

Handelshögskolan vid
Göteborgs universitet
Juridiska institutionen

Från bojor till befrielse

*en studie av den svenska psykiatriska
tvångsvården*

Tillämpade studier, 20 poäng, VT 2007
Programmet för juris kandidatexamen
av Lisa Dahl
Handledare: Professor Lotta Vahlne Westerhäll

Innehållsförteckning

Förkortningar

1. Inledning

- 1.1 Syfte**
- 1.2 Frågeställningar**
- 1.3 Metod**
- 1.4 Avgränsning**
- 1.5 Begreppsbestämning**

2. Psykiatrins historia

- 2.1 Från medeltid till nutid**
 - 2.1.1 Från straff till behandling**
 - 2.1.2 Från 1858 års stadga till sinnessjuklagen**
 - 2.1.3 LSPV kommer till**
- 2.2 LSPV**
- 2.3 Avinstitutionalisering och nedläggning av mentalsjukhusen**
 - 2.3.1 Reformandan växer**
 - 2.3.2 Avinstitutionaliseringen inleds**
 - 2.3.3 Vad blev resultatet?**

3. Relevant reglering

- 3.1 Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna**
- 3.2 Internationell konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter**
- 3.3 Regeringsformen (1974:152)**
- 3.4 Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)**
- 3.5 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)**
- 3.6 Socialtjänstlag (2001:453)**
- 3.7 Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss**

hälso- och sjukvård

3.8 Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

4. LPT

4.1 LSPV lämnar plats för LPT

4.1.1 Missnöjet med LSPV

4.1.2 Varför en ny lag? Syfte och krav

4.2 LPT: s regelverk- ett urval

4.2.1 Kraven för tvångsvård

4.2.2 Tvångsvården

5. Psykiatrireformen

5.1 År 1995: Dags för Psykiatrireformen

5.1.1 Reformandan når sin topp

5.1.2 Reformens syften och mål

5.2 Uppfyllede man målsättningarna?

5.2.1 Första uppföljningen

5.2.2 Reformandan har mattats

5.2.3 Ett försök till!

5.2.4 Vad var det som gick fel?

5.3 En ny strategi införs: En Nationell psykiatrisamordnare tillsätts

5.3.1 Året är 2003

5.3.2 Med fokus inställt på psykiatrin

6. Utvecklingen av LPT

6.1 Före år 2000

6.1.1 De första två åren

6.1.2 LPT uppdateras

6.2 Efter år 2000

6.2.1 Uppföljning av de uppdaterade reglerna

6.2.2 LPT uppdateras

7. Nya tankegångar

7.1 Öppen vård med särskilda villkor

7.2 Ambition och ansvar

7.1.1 En flexiblare utslussningsform behövs

7.1.2 Introduktion av en ny vårdform

7.1.2.1 Remissinstansernas synpunkter

7.1.2.2 Medias och andra åsiktsinnehavares synpunkter

8. Analys

8.1 Sammanfattning

8.2 Slutkommentar

Källförteckning

Förkortningar

RF	Regeringsformen (1974:152)
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
SOU	Statens offentliga utredningar
SOL	Socialtjänstlag (2001:453)
LSS	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LRV	Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
LVM	Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
BetalningsansvarsL	Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
JO	Justitieombudsmannen.
BrB	Brottsbalk (1962:700)
LSPV	Lag (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall
RSMH	Riksförbundet för Social och Mental Hälsa
FN	Förenta nationerna
SFS	Svensk författningssamling

1. Inledning

1.1 Syfte

Syftet med uppsatsen är att undersöka om den psykiatriska tvångsvården kan anses fungera i Sverige idag, men även vad det är som avgör om den fungerar eller inte. Genom att titta på den historiska utvecklingen av den psykiatriska vården och tvångsvården fram till LPT: s tillkomst får man en uppfattning av vilka värderingar, åsikter och framförallt samhällsförändringar som påverkat och givit upphov till den lagstiftning vi har idag på det psykiatriska vårdområdet. För att kunna besvara frågeställningarna är det naturligtvis nödvändigt att undersöka vad som för närvarande gäller enligt LPT samt lagens syfte. En lagstiftning som också är mycket intressant att utreda och redogöra för, är den som reglerar insatserna inom socialtjänst och öppenvård till personer med psykisk sjukdom. Skälet är att denna lagstiftning är intimt sammankopplad med tvångsvårdslagstiftningen och det inte enbart då en person har permission från tvångsvård och befinner sig utanför slutenvårdsavdelningen, utan även innan tvångsvård blir nödvändig men framförallt efteråt.

1.2 Frågeställningar

Min huvudfrågeställning och som är den jag följt genom hela arbetet är; om tvångsvården fungerar i Sverige idag? En följdfråga till denna är också; vad är det som avgör om tvångsvården fungerar eller inte?

1.3 Metod

För att belysa och få svar på de aktuella frågeställningarna har jag använt mig av en del av de svenska rättskällor som finns, det vill säga lagar, förordningar, föreskrifter, förarbeten, rapporter och skrivelser samt litteratur och artiklar om ämnet.

1.4 Avgränsning

Avsikten med denna uppsats är att enbart belysa frågeställningar runt psykiatrisk tvångsvård. Under arbetets gång har dock många närliggande och intressanta frågor och ämnen dykt upp men på grund av plats- och tidsbrist har jag behövt göra en sällning i mitt material. Detta innebär att jag fått försaka intressanta ämnen som barn- och ungdomspsykiatri, ett ständigt aktuellt ämne, men också rättspsykiatri som vi näst intill var dag hör något om i massmedierna. Fokus har i uppsatsen legat på psykiatrisk tvångsvård och delar av sådan lagstiftning som är intimt sammankopplad med denna. Slutligen har jag inte heller gått djupare in på problemen avseende dubbeldiagnoser, det vill säga personer som lider av både psykisk sjukdom och missbruksproblem, något som ju annars innefattas i psykiatrisk tvångsvård.

1.5 Begreppsbestämning

Genom hela uppsatsen har jag använt mig av begreppet psykisk sjukdom för att beskriva och ange vilka problem i form av psykiska besvär människor har. Att jag använt just detta begrepp beror enbart på att det, åtminstone för mig, representerar en vedertagen benämning och ett samlingsnamn på symtom på psykisk ohälsa. LPT använder sig av ett annat begrepp, psykisk störning, men min avsikt är inte att avse något annat psykiskt tillstånd då jag valt att i min uppsats kalla en person med psykisk ohälsa för psykiskt sjuk. Psykiskt sjuk står alltså för alla

slags psykiska tillstånd i min uppsats, utom på de ställena där jag beskriver och redogör för lagtext och diskuterar begreppen i sig. På vissa ställen i uppsatsen använder jag också begreppet psykiskt funktionshinder. Vilken betydelsen är framgår av sammanhanget, men det jag menar med funktionshinder är den vardagliga betydelsen av begreppet. Begreppet förklaras i näst nästa stycke nedan. Det är nämligen så att begreppen för psykisk ohälsa har skiftat genom åren. Ibland har personer med psykisk ohälsa kallats sinnessjuka, mentalsjuka, psykiskt sjuka, psykiskt störda och nu senast psykiskt funktionshindrade. Nedan skall jag försöka ge en förklaring till en del av dessa begrepp och andra begrepp, vilket kan behövas om man inte är så insatt i psykiatrins olika termer.

Psykisk sjukdom: Ett psykiskt tillstånd som gör det svårt att handskas med det dagliga livet. Begreppet syftar även på olika sjukdomar relaterade till psyket, exempelvis schizofreni, depression, manodepressivitet m.fl.¹.

Psykiskt funktionshinder: Ett tillstånd då en person med en psykisk sjukdom fått en varaktig funktionsnedsättning på grund av den psykiska sjukdomen. Funktionshindret kan med tiden variera i intensitet och svårighetsgrad².

Psykos: Ett tillstånd av förändrad verklighetsuppfattning som kan innebära att en person hör inbillade röster eller får synhallucinationer eller andra vanföreställningar³.

Schizofreni: Ett sjukdomstillstånd som innebär att personen ifråga lider av psykotiska symptom som exempelvis syn- och hörselhallucinationer och andra vanföreställningar som påtagligt påverkar personens tankar, känslor och handlingar. Personer med denna sjukdom saknar ofta sjukdomsinsikt⁴.

Neuroleptika: Detta är ett läkemedel som används för att behandla schizofreni och andra psykosjukdomar. Det dämpar symptom och minskar ångest- och oroskänslor⁵.

2. Psykiatrins historia

2.1 Från medeltid till nutid

2.1.1 Från straff till behandling

De första sjukvårdsinrättningarna, de s.k. hospitalen, kom till runt 1200-talet i Sverige och var knutna till klostren. Hospitalen tillkom för de spetälska men kom efter spetälskans utdöende att hysa andra sjuka, bland annat psykiskt sjuka, som övertog den roll som samhällets fördömda och utstötta man givit de spetälska⁶. På 1500-talet blev hospitalsvården statlig och på 1600- och 1700-talen byggde man i anslutning till hospitalen särskilda "dårhus" för de psykiskt sjuka, ofta med celler där de spärrades in. "Behandlingen" under denna tid bestod ofta av bestraffningsliknande åtgärder såsom inspärning i burar, tvångströjor eller bojor⁷. Man ansåg den sjuke själv vara ansvarig för sitt tillstånd och att den psykiska sjukdomen antingen var ett straff av gud eller att den sjuke var besatt av onda andar⁸.

I början av 1800-talet började man emellertid ifrågasätta den religiösa förklaringen till uppkomsten av psykisk sjukdom till förmån för den medicinska. Den psykiskt sjuke an-

¹ Psykekampanjen, *Psykisk sjukdom: vad är det? Vart vänder man sig?*, 2000, informationsfolder, s. 1

² A st

³ A a s. 2

⁴ <http://www.janssen-cilag.se/disease/detail.jhtml?itemname=schizophrenia>, 2007-04-21

⁵ <http://www.norrkunska.se/neubiverkan.htm>; 2004-04-12

⁶ Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 14

⁷ Gunnarsson, *Psykiatrisk tvångsvård i Sverige-Från medeltida helgeandshus till LPT*, Tidskriften för Svensk Psykiatri nr 2 maj 2006 s. 16f

⁸ Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 18

sågs vara just bara sjuk och skulle behandlas därefter, främst av läkare och inte under bestraffningsliknande former. Behandlingstanken tar fart. 1823 omorganiserade man hospitalen genom en reform och det stora statliga sinnessjukhuset började ta form. Sinnessjukhusen växer fram utformade enligt behandlingstanken som under de kommande hundra åren skulle bygga på bland annat isolering och förlust av friheten, men också på uppfostran och arbetsterapi för de psykiskt sjuka. Denna slags behandlingstanke grundade sig på tron på psykologiska och miljömässiga orsaker till psykiska sjukdomars uppkomst och på människan som ett resultat av sina livserfarenheter och sin uppfostran. Sjukhusen kom att byggdes avskilt för att den psykiskt sjuke skulle skiljas från omgivningen⁹.

2.1.2 Från 1858 års stadga till sinnessjuklagen

1858 infördes en stadga om vården och kravet på behandling av de psykiskt sjuka¹⁰. Den grundläggande uppfattningen i denna stadga var att den psykiskt sjuke var sjuk och skulle behandlas och att den huvudsakliga behandlingsformen var isolering¹¹. Man införde även sjukdomsbegreppet sinnessjuk i lagen samt de första kraven på intyg för intagning. Dessa kunde vara exempelvis läkarintyg, prästbetyg eller intyg från målsman. 1883 och 1901 reviderades stadgan utan större förändringar¹².

I början av 1900-talet kom behandlingen av de psykiskt sjuka att alltmer efterlikna kroppssjukvården. Detta berodde på att man under senare delen av 1800-talet börjat anlägga en biologisk förklaring till psykiska sjukdomars uppkomst som orsakade utav sjukliga förändringar i hjärnan¹³. Detta nya synsätt innebar också att sjukdomsbegreppet sinnessjuk fick en annan innebörd. Sinnessjuk kom att innebära att man var fullständigt oförmögen att bestämma över sig själv och att man var i stort sett helt otillräckelig¹⁴. Behandlingen kom nu att bestå av lugn, stillhet och sängliggande, ett totalt omhändertagande. Dock gjorde de ofta långa sjukhusvistelserna och den geografiska isoleringen att de psykiskt sjuka kom att hamna utanför samhällsgemenskapen. I praktiken kom därför sinnessjukvården under den första halvan av 1900-talet att kännetecknas av samhällskontroll och förvaring snarare än vård¹⁵.

Byggandet av nya sinnessjukhus tog efter sekelskiftet ordentlig fart och ökade de följande decennierna, ända in på 60-talet. Efterfrågan på platser steg hela tiden och överbeläggning blev en realitet som inte gick att bygga bort helt. En väsentlig orsak till det ivriga byggandet var att man ansåg att alla som hade behov av vård också skulle få det¹⁶. En andra viktig orsak var också att det blev vanligare att ta in brottslingar på sinnessjukhusen istället för att sätta dem i fängelse¹⁷. 1880 fanns det 1841 patienter vid 10 sjukhus för att 1943 vara utökad till 30837 stycken vid 31 sjukhus¹⁸. På grund av att staten led brist på resurser i början på 1900-talet skedde utbyggnaden av vården i kommunal och landstingskommunal regi. Dock var inte detta ordentligt reglerat i 1901 års reviderade stadga och allvarliga missförhållanden blev därför vanligt förekommande på sjukhusen, framförallt avseende intagningsförfarandena, varför krav restes på en förändring av lagstiftningen¹⁹. 1929 ersattes därför 1858 års stadga av

⁹ A a s. 17ff

¹⁰ A a s. 20

¹¹ Prop 1990/91:58 s. 348

¹² Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 20 f

¹³ A a s. 23 f

¹⁴ Prop 1990/91:58 s. 349

¹⁵ Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 24 ff

¹⁶ A st

¹⁷ Gunnarsson, *Psykiatrisk tvångsvård i Sverige-Från medeltida helgeandshus till LPT*, Tidskriften för Svensk Psykiatri nr 2 maj 2006 s. 18

¹⁸ Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 27

¹⁹ Gunnarsson, *Psykiatrisk tvångsvård i Sverige-Från medeltida helgeandshus till LPT*, Tidskriften för Svensk Psykiatri nr 2 maj 2006 s. 18

sinnessjuklagen. Lagen innebar inga genomgripande förändringar i förhållande till 1858 års stadga utan huvudtankarna från den senare kvarstod. Sinnessjuklagen innehöll inga andra förutsättningar för intagning än att en person skulle anses vara ”sinnessjuk” och ha ett behov av vård. Vårdbehovet i sig var inte närmare preciserat i lagtext²⁰. Ansökan om intagning kunde göras av bland andra make eller annan men också av den sjuke själv, vilket inte varit möjligt enligt 1858 års stadga. Intyg skulle bifogas ansökan, exempelvis läkarintyg²¹. Det ansågs som självklart att den sjuke inte kunde ta ansvar för varken sig själv eller sina handlingar utan detta ansvar fick överlämnas på sjukhuspersonalen, vilket innebar att de i lagen utrustades med rätten att kunna göra detta. Det kunde handla om rätten att kvarhålla någon (även frivilligt intagna) som ansågs ha ett behov av vård, tillämpa restriktioner för den sjukas vistelse på sjukhuset eller anmäla denne till olika myndigheter, till exempel angående lämpligheten i att inneha körkort. Tvång ansågs alltså självklart i sig. Överläkarens ställning i utskrivningsfrågor kunde vidare överklagas till sinnessjuknämnden. 1959 infördes utskrivningsnämnder vid alla sjukhus i Sverige, men dessa kom bara att gälla vissa patientkategorier²². När det gällde rättssäkerheten hade ännu inte mycket hänt, vilket kan ha berott på att rättsäkerhetsfrågorna inte fick så stor betydelse på grund av synen på den psykiskt sjuke som sjuk bara i en biologisk mening²³. I det biologiska sjukdomsbegreppet ligger liksom invävt att den sjuke skall tas om hand av omvärlden och att den vård och behandling som ges är av godo. Att tvångsomhändertagande de facto är ett frihetsberövande tänkte man inte på så mycket på grund av att man ansåg att det faktiskt skedde för den enskildes bästa²⁴.

Fortfarande var vid denna tid behandlingsmöjligheterna ganska få men man prövade ofta nya metoder varav de flesta övergavs efter en tid. På 30- och 40-talen började man exempelvis använda sig av insulinkomabehandling och lobotomering, som var ett operativt ingrepp där man skar av nervbanor i hjärnan med stora personlighetsförändringar som biverkning²⁵. Cirka 4500 människor lobotomerades i Sverige fram till 1964, en del dog också i samband med operationen²⁶.

På 40-talet började man bygga upp universitets- och lasarettskliniker där man använde sig av fri intagning utan kvarhållningsrätt, precis som man gjorde inom den somatiska vården²⁷. Psykiatrin började alltså att långsamt närma sig den somatiska vården vilket var en följd av upptäckten av ny medicin, men även på grund av att psykiatrin allt mer kom att definieras som en naturvetenskaplig disciplin. På grund av upptäckten av de nya medicinerna i början av 50-talet ökade behandlingsmöjligheterna oerhört²⁸. Genom dessa antipsykotiska mediciner kunde den mest svårskötte patient bli både foglig och lättskött²⁹. Upptäckten av de nya medicinerna var dock inte odelat positiv. De första medicinerna, den s.k. neuroleptikan, som används än idag, framställdes genom syntetisering av ett ämne som användes som insektsdödande medel på 30-talet. Att detta kan ge skador på hjärnan insåg man tidigt, redan 1957 kunde en läkare konstatera att effekten av dessa mediciner kunde liknas vid de biverkningar som uppstod vid lobotomering³⁰. De nya medicinerna bidrog emellertid till att man

²⁰ Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 25 f

²¹ Gunnarsson, *Psykiatrisk tvångsvård i Sverige-Från medeltida helgeandshus till LPT*, Tidskriften för Svensk Psykiatri nr 2 maj 2006 s. 18

²² Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 26

²³ Prop 1990/91:58 s. 349

²⁴ Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 36

²⁵ A a s. 27

²⁶ <http://www.2000taletsvetenskap.nu/stympning.htm>

²⁷ Gunnarsson, *Psykiatrisk tvångsvård i Sverige-Från medeltida helgeandshus till LPT*, Tidskriften för Svensk Psykiatri nr 2 maj 2006, s. 18

²⁸ Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 28f

²⁹ Dencker & Wålinder, *Psykiatireformen behöver reformeras*, Läkartidningen 2003 nr 47 s. 3883-4

³⁰ <http://www.2000taletsvetenskap.nu/stympning.htm>

uppfattade de psykiskt sjuka på ett annat sätt. Från att ha ansetts bråkiga, oroliga och obotliga, gjorde användningen av de lugnande medicinerna att de sågs mer som individer som också faktiskt kunde botas. Nu skulle de inte längre passiviseras utan tvärtom aktiveras exempelvis genom arbetsterapi. Det gamla vårdsystemet försvann ändå inte, trots de stora förändringarna, utan det var fortfarande de gamla statliga sinnessjukhusen som var vårdens kärna³¹.

