Socialutskottets betänkande

1981/82:17

om psykiatrisk hälso- och sjukvård m. m.

Motioner

I motion 1980/81:943 av Lars Werner m. fl. (vpk) hemställs att riksdagen som sin mening ger regeringen till känna vad i motionen sägs om en genomgripande psykiatrisk reform i Sverige och hemställer hos regeringen om skyndsamt förslag i enlighet härmed.

I motion 1980/81:1629 av Arne Andersson i Gustafs (c) och Karin Israelsson (c) hemställs att riksdagen beslutar begära att regeringen uppdrar åt socialberedningen att utreda och framlägga författningsförslag i enlighet med vad i motionen anförts att behandlas av riksdagen senast våren 1983.

I motion 1980/81:1641 av Göran Karlsson m. fl. (s) hemställs att riksdagen godkänner de riktlinjer för den psykiatriska vårdens utveckling som angetts i motionen.

I motion 1980/81:1645 av Tore Nilsson (m) och Sven Johansson (c) hemställs att riksdagen hos regeringen begär översyn av bestämmelserna om psykiatrisk vård i enlighet med vad som i motionen anförts.

I *motion 1980/81:943 (vpk)* anförs sammanfattningsvis att den psykiatriska sektorn i Sverige utgör såväl nationellt som internationellt ett starkt efterblivet område. Behandlingen är, sägs det i motionen, ensidig och ofta destruktiv, tvångsförfoganden över människor har ett orimligt och oberättigat omfång och forsknings- och behandlingssyn leder till auktoritär och mekanisk människosyn.

Statsmakterna bör enligt motionärerna snarast ta initiativ till en genomgripande psykiatrisk reform i Sverige, vilken som utgångspunkt bör ha en stark lagstiftning, som fastlägger programtid och mål för reformen. Motionärerna anger i nio punkter de huvuddrag som den förordade reformen bör ha. Dessa innebär sammanfattningsvis att mentalsjukhusen bör helt avvecklas fram till år 1985, att slutenvården bör reduceras och öppenvården vara den normala formen, att tvångsomhändertaganden bör drastiskt skäras ned och göras till föremål för sträng rättslig prövning samt att behandling av psykiska problem bör utgå från en social och beteendevetenskaplig grundsyn och den gamla medicinska psykiatrin organisatoriskt och utbildningsmässigt brytas ned. Auktoritär människosyn och auktoritära behandlingsformer bör, framhålls det, ersättas med en dynamisk och demokratisk syn på människor och vårdorganisation.

I *motion 1980/81:1629 (c)* påpekas att rättssäkerhetsfrågorna har fått stå tillbaka för administrativa eller diagnostekniska värderingar i de förslag till reformering av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV) – med bestämmelserna om psykiatrisk vård oberoende av eget samtycke – som utarbetats i olika sammanhang. Enligt motionärerna framstår rättssäkerhetsfrågorna som de kanske viktigaste att lösa. Motionärerna jämför förhållandena för dem som omhändertas för vård med stöd av bestämmelser i LSPV med förhallandena för dem som vårdas tvångsmässigt med stöd av annan lagstiftning och framför sammanfattningsvis följande krav beträffande omhändertagande för psykiatrisk vård oberoende av eget samtycke, nämligen krav på att bestämmelser skall finnas om begränsning av vårdtiden, på att frågan om förlängning av vårdtiden efter en begränsad första vårdtid skall prövas av länsrätten eller annan juridisk instans, på att det i samband med intagning för vård upprättas en vårdplan – för vilken socialnämnden skall svara och i vars upprättande patienten skall ges möjlighet att medverka – samt på att beslut om intagning skall kunna överklagas hos en juridisk instans.

Enligt motionärerna bör vidare möjligheten prövas att patienten erhåller ett biträde eller en kontaktperson, som bör utses av socialnämnden och som skall biträda patienten i hans/hennes situation.

I *motion 1980/81:1641 (s)* redovisas hur inom psykiatrin synen på psykiska sjukdomar vidgats från det medicinska eller biologiska synsättet, som bygger på att varje symtom motsvarar ett sjukdomstillstånd, till det psykodynamiska synsättet, som innebär att de psykiska sjukdomarna ses som känslomässiga störningar, och till synsättet att de psykiska sjukdomarna är uttryck för störningar i mellanmänskliga relationer. Motionärerna konstaterar att dessa sätt att se på de psykiska sjukdomarna kompletterar varandra och att de tillsammans kan utgöra en konstruktiv bas för psykiatrisk vård.

Motionärerna framhåller att den psykiatriska verksamheten bör omfatta såväl vård och behandling av psykiska sjukdomar som insatser för att förebygga sadana sjukdomar. Behovet av en fungerande samverkan mellan socialtjänsten och den psykiatriska vården understryks. Samverkan måste enligt motionärerna också sökas med primärvård, barnpsykiatri, arbetsvård, försäkringskassa, skola och polis etc.

Motionärerna vill att den psykiatriska vården skall kunna arbeta mera förebyggande, att den öppna vården byggs ut, att antalet slutna vårdplatser minskas och att vårdens innehåll förändras genom förbättrad personalutbildning och nya arbetsformer. Kravet på både organisatoriska förändringar och översyn av vårdprogram m. m. framhålls. För de orter där de stora psykiatriska sjukhusen har stor betydelse för sysselsättningen kräver motionärerna insatser för att skapa andra arbetstillfällen.

Motionärerna behandlar i särskilda avsnitt i motionen krav på översyn av reglerna om tvångsvård, krav på ökat inflytande m. m. för patienterna, deras anhöriga och handikapporganisationer, krav på förbättrad utbildning för olika kategorier vårdpersonal, krav på förebyggande arbete innefattande bl. a. krav på jourorganisation och uppspårning av negativa faktorer i samhället, krav på utveckling av den psykiatriska rehabiliteringen, krav på utformningen av vårdlokaler m. m., krav på boendeformer i vanliga bostadsområden för dem som f. n. vistas på psykiatriska vårdinstitutioner utan att vara i behov av detta, krav på organisation av den psykiatriska vården enligt den s. k. sektorsprincipen samt krav på den närmare utformningen av den öppna och slutna vården.

Motionärerna framhåller angelägenheten av att den nuvarande detaljregleringen av sjukvården genom sjukvårdslagen (1962:242) och därtill knutna författningar m. m. ersätts med en ramlagstiftning för sjukvården, som lämnar möjlighet för sjukvårdshuvudmännen att anpassa sjukvårdsorganisationen efter lokala förutsättningar och ger förutsättningar för utveckling av en progressiv psykiatrisk vård.

I *motion 1980/81:1645 (m, c)* anförs mot bakgrund av ett fall där en psykiater i sitt arbete bett med patienter bl. a. följande.

Det som komplicerar fallet med bön i vården av psykiskt sjuka är att läkaren arbetar i ett behandlingsteam. Han samarbetar där med en annan läkare och viss övrig personal för att hjälpa patienten. En läkare med kristen tro kan därför komma i konflikt om behandlingen på grund av att de andra i teamet har en annan uppfattning och betraktar bönen som olaglig eller skadlig.

Det föreligger därför anledning att i lagstiftningen precisera att bön och kristen terapi är tillåtna. En patient som själv är kristen bör ha rätt att få behandling av ett kristet team, där läkaren och annan personal också tror på bönens helande verkan. Inom psykiatrin används ju många medel, mediciner och behandlingsformer. Det bör vara klart att kristen tro och kristen praxis i sjuk- och själavård inte får förhindras vid våra sjukvårdsinrättningar.

