kan överföras till kriminalvården innebär långt ifrån alltid att patienten är botad för tid och evighet. Återkommande episoder inom rättspsykiatri kan i många fall aktualiseras. Detta gäller såväl med gällande lagstiftning som vid ett genomförande av Psykansvarskommitténs förslag. Det är enligt Psykiatrisamordningens uppfattning angeläget att kriminalvården har möjligheter att ta hand om dessa personer på ett sätt som inte äventyrar ett uppnått behandlingsresultat. För detta kan de psykiatriska avdelningarna och stöдавdelningarna eller andra mer omvårdnads- mässiga avdelningar vara lämpliga alternativ liksom de behandlingshem eller liknande (§ 34-placering) som föreslagits av kommittén.

I den kompletterande konsekvenspromemorian som Justitiedepartementet presenterat (Justitiedepartementet, 2003) redovisas ett stort antal fall där författarna spekulerat i hur den föreslagna lagstiftningen skulle ha inverkat på vårdtider och behandlingsalternativ för dessa fall. Några slutsatser som kan dras av det presenterade materialet är att många, även bland de mest allvarligt psykiskt störda, bedöms vara psykosfria efter ett till två års behandling och då vara i stånd att överföras till kriminalvården. Sannolikt är denna andel överrepresenterad i urvalet eftersom detta är gjort för att sätta fokus på några av den föreslagna lagstiftningens konsekvenser. Huruvida en överföring från rättspsykiatrisk vård till kriminalvård verkligen kommer att bli fallet kan, förutom patientens/klientens tillstånd, komma att sammanhålla med såväl plats-tillgång inom kriminalvården respektive inom rättspsykiatri som ekonomiska incitament m.m. för den ena eller andra lösningen.

---

<sup>1</sup> Av samtliga som dömdes till kriminalvård under 2004 fick 399 strafftider på fyra år eller mer, dock inte livstid. Antalet livstidsdömda var 24.

## 7 Från frihetsberövande till ett liv i frihet ställer krav på samverkan

### 7.1 Från stuprör till hängränna – om behov av samverkan

I ett historiskt perspektiv har den psykiatriska vården varit väsentligt mer centralt statligt styrd än övrig hälso- och sjukvård. Fram till 1967 var mentalsjukhusen statliga och Socialstyrelsen hade långt in på 1980-talet ansvar för placering av enskilda patienter som var dömda till vård enligt den då gällande lagen om slutna psykiatrisk vård, LSPV.

Under 1980- och 1990-talen skedde stora förändringar inom den offentliga sektorn som bland annat innebar att verksamheter decentraliserades och olika former av marknadsliknande lösningar infördes, ofta med det privata näringslivet som förebild. Enheter minskades i storlek där var och en fick ett tydligt ansvarsområde och där cheferna gavs ett eget budgetansvar. På många håll infördes en organisation med beställare och utförare med skilda budgetar och utförarenheter som separata resultatenheter. I vissa fall kompletterades den offentliga verksamheten med privata utförare. Allt större fokus kom att sättas på besparingar och en budget i balans. Målet med förändringarna var att göra de offentliga verksamheterna mer effektiva och att få ut mer av skattepengarna. En ambition som i många fall också blev resultatet (Kraus, 2006).

Utvecklingen hade dock inte bara ekonomiska förtecken utan drevs också fram, åtminstone inom hälso- och sjukvården, av kraven på specialisering i syfte att uppnå en högre kunskapsnivå. Inte minst inom psykiatrin kännetecknades utvecklingen av en fortgående decentralisering, dels genom sektoriseringen, dels genom psykiatrireformen. Processen inom psykiatrin påskyndades av att synen på patienterna, deras problem och behov av vård och behandling förändrades och den medicinska utvecklingen gjorde att allt fler kunde behandlas i öppna former.

Baksidan av förändringarna blev att de allt mindre och alltmer specialiserade enheterna i hög utsträckning kom att fokusera på sina egna interna mål och att klara sin egen budget i stället för att se till helheten. Ur brukarens perspektiv har detta kommit att innebära betydande problem eftersom den enskilde patienten/klienten har samtidiga behov av insatser från flera av dessa inbördes avgränsade verksamheter. Det finns därför ett stort behov av väl fungerande samarbeten mellan enheterna för att användarna ska få en bra kvalitet på verksamheten och inte riskera att ”hamna mellan stolarna”.

Det finns gott om exempel på avigsidor med den nu gällande ordningen, men för de psykiskt störda lagöverträdarna blir kanske problemen särskilt stora genom att deras problem ofta är särskilt sammansatta och komplexa. Samtidigt som utvecklingen av ny kunskap inom vård- och omsorgssektorn har bidragit till ökad livskvalitet för många människor har specialisering och differentiering av samhällets organisation inneburit ökade krav på samverkan. Från ett brukarperspektiv framstår bilden av ett svåröverskådligt samhällsbygge med parallella organisationer, olika lagstiftningar och en mängd olika yrkesgrupper och verksamheter vars karta över verkligheten ser olika ut. ”Samverkan och samarbete handlar om att finna former för ett gemensamt ansvarstagande för de människor som har behov av insatser från flera huvudmän (och verksamheter och att använda samhällets resurser effektivt” (prop. 2002/03:20, bilaga 1, s. 48).

I inledningsavsnittet på detta betänkande beskrevs några av de många organisationer med olika uppgifter och sinsemellan skiftande utgångspunkter, arbetsmetoder och vetenskapliga förhållningssätt som dessa lagöverträdare kommer i kontakt med. För regional och lokal samverkan mellan kriminalvården, rättspsykiatri, den allmänna psykiatri och socialtjänsten, inkl. missbruksvården samt försäkringskassorna och även arbetsmarknadsmyndigheterna krävs ett utvecklat samarbete kring de psykiskt störda och funktionshindrade lagöverträdarna. En sådan samverkan är givetvis inget självändamål utan ett medel att förbättra förutsättningarna för ett bra omhändertagande av den enskilde patienten.

Bristfällig samverkan kan leda till svåra konsekvenser särskilt för människor med sammansatta, långvariga och svåra sjukdomstillstånd. För den enskilde brukaren kan det således innebära att ett hjälpbehov inte upptäcks eller att positiva effekter av stöd- och behandlingsinsatser blir svåra att uppnå. Bristerna i det dagliga sam-



arbetet och i samordningen av insatser är också ett uttryck för dålig kvalitet där inslag av orimlig byråkrati, tidsåtgång och väntetider leder till frustration för den enskilde och till kostnader både för denne och för samhället. En väl fungerande samverkan på alla plan ökar förutsättningarna för ett effektivt användande av samhällsresurserna och utgör för den enskilde ett avgörande kriterium på god kvalitet.

En modell för förbättrad samverkan som sedan några år prövas i Västra Götaland är s.k. PSL-team (PSL = psykiskt störda lagöverträdare) som utgår från den rättspsykiatriska verksamheten. Medarbetarnas kompetens inom dessa team är t.ex. socionom, behandlingsassistent, skötare, sjuksköterska med erfarenhet från arbete inom kriminalvård, arbetsförmedling, rättspsykiatri m.fl. områden. Teamets uppgift är att vara en lott mellan rättspsykiatrin eller kriminalvårdsanstalten/frivården och den öppna psykiatrin, socialtjänsten, arbetsförmedlingen, försäkringskassan m.fl. Det bör uppmärksammas att dessa PSL-team inte skall bedriva direkt patientinriktat vårdarbete. Detta är en uppgift för öppenvårds- teamen och den övriga vårdorganisationen. PSL-teamens roll är att leda den utskrivne och förmedla nödvändiga kontakter samt hålla ihop nätverket runt den utskrivne/frigivne samt inte minst medverka till att den utskrivne själv inser vikten av att bibehålla behandlingskontakten.

PSL-teamet engageras enligt Västra Götalandsmodellen av den rättspsykiatriska avdelningen eller av kriminalvårdsanstalten helst sex månader före planerad utskrivning. Man bygger successivt upp en relation till och ett förtroende hos den intagne med sikte på att få patienten att frivilligt delta i psykiatrisk behandling för att på så vis själv kunna kontrollera sin sjukdom. Inför utskrivning etablerar teamet samverkan med lokala myndighetsföreträdare i hemkommunen och förbereder utslussningen med stöd av en gemensamt framtagen vårdplan (handlingsplan som beskriver behov av och ansvar för insatser). Efter utskrivning följer vid behov någon från teamet med den utskrivne till de första kontakterna. PSL-teamen eller motsvarande samhälleliga arrangemang ersätter dock inte de viktiga personliga insatser som kan göras av frivilliga, t.ex. i form av stödpersoner, när det gäller att vara ett stöd för den frigivne, en vän och samtalspartner samt en länk mot omvärlden för denne.

Några erfarenheter från de första åren med denna försöksverksamhet är att det finns en betydande skepsis inom den allmänna öppna psykiatriska vården när det gäller dessa patienter och att det

både krävs mycket utbildning och en attitydförändring för att kunna arbeta med psykiskt störda lagöverträdare i öppen vård. En annan erfarenhet är att närvaron av ett PSL-team tycks ha inneburit att kommuner och andra aktörer tagit ett större ansvar, kanske genom att de vågar mer när PSL-teamet kan ge stöd.

Psykiatrisamordningens projekt om Vårdkedjan kommer under våren 2007 närmare att belysa olika modeller för hur landsting och kommuner planerar och i vissa fall genomfört arbetet med att finna samverkansformer i samband med utskrivning av patienter från bland annat rättspsykiatrisk vård.

## 7.2 Boende och sysselsättning

För att tillvaron skall fungera för den enskilde patienten i samband med permission eller utskrivning från den rättspsykiatriska vården krävs ofta insatser från flera olika håll. En huvudaktör i detta sammanhang är kommunen genom sitt yttersta ansvar för sina invånare. Utöver att se till att den enskilde har ekonomiska medel för en skälig levnadsnivå är det kommunens uppgift att ansvara för boende och sysselsättning i den mån den enskilde inte själv kan hantera dessa frågor.

En mindre del av de utskrivna patienterna kan återföras till sitt ordinarie boende, flertalet behöver dock få sin boendefråga ordnad med stöd av samhällsinsatser. En väsentlig del av kommunernas ansvar är att inrätta bostäder med särskild service för människor med funktionshinder som av bland annat psykiska skäl är i behov av särskilt stöd. Enligt LSS har kommunen också ansvar för särskilt stöd och service när det gäller personer med funktionshinder som förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och att inrätta boende med särskild service för dem som av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver detta.

I samband med den förändring av ansvaret för psykiskt störda som genomfördes 1995 etablerades på många håll olika former av gruppboende och stödbostäder i kommunal regi eller i privat regi med kommunal finansiering. De personer som kommer i åtnjutande av boende i en sådan gruppboende kommer att ha denna som sin bostad för lång tid framöver, kanske hela livet. Det är alltså inte frågan om något temporärt boende utan en stadigvarande boendeform. Utbyggnaden av gruppboende för psykiskt störda

fortgår i takt med att nya vårdbehövande tillkommer och någon balans mellan tillgång och efterfrågan har inte uppnåtts.

Även om många psykiskt störda lagöverträdare skulle klara av att bo i eget boende innebär det i många fall betydande svårigheter att få tag i bostäder för svårt belastade och avvikande människor. De skrämmer ofta både hyresvärdar och grannar. De personer det är fråga om är ofta kända sedan tidigare, varför gruppboende med personal ofta är enda möjligheten.

Kommunernas möjligheter att erbjuda något lämpligt boende varierar. I praktiken kan detta vara svårt att ordna och tillgodose av resursmässiga eller andra skäl. Bedömningen av vilka krav som kan ställas, t.ex. när det gäller boendeform kan också skilja sig åt mellan patienten själv, landstinget och kommunen. Ytterst är det den enskildes behov av särskild service som avgör vilken typ av bostad som kan vara aktuell. När det gäller psykiskt störda lagöverträdare kan det också finnas skäl att väga in ett brottsofferperspektiv så att en gärningsman som begått vålds-, hot- eller sexualbrott i möjligaste mån placeras på ett visst avstånd från det område där gärningsmannens tidigare brottsoffer bor.

Psykiatrisamordningens ambition är att kvaliteten på omhändertagandet av de psykiskt störda lagöverträdarna skall öka. Detta gäller även för boende och social service efter tiden i kriminalvårdsanstalt eller rättspsykiatrisk vård. Det är kommunernas ansvar att ta hand om boende och sysselsättning för dessa personer likaväl som för andra. Samtidigt kan konstateras att det kan ta långt tid, ibland flera år, att finna lämpliga boenden för en del av dessa personer. En sådan process måste därför påbörjas långt innan utskrivning/frigivning aktualiseras om den intagne inte har möjlighet att då återvända till tidigare boendeform.

Många kommuner har byggt upp olika former av kollektiva boenden. Steget är ofta stort mellan att bo på en institution och att bo själv, även om det är ett kollektivt boende med personalstöd. Att flytta från en sluten psykiatrisk avdelning som är jämförelsevis avskalad på stimuli och normala vardagslivskrav direkt ut i en lägenhet blir för många en för plötslig och stor omställning. En boendeform som många behöver har karaktären av en lägenhet med ett personalstöd som kan ge omfattande och snabb hjälp vid behov. Kommunen saknar möjligheter att använda tvångsmedel av olika slag. Psykiatrin eller rättspsykiatrin måste vid behov av särskilda tvingande åtgärder och för psykiatriska behandlingsinsatser ha beredskap för att akut kunna komplettera socialtjänsten utifrån

kravet på en samlad insats efter den enskildes och omgivningens behov.

Ett alternativ för större kommuner kan vara att bygga upp en särskild boendeform för den grupp av lagöverträdare som har särskilt omfattande psykiska problem med personlighetsstörningar, missbruk och tidvisa psykostillstånd där var och en av t.ex. åtta-tio patienter har sin egen lägenhet. Till detta boende kan ett servicecenter med olika mottagningar och aktiviteter knytas. Det kan vara fråga om missbruksenhet, rättspsykiatrisk mottagning, frivård, socialtjänst, läkemedelsdispensär etc. Genom att de flesta nödvändiga kontaktytor finns på en och samma plats slipper berörda personer att gå runt på olika ställen, något som ofta leder till att kontakterna bryts. Verksamheten hålls samman av en eller ett par personer som sköter den dagliga tillsynen. En huvuduppgift för denne/dessa och för övriga medarbetare från olika myndigheter och organisationer skall vara att förebygga våld genom en nära och daglig kontakt med de boende.

I samverkan mellan Malmö stad, psykiatrin i Malmö och Sydvästra Skånes sjukvårdsdistrikt öppnades 2002 ett särskilt boende med sex lägenheter och gemensamhetsutrymmen. De boende har alla en allvarlig och långvarig psykisk störning med så omfattande funktionshinder att de har beviljats boende enligt LSS. De har också under många år varit föremål för tvångsvård enligt LRV och LPT på rättspsykiatriska kliniken i Malmö. Enligt samarbetsavtalet mellan Malmö stad och sjukvårdsdistriktet svarar sjukvården för läkarmedverkan och handledning/utbildning via den rättspsykiatriska kliniken i Malmö samt för en del av personalinsatserna. Malmö kommun svarar för huvuddelen av personalinsatserna, stöd kring de sociala frågorna samt för den totala driften av verksamheten. För rättspsykiatrin har arrangemanget givit en möjlighet att kunna erbjuda patienter permission under ordnade former i avvaktan på att tvångsvården skall upphöra samt att därefter kunna följa upp och vid behov ge behandling. För kommunen har det inneburit ett bra omhändertagande från psykiatrin när stödinsatserna som kommunen ansvarar för inte längre räcker till utan den psykiska ohälsan kräver behandling.

När väl ett kommunalt boende ordnats blir detta patientens hem och det finns små möjligheter för kommunen att säga upp eller flytta den boende utan dennes medgivande. Något flöde från dessa enheter eller gruppboenden är det sällan frågan om och omloppstiden kan bli lång. För att klara av att inom rimlig ekonomisk ram

kunna tillhandahålla boende och service med god kvalitet till gruppen psykiskt störda lagöverträdare krävs, enligt Psykiatrisamordningens uppfattning, särskilt när det gäller mindre kommuner, ekonomisk samverkan och gemensamma lösningar mellan flera kommuner och, beroende på vårdbehov, även mellan kommuner och landsting.

Ett särskilt problem utgör omhändertagandet av personer med grav utvecklingsstörning och andra svårt psykiskt funktionshindrade som frigges eller skrivs ut efter avtjänad verkställighet eller rättspsykiatrisk vård. För de flesta av dessa personer krävs skyddat boende under lång tid. Med tanke på att det rör sig om mycket sårbara personer där varje förändring ses som ett hot och en hälsorisk måste förberedelser för kommande flyttning till hemorten och uppbyggande av sociala relationer till hemmiljön påbörjas snarast efter att verkställigheten av domen inletts. Behovet av gemensamt finansierade och organiserade lösningar mellan flera kommuner och eventuellt även landsting är sannolikt som mest motiverat när det gäller denna lågfrekventa men kommunalekonomiskt krävande grupp.

### 7.3 Samverkan med frivilligorganisationer

Det finns många ideella organisationer som erbjuder stöd till psykiskt störda lagöverträdare vare sig de är eller har varit intagna inom rättspsykiatrin eller kriminalvården. Några exempel på sådana organisationer nämns nedan. Framställningen, som inte gör anspråk på att vara fullt uttömmande, är delvis hämtad från Kriminalvårdsutredningens betänkande Framtidens kriminalvård.

*RSMH*, Riksförbundet Social och Mental Hälsa, är en ideell organisation som är partipolitiskt obunden och religiöst neutral och som arbetar för att människor med psykisk ohälsa ska ges goda förutsättningar att komma tillbaka till ett gott liv. RSMH arbetar tillsammans med andra handikapp- och socialpolitiska organisationer för att motverka förhållanden som leder till olika former av social utslagning. RSMH anser att det stöd en person behöver från samhällets sida skall ges i individens närmiljö utanför institutionerna och stöder utvecklingen av alternativ till traditionell medicinskt-biologiskt baserad behandling, t.ex. i form av självhjälp-grupper, nätverk och brukarstyrda verksamheter.

*Schizofreniförbundet* är en rikstäckande partipolitiskt och religiöst obunden intresse- och handikapporganisation som arbetar för att tillvarata intresset för dem som drabbats av schizofreni eller liknande psykosjukdomar, samt deras anhöriga. Förbundet har ca 5 000 medlemmar och finns i ca 70 lokala föreningar över hela Sverige. Förbundet skall utgöra ett stöd för de drabbade och deras anhöriga och bedriver bland annat informations- och utbildningsverksamhet riktad mot allmänhet, skolor, psykiatri och kommuner m.fl. Förbundet anordnar också rikskonferenser samt planerar och samordnar utbildningsinsatser riktade till anhöriga och drabbade.

*Riksförbundet frivilliga samhällsarbetare (RFS)* är ett förbund med medlemmar som har frivilliga uppdrag inom bl.a. rättspsykiatrin, socialtjänsten och kriminalvården. RFS organiserar övervakare inom kriminalvården och anordnar besöksgrupper inom häkten och anstalter.

*Röda Korset* anordnar besöksverksamhet på ett stort antal anstalter och häkten. Blivande besökare genomgår en rekryteringsintervju där lämpligheten testas. Därefter följer utbildning i etik och samtalsteknik samt information om kriminalvården och dess regler för anstalts- och häktesbesökare.

*Kriminellas revansch i samhället, KRIS*, finns på ett stort antal orter. KRIS är en kamratstödande förening som riktar sig till före detta kriminella eller missbrukare som bestämt sig för att bryta med det kriminella livsmönstret och försöka ta sig tillbaka till en plats i samhället. Föreningen erbjuder bl.a. stöd och fadderverksamhet under den närmaste tiden efter villkorlig frigivning.

*Föreningen Bryggan* består av f.d. intagna, anställda och medlemmar i ideella föreningar. Föreningen vill fungera som en brygga mellan kriminalvård och samhälle. Verksamheten syftar till att ge den som avtjänat ett fängelsestraff samt dennes familj stöd och hjälp.

*Hela människan* är en rikstäckande organisation för socialt arbete på kristen grund som bl.a. bedriver rådgivning i alkoholfrågor (RIA) vid ett sjuttioal byråer runt om i landet.

Psykiatrisamordningen ser i likhet med Kriminalvårdskommittén frivilligorganisationernas arbete som ett värdefullt komplement till myndigheternas verksamhet. Många av dem som döms till kriminalvårdspåföljd eller som har överlämnats till rättspsykiatrisk vård har en djup misstro mot myndigheter och deras företrädare. De ideella organisationerna kan erbjuda ett stöd utan att framstå som företrädare för någon myndighet och kan inte sällan fungera som

en brygga mellan den enskilde och t ex rättspsykiatrin så att den dömde accepterar de insatser och åtgärder som erbjuds även från rättspsykiatrin, socialtjänsten eller kriminalvården.

## 8 Rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet

### 8.1 Formella förutsättningar för undersökningsverksamheten

Den utredande rättspsykiatrins uppgift är att på uppdrag av domstol bedöma om en person som är misstänkt för brott har begått detta under påverkan av en allvarlig psykisk störning eller inte och att klarlägga om den misstänkte fortfarande lider av en sådan störning samt om det finns förutsättningar för att domstolen skall kunna överlämna honom eller henne till rättspsykiatrisk vård. För ett sådant beslut krävs nämligen att ett medicinskt underlag finns i målet som stöder att den misstänkte har begått brottet under påverkan av en allvarlig psykisk störning samt att det finns medicinska förutsättningar att ge honom eller henne sådan vård som brottspåföljd.

Det medicinska underlaget kan utgöras av antingen ett läkarintyg enligt 7 § lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål m.m., s.k. § 7-intyg, eller, vilket är det vanligaste, av en rättspsykiatrisk undersökning, RPU, enligt lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning. Om den misstänkte redan är föremål för psykiatrisk tvångsvård räcker det med ett medicinskt utlåtande från den ansvarige chefsöverläkaren. För beslut om att den rättspsykiatriska vården skall förenas med särskild utskrivningsprövning krävs att underlaget utgörs av en RPU.

Det är en mycket begränsad del av samtliga anmälda brott som leder till någon form av påföljd och än färre där frihetsberövande påföljd aktualiseras. Det är i första hand i de senare fallen som domstolarna finner anledning att förordna om en rättspsykiatrisk bedömning. I huvudsak är det våldsbrott – brott mot person – som föranleder en sådan åtgärd. Dessa brott samt rån och mordbrand utgör tillsammans omkring 100 000 av de drygt 1,2 miljoner brott som anmäls årligen. Under den senaste tioårsperioden har antalet § 7-intyg legat omkring 1 800 per år och antalet RPU i genomsnitt



varit drygt 600 per år. Så gott som alla som genomgår RPU har tidigare genomgått § 7-utredning och då bedömts lida av en allvarlig psykisk störning eller misstänkts lida av en sådan störning.

Tillsammans svarar våldsbrotten, sexualbrotten och åtal för mordbrand för ungefär 75 procent respektive 85 procent av de undersökta vid § 7-undersökning respektive rättspsykiatrisk undersökning. De som är åtalade för egendomsbrott, som är den helt dominerande brottstypen bland samtliga anmälda brott i landet (70 procent), utgör endast omkring tio procent av de undersökta vid RPU.

För att domstolen ska kunna begära en § 7-undersökning krävs att åtal har väckts eller ett erkännande från den misstänkte eller att det finns sannolika skäl för att han eller hon har begått brottet. För en RPU krävs att den åtalade antingen har erkänt gärningen eller att det finns övertygande bevisning att han/hon har begått brottet. Undersökningen genomförs vid en rättspsykiatrisk undersökningsenhet. Häktade misstänkta tillbringar hela undersökningstiden, högst fyra veckor, på undersökningsenheten, medan de som inte är häktade, s.k. fri-fotingar, besöker undersökningsenheten vid ett antal tillfällen för medicinska och psykologiska tester, undersökningar och samtal.

Senast i anslutning till att det rättspsykiatriska utlåtandet skickas till domstolen lämnar den undersökte undersökningsenheten. Huvudregeln är att den undersökte som bedömts lida av en allvarlig psykisk störning då överförs till en rättspsykiatrisk vårdenhet där den psykiatriska vården påbörjas omgående antingen med stöd av 5 § lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV, eller i vissa fall enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Undersökta som inte bedömts lida av en allvarlig psykisk störning och vara i behov av psykiatrisk vård återförs från undersökningsenheten till häkte. Undantagsvis gäller det senare även den som bedömts lida av en allvarlig psykisk störning om vårdbehovet är av den karaktären att det kan tillgodoses på frivillig väg enligt bestämmelserna i HSL utan att patienten vistas på en psykiatrisk vårdenhet.

Domstolen följer i de allra flesta fall den bedömning och det förslag till påföljd som det rättspsykiatriska teamet lämnat. I omkring fem procent av de rättspsykiatriska undersökningarna inhämtas ett kompletterande yttrande från Socialstyrelsens rättsliga råd före domstolens beslut om påföljd.

Under den senaste tioårsperioden har ungefär 375 allvarligt psykiskt störda lagöverträdare överlämnats till rättspsykiatrisk vård

per år. Närmare 200 gärningsmän som lider av en allvarlig psykisk störning, eller som bedömts möjligen lida av en sådan störning, har årligen dömts till skyddstillsyn, vanligen med föreskrift om psykiatrisk vård. Övriga undersökta har dömts till fängelsestraff utom ett tiotal allvarligt psykiskt störda per år som genomgått § 7-undersökning och som dömts till dagsböter och några få har överlämnats till vård inom socialtjänsten. I vissa fall har den undersökte frikänts eller så har åtalet lagts ner.

## 8.2 Organisation, personal och kostnader

### *Organisation*

Sedan den 1 oktober 1991 bedrivs den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten under ledning av den då nybildade myndigheten Rättsmedicinalverket, RMV. Till myndighetens övriga uppgifter som centralmyndighet hör rättsmedicinsk, rättskemisk och rättsgenetisk verksamhet.

Rättsmedicinalverkets verksamheter är förlagda till tio avdelningar på olika orter i landet. Rättspsykiatriska avdelningar finns i Stockholm och Göteborg. Utöver detta bedrivs sådan undersökningsverksamhet på entreprenad i Malmö och Umeå. Det finns sex rättsmedicinska avdelningar i landet förlagda till Stockholm, Uppsala, Linköping, Lund, Göteborg och Umeå. Den rättskemiska och rättsgenetiska avdelningen finns i Linköping., Myndighetens verksamhet leds från ett ledningskansli i Stockholm. Omkring 370 personer är verksamma inom myndigheten.

Samtliga rättspsykiatriska undersökningar i landet genomförs vid någon av de fyra rättspsykiatriska undersökningsenheterna. Vid dessa utfärdas också en stor del av § 7-intygen. För att underlätta för domstolarna och dem som skall undersökas har RMV också kontrakterat ett trettiotal psykiatrer runt om i landet för att utfärda § 7-intyg. Var och en av dessa läkare är knutna till någon av de rättspsykiatriska undersökningsenheterna.

Vid de rättspsykiatriska undersökningsenheterna arbetar rättspsykiatrer, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor, mentalskötare, arbetsterapeuter och administrativ personal. För varje RPU formeras ett team bestående av läkare (rättspsykiater) psykolog, kurator och en kontaktman från vårdavdelningen. Var och en svarar för sin del av det kommande rättspsykiatriska utlåtandet efter att

ha gjort sina egna observationer och tester utifrån sin professionella kompetens. Huvudansvarig för undersökningen och det slutliga utlåtandet är rättspsykiatern.

Vid de båda avdelningarna under RMV är verksamheten i sin helhet inriktad på utredningsverksamhet och att vårda och ta hand om den undersökte fram till dom, medan de båda enheter som drivs av sjukvårdshuvudmännen utöver utredningsverksamhet även bedriver rättspsykiatrisk vård efter lagakraftvunnen dom.

Under de senaste åren har drygt 50 procent av samtliga RPU genomförts vid avdelningen i Stockholm och 30 procent vid avdelningen i Göteborg. Entreprenadverksamheterna i Malmö har svarat för drygt 10 procent och i Umeå för knappt 10 procent av samtliga RPU.

### *Personal*

Vid de statliga undersökningsenheterna arbetar omkring 150 personer, utöver timanställda eller arvodesanställda. Flertalet timanställda tillhör vårdpersonalen (skötare), men återfinns även inom serviceområdet, t.ex. som vaktmästare. Deras arbetstid varierar alltifrån enstaka timmar till heltidsarbete, varav huvuddelen ingår i verksamheten som vikarier för personal under sjukdom, semester, studieledigheter m.m. Fördelningen av den fast anställda personalen omräknat i årsarbeten, per personalkategori och statlig undersökningsenhet framgår av följande tabell.<sup>1</sup>

**Tabell 8.1** Antal årsarbeten för fast anställda samt antal timanställda vid de rättspsykiatriska undersökningsenheterna i Stockholm och Göteborg

Kategori	Stockholm	Göteborg	Totalt
Läkare	6	6	12
Psykologer	7	6	13
Kuratorer	9	6	15
Administration	9	10	19
Service	9	9	18
Vård och arbetsterapi	27	21	48
Totalt fast anställda	67	58	125

*Anm.:* Siffrorna är avrundade till heltal. Uppgifterna avser förhållandena sept. 2006.

<sup>1</sup> Personlig information: Lars-Erik Ingerloo, Rättsmedicinalverket, sept. 2006.

Dessa uppgifter innebär att varje läkare i genomsnitt ansvarar för omkring 50 RPU per år och att varje psykolog är involverad i ungefärligen lika många medan kuratorerna svarar för omkring 40 RPU per år. Tabellen utvisar dock inte den reella arbetstiden som står till förfogande för RPU-verksamhet. Vissa befattningshavare har således inte full tid vid avdelningen, andra arbetar även med andra uppgifter än rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet, såsom forskning och utvecklingsarbete, administrativa uppgifter etc.

### *Kostnader*

De totala kostnaderna för den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten inklusive dess andel av myndighetens ledning, gemensamt IT-stöd och FoU m.m. uppgick enligt RMV:s årsredovisning under år 2005 till 119 miljoner kronor. RMV har kunnat tillgodoräkna sig vissa intäkter av verksamheten i form av utredningsuppdrag och konsultstöd till kriminalvården och Statens institutionsstyrelse samt till vissa kommuner och landsting. Nettokostnaderna stannade därför föregående år på 112 miljoner kronor.

Rättsmedicinalverkets avtal med de båda entreprenörerna, Västerbottens läns landsting och Region Skåne, löper på tre år (f.n. 2004–2006), varefter de regelmässigt förnyas för ytterligare en treårsperiod. Avtalen baserar sig på ett fast pris per typ av undersökning och ett åtagande från entreprenören som innebär att denne åtar sig att svara för ett visst antal undersökningar och att se till att personal finns för att genomföra dessa. I åtagandet ingår också bland annat att följa de föreskrifter och riktlinjer som gäller för undersökningsverksamheten, liksom de beslut som fattas gemensamt när det gäller kvalitetskontroll m.m. RMV:s kostnader för dessa avtal med entreprenörerna i Malmö och Umeå uppgick under föregående år till drygt 13 miljoner kronor.

RMV:s kostnader för en RPU av en häktad person har beräknats till omkring 216 000 kronor för år 2005 och för en person på fri fot till 99 000 kronor (Rättsmedicinalverkets årsredovisning 2005). Båda dessa belopp innebär en kraftig ökning från tidigare år, vilket främst beror på att antalet undersökningar var lägre detta år än tidigare, samtidigt som kostnaderna åtminstone på kort sikt i huvudsak är fasta. Kostnaderna för ett § 7-intyg uppgick föregående år till 5 500 kronor.

Enligt de gällande avtalen med entreprenörsenheterna ersätts en RPU av en häktad person i allmänhet med 140 000 kronor och av en person på fri fot med 80 000 kronor.

### 8.3 Konsekvenser av eventuell ny lagstiftning m.m.

#### *Omvandling av livstidsstraff*

På förslag av regeringen (prop. 2005/06:35) har riksdagen fattat beslut (SFS 2006:45, 2006:46-47) om möjligheten för livstidsdömda att begära tidsbestämning av straffet. En sådan omvandling får göras när den dömde har avtjänat minst tio år av straffet. Ansökning om omvandling av livstids fängelse skall prövas av Örebro tingsrätt. Den nya lagen träder i kraft den 1 november 2006.

Vid sin prövning skall domstolen bl.a. ta hänsyn till risken för återfall i allvarlig brottslighet. Vid en konkret och beaktansvärd risk för återfall i allvarlig brottslighet bör enligt propositionen en ansökan om omvandling lämnas utan bifall. För att kunna bedöma risken för återfall skall tingsrätten kunna inhämta ett underlag från Rättsmedicinalverket. Genomförande av en undersökning för bedömning av återfallsrisk bör enligt propositionen kunna ske på en rättspsykiatrisk undersökningsenhet. Det ankommer på myndigheten att avgöra vilken yrkeskategori som skall utföra bedömningarna, på vilket sätt bedömningarna skall ske och vilka typer av riskbedömningsinstrument som bör användas.

Antalet gärningsmän som avtjänar en livstidsdom uppgick till 141 i oktober 2005 och att antalet nyintagna livstidsdömda har under den senaste tioårsperioden enligt Kriminalstatistik 2004 varit i genomsnitt 10 per år. Omkring 50 livstidsdömda har avtjänat tio år eller mer av strafftiden och dessa kan således inledningsvis komma i fråga för att begära omvandling av straffet.

Utförandet av riskbedömningar i samband med omvandling av livstidsstraff är en helt ny uppgift för RMV. Även om den inte kommer att vara särskilt omfattande, utom under ett inledande övergångsskede, är uppgiften krävande och grannlaga genom sin karaktär och de konsekvenser bedömningarna kan komma att få för den enskilde. Den skiljer sig också från annan rättspsykiatrisk riskbedömning genom att den inte bara omfattar gärningsmän som lider av en psykisk störning utan även andra livstidsdömda.

*Psykansvarskommitténs förslag*

Ett genomförande av Psykansvarskommitténs förslag innebär förändringar även för den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten.

För att kunna bedöma om gärningsmannen uppfyllde kravet på tillräknelighet vid gärningstillfället eller skall gå fri från ansvar behövs enligt kommittén en kvalificerad RPU-liknande undersökning, *ansvarsutredning*, med såväl medicinsk/psykiatrisk bedömning som socialutredning och psykologutlåtande. Kommittén anser att en sådan utredning, i likhet med dagens rättspsykiatriska undersökningar, bör göras av ett s.k. RPU-team.

För att kunna bedöma behovet av en samhällsskyddsåtgärd behövs ett omfattande underlag som innehåller historiska fakta, kliniska data och en värdering av situationen vid frisläppande. Ett RPU-team bör därför enligt kommittén utföra en första *samhällsskyddsutredning* på uppdrag av domstol. Av samhällsskyddsutredningen skall framgå om det finns en påtaglig risk för att den misstänkte återfaller i allvarliga gärningar mot någon annans liv eller hälsa.

Enligt kommittén ska domstolen utöver dessa mer omfattande utredningar kunna förordna en läkare att utföra en mindre rättspsykiatrisk utredning av vilken det skall framgå om den misstänkte vid gärningstillfället led av en psykisk störning och om det finns skäl att besluta om en ansvars- eller samhällsskyddsutredning. En sådan utredning kan närmast sägas motsvara dagens § 7-utredning.

Flera remissinstanser förordar med anledning av Psykansvarskommitténs förslag att fler brottsmisstänkta än nu bör bli föremål för rättspsykiatrisk bedömning. Anledningen härtill är att domstolen kan komma att behöva ett kompletterande underlag beträffande den åtalades psykiska förhållanden när fler påföljdsalternativ kommer att stå till buds även för den som har en allvarlig psykisk störning. En annan anledning är att den myndighet som har att svara för verkställigheten, vanligen Kriminalvården, är betjänt av en god beskrivning av den dömda för att kunna placera vederbörande i lämplig anstalt och i adekvat program.

Vad som efterfrågas är att fler ska komma att genomgå mindre rättspsykiatrisk utredning än vad som nu är fallet när det gäller § 7-utredningar. Såväl Rättsmedicinalverket som andra har förordat en utveckling som innebär att någon form av rättspsykiatrisk bedömning bör presumeras när det gäller åtal där längre fängelsestraff

övervägs, t.ex. för mord, dråp, grov misshandel, grovt olaga hot, våldtäkt och mordbrand. Enligt uppskattning (Justitiedepartementet, 2003) skulle det i så fall kunna komma att röra sig om 2 500 undersökningar per år, jämfört med ca 1 800 § 7-utredningar som utförts i genomsnitt under senare år.

Kommittén redovisar inte någon uppfattning om hur många ansvars- eller samhällsskyddsutredningar som kan komma att genomföras. En utgångspunkt för beräkning av antalet ansvarsutredningar kan dock enligt Justitiedepartementets konsekvensbedömning, vara att utgå från det antal personer som nu genomgår rättspsykiatrisk bedömning och som därvid bedöms lida av en allvarlig psykisk störning i form av psykosjukdom eller av neuropsykiatrisk störning av typen autism, autismliknande tillstånd eller utvecklingsstörning och som överlämnas till rättspsykiatrisk vård. Detta antal uppgår till omkring 275 personer per år (av de totalt 375 överlämnade per år) vilket kan ses som en övre gräns för hur många som kan komma ifråga för sådan utredning.

En utgångspunkt för beräkning av behovet av samhällsskyddsbedömningar kan vara att utgå från antalet personer som döms till fängelse eller till rättspsykiatrisk vård för brott som kan ge fängelse mer än fyra år. Eftersom straffskalorna är vida, t.ex. för ett vanligt brott som misshandel från ett till tio år kommer mer än 2 200 personer att omfattas av en sådan avgränsning (Brottsförebyggande rådet, 2002). Om gruppen i stället avgränsas till att endast inkludera personer som döms till fängelse över två år eller till rättspsykiatrisk vård för motsvarande brott uppgår antalet till omkring 425 personer. Detta antal kan med nuvarande straffskalor och brottslighet ses som en sannolik övre gräns för antalet samhällsskyddsutredningar.

Den kategori av personer som kan komma att bli föremål för ansvarsutredning sammanfaller till en del med den grupp som kan komma att bli föremål för samhällsskyddsutredning. En grov uppskattning kan vara att omkring hälften av dem som blir föremål för ansvarsutredning begått ett brott som är av synnerligen allvarligt slag riktat mot annan persons liv eller hälsa. Detta skulle innebära att sammanlagt omkring 550 ansvars- och samhällsskyddsutredningar skulle kunna komma att utgöra en övre gräns vid dimensionering av den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten.

En öppen fråga i kommitténs förslag är i vilken omfattning som det rättspsykiatriska undersökningsväsendet kan komma att engageras i de återkommande samhällsskyddsbedömningarna i anslut-

ning till frågeställningen om fortsatt samhällsskyddsåtgärd eller dess upphörande. Kommittén anger för sin del att den för vården ansvarige läkaren bör vara den som utför samhällsskyddsutredning nummer två och de därpå följande utredningarna. Domstolen är dock fri att inhämta ytterligare expertutlåtande, t.ex. från den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten, inför sitt ställningstagande.

#### **8.4 Återkommande utredningar av organisation och huvudmannaskap**

##### *Tidigare utredningar och förslag*

Rättsmedicinalverket är relativt ung som myndighet även om de verksamheter som myndigheten svarar för är av gammalt datum, inte minst gäller detta rättsmedicinen. Rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet på uppdrag av domstol fick sitt egentliga genombrott i Sverige under 1930-talet. Under de närmaste årtiondena därefter byggdes flera rättspsykiatriska kliniker och stationer upp i landet. I ett tidigt skede under ledning av kriminalvården och sedermera av dåvarande Medicinalstyrelsen, vilken 1968 ersattes av Socialstyrelsen.

Under större delen av 1970- och 1980-talen var den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten föremål för en rad utredningar och överväganden när det gällde de organisatoriska formerna för verksamheten. Hit hörde t.ex. Bexeliuskommittén (SOU 1977:23), Riksrevisionsverket 1977 och 1981, Socialstyrelsens ASV-grupp 1981 och Socialberedningen (SOU 1984:64). Anledningen till dessa utredningar var bl.a. att verksamheten hade svårt att klara de mål som riksdag och regering satt upp när det gällde undersökningstidernas längd och verksamhetens kvalitet. Flera av utredningarna förordade att det statliga huvudmannaskapet för verksamheten under Socialstyrelsens ledning skulle upphöra och att verksamheten skulle överföras till landstingen.