2.1.3 LSPV kommer till

Småningom började man vid denna tid att alltmer ifrågasätta sinnessjuklagen. Detta hade framförallt att göra med den fria intagning som utövades vid de olika universitets- och lasarettsklinikerna. En kommitté, sinnessjuklagstiftningskommittén, tillsattes därför 1954 för att från början göra en översyn av vissa rättssäkerhetsfrågor. Uppdraget kom emellertid att utvidgas 1957, till att innefatta en översyn av hela sinnessjuklagstiftningen. Detta arbete ledde fram till att man 1966 kunde klubba igenom ett nytt förslag till lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Dessförinnan hade man 1959 hunnit ändra sinnessjuklagen och tagit bort kvarhållningsrätten³². Sinnessjuklagen kom alltså att ersättas av LSPV men också av en annan lag, sjukvårdslagen från 1962, vilken kom att bli gemensam för hela sjukvården, inklusive psykiatri³³. Ansvar för den psykiatriska vården, som tidigare varit splittrat mellan stat, kommun och landsting, lades 1967 helt på landstingen, som från och med nu övertog huvudmannaskapet för den psykiatriska vården från staten³⁴. Avsikten var nämligen att lägga allt ansvar för sjukvård på landstingen³⁵. Så från 1967 kom psykiatri att få inte bara gemensamt huvudmannaskap utan också en gemensam grundläggande lagstiftning (i sjukvårdslagen) som övrig sjukvård³⁶. Psykiatrilagstiftningen skulle följaktligen i fortsättningen inte längre vara någon särslagstiftning, utan integrerad med all annan sjukvårdslagstiftning³⁷. LSPV var endast avsedd att reglera intagning på sjukhus för psykiatrisk vård som skedde med tvång, som ett slags tilläggsstiftning för psykiatrisk vård³⁸. Sjukvårdslagen, med dess övergripande princip om frivillighet, blev således den grundläggande lagen för hela den psykiatriska vården, oavsett om intagning skedde med frivillighet eller med tvång. Skälet till detta var att man ville jämställa den psykiatriska vården med den somatiska vården och de psykiskt sjuka med andra sjuka i samhället³⁹. Frivillig intagningsform var det man ville sträva mot som den naturliga och regelmässigt använda, för att bryta de traditioner av förvaring, kontroll och tvång som präglade den psykiatriska vården innan LSPV:s tillkomst⁴⁰. Ett annat motiv till en särskild tvångslag för psykiatri del hade sin grund i att man ansåg att psykisk sjukdom skiljde sig från andra sjukdomar på så vis att den sjuke saknade sjukdomsinsikt och förmåga att bedöma sitt eget tillstånd⁴¹. Men den viktigaste tanken med denna nya lag var kanske att man ville stärka rättssäkerheten för de som blev intagna med tvång genom att införa mer noggranna bestämmelser om förutsättningarna för tvångsintagning⁴². Trots dessa nya intentioner och strävan efter att bryta den gamla psykiatriska vårdtraditionen med dess

³¹ Grönwall & Holgersson, *Psykiatri, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 28

³² A a s. 28f

³³ Prop 1990/91:58 s. 127f

³⁴ Grönwall & Holgersson, *Psykiatri, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 29

³⁵ http://www.socialpsykiatrisktforum.nu/rapport_uppsalaseminarier.doc

³⁶ Prop 1990/91:58 s. 127f

³⁷ Grönwall & Holgersson, *Psykiatri, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 37

³⁸ Prop 1966:53 s. 1f

³⁹ A a s. 151ff

⁴⁰ Prop 1990/91:58 s. 70 och 349

⁴¹ Grönwall & Holgersson, *Psykiatri, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 29

⁴² Prop 1966:53 s. 156f

biologiska sjukdomsbegrepp och bristande rättssäkerhetsgarantier, kom LSPV i princip ändå att bygga på den gamla sinnessjuklagen⁴³.

2.2 LSPV

Förutsättningen för att någon skulle kunna beredas vård enligt LSPV var att personen ifråga led av en psykisk sjukdom och att sluten psykiatrisk vård var oundgängligen påkallad med hänsyn till sjukdomens art och grad och till att någon av de fem s.k. specialindikationerna förelåg⁴⁴. Vidare kunde intagningen ske ”oberoende av samtycke” från den psykiskt sjuke, alltså även om denne inte motsatte sig vård utan kanske rent av samtyckte till vård⁴⁵. Med art avsågs typ av sjukdom och med grad avsågs det ingrepp i personligheten som just denna sjukdom orsakat. Det krävdes att både arten och graden av sjukdomen var så allvarlig att endast psykiatrisk sjukhusvård kunde komma ifråga⁴⁶. I lagen definierades inte vad som avsågs med psykisk sjukdom. I förarbetena till LSPV anförde man att detta begrepp vad det bästa som stod till buds, för att det ansågs täcka alla slags sjukdomar med psykiska symptom oavsett deras orsaker⁴⁷.

Specialindikationernas uppgift var, förutom att utgöra en del av förutsättningarna för intagning för tvångsvård, att ge en beskrivning av hur de olika psykiska tillstånden kunde yttra sig för att tvångsvård skulle vara möjlig⁴⁸ samt att i möjligaste mån avgränsa de situationer som kunde leda till en tvångsintagning⁴⁹. De utgjordes av en medicinsk specialindikation och fyra sociala och flera utav dem kunde föreligga samtidigt. Den första specialindikationen var den medicinska. Den innebar, som en förutsättning för tvångsvård, att den psykiskt sjuke uppenbart skulle sakna sjukdomsinsikt och att han skulle få sitt tillstånd avsevärt förbättrat genom vården eller avsevärt försämrat om vården uteblev. De fyra följande sociala specialindikationerna reglerade ett farlighetsrekvisit- fara för annans personliga säkerhet, fysiska eller psykiska hälsa eller för eget liv till följd av sjukdomen, ur stånd att taga vård om sig eller ha ett grovt störande levnadssätt på grund av sjukdomen och slutligen fara för annans egendom eller annat av lagstiftningen skyddat intresse. Den sistnämnda indikationen avsåg brottsliga gärningar den psykiskt sjuke kunde ha begått under sin sjukdom. Det var endast domstolar som kunde få en psykiskt sjuk intagen på denna specialindikation⁵⁰. Bland dessa olika grunder för intagning finner man samhällsintresset som ett starkt vägande skäl för intagning med tvång, detta bland annat på grund av att lagen även omfattade vård av psykiskt sjuka lagöverträdare⁵¹.

Den formella intagningen för tvångsvård kunde antingen göras med hjälp av ett vårdintyg efter beslut av läkare, eller, i enlighet med ett beslut av domstol i brottmål⁵². Ett vårdintyg är ett läkarintyg som grundas på en läkarundersökning och i vårdintyget skall det framgå att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda⁵³. Grunden för själva intagningsbeslutet var vårdintyget, som inte fick vara äldre än fjorton dagar, och den läkare som utfärdat vårdintyget fick inte vara samma som den som sedan beslutade om intagning

⁴³ Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 34

⁴⁴ Lag (1966:293) om beredande av psykiatrisk vård i vissa fall 1 §

⁴⁵ Prop 1990/91:58 s. 339

⁴⁶ Prop 1990/91:58 s. 83

⁴⁷ Prop 1966:53 s. 157

⁴⁸ Prop 1990/91:58 s. 89

⁴⁹ A a s. 95

⁵⁰ A a s. 89f

⁵¹ Prop 1966:53 s. 169f

⁵² Prop 1990/91:58 s. 77

⁵³ A a s. 244

utan detta skulle ske av två olika läkare, den s.k. tvåläkarprövningen⁵⁴. En tvåläkarprövning innebär således att behovet av tvångsvård skall avgöras genom varsin självständig bedömning av två olika läkare. I LSPV fanns dessutom ett krav på att dessa läkare skulle vara helt oberoende av varandra⁵⁵. För de olika besluten enligt LSPV stod överläkaren och/eller utskrivningsnämnden eller psykiatriska nämnden för det övervägande antalet⁵⁶.

I LSPV fanns en möjlighet att besluta om tvångsintagning för patienter som befann sig frivilligt under psykiatrisk vård, s.k. konvertering, vilket innebär övergång från frivillig vård till tvångsvård, införd i lagen från och med 1983. Syftet med denna möjlighet var att man skulle kunna hindra en person från att lämna vårdkliniken om denne ansågs vara för sjuk för detta, för då slapp man att, som tidigare, skriva ut den psykiskt sjuke som fick lämna vårdinrättningen för att sedan intas för tvång. Ett ytterligare syfte var att konverteringen skulle minska användningen av tvångsvård på så sätt att man då kunde förebygga att vården inleddes enligt LSPV: s bestämmelser, så att säga för säkerhets skull, trots att detta inte var nödvändigt⁵⁷. Vårdintyg krävdes som huvudregel även vid konvertering från frivillig vård till tvångsvård⁵⁸.

I LSPV: s förarbeten ansåg man att om möjligheten fanns att tvångsintaga någon för psykiatrisk vård utan dennes samtycke, möjligheten till adekvat vård också borde finnas, även om den måste ske med tvång. Risken vore i annat fall att den psykiatriska vården blev någon slags form av förvaring menade man. En regel med detta syfte togs därför in i LSPV och innebär att en patient kunde få underkasta sig vissa tvångsåtgärder som inte var närmare reglerade i lagen. Det enda som krävdes var att tvånget skulle vara nödvändigt med hänsyn till ändamålet med tvångsvården eller för att skydda patienten själv eller omgivningen, något som även gällt enligt sinnessjuklagen⁵⁹. Med stöd av denna bestämmelse kunde åtgärder som kroppsvisitation och kroppsbesiktning vidtas, liksom omhändertagande av berusningsdrycker, meddelande av förbud att telefonera och ta emot besök eller avlyssna patientens telefonsamtal⁶⁰. Patienten kunde även låsas in, tvångsmedicineras eller fastlåsas i bälte. Enligt en särskild bestämmelse kunde läkarna även kontrollera innehållet i försändelser till och från en patient⁶¹.

För tillfälliga vistelser på egen hand utanför sjukhusområdet kunde en patient få permission. Denna vistelse kunde förenas med villkor, exempelvis skyldighet att underkasta sig medicinering. Permissionen kunde bara komma till stånd om den inte medförde fara för annans personliga säkerhet eller patientens eget liv. Den kunde även dras in om det ansågs behövt så att patienten då kom att återtas till sjukvårdsinrättningen⁶². Enligt förarbetena ansågs den inte böra vara tidsbegränsad men man påpekade att permission inte borde medges om det inte förutsattes att patienten inom viss begränsad tid skulle återvända till sjukhuset⁶³.

Vårdtiderna var enligt LSPV inte helt reglerade bortsett från att om längre tid för tvångsvård behövdes då tre månader gått från att intagning skett, detta skulle anmälas till utskrivningsnämnden, varefter proceduren skulle upprepas var sjätte månad⁶⁴. I övrigt gällde att överläkaren kontinuerligt skulle pröva om förutsättningar fortfarande förelåg för tvångsvård och om det inte gjorde det skulle patienten skrivas ut⁶⁵. Utskrivningsnämnden var en statlig

⁵⁴ A a s. 107

⁵⁵ A a s. 244

⁵⁶ A a s. 340

⁵⁷ Prop 1990/91:58 s. 123

⁵⁸ A a s. 121

⁵⁹ Prop 1966:53 s. 185

⁶⁰ Prop 1990/91:58 146

⁶¹ A a s. 343

⁶² A a s. 343f

⁶³ A a s. 186

⁶⁴ A a s. 113

⁶⁵ A a s. 157

myndighet till vilken en patient kunde överklaga beslut av överläkaren om exempelvis tvångsintagning, permission och utskrivning. Överinstans till utskrivningsnämnden var psykiatriska nämnden. När inte förutsättningarna längre förelåg för tvångsvård skulle patienten skrivas ut. Men innan detta skedde slutgiltigt kunde utskrivning på försök bli aktuellt om inte fara för annan eller patientens eget liv förelåg, dock med den inskränkningen att särskilda skäl skulle föreligga för att välja försöksutskrivning istället för slutlig utskrivning eller kvarhållande på sjukvårdsinrättningen⁶⁶. Motivet för kravet på särskilda skäl angavs i LSPV: s förarbeten vara att man inte ville göra försöksutskrivning till ett normalt inslag i vården, eftersom försöksutskrivning inte var ett normalt inslag i vården för kroppsligt sjuka och syftet var ju att söka utjäma olikheterna mellan mentalsjukvård och kroppssjukvården⁶⁷. Utskrivning på försök fanns även i den tidigare lagstiftningen och grunden till att man valde att ha kvar dessa regler motiverades i förarbetena med att det ibland kan vara svårt att bedöma om en patient är så pass återställd att han inte längre behöver sjukhusvård. För de fallen kunde det därför vara av värde om en sådan patient kunde återintas om det behövdes utan alltför mycket krångel menade man. Utskrivning på försök kunde på samma sätt som vid permission förenas med föreskrifter och återtagning till sjukvårdsinrättningen kunde ske. Försöksutskrivning var i motsats till permissionen begränsad i tiden och kunde ges för sex månader med möjlighet till förlängning med sex månader åt gången⁶⁸.

2.3 Avinstitutionalisering och nedläggning av mentalsjukhusen

2.3.1 Reformandan växer

Tiden efter LSPV: s tillkomst skedde det stora förändringar inom den psykiatriska vården. I Sverige liksom internationellt började olika kritiker i form av samhällsvetenskapliga forskare och andra debattörer ge sig in i diskussionen om institutionernas roll och uppkomsten av psykisk sjukdom. En rad klientorganisationer börjar tillkomma och ge sig in i debatten om psykiatrin. En av dessa som uppstår vid denna tid är i Sverige Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), som alla klientorganisationer bildade av de direkt berörda själva, i RSMH: s fall av psykiskt sjuka. RSMH: s bildande skall ses mot bakgrund av att det var först på 60-talet som man började beakta att patienten skall betraktas som en kännande, tänkande och självständigt handlande individ⁶⁹. Ett nytt sätt att betrakta psykiska problem på uppstod, med ett psykosocialt tänkande i förgrunden⁷⁰. Denna nya syn bestod i att man ansåg att uppkomsten av psykisk sjukdom hade sin grund i såväl biologiska och sociala som psykologiska faktorer⁷¹.

Det är nu en process inleds i psykiatrin som har kommit att kallas avinstitutionalisering. Något exakt startdatum för denna process är svårt att säga, då det är en trend som startade i hela västvärlden ungefärligen vid samma tidpunkt. Själva begreppet avinstitutionalisering har givits lite olika betydelser. Ibland har det åsyftat avvecklingen av mentalsjukhusen och utskrivningen av patienter till andra boendeformer. Andra gånger har det avsett själva den vårdinriktning och vårdideologi som låg bakom tankarna med att avveckla mentalsjukhusen, det vill säga de arbetsformer i form av bland annat öppenvård och andra samhällsbaserade

⁶⁶ A a s. 153

⁶⁷ A st och prop 1966:53 s. 196f

⁶⁸ Prop 1966:53 s. 196f

⁶⁹ Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 41

⁷⁰ A a s. 43

⁷¹ Prop 1990/91:58 s. 349

rade insatser som syftade till att ersätta vården på mentalsjukhusen⁷². Psykiatrireformen var en del av den process man kallat avinstitutionalisering⁷³.

Vad det var som orsakade trenden mot avinstitutionalisering är inte helt klarlagt. Flera olika orsaker tror man fanns som bidrog till utvecklingen⁷⁴. Ett av skälen var den omvärdering som skett ifråga om de verkningar och biverkningar ett institutionsbundet liv kan ha på en människa, bland annat i form av institutionsskador som en följd av isolering under långa perioder⁷⁵. En annan av de många händelser som ansetts som orsak är den vetenskapliga utvecklingen inom psykiatrin, framförallt på det medicinska området. Tillkomsten av nya medicinska preparat på 50-talet skapade förutsättningar för de psykiskt sjukas återföring till samhället⁷⁶. Genom de antipsykotiska medicinerna hölls sjukdomen i schack vilket skapade förutsättningar för att patienten kunde vistas ute i samhället⁷⁷. Ytterligare orsaker som angivits har handlat om förändringar i lagstiftningen, framförallt regler om striktare tvångsvårdsanvändning. Även lagstiftning till följd av den ökade välfärden, som olika bidragssystem och försäkringsformer, gjorde det lättare för de före detta mentalsjukhuspatienterna att klara sig utanför mentalsjukhusen⁷⁸. Betydelse för utvecklingen i Sverige kan dessutom ha varit att vi var ett av de länder i västvärlden som hade mest tvångsvårdade vid denna tid, sannolikt för att vi trodde att den bästa vården gavs på institution. Vi hade dubbelt som många tvångsvårdade i psykiatrin som Norge och hela tio gånger så många som Danmark⁷⁹.

Målet med vården blev nu istället att ge den psykiskt sjuke förutsättningar för ett socialt och självständigt fungerande liv integrerad med samhället på sin hemort⁸⁰. Det var med andra ord den öppna vårdformen som skulle eftersträvas, vård ute i samhället. Nya behandlingsmetoder utvecklades för att aktivt behandla och rehabilitera den psykiskt sjuke. Ett totalt och varaktigt omhändertagande syftande till passivitet med enbart psykofarmaka som behandling, ansåg man var fel väg att gå för att kunna behandla en psykiskt sjuk⁸¹. Följden blev därför att siktet ställdes in på att successivt avveckla mentalsjukhusen för att låta andra, öppna, vårdformer träda istället⁸².

2.3.2 Avinstitutionaliseringen inleds

I Sverige tog processen mot avinstitutionalisering fart i början av 70-talet och man började då introducera de nya idéer man hade haft om vad som skulle ersätta de stora institutionerna. Många av dessa nya idéer kom att samlas under begreppet sektorisering, ett begrepp som egentligen inte hade någon entydig betydelse. Somliga menade att begreppet stod för en helhetssyn på människan som inrymde ett ifrågasättande av sjukdomsbegreppet och institutionerna, med psykoanalys och familjeterapeutiska strömningar i förgrunden⁸³. Men i Sverige kom sektorisering framförallt att syfta på en särskild organisationsprincip av den psykiatriska vården som innebar att den specialinriktade vården förmedlades i s.k. sektorer där brett

⁷² Markström, *Den svenska psykiatrireformen-bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, 2003, s. 86ff

⁷³ Brunt & Hansson (red.), *Att leva med psykiska funktionshinder-livssituation och effektiva vård-och stödinsatser*, 2005, s. 35

⁷⁴ Markström, *Den svenska psykiatrireformen-bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, 2003, s. 90ff

⁷⁵ Prop 1990/91:58 s. 349

⁷⁶ Markström, *Den svenska psykiatrireformen-bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, 2003, s. 90ff

⁷⁷ Dencker & Wålinder, *Psykiatrireformen behöver reformeras*, Läkartidningen 2003 nr 47 s. 3883-4

⁷⁸ Markström, *Den svenska psykiatrireformen-bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, 2003, s. 90ff

⁷⁹ Grönwall, *Nu vrids klockan tillbaka: Nytt lagförslag kan leda till ökat tvång inom psykiatrin*, Socialpolitik, nr 2 1998

⁸⁰ Prop 1993/94:218 s. 10

⁸¹ Prop 1990/91:58 s. 72 och 349

⁸² Markström, *Den svenska psykiatrireformen-bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, 2003, s. 90ff

⁸³ A a s. 114

sammansatta team svarade för både öppen och sluten psykiatrisk vård till alla inom ett visst geografiskt område⁸⁴.

Sektoriseringen blev den reform som innebar att de psykiskt sjuka flyttade hem igen, ut från mentalsjukhusen. I öppenvård skulle sedan behandlingen ske och var avsedd att kunna ge ett bättre stöd åt den psykiskt sjuke än motsvarande slutenvård⁸⁵. Utgångspunkten var att basresurserna skulle bestå av socialtjänst och primärvård som stöd till människor med både psykiskt och fysiskt handikapp⁸⁶.

Idéerna om sektorisering började att utformas under 70-talet då en mängd statliga utredningar och dokument rörande psykiatri kom, bland annat flera från Socialstyrelsen där många av dessa nya idéer klätts i ord⁸⁷. Markström nämner tre teman som kan ses i alla dessa dokument:

- ”*Kritiken*. Den dåvarande vårdstrukturen fungerade dåligt. Mentalsjukhusen borde på sikt försvinna.
- *Alternativen*. Istället borde man bygga upp en sektoriserad psykiatri med principer om helhetssyn, lättillgänglighet, öppna former, kontinuitet, samverkan och förebyggande arbete.
- *Ansvar*. Frågan om ansvarsfördelning mellan landstingets psykiatri och kommunernas socialvård upplevdes som komplicerad. Respektive ansvarsområde behövde preciseras”⁸⁸.

Ett av de första dokumenten, en principplan, gavs ut som en rapport av Socialstyrelsen 1970. Avsikten med denna var att skapa en psykiatrisk vårdorganisation utan etablering av mentalsjukhus utan med filialer ute i samhället för att förbättra tillgängligheten till den psykiatriska vården. Denna principplan följes snart upp av flera som inriktades på den psykiatriska vårdens organisation. I de följande rapporterna under 70-talet förordades en minskning av slutenvården och en satsning på öppnare vårdformer. Man ville ha bort mentalsjukhusen och rekommenderade sjukvårdshuvudmännen att avveckla dessa så snabbt som möjligt. Vissa centrala mål ifråga om metoder och organisation angavs även i rapporterna. Man ville bland annat ha en ökad inriktning på förebyggande åtgärder, satsning på familjeterapi, ökad samordning och samverkan mellan psykiatri och socialtjänst och att den psykiatriska vården skulle integreras med kroppssjukvården genom bildandet av psykiatriska kliniker vid länsjukhusen⁸⁹. Rapporterna som kom under 70-talet bemöttes positivt av sjukvårdshuvudmännen vilka även de ville satsa på öppenvård och begränsa långtidssjukvården till förmån för korttidssjukvård vid länsjukhusen. Men trots denna vilja till förändring kom den faktiska förändringen av vården att framskrida i långsam takt. På tretton år, från 1963 till 1976 hade antalet vårdplatser bara minskat med 1000 stycken, från 36000 till 35000 samtidigt som intagningarna ökat med mer än det dubbla. Antalet vård dagar inom slutenvården hade dock minskat⁹⁰.