Aktuella reformsträvanden beträffande den psykiatriska vårdens innehåll och organisation m. m.

Grundläggande riktlinjer för utvecklingen av hälso- och sjukvården

Omstrukturering av hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården pågår en omstrukturering därvid den öppna vården utanför sjukhus ställs i förgrunden på ett helt annat sätt än tidigare.

Grundläggande för den pågående utvecklingen är ett principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet (HS 80) som socialstyrelsen presenterade år 1975 (Socialstyrelsen anser 1976:1).

I HS 80 ges ett konkret förslag till vårdstruktur med uppdelning av verksamheterna på primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Den övervägande delen av vården skall lämnas inom primärvården vid vårdcentraler och vid sjukhem. För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvården – som skall bedrivas vid länssjukhus (motsvarande centrallasaretten) och vid länsdelssjukhus (motsvarande normallasaretten) – samt på regionsjukvården (vid regionsjukhus).

Primärvården skall ha ett förstahandsansvar för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett begränsat geografiskt område. Vid sidan av sjukvårdsuppgifterna skall primärvården ha en klar hälsopolitisk inriktning. De hälsovårdande och förebyggande åtgärderna skall avse såväl den kroppsliga som den psykiska hälsan. Som exempel på åtgärder av nämnda slag redovisar principprogrammet hälsovårdsupplysning, insatser syftande till ökad förståelse för sjukas och handikappades problem, hälsokontroller, skolhälsovård, hälsovård i förskolan, företagshälsovård, förebyggande mödra- och barnhälsovård och familjerådgivning.

I principprogrammet konstateras (s. 97) att en stor del av den förebyggande verksamheten emellertid till sin natur är socialpolitisk och att det ter sig naturligt att en utbyggd primärkommunal socialvård tar på sig ett ökat ansvar för förebyggande åtgärder beträffande den psykiska hälsan.

Den framtida inriktningen av hälso- och sjukvårdens insatser

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation beslutade i juni 1978 att ett nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000 (HS 90) skall upprättas. Principprogrammet skall belysa hälso- och sjukvårdssektorns lämpliga framtida omfattning, inriktning, struktur och resurskrav för nämnda tidsperiod och vara avvägt mot begränsningar i samhällsekonomin och tillgången på personal som successivt anges eller förväntas. För att leda utredningsarbetet tillsattes en styrgrupp med företrädare för staten och Landstingsförbundet. Socialstyrelsen svarar för det praktiska utredningsarbetet, som beräknas pågå under tidsperioden 1979–1983.

Under utredningsarbetet skall bl. a. beaktas att hälso- och sjukvården inte skall fungera enbart som mottagare av vårdsökande. En utgångspunkt skall vara att hälso- och sjukvården – vid sidan av de traditionella sjukvårdsuppgifterna – utifrån sin kunskap om hälsoproblemens uppkomst och orsaker aktivt arbetar för att samhället som helhet verkar för att bibehålla och förbättra befolkningens fysiska, psykiska och sociala hälsa.

Utredningsarbetet har indelats i två etapper. Under den första etappen har arbetet inriktats på att man skall redovisa och analysera olika områden av betydelse för inriktningen av det fortsatta utredningsarbetet. Inom ramen för

den första etappen har en rad underlagsstudier tagits fram, av vilka flertalet redovisats i år i följande tre volymer i SOU-serien, nämligen Hälsorisker – en kunskapssammanställning (SOU 1981:1), Ohälsa och vårdutnyttjande (SOU 1981:2) samt Hälso- och sjukvård i internationellt perspektiv (SOU 1981:3).

I den tillsammans med ovannämnda volymer framlagda skriften Utgångspunkter och riktlinjer för det fortsatta arbetet (SOU 1981:4) har redovisats bl. a. av socialdepartementets sjukvårdsdelegation i fjol godkända riktlinjer för den andra etappen i utredningsarbetet. Generella utgångspunkter för utredningsarbetet i denna etapp skall vara (1) att hälso- och sjukvårdens verksamhet måste utgå från ett offensivt hälsopolitiskt synsätt, (2) att befolkningens behov av vård skall vara av avgörande betydelse för fördelningen av hälso- och sjukvårdens resurser samt (3) att hälso- och sjukvårdens resursinsatser härutöver måste relateras till såväl samhällsekonomiska som sysselsättningspolitiska mål och restriktioner.

Förslag till ny lagstiftning för hälso- och sjukvården

Gällande sjukvårdslagstiftning – sjukvårdslagen (1962:242) med därtill hörande författningar – har sitt ursprung i en tid då verksamheten inom hälso- och sjukvården på ett helt annat sätt än i dag var inriktad enbart på den sjukhusbundna vården. Trots vissa genomförda ändringar, varigenom sjukvårdslagen anpassats till en ny organisation och en utvidgning av den öppna vården i läkardistrikt, har den ändå fortfarande sin tyngdpunkt i den sjukhusanknutna verksamheten. Den gällande sjukvårdslagstiftningen innehåller vidare en relativt omfattande detaljreglering.

Mot denna bakgrund tillkallades år 1975 hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) (S 1975:4) med uppdrag att utarbeta förslag till en helt ny lagstiftning för hälso- och sjukvården. HSU avgav under hösten 1979 sitt slutbetänkande (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården med förslag till en hälso- och sjukvårdslag i form av en ramlag för verksamheten. Betänkandet har remissbehandlats och är föremål för fortsatt beredning inom regeringskansliet. En proposition på grundval av förslag i betänkandet beräknas komma att föreläggas riksdagen inom kort.

I HSU:s förslag till hälso- och sjukvårdslag anges som mål för hälso- och sjukvården att den skall främja en god hälsa hos hela befolkningen samt erbjuda sina tjänster åt alla på lika villkor. En god hälso- och sjukvård skall bl. a. tillgodose de vårdsökandes behov av trygghet och kvalitet, präglas av en helhetssyn på den enskildes förhållanden, vara nära och lätt tillgänglig samt vara organiserad så att goda kontakter mellan de vårdsökande och hälso- och sjukvårdens personal underlättas. Landstingskommunerna och kommunerna som inte ingår i landstingskommun (sjukvårdshuvudmännen) skall ha ett totalansvar för hälso- och sjukvården, vilket bl. a. skall innebära att varje huvudman skall bära ett samlat ansvar för att främja hälsan hos dem

som är bosatta inom huvudmannens område och för att en god hälso- och sjukvård erbjuds dem. Huvudmännen skall vidare vid sin medverkan i samhällsplaneringen verka för en god hälsa hos befolkningen. Angelägenheten av hälso- och sjukvårdens inriktning på förebyggande åtgärder framhålls, dvs. samhällsinriktade förebyggande åtgärder samt sjukdomsförebyggande och uppspårande individinriktade åtgärder.

Reform av socialvården (socialtjänsten)

Riksdagen (prop. 1979/80:1, SoU 1979/80:44, rskr 1979/80:385) antog år 1980 socialtjänstlagen (1980:620), som skall träda i kraft den 1 januari 1982 och då jämte viss kompletterande lagstiftning ersätta den nuvarande socialhjälpslagen och annan social vårdlagstiftning. För socialtjänsten skall helhetssynen bli utmärkande. Helhetssynen beaktar individens totala situation, och den enskilde skall således ses i ett vidare socialt sammanhang, där boende- och arbetsförhållanden hör till de viktigaste faktorerna, men där också många andra aspekter kan behöva beaktas. Socialtjänsten skall sträva efter att finna en samlad lösning på sociala svårigheter i den enskildes eller gruppens totala situation.

