



Handelshögskolan
VID GÖTEBORGS UNIVERSITET

Programmet för juris kandidatexamen
Tillämpande studier 30 hp
Vårterminen 2011

En rättslig granskning av den psykiatriska
tvångsvården, särskilt den öppna tvångsvården
- fråga om inkonsekvens och motstridighet

Författare: Ida Chiriac
Handledare: Professor Lotta Vahlne Westerhäll
Ämne: Socialrätt

Innehållsförteckning

FÖRKORTNINGAR	5
SAMMANFATTNING	6
1. INLEDNING.....	8
1.1 INTRODUKTION	8
1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	9
1.3 METOD OCH AVGRÄNSNINGAR	9
1.4 DISPOSITION.....	10
2. BAKGRUND	10
2.1 LSPV – FÖREGÅNGAREN TILL LPT	10
2.2 REFORMARBETE OCH INFÖRANDET AV LPT	11
2.2.1 <i>Sluten psykiatrisk tvångsvård.....</i>	<i>12</i>
2.2.2 <i>Öppen psykiatrisk tvångsvård med särskilda villkor.....</i>	<i>13</i>
2.3 UTREDNINGAR OCH FORTSATT ARBETE	14
3. FRI- OCH RÄTTIGHETSSKYDDET.....	15
3.1 REGERINGSFORMEN	15
3.2 EUROPAKONVENTIONEN	17
4. LAG (1991:1128) OM PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD	18
4.1 LAGENS SYFTE	18
4.2 KOPPLINGEN MELLAN HSL OCH LPT	19
4.3 GRUNDLÄGGANDE PRINCIPER INOM LPT	21
4.3.1 <i>Legalitetsprincipen.....</i>	<i>21</i>
4.3.2 <i>Likhets- och objektivitetsprincipen</i>	<i>21</i>
4.3.3 <i>Proportionalitetsprincipen.....</i>	<i>22</i>
4.3.4 <i>Aktualitetsprincipen.....</i>	<i>23</i>
5. UTFORMNINGEN AV INGRIPANDEREKVISITEN I 3 § LPT	24
5.1 FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR VÅRD ENLIGT LPT	24
5.2 ALLVARLIG PSYKISK STÖRNING.....	25
5.3 DET KVALIFICERADE VÅRDBEHOVET	27
5.4 SÄRSKILDA VILLKOR – ÖPPEN PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD.....	28
5.4.1 <i>De särskilda villkoren</i>	<i>30</i>
5.4.2 <i>Patientgrupper som omfattas av den öppna tvångsvården</i>	<i>31</i>
5.4.3 <i>Återintagning.....</i>	<i>32</i>

5.5 AVSAKNAD AV SAMTYCKE	33
5.5.1 Samtyckeskonstruktion i LSPV	34
5.5.2 Dagens reglering av samtyckeskravet	34
5.5.3 Undantagsregeln	35
5.6 OMGIVNINGSSKYDDET	37
5.7 KONVERTERING	40
6. PERMISSIONSINSTITUTET	41
6.1 TIDIGARE GÄLLANDE PERMISSIONSBESTÄMMELSER	41
6.2 DAGENS REGLERING AV PERMISSIONER	45
7. ANALYS.....	46
7.1 PRAKTISKA PROBLEM VID TILLÄMPNINGEN AV ÖPPEN PSYKIATRISK TVÅNGSVÅRD.....	46
7.1.1 RÅ 2010. ref 93.	46
7.1.2 Rättsläget efter RÅ 2010 ref.93.....	48
7.1.2.1 Relationen till tidigare praxis.....	49
7.1.2.2 Följder av RÅ 2010 ref. 93.....	52
7.1.3. Tidsspannet mellan slutet och öppen tvångsvård.....	54
7.2 SAMTYCKESKONSTRUKTIONEN	55
7.2.1 Samtyckeskravet vid öppen psykiatrisk tvångsvård.....	55
7.2.2 Samtyckeskonstruktionens förenlighet med patientens aktiva deltagande och aktualitetsprincipen.....	58
7.2.3 Indirekt påtvingat samtycke	59
7.3 LPT I PREVENTIVT SYFTE?	61
7.3.1. Innefattas profylaktisk vård i den öppna tvångsvården?.....	62
7.3.2 RÅ 2010 ref. 93 och aktualitetsprincipens förenlighet med profylaktisk tvångsvård.....	64
7.3.3 God psykiatrisk vård.....	66
7.4 RELATIONEN TILL RÄTTIGHETSLAGARNA SOL OCH LSS.....	69
7.5 OMGIVNINGSSKYDDET OCH FARAN FÖR PATIENTENS EGET LIV ELLER HÄLSA.....	70
7.5.1 Avsaknad av rekvisitet "fara för eget liv eller hälsa"	70
7.5.2 Omgivningsskyddets förenlighet med LPT:s utformning som en vårdlag	73
8. SLUTSATS	73
8.1 INLEDANDE KOMMENTARER	73
8.2 PREVENTIV TVÅNGSVÅRD	74
8.3 OMGIVNINGSSKYDDET	75
8.4 SAMTYCKESKRAVET	75
8.5 PRAXIS	76

8.6 AVSLUTANDE KOMMENTARER	77
9. KÄLLFÖRTECKNING.....	79

Förkortningar

EKMR	Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
LSPV	Lag (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall
LVM	Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
Prop.	Regeringens proposition
RF	Regeringsformen (1974:152)
SOL	Socialtjänstlag (2001:453)
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar

Sammanfattning

En reglering av den psykiatriska tvångsvården har funnits i Sverige sedan lång tid tillbaka och har genomgått ett stort antal reformer. 1992 trädde Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) i kraft. Utredningar som genomförts sedan lagstiftningens ikraftträdande visar dock på att tillämpningen av LPT inte alltid fungerar optimalt. Flertalet lagrevisioner har vidtagits i syfte att förbättra lagstiftningen samt för att stärka den enskildes rättssäkerhet.

Syftet med uppsatsen är att, genom en övergripande granskning av lagen om psykiatrisk tvångsvård och med särskilt fokus på den öppna tvångsvården, åskådliggöra lagtekniska konstruktioner som är inkonsekventa eller motstridiga. Dessutom är syftet att granska huruvida tillämpningen är i överensstämmelse med lagstiftningens syfte och innehåll samt med de grundläggande principerna inom LPT. Mot bakgrund av att den öppna psykiatriska tvångsvården är en relativ ny vårdform kommer särskild vikt läggas vid att granska bestämmelserna om denna. Fortsättningsvis är syftet med uppsatsen att problematisera de inkonsekvenser och motstridigheter som kan identifieras samt belysa konsekvenserna av deras existens. Vidare är syftet att undersöka hur avgörandet från Högsta förvaltningsdomstolen, beträffande tillämpningen av den öppna tvångsvården, har påverkat uppfattningen av lagstiftningens enhetlighet och förutsebarhet. Slutligen ämnar uppsatsen att utreda och lyfta fram vilka åtgärder som är lämpliga att vidta vid en kommande lagrevision.

Vid genomförandet av denna uppsats har traditionell rättsdogmatisk metod använts. För att besvara frågeställningarna har jag bl.a. gjort en historisk tillbakablick, studerat fri- och rättighetsskyddet, genomfört en noggrann undersökning av ingripande-rekvisiten i 3 § LPT, redogjort för permissionsinstitutet samt granskat prejudicerande avgöranden.

Av analysen framgår att ett flertal praktiska problem har aktualiserats vid tillämpningen av den öppna psykiatriska tvångsvården, vilket bl.a. utgången i RÅ 2010 ref. 93 har visat. Resultatet visar dessutom att samtyckeskravet har gett upphov till ett antal frågeställningar, bl.a. frågan om vad samtyckesrekvisitet i framtiden ska innebära. Analysen visar fortsättningsvis att HSL:s krav på att hälso- och sjukvården ska arbeta förebyggande och ge god psykiatrisk vård innebär att profylaktisk vård inte bara bör vara tillåten, utan att den dessutom är nödvändig. Därutöver visar analysen att det uppstår en kollision när en tvångsvårdslagstiftning indirekt försöker påtvinga den

enskilde att utkräva sina rättigheter enligt SoL eller LSS och begreppet rättighet blir därigenom underminerad. Avslutningsvis framgår det av resultatet att det saknas en uttrycklig reglering i 3 § LPT som reglerar risken för patientens eget liv och hälsa.

Av slutsatserna framgår att flertalet inkonsekvenser och motstridigheter har konstaterats i lagstiftningens utformning, särskilt beträffande förutsättningarna för att tvångsvård ska kunna aktualiseras. Dessutom visar uppsatsen att tillämpningen av LPT inte bidragit till att lagstiftningen uppfattas som mer enhetlig och förutsebar, utan tvärtemot har praxis styrkt resonemanget att det föreligger inkonsekvenser och motstridigheter i utformningen av LPT.

Sammanfattningsvis konstateras att det finns ett behov av att överlag precisera och förtydliga innebörden av vissa av förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård och mer specifikt gällande den öppna tvångsvården. Mot bakgrund av utgången i RÅ 2010 ref. 93, finns därtill ett särskilt behov av ett klagörande beträffande hur och i vilka situationer den öppna psykiatriska tvångsvården ska tillämpas i framtiden.

1. Inledning

1.1 Introduktion

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) är en vårdlag med det uttalade syftet att få den enskilde att bli så frisk att denne kan samtycka till vård. LPT utgör en undantagslag i förhållande till den allmänna Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) där huvudprincipen är att patienten själv bestämmer om han eller hon vill anlita hälso- och sjukvården. Intentionen är att även den psykiatriska vården ska präglas av frivillighet i så stor utsträckning som möjligt.¹

Att bli underkastad tvångsvård är en mycket ingripande åtgärd och innebär en stor integritetskränkning för den enskilde individen. Som framgår av förarbetena, är det därför av största vikt att lagen utformas så att inskränkningarna i patientens självbestämmanderätt inte sker i större omfattning än vad som anses vara absolut nödvändigt samt att den värnar om den enskildes rättssäkerhet.²

Utredningar som genomförts sedan lagen trädde i kraft 1992 visar på att tillämpningen av LPT inte alltid fungerar optimalt. Flertalet lagrevisioner har vidtagits i syfte att förbättra lagstiftningen samt för att stärka den enskildes rättssäkerhet.

Intentionen med uppsatsen är att belysa de inkonsekvenser och motstridigheter som förekommer i lagstiftningen, särskilt mot bakgrund av införandet av vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård, samt uppmärksamma konsekvenserna av deras existens. Genomgång av materialet visar att det främst är i förhållande till den öppna psykiatriska tvångsvården som dessa inkonsekvenser och motstridigheter konstaterats, varför uppsatsen till stor del är inriktad mot den öppna tvångsvården. Litteraturen på området är inte särskilt omfattande och mitt arbete lutar sig till stor del mot Ewa Gustafssons rättsvetenskapliga monografi om LPT, där hon utförligt diskuterar den psykiatriska tvångsvården ur ett rättssäkerhetsperspektiv.³

LPT är som nämnts en lag som undergått flertalet utredningar och förändringar. Arbetet med att förbättra och reformera den psykiatriska tvångsvården pågår alltjämt och i skrivande stund genomförs en stor översyn av LPT där avsikten är att utredningen ska slutredovisas den 15 december 2011. Efter slutredovisning kommer utredningen

¹ Prop. 1990/91:58 s. 63.

² Prop. 1990/91:58 s. 65 och Prop. 2007/08:70 s. 83.

³ Gustafsson, Ewa, *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet – En rättsvetenskaplig monografi om LPT*, Upplaga 1:1 (Lund: Studentlitteratur AB, 2010).

presentera ett förslag över vilka förändringar som bör vidtas i lagstiftningen.⁴ Mot bakgrund av denna pågående utredning kan vi troligtvis vänta oss förändringar på det psykiatriska området inom en mycket snar framtid.

1.2 Syfte och frågeställningar

Det huvudsakliga syftet med uppsatsen är att, genom en övergripande granskning av lagen om psykiatrisk tvångsvård och med särskilt fokus på den öppna tvångsvården, åskådliggöra lagtekniska konstruktioner som är inkonsekventa eller motstridiga. Dessutom är syftet att granska huruvida tillämpningen är i överensstämmelse med lagstiftningens syfte och innehåll samt med de grundläggande principerna inom LPT. Mot bakgrund av att den öppna psykiatriska tvångsvården är en relativ ny vårdform kommer särskild vikt läggas vid att granska bestämmelserna om denna. Fortsättningsvis är syftet med uppsatsen att problematisera de inkonsekvenser och motstridigheter som kan identifieras samt belysa konsekvenserna av deras existens. Vidare är syftet att undersöka hur avgörandet från Högsta förvaltningsdomstolen, beträffande tillämpningen av den öppna tvångsvården, har påverkat uppfattningen av lagstiftningens enhetlighet och förutsebarhet. Slutligen ämnar uppsatsen att utreda och lyfta fram vilka åtgärder som är lämpliga att vidta vid en kommande lagrevision.

1.3 Metod och avgränsningar

Vid genomförandet av denna uppsats har rättsdogmatisk metod använts, d.v.s. i enlighet med den traditionella rättskälleläran. Metoden innebär följaktligen att relevant lagtext, lagförarbeten, praxis och doktrin på området har studerats och analyserats för att söka svara på de aktuella frågeställningarna. Vid en genomgång av tillgängligt material har jag funnit flertalet inkonsekvenser och motstridigheter i LPT. Med hänsyn till utrymmesskäl har jag dock valt ut några problemområden som jag anser vara särskilt viktiga. Fokus i uppsatsen ligger på att granska förutsättningarna för tvångsvård och därigenom åskådliggöra och problematisera de inkonsekvenser och motstridigheter som identifierats. Genomläsningen av materialet visar att det främst är i förhållande till den öppna psykiatriska tvångsvården som dessa inkonsekvenser och motstridigheter konstaterats, varför uppsatsen till stor del är inriktad mot den öppna tvångsvården.

⁴ Dir. 2008:93 s. 1 och Dir. 2010:88 s. 1.

I uppsatsen behandlas inte Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) som bl.a. omfattar människor som överlämnats till sådan vård som en brottspåföljd. Dessutom är uppsatsen begränsad till att undersöka LPT utifrån svensk rätt och något internationellt perspektiv kommer således inte att behandlas. I uppsatsen behandlas inte heller ansökan om vård, intagningsprocessen, de särskilda tvångsmedlen och själva vården. Trots att det finns ett stort intresse av att jämföra LPT med de andra tvångslagarna, Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) och Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), faller en sådan komparativ studie utanför ramen för denna uppsats.

1.4 Disposition

I ett inledande kapitel redogörs för uppsatsens syfte och frågeställningar. Härfter följer ett historiskt avsnitt (kap. 2) om tidigare lagstiftning och införandet av LPT. I nästföljande kapitel (kap. 3) presenteras en kort redogörelse över fri- och rättighetsskyddet och dess förhållande till LPT. Vidare ges en övergripande redogörelse av LPT i kap. 4. Därefter behandlar uppsatsen grundläggande principer vid tillämpningen av tvångsvård samt LPT:s relation till närliggande lagstiftning. I nästföljande avsnitt (kap. 5) redogörs utförligt för förutsättningarna för tvångsvård och därefter följer en genomgång av permissionsinstitutet i kap. 6. Därefter följer analysen i kap. 7 och avslutningsvis presenteras uppsatsens slutsatser i kap. 8.

2. Bakgrund

2.1 LSPV – föregångaren till LPT

En reglering av den psykiatriska tvångsvården har funnits i Sverige sedan lång tid tillbaka och har genomgått ett stort antal reformer. Förklaringarna till uppkomsten av psykisk ohälsa och vilka åtgärder som bör vidtas har emellertid varierat under åren.⁵ Genom införandet av Lag (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk tvångsvård (LSPV), i januari 1967, genomgick den psykiatriska tvångsvården djupgående

⁵ SOU 1984:64 s. 41 f. och Skr. 2008/09:185 s. 6.

förändringar.⁶ Grundtanken bakom införandet av den nya lagen var att den psykiatriska vården skulle "ligga så nära den somatiska vården som möjligt"⁷. Reformen syftade alltså till att integrera psykiatrin med den övriga sjukvården. Lagstiftaren ansåg att den psykiatriska vården inte längre skulle utgöra en särorganisation, utan de grundläggande bestämmelserna som gällde för den allmänna sjukvården skulle numera gälla även för psykiatrin i den utsträckning det var möjligt. Samtidigt som LSPV trädde i kraft flyttades huvudansvaret för den psykiatriska vården över från staten till landstingen och den psykiatriska vården integrerades med den övriga sjukvården genom en gemensam grundläggande lagstiftning.⁸ Dessutom fastlades att sjukvårdslagens grundtanke om frivillighet skulle gälla också för den psykiatriska vården och LSPV skulle endast reglera de situationer där tvång var nödvändigt.⁹ Förhoppningen vid införandet av LSPV var att den frivilliga psykiatriska vården skulle bli dominerande. Införandet av den nya lagen syftade dessutom till att stärka rättssäkerheten för tvångsvårdade patienter genom att införa tydliga och konkreta bestämmelser beträffande förutsättningarna för tvångsvård och vilka behandlingsåtgärder som fick vidtas.¹⁰

Enligt LSPV kunde tvångsvård aktualiseras när generalindikationen, d.v.s. att patienten led av en psykisk sjukdom, var uppfylld samt någon av de fem specialindikationerna var för handen. Avsikten med specialindikationerna var att avgränsa vilka situationer som kunde resultera i tvångsvård. De fyra specialindikationerna var (a) den s.k. medicinska indikationen, (b) farlighetsindikationen, (c) hjälplöshetsindikationen, (d) störandeindikationen och (e) kriminalitetsindikationen. A-indikationen utgör en medicinsk indikation medan de övriga fyra utgör sociala indikationer. Specialindikationen skulle föreligga till följd av den psykiska sjukdomen och i vissa fall kunde flera indikationer vara uppfyllda samtidigt.¹¹

2.2 Reformarbete och införandet av LPT

Intentionen med LSPV, att den psykiatriska vården huvudsakligen skulle ske i frivillig form, visade sig ha svårt att slå igenom i rättstillämpningen. Den nya lagstiftningen

⁶ SOU 1984:64 s. 139.

⁷ SOU 1984:64 s. 139.

⁸ Grönwall, Lars, & Holgersson Leif, *Psykiatrin, tvånget och lagen, en lagkommentar i historisk belysning*, upplaga 4:1 (Stockholm: Nordstedts Juridik AB, 2009), s. 29 f och Prop. 1990/91:58 s. 127f.

⁹ Prop. 1990/91:58 s. 349 och SOU 1984:64 s. 139.

¹⁰ Prop. 1966:53 s. 1 och s. 156 f. och SOU 1984:64 s. 139.

¹¹ Prop. 1990/91: 58 s. 89 och Grönwall & Holgersson, 2009, s. 81.

lyckades inte bryta det gamla mönstret av förvaring, kontroll och tvång som präglat tvångsvården under mycket lång tid.¹² Kritik riktades gentemot psykiatrin och den nya lagen. Kritiken kom från flera håll i samhället, alltifrån samhällsvetenskapliga forskare till klientorganisationer var engagerade i debatten om den psykiatriska vården.¹³ Den slutna tvångsvården var, trots LSPV:s intentioner, fortfarande rådande. Inte förrän i början av 1980-talet tog avinstitutionaliseringen fart. Avinstitutionaliseringen syftade till att stärka patientens rättigheter och självbestämmande och dessutom ville man öka den enskildes möjlighet till ett liv ute i samhället, oaktat eventuella hinder en psykisk störning kan medföra.¹⁴ I praktiken innebar processen att de stora mentalsjukhusen successivt avvecklades och att patienterna slussades ut till eget boende eller andra boendeformer.¹⁵

Under 1970- och 80-talen utvecklades det psykiatriska vårdområdet. Vårdens planeringsarbete gavs en ny inriktning på grundval av att man insett att orsakerna till psykiska störningar inte enbart beror på biologiska förhållanden, utan att även sociala och psykologiska faktorer spelar en väsentlig roll. Behandlingen av tvångsintagna utvecklades också genom att man frångick behandling som ledde till passivisering av patienten och istället fokuserade på behandling som krävde ett aktivt deltagande.¹⁶

Sedan LSPV:s tillkomst har en reform av lagen diskuterats och utretts vid flera tillfällen. Kraven på en förändrad psykiatrisk vård växte allt starkare och 1980 tillsattes Socialberedningen som, genom ett tilläggsdirektiv 1982, fick i uppdrag att genomföra en fullständig revision av LSPV, vilket efter flera års beredning ledde fram till det nya lagförslaget Lagen om psykiatrisk tvångsvård. Även om lagstiftningen utfärdades redan i juni 1991, därav namnet 1991 års psykiatriska tvångsvårdslagstiftning, trädde LPT inte i kraft förrän 1992.¹⁷

2.2.1 Sluten psykiatrisk tvångsvård

Förutsättningarna för tvångsvård enligt 1991 års lag skiljde sig från kraven i LSPV. Enligt 3 § i 1991 års lag, kunde tvångsvård aktualiseras när patienten led av en allvarlig

¹² Prop. 1990/91:58 s. 349.

¹³ SOU 1984:64 s. 146.

¹⁴ Skr. 2008/09:185 s. 6 f.

¹⁵ Markström, Urban, *Den svenska psykiatrireformen – bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, Upplaga 1.1 (Umeå: Boréa Bokförlag, 2003), s. 88 f.

¹⁶ Prop. 1990/91:58 s. 66 f.

¹⁷ Grönwall & Holgersson, 2009, s. 43 och s. 50.

psykisk störning och patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt hade ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kunde tillgodoses på annat sätt än genom att patienten var intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård. Därtill krävdes att patienten motsatte sig vården eller till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknade förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan. Vid införandet av LPT kunde tvångsvård alltså endast ges i form av sluten tvångsvård, d.v.s. att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning.

Utvecklingen som skett inom psykiatrin under 1980-talet hade lett till en minskad användning av tvångsvård och syftet med införandet av LPT var att anpassa den psykiatriska lagstiftningen till denna utveckling.¹⁸ I motiven anfördes att strävandena att begränsa tvångsanvändandet kräver resurser från flera håll och endast en ändrad lagstiftning är inte tillräcklig, utan förändringar måste ske även på det vårdorganisatoriska planet.¹⁹ Målsättningen med LPT var att vården fortsättningsvis primärt skulle ske i frivilliga former. Lagstiftningen skulle utgöra ett komplement till reglerna i HSL och tvångsvård skulle endast användas i de situationer då frivillig vård inte bedömdes vara tillräcklig. Lagstiftaren ansåg att det var viktigt att hålla fast vid de positiva förändringar som skett inom psykiatrin de senaste tio åren. Mot denna bakgrund anförde lagstiftaren i motiven att det väsentliga kravet på LPT var att den kunde stimulera till en fortsatt utveckling i samma riktning.²⁰

2.2.2 Öppen psykiatrisk tvångsvård med särskilda villkor

Arbetet med att reformera den psykiatriska tvångsvården slutade inte i och med införandet av LPT. Redan 1995 tillsattes Tvångspsykiatrikommittén i syfte att utvärdera den nya lagstiftningen. Mot bakgrund av att permissionsbestämmelsen inte tillämpats tillfredsställande lade Tvångspsykiatrikommittén, redan vid den här tidpunkten, fram ett lagförslag om öppen vård med särskilda villkor.²¹ Förslaget avfärdades dock av regeringen som i stället genomförde förändringar av permissionsbestämmelsen.²² Utredningen ledde även till att flera andra ändringar och kompletteringar av

¹⁸ Prop. 1990/91:58 s. 3 och 67.

¹⁹ Prop. 1990/91:58 s. 73.

²⁰ Prop. 1990/91:58 s. 63 f och s. 233.

²¹ SOU 1998:32 s. 21 f.