Fler rapporter och policyprogram kom på 80-talet med fortsatt inriktning på avveckling av mentalsjukhusen och integrering av den psykiatriska vården med annan hälso- och

⁸⁴ Prop 1993/94:218 s. 10

⁸⁵ Costa, *Psykiatrisk slutenvård-en kvarleva från mentalsjukhusens tid*, Läkartidningen 2006 nr 24 s. 1980-1

⁸⁶ Prop 1993/94:218 s. 10

⁸⁷ Markström, *Den svenska psykiatireformen-bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, 2003, s. 115

⁸⁸ Brunt & Hansson (red.), *Att leva med psykiska funktionshinder-livssituation och effektiva vård-och stödinsatser*, 2005, s. 40

⁸⁹ Markström, *Den svenska psykiatireformen-bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, 2003, s. 114f och Bülow, *Efter mentalsjukhuset-en studie i spåren av avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården*, 2004, s. 51

⁹⁰ Markström, *Den svenska psykiatireformen-bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, 2003, s. 117

sjukvård samt primärvård och socialtjänst⁹¹. Ett område som dock förblev tämligen oklart under 70-talet, var socialtjänstens roll i arbetet med psykiskt sjuka och var gränsen skulle gå mellan psykiatrin och socialtjänstens ansvar. En särskilt komplicerad fråga var ansvaret kring de psykiskt sjukas boende, men det gällde även i viss mån sysselsättning och rehabilitering⁹². För att försöka komma tillrätta med detta problem gavs vissa riktlinjer i den nya socialtjänstlagen (SFS 1980:620) som trädde i kraft 1982 vilken förtydligade ansvarsgränserna något mellan psykiatrin och socialtjänsten⁹³. Socialtjänstens ansvar kom i och med den nya lagen att innefatta stöd, bland annat i form av sysselsättning och boende för psykiskt sjuka⁹⁴. Ansvarsfördelningen förbättrades trots det inte mellan psykiatrin och socialtjänsten och behovet av samverkan mellan socialtjänst och psykiatri blir allt tydligare⁹⁵.

Inom psykiatrin fortsatte arbetet under 80-talet med avveckling av mentalsjukhusen och utveckling av öppenvården med socialpsykiatriska insatser⁹⁶. I slutet av 80-talet hade man i alla landsting infört sektoriserad vård där särskilda sektorskliniker hade ansvar för resurserna i ett visst geografiskt område, ofta med arbetssättet i form av team. Sektoriseringen var nu genomförd även om det fanns stora skillnader mellan sjukvårdshuvudmännens resurser⁹⁷. Avvecklingen av mentalsjukhusen hade fått fart, liksom minskning av slutenvård och tvångsvård, kortare vårdtider och inbromsning av intagningar⁹⁸. 1991 fanns det till exempel bara 13000 stycken vårdplatser, en minskning med 22000 sedan 1976. Denna avveckling av slutenvårdsplatser fortsatte sedan, genom hela 90-talet, in på 2000-talet. År 1996 var motsvarande siffra ca 7200 och år 2001 ca 5500 platser varav 1200 av dessa inom rättspsykiatrin⁹⁹. I siffror innebar den minskade användningen av tvångsvård att antalet inlagda för tvångsvård sjunkit från 9600 personer år 1979 till 2800 personer år 1988. En annan orsak till den minskade tvångsvårdsanvändningen var den skärpning av LSPV som infördes 1983 då man ökade kravet på omprövning av tvångsvården för de intagna¹⁰⁰.

2.3.3 Vad blev resultatet?

Tempot på förändringarna skilde sig förvisso mycket i de olika delarna av landet, vilket bland annat gällde överföringen av psykiatrisk korttids- och akutsjukvård till kroppssjukhus¹⁰¹. Tillkomsten av öppenvårdverksamheterna motsvarade inte heller samma takt som nedläggningen av mentalsjukhusen på många håll¹⁰². Och hos kommunerna gick dessvärre inte utvecklingen framåt på samma sätt ifråga om motsvarande stöd ute i samhället för de psykiskt sjuka. Särskilt eftersatta områden var stöd i form av boenden med inslag av vård till psykiskt sjuka, men detta gällde även sysselsättning och annat socialt stöd¹⁰³. Den förändring man gjort av social-

⁹¹ A a s. 120f

⁹² A a s. 117ff

⁹³ A a s. 120f

⁹⁴ Bülow, *Efter mentalsjukhuset-en studie i spåren av avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården*, 2004, s. 52

⁹⁵ http://www.socialpsykiatrisktforum.nu/rapport_uppsalaseminarier.doc

⁹⁶ Brunt & Hansson (red.), *Att leva med psykiska funktionshinder-livssituation och effektiva vård-och stödinsatser*, 2005, s. 41f

⁹⁷ Markström, *Den svenska psykiatrireformen-bland brukare, eldsjälur och byråkrater*, 2003, s. 122f

⁹⁸ Knutsson & Pettersson, *Psykiskt stördas villkor -Psykiatrireformen i sammandrag*, 1995, s. 33f

⁹⁹ Kommittédirektiv, Dir. 2003:133, *En nationell psykiatrisamordnare*, 2003-10-23 s. 12 och Socialstyrelsen 2003, *Utredning av händelserna i Åkeshov och Gamla stan och dess möjliga samband med brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänstens verksamhet*, Skrivelser, s. 3

¹⁰⁰ Prop 1990/91:58 s. 72

¹⁰¹ Knutsson & Pettersson, *Psykiskt stördas villkor -Psykiatrireformen i sammandrag*, 1995, s. 33f

¹⁰² Markström, *Den svenska psykiatrireformen-bland brukare, eldsjälur och byråkrater*, 2003, s. 122f

¹⁰³ Brunt & Hansson (red.), *Att leva med psykiska funktionshinder-livssituation och effektiva vård-och stödinsatser*, 2005, s. 41f

tjänstlagen hade inte haft åsyftad effekt¹⁰⁴. Särskilt de svårast psykiskt sjuka hade svårt att få de sociala insatser man hade rätt till genom socialtjänstlagen¹⁰⁵.

Kommunernas långsamma framåtskridande berodde framförallt på den oklara ansvarsfrågan men även på deras negativa inställning till samverkan och samarbete med psykiatrin. De ansåg sig inte ha kommit med i planeringen av avvecklingen av mentalsjukhusen, en utveckling man dessutom tyckte gick för fort¹⁰⁶. Vidare hade kommunerna ofta en avvikande syn på patientens problem än psykiatrin och menade att tillgängligheten till psykiatrin var dålig och planerna för patienterna så dåligt utformade att det var svårt att avgöra riktlinjerna för de insatser som behövdes av kommunen¹⁰⁷.

Ett annat problem var att psykiatrisk vård enligt sektoriseringsprincipen aldrig blev det alternativ till den slutna mentalvården som man önskat och trott utan snarare ett komplement till denna. Öppenvårdsinsatserna kom att huvudsakligen rikta sig mot de personer med mindre uttalade psykiska besvär. De svårast sjuka, de som vårdats lång tid på mentalsjukhus, fick inte del av den öppnare psykiatrin som sektoriseringen innebar, framförallt för att det saknades alternativa vårdformer för dessa. För att kunna ersätta den gamla mentalsjukvården med de nya öppenvårdsinriktade sektorerna hade det krävts en betydligt större utbyggnad av öppenvården. Ingen sektor klarade av det behov som fanns med den öppenvård man hade¹⁰⁸. Från statligt håll gjordes aldrig någon översyn av de resurser som fanns i slutenvården, utan dessa fick så gott det gick försöka vidareutveckla sektorns slutenvård. Följden blev att de gamla mentalsjukhusens förutsättningar, värderingar och kultur flyttades över och in i de nyinrättade sektorernas slutenvård¹⁰⁹.

3. Relevant reglering

3.1 Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna

Europakonventionen¹¹⁰, även svensk lag, tar i ett flertal artiklar upp sådant som bland annat berör personer med psykisk sjukdom, i synnerhet personer som utsätts för tvångsvård. Konventionen är viktig, inte minst för att regeringen ansett att lagreglerna angående tvångsvård inte får strida mot konventionen¹¹¹. Viktiga artiklar för psykiskt sjukas vidkommande är artiklarna 3, 5 och 8. Viktigast av dessa är kanske artikel 5, och då särskilt artikel 5:1 e där det fastslås att undantag från principen i 5:1 om alla personers rätt till frihet och personlig säkerhet får göras för tvångsvård vid psykisk sjukdom, om frihetsberövandet sker med lagstöd och i den ordning som sägs i lagen. Man skall också ha rätt till domstolsprövning av detta frihetsberövande, vilket framgår av artikel 5:4¹¹².

3.2 Internationell konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter

¹⁰⁴ Markström, *Den svenska psykiatrireformen-bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, 2003, s. 152

¹⁰⁵ Bülow, *Efter mentalsjukhuset-en studie i spåren av avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården*, 2004, s. 53

¹⁰⁶ Markström, *Den svenska psykiatrireformen-bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, 2003, s. 122

¹⁰⁷ A a s. 126

¹⁰⁸ Costa, *Psykiatrisk slutenvård-en kvarleva från mentalsjukhusens tid*, *Läkartidningen* 2006 nr 24 s. 1980-1

¹⁰⁹ A a

¹¹⁰ Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna

¹¹¹ Printz, *Psykiskt funktionshindrades ställning i samhället*, 2001, s. 155

¹¹² Prop 1999/2000:44 s. 39f

FN har också regler till skydd för personer med psykisk sjukdom. Exempelvis hittar man i konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter från 1966¹¹³ artiklar som motsvaras av de som finns i Europakonventionen angående personer med psykisk sjukdom¹¹⁴.

3.3 Regeringsformen (1974:152)

I regeringsformen (RF) finner man bestämmelser om de grundläggande fri- och rättigheterna. Den enskilda medborgaren har i Sverige en grundlagsskyddad rätt att inte påtvingas kroppsliga ingrepp av det allmänna och inte heller att av det allmänna berövas friheten. Rättigheterna omfattar även skydd mot undersökning av brev eller hemlig avlyssning. Dessa rättigheter kan visserligen begränsas, men då skall det ske genom lag, förutsatt att det sker för att tillgodose ett ändamål som är godtagbart i ett demokratiskt samhälle och att begränsningen inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som föranlett begränsningen¹¹⁵. Exempel på en sådan lag där det finns begränsningar av de grundlagsskyddade fri- och rättigheterna är lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)¹¹⁶.

3.4 Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

En av de grundläggande lagarna inom psykiatrisk vård är hälso- och sjukvårdslagen (HSL), vilken omfattar all psykiatrisk vård och bestämmer dess innehåll och utförande. HSL gäller alltså även för patienter som behandlas under tvångsvårdslagstiftning, som LPT¹¹⁷. Den tillkom 1982 och ersatte då sin föregångare sjukvårdslagen från 1962¹¹⁸. HSL är till största delen utformad som en ramlag, innehållande grundläggande regler för all hälso- och sjukvård, både sådan vård som bedrivs av landstinget och den som bedrivs i privat regi. Lagen innehåller mål för hälso- och sjukvården, som god hälsa och vård på lika villkor för alla. Den innehåller även krav på hälso- och sjukvården att uppfylla kraven på god vård, som bland annat är att vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, samt att vården och behandlingen så långt det är möjligt skall ske och utformas i samråd med patienten. Vården skall alltså ges med informerat samtycke från patienten som huvudregel. Vidare innehåller HSL regler om landstingens och kommunernas ansvar för att erbjuda god vård¹¹⁹. HSL:s bestämmelser gäller alltså också under tvångsvård enligt LPT, men genom sistnämnda lag kan bestämmelserna i HSL inskränkas om detta är nödvändigt i vissa tvångsvårdssituationer¹²⁰.

3.5 Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)

För vissa psykiskt sjuka gäller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), en lag som trädde i kraft 1/1 1994. Vilka personer denna gäller anges närmare i lagens inledande paragraf. Där anges att personens psykiska funktionshinder skall vara stora och varak-

¹¹³ Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter, antagen 16 december 1966

¹¹⁴ Printz, *Psykiskt funktionshindrades ställning i samhället*, 2001, s. 158

¹¹⁵ Regeringsformen (1974:152) 2 kap 6, 8, 12 §§

¹¹⁶ Nationell psykiatrisamordning, *Inskränkningar i patients rätt att använda elektronisk kommunikation samt rätt att granska och kvarhålla brev eller andra försändelser från patient*, 2005-02-11, s. 2

¹¹⁷ <http://www.sos.se/sos/publ/referat/fu9708.htm> ; 1997-11-25

¹¹⁸ Prop 1990/91:58 s. 64

¹¹⁹ http://www.socialstyrelsen.se/Patientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Regelverk/lag_halsoochsjukvard.htm ; 2005-09-13

¹²⁰ Prop 1990/91:58 s. 134

tiga och till följd av detta skall denne ha betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ha ett omfattande stödbehov. Den som omfattas av lagen kan ha rätt till exempelvis rådgivning eller annat personligt stöd, personlig assistans, ledsagarservice eller en bostad med särskild service för vuxna. Insatser enligt LSS söks av den enskilde själv och beslutet är överklagbart. LSS är en rättighetslag, vilket betyder att den inte hindrar en enskild från att uppbära rättigheter som kan tillkomma denne enligt någon annan lag. LSS kompletterar alltså andra lagar¹²¹. Insatserna under LSS syftar till bättre levnadsvillkor och ett mer självständigt liv med sitt funktionshinder för den enskilde¹²².

3.6 Socialtjänstlag (2001:453)

Socialtjänstlagen (SOL) trädde för första gången i kraft den 1/1 1982 och har sedan dess ändrats flera gånger. Fram till 1/1 2002 då en stor förändring av lagens uppbyggnad skedde hette den SFS 1980:620 men därefter kom den att heta SFS 2001:453¹²³. De grundläggande målen och dess värderingar, som gäller för hela socialtjänsten, har dock inte ändrats sedan lagens tillkomst utan de gäller även för socialtjänstens arbete idag. SOL är en ramlag som reglerar kommunernas ansvar inom socialtjänsten för olika typer av grupper av människor, exempelvis missbrukare, äldre, barn och personer med fysiska och psykiska funktionshinder¹²⁴. SOL fastslår att huvudsyftet och målet med socialtjänstens arbete är att bland annat främja jämlikhet i levnadsvillkor och människors aktiva deltagande i samhällslivet¹²⁵. SOL innehåller mål och riktlinjer för socialtjänstens verksamhet i sin helhet men det finns bestämmelser särskilt avpassade för människor med psykisk sjukdom. De bestämmelserna syftar till att människor med psykisk sjukdom skall ha rätt att kunna leva som andra och delta i samhällets gemenskap, vilket till exempel innefattar en meningsfull sysselsättning för den enskilde och ett boende särskilt avpassat efter enskilds behov. Socialnämnden har en skyldighet att hålla sig väl underrättad om levnadsförhållandena för människor med psykisk sjukdom i sin kommun samt planera för insatser för dessa människor¹²⁶.

3.7 Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

Denna lag tillkom med Ädelreformen, införd som en del av denna. Genom lagen skulle kommunerna bli betalningsansvariga för en viss kategori av patienter. Då omfattade lagen inte psykiskt sjuka speciellt, utan riktade sig enbart till patienter inom somatisk långtidssjukvård och akutsjukvård. Men i samband med Psykiatrireformen utökades kommunernas betalningsansvar till att också omfatta patienter inom slutna psykiatrisk vård¹²⁷. Efter detta har lagen ändrats ett flertal gånger. Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (BetalningsansvarsL) innehåller regler avseende de psykiskt sjuka som varit inskrivna för slutna psykiatrisk vård hos landstinget och som efter utskrivning behöver annan hjälp, antingen från kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård. Lagen innebär att kommunerna har betal-

¹²¹ <http://www.sos.se/FULLTEXT/114/2004-114-5/2004-114-5.htm> ; 2004-04-02

¹²² <http://www.regeringen.se/sb/d/3206> ; 2007-03-28

¹²³ www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2002/2258/2002-114-3+Sammanfattning.htm ; 2006-09-06

¹²⁴ Prop 2000/01:80 s. 82f och Socialtjänstlagen (2001:453) 2 kap 1 och 2 §§

¹²⁵ A a s. 81 och 1 kap 1 §

¹²⁶ A a s. 81 och 5 kap 7 och 8 §§

¹²⁷ Prop 2002/03:20 s. 32

Field Code Changed

Field Code Changed

ningsansvaret för dessa personer då dessa är utskrivningsklara¹²⁸ från den slutna vården och då en vårdplan upprättats för dem. Det är den psykiskt sjukes behandlande läkare som skall underrätta kommunen eller andra berörda enheter om att fortsatt behov av hjälp kan finnas efter utskrivning. Om fortsatt behov av nämnda insatser finns skall läkaren också se till att en vårdplan upprättas för den psykiskt sjuke. Då vårdplanen upprättas skall de enheter närvara som kan komma att bli berörda av de fortsatta hjälpbehoven för den psykiskt sjuke. Den sistnämnde eller någon närstående till denne bör också närvara. I vårdplanen skall framgå vilka de insatser är som behövs efter utskrivningen. Betalningsansvaret för kommunen inträder dagen efter att den psykiskt sjuke är utskrivningsklar och en vårdplan upprättats, förutsatt att landsting och kommun inte överenskommit om en annan tidpunkt. Om en kommun vägrar medverka vid vårdplanering blir den ändå betalningsansvarig då den psykiskt sjuke blivit utskrivningsklar¹²⁹.

3.8 Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

I lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) regleras förutsättningarna för att kunna ge en person psykiatrisk tvångsvård och övriga regler som skall gälla då en person vårdas med tvång. Exempelvis reglerar LPT hur länge tvångsvård får pågå och dess upphörande, vilka tvångsåtgärder som får vidtas mot en person i vården, regler om övergång från frivillig vård till tvångsvård, permission m.m.¹³⁰. LPT förklaras mer ingående i det arbete som följer.

4. LPT

4.1 LSPV lämnar plats för LPT

4.1.1 Missnöjet med LSPV

Det dröjde inte länge efter LSPV: s tillkomst som man började inse att lagen inte motsvarade de förväntningar om frigörelse från den gamla lagstiftningen med dess traditionella vårdformer som man haft på LSPV. Curt Åmark, en av sinnessjuklagstiftningskommitténs sakkunniga, påpekade redan 1969 de problem som funnits hos utredarna av LSPV att ge upp de gamla grundtankar som funnits i tidigare lagstiftning och anlägga en ny syn. Särskilt svårt hade man haft att frigöra sig från det traditionella sjukdomsbegreppet vilket innebar att sjukvårdslagens princip om frivillighet aldrig riktigt kom att slå igenom, vilket intentionen varit från början då LSPV tillkom¹³¹. De gamla vårdtraditioner med kontroll och tvång som präglade sinnessjuklagen kom följaktligen att leva kvar i LSPV¹³².

I samband med den växande kritiken av psykiatrin kom även krav på en förändring av tvångsvårdslagstiftningen¹³³. I juni 1980 startades arbetet då socialdepartementet tillsatte en parlamentarisk kommitté med uppgift att se över vissa frågor i LSPV, bland annat vård oberoende av samtycke. Kommittén fick namnet Socialberedningen. Med verkan från 1983

¹²⁸ [Utskrivningsklar anses en patient vara då denne, av den behandlande läkaren, bedöms inte längre behöva slutenvård, se 10 § 2 st Lag \(1990:1404\) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso-och sjukvård.](#)

¹²⁹ [Lag \(1990:1404\) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso-och sjukvård 10, 10a, 10b, 10c, 10d, 11, 11a §§](#)

¹³⁰ Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, se särskilt 2 a-3 §§, 7-9 §§, 11-13 §§, 18-25 a §§ och 27-28 §§

¹³¹ Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 34

¹³² Prop 1990/91:58 s. 66

¹³³ A st

infördes vissa ändringar i LSPV på förslag från Socialberedningen. Ändringarna syftade till att avhjälpa vissa brister och oklarheter i lagen samt att stärka rättsäkerheten för de intagna¹³⁴.