Socialtjänsten skall genom strukturinriktade insatser såsom medverkan i samhällsplaneringen främja goda miljöer i kommunen, genom allmänt inriktade insatser tillgodose olika gruppers behov samt genom individuellt inriktade insatser lämna sociala tjänster direkt anpassade till den enskilde individens behov.

Socialstyrelsens riktlinjer för 1980-talets psykiatriska vård

Den psykiatriska vården har varit föremål för utredning inom socialstyrelsen sedan slutet av 1960-talet. Överväganden om den psykiatriska vården har under årens lopp presenterats i en rad skrifter, nämligen år 1970 i skriften Principplan för den psykiatriska vården med tillämpning i första hand på Västmanlands län (Socialstyrelsen redovisar 1970:16), år 1973 i skriften Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation, år 1976 i skriften Principprogram för hälso- och sjukvården inför 80-talet (Socialstyrelsen anser 1976:1) och år 1978 i skriften Förslag till principprogram för psykiatrisk hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen redovisar 1978:5). Skrifterna representerar en successiv utveckling av socialstyrelsens syn på den psykiatriska vårdens innehåll och organisation m. m. I utskottets betänkande SoU 1977/78:42 har lämnats översiktliga redogörelser för innehållet i här nämnda skrifter.

På grundval av det år 1978 framlagda förslaget till principprogram och remissbehandlingen av detsamma redovisade socialstyrelsen år 1980 i skriften Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård (Socialstyrelsen anser

1980:2) den huvudsakliga inriktning för planeringen av den psykiska hälso- och sjukvården som enligt socialstyrelsen bör gälla på längre sikt. Mera konkret anges riktlinjer inför 1980-talet. Ett grundläggande långsiktigt principprogram för den psykiska hälso- och sjukvården bör enligt socialstyrelsen samordnas med pågående aktiviteter för att utveckla ett principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000.

De presenterade riktlinjerna omfattar enbart den vuxenpsykiatriska verksamheten med hänsyn till att en parlamentarisk utredning förutskickats, där barn- och ungdomspsykiatrins framtida utveckling kommer att övervägas.

Huvuddragen i utvecklingen av den psykiatriska vården bör enligt de presenterade riktlinjerna vara en utveckling mot öppnare vårdformer med decentralisering av resurserna till mindre enheter i människornas närmiljö, minskning av vårdplatsantalet i sluten vård, decentralisering av långtidsvården samt ökad samverkan med socialtjänsten.

Det slås fast att psykiska störningar är komplexa och kan orsakas av biologiska, psykologiska och sociala faktorer var för sig eller vanligen i förening samt att samhällets stödinsatser kan bestå av medicinska, psykologiska och sociala behandlings- och serviceåtgärder under medverkan av personal med olika kompetens.

Psykiatrins arbetsuppifter skall omfatta miljö- och individförebyggande insatser, behandling, omvårdnad, utbildning samt forsknings- och utvecklingsarbete.

Primärvården förutsätts ha ett totalt ansvar för den primära hälso- och sjukvården inom sitt område. Andra insatser än medicinska insatser, som kan aktualiseras i anslutning till primärvårdsarbetet, förutsätts socialtjänsten dock i första hand svara för. När det gäller det psykiatriska vårdansvaret bör hälso- och sjukvårdens ansvar begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som i de särskilda fallen bedöms kräva insatser av endera medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samverkan med personal med psykologisk eller social kompetens. Socialtjänsten förutsätts få betydande uppgifter i vården av personer med psykosociala störningar, dels i samarbete med primärvården, dels genom social service, omvårdnad och aktivering av personer med psykiska handikapp.

Samtliga läkare i primärvården förutsätts i framtiden ha viss utbildning i psykiatri. För mera komplicerade psykiatriska vårdbehov förutsätts konsultinsatser från länssjukvårdens psykiatri. På längre sikt är målet att personalresurser för mer kvalificerade psykiatriska arbetsuppgifter skall tillföras primärvårdsorganisationen.

De huvudsakliga psykiatriska arbetsuppgifterna för *länssjukvården* skall omfatta de psykiska störningar som kräver sådana kvalificerade resurser och sådan kompetens som primärvården inte förfogar över, inkl. bl. a. psykia-

trisk dygnet-runt-vård. Den slutna psykiatriska korttidsvården bör så långt som är praktiskt möjligt samlokaliseras med sluten somatisk korttidsvård.

Den psykiatriska länssjukvården bör organiseras enligt sektoriseringsprincipen, innebärande att en klinik eller del därav bör ha ett sammanhållet ansvar för länssjukvårdens hela psykiatriska verksamhet inom ett geografiskt avgränsat område. Inom den sektoriserade enhetens ram bör finnas några psykiatriska team som svarar för mindre betjäningsområden.

Behovet av *regionsjukvård* inom psykiatrin anges vara mycket begränsat. Psykiatrisk regionsjukvård anges bli aktuell framför allt när tillgång till den somatiska regionsjukvårdens resurser erfordras eller vid alldeles speciellt svårbemästrade problem i fråga om diagnostik eller behandling.

När det gäller *de f. d. mentalsjukhusen* påpekas det bl. a. att antalet vårdplatser som behöver utnyttjas vid dessa sjukhus successivt kommer att minskas i avsevärd grad. Det anges emellertid att betydande svårigheter föreligger för att i omstruktureringen av den psykiatriska vården snabbt reducera verksamheten vid dessa sjukhus med hänsyn till att det av många uppfattas som en oförsvarlig kapitalförstöring om inte nuvarande byggnader i fortsättningen utnyttjas för psykiatrisk vård och att arbetsmarknadspolitiska och personalpolitiska argument ofta framförs för ett bibehållande av dessa sjukhus med oförändrat antal anställda. Det betonas att det är nödvändigt att finna former för sjukhusens fortsatta utnyttjande som inte försvårar den nödvändiga omstruktureringen av psykiatrin.

I riktlinjerna behandlas i ett särskilt avsnitt behovet av åtgärder för *grupper som ställer speciella krav på den psykiatriska hälso- och sjukvården*, nämligen missbrukare, patienter med åldersdement beteende, invandrare och döva.

För genomförande av riktlinjerna förutskickas i skriften *fortsatt utredningsarbete* om särskilda åtgärder för att förbättra rekryteringen av psykiatrer och en analys av de f. d. mentalsjukhusens framtida funktion m. m. Vidare anges att det för att ett långsiktigt principprogram skall kunna utarbetas krävs ytterligare utredningsinsatser beträffande (1) den långsiktiga fördelningen av arbetsuppgifter mellan psykiatrisk länssjukvård och primärvård samt mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, (2) utvärdering av olika psykiatriska vårdmodeller, (3) vård av missbrukare, (4) psykoterapi samt (5) vissa frågor rörande personalen inom den framtida psykiatriska vården.

Utredningsarbete beträffande vissa av dessa delområden har påbörjats inom socialstyrelsen.

Vikten av att stödja forskning betonas, bl. a. såväl medicinsk som tvärvetenskaplig forskning kring de psykiska sjukdomarna.

Med stöd av ett bemyndigande av regeringen år 1980 har tillkallats utredningen (S 1980:9) om formerna för den psykiska barn- och ungdomsvårdens samt familjerådgivningens verksamhet för att utreda hur den

verksamhet som bedrivs inom den psykiska barn- och ungdomsvården samt den kommunala familjerådgivningen skulle kunna samordnas inbördes och med andra verksamheter med närliggande arbetsuppgifter.