²² Prop. 1999/2000:44 s. 93 f.

lagstiftningen vidtogs. Av motiven framgår att ett av huvudsyftena med ändringarna var att stärka patienternas rättssäkerhet.²³

I anslutning till flera tragiska våldshandlingar, där bl.a. utrikesminister Anna Lindh blev bragd om livet, tillsattes en nationell psykiatrisamordnare med uppdrag att bl.a. granska vården, rehabiliteringen och det sociala stödet för personer som är psykiskt sjuka eller har ett psykiskt funktionshinder.²⁴ Mot bakgrund av att förändringarna av permissionsbestämmelsen inte haft den effekt som åsyftats, föreslog nationell psykiatrisamordning att Tvångspsykiatrikommitténs gamla förslag om införandet av öppen psykiatrisk vård med särskilda villkor borde införas.²⁵ Emellertid kom det att dröja ända till 2008, efter ytterligare utredningsarbete, innan den nya vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård infördes. Vårdformen innebär sammanfattningsvis att patienten, inom ramen för tvångsvården, ges nödvändig vård utanför vårdinrättningen kombinerat med särskilda villkor, som exempelvis en skyldighet att underkasta sig medicinering eller att anlita socialtjänsten.²⁶

2.3 Utredningar och fortsatt arbete

Som framgått ovan har LPT justerats vid ett flertal tillfällen sedan den trädde i kraft 1992. Arbetet med att förbättra och reformera den psykiatriska tvångsvården har aldrig avstannat utan bedrivs fortlöpande. Till följd av mängden lagändringar har lagtexten blivit komplex och svåröverskådlig och därför, vid ett regeringssammanträde i juli 2008, beslutades att en översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen skulle utföras.²⁷

I kommittédirektivet till den aktuella utredningen anges att ett av syftena med reformen är att "göra lagstiftningen så pedagogisk och lättillgänglig som möjligt och dessutom anpassad till de etiska, medicinska och juridiska krav som bör ställas i samband med tvångsomhändertagande av personer med psykisk sjukdom"²⁸. Vid arbetet med utformningen av ett nytt lagförslag ska utredaren bl.a. beakta de internationella åtaganden som Sverige har på området. Likaså ska hänsyn tas till den utveckling som skett av vården för personer som lider av psykisk sjukdom.²⁹ Vidare

²³ Prop. 1999/2000:44 s. 1 och 49.

²⁴ Grönwall & Holgersson, 2009, s. 52 och Dir. 2003:133 s. 585 i Kommittédirektiv 2003, Årsboken.

²⁵ Prop. 2007/08:70 s. 68 ff.

²⁶ Prop. 2007/08:70 s. 75.

²⁷ Dir. 2008:93 s. 1 och 5.

²⁸ Dir. 2008:93 s. 1.

²⁹ Dir. 2008:93 s. 11 f.

anges i direktivet att utredaren bl.a. ska undersöka huruvida ”de krav som ställs i lagstiftningen är relevanta, enhetliga och proportionerliga till behovet av förutsebarhet och öppenhet i förfarandet”³⁰. Genom tilläggsdirektiv har tiden för utredningens slutförande framflyttats två gånger, först till den 30 april 2011 och sedan till den 15 december 2011.³¹

Ytterligare arbete bedrivs för att förbättra den psykiatriska vården. Exempelvis framgår av propositionen, 2007/08:110 *En förnyad folkhälsopolitik*, att regeringen har avsatt betydande resurser för att det nationella självmordspreventiva arbetet ska intensifieras.³² I skrivelsen, *En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning*, uppger regeringen att psykiatri är ett av de områden som är högst prioriterade när det gäller att stärka den svenska välfärden.³³

3. Fri- och rättighetsskyddet

3.1 Regeringsformen

I 1 kap. 2 § RF återfinns ett program- och målsättningsstadgande som ger uttryck för ett flertal grundläggande värderingar, bl.a. stadgas att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Vidare anges att det allmänna ska verka för att demokratins idéer blir vägledande inom samhällets alla områden samt värna om den enskildes privat- och familjeliv.³⁴ Stadgandet ger således uttryck för att det är ett uttalat mål från samhällets sida, att värna om den enskildes privatliv. Bestämmelsen ger dock inte upphov till några utkrävbara rättigheter för den enskilde. Däremot återfinns i 2 kap. RF bestämmelser om grundläggande fri- och rättigheter som tillerkänner den enskilde ett visst skydd gentemot det allmänna.³⁵ Av förarbetena till lagen framgår att det huvudsakliga syftet med föreskrifterna är att ”ålägga det allmänna att positivt verka för att den ifrågakvarande rättigheten skyddas, främjas och i största möjliga utsträckning

³⁰ Dir. 2008:93 s. 12.

³¹ Dir. 2009:93 s. 1 och Dir. 2010:88 s. 1.

³² Prop. 2007/08:110 s. 1.

³³ Skr. 2008/09:185 s. 5 och SOU 2010:31 s. 14.

³⁴ SOU 1975:75 s. 183.

³⁵ Holmberg, Erik & Stjernquist, Nils m.fl., *Grundlagarna*, upplaga 2 (Stockholm: Nordstedts Juridik AB, 2006), s. 55 f. och Elisabet Reimers, *Integritetsskyddet i regeringsformen*, SvJT 2009, s. 435, nittiofjärde årgången (Uppsala: Iustus Förlag Aktiebolag)

förverkligas”³⁶. Med begreppet det allmänna avses huvudsakligen domstolar och förvaltande myndigheter, men även normgivande organ som beslutar om offentligrättsliga föreskrifter inbegrips i definitionen av det allmänna.³⁷ De grundläggande fri- och rättigheterna omfattar emellertid inte ett skydd gentemot andra enskilda.³⁸

Vissa av de grundläggande fri- och rättigheterna i 2 kap. RF är absoluta medan andra är relativa. De absoluta rättigheterna kan enbart inskränkas genom en grundlagsändring medan de relativa, enligt 2 kap. 20 § RF, får inskränkas genom lag eller annan författning efter bemyndigande i lag.³⁹ Av 2 kap. 21 § RF framgår bl.a. att sådana begränsningar endast får vidtas för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle, samt att begränsningen aldrig får gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den. I motiven till lagen anges att det måste finnas en möjlighet att inskränka den personliga friheten i syfte att bereda den enskilde erforderlig vård.⁴⁰ LPT ger det allmänna befogenhet att inskränka den enskildes frihet samt vidta ytterligare inskränkningar av några av de andra rättigheterna i 2 kap. RF.⁴¹

Enligt 2 kap. 8 § RF är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövanden. Av förarbetena framgår att tvångsmässigt omhändertagande t.ex. inom sjukvården omfattas av skyddet i 2 kap. 8 § RF.⁴² Skyddet mot frihetsberövanden är emellertid en relativ rättighet, varför en patient som får vård enligt LPT anses vara lagligen frihetsberövad.⁴³ Av 2 kap. 6 § RF framgår att den enskilde, gentemot det allmänna, är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp, kroppsvisitation samt husrannsakan och liknande intrång. Dessutom åtnjuter varje individ skydd mot undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse. LPT ger lagstöd åt det allmänna att vidta flera åtgärder som innebär ett ingrepp i de rättigheter som skyddas enligt 2 kap. RF. Exempelvis kan patienten tvingas genomgå en kroppsvisitation och yttlig kroppsbesiktning. Därutöver kan patienten även hindras från att lämna en vårdinrättning och dennes försändelser kan utsättas för kontroll och övervakning.⁴⁴

³⁶ SOU 1975:75 s. 184.

³⁷ Karnov, kommentar till kap. 2 RF.

³⁸ SOU 1975:75 s. 95.

³⁹ Gustafsson, 2010, s. 29.

⁴⁰ SOU 1975:75 s. 195.

⁴¹ Gustafsson, 2010, s. 27.

⁴² Prop. 1973:90 s. 241 f.

⁴³ Gustafsson, 2010, s. 41.

⁴⁴ Gustafsson, 2010, s. 50 och s. 54.

Slutligen bör erinras om 2 kap. 9 § RF, av vilken det framgår att den som har blivit omhändertagen tvångsvis ska kunna få omhändertagandet prövat av domstol utan oskäligt dröjsmål.

3.2 Europakonventionen

Genom Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna inkorporerades Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna (EKMR) i svensk rätt den 1 januari 1995. Konventionen är direkt tillämplig och gäller således som lag i Sverige.⁴⁵ Genom tillträde till konventionen förpliktar sig de fördragsslutande staterna, enligt artikel 1 EKMR, att garantera var och en som befinner sig under deras jurisdiktion de fri- och rättigheter som anges i konventionen. Detta innebär att rättigheterna inte är begränsade till att enbart gälla landets egna medborgare.⁴⁶

Europakonventionen innehåller ett stort antal grundläggande mänskliga rättigheter. När det gäller tillämpningen av psykiatriskt tvångsvård är artikel 5 EKMR gällande rätten till frihet och personlig säkerhet samt artikel 8 EKMR, angående rätten till skydd för privat- och familjeliv av särskilt värde. Enligt artikel 5:1 e EKMR får en individ under de förutsättningar som inhemska lag föreskriver, berövas friheten på grund av att han eller hon är psykiskt sjuk. Vad beträffar uttrycket *psykisk sjukdom* har Europadomstolen anfört att begreppet är oprecist samt att innebörden kan skifta med tiden. Vidare har Europadomstolen framhållit att det krävs att den enskilde, på ett tillförlitligt sätt samt genom objektiv medicinsk sakkunskap, har bedömts lida av psykisk sjukdom för att psykiatrisk tvångsvård ska kunna aktualiseras.⁴⁷ I artikel 8:1 EKMR går att läsa att var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Vidare framgår av artikel 8:2 EKMR bl.a. att offentliga myndigheter får inskränka ovanstående rättighet om det är att betrakta som nödvändigt i ett demokratiskt samhälle med hänsyn till skyddet för hälsa, moral eller för andra personers fri- och rättigheter. Inom ramen för artikel 8 EKMR faller, förutom kontroll och övervakning av försändelser, även ingripanden som innebär en kränkning av individens fysiska integritet som exempelvis kroppsvisitationer. Genom LPT medges inskränkningar av

⁴⁵ Danelius, Hans, *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis – En kommentar till Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna*, Upplaga 2, (Stockholm: Norstedts Juridik AB, 2002), s. 41 f.

⁴⁶ Danelius, 2002, s. 46.

⁴⁷ Danelius, 2002, s. 109 och Gustafsson 2010, s 64.

vissa av de rättigheter som garanteras genom EKMR och eftersom varken artikel 5 eller 8 EKMR är absoluta, är sådana inskränkningar tillåtna.⁴⁸

4. Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

4.1 Lagens syfte

Psykiatrisk tvångsvård definieras i 1 § LPT som vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång. Behovet av tvångsvård i den svenska rätten har sitt ursprung i den grundläggande solidaritetstanken att människan har ett ansvar, inte enbart för sig själv utan även för varandra.⁴⁹ En människas förmåga att ansvara för sig själv varierar under livets skeenden och beroende på dennes hälsotillstånd. Det finns situationer där en persons psykiska tillstånd medför att vederbörande uppenbart saknar förmåga att bedöma vad som är bäst för sig själv eller där dennes tillstånd innebär att han eller hon riskerar andra människors liv eller hälsa. I dessa situationer och för att den fundamentala solidaritetstanken inte ska åsidosättas krävs att vård ska kunna ges trots att den enskilde motsätter sig det.⁵⁰ Av förarbetena framgår att ett tvångsngripande mot en patient ”motiveras av att denne inte är i stånd att bedöma sitt eget bästa.”⁵¹ Den psykiatriska tvångsvården syftar till att avhjälpa det oundgängliga vårdbehovet samt motivera patienten att gå med på frivillig vård. Utan någon möjlighet till tvångsvård skulle vi avsäga oss rätten att hjälpa människor som befinner sig i mycket svåra situationer, vilket skulle strida mot fundamentala värden så som humanitet och medmänsklighet.⁵² Vidare anges i motiven att den övergripande målsättningen är att den psykiatriska vården, i så stor omfattning som möjligt, ska ske på frivillig väg. Endast när vård genom frivilliga former inte bedöms vara tillräcklig får tvångsvård användas.⁵³ Tvångsvård är således en lösning som ska användas endast när det inte finns andra hjälpformer att tillgå eller när dessa inte är tillräckliga.⁵⁴ Enligt LPT ska ett tvångsomhändertagande följaktligen utgöra en undantagsföreteelse och som huvudregel

⁴⁸ Gustafsson, 2010, s. 53 ff.

⁴⁹ Gustafsson, 2010, s. 21.

⁵⁰ Prop. 1990/91:58 s. 65.

⁵¹ Prop. 1990/91:58 s. 73.

⁵² Prop. 1990/91:58 s. 65.

⁵³ Prop. 1990/91:58 s. 233.

⁵⁴ Prop. 1990/91:58 s. 74.

endast vara av kortvarig natur.⁵⁵ Tvångsvård ska, enligt lagstiftaren, vara ett sista alternativ för att hjälpa en människa som är svårt psykiskt sjuk.⁵⁶

Emellertid är det av största vikt, främst för patienten men även med beaktande av allmänhetens förtroende, att "rättssäkerheten svarar mot högt ställda krav"⁵⁷. Tvångsvården måste begränsas samt, i den mån det är möjligt, utformas så att den personliga integriteten skyddas. En patient bör inte bli påtvingad varken undersökningar eller behandlingar som inte kan motiveras av tillräckligt starka skäl. Om en patient inte vill gå med på en behandling som skulle innebära både minskat lidande och snabbare tillfrisknande krävs sålunda att det vidtas en noggrann avvägning med hänsyn till kraven på personlig integritet.⁵⁸

4.2 Kopplingen mellan HSL och LPT

Vid införandet av LPT anfördes i motiven att en viktig utgångspunkt för lagstiftningen är att den ska "utgöra ett komplement till den grundläggande regleringen i hälso- och sjukvårdslagen"⁵⁹ (HSL). Bestämmelserna enligt LPT ska sålunda utgöra undantagsregler som anger i vilka situationer och under vilka premisser vårdprinciperna i HSL får inskränkas. Detta innebär emellertid inte att LPT medger att man bortser från de grundläggande kraven på vården som stadgas i HSL.⁶⁰ Av 1 § första stycket LPT framgår att föreskrifterna i HSL gäller all psykiatrisk vård, d.v.s. såväl frivillig psykiatrisk vård som tvångsvård. Genom bestämmelsen har lagstiftaren velat markera att de grundläggande kraven inom hälso- och sjukvården som stadgas i HSL även omfattar tvångsvården. Stadgandet har tagits in i syfte att ge HSL:s principer ett ökat genomslag inom den psykiatriska tvångsvården.⁶¹

Enligt HSL ska vården vara "ett fritt, öppet och demokratiskt system med trygghet och rättssäkerhet och huvudprincipen är att den enskilde själv avgör om han vill anlita hälso- och sjukvården eller inte"⁶². I motiven till införandet av HSL anges att den

⁵⁵ Prop. 1990/91:58 s. 233.

⁵⁶ Prop. 1990/91:58 s. 73 och Gustafsson, 2010, s. 21 ff.

⁵⁷ Prop. 1990/91:58 s. 65.

⁵⁸ Prop. 1990/91:58 s. 65.

⁵⁹ Prop. 1990/91:58 s. 63.

⁶⁰ Prop. 1990/91:58 s. 236.

⁶¹ Gustafsson, 2010, s. 96 och Prop. 1990/91:58 s. 236.

⁶² Prop. 1990/91:58 s. 63.

enskilde som regel har en obegränsad rätt att besluta huruvida han eller hon vill avstå från behandling eller inte.⁶³

Som nämnts tidigare framgår det av målsättningsstadgandet i 1 kap. 2 § RF att den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet. Dessa humanitära värderingar är även utmärkande för HSL.⁶⁴ I 2 § HSL fastslås att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Genom denna bestämmelse regleras således RF:s målsättningsstadgande explicit i HSL och utgör en skyldighet för vårdgivarna att beakta vid vården av patienter.⁶⁵ Stadgandet anses bl.a. återspegla den grundläggande människovärdesprincipen som är den mest väsentliga principen inom hälso- och sjukvården och som ska vara utgångspunkten för de prioriteringar som sker inom vården.⁶⁶ Principen innebär att "alla människor har ett egenvärde just för att de är människor och inte för vad de har eller gör"⁶⁷. I 2 § HSL stadgas att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen.

Av 2 a § HSL framgår vidare att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bl.a. att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Vården ska dessutom vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Därtill anges att vården och behandlingen så långt det är möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten. I bestämmelsen betonas vikten av att patienten ges möjlighet att påverka sin vård, dock kan den enskildes rätt till integritet och självbestämmande inte vara absolut. Det framgår av förarbetena att det inte är rimligt att patienten tillåts avgöra innehållet av vården och dess omfattning, utan sådana beslut måste ankomma på sjukvården eftersom de bär det medicinska ansvaret för vården.⁶⁸ Emellertid framgår det av 3 a § HSL att landstinget ska, 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.

⁶³ Prop. 1981/82:97 s. 118.

⁶⁴ Prop. 1990/91:58 s. 64.

⁶⁵ Gustafsson, 2010, s. 105 f.

⁶⁶ Prop. 1996/97:60 s. 19 f.

⁶⁷ Prop. 1996/97:60 s. 20.

⁶⁸ Prop. 1981/82:97 s. 117 f.

LPT ger, som nämnts, en möjlighet att ge avkall på den enskildes rätt att själv avgöra huruvida han eller hon vill anlita hälso- och sjukvården. Det är emellertid viktigt att erinra om att de fundamentala tankarna om frivillighet som präglar HSL ska, i så stor omfattning som möjligt, även beaktas vid tvångsvård.⁶⁹

4.3 Grundläggande principer inom LPT

Som redovisats ovan, är respekten för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet en föreskrift som generellt är av mycket stor vikt vid den offentliga förvaltningen. Likaså är principen av stor betydelse när hälso- och sjukvården beslutar att tvångsvårda en patient enligt LPT.⁷⁰ Nedan redogörs för ytterligare principer som är fundamentala vid tillämpningen av psykiatrisk tvångsvård.

4.3.1 Legalitetsprincipen

Legalitetsprincipen kommer till uttryck i 1 kap. 1 § tredje stycket RF av vilken det framgår att den offentliga makten utövas under lagarna. Principen ger uttryck för maktutövningens lagbundenhet, vilket innebär att samtliga offentliga samhällsorgans beslutanderätt förutsätter stöd i lag. Principen innebär dessutom att rättsordningens regler är tvingande för samtliga samhällsorgan. Detta innebär en skyldighet för samhällsorganen, att vid sitt beslutsfattande alltid följa gällande lagregler vilket begränsar utrymmet för godtycke. Den juridiska doktrinen har dessutom gett uttryck för att legalitetsprincipen verkar som en rättssäkerhetsgaranti eftersom den ställer krav på att lagstiftningen är utformad så att den enskilde individen kan förutse vilka åtgärder som kan komma att aktualiseras. Likaså anses principen även inkludera ett krav på att lagstiftningen måste vara klar och tydlig.⁷¹

4.3.2 Likhets- och objektivitetsprincipen

Likhets- och objektivitetsprincipen återfinns i 1 kap. 9 § RF, där det stadgas att domstolar och förvaltningsmyndigheter och andra som fullgör offentliga

⁶⁹ Gustafsson, 2010, s. 96.

⁷⁰ Gustafsson, 2010, s. 105.

⁷¹ Gustafsson, 2010, s. 107 f.

förvaltningsuppgifter i sin verksamhet ska beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet. Likhetsprincipen innebär följaktligen att lika fall ska behandlas lika vid den rättsliga tillämpningen. Emellertid ger den vaga formuleringen av principen inte särskilt stor ledning för rättstillämparna, varför det krävs att enskilda rättsregler fyller ut dess innehåll genom att uttryckligen redogöra för vilka omständigheter ett beslut får eller inte får grundas på. När det gäller psykiatrisk tvångsvård är det 3 § LPT som anger de förutsättningar som måste vara uppfyllda för att tvångsvård ska få ges.⁷²

Objektivitetsprincipen innebär att domstolar och förvaltningsmyndigheter vid fullgörandet av sina uppgifter ska iaktta saklighet och opartiskhet. Sålunda får myndigheterna vid sina bedömningar inte låta sig påverkas av andra intressen än dem de är avsedda att tillgodose. Inte heller får myndigheterna vid sitt utövande ta hänsyn till andra sakförhållanden än sådana som uttryckligen får beaktas.⁷³ Följaktligen inbegriper 1 kap. 9 § RF ett förbud mot alla former av godtycke.⁷⁴

4.3.3 Proportionalitetsprincipen

Proportionalitetsprincipen är av fundamental betydelse för den förvaltningsrättsliga verksamheten och innebär att en åtgärd, beslut eller dom inte får vara mer ingripande än vad som anses nödvändigt med hänsyn till sitt ändamål. Beträffande förvaltningsrättsliga beslut och åtgärder som är betungande för den enskilde är det av betydande värde att nackdelarna för individen står i rimlig proportion till den nytta som den vidtagna åtgärden förväntas ge det allmänna, d.v.s. en åtgärd får inte medföra en större uppoffring för individen än vad som kan motiveras utifrån ett starkt allmänt intresse.⁷⁵

Proportionalitetsprincipen regleras uttryckligen i 2 a och 2 b §§ LPT där det framgår att tvångsåtgärder endast får användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden samt att de inte får användas i större omfattning än vad som är nödvändigt, för att förmå patienterna att frivilligt medverka till vård. Följaktligen ska mindre ingripande åtgärder användas om de anses vara tillräckliga. Lagrummen är allomfattande och

⁷² Gustafsson, 2010, s. 108 f.

⁷³ Strömberg, Håkan & Lundell, Bengt, *Allmän förvaltningsrätt*, upplaga 23:1, (Malmö: Liber AB, 2006), s. 66 f.

⁷⁴ Gustafsson, 2010, s. 108 f.

⁷⁵ Gustafsson, 2010, s. 110.

således tillämpliga vid samtlig tvångsanvändning enligt LPT. Av motiven till bestämmelserna framgår att hälso- och sjukvårdspersonalen ska anstränga sig särskilt för att den enskilde patienten får information som möjliggör dennes delaktighet. Patienten ska erhålla adekvat information beträffande hans eller hennes hälsotillstånd samt information om alternativa metoder beträffande undersökningar, vård och behandlingar som finns att tillgå. Det är viktigt att informationen är individuellt anpassad så att patienten förstår informationen och det är den som meddelar informationen som måste se till att patienten förstår såväl innehållet i som innebörden av den.⁷⁶

4.3.4 Aktualitetsprincipen

Aktualitetsprincipen innebär att samtliga rekvisit i 3 § LPT, beträffande förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård, måste vara uppfyllda för att tvångsvård ska få ges. Avgörande för huruvida ett tvångsingripande enligt LPT får vidtas är att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda vid tiden för beslutet. Som nämnts är syftet med psykiatrisk tvångsvård, enligt 2 § andra stycket LPT, att få patienten att frivilligt medverka till nödvändig vård. Något bestraffande moment i likhet med straffrätten, som utgör en reaktion på vad som inträffat tidigare, finns inte i LPT. Det är med andra ord förhållandena vid tiden för en vidtagen åtgärd som är avgörande, inte vad som skett tidigare. Emellertid krävs det att rekvisiten är uppfyllda såväl vid intagningen som under hela vårdtiden.⁷⁷ Av motiven framgår att vårdbehovet ”ska vara oundgängligt i det aktuella skedet och det är inte tillräckligt att det ter sig oundgängligt endast på någon sikt”⁷⁸. Härigenom ges uttryck för den rådande aktualitetsprincipen. Tvångsvården ska således upphöra i samma stund som någon av förutsättningarna för tvångsvård inte längre är uppfyllda. Enligt Gustafsson innebär aktualitetsprincipen att tvångsvård i princip inte får ges i förebyggande syfte.⁷⁹

⁷⁶ Prop. 1999/2000:44, s. 83.

⁷⁷ Gustafsson, 2010, s. 109 f.

⁷⁸ Prop. 1990/91:58 s. 239.

⁷⁹ Gustafsson, 2010, s. 109 f. och s. 147.

5. Utformningen av ingripanderekvisiten i 3 § LPT

5.1 Förutsättningar för vård enligt LPT

Av 3 § LPT framgår att tre förutsättningar ska vara uppfyllda för att tvångsvård ska kunna aktualiseras. För det första krävs att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. Därutöver fordras att patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård, alternativt behöver iakttas särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Slutligen är den tredje förutsättningen för tvångsvård att patienten motsätter sig vården eller att det på grund av dennes psykiska tillstånd finns en grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke. Samtliga förutsättningar är kumulativa vilket innebär att de ska vara uppfyllda samtidigt.⁸⁰ Det framgår explicit av lagtexten att tvångsvård enligt LPT endast får ges om samtliga rekvisit är uppfyllda. Dessa krav gäller både vid själva intagningen och under tiden därefter, d.v.s. att förutsättningar ska vara uppfyllda under hela vårdtiden.⁸¹

Av 2 § första stycket LPT framgår att vården alltid måste inledas som sluten psykiatrisk tvångsvård. Någon tidsangivelse beträffande hur lång tid vården måste vara sluten innan en övergång till öppen psykiatrisk vård är möjlig framgår inte av motiven.⁸² Av förarbetena går endast utläsa att patienten "i vart fall i ett inledande skede"⁸³ måste uppfylla kraven för sluten vård. Vidare anges i 3 § fjärde stycket LPT att vid bedömningen av vårdbehovet ska, för såväl sluten psykiatrisk vård som öppen psykiatrisk vård, beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller psykiska eller fysiska hälsa.