Socialberedningen kunde under arbetet konstatera att LSPV inte kunnat bryta med de grundtankar som funnits i föregående lagstiftning. Man ansåg att den tradition psykiatrin haft som en särorganisation med särskild lagstiftning alltjämt levde kvar trots att LSPV när den kom till istället syftade till att fungera som en tilläggs lagstiftning ifråga om tvångsvård till övrig sjukvårdslagstiftning. På motsvarande sätt hade principen om frivillighet i behandlingen haft svårt att slå igenom, vilket enligt Socialberedningen berodde på att man även i LSPV använt ett sjukdomsbegrepp som var färgat av det traditionella sjukdomsbegreppet med dess syn på psykiska sjukdomars uppkomst och behandling¹³⁵.

Men det fanns fler aspekter på brister i LSPV. En avsåg rättsäkerheten generellt, som Socialberedningen fann otillräcklig och borde skärpas, detta mot bakgrund av tillkomsten av den nuvarande RF från 1974. Socialberedningen ansåg att den regel som i LSPV reglerade tvångsansvändning var för allmänt hållen för att kunna anses vara förenlig med den nya grundlagen, vilken ställer krav på att de former av inskränkningar av en människas rätt till frihet som hon har genom RF, anges¹³⁶. Ett annat stort problem med tvångsansvändningen var de stora regionala skillnader som fanns i fråga om denna. I regioner där det sedan tidigare funnits ett mentalsjukhus var användningen av tvångsomhändertaganden större i antal än i regioner där ett sådant aldrig funnits. Huruvida man kunde bli tvångsomhändertagen kunde alltså variera med var man bodde i landet¹³⁷. Socialberedningen ansåg även att vissa bestämmelser i LSPV inte hade fungerat tillfredställande i tillämpningen¹³⁸. Exempelvis gällde detta försöksutskrivningsinstitutet. Kravet på särskilda skäl för försöksutskrivning syntes ha blivit uttunnat samt att det inte var ovanligt att försöksutskrivningarna i praktiken ideligen förlängts, så att de kom att fortgå under en betydande tid¹³⁹. Även konverteringsregeln ansåg man ha fungerat mindre bra då det visat sig att konvertering i en del fall sågs som ett regelbundet inslag i verksamheten och inte som ett undantag¹⁴⁰. LSPV tycktes således inte fungera som önskat vilket även den dåvarande regeringen uppmärksammade. Genom nya direktiv fick Socialberedningen i december 1982 i uppdrag att göra en fullständig revision av LSPV. I augusti 1984 var man klar med detta och då kom så betänkandet som skulle ligga till grund för ett nytt lagförslag om lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Propositionen med det nya lagförslaget fick namnet proposition 1990/91:58 om psykiatrisk tvångsvård, mm¹⁴¹.

4.1.2 Varför en ny lag? Syfte och krav

I propositionen redogörs bland annat för varför man ansåg att en ny lag behövdes som ersatte LSPV. Den huvudsakliga orsaken kan hänföras till de förändringar som inträffat av, och den utveckling som startat av den psykiatriska vården sedan LSPV:s tillkomst. Det gäller hela den psykiatriska vården, även den frivilliga, men har i detta sammanhang sin största betydelse för tvångsvården¹⁴². Som ovan beskrivits har en förändrad syn på psykiska sjukdomars upphov uppkommit sedan LSPV:s tid, vilket i sin tur påverkat behandlingsmetoderna av de psykiskt sjuka¹⁴³. För att den här utvecklingen skulle kunna slutföras och för att kunna avpassa lagstiftningen till de förändringar som skett inom den psykiatriska vården behövde ett utbyte ske av

¹³⁴ A a s. 60

¹³⁵ Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 36ff

¹³⁶ Prop 1990/91:58 s. 134

¹³⁷ Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 45

¹³⁸ Prop 1990/91:58 s. 155

¹³⁹ A st

¹⁴⁰ A a s. 121

¹⁴¹ A a s. 60

¹⁴² A a s. 351

¹⁴³ A a s. 66

den då drygt tjugo år gamla lagstiftningen mot en ny¹⁴⁴. Risken hade annars varit att det nytänkande och de framsteg som gjorts inom psykiatrin sedan LSPV: s tillkomst inte kommit tvångsvården till del fullt ut, menade man i propositionen¹⁴⁵. Man fann det även otillfredsställande att fortsätta ha en lagstiftning som gav uttryck för uppfattningar om tvångsanvändning som härstammade från 1960-talet, särskild mot bakgrund av den syn på tvångsvård som fanns då propositionen skrevs¹⁴⁶. Vidare hade det vid tiden för propositionen framkommit vid jämförelser, att Sverige hade en högre andel tvångsvårdade än i många andra länder i Västeuropa och för att kunna bryta denna trend och närma oss de andra länderna krävdes en ny tvångsvårdslag¹⁴⁷.

Det främsta syftet med en ny lagstiftning var minskad tvångsanvändning och minskad användning av tvångsåtgärder i den psykiatriska vården. Även tvångsvårdstiden ville man förkorta¹⁴⁸. Avsikten var att anpassa lagstiftningen till den trend mot minskad tvångsvårdsanvändning inom psykiatrin som skett främst under 80-talet¹⁴⁹ och att uppnå en bättre avvägning av tvångsvårdsanvändningen¹⁵⁰. Målsättningen var vård i frivilliga former¹⁵¹. Anpassningen skedde genom en förändring av innehållet och utformningen av tvångsvården, främst med sikte på förutsättningarna och varaktigheten av tvångsvården¹⁵². En annat viktigt syfte med en ny lagstiftning var att stärka rättssäkerheten i samband med psykiatrisk tvångsvård. LSPV: s ordning med utskrivningsnämnder och psykiatriska nämnden som beslutsordningar vid frihetsberövande i form av tvångsvård, ansåg man inte svara mot de krav på ökad rättssäkerhet som fanns vid tidpunkten för propositionen¹⁵³. För att kraven skulle kunna tillfredställas behövdes en ökad rättslig kontroll i form av domstolsprövning¹⁵⁴. Andra aspekter på behovet av en ny lagstiftning om psykiatrisk tvångsvård var att en anpassning av lagen fordrades för att uppfylla RF: s krav på frihetsberövanden som utformas i lag¹⁵⁵. Slutligen ansåg man att det borde finnas en egen lagstiftning för de psykiskt sjuka lagöverträdarna som reglerar vården av denna grupp¹⁵⁶ när brottspåföljden blivit psykiatrisk tvångsvård eller då de är häktade eller intagna på kriminalvårdsanstalt¹⁵⁷. Dessa personer skiljer sig avsevärt från personer som inte begått brott vilket var orsaken till att man ville behandla dessa åtskilt i lagstiftningen. En annan tungt vägande anledning till att de psykiskt sjuka lagöverträdarna ansågs böra ha en egen reglering, skild från annan psykiatrisk tvångsvård, var för att skyddet för omgivningen krävde särskilt beaktande då psykiskt sjuka personer begått vissa typer av brott, främst brott mot liv eller hälsa. För att inte riskera eftersätta samhällsskyddet i de fallen bedömde man det som nödvändigt med en särskild reglering och en sådan reglering hör inte hemma i den allmänna psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen, vilket beror på att omgivningsskyddet med den nya lagstiftningen inte skall ges den tyngd det hade i LSPV¹⁵⁸. Se vidare nedan om detta.

Det huvudsakliga kravet på en ny lagstiftning om psykiatrisk tvångsvård skall vara att den kan stimulera och medge en fortsatt utveckling inom den psykiatriska tvångsvården, sa

¹⁴⁴ A a s. 63

¹⁴⁵ A a s. 67

¹⁴⁶ A a s. 71

¹⁴⁷ <http://www.sos.se/fulltext/103/2001-103-17/sammanfattning.htm> ; 2001-12-20

¹⁴⁸ Prop 1994/95:194 s. 34

¹⁴⁹ Grönwall & Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, 2006, s. 58

¹⁵⁰ Prop 1990/91:58 s. 228

¹⁵¹ A a s. 233

¹⁵² A a s. 73

¹⁵³ A a s. 74

¹⁵⁴ Prop 1994/95:194 s. 34

¹⁵⁵ Prop 1990/91:58 s. 76

¹⁵⁶ A a s. 350

¹⁵⁷ A a s. 5

¹⁵⁸ A a s. 78

man i propositionen¹⁵⁹. Detta innebär således att syftet med den nya lagen måste vara att minska, men även att den inriktas på, att undvika tvångsomhändertaganden¹⁶⁰. I propositionen framhåller man dock att avsikten inte är att gå så långt att man avsäger sig alla möjligheter till tvångsomhändertagande, utan det måste finnas en möjlighet till psykiatrisk tvångsvård för att kunna hjälpa människor som uppenbart brister i förmåga att se till sitt eget bästa, något annat skulle strida mot grundläggande humanitet och medmänsklighet¹⁶¹. I propositionen påpekar man dock att lagstiftningen knappast ensam kan styra tvångsvårdens omfattning, utan den beror även på andra faktorer såsom vårdens organisation, synen på psykisk sjukdom och vårdideologi. Däremot påverkar dessa faktorer och lagstiftning i samverkan med varandra tvångsvårdens omfattning¹⁶². Störst betydelse för tvångsvårdens omfattning har vård- och behandlingsmöjligheternas utveckling och förbättring,¹⁶³ liksom att en fortsatt utbyggnad av öppenvården sker samt att stödet i form av sociala insatser ökar¹⁶⁴. I propositionen trodde man alltså inte att de nya reglerna ensamma skulle kunna få till stånd en kraftig nedgång av tvångsanvändningen. Däremot förväntade man sig att de regionala skillnaderna på tvångsanvändningen över hela landet skulle minska och jämna ut sig¹⁶⁵.

4.2 LPT: s regelverk- ett urval

4.2.1 Kraven för tvångsvård

I den inledande paragrafen i LPT förklaras det att HSL är tillämplig på all psykiatrisk vård, både frivillig och tvångsmässig, och att LPT skall anses vara en kompletterande undantagslagstiftning till HSL som beskriver då HSL: s regler angående vård får inskränkas¹⁶⁶. Det senare innebär inte att en tvångsvårdsregel sätter HSL: s grundprinciper ur spel, bara att den kanske begränsar dem¹⁶⁷. I motsats till regleringen i LSPV så nämns det alltså uttryckligen i lagtext denna gång, att HSL är tillämplig på all psykiatrisk vård¹⁶⁸. Syftet med att på detta sätt trycka på att HSL är tillämplig också under psykiatrisk vård, är för att öka genomslaget för HSL: s grundprinciper om bland annat kravet på god hälso- och sjukvård, respekten för patientens självbestämmande och integritet samt samrådskravet¹⁶⁹.

Nästa område som tas upp i regleringen är vad tvångsvården har för syfte. Det anges att syftet med den psykiatriska tvångsvården skall vara att den som är i oundgängligt behov av sådan vård blir i stånd att frivilligt medverka till erforderlig vård och ta emot det stöd han behöver. Tanken bakom detta syfte med vården är att undvika att vården blir ett slags förvar av den intagne. Vården skall istället syfta till att få den intagne att frivilligt medverka till sin behandling, eftersom man, som modern psykiatri visat, inte kan förvänta sig något bra behandlingsresultat i form av psykiskt tillfrisknande annars¹⁷⁰. Tvångsvård måste ibland även anses nödvändig för att få till stånd vård på frivillig grund¹⁷¹.

Om nu frivillig vård inte kan komma till stånd återstår bara tvångsvård och förut-sättningarna för att sådan skall kunna ges är för det första att en person lider av en allvarlig

¹⁵⁹ A a s. 63

¹⁶⁰ A a s. 113

¹⁶¹ A a s. 65

¹⁶² A a s. 349

¹⁶³ A a s. 228

¹⁶⁴ A a s. 72

¹⁶⁵ A a s. 228

¹⁶⁶ A a s. 236

¹⁶⁷ A a s. 75

¹⁶⁸ A a s. 236

¹⁶⁹ A a s. 75

¹⁷⁰ A a s. 237

¹⁷¹ A a s. 71

psykisk störning, och, för det andra, att han 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 han är intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård. För det tredje krävs att han motsätter sig vård eller till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan. Vid bedömningen av om vårdbehov föreligger skall man även beakta om patienten till följd av den psykiska störningen är farlig för annans personliga säkerhet eller psykiska och fysiska hälsa. Alla dessa förutsättningar skall vara uppfyllda samtidigt både vid intagningen och så länge tvångsvården pågår¹⁷².

Att man valt begreppet allvarlig psykisk störning i LPT istället för psykisk sjukdom som det hette i LSPV, beror på att man velat markera att LPT bygger på en annan syn på psykiska störningar än vad LSPV gjorde¹⁷³. Begreppet psykisk sjukdom i LSPV sprang ur det medicinskt/biologiska synsätt ifråga om psykiska sjukdomars uppkomst som regerade då. Idag har vi ett annat synsätt där begreppet psykisk sjukdom inte längre passar in, eftersom det skulle innebära att bara den medicinska sidan av den psykiatriska vården framhävdes och det skulle vara missvisande¹⁷⁴. Allvarlig psykisk störning får ses som en allmän term, precis som enligt LSPV, eftersom det är omöjligt att räkna upp alla psykiska tillstånd som kan motivera tvångsvård i lag. Exempel på sådant tillstånd som kan vara en allvarlig psykisk störning kan vara psykostillstånd, allvarliga personlighetsstörningar eller allvarliga depressioner. För att bedöma om en psykisk störning är allvarlig skall man, precis som enligt LSPV, ta hänsyn till störningens art och grad¹⁷⁵. Så länge en psykisk störning riskerar återkomma om behandlingen avbryts är den att anse som allvarlig¹⁷⁶. Gränsen för vad som skall anses vara en allvarlig psykisk störning bör inte dras alltför snävt¹⁷⁷. Då man gör bedömningen om vårdbehovet är oundgängligt skall man också se på om personen kan få tillräcklig hjälp i sin egen miljö. Om så är fallet skall inte tvångsintagning göras, utan vårdbehovet skall inte kunna tillgodoses på något annat sätt än att patienten tas in på sjukvårdsinrättning för tvångsvård¹⁷⁸. Det som framförallt blir avgörande vid prövningen av vårdbehovet är om det föreligger någon risk för patientens liv eller hälsa om inte vård med tvång kan komma till stånd¹⁷⁹. Det är vårdbehovet som sådant som skall var avgörande för om en person uppfyller kravet för tvångsvård och inte hur den psykiska störningen tar sig uttryck, vilket då innebär att LSPV: s specialindikationer inte får någon motsvarighet i LPT¹⁸⁰. Om den psykiskt sjuke kan anses farlig eller inte får läggas in som ett led i bedömningen av om denne behöver vård eller inte. Omgivningsskyddet skall alltså fortfarande beaktas men har inte fått samma egna betydelse som det hade i LSPV. Detta betyder dock inte att man i propositionen ser omgivningens behov av skydd som ringa eller att det vara av sekundär betydelse. Att den eventuella farligheten ändå skall medräknas motiveras av att det får ligga i patientens eget intresse att inte skada andra¹⁸¹. Den tredje förutsättningen för tvångsvård innebär att det inte längre är möjligt att tvångsvårda någon som samtycker till det, som var möjligt enligt LSPV och detta gäller även då patienten ger sitt samtycke men man, på grund av tidigare erfarenheter av patienten, kan förutsäga att tvångsvård kan behöva tillgripas på ett senare stadie¹⁸². Detta har markerats genom att orden oberoende av eget

¹⁷² A a s. 238

¹⁷³ A st

¹⁷⁴ A a s. 85

¹⁷⁵ A a s. 85ff

¹⁷⁶ Prop 1999/2000:44 s. 61

¹⁷⁷ Prop 1990/91:58 s. 85

¹⁷⁸ A a s. 239

¹⁷⁹ Prop 1999/2000:44 s. 61

¹⁸⁰ Prop 1990/91:58 s. 87f

¹⁸¹ A a s. 98

¹⁸² Prop 1999/2000:44 s. 65

samtycke i LSPV bytts ut mot formuleringen i denna tredje förutsättning¹⁸³. Huvudregeln är att patienten motsätter sig vården, men det finns en undantagsbestämmelse för de fall att patienten inte direkt motsätter sig vården och det om patienten i annat fall (än att motsätta sig vården) uppenbart skulle sakna förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan. Skälen till att man valt att införa en sådan undantagsbestämmelse är för att det ibland kan inträffa att en patient på grund av sin allvarliga psykiska störning är helt oförmögen att uttrycka någon egen vilja om vården¹⁸⁴.

4.2.2 Tvångsvården

Då det gäller själva intagningsproceduren har man även i LPT valt vägen med vårdintyg och tvåläkarprövning vid intagning, dock utan det formella kravet på oberoende mellan läkarna som gällde enligt LSPV¹⁸⁵. Frågan om intagning skall göras skyndsamt, senast 24 timmar efter att patienten kommit till vårdinrättningen¹⁸⁶. Vårdintyget som intagningen skall grundas på får inte heller vara äldre än 4 dagar, en skärpning från tidigare¹⁸⁷. Tills beslut om intagning tagits får patienten kvarhållas i 24 timmar genom att hindras lämna vårdinrättningen¹⁸⁸. Denna kvarhållningsrätt innebär att man om patienten kan låsa vårdinrättningens ytterdörrar så att han inte kan komma ut men den omfattar inga andra tvångsåtgärder exempelvis medicinering¹⁸⁹.

Hårdare krav på tidsbegränsning av vården har också tillkommit i LPT. Tvångsvård på grund av vårdintyg och intagningsbeslut får högst pågå 4 veckor. Därefter måste fortsatt tvångsvård underställas länsrätten för bedömning som får förlänga vården med viss tid i taget¹⁹⁰.

En nyhet är införandet av behandlingsplan i LPT. Så snabbt som möjligt efter det att en patient tagits in för tvångsvård skall en behandlingsplan upprättas för patienten och om det är möjligt skall den upprättas i samråd med denne. Om samråd är möjligt skall det utredas om patienten har behov av insatser från socialtjänsten. Syftet med behandlingsplanen är att se till att vården bedrivs med siktet inställt på att patienten så snart som möjligt skall skrivas ut från tvångsvården och då kunna ta hand om sig själv med eventuell hjälp från socialtjänsten och/eller den psykiatriska öppenvården. Det bör därför framgå av planen vilka behov av behandling en patient har samt även de sociala behov som kan finnas av exempelvis arbete och bostad. För att möjliggöra eventuella insatser från socialtjänsten efter utskrivning bör en planering av i god tid ske av det stöd och den behandling en patient kan behöva¹⁹¹.

Även i LPT finner man en konverteringsregel. För att konvertering skall vara möjlig ifråga om en patient som frivilligt vårdas krävs att samma förutsättningar är uppfyllda som vid ”vanlig” intagning för tvångsvård. Utöver dessa tre förutsättningar krävs det också att patienten kan befaras skada antingen sig eller andra allvarligt på grund av sin psykiska störning. En annan skillnad gentemot vanlig intagning för tvångsvård är att vid konvertering krävs inte att något vårdintyg utfärdas, utan då konvertering beslutats skall detta beslut inom 4 dagar underställas länsrätten att besluta om fortsatt tvångsvård. Tidsbegränsning gäller även i detta fall som vid andra tvångsvårdsintagningar. I propositionen har man framfört en rad argument för huruvida en konverteringsmöjlighet skall fortsätta finnas även i LPT. Vissa re-

¹⁸³ Prop 1990/91:58 s. 241f

¹⁸⁴ A st

¹⁸⁵ A a s. 244

¹⁸⁶ A a s. 109

¹⁸⁷ A a s. 247

¹⁸⁸ A a s. 110

¹⁸⁹ Prop 1999/2000:44 s. 58

¹⁹⁰ Prop 1990/91:58 s. 249f

¹⁹¹ A a s. 255f

missinstanser har varit kritiska till denna möjlighet och menar att den kan fungera som ett hinder för personer att söka frivillig vård om de vet att vården kan omvandlas till tvångsvård. Andra kritiska argument som framkommit är att konverteringsmöjligheten kan framstå som ett påtryckningsmedel för att exempelvis gå med på viss behandling för frivilligt vårdade patienter. Att man ändå valt att ha kvar denna möjlighet har framförallt att göra med att man vill undvika en krånglig handläggning i de fall den frivilligt intagne vill lämna vårdinrättningen. Utan en konverteringsmöjlighet skulle man som tidigare, då konvertering inte fanns, vara tvungen skriva ut den frivilligt intagne för att strax efter ta in honom för tvångsvård. Med hänsyn till de kritiska argument som framhållits av somliga remissinstanser har man i propositionen valt att begränsa konverteringsmöjligheten till vissa speciella fall och det är i de fall fara för ligger för patientens liv eller hälsa. I dessa fall kan inte en möjlighet till konvertering undvaras anser man i propositionen och om konverteringsmöjligheten inskränks enbart till dessa fall minskar även risken för att frivilligt vårdade patienter skall känna konverteringsmöjligheten som ett påtryckningsmedel. Detta betyder att möjligheten till konvertering bara skall användas i undantagsfall, och inte som någon regelbunden ordning¹⁹².