Tidigare riksdagsbehandling

I motioner som väckts under de senaste åren har framställts yrkanden som syftat till en förändring av den psykiatriska vårdens innehåll och organisation m. m. På förslag av socialutskottet i betänkandena SoU 1975:5, 1975/76:34, 1976/77:26, 1977/78:42, 1979/80:8 och 1980/81:2 har riksdagen avslagit motionerna.

I betänkande SoU 1980/81:2 anförde utskottet bl. a. följande.

Utskottet har i inledningen till detta avsnitt översiktligt redovisat riktlinjerna för förändring av strukturen och innehållet i såväl hälso- och sjukvården, inkl. den psykiatriska vården, som socialtjänsten. De avsedda förändringarna innebär bl. a. att hälso- och sjukvården samt socialtjänsten skall ha en offensiv inriktning, dvs. på olika sätt – bl. a. genom samverkan med samhällsorgan, organisationer m. fl. – söka förebygga ohälsa och sociala missförhållanden. Vidare skall vården erbjudas i människornas närmiljö. En av utgångspunkterna i utredningsarbetet om den psykiatriska vården har varit att behandlingsmöjligheter skall finnas som så litet som möjligt gör det nödvändigt att den enskilde patienten rycks loss ur sitt vanliga sociala grupp- och samhällssammanhang.

Psykiatrisk vård oberoende av eget samtycke

LSPV

Vård enligt bestämmelserna i sjukvårdslagen – vare sig vården är somatisk eller psykiatrisk – är frivillig och kan inte förenas med tvångsåtgärder.

För de fall psykiskt sjuka måste vårdas oberoende av eget samtycke kan vård beredas enligt bestämmelser i lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV).

I betänkande SoU 1980/81:2 har lämnats en närmare redogörelse för bestämmelserna i LSPV, varför en mera sammanfattande redovisning ges här.

Sluten psykiatrisk vård får enligt LSPV beredas den som lider av psykisk sjukdom om sådan vård är oundgängligen påkallad med hänsyn till sjukdomens art och grad och om till följd av sjukdomen en eller flera av fem olika specialindikationer föreligger. Vården får beredas på sjukhus som drivs av staten eller sjukvårdshuvudman. Vård enligt LSPV bereds huvudsakligen vid de f. d. mentalsjukhusen. För behandling av vissa frågor enligt lagen finns utskrivningsnämnder med särskilda geografiska verksamhetsområden och som besvärsinstans en för riket gemensam psykiatrisk nämnd.

Den som är intagen på sjukhus enligt LSPV får hindras att lämna sjukhuset och i övrigt underkastas nödvändigt tvång. Möjlighet finns även att besluta

om brevcensur. Under vårdtiden kan patienten få tillstånd att kortare tid vistas på egen hand utom sjukhusområdet.

Så snart förutsättningar för att bereda patienten vård enligt LSPV inte längre föreligger skall han utskrivas. Detta skall prövas fortlöpande. I stället för utskrivning kan patienten bli utskriven på försök för viss bestämd tid, högst sex månader åt gången. Under utskrivning på försök får patienten ställas under tillsyn samt åläggas att iaktta särskilda föreskrifter.

Om intagning, tvångsåtgärder under sjukhusvistelsen m. m., tillstånd att vistas på egen hand utom sjukhusområdet, utskrivning och utskrivning på försök beslutar överläkaren vid aktuell sjukhusenhet. Överläkarens beslutanderätt kan i vissa fall delegeras till annan läkare. Beträffande patienter som av domstol överlämnats till sluten psykiatrisk vård och vissa andra patientkategorier är det utskrivningsnämnden som i vissa avseenden har att fatta beslut.

Över överläkares beslut rörande intagning, tillstånd att vistas på egen hand utom sjukhusområdet, slutlig utskrivning och utskrivning på försök får patienten anföra besvär hos utskrivningsnämnden. Över utskrivningsnämnds beslut får med vissa undantag besvär anföras hos psykiatriska nämnden.

Utskrivningsnämnd består av tre ledamöter, nämligen en lagfaren ordförande, en läkare och en lekman. Psykiatriska nämnden består av fem ledamöter, nämligen en lagfaren ordförande, två läkare och två lekmän. Ledamöterna i utskrivningsnämnderna och psykiatriska nämnden förordnas av regeringen.

Översyn av LSPV

Under slutet av 1970-talet framlades i olika sammanhang förslag till mera omfattande ändringar i LSPV – senast i proposition 1979/80:1 om socialtjänsten – varom en översiktlig redogörelse lämnats i utskottets ovannämnda betänkande SoU 1980/81:2 (s. 14–15). Förslagen ledde dock inte till att de genomfördes. I stället har den år 1980, med anledning av ett initiativ av socialutskottet (SoU 1979/80:24, rskr 1979/80:142), tillkallade parlamentariska socialberedningen (S 1980:7) – som har i uppdrag att göra en översyn av bestämmelserna om vård oberoende av samtycke inom socialtjänst- och sjukvårdslagstiftningen m. m. – bl. a. fått till uppgift att se över LSPV i sin helhet. Socialberedningen avgav i juni i år delbetänkandet (Ds S 1981:7) Ändringar i lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Socialberedningen, som efter avgivandet av delbetänkandet påbörjat en mera genomgripande översyn av LSPV som syftar till att en bättre vård och en stärkt rättssäkerhet skall beredas patienterna inom den slutna psykiatriska vården, har i delbetänkandet behandlat frågor som socialberedningen anger delvis vara av begränsad, övervägande teknisk och praktisk natur. Förslagen berör huvudsakligen intagningsförfarandet och

utskrivningsnämndernas verksamhet.

En proposition (prop. 1981/82:72) på grundval av socialberedningens ovannämnda delbetänkande har nyligen framlagts för riksdagen.

Enligt tilläggsdirektiv (Dir. 1981:55) som regeringen i år gett socialberedningen skall socialberedningen bl. a. överväga möjligheten att anordna en funktion som allmänt ombud i sociala mål vid länsstyrelserna. I det anförande av chefen för socialdepartementet som ligger till grund för tilläggsdirektiven anförs bl. a. att även inom ramen för LSPV ett allmänt ombud kan tänkas få vissa uppgifter och att en ombudsfunktion givetvis inte behöver få till uppgift uteslutande att vara motpart till de enskilda utan kan också ges till uppgift att ta till vara de enskildas intressen på vissa områden. Enligt tilläggsdirektiven har socialberedningen vidare fått i uppdrag att redovisa sina principiella överväganden i fråga om en allmän översyn av LSPV under år 1983.

Tidigare riksdagsbehandling

I utskottets ovannämnda betänkande SoU 1977/78:42 behandlades även en motion, vari fråga om minimering av tvånget inom den psykiatriska vården togs upp. På förslag av utskottet avslog riksdagen motionen. Utskottet hänvisade beträffande denna fråga till en inom regeringskansliet pågående beredning av ett förslag av socialstyrelsen till ny lagstiftning om viss psykiatrisk vård.

I utskottets ovannämnda betänkande SoU 1980/81:2 behandlades ett motionsyrkande, vari begärdes utredning och förslag till en reformerad lagstiftning med målet att drastiskt bringa ned antalet tvångsomhändertaganden och att striktare kontrollera dem i enlighet med riktlinjer som angavs i motionen. På förslag av utskottet avslog riksdagen yrkandet. Utskottet hänvisade till socialberedningens uppgift att göra en översyn av LSPV i dess helhet.

I betänkande SoU 1979/80:24, varigenom utskottet tog initiativ till tillkallandet av socialberedningen, framhöll utskottet bl. a. att den begärda beredningen borde undersöka behovet av en särskild kontaktman för personer som är intagna för vård enligt lagstiftningen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall.

Bestämmelser om läkares yrkesutövning, m. m.