Intagningen för tvångsvård regleras i 4-6 b §§ LPT. Sedan vårdintyg har utfärdats i enlighet med 4-5 §§ LPT, får beslut om intagning fattas av chefsöverläkaren vid en enhet för psykiatrisk vård enligt 6 b § LPT. Om chefsöverläkaren finner att patienten i fråga bör ges tvångsvård utöver fyra veckor, från dagen för beslutet om intagning, ska han eller hon före utgången av fyra veckorstiden ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till sådan vård enligt 7 § LPT. Enligt 8 § LPT får vården pågå högst fyra

⁸⁰ Prop. 1990/91:58 s. 82.

⁸¹ Prop. 1990/91:58 s. 238.

⁸² Gustafsson, 2010, s. 172.

⁸³ Prop. 2007/08:70 s. 145.

månader, räknat från dagen för beslutet om intagning. Emellertid får rätten enligt 9 § LPT efter ansökan av chefsöverläkaren medge att tvångsvården fortsätter utöver den längsta tiden enligt 8 § LPT. Sådan förlängning av vårdtiden får lämnas för högst sex månader åt gången, räknat från den dag då förvaltningsrätten meddelar beslut i frågan. Enligt 27 § LPT ska tvångsvården genast upphöra när det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård, vilket cheföverläkaren ska överväga fortlöpande.⁸⁴

5.2 Allvarlig psykisk störning

Allvarlig psykisk störning är det första grundläggande rekvisitetet i 3 § första stycket LPT som måste uppfyllas för att psykiatrisk tvångsvård ska kunna aktualiseras. Vilka tillstånd som krävs för att motivera psykiatrisk tvångsvård och hur de beskrivs i lagen har varierat under tvångsvårdens framväxt. Av motiven till LPT framgår att det inte har ansetts genomförbart att i lagtexten formulera grundförutsättningarna för tvångsvård mer än i allmänna termer.⁸⁵ Av denna anledning försökte lagstiftaren, vid införandet av LPT, finna ett samlingsbegrepp "som koncentrerat beskriver de psykiska tillstånd som avses"⁸⁶. Genom begreppet allvarlig psykisk störning ville man lyfta fram vikten av en helhetssyn vid bedömningen av patientens vårdbehov. Förändringen innebar att det rent biologiska sjukdomsbegreppet numera inte får vara det fundamentala vid bedömningen av huruvida tvångsvård får ges eller ej. Tvärtom anses begreppet innebära att psykiska störningar nuförtiden ska kunna återföras på både biologiska, psykologiska och sociala faktorer.⁸⁷ Övergången från LSPV:s tidigare använda begrepp psykisk sjukdom och därmed jämställd psykisk abnormitet, till nuvarande begrepp allvarlig psykisk störning, syftade till att minska tvångsanvändningen.⁸⁸ I motiven till nu gällande lag anges att:

Till allvarlig psykisk störning bör i första hand räknas tillstånd av psykotisk karaktär, således tillstånd med störd realitetsvärdering och med symptom av typen vanföreställningar, hallucinationer, och förvirring. Till följd av en hjärnskada kan vidare en psykisk funktionsnedsättning av allvarlig art (demens) med störd realitetsvärdering och bristande förmåga till orientering i tillvaron uppkomma.

⁸⁴ Prop. 2007/08:70 s. 154.

⁸⁵ Prop. 1990/91:58 s. 84 f.

⁸⁶ Prop. 1990/91:58 s. 85.

⁸⁷ Prop. 1990/91:58 s. 84 f.

⁸⁸ Prop. 1990/91:58 s. 238.

Till allvarlig psykisk störning bör också räknas allvarliga depressioner med självmordstankar. Vidare bör dit föras svårartade personlighetsstörningar (karaktärsstörningar), exempelvis vissa invalidiserande neuroser och personlighetsstörningar med impulsgenombrott av psykoskaraktär.

Tvångsvård bör vidare kunna aktualiseras när en krisreaktion är sådan att påverkan på den psykiska funktionsnivån blir så uttalad att den är av psykotisk art.

Till allvarlig psykisk störning bör hänföras också alkoholpsykoserna, såsom delirium tremens, alkoholhallucinos och klara demenstillstånd. Detsamma gäller de psykosor som kan drabba narkotikamissbrukare. Även i andra situationer när en missbrukare har kommit in i ett allvarligt förvirringstillstånd och det är uppenbar fara för hans fysiska hälsa eller liv skall tvångsvård kunna tillämpas. I vissa fall kan vidare ett abstinenstillstånd vara så svårartat att det under en kortare tid måste betecknas som en allvarlig psykisk störning. Självklart är att ett allvarligt missbruk som leder enbart till allvarliga kroppsliga komplikationer inte skall kunna medföra psykiatrisk tvångsvård. [...]

[...] psykisk funktionsnedsättning som beror på åldrande och som tar sig uttryck i s.k. åldersdement beteende kan vara så kraftigt att begreppet allvarlig psykisk störning är tillämpligt.⁸⁹

Uttalandena i förarbetena är endast vägledande och ska således inte betraktas som någon uttömmande uppräknings.⁹⁰ Vid tolkningen av vad som anses omfattas av allvarlig psykisk störning får ledning tas ifrån motivuttalanden och utvecklad praxis. Vid bedömningen av huruvida en störning är allvarlig eller ej ska, enligt lagens förarbeten, hänsyn tas till såväl störningens art som grad.⁹¹ ”Med art avses typen av störning och med grad omfattningen av det ingrepp i personligheten som störningen förorsakar”⁹². Vissa typer av psykiska störningar är att anse som allvarliga både till sin art och grad. Andra störningar, så som schizofreni, är alltid att betrakta som allvarliga till sin art men måste nödvändigtvis inte vara allvarlig till sin grad och kan dessutom ha ett relativt rimligt förlopp. Depressioner är ett tillstånd som inte alltid är att bedöma som av allvarlig art, utan här är störningens grad mer avgörande för huruvida det föreligger en allvarlig psykisk störning eller ej. I varje enskilt fall får en sammanvägning göras avseende arten av störningen och de symptom och övriga yttringar som klarlägger graden av störningen.⁹³ Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd kan kleptomani, pyromani samt sexuella perversiteter i vissa fall anses utgöra en allvarlig psykisk störning.⁹⁴ Allvarlig psykisk störning utgör således ett samlingsbegrepp på ett antal olika tillstånd som anses kunna ligga till grund för vård enligt LPT.⁹⁵

⁸⁹ Prop. 1990/91:58 s. 86 f.

⁹⁰ Prop. 1990/91:58 s. 238.

⁹¹ Prop. 1990/91:58 s. 85 ff.

⁹² Prop. 1990/91:58 s. 238 f.

⁹³ Prop. 1990/91:58 s. 87.

⁹⁴ Socialstyrelsen, *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* (SOSFS 2008:18), s. 16.

⁹⁵ Gustafsson, 2010, s. 139.

Av motiven kan dessutom utläsas att, vid prövningen av om en psykisk störning är allvarlig eller inte "måste hänsyn tas till växlingar i tillståndet och risken för återfall om vården och behandlingen avbryts för tidigt"⁹⁶. Så länge det föreligger en påtaglig risk för att de psykiska symptomen kan återkomma om behandlingen avbryts är den psykiska störningen att betrakta som av allvarlig art, vilket i enstaka fall kan leda till att vården kommer pågå under avsevärd tid.⁹⁷

5.3 Det kvalificerade vårdbehovet

En psykisk störning får inte ensam utgöra grund för tvångsvård oavsett hur djup störningen är. Utöver att patienten lider av en allvarlig psykisk störning krävs, enligt det andra rekvisitetet i 3 § första stycket p. 1 LPT, att ett kvalificerat vårdbehov föreligger.⁹⁸ Det kvalificerade vårdbehovet innebär att patienten ska ha 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. Rekvisitetet är således en förutsättning för den *slutna* psykiatriska tvångsvården.

Kravet på att tvångsvården alltid måste inledas som slutna vård innebär att det oundgängliga vårdbehovet initialt måste vara uppfyllt för att tvångsvård över huvud taget ska kunna aktualiseras.⁹⁹ Som nämnts anges i förarbetena att patientens vårdbehov ska vara "oundgängligt i det aktuella skedet och det är inte tillräckligt att det ter sig oundgängligt endast på någon sikt"¹⁰⁰. Dessutom anges att patientens vårdbehov ska föreligga till följd av hans eller hennes allvarliga psykiska störning. Följaktligen får en person inte tvångsvårdas endast av sociala skäl eller p.g.a. somatiska sjukdomar.¹⁰¹

Vid prövningen av patientens vårdbehov ska främst "risken för patientens liv eller hälsa vara avgörande"¹⁰². Detta innebär att det måste ske en prövning huruvida det föreligger en risk för patientens liv eller hälsa om han eller hon inte blir intagen på en vårdinrättning för psykiatrisk tvångsvård. Sålunda ska vårdbehovet vara så uttalat att det endast kan bli tillgodosett genom intagning på sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Av motiven framgår vidare att patientens vårdbehov inte

⁹⁶ Prop. 1990/91:58 s. 87.

⁹⁷ Prop. 1990/91:58 s. 87.

⁹⁸ Prop. 1990/91:58 s. 91.

⁹⁹ Gustafsson, 2010, s. 147.

¹⁰⁰ Prop. 1990/91:58 s. 239.

¹⁰¹ Prop. 1990/91:58 s. 239.

¹⁰² Prop. 1990/91:58 s. 91 och s. 239.

enbart ska prövas utifrån hans eller hennes psykiska tillstånd, utan att hänsyn även ska tas till dennes levnadsförhållanden och relationer till omgivningen. Även i dessa hänseenden måste patientens situation vara sådan att hjälp inte kan ges på annat rimligt sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård.¹⁰³ Enligt motiven innebär det t.ex. att "man inte bör få tvångsinta den som avvisar behandling som sannolikt skulle förbättra hans tillstånd så länge han klarar sig själv eller kan klara sig i hemmet med stöd av någon anhörig och t.ex. kommunens hemtjänst"¹⁰⁴. Vidare anges att ett intensivt drogmissbruk kan utgöra skäl för att en patients levnadsförhållanden är sådana att rekvisitet oundgängligt behov av psykiatrisk vård anses uppfyllt.¹⁰⁵ Vårdbehovet ska sålunda vara "både oundgängligt och omöjligt [min kurs.] att tillgodose på annat sätt än genom intagning "¹⁰⁶, vilket innebär att det i varje enskilt fall måste genomföras en noggrann utredning om vårdbehovet kan tillgodoses genom alternativa vård- och omsorgsformer. I strävan mot att begränsa tvångsvården fordras ett gott samarbete mellan psykiatrin och socialtjänsten.¹⁰⁷ Sammantaget innebär det ovan sagda att tvångsvård inte får ges om det vid en samlad bedömning visar sig att patienten får "tillräckligt stöd i sin egen eller annan miljö"¹⁰⁸.

5.4 Särskilda villkor – öppen psykiatrisk tvångsvård

Genom lagändringen den 1 september 2008 infördes den nya vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård, vilket innebär att det numera finns ett alternativ till kravet på ett oundgängligt vårdbehov. Öppen psykiatrisk tvångsvård får enligt 3 § första stycket p. 2 LPT ges när en patient behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Dock måste övriga rekvisit i 3 § LPT också vara uppfyllda, d.v.s. att patienten lider av en allvarlig psykisk störning samt motsätter sig den aktuella vården.¹⁰⁹

¹⁰³ Prop. 1990/91:58 s. 91 och s. 239.

¹⁰⁴ Prop. 1990/91:58 s. 91.

¹⁰⁵ Prop. 1990/91:58 s. 91 och s. 239.

¹⁰⁶ Prop. 1990/91:58 s. 91.

¹⁰⁷ Prop. 1990/91:58 s. 91.

¹⁰⁸ Prop. 1990/91:58 s. 239.

¹⁰⁹ Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården, Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 5.

Som nämnts är det bl.a. den otillfredsställande tillämpningen av permissionsinstitutet som medfört att regeringen beslutat att införa den nya vårdformen. Intentionen är att den öppna psykiatriska tvångsvården ska ersätta de mycket långa permissioner som enligt hälso- och sjukvården och domstolarnas praxis tidigare tillåtits. Denna alltför extensiva tillämpning av permissionsreglerna tydde, enligt lagstiftaren, på att behovet av utslussningsmöjligheter inte tillgodosågs genom tidigare reglering av LPT.¹¹⁰ I motiven till införandet av den nya vårdformen anges att det i särskilda fall kan fordras en lång tid för personer som lider av en allvarlig psykisk störning "att förbereda sig inför och anpassa sig till ett liv utanför sjukvårdsinrättningen, utan de rutiner och den struktur som tvångsvården innebär"¹¹¹ Lagstiftaren ansåg därför att det var angeläget att kunna "ge nödvändig psykiatrisk vård och annat behovsanpassat stöd till de personer som på grund av sin psykiska störning inte kan skrivas ut från tvångsvård, men som inte heller behöver vara intagna vid en sjukvårdsinrättning"¹¹². Genom den öppna psykiatriska tvångsvården ville lagstiftaren skapa lagliga förutsättningar för att psykiatrisk tvångsvård ska kunna ges även utanför sjukvårdsinrättningar.¹¹³

Det uttalade syftet med den nya vårdformen är att nivån på tvångsåtgärder enligt LPT ska kunna anpassas bättre till den enskilda patientens behov. Målsättningen är att inskränkningar i patientens integritet därmed inte ska ske i större omfattning än vad som anses vara absolut nödvändigt för att bereda patienten nödvändig vård.¹¹⁴ Dessutom har det ansetts önskvärt med en mer flexibel utslussning för de patienter som vårdats enligt LPT under en lång tid och som har ett större och mer individuellt behov av stöd vid utslussningen än vad som kan erbjudas genom den frivilliga vården.¹¹⁵

Därtill finns det patienter vars behov av hjälp med struktur i vardagen beträffande medicinering, sysselsättning, boende etc. bedöms vara livslångt. För dessa patienter är det inte alltid lämpligt att avbryta tvångsvården om det kan leda till att utslussningen misslyckas eller att patientens hälsotillstånd försämras. Emellertid kan nu nämnda patienters vårdbehov vara sådant att vård på en sjukvårdsinrättning inte anses vara proportionerligt, varför en alternativ vårdform anses nödvändig. Det ska emellertid

¹¹⁰ Prop. 2007/08:70 s. 71 och 74 f.

¹¹¹ Prop. 2007/08:70 s. 75.

¹¹² Prop. 2007/08:70 s. 75.

¹¹³ Prop. 2007/08:70 s. 75.

¹¹⁴ Prop. 2007/08:70 s. 83.

¹¹⁵ Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården, Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 5.

framhållas att den nya vårdformen inte är avsedd att utnyttjas för att slentrianmässigt långtidsmedicinera en patient utanför vårdinrättningen. Tvärtemot krävs det att både landstinget och kommunen aktivt verkar för den enskilde patientens rehabilitering.¹¹⁶

5.4.1 De särskilda villkoren

Den öppna psykiatriska vårdformen innebär att patienten får vistas utanför sjukvårdsinrättningen men att vården är knuten till särskilda villkor som patienten ska följa. Av 26 § LPT framgår att villkoren får avse en skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård och behandling. Likaså kan de utgöra en skyldighet att hålla kontakt med en viss person, att vistas på ett hem eller annan institution för vård och behandling, besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten. Dessutom får villkoren avse vistelseort, bostad, utbildning eller arbete. Vidare kan de innebära ett förbud mot att använda berusningsmedel, förbud mot att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person. Slutligen kan villkoren omfatta annat som anses vara nödvändigt eller som följer av vårdplanen. Uppräkningen är således inte uttömmande, utan det är patientens behov som styr vilka särskilda villkor som beslutas i det enskilda fallet.¹¹⁷

I motiven exemplifieras de särskilda villkor som kan komma att tillämpas. Dessa kan bl.a. avse "boende, sysselsättning, stöd och service, social rehabilitering eller andra insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), men också andra åtgärder som bedöms vara nödvändiga för att en patient inte ska återinsjukna eller återfalla i missbruk och tidigare socialt mönster"¹¹⁸ Av Socialstyrelsens granskning av den nya vårdformen framgår att de vanligaste villkoren som tillämpas avser medicinering, regelbundna läkarbesök, att patienten ska ha kontakt med särskild personal eller tillåta hembesök. Därtill anges att patienten ska avhålla sig från att missbruka droger samt följa de föreskrifter och ordningsregler ett visst boende ställt upp.¹¹⁹

Vårdformen har för avsikt att medföra så få integritetsinskränkningar som möjligt samtidigt som hälso- och sjukvården, genom de föreskrivna villkoren, får möjlighet att kontrollera patientens vård. I motiven konstateras att den öppna psykiatriska

¹¹⁶ Prop. 2007/08:70 s. 75 f.

¹¹⁷ Prop. 2007/08:70 s. 111.

¹¹⁸ Prop. 2007/08:70 s. 84.

¹¹⁹ Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården, Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 6.

tvångsvården å ena sidan medför att tvångsvårdens omfattning utvidgas till att inrymma fler personer, då patienter som inte längre uppfyller kraven på oundgängligt behov av vård på en sjukvårdsinrättning numera kan tvångsvårdas, vilket kan leda till att vårdtiderna förlängs för enskilda patienter. Å andra sidan medför vårdformen att chefsläkaren har möjlighet att välja en vårdform som är mindre ingripande, vilket av allt att döma kommer resultera i att vårdtiderna på själva sjukvårdsinrättningen kan förkortas för somliga patienter.¹²⁰ I motiven betonas att:

Villkoren ska utgöra en avvägning mellan å ena sidan vad som krävs för att patienten ska kunna ges vård utanför vårdinrättningen, med hänsyn till patientens psykiska tillstånd och förhållanden i övrigt [...] och å andra sidan att de åtgärder ska väljas som är minst ingripande för den enskilde patienten. I varje enskilt fall måste noga prövas om villkoren uppfyller dessa krav och syften.¹²¹

I varje enskilt fall måste alltså en noggrann avvägning göras mellan den integritetskränkning villkoren innebär för patienten och den effekt som de har på hans eller hennes hälsa och livskvalitet.¹²²

5.4.2 Patientgrupper som omfattas av den öppna tvångsvården

Av motiven framgår att lagstiftaren har överlämnat till rättstillämpningen att avgöra vilka patientgrupper den nya vårdformen kan komma att aktualiseras för.¹²³ Emellertid hänvisar lagstiftaren även till vad Tvångspsykiatrikommittén har anfört i frågan. Kommittén anser att följande personer kan vara aktuella för den öppna tvångsvården:

Personer med allvarlig psykisk störning och missbruk som behöver vistas på ett behandlingshem eller i någon form av särskilt boende som kan tillgodose patientens behov av vård, behandling och socialt rehabiliterande insatser. [...] Personer med allvarlig och långvarig psykisk störning som vid upprepade tillfällen varit intagna för tvångsvård på grund av att de inte frivilligt kunnat sköta sin behandling på ett tillfredsställande sätt och därför bedömts kunna klara sig i det egna hemmet endast under förutsättning att de är skyldiga att iaktta vissa villkor. Det gäller dels personer som behöver kontinuerlig medicinerings eller annan behandling för att inte återfalla i självdestruktivitet eller hotfullt beteende och riskera att allvarligt skada sig själv eller någon annan, dels personer som på grund av varaktigt funktionshinder behöver vistas i någon form av särskilt boende och iaktta viss behandling för att upprätthålla sina grundläggande funktioner och inte allvarligt försämrats i sin sjukdom.¹²⁴

Enligt motiven till införandet av den nya vårdformen synes den öppna tvångsvården kunna aktualiseras för även andra än ovan nämnda patientgrupper.¹²⁵ Som nämnt

¹²⁰ Prop. 2007/08:70 s. 76.

¹²¹ Prop. 2007/08:70 s. 111.

¹²² Prop. 2007/08:70 s. 84.

¹²³ Prop. 2007/08:70 s. 87.

¹²⁴ SOU 1998:32 s 337 f. och Prop. 2007/08:70 s 87 f.

¹²⁵ Gustafsson, 2010, s. 175.

tidigare ansåg lagstiftaren att det behövdes en vårdform som kan tillgodose vårdbehovet hos de patienter som inte längre har ett behov av sluten tvångsvård, men likväl har ett fortsatt behov av någon form av tvångsvård. I detta avseende menar lagstiftaren att den öppna tvångsvården riktar sig till patientgrupper som innan införandet av den nya vårdformen inte omfattades av LPT.¹²⁶

5.4.3 Återintagning

Reformen har inte medfört några förändringar beträffande förutsättningarna för att intagning enligt LPT ska aktualiseras. Vården måste alltså inledas på en inrättning för psykiatrisk vård. Därefter är det tänkt att den öppna psykiatriska vården ska anpassas efter den enskilde patientens personliga behov av såväl vård som övriga insatser.¹²⁷ Som nämnts tidigare framgår det emellertid inte av förarbetena hur lång tid patienten måste behandlas i sluten psykiatrisk tvångsvård innan en övergång till öppen vård är möjlig.¹²⁸

Den nya vårdformen ställer krav på ett väl fungerade samarbete mellan hälso- och sjukvården och kommunerna. Landstingen och kommunens socialtjänst måste följaktligen ha en gemensam vårdplanering för att vårdformen ska vara framgångsrik.¹²⁹ Det krävs att sjukvårdsinrättningen gör uppföljningar av patienterna men även kommunen har ett ansvar att rapportera till hälso- och sjukvården om de upptäcker att en patient t.ex. bryter mot de särskilda villkoren.¹³⁰

Återintagning från öppen till sluten tvångsvård kan aktualiseras om förutsättningarna för sluten tvångsvård återigen är uppfyllda.¹³¹ Enligt 7 § LPT ska chefsöverläkaren ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård när han eller hon anser att den psykiatriska tvångsvården bör övergå i öppen eller sluten form. Frågan om återintagning har behandlats i förarbetena där det framgår att om patienten inte följer de särskilda villkoren så "ligger det nära till hands att anse att vården inte längre kan ges utanför sjukvårdsinrättningen"¹³² Dock måste inte återintagning alltid ske i dessa situationer utan frågan om återintagning måste bedömas i varje enskilt fall, där hänsyn tas till vilka villkor som patienten måste följa, dennes

¹²⁶ Prop. 2007/08:70 s. 90.

¹²⁷ Prop. 2007/08:70 s. 1 och 80.

¹²⁸ Gustafsson, 2010, s. 172.

¹²⁹ Prop. 2007/08:70 s. 76 f. och s. 97 f.

¹³⁰ Gustafsson, 2010, s. 251.

¹³¹ Gustafsson, 2010, s. 252.

¹³² Prop. 2007/08:70 s. 116.

sjukdomsbild och potentiell risk för att han eller hon återfaller i brott. I förarbetena betonas särskilt att återintagning till slutet tvångsvård inte enbart får utgöra en sanktion mot att patienten inte följt föreskrivna villkor, utan underlåtenheten att följa angivna villkor måste även medföra en risk för hans eller hennes psykiska tillstånd.¹³³

Huvudregeln är att återintagning beslutas av förvaltningsrätten i enlighet med 7 § LPT. Dock får chefsöverläkaren själv besluta om återintagning till slutet tvångsvård enligt 26 a § LPT under förutsättning att kraven för slutet tvångsvård är uppfyllda och att rättens beslut om fortsatt vård inte kan avvaktas med hänsyn till risken för patientens eller annans hälsa eller personliga säkerhet. Enligt motiven är denna bestämmelse främst avsedd för situationer då "patients vårdbehov förändras mycket snabbt t.ex. vid ett återfall i missbruk eller brott, en oförutsedd yttre händelse eller utebliven medicinering."¹³⁴

5.5 Avsaknad av samtycke

Den tredje förutsättningen för såväl slutet som öppen tvångsvård framgår av 3 § andra stycket LPT, där det anges att tvångsvård förutsätter att patienten motsätter sig behövlig vård eller att det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke. Detta innebär att tvångsvård inte får ges om patientens vårdbehov kan anses vara tillgodosett på frivillig väg, d.v.s. utan att han eller hon är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård eller utan ett behov av att iaktta särskilda villkor. Ett samtycke från den enskilde patienten torde sålunda utgöra ett starkt incitament för att hans eller hennes vårdbehov bör kunna tillgodoses på frivillig väg genom reglerna i HSL.¹³⁵

Som nämnts ovan är huvudregeln att en patient själv bestämmer om han eller hon vill söka hjälp av hälso- och sjukvården eller inte.¹³⁶ Detta har bl.a. sin grund i 2 kap. RF där den enskilde tillerkänns ett visst skydd gentemot det allmänna.¹³⁷ Enligt 2 kap. 8 § RF är varje medborgare gentemot det allmänna skyddad mot frihetsberövanden. I LPT

¹³³ Prop. 2007/08:70 s. 116.

