

Motion till riksdagen 2005/06:So548

av **Göran Lindblad och Ewa Björling (m)**

Psykiatri

Motionen delad mellan flera utskott

1 Innehållsförteckning

1	Innehållsförteckning.....	1
2	Förslag till riksdagsbeslut.....	2
3	Motivering.....	3
4	Psykiskt sjuka våldverkare.....	3
4.1	Återfall och straff.....	3
5	Återfall och tvångsvård.....	3
6	Risikoförebyggande långvarig behandling.....	4
7	Psykiskt sjuka offer.....	5
7.1	Samhällets misslyckande.....	5
8	En omedelbar förändring.....	6

Fel! Okänt namn på

2 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att Psykansvarskommittens betänkande ej kan läggas till grund för en framtida reform.¹
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att psykiskt sjuka måtte få tillgång till långvarig, ibland mycket långvarig, riskförebyggande behandling.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att ge den psykiatriska klinik där patienten initialt vårdas efter domen möjlighet att utfärda föreskrifter om såväl medicinering som livsföring i övrigt som villkor för att låta patienten vistas i frihet.
4. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att rättssäkerheten garanteras genom att klinikens beslut skall kunna underställas domstol.
5. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att öka antalet psykiatriska slutenvårdsplatser.
6. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att även icke våldsbenägna psykiskt sjuka, i högre grad än för närvarande, skall kunna tvångsvårdas.
7. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att ompröva det delade huvudmannaskapet för omhändertagande av psykiskt sjuka.
8. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att försöksutskrivning och tvångsåtgärder i öppen vård införs.
9. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om att psykiskt sjuka personer måtte dömas till rättspsykiatrisk vård i stället för fängelse.¹

¹Yrkandena 1 och 9 hänvisade till JuU.

3 Motivering

2004 och 2003 motionerade vi om åtgärder för att häva krisen inom psykiatrin, sedan dess har inte mycket hänt som förbättrat situationen. Fortsatt lider många svårt sjuka i ensamhet och isolering mitt emellan två huvudmän.

Fortsatt går många potentiella våldsverkare lösa utan att erhålla nödvändig behandling.

Vi återkommer därför med ett antal skarpa förslag för att omedelbart nå förbättringar för svårt sjuka medmänniskor.

4 Psykiskt sjuka våldsverkare

4.1 Återfall och straff

Att samhället inte förmår att skydda sig från allvarliga våldsbrott utförda av psykiskt sjuka personer är numera uppenbart för alla.

Helt nya grepp krävs i den del av kriminalpolitiken som rör återfallsvåldsverkare.

En bärande tanke har länge varit att brottsligheten är ett uttryck för samhällsförhållanden mer än för individuella egenskaper hos brottslingen. I stort sett vem som helst har ansetts kunna bli kriminell; dåliga uppväxtförhållanden är den faktor som mer än någon annan fått förklara brottsligheten. Något vetenskapligt stöd för denna tanke finns knappast.

Som en konsekvens av att sociala faktorer ansetts vara av avgörande betydelse för brottslighetens uppkomst har de åtgärder som vidtagits för att komma till rätta med den huvudsakligen varit av psykologisk och socialpedagogisk natur. Inom kriminalvården ställs för närvarande stora förhoppningar till olika typer av hemmasnickrade psykoterapier och motivationsprogram. Det gemensamma för dessa är dock att deras effektivitet aldrig prövats i vetenskapliga studier.

Det är en vacker tanke att den som avtjänat ett straff för ett visst brott därmed också skall anses ha sonat brottet. Med detta synsätt frånhänder sig dock samhället möjligheten att, med effektiva behandlingsåtgärder, skydda sig mot personer som visat sig förmögna att begå allvarliga våldsbrott.

5 Återfall och tvångsvård

Inom psykiaterkåren är det en spridd uppfattning att det på något sätt skulle vara oetiskt att medverka i åtgärder som har till syfte att hindra en patient från att begå brott. Man menar att brottspreventionen skall skötas av andra och att läkares medverkan i denna skulle utgöra ett brott mot principen att läkare endast skall främja sina patienters bästa intressen.