Regeringen gav 1985 dåvarande Statens förhandlingsnämnd, SFN, i uppdrag att undersöka möjligheterna att överföra driftansvaret till några sjukvårdshuvudmän. Förhandlingarna avbröts i november 1988 utan att någon uppgörelse nåtts genom att sjukvårdshuvudmännen frånträdde dessa förhandlingar då man ansåg att statens villkor för övertagandet av en illa skött och nersliten



organisation var alltför magra. Kort därefter fick Statskontoret i uppdrag att i samråd med Socialstyrelsen utreda vissa administrativa rutiner m.m. inom statens rättspsykiatriska kliniker och stationer i syfte att rationalisera verksamheten.

I sin rapport *Förslag och förnyelse av rättspsykiatrin* (1989:14) lämnade Statskontoret vissa förslag till rationaliseringsåtgärder men myndigheten framhöll samtidigt att några väsentliga förändringar och effektiviseringar av verksamheten inte kunde göras utan förändrad lagstiftning och strukturella åtgärder. Statskontoret lämnade tre förslag till hur verksamheten skulle kunna organiseras för att bättre kunna utföra de uppgifter som ålagts den. Ett av dessa förslag innebar att landstingen skulle ta över ansvaret för såväl utredning som vård under utredningstiden. Ett annat alternativ var ett fortsatt statligt huvudmannaskap för utredningsverksamheten, men att sjukvårdshuvudmännen skulle överta ansvar för vård och omhändertagande av dem som är under utredning. Staten skulle enligt detta alternativ alltså köpa vårdplats till vårdkostnad under utredningstiden. Ett tredje alternativ innebar att staten bibehåller ansvaret för rättspsykiatrin, men att vårdplatserna för dem som är under utredning koncentreras till en eller två kliniker.

#### *Rättsmedicinalverket*

I november 1990 lämnade regeringen sin proposition *Psykiatrisk tvångsvård m.m.* (1990/91:58) i vilken en ny lag om psykiatrisk tvångsvård föreslogs liksom nya påföljdsregler för psykiskt störda lagöverträdare och ny reglering av det medicinska utredningsförfarandet vid straffrättsliga åtgärder mot sådana lagöverträdare. Den nya lagstiftningen föreslogs komma att gälla fr.o.m. den 1 januari 1992. Regeringens förslag antogs i allt väsentligt av riksdagen och gäller således från nämnda tidpunkt.

När det gäller organisation beslutades att rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet skall utföras dels vid undersökningsenheter som drivs av staten, dels efter överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen, vid enheter inom hälso- och sjukvården. I likhet med vad regeringen anfört i propositionen (1990/91:120) anförde socialutskottet att de rättspsykiatriska undersökningarna i framtiden så långt möjligt borde utföras inom hälso- och sjukvården. Genom beslut av riksdagen våren 1991 överfördes ansvaret för den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten till den

nybildade myndigheten Rättsmedicinalverket fr.o.m. den 1 oktober 1991.

Sedan den nya organisationen trätt i kraft inleddes en rad aktiviteter i syfte att effektivisera verksamheten och för att åstadkomma mer likvärdiga bedömningar vid de dåvarande sex undersökningsenheterna. Genom ett stort antal utbildningsinternat för personal på olika nivåer och från skilda professioner samt fortbildningsaktiviteter av olika slag skapades på relativt kort tid ett gemensamt synsätt mellan företrädare för olika undersökningsenheter och yrkesgrupper. Härigenom skapades en ändrad attityd till arbetets innehåll och målsättning hos såväl utredningsenheternas ledningar som dess personal. För samordning av den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten tillskapades en nationell koordineringsgrupp bestående av myndighetsledningen och cheferna för de statliga undersökningsenheterna och för var och en av entreprenörerna. I gruppen diskuterades frågor av strategisk betydelse för undersökningsverksamheten och erfarenheterna av den nya lagstiftningen och nya författningar för området ägnades särskild uppmärksamhet liksom frågan om hur uppföljning och kvalitets-säkring skulle utformas.

Resultaten av vidtagna åtgärder lät inte vänta på sig utan resulterade ganska snart i kortare utredningstider, färre anstånd, lägre frekvens av ärenden som domstolarna fann skäl att lämna till överprövning, jämnare bedömningar och bättre struktur på utlåtanden, positiva avnämare och en väsentligt ökad produktivitet (Rättsmedicinalverket, 1996). I takt med att verksamheten rationaliserades försvann de tidigare återkommande överskridandena av de ekonomiska ramarna.

De resurser som frigjordes vid de statliga utredningsenheterna tack vare rationaliseringsåtgärderna och kortare undersökningstider erbjöds kriminalvården och sjukvårdshuvudmännen, i första hand Göteborgs kommun och Stockholms läns landsting, för vård av undersökta som bedömdes lida av en allvarlig psykisk störning i avvaktan på att dessa kunde överföras till en rättspsykiatrisk vårdavdelning. Intäkterna från denna verksamhet finansierade ytterligare utbildnings- och forskningsinsatser, men fick ett slut då riksdagen 1995 fattade beslut (rskr 1995:382) om att denna verksamhet inte var förenlig med statens uppgifter utan att all vårdverksamhet skulle bedrivas av sjukvårdshuvudmännen i egen regi. ”En uppdelning av den rättspsykiatriska vården med en sjukvårdshuvudman som ansvarig för läkarinsatser och staten som ansvarig för övriga

vårdinsatser ligger inte i linje med de intentioner som utgör grunden för lagstiftningen på området, nämligen att landstingen skall ta ett helhetsansvar för såväl finansiering, tillhandahållande och produktion av vården (prop. 1994/95:194).” Avvecklingen förutsattes vara fullt genomförd den 1 juli 1996. Följden blev att en statlig avdelning (Uppsala) och en entreprenadverksamhet (Linköping/Vadstena) fick läggas ner och verksamheten koncentreras till de fyra enheter som fortfarande finns.

### *Ny organisationsutredning*

I september 2005 tillsatte regeringen en utredning benämnd Den framtida organisationen av verksamheten vid Rättsmedicinalverket och Statens kriminaltekniska laboratorium, m.m. (I fortsättningen benämnd RMV/SKL-utredningen). Till utredare utsågs överdirektören vid Rikspolisstyrelsen Ann-Marie Begler. Enligt direktiven (Dir 2005:104) skall utredaren bl.a. ingående kartlägga och beskriva de verksamheter som bedrivs inom RMV och Statens kriminaltekniska laboratorium och överväga för- och nackdelar med att slå ihop verksamheterna till en myndighet. Uppdraget skall enligt direktiven redovisas senast den 30 november 2006.

Tyngdpunkten i uppdraget ligger på de brottsutredande delarna av RMV:s verksamhet dvs. den rättsmedicinska och rättskemiska verksamheten för vilken i likhet med det kriminaltekniska laboratoriet till stor del polismyndigheterna och åklagarmyndigheterna är uppdragsgivare. För RMV:s rättsgenetiska verksamheten finns samarbetsmöjligheter och möjliga rationaliseringsvinster när det gäller utnyttjandet och utveckling av avancerade DNA-tekniker. Indirekt berörs givetvis även den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten av uppdraget, men denna del av RMV har inte några egentliga beröringspunkter med de verksamheter som ingår i Statens kriminaltekniska laboratoriums verksamhet.

Utredningen har i ett delbetänkande (SOU 2006:63), Forensiska institutet. Ny myndighet för kriminalteknik, rättsmedicin och rättspsykiatri (RMV/SKL-utredningen, 2006) i juni 2006 föreslagit att båda myndigheterna slås samman och bildar den nya myndigheten Forensiska institutet (FORI).

Institutet bör enligt utredningen ansvara för all den verksamhet som idag bedrivs av SKL och RMV. När det gäller den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten föreslås dock att driften i sin

helhet – i enlighet med statsmakternas tidigare uttalanden – skall skötas av sjukvårdshuvudmännen. Utredningen anser därför att staten bör inleda förhandlingar med Stockholms läns landsting och med Västra Götalandsregionen om ett övertagande av driftansvaret för RMV:s rättspsykiatriska avdelningar i Stockholm och Göteborg. Utredningen förordar dock att staten genom FORI även fortsättningsvis skall vara huvudman för den utredande rättspsykiatrin.

C  
ÖVERVÄGANDEN OCH  
FÖRSLAG

## 9 Straffrättsliga frågor

### 9.1 Psykiatrisamordningen efterlyser ett ställningstagande till Psykansvarskommitténs förslag

**Bedömning:** Nationell psykiatrisamordning finner det angeläget med ett ställningstagande från regeringen om hur det straffrättsliga systemet skall komma att utformas. Huvuddragen i de förslag som Psykansvarskommittén lämnat när det gäller det straffrättsliga systemets utformning stöds av Psykiatrisamordningen.

**Skäl för bedömningen.** Psykansvarskommitténs förslag är omfattande. Psykiatrisamordningen delar kommitténs uppfattning när det gäller frågan om att ta bort fängelseförbudet liksom möjligheterna att såsom en straffpåföljd överlämna en gärningsman till rättspsykiatrisk vård. En naturlig följd av dessa ställningstaganden är att någon form av otillräknelighetsbegrepp införs.

Det finns flera skäl till Psykiatrisamordningens ställningstagande för kommitténs förslag. Det främsta är den klarare åtskillnaden mellan vård, straff och samhällsskydd med en rollfördelning som innebär att kriminalvården ansvarar för det straffrättsliga perspektivet medan den psykiatriska vården fokuseras kring den psykiskt störde lagöverträdarens psykiska tillfrisknande och rehabilitering oavsett om gärningsmannen vid gärningstillfället bedömts vara tillräknelig eller otillräknelig. Ett annat skäl är att det nuvarande systemet innebär en tudelning av den psykiska hälsan som inte speglar en medicinsk verklighet, men som får vittgående och oåterkalleliga konsekvenser för den enskilde lagöverträdaren – antingen fängelse eller rättspsykiatrisk vård.

Ett genomförande av de förslag som Psykansvarskommittén framlagt innebär att det skapas förutsättningar för mjukare över-

gångar åt båda hållen för den psykiskt störde lagöverträdaren mellan kriminalvård och rättspsykiatrisk vård, liksom en naturligare samverkan mellan dessa verksamheter. En sådan närmare samverkan var också en av grundpelarna i kommitténs förslag. Psykiatrisamordningen återkommer till denna fråga. Ett tredje skäl är det internationella perspektivet där den nuvarande svenska ordningen när det gäller påföljder för psykiskt störda lagöverträdare skiljer sig från samtliga andra länder inom EU. Sverige är således det enda land inom unionen som dömer en gärningsman, som till följd av sin psykiska sjukdom bedömts som otillräckelig, för brott. EU-kommissionen har i sin s.k. grönbok från maj 2004<sup>1</sup> uttalat sig för en ordning som innebär att medlemsstaterna verkar för att påföljdssystemen så långt möjligt harmoniseras inom unionen, något som dock bland annat Sverige i sitt remissvar förhållit sig tveksam till. Som framgår av bilaga 2 förordar merparten av tillfrågade verksamhetschefer och chefsöverläkare inom den rättspsykiatriska vården en förändring av lagstiftningen i den riktning som kommittén föreslagit.

Ett införande av de nämnda förslagen är emellertid inte okomplicerat, något som även flera remissinstanser har påpekat. Till svårigheterna hör att fler psykiskt störda lagöverträdare skulle komma att finnas inom kriminalvårdens ram, något som ställer krav på rimliga former för omhändertagandet där för att inte uppnådda behandlingsresultat skall gå förlorade när den dömda återförs till kriminalvården från rättspsykiatrin. Varningar för en ”ping-pong-effekt” har också uttalats, vilket innebär att en person återförs till kriminalvården när den psykiska störningen lindrats, men kort därefter behöver tas tillbaka till rättspsykiatrin vid återinsjuknande, varefter proceduren upprepas återigen. En annan svårighet är att en del psykiskt störda gärningsmän som gjort sig skyldiga till brott som renderar relativt korta fängelsestraff, t.ex. för misshandel och olaga hot, inte kommer att vara färdigbehandlade vid tiden för villkorlig frigivning och att det efter utskrivningen ännu saknas formella möjligheter till fortsatt vård mot den dömdes vilja. Vissa kritiker har också framhållit risken för att behandlingsmotivationen hos såväl behandlare som patienter skulle komma att minska som en följd av att den dömda som inte vill ha vård endast ”behöver sitta av tiden” för att bli fri. Ytterligare en risk för sviktande behandlingsmotivation har ansetts vara det faktum att den intagne vid ett till-

---

<sup>1</sup> Grönboken är ett remissunderlag från EU-kommissionen som syftar till att på sikt bl.a. leda till en tillnämning inom EU av reglerna om straffrättslig påföljd.

frisknande skulle komma att återföras till kriminalvården, ett alternativ som för många skulle te sig mindre attraktivt än att kvarstanna på den rättspsykiatriska avdelningen. Det finns även andra kontroversiella frågor förknippade med förslagen, t.ex. rörande de föreslagna samhällsskyddsåtgärderna och även administrativa och ekonomiska problem genom de relativt omfattande förändringar i omhändertagandet av de allvarigt psykiskt störda lagöverträdarna som förslagen innebär.

Psykansvarskommitténs förslag hade som utgångspunkt de rent straffrättsliga förutsättningar som enligt kommittén borde gälla, medan konsekvenserna av förslagen för patienter och vårdgivare inte analyserades fullt ut av kommittén. Ett förhållande som uppmärksammades av många remissinstanser. Ett genomförande av de överväganden och förslag som lämnas av Psykiatrisamordningen i detta delbetänkande och i det kommande slutbetänkandet anser Psykiatrisamordningen i hög grad skulle komma att underlätta ett genomförande av Psykansvarskommitténs förslag till straffrättsliga förändringar.

Oavsett om de straffrättsliga förhållandena kommer att förändras i den riktning som Psykansvarskommittén föreslagit eller inte så är det enligt Psykiatrisamordningen angeläget med ett ställningstagande från regeringen till hur det straffrättsliga systemet för psykiskt störda lagöverträdare skall komma att utformas, även om alla detaljer i ett sådant system inte utkristalliserats. Den nuvarande situationen med en långt utdragen beredningsprocess skapar en osäkerhetssituation som bland annat innebär svårigheter för berörda myndigheter och organisationer att planera och budgetera för verksamheten på längre sikt. Det innebär vidare risk för felsatsningar i form av byggnadsinvesteringar eller att underhåll av befintliga lokaler eftersätts och att rekrytering av personal med adekvat kompetens, liksom angeläget utvecklingsarbete, hämmas.

För Psykiatrisamordningen innebär den nuvarande osäkerheten att de förslag som lämnas så långt möjligt bör kunna omsättas såväl i det nuvarande straffrättsliga systemet som om, och när, förhållandena avseende psykiskt störda lagöverträdare förändras. Det kan också finnas skäl att erinra om att Psykansvarskommitténs förslag endast rör omkring 375 nya patienter per år, vilket motsvarar 2,5 procent av samtliga frihetsberövade inom kriminalvården, och att det såväl bland kriminalvårdens klienter som bland dem som överlämnats till sluten ungdomsvård under Statens institutionsstyrelses ansvar redan nu finns många som lider av en psykisk störning, även



om denna inte är, eller vid tidpunkten för domen var, av den karaktären att den kan betraktas som en allvarlig psykisk störning i lagens mening. Flertalet av de bedömningar och ställningstaganden som görs i det följande är därför aktuella oavsett om Psykansvarskommitténs förslag om slopande av fängelseförbudet och borttagande av rättspsykiatrisk vård som särskild påföljd genomförs eller inte.

## 9.2 Behov av åtgärder för att fullfölja psykiatrisk vård och behandling vid genomförande av Psykansvarskommitténs förslag

**Bedömning:** Vid genomförande av Psykansvarskommitténs förslag krävs åtgärder som möjligheter att ge fortsatt tvångsvård även efter att den utdömda strafftiden verkställts om sådan vård bedöms nödvändig för patientens fortsatta tillfrisknande eller för att undvika risk för försämring om vården avbryts.

**Skäl för bedömningen:** Vid ett genomförande av Psykansvarskommitténs förslag, eller en liknande reglering som den föreslagna, kommer tiden för rättspsykiatrisk vård att begränsas till att omfatta som längst den tid som den utmätta strafftiden omfattar. Det kan förutses att många av de dömda vid denna tidpunkt inte är färdigbehandlade utan att ett psykiatriskt vårdbehov kvarstår. Det är inte ovanligt att patienter som är överlämnade till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning har långvariga psykiska störningar i kombination med alkohol- eller annat drogberoende. Detta gör att rehabiliteringsprocessen kan bli långvarig och att patienter i denna vårdform kan behöva vård under betydligt längre tid än den strafftid som gäller för den begångna gärningen. Med gällande lagstiftning kan den fortsatta vården då komma att ske på frivillig grund enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL, eller med tvång enligt bestämmelserna i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT.

Enligt nuvarande bestämmelser, § 14 LPT, får beslut fattas om övergång från rättspsykiatrisk vård till psykiatrisk tvångsvård om patienten lider av en allvarlig psykisk störning, har ett oundvikligt behov av psykiatrisk vård på sjukvårdsinrättning samt motsätter sig sådan vård. När dessa förutsättningar för tvångsvård inte längre finns skall chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas

genast besluta att vården skall upphöra (27 §, LPT). För upphörande av rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning krävs enligt gällande bestämmelser härutöver att det inte längre till följd av den psykiska störning som ledde till beslutet om särskild utskrivningsprövning finns risk att patienten återfaller i brott som är av allvarligt slag (16 §, LRV).

Enligt Psykiatrisamordningens uppfattning saknas önskvärda legala förutsättningar för fortsatt vård efter strafftidens utgång för vissa patienter som skulle komma att vara dömda till kriminalvårdspåföljd. Det gäller patienter som vid tiden för villkorlig frigivning inte går med på fortsatt sluten psykiatrisk vård, men där sådan vård bedöms nödvändig för patientens fortsatta tillfrisknande eller för att risk för försämring kan befaras om vården avbryts, vilket i sin tur kan leda till återfall i allvarlig brottslighet. I vissa fall skulle det förslag till reglering av Öppen vård med särskilda villkor som Psykiatrisamordningen lämnat till regeringen i mars 2006 kunna vara tillämpligt (dnr 88/06).

För patienter som vid tiden för villkorlig frigivning av samhällsskyddsskäl fortfarande behöver ges psykiatrisk tvångsvård på institution krävs emellertid enligt Psykiatrisamordningen att lagstiftningen kompletteras. Det finns alternativa möjligheter att lösa denna fråga. En sådan är enligt Psykiatrisamordningen att lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, kompletteras med en bestämmelse som innebär att utskrivning endast får ske då det inte finns risk för försämring av patientens tillstånd som medför risk att patienten återfaller i brott som är av allvarligt slag. Den kompletterade bestämmelsen bör endast kunna användas i det fall som patienten överförs från rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning till psykiatrisk tvångsvård. Frågan om permission och utskrivning skall i dessa fall endast kunna beslutas av länsrätt såsom fallet är nu då rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning beslutats.

Ett annat alternativ är att införa en bestämmelse i LRV som innebär att länsrätten ges möjlighet att besluta om fortsatt vård enligt denna lag även om tiden för verkställighet av utdömt fängelsestraff fullgjorts.

Ett tredje alternativ är att utvidga den av Psykansvarskommittén föreslagna åtgärden för domstol att kunna utdöma samhällsskyddsåtgärd i samband med brott som renderar mer än fyra års fängelse. I likhet med vad flera av remissinstanserna föreslog med anledning av remissen på betänkandet Psykisk störning, brott och ansvar (SOU

2003:2) anser Psykiatrisamordningen att det bör prövas om inte den åtgärden även skulle kunna tillämpas i samband med andra typer av brott än sådana som renderar fyra års fängelse eller mer och där samhällets intresse av skydd gör sig starkt gällande och det föreligger en påtaglig återfallsrisk. Sådana brott kan t.ex. vara våldtäkt, sexualbrott mot barn, grov misshandel, rån och mordbrand.

### 9.3 Omhändertagande av vissa lagöverträdare med utvecklingsstörning, autism eller liknande tillstånd

**Förslag:** Psykiatrisamordningen föreslår att en ändring införs i Brottsbalken som möjliggör att domstol kan överlämna vissa gärningsmän med utvecklingsstörning, autism eller liknande tillstånd samt personer med förvärvad hjärnskada i kombination med psykisk störning, som dock inte behöver vara allvarlig, till rättspsykiatrisk vård.

**Skäl för förslaget:** Psykansvarskommittén har, som nämnts i kapitel 3, föreslagit att en alternativ form för verkställighet av fängelsestraff tillskapas för vissa psykiskt funktionshindrade, nämligen personer med svår utvecklingsstörning, autism och autismliknande störning samt personer med förvärvad hjärnskada i vuxen ålder. Bakgrunden till förslaget är att dessa personer är särskilt utsatta och inte passar in vare sig inom fängelsemiljön eller inom rättspsykiatri och har svårt att där klara olika vardagsrutiner. Tillräckliga resurser saknas ofta för att ge dessa personer erforderlig hjälp och stöd.

Utgångspunkten för den föreslagna verkställighetsformen borde enligt kommittén vara att verkställigheten kan ske under sådana former att de funktionshindrades särskilda behov av stöd och service kan tillgodoses i större utsträckning än i en vanlig kriminalvårdsanstalt. Samtidigt måste enligt kommittén beaktas att verkställigheten skall kunna ske under säkra och betryggande former. Kommittén har föreslagit att detta bör kunna ske i en särskild form av boende, ett slutet boende, utformat som ett särskilt gruppboende för dömda. Kommittén har föreslagit att Statens institutionsstyrelse (SiS), som har erfarenhet av annat behandlingsarbete, skall ansvara för verkställigheten. Remissopinionen var delad och många förordade att verksamheten hellre borde knytas till landstingens verksamhet. I sitt remissvar över den ekonomiska konsekvensut-

redningen av kommitténs förslag (Justitiedepartementet, 2003) har även SiS pekat på de svårigheter som föreligger för SiS att uppfylla de krav som ställs för ett gott omhändertagande av målgruppen. SiS har därför förordat en annan huvudman för verksamheten.

Det finns olika sätt att se på alternativa verkställighetsformer för den aktuella gruppen. Antingen kan man se slutet boende som en parallell organisation till kriminalvården på samma sätt som slutna ungdomsvård, d.v.s. en typ av kriminalvårdsenhet där en kategori av fängelsedömda (ungdomar respektive psykiskt funktionshindrade) avtjänar verkställigheten. Eller så kan man se slutet boende som en verksamhet för vård- och behandling på samma sätt som rättspsykiatri där den fängelsedömde vistas så länge han eller hon har behov av vård och ett särskilt omhändertagande som inte kan ges inom kriminalvårdens ram. I det förra fallet blir det naturligt med placering av slutet boende inom SiS:s ram, medan det i det senare fallet kan vara mer naturligt att knyta verksamheten till samma huvudman som ansvarar för annan kvalificerad vård och omsorg, d.v.s. landstingen.

Psykiatrisamordningens erfarenhet är att de fåtaliga personer med utvecklingsstörning, autism eller liknande tillstånd som har gjort sig skyldiga till allvarliga brott ofta även har omfattande psykosociala och rent psykiatriska problem. Många har även missbruksproblem och i varierande grad somatiska sjukdomar och tillstånd som en följd av den psykiska funktionsnedsättningen. En nära samverkan mellan enheterna för slutet boende och hälso- och sjukvården, och då i första hand den rättspsykiatriska vården, skulle således krävas.

De psykiskt funktionshindrade som förslaget omfattar är en grupp som kräver omfattande och kvalificerade insatser av välutbildad vårdpersonal. För sysselsättning och fritid behövs arbetsledande personal med kompetens och erfarenhet av dessa patienter. För den dagliga omvårdnaden krävs såväl skötare som sjuksköterskor. Dessutom behövs sociala insatser och att psykolog och psykiater knutna till verksamheten. Huvuddelen av personalen har således medicinsk och/eller beteendevetenskaplig grundutbildning. Till detta kommer att den pågående forskningen inom det genteknologiska fältet kan komma att inom en inte alltför avlägsen framtid leda till förbättrade behandlingsresultat för åtminstone vissa grupper av funktionshindrade.

Psykiatrisamordningen, som i likhet med samtliga remissinstanser som kommenterat förslaget ställer sig mycket positiv till försla-

get som sådant, anser mot den beskrivna bakgrunden att det finns skäl att knyta en sådan verksamhet till den rättspsykiatriska vården och att omhändertagandet av de berörda bör vara en fråga för landstingen. Psykiatrisamordningens fokus är knutet till omhändertagandet av personer som lider av en psykisk störning. För gärningsmän som lider av en psykisk störning, oavsett om den utgör en allvarlig psykisk störning eller ej, och dessutom lider av en utvecklingsstörning, autism eller liknande störning bör domstolen enligt Psykiatrisamordningens mening kunna överlämna vederbörande till rättspsykiatrisk vård. Överlämnande av vederbörande till vård bör således, till skillnad mot vad Psykansvarskommittén föreslog, vara en påföljdsfråga och inte en fråga för verkställande myndighet att besluta om. Vården bör regleras i enlighet med bestämmelserna i lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV.

Verksamheten bör organiseras i små enheter och i första hand lokaliseras till några av de rättspsykiatriska regionvårdsenheterna. Vid dessa enheter bör samtliga som lider av utvecklingsstörning, autism eller liknande störning och som överlämnas till rättspsykiatrisk vård kunna tas om hand, d.v.s. oavsett om den överlämnade lider av en allvarlig psykisk störning eller annan psykisk störning. Om omhändertagandet av den diskuterade gruppen knyts till den rättspsykiatriska vården kan de funktionshindrades särskilda behov av trygghet, stöd och service tillgodoses i större utsträckning än i en kriminalvårdsanstalt. Samtidigt sker verkställigheten under säkra och betryggande former.

Psykiatrisamordningen anser således att om en person som lider av en utvecklingsstörning, autism eller liknande tillstånd eller lider av en förvärvad hjärnskada i vuxen ålder döms till frihetsberövande påföljd för brott och är i behov av psykiatrisk vård därför att han eller hon utöver sitt funktionshinder också har en annan psykisk störning bör domstolen kunna fatta beslut om att överlämna vederbörande till rättspsykiatrisk vård. Detta bör kunna ske även om den psykiska störningen inte är sådan att den i sig bedöms vara allvarlig. För ett genomförande av en sådan ordning krävs ett tillägg i brottsbalken. Psykiatrisamordningen föreslår ett sådant tillägg i 31 kap. 3 § brottsbalken.

Flertalet av de gärningsmän som kan komma ifråga för att överlämnas till rättspsykiatrisk vård på här föreslagna grunder är väl kända sedan länge inom socialtjänsten och primärvården i hemkommunen. Inte sällan är de föremål för insatser enligt LSS. Behovet av en koncentration av verksamheten till några få enheter i lan-

det motiveras av behovet av ett kvalificerat omhändertagande och att den aktuella gruppen är relativt liten. En nära kontakt mellan de föreslagna enheterna och patientens ordinarie vård och omsorg är emellertid angeläget redan från första dagen vederbörande överlämnas till vård. Syftet bör vara att vederbörande patient återförs till sin naturliga hemmiljö så snart den psykiska störning som föranledde överlämnandet har behandlats, även om samhälleliga insatser kommer att krävas för vederbörande patient under mycket lång tid.

Det är väl känt att personer med nämnde störningar inte sällan utnyttjas för olika ändamål och behandlas nedsättande och kränkande av medintagna. Personalen inom kriminalvården saknar ofta möjligheter att i varje enskilt fall och vid varje tidpunkt bevaka den enskildes rätt och hindra varje form av övergrepp. Kriminalvårdens miljö är både skrämmande och mindre lämpad för den aktuella gruppen. Domstolarna är väl medvetna om detta förhållande och tar i möjligaste mån hänsyn till detta förhållande i samband med val av påföljd. I vissa fall är dock en fängelsepåföljd utifrån dagens lagstiftning oundvikligt med hänsyn till den gärning som har begåtts.

För att åstadkomma en bättre situation för de gärningsmän som har en utvecklingsstörning, autism eller liknande störning och som inte har något behov av psykiatrisk vård, och där inget alternativ till fängelse finns, krävs ökad kunskap och nya arbetssätt inom kriminalvården för att uppmärksamma och tillgodose dessa gärningsmäns särskilda behov. Dessa personer, även om de är få, måste i större utsträckning än i dag ges adekvat stöd och service i anledning av sitt funktionshinder.

#### 9.4 Om läkarintyg enligt lag (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål m.m.

**Förslag:** Lagstiftningen skall kompletteras på ett sätt som innebär att ett läkarintyg enligt 7 § lagen om personutredning i brottmål m.m. presumeras när det gäller brott mot person som kan rendera en längre tids frihetsberövande.

**Skäl för förslaget:** Domstolen får i enlighet med 7 § lagen (1991:2041) om särskild personutredning i brottmål m.m. förordna en läkare att avge läkarintyg om en misstänkt under förutsättning att den misstänkte har erkänt gärningen eller om det finns sannolika skäl för misstanken att han eller hon har begått brottet. Årligen utfärdas, som tidigare nämnts, omkring 1800 förordnanden avseende sådana läkarintyg, s.k. § 7-intyg.

Av 13 § förordningen till nämnda lag framgår att för att få utfärda läkarintyg enligt ovan krävs att läkaren antingen är anställd vid Rättsmedicinalverket eller vid annan rättspsykiatrisk undersökningsenhet eller att läkaren enligt avtal med Rättsmedicinalverket har åtagit sig att utfärda sådana intyg. Dessa läkarintyg avses ge domstolen svar på frågan om en allvarlig psykisk störning föreligger eller kan misstänkas alternativt att en sådan störning inte föreligger. Detta som ett underlag för domstolens beslut om huruvida en rättspsykiatrisk undersökning (RPU) skall förordnas eller inte. Läkarintyget kan också användas som underlag för domstolens beslut om påföljd.

Det finns ingen närmare bestämmelse om i vilka fall som domstolen skall förordna om ett § 7-intyg. I brukarnätverkets rapport Så vill vi ha det (Patient-, brukar- och anhörignätverket, 2006) framhålls, att ”krasst uttryckt varierar tolkningen av brottsbalkens kriterier för rättspsykiatrisk undersökning från domstol till domstol. Många av de lagöverträdare som döms till fängelse har psykiska problem.”

Motsvarande iakttagelse framfördes även i en tidigare rapport från Rättsmedicinalverket (1994) där det konstaterades att förordnande av såväl § 7-undersökning som RPU varierade mellan landets domstolar på ett sätt som inte kunde förklaras av vare sig typ eller omfattning av brottsligheten eller vilka kategorier som lagförts. RMV konstaterade i rapporten att de redovisade skillnaderna utan djupare analys kan tolkas som en underlåtenhet på vissa håll att begära undersökningar när det skulle kunna vara motiverat, men

också att § 7-undersökningar på andra håll användes alltför flitigt i förhållande till det egentliga behovet och då som en ersättning för en utebliven personutredning från frivårdsmyndigheten.

I svaren på remissen med anledning av Psykansvarskommitténs betänkande (2002:3) framhöll flera att fler brottsmisstänkta än nu bör bli föremål för rättspsykiatrisk bedömning både som ett underlag för domstolens bedömningar och för att den myndighet, vanligen kriminalvården, som ansvarar för verkställigheten av påföljden är i behov av en god beskrivning av den dömda för att kunna placera vederbörande i lämplig anstalt och adekvat programverksamhet. Vad som efterfrågades var att fler skulle komma att genomgå en undersökning motsvarande den nuvarande § 7-undersökningen.

Såväl Rättsmedicinalverket som andra har förordat en utveckling som innebär att någon form av psykiatrisk bedömning bör presumeras när det gäller åtal där längre fängelsestraff övervägs, t.ex. för mord, dråp, grov misshandel, grovt olaga hot, våldtäkt, grovt rån och mordbrand.

Psykiatrisamordningen delar denna uppfattning och föreslår en komplettering av lagen om särskild personutredning i brottmål m.m. Om inte särskilda skäl talar emot detta bör således ett läkarintyg enligt § 7 lagen om personutredning i brottmål m.m. alltid inhämtas i samband med åtal för brott mot person där ett frihetsberövande på ett år eller mer övervägs. De brott som avses återfinns i brottsbalken under kapitlen 3-7 samt kapitel 8 (grovt rån) och kapitel 13 (mordbrand). Totala antalet lagförda som döms till fängelsestraff ett år eller mer för nämnda brott uppgår till ca 1100-1200 per år. Enligt uppskattningar (Justitiedepartementet, 2003) skulle en sådan ordning kunna medföra en ökning av antalet § 7-intyg från nuvarande 1800 per år till i storleksordningen 2500 § 7-intyg per år.



## 10 Sjukvårdshuvudmannens uppgifter

### 10.1 Psykiatrisamordningen understryker att sjukvårdshuvudmannen har ansvar för häktade och dömda

**Förslag:** Psykiatrisamordningen föreslår ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) av landstingets ansvar för psykiatrisk vård till den som är häktad, dömd till kriminalvårdspåföljd eller är intagen för tvångsvård vid ett särskilt ungdomshem eller LVM-hem.

**Bedömning:** Gällande Riksavtal för utomlänsvård kan behöva kompletteras. Detsamma gäller förordning (1990:893) om underrättelse om dom i vissa brottmål, m.m.

**Skäl för förslaget:** Inom kriminalvården och vid Statens institutionsstyrelses (SiS's) enheter finns, som framgått ovan, ett relativt stort antal personer med psykiska störningar, vilka behöver tas om hand frivilligt eller under tvång inom den psykiatriska vården. Kriminalvårdens och SiS's egna möjligheter att tillhandahålla psykiatrisk vård är begränsade och varierar dessutom mellan olika anstalter och institutioner. Vid de nämnda enheterna får inte tvångsvård ges. För såväl denna vård som annan kvalificerad vård är kriminalvården och institutionerna hänvisade till den allmänna hälso- och sjukvården. Det är inte ovanligt att t.ex. kriminalvården och psykiatrin gör skilda bedömningar av om den enskilde bör ges psykiatrisk slutenvård eller inte. Det ligger nära till hands att den som har en strukturerad tillvaro, även om det är i form av en anstaltsvistelse, vid prioritering av knappa resurser inom psykiatrin, får stå tillbaka för den som är utan sådant stöd.

Kriminalvårdskommittén har i sitt betänkande Framtidens kriminalvård (SOU 2005:54) uttalat sig för att kriminalvården i enlighet med nuvarande förhållanden ska tillhandahålla den basala hälso-

och sjukvård som de intagna kan behöva. Det kan gälla hälsoundersökning i början av verkställigheten, läkarkontakter, viss medicinsk behandling och omvårdnad vid sjukdom eller skada, upprättande av och ansvar för patientjournaler, remisshantering, bedömning av medicinska funktionshinder och undersökningar vid avskildhets- och tvångsåtgärder. Kriminalvårdskommittén diskuterar inte vilka särskilda krav som bör ställas när det gäller vård och behandling vid psykisk störning och/eller missbruk. Kommittén anser det dock nödvändigt att den allmänna hälso- och sjukvården även i fortsättningen skall stå till förfogande för dem som verkställer en kriminalvårdspåföljd när de allmänna sjukhusens medicinska och tekniska resurser krävs.

För att främja det önskade samarbetet mellan kriminalvården och den psykiatriska vården framhöll Kriminalvårdsstyrelsen i sitt remissvar på Psykansvarskommitténs betänkande att det är ändamålsenligt om rättspsykiatrin, alternativt den allmänna psykiatrin under handledning av rättspsykiatrin, redan primärt genom uppsökande verksamhet direkt på häkten och anstalter svarar för utredning, diagnostik och vårdbedömning samt vård och behandling på sjukhus eller inom anstalten av dem som behöver psykiatrisk vård. Motsvarande förslag avseende barn- och ungdomspsykiatrins medverkan har även framförts inom ramen för samarbetsprojektet mellan SiS och SKL när det gäller psykiatriska vårdinsatser för ungdomar vid särskilda ungdomshem. Psykiatrisamordningen delar denna uppfattning och ser detta som en önskvärd utveckling och målsättning, vilken emellertid av geografiska och resursmässiga skäl åtminstone inledningsvis kan vara svår att infria generellt. Det råder dock ingen tvekan om att ansvaret för psykiatrisk vård, liksom annan hälso- och sjukvård, för intagna inom kriminalvården och den slutna ungdomsvården är en uppgift som åvilar sjukvårdens huvudmän.

Psykiatrisamordningen vill poängtera vikten av att den medicinska kompetens i vid mening som finns inom den allmänna psykiatriska vården och rättspsykiatrin respektive barn- och ungdomspsykiatrin kan tillhandahållas och bli mer lättillgänglig även för kriminalvårdens respektive den slutna ungdomsvårdens intagna. Detsamma gäller för intagna för missbruksvård vid LVM-hem. Även om landstingens skyldigheter när det gäller att sörja för psykiatrisk vård för intagna i häkte, anstalt och andra institutioner redan nu inkluderas i hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser finns det anledning att detta ansvar ytterligare förtydligas. Psykiatrisam-

ordningen föreslår att en sådan komplettering tas in i hälso- och sjukvårdslagen.

Ett stort antal kriminalvårdsdömda och även ungdomar vid SiS institutioner är intagna vid anstalter och ungdomshem utanför det egna landstingsområdet. För att trygga deras möjligheter att få tillgång till såväl öppen psykiatrisk vård som sluten vård i de fall sådan anses nödvändig för en kortare tid krävs att det landsting där enheten är belägen ser till att adekvata vårdinsatser ges. För att möjliggöra att snabba och adekvata insatser sätts in från den lokala rättspsykiatriska vården eller barn- och ungdomspsykiatrin krävs att hemlandstinget fullt ut accepterar den bedömning av insatsbehovet som görs. Förslaget innebär ett undantag från gängse principer om att hemlandstingets bedömning av vårdbehovet skall gälla. Det faktum att personer som är intagna inom kriminalvården eller vid SiS-institutioner befinner sig där under tvång och med placering utanför det egna landstingsområdet utan egen förskyllan motiverar ett sådant undantag.

Den föreslagna arbetsfördelningen kan i vissa fall innebära att resurserna inom den rättspsykiatriska eller barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten kan behöva dimensioneras på ett sätt som överstiger den egna befolkningens behov. Kostnaderna för detta och för genomförda insatser bör emellertid ersättas av hemlandstinget. I flertalet fall kommer rättspsykiatrins och barn- och ungdomspsykiatrins insatser att avse konsultinsatser av öppenvårdskarakter. De stora kostnader som kan tänkas uppkomma och där det även i denna modell kan vara aktuellt med samråd och eventuell specialistremiss från hemlandstinget gäller när den intagne är i behov av inläggning en tid vid en psykiatrisk klinik hos det tillfälliga vistelse-landstinget. SiS framhåller emellertid att en viktig erfarenhet från de landsting där en god samverkan har utvecklats mellan ett särskilt ungdomshem och en närbelägen barn- och ungdomspsykiatrisk klinik, i form av besök vid ungdomshemmet och stöd och handledning från barn- och ungdomspsykiatrin, så minskar behovet av inläggning vid psykiatrisk klinik.

Enligt Psykiatrisamordningens bedömning kan det finnas skäl för berörda huvudmän att se över och justera gällande Riksavtal för utomlänsvård när det gäller kostnadsansvaret i samband med vård för anhållna, häktade, dömda och intagna vid de särskilda ungdomshemmen och LVM-hemmen med anledning av vad som föreslagits ovan.

Även när psykiatrin tar ett större ansvar för och samverkar närmare med kriminalvårdens enheter och andra institutioner för tvångsvård är det dessa enheters personal som ansvarar för den intagne och genom sin närvaro dygnet runt lär känna denne. De insatser som krävs för bearbetning av brottet och för att få den psykiskt störde att ändra ett invant och destruktivt beteende till förmån för ett mer konstruktivt liv i frihet och för att minska risken för återfall i brott tar ofta lång tid. För att en sådan bearbetning skall kunna bedrivas med framgång inom berörda verksamheter, kriminalvården och de särskilda ungdomshemmen, krävs att det där finns tillgång till tillräckligt med kvalificerad personal, t.ex. i form av psykolog eller annan personal med lämplig kompetens. En generell kompetenshöjning behöver också på många håll komma till stånd för att personalen ska kunna känna igen och slå larm till den medicinska professionen när medicinskt/psykiatriska insatser kan behövas.