Som tidigare nämnts innehöll LSPV inte mer än en allmän reglering av de olika tvångsåtgärder som fick vidtas, vilket inte ansågs uppfylla de krav RF ställer på regler om tvångsåtgärder och frihetsberövande i lag. För att kunna tillgodose RF:s krav har regleringen i LPT ifråga om dessa åtgärder givits en mer utförlig beskrivning om när och hur de får vidtas¹⁹³. Tvångsåtgärder finns i LPT i form av inlåsning, avskiljning, fastspänning med bälte, besöksinskränkningar och tvångsmedicinering. Med inlåsning avses att en patient får hindras att lämna vårdinrättningen eller den del av inrättningen där han skall befinna sig. Med avskiljning innebär att en patient hålls avskild från andra patienter exempelvis genom inlåsning på ett rum. Fastspänning innebär oftast att patienten spänns fast i en säng eller dylikt¹⁹⁴. Vad avser den medicinska behandlingen under tvångsvård är avsikten att den skall ske på samma grunder som vid frivillig vård vilket medför att HSL:s regler om respekt för patientens självbestämmande skall respekteras även här. Samråd ifråga om behandlingen skall ske även enligt LPT men till skillnad från vad som gäller för frivilligt vårdade är samrådskravet inte ovillkorligt utan innebär att samråd skall ske då detta kan ske. Det är först om patienten motsätter sig en vård han anses behöva som tvångsmedicinering kan komma ifråga¹⁹⁵. Till övriga tvångsbefogenheter hör möjligheten att förbjuda en patient att inneha skadlig egendom till vilket räknas bland annat berusningsmedel och narkotika och han får även kroppsvisiteras och ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av om han bär på sig sådan egendom¹⁹⁶. Möjlighet finns även att granska försändelser till en patient för att kontrollera så försändelsen inte innehåller skadlig egendom, exempelvis narkotika. Skälet till att man valt att ha kvar möjligheten att granska försändelser till en patient är för att hindra att eventuell skadlig egendom når patient eller andra, samt för att upprätthålla ordning och säkerhet på vårdinrättningen. Till skillnad från vad som gällde enligt LSPV har man i LPT valt att slopa möjligheten att granska försändelser från en patient. Man har motiverat sitt ställningstagande med att, förutom att tvångsvård skall ske under så öppna former som möjligt, patientens integritet är viktigare än brev-censur. Skulle en patient begå en brottslig handling genom att skicka en försändelse får detta bedömas enligt vanliga ansvarsregler för brott anser man i propositionen¹⁹⁷. Telefonförbud är inte heller tillåtet längre, liksom telefonavlyssning¹⁹⁸.

¹⁹² A a s. 123ff

¹⁹³ A a s. 141

¹⁹⁴ A a s. 140ff

¹⁹⁵ Prop 1999/2000:44 s. 81

¹⁹⁶ Prop 1990/91:58 s. 144

¹⁹⁷ A a s. 147f

¹⁹⁸ A st

Ett annat institut som däremot hänger kvar från LSPV, är permissionen, om än något modifierad i LPT. Borta är emellertid möjligheten till försöksutskrivning enligt LSPV: s modell. Man ansåg inte att försöksutskrivning längre var förenligt med de stränga rekvisit för tvångsvård som finns i LPT. Permission kan enligt LPT ges, antingen för kortare eller återkommande kortare, vistelser på egen hand utanför vårdinrättningen eller för återstoden av vårdtiden om det är angeläget för att förbereda tvångsvårdens upphörande¹⁹⁹. Även under permission måste förutsättningarna för tvångsvård föreligga, dock skall inte rekvisitet att vården skall avse heldygnsvård fungera som något hinder mot att permission ges²⁰⁰. Permissionen får även i LPT förenas med särskilda villkor, exempelvis skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan behandling, skyldighet att besöka vårdcentral, socialtjänst etc. Villkoren finns i en förordning till LPT²⁰¹. Syftet med regeln om möjligheten att få permission till vårdtidens slut grundar sig på att det anses kunna vara en smidig övergång från tvångsvård till frivillig vård, ett sätt att pröva hur en patient klarar att vistas utanför vårdinrättningen på egen hand²⁰². Syftet med tvångsvården skall ju enligt LPT vara att tvångsvården övergår i frivillig vård. Emellertid är inte avsikten att permission till vårdtidens slut skall tillämpas rutinmässigt, utan meningen är att den permissionsformen enbart bör tillämpas då tvångsvårdtiden blivit förlängd en eller flera gånger²⁰³. Utrymmet för att tillämpa permission till vårdtidens slut är sålunda avsevärt mer begränsat än vad möjligheten var till försöksutskrivning enligt LSPV. Någon maxtid för hur länge en permission får pågå eller regler om hur många gånger en förlängning av permissionen kan ske finns inte. Det har inte heller ansetts nödvändigt eftersom de allmänna reglerna om att tvångsvården skall upphöra när skäl för den inte längre finns, är en yttersta gräns för hur länge en permission får pågå. Skäl för att låta tvångsvården upphöra vid permission är exempelvis då en patient, med eller utan hjälp av socialtjänst eller öppenvård, kan klara att leva utanför vårdinrättningen. Ett tillstånd till permission kan återkallas om det krävs och det innebär att patienten i så fall återtas till vårdinrättningen²⁰⁴.

Den kanske allra största nyheten i LPT var, att den rättsliga prövningen numera skall skötas av de allmänna förvaltningsdomstolarna med länsrätterna som första instans, vilket innebar att organisationen med utskrivningsnämnderna och psykiatriska nämnden försvann²⁰⁵. Den rättsliga prövningen har även utökats, bland annat på så vis att fler beslut blivit överklagbara. Det finns flera orsaker till varför man valt domstolar som beslutande rättsligt organ istället för utskrivningsnämnder. En är att domstolarna är mer friare än utskrivningsnämnderna från sjukhusen i sig samt att ledamöterna i utskrivningsnämnderna hade arbetet som en bisyssla. Genom reglerna om förhandling i domstol har en part i första instans en undantagslös rätt till förhandling då domstolen prövar en fråga om frihetsberövande åtgärd, dessutom har han en ovillkorlig rätt att närvara vid förhandlingen. Vid prövning inför nämnderna fanns inte dessa rättigheter. Att ändra reglerna för nämnderna har avfärdats som en möjlighet i propositionen med hänvisning till att man då skulle skapa specialdomstolar vilket går emot utvecklingen mot att avskaffa sådana. Ett mycket viktigt argument var i propositionen att risken kunde finnas att nämnderna inte uppfyllde kravet på att anses som domstolar enligt Europakonventionen om man skulle behålla ordningen med nämnder, eftersom Europakonventionen i art 5 kräver att den som berövas sin frihet skall kunna få sin sak prövad inför domstol. Att valet föll på just förvaltningsdomstolar har bland annat att göra med deras större vana att hantera liknande frågor om tvång, exempelvis tvångsfrågor enligt LVM och LVU²⁰⁶. Domsto-

¹⁹⁹ A a s. 152ff

²⁰⁰ A a s. 266

²⁰¹ Förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård 6 §

²⁰² Prop 1990/91:58 s. 154

²⁰³ A a s. 265

²⁰⁴ A a s. 152ff

²⁰⁵ A a s. 169

²⁰⁶ A a s. 177ff

larna har följaktligen övertagit utskrivningsnämndernas och psykiatriska nämndens roller och i LPT är det därför till domstol som ett överklagande om exempelvis intagning för tvångsvård, konvertering till tvångsvård eller avslag på begäran om permission nu skall ställas²⁰⁷. För övrigt skall nämnas att det i LPT är chefsöverläkaren som fattar de flesta besluten angående en viss patients tvångsvård, om det då inte handlar om ett beslut som skall fattas av förvaltningsdomstol. I LPT har överläkaren fått byta namn till chefsöverläkaren²⁰⁸.

Liksom enligt LSPV skall tvångsvården med en gång upphöra då förutsättningarna för den inte längre är uppfyllda och frågan om förutsättningarna är uppfyllda skall övervägas fortlöpande under hela tvångsvårdstiden. Det är viktigt att betona att alla tre förutsättningarna för att tvångsvård skall få ges skall vara uppfyllda, annars skall vården upphöra. Inget hindrar förstås att vården fortsätter i frivillig form. Och att alla tre förutsättningarna måste vara uppfyllda för att tvångsvården skall få fortsätta hindrar inte att permission ges, för det är inte så att det krävs att en patient måste befinna sig på sjukvårdsinrättningen helt utan avbrott för att förutsättningarna för tvångsvård skall anses uppfyllda²⁰⁹.

5. Psykiatrireformen

5.1 År 1995: Dags för Psykiatrireformen

5.1.1 Reformandan når sin topp

I början av 1990-talet tillkom och initierades tre omfattande huvudmannaskapsreformer. Först ut var Ädelreformen som kom 1992. Denna innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för vård, stöd, service och omsorg om äldre och handikappade. Ansvaret inbegrep inrättandet av särskilda boendeformer för personer som vistades på sjukhem, servicehus osv.²¹⁰. Den andra reformen att träda i kraft var Handikappreformen från 1994. Reformen syftade bland annat till att utjämna de skillnader som fanns i levnadsvillkoren mellan funktionshindrade och övriga befolkningen. Reformen genomfördes med hjälp av ändringar i SOL och HSL. Ett mål med ändringarna var en ökad samordning och utvecklad samverkan avseende insatserna till de funktionshindrade samt ett utökat ansvar för kommuner och landsting för hur insatserna skulle utformas rent konkret. En ny rättighetslagstiftning tillkom därtill, i form av LSS²¹¹. I samband med den utredning som föregick Handikappreformen grundlades ett nytt synsätt på psykiskt sjuka. De som tidigare definierats som psykiskt störda eller sjuka kom därmed att kallas psykiskt handikappade eller psykiskt funktionshindrade. Psykisk sjukdom kom på det viset att "handikappas", dvs. de psykiskt störda/sjuka ansågs ej längre som sjuka utan som handikappade. Detta synsätt färgade sedan av sig på Psykiatriutredningen som i sitt slutbetänkande Valfärd och valfrihet- service, stöd och vård för psykiskt störda påpekade att det nu var nödvändigt att se psykisk störning/sjukdom ur ett handikapperspektiv²¹².

1995 tillkom så Psykiatrireformen med fokus inriktat enbart på personer med psykiska sjukdomar. Det hela startade 1989 med en utredning som först antog namnet Mentalservicekommittén men som kort därefter bytte till Psykiatriutredningen och blev en parlamenta-

²⁰⁷ A a s. 272f

²⁰⁸ A a s. 111

²⁰⁹ A a s. 158

²¹⁰ Beck-Friis, *Ädelreformen-VAD HÄNDE SEN?*, Socialpolitik, nr 1 2000

²¹¹ <http://www.sos.se/sos/publ/referat/fu9704.htm> ; 970404

²¹² Socialstyrelsen 2003, *Sju år efter reformen-Andra uppföljningen av medicinskt färdigbehandlade inom slutna psykiatrisk vård*, Uppföljning och utvärdering, s. 10

risk kommitté²¹³. Syftet var att komma till rätta med de problem som fanns i psykiatrin²¹⁴. Ett av dessa problem var de psykiskt sjukas levnadsvillkor som vid en undersökning utförd av Statistiska Centralbyrån 1988/89, visade sig ligga långt under normalbefolkningens. För att försöka komma tillrätta med dessa och andra problem inom psykiatrin insåg man att det var dags med statliga initiativ²¹⁵.

Enligt direktiven till Psykiatriutredningen skulle denna inrikta sig på att föreslå och överväga åtgärder vad gällde ansvarsfördelningen mellan berörda aktörer samt organisationen av vård och stöd till de psykiskt sjuka. Åtgärderna skulle syfta till en förbättring av de psykiskt sjukas livssituation och deras möjligheter till delaktighet och gemenskap i samhällslivet i övrigt²¹⁶. Psykiatriutredningen fann under arbetets gång en rad olika brister rörande psykiatrin och stödet till de psykiskt sjuka,²¹⁷ brister som i sin tur orsakat de allvarligt och långvarigt psykiskt sjuka en svag ställning i samhället med betydligt sämre livsvillkor än övriga i befolkningen²¹⁸. En av de största bristerna man påträffade hänförde sig till den oklara ansvarsfördelningen gällande service och stöd till psykiskt sjuka, brister som bidrog till andra problem, bland annat samordningsproblem mellan de olika huvudmännen kommun och landsting. Oklarheten avsåg framförallt vilket organ som skulle tillhandahålla sociala insatser till de psykiskt sjuka, detta trots att uttalade regler om sociala insatser till denna grupp fanns i SOL²¹⁹. De brister som var mest uttalade gällde särskilda boendeformer. Många psykiskt sjuka, särskilt de med lång tid på institution bakom sig, klarar inte ett eget boende vilket bidrar till att de inte kan skrivas ut eller med snar verkan skrivs in igen efter utskrivning från institution. Bristerna avseende samordningen mellan framförallt socialtjänst och psykiatri bidrar ytterligare till denna problematik. En psykiskt sjuk har redan på grund av sin sjukdom svårt att hävda sina rättigheter och är bland annat därför i stort behov av fungerande samverkansformer. Enligt Psykiatriutredningen berodde den dåliga samverkan ofta på bristande kunskaper mellan de olika aktörerna om varandras roller och kompetens, något som förvärrades av den oklara ansvarsfördelningen dem emellan²²⁰. De förslag Psykiatriutredningen småningom kom att lägga fram rörde framförallt de långvarigt psykiskt sjuka. Förslagen var dessutom präglade av ett rättighetsperspektiv som kunde kopplas till de insatser de psykiskt sjuka kunde ha enligt LSS. Ansvarsfrågan mellan de olika huvudmännen var vidare central för utredningen, särskilt ifråga om förtydligade gränser mellan dessa²²¹. Psykiatriutredningens förslag till en psykiatrireform kom genom slutbetänkandet Valfärd och valfrihet- service, stöd och vård för psykiskt störda som i december 1992 överlämnades till regeringen. Denna ledde snart till proposition 1993/94:218 om psykiskt stördas villkor, en proposition som antogs av en enig riksdag med förslag som trädde i kraft 1/1 1995²²².

Målgruppen för Psykiatrireformen var i första hand personer med långvariga och allvarliga psykiska funktionsnedsättningar som hade en påtagligt nedsatt social funktionsförmåga och som behövde stöd och andra insatser för att uppnå en bra livssituation, exempelvis personer med psykosjukdomar. Reformen syftade till att förbättra livsvillkoren för dessa personer och öka deras möjligheter till gemenskap och delaktighet i samhället samt ge dem ett

²¹³ Bülow, *Efter mentalsjukhuset-en studie i spåren av avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården*, 2004, s. 54 och Markström, *Den svenska psykiatrireformen-bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, 2003, s. 153

²¹⁴ Markström, *Den svenska psykiatrireformen-bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, 2003, s. 153

²¹⁵ Bülow, *Efter mentalsjukhuset-en studie i spåren av avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården*, 2004, s. 53

²¹⁶ Markström, *Den svenska psykiatrireformen-bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, 2003, s. 153

²¹⁷ Prop 1993/94:218 s. 24

²¹⁸ Prop. 1999/2000:149 s. 46

²¹⁹ Prop 1993/94:218 s. 24

²²⁰ A a s. 36

²²¹ Markström, *Den svenska psykiatrireformen-bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, 2003, s. 163

²²² Psykekampanjen, *Rapport från Sveriges Inre*, 2000, s. 8

mer effektivt och samordnat samhällsstöd, så att de skulle kunna leva ute i samhället på samma villkor som andra människor²²³. Detta innebar att de funktionshinder dessa människor hade och som tidigare hindrat dem från att leva ett så normalt liv som möjligt, skulle kompenseras med stödjande åtgärder från framförallt socialtjänsten och landstingens öppenvård psykiatriska vård. Reformens mål var alltså att ersätta den slutna vården med öppenvårdsinsatser och andra sociala insatser²²⁴, vilket förutsatte ett förändringsarbete såväl inom socialtjänsten som inom psykiatrin²²⁵.

5.1.2 Reformens syften och mål

Vad innefattade då Psykiatireformen? Först och främst inriktade den sig på att klargöra ansvarsfördelningen mellan psykiatris olika huvudmän för att möjliggöra ett mer effektivt och samordnat samhällsstöd för målgruppen för reformen, i huvudsak ansvaret för vård, omsorg, boende och sysselsättning. SOL hade två gånger kommit att skärpas i början på 90-talet, först 1992 och därefter 1994, i syfte att ånyo klargöra att det är kommunen som har ansvar för service och stöd åt de psykiskt sjuka. De nya reglerna innebar att kommunen ålades ett ansvar för inrättandet av bostad med särskild service åt bland annat psykiskt sjuka samt att det ytterligare underströks i lagen att kommunen har ansvar för att hålla sig väl förtrogen med de psykiskt sjukas levnadsförhållanden och bedriva uppsökande verksamhet. Det fastslogs även att kommunen har ansvar för planering av sina insatser till dessa människor. I propositionen ville man återigen skärpa SOL, denna gång med att förtydliga kommunernas ansvar för att planera och samordna de insatser socialtjänsten är skyldig att bidra med till de psykiskt sjuka. Förtydligandet omfattade även socialtjänstens uppsökande verksamhet²²⁶.

En ytterligare lagändring som tillkom genom reformen var av BetalningsansvarsL. Denna ändring medförde även den en skärpning av lagen. Tidigare, i samband med Ädelreformen 1992, hade det i denna lag införts ett obligatoriskt betalningsansvar för kommunerna vad gällde personer inom viss somatisk långtidsvård och medicinskt färdigbehandlade inom sådan korttidsvård. Reglerna kom dock inte att inbegripa personer inom psykiatrisk vård. Möjlighet fanns förvisso att enligt denna lag frivilligt komma överens om ett sådant betalningsansvar för landsting och kommun²²⁷. Skärpningen innebar att ett obligatoriskt betalningsansvar infördes även för vissa långvarigt psykiskt sjuka. Betalningsansvaret inkluderade medicinskt färdigbehandlade personer inom slutna psykiatrisk vård som vårdats sammanhängande inom psykiatrin i minst tre månader. Medicinskt färdigbehandlad bedömdes en person vara då denne inte längre krävde medicinsk slutenvård utan hans/hennes behov kunde uppfyllas av sociala insatser i exempelvis öppenvården. Betalningsansvaret skulle inträda två veckor efter att landstinget anmält till kommunen att en patient var medicinskt färdigbehandlad. Möjligheten att träffa frivilliga överenskommelser upphörde också. Ett av skälen till att man skärpte lagen var för att inga sådana frivilliga överenskommelser träffats mellan kommun och landsting som möjlighet funnits till enligt lagen. Vidare hade det även visat sig att de psykiskt sjukas behov bortprioriterats av kommunerna då dessa valt att istället satsa resurserna på de personer man har obligatoriskt betalningsansvar för. I propositionen menade man att det inte kan anses acceptabelt att människor skall behöva vistas långa tider på institutioner, särskilt inte då orsaken är att det saknas anpassade kommunala boendeformer för dessa perso-

²²³ Socialstyrelsen 2003, *Utredning av händelserna i Åkeshov och Gamla stan och dess möjliga samband med brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänstens verksamhet*, Skrivelser s. 8 och Prop 1993/94:218 s. 1

²²⁴ Socialstyrelsen 2003, *Boende för personer med psykiska funktionshinder – En nationell uppföljning och utvärdering av boendeformer inom socialtjänsten*, Uppföljning och utvärdering, s. 9

²²⁵ Kommittédirektiv, Dir. 2003:133 - *En nationell psykiatrisamordnare*, 2003-20-23, s. 3

²²⁶ Prop 1993/94:218 s. 22ff

²²⁷ A a s. 19

ner. Ett obligatoriskt betalningsansvar trodde man även skulle öka kommunernas incitament att ordna med särskild vård och stöd, exempelvis i form av alternativa boendeformer i en icke institutionslik miljö i hemkommunen, som kunde ersätta boenden på psykiatrisk klinik. Betalningsansvaret avsågs även kunna stimulera till bättre och ökad samverkan mellan landsting och kommun så att gränsen mellan de olika huvudmannaskapen minskade i betydelse, en viktig faktor vid vården av den enskilde. I propositionen menade man även att faran var större att oenighet skulle uppstå om det ekonomiska ansvaret för medicinskt färdigbehandlade inom den psykiatriska vården, om inte ett obligatoriskt betalningsansvar fanns. En sådan oenighet kunde få till följd att en patient skrevs ut från den psykiatriska kliniken utan att tillräckligt stöd fanns ute i samhället för honom, exempelvis i form av en ordnad bostad som täckte dennes behov. Nya riktlinjer i form av förtydliganden av den vårdplanering som skall ske enligt BetalningsansvarsL initierades också av regeringen i propositionen. Dessa riktlinjer tillkom 1996 i en föreskrift från Socialstyrelsen. I samband med lagändringen bestämdes det också att kommunerna skulle få medel tilldelat sig för att kunna ro iland sina nya åtaganden, medel som kom att överföras från landsting till kommun²²⁸.