Fel! Okänt namn på

I detta resonemang bortser man dock från att våldsbrott, i en överväldigande majoritet av alla fall, är ett uttryck för psykisk sjukdom och/eller missbruk. Med denna insikt borde det i stället vara en viktig uppgift för läkare att medverka i sådana åtgärder som hindrar våldsbenägna patienter från att begå våldsbrott, även om dessa ibland måste vidtas med tvång.

Det förhållandet att en överväldigande majoritet av befolkningen – hur dåliga deras villkor i samhället än må vara – aldrig ens kommer i närheten av att begå något våldsbrott, och det förhållandet att återfallsfrekvensen hos dem som en gång begått ett allvarligt våldsbrott är mycket hög talar starkt för att orsakerna till grov brottslighet bör sökas hos den enskilde snarare än i olika samhällsförhållanden. De faktorer som det här är fråga om är i allt väsentligt sådana som ligger inom psykiatrians ansvarsområde, nämligen psykisk sjukdom, missbruk och den form av personlighetsabnormitet som brukar kallas psykopati.

För närvarande sker, efter en så kallad rättspsykiatrisk undersökning, en sortering av dem som döms för allvarliga våldsbrott till antingen fängelse eller rättspsykiatrisk vård. Till följd av att ribban för att bli sjukförklarad lagts mycket högt hamnar de allra flesta i fängelse. Detta är olyckligt av flera skäl. Det viktigaste är att fängelsestraffet är tidsbegränsat. Efter frigivning kan en aldrig så sjuk våldsvärkare inte längre åläggas någon som helst kontroll vare sig vad gäller medicinering eller livsföring i övrigt. Inte förrän han åter begått ett brott kan han omhändertaras.

Ett annat skäl mot att skicka psykiskt sjuka personer till fängelse är att det där inte finns sådana resurser som behövs för deras vård och behandling. Enligt de regler som nu gäller skall de som är intagna i fängelse ges sjukvård på allmänna sjukhus efter samma regler som befolkningen i övrigt.

Om denna regel skulle följas borde omedelbart många hundra personer som i dag är intagna i fängelse överföras till psykiatrisk klinik. Kriminalvårdens klienter är dock ofta så störande och farliga att det är i det närmaste omöjligt att bereda dem plats på sjukhus. Platsbristen inom psykiatrin är dessutom svår, och de kriminella kommer här i sista rummet. Genom den nuvarande ordningen ges därför psykiskt sjuka våldsvärkare inte erforderlig vård ens under den tid de sitter i anstalt.

6 Riskförebyggande långvarig behandling

Det förhållandet att psykisk ohälsa ligger bakom nästa alla allvarliga våldsbrott borde rimligen få konsekvenser för samhällets omhändertagande av de personer som gjort sig skyldiga till sådana brott. Det viktigaste är att man måste inse att risken för att en person, som en gång gjort sig skyldig till ett våldsbrott, skall återfalla i sådan brottslighet kvarstår under mycket lång tid (även om den avtar dramatiskt i högre åldrar). Ur brottsförebyggande synvinkel är därför de relativt kortvariga fängelsestraff som utdöms i Sverige inte särskilt effektiva på annat sätt än att den dömde förhoppningsvis kan förhindras att begå nya brott så länge han är inlåst.

Det är i stället mycket långvariga åtgärder efter frigivningen som behövs för att långsiktigt begränsa återfallen. De åtgärder som här bör komma i fråga är huvudsakligen av medicinsk natur. Våldsvärkare med psykossjukdom bör kunna åläggas att under decennier medicinera med läkemedel med antipsykotisk effekt. Så länge som sådan behandling upprätthålls kan de allra flesta av dessa patienter hållas väsentligen symptomfria.

På samma sätt kan läkemedel som reducerar den sexuella driften förhindra återfall i sexualbrott, och sådana läkemedel som gör det omöjligt att dricka sprit förhindra många av de misshandelsbrott som förövas av berusade personer. Likaså kan olika sociala åtgärder vara av betydelse för att förhindra återfall. Det kan gälla krav på att personen skall sköta ett visst arbete, bo på en viss plats och underkasta sig olika former av kontroller till säkerställande av att han inte missbrukar, inte faller ur ett socialt nätverk etcetera.

Vårdtiderna skulle också kunna anpassas så att de styrdes mera av vårdbehovet än av brottets så kallade straffvärde. Om man visste att ändamålsenliga behandlingsåtgärder kunde upprätthållas även efter en ”försöksutskrivning” så skulle många patienter i riskzonen inte behöva vara frihetsberövade under långa tider ”för säkerhets skull”.