### *Skyddstillsyn*

Många gärningsmän med någon form av psykisk sjukdom eller störning, liksom ofta personer med utvecklingsstörning, döms till skyddstillsyn med föreskrift om psykiatrisk vård. Vid sådan skyddstillsyn får domstolen eller övervakningsnämnden besluta om längre övervakningstid än ett år för att påbörjad behandling skall kunna avslutas. I Psykiatrisamordningens liksom den tidigare Psykansvarskommitténs intentioner ligger ett bättre omhändertagande av de psykiskt störda som döms till kriminalvård. Detta omfattar då även alla dem som dömts till skyddstillsyn.

Det är givetvis en fråga för sjukvårdshuvudmannen att dimensionera och organisera verksamheten så att den svarar mot de behov av utredning, vård och behandling som föreligger. Enligt Psykiatrisamordningens uppfattning bör emellertid ansvaret för att tillhandahålla de tjänster som förutsatts när domstolen utdömt påföljden så långt möjligt åvila den rättspsykiatriska vården som har en större vana vid den personkategori det här är fråga om än vad fallet är med t.ex. allmän psykiatrin. Av geografiska eller resursmässiga skäl kan det vara svårt för rättspsykiatrin att i praktiken ta hand om varje individ som kan ha ådömts sådan påföljd, men ansvaret för att se till att verksamheten sköts på avsett sätt och att den lokala psykiatriska vården ges kompetens att sköta den bör

ändå ligga på den rättspsykiatriska vårdorganisationen. I sammanhanget bör också noteras att frivården har ett ansvar för att följa upp och kontrollera att de föreskrivna behandlingskontakterna verkligen kommit till stånd. En samverkan mellan rättspsykiatri och frivården om hur denna verksamhet bör skötas är angelägen, för att inte säga nödvändig, för ett gott genomförande.

För att frivården skall kunna motsvara kraven och på ett positivt sätt kunna medverka tillsammans med landsting och kommuner i arbetet med att återanpassa de psykiskt störda lagöverträdarna till ett liv i frihet krävs, utöver en nära samverkan mellan frivården, socialtjänsten och psykiatri/rättspsykiatri, sannolikt såväl rekryteringsinsatser som på många håll kompletterande fortbildning av befintlig personal inom frivården.

En förutsättning för att angelägna behandlingsinsatser skall kunna inledas omgående efter att en dom till skyddstillsyn vunnit laga kraft krävs att vederbörande behandlingsenhet har aviserats om en sådan dom. I förordningen (1990:893) finns bestämmelser om underrättelse om dom i vissa brottmål m.m. Här anges bland annat att om en domstol beslutar att den tilltalade skall överlämnas till rättspsykiatrisk vård skall domstolen samma dag sända en kopia av domen till den eller de nämnder som utövar ledningen av hälso- och sjukvården i det landsting eller den kommun, som inte ingår i landsting, där den dömde är bosatt eller, om den dömde inte har stadigvarande bostad i Sverige, där den dömde vistas. Någon motsvarande skyldighet till underrättelse om dom till skyddstillsyn med särskilda föreskrifter om psykiatrisk behandling eller missbruksvård synes inte finnas. Ett förhållande som kan innebära att behandlingsinsatserna onödigtvis fördröjs eller uteblir. Det kan således enligt Psykiatrisamordningens uppfattning finnas skäl att komplettera nämnda förordning med anledning av vad ovan sagts.

## 10.2 Psykiatrisamordningen anser att sjukvårdshuvudmannen ska ansvara för missbruksvård av rättspsykiatrins patienter

**Förslag:** Psykiatrisamordningen föreslår ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) av landstingets ansvar för utredning, vård och behandling av missbruk av alkohol och droger när det gäller den som är föremål för rättspsykiatrisk vård.

**Skäl för förslaget:** Bristerna i samverkan mellan psykiatri och socialtjänst har länge uppmärksammats av såväl statliga utredningar som myndigheter, professionella och frivilligorganisationer. Länsstyrelserna visade i sin tillsynsrapport från 2005 (Socialstyrelsen och länsstyrelserna, 2005) att gruppen som missbrukar och samtidigt har en psykisk störning har svårast att få sina behov tillgodosedda bland socialtjänstens klienter. Tillsynsmyndigheterna pekade på brister i samverkan mellan socialtjänst, psykiatri, polismyndigheter och kriminalvård m.fl. De uppmärksammade bristerna gäller inte minst rättspsykiatriska patienter. Såväl den psykiatriska öppenvården som kommunerna anser sig ha svårt att erbjuda patientgruppen ett fungerande stöd under permission eller efter att tvångsvården avslutats.

Behandling mot missbruk är en helt avgörande angelägenhet för alla som arbetar med psykiskt störda lagöverträdare. Missbruk vid utskrivningen har i tidigare studier visat sig vara den enda påverkbara faktorn som med säkerhet kan sägas vara kopplad till risken för återfall i våldsbrott. Enligt Psykiatrisamordningens uppfattning är det angeläget att patientens psykiatriska problem och missbruksproblemen så långt möjligt behandlas samordnat och samtidigt. Att en sådan modell är framgångsrik har tydligt manifesterats i internationell behandlingsforskning och understrukits av såväl SBU som Socialstyrelsen. Internationell behandlingsforskning har också påvisat goda resultat av s.k. case-management metodik där en person samordnar och planerar insatserna kring den enskilde.

Under senare år tycks det ha skett en positiv utveckling såtillvida att fler kliniker har påbörjat vårdprogram och aktiviteter som syftar till att missbruksbehandling ska tillämpas samtidigt som behandling ges för den psykiska störningen. Som framgått av redovisningen från de rättspsykiatriska klinikerna (bilaga 2) finns det dock stora skillnader mellan olika kliniker när det gäller förutsättningar och ambition när det gäller att bedriva kvalificerad missbruksvård.

Kunskaperna om diagnostisering och adekvat stödmedicinering har ökat de senaste åren. Som bl.a. SBU visat finns flera evidensbaserade behandlingsformer för beroendetillstånd, t.ex. kognitiv terapi i kombination med specifik läkemedelsbehandling. Att terapeutiska insatser fokuserar på missbruket har visat sig vara av stor betydelse för personer som samtidigt har en psykisk sjukdom.

I Socialstyrelsens nyligen utgivna föreskrifter (2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning anges att det ankommer på sjukvårdshuvudmannen att säkerställa att det finns ändamålsenliga rutiner för samverkan med landstingets beroendevård och kommunernas missbruksvård och övrig socialtjänst.

I fokusrapporten *Behandling av personer med komplexa vårdbehov p.g.a. psykisk störning och missbruk* (Stockholms läns landsting, 2004) framhålls att en mindre grupp psykiskt störda personer inom rättspsykiatri och kriminalvården som har ett lågradigt beroende kan fungera väl utan alkohol och andra droger, men kan utveckla mycket allvarliga reaktioner när deras psykiska störning påverkas av droger. ”Rehabiliteringsfokus för denna grupp är kontroll av intag snarare än behandling av beroende. Dessa patienter/klienter skulle sannolikt bäst gagnas av att behandlingsinsatserna kompletteras med rättspsykiatrisk kompetens”.

Under den tid som patienten befinner sig intagen i slutenvård är det givetvis naturligt att missbruksvården bedrivs inom den rättspsykiatriska vårdens ram, antingen med egen eller med stöd av inlånad personal med kunskap inom området. Den av nätverket Fina Fischen utarbetade policyn kan härvid utgöra en grund att utgå ifrån (se avsnitt 5.4).

För att tillgodose kravet på kontinuitet i behandlingen bör, enligt Psykiatrisamordningens uppfattning, de som har ansvarat för missbruksbehandlingen under tiden för frihetsberövandet även ha ett fortsatt ansvar för denna behandling sedan patienten skrivits ut från den slutna vården. Det är dock av praktiska skäl inte alla gånger möjligt att det är samma personer som står för de aktuella behandlingsinsatserna, särskilt i de fall då patienten efter utskrivningen bosätter sig långt ifrån den rättspsykiatriska vårdenheten. Rättspsykiatri måste emellertid förvissa sig om att det verkligen finns någon som fortsätter den inledda behandlingen innan man släpper behandlingskontakten så att inte patienten hamnar i ett ingenmansland utan fortsatt hjälp. Även sedan en fortsatt behand-

lingskontakt etablerats bör en nära samverkan mellan de olika behandlingsteamens bibehållas och den rättspsykiatriska enheten följa upp resultatet av den insatta behandlingen.

Hur en samordnad och samtidig behandlingsinsats skall komma till stånd är en fråga för såväl berörda huvudmän som professionella aktörer att enas kring. Riktlinjerna för verksamheten kan behöva dras upp i en mellan berörda parter gemensam nämnd eller annat lokalt organ medan insatserna runt en enskild patient skall definieras inom ramen för en gemensamt upprättad vårdplan. De psykiskt störda lagöverträdarna är ofta aktuella både inom beroendevården, rättspsykiatri och inom kriminalvården. Det finns stora behov av koordinering, integrering och samsyn mellan dessa vårdformer. Det är därför angeläget att företrädare för kriminalvården/frivården finns representerade i de lokala organ som hanterar missbruksfrågor. Den ovan nämnda fokusrapporten kan ge uppslag till hur verksamheten kan organiseras.

Att betrakta alkohol- eller drogberoende som en sjukdom som skall behandlas inom hälso- och sjukvården kan verka utmanande för många i synnerhet som man lärt sig att det i första hand är fråga om ett socialt problem som skall lösas inom socialtjänsten. Under senare år har emellertid drogberoende och missbruk allt mer kommit att ses som ett medicinskt problem och läkemedel mot alkoholberoende som minskar risken för återfall finns numera att tillgå<sup>1</sup>. Företeelser som missbruk, beroende, intoxication och abstinens är alla definierade i de diagnostiska kriterier som gäller inom hälso- och sjukvården vid klassifikation av sjukdomar. Mot bakgrund av de stora variationer som finns mellan olika delar av landet i synen på vilken organisation som skall ta ansvar för behandlingen vid alkohol- och drogberoende föreslår Psykiatrisamordningen ett förtydligande i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) av landstingets ansvar för utredning, vård och behandling av missbruk och andra droger när det gäller den som är föremål för rättspsykiatrisk vård.

LVM-utredningen framhöll i sitt betänkande Tvång och förändring (SOU 2004:3) att oavsett hur man beräknar kommunernas kostnad för insatser för missbruksvården blir slutsatsen att kommunernas insatser har varit otillräckliga med hänsyn till missbrukets omfattning och utveckling. Enligt Psykiatrisamordningens

---

<sup>1</sup> Ett överförande av huvudmannaskapet för tillnyktringsverksamheten vid LOB till landstingen har föreslagits i promemorian Tillnyktring vid LOB – en fråga för hälso- och sjukvården som i januari 2006 överlämnades till Justitiedepartementet.



mening måste vården och behandlingen av psykiskt störda missbrukare förstärkas både när det gäller alkohol- och narkotikaberoende. Psykiatrisamordningen kommer därför att i sitt slutbetänkande att diskutera nödvändiga åtgärder för att åstadkomma en generell upprustning av kvalificerad missbruksvård i landet.

# 11 Den rättspsykiatriska vården i förändring

## 11.1 Rättspsykiatrins uppdrag utvidgas

<b>Bedömning:</b> Den rättspsykiatriska vården är en specialiserad verksamhet vars uppdrag bör vidgas.
--

**Skäl för bedömningen:** Rättspsykiatrin levde länge en undanskymd tillvaro vid ofta perifert belägna större mentalsjukhus med begränsad kontakt med annan psykiatrisk vård. Detta gällde såväl här i landet som i världen i övrigt. Även om de straffrättsliga förutsättningarna för rättspsykiatrisk vård skiljer sig mellan olika länder är ett gemensamt drag att rättspsykiatrin alltmer närmar sig annan vård och behandling och att verksamhetens uppdrag breddas. Utöver vård av dem som av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård omfattas således ofta vård i fängelser, psykiatriska säkerhetsavdelningar, avdelningar för medium- och låg säkerhet samt lokal öppenvårdsverksamhet.

Rättspsykiatrin besitter en särskild kompetens inom det psykiatriska området genom sin dubbla funktion att både vara en länk inom rättskedjan, med uppgift att ge service åt domstolen och att svara för samhällsskyddsuppgiften, och en del av vårdkedjan, med uppgift att behandla och rehabilitera enskilda patienter i behov av psykiatrisk vård. Psykiatrisamordningen anser att en modern rättspsykiatrisk vårdenhet har en kunskap och kompetens som många andra aktörer i rättskedjan starkt efterfrågar. Polis, domstolar, kriminalvård, socialtjänst, primärvård m.fl. är alla i behov av kunskap om psykiska sjukdomars och andra störningars betydelse vid olika typer av brott.

I hela västvärlden överlämnas allt fler patienter till rättspsykiatrin när deras kriminella beteende eller deras agerande är sådant att det överstiger toleransnivån inom den allmänna psykiatrin. Förutom rädsla för patientens beteende i sig finns det också en oro hos

många inom den allmänna psykiatrin för att bli ansvariga för att misslyckas med att skydda allmänheten från fortsatt brottslighet från dem som har vårdats. Förändringen av den allmänna psykiatrin till att bli en primärvårdsinriktad, eller kommunal, verksamhet med några få slutenvårdsplatser vid allmänna sjukhus har sannolikt reducerat den allmänna psykiatrins möjlighet och t.o.m. kunskap att ta hand om allt mer utmanande och potentiellt farliga patienter. Till detta kommer de förändringar i samhället som innebär en minskande tolerans för avvikande och svårförståeliga beteenden och ökade krav på att professionella, snarare än grannar och familj, ska ta hand om sådana avvikelser. Detta är särskilt fallet när hotet och beteendet upplevs vara en frukt av psykisk störning. Mot denna bakgrund kan det förutses att rättspsykiatrins uppgifter och arbetsområde alltmer kommer att utvidgas den närmaste framtiden. Psykiatrisamordningen återkommer till detta i avsnitten 11.3–11.6.

## 11.2 Om behov och fördelning av vårdplatser

<p><b>Bedömning:</b> Behovet av vårdplatser kommer sannolikt inte att öka utan minska inom rättspsykiatrin. Sluten rättspsykiatrisk vård bör i allt väsentligt ske vid särskilda rättspsykiatriska enheter.</p>
---

**Skäl för bedömningen:** I likhet med vad som gällt för många andra länder ökade under en lång följd av år behovet av vårdplatser för patienter som av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård. Denna trend synes nu för svenskt vidkommande ha brutits under de allra senaste åren. Det finns enligt Psykiatrisamordningen fler skäl som talar för ett på sikt minskat behov av vårdplatser inom rättspsykiatrin än som talar för ett ökat behov. Till dessa skäl hör följande.

1. Ett genomförande av Psykiatrisamordningens förslag till Öppen vård med särskilda villkor kommer med största sannolikhet att medföra att fler patienter än vad som nu beviljas permission kan komma att skrivas ut från den slutna vården. I den promemoria som Psykiatrisamordningens överlämnat till regeringen i mars 2006 bedömdes, utifrån berörda klinikchefers uppgifter, att närmare 300 av de omkring 1 800 platser som enligt Socialstyrelsens inventering 2005 används för psykiatrisk tvångsvård, kan

komma att frigöras för andra patienter. Huvuddelen av dessa platser upptogs av rättspsykiatriska patienter.

2. Ett genomförande av de förslag som Psykansvarskommittén lämnat skulle innebära att fler psykiskt störda lagöverträdare skulle komma att dömas till i huvudsak samma påföljder som andra gärningsmän. När behovet av omhändertagande på psykiatrisk vård enhet inte längre anses behandlingsmässigt motiverat skall den dömden, enligt kommitténs förslag, överföras till kriminalvårdsanstalt för att där avtjäna den återstående delen av verkställigheten i avvaktan på villkorlig frigivning. I det fall som den utdömda tiden för fängelsepåföljden har verkställts skulle den dömden inte kunna kvarhållas med stöd av LRV även om ett vårdbehov kvarstår utan antingen finge vården konverteras till vård enligt LPT eller till Öppen vård med särskilda villkor, om och när en sådan reglering införs.
3. Inom psykiatrin, och inte minst inom rättspsykiatrin, sker ett kontinuerligt utvecklingsarbete och en snabb kunskapsuppbyggnad. Nya diagnostiska metoder och nya behandlingsmetoder och läkemedel har tillkommit. Detta har medfört bättre förståelse för de psykiska sjukdomarnas orsaker och verkan samt lett till bättre möjligheter att behandla störningarna. Denna utveckling, som är en av flera orsaker till den i tidigare avsnitt redovisade minskningen av vårdplatsantalet inom det psykiatriska vårdområdet, kommer sannolikt att fortsätta och även komma rättspsykiatrins patienter till godo. Enligt Psykiatrisamordningens bedömning bör detta i förening med ett genomförande av de framlagda förslagen till lagstiftningsmässiga förändringar efter hand komma att medföra genomsnittligt väsentligt kortare tider inom den slutna rättspsykiatriska vården. Detta medför i sin tur att behovet av vårdplatser inom denna vårdform kan komma att minska.

Psykiatrisamordningen ser mot den bakgrund som redovisats med viss förvåning och oro på de planer på en inte obetydlig ökning av antalet platser inom rättspsykiatrin som flera sjukvårdshuvudmän nu diskuterar. Enligt uppgift från Sveriges Kommuner och Lands-ting, SKL, planerar sjukvårdshuvudmännen således för en betydande ökning av antalet vårdplatser framför allt av sådana platser som har en mycket hög säkerhetsstandard. Även om det alltid är svårt att bedöma framtida behov förefaller dessa utbyggnadsplaner enligt Psykiatrisamordningens uppfattning inte ligga i linje med

den utveckling av det reella behovet av säkerhetsplatser som kan förutses. Av redovisningen från SKL framgår dock inte i vad mån de planerade platserna utgör ersättning för andra, mindre ändamålsenliga, platser eller ett reellt nytillskott. I sammanhanget bör också påpekas att det finns faktorer som skulle kunna tala för ett ökande behov av vårdplatser, särskilt om nu inte Psykiatrisamordningens förslag genomförs. Till dessa faktorer hör Psykiatrisamordningens förslag om att fler gärningsmän bör genomgå § 7-utredning (se avsnitt 9.4). Detta kommer med all sannolikhet att leda till fler rättspsykiatriska undersökningar, men också till att fler gärningsmän som lider av en allvarlig psykisk störning upptäcks och överlämnas till rättspsykiatrisk vård. I samma riktning kan ett ökande alkohol- och drogmissbruk med åtföljande våldsbrott verka. Psykiatrisamordningen håller trots detta för troligt att mer talar för en minskning än en ökning av behovet av rättspsykiatriska vårdplatser på sikt.

Vid ett sannolikt minskat behov av vårdplatser för rättspsykiatrisk vård uppkommer frågan hur denna minskning bör åstadkommas i praktiken. Några alternativ är att fördela minskningen lika på alla enheter eller koncentrera verksamheten till färre enheter. Hur en anpassning till de kommande behoven skall genomföras är en fråga för varje sjukvårdshuvudman att lösa. Övervägande skäl talar emellertid enligt Psykiatrisamordningens mening för att vården av de psykiskt störda lagöverträdarna i sin helhet bör koncentreras till regionenheterna och till övriga enheter som har god säkerhet. Detta gäller vare sig det är fråga om tvångsvård eller frivillig vård. Motiven för att koncentrera den rättspsykiatriska vården till nämnda enheter är att det där finns det skalskydd som erfordras liksom den kompetens och förståelse hos personalen som krävs för den speciella situation som gäller för de patienter som av domstol har överlämnats till rättspsykiatrisk vård eller som är dömda till frihetsberövande kriminalvårdspåföljd. Personalen, dess sammansättning, kompetens och inställning har en avgörande betydelse för rättspsykiatrins möjligheter att fullgöra sitt uppdrag.

För kriminalvårdens patienter gäller ofta begränsningar i den personliga friheten som är främmande för andra patienter inom den psykiatriska vården, t.ex. brevkontroll, telefonrestriktioner, besöksrestriktioner m.m. Det kan förutsättas att rättspsykiatrins patienter i betydligt högre utsträckning än andra patienter kommer att drabbas av restriktioner när det gäller tillgång till elektroniska kommunikationsmedel (mobiltelefon, internetkopplade datorer

m.m.) och att ökade krav kommer att ställas på rättspsykiatrins patienter när det gäller kontroll av att vapen och tillhyggen samt alkohol och narkotika inte medförs efter utevistelser av skilda slag eller av besökare.

Den psykiatriska problematiken är inte sällan mer komplex hos rättspsykiatrins patienter än hos andra patienter. Kombinationer av psykisk störning, personlighetsstörning och alkohol- och drogmissbruk är snarare regel än undantag bland de allvarligt psykiskt störda lagöverträdarna. Såväl personal som patienter inom den allmänna psykiatriska vården är inte sällan oroade över att konfronteras med de psykiskt störda lagöverträdarna. Patient- brukar- och anhängigorganisationerna (2006) framhåller att en regel bör vara att tvångs- och rättspsykiatrisk vård ska bedrivas i separata enheter.

För de patienter som dömts till kriminalvårdspåföljd kommer, liksom nu, omhändertagande vid avdelningar med särskilt skallskydd att vara nödvändigt. Detsamma gäller, vid en eventuell ny lagstiftning, för dem som överlämnas till rättspsykiatrin efter att ha blivit bedömda som otillräkneliga i de fall som vården av samhällsskyddsskäl förenats med särskild utskrivningsprövning. För övriga otillräkneliga kommer även avdelningar inom den allmänna psykiatrin att, såsom nu gäller, vara tillfyllest. Senast den 1 juli 2007 skall samtliga enheter som bedriver rättspsykiatrisk vård eller annan psykiskrisk tvångsvård vara säkerhetsklassificerade i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (2006:9 (M)) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

Att koncentrera den rättspsykiatriska vården till vissa enheter enligt ovan får vägas mot det faktum att närhetsprincipen då inte kan upprätthållas eftersom patienten många gånger vårdas långt från sin hemort med vad det innebär av svårigheter att hålla kontakt med anhöriga samt den lokala socialtjänsten och den psykiatriska vården i hemkommunen. Närhetsprincipen väger dock inte särskilt tungt i de fall som rättspsykiatrisk vård aktualiseras för häktade och dömda – särskilt inte i de fall då den häktade eller dömde efter en tid på psykiatrisk vårdenhet återförs till kriminalvården – och inte heller för patienter som har överlämnats för rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

I slutskedet av vården bör dock vården i möjligaste mån ske vid en vårdenhet med tillräcklig säkerhet så nära hemkommunen som möjligt för att den kommande utslussningen till ett liv i frihet skall underlättas. När det gäller vissa gärningsmän finns dock anledning

att överväga lämplig placering även med hänsyn till om det kan finnas antisociala nätverk som behöver brytas eller till tidigare brottsoffers intressen. Det senare gäller speciellt när det är fråga om personer som gjort sig skyldiga till vålds-, hot- och sexualbrott mot personer i närheten av den plats där gärningsmannen tidigare bott och i synnerhet när tiden från gärningen till dess att placering på behandlingshem eller permission och frigång aktualiseras är kort. Hänsyn kan i dessa fall inte bara tas till gärningsmannens situation utan måste även tas även till brottsoffrens intressen och det kan vara direkt fel att tillgodose närhetsprincipen.

### 11.3 Rättspsykiatrins roll och uppgifter

**Bedömning:** Rättspsykiatrins ansvarsområde bör vara vidare än att endast meddela vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård och även omfatta ansvar för psykiatrisk vård åt häktade och dömda oavsett var dessa finns.

**Skäl för bedömningen:** Begreppet rättspsykiatri används i många olika betydelser. Före införandet av den nu gällande lagstiftningen 1992 var rättspsykiatri synonymt med rättspsykiatrisk utredningsverksamhet. När tvångsvårdslagstiftningen förändrades och den tidigare lagen om slutna psykiatrisk vård, LSPV, upphörde och ersattes av de båda tvångslagarna LPT och LRV kom den medicinska specialiteten rättspsykiatri att omfatta såväl statlig rättspsykiatrisk utredningsverksamhet som vård och behandling av gärningsmän som överlämnats till rättspsykiatrisk vård samt av anhängna, häktade och dömda till kriminalvårdspåföljd.

En snäv tolkning av begreppet rättspsykiatrisk vård är den vård som ges enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, d.v.s. psykiatrisk tvångsvård för anhängna, häktade och dömda och avser då den vård som ges för inneliggande, av domstolen överlämnade, patienter eller då dessa är på permission samt för kriminalvårdsintagna som är i behov av psykiatrisk tvångsvård. En vidare tolkning av begreppet rättspsykiatri är utredning och psykiatrisk vård, såväl tvingande som frivillig, såväl öppen som slutna vård för alla psykiskt störda lagöverträdare.

Det är i enlighet med HSL sjukvårdshuvudmannens uppgift att organisera verksamheten och fördela ansvar och uppgifter utifrån lokala förhållanden. Psykiatrisamordningen anser emellertid att den

mer extensiva tolkningen av rättspsykiatrins ansvarsområde eller uppdrag bör vara vägledande. Med den tolkningen blir det naturligt att den rättspsykiatriska organisationen inom ett sjukvårdsområde håller samman och ansvarar för all psykiatrisk vård för anhållna, häktade och dömda. I tidigare avsnitt har Psykiatrisamordningen förordat att rättspsykiatrin så långt möjligt bör ha ansvar för de psykiskt störda lagöverträdare som finns inom häkte, kriminalvårdsanstalt eller annan institution. Psykiatrisamordnaren har även förordat att rättspsykiatrin ges ett övergripande ansvar för att påföljden skyddstillsyn med föreskrifter om psykiatrisk vård ges ett innehåll och verkställs enligt de intentioner som lagstiftaren och domstolen har med denna påföljd. Vidare har förslag lämnats om att missbruksvården skall ingå som en del av sjukvårdshuvudmannens uppgifter för patienter som vårdas, eller har vårdats, under LRV. Men det räcker inte med detta.

En väsentlig del av rättspsykiatrins uppdrag är också att svara för samhällsskyddsaspekten, d.v.s. att så långt möjligt verka för att den psykiskt störde lagöverträdaren inte återfaller i brottslig gärning till följd av sin psykiska störning.

Rättspsykiatrin kan givetvis inte själv ta hand om alla psykiskt störda potentiella gärningsmän. Det finns många andra organisationer och myndigheter utöver rättspsykiatrin som kommer i kontakt med psykiskt störda lagöverträdare. De som är verksamma inom rättspsykiatrin har emellertid en särskild kompetens och erfarenhet när det gäller att ta hand om psykiskt störda personer som gjort sig skyldiga till brott av olika slag, och som även ofta har en kompletterande personlighetsstörning, neuropsykiatrisk störning och missbruksproblem. Denna kompetens och erfarenhet bör på lämpligt sätt även komma den övriga psykiatrin, primärvården och socialtjänsten tillgodo. Detta kan exempelvis ske genom information, konsultationer, utbildning och handledning. Psykiatrisamordningen återkommer i följande avsnitt till denna fråga.

Liksom för annan psykiatrisk vård syftar insatserna inom rättspsykiatrin till att förbättra patienternas psykiska hälsa och välbefinnande. De specifika målen för rättspsykiatrins och övriga aktörers omhändertagande av de psykiskt störda lagöverträdarna bör enligt Psykiatrisamordningen vara

- att genom vård och behandling påverka patientens psykiska tillstånd så att denne inte återfaller i allvarliga brott,



- att arbeta för att patienten skall acceptera och frivilligt delta i psykiatrisk behandling för att kunna kontrollera sin störning,
- att i samverkan med andra aktörer förbereda patienten för ett optimalt liv efter avslutad vård och verkställighet
- att utifrån genomförd riskbedömning vidta åtgärder som syftar till att minimera risken för återfall i allvarlig brottslighet samt
- att medverka till att kompetens om de psykiskt störda lagöverträdarna och deras specifika behov ökar så att även andra än verkssamma inom rättspsykiatrin kan identifiera, och ge vård och stöd åt, dessa patienter.

Kraven på innehållet i vården, det vill säga att metoder och arbetssätt som används bygger på aktuell kunskap och att patienterna tillförsäkras insatser efter behov och med hög kvalitet är, som tidigare nämnts, extra höga inom rättspsykiatrin eftersom patienterna inte har möjlighet att välja sin vård.

I takt med att kunskapen inom psykiatriområdet ökar kan vård och stöd insatserna bli allt effektivare. I behandling och rehabiliteringsarbetet ska nya metoder implementeras när de finns tillgängliga och insatserna ska vara anpassade efter aktuella patienters behov. I enlighet med modern kunskap ska insatser ges även till närstående och rehabiliterande komponenter komma in tidigt. Aktivt utvecklingsarbete kring metoder liksom etiska frågor måste pågå kontinuerligt.

Psykiatrisamordningen anser att det är av största vikt att resultaten av givna insatser systematiskt utvärderas. Kvalitetsregister med möjlighet till utvecklande jämförelser finns ännu inte men ett arbete kring detta har startat. Psykiatrisamordningen återkommer till detta i senare avsnitt.

En sådan vidgning av rättspsykiatrins uppdrag som här har diskuterats ligger i linje med den uppfattning om utvecklingen som flera av tillfrågade verksamhetschefer och chefsöverläkare för den rättspsykiatriska vården givit uttryck för i svaret på Psykiatrisamordningens enkät (bilaga 2). Det är också i linje med den utveckling av verksamheten som finns i stora delar av Västeuropa (Mullen, 2002) och som redogjorts för i tidigare avsnitt. Den föreslagna utvidgningen kan givetvis inte genomföras utan att arbetssätt och inriktning förändras på många håll. Förändringen kräver också tillskott av resurser, främst i form av välutbildad personal. Psykiatrisamordningen återkommer till detta i avsnitt 15.

## 11.4 Om riskbedömning och samhällsskydd

**Bedömning:** Rättspsykiatrin bör utgöra kunskapscentrum inom landstingsområdet när det gäller riskbedömningar m.m. I alla verksamheter ska handlingsplaner och rutiner finnas för vad personalen ska göra och vilka kontakter som kan tas för att få hjälp när en risksituation eller riskpatient identifierats.

**Skäl för bedömningen:** Det är väl dokumenterat att flertalet av dem som begår vålds- och sexualbrott är kända inom vårdorganisationen redan före brottet. Många har sökt hjälp kort före brottet, i vissa fall samma dag, utan att eventuella våldstendenser eller utåtriktad aggressivitet kunnat uppmärksammas eller motverkas (Holmberg & Kristiansson, 1997 och 2006). Under sommaren och hösten 2003 inträffade flera uppmärksammade våldsbrott (Åkes-hov, Gamla Stan, NK, Arvika) där gärningsmannen varit i kontakt med psykiatrin eller fortfarande var under vård. Dessa tragiska händelser var ett av skälen till Psykiatrisamordningens tillkomst.

Det finns enligt SBU-rapporten om Riksbedömningar inom psykiatrin stöd för att psykisk sjukdom utgör en riskfaktor för våldsbrott. Internationell forskning har visat att risken för en person som lider av en psykossjukdom att dömas för våldsbrott är två till sex gånger högre för män, och två till åtta gånger högre för kvinnor, jämfört med jämnåriga personer i befolkningen utan dessa sjukdomar (SBU, 2004). Det är emellertid enligt rapporten oklart om det är psykossjukdomen i sig som driver "våldsbeteendet" eller om den ökade risken snarare går att hänföra till andra associerade faktorer som fattigdom, samtidigt missbruk, personlighetsstörningar inom det antisociala spektret eller begåvningshandikapp.

Det är givetvis utomordentligt svårt att bedöma om en person som söker vård eller stöd vid en mottagning, eller som skall skrivas ut från behandlingshem eller annan institution är en potentiell våldsbrottsling. Samtidigt är det väsentligt att allt görs för att förhindra sådana brott. En bristande observans och ett bristande omhändertagande kan få omfattande och förödande humanitära, sociala och ekonomiska konsekvenser såväl för gärningsmannen själv som för dennes omgivning och offer. Det bör inte finnas någon motsättning i att arbeta med klientens/patientens bästa för ögonen och att arbeta brottsförebyggande i kontakten med dessa personer.

Strukturerade riskbedömningar har under senare år blivit ett naturligt och viktigt inslag i den rättspsykiatriska vardagen. Kraven på strukturerade och evidensbaserade metoder för att göra dessa bedömningar har blivit alltmer uttalade. Under framför allt det senaste årtiondet har flera s.k. riskbedömningsinstrument tillkommit (HCR-20, PCL, VRAG, SARA m.fl.) som stöd för bedömning inom psykiatri och rättspsykiatri av risk för våldsbrott. En rättspsykiatrisk verksamhet måste vara väl förtrogen med flera av dessa instrument och regelmässigt använda dessa, t.ex. i samband med att frågan om permission och utskrivning aktualiseras. Även om instrumenten har visat sig ha relativt god prognosförmåga utifrån ett forskningsmaterial har de dock begränsade möjligheter att prognostisera risken för våldsbrott i det enskilda fallet. Det bör emellertid, som SBU påpekar i sin rapport, poängteras att det yttersta syftet med riskbedömning inte är prediktion (d.v.s. att korrekt förutse vilka patienter som kommer att vara våldsamma och vilka patienter som inte kommer att vara det) utan prevention (alltså att förhindra våldshandlingar). Detsamma framhålls i Rättsmedicinalverkets riktlinjer för Riskbedömningar vid rättspsykiatrisk undersökning (RMV-rapport 2000:1).

Det viktiga är alltså inte riskbedömningen i sig utan riskhanteringen, alltså de åtgärder som vidtas i syfte att minimera risken för att en patient ska komma att begå brott. Det kan gälla insatser i vård och behandling i syfte att förhindra våldshandlingar mot personal och medpatienter inne på den rättspsykiatriska vårdenheten men också det långsiktiga arbetet att påverka patienten att finna andra vägar att hantera frustrationer och aggressiva impulser. En viktig del är också att utveckla nätverk som tar hand om och stöttar patienten i utslussningens olika faser och vid tiden efter utskrivning för att minimera återfall i sjukdom och risken för återfall i förnyad brottslighet.

Även om alla kan bli bättre på att bedöma potentiella risker och vidta preventiva åtgärder för att förebygga att något inträffar kommer det aldrig att bli möjligt att förebygga alla upptänkliga våldshandlingar som kan komma att begås. Särskilt svårt är det att i förväg identifiera den lilla minoritet som kan komma att begå våldsbrott som leder till dödlig utgång. En utökad kunskap om sådana faktorer som indikerar en ökad risk för våldsbeteende är emellertid angelägen inom hela vårdorganisationen och vid samtliga mottagningar dit personer i behov av stöd mot missbruk eller psykiska avvikelser söker sig.

Tidigare fanns denna kunskap på ett naturligt sätt inom psykiatrin, men den synes ha minskat i takt med att den psykiatriska vården förändrats till en alltmer öppenvårdsinriktad verksamhet med få vårdplatser och begränsade möjligheter att ta hand om allt mer utmanande och potentiellt farliga patienter. Förutom rädsla för patientens beteende i sig finns det också, enligt Mullen, en fruktan hos den allmänna psykiatrin för att misslyckas med att skydda allmänheten från fortsatt brottslighet från dem som har vårdats. Rättspsykiatrin kan emellertid aldrig dimensioneras på ett sådant sätt att den själv kan ta hand om alla aggressiva och våldsbenägna patienter. Varken omhändertagandet av personer med riskbeteende eller utvecklingen av allmänpsykiatrins kompetens skulle heller gynnas av en sådan ansvarsfördelning. Den kunskap och vana vid att identifiera och ta hand om patienter som befinner sig i riskzonen för att begå våldsbrott, eller som har begått sådana handlingar, som rättspsykiatrin besitter behöver därför förmedlas genom information och utbildningsinsatser till andra vårdgivare.

Att ha god kompetens och väl utvecklade färdigheter i att kunna identifiera personer som befinner sig i en situation med ökad risk att skada sig själv eller annan måste vara en av de kunskaper som alla psykiatriska verksamheter självklart ska besitta. Psykiatrisamordningen anser dessutom att det i alla verksamheter skall finnas handlingsplaner och rutiner för vad personalen ska göra och vilka kontakter som kan tas för att få hjälp om man identifierar en risk-situation eller en riskpatient. Allmän kunskap om riskhantering måste öka i alla verksamheter och rättspsykiatrin har en viktig roll som specialister på området, men frågan ägs av alla.

## 11.5 Samverkan kring den enskilde patienten

**Bedömning:** Rättspsykiatrin bör ansvara för att det för samtliga psykiskt störda lagöverträdare som skrivs ut från rättspsykiatrin, eller frigges från kriminalvård eller slutna ungdomsvård, finns en funktion som säkerställer att den som har behov av fortsatta stödinsatser får kontakt med lämpliga organ och att ingen lämnas vind för våg. ”Stafettpinnen måste lämnas över på ett säkert sätt till nästa instans.”

**Skäl för bedömningen:** Tiden efter villkorlig frigivning, vare sig verkställigheten avtjänats inom kriminalvård eller vid psykiatrisk klinik, är en kritisk period. Detta gäller för villkorligt frigivna i allmänhet och för psykiskt störda lagöverträdare i synnerhet. Ofta har de psykiskt sjuka lagöverträdarna inget nätverk utanför sjukhuset eller anstalten. De saknar ofta kontakt med släktingar och nära vänner med undantag av gamla bundsförvanter som är kvar i kriminalitet och missbruk. Många är rädda inför utskrivningen och att hamna ute i kylan efter att länge ha vistats i en skyddad, trygg miljö.

Utanför institutionen är det inte längre någon som påminner dem om att ta sin medicinering eller frågar hur de mår. Detta ökar risken för återfall i brott och missbruk. Den utskrivne eller frigivne har i många fall ett stort behov av stöd och hjälp från flera olika huvudmän och verksamheter. Behovet av ett nära samarbete mellan den slutna och öppna psykiatriska vården, frivården och socialtjänsten, inklusive missbruksvården m.fl. är stort. Det är nödvändigt att alla berörda parter aktivt deltar, var och en i enlighet med sin kompetens och sina förutsättningar, i syfte att stödja den utskrivne/frigivne så att återfall i brott så långt möjligt undviks. En sådan samverkan bör inledas och adekvata åtgärder planeras och genomföras redan långt innan utskrivning/frigivning sker.

I samband med att personer ska avsluta verkställigheten av en frihetsberövande påföljd, vare sig denna har ägt rum inom kriminalvården eller rättspsykiatrin, krävs således ett nära samarbete med den lokala psykiatriska vården och med socialtjänsten, brukarorganisationer m.fl. i patientens närområde. Formerna för en sådan samverkan kan variera beroende på lokala förhållanden såsom geografi, personaltillgång m.m.

Erfarenheten visar emellertid att det ofta är svårt att få till stånd en önskvärd samverkan kring enskilda patienter och klienter som

frigivits. I stället arbetar varje myndighet eller organisation isolerat var och en utifrån egna förutsättningar och målsättningar. Skilda traditioner och arbetssätt, sekretessregler och ekonomiska förhållanden anförs ofta som skäl för bristande samordning och samarbete. När det gäller psykiskt störda lagöverträdare kompliceras inte sällan bilden av att personalen inom skilda delar av systemet känner oro, rädsla eller t.o.m. motvilja mot dessa personer och mot de handlingar som de kan ha utfört. Inte sällan hamnar den frigivne själv som informationsbärare mellan dessa olika verksamheter. En ofta tung börda för den frigivne i en redan av andra skäl pressande tid.

För att underlätta kontakterna mellan den frigivne med psykiska problem och myndigheter och organisationer av skilda slag finns det enligt Psykiatrisamordningens mening behov av en gemensam funktion med ett tydligt samordningsansvar för den enskildes samlade vårdbehov. Lagstiftningen på området innehåller ett antal funktioner som inrättats med syfte att stödja den enskilde; övervakare, kontaktperson, personligt ombud, stödperson enligt den psykiatriska tvångslagstiftningen, patientansvarig läkare samt god man och förvaltare. Flera av dessa insatser och funktioner är förbehållna en viss målgrupp och rätten eller möjligheten att få en viss insats är olika utformad beroende på vilken "personkrets" som den enskilde bedöms tillhöra. Ett problem med förekomsten av alla dessa specificerade bestämmelser är att det är lätt att fastna i formfrågor t.ex. om en person med ett funktionshinder tillhör den ena eller andra personkretsen och hur stödpersonen skall benämnas.