¹³⁴ Prop. 2007/08:70 s. 115 och Gustafsson, 2010, s. 252 f.

¹³⁵ Gustafsson, 2010, s. 184.

¹³⁶ Prop. 1990/91: 58 s. 63.

¹³⁷ Holmberg, Erik & Stjernquist, Nils m.fl., *Grundlagarna*, upplaga 2 (Stockholm: Nordstedts Juridik AB, 2006), s. 55 f. och Elisabet Reimers, *Integritetsskyddet i regeringsformen*, SvJT 2009, s. 435, nittiofjärde årgången (Uppsala: Iustus Förlag Aktiebolag)

är kravet det motsatta, d.v.s. för att tvångsvård ska kunna aktualiseras krävs att patienten motsätter sig vården. Eftersom skyddet mot frihetsberövanden enligt 2 kap. 8 § RF är en relativ rättighet är patienter som vårdas enligt LPT lagligen frihetsberövade.¹³⁸

5.5.1 Samtyckeskonstruktion i LSPV

Utformningen av samtyckeskonstruktionen i LSPV innebar att tvångsvård kunde vidtas *oberoende av samtycke*. Detta medförde att tvångsvård kunde ges inte bara när den enskilde motsatte sig vård, utan även i andra situationer såsom när patienten formellt medgav vården. I förarbetena till lagen angavs exempelvis att, tvångsvård kunde vidtas trots att patienten gett samtycke till nödvändig vård då patientens tidigare erfarenheter eller dennes sjukdomsbild medförde att det förelåg en risk för att tvångsvård skulle bli nödvändigt förr eller senare.¹³⁹

Vid införandet av LPT anförde beredningen att tvångsvård i princip endast ska tillgripas när patienten motsätter sig nödvändig vård. Bakgrunden till ändringen var att lagstiftaren, så som påtalats tidigare, ansåg att det var av stor vikt att den somatiska vårdens regler och rutiner följs även av den psykiatriska vården i den mån det är möjligt. HSL:s fundamentala princip om patientens självbestämmanderätt bör tillämpas även inom psykiatrin, förutom i de fall då tvångsvård anses vara oundgängligt nödvändigt. Ändringen medförde att flertalet situationer som tidigare har kunnat aktualisera tvångsvård enligt LSPV numera har slopats.¹⁴⁰ Den nya formuleringen i LPT innebär att större hänsyn ska tas till patientens inställning till vården än vad som tidigare gjorts enligt LSPV.¹⁴¹ Numera är det "i princip inte möjligt att tvångsvårda en patient som samtycker till den vård som är nödvändig"¹⁴².

5.5.2 Dagens reglering av samtyckeskravet

Huvudregeln för att tvångsvård ska få ges är således enligt bestämmelsen, att den enskilde motsätter sig nödvändig vård. Vid bedömningen av huruvida samtycke

¹³⁸ Gustafsson, 2010, s. 41.

¹³⁹ SOU 1984:64 s. 205.

¹⁴⁰ Prop. 1990/91:58 s. 100 f.

¹⁴¹ Prop. 1990/91:58 s. 241.

¹⁴² Prop. 1990/91:58 s. 241.

föreligger eller ej anges i motiven att "det är patientens egen inställning till den vård som är nödvändig som ska tillmätas självständig betydelse"¹⁴³. Att det är patientens inställning till vården som styr gäller som regel även om han eller hon är underårig, har god man eller förvaltare. Patienten kan uttrycka sin inställning till vården på olika sätt, förutom att uttrycka sig verbalt kan patienten genom sitt handlande eller uppträdande ge uttryck för sin inställning till vården.¹⁴⁴ Av motiven framgår att om patienten motsätter sig eller är tveksam till den aktuella vården är det "lämpligt att personalen förklarar situationen och försöker motivera patienten att frivilligt gå med på den erbjudna vården"¹⁴⁵. Om patienten kan tänka sig att genomgå annan vård och behandling än slutet tvångsvård bör det ske en prövning för att avgöra om inte detta är tillräckligt.¹⁴⁶ Vidare anges i förarbetena att "det ligger ett särskilt värde i att patienten får ta ett eget ansvar. Ett tvångsomhändertagande kan nämligen leda till att patienten försjunkar i passivitet och isolering och låter andra ta över ansvaret"¹⁴⁷. Sammantaget kan detta leda till att möjligheterna till varaktig rehabilitering försvåras.¹⁴⁸

5.5.3 Undantagsregeln

För att den planerade vården inte ska äventyras har lagstiftaren ansett att det finns ett behov av en kompletterande regel som undantagsvis medger tvångsvård trots att patienten inte aktivt motsätter sig vården.¹⁴⁹ Denna undantagsregel innebär att tvångsvård får ges om det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Formuleringen av undantagsregeln i 1991 års psykiatriska tvångsvårdslagstiftning var annorlunda, då var förutsättningen för tvångsvård att patienten till följd av *sitt* psykiska tillstånd *uppenbart* saknade förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan. Enligt 1991 års lydelse var undantagsregeln endast avsedd för speciella situationer och fick enbart användas i uppenbara fall.¹⁵⁰ I motiven till lagen angavs att regeln var avsedd för situationer då "patienten [var] oförmögen att uttrycka

¹⁴³ Prop. 1990/91:58 s. 242.

¹⁴⁴ Prop. 1990/91:58 s. 241 f.

¹⁴⁵ Prop. 1990/91:58 s. 241.

¹⁴⁶ Prop. 1990/91:58 s. 241.

¹⁴⁷ Prop. 1990/91:58 s. 241.

¹⁴⁸ Prop. 1990/91:58 s. 241.

¹⁴⁹ Prop. 1990/91:58 s. 102 och s. 242.

¹⁵⁰ Prop. 1990/91:58 s. 242.

någon i verklig mening egen vilja i fråga om vården”¹⁵¹. Bestämmelsen var således tillämplig när det framstod som klart att en patients godkännande av vården, med beaktande av dennes psykiska tillstånd, inte kunde bedömas som allvarligt menat. Därutöver ansågs undantagsregleringen omfatta situationer där patientens psykiska tillstånd medförde att han eller hon var helt avskärmd från verkligheten och där någon viljeriktning beträffande vården följaktligen inte kunde identifieras.¹⁵² Likaså ansågs situationer där patienten inom ramen för en kort tidsperiod uppgav skilda besked beträffande sin inställning till vården omfattas av regleringen.¹⁵³

Samtyckesrekvisitet, så som det var formulerat i 1991 års lag, visade sig stöta på problem vid den praktiska tillämpningen. I motiven till ändringsförslaget av LPT anfördes att domstolarna bl.a. uppgett att samtyckesrekvisitet är vanskligt när det lämnas av personer som lider av psykisk sjukdom eftersom vissa ändrar sin inställning snabbt samt att det är svårt att avgöra risken för att ett samtycke bryts. Främst visade det sig svårt för domstolen att avgöra om en patient *uppenbart* saknade förmåga att lämna ett grundat ställningstagande till vården. Som skäl för att samtyckesrekvisitet reviderades framhölls i motiven att det gamla rekvisitet knöt an till patientens tillstånd vilket medförde att det fanns en möjlighet att bortse från dennes vilja vid speciellt svåra sjukdomstillstånd. Lagstiftaren ifrågasatte lämpligheten av att gradera patienterna på ett sådant vis vid bedömningen av samtyckesfrågan.¹⁵⁴ Vidare anges i förarbetena att det ”som är viktigast är att patienten får nödvändig vård och om patientens samtycke vid bedömningstillfället innebär att sådan vård kan ges”¹⁵⁵. Genom ändringen till nu gällande lydelse blev det möjligt att i ett fåtal undantagsfall underkänna en patients samtycke ”om beslutsfattaren på grund av tidigare erfarenheter av patienten eller dennes tillstånd kan förutse att patientens samtycke inte är allvarligt menat och att därför nödvändig vård sannolikt inte kan komma till stånd med patientens samtycke”¹⁵⁶.

Nu gällande lydelse av undantagsbestämmelsen innebär, i likhet med 1991 års lag, att det ska finnas en möjlighet att i särskilda situationer kunna tvångsvårda en patient

¹⁵¹ Prop. 1990/91:58 s. 242.

¹⁵² Prop. 1990/91:58 s. 242.

¹⁵³ Prop. 1990/91:58 s. 102.

¹⁵⁴ Prop. 1999/2000:44 s. 65 f.

¹⁵⁵ Prop. 1999/2000:44 s. 66.

¹⁵⁶ Prop. 1999/2000:44 s. 66.

enligt LPT trots att denne inte motsätter sig vård.¹⁵⁷ I motiven till bestämmelsen anges att:

[...] på samma sätt som gäller enligt nuvarande lag avses patienter som till följd av sin psykiska störning överhuvud taget inte kan uttala någon uppfattning i frågan. Vidare patienter med allvarlig psykisk störning som vid upprepade tillfällen varit intagna för tvångsvård på grund av att de inte frivilligt har kunnat sköta sin behandling på ett tillfredsställande sätt. Finns det grundad anledning att anta att en patient kort tid efter påbörjande av vården kommer att avbryta vården om den ges frivilligt kan man också besluta om tvångsvård. Avsikten med lagändringen är således att ge ökade möjligheter att beakta patientens tidigare agerande och därigenom uppnå att patienten får den vård han behöver.¹⁵⁸

Sammantaget innebär det ovan anförda, att huvudregeln för att tvångsvård ska kunna aktualiseras kräver att den enskilde patienten motsätter sig nödvändig vård. I undantagsfall kan tvångsvård beslutas trots att patienten inte motsätter sig vård. Denna undantagsregel förtar dock inte att patientens inställning till vården ska respekteras i så stor utsträckning som möjligt.¹⁵⁹

5.6 Omgivningsskyddet

I LSPV reglerades omgivningsskyddet genom en av specialindikationerna, den s.k. farlighetsindikationen. Enligt dåvarande reglering fick en patient som bl.a. led av psykisk sjukdom beredas sluten psykiatrisk vård om han eller hon till följd av sjukdomen var farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa eller för eget liv.¹⁶⁰ Av motiven till LSPV framgår att det fanns situationer där patientens farlighet för annans personliga säkerhet motiverade en intagning. Sådan farlighet sades kunna hänga samman med symptom så som behandlingsbara "tankevillor" och hallucinationer.¹⁶¹ Dessutom påpekas att en intagning på dessa grunder kunde "vara påkallad av hänsyn lika mycket till den sjuke själv som till hans omgivning"¹⁶². Emellertid angavs vidare att "om farligheten utgör den mest framträdande sjukdomsyttringen framstår [...] i regel hänsynen till andra än den sjuke som det

¹⁵⁷ Prop. 1999/2000:44 s. 115.

¹⁵⁸ Prop. 1999/2000:44 s. 115.

¹⁵⁹ Gustafsson, 2010, s. 194 f.

¹⁶⁰ Prop. 1990/91:58 s. 89 och Prop. 1966:53 s. 169.

¹⁶¹ Prop. 1966:53 s. 60 f.

¹⁶² Prop. 1966:53 s. 60 f.

huvudsakliga motivet för intagning”¹⁶³. I dessa fall var det således själva farligheten som motiverade tvångsvården¹⁶⁴

Vid arbetet med utformningen av LPT riktade Socialberedningen kritik gentemot specialindikationerna. Kritiken riktades bl.a. mot specialindikationernas utformning:

Genom indikationernas utformning har det också rått oklarhet kring syftet med tvångsvården. Vissa av indikationerna har tagit sikte på patientens eget behov. Andra har lyft fram patientens sociala beteende och de risker eller olägenheter detta medför för andra. Vården har i de senare fallen i första hand fått en samhällsskyddande funktion.¹⁶⁵

Socialberedningen anförde vidare att:

När en människa har en allvarlig psykisk störning innebär det i de allra flesta fall ett så svårt lidande att det är oundvikligt att omgivningen grips eller störs av det. [...] Det är en svår uppgift att i dessa situationer särskilja vad som är en svårighet för familjen och vad som är ett vårdbehov hos den enskilde. [...] Om lagen jämställer dessa hänsynstaganden till individen resp. omgivningen, finns det en risk för [...] att man genom lagens dubbla syften alltid har möjlighet att använda den skenbart enkla möjligheten att tvångsintä en patient i stället för att genomföra ett mer komplicerat och behovsanpassat behandlingsprogram.¹⁶⁶

Mot denna bakgrund konstaterade Socialberedningen att ”vård ska vara till för den enskilde patientens skull, och att det är felaktigt och otidsenligt att använda vårdorganisationen som en institution som skall skydda omgivningen”.¹⁶⁷

Lagstiftaren har i motiven till LPT förtydligat att ”patientens eget behov av behandling och omvårdnad bör framhållas som det egentliga motivet för tvångsvård”¹⁶⁸. Vidare framgår att omgivningsskyddet inte längre får ses som en självständig huvuduppgift för den psykiatriska verksamheten. Emellertid understrykes att omgivningsskyddet inte får eftersättas, men det bör inte heller få en sådan självständigt betydelse som det haft tidigare genom specialindikationerna i LSPV.¹⁶⁹

Med hänsyn till att psykiska störningstillstånd kan leda till att patienten i fråga betar sig aggressivt gentemot närstående och andra personer i sin omgivning har lagstiftaren konstaterat, att det omöjligt att ”hävda en alldeles strikt gräns mellan patientens vårdbehov och skyddet för närstående och andra”¹⁷⁰ I dessa fall har det befunnits vara principiellt riktigt att patientens aggressiva beteende vägs in i bedömningen av hans eller hennes vårdbehov. Dessutom har det ansetts utgöra ett väsentligt intresse för

¹⁶³ Prop. 1966:53 s. 61 och Gustafsson s. 213.

¹⁶⁴ Gustafsson, 2010, s. 213.

¹⁶⁵ SOU 1984:64 s. 206.

¹⁶⁶ SOU 1984:64 s. 206 och Gustafsson, 2010, s. 212 f.

¹⁶⁷ SOU 1984:64 s. 206.

¹⁶⁸ Prop. 1990/91:58 s. 71.

¹⁶⁹ Prop. 1990/91:58 s. 96.

¹⁷⁰ Prop. 1990/91:58 s. 97 och Gustafsson, 2010, s. 210.

patienten att, i situationer när han eller hon beter sig aggressivt, hindras från att skada andra i sin omgivning.¹⁷¹ Det finns sålunda ett behov av att skydda patienten från sig själv så att denne under inflytande av sin allvarliga psykiska störning inte utför handlingar som han eller hon inte hade begått i ett friskt tillstånd.¹⁷² Följaktligen har ett tvångsngripande på dessa grunder ansetts vara "förenligt med utgångspunkten att tvångsvård skall vara betingad av patientens eget behov"¹⁷³.

Som redovisats tidigare framgår det av 3 § fjärde stycket LPT, att patientens farlighet för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa ska vägas in i bedömningen av hans eller hennes vårdbehov. Det framgår alltså explicit av lagstiftningen att farlighetsbedömningen ska ingå som ett led i bedömningen av patientens vårdbehov. Hänvisningen till bestämmelsens första stycke innebär att patientens farlighet ska beaktas vid bedömningen till såväl den slutna som öppna psykiatriska tvångsvården.¹⁷⁴ Dessutom ska patientens eventuella farlighet föreligga till följd av dennes psykiska störning. Det måste därför föreligga kausalitet mellan patientens psykiska störning och dennes eventuella farlighet för att det ska kunna beaktas vid bedömningen av patientens vårdbehov.¹⁷⁵

I motiven anges att skyddet enbart avser närstående och andra i omgivningen. Faran för patientens eget liv eller hälsa omfattas således inte av denna reglering, utan ska beaktas direkt enligt punkterna 1 och 2 i första stycket 3 § LPT. Vad som innefattas i begreppet *farlig* redogörs inte närmre i förarbetena.¹⁷⁶ Av motiven framgår emellertid att de faresituationer som omfattas av rekvisitetet inte bara är "risker för allvarlig skada utan även andra personskaderisker, fysiska såväl som psykiska"¹⁷⁷. När det gäller innebörden av begreppet personlig säkerhet avses en människas kroppsliga integritet. Däremot omfattas varken risken för skada på egendom eller annan ekonomisk skada.¹⁷⁸

De lagändringar som vidtagits i omgivningsskyddet efter LPT:s ikraftträdande har endast varit av redaktionell karaktär.¹⁷⁹

¹⁷¹ Prop. 1990/91:58 s. 97.

¹⁷² Prop. 2005/06:63 s. 16 f.

¹⁷³ Prop. 1990/91:58 s. 98.

¹⁷⁴ Prop. 2007/08:70 s. 146 och Gustafsson, 2010, s. 210.

¹⁷⁵ Gustafsson, 2010, s. 211.

¹⁷⁶ Gustafsson, 2010, s. 211.

¹⁷⁷ Prop. 1990/91:58 s. 98.

¹⁷⁸ Prop. 1990/91:58 s. 243.

¹⁷⁹ Prop. 2007/08:70 s. 146.

5.7 Konvertering

Med konvertering menas att en patient som vårdas *frivilligt* på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård enligt reglerna i HSL, förs över till sluten psykiatrisk tvångsvård.¹⁸⁰ Av 11 § LPT framgår att om en patient är intagen på en sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård, får chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas besluta om *sluten* psykiatrisk tvångsvård när förutsättningarna i 3 § första stycket p. 1 och andra stycket LPT är uppfyllda, och patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan. Genom hänvisningen till 3 § första stycket p. 1 LPT framgår att en konvertering endast kan ske till *sluten* psykiatrisk vård. För att konvertering över huvud taget ska kunna aktualiseras krävs alltså att patienten bl.a. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning. Förutom att samtliga rekvisit för sluten psykiatrisk tvångsvård måste vara uppfyllda krävs det att patienten, till följd av sin psykiska störning, kan befaras komma att *allvarligt* skada sig själv eller någon annan. Vad som avses med allvarlig skada diskuteras inte närmare i förarbetena.¹⁸¹ Emellertid anges som typexempel "risk för självmord eller risk för våldsbrott mot annan".¹⁸² Vidare framgår av motiven att både p.1 och p.2 i 11 § LPT ska vara uppfyllda samtidigt. Gustafsson menar att kravet på att båda punkterna ska vara uppfyllda samtidigt enbart torde gälla "vid tiden för beslut om konvertering"¹⁸³ och att för fortsatt vård måste vara tillräckligt att kraven i 3 § LPT är uppfyllda.¹⁸⁴

Konvertering är en fråga som har gett upphov till många diskussioner. I lagförarbetena har för och nackdelar med konverteringsmöjligheten diskuterats. Som argument emot konvertering kan bl.a. nämnas att det ansetts vara principiellt felaktigt att en person som sökt frivillig vård, genom ett senare beslut om tvångsvård hindras från att lämna sjukvårdsinrättningen. Därtill har det framhållits att konverteringsmöjligheten kan brukas som ett påtryckningsmedel från sjukvårdens sida. Som exempel anges situationen då patienter inte frivilligt vill gå med på viss medicinering och då får information om att vården kan komma att konverteras till tvångsvård om patienten i fråga inte följer vårdpersonalens ordination. Dessutom befaras att vetskapen om

¹⁸⁰ Prop. 1999/2000:44 s. 67 och Gustafsson, 2010, s. 261.

¹⁸¹ Gustafsson, 2010, s. 262 f.

¹⁸² Prop. 1990/91:58 s. 253 och Gustafsson, 2010, s. 262 f.

¹⁸³ Gustafsson, 2010, s. 263.

¹⁸⁴ Gustafsson, 2010, s. 263.

konvertering kan medföra att patienter väntar med eller inte alls vågar söka vård av rädsla för att vid ett senare tillfälle bli tvångsvårdad.

När det gäller argument för konvertering nämns i förarbetena den svårbemästrade situationen då en mycket svårt sjuk patient vårdas i frivillig form och beslutar sig för att avbryta vården och lämna vårdinrättningen. Utan konverteringsmöjlighet kan detta komma att leda till allvarliga följder för patienten i fråga. Vid en samlad bedömning ansåg lagstiftaren att övervägande skäl talade för att en möjlighet till konvertering enligt LPT även fortsättningsvis bör föreligga.¹⁸⁵ Dock måste en sådan bestämmelse "ge garantier för högt ställda rättssäkerhetskrav och att största möjliga hänsyn tas till patientens integritet"¹⁸⁶ Dessutom framhåller lagstiftaren att konvertering inte ska utnyttjas regelbundet utan enbart utgöra en undantagsföreteelse.¹⁸⁷

6. Permissionsinstitutet

6.1 Tidigare gällande permissionsbestämmelser

Permissionsinstitutet har varit föremål för flertalet utredningar och förändringar under de senaste årtiondena. Enligt LSPV kunde en patient skrivas ut på försök om särskilda skäl förelåg och det inte medförde fara för annans personliga säkerhet eller hans eget liv. Försöksutskrivningen skulle, enligt lagstiftarens intention, inte utgöra "ett normalt inslag i vården"¹⁸⁸ utan tvärtemot skulle regleringen endast användas i undantagssituationer.¹⁸⁹ Det visade sig emellertid att möjligheten till försöksutskrivning utnyttjades i större omfattning än vad som var avsett, vilket medförde att kravet på särskilda skäl blev åtskilligt uttunnat.¹⁹⁰

Vid införandet av LPT 1992 kunde en patient, enligt då gällande permissionsbestämmelse, erhålla permission för *en viss del* av vårdtiden och om det fanns skäl att anta att åtgärden var angelägen för att förbereda att tvångsvården upphörde, kunde permissionen ges för *återstoden av vårdtiden*. Vad gäller permission för en viss del av vårdtiden, anges i motiven att det avser situationer där patienten

¹⁸⁵ Prop. 1999/2000:44 s. 67 ff.

¹⁸⁶ Prop. 1999/2000:44 s. 68.

¹⁸⁷ Prop. 1990/91:58 s. 125.

¹⁸⁸ Prop. 1990/91:58 s. 153.

¹⁸⁹ Gustafsson, 2010, s. 307.

¹⁹⁰ Prop. 1990/91:58 s. 155.

förutsetts komma tillbaka till vårdinrättningen inom en kortare tidsrymd.¹⁹¹ Permissionen kunde t.ex. avse ”en del av ett dygn eller ett visst antal dygn i sträck. Det kunde också avse återkommande permissioner, t.ex. under vissa helger”¹⁹².

I motiven till LPT framhöll lagstiftaren att utformningen av de stränga kraven för vård enligt LPT samt utvecklingen mot en mer begränsad användning av tvång, innebär att det inte längre finns utrymme för den i LSPV stadgade försöksutskrivningen. Emellertid ansågs det nödvändigt att permissionsinstitutet utformades så att det inte motverkade en smidig övergång från vård enligt LPT till frivillig vård enligt HSL. Enligt lagstiftaren skulle behovet av en smidig övergång tillgodoses genom möjligheten att i särskilda fall tillåta permission för resterande tid av vårdperioden. Denna reglering ansågs dock vara betydligt mer begränsad än regleringen om försöksutskrivning.¹⁹³ Lagstiftaren hade inte för avsikt att permission för återstoden av vårdtiden skulle användas rutinmässigt, utan den avsågs snarare att tillämpas i de situationer då vården enligt LPT hade förlängts en eller flertalet gånger.¹⁹⁴ Rättstillämpningen av de nya bestämmelserna kom emellertid att påminna om den tidigare gällande försöksutskrivningen, vilket ledde till att Högsta förvaltningsdomstolen tog upp frågan till prövning.¹⁹⁵

I RÅ 1998 ref. 51 var frågan om en man som led av en långvarig, dokumenterad schizofreni och där chefsöverläkaren ansökt om medgivande till fortsatt vård enligt 9 § LPT. Mannen hade varit tvångsvårdad enligt LPT sedan den 15 september 1995 och hade haft permission och vistats i sitt hem *oavbrutet* sedan den 1 december 1995. När målet togs upp till prövning 1998 hade patienten sålunda varit på permission i närapå tre år.¹⁹⁶ Högsta förvaltningsdomstolen uttalade bl.a. följande:

Av utredningen framgår att symptomen från [NN]:s allvarliga psykiska störning kunnat mildras och under lång tid hållas tillbaka genom kontinuerlig läkemedelsbehandling. Denna behandling innebär i huvudsak att [NN] i hemmet får en depotinjektion av neuroleptika varannan vecka. Vad han själv uppgett tyder på att han inte är beredd att frivilligt medverka till fortsatt sådan medicinering. Om medicineringen skulle avbrytas föreligger, enligt de medicinska utlåtanden som lämnats i målet, en mycket stor risk att symptomen från den psykiska störningen allvarligt förvärras, i vart fall inom en tid av omkring ett halvt år.¹⁹⁷

¹⁹¹ Prop. 1990/91:58 s. 265.