För att ytterligare förstärka samordningen av insatser till den psykiskt sjuke och minska möjligheterna för ansvariga aktörer att försöka frångå sin ansvar för de psykiskt sjuka, infördes genom Psykiatrireformen en treårig försöksverksamhet med personliga ombud. Ombuden har till uppgift att fungera som personligt stöd åt den psykiskt sjuke på olika sätt. Huvuduppgiften är att se till att samordningen av stödinsatser till den enskilde genomförs och att han får den hjälp och det stöd han har rätt till, samt även bidra med annan hjälp, exempelvis i form av myndighetskontakter. Syftet med denna försöksverksamhet var att underlätta för de psykiskt sjuka att tillvarata sina rättigheter, något som kan vara mycket svårt då kontaktsvårigheter och initiativlöshet ofta är en del av själva den psykiska funktionsnedsättningen²²⁹.

I syfte att underlätta genomförandet av de åtgärder som antogs i reformen anslogs en mängd statliga stimulansbidrag. De olika medlen skulle användas till att vidareutveckla arbetsformerna inom och mellan psykiatri och socialtjänst, till uppbyggnaden av kamrat- och anhörigstödsverksamheter, rehabiliterings- och behandlingsinsatser hos landstingen samt slutligen till byggandet av gruppboendestäder och andra alternativa boendeformer²³⁰.

5.2 Uppfyllede man målsättningarna?

5.2.1 Första uppföljningen

Socialstyrelsen gjorde 1999 en uppföljning av Psykiatrireformen där man fann såväl positiva effekter av reformen som områden vilka reformen haft för avsikt att förbättra men som fortfarande var bristfälligt genomförda. Ifråga om den rad av områden man undersökte, skall här enbart redovisas ett fåtal. Bland de positiva effekter man kunnat se i rapporten hänförde sig flera till kommunernas verksamhet. Boendesituationen för yngre medicinskt färdigbehandlade inom slutenvård hade förbättrats, men även för målgruppen i sig hade goda lösningar tillkommit ifråga om boende, sysselsättning, rehabilitering och andra stöd hos flera kommuner. Även kamratstöds- och anhörigstödsverksamheterna samt försöken med personliga ombud hade slagit väl ut²³¹. Det sistnämnda slog så väl ut att regeringen i maj 2000 bestämde sig för att ge statsbidrag till kommunerna för inrättandet av permanenta verksamheter med personliga

²²⁸ A a prop 1993/94:218 s. 39ff

²²⁹ A a s. 29ff

²³⁰ A a s. 103f

²³¹ Socialstyrelsen 1999, *Välfärd och valfrihet? - Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, s. 8ff

ombud²³². Å andra sidan visade uppföljningen att det fortfarande fanns stora behov av utveckling och att mycket kvarstod att genomföra innan reformen kunde sägas ha blivit genomförd. Ett område reformen siktade särskilt på att försöka förbättra var samverkan mellan kommun, i synnerhet socialtjänst, och landsting. Denna fungerade 4 år efter reformens ikraftträdande fortfarande dåligt på en mängd områden. Samverkansproblem fanns både mellan socialtjänsten och den psykiatriska slutna –och öppenvården, vid in –och utskrivningar, vårdplanering och då en persons vårdssituation förändrats, särskilt i de fall tvångsvård och permission vid tvångsvård blev aktuellt²³³. Enligt Socialstyrelsen ledde dessa brister därför alltjämt till att personer lämnade den slutna psykiatriska vården utan att varken den psykiatriska öppenvården eller insatser från socialtjänsten i form av exempelvis boende planerats på ett tillfredställande sätt²³⁴. Rapporten visade också att problemet med ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting fortfarande var aktuellt, särskilt ifråga om ansvaret för att se till att de psykiskt sjukas behov av psykiatrisk öppenvård eller primärvård blivit tillgodosett. Även brister i rehabilitering och sysselsättningsinsatser från kommunerna kunde skönjas visade uppföljningen²³⁵. Tillämpningen av LSS gick även den trögt ute i kommunerna, alltför få hade fått insatser enligt denna lag. Bristande kunskaper om psykiska funktionshinder samt svårigheterna vid ansökningen är några av skälen bakom problemet²³⁶.

5.2.2 Reformandan har mattats

I spåren av Socialstyrelsens rapport från 1999 har det därefter under 2000-talets första år tillkommit ett flertal andra rapporter men även propositioner, många tillkomna för att man ansåg att fler uppföljningar och ändringar krävdes av de områden Psykiatrireformen inte helt lyckats förbättra men även av de områden som förbättrats.

En av de rapporter som dök upp i början av 2000-talet (2003) gällde boende för psykiskt sjuka personer. I denna beräknade man att av det totala antalet personer med psykiska funktionshinder, som har uppskattas till ca 43000,²³⁷ bor ca 8000 stycken i någon av de ca 850 kommunala boenden för personer med psykisk sjukdom som man vid en inventering årsskiftet 2001/2002 kunde konstatera fanns. Detta är en ökning med 20 % jämfört med en annan inventering som gjordes årsskiftet 1997/98. Ungefär 80 % av de personer som vid tidpunkten för rapporten bodde i kommunala boenden kom dit efter Psykiatrireformens införande 1995²³⁸. I rapporten fann man brister i kommunernas planering för att hitta anpassade boenden till behövande i hemkommunen. Ca 20 % bodde i ett boende utanför sitt egna län, något som försvårar ett upprätthållande av kontakten med närstående och andra i den psykiskt sjukes sociala nätverk²³⁹. Dock är det inte alla behövande som får en bostad överhuvudtaget. Man räknar med att ca 40 % de 17800 hemlösa som inrapporterats i Sverige lider av en psykisk sjukdom²⁴⁰.

²³² Socialstyrelsen 2003, *Psykosociala insatserns effekter för personer med psykiska funktionshinder – En kunskapsöversikt*, Kunskapsöversikter, s. 3

²³³ Socialstyrelsen 1999, *Välfärd och valfrihet? - Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, s. 8ff

²³⁴ Prop 1999/2000:149 s. 46

²³⁵ Socialstyrelsen 1999, *Välfärd och valfrihet? - Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, s. 8ff

²³⁶ Prop 1999/2000:44 s. 50

²³⁷ Socialstyrelsen 2003, *Utredning av händelserna i Åkeshov och Gamla stan och dess möjliga samband med brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänstens verksamhet*, Skrivelser, s. 8f

²³⁸ Socialstyrelsen 2003, *Boende för personer med psykiska funktionshinder – En nationell uppföljning och utvärdering av boendeformer inom socialtjänsten*, Uppföljning och utvärdering, s. 10

²³⁹ A a s. 47

²⁴⁰ Socialstyrelsen 2006, *Uppföljning av överenskommelser om en fortsatt satsning för utveckling av primärvård, äldrevård och psykiatri – Delrapport - oktober 2006*, Uppföljning och utvärdering, s. 26

I en annan rapport, utkommen något senare (2005), vittnade man även om andra brister än i form av bostäder, exempelvis rehabiliterings- och sysselsättningsåtgärder. Av den målgrupp Psykiatrireformen riktade sig till framgår att bara hälften hade tillgång till daglig sysselsättning. Ännu färre hade en av socialtjänsten beslutad insats som rörde sysselsättning²⁴¹. I de fall insatser för sysselsättning fanns, var de inte sällan dåligt anpassade till enskildas behov. Brist på rehabilitering och sysselsättning för berörda individer medför att förutsättningarna minskar för ett självständigt liv ute i samhället, det kan också skapa känslor av utanförskap och leda till isolering vilket ökar risken för psykisk försämring²⁴².

Sammanfattningsvis uppvisade kommunerna enligt rapporterna fortfarande brister i sin planering av insatser till berörd målgrupp, både vad gäller boende men även andra insatser man är skyldig bidra med för att uppfylla de åtaganden man har inom kommunen. Av de ca 35000 personer med långvariga psykiska funktionshinder som beräknats behöva stöd och hjälp från antingen socialtjänst och/eller psykiatri, hade kommunen endast ordnat insatser för 19000 stycken år 2002, vilket är ett glapp på 16000 personer²⁴³.

Varför dessa brister kvarstår förklaras i den senare rapporten med att Psykiatrireformen inte har förankrats tillräckligt i kommunernas ledning. Det saknas också i flertalet kommuner kunskap om vad personer med psykiska sjukdomar har för behov av de insatser socialtjänsten kan erbjuda²⁴⁴. Att brister finns i detta kan förklaras av att oklarhet råder om vilka personer som tillhör den målgrupp som socialtjänstens insatser enligt bland annat SOL och LSS är avsedda att vända sig till²⁴⁵. Den otillräckliga kunskapen om målgruppens behov leder vidare till att samordningen brister därför att ett helhetsperspektiv saknas ifråga om de olika insatserna²⁴⁶. I många kommuner hör det inte till handläggarnas uppgift att planera och samordna de olika insatser en individ kan behöva i sin helhet²⁴⁷. Och i de fall planering av insatser görs och eventuellt samordnas med andra huvudmäns insatser, är i hälften av fallen den enskilde inte delaktig i dessa²⁴⁸. En nödvändig kompetensutveckling måste alltså ske hos kommunerna, hos såväl handläggare som utförarpersonalen på de olika boendena, men för det krävs att personalen har tillgång till handledning och fortbildning något som idag saknas i alltför hög grad²⁴⁹.

5.2.3 Ett försök till!

Genom ett antal ändringar i och tillkomsten av olika lagar har man försökt komma tillrätta med en del av de kvarvarande bristerna. Ett försök gjordes genom proposition 2002/03:20 om samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet. För att stödja och stimulera samverkan mellan kommun och landsting beslutade man att införa en ny lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet²⁵⁰. En möjlighet att bilda gemensamma nämnder har visserligen funnits sedan 1997 enligt kommunallagen. Arbetet i en sådan nämnd fungerar på det sättet att den gemensamma nämnden verkar som företrädare för sina huvud-

²⁴¹ Socialstyrelsen 2005, *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder - Slutrapport från en nationell tillsyn 2002–2004*, Tillsynsåterföringar, s. 21

²⁴² Socialstyrelsen 2003, *Boende för personer med psykiska funktionshinder – En nationell uppföljning och utvärdering av boendeformer inom socialtjänsten*, Uppföljning och utvärdering, s. 48 och Nationell psykiatrisamordning, *Inriktning och arbetsplan för Nationell psykiatrisamordning under 2006*, 2006-03-29, s. 4

²⁴³ Socialstyrelsen 2005, *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder - Slutrapport från en nationell tillsyn 2002–2004*, Tillsynsåterföringar, s. 13

²⁴⁴ A a s. 12

²⁴⁵ A a s. 14

²⁴⁶ A a s. 22

²⁴⁷ A a s. 13

²⁴⁸ A a s. 22

²⁴⁹ A a s. 18

²⁵⁰ Prop 2002/03:20 22f

män, kommunen och landstinget, som en egen myndighet. Den möjlighet till arbete inom en gemensam nämnd som finns enligt kommunallagen har dock en stor begränsning och det är att den gemensamma nämndens uppgift enbart får vara en kommunal uppgift för var och en av parterna. Det innebär att samverkan i denna form inte kan ske inom så många områden eftersom det bara är på få områden de båda huvudmännens kompetens sammanfaller. Denna begränsning ville man ta bort i den nya lagen så att samverkan i gemensam nämnd kunde ske inom de flesta områden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som de olika huvudmännen ensamma ansvarade för²⁵¹.

En annan lagändring som gjordes enligt samma proposition var i BetalningsansvarsL, något som berodde på den kritik som förföljt lagen sedan ändringarna i samband med Psykiatrireformen. Den huvudsakliga kritiken hade riktats mot samordningen och den gemensamma planeringen mellan huvudmännen i de fall personer skrivs ut från psykiatrisk slutenvård. Tre stora förändringar gjordes därför, den första avseende uttrycket ”medicinskt färdigbehandlad” som ersattes med ”utskrivningsklar”. Förändringen innebar att ett kommunalt betalningsansvar bara blir aktuellt om det finns en vårdplan för den utskrivningsklare där vård- och omsorgsinsatser finns med. Avsikten med att byta ut ”medicinskt färdigbehandlad” mot ”utskrivningsklar” var att med det förra uttrycket kunde läkaren ensam avgöra när utskrivning skulle ske. Detta har inneburit att personer skrivits ut utan att det varit klarlagt om kommunens socialtjänst och/eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård kunnat tillgodose personens behov. Med det nya uttrycket samt de nya reglerna om inträdet av betalningsansvaret ville man undvika dylika situationer. Tremånadersregeln tog man också bort²⁵².

5.2.4 Vad var det som gick fel?

Trots de ansträngningar från styrandes håll som vidtagits för att förbättra situationen på olika områden för de psykiskt sjuka, kvarstår alltså ändå brister både i vården och i den sociala omsorgen för denna grupp. Orsakerna till varför kan skilja sig mycket beroende på vem man frågar. Att man inte i kommuner och landsting helt lyckats leva upp till Psykiatrireformens intentioner är en förklaring. Vissa gör dock gällande, som psykiatriprofessorerna Dencker och Wålinder, att det är Psykiatrireformen i sig som är felet till bristerna i vården och omsorgen för de psykiskt sjuka idag. De menar att de och majoriteten av psykiaterkåren redan från början var misstänksamma mot Psykiatrireformen av det skälet att de ansåg patienterna inom psykiatrin vara alltför sjuka för att kunna omhändertas av någon annan instans än psykiatrin, som exempelvis socialtjänsten²⁵³.

Andra psykiatrer hävdar å sin sida motsatsen, bland annat Olle Östman. Han menar att Psykiatrireformen tvärtom var nödvändig och att felet inte ligger hos denna i sig med de intentioner som fanns bakom, utan på utvecklingen av denna, det vill säga det bristande uppfyllandet av den. Östman menar att Psykiatrireformen var ofrånkomlig för att lösa de problem som fanns med boenden, sysselsättning och andra stöd till de psykiskt sjuka. Behoven var akuta av dessa slags insatser eftersom kommunerna inte riktigt hängt med i samma takt som psykiatrin när det gällde utvecklingen av vårdplatser. Tyvärr tillkom Psykiatrireformen vid en tidpunkt när både kommun och landsting hade ekonomiska svårigheter vilket medförde att de båda huvudmännen försökte få sina kostnader för den psykiskt sjuke att hamna på varandra. Ett annat problem som Östman menar har funnits hela tiden, är den bristande kompetensen i kommuner och landsting. Hur bristande kunskaper kan yttra sig visar sig bland annat i hur socialtjänsten arbetar med stödinsatser till de psykiskt sjuka. Östman tar som exempel att då socialtjänsten

²⁵¹ A a s. 23f

²⁵² A as. 31f

²⁵³ Dencker & Wålinder, *Psykiatrireformen behöver reformeras*, Läkartidningen 2003 nr 47 s. 3883-4

utformar stödinsatser, utgår man från de förutsättningar man är van att arbeta utifrån då det gäller andra handikappade. Det innebär att stödinsatserna till de psykiskt sjuka utformas med utgångspunkt från att funktionshindren är stabila över tid. Det man missar är att de psykiskt sjukas sjukdomsbild kan växla oerhört över tid vilket medför att deras funktionshinder många gånger är allt annat än stabila. Tyvärr tas ingen hänsyn till detta då socialtjänsten utformar sina stödinsatser till de psykiskt sjuka²⁵⁴. Östman tar även upp ett annat problem som bidragit till att Psykiatrireformen inte kunnat införlivas helt och det är samarbetsproblemen mellan huvudmännen. Östman påpekar dock att dylika samarbetsvårigheter funnits hela tiden, både under 70- och 80-talet och tror att en del av problemet ligger i att de två huvudmännen har helt åtskilda ekonomier. Han tror att en samordnad finansiering mellan kommun och landsting för de psykiskt sjuka måste till för att nå framgång med samarbetet²⁵⁵.

En annan person som håller med om detta är Urban Markström. Han menar även att kommunerna fortfarande inte har någon större kunskap om vad handikappbegreppet innefattar då det gäller de psykiskt sjuka. Markström menar att denna okunskap är ett utslag av ointresse för de psykiskt sjuka i kommunerna och att arbetet med stödinsatser till denna grupp därför inte har införlivats i socialtjänstkulturen. Ett tecken på detta är att det är så få av de psykiskt sjuka som får beviljat insatser enligt LSS. Markström hävdar att orsaken till detta är att kommunerna inte på allvar ser de psykiskt sjuka som funktionshindrade. Han tror dock, liksom Östman, att kunskaperna måste ökas, och med det kanske intresset också ökar menar han²⁵⁶.

5.3 En ny strategi införs: En Nationell psykiatrisamordnare tillsätts

5.3.1 Året är 2003

Psykiatrin kom under år 2003 få oanad uppmärksamhet och fokus riktad mot sig då en rad uppmärksammade våldsdåd begicks av förmodat psykiskt sjuka personer vilket startade en intensiv debatt i massmedia om psykiatrisk vård med flera utredningar från offentligt håll som följde²⁵⁷. Av dessa orsaker, samt av de tidigare utredningar som gjorts om de kvarstående brister som fanns inom psykiatrisk vård och omsorg, framförallt ifråga om samverkan och samordning av insatser, beslutade sig regeringen hösten 2003 för att tillkalla en Nationell psykiatrisamordnare med uppgift att utreda olika frågor inom psykiatrin²⁵⁸. Till ledare för samordningen utsågs läkaren Anders Milton²⁵⁹. Arbetet skulle inriktas på personer med allvarliga psykiska sjukdomar och en genomgång av situationen inom vård och omsorg och rehabilitering för bland annat denna grupp. Uppdraget innefattade att se över frågor om framförallt samverkan och samordning, men även arbetsformer, resurser och kompetens inom dessa områden och vid behov ge förslag till författningsändringar och förtydliganden samt andra förbättringsåtgärder och förslag²⁶⁰. 1 november 2006 skulle uppdraget slutredovisas²⁶¹.