För den frigivne som tillika har behov av fortsatta insatser från psykiatrin är det särskilt angeläget med ett personligt stöd i form av en lots som hjälper till att överbrygga kontakterna med olika vårdgivare, huvudmän och verksamheter.

Den av Västra Götaland utvecklade modellen med s.k. PSL-team, som tidigare redovisats, utgör endast en av flera tänkbara modeller för att förbättra chanserna till etablering av det nödvändiga samarbetet mellan den enskilde patienten/klienten och samhällets olika organisationer. En annan är den verksamhet som byggts upp i Huddinge och som vid en gemensam öppenvårdsmottagning tar emot patienter som skrivits ut från rättspsykiatrin och personer som antingen dömts till skyddstillsyn eller som fullgjort sin verkställighet inom kriminalvården och som är i behov av psykiatrisk vård. Dessa modeller är inte varandra uteslutande utan kan med fördel komplettera varandra. I Psykiatrisamordningens rapport

våren 2007 om "Vårdkedjan" kommer ytterligare exempel på befintliga och planerade modeller för samverkan mellan berörda parter i samband med övergången från en period av frihetsberövande till ett liv i frihet för psykiskt störda lagöverträdare att redovisas.

Oavsett vilken eller vilka modeller som används bör det enligt Psykiatrisamordningens uppfattning vara en angelägen uppgift för den rättspsykiatriska vårdorganisationen att ta ansvar för att stödja den psykiskt störde lagöverträdaren även efter frigivningen så att denne kan ta till vara sina möjligheter till samhällets vård och stöd inom ramen för den uppgiftsfördelning som gäller mellan samhällets olika organ.

## 11.6 Omhändertagande av patienter med behov av särskilt långa vårdtider

**Bedömning:** Det finns behov av boendeliknande enheter i landstingets regi för vissa patienter som till följd av sin psykiska störning har en betydande risk för återfall i allvarlig brottslighet.

**Skäl för bedömningen:** Flera av de verksamhetschefer som svarat på enkäten har erfarenhet av mycket svårskötta och vårdkrävande patienter eller patienter med extremt långa vårdtider. I några fall krävs en relativt låg omvårdnadsnivå för dessa patienter, men fortsatt rättspsykiatrisk vård på grund av risken för återfall i brott. Kommunerna saknar kompetens och lagliga förutsättningar för att ta hand om dessa patienter.

I brist på lämpliga alternativ blir patienterna kvar i slutna vårdar fast man ur medicinsk synvinkel inte skulle behöva det. Från flera håll framförs önskemålet om inrättande av boendeliknande enheter inom landstingets ram med jämförelsevis låg personaltäthet, men med möjligheter att snabbt sätta in adekvata åtgärder vid behov. Ett genomförande av Psykansvarskommitténs förslag när det gäller införande av reaktionen samhällsskyddsåtgärd skulle eventuellt komma att öka den aktuella gruppen utöver den nivå som finns redan nu.

Från några av verksamhetscheferna efterlyses differentierade vårdnivåer inom de större rättspsykiatriska klinikerna med tillskapande av avdelningar eller enheter där landsting och kommuner i varje enskilt fall kommer överens om ansvars- och kostnadsfördelningen. Som det nu är upptar dessa patienter platser på alltför hög

vårdnivå till onödigt stora kostnader och med en otillfredsställande miljö för patienten.

Psykiatrisamordningen delar uppfattningen om att det behövs en mellanvårdsform i sjukvårdshuvudmannens regi med ett begränsat medicinskt omhändertagande och en lägre personaltäthet och mindre behandlingsinsatser än vad som kännetecknar en normal rättspsykiatrisk avdelning. Men samtidigt måste säkerheten vara god och frihet från våld och droger vara ett krav. Behovet av möjligheten att tillgripa tvingande insatser motiverar att dessa enheter skall vara ett ansvar för sjukvårdshuvudmannen och inte för kommunerna även om boendet kan komma att bli långvarigt för den enskilde patienten.

I Holland finns sådana enheter under begreppet Long stay units dit patienter som inte svarat på den rättspsykiatriska vård som givits i regel efter sex år kan överföras för fortsatt tvångsvård. Patienterna kommer inte sällan att tillbringa återstoden av sina liv i dessa enheter vilket ställer särskilda krav på boendemiljön. Vid enheterna finns ett utbud av sysselsättningsaktiviteter och deltagande i föreningsliv m.m. uppmuntras. Våld och droger är inte accepterade, men i övrigt sköter patienterna sig i huvudsak på egen hand. Vid behov kan omedelbara medicinska insatser sättas in såväl i form av öppenvårdsinsatser som genom intagning till slutenvård.

För svenskt vidkommande kan det diskuteras i vilken omfattning som sjukvårdshuvudmannens insatser vid dessa enheter skall kompletteras av kommunala insatser. Boendefrågor och stöd är en fråga som åvilar kommunerna och det ovan lämnade förslaget utgör inget avsteg från denna huvudprincip. Men det finns anledning att, för ett fåtal patienter, diskutera en annan ordning i syfte att uppnå mest optimala betingelser för den enskildes omhändertagande. Förslaget öppnar för en mer förutsättningslös diskussion kring dessa frågor i enskilda fall. Frågan kommer att diskuteras även i Psykiatrisamordningens kommande slutbetänkande.



## 11.7 Forsknings- och utvecklingsverksamhet

**Bedömning:** En utveckling av omhändertagandet av psykiskt störda lagöverträdare ställer krav på kvalificerad forskning. Psykiatrisamordningen efterlyser en anslagskonstruktion som medger att berörda myndigheter, RMV, Kriminalvården och SiS, i efterhand kompenseras för nödvändig extra bemanning som är en följd av att medarbetare beviljats möjlighet att bedriva forskningsverksamhet inom ramen för tjänsten. Psykiatrisamordningen anser att en strävan bör vara att existerande forskningsmiljöer förstärks på ett sätt som ger möjlighet till inrättande av åtminstone tre professurer med inriktning på det rättspsykiatriska området.

**Skäl för bedömningen:** Psykiatrisamordningen förordar en väsentlig utveckling och kompetenshöjning av vård och rehabilitering av psykiskt störda lagöverträdare. En ambition måste vara att de insatser som ges så långt möjligt är evidensbaserade, d.v.s. har vetenskapligt stöd. Detta gäller såväl inom statens som inom landstingens och kommunernas verksamhet. Vård och rehabilitering av psykiskt störda lagöverträdare utgör inget undantag från denna huvudregel. Att arbeta med forskning och utveckling kommer att vara nödvändigt både för att ta fram ny kunskap, stimulera till nytänkande och för att göra organisationerna bättre rustade för förändringar. FoU-arbetet är också en avgörande förutsättning för en positiv rekrytering av nya verksamhetschefer och medarbetare.

Ju större krav som ställs på verksamheten, desto större omsorg måste läggas på den framtidsfokusering som forskning och utveckling innebär. Regeringen framhåller också i propositionen *Forskning och förnyelse* (prop 2000/01:3) att forskning utgör själva grunden för kunskapsutvecklingen i samhället. Ett fortlöpande FoU-arbete har en avgörande betydelse för att bibehålla och utveckla kvaliteten i verksamheten. Det framhålls i propositionen att en kraftsamling i särskilt hög utsträckning bör gälla områden av tvär- eller mångvetenskaplig karaktär och betonar att sådan forskning uppmärksammas i högre utsträckning. Som exempel på sådana områden anges kriminalvetenskaplig forskning där orsaker till och åtgärder mot brott kräver kunskap från en mängd olika områden såsom kriminologi, sociologi, psykologi, psykiatri, juridik m.m.

Trots en god utveckling av FoU-verksamheten under de senaste tio-femton åren inom det rättspsykiatriska området, inom krimi-

nalvården samt inom Statens institutionsstyrelses verksamhet (se avsnitt 4.7) finns det brister när det gäller tid för forskarutbildning och handledning på många håll vilket bidrar till svårigheter att genomföra önskade och planerade forskningsprojekt. I synnerhet som FoU-verksamheten till stor del sköts av ordinarie personal inom ramen för tjänsteutövningen.

Den modell som Rättsmedicinalverket införde i mitten av 1990-talet och som innebär att möjlighet ges för forskarutbildning på 25 procent av arbetstiden under fyra år, samt ytterligare två år för komplettering till docentkompetens, är enligt Psykiatrisamordningens uppfattning en lovvärd modell. För att inte den ordinarie löpande verksamheten skall kunna tränga undan angelägen FoU-verksamhet krävs emellertid att särskilda medel avsätts för FoU-verksamhet vid respektive enhet. Detta är en fråga för respektive verksamhetsansvarig, men även för respektive huvudman, stat, landsting och kommun, att bevaka vid tilldelning av resurser.

Psykiatrisamordningen efterlyser en anslagskonstruktion som medger att berörda myndigheter, RMV, Kriminalvården och SiS, i efterhand kompenseras för nödvändig extra bemanning som är en följd av att medarbetare beviljats möjlighet att bedriva forskningsverksamhet i enlighet med den nämnda modellen. Motsvarande arrangemang bör även gälla inom hälso- och sjukvården – i synnerhet vid de enheter som bedriver rättspsykiatrisk vård på regionnivå. Huvudmännen för dessa enheter bör också eftersträva att överenskommelser sluts med närbeläget universitet/högskola i syfte att ytterligare stärka samarbetet mellan den kliniska verksamheten och den akademiska forskningen och utbildningen.

Att bedriva FoU-verksamhet inom en kvalificerad kunskapsorganisation utgör inget självändamål utan en nödvändig förutsättning för utveckling och förnyelse av arbetsmetoder och synsätt till gagn för hela verksamheten. Det är emellertid lätt att det uppstår ett glapp och avstånd mellan den personal som arbetar med FoU-inriktade uppgifter och annan personal. Det är givetvis en uppgift för berörd arbetsledning att se till att minimera sådana tendenser, men också för de medarbetare som sysslar med FoU-relaterade uppgifter att delge övriga medarbetare de resultat och rön som framkommer både av den egna, och även av annan extern nationell och internationell forskning. En viktig uppgift är också att gemensamt diskutera hur den nya kunskapen skall kunna utnyttjas på bästa sätt i den dagliga verksamheten och att förmedla nödvändigheten av ett vetenskapligt förhållningssätt i arbetet.

Finansieringen av forskningen är inte bara en fråga för verksamhetsansvariga inom myndigheter och inom hälso- och sjukvården. Den kvalificerade forskningen är till största delen beroende av extern finansiering från Vetenskapsråd och forskningsstiftelser av skilda slag. Det finns en tendens inom forskningen att medel utlyses med allt större belopp till starka nätverk/grupperingar inom tematiska områden. Detta innebär en svårighet för ett förhållandevis smalt, om än tvärvetenskapligt, område som det rättspsykiatriska området. Vissa delar av rättspsykiatrisk forskning kan ha förhållandevis lätt att finna finansiering, t.ex. genom att den metodologiskt och innehållsmässigt inte skiljer sig särskilt från annan forskning. Till sådan forskning hör epidemiologiskt och neurobiologiskt inriktad forskning. Andra inriktningar är mer specifika för vård och rehabilitering av psykiskt störda lagöverträdare. Det kan t.ex. röra etiska frågeställningar inom tvångsvården, lagstiftning och vissa andra kriminologiskt inriktade forskningsfrågor. För sådana områden krävs riktade medel utöver dem som berörda myndigheter i nuläget kan avsätta för att bygga upp en konkurrenskraftig forskning.

Ett ytterligare problem är den brist på professorer som just nu råder inom området. Vid mitten av 1990-talet fanns fyra professorer inom det rättspsykiatriska området i landet, varav två i Stockholm (Lidberg och Kullgren), en i Göteborg (Forsman) samt en i Malmö (Levander). Den senare hade sin rättspsykiatriska professur i Trondheim i Norge och en professur i allmänpsykiatri vid Lunds universitet. Av de nämnda var två s.k. adjungerade professorer (Kullgren och Forsman) med finansiering av Rättsmedicinalverket och med tjänstekonstruktioner som innehöll såväl forskning som klinisk undersökningsverksamhet. Av de tidigare fyra professorerna inom verksamheten återstår vid utgången av innevarande år endast en inom den rättspsykiatriska verksamheten sedan de övriga antingen pensionerats eller övergått till annan verksamhet.

Som framgått av den tidigare redogörelsen, avsnitt 4.7, finns det flera disputerade forskare och ett antal docentkompetenta medarbetare vid nuvarande större forskningscentra. Inom en inte alltför avlägsen framtid bör ett antal av dessa ha nått en sådan kompetens- och erfarenhetsnivå när det gäller forskning och undervisning m.m. så att det är tillräckligt för erhållande av professur. En förutsättning för att de då ska stanna inom det rättspsykiatriska fältet och inte söka sig till annan verksamhet är givetvis att det finns tillgängliga professorer inom området. För att stärka disciplinens position kan

det också vara av värde att kartlägga vilka kompetenta forskare utanför landets gränser som skulle kunna rekryteras och på ett positivt sätt bidra till utvecklingen i landet.

Socialberedningen föreslog på sin tid i betänkandet *Psykiatrin, tvånget och rättsäkerheten* (SOU 1984:64) att rättspsykiatrin borde förläggas till regionnivå med en nära anknytning till en aktiv forskningsmiljö i syfte att ytterligare höja kvaliteten på de vårdande och rehabiliterande insatserna. Enligt beredningen borde den rättspsykiatriska regionvården svara för såväl rättspsykiatrisk undersökning som rättspsykiatrisk vård. Regionvården skulle även svara för stöd och konsultverksamhet för kriminalvården. Socialberedningen förutsatte också att dessa enheter skulle bedriva forskning och utvecklingsarbete och vara ett kunskapscentrum för andra vårdgivare och för rättsväsendet i rättspsykiatriska frågor.

Psykiatrisamordningen delar uppfattningen att forskningen inom det rättspsykiatriska området bör vara knuten till universiteten och förlagd i anslutning till enheter där såväl rättspsykiatrisk undersökning som vård bedrivs. För närvarande är detta fallet på fyra platser i landet även om huvudmannskapet för vård och utredning skiljer sig åt i Stockholm och Göteborg. En ambition bör vara att professorer etableras vid åtminstone tre av dessa universitet inom den närmaste femårsperioden. Inriktningen på dessa professorer kan variera inom ramen för ämnesområdet. Några exempel kan vara medicinsk kriminologi och epidemiologi, riskbedömning och evidensbaserad intervention, forensisk beteendevetenskap samt neurovetenskap och biomedicin.

I Psykiatrisamordningens slutbetänkande kommer ytterligare förslag kring angelägna åtgärder i syfte att ytterligare förstärka forskningen inom det psykiatriska området att diskuteras.

## 12 Samverkan och kommunernas roll

### 12.1 Om kommunens ansvar vid permission och utskrivning

**Förslag:** Psykiatrisamordningen föreslår ett förtydligande av lagstiftningen, socialtjänstlagen och LSS, när det gäller kommunernas ansvar i samband med permission och utskrivning från psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid villkorlig frigivning inom kriminalvård.

**Skäl för förslaget:** Ansvaret för boende och sysselsättning anses av många vara otydligt när det gäller personer som har permission från rättspsykiatrisk vård. Behovet av långsiktiga och varaktiga lösningar som omfattar såväl landsting som kommuner är stort för denna patientgrupp och skulle komma att bli än större om Psykiatrisamordningens förslag till öppen vård med särskilda villkor genomförs.

Så länge den psykiskt störde lagöverträdaren befinner sig inom den rättspsykiatriska kliniken råder ingen tvekan om vilken organisation som har vård- och behandlingsansvaret respektive det ekonomiska ansvaret för den aktuella gärningsmannen. Ansvaret åvilar då landstinget. I samband med att den psykiskt störde lagöverträdaren har permission under den rättspsykiatriska vården, oavsett permissionstidens längd, samt vid utskrivning från vården aktualiseras primärkommunala insatser inom flera områden. Det kan t.ex. gälla boende, social service och missbruksvård. Omkring 30 procent av dem som dömts till rättspsykiatrisk vård befinner sig vanligen på permission. Sådan permission pågår ofta under lång tid och är framför allt kopplad till vårdens slutskede och tjänstgör då som en föreberedelse för den dömde att återkomma till en normal livssituation.

Inte så sällan är den psykiskt störde lagöverträdaren känd sedan länge inom kommunen och tiden inom kriminalvården eller rättspsykiatri utgör en parentes, eller i vissa fall flera återkommande parenteser, i gärningsmannens liv. I andra fall är han eller hon ny för kommunen och saknar tidigare kontakt med socialtjänstens verksamheter. Oavsett vilket så uppstår gång efter annan tvist mellan kommun och landsting beträffande vem som har ansvar för att nödvändiga åtgärder vidtas för att den psykiskt störde lagöverträdaren skall få tillgång till de insatser som krävs. Ytterst handlar dessa konflikter vanligen om vilken organisation som skall svara för kostnaderna för en viss patient där det från kommunalt håll, understundom med hänvisning till betalningsansvarslagen, har hävdats att man inte har något betalningsansvar så länge patienten fortfarande är inskriven enligt LRV (eller LPT).

Enligt Psykiatrisamordningens uppfattning är betalningsansvarslagen inte relevant för bedömningen av kommunernas ansvar för insatser till personer som är på permission från psykiatrisk tvångsvård. Bedömningen om personen har rätt till bistånd enligt SoL eller insatser enligt LSS ska prövas enligt kriterierna i respektive lag. Psykiatrisamordningens uppfattning är således att personer som är på permission från rättspsykiatrisk vård och annan tvångsvård, oavsett permissionstidens längd, har rätt till samma insatser som alla andra. Även Sveriges Kommuner och Landsting har anslutit sig till den tolkningen av rättsläget.

Bedömningen av om den enskilde har rätt till bistånd enligt SoL kan emellertid vara grannlaga, t.ex. när han eller hon under långa tider vistas på ett HVB-hem som också har betydande sjukvårdande insatser. Det är således inte självklart att kommunen skall betala för en vistelse på ett behandlingshem för en patient som har permission från psykiatrisk tvångsvård enligt LPT eller LRV. Dels måste den enskilde patienten ansöka om bistånd enligt SoL eller begära insatser enligt LSS, något som visserligen kan ske helt informellt inom ramen för en gemensam vårdplanering. Dels förutsätts enligt SoL att behovet inte kan tillgodoses på annat sätt och, enligt LSS, att de inte rent faktiskt tillgodoses på annat sätt. Sjukvårdande insatser som den enskilde är i behov av under vistelsen på behandlingshemmet ska tillgodoses av hälso- och sjukvården. Detta innebär att när det t.ex. gäller en behandlingshemsvistelse måste en bedömning göras inom ramen för en gemensam vårdplanering utifrån den enskildes behov och insatsernas karaktär. En möjlig slutsats av en sådan bedömning är att den enskildes behov både

handlar om boende och hälso- och sjukvårdsinsatser. I en sådan situation kan det vara rimligt att huvudmännen gemensamt står för kostnaden vid behandlingshemmet.

Vid genomförande av Psykansvarskommitténs förslag kan behovet av psykiatrisk öppen vård förväntas vara omfattande för dem som efter relativt kort tid frigges från rättspsykiatrisk vård eller från kriminalvård eftersom deras störning i många fall inte kommer att vara botad vid tiden för villkorlig frigivning. Samtidigt kan dock konstateras att de frigivna ofta saknar motivation för fortsatt behandling, bland annat på grund av bristande sjukdomsinsikt, fortsatt drogmissbruk eller allmän motvilja mot myndigheter och samhällets organisationer. Ett omfattande motivationsarbete krävs således för att förmå dessa personer att fortsätta den vård som kan ha inletts under tiden i fängelse eller i rättspsykiatrin.

Som redovisats ovan är permissionstiderna ofta mycket långa, i genomsnitt 1,5 år vid rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning. Vid ett införande av Psykiatrisamordningens förslag till Öppen vård med särskilda villkor kan den tid som LRV-patienter befinner sig utanför institution förväntas öka ytterligare. Det är givetvis av vikt att inte frågan om oklarheter om vem som ska svara för vilka insatser blir den faktor som avgör om huruvida den föreslagna lagen skall få en positiv effekt eller inte.

I såväl betalningsansvarslagen som i förslaget till öppen vård med särskilda villkor betonas kraven på gemensam planering mellan sjukvården och socialtjänsten vid utskrivning från slutenvården.

Psykiatrisamordningens utgångspunkt är att det är ett självklart krav att en samordnad planering utformas och genomförs så att den enskilde får det personliga och individuellt utformade stöd som han eller hon behöver. Psykiatrisamordningen lämnar ett förslag till justering av berörda lagar som innebär att kommunernas ansvar för patienter som är på permission eller under öppen vård med särskilda villkor markeras tydligare i SoL och i LSS.

Som framgår nedan kommer Psykiatrisamordningen i sitt slutbetänkande att lämna ett förslag som innebär en skyldighet för landsting och kommuner att ingå överenskommelser om hur samverkansfrågorna skall lösas, vem som ansvarar för vad och om hur det finansiella ansvaret skall fördelas i olika situationer m.m.

## 12.2 Avtal mellan aktörerna krävs för att legitimera samverkan

**Bedömning:** Berörda aktörer bör sluta överenskommelser om hur vissa gemensamma frågor skall lösas. Psykiatrisamordningen anser att en komplettering av såväl hälso- och sjukvårdslagen som socialtjänstlagen som fastlägger en sådan skyldighet behövs.

**Skäl för bedömningen:** Vården och omsorgen om de psykiskt störda och funktionshindrade utgör en för regeringen prioriterad utvecklingsfråga. I den Nationella handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården som riksdag och regering beslutade om år 2001 klargörs bland annat att det är angeläget att insatserna för psykiskt funktionshindrade förstärks. Regeringen har därför i avtalet om utvecklingsinsatser med dåvarande Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet kommit överens om att de båda förbunden särskilt skall uppmärksamma de psykiskt funktionshindrade så att deras psykiatriska och somatiska vårdbehov blir tillgodosedda genom en utvecklad samverkan mellan landstingens primärvård, psykiatri och socialtjänsten.

Intentionerna i lagstiftningen på hälso- och sjukvårdens samt socialtjänstens områden förutsätter en nära samverkan och samordning av verksamheter i landstinget och kommunerna inom ett landsting men även mellan dessa och fristående organisationer och enskilda. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) åläggs således landstinget och kommunerna en skyldighet till sådan samverkan. Landstingens och kommunernas planeringsansvar avser även den hälso- och sjukvård som erbjuds av privata och andra vårdgivare och skall fullgöras i samverkan med andra myndigheter, organisationer och vårdgivare. Socialtjänstlagen (SoL) ställer också krav på samverkan i kommunal verksamhet. Socialtjänstens insatser för den enskilde skall enligt SoL utformas och genomföras i samverkan med denne och vid behov med andra samhällsorgan och med organisationer och andra föreningar.

För att stimulera en utveckling i enlighet med den nämnda nationella handlingsplanen fick landsting och kommuner under åren 2001–2004 ett statligt tillskott på närmare nio miljarder kronor. Socialstyrelsen svarade för den nationella uppföljningen och utvärderingen för att tillse att resurserna användes i enlighet med intentionerna i handlingsplanen. Även om en stor mängd samverkansaktiviteter förekommit under senare år mellan kommuner och



landsting med stöd av lokala överenskommelser eller särskild lagstiftning framhölls i Socialstyrelsens årsrapport 2003 bland annat att stora utvecklingsbehov kvarstår inom området för samverkan mellan kommun, primärvård och psykiatri. Samma iakttagelse gjordes i rapporten från Socialstyrelsens och länsstyrelsernas gemensamma tillsyn (Socialstyrelsen och länsstyrelserna, 2005b).

Den viktigaste delen av samverkan är den som finns kring den enskilde patienten så att dennes behov av insatser samordnas på ett ändamålsenligt sätt. För att legitimera denna samverkan krävs även en samverkan på högre organisatorisk nivå mellan berörda aktörer. Genom flera lagstiftningsåtgärder under den senaste fem-perioden har kommuner och landsting givits nya legala möjligheter att utveckla samarbetet utifrån de lokala förutsättningarna. Några exempel på detta är lagen (2003:193) om gemensam nämnd som trädde i kraft den 1 juli 2003 och lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser mellan allmän försäkringskassa, länsarbetsnämnd, kommun och landsting som trädde i kraft ett halvår senare.

Trots de åtgärder som vidtagits från statmakernas sida att underlätta och förbättra samverkansmöjligheterna synes det reella utfallet av dessa åtgärder vara magert hittills. Det finns således få exempel på väl fungerande organ för samordning i praktisk drift. Däremot finns sådana organ på planeringsstadiet på några håll. En närmare redogörelse för dessa kommer att lämnas i den kommande rapporten från Psykiatrisamordningens vårdkedjeprosjekt våren 2007.

Som exempel på hur en överenskommelse kan se ut kan nämnas den överenskommelse om samverkan kring personer med psykiska funktionshinder, det s.k. Södertörnsdokumentet, som har slutits mellan fem kommuner och den psykiatriska kliniken i sydöstra sjukvårdsområdet i Stockholms län. Utgångspunkten är enligt överenskommelsen att samverkan skall utvecklas så att den enskilde får adekvat vård och behandling utifrån sina behov och att en gemensam vårdplanering skall upprättas i varje enskilt fall. Överenskommelsen skall skapa sådan tydlighet i ansvarsfördelning och samverkansformer att den enskildes behov bäst tillgodoses. Överenskommelsen klargör respektive parts ansvarsområde och arbetsgång i samband med vårdplanering, utskrivning och placering på behandlingshem, permissioner m.m. Överenskommelsen anger även principer för kostnadsfördelningen mellan parterna utifrån ett antal olika typfall.

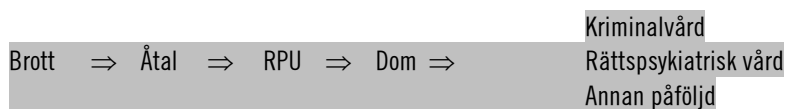
Psykiatrisamordningen kommer i sitt slutbetänkande att föreslå en komplettering av såväl hälso- och sjukvårdslagen som socialtjänstlagen som innebär att landsting och kommuner skall sluta överenskommelser om sitt samarbete kring personer med psykiska funktionshinder. I förslaget preciseras att dessa avtal bland annat skall innehålla de gemensamma mål som gäller för landstingets och kommunens verksamhet för människor med psykiska funktionshinder, rutiner för samarbetet, fördelningen av hälso- och sjukvårdsansvaret för personer i olika boendeformer och om ansvaret för behandlingsinsatser till personer som har en psykisk sjukdom och samtidigt missbrukar och former för lösning av tvister mellan parterna med anledning av avtalet. Vidare skall avtalen innehålla överenskommelse om rutiner och ansvar i samband med permission och utskrivning av patienter från psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid öppen vård med särskilda villkor. Sådana överenskommelser kan legitimera att samverkan är en accepterad och önskvärd del av arbetsuppgiften i syfte att skapa så goda förutsättningar som möjligt för den enskilde patienten.

# 13 Den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten

## 13.1 Fortsatt statligt huvudmannaskap

**Bedömning:** Staten bör även fortsättningsvis vara huvudman för den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten. En närmare samverkan mellan rättspsykiatrisk utredning och vård är angelägen.

**Skäl för bedömningen:** Den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten utgör en del av och sammanhänger nära med såväl rättsväsendet som vården och omhändertagandet av de psykiskt störda lagöverträdarna efter utredning och dom. Detta gäller vare sig omhändertagandet sker inom kriminalvårdens eller den rättspsykiatriska vårdens ram.



Den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten har allt sedan begynnelsen, eller åtminstone sedan införande av Sinnessjuklagen 1927 utgjort en statlig angelägenhet. Först lydde verksamheten under dåvarande Fångvårdsstyrelsen, därefter under dåvarande Medicinalstyrelsen för att sedan överföras till Socialstyrelsen år 1970. Detta trots att ansvaret för den psykiatriska vården 1967 överlämnades från staten till sjukvårdshuvudmännen, landstingen.

I Socialstyrelsens roll som chefsmyndighet låg att ha det övergripande ansvaret för verksamheten, bl.a. genom att i arbetsordning och i särskilda beslut meddela föreskrifter om verksamhetens organisation och arbetsformer, tillsätta chefer för berörda enheter samt även att placera färdigutredda patienter på olika sjukhus m.m.

Denna ordning gällde fram till oktober 1991 då den nybildade myndigheten Rättsmedicinalverket övertog ansvaret för verksamheten.

Det råder en bred enighet i Sverige om att staten skall ha ansvar för frågor som gäller rättsväsendet. I samband med tillkomsten av RMV förordades också i propositionen ett fortsatt statligt huvudmannaskap med hänsyn till undersökningsverksamhetens starka koppling till det straffrättsliga området. Psykiatrisamordningen har ingen annan uppfattning i denna fråga. Enligt Psykiatrisamordningens mening bör således den rättspsykiatriska utredningsverksamheten även fortsättningsvis skötas av en statlig myndighet och finansieras i sin helhet med statliga medel.

### 13.2 Ansvar för driften av utredningsverksamheten

**Bedömning:** Vid ett bibehållande av Rättsmedicinalverket med nuvarande inriktning finns det ingen anledning till ändrade förhållanden när det gäller driften av den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten. Vid ett genomförande av SKL/RMV-utredningens förslag med ett Forensiskt institut som ansvarigt för de verksamheter som i dag ingår i Rättsmedicinalverket och i Statens kriminaltekniska laboratorium eller vid en nationell samordning för rättspsykiatrisk utredning och vård bör förhandlingar upptas med Stockholms läns landsting och Västra Götalandsregionen om ett överförande av de statliga undersökningsverksamheterna till dessa sjukvårdshuvudmän.

**Skäl för bedömningen:** Den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten fungerar av allt att döma väl och med jämförbar kvalitet mellan de fyra undersökningsenheterna. Behovet av en närmare samverkan mellan den utredande och den vårdande rättspsykiatrin har dock framhållits i åtskilliga sammanhang, inte minst i de ovan nämnda utredningar som tidigare gjorts av undersökningsverksamhetens organisation m.m. En sådan uppfattning får också stöd av tillfrågade verksamhetschefer/chefsöverläkare inom rättspsykiatrin. Framför allt framhåller dessa behovet av en tätare kontakt mellan utredning och vård i syfte att kunna ge en tydligare feedback på resultatet av gjorda bedömningar. Vidare framhålls risken för att den utredande rättspsykiatrin i avsaknad av kontinuerlig kontakt med vården blir en isolerad, teoretisk verksamhet.

En direkt integrering av utredningsverksamhet och vård finns vid de båda entreprenörsenheterna i Malmö och Umeå. Där utgör samspelen mellan utredning och vård en självklarhet genom att så gott som all personal deltar i båda dessa verksamheter dagligen. Men även vid den statliga avdelningen i Stockholm finns förutsättningar för mycket nära samarbete med den psykiatriska vården genom att Stockholms läns landsting bedriver rättspsykiatrisk vård vid en av avdelningarna inom samma byggnad som den som RMV disponerar. Landstingsverksamheten och RMV delar lokaler för vaktmästeri, motion och arbetsterapi. Periodvis har även några av landstingets läkare fungerat som utomskrivande läkare vid utredningsenheten. Härigenom finns goda förutsättningar för ett kontinuerligt kunskapsutbyte mellan utredning och vård.

Även vid avdelningen i Göteborg finns förutsättningar för ett nära samarbete med psykiatrin genom att Västra Götalandsregionen bedriver rättspsykiatrisk vård vid en av de två avdelningar som finns i den byggnad som den rättspsykiatriska avdelningen disponerar. Vid avdelningen vårdas många av dem som genomgått RPU under en tid, ett förhållande som innebär att avdelningen har möjlighet att direkt få feedback på den genomförda undersökningen. Samtliga läkare som har anställts vid avdelningen under senare år har tidigare erfarenhet av rättspsykiatrisk vård och några dessutom av konsultverksamhet inom kriminalvården.

Det kan alltså konstateras att de båda RMV-avdelningarna på ett eller annat sätt har goda förutsättningar för samverkan och kunskapsinflöde från den rättspsykiatriska vården. Detta hindrar inte att denna samverkan kan bli bättre.

Till de fördelar med att integrera vård och utredning som har anförts hör inte bara att risken minskar för att den utredande, diagnostiska rättspsykiatrin fjärrar sig från den vårdande rättspsykiatrin utan även att de kunskaper och erfarenheter rörande enskilda undersökta och det förtroende som har byggts upp mellan undersökare och undersökt bättre kan tas till vara i det fortsatta behandlingsarbetet vid en integrering av utredning, vård och behandling. Samtidigt bör dock konstateras att kontinuitetsproblemet mellan utredning och vård med en sådan integration endast skulle lösas för en mindre del av de undersökta eftersom flertalet av dessa efter undersökningen relativt omgående antingen skulle komma att överföras till kriminalvården eller till hemortpsykiatrin.

Ett ytterligare argument för en integrering av vård och utredning som anförts är effektivitetskriteriet. Behovet av och efterfrågan på

rättspsykiatriska undersökningar varierar över tid på ett sätt som inte låter sig prognostiseras med någon större framgång. Detta gäller såväl med dagens straffrättsliga lagstiftning som vid ett genomförande av t.ex. Psykansvarskommitténs förslag. Antalet undersökningar kommer även fortsättningsvis att variera mellan olika veckor och mellan olika delar av året. Vissa variationer även mellan olika år kan också förutses. Hos de två entreprenörerna i Malmö och i Umeå har variationer i efterfrågan på rättspsykiatriska undersökningar kunnat balanseras mot vårduppgifter på ett sätt som medgivit att tillgängliga vårdplatser och befintlig personal kunnat utnyttjas på ett optimalt sätt. Vid de statliga undersökningsenheterna har emellertid, sedan möjligheterna att bedriva vård upphört, svackor i efterfrågan tidvis inneburit ett relativt ineffektivt resursutnyttjande. Detta är sannolikt den huvudsakliga förklaringen till att kostnaderna för en rättspsykiatrisk undersökning som bedrivs vid entreprenadverksamheten sedan lång tid tillbaka varit jämförelsevis lägre än vad som varit fallet vid de statliga utredningsavdelningarna.

Det finns alltså flera skäl till en integrering av utredning och vård i samma organisation. Det finns dock också risker med en sådan ordning. En sådan är att den specifika rättspsykiatriska utredningskompetensen tunnas ut. En annan är att de akuta vårduppgifterna vid en rättspsykiatrisk vårdavdelning som inte har en tillräckligt hög bemanning kan komma att hämma möjligheterna att fullgöra en rättspsykiatrisk undersökning på utsatt tid och med tillräcklig kompetens. En tredje är att den samordnande myndigheten inte får samma närkontakt med den praktiska utredningsverksamheten som i dag och att det därmed uppstår en oönskad spricka mellan beställare (myndigheten) och utförare.

Det finns flera krav som bör ställas på en rättspsykiatrisk undersökningsenhet. Det grundläggande är givetvis att kunna leverera efterfrågat beslutsunderlag av hög kvalitet till domstolen inom lagstadgad tid. Verksamheten bör även vara kostnadseffektiv och flexibel. Den skall kunna möta aktuell och framtida förändring av efterfrågan på undersökningar. Även frågor om geografisk lokalisering bör beaktas liksom förutsättningar för samarbete med den allmänna psykiatrin och gärna även med andra vårdgrannar såsom kriminalvården och den slutna ungdomsvården. Möjligheten att bedriva utvecklingsarbete och ge stöd åt forskning av betydelse för verksamheten är också angeläget.

Enligt Psykiatrisamordningens uppfattning måste den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten, liksom all annan verksamhet inom vårdområdet, också utformas och bedrivs i enlighet med de grundläggande värderingar som gäller för hälso- och sjukvården i stort. Detta innebär ett humanitärt omhändertagande med respekt för de intagnas självbestämmande och integritet så långt detta är möjligt inom ramen för de begränsningar i detta avseende som det påtvingade frihetsberövandet i sig och åklagarrestriktioner etc. liksom den psykiska störningen innebär. Verksamhetens karaktär ställer också stora krav på såväl inre säkerhet som yttre säkerhet (skalskydd och perimeterskydd) för undvikande av skadegörelse, våld, rymning och fritagningsförsök m.m.

För att kunna bedriva rättspsykiatrisk utredningsverksamhet med god kvalitet krävs ”en minsta kritisk massa”, d.v.s. att ett visst antal undersökningar görs per år. Några objektiva kriterier för hur många undersökningar som en rättspsykiater, psykolog eller socialarbetare (kurator) behöver göra per år för att verksamheten skall vara effektiv och därtill upprätthålla god kvalitet finns inte. Ett riktmärke skulle kunna vara omkring en rättspsykiatrisk undersökning per vecka för ett heltidsarbetande rättspsykiatriskt team (läkare, psykolog, kurator)<sup>1</sup>. Med hänsyn tagen till frånvaro till följd av semester, utbildning, vård av barn och sjukdom m.m. kan ett arbetsår i genomsnitt uppskattas omfatta 35–40 arbetsveckor. För genomförande av de drygt 600 RPU som nu gäller, eller de omkring 550 RPU-liknande undersökningar som kalkylerats vid en eventuellt ny lagstiftning, skulle således omkring 15–18 fulla team (eller 11–14 årsarbeten per yrkeskategori) erfordras i landet. Härtill kommer läkare och annan personal för riskbedömning av livstidsdömda, för § 7-undersökningar, eller motsvarande undersökningar i ett eventuellt nytt system, och för forskning och utvecklingsarbete, undervisning m.m.

En rättspsykiatrisk undersökningsenhet måste fungera året om och alltså vara öppen för undersökningsverksamhet årets alla veckor. För att detta ska fungera krävs minst tre–fyra team per enhet, vilket i sin tur innebär att den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten inte bör spridas till fler än fyra eller högst fem platser i landet. Av geografiska, transportmässiga och kriminologiska skäl bör den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten i första hand

---

<sup>1</sup> I rapporten Den rättspsykiatriska undersökningsverksamhetens dimensionering, uppgifter och struktur inför sekelskiftet, RMV information 2-1996, anges (sid 106) som ett riktvärde 35 RPU per läkare, 40 per psykolog och 30 per kurator.

även fortsättningsvis vara lokaliserad till Stockholm, Göteborg, Malmö och Umeå. För detta talar även att det är på dessa orter kompetens, personal och i huvudsak lämpliga lokaler för verksamheten finns. Beroende på hur efterfrågan på undersökningsverksamheten kommer att utveckla sig kan eventuellt någon ytterligare enhet diskuteras, alternativt någon av de befintliga verksamheterna avvecklas.

En samordning av rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet och rättspsykiatrisk vård under en driftansvarig huvudman kan genomföras på flera sätt. Ett sätt är att, såsom var fallet under de första åren efter RMV:s tillkomst, låta de statliga undersökningsenheterna bedriva vård i mån av plats på uppdrag av kriminalvården och en eller flera sjukvårdshuvudmän. Psykiatrisamordningen anser emellertid mot bakgrund av statsmakternas tidigare ställningstaganden inte detta vara en framkomlig väg.

Ett annat sätt är att överlåta driften av den nu statliga delen av den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten till sjukvårdshuvudmännen. Vid en sådan ordning krävs att särskilda platser reserverats för undersökningsverksamheten. Samtliga intagna som är föremål för rättspsykiatrisk undersökning är häktade och några har åklagarrestriktioner. Huvuddelen av de undersökta lider av någon form av psykiatrisk störning eller personlighetsstörning, men högst hälften av de undersökta kan förutses lida av en psykisk störning som är allvarlig i lagens mening och som av den anledningen kan bli föremål för psykiatrisk tvångsvård.

Ett överlåtande av hela undersökningsverksamheten till sjukvårdshuvudmännen skulle innebära att de rättspsykiatriska avdelningarna inom RMV i Stockholm (Huddinge) och Göteborg övertas av Stockholms läns landsting respektive Västra Götalands regionen. Som framhållits tidigare skulle en sådan överföring ske med bibehållet statligt huvudmannaskap för verksamheten. I praktiken skulle statens inflytande över verksamheten i Stockholm och Göteborg komma att bedrivas på samma sätt som nu gäller beträffande verksamheterna i Malmö och Umeå, alltså genom avtal med respektive sjukvårdshuvudman och upphandling från dessa av erforderligt antal undersökningar. I avtalen skulle, liksom nu, preciseras vilka krav som ställs på verksamheten när det gäller undersökningarnas genomförande, utlåtandenas utformning och kvalitet, medverkan i fortbildnings-, uppföljnings- och kvalitetssäkringsaktiviteter m.m.



