

Innehåll

Promemorians huvudsakliga innehåll	3
1 Inledning.....	5
2 Författningsförslag.....	9
2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård	9
2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.....	20
3 Gällande rätt.....	27
3.1 Grundläggande fri- och rättigheter.....	27
3.2 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.....	29
3.2.1 Allmänt.....	29
3.2.2 Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård	32
4 Överväganden och förslag.....	35
4.1 Systematiskt kvalitetsarbete för minskat behov av tvångsåtgärder	35
4.1.1 Gällande rätt.....	35
4.1.2 Promemorians överväganden och förslag	36
4.2 Patienten ges en starkare roll i vårdplaneringen.....	38
4.2.1 Samordnad vårdplan i samråd med patienten.....	38
4.2.2 Patientens inställning till insatser och villkor	42
4.2.3 Uppföljningssamtal	46

4.2.4	Behandlingen av patienten.....	50
4.3	Tvångsåtgärder.....	53
4.3.1	Psykiatrilagsutredningens förslag om ett särskilt dispensförfarande.....	53
4.3.2	Fastspänning.....	55
4.3.3	Avskiljning.....	66
4.3.4	Överklagande.....	73
4.4	Barn i psykiatrisk tvångsvård.....	77
4.4.1	Bakgrund.....	77
4.4.2	Uppgifter om psykiatrisk tvångsvård för barn.....	82
4.4.3	Promemorians överväganden och förslag.....	86
4.5	Dokumentation och uppföljning.....	89
5	Konsekvenser av förslagen.....	91
5.1	Ekonomiska konsekvenser.....	91
5.2	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	95
6	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser.....	101
7	Författningskommentarer.....	103
7.1	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.....	103
7.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.....	114

Promemorians huvudsakliga innehåll

I promemorian lämnas en rad förslag för att stärka patient-säkerheten och rättssäkerheten för den som vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV.

För att understryka vikten av ett fortgående arbete med att minska användningen av tvångsåtgärder inom ramen för tvångsvården föreslås att det i respektive tvångslag ska införas en kompletterande bestämmelse som tydliggör att det kvalitets-säkringsarbete som vårdgivare är ålagda enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder. Därmed ges naturliga förutsättningar för vårdgivarna att implementera goda erfarenheter från det nationella genombrottsprojektet Bättre vård – mindre tvång i det ordinarie kvalitetsarbetet.

I promemorian föreslås också att patientens delaktighet i vården ska stärkas bl.a. genom att det i lagen uttryckligen ska framgå att patienten ska medverka vid upprättandet av den samordnade vårdplan som ska upprättas inför ansökan eller anmälan om öppen tvångsvård. Detta är redan förutsatt i lagens förarbeten men har inte kommit till uttryck i den aktuella bestämmelsen. Vid ansökan om fortsatt öppen tvångsvård föreslås uppföljningen av den samordnade vårdplanen även innehålla en redogörelse för patientens inställning till de insatser och villkor som framgår av vårdplanen.

Bestämmelsen i 17 § LPT, som genom hänvisning även gäller vid vård enligt LRV, föreslås förtydligas att chefsöverläkaren, om det är nödvändigt, får ge behandling utan samtycke.

I fråga om de tvångsåtgärder som under särskilda förutsättningar får vidtas inom ramen för den slutna tvångsvården föreslås en del förändringar och förtydliganden. I en ny bestämmelse föreslås chefsöverläkaren få en skyldighet att erbjuda patienten ett

uppföljningssamtal efter en genomförd tvångsåtgärd. Att samtal ska genomföras framgår redan av rutinerna på många kliniker. Samtalen anses dock vara av sådan vikt för patienten att det bör framgå av lagen att så ska ske.

Det lämnas också förslag på att tvångsåtgärder som rör barn endast får vidtas om det är förenligt med barnets bästa. Syftet är att säkerställa att beslut om tvångsåtgärder mot barn alltid föregås av en analys av vilka konsekvenser det får för barnet utifrån hans eller hennes förutsättningar och behov.

Beträffande fastspänning görs vissa förtydliganden i 19 § LPT bl.a. vad avser hur lång tid fastspänning får ske och när under rättelse ska göras till Inspektionen för vård och omsorg. Det införs också en uttrycklig möjlighet att använda s.k. mobilt bälte som ett alternativ till fasthållning.

I nuvarande bestämmelse som reglerar i vilka fall och under vilka förutsättningar avskiljning kan ske (20 § LPT), görs vissa redaktionella ändringar i förtydligande syfte, bl.a. att ett avskiljningsbeslut inte kan vara längre än åtta timmar enligt huvudregeln. Finns synnerliga skäl kan beslutet förlängas, genom ett nytt beslut, med högst åtta timmar.

Särskilda begränsningar föreslås också beträffande fastspänning och avskiljning om åtgärden rör barn.

I en ny bestämmelse föreslås att det ska regleras att i yttersta undantagsfall kan beslutas om långtidsavskiljning, högst fyra veckor i taget. Denna bestämmelse är avsedd att kunna tillämpas för en mycket begränsad patientgrupp som på grund av extrem farlighet utgör en allvarlig fara för annan. Eftersom det är fråga om en ytterst ingripande åtgärd föreslås den omgärdas med särskilda kontrollåtgärder. Chefsöverläkaren ska göra en anmälan om stödperson till patientnämnden vid ett beslut om långtidsavskiljning. Inspektionen för vård och omsorg ska genom tillsyn särskilt kontrollera tillämpningen av bestämmelsen och vårdgivaren ska se till att det görs en förnyad medicinsk bedömning inför ett beslut om långtidsavskiljning och om en sådan pågått i sex månader. Patienten föreslås också kunna överklaga ett beslut om långtidsavskiljning till förvaltningsrätten.

Författningsförslagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2016.

1 Inledning

Regeringen beslutade i maj 2012 om en handlingsplan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Ambitionen med handlingsplanen är att skapa förutsättningar för en långsiktig kraftsamling hos huvudmännen och andra berörda aktörer för att förebygga psykisk ohälsa samt förbättra vården och omsorgen till personer med psykisk ohälsa. En av de centrala beståndsdelarna i satsningen är en bred överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting som syftar till att genom ekonomiska incitament och med patienternas behov i centrum skapa förutsättningar för ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete i kommuner och landsting. Överenskommelsen har reviderats varje år och bestått av ett antal utvecklingsprojekt samt en prestationsbaserad modell där kraven och prestationsmålen succesivt höjs. Ett av prestationsmålen har varit att landstingen får del av prestationsmedel om de deltar i det nationella genombrottsprojektet Bättre vård – mindre tvång samt rapporterar tvångsvårdstillfällen och tvångsåtgärder till Socialstyrelsens patientregister.

I 2014 års överenskommelse är kravet att landstingen aktivt arbetar för att minska behovet av tvångsåtgärder genom att:

- visa att de har identifierat den tiondel av patienterna som blir föremål för flest tvångsvårdstillfällen, och den tiondel av patienterna som utsätts för flest tvångsåtgärder och med utgångspunkt i detta upprättat en handlingsplan för att minska behovet av tvångsvård och tvångsåtgärder i den gruppen under 2014,
- vara aktiva i aktiviteter för att vidmakthålla resultat som uppnåtts genom tidigare utvecklingsarbeten, och

- delta i ett gemensamt kvalitetssäkringsarbete avseende rapportering av tvångsvårdstillfällen och tvångsåtgärder till patientregistret (PAR).

Bättre vård – mindre tvång har sin grund i ett metodiskt förbättringsarbete inom den psykiatriska heldygnsvården som regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting redan 2009 kom överens om att stödja. Syftet var att förbättra kvaliteten i metoder och arbetssätt för att därigenom kunna ge en god och säker vård med ett tydligt patientperspektiv. Överenskommelsen skrevs under i december 2009 och var en treårig satsning.

SKL utarbetade inom ramen för överenskommelsen konkreta mål och webbaserade inmatningsverktyg för att kunna följa förbättringsarbetet med att förebygga tvångsåtgärder och att förbättra användningen av dem. I arbetet ingick att utveckla kunskapen och kvaliteten vid bruk av tvång, samt att förbättra patientens upplevelse av tvångsåtgärder.

Socialstyrelsen lämnade 2013 en slutrapport om satsningens resultat. Socialstyrelsen bedömde att satsningen hade en positiv inverkan när det gäller att öka ambitionen, ansvarstagandet och engagemanget för patienter inom den psykiatriska heldygnsvården. Personalen hade också fått mer kunskap om hur de kan driva förbättringsarbete lokalt. Socialstyrelsen drog emellertid även slutsatsen att punktinsatser med statliga stimulansmedel endast i liten grad bidrar till att långsiktigt lösa de resurs-, kompetens- och strukturproblem som fortfarande finns inom psykiatrin. Socialstyrelsen menade att sådana förändringar ofta tar tid och behöver bedrivas systematiskt under flera år.

Arbetet har efter 2012 fortsatt inom ramen för ytterligare överenskommelser. I arbetet ingår att:

1. ta fram mått och mätmetoder,
2. utbilda personal och coacher,
3. ordna konferenser och inspirationsdagar,
4. följa upp och utvärdera resultat,
5. handleda och stödja de team i landstinget som har genomfört eller ska genomföra genombrottsprogram, och

6. skapa strukturer och ge stöd för landstingens inrapportering till det nationella patientregistret.

Riksdagen beslutade i juni 2014 att en ny patientlag ska gälla från den 1 januari 2015. Det innebär bl.a. att den nuvarande informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas. Det blir t.ex. tydligare vad patienten ska få information om och hur det ska ske, anpassad till mottagarens förutsättningar. Vidare kommer möjligheten för en patient att få en ny medicinsk bedömning att utvidgas vilket innebär att möjligheten enbart villkoras av att personen har en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom. Barns inflytande över sin vård blir också tydligare. Till exempel ska barnets inställning till den aktuella vården så långt som möjligt klarläggas.

I april 2012 överlämnade Psykiatrilagsutredningen betänkandet Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17). Betänkandet innehåller omfattande förslag bl.a. beträffande den psykiatriska tvångslagstiftningen och betänkandet bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

I syfte att förstärka patientens rättssäkerhet och att stärka patientens ställning och möjlighet till inflytande i tvångsvården föreslås i denna promemoria, delvis med utgångspunkt i Psykiatrilagsutredningens betänkande, vissa ändringar i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. Det handlar bl.a. om patientens medverkan i vårdplanen, frågor om tvångsåtgärder och särskilda frågor rörande barn i psykiatrisk tvångsvård. Utredningen berör delvis barns kontakter med den psykiatriska tvångsvården. I den här promemorian görs en fördjupad analys av situationen för barn som tvångsvårdas bl.a. utifrån nya uppgifter om barns egna upplevelser av vården, som tagits fram av Barnombudsmannen.

Det ingår inte i detta arbete att ta ställning till Psykiatrilagsutredningens förslag i sin helhet och avsikten är heller inte att förmedla något sådant ställningstagande. Promemorian ska ses som ett fristående komplement till Psykiatrilagsutredningens förslag. Samtidigt kan inte bortses från utredningens omfattande arbete varför det är naturligt att hänvisningar görs till de förslag och slutsatser som utredningen redovisat.

2 Författningsförslag

2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

dels att nuvarande 20 a § ska betecknas 20 b §,

dels att 1, 6 a, 7 a, 9, 17, 19, 20, 22 b, 31, 32, 33, 38 a och 39 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas tre nya paragrafer, 18 a, 18 b, och 20 a §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §¹

Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller all psykiatrisk vård. Kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i denna lag.

Kvalitetssäkringsarbetet som avses i 31 § hälso- och sjukvårdslagen ska i en verksamhet som bedriver psykiatrisk tvångsvård även omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder.

Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns också i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

¹ Senaste lydelse 2008:415.

Vad som sägs i denna lag om ett landsting gäller även en kommun som inte ingår i ett landsting.

Med chefsöverläkare avses i denna lag chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är inskriven.

6 a §²

I sådana fall som anges i 19 § eller 20 § får en patient som hålls kvar enligt 6 § kortvarigt spännas fast med bälte eller *liknande anordning* eller kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna.

I sådana fall som anges i 19 § eller 20 § får en patient som hålls kvar enligt 6 § kortvarigt spännas fast med bälte eller *mobilt bälte* eller kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna.

En patient som hålls kvar enligt 6 § får, om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa, ges nödvändig behandling.

Vid beslut enligt denna paragraf ska 18 b § tillämpas.

Beslut enligt denna paragraf fattas av legitimerad läkare.

7 a §³

En samordnad vårdplan ska innehålla uppgifter om

- det bedömda behovet av insatser från landstingets hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård,
- beslut om insatser,
- vilken enhet vid landstinget eller kommunen som ansvarar för respektive insats, och
- eventuella åtgärder som vidtas av andra än landstinget eller kommunen.

Vårdplanen ska upprättas av chefsöverläkaren, om han eller hon bedömer att patienten kommer att vara i behov av insatser enligt första stycket i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård. Vårdplanen ska

Vårdplanen ska upprättas av chefsöverläkaren, om han eller hon bedömer att patienten kommer att vara i behov av insatser enligt första stycket i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård. *Så långt möjligt ska*

² Senaste lydelse 2000:353.

³ Senaste lydelse 2008:415.

utformas i samarbete mellan de enheter vid kommunen eller landstinget som svarar för insatserna. Vårdplanen är upprättad när den har justerats av enheterna.

vårdplanen utformas i samråd med patienten och, om det inte är olämpligt, med dennes närstående. Vårdplanen ska utformas i samarbete mellan de enheter vid kommunen eller landstinget som svarar för insatserna. Vårdplanen är upprättad när den har justerats av enheterna.

Chefsöverläkaren ska underrätta berörd enhet vid landsting, kommun eller annan huvudman om beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård.

9 §⁴

På ansökan av chefsöverläkaren får rätten medge att tvångsvården fortsätter i form av öppen eller sluten psykiatrisk tvångsvård utöver den längsta tiden enligt 8 §. Medgivande får lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från den dag då förvaltningsrätten meddelar beslut i frågan.

En ansökan enligt första stycket ska ha kommit in till förvaltningsrätten innan tiden för gällande beslut om tvångsvård har löpt ut. Föreskrifterna i 7 § andra–fjärde styckena och 7 a § tillämpas på en ansökan enligt denna paragraf.

Till ansökan om fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård ska det fogas en uppföljning av den samordnade vårdplanen.

Till ansökan om fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård ska det fogas en uppföljning av den samordnade vårdplanen. Om det inte är olämpligt ska det av ansökan även framgå patientens inställning till de särskilda villkoren och till insatserna i vårdplanen.

⁴ Senaste lydelse 2009:809.

17 §⁵

I fråga om behandlingen under vårdtiden ska samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd ska ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt. *Frågor om behandlingen avgörs ytterst av chefsöverläkaren.*

Behandlingsåtgärderna ska anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 § andra stycket.

Om det är nödvändigt får patienten, efter chefsöverläkarens beslut, ges behandling utan samtycke.

18 a §

Chefsöverläkaren ska, så snart patientens tillstånd tillåter, se till att patienten erbjuds ett uppföljningsamtal efter genomförd tvångsåtgärd.

18 b §

Tvångsåtgärder som rör barn får vidtas endast om det är förenligt med barnets bästa.

19 §⁶

Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. *Vårdpersonal ska vara närvarande*

Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan *och det är oundgängligen nödvändigt*, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller mobilt bälte. *Fastspänning*

⁵ Senaste lydelse 2008:415.

⁶ Senaste lydelse 2012:938.

under den tid patienten hålls fastspänd.

Om det finns synnerliga skäl, får det beslutas att patienten ska hållas fastspänd längre än som anges i första stycket.

Chefsöverläkaren beslutar om fastspänning. *Inspektionen för vård och omsorg ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt andra stycket.*

En patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar. *Tiden för avskiljande får*

med bälte får pågå högst fyra timmar och fastspänning med mobilt bälte högst 60 minuter. Är patienten under 18 år får fastspänning med bälte pågå högst två timmar.

Om det finns synnerliga skäl, får det beslutas att patienten ska hållas fastspänd *med bälte* längre än som anges i första stycket. *Tiden får genom ett nytt beslut förlängas med högst fyra timmar vid varje tillfälle. Är patienten under 18 år får tiden förlängas med högst två timmar vid varje tillfälle.*

Chefsöverläkaren beslutar om fastspänning.

Om en patient hålls fastspänd mer än fyra timmar i följd, ska Inspektionen för vård och omsorg utan dröjsmål underrättas om detta.

Vårdpersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd.

20 §⁷

En patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar. *Ett beslut om avskilj-*

⁷ Senaste lydelse 2012:938.

genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar.

Om det finns synnerliga skäl, får ett beslut om avskiljande enligt första stycket avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar.

Chefsöverläkaren beslutar om avskiljande. Om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd, ska Inspektionen för vård och omsorg utan dröjsmål underrättas om detta. En patient ska under den tid han eller hon hålls avskild stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal.

ande av en patient som är under 18 år gäller högst fyra timmar.

Om det finns synnerliga skäl, får *beslutas att patienten ska hållas avskild längre än som anges i första stycket. Tiden får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar vid varje tillfälle. Är patienten under 18 år får tiden förlängas med högst fyra timmar vid varje tillfälle.*

20 a §

Om det är oundgängligen nödvändigt på grund av att patienten genom ett långvarigt och synnerligen aggressivt eller störande beteende utgör en allvarlig fara för annan, får chefsöverläkaren besluta om långtidsavskiljning under högst fyra veckor.

Tiden för avskiljande får genom ett nytt beslut förlängas med högst fyra veckor vid varje tillfälle.

Inspektionen för vård och omsorg ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt första och andra styckena. Inspektionen ska genom tillsyn kontrollera tillämpningen av bestämmelsen.

Vårdgivaren ska, genom chefsöverläkarens försorg, om-

besörja att patienten, inom eller utom det egna landstinget, får en förnyad medicinsk bedömning (second opinion) inför ett beslut om långtidsavskiljning. Om tiden för långtidsavskiljande förlängs ska en sådan bedömning göras minst en gång var sjätte månad.

En patient ska under den tid han eller hon hålls avskild stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal.

Tvångsåtgärd enligt denna bestämmelse får inte vidtas om patienten är under 18 år.

22 b §⁸

Ett beslut enligt 20 a eller 22 a § gäller i högst två månader. När det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska chefsöverläkaren genast besluta att inskränkningen eller övervakningen ska upphöra. Frågan om upphörande ska övervägas fortlöpande.

Inspektionen för vård och omsorg ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt 20 a eller 22 a §.

Ett beslut enligt 20 b eller 22 a § gäller i högst två månader. När det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska chefsöverläkaren genast besluta att inskränkningen eller övervakningen ska upphöra. Frågan om upphörande ska övervägas fortlöpande.

Inspektionen för vård och omsorg ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt 20 b eller 22 a §.

31 §⁹

Chefsöverläkaren ska anmäla till en sådan nämnd som avses i 30 § när det kan finnas skäl att utse en stödperson.

Har en stödperson för patienten inte redan utsetts, ska anmälan alltid göras när

⁸ Senaste lydelse 2012:938.

⁹ Senaste lydelse 2008:415.

1. chefsöverläkaren ansöker om medgivande till tvångsvård enligt 7, 12 eller 14 §,

2. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut om intagning enligt 6 b §,

3. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut att avslå en begäran om att tvångsvården ska upphöra.

3. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut att avslå en begäran om att tvångsvården ska upphöra, och

4. chefsöverläkaren beslutat om långtidsavskiljning enligt 20 a §.

I en sådan anmälan ska chefsöverläkaren ange patientens inställning till att få en stödperson. Nämnden ska, om patienten inte har uttryckt en klar uppfattning, kontakta patienten eller vårdpersonal med kännedom om patienten för att få besked om huruvida patienten vill ha en stödperson.

När tvångsvården av en patient, för vilken stödperson utsetts, har upphört, ska chefsöverläkaren snarast möjligt underrätta nämnden om detta och om huruvida stödpersonens uppdrag fortsätter därefter.

32 §¹⁰

Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård enligt 6 b, 11 eller 14 §. Ett sådant överklagande ska anses innefatta även en begäran om att tvångsvården ska upphöra.

Patienten får även överklaga chefsöverläkarens beslut enligt 26 a §. Ett sådant överklagande ska anses innefatta en begäran om att den slutna psykiatriska tvångsvården ska upphöra.

Innan förvaltningsrätten prövar ett överklagande enligt första eller andra stycket, ska rätten utan dröjsmål förelägga chefsöverläkaren att yttra sig i de hänseenden som anges i 7 § tredje stycket.

Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga ett beslut om inskränkning enligt 20 a § eller om övervakning enligt 22 a §.

Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga ett beslut om inskränkning enligt 20 b § eller om övervakning enligt 22 a §.

¹⁰ Senaste lydelse 2009:809.

33 §¹¹

Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga ett annat beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag som innebär

1. avslag på en begäran om att tvångsvården ska upphöra,
 2. *långtidsavskiljning* enligt 20 a §,
2. förordnande enligt 24 § om förstöring eller försäljning av egendom,
3. förordnande enligt 24 § om förstöring eller försäljning av egendom,
3. avslag på en begäran om tillstånd enligt 25 § att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse,
4. avslag på en begäran om tillstånd enligt 25 § att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse,
4. återkallelse enligt 25 § tredje stycket av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, eller
5. återkallelse enligt 25 § tredje stycket av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, eller
5. meddelande av villkor i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 26 § andra och tredje styckena.
6. meddelande av villkor i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 26 § andra och tredje styckena.

I övrigt får beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag inte överklagas. Chefsöverläkaren får inte överklaga rättens beslut enligt denna lag.

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, ska överklagandet ges in till förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten prövar om överklagandet har kommit in i rätt tid. Har överklagandet kommit in för sent, ska förvaltningsrätten avvisa det, om förseningen inte beror på att chefsöverläkaren har lämnat patienten en felaktig underrättelse om hur man överklagar. Överklagandet ska inte avvisas, om det har kommit in till chefsöverläkaren innan tiden för överklagandet har gått ut. I ett sådant fall ska chefsöverläkaren omedelbart vidarebefordra överklagandet till förvaltningsrätten.

I mål om långtidsavskiljning enligt 20 a § krävs prövnings-

¹¹ Senaste lydelse 2009:809.

tillstånd vid överklagande till kammarrätten.

38 a §¹²

Offentligt biträde för den som åtgärden avser ska förordnas i mål hos allmän förvaltningsdomstol, om målet gäller

1. beslut om intagning för tvångsvård enligt 6 b, 11 eller 14 § och om beslutet har överklagats,
2. medgivande till fortsatt tvångsvård enligt 7, 9, 12 eller 14 §,
3. beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård enligt 26 a §,
4. avslag på en begäran om att tvångsvården ska upphöra,
5. beslut om långtidsavskiljning enligt 20 a §,
5. beslut om inskränkning enligt 20 a §, eller
6. beslut om inskränkning enligt 20 b §, eller
6. beslut om övervakning enligt 22 a §,
7. beslut om övervakning enligt 22 a §.

Offentligt biträde ska dock inte förordnas, om det måste antas att det inte finns något behov av ett biträde.

39 §¹³

Chefsöverläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid sjukvårdsinrättningen med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna att fullgöra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt denna lag. Om det finns särskilda skäl, får chefsöverläkaren lämna sådant uppdrag åt en annan läkare vid sjukvårdsinrättningen, dock inte när det gäller

1. beslut enligt 6 b § om intagning,
2. beslut enligt 11 § om övergång från frivillig vård till tvångsvård,
3. ansökan enligt 7, 9, 12 eller 14 § om medgivande till att tvångsvården fortsätter,
4. beslut enligt 17 § första stycket sista meningen om behandlingen,
5. beslut enligt 19 § andra stycket om fastspänning,
6. beslut enligt 20 § andra
6. beslut enligt 20 § andra

¹² Senaste lydelse 2008:1059.

¹³ Senaste lydelse 2008:415.

stycket om avskiljande,

7. beslut enligt 20 a § om
inskränkning i rätten att
använda elektroniska
kommunikationstjänster,

8. beslut enligt 22 a § om övervakning av försändelser,

9. beslut om upphörande av sådan inskränkning eller
övervakning som anges i 7 och 8, eller

10. beslut eller ansökan om sluten psykiatrisk tvångsvård enligt
26 a §.

stycket om avskiljande *och enligt*
20 a § *om långtidsavskiljande,*

7. beslut enligt 20 b § om
inskränkning i rätten att
använda elektroniska
kommunikationstjänster,

8. beslut enligt 22 a § om övervakning av försändelser,

9. beslut om upphörande av sådan inskränkning eller
övervakning som anges i 7 och 8, eller

10. beslut eller ansökan om sluten psykiatrisk tvångsvård enligt
26 a §.

Denna lag träder ikraft den 1 januari 2016.

2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

Härigenom föreskrivs att 1, 12 a, 16 b, 18, 22 a och 23 §§ lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ska ha följande lydelse

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §¹

Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller all psykiatrisk vård.

Kvalitetssäkringsarbetet som avses i 31 § hälso- och sjukvårdslagen ska i en verksamhet som bedriver psykiatrisk tvångsvård även omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder.

Föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång i andra fall än som avses i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (rättspsykiatrisk vård) ges i denna lag.

Lagen gäller den som

- | | |
|--|--|
| <p>1. efter beslut av domstol <i>skall</i> ges rättspsykiatrisk vård,</p> | <p>1. efter beslut av domstol <i>ska</i> ges rättspsykiatrisk vård,</p> |
| <p>2. är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning,</p> | <p>intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning,</p> |
| <p>3. är intagen i eller <i>skall</i> förpassas till kriminalvårdsanstalt eller</p> | <p>3. är intagen i eller <i>ska</i> förpassas till kriminalvårdsanstalt, eller</p> |
| <p>4. är intagen i eller <i>skall</i> förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken.</p> | <p>4. är intagen i eller <i>ska</i> förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken.</p> |

¹ Senaste lydelse 2006:897

12 a §²

På ansökan av chefsöverläkaren får förvaltningsrätten medge att den rättspsykiatriska vården ska övergå i öppen eller sluten form eller fortsätta utöver den i 12 § angivna längsta tiden. I ansökan ska det anges om vården avser sluten eller öppen rättspsykiatrisk vård. Vid ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård tillämpas 7 § fjärde stycket och 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Det som sägs där om öppen psykiatrisk tvångsvård gäller i stället öppen rättspsykiatrisk vård.