5.3.2 Med fokus inställt på psykiatrin

Sedan tillsättningen av den Nationella psykiatrisamordnaren har ytterligare medel avsatts för att komma till rätta med kvarstående brister inom vård och omsorg för personer med psykisk

²⁵⁴ http://www.socialpsykiatriskforum.nu/pdf/psykiatrireformen_var_nod.doc

²⁵⁵ A a

²⁵⁶ Kämpfe, *Ris och ros till psykiatrireformen*, Handikappforskning pågår, nr1 2003, s. 8

²⁵⁷ Kommittédirektiv, Dir. 2003:133, *En nationell psykiatrisamordnare*, 2003-10-23, s. 11

²⁵⁸ A a s. 1

²⁵⁹ Hagen, *Inse att många av oss kommer att drabbas*, Expressen 4/2 2007-02-04

²⁶⁰ Kommittédirektiv, Dir. 2003:133, *En nationell psykiatrisamordnare*, 2003-10-23, s. 14

²⁶¹ A a s. 1

sjukdom. Milton skriver i en debattartikel i DN om bristerna inom vård och omsorg och varför ett resurstillskott behövs. Han menar att skälet till att det finns brister inom vård och omsorg för personer med psykisk sjukdom är för att samhället generellt har alltför låga ambitioner när det gäller personer med allvarliga psykiska sjukdomar, i jämförelse mot vad man har i förhållande till de personer som lider av någon av de stora kroppsliga folksjukdomarna. Orsaken till den alltför låga ambitionsnivån är flera. En är att psykiatrin under många år lidit av bristande resurser vilket har att göra med att de psykiskt sjuka varit och är en patientgrupp med lägre status än andra grupper vilket mer eller mindre gjort dem osynliga. En andra orsak, hävdar Milton, kan hänföras till den långsamma vetenskapliga utvecklingen på psykiatris område. Förvisso finns det evidensbaserade behandlingar men de har många gånger haft svårt att slå igenom. Och när det då finns också alternativa behandlingsformer tar man inte till sig de nya rönen utan fortsätter jobba med de gamla metoder man alltid gjort. Milton menar att förutsättningen för en lyckad Psykiatrireform krävde att neddragningen av vårdplatserna ersattes med något annat. Detta annat var en utbyggnad av landstingens öppenvård samt att olika boenden, sysselsättningsmöjligheter och annat stöd skulle byggas upp i kommunerna för personer med psykisk sjukdom. Vad gäller behovet av de olika kommunala boendeformerna är detta egentligen oklart. Hur många som nås av sådana insatser vet man egentligen inte och inte heller hur kvaliteten är på de insatser som görs. Miltons slutsats är att både landsting och kommunernas ambitionsnivå är för låg då det kommer till vården och omsorgen om människor med psykisk sjukdom. När det gäller landstingen pekar Milton bland annat på att tillgängligheten måste bli bättre. Det är inte rimligt att folk som söker psykiatrisk vård akut skall bli avvisade från mottagningen utan att en undersökning görs vilket sker på en del kliniker. Något sådant hade aldrig skett om en person sökte akut för bröstsmärtor på en vanlig akut-mottagning, anser han. När det gäller kommunernas åtaganden kan liknande problem ses. Trots att man har samma skyldigheter gentemot psykiskt sjuka som mot gamla och fysiskt sjuka skulle det aldrig komma på fråga att kasta ut en gammal människa på gatan för att denne är senil och inte klarar betala hyran. Det sker däremot med psykiskt sjuka. Dessutom har kommunerna en lagstadgad skyldighet att ta reda på hur många psykiskt sjuka som bor i kommunen, något som många kommuner helt saknar kunskap om. Milton tycker därför att staten måste visa att denna grupp behöver prioriteras och det skall ske med extra pengar. Som det är nu är samhällets ambition att hjälpa dessa personer för låg, avslutar han²⁶².

Ungefär samtidigt skrevs en annan artikel i DN i vilken Claes-Göran Stefansson, docent och utredare vid Socialstyrelsen, kommenterar en annan sida av problemen inom vård och omsorg för de psykiskt sjuka. Han menar att samverkan mellan kommun och landsting fungerar lika dåligt som det alltid gjort med resultatet att de psykiskt sjuka bollas runt mellan olika instanser som var för sig skjuter över ansvaret på den andre. Ett bevis på detta är att sedan möjligheten till gemensam nämnd för kommuner och landsting infördes 2003 har inte en enda nämnd tillkommit på ett år. Att skjuta över ansvaret på varandra menar Stefansson är möjligt på grund av att huvudmännen har olika budgetar²⁶³.

I en promemoria från 2004 kunde den Nationella psykiatrisamordnaren konstatera att bristerna var av den omfattningen att ett resurstillskott på en halv miljard borde till. Riksdagen godtog detta förslag och beslutade därför om tillskott på 500 miljoner kronor för 2005 och 200 miljoner kronor för 2006 för användning inom psykiatri och socialtjänst för personer med psykisk sjukdom. Satsningen avsåg främst en gemensam utveckling av verksamheter och samverkan mellan landstingen och kommuner²⁶⁴.

²⁶² Milton, *Oacceptabelt stoppa nya psykiatripengar*, DN, 2004-06-02

²⁶³ Letmark, *Kommuner vill inte skjuta till mer pengar till psykvården*, DN, 2004-09-11

²⁶⁴ Socialstyrelsen 2006, *Uppföljning av överenskommelser om en fortsatt satsning för utveckling av primärvård, äldrevård och psykiatri – Delrapport - oktober 2006*, Uppföljning och utvärdering, s. 24f

6. Utvecklingen av LPT

6.1 Före år 2000

6.1.1 De första två åren

För de första följande åren efter LPT: s ikraftträdande gjorde Socialstyrelsen en utvärdering av tillämpningen av den nya lagen för att få en uppfattning om hur det gått att i landet införa och tillämpa den och om syftena, som minskad användning av tvångsvård, tvångsåtgärder och ökad rätts säkerhet, med lagen uppfyllts²⁶⁵. Utvärderingen slutrapporterades i december 1993²⁶⁶. Socialstyrelsen fann i utvärderingen att flera av målen med LPT i huvudsak hade uppnåtts²⁶⁷ vilket diskuteras i en proposition från 1994/95:194 rörande frågor angående LRV. I propositionen ansåg man visserligen att det ännu vid denna tid var för tidigt att säkert säga huruvida syftet bakom LPT hade förverkligats. Men i utvärderingen framgår det i varje fall hur de första åren med den nya lagstiftningen gått och detta skall redovisas här²⁶⁸.

Ett av de analyserade områdena i den nya lagstiftningen var användningen av tvångsvård i sig. Här kunde Socialstyrelsen konstatera att denna hade minskat sedan införandet av den nya lagen. 1988 uppmättes antalet vårdtillfällen till 10259 medan antalet 1993 var 6722²⁶⁹. Även när det gällde vårdtiderna vid tvångsvård enligt LPT hade en minskning skett sedan dess tillkomst i jämförelse med under LSPV: s tid²⁷⁰. Dessvärre lyckades inte införandet av LPT nämnvärt reducera tvångsvårdsanvändningen på ett annat område, närmare bestämt vid konverteringar, vilket var avsikten vid införandet av LPT. En viss minskning hade visserligen skett men Socialstyrelsen ansåg alltför högt att konvertering ägde rum i alltför hög grad. Vid undersökningen av konverteringsregeln granskade Socialstyrelsen ett flertal journaler från patienter som konverterats. Informationen från dessa visade bland annat att länsrättsprövning av konverteringsbeslut inte alltid skett. 39% av samtliga avslutade vårdtillfällen på grund av konvertering blev inte prövade av länsrätt, trots att en sådan skyldighet finns enligt LPT, därför att chefsöverläkaren inte ansökte om medgivande till fortsatt tvångsvård hos länsrätt. Enligt Socialstyrelsen berodde detta troligen på att chefsöverläkarna tolkade sin skyldighet fel på så sätt att den skulle föreligga endast om vårdtiden beräknades överstiga fyra dagar. Utvärderingen visade även att man tycktes ha tänjt på farlighetskriteriet i konverteringsbestämmelsen (att patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan) för att i tveksamma fall tillåta konvertering²⁷¹. Socialstyrelsens utvärdering inbegrep även användningen av tvångsåtgärder med den nya lagstiftningen. Utvärderingen visade att en ökning av användningen av tvångsåtgärder skett under LPT: s första år jämfört med LSPV: s sista år²⁷².

Sammantaget anser Socialstyrelsen ändå att dess utvärdering visat att LPT inneburit att patientens rätts säkerhet stärkts som var ett av syftena med den nya lagen²⁷³. Denna slutsats drar man efter att ha inhämtat uppgifter från olika håll såsom chefsöverläkare, domare, sakkunniga läkare och offentliga biträden. Både Socialstyrelsen och regeringen ansåg emellertid,

²⁶⁵ Prop 1994/95:194 s. 9

²⁶⁶ A a s. 34

²⁶⁷ A a s. 9

²⁶⁸ A a s. 7

²⁶⁹ A st

²⁷⁰ A a s. 8

²⁷¹ A a s. 11f

²⁷² A a s. 8

²⁷³ A st

att fler utvärderingar krävdes för att kunna få fram ett säkrare underlag om rättsäkerheten, men även om användningen av konvertering och tvång och tvångsåtgärder²⁷⁴.

6.1.2 LPT uppdateras

År 1995 tillsattes därför en parlamentarisk kommitté av Socialdepartementets chef efter bemyndigande från regeringen. Kommitténs uppgift blev att göra en översyn av LPT och komma med förändringsförslag. Kommittén fick namnet Tvångspsykiatrikommittén. I mars 1998 lade den fram sitt slutbetänkande Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällskydd vid psykiatrisk tvångsvård, vilka förslag ledde fram till proposition 1999/2000:44 om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård, förslag som i huvudsak syftade till att stärka rättsäkerheten för patienten och att öka samhällskyddet²⁷⁵.

För att få en uppfattning om hur lagstiftningen uppfattades av de olika brukarna, exempelvis patienter, anhöriga och länsrätt lät man i Tvångspsykiatrikommittén dessa redovisa sina åsikter om lagstiftningen och den psykiatriska vården i allmänhet i en hearing. I denna vittnade patienter och anhöriga ofta om samma slags problem, bland annat svårigheten att få (frivillig) vård i tid, brister i bemötandet från vårdpersonal, brister i kravet på och upprättandet av behandlingsplan samt bristen på uppföljning och stöd efter utskrivning från tvångsvård. Många anhöriga ansåg dessutom att det kunde vara svårt att få in den sjuke på tvångsvård i tid, ofta hann det gå så långt att den sjuke hann bli så sjuk att det var svårt få personen att tillfriskna²⁷⁶. Länsrätterna framförde å sin sida åsikter om framförallt rekvisiten på de krav som ställs på att tvångsvård skall få ges. Man ansåg sig bland annat ha upplevt att personer samtyckt till tvångsvård, vilket innebär att tvångsvård inte får ges. Flera länsrätter uppfattade det också som motsägelsefullt att man kunde ge permission till vårdtidens slut då ett av kraven för tvångsvård var heldygnsvård på sjukvårdsinrättning²⁷⁷.

När det gäller uppgifter om antalet vårdtillfällen och vårdtidernas längd, kunde Tvångspsykiatrikommittén med hjälp av insamlad statistik från Socialstyrelsen visa att vårdtillfällena ökat stadigt från 1993 fram till 1997 men att vårdtiderna samtidigt minskat. Trots ökningen i antalet vårdtillfällen kom det från en del håll kritik om att ribban för att få tvångsvård låg för högt. I propositionen förklarade man dock att man inte hade för avsikt att mjuka upp tvångsvårdskriterierna, särskilt inte mot bakgrund av att syftet med införandet av LPT var minskad tvångsvård²⁷⁸.

I propositionen inledde man istället förändringarna i LPT på ett annat uppmärksammat problemområde som rörde användningen av tvångsåtgärder innan beslut om intagning för tvångsvård hade fattats. I LPT fanns vid denna tid inga regler om att tvångsåtgärder fick tillgripas då beslut ännu inte fattats om intagning på tvångsvård, bortsett från kvarhållningsrätten, trots att behov ibland förelåg av att använda tvång i sådana situationer, exempelvis i form av tvångsmedicinering eller andra åtgärder. Då tvång behövde användas i dessa fall utnyttjade man istället BrB: s allmänna bestämmelser om ansvarsfrihet i 24 kap om nödvärn, laga befohgenhet och nöd, som lagstöd för sådana åtgärder. I den undersökning av avslutade vårdtillfällen som Tvångspsykiatrikommittén gjort framkom att någon form av tvångsåtgärder hade använts i hälften av fallen innan beslut om intagning för tvångsvård tagits. Fastspänning med bälte och tvångsinjektion var de vanligaste tvångsåtgärderna. För att stärka rättsäkerheten och tillgodose säkerheten i vården bestämde man i propositionen att införa bestämmelser om det tvång som får användas innan beslut om intagning för tvångsvård avgjorts då en patient

²⁷⁴ A a s. 9

²⁷⁵ Prop 1999/2000:44 s. 31 och Socialstyrelsen 2001, *Effekter av ändringar i de psykiatriska tvångsvårdslagarna*, Uppföljning och utvärdering, s. 7

²⁷⁶ Prop 1999/2000:44 s. 44f

²⁷⁷ A a s. 46f

²⁷⁸ A a s. 62

med laga rätt kvarhålls för prövning av en sådan fråga. Motivet var att man ansåg användandet av allmänna ansvarsfrihetsregler vara mycket otillfredsställande eftersom risk fanns för hotad rättssäkerhet. Avsikten var inte att utvidga området för vidtagandet av tvångsätgärder²⁷⁹.

I propositionen gjorde man även en annan, mindre ingripande, förändring av LPT avseende begreppet ”heldygnsvård”. Då detta begrepp kritiserats för att vara missvisande, särskilt vid permission, ersatte man det med ”dygnetruntvård”. En annan orsak till bytet, som inte var avsett att innebära någon förändring i sak, var att BetalningsansvarsL använder begreppet ”kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård” för samma sak²⁸⁰.

En tredje, och större, förändring av LPT gjorde man även av det s.k. samtyckesrekvisitet, (att patienten motsätter sig behövlig vård på en sjukvårdsinrättning eller att han till följd av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att ge uttryck för ett grundat ställningstagande i frågan). Som framgått ovan kritiserades rekvisitet för att ha möjliggjort tvångsvård trots att samtycke avgivits och det fick även kritik av domare i en undersökning gjord av Domstolsverket. Åtskilliga domare upplevde rekvisitet problematiskt bland annat för att samtycke i allmänhet ansågs vara vanskligt då det avgavs av en psykiskt sjuk person. Ändringarna av samtyckesrekvisitet medförde dock ingen större saklig förändring. Det första ledet i bestämmelsen behölls vilket innebär att det fortfarande skall krävas att patienten motsätter sig tvångsvård för att sådan skall bli aktuell. Ändringen gjordes istället i andra ledet. Skillnaden från den förra bestämmelsen är dels språklig men också att den istället för att knyta an till patientens tillstånd som sådant, knyter an till vårdbehovet när man bedömer det lämnade samtycket. Om det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning anta att vården inte kan ges med hans samtycke får tvångsvård ges enligt ändringen i bestämmelsen. Den enda skillnaden i sak denna ändring utgör, är att det ibland kan vara möjligt underkänna ett lämnat samtycke om beslutsfattaren vet från tidigare tillfällen att ett sådant samtycke inte är allvarligt menat²⁸¹.

Första gången man uppmärksammade att problem fanns med konverteringar var i Socialstyrelsens utvärdering av LPT som utkom 1993 (se ovan). I Socialstyrelsens mätningar från 1996/97, som Tvångspsykiatrikommittén använt sig av, kunde man konstatera att konverteringarna inte hade minskat ytterligare något nämnvärt, utan utgjorde då 17 % av alla vårdtillfällen. Inte heller övriga problem tycktes ha minskat utan istället fler tillkommit. På grund av detta gjorde man i propositionen ändringar som både syftade till ökad klarhet men också till ökad rättssäkerhet. Trots kritik från somliga remissinstanser ifråga om konverteringsbestämmelsen och farlighetskriteriet blev bägge kvar i lagen. Att ta bort farlighetskriteriet skulle ha kunnat uppfattas som att området för konverteringar ökat, vilket stämmer dåligt överens med syftet att konverteringar enbart skall användas då det framstår som helt nödvändigt. Istället införde man krav på tvåläkarprövning med vårdintyg för att öka rättsäkerhetsgarantierna. Slutligen infördes skärpta krav på domstolsprövning som innebär att konverteringsbeslutet skall underställas länsrättens prövning inom en dag från beslutet. Men som tidigare skall det fortsätta vara så, att om chefsöverläkaren vill ha fortsatt tvångsvård skall han ansöka hos länsrätten om detta inom fyra dagar från beslutet. Övriga rekvisit i konverteringsbestämmelsen lämnades oförändrade²⁸².

En annan ordning som kritiserats och som även Socialstyrelsen konstaterade fungerat otillfredsställande, är innehållet i och upprättande av och kring behandlingsplaner. I propositionen påpekar man att det är av största vikt att behandlingsplaneringen sköts tillfredsställande, dels för att säkerställa kvalitet och säkerhet för patienten i vården och för att syftet med

²⁷⁹ A a s. 57f

²⁸⁰ A a s. 63f

²⁸¹ A a s. 64f

²⁸² A a s. 69f

tvångsvården skall uppnås på kortast möjliga tid, men även så att patienten kan informeras om sina rättigheter enligt både LPT, SOL och LSS. För att förtydliga ändamålet med behandlingsplanen ändrade man i regeln så att det nu klarare framgår att det i behandlingsplanen skall framgå de vård- och andra insatser som behövs samt att chefsöverläkarens ansvar för att en sådan plan upprättas tydliggjordes. Preciserade krav på innehåll fastställs från nu i myndighetsföreskrifter och inte i lag. Då behandlingsplanen inte enbart avser att rymma insatser från psykiatrin utan även från socialtjänsten byttes begreppet behandlingsplan ut mot det vidare begreppet vårdplan, som ansågs bättre förklara vad det är fråga om²⁸³.

Ytterligare ändringar tillkom, denna gång av reglerna för användningen av tvångsåtgärder. Skälet var den allt ökande trenden av användningen av dessa. I Socialstyrelsens utvärdering från 1993 användes tvångsåtgärder i 28 % av alla vårdtillfällen jämfört med 12 % 1988. Denna siffra hade år 1996/97 ökat till 34 %. Tvångsmedicinering stod för en tredjedel av tvångsåtgärderna, främst i form av depåinjektioner som var det som ökat mest. Fastspänning med bälte utgjorde den näst vanligaste tvångsåtgärden följt av avskiljning. Regeringen ansåg i propositionen att denna trend var oroande eftersom den inte följde den utveckling som kunnat skådas på hälso- och sjukvårdens andra områden. Trenden har på dessa andra områden istället gått mot en förstärkning av patientens ställning, vilket berott på nya regler i HSL som skall garantera patientens självbestämmande och värdighet, något som uppenbarligen inte kommit psykiatrin till del. För att minska tvångsåtgärdsanvändningen och öka rättstryggheten för patienterna föreslog regeringen därför att allmänna bestämmelser som anger riktlinjer för användning av tvångsåtgärder intas i LPT. En proportionalitetsregel infördes även i lagen där det fastslås att tvångsåtgärder skall stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden och att mindre ingripande åtgärder först skall vidtas om de är tillräckliga. På grund av en framställning från JO övervägde regeringen även om chefsöverläkaren borde ha fått en lagreglerad rätt att inskränka patientens möjligheter att använda elektroniska kommunikationstjänster. Regeringen ville dock inte införa något sådant förbud via lagregler, eftersom man ansåg att ett sådant förbud lika väl kan förbättra som försämra patientens behandlingssituation och det skulle inte uppväga det intrång ett sådant förbud skulle innebära för en enskild person²⁸⁴.

Den sista ändring som skall tas upp här och som gjordes genom propositionen rör permissionsinstitutet. Av uppgifter inhämtade genom Tvångspsykiatrikommitténs försorg visade det sig att permissioner fortfarande användes i stor utsträckning om än inte i samma omfattning som försöksutskrivning på LSPV: s tid. Drygt en tredjedel av patienterna med permission fick denna avskriven efter mindre än en månad men för en andel på 13 % varade permissionen längre än ett år och för ett fåtal längre än tre år. Depåneuroleptika var den form av villkor förenat med permissionen som var det vanligaste använda. På grund av dessa uppgifter ansåg regeringen att det fanns anledning ifrågasätta om permissionerna verkligen användes enligt sitt syfte och särskilt gällde detta de långa permissionerna. Det relativt omfattande bruket av permissioner på mer än en månad tydde enligt regeringen på att permission inte enbart hade använts undantagsvis, vilket varit syftet med dessa. Tvärtom indikerade detta att permissioner kommit att användas som försöksutskrivningsinstitutet enligt LSPV, ett faktum som också bekräftades av 62 % av chefsöverläkarna på förfrågan från Socialstyrelsen. Vidare ansåg man att möjligheten till permission till vårdtidens slut stämde illa överens med kravet på att patienten skall ha ett ”oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom intagning på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård” och detta trots att syftet med möjligheten till permission till vårdtidens slut var att möjliggöra en smidig övergång till frivillig vård²⁸⁵.