Ett överförande av den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten till berörda sjukvårdshuvudmän förutsätter givetvis att dessa är intresserade av att överta verksamheten och att de ekonomiska och andra villkor som är förenade med en sådan reform är godtagbara för såväl staten som sjukvårdshuvudmännen. Psykiatrisamordningens har inte diskuterat dessa frågor med företrädare för berörda huvudmän i Stockholms läns landsting och i Västra Götalandsregionen då en sådan diskussion i avsaknad av ett ställningstagande till viljeinriktningen från regeringens sida skulle te sig teoretisk och till intet förpliktigande.

Som svar på Psykiatrisamordningens enkät till de rättspsykiatriska vård- och utredningsenheterna svarar en av entreprenörsenheterna att ”det dubbla uppdraget som både utredande och vårdande enhet är utomordentligt positivt. Genom att kombinera de båda uppdragen kan vi utveckla kompetens och erfarenhetsbaserad kunskap på ett helt annat sätt än vad som är möjligt inom verksamheter som bara sysslar med den ena delen av det rättspsykiatriska arbetet”. Enheten framhåller också de fördelar det kombinerade uppdraget har för möjligheten att rekrytera läkare och att få ekonomiskt stöd för FoU-projekt. Detta är i linje med de tankegångar som redan Socialberedningen gjorde sig till tolk för i betänkandet Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten (SOU 1984:64). Beredningen framhöll således att rättspsykiatrin borde betraktas som en högspecialiserad verksamhet med uppgift att svara för såväl rättspsykiatriska undersökningar som rättspsykiatrisk vård av vissa patienter i såväl slutna som öppna vård, konsultinsatser och vårduppgifter inom kriminalvården, samordnande insatser för rättspsykiatrin i regionen samt undervisning och forskning.

Andra kliniker, liksom de båda statliga undersökningsenheterna, hävdar att den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten även fortsättningsvis bör vara en statlig angelägenhet och inte bedrivas under respektive landsting, bland annat då risken för att undersökningsverksamhetens särskilda kompetens och fokus i så fall riskerar att gå förlorad.

Psykiatrisamordningen kan för sin del konstatera att det finns skäl som såväl talar för ett bibehållande av nuvarande organisatoriska struktur, då samtliga berörda synes anse att verksamheten i allt väsentligt fungerar väl, och skäl som talar för en förändring främst från mer principiella utgångspunkter, enligt vilka staten inte skall svara för driftfunktioner. Under förutsättning att Rättsmedicinalverket, RMV, bibehålls som myndighet med i huvudsak nuva-

rande uppgifter på central nivå finns det enligt Psykiatrisamordningen ingen anledning att förändra den nuvarande organisatoriska ordningen med såväl statlig undersökningsverksamhet som entreprenader.

De ställningstaganden som kan komma att bli en följd av den s.k. RMV/SKL-utredningen kan emellertid komma att ha betydelse för hur frågan om driftansvaret för den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten bör lösas. Psykiatrisamordningen bedömer att vid en eventuell sammanslagning av RMV och det kriminaltekniska laboratoriet till ett Forensiskt institut i enlighet med utredningens förslag riskerar rättspsykiatrins artskildhet i förhållande till övriga delar inom verksamheten att accentueras ytterligare. I en myndighet där tyngdpunkten i allt väsentligt ligger på de brottsutredande aspekterna med polis- och åklagare som dominerande uppdragsgivare finns risk för att de rättspsykiatriska frågorna marginaliseras. Som framgår av följande avsnitt anser Psykiatrisamordningen att ansvaret för den nationella samordningen av rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet bör brytas ut från det föreslagna institutets uppgifter och inordnas i en särskild myndighet för samordning av rättspsykiatrisk undersökning och vård. I ett sådant läge kan det finnas skäl för staten att förhandla med berörda sjukvårdshuvudmän om ett överförande av de båda statliga undersökningsenheterna till Stockholms länds landsting respektive Västra Götalandsregionen.

# 14 Nationell samordning och styrning

## 14.1 Rättspsykiatrin behöver hållas samman av ett nationellt organ

**Förslag:** Ett nationellt samordningsorgan bör inrättas för utveckling, samordning, uppföljning och utvärdering av den psykiatriska vården av psykiskt störda lagöverträdare.

**Skäl för förslaget:** Behovet av en för hela landet samordnande funktion för den rättspsykiatriska vården har poängterats från flera håll, såväl bland aktiva inom vården som ansvariga myndigheter. Psykansvarskommittén förordade att en central samverkansnämnd med kansli skulle inrättas. Uppgifterna för denna organisation skulle vara att bland annat utveckla riktlinjer och måldokument för den rättspsykiatriska vården, följa upp kvaliteten i vården i förhållande till riktlinjerna, medverka till gemensamma utbildningsinsatser och främja kunskapsuppbyggnad inom och mellan olika delar av vårdområdet. En uppfattning som fick stöd från flertalet remissinstanser.

Socialstyrelsen har i flera rapporter Socialstyrelsen (1997b och 2000) pekat på bristen på central planering och på att det finns behov av att på något sätt organisera den rättspsykiatriska vården på nationell nivå. Vården behöver enligt styrelsen en nationell ledningsstruktur för att de olika enheterna skall kunna samverka och ta ansvar för övergripanden frågor. Därigenom skulle det enligt styrelsens uppfattning finnas förutsättningar att genomföra ett övervakningssystem som systematiskt samlar in information om klinikplacering, vårdtider, permissioner, eftervårdskontakter och återfall i brott. Ett sådant system skulle enligt styrelsens mening i sin tur ge förutsättningar att utveckla behandlingsprogram för psykiskt störda lagöverträdare på nationell nivå.

Behovet av en sammanhållande organisation eller nationellt råd för den rättspsykiatriska vården har även framhållits av den svenska rättspsykiatriska föreningen. Samtliga verksamhetschefer och chefsöverläkare inom den rättspsykiatriska vården som har besvarat Psykiatrisamordningens enkät (bilaga 2) har också uttalat sig för en nationell samordning av rättspsykiatrin.

Införande av en nationell samordningsfunktion för rättspsykiatrin är inte okomplicerad. I sitt remissyttrande över Psykansvarskommitténs förslag anförde Socialstyrelsen att styrning, kontroll och utveckling av verksamheten bör tillgodoses genom intern samordning eftersom landstingens självbestämmande i annat fall kommer att starkt begränsas. Liknande tankar framfördes även från sjukvårdshuvudmannahåll.

Det är emellertid enligt Psykiatrisamordningens uppfattning en nationell angelägenhet att utredning, vård och omhändertagande av de psykiskt störda lagöverträdarna fungerar på ett tillfredsställande och över hela landet likartat sätt. Medborgarnas lika rätt inför lagen är en grundlagsfäst rättighet. Hälso- och sjukvårdslagen, HSL lägger också fast att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Psykiatrisamordningens uppfattning är att det finns påtagliga skillnader i sättet att bedriva rättspsykiatrisk vård mellan olika delar av landet och mellan olika vårdenheter och att dessa skillnader i sig riskerar att leda till skillnader i resultat på ett sätt som inte motiveras av olikheter i t.ex. patientsammansättningen. De samordningsansatser som inletts under senare år på frivillig väg, t.ex. inom ramen för nätverket Fina fisken och SFRS (Svenska föreningen för rättspsykiatriskt samarbete) m.fl. har förvisso inneburit en samordning av vissa fortbildningsaktiviteter och en inomprofessionell samsyn i vissa frågor, men har av naturliga skäl inte den genomslagskraft på beslutsfattande nivå som är önskvärd. Nämnda organisationer omfattar dessutom inte samtliga de enheter som bedriver rättspsykiatrisk vård.

Ramlagarna inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten innebär att staten fastställer målen för verksamheten, men landsting och kommuner har frihet och ansvar att besluta om medlen för att uppnå dessa mål. Det är således i enlighet med HSL upp till sjukvårdshuvudmannen, landstinget, att fritt organisera hälso- och sjukvården på det sätt denne finner ändamålsenligt utifrån lokala och regionala behov och förutsättningar. Detta är en av anledning-

arna till att vården kan se olika ut mellan och inom enskilda sjukvårdsområden.

Det finns således skillnader i synen på hanteringen av åtgärder mot alkohol och andra droger, i synen på frigång och permissioner, i vårdtider, i förekomsten av kvalificerad öppenvårdsverksamhet samt i stödet till kriminalvård och slutna ungdomsvård. Dessvärre saknas studier på i vilken omfattning som resultatet i form av återinsjuknande eller i återfall i brott för utskrivna patienter skiljer sig åt mellan olika rättspsykiatriska enheter.

Någon fullständig dokumentation av dessa och andra påtalade skillnader finns inte, bland annat i avsaknad av en lämplig rapporteringsrutin, men svaren på Psykiatrisamordningens enkät till de enheter som bedriver rättspsykiatrisk vård avspeglar tydligt att skillnaderna är stora, vilket har belysts i tidigare avsnitt. Det är dock inte enbart inom sjukvårdshuvudmannens ansvarsområde som skillnader finns.

Som tidigare har framhållits varierar brottmålsdomstolens uppfattning om när ett § 7-intyg eller en RPU skall genomföras, ett förhållande som föranlett Psykiatrisamordningen att föreslå en komplettering av lagstiftningen (avsnitt 9.4). Det finns även skillnader i länsrätternas syn på hur bestämmelserna om permission skall tolkas och i synen på när den rättspsykiatriska vården kan upphöra i relation till eventuell risk för återfall i brott när det är fråga om vård med särskild utskrivningsprövning.

Länsrätternas sätt att hantera de psykiskt störda lagöverträdarnas rätt ligger utanför Psykiatrisamordningens uppdrag och berörs inte i det följande även om domstolarnas ställningstaganden i praktiken kommer att ha ett avgörande inflytande för den enskildes möjligheter att få vård för sin psykiska störning respektive att bli fri från den psykiatriska tvångsvården.

För att inte skillnaderna inom vård- och omsorgsområdet skall bli alltför stora mellan olika delar av landet finns en viss nationell styrning och kontroll av den verksamhet som landsting och kommuner bedriver. Den statliga styrningen och kontrollen av hälso- och sjukvården och socialtjänsten sker i första hand genom ramlagar som anger allmänna riktlinjer och mål för verksamheten. Dessa ramlagar har sedan kompletterats med föreskrifter och riktlinjer från berörda myndigheter, främst Socialstyrelsen. Men även andra myndigheter och regelsystem ställer krav på verksamhetens utformning. RRV påpekar i sin rapport Att påverka utan att styra (2002) att samtidigt som sådana riktlinjer urholkar dagens ansvars-

fördelning för hälso- och sjukvården är den ambition om lika vård över landet som motiverar framtagandet av nationella riktlinjer en legitim statlig ambition i kongruens med hälso- och sjukvårdslagen.

Staten har också möjligheter att styra genom avtal/överenskommelser, något som tillämpas i anslutning till de årliga förhandlingarna om det generella statsbidraget till sjukvårdshuvudmännen, de s.k. Dagmaröverenskommelserna som sedan 1984 är ett stående inslag i statens styrning av kommuner och landsting. Överenskommelserna syftar till att främja en viss nationellt önskad inriktning och systemutveckling inom hälso- och sjukvården genom satsningar som ofta kombineras med statsbidrag i form av ersättning per invånare och som inräknas i den allmänna sjukvårdsersättningen. Ett annat exempel är den Nationella handlingsplanen för sjukvården med fokus på primärvård och psykiatri där nio miljarder kronor avsattes för att främja den önskade utvecklingen. Möjligheten att använda specialdestinerade statsbidrag för att främja utvecklingen av ett visst område utnyttjas dock mycket sparsamt. I gengäld är det inte ovanligt med tidsbegränsade projektmedel av olika slag. Även om sådana flitigt har använts också inom ramen för Psykiatrisamordningens arbete är samordningens erfarenhet av sådana projektmedel att långsiktiga specialdestinerade bidrag, med tydliga krav på motprestation, är att föredra.

Utöver lagstiftning, föreskrifter, riktlinjer och finansiering kan en önskvärd utveckling främjas genom kunskapsöverföring och genom tillsynsverksamheten. Inom hälso- och sjukvårdsområdet är konsensusrapporter som publiceras av Socialstyrelsen kring olika behandlingsmetoder eller vårdområden vanligt förekommande. Dessa får ofta ett brett genomslag inom professionen. Detta gäller även de rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, som analyserar forskningen inom skilda områden. Några rapporter som behandlar problemställningar som är av intresse för den rättspsykiatriska vården gäller alkohol- och narkotikamissbruk (2001) respektive riskbedömningar (2004).

Ytterligare en möjlighet som staten har i syfte att gynna en viss utveckling är att fördela uppgifter och ansvar till olika organisationer och myndigheter på lämpligt sätt. Möjligheten finns också att ombilda gamla myndigheter eller att etablera helt nya organisationer när samhällsutvecklingen så kräver.

Mot bakgrund av de samordningsproblem som föreligger mellan olika aktörer som är involverade i vård och omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare och de skillnader som finns mellan

olika landsting, kliniker och kommuner i sättet att hantera dessa frågor finner Psykiatrisamordningen i likhet med tidigare Psykansvarskommittén, Socialstyrelsen, den rättspsykiatriska föreningen och tillfrågade verksamhetschefer att ett nationellt samordningsorgan bör inrättas för den rättspsykiatriska vården. För att främja samverkan mellan utredning och vård bör samordningsorganet ha ansvar för såväl det rättspsykiatriska undersökningsväsendet som den rättspsykiatriska vården.

Ett nationellt samordningsorgan finns inte för någon annan del av vårdområdet. Inom de somatiska specialiteterna finns en viss nationell samordning av den högspecialiserade vården genom att landstingen samverkar kring viss sådan specialiserad vård. För en del medicinska behandlingar är patientantalet så litet eller resurskraven så stora att verksamheten behöver samordnas till någon eller ett par sjukhus i landet. Sådan vård benämns rikssjukvård. Fr.o.m. 2007 gäller att Socialstyrelsen skall fastställa vilken vård som är att betrakta som rikssjukvård. För att bedriva sådan vård skall krävas tillstånd av Socialstyrelsen – ett tillstånd som är tidsbegränsat och som kan förses med villkor (prop 2005/06:73). Någon motsvarande konstruktion finns inte för det psykiatriska området.

Vården av psykiskt störda lagöverträdare har enligt Psykiatrisamordningens uppfattning en särställning genom att det är en brottspåföljd och en vård som bedrivs under tvång där det inte endast är gärningsmannens psykiska status utan även samhällsskyddsaspekter som motiverar vårdens omfattning och de restriktioner som är förenade med denna vård. Härigenom har samhället ett särskilt ansvar för att vården bedrivs på ett humanitärt, rättssäkert och så långt möjligt likvärdigt sätt över hela landet samt att den vård som erbjuds, i likhet med all annan hälso- och sjukvård, bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet med tillämpande av moderna metoder och tekniker.

## 14.2 Samordningsorganets uppgifter

**Bedömning:** Till samordningsorganets uppgifter bör höras att ge riktlinjer, service och stöd åt verksamhetens utövare, att kontinuerligt följa upp och utvärdera verksamheten, att samordna kompetensutveckling, att stimulera kvalitetsutveckling och forskning inom området, att premiera vårdgivare som uppfyller uppsatta kvalitetsmål samt att vid behov föreslå regeringen nödvändiga förändringar.

**Skäl för bedömningen:** Som framgått av tidigare avsnitt engagerar vården av psykiskt störda lagöverträdare således såväl kommunala och landstingskommunala som statliga organisationer. Var och en av dessa agerar i huvudsak utan inbördes samordning och samverkan. Därtill kommer att rättspsykiatri inom varje enskilt sjukvårdsområde utgör en relativt ringa verksamhet, i genomsnitt motsvarande en knapp procent av de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården, medan den för landet som helhet och för rättsväsendets del och dess möjligheter att fungera väl har stor betydelse. Det finns därför skäl att finna former för en nationell samverkan mellan stat, landsting och kommuner i hithörande frågor.

Det nationella samordningsorganet bör ha som huvudsaklig uppgift att på nationell nivå medverka till en utveckling av den psykiatriska vården av häktade och dömda och av den som överlämnats till rättspsykiatrisk vård. I detta ligger bland annat att utveckla riktlinjer och måldokument för den rättspsykiatriska vården, följa upp kvaliteten i förhållande till riktlinjerna, medverka till gemensamma fortbildningsinsatser och främja kunskapsuppbyggnad samt kunskapsöverföring mellan olika delar av vårdområdet.

Det nationella samordningsorganet bör kunna fungera som kunskapsbank genom att samla och sprida de erfarenheter som vinnas runt om i landet. Samordningsorganet bör även kunna initiera olika forskningsprojekt av betydelse för utveckling av verksamheten, men även kunna ge praktisk service till berörda enheter när det gäller uppgifter som det är rationellt att utföra gemensamt, t.ex. översättning av författningar till skilda språk. Mer preciserat skulle organisationens uppgifter kunna struktureras enligt följande.



*Verksamhetsgren: Rättspsykiatrisk vård*

Utgångspunkten är att målet för svensk rättspsykiatri är att den skall tillhöra de ledande inom sitt verksamhetsområde när det gäller att förbättra anhållna, häktade, dömdas och vårdöverlämnades psykiska hälsa och minska risken för brott av allvarligt slag som sammanhänger med psykisk störning. Mer konkret kan de specifika målen för rättspsykiatrins och övriga aktörers omhändertagande av de psykiskt störda lagöverträdarna formuleras enligt följande:

- att genom vård och behandling påverka patientens psykiska tillstånd så att denne inte återfaller i allvarliga brott,
- att arbeta för att patienten skall acceptera och frivilligt delta i psykiatrisk behandling för att kunna kontrollera sin störning,
- att i samverkan med andra aktörer förbereda patienten för ett optimalt liv efter avslutad vård och verkställighet
- att utifrån genomförd riskbedömning vidta åtgärder som syftar till att minimera risken för återfall i allvarlig brottslighet samt
- att medverka till att kompetens om de psykiskt störda lagöverträdarna och deras specifika behov ökar så att även andra än verk samma inom rättspsykiatrin kan identifiera och ge vård och stöd åt dessa patienter.

Det nationella samordningsorganet skall bidra till ökad måluppfyllelse och till att främja likvärdighet i vårdens innehåll och kvalitet genom att

- analysera vilka områden som bör prioriteras för att öka måluppfyllelsen inom området
- fortlöpande följa verksamhetens innehåll med avseende på behandlingsinnehåll och tillämpade metoder
- fortlöpande följa verksamhetens omfattning med avseende på antal intagna, vårdtider och resurser
- följa upp resultatet av vårdens insatser med avseende på behandlade patienters fortsatta behov av psykiatriska insatser samt på återfall i brott av allvarligt slag
- främja samverkan mellan de rättspsykiatriska vårdenheterna samt mellan dessa och den psykiatriska vården samt, om så befinns ändamålsenligt, föreslå koncentration av vissa typer av behandlingar, psykiska störningar eller brott till särskilda vårdenheter

- främja samverkan och kunskapsutbyte mellan den rättspsykiatriska vården, socialtjänsten, kriminalvården och den slutna ungdomsvården m.fl. aktörer
- verka för att rättspsykiatrin tillsammans med övriga aktörer utvecklar arbetet med återanpassning av dömda med psykiska störningar till ett liv i frihet
- genomföra insatser när det gäller kompetensutveckling och personalförsörjning
- arbeta med att tillvarata och sprida kunskap och forskningsresultat inom området
- ta del av och sprida kunskap om den internationella utvecklingen inom området
- stödja forsknings- och utvecklings projekt (FoU) inom det rättspsykiatriska området samt
- medverka till finansiering av verksamhet som uppfyller ställda kvalitetsmål.

*Verksamhetsgren: Rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet*

Målet för den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten är att den skall tillförsäkra domstol och verkställande myndigheter ett kvalificerat underlag för bedömning av den undersöktes psykiska hälsa och risk för återfall i brott av allvarligt slag.

Det nationella samordningsorganet skall

- analysera vilka områden som bör prioriteras för att öka måluppfyllelsen inom området
- främja samverkan mellan rättspsykiatrisk utredningsverksamhet och vård
- fortlöpande följa verksamhetens omfattning med avseende på val av metoder, antal och typ av undersökningar, undersökningstider och resurser mm
- genomföra insatser när det gäller kompetensutveckling och personalförsörjning
- arbeta med att tillvarata och sprida kunskap och forskningsresultat inom området
- ta del av och sprida kunskap om den internationella utvecklingen inom området
- stödja forsknings- och utvecklingsprojekt (FoU) inom den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten

- ansvara för att det finns tillräckligt med personal och utredningsenheter för genomförande av de rättspsykiatriska undersökningar och riskbedömningar som efterfrågas av domstol
- finansiera och sluta avtal med sjukvårdshuvudmän som kan bedriva rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet på entreprenad

Dessa uppgifter är i huvudsak desamma som Rättsmedicinalverket nu har när det gäller den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten.

### 14.3 För uppföljning och utvärdering krävs ett nationellt register

**Bedömning:** För ledning och uppföljning av den rättspsykiatriska utredningsverksamheten och vården behöver det nationella samordningsorganet ha tillgång till ett kvalificerat register som kontinuerligt speglar verksamhetens utveckling.

**Skäl för bedömningen:** Socialstyrelsen har ansvaret för den officiella statistiken inom hälso- och sjukvårdsområdet och socialtjänstområdet. Detta följer av lagen (2001:99) och förordningen (2001:100) om den officiella statistiken. Det register som i första hand är av intresse för det rättspsykiatriska området är patientregistret. Av lagen (1998:543) om hälsodataregister framgår att uppgifterna i detta register får användas för

- forskning och statistik,
- uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvårds samt
- epidemiologiska undersökningar.

Patientregistret omfattar patienter som vårdats i slutenvård och avser bl.a. vårdenhet, personnummer, folkbokföringsort, dag och sätt för in- och utskrivning, diagnoser, åtgärder samt orsaker till skador och förgiftningar. Fr.o.m. 2002 innehåller registret även uppgifter från den öppna vården som inte är primärvård (Socialstyrelsen, 2006c). Enligt uppgift från Socialstyrelsens epidemiologiska centrum är emellertid kvaliteten på inrapporterade uppgifter från den öppna vården bristfällig och bortfallet av uppgifter stort.

Den nuvarande patientstatistiken baserar sig på uppgifter från utskrivningstillfället, vilket gör att uppgifterna inte speglar den

aktuella situationen inom verksamheten. Genom att det bygger på att varje klinik rapporterar till sin sjukvårdshuvudman som sedan i sin tur levererar uppgifterna till Socialstyrelsen som därefter kvalitetsgranskar och rättar misstänkt felaktiga uppgifter tar det i regel närmare två år till dess att uppgifterna föreligger i tryckt och publicerad form. En svaghet med patientstatistiken i dess nuvarande form för rättspsykiatrins vidkommande är dessutom att den rättspsykiatriska vården inte går att särskilja från annan sluten psykiatrisk vård.

För den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten förfogar Rättsmedicinalverket sedan 1992 över ett egenhändigt framtaget datorsystem benämnt PsykBase. I detta system rapporterar de fyra undersökningsenheterna dagligen basala individuppgifter om de undersökningsfall som aktualiseras hos respektive enhet. De uppgifter som registreras är individuppgifter såsom kön, ålder, medborgarskap, ursprungsland, hemkommun och län, häktningsstatus, domstol som begärt undersökningen och åtalspunkter. Vidare registreras administrativa data såsom datum för när utlåtande begärts och avlämnats, när den undersökte kommit till enheten och lämnat denna samt vart avlämnandet skett. Även ansvarig undersökningsläkare och övriga i undersökningen deltagande medarbetare noteras. I PsykBase noteras även vilka typer av psykologiska och andra test som har använts liksom undersökningens resultat, d.v.s huruvida en allvarlig psykisk störning, vårdbehov och återfallsrisk förelåg eller ej. Diagnoser och påföljdsförslag återfinns också i PsykBase. Efter avslutad undersökning kompletteras ärendet med den bedömning som Rättsliga rådet gör i vissa fall samt med tingsrättens/hovrättens dom samt utdömd påföljd. Sedan ett antal år lagras även det rättspsykiatriska utlåtandet i anslutning till respektive ärende.

Ett behörighetssystem säkerställer att bara den som har anledning att se uppgifter i ett visst ärende har tillgång till samtliga uppgifter i PsykBase. Behöriga personer vid ledningskansliet har tillgång till de uppgifter som krävs för att kontinuerligt kunna följa verksamhetens utveckling, belastning på olika enheter m.m. och för att kunna lämna relevanta efterfrågade och avidentifierade uppgifter till riksdag, regering, andra myndigheter och organisationer samt till allmänheten.

På initiativ av RMV tillkom 1999 lagen (1999:353) om Rättspsykiatriskt forskningsregister, vilken gjorde det möjligt att inrätta ett register för behandling av personuppgifter för forskning inom

rättspsykiatrin och för RMV:s utvecklingsarbete. Registret förs av RMV som också är personuppgiftsansvarig för detta. Registret får innehålla uppgifter om en person för vilken en RPU eller ett § 7-intyg eller motsvarande utlåtande eller intyg har inhämtats. En ytterligare förutsättning är att domen i det mål som utlåtandet avser har vunnit laga kraft. Registret får innehålla vissa uppgifter om den undersökte och undersökningsförfarandet samt dess resultat. Vidare får registret innehålla uppgifter om Rättsliga rådets eventuella ställningstagande, dom och utdömd påföljd samt vårduppgifter efter avslutad vård avseende de undersökta som överlämnats till rättspsykiatrisk vård eller dömts till fängelse eller till sluten ungdomsvård. Såväl Socialstyrelsen, som Kriminalvårdsstyrelsen och Statens institutionsstyrelse är skyldiga att lämna uppgifter till registret. Även om registret i dess nuvarande utformning kan lämpa sig för vissa forskningsprojekt och historisk uppföljning kan det inte tjäna som ett godtagbart instrument för kontinuerlig uppföljning och planering av verksamheten genom att tidsfördröjningen från det att gärningsmannen genomgått någon form av rättspsykiatrisk bedömning till dess att utskrivning från eventuell vård sker kan vara mycket lång. Till detta kommer att uppgifter från sjukvårdshuvudmannen via Socialstyrelsen inte kommer att registreras i systemet förrän omkring två år efter att utskrivning skett.

Det saknas således en kontinuerlig och tillförlitlig redovisning från den rättspsykiatriska vården som beskriver såväl antal intagna patienter som vårdtider, diagnoser, huvudbrott, personal, behandlingsåtgärder samt kostnader för denna vårdform. För en ändamålsenlig planering och uppföljnings- och utvärderingsverksamhet krävs ett nationellt system där nämnda uppgifter samt permissioner, eftervårdskontakter, återintagning och återfall i brott m.m. kontinuerligt finns att tillgå och analyseras.

Socialstyrelsens har i en skrivelse till regeringen i oktober 2005 aviserat ett behov av ett individbaserat register för den psykiatriska tvångsvården. i syfte att framför allt tillse att de rättsliga kraven på patientsäkerhet, rättssäkerhet och samhällsskydd upprätthålls. Några av de uppgifter som Socialstyrelsen önskar få tillgång till i ett sådant on-line baserat register är klinik, vårdtidens längd, avvikning, permission, diagnos, begånget brott samt uppgifter om tvångsåtgärder i form av bältesläggning och isolering samt konvertering. Genom tillskapande av det önskade registret ges Socialstyrelsen bättre möjligheter att följa tvångsvården och att till regeringen rapportera dess utveckling. Uppgifterna förutsätts också enligt skrivelsen vara

till gagn för forskningen såväl inom rättspsykiatri som inom närliggande områden som kriminologi, sociologi och andra närliggande områden. Styrelsen planerar att lägga ut aggregerade uppgifter på Internet för återföring till kliniker och andra intressenter om ett sådant register kommer tillstånd. Enligt Psykiatrisamordningens uppfattning skulle ett sådant system vara till betydande nytta för intressenter på alla nivåer – alltifrån riksdag och regering till vårdgivaren och den enskilde patienten.

Inom flera medicinska specialiteter finns kvalitetsregister som drivs av den medicinska professionen och till vilka intresserade kliniker kan ansluta sig. Inom ramen för den rättspsykiatriska föreningen diskuteras sedan en tid tillbaka ett sådant kvalitetsregister för den rättspsykiatriska vården. I likhet med andra kvalitetsregister bygger det tilltänkta registret på frivilligt deltagande från klinikerens sida. I det pågående planeringsarbetet är en handfull rättspsykiatriska kliniker engagerade. Ett problem i sammanhanget synes vara att frågan om finansiering av registret och dess organisatoriska tillhörighet ännu inte har kunnat lösas på ett tillfredsställande sätt. SBU påpekade (2004) i sin rapport om riskbedömningar att det är troligt att om ett nationellt kvalitetsregister för rättspsykiatri inrättas skulle detta kunna vara betydelsefullt för forskning och utveckling på området. Psykiatrisamordningen ser utvecklingen av kvalitetsregister där professionen utvecklar kvalitetsindikatorer och tar ansvar för att ta fram underlag för lokalt och nationellt utvecklingsarbete vara till gagn för en förbättrad vård.

Psykansvarskommittén fann för sin del att den föreslagna centrala samverkansnämnden för sin verksamhet borde ha tillgång till någon form av rättspsykiatriskt vårdregister. I likhet med kommittén anser Psykiatrisamordningen att ett sådant register är nödvändigt för att verksamheten skall kunna ledas och utvärderas på lämpligt sätt. Nyttan överstiger vida den eventuella extrainsats som registreringen av uppgifterna kan innebära lokalt.

Ett register för planering och uppföljning m.m. som här avses kommer utöver rena ”produktionsdata” att innehålla känsliga personuppgifter avseende bland annat diagnos, behandling och brott. Som framgått ovan hanteras sådana uppgifter redan i dag inom ramen för RMV:s verksamhet när det gäller de rättspsykiatriska undersökningarna. Uppgifterna i det tilltänkta vårdregistret kommer ur känslighetssynpunkt knappast att skilja sig från det nu befintliga registret på ett avgörande sätt. Fördelarna som går att vinna med registret, t.ex. en förbättrad samordning och uppfölj-

ning, är enligt Psykiatrisamordningens uppfattning långt större än de eventuella nackdelar som kan finnas för enskilda patienter.

Den närmare utformningen av vårdregistret och de åtgärder som kan behövas vidtas från integritetsskyddssynpunkt bör enligt Psykiatrisamordningen övervägas vidare av en organisationskommitté. Till kommitténs uppgift bör också höra att analysera avgränsningen av detta register mot det register som Socialstyrelsen önskar för tillsynsändamål och eventuella synergieffekter, t.ex i samband med inrapportering av uppgifter, mellan de föreslagna registren och möjligen det kvalitetsregister som är under planering inom den rättspsykiatriska professionen.

#### 14.4 Samordningsorganet skall utgöras av en myndighet

**Förslag:** Psykiatrisamordningen anser att övervägande skäl talar för att samordningsorganet skall utgöras av en statlig myndighet. Till myndigheten bör knytas en referensgrupp med företrädare för staten, landsting och kommuner samt brukarorganisationerna inom psykiatriområdet. En organisationskommitté bör få i uppdrag att analysera myndighetens dimensionering och kompetensbehov, ledning och lokalisering m.m.

**Skäl för förslaget:** Inrättandet och sammansättningen av ett nationellt organ med hög kompetens för samordning av utredning och vård av psykiskt störda lagöverträdare är, som framgått ovan, enligt Psykiatrisamordningens uppfattning en viktig komponent såväl i nuvarande som i ett reformerat straffrättsligt system. Det finns olika möjligheter när det gäller utformningen av ett sådant organ, t.ex. en nationell samverkansnämnd eller en myndighet. Båda alternativen utgår från att sjukvårdshuvudmännen, landstingen, även fortsättningsvis ansvarar för den rättspsykiatriska vården och att Socialstyrelsen har kvar tillsynsansvaret för vården.

##### *Alternativet samverkansnämnd*

Psykiatrisamordningskommittén förordade för sin del att en central rikstäckande samverkansnämnd skulle inrättas med företrädare för staten och sjukvårdshuvudmännen. Samverkansnämnden skulle ha överblick över och ett ansvar för samordning av den rättspsykiat-

riska vården på nationell nivå. En sådan nämnd bygger på att frågorna löses genom överläggningar och förhandlingar. Det stora osäkerhetsmomentet med en sådan lösning är enligt kommittén om nämnden inte uppnår koncensus och inte kan spela den roll för den centrala samordningen som det är tänkt. Å andra sidan menade kommittén att en beslutsordning som bygger på förhandlingar och överenskommelser innebär en större delaktighet i beslutsprocessen och en bättre förankring hos alla inblandade aktörer, vilket i sig förutsattes vara positivt för att genomföra de beslut som nämnden fattar.

För att kunna uppnå målet om en central samordning på riksplånet måste kunna säkerställas att nämnden har tillräckliga befogenheter och mandat för att kunna fatta och genomdriva de beslut som erfordras. Nämndens mandat skulle behöva förankras hos alla berörda parter och därför i stor utsträckning läggas fast i avtal mellan staten, sjukvårdshuvudmännen och kommunerna.

I nämnden skulle det enligt kommittén behöva finnas företrädare för t.ex. Socialstyrelsen, Kriminalvårdsstyrelsen, Rättsmedicinalverket och Statens institutionsstyrelse samt Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Dessutom borde brukarorganisationerna inom psykiatriområdet på lämpligt sätt vara representerade. Nämnden behöver också ha stöd av ett kansli med tillräcklig kompetens och kapacitet i de frågor som nämnden skall hantera. Psykansvarskommittén fann det naturligt att regeringen skulle utse nämndens ordförande eftersom det enligt förslaget var staten som genom en statsbidragsmodell skulle svara för finansieringen av den rättspsykiatriska vården.

Frågan om samverkansnämndens ställning och mandat är emellertid inte helt enkel att lösa. Någon offentligt rättslig form för stat och kommun att fatta beslut om gemensamma angelägenheter finns inte (Statskontoret, 1999). Psykansvarskommittén fann också att modellen med en central samverkansnämnd inte var lika robust som en myndighetsbaserad modell och förordade därför att en samverkansnämnd skulle inrättas på försök och ersättas av en mer renodlad myndighetsmodell om det senare skulle visa sig att nämnden inte kunde lösa de problem som finns.



*Alternativet med en myndighet*

Ett alternativ till en samverkansnämnd är en statlig myndighet. En fördel med detta alternativ är att en sådan har klara mandat och att det finns en uppodlad struktur för ett sådant alternativ. Även i alternativet med en statlig myndighet som ansvarig för utveckling och samordning, nationell kunskapsuppbyggnad, uppföljning och utvärdering m.m. av den rättspsykiatriska verksamheten ska ansvaret för den rättspsykiatriska vården, som nämnts, även fortsättningsvis åvila landstingen.

För att främja samverkan mellan den rättspsykiatriska utredningsverksamheten och den rättspsykiatriska vården ska myndigheten enligt Psykiatrisamordningens uppfattning ha det nationella ansvaret för båda dessa verksamhetsgrenar såsom tidigare framhållits. Själva myndighetskonstruktionen kan lösas på olika sätt. Ett alternativ är att foga det nationella ansvaret för den rättspsykiatriska vården till Rättsmedicinalverket och det ansvar som den myndigheten nu har för den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten. RMV/SKL-utredningen har, som tidigare nämnts, nyligen föreslagit att RMV:s verksamheter samordnas med de verksamheter som nu finns under Statens kriminaltekniska laboratorium (SKL) och bildar en ny myndighet, Forensiska institutet (FORI). Vid en sådan samordning kommer den rättspsykiatriska undersökningsverksamhetens särart i förhållande till övriga grenar inom RMV:s verksamhet att understrykas. Det förefaller i ett sådant alternativ, enligt Psykiatrisamordningens mening, som mer naturligt att bryta loss den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten från övrig RMV/SKL-verksamhet och bilda en samordnande myndighet enbart för all rättspsykiatrisk verksamhet.

Ytterligare ett alternativ är att inordna samordningsansvaret för den rättspsykiatriska verksamheten i Socialstyrelsens organisation under en särskild avdelning, nämnd eller ett institut. En sådan konstruktion skulle emellertid enligt Psykiatrisamordningens uppfattning komma att innebära en påtaglig obalans inom Socialstyrelsen genom att endast en (mindre) gren av vård- och omsorgsområdet ges en särställning inom organisationen. Dessutom är det inte okomplicerat att sammanföra utvecklings- och samordningsansvaret med det tillsynsansvar som traditionellt åvilar Socialstyrelsen. Övervägande skäl talar enligt Psykiatrisamordningen för alternativet med en särskild myndighet för det rättspsykiatriska utrednings- och vårdområdet. Vid ett genomförande av RMV/SKL-utredning-

ens förslag, där RMV och SKL slås samman till en myndighet, innebär Psykiatrisamordningens förslag ingen utökning av antalet myndigheter i förhållande till nuvarande antal.

Det förslag till myndighetsmodell som här föreslås skiljer sig från den myndighetsmodell som Psykansvarskommittén diskuterade. Kommitténs förslag byggde på att staten skulle upphandla platser för vården av landstingen och även svara för placering av enskilda patienter på den sjukvårdsinrättning som bäst tillgodoser den enskildes vårdbehov. En sådan placeringsfunktion bör enligt Psykiatrisamordningen inte vara en uppgift för den nationella samordningsmyndigheten utan alltjämnt åvila patientansvariga läkare. Myndigheten kan däremot mycket väl i samråd med berörda huvudmän och professionella företrädare diskutera fram lösningar som innebär att vissa enheter subspecialiseras och därför i första hand bör komma i fråga för vissa typer av patienter, t.ex. beroende på psykiatrisk problematik, typ av missbruk eller typ av brott.

Den av Psykiatrisamordningen föreslagna myndigheten är i första hand ett organ för stöd, service och samordning inom rättspsykiatri och närliggande områden. För att fungera väl krävs att den föreslagna myndigheten arbetar öppet och nära med berörda aktörer och så långt möjligt fattar beslut som är förankrade hos och accepterade av dessa. Till myndigheten bör därför en referensgrupp knytas med företrädare för i första hand Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting, Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse och brukarorganisationerna. Principiella frågor bör inför avgörandet diskuteras i gruppen, men aktörernas företrädare i gruppen bör även ha ansvar för att fattade beslut och framtagna kunskapsunderlag sprids och implementeras inom respektive organisation.

Psykiatrisamordningen föreslår att en organisationskommitté tillsätts med uppdrag att närmare utreda och lägga förslag kring de organisatoriska formerna för myndigheten, dess lokalisering, dimensionering och kompetensbehov m.m. samt att analysera avgränsningen av dess uppgifter gentemot Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsynsuppgifter. Organisationskommittén bör också som tidigare framhållits överväga den närmare utformningen av det nödvändiga vårdregister som krävs.

Rättspsykiatrisk utredning och vården av psykiskt störda lagöverträdare är områden som ligger inom såväl Socialdepartementets som Justitiedepartementets ansvarsområden. Frågan om under vilket departementsområde en myndighet för dessa verksamheter

skall hänföras är därför inte okomplicerad. Den rättspsykiatriska utredningsverksamheten skall ge ett medicinskt underlag för domstolens beslut och vården och rehabiliteringen av psykiskt störda lagöverträdare är en fråga för landsting och kommuner i dess egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst. Dessa faktorer kan enligt Psykiatrisamordningens uppfattning tala för att det nationella samordningsorganet bör knytas till Socialdepartementets område. Det faktum att den rättspsykiatriska utredningsverksamheten utgör en tydlig del av rättsväsendet och att vården, omhändertagandet och rehabiliteringen av de psykiskt störda lagöverträdare i första hand avser personer som dömts för brott kan å andra sidan tala för att samordningsorganet bör höra till Justitiedepartementets område.

Det slutliga ställningstagandet är givetvis en fråga för regeringen och Psykiatrisamordningen lägger inte något förslag i denna del. Psykiatrisamordningen anser emellertid det nödvändigt med en nära samverkan inom regeringskansliet vid beredning av hithörande frågor.

#### 14.5 Staten bör medverka till finansiering av rättspsykiatrin

**Förslag:** För att utredning, vård och omhändertagande av de psykiskt störda lagöverträdarna skall fungera på ett tillfredsställande och över hela landet likartat sätt krävs enligt Psykiatrisamordningens uppfattning att staten tar ett ökat ansvar för medfinansiering av vården av psykiskt störda lagöverträdare. Psykiatrisamordningen föreslår att staten bidrar till finansieringen av utvecklingen av vård och rehabilitering till psykiskt störda lagöverträdare samt att formerna härför regleras i en särskild lag.