Medgivande till förlängning av vårdtiden får lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från den dag då förvaltningsrätten meddelar beslut i frågan.

Vid beslut om öppen rättspsykiatrisk vård ska rätten föreskriva de särskilda villkor enligt 3 a § första stycket 2 som ska gälla för vården. De särskilda villkoren får vara sådana som anges i 26 § tredje stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård. Rätten får överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om dessa villkor. När det finns skäl för det, får rätten återta denna beslutanderätt.

Till ansökan om fortsatt öppen rättspsykiatrisk vård ska det fogas en uppföljning av den samordnade vårdplanen.

Till ansökan om fortsatt öppen rättspsykiatrisk vård ska det fogas en uppföljning av den samordnade vårdplanen. *Om det inte är olämpligt ska det av ansökan även framgå patientens inställning till de särskilda villkoren och till insatserna i vårdplanen.*

16 b §³

Om chefsöverläkaren vid anmälan enligt 16 a § anser att den rättspsykiatriska vården ska fortsätta, ska han eller hon ange om vården bör ges som sluten eller öppen rättspsykiatrisk vård.

I anmälan om öppen rättspsykiatrisk vård ska det anges vilka omständigheter som utgör grund för tvångsvården och vilka särskilda villkor som rätten bör föreskriva. Till anmälan ska det

² Senaste lydelse 2009:810.

³ Senaste lydelse 2008:416.

fogas en sådan samordnad vårdplan som anges i 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Därutöver ska det lämnas en särskild redogörelse för risken för att patienten till följd av sin psykiska störning återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag och för de insatser som har planerats för att motverka att han eller hon återfaller i sådan brottslighet. Det som i 7 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård sägs om öppen psykiatrisk tvångsvård gäller i stället öppen rättspsykiatrisk vård.

Till anmälan om fortsatt öppen rättspsykiatrisk vård ska det fogas en uppföljning av den samordnade vårdplanen.

Till anmälan om fortsatt öppen rättspsykiatrisk vård ska det fogas en uppföljning av den samordnade vårdplanen. *Om det inte är olämpligt ska det av anmälan även framgå patientens inställning till de särskilda villkoren och till insatserna i vårdplanen.*

18 §⁴

Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga ett beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag som innebär

1. intagning enligt 3 c eller 3 d § för slutna rättspsykiatrisk vård,
2. intagning enligt 5 § för rättspsykiatrisk vård, varvid överklagandet ska anses innefatta en begäran om att vården ska upphöra,
3. avslag på en begäran om att den rättspsykiatriska vården ska upphöra i fall som avses i 13 eller 15 §,
4. avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, i fall som avses i 9 § eller 10 § fjärde stycket första meningen eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse,
5. återkallelse enligt 9 § eller 10 § fjärde stycket tredje meningen av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område,
6. förordnande om förstöring eller försäljning av egendom enligt 8 § denna lag jämförd med 24 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,

7. avskiljning enligt 8 § denna

⁴ Senaste lydelse 2009:810.

7. inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt 8 § denna lag jämförd med 20 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

8. övervakning av försändelser enligt 8 § denna lag jämförd med 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, eller

9. meddelande av villkor i samband med öppen rättspsykiatrisk vård enligt 12 a § tredje stycket eller 16 a § fjärde stycket.

I övrigt får beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag inte överklagas. Chefsöverläkaren får inte överklaga rättsens beslut enligt denna lag.

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, ska överklagandet ges in till förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten prövar om överklagandet har kommit in i rätt tid. Har överklagandet kommit in för sent, ska förvaltningsrätten avvisa det, om förseningen inte beror på att chefsöverläkaren har lämnat patienten en felaktig underrättelse om hur man överklagar. Överklagandet ska inte avvisas, om det har kommit in till chefsöverläkaren innan tiden för överklagande har gått ut. I ett sådant fall ska chefsöverläkaren omedelbart vidarebefordra överklagandet till förvaltningsrätten.

lag jämförd med 20 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

8. inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt 8 § denna lag jämförd med 20 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

9. övervakning av försändelser enligt 8 § denna lag jämförd med 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, eller

10. meddelande av villkor i samband med öppen rättspsykiatrisk vård enligt 12 a § tredje stycket eller 16 a § fjärde stycket.

I mål om avskiljning enligt 8 § denna lag jämförd med 20 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård krävs prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten.

22 a §⁵

Offentligt biträde för den som åtgärden avser ska förordnas i mål hos allmän förvaltningsdomstol om målet gäller

⁵ Senaste lydelse 2008:416.

1. medgivande till fortsatt vård enligt 3 c eller 12 a §,
2. upphörande av vård enligt 16 a §,
3. överklagande av beslut enligt 18 § första stycket 1, 2, 3, 7 eller 8, eller
3. överklagande av beslut enligt 18 § första stycket 1, 2, 3, 7, 8 eller 9, eller
4. tillstånd eller återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område för den som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning.

Offentligt biträde ska dock inte förordnas, om det måste antas att det inte finns något behov av ett biträde.

23 §⁶

Chefsöverläkaren får uppdra åt en erfaren läkare, med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna, vid sjukvårdsinrättningen eller den enhet för rättspsykiatrisk undersökning där patienten vårdas att utföra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt denna lag. Om det finns särskilda skäl, får chefsöverläkaren lämna ett sådant uppdrag åt en annan läkare vid inrättningen eller enheten, dock inte när det gäller

1. intagning enligt 3 c eller 3 d § för sluten rättspsykiatrisk vård,
2. beslut enligt 5 § om intagning för rättspsykiatrisk vård,
3. ansökan enligt 3 c eller 12 a § om medgivande till fortsatt vård,
4. anmälan enligt 16 a § om särskild utskrivningsprövning,
5. beslut om behandlingen enligt 8 § denna lag jämförd med 17 § första stycket sista meningen lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
6. beslut om fastspänning enligt 8 § denna lag jämförd med 19 § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård,
7. beslut om avskiljande enligt 8 § denna lag jämförd med 20 § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård,
7. beslut om avskiljande enligt 8 § denna lag jämförd med 20 § andra stycket och 20 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård,
8. beslut om inskränkning i rätten att använda elektroniska
8. beslut om inskränkning i rätten att använda elektroniska

⁶ Senaste lydelse 2008:416.

kommunikationstjänster enligt 8 § denna lag jämförd med 20 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, kommunikationstjänster enligt 8 § denna lag jämförd med 20 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

9. beslut om övervakning av försändelser enligt 8 § denna lag jämförd med 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, eller

10. beslut om upphörande av sådan inskränkning eller övervakning som anges i 8 och 9.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2016.

3 Gällande rätt

3.1 Grundläggande fri- och rättigheter

I 2 kap. 8 § regeringsformen, förkortad RF, ges gentemot det allmänna ett skydd för den enskilde mot frihetsberövanden. RF innehåller också ett skydd för den kroppsliga integriteten och rörelsefriheten. Var och en är vidare, gentemot det allmänna, enligt 2 kap. 6 § första stycket RF, skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp, kroppsvisitation, husrannsakan och liknande intrång samt mot undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse och mot hemlig avlyssning eller upptagning av telefonsamtal eller annat förtroligt meddelande. I andra stycket, samma bestämmelse, ges ett skydd mot betydande intrång i den personliga integriteten om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Uttrycket personliga förhållanden avses ha samma innebörd som i tryckfrihetsförordningen och offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).¹ Om en annan myndighet än en domstol har berövat någon friheten med anledning av brott eller misstanke om brott ska han eller hon, enligt 2 kap. 9 § första stycket RF, kunna få omhändertagandet prövat av domstol utan oskäligt dröjsmål. Även den som av någon annan anledning än brott eller misstanke om brott har blivit omhändertagen tvångsvis, ska utan oskäligt dröjsmål kunna få omhändertagandet prövat av domstol.

Skyddet i ovan nämnda relativa rättigheter får enligt 2 kap. 20 § RF begränsas genom lag under förutsättning att det, enligt 2 kap. 21 § RF, görs för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den

¹ Regeringens proposition (2009/10:80) *En reformerad grundlag*

och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte göras enbart på grund av politisk, religiös eller annan sådan åskådning.

Ett krav på att säkerställa skyddet för grundläggande fri- och rättigheter följer av flera internationella överenskommelser som Sverige anslutit sig till. Av störst betydelse för utvecklingen av skyddet torde Europakonventionen ha haft, inte minst efter inkorporeringen i svensk rätt 1995.² Enligt artikel 5 har var och en rätt till frihet och personlig säkerhet. Ingen får berövas friheten utom i de fall som räknas upp i artikeln, bl.a. därför att någon är psykiskt sjuk, och i den ordning som lagen föreskriver. Var och en som berövats friheten genom arrestering eller på annat sätt ska ha rätt att påfordra att domstol snabbt prövar lagligheten av frihetsberövandet och beslutar om frigivande om frihetsberövandet inte är lagligt.

I artikel 8 stadgas att var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Med korrespondens avses inte endast befordran av brev och andra försändelser med post utan också kommunikation med t.ex. telefon samt överförande av meddelanden med hjälp av radio och datorer.³ Skyddet för privat- och familjeliv innebär också ett skydd mot åtgärder som kränker den fysiska integriteten såsom kroppsvisitation. Inskränkningar i denna rätt får endast göras med stöd av lag och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välbefinnande eller till förebyggande av oordning eller brott eller till skydd för hälsa eller moral eller för andra personer fri- och rättigheter.

Var och en, vars i konventionen angivna fri- och rättigheter kränkts, ska enligt artikel 13 ha tillgång till ett effektivt rättsmedel inför en nationell myndighet och detta även om kränkningen förövats av någon under utövning av offentlig myndighet.

² Regeringens proposition (1993/94:117) *Inkorporering av Europakonventionen och andra fri- och rättighetsfrågor*

³ Regeringens proposition (2005/06:195) *Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård*

3.2 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

3.2.1 Allmänt

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, infördes den 1 januari 1992. LPT innehåller föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård). Enligt 3 § första stycket LPT får tvångsvård endast ges om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt:

1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård), eller
2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård).

En förutsättning för vård enligt LPT är vidare, enligt 3 § andra stycket, att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke. Tvångsvård får inte, enligt tredje stycket, ges om patientens psykiska störning enligt första stycket utgör enbart en utvecklingsstörning. Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket ska det även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa, vilket följer av 3 § fjärde stycket.

LRV reglerar tvångsvård beträffande psykisk störda lagöverträdare och gäller sålunda, enligt 1 § andra stycket, den som:

1. efter beslut av domstol ska ges rättspsykiatrisk vård,
2. är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning,
3. är intagen i eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt eller

4. är intagen i eller ska förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken.

Både LPT och LRV ger lagstöd för att begränsa den enskildes fri- och rättigheter, dels genom frihetsberövandet i sig, dels genom att det i respektive lag ges utrymme för att under särskilda förutsättningar vidta också annat tvång under frihetsberövandet som ytterligare inkräktar på fri- och rättighetsskyddet i RF och Europakonventionen.

En viktig utgångspunkt för LPT och LRV är att de utgör ett komplement till den grundläggande regleringen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL. Det erinras också i LPT:s inledande bestämmelse om att föreskrifterna i HSL gäller all psykiatrisk vård, vilket gäller vid såväl psykiatrisk tvångsvård i enlighet med bestämmelserna i LPT som vid rättspsykiatrisk vård enligt LRV.⁴ Syftet med bestämmelsen är att ge HSL:s principer ökat genomslag på området för psykiatrisk tvångsvård. Genom stadgandet markeras att även tvångsvården omfattas av bestämmelserna i HSL och de grundläggande kraven på hälso- och sjukvården, bl.a. att vården ska vara av god kvalitet, vara lätt tillgänglig och tillgodose patientens behov av säkerhet i vården.

Bakgrunden till uppdelningen i en allmän reglering i LPT och en särskild reglering i LRV är att det befunnits angeläget att försöka undvika att lagstiftningen genom sin grundläggande uppbyggnad bidrar till att vissa grupper av patienter med inbördes mycket olika vårdbehov förs samman. Vägande skäl ansågs vid lagarnas ikraftträdande föreligga för att inte reglera vården av de psykiskt störda lagöverträdarna samlat med annan psykiatrisk tvångsvård, vilket främst hängde samman med att omgivningsskyddet kräver särskilt beaktande i anslutning till att psykiskt störda personer har begått vissa typer av brott, i första hand brott mot liv och hälsa.⁵

Fundamentalt för tillämpningen av alla tvångs- och kontrollåtgärder enligt LPT och LRV är att proportionalitetsprincipen i 2 a § i respektive lag ska beaktas. Tvångsåtgärder vid vård enligt respektive lag får användas endast om de står i rimlig proportion till

⁴ Regeringens proposition (1990/91:58) *Psykiatrisk tvångsvård m.m.*

⁵ A.a.

syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas. Tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.

De tvångsåtgärder som under särskilda förutsättningar får vidtas inom den slutna psykiatriska tvångsvården regleras i huvudsak i 18–24 §§ LPT. Det är fråga om viss användning av tvång bl.a. för att upprätthålla ordningen eller säkerheten på vårdinrättningen (18 §), kortvarig fastspänning (19 §), vistelse i avskildhet (20 §), inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster (20 a §), förbud mot innehav av viss egendom (21), försändelsekontroll (22 §), försändelseövervakning (22 a §) och kroppsvisitation eller yttlig kroppsbesiktning (23 §). Det råder i princip ingen skillnad mellan vilka tvångsåtgärder som får vidtas beträffande patient som vårdas med stöd av LPT respektive LRV. Enligt 8 § första stycket LRV gäller i tillämpliga delar dessa bestämmelser även vid slutna rättspsykiatrisk vård.

Enligt 27 § LPT ska chefsöverläkaren, när det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård, genast besluta att tvångsvården ska upphöra. Frågan om tvångsvårdens upphörande ska övervägas fortlöpande. Tvångsvården upphör också, enligt 28 §, om inte en ansökan om medgivande till tvångsvård har kommit in till förvaltningsrätten inom den tid som anges i 7, 9 eller 12 § LPT. Såvitt gäller patienter som vårdas enligt LRV *utan särskild utskrivningsprövning* ska, enligt 13 § LRV, chefsöverläkaren genast besluta att vården av en patient som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken ska upphöra om:

1. patienten inte längre lider av en allvarlig psykisk störning, eller
2. det inte längre med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att han eller hon a) är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång, eller b) ges öppen rättspsykiatrisk vård.

Bestämmelsen innebär att när förutsättningarna för vård, vare sig i form av slutna eller öppen rättspsykiatrisk vård, inte längre föreligger ska chefsöverläkaren genast besluta att vården ska upphöra. Denna fråga ska fortlöpande övervägas.

I fråga om den som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken *med särskild utskrivningsprövning* ska vården, enligt 16 § LRV, upphöra när:

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

Den rättspsykiatriska vården får upphöra först när det inte heller med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt är påkallat att patienten vårdas i öppen rättspsykiatrisk vård.⁶ Frågan om upphörande prövas av förvaltningsrätten efter anmälan från chefsöverläkaren i enlighet med 16 a § LRV.

3.2.2 Öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård

Både vård enligt LPT och LRV kan ges i slutet respektive öppen form. I 2 § LPT respektive 3 § LRV definieras vårdformerna. Vård som ges när patienten är *intagen* på en sjukvårdsinrättning benämns slutet psykiatrisk tvångsvård respektive slutet rättspsykiatrisk vård (jfr 5 § HSL). Annan vård enligt LPT eller LRV benämns som öppen. En patient som vårdas i den öppna tvångsvården är inte att anse som intagen vid en sjukvårdsinrättning trots att patienten fortfarande är *inskriven* som patient vid inrättningen under hela vårdtiden. Däremot är en patient som har permission från den slutna vården, eller såvitt gäller LRV frigång, fortfarande att anse som intagen i den slutna vården.⁷

Som framgått ovan är förutsättningarna för slutet respektive öppen psykiatrisk tvångsvård i grunden desamma. Vårdformerna är

⁶ Regeringens proposition (2007/08:70) *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*

⁷ A.a.

alternativa i förhållande till varandra. Antingen är man i ett *oundgängligt behov* av sluten psykiatrisk vård på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård eller så *behöver* man iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård.

Av 2 § LPT och 3 § LRV följer att vården alltid måste inledas i form av sluten psykiatrisk tvångsvård eller sluten rättspsykiatrisk vård. De förutsättningar som gäller för sluten tvångsvård måste alltså alltid – i vart fall i ett inledande skede – först vara uppfyllda.⁸ Det är inte möjligt att inleda vård enligt LPT eller LRV i form av öppen tvångsvård. Har patienten inte först uppfyllt förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård saknas laglig grund för vård enligt LPT⁹ och det är inte möjligt att inleda vård enligt LRV i form av öppen vård.¹⁰ Någon närmare tidsgräns för hur lång tid den sjukhusbaserade vården måste pågå innan patienten kan överflyttas till öppen tvångsvård finns inte.¹¹

Den som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken *utan beslut om särskild utskrivningsprövning* får, enligt 3 a § LRV, ges öppen rättspsykiatrisk vård om han eller hon:

1. lider av en allvarlig psykisk störning, och
2. på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård.

Det är alltså i princip samma förutsättningar som gäller för patienter som vårdas enligt LRV utan särskild utskrivningsprövning som vid vård enligt LPT. När det gäller rättspsykiatrisk vård som ges som påföljd för brott finns dock inget behov av att reglera frågan om samtycke.

Den som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken *med beslut om särskild utskrivningsprövning* får, enligt 3 b § LRV, ges öppen rättspsykiatrisk vård om:

1. han eller hon fortfarande lider av en psykisk störning,

⁸ Regeringens proposition (1990/91:58) *Psykiatrisk tvångsvård m.m.*

⁹ Regeringens proposition (2007/08:70) *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*

¹⁰ A.a.

¹¹ A.a.

2. det inte längre är påkallat att han eller hon är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång, och
3. han eller hon på grund av sitt psykiska tillstånd, sina personliga förhållanden i övrigt eller risken för återfall i brottslighet som är av allvarligt slag behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård.

Den som ges öppen psykiatrisk tvångsvård får vistas utanför sjukvårdsinrättningen (26 § första stycket LPT).

I motiven till lagförslaget om öppen psykiatrisk tvångsvård anges såvitt gäller patienter som vårdas enligt LPT eller LRV utan särskild utskrivningsprövning att chefsöverläkaren ”föreslås bli skyldig att beakta patientens behov av den nya vårdformen vid sin bedömning av vårdens upphörande”.¹² Vidare anförs att de två vårdformerna är alternativa till varandra och det står chefsöverläkaren fritt att vid en ansökan om fortsatt vård respektive anmälan om särskild utskrivningsprövning ange om vården bör ske i slutet eller öppen form. Detta oavsett i vilken form vården av patienten sker för närvarande. Med hänsyn härtill fann regeringen det naturligtast att även knyta den öppna vårdformen till de redan befintliga upphörandereglerna. Det bör således ankomma på chefsöverläkaren att fortlöpande överväga om det finns förutsättningar för tvångsvård i någon av de två vårdformerna. När det inte längre gör det ska han eller hon genast låta vården upphöra alternativt anmäla frågan om särskild utskrivningsprövning till förvaltningsrätten.¹³

¹² Regeringens proposition (2007/08:70) *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*

¹³ A.a.

4 Överväganden och förslag

4.1 Systematiskt kvalitetsarbete för minskat behov av tvångsåtgärder

Promemorians förslag: I lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård införs en bestämmelse som innebär att vårdgivarens systematiska kvalitetssäkringsarbete som avses i 3 § hälso- och sjukvårdslagen även ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder.

4.1.1 Gällande rätt

Enligt 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, ska inom hälso- och sjukvården kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. Det innebär att en uppföljning och värdering av verksamhetens kvalitet och resultat ska göras. Det är inte angivet hur kontrollen ska ske utan det får regleras genom verkställighetsföreskrifter.¹ Socialstyrelsen har därvid utfärdat föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Av dessa framgår bl.a. att vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Detta ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård hänvisas till Socialstyrelsens ovan nämnda föreskrifter om

¹ Regeringens proposition (1996/97:176) *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*

ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Av 2 kap. 1 § följer att varje vårdgivare ska ansvara för att det ledningssystem som ska finnas innehåller de processer och rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i myndighetens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. I 2 kap. 2 § ställs krav på vårdgivaren att ge skriftliga direktiv och säkerställa att ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete innehåller rutiner som säkerställer att psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ges i överensstämmelse med lagen. I 2 kap. 3–5 §§ i föreskriften ställs även krav på verksamhetschefen. Av 3 § framgår att verksamhetschefen ska fastställa ändamålsenliga rutiner och fördela ansvaret för den psykiatriska tvångsvården. Verksamhetschefen ska också, enligt 4 §, ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att inskränkningar i patientens rätt att t.ex. inneha viss egendom endast görs med stöd av lag. Verksamhetschefen ska också, enligt 5 §, fortlöpande följa upp att vården ges i överensstämmelse med lagen. Uppföljningen ska säkerställa patienternas inflytande och lagstadgade rättigheter och det ska beaktas att verksamhetens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har getts en sådan utformning att användningen av tvångsvård och tvångsåtgärder begränsas.

4.1.2 Promemorians överväganden och förslag

Grunden för all vård är regelverket i HSL, vilket i enlighet med 1 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, gäller såväl frivillig som tvångsmässig vård, dvs. även vid vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV. Bestämmelserna i LPT och LRV ska, i förhållande till HSL, ses som undantagsregler som anger i vilka avseenden och under vilka förutsättningar tillämpningen av HSL:s vårdprinciper får inskränkas. Av tvångslagens karaktär som kompletterande undantagsreglering som medger vissa integritetskränkande vårdåtgärder följer dessutom ett allmänt krav på restriktivitet när den tillämpas.²

² Regeringens proposition (1990/91:58) *Psykiatrisk tvångsvård m.m.*

I samband med införandet av nya och ändrade bestämmelser i LPT och LRV för att stärka rättssäkerheten för patienterna påpekas bl.a. att riksdagen beslutat om ändringar i HSL som också berör den psykiatriska tvångsvården. Det gäller bl.a. den i 31 § HSL införda skyldigheten för alla vårdgivare att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Denna skyldighet ställer krav på att tvångsvården och användningen av tvångsåtgärder vid sådan vård beaktas särskilt vid utformningen av det kvalitetssystem som ska finnas i verksamheten enligt Socialstyrelsens föreskrifter. Regeringen menade att det är av stor betydelse att den utveckling mot ytterligare förstärkning av patientens ställning som skett under senare år inom hälso- och sjukvården också genomförs i praktiken vid psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. Regeringen ansåg det önskvärt att sjukvårdshuvudmännen internt genomför revisioner av den psykiatriska verksamheten och med utgångspunkt i dessa revisioner vidtar kvalitetshöjande åtgärder i syfte att minska användningen av tvångsåtgärder. Regeringen underströk därvid särskilt kraven på hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården, personal, lokaler och utrustning för god vård, att det finns sådana kvalitetssystem att vården är av högsta möjliga kvalitet samt att rättssäkerhet och samhällsskydd tillgodoses samt att chefsöverläkaren har sådana rutiner att de fortlöpande kan följa utvecklingen inom tvångsvården och upprätthålla kvalitet, rättssäkerhet och samhällsskydd.³

Det finns sålunda ett regelverk i HSL, LPT, LRV och anslutande myndighetsföreskrifter vars syfte är att säkra kvaliteten i vården och att medverka till att tvångsvård i sig och tvångsåtgärder inom ramen för tvångsvården endast används i begränsad utsträckning. Det saknas dock i lagstiftningen en tydlig koppling mellan det systematiska förbättringsarbetets innehåll och minskning av behovet av tvångsåtgärder. Inom ramen för det nationella genombrottsprojektet Bättre vård – mindre tvång har många av teamen arbetat med kvalitetssäkring genom att sätta mål, välja insatser som stödjer målen samt följa upp att de uppfylls. Socialstyrelsen understryker emellertid i sin rapport över projektets arbete mellan 2009–2011 att förbättringsarbete i psykiatrisk

³ Regeringens proposition (1999/2000:44) *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*

haldygnsvård måste bedrivas systematiskt i flera år. Myndigheten menar att genom det genomförda förbättringsarbetet har steg tagits i rätt riktning men att det finns mycket kvar för att patienterna ska uppleva att bemötandet är bra, vården är tillgänglig och att de kan upprätta en bra behandlingsallians med personalen.

Mot den bakgrunden finns det starka skäl att understryka vikten av ett aktivt arbete för att minska användningen av tvångsåtgärder. Därför föreslås i denna promemoria att det i 1 § LPT och i 1 § LRV införs en, i förhållande till HSL, kompletterande bestämmelse som tydliggör att kvalitetssäkringsarbetet avseende psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård även ska omfatta olika åtgärder vars syfte är att minska behovet av tvångsåtgärder. Genom en uttrycklig reglering i LPT och LRV ges naturliga förutsättningar för sjukvårdshuvudmännen att införa goda erfarenheter från arbetet i Bättre vård – mindre tvång i det ordinarie kvalitetsarbetet.

Det ska understrykas att avsikten med den nya bestämmelsen inte är att arbetet för att minska behovet av tvångsåtgärder alltid ska ha företräde gentemot andra centrala bestämmelser i lagen, exempelvis att vården enligt 15 § ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god säkerhet. Riksdagen har nyligen beslutat om nya bestämmelser i lagen om rättspsykiatrisk vård som stadgar att vissa patientkategorier inte får inneha annan utrustning för elektronisk kommunikation än den som vårdgivaren tillhandahåller. När det gäller patienter som överlämnats till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning är det alltid av vikt att det vidtas relevanta åtgärder för att minska risken i återfall i allvarlig brottslighet.