¹⁹² Prop. 1990/91:58 s. 265.

¹⁹³ Prop. 1990/91:58 s. 155 f.

¹⁹⁴ Prop. 1990/91:58 s. 265.

¹⁹⁵ Gustafsson, 2010, s. 308 f.

¹⁹⁶ RÅ 1998 ref. 51 s. 1 ff. och Gustafsson, 2010, s. 309.

¹⁹⁷ RÅ 1998 ref. 51 s. 4.

Högsta förvaltningsdomstolen ansåg att det var klarlagt att NN led av en allvarlig psykisk störning samt att han motsatte sig psykiatrisk vård. Huvudfrågan i målet var sålunda att avgöra huruvida patienten hade ett sådant oundgängligt behov av psykiatrisk vård som angavs i dåvarande 3 § första stycke punkt 2 LPT.¹⁹⁸ I domen konstateras att:

Föreskrifterna i LPT har inte avsetts förhindra beslut om förlängning av tvångsvård i sådana fall där patienten har beviljats permission i form av vistelse utanför sjukvårdsinrättningens område under återstoden av en tvångsvårdsperiod. Vidare finns det inte något uttryckligt krav på att patienten i en sådan situation, efter ett beslut om förlängning av vården, åter skall vistas på sjukvårdsinrättningen innan ett nytt beslut om vistelse utanför inrättningens område får fattas. Likväl framstår det som ofrånkomligt med hänsyn till lagstiftningens bestämmelser, bl.a. de som gäller tidsbegränsning av vårdperioderna och förutsättningarna för permission för återstående del av en vårdperiod, att *restriktiviteten iaktas i fråga om förlängning* [min kurs.] av tvångsvård i dessa situationer. Är det fråga om återkommande förlängningar av tvångsvård bör det under sådana förhållanden som här åsyftas vara påkallat med *särskilt stor återhållsamhet* [min kurs.] vid prövningen av en ansökan om fortsatt tvångsvård.¹⁹⁹

Högsta förvaltningsdomstolen biföll NN:s överklagande om medgivande till fortsatt vård med motiveringen att kravet på oundgängligt vårdbehov inte var uppfyllt. Av domen kan sålunda utläsas att med hänsyn till reglerna om tidsbegränsning av vårdperioden och då gällande permissionsbestämmelse, krävdes att restriktiviteten iaktogs vid förlängning av tvångsvården och beträffande återkommande förlängningar krävdes särskilt stor återhållsamhet.²⁰⁰

Mot bakgrund av den icke tillfredsställande tillämpningen av permissionsinstitutet vidtogs ytterligare en revision av permissionsbestämmelsen år 2000.²⁰¹ En undersökning, utförd av Socialstyrelsen, visar att permissionsinstitutet har kommit att tillämpas i stor utsträckning och under lång tid. I motiven till lagändringen anförs att det finns anledning att anta att användningen av permissioner som sträcker sig under lång tid inte huvudsakligen används i syfte att förbereda tvångsvårdens upphörande.²⁰² Tvärtemot tyder den omfattande tillämpningen på att bestämmelsen ”i en del fall inte används i överensstämmelse med ändamålet med bestämmelserna i LPT”²⁰³. Dessutom tyder den stora omfattningen av permissioner på att regleringen inte tillämpats i undantagssituationer, så som lagstiftaren avsett. I de fall en patient haft permission i

¹⁹⁸ RÅ 1998 ref. 51 s. 3 f.

¹⁹⁹ RÅ 1998 ref. 51 s. 4.

²⁰⁰ RÅ 1998 ref. 51 s. 4 och Gustafsson, 2010, s. 309.

²⁰¹ Gustafsson, 2010, s. 309.

²⁰² Prop. 1999/2000:44 s. 91 f.

²⁰³ Prop. 1999/2000:44 s. 91.

över ett år menar lagstiftaren att bestämmelsen har tillämpats på samma sätt som den tidigare gällande försöksutskrivningen.²⁰⁴

Den största förändringen, vid reformen år 2000, innebar att möjligheten att ge permission för återstoden av vårdtiden upphävdes. Numera skulle alla permissioner tidsbestämmas. Den vidtagna lagändringen var främst riktad mot den grupp av patienter som befann sig på avsevärt långa permissioner.²⁰⁵ Enligt 2000 års lag kunde permission ges för *visst tillfälle* eller för *vissa återkommande tillfällen* och om det fanns särskilda skäl att anta att åtgärden var angelägen för att förbereda att tvångsvården upphörde fick permission ges *för en längre period*. Intentionen med att tillåta permission för en längre period var att successivt förbereda patienten för ett liv utanför vårdinrättningen²⁰⁶. Beträffande sådana längre permissioner anges i förarbetena att det i normalfallet krävs att en sådan permission följs "av en definitiv utskrivning från tvångsvården"²⁰⁷. Emellertid finns det undantagsfall där en förlängning av vård enligt LPT kan vara befogad, oaktat att förlängningen innebär ytterligare en permissionsperiod utan att patienten i fråga först återintar på en vårdinrättning.²⁰⁸ I förarbetena anfördes att den nya regleringen innebär att "permission för en längre period inte kan aktualiseras förrän det är sannolikt att patienten efter permissionsperioden kommer att kunna skrivas ut"²⁰⁹. "Genom att ange att särskilda skäl skall föreligga markeras att det är fråga om situationer som avviker från det normala."²¹⁰

Efter lagändringen år 2000 har Högsta förvaltningsdomstolen prövat frågan beträffande långvariga permissioner i ytterligare två mål. I både RÅ 2008 not 14 och det opublicerade avgörandet 6172-07, som båda avgjordes 2008, har Högsta förvaltningsdomstolen funnit att förutsättningarna i dåvarande 25 § LPT att medge permission för en längre period inte var uppfyllda.²¹¹ I lagförarbetena till införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård sammanfattas målen:

I båda fallen var fråga om en patient som fått tvångsvården förlängd vid flera prövningstillfällen och under mer än sex månader oavbrutet haft tillåtelse att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område

²⁰⁴ Prop. 1999/2000:44 s. 91 f.

²⁰⁵ Prop. 1999/2000:44 s. 95 f.

²⁰⁶ Prop. 2007/08:70 s. 73 f.

²⁰⁷ Prop. 1999/2000:44 s. 95.

²⁰⁸ Prop. 1999/2000:44 s. 95.

²⁰⁹ Prop. 1999/2000:44 s. 96.

²¹⁰ Prop. 1999/2000:44 s. 119.

²¹¹ RÅ 2008 not 14, Mål 6172-07 och Gustafsson, 2010, s. 311.

genom permission till hemmet. Chefsöverläkaren hade i båda fallen huvudsakligen uttalat att syftet med permissionerna var att säkerställa nödvändig medicinering och att behandlingen medförde att patienten kunde fungera socialt trots kvarstående psykiatrisk störning.²¹²

Permissionen var följaktligen inte angelägen för att förbereda tvångsvårdens upphörande och Högsta förvaltningsdomstolen fann således att kraven i dåvarande 25 § LPT inte var uppfyllda.

6.2 Dagens reglering av permissioner

Lagändringarna som vidtogs år 2000 medförde inga större förbättringar, utan problemet med den omfattande användningen av långa permissioner kvarstod.²¹³ År 2008 genomfördes den senaste ändringen av permissionsinstitutet. Det var i samband med införandet av den nya vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård som förändringarna i permissionsbestämmelsen vidtogs.²¹⁴ Enligt nu gällande reglering kan en patient, enligt 25 § LPT, få tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för ett visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen och får endast ges under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen. Enligt 25 § andra stycket LPT får permissionen förenas med villkor som framgår av 26 § tredje stycket LPT. De villkor som kan aktualiseras är samma som kan föreskrivas vid öppen psykiatrisk tvångsvård. Ett beslut om avslag för permission eller återkallande av permission kan överklagas enligt 33 § LPT.

Genom lagändringen tog man bort möjligheten att ge permission för en längre period för att förbereda att tvångsvården upphör. Tanken är att den öppna psykiatriska tvångsvården ska ersätta regleringen om permission för en längre tid.²¹⁵ Permissionsbestämmelsen är sålunda avsedd för vistelser av kortvarig natur där patienten fortfarande har ett behov av att vårdas på en sjukvårdsinrättning. Lagstiftaren har emellertid, efter påpekande av Socialstyrelsen, uppmärksammat risken för att den nya permissionsbestämmelsen medför ett alltför stort glapp mellan endagspermissioner och den öppna psykiatriska tvångsvården.²¹⁶ För att undvika detta anges i motiven att det ska "vara möjligt att ge permission någon vecka eller längre vid särskilda tillfällen,

²¹² Prop. 2007/08:70 s. 62.

²¹³ Prop. 2007/08:70 s. 74.

²¹⁴ Gustafsson, 2010, s. 325.

²¹⁵ Prop. 2007/08:70 s. 71.

²¹⁶ Prop. 2007/08:70 s. 78.

såsom vid utbildning eller inför utslussning till eget boende”²¹⁷ Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd framgår att om en patient är i behov av permission under längre tid än fyra veckor är det lämpligt att ansöka om öppen psykiatrisk vård.²¹⁸

7. Analys

7.1 Praktiska problem vid tillämpningen av öppen psykiatrisk tvångsvård

Flera frågor beträffande tillämpningen av den öppna psykiatriska tvångsvården har aktualiserats och när Högsta förvaltningsdomstolen, cirka två år efter införandet av den nya vårdformen, tog upp ett mål till prövning förväntades en hel del klargöranden.²¹⁹ Avgörandet kom emellertid inte att bli särskilt klarläggande utan gav upphov till ännu fler frågor.

7.1.1 RÅ 2010. ref 93.

I målet var fråga om en patient med långvarigt dokumenterad psykisk störning, som tvångsvårdats enligt LSPV och LPT vid ett stort antal tillfällen. Patienten hade överklagat chefsöverläkarens ansökan om medgivande till fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård. När Högsta förvaltningsdomstolen tog upp målet hade den aktuella tvångsvården pågått i över två år och patienten hade befunnit sig på permission under den största delen av tiden. Patienten samtyckte till samtliga delar av vårdplanen förutom depåmedicineringen. Patienten ansåg inte att det förelåg något samband mellan bristen på medicinering och hans sjukdomsåterfall, varför medicinering enligt hans mening var obehövlig. Chefsöverläkaren var av motsatt åsikt och menade att det fanns ett tydligt samband mellan medicineringen och återinsjuknande, då patientens återinsjuknande hittills alltid uppstått efter att patienten upphört med sina mediciner.²²⁰ Den sakkunnige

²¹⁷ Prop. 2007/08:70 s. 72 och 78.

²¹⁸ SOSFS 2008:18 s. 60

²¹⁹ Se bl.a. Gustafsson, 2010, s 179 där hon kommenterar underinstansernas hantering av RÅ 2010 ref.93 i väntan på Högsta förvaltningsdomstolen ska ta upp RÅ 2010 ref. 93 till prövning samt Vahlne Westerhäll, Lotta & Östlund, Allison, *Öppen psykiatrisk tvångsvård – en lagteknisk felkonstruktion? En analys av RÅ 2010 ref. 93*, s. 3.

²²⁰ RÅ 2010 ref. 93 s. 2 ff.

läkaren stod bakom chefsöverläkarens uppfattning och anförde att "medicineringen är en oundgänglig del av den psykiatriska vården som är nödvändig för [NN]."²²¹

Högsta förvaltningsdomstolen inhämtade även yttrande från Socialstyrelsen som bl.a. angav att vårdformen måste vara "effektiv för att tjäna sitt syfte".²²² Vidare framhöll Socialstyrelsen att iakttagandet av de särskilda villkoren, i detta fall depåmedicinering, "är en grundläggande förutsättning för att den nya vårdformen ska fungera för patienten."²²³ Mot bakgrund av det ovan anförda kom Socialstyrelsen till slutsatsen att förutsättningarna för öppen psykiatrisk tvångsvård var uppfyllda.

Högsta Förvaltningsdomstolen tog fasta på det Socialstyrelsen anført men kom emellertid fram till motsatt beslut och uttalade bl.a. följande:

Den öppna psykiatriska tvångsvården är - trots benämningen - inte förenad med något egentligt tvång. Ett villkor om t.ex. medicinering kan inte genomdrivas med någon tvångsåtgärd. Inte heller kan patienten återföras till sluten tvångsvård bara för att han inte rättar sig efter villkoren. En patient som sagt sig vara beredd att acceptera den föreslagna vården och skrivits ut från sluten tvångsvård utan beslut om öppen tvångsvård kan inte ges vare sig öppen eller sluten tvångsvård om han senare ändrar sig och vägrar att ta emot ordinerade vårdinsatser. [...] Den medicinering som [patienten] motsätter sig kan inte påtvingas honom inom ramen för institutet öppen psykiatrisk tvångsvård. Redan på grund av detta kan det sättas i fråga om det finns tillräckliga skäl för att han ska vara underkastad sådan vård. [...] Den omständigheten att det är sannolikt att [patienten] utan den ordinerade medicinen kommer att insjukna om några månader eller något år kan inte medföra att medicinen nu ska anses nödvändig för honom. Det saknas därmed förutsättningar för öppen psykiatrisk tvångsvård.²²⁴

Högsta förvaltningsdomstolen ansåg således att patientens inställning till vården innebar att vården sannolikt inte skulle kunna fullföljas, vilket ledde till att Högsta förvaltningsdomstolen ifrågasatte om det fanns tillräckliga skäl för öppen psykiatrisk vård.²²⁵ Mot denna bakgrund biföll Högsta Förvaltningsdomstolen patientens överklagan och angav att chefsöverläkarens ansökan om medgivande till fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård skulle lämnas utan bifall. Två regeringsråd var dock av skiljaktig mening. Dessa anförde bl.a. följande:

En grundförutsättning för att ett beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård ska kunna meddelas är att den enskilde motsätter sig detta. Att den enskildes inställning kan komma att innebära att ett beslut om vård blir verkningslöst är alltså inte en omständighet som enligt regleringen i LPT kan beaktas vid prövningen av en ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård.

Uppställandet av särskilda villkor syftar till att den enskilde ska kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Att tvång inte tillåts i den öppna psykiatriska tvångsvården hindrar inte att den avsedda vården, i

²²¹ RÅ 2010 ref. 93 s. 5.

²²² RÅ 2010 ref. 93 s. 3.

²²³ RÅ 2010 ref. 93 s. 3.

²²⁴ RÅ 2010 ref. 93 s. 9 f. och Vahlne Westerhäll, Lotta & Östlund, Allison, *Öppen psykiatrisk tvångsvård – en lagteknisk felkonstruktion? En analys av RÅ 2010 ref. 93*, s. 2.

²²⁵ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 2 f.

detta fall medicineringen, kan vara nödvändig i den mening som avses i LPT. Ett beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård är inte heller - med hänsyn till det reella innehållet i vården - en så ingripande åtgärd att ansökningen därför ska avslås.²²⁶

De skiljaktiga regeringsråden ansåg följaktligen att det förhållande att patientens inställning till vården kan komma att medföra att ett beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård blir verkningslöst, inte är en omständighet som ska beaktas av rättstillämparen vid domstolsprövningen.

7.1.2 Rättsläget efter RÅ 2010 ref.93

Rättsfallet har analyserats av Lotta Vahlne Westerhäll och Allison Östlund i artikeln *Öppen psykiatrisk tvångsvård – en lagteknisk felkonstruktion, en analys av RÅ 2010 ref. 93*. Författarna konstaterar att den väsentliga frågan i målet är huruvida omständigheten att patientens inställning till vården kan komma att medföra att ett beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård blir verkningslöst, ska beaktas vid prövningen av öppen psykiatrisk tvångsvård. De analyserar rättsfallet ingående och diskuterar särskilt vilken betydelse man ska tillmäta det faktum att tvångsåtgärder inte är tillåtna inom den öppna psykiatriska tvångsvården samt vilket innehåll samtyckesrekvisitet ska anses ha efter detta avgörande.²²⁷

Enligt Vahlne Westerhäll och Östlund måste Högsta förvaltningsdomstolens beslut uppfattas så att avsaknaden av särskilda tvångsåtgärder inom den öppna tvångsvården i förening med att hot om återintagning till slutna tvångsvård inte får förekomma, medför att vården i det aktuella målet sannolikt inte blir adekvat.²²⁸ Att frånvaron av tvångsmedel och avsaknaden av patientens samtycke blir utslagsgivande får, enligt författarna, förstås som att Högsta förvaltningsdomstolen genom avgörandet gjort ett tillägg i samtyckesrekvisitet som innebär att patienten visserligen måste "motsätta sig vården men *inte alltför ihärdigt*"²²⁹. Vidare anger författarna att detta måste uppfattas så att öppen psykiatrisk tvångsvård är utesluten om patienten, som i förevarande fall, klart och kraftfullt motsätter sig den aktuella vården och även fortsättningsvis förväntas motsätta sig den.

²²⁶ RÅ 2010 ref. 93, protokollet s. 2

²²⁷ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 1.

²²⁸ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 3.

²²⁹ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 3.

Författarna ställer sig frågan om detta ska tolkas som att Högsta förvaltningsdomstolen utesluter öppen psykiatrisk tvångsvård i de situationer där tvångsåtgärder hypotetiskt sett hade varit nödvändiga för att förmå patienten att följa de särskilda villkoren. Om detta antagande är korrekt ställer författarna sig frågande till vilka möjligheter som kvarstår att använda den öppna tvångsvården. Vidare anser författarna att utgången i målet skapar en viss förvirring beträffande vad patienten egentligen ska motsätta sig när det gäller öppen psykiatrisk tvångsvård och var gränsen går mellan samtycke som utesluter tvångsvård och den acceptans som efterfrågats av lagstiftaren²³⁰.

7.1.2.1 Relationen till tidigare praxis

Vahlne Westerhäll och Östlund diskuterar RÅ 2010 ref. 93 i förhållande till tidigare praxis och anför att när Högsta förvaltningsdomstolen underkände vården i de ovan redovisade målen från 2008,²³¹ gjorde de det mot bakgrund av att den nya vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård snart skulle träda i kraft, vilken uttryckligen var avsedd att ersätta de långa permissionerna. Av den anledningen menar författarna att de båda målen från 2008 kan uppfattas som en uppmaning till underinstanserna att i fortsättningen tillämpa öppen psykiatrisk tvångsvård istället för permissionsbestämmelsen för mål med liknande förutsättningar.

Författarna påpekar emellertid att om den öppna tvångsvården var avsedd att lösa de tillämpningsproblem som uppkom i 2008 års mål, där Högsta förvaltningsdomstolen ansågs sig vara förhindrad att inom ramen för den tidigare lagstiftningen besluta om fortsatt vård i sluten form, så utgör utgången i RÅ 2010 ref. 93 ett hinder för detta. Avgörandet anses utgöra ett hinder p.g.a. att Högsta förvaltningsdomstolen avslag ansökan om fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård trots att omständigheterna i RÅ 2010 ref. 93 var snarlika, nästintill identiska, förhållandena i målen från 2008. I alla tre målen rörde det sig om patienter med långvarig dokumenterad psykosproblematik där sjukdomens allvarlighetsgrad var styrkt, det fanns ett långvarigt behov av medicinering för att förhindra återinsjuknande och patienterna motsatte sig ordinerad medicinering.²³² Om avsikten var att den öppna tvångsvården skulle tillämpas i mål med

²³⁰ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 3 f.

²³¹ Se RÅ 2008 not 14 och det opublicerade avgörandet 6172-07 i avsnitt 6.1 i uppsatsen.

²³² Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 9.

sådana förutsättningar och RÅ 2010 ref. 93 utesluter en tillämpning av den nya vårdformen i dessa fall så kan den nya vårdformen inte lösa de tillämpningsproblem som uppstod i 2008 års mål. Om varken slutet eller öppen tvångsvård kan aktualiseras under dessa förutsättningar menar författarna att rättsläget är detsamma som före 2008, innan införandet av den öppna psykiatriska tvångsvården, eftersom den nya vårdformen "inte kan tillgodose patientens behov av långvarig medicinering efter behandling inom slutenvården"²³³.

Utgången i RÅ 2010 ref. 93 framstår för mig som mycket överraskande med tanke på att det uttrycks explicit i motiven, att den öppna tvångsvården är avsedd för patienter som bl.a. är i behov av långvarig struktur beträffande medicinering.²³⁴ Vahlne Westerhäll och Östlund diskuterar även denna fråga i sin artikel. De menar att uppräknningen i motiven av vilka patientgrupper som den öppna tvångsvården särskilt lämpar sig för, passar väl in på omständigheterna i både 2008 års mål och RÅ 2010 ref. 93. Emellertid anför författarna tre omständigheter som av Högsta förvaltningsdomstolen, i RÅ 2010 ref. 93, ansetts utesluta en tillämpning av den öppna psykiatriska tvångsvården.²³⁵

För det första framgår det av motiven att den nya vårdformen inte är avsedd för slentrianmässig långtidsmedicinering.²³⁶ Även Vahlne Westerhäll och Östlund understryker dock att behovet av långtidsmedicinering är något som enligt förarbetena ska föranleda att den öppna tvångsvården tillämpas.²³⁷ Detta innebär, enligt författarna, att rättstillämparen nödgas ta ställning till "var gränsen går mellan nödvändig långtidsmedicinering och slentrianmässig långtidsmedicinering"²³⁸. Högsta förvaltningsdomstolen refererade till avsnittet i propositionen om slentrianmässig långtidsmedicinering som motivering för att utesluta tillämpningen av den öppna psykiatriska tvångsvården. Författarna menar att avgörandet vid en första anblick kan uppfattas som förenligt med lagstiftarens vilja. Vid fortsatt läsning i propositionen framgår det emellertid att det krävs att hälso- och sjukvården utför ett aktivt rehabiliteringsarbete med fokus på patientens behov, vilket kan bestå av olika typer av

²³³ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 9.

²³⁴ Prop. 2007/08:70 s. 75.

²³⁵ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 9.

²³⁶ Prop. 2007/08:70 s. 76.

²³⁷ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 10.

²³⁸ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 10.

insatser så som psykoterapi, färdighetsträning m.m.²³⁹ Vahlne Westerhäll och Östlund tolkar formuleringen i motiven så att "det är när det enbart förekommer medicineringsvillkor, som frågan om slentrian uppkommer, d.v.s. när man inte intar ett helhetsperspektiv på patienten"²⁴⁰. Eftersom det aktuella rättsfallet inte ansågs sakna ett helhetsperspektiv med endast medicineringsvillkor, drar författarna slutsatsen "att det är det långa tidsperspektivet *i sig* som gör medicineringen slentrianmässig"²⁴¹.

Jag anser att utgången i RÅ 2010 ref. 93 inte är i överensstämmelse med vad lagstiftaren avsett med slentrianmässig medicinering. Min uppfattning är att andemeningen med uttalandena i förarbetena är att rehabiliteringsarbetet ska utgå från *patientens behov*. Det krävs således en individuell bedömning i varje enskilt fall för att tillförsäkra patienten en god vård samt att vården anpassas efter dennes vårdbehov. Mot bakgrund av denna tolkning anser jag att det inte bör vara enbart tidsaspekten i sig som gör medicineringen slentrianmässigt. Medicineringen måste anses kunna vara slentrianmässig även om den ges under en kortare period, under förutsättning att man inte gör en bedömning utifrån patientens individuella behov. Enligt min mening föreligger det en risk för att rättstillämparen i framtiden, endast kommer att utgå från tidsaspekten vid bedömningen av huruvida en medicinering ska anses slentrianmässig eller inte och på så vis glömma bort att undersöka patientens individuella behov.

För det andra drar Högsta förvaltningsdomstolen slutsatsen att förbudet mot att använda hot eller tvångsåtgärder inom den öppna psykiatriska tvångsvården är en omständighet som kan utesluta tillämpningen av öppen tvångsvård. Författarna poängterar att Högsta förvaltningsdomstolens beslut att väga in förbudet mot hot eller tvångsåtgärder som en omständighet för att utesluta tvångsvård är något lagstiftaren inte lyft fram i motiven. Därtill anför Högsta Förvaltningsdomstolen att återintagning till slutet tvångsvård aldrig får ske som en sanktion för att patienten brustit i att uppfylla de särskilda villkoren. Vahlne Westerhäll och Östlund påpekar att Högsta förvaltningsdomstolen aldrig diskuterar att kravet på god psykiatrisk vård kan förutsätta en återintagning. Inte heller diskuteras relationen mellan självbestämmandeprincipen och den medicinetiska godhetsprincipen som handlar om att göra gott, med andra ord att bota, lindra och rädda liv.