**Bedömning:** Den föreslagna lagen kan behöva kompletteras med en förordning som anger omfattningen av det statliga bidraget.

**Skäl för förslaget:** Staten svarar genom RMV för finansieringen av den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten, 120 miljoner kronor år 2005, medan landstingen i sin egenskap av sjukvårdshuvudmän svarar för finansiering av den rättspsykiatriska vården. Enligt de uppskattningar som redovisats i avsnitt 3 ovan kos-

tar denna vård sjukvårdshuvudmännen omkring 1,6 miljarder kronor per år. I genomsnitt motsvarar detta omkring 190 kronor per invånare och år, men variationerna mellan olika huvudmän är stora vilket framför allt beror på skillnader i antalet patienter som är under rättspsykiatrisk vård. I de angivna siffrorna ingår inte de kostnader för psykiskt störda lagöverträdare som avser kriminalvårdens och socialtjänstens insatser.

Såväl Psykansvarskommittén som andra bedömare, t.ex. flera av de verksamhetschefer och chefsöverläkare som besvarat Psykiatrisamordningens enkät, har uttalat sig för att staten bör överta ansvaret för finansieringen av den rättspsykiatriska vården. Riksdagen har till Regeringen framfört önskemålet om att regeringen skyndsamt utreder hur hela eller delar av det finansiella ansvaret för den rättspsykiatriska vården skulle kunna övergå till staten (Socialutskottets betänkande 2005/06:SoU 6, Psykiatri).

Motiven till varför staten skulle finansiera just denna vårdform till skillnad från all annan hälso- och sjukvård är flera. Det främsta skälet är att den rättspsykiatriska vården utgör en straffrättslig påföljd och att staten har kostnadsansvaret för rättssystemet och de påföljder som utdöms utom just när det gäller rättspsykiatrisk vård. Till skillnad från all annan vård är det staten som beslutar om vilka personer som skall ges rättspsykiatrisk vård och, när det gäller sådan vård som ges med särskild utskrivningsprövning, även när patienten kan skrivas ut från vården.

Frågan om finansieringsansvaret för rättspsykiatrin har varit aktuell länge, men har intensifierats under senare år då de rättspsykiatriska patienterna kommit att ta upp en allt större del av de sammanlagda resurser som sjukvårdshuvudmännen har avsatt för psykiatrisk vård främst genom de successivt ökande vårdtiderna. I den allmänna debatten har framhållits att rättspsykiatrin "tar resurser från annan psykiatrisk vård". En sådan synpunkt skulle givetvis vara korrekt om den totala resursen för psykiatrisk vård vore konstant och given en gång för alla. Men så är inte fallet. Som Psykiatrisamordningen påpekat i annat sammanhang (Psykiatrisamordningen, 2004) så har psykiatrins andel av hälso- och sjukvårdens sammanlagda resurser sjunkit under den senaste tioårsperioden och antalet vårdplatser har fortlöpande reducerats. Mot denna bakgrund är det mindre förvånande att rättspsykiatrins andel av de totala resurserna för psykiatrisk vård, i ekonomiska och vårdplatsmässiga termer, ökat väsentligt. Rättspsykiatriska patienter belägger numera drygt hälften av de disponibla platserna för psykiatrisk

tvångsvård och närmare en fjärdedel av samtliga vårdplatser inom psykiatrin.

Psykiatrisamordningen delar, från principiella utgångspunkter, uppfattningen att staten bör svara för de kostnader som följer av det straffrättsliga systemet och alltså svara för kostnaderna för påföljden rättspsykiatrisk vård. Samtidigt finns det skäl att konstatera att anledningen till att domstolen väljer denna påföljd är att gärningsmannen lider av en allvarlig psykisk störning och är i behov av sluten psykiatrisk vård. Skälen till att staten bör ta ansvar för finansieringen av den vården är att den rättspsykiatriska vården i sig rymmer både den psykiatriska vårddelen och den mer straffrättsligt motiverade samhällsskyddsaspekten. Den senare gör sig särskilt gällande när det är fråga om rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning.

Av de 380 gärningsmän som överlämnats till rättspsykiatrisk vård per år under de senaste åren förenades domen med särskild utskrivningsprövning i 70 procent av fallen (Brottsförebyggande rådet, 2005). Enligt Socialstyrelsens senaste inventering av den psykiatriska tvångsvården fanns 938 ineliggande rättspsykiatriska patienter, varav 825 var överlämnade till sådan vård med särskild utskrivningsprövning och 70 utan särskild utskrivningsprövning. Härutöver fanns 43 patienter från kriminalvården (häktade och dömda) inom rättspsykiatrin vid inventeringen. Som tidigare redovisats skiljer sig vårddiderna väsentligt mellan olika patienter, men även beroende på om vården förenats med särskild utskrivningsprövning eller inte. Den genomsnittliga vårddiden i sluten vård för den förra gruppen kan uppskattas till drygt tre år, medan den i den andra gruppen kan uppskattas till sju–åtta månader. Skillnaden beror sannolikt i huvudsak på att länsrätten inte godtar en utskrivning till följd av risk för återfall i brott eller att den sociala situationen för patienten inte är ordnad på ett godtagbart sätt, men kan även sammanhålla med vissa skillnader i vårdbehov mellan den grupp som överlämnats till vård med särskild utskrivningsprövning och den grupp för vilken vården inte förenats med sådan prövning.

Under antagandet att skillnader i vårddid mellan dem som har en dom som är förenad med särskild utskrivningsprövning och andra rättspsykiatriska patienter helt motiveras av samhällsskyddsskäl skulle tiden för att genomföra vården för samtliga överlämnade kunna omfatta i genomsnitt sju–åtta månader. Detta skulle innebära ett ”behov” av omkring 250 vårdplatser i stället för de 895 vårdplatser som nu används för rättspsykiatrisk vård av överläm-

nade patienter. Detta skulle i sin tur minska kostnaderna för den rättspsykiatriska vården med omkring 940 miljoner kronor till 660 miljoner kronor, allt annat lika. Nu är det ju möjligt, eller sannolikt som nämnts ovan, så att de patienter som överlämnas till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning genomsnittligt är sjukare och har behov av längre vårdtider än övriga rättspsykiatriska patienter, men i brist på underlag som beskriver patienternas varierande vårdbehov och behov av psykiatriska och andra stödinsatser saknas möjlighet att göra en mer förfinad analys av dessa förhållanden.

Psykiatrisamordningen kan mot bakgrund av vad som redovisats ovan konstatera att om staten skulle gå in för att finansiera hela den rättspsykiatriska vården skulle statens kostnader för verksamheten uppgå till omkring 1,6 miljarder kronor. Om statens finansiering endast skulle avse merkostnaden som motiveras av brottets karaktär och samhällsskyddsaspekter skulle beloppet bli omkring 940 miljoner kronor.

Även om den kommunala finansieringsprincipen (Finansdepartementet, 2004) inte är direkt tillämplig på en förändring i enlighet med ovan så är det rimligt att anta att hänsyn kommer att tas till effekterna av ovanstående förändring vid bedömning av nivån på statens bidrag till landstingen. Detta torde innebära att motsvarande belopp i båda fallen överförs från landstingen till staten inom ramen för det allmänna transfereringssystemet (skatteväxling). En sådan överföring sker i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen vid ett enda tillfälle i den pris- och volymnivå som gäller när förändringen träder i kraft. Någon retroaktiv reglering görs inte. Skulle ett regleringsbelopp i efterhand i väsentlig grad visa sig vara felaktigt, ”får detta beaktas senare i samband med bedömningen av det skattefinansierade utrymmet för kommunsektorn och fastställandet av statsbidragsramen”.

Baksidan med en omfördelning av kostnaderna mellan landstingen och staten enligt ovan från landstingens utgångspunkt är att det minskar landstingens handlingsfrihet när det gäller verksamhetens utformning och prioritering mellan olika verksamhetsformer. Det som skulle vinnas med en sådan ordning för statens del är att villkor skulle kunna knytas till utbetalning av ersättning för utförda prestationer. En sådan ordning, alltså där ekonomiskt stöd kopplas till vad insatserna åstadkommer, är i linje med Psykiatrisamordningens uppfattning om verkningsfulla styrmedel i kombination

med öppna och jämförbara redovisningar, metodstöd, kunskapsstyrning och aktiv tillsyn.

En ytterligare möjlighet, utöver ovan angivna, är att staten tillför ett särskilt bidrag för utvecklingen av rättspsykiatri, t.ex. motsvarande 15 eller 20 procent av huvudmännens kostnader för denna vårdform. Detta skulle innebära ett tillskott för verksamheten i storleksordningen 250–350 miljoner kronor. Villkoren för att landsting och kommuner skulle komma att få tillgång till dessa medel skulle vara att dessa gynnar en önskvärd utveckling av verksamheten i enlighet med gemensamt mellan staten och Sveriges kommuner och landsting fastlagda mål.

Några insatser som skulle kunna vara kopplade till erhållande av ersättning är t.ex. i vilken mån som vårdgivaren utöver psykiatrisk vård också har program som syftar till att förhindra att patienten begår nya brott. Andra sådana krav skulle kunna vara att

- sjukvårdshuvudmannen kontinuerligt rapporterar nödvändiga uppgifter för ledning och uppföljning av rättspsykiatri,
- rättspsykiatri inom landstingsområdet svarar för bedömning och vård av psykiskt störda som är intagna inom kriminalvården och ansvarar för dem som är dömda till skyddstillsyn med föreskrifter om öppen psykiatrisk vård,
- att rättspsykiatri utgör ett kunskapscentra för riskbedömning, identifiering och omhändertagande av aggressiva psykiskt störda patienter inom området,
- att rättspsykiatri bedriver och har program för utredning och behandling av alkohol- och annat drogmissbruk för de patienter som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård,
- att rättspsykiatri har team som vägleder (lotsar) patienter rätt i systemet i samband med och en tid efter utskrivningen
- att en aktiv vårdplanering genomförs, dokumenteras och följs upp tillsammans med kommunen m.fl. aktörer.
- att det finns överenskommelser med berörda kommuner om hur omhändertagandet bör organiseras efter slutenvårdsperioden,
- att kommunerna har adekvata boende- och sysselsättningsalternativ för att ta hand om utskrivna patienter.

Vid uppfyllande av de tre sistnämnda punkterna skulle en mindre eller större del av ersättningen kunna tillfalla kommunen.

Vid en statlig finansiering bör det ankomma på den ovan föreslagna myndigheten för rättspsykiatri att svara för att, efter dis-

kussion i den föreslagna referensgruppen, formulera villkoren och att följa upp hur verksamheten utvecklas samt svara för utbetalning av beloppen. Rättsmedicinalverket har nu motsvarande uppgifter för den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten. Psykiatrisamordningen lämnar ett förslag till ny lag som reglerar formerna och förutsättningarna för erhållande av det statliga bidraget till finansiering av vård och rehabilitering av psykiskt störda lagöverträdare.

Den föreslagna lagen behöver kompletteras antingen med en förordning som anger det statliga bidragets omfattning eller av att beloppet anges i det regleringsbrev som gäller för den utbetalande myndigheten. Psykiatrisamordningen föreslår att det totala beloppet uppgår till 300 miljoner kronor i nuvarande penningvärde och uppräknas t.ex. var tredje år med hänsyn till den allmänna prisutvecklingen. De praktiska frågorna kring uppföljning och utbetalning av ersättningen kan behöva utredas ytterligare. Psykiatrisamordningen återkommer till detta i senare avsnitt.

## 14.6 Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsyn

**Bedömning:** Socialstyrelsens och länsstyrelsernas tillsyn över kvalitet och innehåll i de landstingskommunala och primärkommunala verksamheter behöver förstärkas när det gäller omhändertagandet av psykiskt störda eller funktionshindrade lagöverträdarna oavsett var i samhället dessa befinner sig.

**Skäl för bedömningen:** En väl fungerande hälso- och sjukvård och socialtjänst är av grundläggande betydelse för välfärden och för människors trygghet. För den enskilde är tillgången till en rättssäker och god vård och omsorg avgörande för tilltron till samhällets sätt att fungera och ett rättmätigt krav.

Den enskilde medborgaren är så gott som alltid i ett betydande underläge i förhållande till vårdgivarna och har särskilt inom hälso- och sjukvården oftast svårt att värdera konsekvenserna av olika behandlingsalternativ och insatser. Inte minst gäller detta inom det psykiatriska området och den ofta marginaliserade grupp personer som de psykiskt störda lagöverträdarna utgör.

Rättspsykiatrin är en kontroversiell och svår verksamhet som verkar inom två olika paradigmer: det medicinska, som utgår från HSL, och det juridiska påföljdssystemet, som utgår från brottsbal-



ken. Lindqvist (2002a) framhåller att den rättspsykiatriska vården förvaltar makt och slutenhet på uppdrag av samhället, något som måste balanseras av självkritik och öppenhet. Såväl patienträttigheter som samhällets skyddsbehov måste bevakas i en demokratisk och humanitär anda liksom respekten för de etiska regelverk som reglerar såväl medicinsk verksamhet som kriminalvård. Inte ens inom kriminalvården är den enskilde så utsatt som inom rättspsykiatri där frihetsberövandet inte är tidsbegränsat och förutsägbart.

Risken för övergrepp och kränkningar av olika slag och konsekvenserna av sådana händelser är sannolikt större inom den psykiatriska tvångsvården än inom andra delar av hälso- och sjukvården där den vårdsökande har större möjligheter att söka sig till annan vårdgivare vid bristande bemötande. Till detta kommer att rättspsykiatri ofta är placerad på mindre orter i utkanten av det som en gång var de gamla mentalsjukhusens marker och vården bedrivs inte sällan i omoderna lokaler och av personal som inte alltid har den bästa utbildningen eller yrkeserfarenhet för sina uppgifter. Liksom inom många andra arbetsplatser i samhället skapas inom en institution för tvångsvård värderingar och mer eller mindre uttalade regler om vad som ska gälla i relationen mellan patienter/klienter och personal. Genom den relativa slutenhet och brist på insyn som sådana institutioner ofta har kan det finnas risker för att en anda sprider sig och får fäste som inte är i linje med de ambitioner och krav som vare sig patienter eller samhället i övrigt ställer.

Under arbetets gång har Psykiatrisamordningen fått indikationer i form av brev, e-post och telefonsamtal på att allt inte står rätt till överallt när det gäller hur patienter, och även underställd personal, bemöts. De som påtalat detta har ofta till följd av sin beroendeställning inte ansett sig kunna anmäla detta till berörda myndigheter eller de ansvariga för vården.

Som tidigare framgått har Socialstyrelsen och länsstyrelserna ett långtgående ansvar för att se till att vården och omsorgen bedrivs på ett tillfredsställande och rättssäkert sätt inom respektive område – hälso- och sjukvård respektive socialtjänst. En brist i den hittillsvarande tillsynsverksamheten är dock enligt Psykiatrisamordningen att någon närmare granskning av de problem som inledningsvis berördes inte sker vare sig från Socialstyrelsens eller länsstyrelsernas sida, utom i de fall där anmälan om uppenbar olämplighet till följd av missbruk eller psykisk sjukdom eller grav oskicklighet har gjorts.

Socialstyrelsen har tidigare (1997) lämnat ett förslag till regeringen med önskan om att ett uppdrag skulle ges till styrelsen att utöva omfattande tillsyn av att de mänskliga rättigheterna respekteras i psykiatri. Psykiatrisamordningen delar uppfattningen att en utökad tillsyn med den nämnda inriktningen är angelägen. Ett annat område som kräver särskilda tillsynsinsatser är samverkansfrågorna mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården, inte minst i samband med permissioner och utskrivningar från den rättspsykiatriska vården.

Psykansvarskommittén anförde för sin del att Socialstyrelsen borde tilldelas ytterligare 10 miljoner kronor för tillsynsfrågor inom det rättspsykiatriska området. Ett sådant tillskott torde innebära 10–15 kvalificerade handläggare för tillsyn inom detta område. Med ett sådant tillskott borde enligt Psykiatrisamordningens uppfattning förutsättningar finnas för återkommande granskningar på initiativ av styrelsen avseende eventuella missförhållanden motsvarande dem som berörts ovan. Ett tillskott även till länsstyrelserna för en mer aktiv tillsyn av hur kommunerna hanterar frågor kring de psykiskt störda lagöverträdarna synes också vara motiverat.

D

KONSEKVENSRÅGÖR OCH  
IMPLEMENTERING

## 15 Resursmässiga frågor och finansiering

Enligt direktiven (2003:133) skall Psykiatrisamordningen uppmärksamma personalförsörjningsfrågan och bedöma verksamhetens resursbehov. De ekonomiska konsekvenserna av förslagen skall analyseras och förslag på finansiering lämnas om kostnadsökningar bedöms bli aktuella. Samordnaren skall också beakta hur de förslag som redovisas inverkar på kommunernas och landstingens självstyrelse. Vidare skall samordnaren redovisa förslagets betydelse för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet.

### 15.1 Rekryteringsmöjligheter och personalens kompetens

<p><b>Bedömning:</b> Möjligheterna att på ett positivt sätt genomföra de intentioner och förslag som Psykiatrisamordningen lagt fram beror i hög grad av tillgången på personal med rätt kompetens och inställning när det gäller att arbeta med gruppen psykiskt störda lagöverträdare. Ansvar för rekrytering och kompetensfrågor åvilar berörda huvudmän.</p>
--

**Skäl för bedömningen:** Bristen på kompetent personal i tillräcklig omfattning kan vara en begränsande faktor för ett genomförande av önskvärda förändringar. Redan nu finns betydande rekryteringsproblem såväl när det gäller kvalificerad personal till den psykiatriska vården, främst läkare, som till den kommunala omsorgen om psykiskt funktionshindrade. Kraven på ökad och mer specialiserad kompetens hos olika personalgrupper har ökat inom kommunernas vård och omsorg. Svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens gäller förutom läkare och psykologer även sjuksköterskor och annan personal, inte minst på arbetsledande nivå.

Kompetensen och kanske möjligheterna inom den öppna psykiatriska vården, missbruksvården och socialtjänsten att ta sig an de psykiskt störda lagöverträdarna, som ofta även har en svårhanterlig personlighetsstörning och missbrukar såväl alkohol som andra droger, står inte alltid i paritet med vad som skulle vara önskvärt eller optimalt för att hjälpa dessa att bryta ett destruktivt och kriminellt beteende. Det är ingen lätt grupp att ta om hand och den ställer stora krav på engagemang och tålamod. För ett positivt genomförande av intentionerna behövs nyrekrytering av personal i första hand till den öppna psykiatriska vården och socialtjänstens gruppboenden av olika slag. Dessutom behövs en bred satsning på fortbildning för ökad kompetens och en attitydförändring inom berörda verksamheter som underlättar för de psykiskt störda lagöverträdarna att få, och hålla, kontakt med samhällets olika stödfunktioner. Ett sådant arbete kräver ett gemensamt engagemang och kommer att kosta såväl tid som ekonomiska resurser, men är nödvändigt för att Psykiatrisamordningens intentioner skall kunna genomföras med ett positivt resultat. De kostnader i form av återfall i sjukdom, lidande och förnyad brottslighet som ett misslyckande innebär, såväl för brottslingen som för dennes brottsoffer, rättsväsendet och för samhället i stort, är betydande.

Det finns en brist på högutbildad personal, främst läkare och specialistutbildade sjuksköterskor, inom den psykiatriska vården generellt. Detta gäller även på många håll inom den rättspsykiatriska vården medan möjligheterna att rekrytera annan personal i allmänhet är goda.

För att kunna attrahera tillräckligt med kompetent personal krävs att den erbjudna arbetsmiljön är av god kvalitet och att förutsättningarna för att göra ett bra arbete finns. I detta ligger att personalen måste kunna känna trygghet i arbetet vilket, utöver tillräckligt med kunskap för arbetsuppgiften, kräver att åtgärder vidtagits för att den fysiska säkerheten för såväl personal som intagna så långt möjligt är tillgodosedd. För detta krävs bland annat frihet från vapen, andra tillhyggen och droger.

En god arbetsmiljö förutsätter också att det finns en tillräckligt stor grupp som kan dela på den kliniska arbetsbördan, backa upp vid ledigheter och ge tid för fortbildning och FoU-verksamhet. De små enheterna, med bara någon enstaka befattningshavare på varje kvalificerad nivå är extremt sårbara och har svårt att klara verksamheten vid innehavarens sjukdom eller annan bortavaro. En alltför liten medarbetarstab verkar också avskräckande på nya yngre

kollegor och är kontraproduktivt för rekryteringen av nya medarbetare. För att så långt möjligt hushålla med den knappa resurs som den rådande läkartillgången utgör inom rättspsykiatri kan det finnas skäl att förutsättningslöst, om än inom lagens ram, diskutera såväl den organisatoriska strukturen som fördelningen av uppgifter och ansvar som finns inom verksamheten.

Möjligheterna att rekrytera personal är beroende av flera faktorer, bland annat läget på arbetsmarknaden, den landstingskommunala och primärkommunala ekonomin och villkoren inom berörda sektorer. Tillgången på ekonomiska resurser och kvalificerad personal styr i hög grad ambitionsnivån hos dem som har att ge innehåll åt verksamheten och skapa de förutsättningar för vård, behandling och omhändertagande som svarar mot varje individs behov, vilket i sin tur styr kostnaderna för verksamheten. Psykiatrisamordningen återkommer nedan till en bedömning av de ekonomiska konsekvenserna av framlagda förslag.

Rekrytering av personal med lämplig kompetens är givetvis en fråga för respektive huvudman. Detsamma gäller fortbildning av personalen och att se till att denna ständigt får tillgång till aktuell kunskap, nya och förbättrade metoder och arbetssätt m.m. Ansvaret för grundutbildning faller på det allmänna skolsystemet, universitet och högskolor. De senare är aktörer med stor frihet och självständighet när det gäller att tillskapa utbildningsvägar och kurser efter de behov som arbetsmarknaden anser sig ha. Sjukvårdshuvudmän och kommuner bör aktivt verka för att lämpliga kursprogram för utveckling av omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare kommer till stånd. Inom ramen för Psykiatrisamordningen har ett särskilt projekt i uppgift att tillsammans med tre universitet/högskolor planera för en sådan utbildning. Projektet kommer att presenteras våren 2007. En fördjupad diskussion om kompetens- och rekryteringsfrågor kommer också att föras i Psykiatrisamordningens kommande slutbetänkande.

## 15.2 Ekonomiska konsekvenser

**Förslag:** Psykiatrisamordningen föreslår att särskilda medel avsätts dels för genomförande av de förslag som lämnats när det gäller nationell samordning, inklusive förstärkt tillsyn, och införande av särskilda enheter för omhändertagande av vissa gärningsmän med utvecklingsstörning, autism och liknande tillstånd, dels för att öka möjligheten att nå de mål avseende utvecklingen inom området vård och stöd för omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare som Psykiatrisamordningen förordar.

**Skäl för förslaget:** Som framgått tidigare i detta betänkande finns det brister i utbud och kvalitet i insatserna på vissa håll och skillnaderna i hur vården bedrivs är stora mellan olika landsting och kommuner. Psykiatrisamordningen har i annat sammanhang (2006c) konstaterat att utbudet inte alls motsvarar behoven. Det gäller t.ex. tillgången till rehabiliterande insatser, insatser till personer som har en psykisk sjukdom och som samtidigt missbrukar, samt på flera håll också utbudet av boende- och sysselsättningsinsatser. Detta gäller inte minst i samband med vård och rehabilitering av de psykiskt störda lagöverträdarna.

De ekonomiska konsekvenserna av ett genomförande av Psykansvarskommitténs förslag har tidigare redovisats såväl i kommitténs betänkande *Psykisk störning, brott och ansvar* (SOU 2002:3) och av Justitiedepartementet (2003). Den för nämnda instanser gemensamma bedömningen är att genomförandet kan ske inom i huvudsak oförändrad samhällsekonomisk ram, men ställer krav på betydande omfördelning av kostnaderna mellan stat, landsting och kommuner. De ekonomiska konsekvenserna av ett genomförande av Psykiatrisamordningens förslag om införande av en ny reglering avseende öppen vård med särskilda villkor har redovisats i det till regeringen överlämnade förslaget. Enligt det överlämnade förslaget anser Psykiatrisamordningen att landstingens kostnader successivt kommer att minska som en följd av förslaget, men att en viss ökning av kostnaderna kan förutses för kommunerna. I det följande uppskattas de ekonomiska konsekvenserna av i detta betänkande framlagda förslag.

*Överlämnande av vissa personer med utvecklingsstörning m.fl.*

Psykiatrisamordningen har i avsnitt 9.3 föreslagit att personer med utvecklingsstörning, autism, autismliknande tillstånd eller förvärvad hjärnskada i förening med psykisk störning av domstolen skall kunna överlämnas till landstingen. Ett sådant överlämnande skulle förutsätta samtidig psykisk störning men inte att kravet på allvarlig psykisk störning är uppfyllt. De dömda skulle vårdas i små enheter i anslutning till vissa rättspsykiatriska enheter.

Omhändertagande av denna grupp personer ställer stora krav på kompetens och resurser, särskilt som den bör bedrivas småskaligt och utifrån de individuella problem och behov som dessa personer har.

Psykansvarskommittén bedömde, med anledning av sitt förslag till slutet boende som en särskild verkställighetsform för en del av den grupp av lagöverträdare som här avses, att omkring 15 personer per år skulle bli aktuella för denna vårdform, men att vårddagskostnaden skulle komma att bli hög. Merkostnaden för införande av slutet boende bedömdes till 85 miljoner kronor. I Justitiedepartementets konsekvenspromemoria (2003) bedömdes vårdplatsbehovet till 90 platser och kostnaderna till 130 miljoner kronor, varav 70 miljoner kronor avsåg kostnaderna för dessa personers verkställighet av fängelsestraff och resterande av såg kostnaderna för fortsatt omhändertagande med anledning av den av kommittén föreslagna påföljden samhällsskyddsåtgärd.

Psykiatrisamordningens förslag skiljer sig på ett avgörande sätt från Psykansvarskommitténs. Enligt Psykiatrisamordningens förslag ska gärningsmän som lider av en utvecklingsstörning, autism eller liknande störning samt av en psykisk störning, med utgångspunkt från dagens straffrättsliga system, av domstol kunna överlämnas till rättspsykiatrisk vård.

Enligt uppgift från Rättsmedicinalverket för år 2005 bedömde det rättspsykiatriska undersökningsteamet att 18 personer i första hand led av en utvecklingsstörning. Av dessa bedömdes drygt hälften, tio, även lida av en allvarlig psykisk störning. Av de återstående hade åtta personer en psykisk störning som dock inte betecknades som allvarlig i lagens mening. Av dessa dömdes tre personer till fängelse. Det är dessa personer, samt personer med autism och liknande störningar i förening med psykisk störning, som förslaget tar sikte på. Totalt torde den aktuella gruppen uppgå till omkring tio personer per år.



Bland de gärningar som dessa gärningsmän åtalades och dömdes för 2005 märks ett mord och ett rån, flera fall av misshandel, sexuella övergrepp i form av våldtäkt eller utnyttjande av minderårig, flera egendomsbrott samt ett fall av rattfylleri. Flertalet av de brott som dessa personer åtalats för skulle vid ett överlämnande till rättspsykiatrisk vård komma att förenas med särskild utskrivningsprövning.

För flertalet patienter kommer samhällliga insatser att krävas under lång tid. I huvudsak åvilar detta ansvar den primärkommunala verksamheten. Dessa insatser ges ofta i kommunala eller privata gruppboende. Det är nödvändigt att kommunerna tidigt tas med i planeringen av det fortsatta omhändertagandet av den intagne.

Med utgångspunkt från gällande medelvårdtider för samtliga som överlämnas till rättspsykiatrisk vård och erfarenheterna från den tidigare verksamheten vid den rättspsykiatriska specialenheten i Sala är en medelvårdtid på mellan tre och fem år realistisk för den grupp av patienter som det går att ordna lämpliga betingelser för i hemkommunen. En sådan vårdtid skulle innebära ett behov av omkring 40 vårdplatser. Med en vårddagskostnad motsvarande i genomsnitt 5000 kronor till följd av den höga personalitet som erfordras skulle de totala kostnaderna för denna vårdform kunna uppskattas till omkring 70 miljoner kronor. Eftersom det är fråga om en ny uppgift för landstingen bör staten svara för uppkomna merkostnader. En mindre del av denna kostnad kan återtäckas genom att kriminalvården avlastas omhändertagandet av en resursmässigt krävande grupp intagna. Den under 2005 utdömda vårdtiden för de 10 uppgår till omkring 36 fängelseår. Med en antagen dygnskostnad på 2000 kronor per plats innebär ett genomförande av förslaget en besparing för kriminalvården på närmare 20 miljoner kronor vid frigivning efter två-tredjedelar av strafftiden, d.v.s. en nettokostnadsökning för staten på 50 miljoner kronor. Även kommunerna avlastas vissa kostnader för gruppen genom att vårdtiderna kan förväntas bli genomsnittligt längre än den tid i fängelse som annars skulle ha blivit fallet. (Skillnaderna i exemplet för 2005 års dömda utgör 20 personår).

*Presumtion för förordnande i om § 7-intyg vid vissa typer av brott*

Psykiatrisamordningens förslag till ändring i § 7 lagen om personutredning i brottmål m.m. kan komma att leda till en ökning av antalet § 7-intyg med i storleksordningen 700 intyg per år. Kostnaden för ett sådant läkarintyg uppgår till omkring 5500 kronor. Kostnadsökningen skulle således komma att uppgå till omkring fyra miljoner kronor per år. Härtill kommer att ett utökat antal § 7-intyg med största sannolikhet skulle komma att leda till behov av något fler rättspsykiatriska undersökningar, RPU. Med utgångspunkt från att vart femte av dessa § 7-intyg resulterar i en RPU skulle den totala kostnadsökningen till följd av förslaget bli omkring 30 miljoner kronor – ett belopp som skulle behöva tillföras anslaget för Rättsmedicinalverket.

*Landstingets ansvar för psykiatrisk vård för häktade och dömda m.fl. samt för utredning, vård och behandling av missbruk för rättspsykiatriska patienter.*

De förslag som Psykiatrisamordningen framlägger i avsnitt 10.1 och 10.2 avseende landstingets ansvar för psykiatrisk vård för häktade och dömda m.fl. respektive för utredning, vård och behandling av missbruk för rättspsykiatriska patienter innebär formellt sett inte att några nya uppgifter läggs på vare sig kommuner eller landsting. De förslag till förtydliganden i lagstiftningen som lämnas utgår således från att den nuvarande uppgiftsfördelningen och ansvaret bibehålls. Förslagen har således inga negativa kostnads-mässiga konsekvenser för staten. Sannolikt kan Kriminalvården och SiS's institutioner i stället besparas en del utgifter för konsultläkare när sjukvårdshuvudmannen infriar sina åtaganden fullt ut.

*Mellanvårdsform i landstingets regi*

Psykiatrisamordningen har i avsnitt 11.6 föreslagit att en särskild boendeform inrättas inom ramen för landstingens verksamhet för vissa patienter som är i behov av längre tids omhändertagande, men där det dagliga behandlingsbehovet är litet. Införandet av en sådan vårdform innebär att patienter som nu befinner sig på rättspsykiatriska avdelningar skulle kunna överföras till mer boendeliknande enheter och där troligen tas om hand till en lägre kostnad än de

som gäller vid de rättspsykiatriska avdelningarna. En sådan ordning innebär således sannolikt en viss driftkostnadsbesparing för berörda sjukvårdshuvudmän. Förslaget föranleder inga ökade kostnader för staten.

#### *Nationell samordning m.m.*

Psykiatrisamordningen har i avsnitt 14.1–14.4 föreslagit att ett nationellt samordningsorgan inrättas för den rättspsykiatriska utredningsverksamheten och vården i form av en myndighet och skisserat de uppgifter som bör åvila myndigheten. Ett sådant organ behöver givetvis ha ett kansli som är bemannat med kvalificerad personal för att kunna utveckla och leda verksamheten på ett kompetent sätt. Utan att föregripa den kommande organisationsutredning som Psykiatrisamordningen föreslagit kan en översiktlig uppskattning vara att kansliet bör omfatta omkring 25 medarbetare med kompetens inom områdena, ledning, planering, ekonomi och juridik m.m. Medel behövs också för lokaler, drift och genomförande av de aktiviteter som krävs för att kunna bedriva kvalificerad kunskapsutveckling, uppföljning (inkl. vårdregister), information m.m. Myndigheten behöver också ha utrymme för att stödja och initiera forsknings- och utvecklingsarbete.

I avsnitt 14.6 har Psykiatrisamordningen förordat en utökad tillsyn för det rättspsykiatriska området. För det nationella samordningsorganet och den förordade förstärkningen av tillsynen är sannolikt ett årligt medelsbehov på omkring 50 miljoner kronor nödvändigt. En mindre del av detta belopp kan frigöras från RMV genom att ansvaret för den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten överförs till det föreslagna nationella samordningsorganet.

#### *Staten bör medverka till finansiering av rättspsykiatrin*

Psykiatrisamordningen har i avsnitt 14.5 föreslagit att staten bör svara för en del av finansieringen av den rättspsykiatriska vården. Syftet med detta är att förbättra förutsättningarna för vård och stöd till de psykiskt störda lagöverträdarna och öka förutsättningarna för en ökad och likvärdig kvalitet oavsett var denna vård äger rum. Som anförts är en möjlig väg att genom skatteväxling överföra medel från landstingen till staten motsvarande kostnaderna för en

större eller mindre del av de nuvarande kostnaderna för den rättspsykiatriska vården och att sedan återföra dem till landstingen på ett sätt som borgar för att verksamheten har förutsättningar att uppnå de nationella mål som eftersträvas.

Psykiatrisamordningen bedömning är emellertid att en sådan skatteväxling inte är tillräcklig för att få de önskade insatserna till stånd. För att de i rapporten angivna målen skall kunna uppnås krävs en sådan ambitionshöjning att det enligt Nationell psykiatrisamordnings uppfattning är rimligt att staten tillför ytterligare medel för förstärkning av insatserna för psykiskt störda lagöverträdare. För att få en önskvärd effekt anser Psykiatrisamordningen att detta belopp bör uppgå till omkring 300 miljoner kronor, d.v.s. i storleksordningen 15–20 procent av de kostnader som landsting och kommuner nu har för vård och rehabilitering av psykiskt störda lagöverträdare. Ett villkor för dessa medel är att de verkligen kommer nämnda ändamål till godo och inte utnyttjas av huvudmännen till indragning av egna medel för verksamheten. Medlen bör därför fördelas i enlighet med de principer som angivits i avsnittet 14.5 och med stöd av den särskilda lag som föreslås av Psykiatrisamordningen.

#### *Övriga bedömningar*

Utöver de här nämnda och kostnadsberäknade förslagen gör Psykiatrisamordningen en rad bedömningar som framför allt rör den rättspsykiatriska vårdens ansvar och uppgifter. Psykiatrisamordningen bedömer också att den traditionella slutna rättspsykiatriska vården på sikt sannolikt kommer att reduceras, bland annat som en följd av genomförande av tidigare framlagt förslag Om öppen vård med särskilda villkor. Ett genomförande av Psykansvarskommittén förslag kommer av allt att döma verka i samma riktning.

Nationell psykiatrisamordning anser att de ekonomiska och personella resurser som kan komma att frigöras inom rättspsykiatrin vid en begränsning av vårdplatsantalet bör användas för att främja den utveckling som diskuterats i detta betänkande, men även för att förstärka den psykiatriska vården i sin helhet. Det finns flera indikationer på att den sedan länge pågående minskningen av antalet vårdplatser för frivillig psykiatrisk vård på flera håll nu nått, eller närmar sig, en nivå som inte är försvarbar. Bristen på vårdplatser har lett till en situation där psykiskt störda personer avvisats och

kort därpå begått brott, vilket lett fram till domstolens beslut om överlämnande till rättspsykiatrisk vård. Det är givetvis inte acceptabelt att någon skall behöva begå ett allvarligt brott för att kunna få ett adekvat omhändertagande. Ett sådant misslyckande för samhället skapar inte bara ett stort mänskligt lidande för gärningsmannen och dennes offer och för anhöriga utan får även kännbara resursmässiga konsekvenser för rättsväsendet och för vården.

För att förbättra rättspsykiatrins möjligheter när det gäller att utreda och behandla psykiskt störda intagna inom kriminalvården och vid de institutioner som administreras av Statens Institutionsstyrelse krävs att landstingen tillför resurser. Det gäller även för att förstärka arbetet med utredning, vård och behandling av missbruk och andra droger för dem som är överlämnade till rättspsykiatrisk vård samt för en förstärkning av den öppna rättspsykiatriska vården under tiden för villkorlig frigivning eller så länge den lokala psykiatriska vården inte har beredskap att ta hand om vederbörande på ett kvalificerat sätt. De frigjorda medlen bör även användas för att utveckla rättspsykiatrin till en väl fungerande bas för all psykiatrisk vård av häktade och dömda inom landstingsområdet, oavsett om den psykiskt störde eller funktionshindrade befinner sig inom avdelning för psykiatrisk vård, i kriminalvårdsanstalt, i hem för vård eller i frihet efter avtjänat straff eller avslutad slutna vård. Utvecklingen av den rättspsykiatriska vården till ett kompetenscentrum för frågor om riskbedömning och identifiering och omhändertagande av personer med psykisk störning och aggressivt beteende kommer också att kräva särskilda resurser.

Av vad här anförts framgår att utöver de medel som kan komma att frigöras vid en eventuell vårdplatsminskning kommer det att bli nödvändigt att landstingen tillskjuter ytterligare medel för att den önskade utvecklingen av rättspsykiatrin och övrig psykiatrisk vård till den nivå som Psykiatrisamordningen eftersträvar skall bli verklighet.

### *Sammanfattning*

Sammanfattningsvis bedömer Psykiatrisamordningen att staten behöver tillskjuta i storleksordningen 430 miljoner kronor för genomförande av de förslag som återfinns i detta betänkande, varav 50 miljoner avser insatser för nationell samordning, 50 miljoner netto avser bättre omhändertagande av vissa gärningsmän som lider

av utvecklingsstörning, autism eller liknande störning, 30 miljoner kronor avser utökad rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet samt 300 miljoner kronor avser stöd till kvalitetsutveckling av vård och rehabilitering av psykiskt störda lagöverträdare.

### 15.3 Konsekvenser för kommunernas och landstingens självstyrelse

**Bedömning:** Psykiatrisamordningens förslag innebär ingen ändring av landstingens och kommunernas ansvar för psykiskt störda lagöverträdare. Förslaget om en nationell samordning av verksamheten innebär att möjligheter skapas för sjukvårdshuvudmannen att få stöd för utveckling av vård och stöd för psykiskt störda lagöverträdare i enlighet med nationellt överenskomna mål för verksamheten.

**Skäl för bedömningen:** Rättspsykiatrisk utredning och vård utgör såväl en del av rättskedjan som en del av vårdkedjan för personer med psykisk störning. För den förra delen svarar staten medan landsting och kommuner har ansvar för vård och rehabilitering av personer med psykisk störning. För att kunna bedriva rättspsykiatrisk verksamhet krävs att de krav som ställs från rättssamhällets utgångspunkter när det gäller samhällsskydd och säkerhet kan hanteras tillsammans med patientens rättmätiga krav på integritet och humanitärt omhändertagande och en kvalificerad vård som syftar till att lindra det lidande som den psykiska sjukdomen förorsakar.

Det är alltså flera olika krav som riktas mot den rättspsykiatriska vården. Till skillnad från annan vård och omsorg så är det inte enbart medicinska beslut som styr verksamhetens omfattning utan även beslut från domstol, vilka som skall dömas eller överlämnas till vård, liksom när vård som är förenad med särskild utskrivningsprövning skall avslutas. Det är alltså redan nu så att landstingens, sjukvårdshuvudmannens, makt och ansvar när det gäller den rättspsykiatriska vården är mer begränsad än när det gäller annan vård. Det förslag som lämnats till en förbättrad nationell samordning av verksamheten med inrättande av en särskild myndighet för ändamålet innebär ingen förändring av landstingets formella ansvar för att bedriva och finansiera vården. Men det innebär att möjligheter skapas för sjukvårdshuvudmannen att få stöd för

utveckling av vård och stöd för psykiskt störda lagöverträdare i enlighet med nationellt överenskomna mål för verksamheten.