4.2 Patienten ges en starkare roll i vårdplaneringen

4.2.1 Samordnad vårdplan i samråd med patienten

Promemorians förslag: I lagen om psykiatrisk tvångsvård, vilket genom hänvisning även ska gälla vid vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, uttrycks explicit att en samordnad vårdplan, så långt möjligt, ska utformas i samråd med patienten och, om det inte är olämpligt, med dennes närstående.

Gällande rätt

Enligt 16 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, som enligt 6 § andra stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, är tillämplig även vid vård enligt den lagen, ska en vårdplan upprättas snarast efter det att en patient har tagits in för tvångsvård. Vårdplanen ska ange de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården ska uppnås och för att resultaten av dessa insatser ska kunna bestå. Så långt möjligt ska planen upprättas i samråd med patienten och, om det inte är olämpligt, också med dennes närstående.

När chefsöverläkaren ska ansöka om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska det i ansökan, 7 § fjärde stycket LPT, 12 a § och 16 b § LRV anges vilka omständigheter som utgör grund för tvångsvården och vilka särskilda villkor som rätten bör föreskriva. Till ansökan ska även fogas en sådan samordnad vårdplan som avses i 7 a § LPT. Vårdplanen ska, enligt den bestämmelsen, innehålla uppgifter om det bedömda behovet av insatser från landstingets hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, beslut om insatser, vilken enhet vid landstinget eller kommunen som ansvarar för respektive insats och eventuella åtgärder som vidtas av andra än landstinget eller kommunen. Såvitt gäller insatser från socialtjänsten påpekas i förarbetena att en förutsättning är att patienten är villig att medverka i insatserna och själv ansöker om dessa. Om det inte finns behov av insatser från socialtjänsten eller patienten inte önskar sådana insatser ska det framgå av den samordnade vårdplanen.⁴ Såvitt gäller patienter med beslut om särskild utskrivningsprövning ska, enligt 16 b § LRV, utöver omständigheter som utgör grund för tvångsvården och vilka särskilda villkor som rätten bör föreskriva, lämnas en särskild redogörelse för risken för att patienten till följd av sin psykiska störning återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag och för de insatser som har planerats för att motverka att han eller hon återfaller i sådan brottslighet.

⁴ Regeringens proposition (2007/08:70) *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*

Vårdplanen ska, enligt 7 a § andra stycket LPT, upprättas av chefsöverläkaren, om han eller hon bedömer att patienten kommer att vara i behov av insatser från landsting eller kommun i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård. Vårdplanen ska enligt bestämmelsen utformas i samarbete mellan de enheter vid kommunen eller landstinget som svarar för insatserna. Vårdplanen är upprättad när den har justerats av enheterna. Chefsöverläkaren har, enligt 7 a § tredje stycket LPT, skyldighet att underrätta berörd enhet vid landsting, kommun eller annan huvudman om beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård.

Upprättandet av en samordnad vårdplan kan enligt lagens förarbeten ske relativt snart efter att tvångsvården påbörjats men kan även dröja en längre tid, helt beroende på patientens tillstånd. När den samordnade vårdplanen upprättas bör den ordinarie vårdplanen ingå i relevanta delar. I motiven påpekas att en samordning kan ske av den ordinarie vårdplanen och den samordnade vårdplanen i den mån det är möjligt samt den vårdplan som ska tas fram enligt bestämmelserna i lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, om det finns behov av en sådan.⁵

I förarbetena understryks vikten av god framförhållning i fråga om den öppna tvångsvården. Det åligger chefsöverläkaren att i god tid innan en ansökan om öppen tvångsvård klarlägga nödvändiga insatser från berörda enheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. När det gäller rättspsykiatrisk vård måste också utredas hur samhällsskyddet kan tillgodoses. God framförhållning är också en viktig faktor för att patienten så långt som möjligt ska ges förutsättningar att påverka och delta i upprättande av den samordnade vårdplanen.⁶

Av 3 kap. 9 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår att patientens delaktighet i och inflytande över vården ska tillgodoses i den samordnade vårdplaneringen. Om det inte är möjligt att upprätta den samordnade vårdplanen i samråd med patienten, ska orsaken till detta anges i planen. I allmänna råd anges

⁵ Regeringens proposition (2007/08:70) *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*

⁶ A.a.

att upprättandet av den samordnade vårdplanen bör göras i samråd med patientens närstående, om det inte bedöms olämpligt.

Promemorians övervägande och förslag

Tvångsvårdslagstiftningen är tillämplig främst i sådana situationer när det inte fullt ut går att komma överens med patienten om vårdens innehåll och inriktning. I förarbetena anförs emellertid att det ändå är viktigt att patientens medverkan eftersträvas eftersom detta ökar förutsättningarna för att insatserna från hälso- och sjukvård och socialtjänst ska leda till att syftet med tvångsvården ska kunna uppnås.⁷

Detta synsätt får även stöd av forskning på området där det bl.a. visats att patienter som får vara med och fatta beslut om behandlingen under ett psykiatriskt slutensvårdstillfälle efteråt visar större kunskap om behandlingens effekter och avbryter den i mindre grad. Trots detta finns uppgifter som visar att patienterna medverkar i vårdplaneringen i begränsad utsträckning.

I Socialstyrelsens slutrapport om öppen tvångsvård framgår att Socialstyrelsen bedömt 154 samordnade vårdplaner för de patienter som fick öppen psykiatrisk tvångsvård och i 35 av dem har patienten deltagit i planeringen. I flera fall uppges det vara oklart om eller på vilket sätt patienten har deltagit i sin vårdplanering.⁸

De uttalanden i lagens motiv som nyss återgivits om patientens medverkan vid upprättandet av den samordnade vårdplanen återspeglas inte i lagens text. Oaktat att Socialstyrelsens föreskrifter ger uttryck för ett sådant förfaringsätt och att det anges i allmänna råd att upprättandet av vårdplanen bör göras i samråd med närstående får patientens medverkan i vårdplaneringen anses vara av sådan vikt att det uttryckligen ska framgå i 7 a § LPT att den samordnade vårdplanen så långt möjligt ska upprättas i samråd med patienten och, om det inte är olämpligt, också med patientens närstående. Detta gäller särskilt med hänvisning till de brister Socialstyrelsen identifierat när det gäller patientens delaktighet i vårdplaneringen. Genom att det anges att vårdplanen ska upprättas

⁷ Regeringens proposition (2007/08:70) *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*

⁸ Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*

i samråd *så långt det är möjligt*, ges utrymme för chefsöverläkaren att bedöma om patientens synpunkter kan godtas t.ex. med hänsyn till andra personers säkerhet eller de medicinska bedömningar som har gjorts.

Det ska understrykas att offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), kan medföra vissa begränsningar när det gäller frågan om en nära anhörig eller annan närstående ska informeras eller ges tillfälle att samråda vid upprättandet av vårdplanen. Motsätter sig patienten en kontakt med närstående får det inte ske mot patientens vilja. Liksom i fråga om samråd med närstående i fråga om behandlingen, i enlighet med vad som framgår av 17 § LPT, avses med närstående främst nära anhöriga, t.ex. make/maka, sambo, föräldrar, barn och syskon.⁹

4.2.2 Patientens inställning till insatser och villkor

Promemorians förslag: I lagen om psykiatrisk tvångsvård och i lagen om rättspsykiatrisk vård införs en bestämmelse om att i den uppföljande vårdplan som ska bifogas ansökan eller anmälan om fortsatt öppen tvångsvård ska, om det inte är olämpligt, patientens inställning till de särskilda villkoren och insatserna i vårdplanen framgå.

Gällande rätt

Vid ansökan om *fortsatt öppen tvångsvård* enligt 9 § tredje stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, 12 a § fjärde stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, och vid anmälan enligt 16 b § tredje stycket LRV ska fogas en *uppföljning* av den samordnade vårdplanen. Av förarbetena framgår att uppföljning, utvärdering och vid behov justeringar av patientens vård och vårdplan är en självklar del av all hälso- och sjukvård, vilket följer redan av hälso- och sjukvårdslagen. Av förarbetena framgår att eftersom den öppna vårdformen innebär att patienten vistas utanför sjukvårdsinrättningen kommer

⁹ Regeringens proposition (1990/91:58) *Psykiatrisk tvångsvård m.m.*

kontakterna mellan hälso- och sjukvården och patienten i de flesta fall inte att vara lika täta som när patienten befinner sig på sjukvårdsinrättningen. Detta ställer särskilda krav på chefsöverläkaren, som har ansvar för den samordnade vårdplanen, att hålla sig uppdaterad om patientens tillstånd och behov, t.ex. genom kontakter med patienten, den psykiatriska öppenvården, primärvården och med kommunens socialtjänst. En sådan fortlöpande uppföljning är viktig både för att på bästa sätt fortgående kunna bedöma och tillgodose patientens vårdbehov och för att i förekommande fall kunna tillgodose samhällsskyddet. Chefsöverläkaren har, enligt motiven, att särskilt redogöra för vilken uppföljning som gjorts av den samordnade vårdplanen t.ex. anges vilka insatser som genomförts för att tillgodose patientens behov och vilken verkan insatserna haft samt om det finns behov av förändringar i insatserna.¹⁰ Såvitt gäller patienter med beslut om särskild utskrivningsprövning bör, enligt lagens förarbeten, uppföljningen innehålla uppgifter om vilka insatser som har genomförts för att tillgodose patientens behov och för att motverka att han eller hon återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag samt om ytterligare insatser har bedömts nödvändiga och om villkoren av den anledningen bör ändras.¹¹

För öppen psykiatrisk tvångsvård är en av förutsättningarna att patienten behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (3 § 2 LPT, 3 a § 2 och 3 b § 3 LRV). Enligt 26 § andra stycket LPT ska rätten föreskriva de särskilda villkoren som ska gälla för vården. Rätten får dock överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om dessa villkor men får återta beslutanderätten, när det finns skäl för det. Av tredje stycket, som enligt 12 a och 16 a §§ även gäller vid vård enligt LRV, följer att de särskilda villkoren får avse:

- skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling,
- skyldighet att hålla kontakt med en viss person,

¹⁰ Regeringens proposition (2007/08:70) *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*

¹¹ A.a.

- skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vård eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten,
- vistelseort, bostad, utbildning eller arbete,
- förbud mot att använda berusningsmedel,
- förbud mot att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person, eller
- annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.

Av förarbetena framgår att de villkor som kan komma i fråga är, förutom medicinering och andra sjukvårdsinsatser, även t.ex. boende, sysselsättning, stöd och service, social rehabilitering eller andra insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, men också andra åtgärder som bedöms vara nödvändiga för att en patient inte ska återinsjukna eller återfalla i missbruk och tidigare socialt mönster. I varje enskilt fall bör noga prövas om villkoren uppfyller dessa krav och syften. En avvägning måste göras mellan den kränkning av patientens självbestämmande, integritet och värdighet som ett beslut om öppen vård med de aktuella villkoren innebär och effekterna på patientens hälsa och livskvalitet.¹²

Promemorians överväganden och förslag

Syftet med uppföljningen av vårdplanen är att undersöka hur väl de insatser som bedrivits inom ramen för den samordnade vårdplanen har fungerat. Det är bl.a. en medicinsk bedömning som chefsöverläkaren har att göra tillsammans med yrkesgrupper som har särskild kompetens att bedöma t.ex. psykologiska och sociala behov. Naturligtvis är även patientens uppfattning ett viktigt underlag för den sammantagna bedömningen. Att dennes synpunkter ska inhämtas framgår emellertid inte explicit av lagen. Ett sådant förtydligande skulle dock säkerställa att chefsöverläkaren, och i förekommande fall domstolen, alltid har tillgång till uppgifter

¹² Regeringens proposition (2007/08:70) *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*

som är nödvändiga för att göra bedömningar av den fortsatta vårdens bedrivande.

I en rapport från Socialstyrelsen 2012 konstateras att trots den centrala roll som särskilda villkor spelar uppgav sex av nio intervjuade patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård att de inte kände till begreppet som sådant. Ingen av intervjupersonerna hade en klar bild av vilka villkor som gällde, eller hade gällt. Sju av intervjupersonerna nämnde dock något som föreföll vara särskilda villkor, t.ex. att ta medicin, avhålla sig från alkohol, ta emot besök från öppenvården och följa regler som uppställts i boendet. Beträffande öppen rättspsykiatrisk vård föreföll sju av tolv intervjuade patienter vara bekanta med begreppet som sådant. De flesta kunde räkna upp några saker som verkade vara villkor, t.ex. att ta medicin, acceptera blodprov eller blåsa för kontroll av berusningsmedel, att bo på anvisat boende och följa regler knutna till boendet.¹³ Generellt sett sägs det, är det oklart hur de särskilda villkoren relateras till patienternas behov och hur villkoren på sikt kan öka patienternas möjligheter att ta emot vård frivilligt.¹⁴

Mot bakgrund av vad som framgått ovan finns starka skäl för att vidta åtgärder som kan stärka patientens roll i uppföljningen av de särskilda villkoren. Det stärker patientens rättsäkerhet genom att han eller hon blir mer medveten om de restriktioner som gäller. Om patientens uppfattning får större betydelse kan det också leda till att villkoren fortsättningsvis formuleras på ett sätt som ökar patientens förmåga att ta emot frivillig vård.

En tydlig redovisning av patientens inställning till villkoren har även betydelse för chefsöverläkarens och domstolens möjlighet att förutse resultaten av den vård som ska ges. Detta är av särskild vikt när det gäller patienter som vårdas med stöd av LRV och bedömningen av risken för återfall i allvarlig brottslighet. Om patienten exempelvis inte har för avsikt att följa ett villkor att ta emot en insats från socialtjänsten som chefsöverläkaren bedömer som nödvändig kan det finnas skäl att låta vården fortsätta i sluten form ytterligare en tid.

¹³ Socialstyrelsen 2012, *Det diffusa tvånget. Patienters upplevelser av öppen tvångsvård*,

¹⁴ Socialstyrelsen 2010, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården. Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*

Mot bakgrund av vad som framförts ovan föreslås i promemorian att uppföljningen av vårdplanen även ska innehålla en redogörelse för patientens inställning till föreskrivna villkor. Därmed ges ökade förutsättningar för domstolen att bedöma villkorens ändamålsenlighet. Det torde även medföra att patienten får större möjlighet att få förståelse för villkorens innebörd och få ge sin syn på huruvida dessa kan svara upp mot patientens behov och förutsättningar.

4.2.3 Uppföljningssamtal

Promemorians förslag: I lagen om psykiatrisk tvångsvård införs en ny bestämmelse, som genom hänvisning även gäller vid vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, som ålägger chefsöverläkaren att se till att en patient, så snart patientens tillstånd tillåter, erbjuds uppföljningssamtal efter en genomförd tvångsåtgärd. Erbjudandet och genomförandet av samtalet ska dokumenteras i patientens journal. Patienten kan inte tvingas att genomföra ett uppföljningssamtal.

Tidigare överväganden

Psykiatrilagsutredningen redogjorde i sitt betänkande för hur utvecklingen under senare år kännetecknats av en strävan att göra den enskilde patienten allt mer delaktig i sin egen vård och ge honom eller henne ett ökat inflytande även i den psykiatriska tvångsvården.

Utredningen hänvisade bl.a. till SKL:s delrapport från 2010, Bättre vård – mindre tvång, där SKL redovisar vilka insatser som gjorts under 2010 och vilka resultat som dittills uppnåtts. Bland annat hade flera arbetslag med framgång infört en rutin som innebär att patienten får ett återkopplingsamtal inom en kortare tid efter en vidtagen tvångsåtgärd. Vid samtalet ges patienten möjlighet att t.ex. redogöra för hur han eller hon upplevde åtgärden. Samtalet är också framåtblickande i den meningen att patienten ges möjlighet att tala om hur han eller hon uppfattar att åtgärden hade kunnat undvikas. Tanken är att uppgifterna från

dessa samtal ska medverka till att tvångsåtgärder inte ska behöva tillgripas om en liknande situation uppträder.¹⁵

Psykiatrilagsutredningen övervägde lagstadgade skyldigheter för vårdgivare att erbjuda patienter uppföljningsamtal efter tvångsåtgärder. Eftersom det inte fanns full evidens för att det är en åtgärd som kan bidra till att användningen av tvång kan minska föreslogs ingen sådan skyldighet.¹⁶

Flera remissinstanser ansåg emellertid att en sådan skyldighet skulle införas. *Socialstyrelsen* ansåg att den som utsätts för en tvångsåtgärd har rätt att göra sin röst hörd och att bli lyssnad på. Lagstiftningen bör skydda denna rätt. Erbjudandet och samtalet ska dokumenteras på ett sådant sätt att det kan bidra till den fortsatta vården av den som utsatts för tvångsåtgärden. Det är också viktigt att personalen tillsammans går igenom en vidtagen tvångsåtgärd, för att bearbeta det som hänt och för att få tillfälle att diskutera hur man kan arbeta för att minska behovet av tvångsåtgärder i liknande situationer. *Statens beredning för medicinsk utvärdering* konstaterar bl.a. att i Sverige är patient-, brukar- och anhöriginflytandet i tvångsvård dåligt utvecklat. Dessa patienter utgör en av de mest maktlösa grupperna i samhället med få eller inga möjligheter att påverka sin vård och delaktighet. Det vore därför särskilt önskvärt att just denna vårdform erbjuder reella möjligheter till patient- och anhöriginflytande. *Statens medicinska råd* ser återkopplingsamtal som ett betydelsefullt inslag i en god vård och föreslår således att återkopplingsamtal bör vara ett krav vid tvångsvårdande insatser.

Gällande rätt

I 2 a § första stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, finns en proportionalitetsbestämmelse som stadgar att tvångsåtgärder vid vård enligt respektive lag får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas. Bestämmelsen innebär enligt förarbetena att det ska göras en rimlig avvägning

¹⁵ SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*

¹⁶ A.a.

mellan den nytta som tvångsåtgärderna kan ha för patienten i förhållande till det ingrepp i patientens självbestämmande och integritet som det innebär att patienten mot sin vilja får genomgå en viss behandling. Bestämmelsen är tillämplig vid all tvångs-användning enligt lagen såsom t.ex. fastspänning, avskiljning från övriga patienter, samt kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning och inte bara under pågående tvångsvård utan också i de fall då åtgärder vidtas innan intagningsbeslut har fattats. Av 2 b § LPT och LRV framgår att tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta. Enligt förarbetena ska en avvägning alltid göras i de avseenden som anges i bestämmelsen som är tillämplig vid sådana tvångsåtgärder som syftar till att genomföra vård eller vid vårdåtgärder som genomförs med tvång. I förarbetena till 2 a och 2 b §§ anförs även att riktlinjerna innebär att särskild vikt ska läggas vid patientens delaktighet vid planering och genomförande av vård och behandling och att särskild hänsyn tas till patientens upplevelser av viss behandling.¹⁷

Promemorians överväganden och förslag

I syfte att öka förutsättningarna för att behövliga behandlingsinsatser inom den psykiatriska tvångsvården i allt större utsträckning kan genomföras i samförstånd med patienten ansåg Psykiatrilagsutredningen att vårdgivaren bör inta ett generöst förhållningssätt när det gäller möjligheten för patienten att kunna påverka val av behandlingsinsatser och den egna vårdens utformning. Ett led i att åstadkomma det, anförde utredningen, kan vara att införa en rutin som innebär att patienten, efter att ha blivit föremål för en tvångsåtgärd, erbjuds en möjlighet att få samtala kring händelsen. Som framgått ovan lämnade utredningen dock inget förslag i denna fråga. Utredningen ansåg dock att frågan är av sådan betydelse att den bör följas noggrant och att det finns skäl att på nytt överväga

¹⁷ Regeringens proposition (1999/2000:44) *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* s. 84 f.

frågan efter att ytterligare studier har lagts till de redan befintliga på området.¹⁸

Som framgår ovan finns i lagstiftningen redan bestämmelser avsedda att begränsa användningen av tvångsåtgärder och att främja patientens delaktighet i vården. Dessa är dock inte tillräckliga. Det får anses ha stor betydelse för patienten att han eller hon kan ge uttryck för sin upplevelse av situationen även i efterhand, då en tvångsåtgärd behövs användas. Uppföljningssamtal efter en tvångsåtgärd har visat sig spela stor roll för att utifrån patientens erfarenheter identifiera vad i personalens agerande och vårdmiljön i stort, som kan bidra till att tvångsåtgärder inte behöver vidtas. Erfarenheter som framkommer i uppföljningssamtalen kan användas i vården av den enskilde patienten och vara en del av underlaget för det löpande kvalitetsarbetet. Socialstyrelsen konstaterar i utvärderingen av överenskommelsen om att förbättra den psykiatriska heldygnsvården att med mer kunskaper om hur patienterna upplever tvångsvård kan tvångsåtgärderna minska på sikt.¹⁹

Psykiatrilagsutredningen ansåg att det saknades evidens för åtgärden. Sedan utredningens förslag har dock den beprövade erfarenheten från Bättre vård – mindre tvång dokumenterats och systematiserats ytterligare. I samtliga landsting har minst ett team infört uppföljningssamtal som rutin. Åtgärden kan också genom ändring i Socialstyrelsens föreskrift om patientregistret följas i detta register sedan 2013. Svenska psykiatriska föreningen har dessutom publicerat kliniska riktlinjer där sådana samtal rekommenderats.²⁰

Även om uppföljningssamtal praktiseras brett och är rutin på många kliniker visade Socialstyrelsens uppföljning att väldigt få uppföljningssamtal hade genomförts och att detta är ett område som behöver få fortsatt fokus för att heldygnsvården ska kunna förbättras.²¹

Mot bakgrund härav föreslås i denna promemoria att det i LPT införs en bestämmelse, som genom hänvisning även kommer att

¹⁸ SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*

¹⁹ Socialstyrelsen, *Bättre vård – mindre tvång?*

²⁰ Svenska Psykiatriska föreningen, *psykiatrisk tvångsvård, kliniska riktlinjer för vård och behandling*

²¹ Socialstyrelsen, *Bättre vård – mindre tvång?*

vara tillämplig vid vård enligt LRV, i vilken chefsöverläkaren åläggs att se till att patienten erbjuds ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsätgard. Erbjudandet ska göras så snart patientens tillstånd tillåter. Därvid får understrykas att det är fråga om ett erbjudande, inte något som ytterligare ska påtvingas patienten.

4.2.4 Behandlingen av patienten

4.2.4.1 I samråd med patienten

Promemorians förslag: I 17 § lagen om psykiatrisk tvångsvård, som genom hänvisning även gäller vid vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, tas bestämmelsen om att behandlingen ytterst avgörs av chefsöverläkaren bort. I stället införs ett nytt stycke av vilket det uttryckligen framgår att om det är nödvändigt får patienten ges behandling utan samtycke.

Ovan har anförts att grunden för all vård är regelverket i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, vilket i enlighet med 1 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, gäller såväl frivillig som tvångsmässig vård. Utgångspunkten för all vård och behandling, även under tvångsvård, är alltså de krav som följer av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, bl.a. vad avser god kvalitet, respekt för patientens självbestämmande och integritet och att patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården ska tillgodoses.²² Också patientsäkerhetslagen (2010:659) om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter är tillämplig i fråga om tvångsvården, vilket bl.a. gäller kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Som undantagslag ger emellertid LPT och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, befogenhet att i vissa avseenden avvika från HSL:s grundläggande princip om självbestämmande och integritet. Denna princip är dock av så grundläggande värde att medicinering och annan behandling under tvångsvård som huvudregel ska ske i samförstånd med patienten. Att en patient tas in på en sjukvårdsinrättning med stöd av LPT

²² Regeringens proposition (2007/08:70) *Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården*

medför sålunda inte att patienten med någon slags automatik också ska behandlas mot sin vilja.²³ De grundläggande bestämmelserna i HSL om respekt för patientens självbestämmande och integritet gäller självfallet också för den vård som sker med tvång och patientens önskemål ska därför respekteras så långt det är möjligt. Patientens utsatta ställning gör det särskilt viktigt att vården och behandlingen sker i former som inkräktar så lite som möjligt på dennes integritet och värdighet. Behandlingsåtgärderna får därför inte till sin art, omfattning och varaktighet vara mer ingripande än vad som är försvarbart med hänsyn till syftet med tvångsvården.

Vid tvångsvård är samrådskravet dock inte ovillkorligt. Enligt 17 § LPT respektive 6 § andra stycket LRV ställs krav på samråd med patienten när det kan ske. Av förarbetena framgår att patientens psykiska tillstånd avgör när ett samrådsförfarande får underlåtas. I fall då patienten motsätter sig behandlingen träffas avgörandet av chefsöverläkaren eller en annan specialistkompetent psykiater. Samrådskravet följer redan av HSL, men bestämmelsen i 17 § är avsedd att erinra om att detta.

Som ovan anförts innebär skrivningen i 17 § LPT att frågor om behandlingen ytterst avgörs av chefsöverläkaren att denne eller övrig vårdpersonal kan genomföra de vårdåtgärder som följer av ett sådant beslut. Det ska därvid påpekas att denna bestämmelse inte avser de tvångsåtgärder som regleras i 18–24 §§ LPT. Bestämmelsen kan genom sin vida formulering anses avvika från principen om samtycke som huvudregel som i övrigt framgår av lagen och dess förarbeten. Bestämmelsen främjar inte förutsebarheten för den enskilde patienten då den inte klart anger att behandling kan komma att ske mot patientens vilja. Bestämmelsen bör därför tas bort och ersättas med en regel som explicit uttrycker rätten att ge behandling mot patientens vilja. På det sättet understryks att samtycke är huvudregeln och förutsebarheten för patienten stärks.

I promemorian föreslås att det i 17 § LPT uttryckligen ska framgå att om det är nödvändigt får patienten, efter chefsöverläkarens beslut, ges behandling utan samtycke. Det avgränsar ytterligare möjligheten att ge behandling mot patientens vilja eftersom det bara får ske när det är nödvändigt. Nödvändigheten får bedömas med hänsyn till patientens hälsotillstånd och resultatet

²³ Regeringens proposition (1990/91:58) *Psykiatrisk tvångsvård m.m.* s. 134.

av försök att ge behandlingen med samtycke. När det gäller patienter som har överlämnats till rättspsykiatrisk vård med beslut om särskild utskrivningsprövning blir även risken för återfall i allvarlig brottslighet en del av denna bedömning.