²³⁹ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 10 och Prop. 2007/08:70 s. 76.

²⁴⁰ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 10.

²⁴¹ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 10.

För det tredje innebär utgången i det aktuella målet att Högsta förvaltningsdomstolen utesluter möjligheten att tillämpa den öppna tvångsvården i syfte att förebygga återinsjuknade.²⁴² Sammanfattningsvis ansåg Högsta Förvaltningsdomstolen att det faktum att medicineringen var slentrianmässig, att tvångsåtgärder inte var tillämpliga och att vården skulle komma att ges i preventivt syfte, var grunder för att avslå chefsöverläkarens ansökan om öppen psykiatrisk vård. Helhetsintrycket är, enligt författarna, att Högsta förvaltningsdomstolen ansett att den lagtekniska konstruktionen av den öppna tvångsvården inneburit ett hinder mot att tillämpa vårdformen i enlighet med dess ändamål.²⁴³

7.1.2.2 Följder av RÅ 2010 ref. 93.

Vahlne Westerhäll och Östlund lyfter fram flertalet konsekvenser RÅ 2010 ref. 93 kommer att få för den framtida rättstillämpningen. Till att börja med menar författarna att domstolen har ansett att samtyckeskravet utgör både en förutsättning *för* och ett hinder *mot* öppen tvångsvård. De båda författarna ställer sig frågande till om detta innebär att patienter som motsätter sig vården vid tiden för beslutet, enbart kan erbjudas öppen psykiatrisk tvångsvård under förutsättning att de förväntas samtycka till vården vid ett senare tillfälle.²⁴⁴ Denna tolkning är varken förenlig med motiven eller utformningen av 27 § LPT, av vilka det framgår att vården ska upphöra så snart förutsättningarna för tvångsvård inte längre är uppfyllda.²⁴⁵ Trots detta menar författarna att utgången i RÅ 2010 ref. 93 måste innebära att vid samma tillfälle som förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda så är kraven för vårdens upphörande likväl uppfylla. Utgången i det aktuella målet innebär att öppen psykiatrisk tvångsvård endast kan aktualiseras för de patienter som motsätter sig vård men som ändå förväntas följa de särskilda villkoren utan att tvångsåtgärder behöver tillgripas.²⁴⁶ Mot bakgrund av att användandet av den öppna vårdformen inte är "förenad med något egentligt tvång"²⁴⁷ kommer författarna fram till slutsatsen att de patienter som hädanefter kan komma att bli föremål för den öppna psykiatriska tvångsvården, är de patienter som p.g.a. rädsla eller okunskap beträffande hälso- och sjukvårdens reella maktlöshet att

²⁴² Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 10 f.

²⁴³ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 11.

²⁴⁴ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 12.

²⁴⁵ Prop. 2007/08:70 s. 93 och Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 12.

²⁴⁶ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 12 f.

²⁴⁷ RÅ 2010 ref. 93 s. 9.

driva igenom de särskilda villkoren följer dem.²⁴⁸ Den öppna psykiatriska tvångsvården grundar sig sålunda bl.a. på individens okunskap beträffande lagstiftningens utformning vilket medför att upprätthållandet av den nya vårdformens bygger på "ett underförstått vilseledande av patienter"²⁴⁹

Vahlne Westerhäll och Östlund ställer sig frågan vad det är patienten egentligen ska motsätta sig. Som nämnt ovan anger motiven att patienten ska motsätta sig nödvändig vård. Det uttrycks inte någonstans i motiven att patienten ska motsätta sig stödinsatser. Tvärtemot anges att det krävs samråd och medverkan från patienten för att sociala stödinsatser ska kunna genomföras.²⁵⁰ Genom det aktuella avgörandet har Högsta förvaltningsdomstolen, enligt författarna, utvidgat kravet på motivation och samarbetsvilja till att omfatta även vårdinsatser. Domstolen har därigenom frångått den gränsdragning, beträffande vad patienten ska lämna samtycke till respektive motsätta sig, som lagstiftaren gett uttryck för i motiven. De båda författarna ställer sig frågade till var gränsen går mellan det samtycke som utesluter tvångsvård och den acceptans som krävs för att kunna tillämpa den öppna tvångsvården. Författarna konstaterar dock i sin artikel att det aktuella målet inte erbjuder något tillfredsställande svar på frågan, utan att det återstår för lagstiftaren att förtydliga vad som ska gälla.²⁵¹

Enligt min mening skapar utgången i RÅ 2010 ref 93 en stor förvirring och rättsosäkerhet beträffande vad samtyckesrekvisitet i framtiden ska innebära och hur underinstanserna ska efterfölja det aktuella beslutet. Det framstår inte som helt orimligt att underinstanserna, p.g.a. denna förvirring, kommer fortsätta att tillämpa den öppna tvångsvården så som de tillämpat den innan detta avgörande.

Vahlne Westerhäll och Östlund lyfter fram att RÅ 2010 ref 93 kan uppfattas som en befogad kritik av den lagtekniska konstruktionen av den öppna tvångsvården. De ifrågasätter emellertid lämpligheten i att rättstillämparen, p.g.a. lagens oklara utformning, tar ett beslut som torde uppfattas stå i strid med syftet med lagen och som dessutom sannolikt kommer medföra att underinstanserna får svårt att efterfölja beslutet.²⁵² Jag kan inte annat än att instämma med de båda författarna och anför för egen del att lagstiftaren vid en kommande lagrevision bör överväga om det är så här lagstiftaren vill att den öppna tvångsvården ska tillämpas i framtiden. Om inte, anser jag

²⁴⁸ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 13 f.

²⁴⁹ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 4.

²⁵⁰ Prop. 2007/08:70 s.85 f. och Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 14 f.

²⁵¹ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 14 f.

²⁵² Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 12 och 15.

det vara av största vikt att lagstiftaren explicit reglerar frågan om hur den öppna tvångsvården ska tillämpas. I ljuset av RÅ 2010 ref. 93 framstår förutsättningarna för den öppna tvångsvården som tämligen oklara, särskilt när det gäller samtyckeskravet. Under sådana förutsättningar är det svårt för den enskilde att från lagen utläsa under vilka förutsättningar öppen psykiatrisk tvångsvård kan aktualiseras. Detta öppnar upp för skönsmässiga bedömningar vilka stundom kan bli ganska godtyckliga, ett förfarande som bl.a. inte är förenligt med likhetsprincipen.

I motiven stadgas uttryckligen att "avsikten är att den nya vårdformen ska kunna omfatta de patienter som behöver följa en viss behandling eller iaktta andra särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård, utan att ha ett behov av sluten vård. Syftet är att bättre kunna anpassa nivån på tvångsinsriktandet till varje enskild patients behov."²⁵³ Mot denna bakgrund anser jag att det är olämpligt, så som Högsta förvaltningsdomstolen funnit i RÅ 2010 ref. 93, att bl.a. låta avsaknaden av tvångsåtgärder samt patientens avsaknad av samtycke vara en omständighet som utesluter tillämpningen av öppen psykiatrisk tvångsvård. Ett sådant förfarande måste, precis som Vahlne Westerhäll och Östlund poängterat, stå i strid med syftet med den öppna tvångsvården.

7.1.3. Tidsspannet mellan sluten och öppen tvångsvård

Gustafsson pekar på flera tillämpningsproblem som kan aktualiseras vid användningen av vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård. Bl.a. diskuterar hon tidsspannet mellan att en patient får sluten tvångsvård till dess att patienten övergår i öppen psykiatrisk tvångsvård. Som redogjorts för ovan krävs det att all psykiatrisk tvångsvård påbörjas som sluten tvångsvård.²⁵⁴ I motiven anförs endast att förutsättningarna för sluten tvångsvård "i vart fall i ett inledande skede"²⁵⁵ måste vara uppfyllda. Gustafsson lyfter fram risken för att en patient nästintill omedelbart överförs från sluten till öppen tvångsvård.²⁵⁶ Enligt min mening måste det i dessa fall ifrågasättas om kravet på oundgängligt vårdbehov verkligen var uppfyllt från första början. Av motiven framgår att denna risk har beaktats av lagstiftaren och att domstolsprövningen och de särskilda

²⁵³ Prop. 2007/08:70 s. 83.

²⁵⁴ Se 2 § första stycket LPT.

²⁵⁵ Prop. 2007/08:70 s. 145.

²⁵⁶ Gustafsson, 2010, s. 178.

förutsättningar som gäller för överföring till öppen tvångsvård ska hindra ett sådant förfarande.²⁵⁷ Mot bakgrund av Gustafssons påpekande anser jag emellertid att det kan ifrågasättas om konstruktionen av den öppna tvångsvården, som initialt kräver sluten tvångsvård, inte kan leda till att kravet på ett oundgängligt vårdbehov undermineras och att rättsområdet för den slutna tvångsvården utvidgas. Detta kan ske genom att rättstillämparen tillåter att alltfler patienter omfattas av den slutna tvångsvården i syfte att kunna överföra patienten till den öppna psykiatriska tvångsvården. Det är av största vikt att rekvisitet inte bedöms vara uppfyllt i allt större omfattning enbart för att möjliggöra en tillämpning av den öppna tvångsvården. Dagens konstruktion kan medföra en risk för att beslutsfattarna inte kommer ställa lika höga krav på rekvisitets uppfyllelse då de planerar att omvandla vården till öppen tvångsvård inom kort tidsperiod. En sådan utvidgning av tillämpningsområdet kan på sikt resultera i att allt fler patienter kommer att falla in under rekvisitet och således leda till att allt fler människor vårdas under tvång, vilket strider mot ändamålet med LPT. Lagstiftaren bör enligt min mening överväga om det verkligen är lämpligt att den öppna tvångsvården ska vara så sammanflätad med den slutna tvångsvården, ett resonemang som utvecklas mer under avsnitt 7.3.3.

7.2 Samtyckeskonstruktionen

Samtyckeskravet har gett upphov till ett antal frågeställningar, särskilt vid tillämpningen av den öppna psykiatriska tvångsvården. Bland annat har svårigheter beträffande tolkningen av vad en patient ska samtycka till uppstått, inte minst mot bakgrund av utgången i RÅ 2010 ref. 93.

7.2.1 Samtyckeskravet vid öppen psykiatrisk tvångsvård

Av 3 § andra stycket LPT framgår att kravet på att patienten ska motsätta sig vården gäller för både sluten och öppen psykiatrisk tvångsvård.²⁵⁸ Införandet av den nya vårdformen har inte medfört någon materiell förändring i samtyckesrekvisitet.²⁵⁹ I motiven återges emellertid nationell psykiatrisamordnings förslag till formulering av

²⁵⁷ Prop. 2007/08:70 s. 77 och Gustafsson, 2010, s. 178.

²⁵⁸ Prop. 2007/08:70 s. 85.

²⁵⁹ Prop. 2007/08:70 s. 146.

samtyckesrekvisitet i den öppna psykiatriska tvångsvården.²⁶⁰ Psykiatrisamordningen har i sin promemoria angett att "en förutsättning för den nya vårdformen ska vara att det kan antas att vården eller *stödet* [min kurs.] inte kan genomföras med patientens samtycke"²⁶¹. Regeringen ansåg emellertid att denna formulering kunde missuppfattas så att det numera skulle vara möjligt att genom tvångslagstiftning ge "stöd" till en patient trots att denne motsätter sig insatserna, varför man valde att behålla den gamla formuleringen.²⁶²

Gustafsson kommenterar frågan och anför att regeringens uttalanden till viss del är motsägelsefulla och skapar en osäkerhet kring lagkonstruktionen av den öppna psykiatriska tvångsvården. Gustafsson lyfter särskilt fram regeringens kritik mot den samtyckeskonstruktion som nationell psykiatrisamordning lade fram och påpekar att avsaknaden av samtycke dock är en förutsättning för att tvångsvård ska kunna aktualiseras. Emellertid framhåller hon att det är diskutabelt, att genom en tvångsvårdslagstiftning påtvinga en patient sociala insatser.²⁶³ Likaså anser Gustafsson att motiven till lagändringen medför dubier kring vad det är patienten egentligen ska motsätta sig alternativt samtycka till.²⁶⁴

Även Vahlne Westerhäll och Östlund behandlar samtyckesfrågan utförligt i sin artikel om RÅ 2010 ref. 93. Författarna lyfter fram att det framgår av motiven att flera av de sociala insatser, som kan aktualiseras som särskilda villkor, bl.a. kräver patientens delaktighet och inflytande.²⁶⁵ Mot denna bakgrund anför författarna att det faktum "att delaktighet och inflytande anses vara 'av avgörande betydelse' framstår som en omvänd formulering av rekvisitet om avsaknad av samtycke (d.v.s. att öppen psykiatrisk tvångsvård skulle förutsätta samtycke) åtminstone ifråga om insatser enligt exempelvis [SoL] och [LSS]." ²⁶⁶ Författarna anser att den begreppsförvirring som psykiatrisamordningens formulering medförde, när delaktighet och motivation togs upp i samband med samtyckesrekvisitet, inte har retts ut i motiven till införandet av den öppna psykiatriska tvångsvården då lagstiftaren diskuterar vårdinsatser och stödåtgärder i samma stycke. Författarna anser dessutom att lagstiftaren har lagt in en

²⁶⁰ Prop. 2007/08:70 s. 85.

²⁶¹ Prop. 2007/08:70 s. 85.

²⁶² Prop. 2007/08:70 s. 85.

²⁶³ Se avsnitt 7.3.3 i uppsatsen för en närmre redogörelse.

²⁶⁴ Gustafsson, 2010, s. 192 f.

²⁶⁵ Prop. 2007/08:70 s. 148 och Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 8.

²⁶⁶ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 8.

brasklapp att kravet på att patienten ska motsätta sig vården gäller i fråga om vårdinsatser, inte om det är fråga om en stödinsats.²⁶⁷

Av 3 § andra stycket LPT framgår det explicit att en patient ska motsätta sig sådan vård *som sägs i första stycket*, vilket innebär *all* öppen psykiatrisk tvångsvård. Någon uppdelning mellan vårdinsatser eller stödåtgärder framgår inte av lagtexten. Detta förfarande bidrar till att göra systemet rättsosäkert då den enskilde patienten inte kan utläsa i lagstiftningen vad som krävs för att öppen psykiatrisk tvångsvård ska aktualiseras. Om lagstiftaren anser att en sådan uppdelning ska existera anser jag att lagstiftaren bör komplettera lagtexten så uppdelningen mellan vårdinsatser och stödåtgärder i så fall uttryckligen framgår av lagstiftningen.

När Högsta förvaltningsdomstolen, två år efter införandet av den nya vårdformen, tog upp ett mål till prövning var förhoppningen att några av de frågetecken som aktualiserats nu skulle klaras ut. Tvärtemot medför utgången i RÅ 2010 ref. 93 att frågan blir, om möjligt, än mer komplicerad. Som tidigare nämnts, anser Vahlne Westerhäll och Östlund sammanfattningsvis att rättstillämparen genom det aktuella målet har gjort ett tillägg i samtyckesrekvisitet som innebär att patienten inte får motsätta sig vården alltför ihärdigt.²⁶⁸ Dessutom menar författarna att Högsta förvaltningsdomstolens avgörande innebär att samtyckeskravet utgör både en förutsättning för och ett hinder mot öppen tvångsvård vilket måste medföra att, vid samma tillfälle som förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda så är kraven för vårdens upphörande likväl uppfylla.²⁶⁹ Därtill anser de att Högsta förvaltningsdomstolen även har utvidgat kravet på motivation och samarbetsvilja så att det även omfattar vårdinsatser. Slutligen påpekar författarna att gränsen mellan samtycke som utesluter tvångsvård och den acceptans som lagstiftaren efterfrågar skapar en osäkerhet beträffande vad patienten faktiskt ska motsätta sig.²⁷⁰

Det framstår som uppenbart att samtyckeskravet vid öppen psykiatrisk tvångsvård har blivit ännu mer svårtolkat efter avgörandet RÅ 2010 ref. 93. Vad ska patienten egentligen motsätta sig? Är det till och med så att, kravet på att patienten ska vara motiverad och samarbetsvillig för både vård- och stödinsatser innebär att, det inte längre finns något krav på avsaknad av samtycke? Om detta var rättstillämparens avsikt

²⁶⁷ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 8.

²⁶⁸ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011s. 3.

²⁶⁹ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 12.

²⁷⁰ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011 s. 14.

måste lagen ändras eftersom avsaknad av samtycke uttryckligt regleras i LPT. Oavsett vilken avsikt Högsta förvaltningsdomstolen haft med det aktuella avgörandet är det enligt min mening nödvändigt med ett förtydligande beträffande samtyckeskrauet. Detta förtydligande kan antingen ske genom att lagstiftaren, via en lagändring, uttrycker hur samtyckeskrauet ska tillämpas i den öppna tvångsvården eller att Högsta Förvaltningsdomstolen tar upp ytterligare mål till prövning där de reder ut situationen. Som rättsläget ser ut idag efter RÅ 2010 ref. 93 måste underinstanserna ha stora svårigheter vid tillämpningen av den öppna tvångsvården.

7.2.2 Samtyckeskonstruktionens förenlighet med patientens aktiva deltagande och aktualitetsprincipen

Ytterligare en dimension beträffande samtyckeskrauet i den öppna psykiatriska tvångsvården rör förhållandet mellan samtyckesrekvisitet och krauet på samråd och den enskildes delaktighet i vården. Av motiven framgår att den öppna tvångsvården förutsätter att "läkare och patient i stora delar är överens om det faktiska innehållet i de insatser som ska ges"²⁷¹ När det gäller sociala insatser krävs det dessutom att patienten frivilligt ansöker om dessa.²⁷² Mot denna bakgrund ställer jag mig frågande till om dessa förutsättningar är förenliga med krauet på avsaknad av samtycke. Enligt 27 § LPT ska chefsöverläkaren när det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård genast besluta att tvångsvården ska upphöra, d.v.s. om patienten samtycker till vården föreligger inte längre förutsättningar för tvångsvård. Enligt min mening är samtyckesrekvisitet och krauet på delaktighet och aktivt samarbete från patientens sida svåra att förena med varandra. Jag ställer mig tvekan till om en patient som aktivt deltar i vårdplaneringen och i samråd med chefsöverläkaren beslutar om vilka särskilda villkor som ska gälla, verkligen motsätter sig vården och således uppfyller krauet enligt 3 § andra stycket LPT. Tvärtom finner jag att ett sådant deltagande av patienten måste tyda på att krauet på avsaknad av samtycke inte längre är uppfyllt. Även Gustafsson påpekar att tvångsvården ska upphöra när patienten har blivit så *motiverad* [min kursivering] att dennes vårdbehov anses kunna bli uppfyllt genom frivillig vård. Enligt min mening föreligger en kollision mellan reglerna om samtycke och krauet på patientens delaktighet. De båda reglerna utgör lagtekniska konstruktioner som är oförenliga.

²⁷¹ Prop. 2007/08:70 s. 111 f.

²⁷² Prop. 2007/08:70 s. 112.

Som framgår av avsnittet ovan har samtyckeskravet emellertid getts en förändrad innebörd genom avgörandet RÅ 2010 ref. 93. Utgången i målet har medfört att innebörden av samtyckesrekvisitet i dagsläget framstår som synnerligen oklart. Mot bakgrund av utgången i RÅ 2010 ref. 93 har Vahlne Westerhäll och Östlund bl.a. ställt sig frågade till var gränsen går mellan det samtycke som utesluter tvångsvård och den acceptans som krävs för att kunna tillämpa den öppna tvångsvården.²⁷³ Denna osäkerhet beträffande gränsdragningen mellan acceptans och avsaknad av samtycke visar att det är en svår balansgång att försöka förena kravet på patientens deltagande och aktiva samarbete med kravet på avsaknad av samtycke.

Ytterligare en aspekt på relationen mellan samtyckesrekvisitet och kravet på patientens aktiva deltagande är frågan om dess förenlighet med aktualitetsprincipen. Under premisserna att samtyckeskravet inte är att betrakta som uppfyllt när patienten är överens med läkaren om vilka insatser denne bör ha måste det innebära att aktualitetsprincipen eftersätts. Enligt aktualitetsprincipen ska som nämnts samtliga förutsättningar för tvångsvård vara uppfyllda såväl vid intagningen som under hela vårdtiden.²⁷⁴ Om patienten inte uppfyller kravet på avsaknad av samtycke medför aktualitetsprincipen att ett beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård ej får beslutas. Inte heller får pågående tvångsvård fortsätta under sådana förutsättningar, utan vården ska upphöra i enlighet med 27 § LPT.

7.2.3 Indirekt påtvingat samtycke

Gustafsson lyfter den intressanta frågan om samtyckets relation till möjligheten till konvertering. Gustafsson anför att även om vårdinsatser enligt HSL ges i frivillig form kan ett samtycke till psykiatrisk vård enligt HSL inrymma "fragment av underkastelse eller plikt"²⁷⁵. Hon menar att enbart förekomsten av en tvångsvårdslag kan fungera som "ett medel att *indirekt* påtvinga den enskilde frivillig vård."²⁷⁶ Som nämnts tidigare ska vårdpersonalen både förklara och försöka motivera en patient som motsätter sig eller ställer sig tveksam till föreslagen vård.²⁷⁷ En patient kan därigenom också utsättas för en mer direkt påverkan när vårdpersonalen försöker motivera patienten att ta emot den

²⁷³ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 4 och 14 f.

²⁷⁴ Gustafsson, 2010, s. 109.

²⁷⁵ Gustafsson, 2010, s. 185.

²⁷⁶ Gustafsson, 2010, s. 185.

²⁷⁷ Prop. 1990/91:58 s. 240.

erbjudna vården. Gustafsson erinrar om att det i den juridiska doktrinen har påtalats att "gränsdragningen mellan tillbörlig och otillbörlig påverkan [är] hårfin".²⁷⁸ Därtill har det i doktrinen framhållits att det är uppenbart att frivilligheten i dessa situationer kan ifrågasättas eller till och med framstå som fiktiv. Med denna utgångspunkt är valet mellan vård i frivilliga former och tvångsvård inte något egentligt val, utan patienten samtycker till vård med insikten om att hälso- och sjukvården annars kommer tillämpa tvång för att uppnå sitt mål.²⁷⁹ Även Rynning diskuterar samtycke till vård i sin avhandling och framhåller att det är svårt att definiera begreppet frivillighet i dessa situationer. Hon menar att det finns tillfällen där yttre omständigheter kan uppfattas som ett indirekt tvång för patienten att gå med på den föreslagna vården. Vidare framhåller Rynning att i de situationer där läkarens försök att motivera patienten övergår i övertalning, som av patienten uppfattas som psykiskt tvång att acceptera vården, måste gränsen för godtagbar påverkan vara passerad.²⁸⁰

Frågan om hur läkare ska hantera konverteringsmöjligheten har behandlats av Kammarrätten i Stockholm, som bl.a. konstaterat att möjligheten till konvertering aldrig får brukas som ett hot eller påtryckningsmedel för att få patienten att gå med på föreslagen vård.²⁸¹ Vid reformarbetet av LPT år 2000 diskuterades frågan om konvertering skulle behållas eller ej. Flera remissinstanser var kritiska till att behålla konverteringsmöjligheten. Ett av skälen till deras inställning var just rädslan för att konvertering skulle brukas som ett påtryckningsmedel, vilket skulle resultera i ett informellt tvång inom den psykiatriska vården.²⁸²

Det är inte endast situationer där läkare medvetet använder konverteringsmöjligheten som påtryckningsmedel, som skapar problem och kränker den enskildes självbestämmanderätt. Den svåra gränsdragningen mellan tillbörligt och otillbörligt tvång kan leda till att även läkare, med de bästa intentioner, oavsiktligt använder sig av otillbörligt tvång då de försöker motivera en patient att gå med på den föreslagna vården. Det rör sig således om en svårbemästrad situation där läkarna ska försöka finna en balans mellan att uppfylla målsättningen med LPT, att inte tvångsvårda i större

²⁷⁸ Herlitz, Nils, Förvaltningsrättsliga plikter, 1949 i Gustafsson, 2010, s. 185.

²⁷⁹ Gustafsson, 2010, s. 185 f.

²⁸⁰ Rynning, Elisabeth, *Samtycke till medicinsk vård och behandling – En rättsvetenskaplig studie*, (Uppsala: Iustus Förlag AB, 1994), s. 331 ff.