Lagen måste då kompletteras med bestämmelser som gör det möjligt för den Psykiatriska klinik där patienten initialt vårdas efter domen att utfärda föreskrifter om såväl medicinering och livsföring i övrigt som villkor för att låta patienten vistas i frihet. Om patienten underlåter att följa dessa villkor måste han snabbt kunna återintas. För att garantera rättssäkerheten bör klinikkens beslut kunna underställas domstol på samma sätt som nu sker vad gäller permission och utskrivning av vissa av dem som dömts till rättspsykiatrisk vård.

Tyvärr är utvecklingen på väg åt rakt motsatt håll. Den statliga så kallade Psykansvarskommittén (SOU 2002:3) har nyligen föreslagit att ribban för att dömas till rättspsykiatrisk vård skall höjas mycket kraftigt. I framtiden föreslår kommittén att endast cirka 50 personer om året (definierade med den svårdefinierade termen (”otillräkneliga”) skall dömas till rättspsykiatrisk vård. Alla andra psykiskt sjuka våldsvärkare skall dömas till fängelse varifrån de, enligt förslaget, skall överföras till psykiatrisk vård när så erfordras. När strafftiden löpt ut skall de, oavsett psykiskt tillstånd, friges varvid de med stor sannolikhet liksom hittills kommer att lämnas åt sitt öde.

7 Psykiskt sjuka offer

7.1 Samhällets misslyckande

Samhället har också misslyckats med att ge svårt psykiskt sjuka ett värdigt liv utanför institutionerna. Hemlöshet, ensamhet och svårt lidande har drabbat många psykiskt sjuka.

Det numera delade ansvaret mellan kommuner och landsting innebär ofta att ingen tar ansvar. Socialtjänsten saknar ofta relevanta kunskaper, vilket

Fel! Okänt namn på

innebär att psykiskt sjuka i onödan utsätts för sociala behandlingsprogram som de inte kan ta till sig. Personer med akuta psykoser, till exempel schizofreni, kan inte talas till rätta. Detta leder ofta till en total misär där den sjuka ofta hemfaller åt missbruk, inte kan ta vård om sig själv, blir utan bostad och arbete och förlorar kontakten med sina anhöriga.

Inte heller tar någon initiativ till inläggning på sjukhus. Landstingen som i sitt planekonomiska nit helst vill ha så få patienter som möjligt undviker om möjligt att bereda psykiskt sjuka slutenvård. Kommunernas socialtjänst, vilken saknar kompetens för att ställa diagnos, kallar inte på läkare. Följden kan bli att psykosen biter sig fast, patienterna kan få bestående, ibland demensliknande hjärnskador. Detta innebär att vårdbehovet successivt ökar. Inte sällan kan dessa mycket svårt sjuka patienter komma att skada sig själva eller andra. Då har de åtminstone kvalificerat sig för samhällets otillräckliga tvångsåtgärder.

8 En omedelbar förändring

Det delade huvudmannaskapet gjorde en svår vårdssituation än värre. Den nuvarande uppdelningen beror på den felaktiga uppfattningen att dessa patienter blir medicinskt färdigbehandlade. Deras huvudsakliga behandlingsbehov är av medicinsk natur. Utöver den medicinska vården erfordras sociala behandlingsinsatser parallellt. Därför är en uppdelning av ansvaret omöjlig.

Antalet platser i slutenvård psykiatrisk vård måste ökas så att samtliga patienter med behov av slutenvård bereds plats. Även för fredliga men svårt sjuka patienter måste behandling under tvång kunna beredas. Tidigare gav lagen möjlighet till långa perioder av försöksutskrivning. Genom någon form av försöksutskrivning eller tvångsåtgärder i öppen vård, med möjlighet till återintagning skulle patienterna kunna förmås att fullfölja sin medicineringsplan. Detta skulle minska lidandet, öka chansen till tillfrisknande och minska risken för bestående hjärnskador. Samtidigt minskar samhällets totala kostnader även om vårdinsatserna som sådana kanske blir något dyrare.

Stockholm den 3 oktober 2005

Göran Lindblad (m)

Ewa Björling (m)