Det finns i detta sammanhang även skäl att understryka att bestämmelsen i 3 a § HSL om att välja mellan olika behandlingsmetoder är tillämplig också i den psykiatriska tvångsvården, såväl enligt LPT som enligt LRV. Det finns flera studier som visar att patienter som vårdas i psykiatrisk vård uppfattar sin möjlighet till delaktighet i vården som svagare än vad som är fallet för andra patientkategorier. Bland annat drar Myndigheten för vårdanalys den slutsatsen i sin utvärdering av i vilken utsträckning svensk hälso- och sjukvård är patientfokuserad. Det finns även studier som mer specifikt studerat tvångsvårdade patienters tillgång till information om sitt hälsotillstånd och sin upplevelse av delaktighet. Även dessa visar på en stor förbättringspotential.

Samtidigt visar forskning att det är möjligt att involvera även svårt sjuka patienter i beslut om behandlingen. Främst finns studier som visar att patienter med schizofreni blir mer nöjda med sin läkemedelsbehandling och följer den i högre grad om de får påverka preparatval och dosering. Det får därför understrykas att enligt 3 a § första stycket HSL ska landstinget, när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, ge patienten möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Landstinget ska ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Att vårdas mot sin vilja är ett kraftigt ingripande i den enskildes vilja och de diagnostiska bedömningar och avgöranden kring behandlingen man står inför är ofta svåra. Det ska därför även understrykas att det av 3 a § andra stycket HSL framgår att landstinget ska ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att inom eller utom det egna landstinget få en förnyad medicinsk bedömning, om det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet. Patienten ska erbjudas den behandling den förnyade bedömningen

kan ge anledning till. Detta gäller även inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

4.3 Tvångsåtgärder

4.3.1 Psykiatrilagsutredningens förslag om ett särskilt dispensförfarande

Psykiatrilagsutredningen föreslog att ett dispensförfarande ska inrättas och att dispens ska kunna lämnas av en nyinrättad Tvångsåtgärdsnämnd som bl.a. ska kunna tillåta att fastspänning och avskiljning får ske under längre tid än vad som anges i lagen samt att tvångsmedel av annat slag får användas.²⁴

Psykiatrilagsutredningen redogjorde för att man genom Socialstyrelsens tillsynsenhet tagit del av ett antal ärenden där mobila bälten, skyddshjälmor och tvångshandskar kommit till användning inte enbart vid omedelbar fara och kortvarigt utan också mer rutinmässigt och långvarigt i vården av mycket svårt sjuka patienter. I samtliga ärenden hade patienten haft mycket djupgående psykiska störningar eller sjukdomstillstånd. Det uppgavs av utredningen framgå att störningen gett upphov till beteenden som varit svåra att hantera utan de vidtagna åtgärderna. Det hade t.ex. handlat om avskiljning under en lång tid för patienter med synnerligen grav aggressivitet. I vården av yngre kvinnor med självskadebeteende hade tvångshandskar kommit till användning. Det hade också varit fråga om ett återkommande utnyttjande av olika former av s.k. mobila bälten för patienter som vid upprepade tillfällen tagit till fysiskt våld mot andra eller försökt att skada sig själva allvarligt. Dispensförfarandet skulle vara tillämpligt för att hantera och få en rättslig kontroll över vissa "extraordinära tvångsåtgärder" som undantagsvis kan vara nödvändiga att vidta inom den slutna psykiatriska tvångsvården mot ett fåtal patienter som har ett mycket extremt och svårhanterligt beteende (6 kap. 26–29 §§ lagförslaget). Utredningen anför att det finns ett antal patienter, om än inte särskilt många, som har en så djupgående störning och ett så pass extremt beteende, att det inte

²⁴ SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen*

är möjligt att både fullgöra uppgiften att ge dem vård och samtidigt tillgodose deras egen, andra patienters och personalens säkerhet med hjälp av de tvångsmedel som lagen anvisar. I dessa exceptionella fall måste ibland vissa extraordinära lösningar tillgripas. Vid ett mer kortvarigt användande kan åtgärden oftast grundas på nödrätten, anför utredningen. Vid ett mer långvarigt användande av sådana lösningar blir situationen mer problematisk.

Utredningen föreslog därför inrättandet av en dispensnämnd för att hantera användandet av vissa extraordinära åtgärder som inte är möjliga att avvara i mycket speciella och udda patientfall. Avsikten med förslaget är att även dessa ”udda” fall ska inordnas i ett regelsystem för att skapa en större rättssäkerhet för den enskilde. Genom att dessa undantagsfall samlas hos den föreslagna nämnden ges bättre möjlighet att få en samlad bild av vilken omfattning dessa åtgärder har och vilka åtgärder som förekommer. I nuläget saknas det, anför utredningen.

Psykiatrilagsutredningen menade att det inte är möjligt att i lag ange i vilka situationer extraordinära åtgärder skulle få vidtas. En sådan bestämmelse skulle behöva formuleras så allmänt och vagt att det inte skulle medge någon förbättrad förutsebarhet av vilka åtgärder som får eller inte får vidtas inom vården. Även ett dispensförfarande är, enligt utredningen, förenat med en liknande principiell svaghet. Utredningen menade dock att ett dispensförfarande innebär en avsevärd förbättring och ett stärkt rättsskydd för den enskilde jämfört med nuvarande situation som saknar varje form av reglering för dessa undantagssituationer.

I akuta situationer, där nämndens prövning inte kan avvaktas på grund av fara i dröjsmål, föreslogs chefsöverläkaren kunna besluta att tvångsåtgärden ska kunna användas utan att tillstånd först har inhämtats. Chefsöverläkarens beslut ska i ett sådant fall underställas nämndens prövning.

Psykiatrilagsutredningens förslag har remissbehandlats och inrättandet av en Tvångsåtgärdsnämnd har av remissinstanserna fått ett blandat mottagande. Knappt hälften av instanserna avstyrker eller ställer sig tveksamma till förslaget. *Riksdagens ombudsmän (JO)* anser t.ex. att utredningens förslag i denna del inte är så underbyggt att det kan läggas till grund för lagstiftning. Mot bakgrund av att man i betänkandet uppger att det endast är ett fåtal patienter som berörs av förslaget har JO svårt att se hur nämndens

arbete rent praktiskt ska organiseras. Vidare anges inte i den föreslagna bestämmelsen (6 kap. 26 §) vilka tvångsåtgärder, utöver fastspänning i bälte och avskiljning, nämnden ska kunna besluta om. I konsekvens med utredningens övriga förslag, att alla tillåtna tvångsåtgärder ska anges i lag, bör det naturligtvis framgå. JO ställer sig även frågande till den prövning av ärenden som nämnden är tänkt att göra. JO menar att behovet av att tillgripa tvångsåtgärder torde i flertalet fall vara akut. Tvångsåtgärdsnämndens prövning i dessa fall innebär därmed en prövning av ett redan fattat och verkställt beslut. Någon reell prövning från nämndens sida blir det således inte fråga om. JO ifrågasätter lämpligheten av ett sådant förfarande.

Mot bakgrund av fri- och rättighetsskyddet där det krävs lagstöd för inskränkningar görs i denna promemoria ställningstagandet att något dispensförfarande inte ska införas. Inga andra åtgärder än de som framgår av de särskilda bestämmelserna i 18–24 §§ LPT (8 § LRV samt övriga bestämmelser i LRV som avser tvångsåtgärder) får vidtas inom ramen för tvångsvården. Dessa regler får alltså anses uttömmande. De svåra situationer som uppstår i vården av svårt sjuka psykiatriska patienter måste lösas genom att vården av dessa patienter ständigt utvecklas och förbättras. Arbetet inom ramen för Bättre vård – mindre tvång visar att det är möjligt att minska tvångsåtgärder genom systematiskt förbättringsarbete och generella kompetenshöjande åtgärder.

Det finns dock skäl att möjliggöra längre avskiljningar för en begränsad patientgrupp vilket utvecklas i avsnitt 4.3.3.

4.3.2 Fastspänning

Promemorians förslag: I 19 § lagen om psykiatrisk tvångsvård, som genom hänvisning gäller även vid vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, anges uttryckligen att fastspänning under givna förutsättningar får ske om det är oundgängligen nödvändigt. Det föreslås även att det uttryckligen ska framgå att patienten får spännas fast kortvarigt med bälte eller mobilt bälte och att fastspänning med bälte får pågå högst fyra timmar och fastspänning med mobilt bälte högst 60 minuter. Fastspänning med bälte får pågå högst två timmar om patienten är under 18

år. Begreppet ”liknande anordning” utmönstras ur lagstiftningen.

Om det finns synnerliga skäl får patienten hållas fastspänd med bälte längre än fyra timmar. Tiden får genom ett nytt beslut förlängas med högst fyra timmar, två timmar om det gäller barn under 18 år. I bestämmelsen klargörs att underrättelseskyldigheten till Inspektionen för vård och omsorg inträder om patienten hålls fastspänd mer än fyra timmar i följd.

4.3.2.1 Gällande rätt

Enligt 19 § första stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, får om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Bestämmelsen är genom hänvisning i 8 § första stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, tillämplig även vid vård enligt den lagen. 19 § LPT gäller patienter som vårdas enligt LPT eller LRV i *sluten* psykiatrisk tvångsvård/rättspsykiatrisk vård.

Förutsättningarna för att en fastspänning ska få ske är att det föreligger en omedelbar fara för allvarlig skada av patienten själv eller någon annan. I lagens förarbeten anförs att i princip bör en patient få spännas fast endast i omedelbara faresituationer för att hindra honom eller henne från att allvarligt skada sig själv eller någon annan.²⁵ Bestämmelsen tar enligt motiven sikte främst på hastigt uppkomna faresituationer som inte kan bemästras på något annat sätt än genom att patienten spänns fast med bälte. Det ska vara fråga om risk för en allvarlig fysisk skada och fastspänning får aldrig tillgripas i bestraffningssyfte.

Det framgår inte uttryckligen av lagens text hur lång tid en fastspänning får pågå. Det anges endast att en patient får spännas fast *kortvarigt*. Den närmare innebörden härav anges inte heller i förarbetena. Fastspänning ska, sägs det, ”med visst undantag” få ske bara kortvarigt²⁶ och det talas om att bälte inte bör användas

²⁵ Regeringens proposition (1990:91:58) *Psykiatrisk tvångsvård m.m.*

²⁶ A.a. s. 140.

längre än någon eller högst några timmar.²⁷ Vidare sägs att fastspänning i regel bör vara en kortvarig åtgärd som snarast bör ersättas med andra insatser. Otillräckliga personalresurser får t.ex. inte medföra att patienten hålls fastspänd en längre tid än som är absolut nödvändigt med hänsyn till faresituationen. Att åtgärden ska vara kortvarig innebär enligt Socialstyrelsens handbok, Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, en tid understigande fyra timmar.

Av 19 § *andra* stycket LPT följer att om det finns synnerliga skäl, får beslutas att patienten ska hållas fastspänd längre än som anges i första stycket, dvs. längre än kortvarigt. Det innebär enligt förarbetena att i vissa extrema undantagssituationer får en patient spännas fast med bälte mer än några timmar. Förutsättningarna i första stycket ska också vara uppfyllda. Bestämmelsen, sägs i motiven, är avsedd att tillämpas endast i fall där risken för allvarlig skada är överhängande någon tid.

Enligt 19 § tredje stycket ska Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utan dröjsmål underrättas om beslut enligt 19 § andra stycket. Om en patient hålls fastspänd under lång tid bör IVO fortlöpande hållas underrättad om detta. Av 49 § LPT och 24 § LRV framgår att chefsöverläkaren fortlöpande ska lämna IVO uppgifter som vidtagits enligt LPT och LRV, vilket enligt förarbetena bl.a. avser fastspänning med bälte.

Av 4 kap. 7 § första stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår på vilken blankett chefsöverläkaren ska fullgöra underrättelseskyldigheten. På blanketten ska bl.a. anges när åtgärden inleddes och avslutades och, om det avser fastspänning under längre tid än fyra timmar, en beskrivning av hur situationen uppstod, varför mindre ingripande åtgärder inte var tillräckliga, vari den omedelbara faran bestod samt vad som ansågs vara synnerliga skäl. På blanketten framgår också att ny rapportblankett ska fyllas i om fastspänning pågått längre tid än 72 timmar.

Enligt 19 § tredje stycket LPT är det chefsöverläkaren som beslutar om fastspänning. Chefsöverläkaren får dock, enligt 39 § LPT och 23 § 6. LRV, delegera beslutsbefogenheten enligt första stycket till annan läkare vid sjukvårdsinrättningen. Är det emeller-

²⁷ Regeringens proposition (1990/91:58) *Psykiatrisk tvångsvård m.m.* s. 260.

tid fråga om beslut enligt 19 § andra stycket, då det sålunda ska föreligga synnerliga skäl, kan delegation endast ske till specialistkompetent läkare.

Det är, enligt 19 § *första stycket* sista meningen ett undantagslöst krav att patienten inte lämnas ensam medan han eller hon är fastspänd.

Av 6 a § *första stycket* LPT framgår att i sådana fall som anges i 19 § LPT får en patient som hålls kvar enligt 6 § LPT kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Bestämmelsen avser situationer innan ett intagningsbeslut enligt 6 b § LPT har fattats, vilket ska ske skyndsamt. För att fastspänning ska få ske ska de förutsättningar som anges i 19 § LPT vara uppfyllda. Beslut enligt 6 a § fattas, enligt tredje stycket, av legitimerad läkare. Genom att ange att det är legitimerad läkare som kan fatta beslut undantas AT-läkare från den rätten. Skälet härtill är att det är fråga om mycket integritetskränkande åtgärder som endast läkare med legitimation bör kunna besluta om.

I samband med att 6 a § LPT infördes diskuterades huruvida andra former av fysiskt tvång skulle regleras genom särskilda bestämmelser. Regeringen menade därvid att en patients rörelsefrihet inte bör kunna inskränkas på annat sätt än genom fastspänning med bälte eller liknande anordning. Det finns, anfördes det, från behandlingssynpunkt inte anledning att genom ändring i 19 § LPT möjliggöra att patientens rörelsefrihet ska kunna inskränkas på annat sätt, t.ex. med tvångströja eller handfängsel.

Enligt 2 § 8 och 9 förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska uppgift om tvångsåtgärden och, i förekommande fall, underrättelse till IVO jämte skälen för åtgärden noteras i patientens journal.

Ett beslut om fastspänning kan inte överklagas.

4.3.2.2 Promemorians överväganden och förslag

Andra åtgärder ska vidtas före fastspänning

Fastspänning med bälte är en starkt integritetskränkande och ingripande tvångsåtgärd och bör, så som enligt 19 § första stycket LPT gäller i dag, endast få förekomma i omedelbara faresituationer

för att hindra patienten att allvarligt skada sig själv eller någon annan.

Fastspänning har, på grund av att det är en mycket ingripande åtgärd, i den psykiatriska litteraturen ifrågasatts ur etisk synpunkt. I Svenska psykiatriska föreningens kliniska riktlinjer konstateras också att de flesta patienter även efteråt uppfattar fastspänning som starkt negativt. Även i jämförelse med andra tvångsåtgärder framstår fastspänning som ett särskilt långtgående ingrepp i den enskildes rättssfär eftersom begränsningen av patientens rörelsefrihet är väsentligt mer omfattande än vad som är fallet vid avskiljning. Därför finns det skäl att i lagen understryka fastspänningens undantagskaraktär genom den ytterligare förutsättningen att sådan får ske om det är oundgängligen nödvändigt. Innebörden härav är att bältesläggning bara ska användas när andra åtgärder inte är tillräckliga.

Redan i dag följer av 2 a § LPT att tvångsåtgärder får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga ska de användas. Förslaget kompletterar emellertid 2 a § på det sättet att fastspänning pekas ut som den mest ingripande åtgärden och att andra åtgärder därför ska väljas först. Det kan vara andra tvångsåtgärder, men det huvudsakliga målet är naturligtvis att utveckla arbetssätt som minskar behovet av sådana åtgärder.

Metoder och arbetssätt för att hantera kritiska situationer har utvecklats inom ramen för projektet Bättre vård – mindre tvång. Förutom att införa uppföljningssamtal som rutin har utbildningsinsatser till personal visat sig vara effektiva inom ramen för projektet. Dessa har bl.a. inriktat sig på hur man agerar i problematiska situationer som innehåller konflikter och våld. Innehållet har omfattat praktiska råd som att gå bakåt i stället för framåt i konfliktfyllda situationer och hur man med humor och samtal kan avleda en risk för konfrontation. Ofta har personer med erfarenhet av att vara patienter i psykiatrisk heldygnsvård deltagit i utbildningsinsatserna. Andra metoder för att undvika tvångsåtgärder som bl.a. framförts av patientorganisationerna kan vara att göra delöverenskommelser med patienten eller identifiera vilka relationer med personal som verkar ha en dämpande respektive triggnande effekt på konflikten. Svenska psykiatriska föreningen har också i sina riktlinjer för psykiatrisk tvångsvård pekat på en rad

strategier för att förhindra att en konfliktsituation eskalerar med målet att undvika tvångsåtgärder. Det handlar t.ex. om vikten av att patienten upplevt sig sedd, lyssnad till och känt sig respekterad och att man som hälso- och sjukvårdspersonal är tydlig och låter kommunikationen ta tid och att vikten av trygghet betonas.

För att ytterligare understryka vikten av att det noga övervägs om andra åtgärder än fastspänning kan anses tillräckliga föreslås sålunda att det i 19 § LPT anges att om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, och det är oundgängligen nödvändigt, får patienten kortvarigt spännas fast. I fråga om användning av tvångsåtgärder ska även framhållas att hänsyn naturligtvis också måste tas till de säkerhetsaspekter som är förenade med vissa patientgrupper, t.ex. personer som är intagna vid kriminalvårdsanstalt eller ska förpassas till sådan, och som vårdas enligt LRV.

Bälte, liknande anordning och mobilt bälte

Bestämmelserna i 6 a § LPT och 19 § LPT ger legitimerad läkare respektive chefsöverläkare befogenhet att besluta om att spänna fast en patient med *bälte eller liknande anordning*. Vad som avses med liknande anordning är inte entydigt förklarat i förarbetena. Det talas endast om att det inom den psykiatriska vården förekommer fastspänning i bälte eller liknande mekanisk anordning och att det finns flera olika typer av bältesliknande fixeringsanordningar.

Psykiatrilagsutredningen konstaterade att den nuvarande lagtextens utformning bidragit till att det uppkommit en oklarhet i vården om hur och med vilka hjälpmedel en patient får spännas fast. För att tydligare klargöra på vilket sätt en persons rörelsefrihet får begränsas föreslog utredningen att bestämmelsen om fastspänning skulle ges en annan lydelse och att begreppet ”annan liknande anordning” skulle utmönstras ur lagtexten.²⁸ De remissinstanser som kommenterat förslaget har tillstyrkt detsamma.

I denna promemoria delas uppfattningen att ”liknande anordning” bör utmönstras ur lagstiftningen och att det i lagen

²⁸ SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd* s. 404.

endast anges att patienten får spännas fast med bälte och mobilt bälte.

Psykiatrilagsutredningen konstaterade att fastspänning vanligen innebär att patienten spänns fast i en säng med hjälp av en fixeringsanordning men att man erfarit att även andra typer av anordningar för att helt eller delvis inskränka en patients fysiska rörelseförmåga kommit till användning i den psykiatriska tvångsvården, däribland s.k. *mobila bälten*. Ett mobilt bälte är en form av midjebälte som möjliggör att patientens armar och ben kan låsas fast med hjälp av remmar som är förbundna med bältet. Utformningen av bältet tillåter att patienten kan röra sina armar och ben något lite men hindrar honom eller henne från att t.ex. kunna utdela slag eller sparkar med full kraft. Vid användning av mobilt bälte är patienten vanligen inte fastspänd i en säng.

I Psykiatrilagsutredningens betänkande redogjordes för att det i Stockholms läns sjukvårdsområde sedan 2007 pågår ett arbete med att generellt föra in mobila bälten enligt den s.k. Bergenmodellen på vårdinrättningar för psykiatrisk tvångsvård. Modellen syftar till att tydliggöra värdet av att utveckla en genomgripande våldsförebyggande kultur på vårdavdelningar. Ett gott bemötande och goda relationer mellan personal och patienter ska genomsyra vardagsvården såväl som konfliktsituationer och tvångsåtgärder. I modellen ingår att mobila bälten används i hastigt uppkomna farliga situationer på en vårdinrättning. Dock betonas särskilt att bältesanvändningen inte förekommer skild från övriga beståndsdelar i arbetsmodellen och att användning av mobila bälten bara är en mindre del av den. Enligt de riktlinjer som lämnas för användandet i Stockholms läns sjukvårdsområde ska inte mobilt bälte användas för transport eller förflyttningar av en patient. Det främsta skälet härtill är att en användning i dessa situationer är förenat med stor olycksrisk. Vid förflyttning kan patienten lätt snubbla och han eller hon kan då inte använda sina armar för att lindra fallet eller ta emot sig.

Socialstyrelsen har i Meddelandeblad 8/2011 konstaterat att det saknas rättsligt stöd för användning av mobila bälten när patienter ska förflyttas. Socialstyrelsen bedömer att 19 § LPT inte omfattar användning av mobila bälten för att t.ex. förflytta, medicinera eller duscha patienter. I meddelandebladet konstateras att begränsningar i rörelsefriheten, enligt regeringsformen, endast får göras med stöd

av lag. Den fastspänning som lagen avser syftar till att fixera och låsa fast en patient i hastigt uppkomna situationer där det finns en omedelbar fara för att patienten ska skada sig själv eller någon annan. Fastspänningen får inte användas enbart i syfte att till exempel medicinera en patient och får bara användas i akuta situationer. I meddelandebladet anförts att de mobila bältena bara till viss del begränsar patientens rörlighet och används när en patient inte kan vara helt fastlåst för att han eller hon ska förflytta sig. Socialstyrelsen bedömer att om situationen inte är så allvarlig att faktisk fastlåsning behövs kan heller inte någon annan form av mindre tvingande fastlåsning komma i fråga. Att använda fängsel innefattas inte av bestämmelserna om fastlåsning i den psykiatriska tvångslagstiftningen.

Psykiatrilagsutredningen menade att en användning av mobilt bälte på det sätt som Bergenmodellen förespråkar, dvs. en användning som närmast är att se som ett alternativ till att fysiskt hålla fast en patient, borde kunna tillåtas. En förutsättning för att även kunna tillåta mobila bälten vid sidan av fastspänning i säng är dock, anförde utredningen, att tillämpningen stannar vid det i betänkandet redovisade användningssättet. Tiden för användning av mobilt bälte föreslogs begränsas till högst 60 minuter. Eftersom användning av mobilt bälte, på det sätt som utredningen redogjort för, endast är en av flera beståndsdelar i en sammanhängande arbetsmetodik, borde det även vara ett krav, menade utredningen, att mobilt bälte endast får användas av personal som fått särskild utbildning om metoden. I de undantagsfall, anförde Psykiatrilagsutredningen vidare, ett mobilt bälte oundgängligen behöver användas för andra ändamål än som alternativ till kortvarig fysisk fasthållning, skulle frågan om sådan användning kan tillåtas prövas av den av utredningen föreslagna Tvångsätgärdsnämnden.

Riksdagens ombudsmän (JO) är positiv till att en möjlighet att använda mobilt bälte införs. JO menar dock att om ett mobilt bälte används måste givetvis stor hänsyn tas till den integritetskränkning det kan innebära för patienten. I förslaget redogörs dock inte närmare för hur integritetsskyddet för den enskilde patienten ska tillgodoses. Såvitt gäller den av utredningen föreslagna befogenheten för Tvångsätgärdsnämnden menar JO att som JO uppfattar förslaget är tanken att mobila bälten ska användas i akuta situationer. Tvångsätgärdsnämndens prövning blir därmed inte reell

eftersom den åtgärd som ska prövas redan har vidtagits. JO menar att frågan om användningen av mobilt bälte behöver utredas och analyseras ytterligare. *Socialstyrelsen* avstyrker förslaget om fastspänning i mobilt bälte men anför att det mobila bältet ska ses som en löstagbar del av den fasta bältessängen och enbart användas som en sådan, i enlighet med Bergenmodellen. Mobilt bälte beskrivs som ett säkrare och skonsammare sätt att föra en patient till en bältessäng i vissa situationer. Regeln bör därför utformas så att fastspänning med mobilt bälte endast får tillgripas för att föra patienten till fastspänning i säng. Det mobila bältet får enligt Bergenmodellen inte användas mer än 30 minuter vilket bör framgå av regeln. Flera remissinstanser, däribland *Skåne läns landsting*, *Dalarnas läns landsting*, *Västernorrlands läns landsting* och *Jämtlands läns landsting* påpekar att mobilt bälte bör kunna få användas även direkt efter ett kvarhållningsbeslut. Såvitt gäller tidsgränsen för mobilt bälte tillstyrker vissa remissinstanser, t.ex. *Stockholms läns landsting*, utredningens förslag medan t.ex. *Socialstyrelsen* menar att det inte ska användas mer än 30 minuter. *Kronobergs läns landsting* menar att tidsgränsen inte ska lagregleras utan övervägas ytterligare genom föreskrift av Socialstyrelsen. Flera remissinstanser, däribland *Jämtlands läns landsting*, är positiva till det krav på kompetens som anges i förslaget, men menar att det bör gälla för alla definierade tvångsåtgärder.