²⁸¹ KamR 6879-1997, Stockholm 1999-02-08, s. 3.

²⁸² Prop. 1999/2000:44 s. 67.

omfattning än vad som är nödvändigt och samtidigt inte använda för mycket övertalning så att patienten uppfattar det som ett hot.

Även om konverteringsmöjligheten kan leda till att den enskildes integritet kränks ställer jag mig bakom lagstiftarens åsikt att möjligheten till konvertering, från öppen vård enligt HSL till tvångsvård, är nödvändig för att kunna tillgodose patienternas behov av vård. Denna fråga bör enligt min mening sålunda inte lösas genom en förändrad lagstiftning, utan genom att utbilda hälso- och sjukvårdspersonalen så att de blir bättre på att hantera situationer när de ska motivera patienter att acceptera föreslagen vård. När det gäller konverteringsfrågan torde det vara så att människans autonomi får stå tillbaka till förmån för godhetsprincipen.

7.3 LPT i preventivt syfte?

I 1 § HSL definieras begreppet hälso- och sjukvård som bl.a. åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Definitionen innebär således att även förebyggande åtgärder omfattas av begreppet. Enligt motiven till lagstiftningen omfattar begreppet såväl miljöinriktade som individinriktade preventionsinsatser.²⁸³ Oavsett vilken av de två typerna av åtgärder det rör sig om, kan de delas in i tre olika typer av preventionsarbete; primärprevention, sekundärprevention och tertiärprevention. Med primärprevention avses insatser som ämnar förhindra att sjukdom eller skada uppkommer. Sekundärprevention är åtgärder som syftar till att sjukdom upptäcks på ett tidigt stadium och med tertiärprevention avses slutligen, insatser som har för avsikt att förhindra att komplikationer uppstår i samband med sjukdom och skador. Hälso- och sjukvårdens arbete är främst inriktat mot sekundär- och tertiärprevention. Det förebyggande arbetet är emellertid begränsat till att endast avse medicinska insatser.²⁸⁴ I 2 c § HSL betonas särskilt att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Av socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd framgår det att förebyggande åtgärder är av stor betydelse för den psykiatriska vårdens inriktning och utveckling. En framtida tvångsintagning kan, enligt Socialstyrelsen, förhindras genom tidigt insatta och preventiva åtgärder.²⁸⁵

²⁸³ Johansson, Lars-Åke, & Sahlin, Jan, *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer*, upplaga 8, (Stockholm: Norstedts Juridik AB, 2010), s. 31 och Prop. 1981/82:97 s. 110.

²⁸⁴ Rönneberg, Lena, *Hälso- och sjukvårdsrätt*, upplaga 2:4, (Lund: Studentlitteratur, 2005, 2007), s. 65 f.

²⁸⁵ Socialstyrelsen, *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård*

Hälso- och sjukvården ska följaktligen bedriva ett förebyggande arbete. HSL är som nämnt tillämplig på all psykiatrisk vård, vilket enligt min mening borde innebära att profylaktisk, d.v.s. förebyggande, vård som regel bör vara tillåtet även inom den psykiatriska tvångsvården. Även om LPT i vissa avseenden och under särskilda förutsättningar tillåter en inskränkning av HSL:s vårdprinciper, medger LPT inte att man bortser från de grundläggande kraven i HSL.²⁸⁶ Att hälso- och sjukvården ska arbeta preventivt torde innefattas i dessa grundläggande krav som LPT inte får åsidosätta.

7.3.1. Innefattas profylaktisk vård i den öppna tvångsvården?

Att tvångsvårda en person i preventivt syfte har ansetts vara svårförenligt med de stränga förutsättningarna för tvångsvård som uppställs i 3 § LPT.²⁸⁷ Innan införandet av den öppna psykiatriska tvångsvården innebar enbart kravet på ett oundgängligt vårdbehov att preventiv tvångsvård ej var möjlig. Hade patienten inte ett oundgängligt behov av slutna vård kunde tvångsvård alltså inte aktualiseras.²⁸⁸ Emellertid kan de något mindre stränga kraven för öppen psykiatrisk vård enligt min mening uppfattas som att förebyggande tvångsvård är tillåten i viss utsträckning. Som exempel kan nämnas de patienter som genom den öppna tvångsvården vårdas i hemmet med särskilda villkor att sköta sin medicinering. Dessa patienter tvångsvårdas, i de flesta fall, huvudsakligen i syfte att säkerställa medicineringen.²⁸⁹ Utan medicinering riskerar de att återinsjukna till den grad att slutna tvångsvård blir nödvändig. Av motiven framgår explicit att den nya vårdformen är avsedd för bl.a. patienter som har ett behov av "*kontinuerlig medicinering* [...] för att inte *återfalla* [min kurs.] i självdestruktivitet eller hotfullt beteende och riskera att allvarligt skada sig själv".²⁹⁰

I Socialstyrelsens uppföljning av den öppna tvångsvården konstateras att vårdformen har nått de av lagstiftaren avsedda patientgrupperna. Vidare konstateras att dessa består i första hand av patienter som vårdats under en lång period eller vid återkommande tillfällen, men där frivilliga vårdinsatser inte varit tillräckliga för att hindra ett återinsjuknande. I denna grupp innefattas även patienter som hastigt avbrutit

och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18), s. 12.

²⁸⁶ Prop. 1990/91:58 s. 236.

²⁸⁷ Gustafsson, 2010, s. 109 f.

²⁸⁸ Se rekvisiten för slutna tvångsvård i 3 § första stycket p.1 LPT

²⁸⁹ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 5.

²⁹⁰ Prop. 2007/08: 70 s 88.

ordinerad medicinering.²⁹¹ Som nämnts tidigare är ett av de vanligast förekommande villkoren vid öppen tvångsvård att patienten ska ta sin medicin.²⁹² Återintagning till sluten psykiatrisk tvångsvård beror främst på att patienten ifråga har avbrutit ordinerad medicinering.²⁹³ Av motiven framgår dessutom att syftet med den öppna tvångsvården bl.a. är att "minska behovet av återkommande återintagningar i tvångsvård"²⁹⁴ Avsikten med kravet på medicinsk behandling torde sålunda vara att hindra patienten från att återinsjukna.

Innan den öppna psykiatriska tvångsvården trädde i kraft var det vanligt förekommande att vidsträckta permissioner användes för att säkerställa att patienterna följde sin medicinering.²⁹⁵ En rättsfallsundersökning, genomförd av Gustafsson, ger för handen att patienter regelmässigt tvångsvårdades med permission i hemmet i syfte att säkerställa medicinering och för att förhindra att patienten återinsjuknade.²⁹⁶ Gustafsson poängterar att det är uppenbart att tvångsvården i vissa fall skett i förebyggande syfte för att förhindra att patientens tillstånd försämras.²⁹⁷ Ovannämnda förfarande var, enligt henne, inte förenligt med då gällande tvångsvårdslagstiftning eftersom det oundgängliga vårdbehovet svårligen kan ha ansetts uppfyllt.²⁹⁸ Mot bakgrund av ovanstående resonemang samt att det oundgängliga vårdbehovet med största sannolikhet inte var uppfyllt drar jag slutsatsen att det i dessa fall rört sig om profylaktisk tvångsvård. Redan innan införandet av den öppna tvångsvården synes alltså rättstillämparen, i strid mot gällande bestämmelser, ha tillåtit förebyggande tvångsvård.

Lagstiftaren genomförde som nämnts ett flertal revisioner av permissionsinstitutet för att komma till rätta med den felaktiga tillämpningen av permissionsreglerna. Den i LSPV använda försöksutskrivningen togs bort och permissionerna blev tidsbestämda.²⁹⁹ I en undersökning genomförd av Socialstyrelsen på 1990-talet uppgav 62 % av chefsöverläkarna att de använt permissioner som ett substitut för den numera

²⁹¹ Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården, Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 5.

²⁹² Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården, Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 6 och 17.

²⁹³ Socialstyrelsen, *Ny vårdform inom den psykiatriska hälso- och sjukvården, Slutrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård*, 2010, s. 6.

²⁹⁴ Prop. 2007/08: 70 s 79.

²⁹⁵ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 5.

²⁹⁶ Se Gustafsson, 2010, s. 254 ff. och s. 313 ff.

²⁹⁷ Gustafsson, 2010, s. 254 ff. och s. 316.

²⁹⁸ Gustafsson, 2010, s. 316 och 224 f.

²⁹⁹ Se bl.a. Prop. 1999/2000:44 och Prop. 2007/08:70.

bortplockade försöksutskrivningen. Chefsöverläkarna uttryckte även att denna form av permission var sämre än försöksutskrivningen då möjligheten till preventiva åtgärder hade gått förlorad.³⁰⁰ Redan på 90-talet efterfrågades således möjligheten till preventiva insatser inom tvångsvården. Eftersom all tvångsvård måste inledas som sluten psykiatrisk tvångsvård finns det än idag ingen möjlighet att initialt vårda en patient profylaktiskt.

Genom införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård finns det dock en möjlighet att numera tvångsvårda en patient som behöver hjälp med att sköta sin medicinering för att ges nödvändig vård.³⁰¹ Huruvida detta förfarande är att betrakta som förebyggande tvångsvård och att profylaktisk tvångsvård i ett senare skede således är tillåtet, beror främst på hur man väljer att tolka regleringen av den öppna psykiatriska tvångsvården. Sammantaget anser jag att det ovan anförda ger stöd för att den öppna tvångsvården till viss del ger utrymme för profylaktisk tvångsvård.

7.3.2 RÅ 2010 ref. 93 och aktualitetsprincipens förenlighet med profylaktisk tvångsvård

Utformningen av ingripanderekvisiten i 3 § LPT är inte det enda som medför svårigheter för att tillämpa tvångsvård i förebyggande syfte, utan även den rådande aktualitetsprincipen och Högsta förvaltningsdomstolens avgörande 2010 ref. 93 kan uppfattas som ett hinder mot profylaktisk tvångsvård. Som nämnts tidigare framgår det av motiven till LPT att vårdbehovet "ska vara oundgängligt i det aktuella skedet"³⁰² Att behovet på sikt framstår som oundgängligt har enligt förarbetena alltså inte ansetts vara tillräckligt.³⁰³ Vidare anges att rekvisiten i 3 § LPT ska vara uppfyllda "såväl i samband med intagningen som under tiden därefter"³⁰⁴. Kravet på att samtliga rekvisit i 3 § LPT ska vara uppfyllda vid tiden för beslutet om tvångsvård hindrar, enligt Gustafsson, i princip ett omhändertagande i förebyggande syfte.³⁰⁵

Därtill har Högsta förvaltningsdomstolen, genom avgörandet RÅ 2010 ref. 93, uteslutit möjligheten att tillämpa den öppna tvångsvården profylaktisk. Vahlne Westerhäll och Östlund konstaterar i sin artikel att det aktuella avgörandet utesluter

³⁰⁰ Prop. 1999/200:4 s. 92.

³⁰¹ Se förutsättningarna i 3 och 26 §§ LPT.

³⁰² Prop. 1990/91:58 s. 239.

³⁰³ Prop. 1990/91:58 s. 239.

³⁰⁴ Prop. 1990/91:58 s. 238.

³⁰⁵ Gustafsson, 2010, s. 109.

möjligheten att använda öppen psykiatrisk tvångsvård i syfte att förebygga återinsjuknande. Genom Högsta förvaltningsdomstolen uttalande, att "den omständigheten att det är sannolikt att [patienten] utan den ordinerade medicinen kommer att insjukna om några månader eller något år kan inte medföra att medicinen nu ska anses nödvändig för honom."³⁰⁶, tar domstolen ställning för ett kortsiktigt tidsperspektiv när det gäller bedömningen av patientens vårdbehov. Författarna erinrar emellertid om att det är "just behovet av ett mer långsiktigt tidsperspektiv på vårdbehovet"³⁰⁷ som gett upphov till den nya vårdformen. För att undvika de problem som permissionsinstitutet lidit av, d.v.s. för tidiga utskrivningar och återintagningar, bör den öppna tvångsvården enligt författarna användas på ett sådant sätt att vårdformen tillåter en större långsiktighet än den slutna tvångsvården. Författarnas uttalade får, enligt min mening, förstås som att de ställer sig positiva till profylaktisk tvångsvård.

Vahlne Westerhäll och Östlund lyfter även fram ett resonemang över hur preventiv tvångsvård kan tillåtas utan att aktualitetsprincipen åsidosätts. De båda författarna anför "att patienten vid tiden för domstolsprövningen inte är i behov av sluten tvångsvård, utesluter inte att patienten är i behov av medicinering eller andra vårdinsatser för att inte i *framtiden* omfattas av sluten tvångsvård".³⁰⁸ Genom ett sådant resonemang menar författarna att aktualitetskravet inte åsidosätts.³⁰⁹ Detta måste, enligt min mening, uppfattas så att nödvändig vård kan bestå i att hindra en patient från att återinsjukna till den grad att sluten tvångsvård blir nödvändig. Med ett sådant synsätt behöver aktualitetsprincipen således inte utgöra hinder för profylaktisk tvångsvård.

I ljuset av Vahlne Westerhäll och Östlunds tolkning anser jag att en patient, som med största sannolikhet inte kommer att ta sin medicin frivilligt men där återinsjuknande kan dröja en lång tid efter medicineringsavbrottet, bör anses ha ett sådant vårdbehov som är nödvändigt i det aktuella skedet. Jag delar alltså inte Högsta Förvaltningsdomstolen ställningstagande, att medicinen inte kan anses vara nödvändig för patienten av den anledningen att patienten ifråga sannolikt kommer insjukna några månader eller något år efter avbruten medicinering.³¹⁰ Tvärtemot anser jag att behovet av profylaktisk vård kan vara nödvändigt i det aktuella skedet. Det rör sig i dessa fall om

³⁰⁶ RÅ 2010 ref. 93 s. 10 och Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 11.

³⁰⁷ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 11.

³⁰⁸ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 11.

³⁰⁹ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 11.

³¹⁰ RÅ 2010 ref. 93 s 10.

mycket svårt sjuka människor som lider av en allvarlig psykisk störning. Utan vård kommer dessa patienter med största sannolikhet försämrats, vilket kan leda till omfattande konsekvenser för såväl patienter som personer i deras omgivning.

Därutöver ska nämnas att det i slutbetänkandet av *Missbruksutredningen* som nyligen presenterades föreslås att LPT ska kompletteras med ett antal bestämmelser.³¹¹ En av de föreslagna bestämmelserna är "återinförandet av en specialindikation, enligt vilken patienten kan få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrats om vården uteblir"³¹². Bestämmelsen förväntas främst få betydelse för de patienter som vårdas enligt LPT och som dessutom har en missbruks- eller beroendeproblematik.³¹³ Den föreslagna bestämmelsen innehåller ett kriterium som bygger på förväntningar, d.v.s. ett kvalificerat gissningstagande från rättstillämparens sida, beträffande huruvida patientens tillstånd förväntas förbättras avsevärt genom tvångsvård alternativt försämrats avsevärt utan sådan vård. Förslaget kan enligt min mening uppfattas så att beredningen är villig att frångå de stränga förutsättningar för tvångsvård som stadgas i 3 § LPT och tillåta ytterligare kriterier vid bedömningen av vårdbehovet. Ett sådant förfarande där rättstillämparen tar hänsyn till framtida händelser måste enligt min mening anses ligga i linje med att tillåta förebyggande tvångsvård.

7.3.3 God psykiatrisk vård

En viktig fråga är hur lagstiftningen ska hantera de patienter som initialt inte har ett oundgängligt behov av sluten tvångsvård men likväl ett behov av särskilda villkor för att få nödvändig vård. Bör inte lagen vara utformad så att en patient som exempelvis behöver hjälp att upprätthålla sin medicinering för att inte försämrats, men som inte uppfyller förutsättningarna i 3 § första stycket p.1 LPT för sluten tvångsvård, får den nödvändiga vård han eller hon behöver? Om en patient inte får den psykiatriska vård han eller hon är i behov av kan patientens tillstånd försämrats. De stränga kraven i 3 § LPT aktualiserar frågan om det är det rimligt att Sverige har en psykiatrisk tvångsvårdslag som kräver att patienten måste befinna sig i ett tillstånd där sluten psykiatrisk tvångsvård måste vara den enda utvägen innan staten får ingripa och tvångsvårda personen i fråga. Visserligen är kraven för öppen psykiatrisk tvångsvård

³¹¹ SOU 2011:35 s. 321.

³¹² SOU 2011:35 s. 323.

³¹³ SOU 2011:35 s. 323.

ställt något lägre men en patient måste inledningsvis uppfylla kraven för sluten tvångsvård. Även Grönwall reflekterar över vårdfrågan och påtalar att det är mycket svårare att hjälpa en patient där läget har blivit mer akut jämfört med om man valt att ingripa tidigare.³¹⁴ Lagstiftaren presenterar inte några sakliga skäl för att den öppna tvångsvården ska föregås av sluten vård. Mot bakgrund av reglerna i HSL, där det framgår att hälso- och sjukvården ska arbeta preventivt, anser jag att lagstiftaren bör utreda frågan om inte öppen psykiatrisk vård ska kunna ges utan föregående sluten tvångsvård.

Som nämnts tidigare i uppsatsen framgår det av 2 a § HSL att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på god vård. Därtill stadgas i 2 § HSL att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Socialstyrelsen har i sin rapport om *God vård, en vägledning till föreskriften om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård* beskrivit kravet på god vård utifrån sex olika kvalitetsaspekter. Utifrån denna uppdelning beskrivs god vård enligt följande aspekter: kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik samt att vården ges inom rimlig tid. Denna uppdelning har Socialstyrelsen även använt vid sin granskning och analys beträffande god psykiatrisk tvångsvård. Socialstyrelsen avsåg härigenom att understryka betydelsen av att samma utgångspunkter som används för att beskriva och granska övrig hälso- och sjukvård även används för den psykiatriska tvångsvården.³¹⁵ Det ovan sagda aktualiserar frågan om hur kravet på god vård inom psykiatrin ska kunna uppfyllas om inte den psykiatriska vården får tillämpas preventivt.

Mot bakgrund av bl.a. motivuttalandet om att den öppna psykiatriska tvångsvården ska ersätta de långa permissionerna har Gustafsson i sin framställning påpekat att det föreligger en klar risk för en alltför extensiv tillämpning av den öppna tvångsvården. Vidare har Gustafsson betonat faran för att den öppna vårdformen kan komma att nyttjas på samma slentrianmässiga sätt som permissionsreglerna. Hon menar på att det således föreligger en stor risk att patienter blir kvar i den öppna psykiatriska tvångsvården under lång tid utan att hänsyn tas till varken syftet med tvångsvården

³¹⁴ Grönwall & Holgersson, 2009, s. 47.

³¹⁵ Socialstyrelsen, *God vård, en vägledning till föreskriften om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård*, 2006, s. 35 f. och Socialstyrelsen, *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård*, 2006, s. 9 ff.

eller lagstiftningens fundamentala tanke att användningen av tvångsvård ska minska.³¹⁶ Emellertid hänför sig Gustafssons uttalande till tiden före avgörandet RÅ 2010 ref. 93. Huruvida Gustafsson även idag anser att dessa risker föreligger får lämnas osagt.

Jag är väl medveten om att en tillämpning av tvångsvård i preventivt syfte innebär en utvidgning av vilka patienter som kan komma att omfattas av lagstiftningen. Detta kan vid en första anblick tyckas stå i strid med LPT:s intention att minska användandet av tvång. Det är emellertid viktigt att se på tvångsvården i ett längre perspektiv. Om patienten fångas upp i ett tidigt skede kommer vårdtiden sannolikt inte behöva bli lika långvarig som i det fall patienten får vård i ett skede då dennes psykiska tillstånd har försämrats. I en sådan situation är det möjligt att en patient som vårdas enligt nuvarande reglering i LPT under en längre tid, upplever tvångsvården som mer ingripande och integritetskränkande än en patient som tvångsvårdats profylaktiskt under en kortare tidsperiod. Enligt min mening bör inte endast frågan om huruvida patienten ska tvångsvårdas eller ej, vara ensamt avgörande vid diskussionen om tvångsvårdens omfattning, tvärt emot förespråkar jag ett helhetsperspektiv där man även ser på framtidsprognosen av ett tidigt ingripande. Dessutom ska erinras om att den omständigheten att förebyggande tvångsvård tillåts, innebär inte att vårdpersonalen och rättstillämparen därmed får bortse från den övergripande målsättningen med LPT, d.v.s. att den psykiatriska vården, i så stor omfattning som möjligt, ska ske på frivillig väg. Därutöver ska nämnas att en framtida reglering av frågan om preventiv tvångsvård självklart måste formuleras så att bestämmelsen uppfyller kraven på enhetlighet och förutsebarhet.

Oavsett om de av Gustafsson ovan nämnda risker fortfarande föreligger eller ej, anser jag att det ankommer på rättstillämparen att inte tillåta en alltför omfattande tillämpning av den öppna psykiatriska tvångsvården. I varje enskilt fall måste en noggrann övervägning göras där nyttan med åtgärden ställs mot den integritetskränkning tvångsvården innebär för den enskilde.³¹⁷ Den lagstadgade proportionalitetsprincipen i 2 a § LPT ger dessutom patienten ett skydd mot åtgärder som inte står i rimlig proportion till den nytta åtgärden medför.³¹⁸ Genom proportionalitetsregeln samt LPT:s funktion som undantagsreglering i förhållande till HSL:s regler om frivillighet, torde patienten vara skyddad mot ingripanden som inte är

³¹⁶ Gustafsson, 2010, s. 335.

³¹⁷ Prop. 2007/08:70 s. 83 f. och Prop. 1990/91:58 s. 65.

³¹⁸ Gustafsson, 2010, s. 110 f.

försvarliga även om profylaktisk tvångsvård skulle tillåtas. Vid en samlad bedömning anser jag att lagstiftaren vid en kommande lagrevision bör överväga om inte förebyggande psykiatrisk tvångsvård är nödvändig för att uppfylla HSL:s krav på en god vård och sålunda genom lagstiftning sätta RÅ 2010 ref. 93 ur spel som uteslutit möjligheten till profylaktisk tvångsvård. Dessutom bör lagstiftaren överväga om inte kravet på god vård även förutsätter att psykiatrisk tvångsvård ska kunna inledas i form av öppen tvångsvård.

7.4 Relationen till rättighetslagarna SoL och LSS

Som framgår av framställningen om den öppna psykiatriska tvångsvården ska vården kombineras med särskilda villkor som patienten behöver iaktta för att kunna ges nödvändig vård. Av motiven till LPT framgår att villkoren kan avse sociala insatser som exempelvis att patienten ansöker om bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I förarbetena betonas särskilt att sådana insatser måste ske frivilligt. SoL och LSS ger inte någon möjlighet att ge patienter sociala insatser genom tvång, vilket inte heller ansetts önskvärt från lagstiftarens sida. Tvärtemot har lagstiftaren uttryckligen angett att den öppna psykiatriska vårdformen kräver ett aktivt samarbete med patienten i fråga.³¹⁹ (Relationen mellan rekvisitet avsaknad av samtycke och det aktiva samarbete med patienten som dessa villkor kräver har diskuterats närmre under avsnitt 5.5.3) Mot bakgrund av motivuttalandena framstår det, enligt min mening, som mycket märkligt att lagstiftaren i en *tvångsvårds*lagstiftning infört ett villkor att patienten ska utkräva sina rättigheter enligt SoL eller LSS. Ett villkor som dessutom innebär ett aktivt samarbete och som aldrig kommer att kunna genomdrivas med tvång.

Även Gustafsson har diskuterat relationen mellan LPT och rättighetslagarna SoL och LSS, dock hänför sig diskussionen till tiden innan avgörandet RÅ 2010 ref. 93. Gustafsson menar att villkoret om att ansöka om sociala insatser innebär ett indirekt tvång att motta sociala insatser.³²⁰ I ljuset av Vahlne Westerhäll och Östlunds analys, där de kommer fram till att den öppna psykiatriska tvångsvården bl.a. grundar sig på patientens okunskap beträffande hälso- och sjukvårdens reella maktlöshet att driva

³¹⁹ Prop. 2007/08:70 s. 85 f.