Grundläggande bestämmelser om utövande av verksamhet på hälso- och sjukvårdens område

Den nuvarande lagstiftningen med grundläggande bestämmelser om utövande av verksamhet på hälso- och sjukvårdens område tillkom år 1960 (prop. 1960:141, 2LU 1960:44) och omfattar dels lagen (1960:408) om behörighet att utöva läkaryrket, dels lagen (1960:409) om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Beträffande uppdelningen av bestämmelserna på området på två särskilda lagar anförde föredragande departementschefen i proposition 1960:141 s. 34 bl. a. att lagstiftningen borde som dittills omfatta regler för den speciella form av behörighet, som borde tilläggas de på vetenskaplig grund arbetande och utbildade läkarna, samt, med utgångspunkt i att envar äger frihet att utöva verksamhet på hälso- och sjukvårdens område, uppta de begränsningar i denna frihet som måste anses nödvändiga för att skydda allmänheten. Föredragande departementschefen anförde att han härvid ville förorda att de båda ämnesområdena behandlades i var sin lag och tillade att härigenom skulle markeras också formellt att det i allmänhet föreligger en väsentlig skillnad mellan de utbildade läkarnas verksamhet, å ena sidan, samt kvacksalvarnas och andra icke auktoriserade utövares verksamhet, å andra sidan.

I *lagen om behörighet att utöva läkaryrket* finns bestämmelser om vilka som är behöriga att utöva läkaryrket, om villkor för erhållande av legitimation som läkare – som meddelas av socialstyrelsen – samt grundläggande bestämmelser om specialistkompetens, m. m. Behöriga att utöva läkaryrket är bl. a. legitimerade läkare. Till lagen är knuten kungörelsen (1972:678) med tillämpningsföreskrifter till lagen om behörighet att utöva läkaryrket. I kungörelsen finns bl. a. de närmare villkoren för erhållande av legitimation såsom läkare samt för erhållande av specialistkompetens, som också meddelas av socialstyrelsen.

Lagen om förbud i vissa fall mot verksamhet på hälso- och sjukvårdens område (*"kvacksalverilagen"*) äger tillämpning på den som mot ersättning undersöker annans hälsotillstånd eller behandlar annan för sjukdom eller därmed jämförligt tillstånd genom att vidta eller föreskriva åtgärd i förebyggande, botande eller lindrande syfte. Bestämmelserna i lagen gäller dock inte den som innehar behörighet att utöva läkaryrket eller som eljest är i sin verksamhet på hälso- och sjukvårdens område ställd under socialstyrelsens tillsyn. Enligt lagen är behandling av vissa sjukdomar och vissa behandlingsmetoder m. m. förbjudna.

Tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl.

För läkare och andra yrkesutövare inom hälso- och sjukvården finns bestämmelser om allmänna åligganden, om ansvar för fel och försummelser i vården och om ordningen för ansvarets utkrävande m. m. i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m. fl. (tillsynslagen). Tillsynslagen omfattar inte den som omfattas av kvacksalverilagen.

Enligt 2 § tillsynslagen står hälso- och sjukvårdspersonalen i yrkesutövningen under tillsyn av socialstyrelsen.

Regeringen äger enligt 3 § meddela sådana föreskrifter om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen som behövs till skydd för enskilda eller för verksamhetens bedrivande i övrigt. Regeringen får överlåta åt socialstyrelsen att meddela sådana föreskrifter. Sådant bemyndigande för socialstyrelsen har lämnats i 3 § förordningen (1981:683) med instruktion för socialstyrelsen.

Socialstyrelsen eller den som socialstyrelsen förordnar har enligt 4 § tillsynslagen rätt att inspektera hälso- och sjukvårdspersonalens verksamhet.

Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall vinnlägga sig om att ge patienten sakkunnig och omsorgsfull vård. Han skall så långt det är möjligt utforma och genomföra vården i samråd med patienten. Han skall visa patienten omtanke och respekt (5 § första stycket).

Om den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen uppsåtligen eller av oaktsamhet åsidosätter vad som åligger honom i hans yrkesutövning och felet ej är ringa, får disciplinpåföljd åläggas honom. Disciplinpåföljd är erinran och varning (12 § första stycket).

Legitimation att utöva yrke inom hälso- och sjukvården kan återkallas om vissa förutsättningar föreligger som anges i 15 § i tillsynslagen.

Frågor om disciplinansvar enligt tillsynslagen prövas av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Närmare bestämmelser om läkares yrkesutövning m. m.

Närmare bestämmelser om läkares yrkesutövning m. m. finns i allmänna läkarinstruktionen (1963:341), som omfattar envar som äger behörighet att utöva läkaryrket.

Enligt 3 § åligger det varje läkare – vare sig han är i allmän tjänst eller enskilt utövar läkaryrket – bl. a. "att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet meddela patient de råd och, såvitt möjligt, den behandling, som patientens tillstånd fordrar".

Den angivna skyldigheten för läkare enligt allmänna läkarinstruktionen att handla i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet har inte närmare preciserats genom föreskrifter. Socialstyrelsen har i princip meddelat råd och anvisningar m. m. enbart beträffande verksamhet, där

stora risker föreligger. Detta har medfört att vad som utgör vetenskap och beprövad erfarenhet ytterst utformas av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och domstolarna i samband med behandling av frågor om fel och försummelser av läkare.

Vissa etiska normer för läkare m. m.

I en "Declaration of Geneva", som antagits av World Medical Association (WMA) år 1948 och som därefter kompletterats, sägs bl. a. att läkaren inte får tillåta att hänsyn till religion, nationalitet, ras, partipolitik eller samhällsställning ingriper i förhållandet mellan honom och hans patient. En regel som nära ansluter sig till detta finns i läkarregler som Sveriges läkarförbund antagit år 1968.

World Psychiatric Association (WPA) har vid ett möte på Hawaii år 1977 i en "Declaration of Hawaii" fastställt etiska riktlinjer för psykiatrer i hela världen. I dessa riktlinjer sägs bl. a. att psykiatern ansvarar för behandling som ges av medlemmar av arbetslaget och är skyldig medlemmarna kvalificerad tillsyn och utbildning. Enligt riktlinjerna får bl. a. inte något förfarande användas eller någon behandling ges mot eller oberoende av patientens egen vilja, såvida inte patienten saknar förmåga att framföra sina önskningar eller, med hänsyn till sin psykiska sjukdom, inte kan inse vad som är i hans intresse eller vad som innebär ett strängt hot mot andra. Psykiatern måste bl. a. vidare beakta att han inte låter otillbörliga personliga önskningar, känslor eller fördomar inkräkta på behandlingen.

Det medicinska ledningsansvaret

Enligt bestämmelser i 31 § sjukvårdskungörelsen (1972:676) åligger det överläkare bl. a. att ansvara för sjukvårdens behöriga och ändamålsenliga handhavande inom det verksamhetsområde som anförtrotts honom. Enligt bestämmelser i 32 § sjukvårdskungörelsen har biträdande överläkare bl. a. motsvarande ansvar för den sjukvård som anförtrotts honom.

Visst ärende hos hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Den i motion 1980/81:1645 (m, c) nämnda psykiatern är sedan år 1976 överläkare vid psykiatriska kliniker. En utredningsgrupp inom socialstyrelsen, som år 1980 gjorde en inspektion av denne läkares verksamhet inom den psykiatriska vården, fann bl. a. att han i vissa situationer använt sig av aktiv religiös påverkan som ett inslag i sin psykiatriska behandling och att denna

verksamhet måste bedömas såsom otillbörlig och såsom sådan otillåten samt stå i strid med vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet. Utredningsgruppen fann vidare att överläkarens religiösa aktiviteter lett till sådana relationer till medarbetare i det psykiatriska team, för vilket han hade medicinskt ledningsansvar, att samarbete för det dåvarande tedde sig omöjligt.