I denna promemoria föreslås att det av lagen ska framgå att fastspänning ska få ske med bälte och mobilt bälte. Med "bälte" avses därvid en fixering av patientens rörelseförmåga, t.ex. i en säng. Utgångspunkten är, liksom enligt gällande lag, att fastspänning bara ska få ske i omedelbara faresituationer. Om mobilt bälte ska användas ska det, så som angavs i Psykiatrilagsutredningens betänkande, vara som ett alternativ till fysisk fasthållning. Mobilt bälte ska inte användas för andra ändamål såsom vid transport, dusch eller liknande eftersom detta är förenat med stor olycksrisk då en patient är fastlåst till händer och fötter.

Användningen av mobilt bälte ska även kunna användas före ett intagningsbeslut, dock först sedan ett formellt beslut om kvarhållning fattats. Frågan om tiden för fastspänning behandlas i följande avsnitt.

Liksom enligt nu gällande lag ska vårdpersonal vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd vilket gäller även vid fastspänning med mobilt bälte.

Tiden för fastspänning

Enligt 19 § första stycket LPT får patienten spännas fast ”kortvarigt”. Som framgått ovan anges varken i lagen eller i dess motiv den närmare innebörden av detta. Det framgår endast att fastspänning i regel bör vara en kortvarig åtgärd som snarast bör ersättas med andra insatser och den bör inte användas längre än någon eller högst några timmar.

Enligt 19 § andra stycket LPT får emellertid, om det finns synnerliga skäl, beslutas att patienten ska hållas fastspänd längre än som anges i första stycket. I lagens förarbeten anförs att det förekommer i *extrema undantagsfall* att en patient måste hållas fastspänd under mer än några timmar. Det kan vara fråga om djupt störda patienter där risken att de tillfogar sig själva eller någon annan en allvarlig skada är överhängande under någon tid.

I juridisk doktrin har framhållits att det är tvivelaktigt från rättssäkerhetssynpunkt att tiden för fastspänning inte anges i lagen. Det skulle främja förutsebarheten för patienten och sätta tydliga gränser för dem som har att tillämpa bestämmelsen om detta explicit framgår av lagens text.²⁹ Också Psykiatrilagsutredningen har föreslagit att det i lagen bör framgå en fastställd längsta tid för fastspänning i bälte. Därutöver föreslår utredningen ett dispensförfarande innebärande att en tvångsåtgärdsnämnd efter ansökan kan tillåta fastspänning längre tid.

Mot bakgrund av att en fastspänning är en starkt integritetskränkande åtgärd och att det av rättssäkerhetsskäl är fundamentalt att det står klart för såväl patienter som hälso- och sjukvårdspersonal vad som gäller föreslås i denna promemoria att det av 19 § första stycket LPT ska framgå att patienten som huvudregel kortvarigt får spännas fast med bälte och att sådan fastspänning får pågå högst fyra timmar. Med bälte avses därvid en fast fixering, t.ex. i en bältessäng.

²⁹ Gustafsson Ewa, *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet*, Studentlitteratur 2010 s. 386.

Det föreslås även att tiden för fastspänningen ska vara begränsad till två timmar när det gäller barn. I enlighet med detta föreslås även att ett förlängningsbeslut ska kunna gälla högst två timmar. Skälet är att åtgärden är mycket ingripande och att utgångspunkten är att tvång när det gäller barn ska begränsas så mycket som möjligt och användas med stor försiktighet och endast om det är förenligt med barnets bästa.

Såvitt gäller *mobilt bälte* föreslås i likhet med Psykiatrilagsutredningen en tidsgräns om maximalt 60 minuter. Det får som huvudregel endast pågå kortvarigt, dvs. under så lång tid som behövs för att patienten ska kunna lugnas eller flyttas över till en fast fixering, vilket som regel inte bör överstiga 60 minuter.

Vidare föreslås vissa ändringar i 19 § andra stycket LPT. Fortfarande gäller att om det finns synnerliga skäl får beslutas att patienten ska hållas fastspänd längre än som anges i första stycket. För att undanröja oklarheter tydliggörs att tiden får förlängas med högst fyra timmar vid varje tillfälle och att förlängningen endast kan komma i fråga beträffande bälte, dvs. fast fixering. En förlängning med mobilt bälte utöver vad som anges i första stycket ska inte kunna ske. Med synnerliga skäl avses, liksom enligt nu gällande lag, att det är fråga om extrema undantagssituationer där risken för allvarlig skada är överhängande under någon tid.

Med nödvändighet krävs, liksom vad gäller beslut om avskiljning enligt nu gällande lag, att det fortlöpande prövas om en beslutad fastspänning kan hävas. Därmed ligger det också i sakens natur att det fattas ett nytt formellt beslut vid en förlängning av beslutet där skälen för detsamma anges och där det framgår varför synnerliga skäl anses föreligga. Om sålunda patienten behöver vara fastspänd längre tid än de fyra timmar som stipuleras i första stycket ska det krävas synnerliga skäl och ett nytt beslut av behörig beslutsfattare. Det innebär inte någon ny pålaga för chefsöverläkaren. Enligt 3 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2008:18) ska, innan ett beslut fattas om fastspänning enligt 19 § andra stycket LPT (8 § LRV) under längre tid än fyra timmar, den beslutande läkaren själv undersöka patienten. I remissvar till JO (dnr 4471-2011) har Socialstyrelsen anfört att föreskriften ska förstås så att ”den beslutande läkaren själv ska undersöka patienten inför ett beslut om förlängning av bältesläggning där patienten sammantaget är bälteslagd under längre tid än fyra timmar. Det

saknar betydelse för bedömningen huruvida det enskilda separata beslutet i sig avser en kortare tid än fyra timmar.” JO delade Socialstyrelsens uppfattning. Den ansvariga läkaren skulle alltså personligen ha undersökt patienten inför varje ”omprovning (förlängning)” av bältesläggningen.

I promemorian föreslås ingen ändring såvitt gäller beslutsbefogenheten. Däremot föreslås att det i lagen tydliggörs att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utan dröjsmål ska underrättas om fastspänningen pågår under längre tid än sammanlagt fyra timmar i följd, vilket inbegriper den tid patienten eventuellt varit fastspänd med mobilt bälte. Som visats ovan framgår av 4 kap. 7 § första stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård på vilken blankett chefsöverläkaren ska fullgöra underrättelseskyldigheten till IVO och att det på blanketten framgår att ny rapportblankett ska fyllas i om fastspänning pågått längre tid än 72 timmar. Det får understrykas att fastspänning som huvudregel ska vara kortvarig och högst fyra timmar. Att ny rapportblankett ska fyllas i efter 72 timmar får inte tas till intäkt för att besluta om så lång fastspänning vid ett och samma beslutstillfälle.

4.3.3 Avskiljning

Promemorians förslag: För att öka patientens rättssäkerhet görs i 20 § lagen om psykiatrisk tvångsvård, som genom hänvisning även är tillämplig vid vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, ett förtydligande att ett avskiljningsbeslut som huvudregel endast får användas under en begränsad tid. Tidsbegränsningen anges i lagen och är kortare om patienten är under 18 år.

I en ny bestämmelse, 20 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, införs möjlighet till långtidsavskiljning under högst fyra veckor om det är oundgängligen nödvändigt på grund av att patienten genom ett långvarigt synnerligen aggressivt eller störande beteende utgör en allvarlig fara för annan. Tiden för långtidsavskiljande får genom ett nytt beslut förlängas med högst fyra veckor.

Långtidsavskiljningen ska omgärdas med särskilda kontrollåtgärder. Inspektionen för vård och omsorg ska därför utan dröjsmål underrättas om beslutet och ska genom tillsyn kontrollera tillämpningen av bestämmelsen om långtidsavskiljning.

Vårdgivaren föreslås, genom chefsöverläkarens försorg, ha skyldighet att se till att patienten, inom eller utom det egna landstinget, får en förnyad medicinsk bedömning (second opinion) inför ett beslut om långtidsavskiljning. Om tiden för långtidsavskiljningen förlängs ska en sådan bedömning göras minst en gång var sjätte månad.

Det föreslås också att, efter ett beslut om långtidsavskiljning, ska chefsöverläkaren anmäla frågan om stödperson till patientnämnden.

Gällande rätt

Enligt 20 § första stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, som enligt 8 § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, även gäller vid vård enligt den lagen, får en patient hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar. Tiden får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar. Enligt lagens motiv avses med "isolering" att en person hålls instängd på ett rum, antingen på det egna rummet eller i ett särskilt isoleringsrum. Åtgärden kan endast komma i fråga om patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de *andra patienterna*. Nu gällande lag ger inte möjlighet till avskiljning vid förhållanden hänförliga till patienten själv eller för att förhindra att hälso- och sjukvårdspersonal kommer till skada. Avsikten är att avskiljande ska komma till användning endast i rena undantagssituationer och då främst i skyddssyfte. Det är inte tillåtet med rutinmässig isolering, t.ex. under natten, och får inte heller tillgripas i bestraffningssyfte. I motiven till bestämmelsen framhålls att man naturligtvis alltid noga bör pröva möjligheterna

att med personalinsatser uppnå det syfte som en isoleringsåtgärd avser.

Eftersom avskiljande av en patient från andra patienter är en starkt integritetskränkande åtgärd bör den, enligt förarbetena, avslutas så snart det är möjligt. Det bör därför fortlöpande prövas om ett beslut om avskiljande kan hävas. Den längsta tiden för ett avskiljande har, enligt huvudregeln i 20 § första stycket LPT, bestämts till högst åtta timmar. Anses det nödvändigt får tiden för avskiljande genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar. Enligt förarbetena får ett förlängningsbeslut fattas flera gånger.

Enligt 20 § andra stycket LPT får, om det finns synnerliga skäl, ett beslut om avskiljande enligt första stycket avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Det är en *särregel* om längre giltighetstid av ett beslut om avskiljande. Hänvisningen till första stycket innebär att förutsättningarna för avskiljande enligt detta stycke ska vara uppfyllda för att få besluta om avskiljande enligt andra stycket. Dessutom tillkommer kravet på synnerliga skäl. Bestämmelsen tar enligt förarbetena sikte på vissa extrema fall då patientens situation är så svår att ett avskiljande måste ske för en längre tid än några dagar. Detta, sägs det, torde behövas endast i särpräglade undantagsfall. Enligt Socialberedningen kunde synnerliga skäl vara att en patient gjort allvarliga och upprepade försök att skada sina medpatienter och personalen inte har kunnat finna något annat sätt att klara situationen än att avskilja patienten.

Det är chefsöverläkaren som, enligt 20 § tredje stycket LPT, beslutar om avskiljande. Beslutsbefogenheten kan enligt 39 § LPT, såvitt gäller beslut enligt 20 § första stycket, delegeras till erfaren läkare med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna och, om det finns särskilda skäl, även åt en annan läkare vid sjukvårdsinrättningen. Eftersom det inte ställs krav på att "annan läkare" ska vara legitimerad torde delegation även kunna ges till AT-läkare. Vad gäller beslut enligt särregeln i 20 a § andra stycket LPT kan delegation dock, enligt 39 § 6, endast ske till specialist.

Om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd ska, enligt 20 § tredje stycket LPT, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utan dröjsmål underrättas om detta. Om en patient hålls avskild under lång tid, är det lämpligt att myndigheten fortlöpande hålls underrättad om detta. Enligt 49 § LPT och 24 § LRV ska

chefsöverläkaren fortlöpande lämna IVO uppgifter om åtgärder som vidtagits enligt lagen.

Av 4 kap. 7 § första stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår på vilken blankett chefsöverläkaren ska fullgöra underrättelseskyldigheten. På blanketten ska bl.a. anges när åtgärden inleddes och avslutades och, om det avser avskiljande längre tid än åtta timmar, en beskrivning av hur situationen uppstod, varför mindre ingripande åtgärder inte var tillräckliga, var den omedelbara faran bestod samt vad som ansågs vara synnerliga skäl. På blanketten framgår också att ny rapportblankett ska fyllas i om avskiljande pågått längre tid än 72 timmar.

En patient ska, enligt 20 § tredje stycket LPT, under den tid han eller hon hålls avskild stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal. I förarbetena har framförts tveksamheter till att införa ett krav på att vårdpersonal ska vara närvarande när en patient hålls avskild från övriga patienter. Är patienten mycket aggressiv kan det finnas en risk för att personalen skadas. Det kan också, sägs det, finnas en risk för att patienten vid avskiljande från övriga patienter skadar sig själv. I vissa fall kan det därför vara lämpligare och humanare att patienten vid aggressivt beteende läggs i bälte med vårdpersonal närvarande än att han eller hon hålls avskild.

Bestämmelsen i 20 § gäller patienter för vilka intagningsbeslut har fattats. Enligt 6 a § LPT får, i sådana fall som anges i 20 §, även en patient som hålls kvar enligt 6 § kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna. I förarbetena anges att det kan vara fråga om en patient som uppträder mycket aggressivt och som inte går att lugna genom samtal eller andra mindre ingripande åtgärder.

Beslut enligt 6 a § fattas av legitimerad läkare. Genom att ange att det är legitimerad läkare som kan fatta beslut om avskiljning enligt 6 a § undantas AT-läkare från den rätten.

Enligt 2 § 8 och 9 förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska uppgift om tvångsåtgärden och, i förekommande fall, underrättelse till IVO jämte skälen för åtgärden noteras i patientens journal.

Ett beslut om avskiljning kan inte överklagas.

Promemorians överväganden och förslag

Psykiatrilagsutredningen föreslog att en patient ska kunna avskiljas inte bara i fall som avses i nu gällande lag utan också när det är nödvändigt av hänsyn till patientens egen vård. Enligt utredningen finns behov i verksamheterna av att kunna avskilja en patient i de fall hans eller hennes psykiska tillstånd är sådant att det kräver en kortare tids vistelse i en miljö av stillhet, skild från övriga patienter. Ett typexempel uppgavs vara när en svårt manisk patient behöver ha begränsning av yttre stimuli för att på det sättet ges förutsättningar för att kunna "varva ner". En avskiljning för det ändamålet sades vara till gagn för patientens vård.

I utredningens lagförslag (6 kap. 12 § andra stycket) föreslogs att ett avskiljande får pågå i högst åtta timmar och att tiden genom ett nytt beslut skulle kunna förlängas med högst åtta timmar, sålunda i princip i överensstämmelse med vad som gäller i nuvarande lag. Utredningen föreslog emellertid också att en sammanhängande avskiljning som längst skulle få pågå i 72 timmar men har inte kommenterat denna avgränsning.

De flesta landsting som kommenterat Psykiatrilagsutredningens förslag ställer sig positiva till att avskiljning ska kunna ske även när det är nödvändigt av hänsyn till patientens egen vård. Dock önskas i flera fall förtydliganden om den närmare innebörden av i vilka fall sådan avskiljning ska kunna ske. *Riksdagens ombudsmän (JO)* är ytterst tveksam till förslaget som anses för dåligt analyserat. *Barnombudsmannen (BO)* avstyrker i sin helhet utredningens förslag att ett barn ska kunna avskiljas från andra patienter.

I syfte att förstärka patienternas rättssäkerhet föreslås i denna promemoria förändringar i 20 § LPT. Nuvarande bestämmelse i andra stycket avseende avskiljande en längre tid föreslås upphöra. I stället ska, liksom vad gäller förslaget till 19 § LPT, andra stycket omfatta förlängningar av avskiljningsbeslutet om det finns synnerliga skäl, såvitt gäller avskiljning, med högst åtta timmar vid varje tillfälle. Genom bestämmelsens föreslagna utformning tydliggörs att avskiljning är en åtgärd som ska användas endast under en begränsad period. Krävs en förlängning ska det, liksom i dag, ske genom ett nytt beslut och då i högst åtta timmar. Förlängningen förutsätter att det föreligger synnerliga skäl. Främst handlar det om en situation där patienten även efter de första åtta

timmarna har ett beteende som utgör en risk för medpatienters liv och hälsa och som inte kan hanteras genom mindre ingripande åtgärder. För en förlängning av avskiljningen är det alltså inte tillräckligt att patienten har ett störande beteende som försvårar vården av övriga patienter utan en mer direkt fara för medpatienter måste föreligga. I den föreslagna bestämmelsen finns ingen begränsning av antalet gånger förlängningen kan göras utan det måste avgöras utifrån omständigheterna i varje enskilt fall. Det är emellertid inte avsikten att en avskiljning enligt 20 § andra stycket ska pågå flera dygn. Sådana avskiljningar ska i stället ske med stöd av 20 a § så att åtgärden blir föremål för den kontroll som måste föreligga vid så ingripande åtgärder. Liksom vad som anförts rörande fastspänning får den omständigheten att underrättelse till IVO kan ske efter 72 timmar inte tas till intäkt för att ett avskiljningsbeslut kan omfatta så lång tid vid beslutstillfället.

Det föreslås även att tiden för avskiljningen ska vara begränsad till fyra timmar när det gäller barn. I enlighet med detta föreslås även att ett förlängningsbeslut ska kunna gälla högst fyra timmar. Skälet är att åtgärden är mycket ingripande och att utgångspunkten är att tvång när det gäller barn ska begränsas så mycket som möjligt och användas med stor försiktighet och endast om det är förenligt med barnets bästa.

Till skillnad från Psykiatrilagsutredningen föreslås *inte* att avskiljning ska få ske även av hänsyn till patientens egen vård. Arbetet med Bättre vård – mindre tvång innebär bl.a. att verksamheterna ständigt utvecklas och förbättras med inriktning mot mindre användning av tvångsåtgärder och en ökad satsning på kompetens i bemötandet av patienter. Det finns inget stöd för att det är nödvändigt att utvidga tvånget till att även omfatta situationer hänförliga till den enskilde patienten.

Mot bakgrund av fri- och rättighetsskyddet där det krävs lagstöd för inskränkningar föreslås i denna promemoria *inte* något dispensförfarande. Så som Psykiatrilagsutredningen beskrivit finns emellertid en ytterst begränsad patientgrupp som på grund av extrem och långvarig våldsamhet inte kan vårdas tillsammans med andra patienter. Denna mycket avgränsade patientgrupp vårdas i dag under lång tid, ibland i flera år, i avskildhet utan att det kan sägas tydligt framgå av bestämmelsen i LPT att så kan ske. För att i någon mån bidra till ökad rättssäkerhet för dessa patienter föreslås

att det i en ny bestämmelse, 20 a § LPT som genom hänvisning i 8 § LRV även kommer att vara tillämplig vid vård enligt den lagen, ska framgå att om det är oundgängligen nödvändigt får en patient vårdas i avskildhet under en längre tid, maximalt fyra veckor, s.k. långtidsavskiljning. Sådan avskiljning ska få ske om patienten genom ett långvarigt synnerligen aggressivt eller störande beteende utgör en allvarlig fara för annan person. Genom uttrycket synnerligen aggressivt eller störande beteende understryks att det ska vara fråga om ett extremt våldsbeteende som skiljer sig från sådana konfliktsituationer som normalt kan uppstå inom ramen för psykiatrisk tvångsvård. Skillnaden är att dessa situationer ska vara långvariga eller återkommande samt att skaderisken måste riktas mot någon annan. En skillnad mot bestämmelsen i 20 § är att våldet här kan vara riktat också mot andra personer än medpatienter. Det kan t.ex. handla om patienter som under flera veckors tid begått våldshandlingar mot personal eller medpatienter och varit föremål för en längre tids fastspänning men där patientens vård bedöms kunna bedrivas på ett mindre ingripande, men ändå säkert sätt, om patienten vistas dygnet runt under fortlöpande uppsikt av personal. Det kan också handla om patienter som ett antal gånger under några månader anfallit personal med ett tydligt syfte att skada honom eller henne eller patienter med ett starkt aggressivt sexuellt utagerande beteende som utgör en fara t.ex. för att medpatienter eller personal ska utsättas för sexuellt ofredande.

När det gäller barn finns det skäl att vara särskilt restriktiv med användning av tvångsåtgärder. Socialdepartementet har inte fått information om att de långa avskiljningar som i dag sker i vissa undantagsfall i något fall skulle omfatta barn. Behovet av en sådan reglering när det gäller barn får därför antas vara begränsat. Med hänsyn till den inskränkning i barnets rättssfär som en sådan bestämmelse skulle innebära och att något behov inte har identifierats görs bedömningen att regeln ska formuleras så att chefsöverläkaren inte kan besluta om långtidsavskiljning om patienten är under 18 år.

Krävs ytterligare avskiljning än de i första stycket stipulerade fyra veckorna ska chefsöverläkaren fatta ett nytt beslut om detta. Förlängning kan därvid ske med högst fyra veckor vid varje tillfälle.

Det är emellertid inte tillräckligt för patientens rättssäkerhet att det finns ett lagstöd för en långtidsavskiljning. Den behöver även

omgärdas av särskilda kontrollåtgärder så att avskiljningen kan upphöra så snart den inte längre behövs. Därvid ankommer det självklart på chefsöverläkaren att fortlöpande pröva om tvångsåtgärden kan upphöra och sådana överväganden ska dokumenteras i patientens journal. Därutöver föreslås att det i 31 § LPT, som enligt 26 § LRV även gäller vid vård enligt den lagen, ska regleras att chefsöverläkaren ska anmäla frågan om stödperson till patientnämnden. Som framgår av följande avsnitt föreslås också att beslut om långtidsavskiljning ska kunna överklagas till förvaltningsrätten.

Vårdgivaren ges även en skyldighet att genom chefsöverläkarens försorg ombesörja att patienten får en förnyad medicinsk bedömning (second opinion) inför ett beslut om långtidsavskiljning.

IVO ska ha skyldighet att genom tillsyn kontrollera tillämpningen av 20 a §. Det får ankomma på myndigheten att själv bedöma på vilket sätt kontrollen ska ske. Det kan t.ex. göras genom oanmälda inspektioner, per telefon eller skriftligen. Det är emellertid viktigt att en långtidsavskild patient också får komma till tals. IVO bör därför vid något tillfälle, om det är lämpligt eller möjligt och om patienten själv vill, också tala med patienten om den förevarande situationen.

4.3.4 Överklagande

Promemorians förslag: Chefsöverläkarens beslut om långtidsavskiljning enligt den i lagen om psykiatrisk tvångsvård föreslagna 20 a § ska kunna överklagas till förvaltningsrätten. Prövningstillstånd ska krävas vid överklagande till kammarrätten.

Gällande rätt

De enda egentliga tvångsåtgärder i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, som kan överklagas är, enligt 32 och 33 §§ LPT och 18 § LRV, beslut om inskränkningar att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt 20 a § LPT,

övervakning av försändelser enligt 22 a § LPT samt förordnande enligt 24 § LPT om förstöring eller försäljning av egendom.

Frågan om en patient ska kunna överklaga tvångsåtgärder diskuterades i förarbetena när LPT och LRV infördes genom 1991 års lagstiftningsärende. Vissa remissinstanser hade påpekat att det var oklart i vilken utsträckning beslut om tvångsmedicinering eller användning av tvångsåtgärder kunde överklagas. Departementschefen anförde därvid att det inte ansågs lämpligt att en rad olika frågor angående vårdens innehåll ska kunna bli föremål för prövning av domstol. Ett visst avsteg härifrån gjordes dock beträffande beslut om särskilda villkor i samband med permission. Detta på inrådan av Lagrådet därför att villkor av sådant slag ibland kan få betydelse under avsevärd tid och innebära kännbara begränsningar i patientens frihet.

Var och en är, enligt 2 kap. 8 § regeringsformen, förkortad RF, skyddad mot frihetsberövanden. Den som är svensk medborgare är även i övrigt tillförsäkrad frihet att förflytta sig inom riket och att lämna det. Med frihetsberövande avses fall då någon är fängslad eller genom inspärning eller övervakning eller dylikt faktiskt är hindrad att förflytta sig utanför ett rum eller annat relativt starkt begränsat område. Skyddet är relativt och får, enligt 2 kap. 20 § tredje stycket, begränsas genom lag.

Om en annan myndighet än en domstol har berövat någon friheten med anledning av brott eller misstanke om brott ska han eller hon, enligt 2 kap. 9 § första stycket RF, kunna få omhändertagandet prövat av domstol utan oskäligt dröjsmål. Även den som av någon annan anledning än brott eller misstanke om brott har blivit omhändertagen tvångsvis, ska utan oskäligt dröjsmål kunna få omhändertagandet prövat av domstol.

Av artikel 5 Europakonventionen följer också att var och en har rätt till frihet och personlig säkerhet och att var och en som berövats friheten genom arrestering eller på annat sätt ska ha rätt att påfordra att domstol snabbt prövar lagligheten av frihetsberövandet och beslutar att frige honom, om frihetsberövandet inte är lagligt.

Promemorians överväganden och förslag

De sociala tvångslagarna, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, innehåller liksom LPT bestämmelser om avskildhet. Enligt 34 § fjärde stycket LVM får den som enligt lagen vårdas i ett LVM-hem för särskilt noggrann tillsyn, om det är särskilt påkallat på grund av att den intagne uppträder våldsamt eller är så påverkad av berusningsmedel att han eller hon inte kan hållas till ordningen, hållas i avskildhet. Han eller hon ska då stå under fortlöpande uppsikt av personalen. Den intagne får dock inte hållas i sådan avskildhet längre tid än vad som är oundgängligen nödvändigt och inte i något fall under längre tid än 24 timmar i följd. En likalydande bestämmelse finns i 15 c § LVU. Till skillnad från LPT innehåller inte de sociala tvångslagarna någon bestämmelse som medger fastspänning.

Initialt kunde inte beslut om avskiljning enligt LVM eller LVU överklagas av den enskilde. I senare lagstiftningsärenden har detta emellertid ändrats. Rätten att överklaga infördes i samband med införandet av den särskilda åtgärden "vård i enskildhet" som kortfattat innebär att den enskilde kan vårdas utan möjlighet att fritt träffa övriga intagna.