#### 15.4 Konsekvenser för brottsutvecklingen

**Bedömning:** De förslag och bedömningar som redovisats i detta betänkande syftar till att bättre tillgodose behovet av psykiatrisk vård och omhändertagande för psykiskt störda lagöverträdare. Det finns starka skäl att utgå ifrån att ett genomförande av förslagen leder till positiva brottspreventiva effekter – inte minst genom en minskande frekvens av återfall i brottslig verksamhet.

**Skäl för bedömningen:** Brottsutvecklingen har totalt sett varit relativt konstant under det senaste årtiondet mätt i antal anmälda brott. Samtidigt har en viss omfördelning skett inom denna totala ram. Antalet brott mot liv och hälsa, framför allt i form av misshandel och andra våldsbrott, har ökat sedan mitten av 1990-talet. Flertalet av dem som begår våldsbrott är påverkade av alkohol och/eller droger i någon form. Under senare år har möjligheterna att bedriva en restriktiv alkoholpolitik minskat, bland annat som en följd av internationaliseringen. Drogmissbruket tenderar att öka. Detta talar för att en fortsatt ökning av våldsbrotten inte är osannolikt.

Det finns inget som talar för någon tydlig förändring när det gäller den psykiska sjukligheten. Andelen personer med psykosjukdom uppgår till omkring två procent, varav en fjärdedel lider av schizofreni. De gärningsmän som lider av en allvarlig psykisk störning svarar för en relativt liten del av den totala brottsligheten, men bland dem som är psykiskt sjuka är kriminaliteten högre än i andra grupper. Särskilt ogynnsamma förhållanden råder då psykisk sjuklighet kombineras med alkohol- och/eller annat drogmissbruk.

Under de senaste årtiondena har antalet vårdplatser inom psykiatri, som redovisats inledningsvis minskat väsentligt. Även antalet platser för missbruksvård har minskat. Mellan 1994, när SiS tog över LVM-vården, och 2005 minskade antalet platser vid LVM-hemmen från 941 till 327. Fler personer med avvikande beteende och betydande problem har därmed kommit att få större rörelsefrihet, vilket också har ställt ökade krav på den öppna psykiatriska vården, missbruksvården och socialtjänsten.

Toleransen hos allmänheten gentemot psykiskt störda lagöverträdare har inte ökat som en följd av att fler personer med avvikande beteende rör sig i samhället. Snarare har ökade krav på samhällsskydd mot avvikande personer, särskilt psykiskt störda, och mot återfall i brott samt allmänt sett hårdare tag mot lagöverträdare rests. I den mån som nya uppmärksammade brott sker, kommer sannolikt nya krav på skärpning av regler för permission och frigång, längre straff etc. att aktualiseras. Den genomsnittliga strafftiden har ökat, liksom antalet livstidsdömda. Den nyligen genomförda revideringen av sexualbrottslagstiftningen har medfört straffskärpning för vissa typer av sexualbrott.

Samtliga nu diskuterade förhållanden pekar mot ett ökande behov av utredning, vård, behandling och omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare. Inom psykiatrin och inte minst inom den rättspsykiatriska vården sker ett fortgående utvecklingsarbete. Nya diagnostiska metoder liksom nya behandlingsmetoder och läkemedel har tillkommit. Utvecklingsarbetet och forskningen har medfört bättre förståelse för de psykiska störningarnas orsaker och verkan samt lett till bättre möjligheter att behandla störningarna. Insatserna i samband med utskrivning och uppföljning av utskrivna patienter har intensifierats på många håll. Denna utveckling kommer sannolikt att fortsätta.

Program för adekvat omhändertagande och stöd både när det gäller att lindra och att bota den psykiska störningen, eller minska det aktuella drogmissbruket, utvecklas och implementeras nu både i den svenska rättspsykiatrin och inom kriminalvården. Programverksamheten tar också sikte på att reducera risken för återfall och utgör därmed en motvikt till övriga ovan diskuterade förhållanden.

Det nu aktuella betänkandet rör vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. Per definition har dessa personer begått kriminella handlingar och dömts för dessa av domstol. De åtgärder som Psykiatrisamordningen föreslår när det gäller vård och stöd för dessa gärningsmän syftar till att utöver att lindra den psykiska störningen, minska risken för återfall i brott, särskilt i allvarlig brottslighet.

Det finns starka skäl att anta att ett förbättrat omhändertagande inom den rättspsykiatriska vården där psykiatriska problem och missbruksproblem behandlas samtidigt och där kraftfulla insatser görs för att de patienter som skrivs ut från vården kan tas om hand på ett genomtänkt, strukturerat och samordnat sätt i samverkan mellan rättspsykiatrin, socialtjänsten och andra berörda organisa-



tioner medverkar till att den andel psykiskt störda gärningsmän som återfaller i brott efter hand minskar märkbart. Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att hur man än räknar så är den andel av samtliga brott som utgörs av återfall av psykiskt störda lagöverträdare mycket liten.

Psykiatrisamordningen har även föreslagit att rättspsykiatrin bör ta ett utökat ansvar för riskbedömningar inom sjukvårdsområdet och även svara för kunskapsöverföring till andra områden, t.ex. den allmänna psykiatrin, primärvården och socialtjänsten när det gäller identifiering och omhändertagande av utåtriktat aggressiva personer. Det är givetvis av största vikt att dessa patienter kan identifieras och tas om hand på rimligt sätt så att brottslig handling så långt möjligt kan förebyggas.

Även om någon genomgripande effekt på den totala brottsligheten i landet inte torde kunna utläsas i brottsstatistiken till följd av förslagen innebär de föreslagna åtgärderna en betydande kvalitetshöjning av den rättspsykiatriska verksamheten och ett för vissa grupper bättre och mer humanitärt omhändertagande.

## 15.5 Övriga konsekvenser

Psykiatrisamordningen bedömer att de framlagda förslagen inte har några konsekvenser för jämställdheten mellan män och kvinnor och inte heller för att nå de integrationspolitiska målen. Inte heller har förslagen några mätbara regionalpolitiska effekter.

# 16 Genomförande

## 16.1 Organisationskommitté

**Förslag:** En organisationskommitté bör tillsättas snarast.

**Skäl för förslaget:** För genomförande av förslaget till en särskild myndighet för nationell samordning av den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten och vården i enlighet med av Psykiatrisamordningen framlagt förslag krävs att flera frågor utretts mer i detalj. Till sådana frågor hör avgränsningen mellan den föreslagna myndigheten och andra myndigheter, främst Socialstyrelsen, och organisationer. Vidare krävs en närmare analys av myndighetens kompetensbehov och personaldimensionering. En annan fråga som bör analyseras ytterligare är myndighetens finansiella resurser, d.v.s. utöver resurser för att finansiera personal även medel för att stödja samarbetsprojekt, utvecklingsinsatser, viss forskning samt viss serviceverksamhet för de enheter som bedriver vård och rehabilitering av psykiskt stöda lagöverträdare. Som nationell samordnande myndighet krävs givetvis en budget även för resor, möten och informationsverksamhet.

En viktig del av organisationskommitténs uppgift bör även vara att analysera de praktiska och legala förutsättningarna för införande av det föreslagna nationella registret för rättspsykiatrisk vård. Så långt möjligt bör eftersträvas att arbetet med redovisning av uppgifter från berörda enheter underlättas och samordnas med annan uppgiftsinlämning. En rutin för effektiv och snabb återrapportering till berörda uppgiftslämnande enheter är ett självklart krav.

Inför införande av det föreslagna systemet med statlig medfinansiering av vård och rehabilitering av psykiskt störda lagöverträdare behövs enligt Psykiatrisamordningens mening sannolikt en kompletterande bedömning av hur uppföljningen bör genomföras och hur de finansiella transaktionerna skall hanteras för att systemet

skall löpa på ett så ändamålsenligt och effektivt sätt som möjligt. Efter samtal med företrädare för Ekonomistyrningsverket, ESV, föreslår Psykiatrisamordningen att ESV ges i uppdrag att biträda organisationskommittén i de frågor som här skisserats.

Ytterligare en uppgift för organisationskommittén är att analysera och lägga fram förslag kring form för myndighetens styrelse, dess mandat, uppgifter och representation. Detsamma gäller beträffande förslaget att knyta en referensgrupp till myndigheten med företrädare för närmast berörda intressenter. Slutligen bör kommittén även diskutera förslag till lokalisering av den föreslagna myndigheten.

Organisationskommittén bör tillsättas snarast och lämna sina förslag senast den 30 september 2007 som ett led i regeringkansliets beredning av Psykiatrisamordningens förslag.

## 16.2 Tid för genomförande

<b>Bedömning:</b> Förslagen bör kunna genomföras den 1 januari 2009.
--

**Skäl för bedömningen:** Ett genomförande av de förslag som Psykiatrisamordningen lämnat kan i vissa fall inte genomföras utan kompletterande utredningsarbete. Psykiatrisamordningen har ovan föreslagit att ett sådant uppdrag lämnas till en särskild organisationskommitté. De otillfredsställande skillnader som finns när det gäller genomförande av vård och behandling inom den rättspsykiatriska vården och i de skilda förutsättningar som gäller när det gäller rättspsykiatrins möjligheter att svara för stöd och vård till intagna inom kriminalvården och Statens institutionsstyrelses institutioner samt när det gäller missbruksvård och även stöd till utskrivna patienter motiverar emellertid att nödvändiga åtgärder vidtas så snart som möjligt.

Psykiatrisamordningens bedömning är att förslagen i huvudsak bör kunna genomföras den 1 januari 2009. Detta förutsätter emellertid att Psykiatrisamordningens betänkanden, såväl detta delbetänkande som slutbetänkandet, remitteras snarast och att erforderligt beredningsarbete samtidigt inleds inom regeringkansliet.

### 16.3 Behov av omedelbara insatser

**Förslag:** En interimistisk organisation bör omedelbart tillsättas för att intensifiera pågående och föreslaget utvecklingsarbete i avvaktan på att den nationella samordningsmyndigheten etablerats.

**Skäl för förslaget.** De av Psykiatrisamordningen föreslagna insatserna kommer inte att kunna verkställas omgående av formella och praktiska skäl. Det finns emellertid inget som hindrar att en rad föreslagna åtgärder kan vidtas redan nu utan att beslut om förändringar i lagstiftningen och om införande av en ny myndighet behöver inväntas.

Psykiatrisamordningen anser att regeringen omgående bör ta initiativ till att en interimistisk organisation tillskapas där staten, landsting och kommuner i samråd verkar för att den utveckling inom den rättspsykiatriska vården som skisserats i detta betänkande intensifieras. Härigenom skapas även erfarenheter av de problem och möjligheter som kan komma att gälla för den kommande myndigheten.

Psykiatrisamordningens egen roll som pådrivare och initiativtagare till utvecklingsprojekt avvecklas i enlighet med gällande direktiv den 30 oktober 2006. Socialstyrelsen har fått i uppdrag att ta över vissa av Psykiatrisamordningens hittillsvarande uppgifter. När det gäller frågor som rör omhändertagande av de psykiskt störda lagöverträdarna krävs emellertid en något annorlunda organisatorisk konstruktion, som inkluderar Sveriges Kommuner och Landsting, kriminalvården och Statens institutionsstyrelse.

Även på det lokala planet, d.v.s. inom kommuner och landsting och i samverkan mellan dessa kan åtgärder vidtas utan att några ytterligare nationella formella beslut tas. Det gäller t.ex. rättspsykiatrins uppgifter och ansvarsområde samt de förslag kring samverkansfrågor mellan landsting och kommuner som diskuteras i detta betänkande och i Psykiatrisamordningens slutbetänkande. Det krävs enligt Psykiatrisamordningens mening att ett nationellt organ driver på detta arbete.

# Författningskommentarer

## **Förslaget till lag om ändring i 31 kap. 3 § brottsbalken**

Förslaget behandlas i avsnitt 9.3 och innebär att en ny grupp av personer med stort omvårdnadsbehov tillförs landstingets ansvarsområde.

Avsikten med förslaget är att den gärningsman som såväl lider av en utvecklingsstörning, autism eller autismliknande störning eller förvärvad hjärnskada samt av en psykisk störning skall tas om hand i en miljö som är bättre lämpad för honom eller henne än den miljö som en kriminalvårdsanstalt utgör.

Omhändertagandet inom rättspsykiatri av denna ”nya” patientgrupp lär inte särskilt avvika från omhändertagandet av den grupp av personer som lider av utvecklingsstörning, autism eller liknande tillstånd och som redan tidigare har överlämnats till rättspsykiatrisk vård till följd av en allvarlig psykisk störning. Det finns naturligen skäl att ta hand om samtliga dessa personer på ett samlat sätt. Verksamheten bör bedrivas i mindre enheter företrädesvis lokaliserade till några av de regionala rättspsykiatriska enheterna och bemannas med personal med särskild kompetens och fallenhet för att ta om hand dessa ofta särpräglade personligheter med sina specifika behov.

Ett nära samarbete krävs mellan en sådan enhet och patientens lokala socialtjänst och primärvård. Inte sällan är han eller hon känd av dessa verksamheter sedan lång tid och bör återbördas till sin hemmiljö så snart som möjligt sedan den psykiska störningen behandlats. Avsikten är således inte att dessa personer annat än i undantagsfall skall vara kvar inom den rättspsykiatriska vården även om samhälleliga insatser i många fall kommer att krävas under mycket lång tid. Utskrivning från den rättspsykiatriska vården skall ske på samma sätt som gäller för andra som är överlämnade till vård enligt denna lag, nämligen efter beslut av läkare i det fall som

vården inte förenats med särskild utskrivningsprövning och efter beslut av länsrätt i det fall vården är förenad med sådan prövning.

### **Förslaget till lag om ändring i 7 § lagen (1991:2041) om personutredning i brottmål m.m.**

Förslaget, som diskuteras i avsnitt 9.4, syftar till att fler gärningsmän än hittills skall komma att genomgå rättspsykiatrisk bedömning innan domstolen beslutar om påföljd. I första hand gäller detta vid åtal för brott som återfinns i brottsbalken under kapitlen 3-7 samt kapitel 8 (grovt rån) och kapitel 13 (mordbrand). Särskilt angeläget med en sådan bedömning är det i de fall som ett längre frihetsberövande, ett år eller mer, är aktuellt för brottet.

Utöver att domstolen erhåller ett kompletterande underlag vid påföljdsbestämningen i dessa fall ökar en kvalificerad läkarbedömning också förutsättningarna för en adekvat placering och omhändertagande under verkställigheten inom t.ex. kriminalvården eller SiS institutioner.

### **Förslaget till lag om ändring i 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)**

Förslaget, som beträffande landstingets ansvar för psykiatrisk vård av den som är intagen på ett häkte, en kriminalvårdsanstalt eller är föremål för slutna ungdomsvård behandlas i avsnitt 10.1 och landstingets ansvar för utredning, vård och behandling av missbruk av alkohol och andra droger behandlas i avsnitt 10.2, innebär ett förtydligande av landstingens ansvar i nämnda hänseenden.

#### **3 §**

Bestämmelsen understryker att landstingen, företrädesvis genom rättspsykiatrin, har ansvar för psykiatrisk bedömning och vård av intagna inom kriminalvården och, genom rättspsykiatrin alternativt barn- och ungdomspsykiatrin, även har ansvar för bedömning och vård av intagna vid angivna hem för ungdom inom Statens institutionsstyrelses verksamhet samt av intagna vid LVM-hemmen. Förslaget innebär inte att någon ny uppgift tillförs landstingen.

Av bestämmelsen framgår redan tidigare landstingens ansvar för att de av domstolen förutsatta åtgärderna vid dom till skyddstillsyn med föreskrifter om psykiatrisk vård erbjuds. Av kvalitetsskäl bör detta ansvar i första hand åvila rättspsykiatrin. Av resursmässiga och geografiska skäl kan det vara svårt att ordna det så att läkare och annan personal som är anställd vid den rättspsykiatriska enheten inom sjukvårdsområdet själv svarar för samtliga nödvändiga insatser. Detta hindrar inte att det är rättspsykiatrin som har ansvaret och därmed som sin uppgift att se till att nödvändiga insatser görs och att den personal, i första hand läkare, som svarar för insatserna har den kompetens som erfordras för uppgiften.

### 3 b §

Bestämmelsen förtydligar att landstingen skall svara för utredning och behandling av missbruk av alkohol och andra droger för rättspsykiatrins patienter. Bestämmelsen innebär inte någon förändring av det ansvar som nu åvilar kommunerna enligt Socialtjänstlagen för vård och stöd till den som missbrukar alkohol och andra droger.

När en patient skrivits ut från den slutna rättspsykiatriska vården bör patienten av kontinuitetsskäl så länge som möjligt fortsätta behandlingen med den personal som svarat för insatserna under slutenvårdsperioden. I de fall som patienten efter utskrivning bosätter sig långt ifrån den rättspsykiatriska enheten kan det finnas praktiska problem att upprätthålla den dagliga behandlingskontakten och att därför behandlingen måste överlätas på lokala vårdgivare. Viktigt är då att en kontakt etablerats mellan behandlingsteamet inom rättspsykiatrin och den lokala vårdgivaren, gärna med patienten närvarande, så att behandlingskontinuiteten och inriktningen kan bibehållas.

Självfallet skall ansvaret för missbruksbehandlingen övergå helt till den lokala vårdgivaren så snart en förtroendefull och fungerande vårdkontakt mellan patienten och den lokala missbruksvården etablerats. Det väsentliga med den nya bestämmelsen är att rättspsykiatrin har ansvar för att den inledande missbruksbehandlingen fullföljs så att inte gjorda insatser går till spillo och att ingen utskriven patient faller mellan stolarna och inte får erforderligt stöd.

### **Förslaget till lag om ändring i 2 kap. 2 § socialtjänstlagen (2001:453)**

Förslaget behandlas i avsnitt 12.1.

Det nya stycket i bestämmelsen stadgar att kommunens ansvar enligt socialtjänstlagen även gäller personer som vårdas enligt någon av de psykiatriska tvångsvårdslagarna, under den tid de har permission eller genomgår öppen vård med särskilda villkor. Stycket förtydligar vad som redan gäller enligt tidigare praxis.

Av 16 kap. 2 § socialtjänstlagen framgår att det i dessa fall är den kommun där den enskilde är folkbokförd som har ansvar för bistånd, stöd och sociala insatser.

### **Förslaget till lag om ändring i 16 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade**

Förslaget behandlas i avsnitt 12.1.

Det nya stycket i bestämmelsen stadgar att kommunens ansvar enligt denna lag även gäller personer som vårdas enligt någon av de psykiatriska tvångsvårdslagarna, under den tid de har permission eller genomgår öppen vård med särskilda villkor. Stycket förtydligar vad som redan gäller enligt tidigare praxis.

### **Förslaget till ny lag (200x:xx) om kostnadsansvar för vård och rehabilitering av psykiskt störda lagöverträdare**

Psykiatrisamordningens förslag till modell för statlig medfinansiering av vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare behandlas i avsnitt 14.5.

#### *1 §*

Bestämmelsen ger landsting och kommuner rätt att få bidrag av staten för täckande av vissa kostnader i samband med vård och rehabilitering av psykiskt störda lagöverträdare. Av ordalydelsen framgår att det inte är fråga om full kostnadstäckning. Bidraget kan alltså avse en större eller mindre del av de kostnader som faktiskt krävts.



Av bestämmelsen framgår också vilken myndighet som svarar för utbetalning av ersättningen.

## 2 §

Bestämmelsen anger att staten anger vilken total omfattning som bidraget har för en viss tidsperiod. Tillgängligt belopp framgår antingen av särskild förordning eller av det regleringsbrev som gäller för den utbetalande myndigheten.

## 3 §

Det statliga bidraget knyts till att vården och omhändertagandet uppfyller vissa i förväg angivna villkor eller kriterier. Dessa villkor avses inte vara knutna till antalet prestationer i form av t.ex. behandlade patienter, antal öppenvårdsbesök eller vård dagar. I stället förutsätts villkoren vara knutna till i vad mån landsting och kommuner tillhandahåller vissa åtgärder som medverkar till att vården och rehabiliteringen kan bedrivas på ett sätt som på nationell nivå uppfattas vara i linje med en önskvärd ambitionsnivå. Kriterierna skall fastställas av staten genom den utbetalande myndigheten efter samråd med Sveriges Kommuner och Landsting. Beslut om vilka kriterier som kommer att gälla bör fattas före i god tid före ingången av ett nytt verksamhetsår.

En grundläggande förutsättning för erhållande av det ekonomiska bidraget skall också vara att berörda huvudmän åtagit sig att leverera, och även levererar, nödvändiga uppgifter för en nationell uppföljning av verksamheten.

## 4 §

Det landsting eller den kommun som önskar bidrag enligt denna lag skall ansöka om detta hos den utbetalande myndigheten. Sådan ansökan skall lämnas senast året efter det verksamhetsår som ansökan avser. En förutsättning för rätt till ersättning är att ansökan innehåller de upplysningar och uppgifter som behövs för att bedöma huruvida de uppsatta kriterierna för rätt till ersättning uppfyllts. Den utbetalande myndigheten bör fatta beslut om

utbetalning av det tillgängliga beloppet vid ett och samma tillfälle under året efter det aktuella verksamhetsåret.

### 5 §

Myndighetens beslut om bidrag kan inte överklagas.

### 6 §

Av bestämmelsen framgår att myndigheten får meddela de föreskrifter som behövs för verkställigheten av denna lag. Sådana föreskrifter kan t.ex. innehålla uppgifter och tidpunkt för ansökan, vilka uppgifter som skall åtfölja ansökan om bidrag, vilka uppgifter som skall rapporteras för en nationell uppföljning av verksamheten samt vilka övriga kriterier som gäller för möjligheten att erhålla bidrag i enlighet med denna lag.

# Referenser

- Brottsförebyggande rådet (2005). Kriminalstatistik 2004.
- Brottsförebyggande kunskapsutveckling. Betänkande av 2003-års BRÅ-utredning. SOU 2004:18.
- EU-kommissionen (2004). Om tillnärmning, ömsesidigt erkännande och verkställighet av straffrättsliga påföljder i Europeiska unionen. Remisskrivelse, s.k. grönbok, den 7 maj 2004.
- Fazel, S & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review. *The Lancet*, 359, 545-550.
- Finansdepartementet (2004). Den kommunala finansieringsprincipen. Cirkulär nr Fi 2004:10.
- Forskning och förnyelse. Regeringens proposition 2000/01:3.
- Hodgins S. (1998). Epidemiological investigations of the associations between major mental disorders and crime. *Social Psychiatry and Epidemiology* 33:29-37.
- Holmberg, G. & Kristiansson, M. (1997). Granskning av rättspsykiatriskt undersökta – många i kontakt med psykiatri före brottet. *Läkartidningen*, vol 94, sid 4071-4075.
- Holmberg, G. & Kristiansson, M. (2006). Contacts with public services, with special reference to mental health care, preceding a serious crime: A retrospective study of 268 subjects of forensic psychiatric investigations. *Int J of Law and Psychiatry* 29 (2006) 281-288.
- Holmberg, G. m.fl (1999). Psykiatrisk vård för fängelsedömda. *Nordisk tidskrift for kriminalvidenskab* 1999.
- Justitiedepartementet (2003). PM 031. Bedömning av de ekonomiska konsekvenserna av Psykansvarskommitténs förslag (SOU 2002:3).
- Kraus K. (2006). Styrningens viktiga roll för väl fungerande samarbeten mellan organisationer i äldreården. *Handelshögskolan i Stockholm*.

- Kriminalvårdsstyrelsen (2002). Kriminalvårdens officiella statistik 2001.
- Kriminalvårdsstyrelsen (2006). Kriminalvården i Sverige. Kriminologisk och kriminalpolitisk forskning. Betänkande av tillkallad särskild utredare. SOU 1992:80.
- Kristiansson, M och medarbetare (2005). Slutrapport. Gemensam Rättspsykiatri; LT i Värmland – Örebro läns LT.
- Levander S. (1997). Psykiska skador vanliga bland interner. Läkartidningen 84:46-50.
- Lindqvist P. (2002 a). Rättspsykiatrin en sluten värld i behov av extern klinisk granskning?
- Lindqvist P. (2002 b). Vårdtider inom rättspsykiatrin – en rapport från en verklighet.
- Mullen, P (2000). Forensic mental health. The British Journal of Psychiatry 176:307-311.
- Nationell psykiatrisamordning (2004). En översiktlig genomgång av dagsläget i svensk psykiatri, dnr 149/04.
- Nationell psykiatrisamordning (2006a). Öppen vård med särskilda villkor, dnr 88/06.
- Nationell psykiatrisamordning (2006b). Utveckling av vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare – ett diskussionsunderlag om ansvar och organisation. Rapport 2006:2.
- Nationell psykiatrisamordning (2006c). Långsiktighet, samordning och engagemang – en strategi för statlig styrning på psykiatris område. Rapport 2006:3.
- Patient, brukar- och anhörignätverket (2006). Så vill vi ha det. Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet.
- Psykansvarskommittén (2002). Psykisk störning, brott och ansvar. SOU 2002:3. Stockholm.
- Riksrevisionsverket (2002). Att påverka utan att styra. RRV-rapport 2002:4.
- RMV/SKL-utredningen (2006). Forensiska institutet. Ny myndighet för kriminalteknik, rättsmedicin och rättspsykiatri. SOU 2006:63.
- Rättsmedicinalverket (1994). Rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet 1991-1993. RMV-rapport 1994:2.
- Rättsmedicinalverket (1996). Den rättspsykiatriska undersökningsverksamhetens dimensionering, struktur och uppgifter inför sekelskiftet – en översyn med anledning av ett regeringsuppdrag. Information – 1996.

- Rättsmedicinalverket (2000). Riskbedömning vid rättspsykiatrisk undersökning. Riktlinjer och reflexioner. RMV-rapport 2000:1.
- Socialstyrelsen (1997a) God psykiatrisk vård på lika villkor? Socialstyrelsen följer upp och granskar 1997:8.
- Socialstyrelsen (1997b). Innehåll och kvalitet i den rättspsykiatriska vården. Psykiatriuppföljningen 1997:13.
- Socialstyrelsen (2000). Psykiskt störda lagöverträdare. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, 2000:2.
- Socialstyrelsen (2001) Social rapport 2001.
- Socialstyrelsen (2002). Rättspsykiatrisk vård: Utvärdering – omvärdering. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2005a). Den rättspsykiatriska vården 2005. Sammanställning från inventeringen den 18 maj 2005. Stockholm.
- Socialstyrelsen och länsstyrelserna (2005b) Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder. Slutrapport från en nationell tillsyn 2002-2004.
- Socialstyrelsen (2005c) Statistik över kostnader för hälso- och sjukvården 2004. Sveriges officiella statistik.
- Socialstyrelsen (2006a). Lex Maria. Nytt system i patientsäkerhetens intresse. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2006b). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård.
- Socialstyrelsen (2006c). Laglig reglering av registerverksamheten inom Epidemilogiskt Centrum och Socialtjänstavdelningen vid Socialstyrelsen.
- Somander L. (1991). Psykiskt störda fångar. Rapport från kriminalvården 1991, nr 2.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering SBU (2001). Kunskapsläget inom alkohol- och narkotikaområdet, rapport 156/2001.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2004). Riskbedömningar inom psykiatrin – kan våld i samhället förutsägas?
- Statens institutionsstyrelse (2001). Ungdomar som finns på SiS ungdomshem och som har psykiatriska vårdbehov.
- Statens institutionsstyrelse (2006). Samverkan inom ungdomsvården. Om psykiatriska vårdinsatser för ungdomar vid särskilda ungdomshem.
- Statskontoret (1999). Grundlagsöversyn, Regler om förvaltningen – behov av översyn.

- Stockholms läns landsting (2004). Behandling av personer med komplexa vårdbehov p g a psykisk störning och missbruk. Fokusrapport.
- Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, (2006). Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2005. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner.
- Tengström A. (2000). Mental illness and Crime Behavior (doktorsavhandling). Karolinska institutet, Stockholm
- Wallace C et al. (1998). Serious criminal offending and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*.

# Kommittédirektiv



**En nationell psykiatrisamordnare**

**Dir.  
2003:133**

---

Beslut vid regeringssammanträde den 23 oktober 2003.

## Sammanfattning av uppdraget

En nationell psykiatrisamordnare tillkallas med uppgift att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade. Samordnaren skall fortlöpande informera regeringen om resultatet av arbetet och vid behov ge förslag till författningsändringar och förtydliganden av gällande regelverk. Samordnaren ges vidare i uppdrag att tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling för att samordna och stärka utvecklingsarbetet. Psykiatrisamordnarens uppdrag upphör senast den 1 november 2006.

## Inledning

Regeringen anser att det finns brister inom den psykiatriska vården och den sociala omsorgen. Den samordning och samverkan mellan ansvariga huvudmän som skulle kunna innebära både effektivare resursanvändning och ett bättre stöd till personer med psykiska funktionshinder fungerar inte fullt ut.

Vården och omsorgen om personer med psykiska funktionshinder har genomgått stora förändringar - från ett totalt och ibland livslångt omhändertagande på mentalsjukhus till ett självständigt liv ute i samhället med tillgång till vård, stöd och service. Nya lagar har stiftats och gällande lagar anpassats till aktuella mål.

Lagstiftningen inom det psykiatriska området är omfattande. Bestämmelser om ansvar, organisation, rättigheter och skyldigheter, rättssäkerhet samt tillsyn regleras bland annat i hälso- och

sjukvårdslagen (1982:763), lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och lagen (1988:870) om vård av missbrukare. En ny lag - lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård och omsorgsområdet - främjar samverkan inom området.

I det följande görs en genomgång av centrala reformer och insatser som genomförts med syfte att förbättra situationen för psykiskt sjuka och/eller psykiskt funktionshindrade personer. I redogörelsen lyfts såväl positiva som negativa effekter fram. En sammanfattning görs också av Socialstyrelsens rapport angående de uppmärksammade händelserna som inträffade i Åkeshov och Gamla stan, Stockholm, under år 2003.

### Psykiatrireformen

I juni 1994 beslutade riksdagen om en lagändring som innebar ett förtydligande av att kommuners ansvar för uppsökande verksamhet, planering och samverkan även avsåg personer med psykiska funktionshinder (prop. 1993/94:218, bet. 1993/94: SoU28, rskr. 1993/94:396). Det beslutades samtidigt att kommunerna skulle få betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade patienter som vårdats sammanhängande i mer än tre månader inom psykiatrisk heldygnsvård och som av en specialist i psykiatri bedömts vara färdigbehandlad inom sådan vård. Kommunerna gavs härigenom incitament att satsa på insatser anpassade till personer med psykiska funktionshinder. I samband med förändringen genomfördes en skatteväxling mellan landsting och kommun som innebar att i genomsnitt 15 procent av psykiatrins resurser och verksamheter fördes över till kommunerna.

Reformen förutsatte ett förändringsarbete både inom socialtjänsten och inom psykiatrin. Genom en statlig satsning under tre år, 1995-1997, utgick sammantaget

- 955 miljoner kronor för att utveckla arbetsformer inom socialtjänst och psykiatri,
- 24 miljoner kronor för en försöksverksamhet med personliga ombud, samt
- 45 miljoner kronor för att förbättra villkoren för personer med allvarligt missbruk och psykiska funktionshinder.



Dessutom satsades 45 miljoner kronor på anhörigstöd, 45 miljoner kronor på brukarstyrt kamratstöd och 50 miljoner kronor på rehabilitering av tortyrskadade flyktingar. Vidare omdisponerades pengar för att stimulera en utveckling och uppbyggnad av alternativa boendeformer för långvarigt psykiskt funktionshindrade. Även rehabiliteringen - både den medicinska och den sociala - uppmärksammades. Det ansågs angeläget att landstingen, kommunerna, försäkringskassan och arbetsförmedlingen samverkade för att få till stånd en fungerande rehabilitering.

Psykiatrireformens målgrupp utgjordes främst av personer som har långvariga och allvariga psykiska besvär och som har svårt att klara det dagliga livet och därför har behov av vård och omsorg. I Socialstyrelsens slutrapport från utvärderingen av psykiatrireformen (Välfärd och valfrihet? - Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform, 1999:1) uppskattades antalet personer med psykiska funktionshinder, som var aktuella inom både socialtjänsten och psykiatrin, till mellan 40 000 och 46 000.

#### *Utvärderingen av psykiatrireformen*

Socialstyrelsen har sammanställt utvärderingarna av psykiatrireformen i slutrapporten Välfärd och valfrihet? - Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform (1999:1) som presenterades år 1999. Ytterligare utvärderingar har därefter genomförts av Socialstyrelsen. Rapporterna Boende för personer med psykiska funktionshinder - En nationell uppföljning och utvärdering av boendeformer inom socialtjänsten och Sju år efter reformen - andra uppföljningen av medicinskt färdigbehandlade inom slutna psykiatrisk vård, presenterades 2003.

Det stod relativt tidigt klart att det behövdes ett långsiktigt strategiskt arbete för att nå målen med psykiatrireformen. Socialstyrelsen bedömde i en rapport från år 1997 (Är vi på rätt väg? 1997:6) att reformarbetet hade goda förutsättningar att lyckas om beslutsfattare, professioner och företrädare för brukarna bibehöll uppmärksamheten på en hög nivå. Det var också viktigt att uppmärksamma den långsiktiga finansieringen av olika insatser när de särskilda stimulansmedlen, som beslutats om i samband med psykiatrireformen, skulle upphöra.

I Socialstyrelsens slutrapport från 1999 konstaterades att psykiatrireformens viktigaste styrmedel, dvs. lagstiftning och statliga

stimulansbidrag, hade haft positiva effekter. De psykiskt funktionshindrades situation hade uppmärksammats i högre grad och stimulansmedlen hade utgjort en viktig drivkraft i den utveckling som skett. Intresseorganisationerna var också positiva. Cirka 1 000 nya verksamheter hade kommit igång, exempelvis nya verksamheter för daglig sysselsättning och boendestöd. Ytterligare positiva effekter som nämndes var att ansvaret hade blivit tydligare och att samverkan mellan främst socialtjänst och psykiatri hade kunnat etableras på många håll.

Utvärderingen visade dock att psykiskt funktionshindrade personers möjligheter till delaktighet och inflytande fortfarande var eftersatta. Bl.a. klargjordes att stödet till anhöriga behövde utvecklas, att medverkan i rehabiliteringen var viktig och behövde stödjas, att samverkan och vårdplanering fungerade dåligt samt att behoven av ett samlat och samtidigt stöd till psykiskt funktionshindrade personer med missbruk inte tillfredsställts i tillräcklig grad. Utvärderingen visade också att det fanns brister beträffande rehabilitering och daglig sysselsättning. Omkring hälften av de med psykiska funktionshinder - mellan 20 000 och 25 000 - saknade adekvat sysselsättning. Socialstyrelsen konstaterade att det var inom detta område som samverkan och samordnad finansiering skulle kunna ha störst framgång.

I utvärderingen av boendeformerna år 2003 drog Socialstyrelsen slutsatsen att kommunerna inte planerar tillräckligt för att ge personer med psykiska funktionshinder möjlighet att finna ett anpassat boende med adekvat vård och omsorg och en meningsfull sysselsättning eller rehabilitering i hemkommunen. Vidare klargjordes att det fortfarande finns brister inom området för samverkan mellan socialtjänst och psykiatri.

### **Insatser för att förbättra vård, stöd och service**

#### *Hemlösa*

En tredjedel av de personer som är hemlösa anses ha ett psykiskt funktionshinder. Enligt Socialstyrelsen finns omkring 10 000 hemlösa i Sverige. De hemlösas situation har uppmärksammats, bl.a. av Kommittén för hemlösa (S 1998:09). Kommittén föreslog olika åtgärder som syftade till att skapa en bättre situation för hemlösa (SOU 2001:95). Kommittén hade också i uppdrag att fö-

reslå fördelning av 30 miljoner kronor till olika utvecklingsprojekt. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att under åren 2002-2004 utveckla metoder för att långsiktigt komma till rätta med problem som är kopplade till hemlöshet. Socialstyrelsen disponerar för detta ändamål 30 miljoner kronor till olika projekt. Kommuner och landsting och organisationer har visat ett stort intresse för att delta i Socialstyrelsens utvecklingsarbete.

#### *Personer med missbruksproblem och psykisk sjukdom*

Missbrukare med omfattande psykiska funktionshinder utgör en av samhällets mest utsatta grupper. Ett väl anpassat samhällsstöd ställer krav på en gemensam planering av insatserna mellan främst landsting och kommun samt i förekommande fall också med Statens institutionsstyrelse. Det finns dock brister i samordningen. I samband med psykiatireformen gjordes en treårig satsning i syfte att förstärka vården för denna grupp. Satsningen bidrog till att olika samverkansmodeller utvecklades för svårt psykiskt störda missbrukare.

#### *Personligt ombud*

Personer med psykiska funktionshinder kan behöva insatser från många håll; den öppna psykiatrin, socialtjänsten, försäkringskassan, bostads- och arbetsförmedlingen, hälso- och sjukvården, tandvården etc. Detta innebär att ett flertal kontakter med olika myndighetspersoner skall upprätthållas och att insatser måste planeras och samordnas. Riksdagen beslutade efter förslag från regeringen att en försöksverksamhet med personliga ombud skulle permanentas under år 2000 samt att verksamheten skulle göras tillgänglig i hela landet (prop. 1999/2000:1 utg. område 9, bet. 1999/2000:SoU1, rskr. 1999/2000:93). Det personliga ombudets uppgift är att tillsammans med den enskilde se till att olika huvudmäns insatser planeras, samordnas och genomförs. Enligt Socialstyrelsen har verksamheten hittills slagit väl ut.

## Förändringar i tvångsvårdslagstiftningen

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) omfattar all psykiatrisk vård. Den psykiatriska tvångsvården regleras särskilt i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Dessa båda lagar trädde i kraft 1992.

Ett av de ursprungliga målen med LPT och LRV var att tvångsvård och tvångsåtgärder skulle minska. En anpassning gjordes till den utveckling mot en starkt begränsad användning av tvångsvård som hade ägt rum, särskilt under 1980-talet.

Den 1 juli 2000 gjordes vissa ändringar och kompletteringar av LPT och LRV i syfte att stärka rättssäkerheten. De viktigaste förändringarna innebar en stärkt rättssäkerhet vid övergång från frivillig vård till tvångsvård, tydligare riktlinjer för vid vilka tillfällen tvångsåtgärder får tillgripas under behandlingen samt tidsbegränsning av permissioner.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag att bl.a. följa upp och utvärdera de nya bestämmelserna för permission enligt LPT och LRV. Socialstyrelsen konstaterar i en rapport från 2001 att målet med den förändrade lagstiftningen huvudsakligen uppnåtts, att rättssäkerheten ökat och att användningen av tvångsåtgärder minskat. Vissa brister konstateras bl.a. vid upprättandet av vårdplaner för de intagna. I rapporten *Permissioner vid psykiatrisk tvångsvård - En uppföljning och utvärdering av ändrad reglering, 2002*, dras slutsatsen att lagändringen med skärpta regler för permission inte har haft avsedd effekt. Uppföljningen visar bl.a. att användningen av permissioner ökat och att ytterligare reglering kan behövas.

### *Psykansvarskommittén*

En kommitté tillsattes år 1999 för att utreda frågor om ansvar och påföljder för psykiskt störda lagöverträdare (Psykansvarskommittén, dir. 1999:39). Kommittén lämnade i januari 2002 sitt betänkande *Psykisk störning, brott och ansvar* (SOU 2002:3). Kommittén föreslog ett reformerat system, med utgångspunkt i principer om tillräknelighet, proportionalitet och samhällsskydd. Kommittén ansåg att en gärning bör vara fri från ansvar på grund av otillräknelighet bara om det är uppenbart att gärningsmannen inte har kunnat ta ansvar för sin handling. Fängelsedömda som är i behov av rättspsykiatrisk vård skall enligt förslaget kunna inleda

verkställigheten av fängelsestraffet inom den rättspsykiatriska vården. När vårdbehovet har upphört skall resten av strafftiden avtjänas i anstalt. En möjlighet till samhällsskyddsåtgärd, dvs. ett frihetsberövande som inte är tidsbestämt, föreslogs med inriktning på samhällets behov av att skydda sig mot personer som har en hög benägenhet att återfalla i synnerligen allvarlig brottslighet på grund av sitt psykiska tillstånd. Kommittén föreslog vidare att en särskild verkställighetsform, slutet boende, skall införas för vissa funktionshindrade. Betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

### **Den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården**

I den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149, bet. 2000/01:SoU5, rskr. 2000/01:53) uppmärksammas särskilt landstingens primärvård, hälso och sjukvård för äldre samt psykiatri. Bl.a. klargörs att det är angeläget att insatser till barn, ungdomar och äldre med psykisk ohälsa förbättras samt att stödet till personer med psykiska funktionshinder stärks. Regeringen har därför i ett avtal om utvecklingsinsatser kommit överens med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om att landstingen och kommunerna särskilt skall uppmärksamma bl.a. psykiskt funktionshindrade så att deras psykiatriska och somatiska vårdbehov blir tillgodosedda. Detta skall ske genom utvecklad samverkan mellan landstingens primärvård, psykiatri och socialtjänsten. För att stimulera en utveckling enligt den nationella handlingsplanen har landsting och kommuner under åren 2001-2004 fått ett statligt tillskott på närmare 9 miljarder kronor.