³²⁰ Gustafsson, 2010, s. 173 och 182.

igenom de särskilda villkoren, kan jag inte annat än att instämma med Gustafsson att enbart förekomsten av ett villkor avseende sociala insatser kan av patienten uppfattas som ett indirekt tvång att motta sociala insatser.³²¹ Även flertalet remissinstanser har ställt sig frågande till "hur tvång inom vården ska harmonieras med den frivillighet och det självbestämmande som är vägledande vid handläggningen av ärenden inom socialtjänsten liksom vid tillämpningen av LSS."³²²

Både SoL och LSS är rättighetslagar, vilket innebär att den enskilde har *rätt till* bistånd om han eller hon uppfyller de förutsättningar som anges i respektive lagstiftning. Någon möjlighet att, genom dessa rättighetslagar, påtvinga en person sociala insatser är inte möjligt. Det är viktigt att erinras om att det handlar om rättigheter och inte skyldigheter, och det kan enligt min mening inte i någon situation vara önskvärt att försöka påtvinga den enskilde en rättighet. Min tolkning är att det uppstår en kollision när en tvångsvårdslagstiftning indirekt försöker förmå den enskilde att utkräva sina rättigheter och begreppet rättighet blir därigenom underminerad. Vid en kommande lagrevision bör lagstiftaren förtydliga hur relation mellan LPT och dessa rättighetslagstiftningar i praktiken ska fungera tillfredställande.

7.5 Omgivningsskyddet och faran för patientens eget liv eller hälsa

Som redovisats tidigare ska patientens farlighet för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa vägas in i bedömningen av patientens vårdbehov. I avsnitten nedan kommer omgivningsskyddet problematiseras samt diskuteras i relation till faran för patientens eget liv eller hälsa.

7.5.1 Avsaknad av rekvisitet "fara för eget liv eller hälsa"

Vid genomgång av LPT har jag konstaterat en brist på stringens beträffande utformningen av lagens bestämmelser. Som nämnts tidigare i uppsatsen, kan konvertering enligt 11 § LPT ske när patienten bl.a. kan befaras komma att allvarligt skada sig själv. Denna bestämmelse reglerar uttryckligen situationen där risk föreligger för att patienten kan komma att skada sig själv. När det gäller förutsättningarna för tvångsvård enligt 3 § LPT anges det endast i förarbetena att faran för patientens eget liv

³²¹ Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 4 och s. 13 f.

³²² Prop. 2007/08:70 s. 112.

eller hälsa ska beaktas direkt enligt 3 § första stycket punkt 1 och 2. Någon uttrycklig reglering finns sålunda inte. Även i 47 § LPT, som reglerar polisens behörighet att tillfälligt omhänderta en person, nämns uttryckligen faran för patientens eget liv. Även Gustafsson påpekar i sin framställning att skyddsobjektet i denna bestämmelse, i motsats till farlighetsrekvisitet i 3 § LPT, även omfattar den enskilde själv.³²³

Vid en mer noggrann jämförelse av 3 § och 11 § LPT har jag dessutom noterat en flagrant skillnad som jag anser bör uppmärksammas. Som tidigare påtalats framgår det av motiven att farebedömningen enligt 11 § LPT endast avser risken för *allvarlig* skada. Som typexempel på allvarlig skada nämns risken för självmord.³²⁴ Risken för självmord kan sålunda konstituera en konvertering från frivillig vård till tvångsvård. Risken för självmord behandlas även i motiven i samband med redogörelsen för förutsättningarna för tvångsvård enligt 3 § LPT. Där anges emellertid, i kontrast till det som framhållits när det gäller konvertering, att ”till allvarlig psykisk störning bör också räknas *allvarliga depressioner* [min kurs.] med självmordstankar”³²⁵ Själva skrivningen ger uttryck för att det föreligger en skillnad mellan en depression som är förenad med självmordstankar och en *allvarlig* depression som är förenad med självmordstankar. Genom detta uttalande synes lagstiftaren ge uttryck för att endast självmordstankar som är förenade med en *allvarlig* depression, kan medföra att rekvisitet allvarlig psykisk störning är uppfyllt. Patienter som inte lider av en allvarlig depression och inte heller lider av något av de andra tillstånd som enligt motiven omfattas av begreppet allvarlig psykisk störning, men likväl har självmordstankar faller således utanför ramen för vad som kan konstituera tvångsvård. Ska uttalandena i motiven uppfattas som att det föreligger en distinktion mellan de allmänna förutsättningarna för tvångsvård enligt 3 § LPT och regleringen om konvertering till tvångsvård enligt 11 § LPT? En sådan åtskillnad är enligt min mening klandervärd eftersom förutsättningarna för tvångsvård bör vara lika för alla personer oavsett om han eller hon vårdats i öppen vården innan ett omhändertagande enligt LPT. Ett sådant förfarande måste, enligt min mening, stå i strid med den rådande likhetsprincipen. Dessutom måste en sådan åtskillnad stå i strid med hälso- och sjukvårdens krav på god vård samt dess mål att ge vård på lika villkor för hela befolkningen. Huruvida denna distinktion påverkar bedömningarna i praktiken vet jag

³²³ Gustafsson, 2010, s. 218.

³²⁴ Prop. 1990/91:58 s. 253.

³²⁵ Prop. 1990/91:58 s. 86 f.

ingenting om och oavsett om det leder till någon skillnad vid prövningarna enligt 3 och 11 §§ LPT eller inte, bör lagstiftaren förtydliga vad som avsetts med dessa uttalanden.

I den tidigare lagstiftningen LSPV reglerades patientens fara för sitt eget liv uttryckligen av en av specialindikationerna som skäl för att tvångsvårda en patient.³²⁶ I kritiken mot LSPV framfördes aldrig några sakliga skäl för att ta bort denna reglering vid införandet av LPT. Tvärtemot riktades kritiken mot att omgivningsskyddet var alltför framstående och det betonades även att vården ska utgå ifrån patientens behov. Om det i lagförarbetena till LPT anges att det är risken för patientens liv och hälsa som ska vara avgörande, är det då inte lämpligt att det också uttryckligen regleras i 3 § LPT?

Mot bakgrund av det ovan nämnda samt att lagstiftaren i flertalet propositioner uttryckligen framhåller risken för att patienten skadar sig själv, ställer jag mig frågande till om det kan vara så trivialt att lagstiftaren har glömt att ta in ett rekvisit om fara för patientens eget liv och hälsa i lagstiftningen? Med tanke på att frågan har reglerats tidigare i LSPV, framstår det inte som helt orimligt att lagstiftaren har glömt bort att reglera frågan, då det eventuellt har framstått som självklart för lagstiftaren att faran för patientens eget liv och hälsa ska beaktas. Även i kommittédirektivet om översynen av LPT, som i skrivande stund håller på att utarbetas, nämns uttryckligen att tvångsvård ska kunna aktualiseras om en patient är farlig för sig själv.³²⁷

Oavsett om avsaknaden av reglering är avsiktlig eller ett förbiseende från lagstiftarens sida anser jag att det för tydlighetens skull uttryckligen bör framgå av lagstiftningen att fara för patientens eget liv eller hälsa ska ingå som ett led i bedömningen av patientens vårdbehov. Att endast ange i motiven att faran för patientens eget liv eller hälsa ska beaktas direkt enligt 3 § första stycket punkterna 1 och 2, är inte tillräckligt. En reglering kommer att öka förutsebarheten och följaktligen stärka individens rättssäkerhet. En uttrycklig reglering kan även bidra till att minimera risken för att patienter som "enbart" utgör en fara för sitt eget liv och hälsa inte anses omfattas av regleringen. I ljuset av det självmordsförebyggande folkhälsoarbetet som bedrivs anser jag att det är lämpligt att förtydliga ingripanderekvisiten i 3§ LPT så att lagstiftningen uttryckligen reglerar situationen då den enskilde riskerar att skada sig själv.³²⁸

³²⁶ Prop. 1990/91:58 s. 89.

³²⁷ Dir. 2008:93 s. 4.

³²⁸ Se bl.a. SOU 2010:31, SOU 2010:45 och Socialstyrelsen, *Öppna jämförelser och utvärdering 2010, Psykiatrisk vård – ett steg på vägen*,

7.5.2 Omgivningsskyddets förenlighet med LPT:s utformning som en vårdlag

LPT är en vårdlag och patienter som vårdas enligt LPT är inte dömda till vård. Tvångsvården utgör alltså inte någon form av sanktion för att den enskilde har begått ett brott.³²⁹ Trots att LPT är en vårdlag och inte har något straffande inslag ska patientens farlighet för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa beaktas vid bedömningen av hans eller hennes vårdbehov.

Mot bakgrund av Socialberedningens uttalande att "vård ska vara till för den enskilde patientens skull, och att det är felaktigt och otidsenligt att använda vårdorganisationen som en institution som skall skydda omgivningen"³³⁰ ställer jag mig tvekan till om dagens reglering av omgivningsskyddet verkligen är förenligt med grundtanken i en vårdlag. Även om förekomsten av ett omgivningsskydd i en vårdlag rent formellt sett utgör en paradox finns det välgrundade skäl för att ta hänsyn till patientens farlighet för andra vid bedömningen av dennes vårdbehov, inte enbart för omgivningens skull utan även för att skydda patienten från att begå handlingar som denne inte hade begått i ett friskt tillstånd.³³¹ Jag finner det dock anmärkningsvärt att lagstiftaren i en vårdlag uttryckligen reglerar faran för personer i patientens omgivning men inte faran för patientens eget liv eller hälsa.

8. Slutsats

8.1 Inledande kommentarer

I uppsatsen undersöks lagen om psykiatrisk tvångsvård i syfte att åskådliggöra inkonsekvenser och motstridigheter i utformningen av lagstiftningen och med särskilt fokus på den öppna tvångsvården. Dessutom granskas huruvida tillämpningen är i överensstämmelse med lagstiftningens syfte och innehåll samt med de grundläggande principerna inom LPT. Vidare analyseras hur avgörandet från Högsta förvaltningsdomstolen, beträffande tillämpningen av den öppna tvångsvården, har

³²⁹ Gustafsson, 2010, s. 125 och 216.

³³⁰ SOU 1984:64 s. 206

³³¹ Prop. 2005/06:63 s. 16 f.

påverkat uppfattningen av lagstiftningens enhetlighet och förutsebarhet. Avslutningsvis undersöks vilket behov det finns av att lagtextens struktur och innehåll förtydligas.

Genom granskning av lagtext, förarbeten, praxis och doktrin har flertalet inkonsekvenser och motstridigheter i lagstiftningens utformning konstaterats. Några av de mest framträdande inkonsekvenser och motstridigheter som identifierats i uppsatsen kan sammanfattas under följande rubriker; preventiv tvångsvård, omgivningsskyddet och samtyckeskravet. Dessutom har uppsatsen visat att tillämpningen av LPT, främst genom RÅ 2010 ref. 93, inte bidragit till att lagstiftningen uppfattas som mer enhetlig och förutsebar, utan tvärtemot har praxis styrkt resonemanget att det föreligger inkonsekvenser och motstridigheter i utformningen av LPT.

8.2 Preventiv tvångsvård

Till att börja med kan nämnas de inkonsekvenser och motstridigheter som konstaterats vad gäller preventiv tvångsvård. Av uppsatsen framgår att HSL:s krav på att hälso- och sjukvården ska arbeta förebyggande samt kravet på god psykiatrisk vård, innebär att profylaktisk vård inte bara bör vara tillåten, utan att den dessutom är nödvändig. Vidare konstateras att den omständigheten att öppen tvångsvård endast kan ges efter en tid av sluten tvångsvård kan leda till att kravet på oundgängligt vårdbehov undermineras. Mot denna bakgrund samt med hänsyn till kravet på god vård föreslås att lagstiftaren bör utreda frågan om öppen psykiatrisk vård inte ska kunna ges utan föregående sluten tvångsvård. I uppsatsen presenteras dessutom ett förslag om hur förebyggande tvångsvård kan anses vara förenligt med aktualitetsprincipen. Huruvida aktualitetsprincipen i framtiden bör vara rådande vid tillämpningen av LPT är en fråga för fortsatt diskussion.

Därutöver diskuteras om inte den aktuella regleringen av den öppna psykiatriska tvångsvården till viss del ger utrymme för profylaktisk tvångsvård. Lagstiftaren bör dessutom erinras om att preventiv tvångsvård kan utgöra ett mycket användbart verktyg för att förhindra självmord och självskadebeteende som på sikt kan leda till mycket stora konsekvenser. Sammantaget konstateras att lagstiftaren vid en kommande lagrevision bör överväga ett förtydligande av regleringen av den öppna tvångsvården så

att förebyggande tvångsvård uttryckligen regleras i lagen samt att öppen tvångsvård kan ges utan föregående sluten tvångsvård.

8.3 Omgivningsskyddet

I uppsatsen diskuteras omgivningsskyddet i relation till faran för patientens eget liv och hälsa. I diskussionen belyses avsaknaden av en uttrycklig reglering av faran för patientens eget liv och hälsa. Därtill konstateras att det föreligger en distinktion mellan de allmänna förutsättningarna för tvångsvård enligt 3 § LPT och regleringen om konvertering till tvångsvård enligt 11 § LPT, vilket skapar en osäkerhet beträffande vilka förutsättningar som kan konstituera tvångsvård. Denna åtskillnad bidrar till att göra lagstiftningen oförutsägbar och därigenom mindre rättssäker för den enskilde individen. I syfte att undanröja den åtskillnad som föreligger mellan förutsättningarna för tvångsvård enligt 3 § LPT och konvertering enligt 11 § LPT är ett förtydligande av lagstiftaren i allra högsta grad önskvärt. Dessutom bör lagstiftaren ändra förutsättningarna i 3 § fjärde stycket LPT så att faran för patientens eget liv och hälsa explicit regleras i LPT.

8.4 Samtyckeskrevet

I uppsatsen påvisas att samtyckeskrevet gett upphov till vissa svårigheter. Till att börja med konstateras att konverteringsmöjligheten kan leda till ett indirekt påtvingat samtycke. Därtill framgår av analysen att samtyckesrekvisitet och kravet på patientens delaktighet och aktiva samarbete är svåra att förena med varandra. Ett sådant deltagande av patienten torde tyda på att kravet på avsaknad av samtycke inte längre är uppfyllt. Vad avser frågan om indirekt påtvingat samtycke bör problemet inte lösas genom en förändrad lagstiftning, utan genom att utbilda hälso- och sjukvårdspersonalen så att de blir bättre på att hantera situationer när de ska motivera patienter att acceptera föreslagen vård. Däremot när det gäller frågan om hur kravet på avsaknad av samtycke ska kunna förenas med patientens aktiva deltagande, krävs ett klagande från lagstiftarens sida. Vidare åskådliggörs i uppsatsen att det uppstår en kollision när en tvångsvårdslagstiftning indirekt försöker påtvinga en patient sociala insatser trots att varken SoL och LSS innehåller något inslag av tvång. Vid en kommande lagrevision bör lagstiftaren förtydliga hur denna relation i praktiken ska fungera tillfredställande.

8.5 Praxis

Som nämnts ovan undersöks dessutom i uppsatsen huruvida tillämpningen är i överensstämmelse med lagstiftningens syfte och innehåll samt hur avgörandet från Högsta förvaltningsdomstolen, beträffande tillämpningen av den öppna tvångsvården, har påverkat uppfattningen av lagstiftningens enhetlighet och förutsebarhet. Sedan införandet av den nya vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård har Högsta förvaltningsdomstolen endast tagit upp ett³³² mål till prövning och det är främst utifrån detta avgörande, RÅ 2010 ref. 93, som den ovan nämnda frågeställningen besvaras. Av analysen framgår att samtyckeskravet har skapat en stor förvirring inte minst mot bakgrund av avgörandet RÅ 2010 ref. 93. I målet konstaterar Högsta förvaltningsdomstolen att avsaknaden av tvångsåtgärder samt patientens avsaknad av samtycke är omständigheter som utesluter tillämpningen av öppen psykiatrisk tvångsvård. Därtill ansåg domstolen att det faktum att medicineringen var slentrianmässig och att vården skulle komma att ges i preventivt syfte var grunder för att avslå ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård.³³³

Avgörandet har gett upphov till flertalet frågor bl.a. frågan om vad patienten egentligen ska motsätta sig. Dessutom diskuteras huruvida kravet på att patienten ska vara motiverad och samarbetsvillig för både vård- och stödinsatser innebär att, det inte längre finns något krav på avsaknad av samtycke. Utgången i målet har lett till en stor osäkerhet beträffande vad samtyckesrequisitet i framtiden ska innebära. Förutom samtyckesfrågan aktualiserar utgången i RÅ 2010 ref. 93 den viktiga frågan om i vilka situationer man kan tillämpa den öppna psykiatriska tvångsvården.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det första och enda avgörandet gällande den nya vårdformen öppen psykiatrisk tvångsvård har gett upphov till flertalet svåra bedömningsfrågor. I ljuset av RÅ 2010 ref. 93 framstår förutsättningarna för den öppna tvångsvården som relativt oklara, särskilt vad gäller samtyckeskravet. En lagstiftning där det inte klart och tydligt framgår under vilka förutsättningar en individ kan bli vårdad under tvång lämnar utrymme för skönsmässiga bedömningar vilket kan resultera i godtyckliga beslut på bekostnad av den enskildes rättssäkerhet. För att råda

³³² Bortsett från de två opublicerade avgörandena 3616-10 och 6182-09 som avser samma man som i RÅ 2010 ref. 93.

³³³ RÅ 2010 ref.93 s 9 f. och Vahlne Westerhäll & Östlund, 2011, s. 2 f. och 10 f.

bot på dessa brister bör lagstiftaren bl.a. förtydliga samtyckesrekvisitets innebörd. Ett förtydligande av bl.a. samtyckeskravet skulle innebära en stärkt rättssäkerhet då förutsättningarna för tvångsvård därigenom skulle preciseras och förtydligas. LPT skulle därigenom uppfattas som ett mer enhetligt och förutsebart regelverk. För det fall rättstillämparen avsett att det inte längre ska föreligga ett krav på avsaknad av samtycke måste detta tydliggöras genom att lagstiftningen ändras. När det gäller frågan om vilka möjligheter som kvarstår att tillämpa den öppna tvångsvården efter avgörandet RÅ 2010 ref. 93, måste lagstiftaren noggrant överväga hur den nya vårdformen i framtiden ska tillämpas och därefter klargöra sin ståndpunkt genom ett förtydligande i lagstiftningen.

8.6 Avslutande kommentarer

Att tvångsvårdas enligt LPT är en mycket ingripande åtgärd i den enskildes integritet. I varje enskilt fall måste det alltid göras en avvägning mellan patientens självbestämmanderätt och den medicinetiska godhetsprincipen. Med andra ord kan man tala om en vågskål där de båda intressena väger olika tungt i olika situationer. I de flesta fall anses den enskildes självbestämmanderätt väga tyngst, dock finns det situationer då patientens vårdbehov är sådant att godhetsprincipen och skademinimeringsprincipen måste lämnas företräde.

Trots att tvångsvård är en mycket integritetskränkande åtgärd är det viktigt att erinra sig om att LPT är en vårdlag, som är till för att hjälpa mycket svårt sjuka människor som p.g.a. av sitt psykiska tillstånd inte kan se sitt eget vårdbehov och således inte heller kan bedöma sitt eget bästa. Den grundläggande tanken om solidaritet innebär en skyldighet att hjälpa de medmänniskor som inte klarar av att se efter sig själva. Det får inte falla i glömska att det handlar om vård som psykiskt sjuka har rätt till och det är följaktligen patientens vårdbehov som måste vara avgörande för vilka åtgärder som anses nödvändiga.

Trots det ihärdiga förändringsarbete som präglat den psykiatriska tvångsvården anser jag att det är nödvändigt för lagstiftaren att se över lagstiftningen, särskilt utformningen av den öppna tvångsvården. Min förhoppning är att utredaren för den pågående översynen av LPT bl.a. kommer uppmärksamma de inkonsekvenser och

motstridigheter som jag lyft fram i denna uppsats och föreslå de lagändringar som är nödvändiga för att göra lagstiftningen mer precis, tydlig och förutsebar.

Den slutna tvångsvården har varit föremål för flertalet revisioner men är fortfarande behäftad med brister. Det är inte oväntat att den öppna tvångsvården, som är en relativt ny vårdform, behöver omarbetas ett antal gånger innan den fungerar optimalt. Med anledning av det ovan anförda finns det således ett behov av att överlag precisera och förtydliga innebörden av vissa av förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård och mer specifikt gällande den öppna tvångsvården. Mot bakgrund av utgången i RÅ 2010 ref. 93, finns därtill ett särskilt behov av ett klargörande beträffande hur och i vilka situationer den öppna vårdformen ska tillämpas i framtiden. Avsikten med den öppna psykiatriska tvångsvården är goda men nu gäller det att intentionerna förankras i lagstiftningen så att tillämpningen kan komma att återspegla dessa.

9. Källförteckning

Offentligt tryck

Propositioner

Proposition 1966:53	Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall m.m.
Proposition 1973:90	Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.
Proposition 1981/82:97	Om hälso- och sjukvårdslag, mm.
Proposition 1990/91:58	Om psykiatrisk tvångsvård m.m.
Proposition 1996/97:60	Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
Proposition 1999/2000:44	Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.
Proposition 2005/06:63	Anmälningsskyldighet, säkerhet och tillsyn inom psykiatrisk tvångsvård
Proposition 2007/08:70	Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården.
Proposition 2007/08:110	En förnyad folkhälsopolitik.

Statens offentliga utredningar

SOU 1975:75	Medborgerliga fri- och rättigheter. Regeringsformen. Betänkande av 1973 års fri- och rättighetsutredning
SOU 1984:64	Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten. Betänkande av Socialberedningen.
SOU 1998:32	Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård
SOU 2010:31	Första hjälpen i psykisk hälsa.
SOU 2010:45	Händelseanalyser vid självmord inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten, Förslag till ny lag.
SOU 2011:35	Bättre insatser vid missbruk och beroende, Individens, kunskapen och ansvaret.

Kommittédirektiv

- Dir. 2003:133 En nationell psykiatrisamordnare
- Dir. 2008:93 Översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen.
- Dir. 2009:93 Tilläggsdirektiv till Utredningen om översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen (S 2008:09)
- Dir. 2010:88 Tilläggsdirektiv till Utredningen om översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen (S 2008:09)

Skrivelser

- Skr. 2008/09:185 En politik för personer med psykisk sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning

Rapporter från Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, 2006, *God vård, en vägledning till föreskriften om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård.*

Socialstyrelsen, 2006, *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård.*

Socialstyrelsen, SOSFS 2008:18: *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.*

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

Socialstyrelsen, 2010, *Öppna jämförelser och utvärdering 2010, Psykiatrisk vård – ett steg på vägen.*

Litteratur

Danelius, Hans, 2002: *Mänskliga rättigheter i europeisk praxis – En kommentar till Europakonventionen om de mänskliga rättigheterna*, Upplaga 2, Stockholm: Norstedts Juridik AB.

Grönwall, Lars, & Holgersson Leif, 2009: *Psykiatrin, tvånget och lagen, en lagkommentar i historisk belysning*, upplaga 4:1, Stockholm: Nordstedts Juridik AB.

Gustafsson, Ewa, 2010: *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet – En rättsvetenskaplig monografi om LPT*, Upplaga 1:1, Lund: Studentlitteratur AB.

Holmberg, Erik & Stjernquist, Nils m.fl., 2006: *Grundlagarna*, upplaga 2, Stockholm: Nordstedts Juridik AB.

Johansson, Lars-Åke, & Sahlin, Jan, 2010: *Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer*, upplaga 8, Stockholm: Norstedts Juridik AB.

Markström, Urban, 2003: *Den svenska psykiatrireformen – bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, Upplaga 1.1 Umeå: Boréa Bokförlag.

Reimers, Elisabet *Integritetsskyddet i regeringsformen*, Svensk Juristtidning 2009, s. 435, Nittiofjärde årgången, Uppsala: Iustus Förlag AB.

Rynning, Elisabeth, 1994: *Samtycke till medicinsk vård och behandling – En rättsvetenskaplig studie*, Uppsala: Iustus Förlag AB.

Rönberg, Lena, 2007: *Hälso- och sjukvårdsrätt*, upplaga 2:4, Lund: Studentlitteratur.

Strömberg, Håkan & Lundell, Bengt, 2006: *Allmän förvaltningsrätt*, upplaga 23:1, Malmö: Liber AB.

Vahlne Westerhäll, Lotta & Östlund, Allison, 2011: *Öppen psykiatrisk tvångsvård – en lagteknisk felkonstruktion? En analys av RÅ 2010 ref. 93*.

Rättsfall

Högsta förvaltningsdomstolen

RÅ 1998 ref. 51

RÅ 2008 not. 14

RÅ 2010 ref. 93

Mål nr

6172-07

Kammarrätterna

Mål nr

Stockholm 6879-1997

Internet

Karnov, Thomson, (<http://www.thomsonreuters.se>) (2011-03-04)