I lagrådsremissens lagförslag skulle enbart vård i enskildhet enligt LVU respektive LVM kunna överklagas.³⁰ Enligt remissen kunde ett beslut om avskildhet överprövas endast genom granskning av Statens institutionsstyrelse inom ramen för den myndighetens dåvarande tillsynsfunktion. Lagrådet anförde emellertid att beslut om avskildhet är en frihetsinskränkande åtgärd. De skäl som anförts i remissen för att inte ge möjlighet till en prövning i domstol var, enligt Lagrådets mening, inte övertygande. Det är visserligen riktigt, anförde Lagrådet, att avskildheten, som inte får pågå längre än 24 timmar i följd, regelmässigt har upphört när prövning i domstol kan ske. Detta förhållande, menade Lagrådet, utesluter dock inte att den intagne kan ha ett berättigat intresse av att få ett beslut om avskildhet prövat av domstol efter det att åtgärden upphört (jfr RÅ 81 2:44 och RÅ 1986 ref. 150). Lagrådet föreslog därför att överklagandebestämmelserna i LVU och LVM

³⁰ Regeringens proposition (2002/03:53) *Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.*

kompletterades så att den enskilde gavs rätt att få ett beslut om avskildhet prövat av domstol. Med hänsyn till karaktären av de beslut som avses i 42 § LVU och 44 § LVM ansåg Lagrådet att det fanns starka skäl för krav på prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätt, varför detta föreslogs införas i ett nytt stycke i respektive bestämmelse.

Sålunda gäller numera, enligt 44 § 3 LVM och 42 § 2 lagen LVU, att beslut av Statens institutionsstyrelse som gäller vård i enskildhet eller avskildhet kan överklagas till förvaltningsrätt. Av respektive bestämmelse framgår att prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Som Lagrådet framhållit i fråga om avskiljning är det en frihetsinskränkande åtgärd som faktiskt hindrar patienten att förflytta sig utanför ett rum eller annat relativt starkt begränsat område. En avskiljning enligt LVM eller LVU får inte pågå under längre tid än 24 timmar i följd. Sådana beslut är överklagbara även om avskiljningen pågått kortare tid än 24 timmar.

Avskiljning enligt LPT får, enligt 20 § LPT, omfatta högst åtta timmar men tiden får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar vid varje tillfälle. Enligt den föreslagna 20 a § ska även kunna beslutas om långtidsavskiljning i högst fyra veckor med möjlighet till förlängning.

Ovan har framhållits att en lagstadgad möjlighet att långtidsavskilja en patient måste omgärdas med särskilda kontrollåtgärder. Därför föreslås att ett beslut om långtidsavskiljning ska kunna överklagas till förvaltningsrätten, oaktat att avskiljningen kan ha upphört vid tiden för överklagande. Det innebär sålunda att vid ett beslut om långtidsavskiljning ska den enskilde också underrättas om möjligheten att överklaga.

Prövningstillstånd ska krävas vid överklagande till kammarrätten.

4.4 Barn i psykiatrisk tvångsvård

Promemorians förslag: Det införs en ny bestämmelse i lagen om psykiatrisk tvångsvård som slår fast att tvångsåtgärder när det gäller barn endast får vidtas när det är förenligt med barnets bästa. Bestämmelsen är genom hänvisning tillämplig även vid vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård.

Promemorians bedömning: Det bör genomföras ett nationellt genombrottsprojekt med fokus på den psykiatriska tvångsvården för barn och unga utifrån den modell som utvecklats inom ramen för arbetet med Bättre vård – mindre tvång.

4.4.1 Bakgrund

Tidigare överväganden och förslag

Psykiatrilagsutredningen konstaterar att det är statens ansvar att de principer som uttrycks i FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) införlivas i den nationella lagstiftningen. Utredningen anför vidare att barns kontakt med hälso- och sjukvården medför ett särskilt ansvar att anpassa bemötande, information och åtgärder till att det berör en ung människa. Mot den bakgrunden föreslår utredningen att, med utgångspunkt från barnkonventionen, följande grundläggande principer för barnets rättigheter ska föras in i lagstiftningen för den psykiatriska tvångsvården:

- När åtgärder enligt lagen rör ett barn ska barnets bästa beaktas.
- När en åtgärd rör ett barn ska barnet få relevant information och ges möjlighet att framföra sina synpunkter. Barnets synpunkter ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder eller mognad.
- Ett barn får som huvudregel inte vårdas med vuxna patienter. Från det kravet ska det vara möjligt att göra undantag om det är motiverat utifrån barnets eget bästa.

Därutöver lämnar Psykiatrilagsutredningen förslag som berör unga lagöverträdare. Utredningen föreslår att det ska införas en särskild

verkställighetsform, särskilda skyddsåtgärder. Enligt utredningen ska det vara möjligt att besluta om särskilda skyddsåtgärder även för barn under 15 år. De åtgärder som kan bli aktuella ska begränsas till insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, eller lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU.

Barnombudsmannen, Lunds Universitet, Västerås kommun och Östersunds kommun tillstyrker helt eller delvis utredningens förslag att de grundläggande principerna för barnets rättigheter förs in i lagstiftningen för den psykiatriska tvångsvården. *Barnombudsmannen* anser emellertid att rättigheterna i barnkonventionen bör genomsyra lagstiftningen under respektive område och att utredningen borde ha analyserat vilka konsekvenser utredningens förslag kan ha för ett barn. Flera remissinsatser anför att samtliga förslag om barns kontakter med den psykiatriska tvångsvården är allmän-giltiga och bör föras in i hälso- och sjukvårdslagen. *Socialstyrelsen, Kalmar läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting* och *Sveriges Kommuner och Landsting* anser att principen att barn bör vårdas åtskiljda från vuxna bör gälla all hälso- och sjukvård och komma till uttryck i hälso- och sjukvårdslagen. *Barnombudsmannen, Akademikerförbundet SSR* och *Göteborgs kommun* anser att det aldrig anses vara till barnets bästa att vistas tillsammans med vuxna utan att det ska finnas tillgång till barnpsykiatrisk tvångsvård för de barn som är i behov av det. *Gotlands läns landsting, Kalmar läns landsting, Örebro läns landsting, Jämtlands läns landsting* och *Sveriges Kommuner och Landsting* tillstyrker förslaget att barn ska vårdas åtskiljda från vuxna men menar att det kommer att leda till kostnadsökningar och att finansieringsprincipen därför ska tillämpas. *Barnombudsmannen* påpekar att det är viktigt att lagändringar görs med hänsyn till den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningens förhållande till barn och unga.

Ny patientlag

Riksdagen beslutade i juni 2014 att en ny patientlag ska gälla från den 1 januari 2015. Av proposition 2013/14:106 framgår att den nya lagen ska innehålla en bestämmelse om att när hälso- och

sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. I lagen ska också finnas en bestämmelse om att när patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt det är möjligt kartläggas. Barnets inställning ska så långt det är möjligt tillmätas betydelse.

I propositionen uttrycker regeringen att det är otillfredsställande att många patienter inte tycker sig få tillräcklig information. Därför föreslås att informationspliktens omfattning och innehåll utökas och preciseras. Det införs också bestämmelser som understryker att informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. I lagen införs också en bestämmelse som klargör under vilka förutsättningar information ska lämnas till vårdnadshavaren i de fall patienten är ett barn.

Barnkonventionen och barnrättspolitiken

Barnkonventionen, som antogs av FN:s generalförsamling 1989, ger en universell definition av vilka rättigheter som borde gälla för alla barn i hela världen. Sverige har ratificerat konventionen och är därmed bundet att respektera dessa rättigheter.

Målet för regeringens barnrättspolitik är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande. Barnrättspolitiken syftar till att ta till vara och stärka barnets rättigheter och intressen i samhället, med utgångspunkt i barnkonventionen. År 2010 antog riksdagen propositionen Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232). Strategin gäller för alla offentliga aktörer och ska vara ett verktyg i arbetet med barnets rättigheter. Av strategin framgår bl.a. att all lagstiftning som rör barn ska utformas i överensstämmelse med barnkonventionen. Regeringen arbetar efter strategin som är utgångspunkten för ett flertal insatser på området som nyligen redovisats i en skrivelse till riksdagen, Åtgärder för att stärka barnets rättigheter och uppväxtvillkor i Sverige (skr. 2013/14:91).

Ansvaret för att genomföra och stärka barnets rättigheter ligger ytterst hos regering och riksdag, men alla myndigheter och andra organ har ett ansvar att fullfölja de förpliktelser som staten har

tagit på sig genom att ansluta sig till konventionen. Det innebär att både statliga, regionala och kommunala verksamheter har fullt ansvar för att, inom sina befogenheter, främja och skydda barnets rättigheter enligt de internationella åtaganden som finns. Arbetet med barnkonventionen är en ständigt pågående process. Även om Sverige väl uppfyller minimikraven i konventionen, ställer den krav på att alltid, i alla beslut som rör barn, ha med ett barnrättsperspektiv. Åtgärder och beslut inom all offentlig verksamhet som rör barn bör därför genomsyras av ett barnrättsperspektiv.

Barnkonventionen uttrycker ett förhållningssätt till barn som sätter barnet i fokus vid beslut eller åtgärder som kan beröra ett enskilt barn eller en grupp barn. Inför ett beslut eller en åtgärd bör ansvarig beslutsfattare överväga om det berör barnet eller barnen och i så fall på vilket sätt. Frågor som alltid bör ställas med utgångspunkt i konventionen är:

- hur påverkar detta beslut det enskilda barnet eller barn som grupp,
- har hänsynen till vad som är det bästa för barnet varit avgörande för beslutet (artikel 3),
- har barnet/barnen fått komma till tals och har dess/deras åsikter beaktats (artikel 12),
- hur förhåller sig beslutet till principen om att alla barn utan diskriminering ska ha samma rättigheter (artikel 2), och
- hur tas barnets rätt till utveckling i beaktande i beslutet (artikel 6)?

Vidare ska hänsyn tas till alla de rättigheter barn har, bl.a. enligt barnkonventionen. Detta kräver kontinuerliga analyser av konsekvenserna av beslut, så kallade barnkonsekvensanalyser, och utvärderingar av vilka faktiska konsekvenser beslut och åtgärder fått för barn. Att anamma ett barnrättsperspektiv handlar om attityder, kunskap och arbetssätt.

I konventionen finns en rad artiklar som är särskilt viktiga i detta sammanhang utöver de grundläggande principerna (artikel 3, 12, 2 och 6) som nämnts ovan. Artikel 24 ställer krav på att medlemsstaterna erkänner barnets rätt att nå bästa möjliga hälsa och rätt till sjukvård och rehabilitering.

Vidare erkänner konventionsstaterna genom artikel 25 rätten för ett barn, som har omhändertagits av behöriga myndigheter för omvårdnad, skydd eller behandling av sin fysiska eller psykiska hälsa, till regelbunden översyn av den behandling som barnet får och alla andra omständigheter rörande barnets omhändertagande.

Enligt artikel 37 får inget barn utsättas för tortyr, annan grym behandling, bestraffning eller dödsstraff. Frihetsberövande av ett barn ska ske i enlighet med lag och får endast användas som en sista utväg och för kortast lämpliga tid. Särskilt ska varje frihetsberövat barn hållas åtskilt från vuxna om det inte anses vara till barnets bästa att inte göra detta och barnet ska utom i undantagsfall ha rätt att hålla kontakt med sin familj genom brevväxling och besök.

I artiklarna 28 och 29 uttrycks barnets rätt till utbildning. Artikel 31 erkänner barnets rätt till vila och fritid, lek, rekreation och att fritt delta i det konstnärliga och kulturella livet.

Enligt artikel 13 ska barnet ha rätt till yttrandefrihet och rätten ska bara kunna inskränkas med stöd av lag och för att respektera andra personers rättigheter eller anseende eller för att skydda den nationella säkerheten, den allmänna ordningen, folkhälsan eller den allmänna sedligheten.

Artikel 4 i konventionen förpliktigar staten att vidta alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen.

Barnombudsmannen fick 2012 i uppdrag av regeringen att genomföra insatser för att sprida och kommunicera Strategin för att stärka barnets rättigheter i Sverige (prop. 2009/10:232) under 2012–2014. Uppdraget i sin helhet syftar bl.a. till att sprida kunskap om den nationella strategin som ett verktyg att säkerställa och stärka barnets rättigheter i berörda verksamheter, att driva på arbetet i dialog med kommuner, landsting och statliga myndigheter och att konkretisera barnets rättigheter, bl.a. genom dialog med barn och unga.

Grundläggande i uppdraget är att lyssna på barn och unga och deras erfarenheter av det område som fokuseras i den aktuella kommunen. Barnen och ungdomarna får sedan möjlighet att själva framföra sina synpunkter och förslag till beslutsfattarna. Följande tematiska områden belyses under 2012–2014:

- placerade barn,

- ekonomisk utsatthet,
- våld mot barn i nära relationer,
- psykisk ohälsa, och
- mobbning och kränkande behandling.

Uppdraget ska i sin helhet redovisas senast den 1 februari 2015. Barns och ungas psykiska ohälsa var också temat för Barnombudsmannens årsrapport som överlämnades till regeringen den 26 mars 2014.

4.4.2 Uppgifter om psykiatrisk tvångsvård för barn

Förekomst av tvångsvård och tvångsåtgärder för barn och unga

Under hela 2012 vårdades 161 flickor och 118 pojkar i den psykiatriska tvångsvården vid sammanlagt 379 vårdtillfällen. Flickorna stod för mer än 60 procent av vårdtillfällena.

Vid ett enskilt datum 2013 var 22 personer under 18 år vårdade enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, åtta pojkar och 14 flickor. En pojke vårdades enligt lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, inga flickor.

När det gäller förekomsten av tvångsåtgärder är statistiken mycket bristfällig och inga långtgående slutsatser kan dras. Sammanlagt rapporterades 436 tvångsåtgärder till Socialstyrelsen, vidtagna mot personer under 18 år som var inskrivna under 2012. Det var en ökning jämfört med siffrorna för personer som var inskrivna under 2011 då endast 295 sådana åtgärder rapporterades. Ökningen kan bero på en förbättrad rapportering. Sannolikt finns fortfarande en underrapportering.

Antalet fastspänningar kortare än fyra timmar vidtogs enligt den befintliga statistiken 205 gånger. Av dessa vidtogs 189 mot flickor och 16 mot pojkar. Tvångsmedicinering vidtogs enligt statistiken vid 41 tillfällen, 39 av dessa gällde flickor och två gällde pojkar.

Sammanlagt var det enligt statistiken 108 individer som tvångsvårdades och utsattes för tvångsåtgärder. Av dessa var 66 flickor och 42 pojkar.

Tillgång till barn- och ungdomspsykiatriska slutenvårdsplatser

Våren 2012 saknade sju landsting egna vårdplatser för slutenvård inom den barn- och ungdomspsykiatriska verksamheten (Socialstyrelsen 2013).³¹ Dessa landsting löste detta på olika sätt, t.ex. genom fasta avtal med annat landsting eller köp av vårdplatser vid behov, med inläggning på barnmedicinsk eller allmänpsykiatrisk avdelning samt genom inrättande av tillfälliga vårdplatser bemannade med särskild personal. Under 2013 vårdades 24 patienter i ett annat län än det egna.

Tillsynen över verksamheten

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utövar tillsyn över hälso- och sjukvården. Tillsyn över barn- och ungdomspsykiatriska kliniker initieras främst genom Lex Maria-anmälningar, klagomål från närstående och uppgifter från personal i verksamheterna. Egeninitierade inspektioner är mer ovanligt men förekommer. Vid tillsynen granskar inspektionen styrdokument och journalhandlingar samt intervjuar ledning och medarbetare. Patienterna intervjuas normalt inte och inte heller vårdnadshavarna till personer under 18 år.

Tillsynsmyndigheten har i vissa tillsynsbeslut uppmärksammat bristande resurser i den barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården. I ett beslut från 2011 (Dnr 9.2-5552/2010) skriver myndigheten att slutenvårdsplatserna det senaste decenniet minskat drastiskt vilket har medfört att de svårast sjuka barnen och ungdomarna hänvisas till vuxenpsykiatri och verksamheter (hem för vård eller boende och institutioner inom ramen för Statens Institutionsstyrelse) där kompetensnivån på intet sätt motsvarar det psykiatriska vårdbehov som föreligger. Myndigheten har också i beslut uppmärksammat brister i det psykiatriska omhändertagandet när det gäller ungdomar som vistas på hem för vård eller boende och på särskilda ungdomshem.

³¹ Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013, Socialstyrelsen 2013

Barnombudsmannens rapportering

Barnombudsmannen har under 2013 inhämtat åsikter och erfarenheter från barn och unga som upplevt psykisk ohälsa. Syftet var att få kunskap om hur denna grupp upplever sin situation och det stöd de får av samhället. Inom ramen för uppdraget och det tematiska arbetet som presenterades i myndighetens årsrapport 2014 genomförde Barnombudsmannen bl.a. samtal med barn med erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård, samt ordnade möten mellan barn och beslutsfattare i stat, landsting och kommuner.

Socialdepartementet har vid ett tillfälle deltagit i en sådan träff och fått möjlighet att ställa frågor till barnen.

Flera barn anger att de saknat information av olika slag. Exempelvis har det gällt praktiska saker som vem som är kontaktperson eller vilka regler som gäller på avdelningen. Även information om vad tvångsvård innebär och vilka rättigheter man har som patient har ibland saknats. I materialet förekommer att barn uppger att de inte fått ett särskilt samtal om vad LPT innebär eller varför personalen anser att tvång är nödvändigt. Det framkommer också att inte alla barn vet vem som ansvarar för verksamheten, vem som utövar tillsyn över den eller hur man tar kontakt med dessa instanser.

Detta bekräftar uppgifter som Barnombudsmannen lämnade i samband med myndighetens remissvar på Psykiatrilagsutredningens förslag där barn intervjuats och beskrivit att det inte alltid varit klart för dem om vården bedrivits frivilligt eller med tvång. Det finns även intervjustudier med barn som vårdas i psykiatri som visar att de som vårdas med tvång inte alltid känner till att så är fallet, och omvänt att barn som vårdas frivilligt tror att de tvångsvårdas för att dörren till avdelningen är låst.³² Flera barn anger att det offentliga biträdet som utsetts i samband med domstolsprövningen varit den som haft störst betydelse för att barnet ska förstå sin situation.

Barnombudsmannen har träffat barn som utsatts för ett stort antal tvångsåtgärder. Det handlar om bältesläggning, tvångsmedicinering, avskiljning och sondmatning. I berättelserna finns

³² Engström I., red, *Tvingad till hjälp – om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård*

beskrivningar av när barnet upplevt det som nödvändigt och när åtgärden genomförts med hänsyn och respekt. Det finns emellertid också exempel på när barnet inte förstått grunden för åtgärden och när bemötande från personal upplevts som kränkande eller skrämmande. Det finns också exempel på när barnet upplevt smärta i samband med bältesläggningen och när personalen upplevts som onödigt hårdhänt. I materialet finns även uppgifter om att ingen efter t.ex. en bältesläggning berättat varför den vidtogs eller frågat efter hur den upplevdes.

I sitt remissvar redovisar Barnombudsmannen synpunkter från barn som menar att tvånget minskar följsamheten till behandlingen och förtroendet för personalen. Det finns också barn som ger exempel på när man upplevt att vården arbetat med relationsbyggande och förtroendeskapande åtgärder och att behovet av tvång då minskar vilket ungdomarna upplevt påverkat vårdens resultat.

I rapporten föreslår Barnombudsmannen bl.a. att det ska lagstiftas om barns och ungas information och delaktighet i den psykiatriska vården och att det ska utredas närmare hur barnets rätt till integritet och självbestämmande kan stärkas. Barnombudsmannen menar även att tvångsvård och tvångsåtgärder i psykiatri måste skilja på barn och vuxna och utgå från ett barnrättsperspektiv.

Regeringsuppdrag med anledning av Barnombudsmannens rapport

Regeringen beslutade om flera åtgärder i omedelbar anslutning till att Barnombudsmannen lämnade sin rapport om psykisk ohälsa hos barn. Socialstyrelsen fick i uppdrag att ta fram informationsmaterial som informerar barn och unga som tvångsvårdas om deras rättigheter. Myndigheten ska också peka på möjliga orsaker till att flickor är kraftigt överrepresenterade när det gäller vidtagna tvångsåtgärder samt föreslå hur detta kan undersökas närmare. Inspektionen för vård och omsorg fick i uppdrag att utveckla och pröva arbetssätt som säkerställer att barn som tvångsvårdas inom den psykiatriska slutenvården kommer till tals och får framföra sin mening inom ramen för tillsynsinsatser. Inspektionen ska även säkerställa att barn som tvångsvårdas inom psykiatri kan ta

direktkontakt med myndigheten. Därutöver fick Statens institutionsstyrelse ett uppdrag som syftar till att förstärka samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård kring personer som vistas på institutioner som drivs av myndigheten.

4.4.3 Promemorians överväganden och förslag

De föreslagna bestämmelserna i den nya patientlagen om barnets bästa och barns rätt att komma till tals kommer även att gälla barn som tvångsvårdas. Detta innebär att detta perspektiv ska genomgå vårdens alla delar och t.ex. spela roll i vårdens planering och val av behandlingsalternativ. Barnombudsmannens iakttagelser indikerar emellertid att barnrättsperspektivet bör komma till uttryck på ett särskilt tydligt sätt när det gäller tvångsåtgärder genom att det slås fast att sådana får vidtas endast när det är förenligt med barnets bästa. Bestämmelsens utformning innebär en begränsning i möjligheten att använda tvångsåtgärder mot barn och ska uppfattas som starkare än en bestämmelse om att barnets bästa ska beaktas. Av den här föreslagna bestämmelsen följer att chefsöverläkaren innan ett beslut om tvångsåtgärder måste ha analyserat hur den är förenlig med barnets bästa och vilka alternativ som finns. Barnets egen uppfattning som den kommit till uttryck i olika skeden under vårdtiden måste ha stor betydelse för den bedömningen. På vilket sätt åtgärden anses förenlig med barnets bästa och hur det övervägandet har gjorts ska framgå av journalen.

I propositionen Patientlag (2013/14:106) menar regeringen att bedömningen av vad som är barns bästa i hälso- och sjukvården är en process i flera steg. Vården måste beakta vetenskap och beprövad erfarenhet och beroende på barnets ålder och mognad inhämta underlag från vårdnadshavaren. Sjukvårdspersonalen bör, i enlighet med i artikel 12 i barnkonventionen, beakta det som barnet själv ger uttryck för.

Regeringen slår i propositionen fast att vid bedömningen av barnets bästa i det enskilda fallet bör stor vikt läggas vid barnets och vårdnadshavarens inflytande. Barnets bästa handlar både om att skydda barnets liv och hälsa och värna dess rätt till inflytande och rätt att uttrycka sin åsikt.

Detta är än mer komplext när vården sker med stöd LPT eller LRV. I dessa fall har barnet bedömts ha ett oundgängligt behov av vård som barnet motsätter sig eller också har det fattats ett beslut om att barnet ska ges rättspsykiatrisk vård efter att ha dömts för en brottslig gärning som begåtts under inflytande av en allvarlig psykisk störning. Tvångsåtgärder blir främst aktuella i sådana allvarliga och akuta situationer som lagen föreskriver när det gäller fastspänning och avskiljning.

Det är emellertid viktigt att dessa förhållanden inte tas till intäkt för att inte fråga efter barnets synpunkter och beakta dessa så långt det är möjligt.

Principen om barnets bästa innebär att riskerna för att barnet upplever åtgärden som kränkande och smärtsam måste vägas mot skälen för att den vidtas. När tvångsåtgärder är nödvändiga ska de genomföras så skonsamt som möjligt. Det är viktigt att ta hänsyn till vad barnet utifrån sin ålder och mognad förstår av vad som händer och att se till att personalen har kunskap om barnets situation och behov. Vidare är det viktigt att säkerställa att barnet och dess vårdnadshavare, om det inte är olämpligt, har fått information om åtgärderna som ska vidtas och att informationen är anpassad utifrån barnets ålder och mognad.

Dessa principer stämmer väl överens med bestämmelserna i LPT om att tvångsåtgärder får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden och om mindre ingripande åtgärder är tillräckliga ska de användas. I lagen stadgas också att tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patienten inte genom individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård (2 a, 2 b §§ LPT).

Ofta behövs särskild barnpsykiatrisk kompetens och vana att möta barn i utsatta situationer för att barnen ska kunna ta till sig information och få möjlighet att frivilligt medverka till vården. Det kan också behövas specialistkompetens för vissa psykiatriska tillstånd om det är nödvändigt för att få förstå vad barnet uttrycker och hur han eller hon reagerar i olika situationer. Vid bedömningen av vad som är skonsamt är det viktigt att barnets egen uppfattning beaktas så långt det är möjligt.

Det är viktigt att beakta att en tvångsåtgärd kan upplevas på ett sätt av vuxna som oftast har en bild av vad psykiatrisk verksamhet är och erfarenhet av vissa myndighetskontakter jämfört med barn

som kan sakna sådana sammanhang. Detta får betydelse för hur ingripande åtgärden upplevs och vilken information som krävs.

I promemorian görs även bedömningen att det bör genomföras ett nationellt genombrottsprojekt med fokus på tvångsvården för barn och unga utifrån den modell som utvecklats av Sveriges Kommuner och Landsting inom ramen för arbetet med Bättre vård – mindre tvång. Projektet ska ha som syfte att minska förekomsten av tvångsåtgärder och förstärka barnets delaktighet i vården. Några barn- och ungdomspsykiatriska kliniker har redan deltagit i det arbete som hittills har bedrivits. Vilka specifika resultat dessa insatser har haft för barn och ungdomar framgår inte av Socialstyrelsens rapport där projektets första år utvärderats.

Av de kontakter som Barnombudsmannen haft med barn och unga och av de befintliga statistikuppgifterna framgår att det finns en mindre grupp barn som utsätts för ett stort antal tvångsåtgärder i form av t.ex. bältesläggning och tvångsmedicinering. Barnombudsmannens redovisning av barnens upplevelser visar att flera upplever stor utsatthet i dessa situationer. Av dessa berättelser blir det uppenbart att det är viktigt att finna alternativ till tvångsåtgärder. Det framgår även att hur tvånget genomförs när sådana alternativ saknas påverkar barns och ungas förtroende för vården.