Socialstyrelsen väckte genom en anmälan i slutet av år 1980 hos hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd frågan om disciplinansvar för överläkaren. På grundval av vad utredningsgruppen anfört i sin rapport över inspektionen fann socialstyrelsen sannolika skäl föreligga att överläkaren i sin medicinska verksamhet inte handlat i överensstämmelse med kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet. På grund härav ansåg socialstyrelsen att frågan om disciplinär påföljd för överläkaren skulle prövas av ansvarsnämnden och överlämnade utredningsgruppens rapport med de i rapporten framförda anmärkningarna mot överläkarens verksamhet.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd har ännu inte fattat slutligt beslut i ärendet.

Den andliga vården vid sjukhusen

År 1958 godkände riksdagen (prop. 1958 A:67 och 1958 B:21, SU 1958 B:91, rskr 1958 B:121) riktlinjer och normer för ordnande av den andliga vården vid sjukhusen. Riksdagens beslut innebar att prästerskapet i det territoriella pastorat, inom vilket ett sjukhus är beläget, skulle ha ansvaret för den andliga vården vid sjukhuset. Den andliga vården vid sjukhusen skulle vara en del av prästernas ordinarie arbetsuppgifter. Vid bestämmande av den församlingsprästerliga organisationen i ett pastorat skulle hänsyn tas till antalet vårdplatser vid sjukhus inom pastoratet. Även de frikyrkliga samfunden skulle beredas möjlighet att utöva andlig vård vid sjukhusen. Den frikyrkliga insatsen skulle dock ske i helt fria former utan annan reglering från samhällets sida än vad som kunde finnas påkallat av hänsyn till sjukvården.

På begäran av 1973 års riksdag (KrU 1973:33, rskr 1973:285) tillkallades år 1974 utredningen (U 1974:10) om andlig vård för att göra en utredning rörande den andliga vården vid sjukhusen och vid kriminalvårdens anstalter. Utredningen avgav år 1979 betänkandet (Ds Kn 1979:2) Andlig vård vid sjukhus, kriminalvårdsanstalter m. m. med förslag om bl. a. förstärkning av insatserna för den andliga vården vid sjukhusen.

Efter remissbehandling av betänkandet redovisades betänkandet i vad det avsåg den andliga vården vid sjukhusen jämte remissyttranden över betänkandet i denna del för riksdagen i prop. 1979/80:152. På grundval av förslag i propositionen godkände riksdagen (KrU 1979/80:29, rskr 1979/80:357) vissa riktlinjer för inrättande av prästerliga tjänster för den andliga vården vid sjukhusen m. m.

Förslagen i betänkandet har också lett till viss uppräkning av anslaget till bidrag till trossamfund under kommundepartementets huvudtitel för trossamfundens insatser för andlig vård vid sjukhusen.

Utskottet

I de motioner som behandlas i detta betänkande tas upp frågor om utvecklingen av den psykiatriska vården, om psykiatrisk vård oberoende av samtycke samt om bön och kristen terapi inom den psykiatriska vården.

Om den psykiatriska vårdens nuvarande organisation m. m. kan i korthet nämnas följande.

Sluten psykiatrisk vård bedrivs vid lasarett för uteslutande psykiatrisk vård (tidigare mentalsjukhus), psykiatriska kliniker vid kroppssjukhus (till vilka även tidigare mentalsjukhus administrativt kan vara knutna), sjukhem samt enskilda vårdhem. Antalet vårdplatser för sluten vård uppgick år 1980 till ca 28 000, varav ca 16 000 vid tidigare mentalsjukhus, ca 4 000 vid psykiatriska kliniker vid kroppssjukhus, ca 5 000 vid sjukhem och ca 3 000 vid enskilda vårdhem. Öppen vård bedrivs jämsides med den slutna vården samt vid vissa polikliniker och vårdcentraler, vid vilka läkare som är specialister i psykiatri tjänstgör.

Den slutna psykiatriska vården regleras liksom kroppssjukvården genom bestämmelser i sjukvårdslagen (1962:242) och den till denna lag anknutna sjukvårdskungörelsen (1972:676) samt beträffande de statliga sjukhusen – Karolinska sjukhuset och Akademiska sjukhuset i Uppsala – genom bestämmelser i reglementena för dessa sjukhus. Vården enligt nämnda bestämmelser är frivillig och kan inte förenas med tvångsåtgärder. För de fall psykiskt sjuka måste vårdas oberoende av eget samtycke kan vård beredas enligt bestämmelser i lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Den som är intagen på sjukhus enligt LSPV får bl. a. hindras att lämna sjukhuset. Vård enligt LSPV bereds huvudsakligen vid de tidigare mentalsjukhusen.

Antalet vårdtillfällen inom den slutna psykiatriska vården vid frivillig intagning har under de senaste årtiondena fortgående ökat medan intagningar med stöd av LSPV och motsvarande tidigare lagstiftning har minskat något. Medelvårdtiderna för huvuddelen av patienterna har minskat. Läkarbesöken inom den öppna psykiatriska vården har ökat.

Utvecklingen av den psykiatriska vården

I motion 1980/81:943 av Lars Werner m. fl. (vpk) begärs att riksdagen som sin mening skall ge regeringen till känna vad i motionen sägs om en genomgripande psykiatrisk reform i Sverige samt hemställa hos regeringen om skyndsamt förslag i enlighet härmed. Motionärerna anger i nio punkter

de huvuddrag som den av dem önskade reformen bör ha. Dessa innebär sammanfattningsvis, *att* mentalsjukhusen bör helt avvecklas fram till år 1985, *att* den slutna vården bör reduceras och den öppna vården vara den normala formen *samt att* behandling av psykiska problem bör utgå från en social och beteendevetenskaplig grundsyn och den gamla medicinska psykiatrin organisatoriskt och utbildningsmässigt brytas ned. Auktoritär människosyn och auktoritära behandlingsformer bör, framhålls det i motionen, ersättas med en dynamisk och demokratisk syn på människor och vårdorganisation. Motionärerna anser också att tvångsomhändertagandena i den psykiatriska vården bör drastiskt skäras ned och göras till föremål för sträng rättslig prövning, något som utskottet återkommer till i följande avsnitt.

I motion 1980/81:1641 av Göran Karlsson m. fl. (s) begärs att riksdagen godkänner de riktlinjer för den psykiatriska vårdens utveckling som anges i motionen. Motionärerna framhåller bl. a. att sätten att se på de psykiska sjukdomarna som uttryck för sjukdomstillstånd av biologiskt slag, som uttryck för känslomässiga störningar och som uttryck för störningar i mellanmänskliga relationer tillsammans kan utgöra en konstruktiv bas för psykiatrisk vård. Motionärerna vill sammanfattningsvis *att* den psykiatriska vården skall arbeta mera förebyggande och i ökad utsträckning samverka med socialtjänsten och andra funktioner i samhället, *att* den öppna vården skall byggas ut, *att* antalet slutna vårdplatser skall minskas *samt att* vårdens innehåll skall förändras genom förbättrad personalutbildning och nya arbetsformer. Motionärerna framställer i motionen en rad konkreta krav beträffande utvecklingen av den psykiatriska vården. Till ett därvid framfört krav på översyn av reglerna om tvångsvård återkommer utskottet i följande avsnitt.