Socialstyrelsen svarar för den nationella uppföljningen och utvärderingen. I Socialstyrelsens årsrapport 2003 Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården framkommer bl.a. att utvecklingsbehov kvarstår inom området för samverkan mellan kommun, primärvård och psykiatri. Många landsting ger uttryck för höga ambitioner när det gäller stöd till personer med psykiska funktionshinder. Enligt Socialstyrelsen är det dock oklart hur mycket kommunerna och landstingen satsar på denna grupp.

### Möjligheter till samverkan i gemensam nämnd

Kommuner och landsting har från och med den 1 juli 2003 getts utökade möjligheter att utveckla samarbetet utifrån de lokala förutsättningarna (prop. 2002/03:20, bet. 2002/03:SoU12, rskr. 2002/03:158). Kommuner och landsting kan bilda en gemensam nämnd för att fullgöra uppgifter reglerade i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen, lagen om psykiatrisk tvångsvård, lagen om rättspsykiatrisk vård, socialtjänstlagen, lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, lagen om vård av missbrukare i vissa fall och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Möjligheterna för kommuner och landsting att samverka i en gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet skapar förutsättningar för en fördjupad samverkan utifrån de behov som finns.

### Gemensam vårdplanering vid utskrivning från slutenvården

Den 1 juli 2003 skärptes kraven på gemensam planering vid utskrivning från landstingens slutna hälso- och sjukvård genom ändringar i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Uttrycket "medicinskt färdigbehandlad" i lagen har ersatts med "utskrivningsklar". Kommunen blir betalningsansvarig först när en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad för den patient som av den behandlande läkaren bedöms behöva insatser från kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård och/eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård.

Den gemensamma vårdplaneringen skall bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde och klargöra det samlade behovet av insatser samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats. Den behandlande läkaren är ansvarig för att kalla till vårdplanering.

Eftersom förutsättningarna är olika för att erbjuda särskilda boenden och andra insatser för patienter inom psykiatri och inom den somatiska vården, skiljer sig tidpunkten för när betalningsansvaret kan inträda. Detta sker vid somatisk vård tidigast fem dagar och vid psykiatrisk vård tidigast trettio dagar efter det att kallelsen om vårdplanering mottagits.

## Finansiell samordning

I uppföljningen av psykiatrireformen framhöll Socialstyrelsen att finansiell samordning skulle kunna vara en bra form för att förbättra förutsättningarna för personer med psykiska funktionshinder att få samordnade insatser för sysselsättning och långsiktig rehabilitering.

Regeringen lämnade i juni 2003 ett förslag till riksdagen om möjligheter till finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet (prop. 2002/2003:132). Finansiell samordning föreslås kunna ske frivilligt mellan en försäkringskassa, ett landsting, en länsarbetsnämnd samt en eller flera kommuner. Målgruppen för den föreslagna finansiella samordningen utgörs av människor som är i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser från flera av de samverkande parterna. De åtgärder som får finansieras genom den finansiella samordningen skall ligga inom de samverkande parternas samlade ansvarsområde och syfta till att återställa eller öka den enskildes funktions- och arbetsförmåga.

## Bemötande och sysselsättning

Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder tog upp problemet att funktionshindrade upplever misstro och kontroll från myndigheters sida. Förutom en god planering av resurser krävs därför hög kompetens hos personal som bedömer och beslutar om funktionshindrade personers behov och stöd. Ett av de prioriterade arbetsområdena enligt den nationella handlingsplanen för handikappolitiken – Från patient till medborgare (prop. 1999/2000:79, bet. 1999/2000:SoU14, rskr. 1999/2000:240) är därför att förbättra bemötande av personer med funktionshinder. Statens institut för särskilt utbildningsstöd (Sisus) har på regeringens uppdrag tagit fram ett nationellt program för kompetensutveckling som vänder sig till politiker och anställda inom den offentliga sektorn.

### *Tillkännagivande*

Riksdagen tillkännagav i december 2002 regeringen att det finns skäl att kartlägga och analysera hur psykiskt funktionshindrade personers behov av någon form av sysselsättning i realiteten tillgodoses samt om personer med psykiska funktionshinder får insatsen

daglig verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (bet. 2002/03:SoU1, rskr 2002/03:81). Regeringen skall återkomma till riksdagen med redovisning av resultaten och med förslag till åtgärder.

### Utredning av händelserna i Åkeshov och Gamla stan i Stockholm

Under maj 2003 begicks två uppmärksammade våldsdåd i Stockholm som har bidragit till en omfattande samhällsdebatt. Den 19 maj slogs en man med järnspett i Åkeshov varvid en person dog och flera skadades. Den 31 maj framfördes en bil i hög hastighet på en allmän gågata i Gamla stan med såväl döda som skadade människor som resultat. Det fanns uppgifter om att de misstänkta gärningsmännen sökt eller varit föremål för psykiatrisk vård, vilket har aktualiserat en diskussion om sambandet mellan situationen inom vård och omsorg och förekomst av allvarlig brottslighet.

Mot denna bakgrund har regeringen uppdragit åt Socialstyrelsen att utreda om det funnits brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänstens verksamhet som kan ha haft betydelse för de två våldsdåden. Efter dessa händelser har andra våldsdåd med tragiska följder inträffat, vilket ytterligare har intensifierat debatten.

Socialstyrelsen föreslår i sin rapport om händelserna i Åkeshov och Gamla stan flera förbättringsåtgärder. Landstingen bör bl.a. få till stånd vårdinsatser som är anpassade till patienter med psykisk störning och missbruksproblem. Vidare föreslås att vården för missbrukare med psykos eller personlighetsstörningar måste organiseras i ett mycket nära samarbete mellan psykiatrin, landstingens missbruksvård och socialtjänsten samt att uppsökande verksamhet från såväl psykiatri som socialtjänst i gemensamma team behöver utvecklas. Socialstyrelsen anser att en skärpning bör ske när det gäller nödvändigheten av en samlad vårdplanering, där förutom individen själv, berörda myndigheter och vårdgivare deltar. Individuella vårdplaner i samverkan med berörda vårdgivare och individer skall upprättas och det skall framgå vem som ansvarar för vilka insatser, hur planen skall följas upp samt hur avvikelser skall hanteras. Vidare dras slutsatsen att tidig upptäckt och tidigt samordnade insatser är grundläggande för att kunna ge effektiv vård, behandling och sociala insatser. Det kan handla om att förena insatser från bl.a.



polis, kriminalvård, socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri, allmän psykiatri, skolhälsovård och beroendevård, bl.a. med syfte att förhindra inledning på en destruktivkarriär.

### Resurser inom psykiatrin och den sociala omsorgen

Den psykiatriska vården har utvecklats mot mer öppenvårdsinriktade insatser samtidigt som slutenvården har minskat.

Landstingen och regionerna redovisar sammanlagt en nettokostnad för specialiserad psykiatrisk vård på 12,3 miljarder kronor år 2001. Dessa kostnader motsvarar ca 10 procent av de totala sjukvårdskostnaderna. Av de 12,3 miljarderna avser ca 56 procent psykiatrisk slutenvård, ca 41 procent psykiatrisk mottagningsverksamhet, ca 3 procent psykiatrisk dagsjukvård och 0,4 procent psykiatrisk hemsjukvård. I Landstingsförbundets redovisning klargörs att dessa siffror är behäftade med viss osäkerhet på grund av svårigheter beträffande gränsdragning mellan de olika verksamheterna.

Antalet vårdplatser inom psykiatrin har minskat. År 2001 uppgick antalet psykiatriska vårdplatser sammanlagt till drygt 5 200. År 1996 var motsvarande siffra drygt 7 200. Antalet patienter som vårdas enligt LPT en viss given dag uppgick år 2001 till knappt 1 200. År 1996 var motsvarande siffra ca 1 300. Antalet allvarligt psykiskt störda lagöverträdare som av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård har under åren 1993-2001 varit relativt konstant och varierat mellan 365 och 400 per år. Antalet inskrivna i rättspsykiatrisk vård har under samma period ökat från ca 830 till 1 280. Det beror framför allt på att vårdtiderna har förlängts.

Vid början av 2002 fanns ca 850 kommunala boenden för ca 8 000 personer med psykiska funktionshinder. Jämfört med en tidigare undersökning, 1997/98, är det en ökning med ca 20 procent. Uppskattningsvis fanns i början av 2002 ca 10 000 personer av psykiatrireformens målgrupp i kommunernas boende eller i psykiatrisk heldygnsvård. Lika många beräknas ha funnits i dessa vård eller boendeformer 1997/98. En omfördelning från psykiatrisk heldygnsvård till kommunala boenden har dock ägt rum.

Personalsituationen inom psykiatrin har uppmärksamats. Socialstyrelsen har bl.a. påvisat att det bland psykiatrikerna finns en relativt hög andel som är äldre än 55 år vilket innebär att andelen som går i pension de närmaste åren sannolikt är högre än för många andra läkargrupper.

## Uppdraget

Psykiatrireformen, vars syfte var att förbättra livssituationen för personer med psykiska funktionshinder, krävde förändringar inom såväl den psykiatriska vården som det sociala stödet och servicen. Socialstyrelsens utvärdering har visat att utvecklingen varit positiv även om flera brister kvarstår. Insatser har vidtagits, bl.a. för att främja samverkan. Detta arbete behöver dock intensifieras vilket också Socialstyrelsens rapport om händelserna i Åkeshov och Gamla stan i Stockholm klargjort.

Det krävs således ett strategiskt arbete för samordning av vård, social omsorg och rehabilitering utifrån ett helhetsperspektiv. Ambitionen med att tillkalla en psykiatrisamordnare är att skapa förutsättningar för en kraftsamling hos samtliga berörda aktörer för att utveckla kvaliteten i vården och omsorgen av människor med psykiska sjukdomar och psykiska funktionshinder.

Psykiatrisamordnaren skall göra en genomgång av situationen inom vården, den sociala omsorgen och rehabiliteringen av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade personer. Samordnarens uppdrag riktas främst mot personer som har allvarliga psykiska besvär.

Samordnaren skall genomföra sitt arbete i bred dialog med landsting, kommuner, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, berörda myndigheter, statliga kommittéer och brukarorganisationer. Samordnaren skall särskilt uppmärksamma frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens.

Psykiatrisamordnaren skall utifrån denna genomgång identifiera och analysera problem samt föreslå åtgärder som kan ge positiva effekter på vård, social omsorg och rehabilitering av personer med psykiska sjukdomar eller funktionshinder.

Samordnaren skall lämna förslag till utveckling av psykiatrisformer, bedöma behovet av slutenvårdsplatser, pröva om det krävs nya vårdformer mellan slutenvård och öppenvård samt analysera hur socialtjänstens boendestöd eller andra insatser kan utvecklas. Samordnaren skall vidare uppmärksamma om tillräckliga åtgärder vidtas från huvudmännens sida i samband med in- och utskrivning av patienter som är föremål för psykiatrisk slutenvård. Därutöver skall rutiner för riskbedömning och omhändertagande av patienter som är farliga för andras personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa behandlas. Samordnaren skall uppmärksamma den psykiatriska vården av personer som är omhändertagna av andra huvud-

män än kommuner och landsting, t.ex. av kriminalvården och Statens institutionsstyrelse. Samordnaren skall enligt riksdagens tillkännagivande (bet. 2002/03:SoU1, rskr 2002/03:81), redovisa resultat och föreslå åtgärder som gäller daglig sysselsättning till psykiskt funktionshindrade personer.

Samordnaren skall särskilt uppmärksamma personalförsörjningsfrågan inom vård, social omsorg och rehabilitering. En central utvecklingsfråga är hur nödvändig kompetens hos personalen, i dag och i framtiden, kan säkras.

I uppdraget ingår vidare att bedöma psykiatrins resursbehov. Samordnaren skall i det sammanhanget se över organisations- och effektivitetsfrågor samt prioriteringar. Samordnaren skall, med utgångspunkt från Socialstyrelsens uppföljningar och utvärderingar, snabbt redovisa effekterna av de medel som riksdagen har ställt till förfogande för kommuner och landsting i enlighet med den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården.

Samordnaren skall tillsammans med kommuner, landsting och berörda statliga myndigheter formulera strategier för kvalitetsutveckling för att samordna och stärka utvecklingsarbetet. De möjligheter som ges enligt nuvarande lagstiftning, såsom samverkan i gemensam nämnd, skall främjas. Samordnaren bör även lyfta fram exempel på verksamheter som bedrivs med gott resultat, exempelvis när det gäller samordnad vårdplanering och rehabilitering.

Samordnaren skall se över gällande permissionsbestämmelser enligt LPT och LRV med anledning av de resultat som Socialstyrelsen presenterat i rapporten *Permissioner vid psykiatrisk tvångsvård – En uppföljning och utvärdering av ändrad reglering*.

Psykiatrisamordnaren skall fortlöpande informera regeringen om resultatet av sitt arbete samt vid behov lämna de förslag till författningsändringar och förtydliganden i gällande regelverk som anses påkallade.

Samordnaren skall samråda med Socialstyrelsen och beakta relevanta rapporter från myndigheten samt dess pågående utredningsarbete. Samordnaren skall även fortlöpande ha kontakt med andra myndigheter utifrån de behov som framkommer. Samordnaren skall vidare samråda med Ansvarskommittén (Fi 2003:02) samt följa beredningen av Psykansvarskommitténs betänkande *Psykisk störning, brott och ansvar* (SOU 2002:3).

Samordnaren skall beakta hur de förslag som lämnas inverkar på kommunernas och landstingens självstyre. De ekonomiska konsekvenserna av förslagen skall analyseras och förslag på finansiering

lämnas om kostnadsökningar bedöms bli aktuella. Vidare skall samordnaren redovisa förslagets betydelse för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet. Psykiatrisamordnarens arbete skall genomföras med ett tydligt jämställdhetsperspektiv.

Psykiatrisamordnarens uppdrag upphör senast den 1 november 2006.

(Socialdepartementet)

# Verksamhetschefers och chefsöverläkares bedömning av angelägna organisatoriska åtgärder inom det rättspsykiatriska området

## *1. Bakgrund och syfte*

För att få ett kompletterande underlag för Psykiatrisamordningens analys och förslag skickades ett antal frågor med tillhörande kortare problembeskrivning ut till verksamhetschefer och chefsöverläkare vid de 35 enheter som bedriver rättspsykiatrisk vård och/eller undersökning och som enligt Socialstyrelsens inventering i maj 2005 hade minst två patienter i rättspsykiatrisk vård. Svar på förfrågningen har i varierande omfattning inkommit från tjugo rättspsykiatriska enheter. Dessa enheter svarade för 545 av de 938 inneliggande rättspsykiatriska patienterna vid den nämnda inventeringen. Bland de stora rättspsykiatriska enheterna är det tre som inte har svarat. En av respondenterna framhöll att även om frågorna var intressanta ansåg man sig av resursmässiga skäl inte ha tid att besvara frågorna utan ansåg sig behöva prioritera patientverksamheten. Det är på de övriga nitton svaren denna bilaga grundar sig.

Valet av frågeområden speglade i huvudsak den inriktning och de områden som Psykiatrisamordningen i första hand ansåg sig ha skäl att fokusera på i den kommande rapporten. Respondenterna gavs också möjlighet att komplettera med ytterligare angelägna områden eller synpunkter som bör bli föremål för analys, kommentarer och eventuellt förslag i slutrapporten. Den nedanstående redovisningen följer förfrågningsunderlagets struktur.

## 2. Redovisade synpunkter

### 1. För- och nackdelar med ett genomförande av Psykansvarskommitténs förslag (SOU 2002:3)

*Psykansvarskommittén har lämnat förslag till omfattande förändringar av det straffrättsliga systemet för psykiskt störda gärningsmän. Förslagen innebär bl.a. borttagandet av fängelseförbudet, införande av någon form av otillräknelighetsbegrepp, införande av reaktionen samhällsskyddsåtgärd för vissa gärningsmän samt en ny verksamhetsform – slutet boende – för vissa personer med svåra psykiska funktionshinder.*

Så gott som samtliga som svarat på enkäten anser det vara bra om **fängelseförbudet** tas bort. Några uttrycker en oro för att en följd kan bli att patienterna inom rättspsykiatri inte längre blir motiverade att fullfölja behandling då resultatet av denna inte kommer att ha någon avgörande betydelse för strafftidens längd. En kritisk synpunkt är också att de korta tider som de tillräkneliga kommer att spendera inom rättspsykiatri inte ger möjlighet till en nödvändig brottsbearbetning. Förutsättningar för detta måste då finnas inom kriminalvården, men för de dömda som har korta strafftider kvarstår ändå problemet – de är sällan motiverade för vidare programverksamhet när de väl lämnat anstalten. Risken för en ”jojo-effekt”, d.v.s. att patienter förs fram och tillbaka mellan kriminalvården och rättspsykiatri påtalas från några håll. Några påpekar att den föreslagna förändringen förutsätter satsning på psykiatrisk kompetens inom kriminalvården när det gäller såväl läkare som sköterskor och kunskaper hos övrig personal. I annat fall är risken stor att det blir godtyckligt vem som får rättspsykiatrisk vård och inte under verkställighetstiden.

Med något undantag är de som kommenterat frågan om införande av **otillräknelighetsbegreppet** för detta då det innebär att straffansvaret kopplas till tillräknelighet – att gärningen är begången med vett och vilja. Vidare framhålls angelägenheten av att den svenska lagstiftningen mer harmoniseras med den som gäller i flertalet andra länder. Flera efterlyser en striktare och klarare definition av vilka som skulle omfattas av begreppet, som gör att gruppen otillräkneliga inte blir för stor. Brottsbearbetning framhålls som ett nödvändigt inslag även för dem som förklarats otillräkneliga. För dem som av samhällsskyddsskäl kommer att ges vård går detta att ordna, men det kan bli svårt för de övriga.

Införande av reaktionen **samhällsskyddsåtgärd** mottages positivt. En klar fördel ser man i att reaktionen även omfattar det traditionella kriminalvårdsklientelet och inte enbart de allvarligt psykiskt störda som nu är fallet. Från något håll önskas en vidgning av kriterierna så att fler brottskategorier än de föreslagna skulle kunna omfattas av reaktionen.

Den föreslagna verkställighetsformen **slutet boende** för vissa psykiskt funktionshindrade ses som en bra lösning av samtliga som kommenterat denna fråga. I regel anser man att verksamheten bör knytas till rättspsykiatri, eller i vart fall vara en landstingsangelägenhet, då flertalet av de aktuella personerna har betydande medicinska problem utöver sitt funktionshinder. En viktig del under verkställigheten bör vara att tillsammans med berörd kommun planera för det framtida boendet för de intagna.

## 2. Rättspsykiatrins uppdrag

*Psykansvarskommitténs förslag innebär att den vårdande rättspsykiatrins uppdrag inte bara skulle omfatta vård enligt LRV utan även vård av psykiskt störda lagöverträdare inom kriminalvården och den slutna ungdomsvården. På vissa håll bedrivs även utslussningsverksamhet av samtliga psykiskt störda från såväl kriminalvård som rättspsykiatri inom ramen för rättspsykiatrins ansvar. Åtminstone internationellt finns också tankar om rättspsykiatri som en resurs för spridning av kunskap om identifiering och omhändertagande av personer med utåtriktad aggressivitet till andra delar av vårdorganisationen.*

Många vidimerar att rättspsykiatri har unika kunskaper om de specifika grupperna. Ingen, utom en (som anser att rättspsykiatri bör förbehållas de allvarligt psykiskt störda), av de svarande motsätter sig att rättspsykiatrins ansvarsområde även skall omfatta vården av psykiskt störda i **kriminalvården**. Flera anför dock att det krävs mer resurser för att konsultationer och kliniskt arbete mot kriminalvårdintagna skall kunna genomföras. När det gäller rättspsykiatrins insatser inom slutna ungdomsvård är meningarna mer delade.

Rättspsykiatri stöder redan nu **utslussningen** av de psykiskt sjuka från kriminalvården på vissa håll. Självklart vore det enligt flera bedömare bra om rättspsykiatrins specifika kunskaper kommer till användning även för denna klient/patientkategori. Man framhåller dock att lokala förutsättningar får styra i hur stor

utsträckning det är möjligt och önskvärt, förutsättningarna kan bland annat se olika ut i storstad och på landsbygden. I Stockholm finns ett väl utvecklat samarbete med en gemensam öppenvårdsmottagning för såväl kriminalvårdsdömda som patienter på permission från rättspsykiatri eller utskrivna därifrån. I Västra Götaland finns PSL-team som stöder utslussningen för psykiskt störda såväl från rättspsykiatri som kriminalvården. På de flesta håll förefaller dock inte rättspsykiatri vara involverad i samband med frigivning från kriminalvården. I något fall anses en sådan ordning som regel vara olämplig då ansvaret efter frigivning bör skötas av den organisation som svarat för frigivningen och de som tidigare haft behandlingskontakt.

Några enheter framhåller att man följer den egna patienten så långt det behövs för att förhindra återinsjuknande och återfall i brott. En av enheterna framhåller att stödet behöver utformas individuellt beroende på kunskap/kompetens/personliga förutsättningar hos de personer som successivt skall ta över ansvar och praktisk tillsyn. Detta för att alla ska känna tillräcklig trygghet i utslussningen av såväl kriminalvårdens frigivna som de egna patienterna och att man förvissar sig om att den psykiskt störde inte faller mellan stolarna. Flera påpekar att aktörerna i kommunerna har olika vilja/kunskap och möjligheter när det gäller att ta hand om de psykiskt störda lagöverträdarna efter frigivning/utskrivning och att rättspsykiatriens stöd därför behöver få en individuell utformning. Ett antal projekt där rättspsykiatri, kriminalvård och socialtjänst samarbetar på olika sätt pågår och behöver utvärderas efter hand.

Någon anser också att det är en självklarhet att rättspsykiatri sköter **frivårdens** klienter, särskilt i de fall där det finns föreskrifter om öppen psykiatrisk vård. På flera håll sköter rättspsykiatri i sin öppenvårdsverksamhet den senare gruppen, medan detta av allt att döma i flertalet landsting är en fråga för allmänpsykiatri.

Flera verksamhetsföreträdare, särskilt vid de regionala enheterna, framhåller att rättspsykiatri borde fungera som ett **kunskapscentrum** i vid mening. Spridning av kunskap om identifiering och omhändertagande av personer med utåtriktad aggressivitet till andra delar av vårdorganisationen sker på vissa håll mer eller mindre spontant. I något fall ingår det i rättspsykiatri uppdrag att vara en lärande organisation för allmänpsykiatri när det gäller farlighet.



### 3. Rättspsykiatrins roll vid missbruk

*Flertalet våldsbrott begås under inflytande av alkohol eller droger. Detta gäller även för psykiskt störda gärningsmän. En förutsättning för att minska risken för återfall i brott är en minskad alkohol- eller drogkonsumtion. En bred enighet inom forskningen råder om att psykiatrisk vård och missbruksvård måste ges i ett sammanhang för att vara verkningsfull.*

Enkätsvaren bekräftar att behovet av missbruksvård är betydande bland rättspsykiatrins patienter. Mellan 60 och 85 procent av de intagna bedöms vara i behov av sådan vård bland de kliniker där konkreta uppgifter om detta lämnats.

Alla tillfrågade anser att det är en nödvändighet att behandla missbruksproblematik parallellt med den rättspsykiatriska vården och att det så länge patienterna är inskrivna är rättspsykiatrins skyldighet att se till att patienterna får adekvat vård för sin missbruksproblematik. De flesta anser också att rättspsykiatrin bör fortsätta med missbruksvården även sedan patienten skrivits ut från enheten. I praktiken ser det dock mycket olika ut på den senare punkten att döma av svaren.

Inom det rättspsykiatriska nätverket Fina Fisken (sex av de större rättspsykiatriska enheterna) har en gemensam policy i missbruksfrågor tagits fram. Några kliniker har utarbetat särskilda program eller riktlinjer för hur missbruksfrågorna skall skötas. Missbruksgrupper förekommer på flera håll och några har anställt drogterapeuter, alternativt sjuksköterskor med erfarenhet av beroendevård, som arbetar med dessa frågor. På vissa håll finns ett nära samarbete mellan den rättspsykiatriska enheten och beroendevården och med beroendeklinik.

Drogfrihet som villkor under permission tillämpas överlag, men möjligheterna till återintagning om patienten inte följer villkoret saknas, vilket beklagas av några. En av enheterna knyter förhoppningar till att konceptet Öppen vård med särskilda föreskrifter ”kommer att medföra att det finns ett nytt åtgärdsinstrument bortom den punkt som markeras av utskrivning idag”. Samverkan med frivilligorganisationer som arbetar med beroendefrågor, NA och AA, tas upp från ett par håll som väsentligt både inom den slutna vården och i samband med utslussning. Drogkontroller och medicinering med t.ex. Concerta och Antabus, anges av flera.

Vid enheten i Sundsvall finns en särskild avdelning där en rutinerad missbruksterapeut har lagt upp ett 20 veckor långt, strukturerat

behandlingsprogram som alla patienter med missbruksproblematik skall gå igenom. Från denna klinik poängteras att en viktig aspekt på missbruksproblematiken är personalens egna förhållningssätt och attityder till droger och bruk/missbruk. ”Vi kan naturligtvis inte kräva drogfrihet hos våra anställda annat än på arbetstid, men vi kräver att man inte på fredag berättar att man skall göra, och på måndagar allt man gjort.”

#### 4. Något om omfattning m.m. av verksamheten

*Det finns inte någon enhetlig och samlad redovisning av verksamheten inom rättspsykiatrin i landet, inte ens när det gäller sådana uppgifter som antal intagna, vårdtider och återfall m.m.*

Det finns stort behov av en rikstäckande gemensam redovisning om rättspsykiatrin att döma av svaren. Samtliga säger sig vara för en sådan ordning. Någon beklagar att man inte på kliniken kan få ut uppgifter från belastningsregistret för uppföljning av återfall. Det erinras om att ett nationellt kvalitetsregister är under utformning.

Några varnar dock för tolkningssvårigheter när olika enheter jämförs. Det är inte alltid som enkla uppgifter om kostnader och produktivitet säger något om hur effektiv behandlingen varit. Behandlingsansvaret för en patient skiftar över tid mellan olika behandlare och enheter och det kan vara svårt att veta vad som hjälpt. Det krävs hög kompetens för att analysera uppgifterna på rätt sätt. En svårighet som anges av flera är att kunna mäta innehållet i vården. Utfallet i ett längre perspektiv är annan svåråtgång variabel. Allt kan heller inte mätas och jämföras på ett enkelt sätt, t.ex. pedagogiskt förhållningssätt, samverkan, konferenser, kursverksamhet, utbildning.

Några kliniker anger att man kontinuerligt mäter resultatet under vårdtiden. Patientenkäter är vanliga, liksom mätningar av patientens utveckling genom GAF. Vårdplaner med olika checklistor och bedömningsinstrument används på flera håll med uppföljningar, i regel var sjätte månad inför länsrättsförhandling. På något håll ligger dessa uppgifter till grund för egen forskning om vårdens effektivitet. En klinik använder balanserat styrkort med specifikt strategiska och konkreta mål, prioriterade aktiviteter och utformade nyckeltal för olika delar av verksamheten som vårdplanering, farlighetsbedömning, delaktighet, kontaktmannaskap m.m. En annan klinik använder ledningsinstrumentet QUL (kvalitet,

utveckling, ledarskap). Där tillämpas också klinisk uppföljning av samtliga utskrivna patienter.

*Vilken är medel- och medianvårdtiden för dem som skrevs ut från enheten under 2005 (inkl resp exkl avslutande långtidspermission)?*

Att vårdtiderna för enskilda patienter skiljer sig markant åt är väl känt. Dessa variationer återspeglas också i de skiftande medelvårdtider som anges av klinikerna för utskrivna patienter. Att bedöma vårdtiderna enbart utifrån klinikuppgifter är vanskligt då flyttningar av patienten mellan olika enheter är vanligt och antalet patienter från kriminalvården, med väsentligt kortare vårdtider än domstolsöverlämnade, varierar mellan olika kliniker.

Antalet och andelen utskrivna skiljer sig också åt. Medan en av de större klinikerna i landet endast säger sig ha skrivit ut en enda patient under föregående år har en annan avslutat den rättspsykiatriska vården för 19 patienter, vilket motsvarar 30 procent av de LRV-dömda inom upptagningsområdet. Av de 19 utvisades tre och lika många hade avlidit. Uppföljande kontakter visar att resterande 13 patienter inte har återfallit i våldsbrott.

## 5. Samverkan vid permission och hemgång

*Ett återkommande tema som tagits upp i alla utredningar under den senaste tioårsperioden är problem och brister i samordningen av olika insatser, t.ex. med psykiatrisk öppen vård och socialtjänsten. Detta gäller inte minst i samband med att psykiskt störda lagöverträdare frigges och i samband med permissioner. Vad krävs såväl på strukturell nivå som på individnivå för att psykiskt störda lagöverträdare ska kunna återföras till ett så normalt liv som möjligt efter att ha vårdats inom rättspsykiatrin eller avtjänat ett fängelsestraff?*

De flesta patienter inom rättspsykiatrin har en komplex problembild. De har ofta redan varit i konflikt med många av samhällets funktioner och har dåliga relationer till socialtjänst, hyresvärdar och arbetsgivare. För en gynnsam utslussning är det nödvändigt med ett nära samarbete med socialtjänsten för att få till stånd ett acceptabelt boende och dagliga aktiviteter. Det finns ett fåtal exempel där landsting och kommun samverkar på ett friktionsfritt sätt för dessa patienter. Ekonomiska skäl, okunskap och rädsla för

rättspsykiatrins patienter anges som några orsaker till att samarbetet brister. Flera framhåller också att det överlag är svårt att få tag i bostäder och arbete inom många kommuner, särskilt till personer med olika former av psykiska störningar och att rättspsykiatrins patienter inte möts av det största engagemanget från omgivningens sida.

Även om kommunen erbjuder bostad o övrig hjälp o stöd, bör den verksamhet som patienten/klienten lämnar ha mandat att ställa krav på det som kommunen erbjuder. Allt för ofta erbjuds dessvärre stöd och boende av allt för låg kvalitet, vilket gör att patienten raskt återkommer till institutionen och kommunen blir av med kostnaden. Ändå är situationen oftast bättre för rättspsykiatrins patienter än för de intagna från kriminalvården, vilka släpps ut direkt på gatan utan någon ordnad tillvaro framhålls från en av storstädernas kliniker.

Tydligare skrivning av kommunernas ansvar under LRV-perioden och av fördelningen av betalningsansvaret mellan kommun och landsting önskas från några håll. För att samarbetet kring utskrivning ska fungera väl krävs ett tidigt samarbete med kommunen och hemortpsykiatrin och kontinuerliga möten med dessa aktörer. För någon innebär detta månadsvisa möten, för andra terminsvisa. Några framhåller att sjukvården inte bara kan ställa krav på kommunen utan måste även själv bidra till en positiv utskrivningssituation, t.ex. genom successiv utslussning via behandlingshem, utslussningsboende med delat kostnadsansvar, bra rättspsykiatrisk öppen vård och PSL-team eller liknande. Primärvårdens närvaro och engagemang för utskrivna LRV-patienter efterlyses av flera.

## 6. Rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet

*Den rättspsykiatriska undersökningsverksamheten bedrivs vid två avdelningar under Rättsmedicinalverket och på entreprenad hos två sjukvårdshuvudmän (i Malmö och Umeå). Diskussioner har förts om att ett närmande av undersökningsverksamheten och den rättspsykiatriska vården behövs. Samtidigt råder enighet om att huvudansvaret för undersökningsverksamheten bör ligga på staten då detta är en del av rättskedjan.*

Ett närmande mellan undersökningsverksamhet och rättspsykiatrisk vård är enligt många bedömare önskvärd. Problemet är att undersökarna får dålig feedback från vården och att det finns risk

för att undersökarna isolerar sig från vården. En klinik framför att en mera fullständig och korrekt diagnostik skulle kunna göras om undersökningskompetensen paradades med vårderfarenhet. En annan menar att för att kunna göra bra rättspsykiatriska bedömningar krävs det lång erfarenhet av psykiatrisk vård där man kan se hur dessa patienter reagerar och vilka möjligheter det finns att arbeta med olika patientkategorier.

Undersökningarna skulle göras på större vårdenheter, gärna på entreprenad som nu i Umeå och Malmö, men med fortsatt ansvar för RMV när det gäller utbildning, kvalitetskontroll osv. En aspekt, som många tar upp, är att den läkare som undersöker kanske inte skall vårda den patient han/hon undersökt, men man påpekar också att detta är löst i Malmö o Umeå. Från Malmö-enheten framhålls det som utomordentligt positivt med det dubbla uppdraget att både utreda och vårda genom att kompetensen utvecklas och rekryteringsläget förbättras liksom forskningsmöjligheterna.

Andra kliniker, liksom de båda statliga undersökningsenheterna, hävdar att undersökningsverksamheten även fortsättningsvis bör vara en statlig angelägenhet och inte bedrivs under respektive landsting. Vikten av likartade bedömningar över hela landet poängteras, liksom att undersökningsverksamheten kräver en viss volym för att kompetensen ska kunna upprätthållas. Vidare påpekas att rättspsykiatriska vården bara är en av flera avnämare och att lika många undersökta överförs till kriminalvården efter undersökning. Uppdraget att utreda och riskbedöma livstidsdömda är artfrämmande för den vårdande rättspsykiatrin.

## 7. Former för nationell samordning

*För att skapa förutsättningar för en mer likvärdig rättspsykiatri i olika delar av landet ansåg Psykansvarskommittén att statens ansvar för den rättspsykiatriska vården borde öka, dels genom ett ökat finansiellt ansvar, dels genom att ett nationellt samordningsorgan tillskapas. Det finns även andra former för "styrning" av verksamheten mot uppsatta mål, t ex genom aktiv tillsyn, lagstiftning, allmänna råd, annan kunskapsöverföring och utbildning.*

Flertalet som kommenterat frågan anser att det behövs en bättre nationell samordning. Meningarna är dock delade hur denna samordning skall bedrivs.

Från något håll anfördes att det rättspsykiatriska nätverket Fina Fisken är ett embryo till sådan samverkan som givit goda erfarenheter. I Fina Fisken ingår företrädare för de rättspsykiatriska regionklinikerna i Vadstena, Växjö och Sundsvall samt Regionsjukhuset Karsudden, Regionenheten för rättspsykiatri vid Skönviks rättspsykiatriska klinik (Säter) samt Rättspsykiatriska vårdsektionen i Stockholm. Från något håll påpekas dock att länsklinikerna, som sköter allt fler rättspsykiatriska patienter, inte finns med i detta nätverk. Några anser att samordningen bör ligga under Sveriges Kommuner och Landsting och värjer sig mot en myndighetslösning. Andra menar att den nationella samordningen bör ligga på en statlig myndighet som bör hålla samman såväl utredning som vård och att staten bör ta ett finansiellt ansvar för verksamheten. Socialstyrelsen anges av någon som en tänkbar samordnande myndighet men flera förordar Rättsmedicinalverket.

Kompetensutvecklande åtgärder som komplement till målstyrning framhålls från några som det viktigaste för den nationella samordningen. Anordnande av nationella och regionala samarbetsdiskussioner ligger i linje med ett sådant önskemål. Andra bedömare lägger största vikten vid allmänna råd, uppföljning och utvärdering. För detta fordras nationella register över verksamheten (se ovan). Även frågan om koordinering på nationell nivå av insatser som kräver subspecialisering för vissa små patientgrupper anges som ett väsentligt uppdrag för den nationella samordningsmyndigheten.

## 8. Om åtgärder för särskilt vårdkrävande

*Det finns ett litet antal rättspsykiatriska patienter som har extra stora svårigheter och kräver speciella och långvariga insatser. För vissa kan krävas insatser från både kommun och landsting resten av livet. Vi får ibland beskrivningar av att det är svårt att hitta bra lösningar för särskilt vårdkrävande och att det finns oklarheter om ansvar och om vad som är bra lösningar. Vilka förändringar skulle kunna förbättra förutsättningarna för att ge dessa personer en god vård på ett kostnadseffektivt sätt?*

Flera av de kliniker som svarat på enkäten har erfarenhet av mycket svårskötta och vårdkrävande patienter eller patienter med extremt långa vårdtider. I några fall krävs en relativt låg omvårdnadsnivå, men fortsatt rättspsykiatrisk vård p.g.a. risken för återfall

i brott. Kommunerna saknar kompetens och lagliga förutsättningar för att ta hand om dessa patienter.

Patienter blir kvar i sluten vård fast man av medicinska skäl och ur säkerhetssynvinkel inte skulle behöva det. Från flera håll framförs önskemålet om inrättande av boendeliknande enheter inom landstingets ram med jämförelseviss låg personaltäthet, men med möjligheter att snabbt sätta in adekvata åtgärder vid behov. (I Holland finns sådana enheter under begreppet Long stay units). Differentierade vårdnivåer/vårddygnskostnader inom de större rättspsykiatriska klinikerna skulle kunna tillskapas där landsting och kommuner i varje enskilt fall kommer överens om kostnadsfördelningen är ett förslag som framförs från några enheter. Som det nu är upptar dessa patienter platser på alltför hög vårdnivå till onödigt stora kostnader och med en otillfredsställande miljö för patienten.

Några kliniker hoppas på möjligheten av att Öppen vård med särskilda villkor ska kunna öppna för lämpliga särlosningar i vissa fall.

En annan kategori svårskötta patienter är de, visserligen fåtaliga, som ständigt kräver hög personaltäthet och tillsyn på grund av sin aggressivitet. De tröttnar ut personalen och skickas i vissa fall runt mellan olika enheter. Något förslag till lösning på detta problem lämnas inte.

## 9. Övriga synpunkter

*Övriga synpunkter som rör organisatoriska, finansiella och ansvars-  
mässiga förhållanden! Gärna även uppgifter om kostnaderna för den  
rättspsykiatriska vården, t.ex. från bokslut 2005 (egen och köpt vård).*

Flertalet svar som lämnats under denna punkt har vävts in ovan. Härutöver har angivits att högre status för Psykiatri och Rättspsykiatri måste eftersträvas. En väg till detta är att lönenivåer och anställningsvillkor utformas så att det blir tillräckligt attraktivt att arbeta inom dessa områden.

Svåra rekryteringsproblem finns på flera håll främst när det gäller läkare. Satsning krävs även på forskning inom området både för verksamheten utveckling och för att kunna rekrytera personal med kompetens och intresse för verksamheten.

En av klinikerna poängterar de problem som finns inom kriminalvården där inte alltid personer med neuropsykiatriska problem,

utvecklingsstörning och ADHD t.ex., kan tas om hand på ett rimligt sätt och där psykiatrin på grund av platsbrist inte kan svara för de insatser som skulle vara befogade enligt normaliseringsprincipen. Ett annat uppmärksammat problem utgör de asylsökande som överförs till rättspsykiatrin och där språk- och tolksvårigheter och kulturskillnader kan vara svåra att bemästra.

Från sex av de svarande klinikerna har den totala kostnaden för landstingets rättspsykiatriska vård år 2005 angivits. Skillnaderna är betydande och anges till alltifrån 135 till 360 kronor per invånare och år. En del av skillnaderna förklaras av skillnader i antal rättspsykiatriska patienter, en del möjligen också i varierande innehåll i de angivna uppgifterna. I de angivna kostnaderna ingår såväl den egna slutna och öppna vården som den köpta vården vid behandlingshem och utomlänsvård. Ett landsting som debiterar 4300 kronor per vård dag tar även ut detta belopp för de första 14 permisjonsdagarna och därefter 450 kronor per dygn om patienten bor i eget boende och 150 kronor om han/hon vistas på behandlingshem.