Det finns därför behov av åtgärder som inriktas mot att minska antalet tvångsåtgärder som barn utsätts för och att säkerställa att det sker så respektfullt som möjligt om alternativ saknas. Därutöver finns det utifrån barnens upplevelser i ombudsmannens kartläggning behov av se till att barnen får bli delaktiga i vården och känner trygghet. Inom ramen för projektet Bättre vård – mindre tvång har många kliniker utvecklat rutiner för eftersamtal där patienten får information efter en tvångsåtgärd och där hans eller hennes upplevelser blir en del av ett ständigt förbättringsarbete i den psykiatriska tvångsvården. Det som barnen berättar för Barnombudsmannen tyder på att ett sådant arbetssätt anpassat till barn bör utvecklas inom ramen för projektet och då särskilt anpassas till barns behov och förutsättningar.

Därför görs bedömningen att det bör genomföras ett nationellt genombrottsprojekt för att förbättra vården av barn och unga och minska förekomsten av tvångsåtgärder. Projektet bör vara nationellt och utgå från den modell som prövats i Bättre vård – mindre tvång. Barnkonventionens bestämmelser måste beaktas vid

projektets genomförande. Projektet bör inriktas på hela den psykiatriska heldygnsvården för barn och unga, även den som inte bedrivs med stöd av LPT eller LRV.

Av särskild vikt är att fokusera på artikel 12 i barnkonventionen om barnets rätt att komma till tals genom att det utvecklas metoder och arbetssätt där barnets egna uppfattningar och värderingar får betydelse både i vårdens utformning och i det löpande kvalitetsarbetet. Inom ramen för projektet finns det skäl att undersöka vilka åtgärder som kan vara lämpliga för att ta reda på barnets inställning och tankar kring eventuella tvångsåtgärder redan innan de införs.

Liksom i det redan genomförda projektet bör kompetensutvecklande insatser ingå bl.a. med inriktning på barnets bästa och rättigheter. Barn med erfarenheter av psykiatrisk tvångsvård ska medverka i de kvalitetsförbättringsåtgärder som vidtas inom ramen för projektet.

För att resultaten av projektet ska kunna följas upp krävs att statistiken över tvångsåtgärder i Socialstyrelsens patientregister förbättras. Sådana åtgärder har vidtagits inom ramen för Bättre vård – mindre tvång och pågår fortfarande.

4.5 Dokumentation och uppföljning

Promemorians bedömning: En myndighet får i uppdrag att utreda behovet av och förutsättningarna för en nationell beslutsjournal för tvångsåtgärder.

Barnombudsmannen har i sin granskning av den barn- och ungdomspsykiatriska vården konstaterat stora brister i dokumentationen av tvångsåtgärder. Även Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har fattat flera beslut där myndigheten riktat skarp kritik mot vårdgivare på grund av bristande dokumentation.

Brister finns också när det gäller landstingens rapportering av tvångsåtgärder till patientregistret på Socialstyrelsen. År 2012 gjorde Socialstyrelsen bedömningen att rapporteringen till patientregistret har ökat men att det fortfarande finns stora brister, alltifrån kvalitet i inrapporterad data till framställande av kvalitets-säkrad och användbar statistik. En anledning till förbättringarna som skett är sannolikt det nationella utvecklingsarbetet inom den

psykiatriska tvångsvården. Samtidigt kan man konstatera att de åtgärder som hittills vidtagits inte varit tillräckliga för att säkra att statistik ska vara heltäckande och kvalitetssäkrad.

En möjlig åtgärd för att förbättra såväl dokumentation av tvångsåtgärder som den bristande rapporteringen till patientregistret skulle vara att ta fram en nationell beslutsjournal för tvångsåtgärder. Beslutsjournalen skulle vara uppbyggd av databaserade formulär där även olika typer av beslutsstöd fanns tillgängligt. Journalen skulle också stödja digital överföring av beslutade åtgärder till Socialstyrelsens patientregister. Detta ställer emellertid krav på en rad juridiska, tekniska och finansiella avvägningar och i dagsläget saknas underlag för ett ställningstagande för eller emot en sådan journal. En myndighet bör därför få i uppdrag att närmare utreda frågan.

5 Konsekvenser av förslagen

5.1 Ekonomiska konsekvenser

Bedömning: Sammantaget bedöms förslagen endast ge upphov till försumbara kostnader för kommuner och landsting. Någon kompensation i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen bedöms därmed inte vara aktuell. Däremot väntas en viss ökning av måltillströmningen medföra kostnadsökningar för domstolarna som kräver särskild finansiering.

I promemorian lämnas en rad förslag om nya eller ändrade bestämmelser i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, vars syfte är att stärka den enskildes rättssäkerhet och bidra till minskad användning av tvång inom ramen för tvångsvården.

Systematiskt kvalitetsarbete

Förslaget i avsnitt 4.1 att det i LPT och LRV ska införas ett krav på att kvalitetssäkringsarbetet, i verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård, även ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder medför inga nya kostnader för landstingen. Kravet på ett systematiskt och fortlöpande kvalitetssäkringsarbete finns redan i 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL. Det framgår dessutom av Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2008:18) att verksamhetenschefen fortlöpande ska följa upp bl.a. att ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet getts en sådan utformning att användningen av tvång och tvångsåtgärder begränsas. Därför är den föreslagna bestämmelsen inte att betrakta som en ny skyldighet för lands-

tingen utan dess syfte är att precisera innehållet i de krav på ett systematiskt kvalitetsarbete som redan finns i lag och föreskrift. Landstingen kan identifiera behov av åtgärder för att minska tvångsåtgärderna och genomföra dessa inom ramen för redan befintliga processer.

Patienten ges en starkare roll i vårdplaneringen

Förslagen i 4.2 att involvera patienten mer i vårdplaneringen bedöms få följande ekonomiska konsekvenser.

Kravet att den samordnade vårdplan som ska upprättas av chefsöverläkaren vid ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska ske, om det inte är olämpligt, i samråd med patienten har tidigare framgått av förarbeten men blir nu ett uttryckligt åtagande som följer av lag. Det medför inte några kostnader för landstingen. Det bedöms inte innebära någon betydande administrativ börda eftersom det kan ske genom de återkommande samtal som chefsöverläkaren eller annan vårdpersonal normalt har med patienten under ett vårdtillfälle. Inte heller förslaget att det i uppföljningen av den samordnade vårdplanen ställs krav på att patientens inställning till villkor och insatser redovisas till domstolen vid ansökan om fortsatt öppen tvångsvård bedöms innebära någon administrativ börda av betydelse. Även om det är att betrakta som ett nytt åtagande för landstingen innebär det inte någon ny dokumentationsplikt utan patientens inställning antecknas i ansökan eller anmälan om tvångsvårdens fortsättning samt i journalen, liksom övriga omständigheter som är av vikt för vården eller för domstolens bedömning av om tvångsvården ska fortgå. Att inhämta och dokumentera patientens inställning kan göras inom ramen för det ordinarie vårdarbetet och innebär inga nya kostnader för landstingen.

Den nya bestämmelsen som föreslås att chefsöverläkaren ska se till att en patient, mot vilken en tvångsåtgärd genomförts, ska erbjudas ett uppföljningssamtal efter åtgärden är ett nytt åtagande men bedöms inte medföra några kostnader för landstingen. Eftersom samtal mellan vårdpersonal och patienter är normalt förekommande på en psykiatrisk vårdavdelning bedöms inte det nya kravet ta andra resurser i anspråk än de som redan finns i dag.

I 4.2 föreslås även ändringar i de bestämmelser som reglerar chefsöverläkarens rätt att besluta om behandlingen utan patientens samtycke. Bestämmelsen understryker att samtycke från patienten är en huvudregel och syftar till öka patientens delaktighet i behandlingen. Detta kan ställa krav på utvecklade arbetsätt, t.ex. genom att mer tid avsätts för att informera och samtala med patienten. Vissa ökade kostnader kan följa av detta men dessa bedöms som försumbara eftersom det inte är fråga om några preciserade nya åtaganden utan verksamheterna kan själva välja på vilket sätt och i vilka former förändringarna i bemötandet av patienterna sker. Man kan också anta att en ökad delaktighet för patienten kan minska kostnaderna på längre sikt eftersom det är visat genom forskning (se avsnitt 4.2) att delaktighet i behandlingen kan minska risken för återinläggning i slutenvård.

Tvångsåtgärder

Förslagen i 4.3 bedöms få följande ekonomiska konsekvenser.

Förslaget att det i lagen ges befogenhet att även använda mobilt bälte vid fastspänning av patienten innebär inga förändringar när det gäller personalbehovet i sådana situationer. Fastspänning är en situation som kan vara dramatisk och som förutsätter att flera personer i personalen närvarar. Om det sker med fast eller mobilt bälte påverkar inte detta. Däremot kan inköp av mobilt bälte innebära en viss kostnad för landstinget på några tusen kronor styck vilket bedöms som försumbart. Det bör påpekas att användningen av mobilt bälte inte är ett nytt tvingande åtagande utan en möjlighet som ges genom den nya bestämmelsen. I en ny bestämmelse införs möjlighet till långvariga avskiljningar, upp till fyra veckor. Det är fråga om en ytterst begränsad patientgrupp som redan i dag måste vårdas i avskildhet under lång tid på grund av extrem och långvarig våldsamhet. Det rör sig endast om ett fåtal fall – högst 20 – och kostnaden för landstingen för åtgärden i sig finns redan i dag. Det som saknas inom ramen för nuvarande lagstiftning är ett entydigt lagstöd för att långtidsavskiljningar får ske. Därför innebär förslaget att reglera långtidsavskiljning i lagen inga nya kostnader för landstingen.

Ett förslag om att det ska ges befogenhet att besluta om långtidsavskiljning måste omgärdas med särskilda kontrollåtgärder. För landstingens del föreslås därför att det införs ett krav på att det görs en förnyad medicinsk bedömning (second opinion) inför ett beslut om långtidsavskiljning och när en sådan avskiljning pågått i sex månader. Med hänsyn till att förslaget omfattar en mycket liten grupp patienter och att det inte handlar om omfattande insatser som landstingen behöver vidta bedöms kostnaderna vara försumbara.

För den begränsade patientgrupp som kan omfattas av ett beslut om långtidsavskiljning ställs krav på Inspektionen för vård och omsorg (IVO) att kontrollera tillämpningen av bestämmelsen. Det får ankomma på myndigheten att själv bestämma på vilket sätt och hur ofta kontrollen ska göras och med hänsyn till detta och den ytterst begränsade patientgruppen bedöms kostnadsökningen för myndigheten som försumbar.

För patientgruppen långtidsavskilda införs även en möjlighet att till förvaltningsrätten överklaga ett sådant beslut. Detta påverkar statens kostnader genom att det blir fråga om en ökad måltillströmning till domstolarna. Givet att det är fråga om 20 patienter med 12 beslut om långtidsavskiljning, samt något mål som rör en begäran om att avskiljningen ska upphöra, uppskattas att det kan handla om ca 250 mål i förvaltningsrätt per år. Med beaktande av överklagandefrekvensen till kammarrätt och Högsta förvaltningsdomstolen och den genomsnittliga styckkostnaden per mål i respektive instans inom den aktuella målkategorin antas den sammanlagda kostnadsökningen för Sveriges Domstolar uppgå till 2 miljoner kronor per år. Dessutom medför förslaget ökade kostnader inom anslaget *Rättsliga biträden*. Dessa uppskattas till 350 000 kronor per år. Finansieringen av de ökade kostnaderna bedöms kunna ske genom överföringar från utgiftsområde 9 Hälso- och sjukvård och social omsorg, anslaget 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

Barn i psykiatrisk tvångsvård

Förslaget i 4.4 att tvångsåtgärder som rör barn endast får vidtas om det är förenligt med barnets bästa är ytterligare en begränsning i

befogenheten att använda dessa tvångsåtgärder. Förslaget kan innebära vissa begränsade kostnader eftersom vårdgivaren måste säkra att det finns tillräcklig kompetens och tillräckliga resurser att bedöma tvångsåtgärdens konsekvenser för barnet. Främst handlar det emellertid om att verksamheterna på ett systematiskt sätt verkar för att behovet av tvångsåtgärder minskar. Metoder och arbetssätt för att hantera kritiska situationer har utvecklats inom ramen för projektet Bättre vård – mindre tvång. I denna promemoria föreslås att dessa metoder ska anpassas till barn genom ett nationellt förbättringsprojekt. Strategierna i bättre vård – mindre tvång har bl.a. inriktat sig på hur man agerar i problematiska situationer som innehåller konflikter och våld. Innehållet har omfattat praktiska råd som att gå bakåt i stället för framåt i konfliktfyllda situationer och hur man med humor och samtal kan avleda en risk för konfrontation. Svenska psykiatriska föreningen har också i sina riktlinjer pekat på en rad strategier för att förhindra att en konfliktsituation eskalerar med målet att undvika tvångsåtgärder. I detta sammanhang är det centralt att barnet får komma till tals och vara en del av lösningen på de problem som uppstår i vården. Mot bakgrund av dessa insatsers karaktär bedöms de nya kostnaderna vara försumbara.

Förslaget att genomföra ett nationellt genombrottsprojekt kan innebära kostnader främst för att landstingen ska kunna få tillgång till metoder och genomförandestöd för det systematiska förbättringsarbetet. Kostnaderna bedöms kunna hanteras inom ramen för utgiftsområde 9 Hälso- och sjukvård och social omsorg, anslag 1:8 *Bidrag till psykiatri*.

5.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Bedömning: Flera förslag medför inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Samtliga inskränkningar är proportionerliga med hänsyn till de ändamål som har föranlett dem.

Av 1 kap. 1 § regeringsformen, förkortad RF, framgår att den svenska folkstyrelsen förverkligas genom kommunal självstyrelse. Enligt 14 kap. 2 § RF sköter kommunerna lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyre-

sens grund. En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör enligt 14 kap. 3 § RF inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Bestämmelsen ger uttryck för en proportionalitetsprincip vad gäller inskränkningar i den kommunala självstyrelsen.

Systematiskt kvalitetsarbete

Förslagen i 4.1 att det i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, ska framgå att kvalitetssäkringsarbetet som ska göras enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, även ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder innebär endast i begränsad omfattning ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen. Åliggandet att bedriva ett fortlöpande kvalitetssäkringsarbete finns redan i HSL. Det är endast den omständigheten att kvalitetssäkringsarbetet även ska omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder som innebär ett nytt åliggande för landstingen. Förslaget innebär således en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Tvångsåtgärder är emellertid ett långtgående ingrepp i den enskildes rättssfär som ofta uppfattas som starkt negativt av patienten, även i efterhand. Det får även betraktas som en patientsäkerhetsrisk att vidta åtgärder som t.ex. fastspänning som kan få såväl psykiska som fysiska konsekvenser för patienten. Därför är det angeläget att det ordinarie kvalitetssäkringsarbetet även omfattar åtgärder för att minska förekomsten av tvångsåtgärder. Den begränsade inskränkning som förslaget innebär i den kommunala självstyrelsen bedöms därför vara proportionerlig och godtagbar.

Patienten ges en starkare roll i vårdplaneringen

Förslagen i 4.2 bedöms ge följande konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

Av 3 kap. 9 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår att patientens delaktighet i och inflytande över vården

ska tillgodoses i den samordnade vårdplaneringen. Om det inte är möjligt att upprätta den samordnade vårdplanen i samråd med patienten, ska orsaken till detta anges i planen. I allmänna råd anges att upprättandet av den samordnade vårdplanen bör göras i samråd med patientens närstående, om det inte bedöms olämpligt. Vidare uttalas i förarbetena när det gäller insatser från socialtjänsten under öppen psykiatrisk tvångsvård att det är en förutsättning att patienten är villig att medverka i insatserna och själv ansöker om dessa.

Förslaget om att den samordnade vårdplanen ska upprättas i samråd med patienten är därför inget nytt åliggande för landstinget och medför inte heller någon inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Däremot är det ett nytt åliggande för landstingen att planen ska upprättas i samråd med patientens närstående om det inte är olämpligt. I en process där patienten slussas ut från slutenvården spelar närstående ofta en viktig roll när det gäller att ge stöd till patienten och bidra till att han eller hon får möjlighet till ett aktivt och socialt liv. Att närstående kan påverka hur vården planeras och få större insyn i de avvägningar som har gjorts ökar förutsättningarna för att den rollen kan utövas på ett konstruktivt sätt. Inskränkningen i den kommunala självstyrelsen är därför proportionerlig och godtagbar.

Förslaget att det i ansökan om fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård ska anges patientens inställning till de särskilda villkoren och insatserna i vårdplanen innebär ett utvidgat åliggande för landstingen och därmed en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Det är emellertid uppgifter som naturligen ingår i bedömningen när vårdplanen upprättas och när villkoren ställs. Att det, för ett fullständigare beslutsunderlag, uttryckligen redovisas i ansökan till förvaltningsrätten är av sådan vikt att inskränkningen får anses proportionerlig och därmed godtagbar. Ovan i avsnitt 5.1 har konstaterats att förslagen inte innebär en ökad administrativ börda eftersom bedömningarna kan redovisas i dokument som ändå måste upprättats.

Förslaget att chefsöverläkaren ska se till att patienten erbjuds ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd innebär ett nytt åliggande för landstingen och därmed en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Det är dock en åtgärd som har visat sig

ha betydelse för att patienten ska uppleva delaktighet i vårdprocessen och för att vårdpersonalen ska kunna utforma vården på ett sätt som gör att tvångsåtgärder så långt det är möjligt kan undvikas. Landstingen kan genomföra uppföljningssamtalen på olika sätt och några formkrav är inte uppsatta. Exempelvis är det möjligt att erbjuda uppföljningssamtalen vid en tidpunkt när det passar verksamheten med hänsyn till bemanningen. Bedömningen är sålunda att den inskränkning som förslaget innebär i den kommunala självstyrelsen får anses proportionerlig och godtagbar.

Förslaget att det uttryckligen ska framgå av lagen att chefsöverläkaren om det är nödvändigt kan besluta om att ge behandling mot patientens vilja inskränker i någon mån sjukvårdshuvudmannens nuvarande handlingsfrihet. Rätten att inte utsättas för påtvingat kroppsligt ingrepp följer av RF andra kapitlet där det även framgår att undantag från den rätten endast kan göras genom lag. Det bedöms mot den bakgrunden proportionerligt och godtagbart att göra denna inskränkning.

Tvångsåtgärder

Förslagen i 4.3 bedöms få följande konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

Förslaget att fastspänning ska kunna ske även med mobilt bälte innebär ingen inskränkning i den kommunala självstyrelsen eftersom bestämmelsen inte är tvingande för landstingen. De förändrade bestämmelserna avseende fastspänning och avskiljning som innebär att ett beslut om sådana tvångsåtgärder får gälla högst fyra respektive åtta timmar och kortare tid för barn, samt att fastspänning med mobilt bälte får pågå högst 60 minuter, innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Mot bakgrund av att åtgärderna är starkt integritetskränkande och att det av rättssäkerhetsskäl är fundamentalt att det står klart för såväl patienter som hälso- och sjukvårdspersonal vad som gäller får det emellertid anses försvarbart med en högre detaljeringsgrad i lagstiftningen än vad som i dag gäller. Den inskränkning som förslaget innebär i den kommunala självstyrelsen bedöms därför vara proportionerlig och godtagbar.

Förslaget att det ska vara möjligt att besluta om långtidsavskiljning är inte tvingande för landstingen och innebär därför ingen inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Bestämmelsen avser att ge tydliga ramar för en tvångsåtgärd som av landstingen bedöms som nödvändig.

Förslaget att chefsöverläkaren ska anmäla behovet av en stödperson till patientnämnden vid långtidsavskiljning innebär ett nytt åliggande för landstingen och därmed en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. I LPT anges ett antal situationer där chefsöverläkaren alltid ska göra en anmälan till patientnämnden om stödperson utöver när patienten själv begär det efter att ha fått individuellt anpassad information om att det finns en sådan möjlighet. Att långtidsavskiljning läggs till som ytterligare en av de situationer där chefsöverläkaren har skyldighet att göra en anmälan till patientnämnden om stödperson syftar till att öka insynen i vården och säkerställa att den avskilde patienten har möjlighet till sociala kontakter. Detta bedöms vara av så stor vikt för den aktuella patientgruppen att det inte är tillräckligt att patienten själv kan begära att få en stödperson. Med hänsyn till betydelsen för patienten bedöms förslaget som proportionerligt och därmed godtagbart.

Förslaget att vårdgivaren genom chefsöverläkarens försorg ska ombesörja att patienten får en förnyad medicinsk bedömning i samband med vissa beslut om långtidsavskiljning innebär ett nytt åliggande för landstingen och är därmed en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Med hänsyn till att långtidsavskiljning är fråga om en mycket ingripande åtgärd bedöms emellertid skälen för granskning och kontroll av den vård som sker med stöd av bestämmelsen som mycket starka. När en sådan ingripande åtgärd används är det av yttersta vikt att möjligheter till alternativa vård- och behandlingsinsatser hela tiden undersöks. Att se dessa alternativ kan ibland vara svårt för den som dagligen ansvarar för vården. Det bedöms därför vara av betydelse för så väl vårdkvaliteten som för patientens rättssäkerhet att det görs en förnyad medicinsk bedömning av patienter som är föremål för långtidsavskiljning. Inskränkningen är mot den bakgrunden proportionerlig och godtagbar.

Även förslaget att endast chefsöverläkaren kan fatta beslut och att beslutet inte kan delegeras är en inskränkning i den kommunala

självstyrelsen. Delegationsförbudet motiveras utifrån den omständligheten att redan i dag, enligt 39 § 6 LPT, får delegation inte ske till annan än specialistkompetent läkare vid beslut om avskiljning enligt 20 § andra stycket. Eftersom långtidsavskiljning är långt mer ingripande ligger det i sakens natur att inte heller ett sådant beslut får delegeras till annan. Därför anses inskränkningen proportionerlig och godtagbar.

Barn i psykiatrisk tvångsvård

Förslaget i 4.4 att barn bara får utsättas för tvångsåtgärder om det är förenligt med barnets bästa kan i någon mån anses begränsa handlingsutrymmet för sjukvårdshuvudmannen. Utrymmet för frihetsberövande och andra integritetskränkande åtgärder mot enskilda är emellertid begränsat i svensk rätt genom bestämmelser i RF. Detta gör tillsammans med Sveriges skyldigheter enligt barnkonventionen att förslaget anses proportionerligt och godtagbart.

Övriga förslag påverkar inte den kommunala självstyrelsen

6 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslagen bedöms kunna träda i kraft den 1 januari 2016 och kräver ingen övergångsreglering.

7 Författningskommentarer

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

1 § Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller all psykiatrisk vård. Kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i denna lag.

Kvalitetssäkringsarbetet som avses i 31 § hälso- och sjukvårdslagen ska i en verksamhet som bedriver psykiatrisk tvångsvård även omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder.

Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns också i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Vad som sägs i denna lag om ett landsting gäller även en kommun som inte ingår i ett landsting.

Med chefsöverläkare avses i denna lag chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är inskriven.

Förslaget behandlas i avsnitt 4.1. I *andra stycket* införs en kompletterande bestämmelse som tydliggör att kvalitetssäkringsarbetet i tvångsvården även ska omfatta olika åtgärder vars syfte är att minska behovet av tvångsåtgärder.

6 a § I sådana fall som anges i 19 § eller 20 § får en patient som hålls kvar enligt 6 § kortvarigt spännas fast med bälte eller *mobilt bälte* eller kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna.

En patient som hålls kvar enligt 6 § får, om det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa, ges nödvändig behandling.

Vid beslut enligt denna paragraf ska 18 b § tillämpas.

Beslut enligt denna paragraf fattas av legitimerad läkare.

Förslaget behandlas i avsnitt 4.3.2 och 4.4.3 och är en följd av att det i 19 § LPT föreslås införas möjlighet att även använda mobilt bälte som sålunda kan komma i fråga även före ett intagningsbeslut men efter ett beslut om kvarhållning. Hänvisningen till 18 b § i *tredje stycket* innebär att om det är ett barn som kvarhålls inför ett intagningsbeslut får tvångsåtgärder endast komma i fråga om det är förenligt med barnets bästa.

7 a § En samordnad vårdplan ska innehålla uppgifter om

- det bedömda behovet av insatser från landstingets hälso- och sjukvård och kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård,
- beslut om insatser,
- vilken enhet vid landstinget eller kommunen som ansvarar för respektive insats, och
- eventuella åtgärder som vidtas av andra än landstinget eller kommunen.

Vårdplanen ska upprättas av chefsöverläkaren, om han eller hon bedömer att patienten kommer att vara i behov av insatser enligt första stycket i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård. *Så långt möjligt ska vårdplanen utformas i samråd med patienten och, om det inte är olämpligt, med dennes närstående.* Vårdplanen ska utformas i samarbete mellan de enheter vid kommunen eller landstinget som svarar för insatserna. Vårdplanen är upprättad när den har justerats av enheterna.

Chefsöverläkaren ska underrätta berörd enhet vid landsting, kommun eller annan huvudman om beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård.

Förslaget behandlas i avsnitt 4.2.1. Vikten av att patienten medverkar vid utformandet av en samordnad vårdplan har understrukits i förarbetena i samband med att den öppna vårdformen infördes något som dock inte återspeglats i lagens text. Patientens medverkan får anses vara av sådan vikt att det uttryckligen ska framgå av lagen att vårdplanen, så långt möjligt, ska utformas i samråd med patienten och, om det inte är olämpligt, med dennes närstående.

Det ska understrykas att offentlighets- och sekretesslagens (2009:400) bestämmelser medför vissa begränsningar även i fråga

om närståendes medverkan i vårdplanen. Det måste i varje enskilt fall prövas om uppgifter kan lämnas till närstående och uppgifter får inte lämnas mot patientens vilja.

9 § På ansökan av chefsöverläkaren får rätten medge att tvångsvården fortsätter i form av öppen eller sluten psykiatrisk tvångsvård utöver den längsta tiden enligt 8 §. Medgivande får lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från den dag då förvaltningsrätten meddelar beslut i frågan.

En ansökan enligt första stycket ska ha kommit in till förvaltningsrätten innan tiden för gällande beslut om tvångsvård har löpt ut. Föreskrifterna i 7 § andra–fjärde styckena och 7 a § tillämpas på en ansökan enligt denna paragraf.