De riktlinjer som uppställts eller föreslagits för utvecklingen av hälso- och sjukvården inkl. den psykiatriska vården m. m. redovisas i korthet nedan. En utförligare redogörelse har lämnats i ett föregående avsnitt (s. 3–9).

Enligt ett av socialstyrelsen utarbetat principprogram för hälso- och sjukvården inför 1980-talet (HS 80) (Socialstyrelsen anser 1976:1) – som utgör underlag för en pågående omstrukturering av hela hälso- och sjukvården – skall den övervägande delen av vården lämnas inom primärvården vid vårdcentraler och sjukhem. Primärvården skall ha ett förstahandsansvar för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett begränsat geografiskt område, och de hälsovårdande och förebyggande åtgärderna skall avse såväl den kroppsliga som den psykiska hälsan. Det förutsätts bl. a. att det skall ingå i uppgifterna för primärvården att aktivt medverka i skyddet mot miljöfaktorer som hotar hälsan. För den specialiserade medicinska verksamheten skall primärvården kunna repliera på länssjukvården samt på regionsjukvården.

Socialstyrelsen redovisade år 1980 i skriften Riktlinjer för 80-talets psykiatriska vård (Socialstyrelsen anser 1980:2) den huvudsakliga inriktning

för planeringen av den psykiska hälso- och sjukvården som enligt socialstyrelsen bör gälla på längre sikt samt angav mera konkret riktlinjer inför 1980-talet. Huvuddragen i utvecklingen av den psykiatriska vården föreslås bl. a. vara en utveckling mot öppnare vårdformer med decentralisering av resurserna till mindre enheter i människornas närmiljö samt ökad samverkan med socialtjänsten. Primärvården förutsätts i enlighet med HS 80 ha ett ansvar för den primära psykiatriska hälso- och sjukvården. Länssjukvården skall omfatta de psykiska störningar som kräver sådana kvalificerade resurser och kompetens som primärvården inte förfogar över, inkl. psykiatrisk dygnet-runt-vård. Den psykiatriska länssjukvården bör organiseras enligt sektoriseringsprincipen som innebär att en klinik eller del därav skall ha ett sammanhållet ansvar för hela den psykiatriska verksamheten på denna nivå inom ett geografiskt avgränsat område. Inom den sektoriserade enhetens ram bör finnas några psykiatriska team som svarar för mindre betjäningsområden. Behovet av psykiatrisk regionsjukvård förutsätts bli mycket begränsat. Antalet vårdplatser vid de f. d. mentalsjukhusen som behöver utnyttjas förutsätts komma att minska i avsevärd grad.

Mot bakgrund bl. a. av att gällande sjukvårdslagstiftning fått sin tyngdpunkt i den sjukhusanknutna verksamheten tillkallades år 1975 hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) (S 1975:4) för att utarbeta förslag till en helt ny lagstiftning för hälso- och sjukvården. HSU avgav under hösten 1979 sitt slutbetänkande (SOU 1979:78) Mål och medel för hälso- och sjukvården med förslag till en hälso- och sjukvårdslag i form av en ramlag för hälso- och sjukvården. I betänkandet – som kommer att ligga till grund för en proposition som skall avlämnas i början av nästa år – föreslås bl. a. att sjukvårdshuvudmännen skall ha ett totalansvar för hälso- och sjukvården som bl. a. skall innebära att de skall planera hälso- och sjukvårdens utveckling och organisation med utgångspunkt i människornas samlade behov.

Riksdagen (prop. 1979:1, SoU 1979/80:44, rskr 1979/80:385) antog år 1980 socialtjänstlagen (1980:620), som skall träda i kraft den 1 januari 1982 och då ersätta den nuvarande socialhjälpslagen och annan social vårdlagstiftning. För socialtjänsten skall helhetssynen bli utmärkande, vilket bl. a. innebär att socialtjänsten skall sträva efter att finna en lösning på sociala svårigheter i den enskildes eller gruppens totala situation. Helhetssynen förutsätter ett nära samarbete över sektorgränser, och socialtjänsten skall vid behov samarbeta med andra organ i samhället och med organisationer och föreningar. I socialtjänstlagen framhålls bl. a. socialnämndernas uppgift att främja goda miljöer i kommunen och förutsättningarna för goda levnadsförhållanden vid sidan av uppgiften att svara för råd, stöd och annat bistånd till familjer och enskilda som behöver det.

Socialdepartementets sjukvårdsdelegation beslutade år 1978 att ett principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990–2000 (HS 90) skall upprättas. En utgångspunkt för arbetet härmed skall

vara att hälso- och sjukvården – vid sidan av de traditionella sjukvårdsuppgifterna – aktivt arbetar för att samhället som helhet verkar för att bibehålla och förbättra befolkningens fysiska, psykiska och sociala hälsa.

De förändringar man genom ovannämnda riktlinjer m. m. vill åstadkomma kan i korthet sammanfattas sålunda.

Hälso- och sjukvården samt socialtjänsten skall ha en offensiv inriktning, dvs. på olika sätt – bl. a. genom samverkan med samhällsorgan, organisationer m. fl. – söka förebygga ohälsa och sociala missförhållanden. Vården skall erbjudas i människornas närmiljö. Inom den psykiatriska vården skall finnas behandlingsmöjligheter som så litet som möjligt gör det nödvändigt att den enskilde patienten rycks loss ur sitt vanliga sociala grupp- och samhällssammanhang. Den öppna vården måste byggas ut och antalet slutna vårdplatser minskas.

Inriktningen av förändringsarbetet beträffande den psykiatriska vården överensstämmer i allt väsentligt med de förändringar som åsyftas i motion 1980/81:943 (vpk) och motion 1980/81:1641 (s).

Utskottet vill understryka angelägenheten av att den psykiatriska vården och angränsande vårdområden ges resurser så att avsedda förändringar verkligen kan genomföras. Utbildningen av personal för och inom den psykiatriska vården är av väsentlig betydelse för att förändringar skall åstadkommas. Det behövs också organisatoriska förändringar och en översyn av vårdprogram m. m. Möjligheterna att förändra arbetsformerna beror också till en del på om psykiatrin kan få väl fungerande lokaler. Åtskilliga patienter skulle kunna bo utanför slutna vårdinstitutioner om det fanns lämpliga boendeformer med stöd och hjälp i boendet. Kommunerna bör i samverkan med hälso- och sjukvården analysera behoven av lämpliga boendeformer.

Med hänsyn till den lämnade redovisningen och till att utvecklingen av primärvården över huvud taget och den psykiatriska vården tillhör det som prioriteras i sjukvårdshuvudmännens verksamhet påkallar motionerna enligt utskottets mening inte något initiativ av riksdagen. Utskottet avstyrker därför motion 1980/81:943 (vpk) och motion 1980/81:1641 (s) i här aktuella delar.

Psykiatrisk vård oberoende av samtycke

Som nämnts ovan ingår i den i motion 1980/81:943 (vpk) begärda psykiatriska reformen att tvångsomhändertagandena i den psykiatriska vården skall drastiskt skäras ned och göras till föremål för sträng rättslig prövning och i de i motion 1980/81:1641 (s) begärda riktlinjerna för den psykiatriska vårdens utveckling en översyn av reglerna om tvångsvård inom den psykiatriska vården.

I motion 1980/81:1629 av Arne Andersson i Gustafs (c) och Karin

Israelsson (c) begärs att socialberedningen skall få i uppdrag att utreda och framlägga författningsförslag som kan behandlas av riksdagen senast våren 1983 och som avser rättssäkerhetsfrågor för patienter i psykiatrisk vård oberoende av eget samtycke. Motionärerna kräver bl. a. bestämmelser om begränsning av vårdtiden, prövning av vissa frågor hos länsrätten eller annan juridisk instans, upprättande av behandlingsplan för patienten och möjlighet för patienten att få ett biträde eller en kontaktperson som skall biträda patienten i hans/hennes situation.