Till ansökan om fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård ska det fogas en uppföljning av den samordnade vårdplanen. *Om det inte är olämpligt ska det av ansökan även framgå patientens inställning till de särskilda villkoren och till insatserna i vårdplanen.*

Förslaget behandlas i avsnitt 4.2.2. Det är av stor vikt att patienter som genomgår öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård är delaktiga i vården och planeringen och förstår innebörden av ställda villkor. För att säkerställa att chefsöverläkaren och domstolen har nödvändiga uppgifter för att göra en korrekt bedömning om den fortsatta vårdens bedrivande ska den samordnade vårdplanen även visa patientens inställning till insatserna i den samordnade vårdplanen.

Eftersom patienter i den öppna tvångsvården i stor utsträckning har en klar bild av vilka villkor som gäller och att det ibland är oklart hur villkoren kan relateras till patientens behov ska den samordnade vårdplanen även innehålla en redogörelse för patientens inställning till villkoren. Det ger ökade förutsättningar för domstolen att bedöma villkorens ändamålsenlighet och bidrar till att patienten får större möjlighet till förståelse för villkorens innebörd.

Ett exempel på när det kan vara olämpligt att patientens inställning framgår är om patienten helt vägrar ge uttryck för någon uppfattning och motsätter sig allt samarbete kring vårdplanen.

17 § I fråga om behandlingen under vårdtiden ska samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd ska ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt.

Behandlingsåtgärderna ska anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 § andra stycket.

Om det är nödvändigt får patienten, efter chefsöverläkarens beslut, ges behandling utan samtycke.

Förslaget behandlas i avsnitt 4.2.4. I bestämmelsens första stycke sista meningen i dess tidigare lydelse angavs att frågor om behandlingen ytterst avgörs av chefsöverläkaren. Denna mening har tagits bort. I stället har i *tredje stycket* införts en uttrycklig regel om att om det är nödvändigt får behandling ges utan patientens samtycke. Det understryker ytterligare att även inom den psykiatriska tvångsvården ska samråd ske med patienten om den behandling som ska ges under vårdtiden och det tydliggör för patienten att om det är nödvändigt, får behandling ges mot dennes vilja.

18 a § Chefsöverläkaren ska, så snart patientens tillstånd tillåter, se till att patienten erbjuds ett uppföljningsamtal efter genomförd tvångsåtgärd.

Bestämmelsen är ny och behandlas i avsnitt 4.2.3. Uppföljningsamtal ska erbjudas så snart patientens tillstånd tillåter. Samtalet är frivilligt för patienten.

18 b § Tvångsåtgärder som rör barn får vidtas endast om det är förenligt med barnets bästa.

Bestämmelsen är ny och behandlas i avsnitt 4.4.3. Bestämmelsens utformning innebär en begränsning i möjligheten att använda tvångsåtgärder mot barn, varmed avses personer under 18 år. Innan ett beslut om tvångsåtgärd måste ha övervägts hur åtgärden är förenlig med barnets bästa och vilka alternativ som finns.

Tvångsåtgärder blir främst aktuellt i sådana allvarliga och akuta situationer som lagen föreskriver när det gäller fastspänning och avskiljning, dvs. om det föreligger en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan eller om patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt

försvarar vården för de andra patienterna. Förutsättningarna för tvångsåtgärderna i respektive bestämmelse ska föreligga för att åtgärden över huvud taget ska kunna komma i fråga. Därutöver måste det emellertid, när det rör barn, göras ytterligare en bedömning om åtgärderna är förenliga med barnets bästa.

19 § Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan *och det är oundgängligen nödvändigt*, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller *mobilt bälte*. *Fastspänning med bälte får pågå högst fyra timmar och fastspänning med mobilt bälte högst 60 minuter. Är patienten under 18 år får fastspänning med bälte pågå högst två timmar.*

Om det finns synnerliga skäl, får det beslutas att patienten ska hållas fastspänd *med bälte* längre än som anges i första stycket. *Tiden får genom ett nytt beslut förlängas med högst fyra timmar vid varje tillfälle. Är patienten under 18 år får tiden förlängas med högst två timmar vid varje tillfälle.*

Chefsöverläkaren beslutar om fastspänning.

Om en patient hålls fastspänd mer än fyra timmar i följd, ska Inspektionen för vård och omsorg utan dröjsmål underrättas om detta.

Vårdpersonal ska vara närvarande under den tid patienten hålls fastspänd.

Förslaget behandlas i avsnitt 4.3.2. Genom lokutionen ”oundgängligen nödvändigt” i *första stycket* avses visas att fastspänning är en undantagsåtgärd som ska tillgripas först om andra åtgärder inte är tillräckliga. Bedömningen ska göras också med hänsyn till att säkerhetsaspekterna kan ha särskild relevans när det gäller vissa patientgrupper t.ex. personer som är intagna i kriminalvårdsanstalt och som vårdas enligt LRV.

Att fastspänning får ske med ”liknande anordning”, så som framgår av nu gällande lag, har utmönstrats ur bestämmelsen. I stället anges att fastspänning får ske med bälte eller mobilt bälte. Med bälte avses en fast fixering i säng eller liknande. Ett mobilt bälte får användas som alternativ till fysisk fasthållning. Det får inte användas vid transporter, dusch eller i liknande situationer.

I bestämmelsen anges, till skillnad från dagens lagstiftning, hur lång tid fastspänning med bälte respektive mobilt bälte får pågå. Eftersom en fastspänningsåtgärd är mycket ingripande ska tiden

för en sådan åtgärd vara begränsad till två timmar när det gäller barn.

I *andra stycket* har lagts till en förtydligande regel genom vilken det uttryckligen anges att om det finns synnerliga skäl så får tiden för fastspänning genom ett nytt beslut får förlängas med högst fyra timmar. Ett sådant beslut kan fattas flera gånger. Gäller förlängningsbeslutet barn får tiden förlängas med högst två timmar.

I *tredje stycket* tydliggörs att om patienten hålls fastspänd mer än fyra timmar i följd ska Inspektionen för vård och omsorg under rättas utan dröjsmål. Med begreppet "fastspänd" avses fastspänning med bälte och/eller mobilt bälte. Den tid som patienten eventuellt varit fastspänd med mobilt bälte ska sålunda räknas in i den sammanlagda tiden för fastspänning.

20 § En patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Ett beslut om avskiljande gäller högst åtta timmar. *Ett beslut om avskiljande av en patient som är under 18 år gäller högst fyra timmar.*

Om det finns synnerliga skäl, får *beslutas att patienten ska hållas avskild längre än som anges i första stycket. Tiden får genom ett nytt beslut förlängas med högst åtta timmar vid varje tillfälle. Är patienten under 18 år får tiden förlängas med högst fyra timmar vid varje tillfälle.*

Chefsöverläkaren beslutar om avskiljande. Om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd, ska Inspektionen för vård och omsorg utan dröjsmål underrättas om detta. En patient ska under den tid han eller hon hålls avskild stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal.

Förslaget behandlas i avsnitt 4.3.3. Bestämmelsen har redigerats av läsbarhetsskäl och för att harmoniera med utformningen i 19 §. På grund av åtgärdens ingripande karaktär begränsas tiden för avskiljning till fyra timmar när det gäller barn.

Avsikten med *andra stycket* är att understryka ett avskiljningsbeslut gäller högst åtta timmar, fyra timmar beträffande barn, så som framgår av första stycket. Behövs längre tids avskiljning än

de första åtta timmarna krävs synnerliga skäl varvid ett nytt beslut ska fattas. Ett beslut om avskiljning kan fattas flera gånger. Tiden får förlängas med högst fyra timmar om åtgärden avser barn.

20 a § Om det är oundgängligen nödvändigt på grund av att patienten genom ett långvarigt och synnerligen aggressivt eller störande beteende utgör en allvarlig fara för annan, får chefsöverläkaren besluta om långtidsavskiljning under högst fyra veckor.

Tiden för avskiljande får genom ett nytt beslut förlängas med högst fyra veckor vid varje tillfälle.

Inspektionen för vård och omsorg ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt första och andra styckena. Inspektionen ska genom tillsyn kontrollera tillämpningen av bestämmelsen.

Vårdgivaren ska, genom chefsöverläkarens försorg, ombesörja att patienten, inom eller utom det egna landstinget, får en förnyad medicinsk bedömning (second opinion) inför ett beslut om långtidsavskiljning. Om tiden för långtidsavskiljande förlängs ska en sådan bedömning göras minst en gång var sjätte månad.

En patient ska under den tid han eller hon hålls avskild stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal.

Tvångsåtgärd enligt denna bestämmelse får inte vidtas om patienten är under 18 år.

Bestämmelsen är ny och behandlas i avsnitt 4.3.3. Bestämmelsen i första stycket reglerar att i yttersta undantagsfall kan, om det är oundgängligen nödvändigt, en patient hållas långtidsavskild från andra patienter, dvs. högst fyra veckor. Sådan avskiljning kan enbart komma i fråga beträffande patienter med ett långvarigt synnerligen aggressivt eller störande beteende utgör en allvarlig fara för eller medpatienter, ett beteende som sålunda utgör en allvarlig fara för annan. Genom uttrycket synnerligen aggressivt och störande beteende understryks att det ska vara fråga om ett extremt våldsbeteende som skiljer sig från sådana konfliktsituationer som normalt kan uppstå inom ramen för psykiatrisk tvångsvård. Beteendet ska vara långvarigt. Det kan vara fråga om patienter som under flera veckors tid begått våldshandlingar mot personal och varit föremål för ett antal tvångsåtgärder, eller patienter som har ett starkt aggressivt sexuellt utagerande som utgör en fara för medpatienter eller personal. Krävs det ytterligare avskiljning ska

det, enligt *andra stycket*, fattas ett nytt beslut varvid tiden får förlängas med högst fyra veckor. Liksom vad gäller avskiljning enligt 20 § ska Inspektionen för vård och omsorg, enligt *tredje stycket*, hållas underrättad om beslut enligt förevarande bestämmelse, vilket ska ske utan dröjsmål. Ett beslut om långtidsavskiljning enligt den föreslagna 20 a § kräver myndighetens uppmärksamhet redan då det fattas beslut om sådan avskiljning. Att myndigheten genom tillsyn ska kontrollera tillämpningen innebär att myndigheten själv kan avgöra vilken tillsynsmetod som är lämpligast för att bilda sig en reell uppfattning i frågan. Av *fjärde stycket* framgår att det ankommer på vårdgivaren att se till att patienten får en förnyad medicinsk bedömning inför ett beslut om långtidsavskiljning. Behöver tiden för långtidsavskiljning förlängas ska en sådan bedömning göras minst en gång var sjätte månad. Genom den förnyade bedömningen får vårdgivaren och den sjukvårdspersonal som är ansvarig för behandlingen ett underlag för vilka åtgärder som är lämpliga att vidta och stöd för en bedömning av om de tidigare medicinska avvägningarna är riktiga.

Patienten ska stå under fortlöpande uppsikt av vårdpersonal vilket framgår av *femte stycket*.

I sjätte *stycket* klargörs att långtidsavskiljning inte får användas i fråga om barn, dvs. patienter under 18 år.

För att stärka den enskildes rättssäkerhet vid långtidsavskiljning införs i lagen bestämmelser om överklagande och särskilda kontrollåtgärder vilket närmare kommenteras vid 31 och 33 §§.

22 b § Ett beslut enligt 20 b eller 22 a § gäller i högst två månader. När det inte längre finns förutsättningar för beslutet ska chefsöverläkaren genast besluta att inskränkningen eller övervakningen ska upphöra. Frågan om upphörande ska övervägas fortlöpande.

Inspektionen för vård och omsorg ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt 20 b eller 22 a §.

Ändringarna i *första och andra stycket* föranleds av att nuvarande 20 a § föreslås ändra beteckning till 20 b §, vilket behandlas i avsnitt 4.3.3.

31 § Chefsöverläkaren ska anmäla till en sådan nämnd som avses i 30 § när det kan finnas skäl att utse en stödperson.

Har en stödperson för patienten inte redan utsetts, ska anmälan alltid göras när

1. chefsöverläkaren ansöker om medgivande till tvångsvård enligt 7, 12 eller 14 §,

2. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut om intagning enligt 6 b §,

3. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut att avslå en begäran om att tvångsvården ska upphöra, och

4. *chefsöverläkaren beslutat om långtidsavskiljning enligt 20 a §.*

I en sådan anmälan ska chefsöverläkaren ange patientens inställning till att få en stödperson. Nämnden ska, om patienten inte har uttryckt en klar uppfattning, kontakta patienten eller vårdpersonal med kännedom om patienten för att få besked om huruvida patienten vill ha en stödperson.

När tvångsvården av en patient, för vilken stödperson utsetts, har upphört, ska chefsöverläkaren snarast möjligt underrätta nämnden om detta och om huruvida stödpersonens uppdrag fortsätter därefter.

Förslaget behandlas i avsnitt 4.3.3. I *första stycket* införs en skyldighet för chefsöverläkaren att göra anmälan till patientnämnd när det fattats beslut om långtidsavskiljning enligt den föreslagna 20 a §.

32 § Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård enligt 6 b, 11 eller 14 §. Ett sådant överklagande ska anses innefatta även en begäran om att tvångsvården ska upphöra.

Patienten får även överklaga chefsöverläkarens beslut enligt 26 a §. Ett sådant överklagande ska anses innefatta en begäran om att den slutna psykiatriska tvångsvården ska upphöra.

Innan förvaltningsrätten prövar ett överklagande enligt första eller andra stycket, ska rätten utan dröjsmål förelägga chefsöverläkaren att yttra sig i de hänseenden som anges i 7 § tredje stycket.

Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga ett beslut om inskränkning enligt 20 b § eller om övervakning enligt 22 a §.

Ändringen i *tredje stycket* föranleds av förslaget att nuvarande 20 a § ändras beteckning till 20 b §.

33 § Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga ett annat beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag som innebär

1. avslag på en begäran om att tvångsvården ska upphöra,
2. *långtidsavskiljning enligt 20 a §*,
3. förordnande enligt 24 § om förstöring eller försäljning av egendom,
4. avslag på en begäran om tillstånd enligt 25 § att vistas utanför vårdinrättningens område eller meddelande av villkor i samband med sådan vistelse,
5. återkallelse enligt 25 § tredje stycket av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, eller
6. meddelande av villkor i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 26 § andra och tredje styckena.

I övrigt får beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag inte överklagas. Chefsöverläkaren får inte överklaga rättens beslut enligt denna lag.

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, ska överklagandet ges in till förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten prövar om överklagandet har kommit in i rätt tid. Har överklagandet kommit in för sent, ska förvaltningsrätten avvisa det, om förseningen inte beror på att chefsöverläkaren har lämnat patienten en felaktig under rättelse om hur man överklagar. Överklagandet ska inte avvisas, om det har kommit in till chefsöverläkaren innan tiden för överklagandet har gått ut. I ett sådant fall ska chefsöverläkaren omedelbart vidarebefordra överklagandet till förvaltningsrätten.

I mål om långtidsavskiljning enligt 20 a § krävs prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten.

I *första stycket* införs en ny bestämmelse som innebär att beslut i fråga om långtidsavskiljning enligt den föreslagna 20 a §, vilket behandlas i avsnitt 4.3.3, ska kunna överklagas till förvaltningsrätten. En långtidsavskiljning är en frihetsinskränkande åtgärd som behöver omgärdas med särskilda kontrollåtgärder, varvid möjligheten till överklagande är en. Liksom vid överklagande av avskiljningsbeslut enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård

av unga ska, enligt *fjärde stycket*, prövningstillstånd krävas vid överklagande till kammarrätten.

38 a § Offentligt biträde för den som åtgärden avser ska förordnas i mål hos allmän förvaltningsdomstol, om målet gäller

1. beslut om intagning för tvångsvård enligt 6 b, 11 eller 14 § och om beslutet har överklagats,

2. medgivande till fortsatt tvångsvård enligt 7, 9, 12 eller 14 §,

3. beslut om slutna psykiatrisk tvångsvård enligt 26 a §,

4. avslag på en begäran om att tvångsvården ska upphöra,

5. *beslut om långtidsavskiljning enligt 20 a §*,

6. beslut om inskränkning enligt 20 b §, eller

7. beslut om övervakning enligt 22 a §.

Offentligt biträde ska dock inte förordnas, om det måste antas att det inte finns något behov av ett biträde.

Ett beslut om långtidsavskiljning, som behandlas i avsnitt 4.3.3, är en så ingripande åtgärd att det som huvudregel bör förordnas ett offentligt biträde om patienten överklagar chefsöverläkarens beslut. Som framgår av 48 § LPT och 30 § LRV ska patienten upplysas om sin rätt att få offentligt biträde.

39 § Chefsöverläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid sjukvårdsinrättningen med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna att fullgöra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt denna lag. Om det finns särskilda skäl, får chefsöverläkaren lämna sådant uppdrag åt en annan läkare vid sjukvårdsinrättningen, dock inte när det gäller

1. beslut enligt 6 b § om intagning,

2. beslut enligt 11 § om övergång från frivillig vård till tvångsvård,

3. ansökan enligt 7, 9, 12 eller 14 § om medgivande till att tvångsvården fortsätter,

4. beslut enligt 17 § första stycket sista meningen om behandlingen,

5. beslut enligt 19 § andra stycket om fastspänning,

6. beslut enligt 20 § andra stycket om avskiljande *och enligt 20 a § om långtidsavskiljande*,

7. beslut enligt 20 b § om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster,
8. beslut enligt 22 a § om övervakning av försändelser,
9. beslut om upphörande av sådan inskränkning eller övervakning som anges i 7 och 8, eller
10. beslut eller ansökan om sluten psykiatrisk tvångsvård enligt 26 a §.

Ändringen i punkt 6 föranleds av att det föreslås en ny bestämmelse, 20 a §, avseende långtidsavskiljning (avsnitt 4.3.3). Beslut om sådan avskiljning bör inte kunna delegeras till annan än specialistkompetent läkare. Ändringen i punkt 7 är en följd av att nu gällande 20 a § föreslås ändra beteckning till 20 b §.

7.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

1 § *Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller all psykiatrisk vård.*

Kvalitetssäkringsarbetet som avses i 31 § hälso- och sjukvårdslagen ska i en verksamhet som bedriver psykiatrisk tvångsvård även omfatta åtgärder som syftar till att minska behovet av tvångsåtgärder.

Föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång i andra fall än som avses i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (rättspsykiatrisk vård) ges i denna lag.

Lagen gäller den som

1. efter beslut av domstol *ska* ges rättspsykiatrisk vård,
2. är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning,
3. är intagen i eller *ska* förpassas till kriminalvårdsanstalt eller
4. är intagen i eller *ska* förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken.

Första stycket är nytt. Det motsvarar vad som stadgas i 1 § LPT och är en erinran om att föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen gäller all psykiatrisk vård. Bestämmelsen i LPT har enligt för-

arbetena avseende även på rättspsykiatrisk vård vilket dock uttryckligen bör framgå även av LRV. *Andra stycket* är nytt och kommenteras i avsnitt 4.1. Det motsvarar det föreslagna andra stycket i 1 § LPT och kommenteras närmare under den bestämmelsen.

12 a § På ansökan av chefsöverläkaren får förvaltningsrätten medge att den rättspsykiatriska vården ska övergå i öppen eller sluten form eller fortsätta utöver den i 12 § angivna längsta tiden. I ansökan ska det anges om vården avser sluten eller öppen rättspsykiatrisk vård. Vid ansökan om öppen rättspsykiatrisk vård tillämpas 7 § fjärde stycket och 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Det som sägs där om öppen psykiatrisk tvångsvård gäller i stället öppen rättspsykiatrisk vård.

Medgivande till förlängning av vårdtiden får lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från den dag då förvaltningsrätten meddelar beslut i frågan.

Vid beslut om öppen rättspsykiatrisk vård ska rätten föreskriva de särskilda villkor enligt 3 a § första stycket 2 som ska gälla för vården. De särskilda villkoren får vara sådana som anges i 26 § tredje stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård. Rätten får överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om dessa villkor. När det finns skäl för det, får rätten återta denna beslutanderätt.

Till ansökan om fortsatt öppen rättspsykiatrisk vård ska det fogas en uppföljning av den samordnade vårdplanen. *Om det inte är olämpligt ska det av ansökan även framgå patientens inställning till de särskilda villkoren och till insatserna i vårdplanen.*

Förslaget kommenteras i avsnitt 4.2.2. och motsvarar vad som sagts i kommentaren till 9 § LPT.

16 b § Om chefsöverläkaren vid anmälan enligt 16 a § anser att den rättspsykiatriska vården ska fortsätta, ska han eller hon ange om vården bör ges som sluten eller öppen rättspsykiatrisk vård.

I anmälan om öppen rättspsykiatrisk vård ska det anges vilka omständigheter som utgör grund för tvångsvården och vilka särskilda villkor som rätten bör föreskriva. Till anmälan ska det fogas en sådan samordnad vårdplan som anges i 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Därutöver ska det lämnas

en särskild redogörelse för risken för att patienten till följd av sin psykiska störning återfaller i brottslighet som är av allvarligt slag och för de insatser som har planerats för att motverka att han eller hon återfaller i sådan brottslighet. Det som i 7 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård sägs om öppen psykiatrisk tvångsvård gäller i stället öppen rättspsykiatrisk vård.

Till anmälan om fortsatt öppen rättspsykiatrisk vård ska det fogas en uppföljning av den samordnade vårdplanen. *Om det inte är olämpligt ska det av anmälan även framgå patientens inställning till de särskilda villkoren och till insatserna i vårdplanen.*

Ändringen motsvarar vad som anförts i kommentaren till 12 a §.

18 § Patienten får hos förvaltningsrätten överklaga ett beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag som innebär

1. intagning enligt 3 c eller 3 d § för sluten rättspsykiatrisk vård,
2. intagning enligt 5 § för rättspsykiatrisk vård, varvid överklagandet ska anses innefatta en begäran om att vården ska upphöra,
3. avslag på en begäran om att den rättspsykiatriska vården ska upphöra i fall som avses i 13 eller 15 §,
4. avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, i fall som avses i 9 § eller 10 § fjärde stycket första meningen eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse,
5. återkallelse enligt 9 § eller 10 § fjärde stycket tredje meningen av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område,
6. förordnande om förstöring eller försäljning av egendom enligt 8 § denna lag jämförd med 24 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
7. *avskiljning enligt 8 § denna lag jämförd med 20 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård,*
8. inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt 8 § denna lag jämförd med 20 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård,
9. övervakning av försändelser enligt 8 § denna lag jämförd med 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, eller
10. meddelande av villkor i samband med öppen rättspsykiatrisk vård enligt 12 a § tredje stycket eller 16 a § fjärde stycket.

I övrigt får beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag inte överklagas. Chefsöverläkaren får inte överklaga rättens beslut enligt denna lag.

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, ska överklagandet ges in till förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten prövar om överklagandet har kommit in i rätt tid. Har överklagandet kommit in för sent, ska förvaltningsrätten avvisa det, om förseningen inte beror på att chefsöverläkaren har lämnat patienten en felaktig underrättelse om hur man överklagar. Överklagandet ska inte avvisas, om det har kommit in till chefsöverläkaren innan tiden för överklagande har gått ut. I ett sådant fall ska chefsöverläkaren omedelbart vidarebefordra överklagandet till förvaltningsrätten.

I mål om avskiljning enligt 8 § denna lag jämförd med 20 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård krävs prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätten.

Ändringen i punkterna 7 och 8 föranleds av att beslut om långtidsavskiljning, som behandlas i avsnitt 4.3.3, föreslås kunna överklagas och att nuvarande 20 a § föreslås ändra beteckning till 20 b §. Förslaget kommenteras närmare under 33 § LPT.

22 a § Offentligt biträde för den som åtgärden avser ska förordnas i mål hos allmän förvaltningsdomstol om målet gäller

1. medgivande till fortsatt vård enligt 3 c eller 12 a §,
2. upphörande av vård enligt 16 a §,
3. överklagande av beslut enligt 18 § första stycket 1, 2, 3, 7, 8 eller 9, eller
4. tillstånd eller återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område för den som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning.

Offentligt biträde ska dock inte förordnas, om det måste antas att det inte finns något behov av ett biträde.

Förslaget föranleds av att beslut om långtidsavskiljning, som behandlas i avsnitt 4.3.3, enligt den föreslagna 20 a § ska kunna överklagas och att nuvarande 20 a § föreslås ändra beteckning till 20 b §. Förslaget kommenteras närmare vid 38 a § LPT.

23 § Chefsöverläkaren får uppdra åt en erfaren läkare, med specialistkompetens inom någon av de psykiatriska specialiteterna, vid sjukvårdsinrättningen eller den enhet för rättspsykiatrisk undersökning där patienten vårdas att utföra uppgifter som chefsöverläkaren har enligt denna lag. Om det finns särskilda skäl, får chefsöverläkaren lämna ett sådant uppdrag åt en annan läkare vid inrättningen eller enheten, dock inte när det gäller

1. intagning enligt 3 c eller 3 d § för sluten rättspsykiatrisk vård,
2. beslut enligt 5 § om intagning för rättspsykiatrisk vård,
3. ansökan enligt 3 c eller 12 a § om medgivande till fortsatt vård,
4. anmälan enligt 16 a § om särskild utskrivningsprövning,
5. beslut om behandlingen enligt 8 § denna lag jämförd med 17 § första stycket sista meningen lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,
6. beslut om fastspänning enligt 8 § denna lag jämförd med 19 § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård,
7. beslut om avskiljande enligt 8 § denna lag jämförd med 20 § andra stycket och 20 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård,
8. beslut om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt 8 § denna lag jämförd med 20 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård,
9. beslut om övervakning av försändelser enligt 8 § denna lag jämförd med 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, eller
10. beslut om upphörande av sådan inskränkning eller övervakning som anges i 8 och 9.

Förslaget om ändring i punkt 7 och 8 motsvarar vad som sagts i kommentaren till 39 § LPT.