Förslag om mera omfattande ändringar i LSPV har framlagts i olika sammanhang under de senaste åren. Förslagen har dock inte genomförts. Med anledning av ett initiativ av utskottet (SoU 1979/80:24, rskr 1979/80:142) tillkallades år 1980 den parlamentariska socialberedningen (S 1980:7) för att göra en översyn av bestämmelserna om vård oberoende av samtycke inom socialtjänst- och sjukvårdslagstiftningen m. m. Socialberedningen har bl. a. fått till uppgift att se över LSPV i dess helhet, och det har förutsatts att socialberedningen skall undersöka behovet av en särskild kontaktman för personer som är intagna för vård enligt LSPV. Socialberedningen framlade i juni i år i ett delbetänkande (Ds S 1981:7) förslag om vissa begränsade ändringar i LSPV. En proposition (prop. 1981/82:72) på grundval av förslagen i delbetänkandet har nyligen framlagts för riksdagen. Socialberedningen har efter avgivandet av delbetänkandet påbörjat en mera genomgripande översyn av LSPV.

Enligt tilläggsdirektiv (Dir. 1981:55) som meddelats socialberedningen i år skall socialberedningen bl. a. överväga möjligheten att anordna en funktion som allmänt ombud i sociala mål vid länsstyrelserna. Det kan enligt tilläggsdirektiven tänkas att även inom ramen för LSPV ett allmänt ombud kan få vissa uppgifter. En ombudsfunktion behöver, sägs det, inte få till uppgift uteslutande att vara motpart till de enskilda utan kan också ges till uppgift att ta till vara de enskildas intressen på vissa områden. Socialberedningen ges också i tilläggsdirektiven i uppdrag att redovisa sina principiella överväganden i fråga om en allmän översyn av LSPV under år 1983.

De frågor om psykiatrisk vård oberoende av samtycke som tagits upp i ovannämnda motioner ligger inom ramen för socialberedningens fortsatta översyn av LSPV. Något riksdagens initiativ är därför inte påkallat med anledning av motionsförslagen.

Utskottet avstyrker således motionerna 1980/81:943 (vpk) och 1980/81:1641 (s) i här aktuella delar samt motion 1980/81:1629 (c).

Bön och kristen terapi inom psykiatrisk vård

Bakgrunden till den motion som behandlas i detta avsnitt är följande.

En utredningsgrupp inom socialstyrelsen som gjort en inspektion av en överläkares inom den psykiatriska vården verksamhet har bl. a. funnit att

denne läkare i vissa situationer använt sig av aktiv religiös påverkan som ett inslag i sin psykiatriska behandling och att överläkarens religiösa aktiviteter lett till sådana relationer till medarbetare i det psykiatriska team, för vilket han hade medicinskt ledningsansvar, att samarbete framstod som omöjligt. Socialstyrelsen har funnit sannolika skäl föreligga för att överläkaren i sin medicinska verksamhet inte handlat i överensstämmelse med kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet och har överlämnat utredningsgruppens rapport till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd för prövning av fråga om disciplinär påföljd för överläkaren.

I motion 1980/81:1645 av Tore Nilsson (m) och Sven Johansson (c) framhålls att det föreligger anledning att i lagstiftningen precisera att bön och kristen terapi är tillåtna och att en patient som själv är kristen skall ha rätt att få behandling av ett kristet team. Det bör enligt motionärerna vara klart att kristen tro och kristen praxis i sjuk- och själavård inte får förhindras vid våra sjukhusinrättningar. Motionärerna begär en översyn av bestämmelserna om psykiatrisk vård i enlighet med vad som anförts i motionen.

För den andliga vården för patienter vid sjukhus skall enligt av riksdagen år 1958 godkända riktlinjer och normer för ordnande av den andliga vården vid sjukhusen (prop. 1958 A:67 och 1958 B:21, SU 1958 B:91, rskr 1958 B:121) prästerskapet i det territoriella pastorat, inom vilket sjukhuset är beläget, ha ansvaret, och de frikyrkliga samfunden skall beredas möjlighet att utöva andlig vård för patienterna. Genom inrättande av prästerliga tjänster och genom bidrag till trossamfund har också resurser ställts till förfogande härför.

När det gäller läkarnas engagemang i sådan verksamhet får erinras att enligt en grundläggande bestämmelse för läkares yrkesutövning i 3 § allmänna läkarinstruktionen (1963:341) det åligger varje läkare – vare sig han är i allmän tjänst eller enskilt utövar läkaryrket – "att i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet meddela patient de råd och, såvitt möjligt, den behandling, som patientens tillstånd fordrar". Socialstyrelsen har i vissa fall meddelat råd och anvisningar m. m. för verksamheten inom sjukvården, såsom beträffande verksamhet där stora risker föreligger. Fråga om läkare handlat i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet prövas av hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd och av domstolarna i samband med behandling av frågor om fel och försummelser av läkare.

Det ärende som utgör bakgrund till motionen är som nämnts föremål för behandling hos hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, som ännu inte fattat slutligt beslut i ärendet. Det ankommer självfallet inte på utskottet att göra något uttalande rörande detta ärende.

Vid bedömande av läkares handlande beaktar hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd bl. a. de etiska regler för läkares verksamhet som antagits av

läkarorganisationerna. Utskottet vill med hänsyn härtill såvitt avser den av motionärerna upptagna frågan hänvisa till att av dessa etiska regler följer att en läkare inte får använda sin ställning till att påverka sina patienter i livsåskådningsfrågor o. d. Normerna för läkares handlande innebär dock inte något hinder mot att läkare och patient som har samma inställning i trosfrågor har andlig gemenskap genom exempelvis bön i anslutning till behandlingskontakterna.

Med hänsyn till det anförda finns det enligt utskottets mening inte anledning för riksdagen att ta sådant initiativ som begärs i motion 1980/81:1645 (m, c). Motionen avstyrks således.

Utskottet hemställer

1. beträffande *en psykiatrisk reform*
   att riksdagen avslår motion 1980/81:943 delvis,
2. beträffande *riktlinjer för den psykiatriska vårdens utveckling*
   att riksdagen avslår motion 1980/81:1641 delvis,
3. beträffande *tvångsomhändertaganden i den psykiatriska vården*
   att riksdagen avslår motion 1980/81:943 delvis,
4. beträffande *översyn av reglerna om tvångsvård i den psykiatriska vården*
   att riksdagen avslår motion 1980/81:1641 delvis,
5. beträffande *visst uppdrag åt socialberedningen i fråga om LSPV*
   att riksdagen avslår motion 1980/81:1629,
6. beträffande *bön och kristen terapi inom den psykiatriska vården*
   att riksdagen avslår motion 1980/81:1645.

Stockholm den 1 december 1981

På socialutskottets vägnar
GÖRAN KARLSSON

Närvarande: Göran Karlsson (s), Gabriel Romanus (fp), Karl Leuchovius (m), Rune Gustavsson (c)*, Anna-Greta Skantz (s), Blenda Littmarck (m), Kjell Nilsson (s), Karin Israelsson (c), Sven-Gösta Signell (s), Kersti Swartz (fp), Anita Bråkenhielm (m), Stig Alftin (s), Gunhild Bolander (c), Maria Lagergren (s) och Anita Persson (s).

* Ej närvarande vid betänkandets justering.