²⁸³ A a s. 77f

²⁸⁴ A a s. 80f

²⁸⁵ A a s. 91f

Innan regeringens ändringsförslag redovisas skall här göras en snabb redogörelse för ett förslag Tvångspsykiatrikommittén hade angående en ny vårdform, kallad öppen vård med särskilda villkor, avsedd att i viss mån ersätta de långa permissionerna. Först och främst ansåg man att möjligheten till permission till vårdtidens slut borde avskaffas²⁸⁶. Istället borde den avse viss tid eller användas för visst tillfälle, såsom permission används vid annan sluten hälso- och sjukvård²⁸⁷. Den nya vårdformen skulle vara ämnad för patienter som ännu inte kunde skrivas ut från tvångsvård men som ändå inte hade behov av heldygnsvård på sjukvårdsinrättning och som behövde en längre tids uppföljning. Istället skulle dessa kunna överföras till öppen vård, en öppenvård som kunde förenas med särskilda villkor, villkor i form av exempelvis medicinering, sysselsättning, bostad eller insatser enligt SOL och LSS. Den sjukhusbaserade tvångsvården ville man alltså ersätta av en öppen sådan vård. Beslut om öppenvård förenat med särskilda villkor skulle fattas av länsrätten på ansökan av cheföverläkaren efter att en samordnad vårdplan upprättats som klarade psykiatriens och socialtjänstens ansvar för patienten²⁸⁸. En noggrann utredning av de insatser som planerats skulle därför krävas av landstinget och kommunen för att den öppna vården skulle bli meningsfull för patienten²⁸⁹. Vårdplanen var avsedd att sedan ligga till grund för prövningen i länsrätten för frågan om patienten kunde få öppen vård förenat med särskilda villkor. Vårdformen skulle vidare enbart komma ifråga om det ansågs nödvändigt med hänsyn till patientens hälsa eller för skyddet av andra människors fri- och rättigheter och skulle syfta till att patientens hälso- och livskvalitetsbehov liksom samhällsskyddet skulle kunna tillfredställas utan villkor. För LPT-patienter skulle den nya vårdformen bara tillämpas i undantagsfall. Om patientens tillstånd försämrades under öppenvården skulle återintagning kunna ske. Någon yttersta tidsgräns eller gräns för antal tillfällen för denna nya vårdform föreslogs inte av Tvångspsykiatrikommittén²⁹⁰. Dock avsågs den endast gälla under högst sex månader från prövningstillfället med möjlighet till förlängning med sex månader i taget²⁹¹. Vid remissbehandlingen av Tvångspsykiatrikommitténs förslag fick det en del kritik. Bland annat anförde en del instanser att förslaget skulle medföra en återgång till systemet med försöksutskrivningar enligt LSPV och att det bröt mot LPT: s syfte om korta vårdtider²⁹². Även den synpunkten att neuroleptikabehandling under lång tid skulle ges en särskild juridisk sanktion framfördes. Andra instanser var mer positiva och ansåg att det nya förslaget kunde vara ett sätt att komma tillrätta med hur permissioner till vårdtidens slut kommit att tillämpas. Man trodde även på förslaget som en möjlighet att göra det enklare att slussa ut patienter i samhället igen och att reglerna skulle förtydliga kommunens respektive landstingens ansvar²⁹³.

Mot bakgrund av remissinstansernas kritik samt den allmänna inriktningen mot mindre tvångsvård ansåg regeringen att det kunde ifrågasättas om tillämpningsproblemen med permissioner verkligen var av den arten att de motiverade införandet av en ny vårdform. Man trodde inte det utan förespråkade istället en ändring i form av en skärpning av reglerna. Ändringarna riktade sig mot de som befann sig på mycket långa permissioner. Fortfarande är det dock möjligt att få permission för visst tillfälle eller vissa återkommande tillfällen såsom helgpermission, det vill säga permission under en kortare tid. Möjlighet föreligger även till permission under en längre tid om särskilda skäl finns att anta att detta krävs för att tvångsvården skall upphöra. Permissionen skall emellertid alltid tidsbestämmas och får inte vara längre än längst tillåtna vårdtid enligt LPT, men i undantagsfall kan en förlängning av

²⁸⁶ A a s. 86f

²⁸⁷ Nationell psykiatrisamordning, *Öppenvård med särskilda villkor*, 2006-03-30, s.51

²⁸⁸ Prop 1999/2000:44 s. 86f

²⁸⁹ Nationell psykiatrisamordning, *Öppenvård med särskilda villkor*, 2006-03-30, s.52

²⁹⁰ Prop 1999/2000:44 s. 86f

²⁹¹ Nationell psykiatrisamordning, *Öppenvård med särskilda villkor*, 2006-03-30, s.53

²⁹² Prop 1999/2000:44 s. 93f

²⁹³ Nationell psykiatrisamordning, *Öppenvård med särskilda villkor*, 2006-03-30, s.53f

tvångsvården vara nödvändig även om den sker med ytterligare en eller flera permissionsperioder²⁹⁴. Permissionen får bara i undantagsfall få vara längre än ett år²⁹⁵. För att beviljande av permission skall ske, måste denna stå i överensstämmelse med vårdplanen. I propositionen säger man att det inte får komma ifråga att bevilja permissioner på det sättet som skett tidigare. Dessutom skall, i normalfallet, permission inte kunna användas för en längre period förän det är troligt att patienten kommer kunna skrivas ut efter permissionsperiodens slut. Permissionen skall även i fortsättningen kunna förenas med villkor, villkor som infördes i LPT efter att tidigare ha funnits i förordningen 1991:1472 om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård 6§²⁹⁶. Riksdagen antog de nya ändringarna i LPT enligt propositionen och dessa trädde sedan i kraft den 1 juli 2000²⁹⁷.

6.2 Efter år 2000

6.2.1 Uppföljning av de uppdaterade reglerna

I samband med införandet av de ändrade bestämmelserna i LPT bestämde man att Socialstyrelsen skulle följa upp och utvärdera de viktigaste av de ändringar som trätt i kraft den 1 juli 2000. Dessa var: omfattningen av användningen av tvångsvård, upprättandet av vårdplaner, användningen av tvångsåtgärder, användningen av konverteringar samt permissionsbestämmelserna. Genom sina undersökningar har Socialstyrelsen i den första utvärderingen 2001 kunnat visa att tvångsvårdstillfällena minskat med 13 % sedan den senaste likadana undersökningen gjordes 1996/97, vilket betyder att omfattningen av tvångsvården minskat sedan de nya ändringarna trätt i kraft. Samma sak kan redovisas för vårdtiderna som har förkortats sedan senaste undersökningen²⁹⁸. Upprättandet av vårdplaner har emellertid alltjämt gått trögt. I en tredjedel av vårdtillfällena hade ingen upprättats överhuvudtaget trots att detta anges i LPT. Vad gäller användningen av tvångsåtgärder har en viss minskning skett åtminstone i form av tvångsmedicinering som nästan minskat med hälften. Användningen av fastspänning med bälte låg dock kvar på samma nivå som vid undersökningen 1996/97. Ett annat område där lagändringarna tycks ha uppnått sitt syfte är konverteringar. Undersökningen kunde visa att andelen konverteringar minskat och rättsäkerheten tycks ha ökat för patienterna i och med införandet av tvåläkarbedömningen samt de striktare kraven på domstolsprövning, något som bekräftas av de journalgenomgångar Socialstyrelsen gjort²⁹⁹.

I en uppföljning som gjordes av Socialstyrelsen år 2002 behandlade enbart de nya permissionsbestämmelserna. I denna uppföljning framkom att användningen av permissioner inte har minskat utan istället ökat och att de ges för långa tidsperioder³⁰⁰. Ett problem som Socialstyrelsen funnit är att många länsrätter beviljar längre permissioner därför att de anser det vara onödigt att avbryta väl fungerande permissioner som varat i flera år³⁰¹. Skälet är att läkarna anser att en del patienter kräver fleråriga permissioner för att inte deras sjukdomstillstånd skall förvärras genom återfall, exempelvis schizofrenipatienter, utan dessa behöver stå på obruten neuroleptikabehandling som i många fall bara kan möjliggöras genom fortsatt

²⁹⁴ Prop 1999/2000:44 s. 93f

²⁹⁵ Nationell psykiatrisamordning, *Öppenvård med särskilda villkor*, 2006-03-30, s. 4

²⁹⁶ Prop 1999/2000:44 s. 93f

²⁹⁷ Socialstyrelsen 2002, *Permissioner vid psykiatrisk tvångsvård-En uppföljning och utvärdering av ändrad reglering*, Uppföljning och utvärdering, s. 41

²⁹⁸ Socialstyrelsen 2001, *Effekter av ändringar i de psykiatriska tvångsvårdslagarna*, Uppföljning och utvärdering, s. 7

²⁹⁹ A a s. 8f

³⁰⁰ Socialstyrelsen 2002, *Permissioner vid psykiatrisk tvångsvård-En uppföljning och utvärdering av ändrad reglering*, Uppföljning och utvärdering, s. 7

³⁰¹ A a s. 41f

tvångsvård. Enligt Socialstyrelsen innebär denna tillämpning av permissionsbestämmelserna att tvångsvården används i förebyggande syfte, som ett sätt att se till att en patient får medicin och hindras från återfall. I de fallen uppfyller patienten troligen inte kraven på tvångsvård och en sådan tillämpning av permissionsbestämmelsen är inte tillåten. Socialstyrelsen kan därmed konstatera att lagändringen av permissionsinstitutet inte fått åsyftad effekt och anser att ytterligare reglering av bestämmelserna behövs³⁰². Vid den senaste uppföljningen gjord av Socialstyrelsen 2005, ifråga om de nya permissionsbestämmelserna fann man att antalet patienter på permission fortsatt öka även efter undersökningen 2002 och att de är fler än vid undersökningen 2002. I och med dessa resultat kan Socialstyrelsen på nytt konstatera att permissioner inte används i undantagsfall som avsikten var när ändringarna tillkom år 2000³⁰³.

Under 2001 kom även en rapport från Socialstyrelsen där man redovisade resultatet från en tillsyn som gjorts på 60 av landets 79 kliniker som bedriver psykiatrisk tvångsvård. Vid tillsynen fann man att det på de flesta kliniker fanns ordningsregler för användningen av telefoni och andra kommunikationsmedel men vid 37 % av enheterna fann man även att man använde sig av individuella restriktioner av möjligheten att använda olika kommunikationsmedel. Skälet uppgavs vara att det saknas regler som möjliggör en inskränkning av viss sådan användning av medicinska och andra skäl. Klinikerna ansåg sig därför tvungna att göra sådana inskränkningar för att hindra patienten eller andra att ta skada³⁰⁴. Resultatet bidrog till att den Nationella psykiatrisamordnaren ansåg att frågan borde ses över, och överlämnade därför en promemoria till regeringen avseende behovet av inskränkningar i en patients rätt att använda elektroniska kommunikationsmedel. Promemorian utmynnande småningom i proposition 2005/06:195 om elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård³⁰⁵.

6.2.2 LPT uppdateras

I denna proposition gjorde regeringen det möjligt att enligt LPT inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster samt att låta öppna, ta del av och hålla kvar försändelser från en patient³⁰⁶. En elektronisk kommunikationstjänst är en elektronisk (ofta: betal-) tjänst som överförs med signaler i ett elektroniskt kommunikationsnät, exempelvis data, fax, internet, mobil- och vanlig telefoni³⁰⁷. Beslutsbefogenheten hamnade på chefsöverläkaren³⁰⁸. För ett beslut om inskränkningar i kommunikationsmöjligheterna krävs att detta är nödvändigt med hänsyn till vården av patienten, vanligtvis för att bryta ett negativt beteende som orsakas av dennes sjukdom eller förhindra att andra kommer till skada exempelvis genom hot och trakasserier³⁰⁹. Att införa begränsningar i rätten till kommunikation innebär dels ett intrång i den personliga integriteten men även en inskränkning av grundlagskyddade rättigheter såsom yttrande- och informationsfriheten. Det är därför av största vikt att möjlighet till sådana inskränkningar uppfyller rättssäkerhetsgarantierna för att minska risken för missbruk³¹⁰. Av dessa skäl kom därför de nya bestämmelserna att omfattas av de allmänna proportionalitetsreglerna som gäller för all slags tvångsanvändning enligt LPT³¹¹. Möjligheten till inskränkning i kommunikationsmöjligheterna gäller dels elektroniska kommunikations-

³⁰² A a s.7f

³⁰³ Socialstyrelsen 2005, *Den rättspsykiatriska vården 2005 Sammanställning från inventeringen den 18 maj 2005*, Lägesbeskrivningar, s. 8 och 19

³⁰⁴ Prop 2005/06:195 s. 17f

³⁰⁵ A a s. 13

³⁰⁶ A a s. 20

³⁰⁷ A a s. 19

³⁰⁸ A a s. 20

³⁰⁹ A a s. 23

³¹⁰ A a s. 22

³¹¹ A a s. 24

tjänster, dels försändelser. Beslut om inskränkningar i kommunikationsmöjligheterna skall gälla högst två månader men upphörande av beslutet skall hela tiden övervägas. Sådana beslut, som skall tas av chefsöverläkaren, får överklagas hos länsrätten. Beslut om inskränkningar av kommunikationsmöjligheterna är alltså de enda slag av tvångsåtgärder som går att överklaga, detta bland annat på grund av att dess giltighetstid är betydligt längre än för andra tvångsåtgärder³¹².

Frågan om inskränkning av användningen av kommunikationstjänster m.m. var även föremål för diskussion i proposition 1999/2000:44. I denna proposition ansåg regeringen inte att tillräckliga skäl fanns för en inskränkning i dessa grundlagsbaserade rättigheter³¹³. Motivet till regeringens beslut att denna gång införa en möjlighet till inskränkning av kommunikationsmöjligheterna, var för att förhindra att patienten i sin sjukdom kommer till skada, exempelvis att denne skuldsätter sig genom för stora inköp, en situation som kan försvåra ett positivt vårdresultat eller att annan kommit till skada exempelvis på grund av att patienten trakas-serat sina anhöriga³¹⁴. Flertalet remissinstanser uttryckte sig positiva till förslaget i propositionen. Socialstyrelsen ansåg att en rätt borde finnas att övervaka användandet av elektroniska kommunikationstjänster främst från behandlingssynpunkt, men även för skyddet av andra. JO var av samma åsikt och menade att det förelåg ett stort behov av en sådan möjlighet på kliniker, och menade även att möjligheten att övervaka försändelser borde finnas³¹⁵.

7. Nya tankegångar

7.1 Öppen vård med särskilda villkor

7.1.1 En flexiblare utslussningsform behövs

I kommittédirektivet till den Nationella psykiatrisamordnaren ingick det att se över de dåvarande permissionsbestämmelserna på grund av det som visats i Socialstyrelsens rapport från år 2002. Enligt direktivet skulle man förutom detta göra en bedömning av om det behövdes någon ny vårdform som ett mellanting mellan slut- och öppenvård³¹⁶. Båda delarna har den Nationella psykiatrisamordningen gjort och detta redovisades i en promemoria till Socialdepartementet i mars 2006. Promemorian innehöll ett förslag om öppenvård med särskilda villkor³¹⁷.

Som redovisats ovan har inte de nya ändringarna i permissionsinstitutet som gjordes år 2000 fått avsedd effekt, något som visats i Socialstyrelsens rapport från år 2002. Syftet med ändringarna var att korta permissionernas längd och bara i undantagsfall skulle en permission få pågå mer än ett år. Skälet till att ändringarna inte fått avsedd effekt samt till den tillämpning av permissionsinstitutet som visats ha skett i Socialstyrelsens rapport, är enligt Nationell psykiatrisamordning att ett behov finns av ett mer flexibelt permissionssystem än dagens. Genom att tillämpa permissionsreglerna på det sätt som skett enligt Socialstyrelsens rapport framgår det att behov föreligger av att ha en utslussningsperiod från tvångsvård som är längre än ett år, vilket är den längsta tid dagens regler tillåter. De patienter som behöver en utslussningsperiod överstigande ett år riskerar med dagens regler antingen att åter tas in på sjukvårdsinrättning för fortsatt tvångsvård eller skrivs ut för tidigt med konsekvensen att utslussningen i samhället misslyckas. Det är dessa scenarier man försökt undvika genom att tillämpa

³¹² A a s. 29f

³¹³ A a s. 16

³¹⁴ A a s. 22

³¹⁵ A a s. 18f

³¹⁶ Kommittédirektiv, Dir. 2003:133, *En nationell psykiatrisamordnare*, 2003-10-23, s. 14f

³¹⁷ Nationell psykiatrisamordning, *Öppenvård med särskilda villkor*, 2006-03-30, s. 5

permissionsreglerna på det sätt som visats enligt Socialstyrelsens rapport menar Nationell psykiatrisamordning³¹⁸. För att komma tillrätta med problemen kring permissioner föreslår Nationell psykiatrisamordning att en ny vårdform införs-öppenvård med särskilda villkor³¹⁹.

7.1.2 Introduktion av en ny vårdform

Förslaget om öppenvård med särskilda villkor är ingalunda nytt, utan detta presenterades först av Tvångspsykiatrikommittén men ratades av regeringen i proposition 1999/2000:44. Nu har Nationell psykiatrisamordning emellertid dammat av förslaget och vill införa det som en ny vårdform³²⁰. Man vill dessutom införa två nya tvångsvårdslagar med samma namn som de nuvarande (LPT och LRV, här kallade: Nya LPT och Nya LRV) med det enda nya i form av denna föreslagna vårdform om öppenvård med särskilda villkor³²¹. Att man vill införa en helt ny vårdform och inte enbart ändra de gamla permissionsreglerna, beror på att man anser att permission bör finnas kvar men att den bör vara avsedd endast för patienter som fortfarande behöver tvångsvård på sjukhus men som har behov av kortare vistelser utanför sjukvårdsinrättningen, som exempelvis helgpermission. För de patienter som inte längre behöver vård på sjukhus men som ännu inte är mogna att helt kunna avskrivas från tvångsvård behövs ett mellanting, en helt ny vårdform anser Nationell psykiatrisamordning. För dessa patienter behöver det finnas en möjlighet att kunna befinna sig utanför sjukhuset under kontrollerade former under en utslussningsperiod som är anpassad efter vars och ens egna förutsättningar³²².

I Nationell psykiatrisamordnings förslag om öppenvård med särskilda villkor i den Nya LPT avser man att det i denna skall regleras två tvångsvårdsformer varav den ena är ny, öppenvård med särskilda villkor. Tvångsvårdsformen öppenvård med särskilda villkor får ges efter att patienten varit inlagd för tvångsvård på sjukvårdsinrättning. Med tvångsvård på sjukvårdsinrättning avses den tvångsvårdsform som LPT reglerar idag³²³. Då inte längre förutsättningar finns för tvångsvård på en sjukvårdsinrättning skall vården antingen upphöra eller övergå i öppenvård med särskilda villkor, om förutsättningarna för denna vårdform föreligger. Förutsättningarna för tvångsvård på (sjukvårdsinrättning) är desamma som i nuvarande LPT³²⁴. Om öppenvård med särskilda villkor påbörjas upphör automatiskt tvångsvården på sjukvårdsinrättning³²⁵. Då kvalificerad psykiatrisk vård dygnet runt på sjukvårdsinrättning inte längre behövs får länsrätten, på chefsläkarens ansökan, besluta om öppenvård med särskilda villkor. Förutsättningen är att patienten fortfarande lider av en allvarlig psykisk störning och har ett fortsatt psykiatriskt vårdbehov, men att denna vård inte kan utföras med patientens samtycke. Slutligen krävs att det är nödvändigt att patienten följer särskilda villkor avseende exempelvis vård, behandling, boende eller andra insatser, nödvändiga för patientens psykiska tillstånd eller förhållanden i övrigt eller annans psykiska eller fysiska hälsa eller säkerhet. En samordnad vårdplan skall skickas med chefsöverläkarens ansökan och i den skall det framgå vilken utredning som gjorts avseende patientens behov samt de insatser som planerats exempelvis i form av socialtjänst och psykiatrisk öppenvård samt de eventuella särskilda villkoren³²⁶. Innan länsrätten tar beslut om öppen vård med särskilda villkor får tvångsvården på sjukvårdsinrättningen fortsätta. Öppen vård med särskilda villkor får pågå i högst sex månader från beslutet av länsrätten och får därefter förlängas med sex månader åt

³¹⁸ A a s. 63

³¹⁹ A a s. 5

³²⁰ A a s. 65

³²¹ A a s. 79

³²² A a s. 65

³²³ A a s. 7

³²⁴ A a s. 15

³²⁵ A a s. 15

³²⁶ A a s. 16 och 73f

gången. Om inte längre förutsättningarna är uppfyllda för öppen vård med särskilda villor skall det beslutas att denna genast skall upphöra. Om en patients psykiska tillstånd förändras så att denne återigen uppfyller förutsättningarna för tvångsvård på sjukvårdsinrättning kan han intas för detta, utan att vårdintyg först behöver utfärdas, men inom fyra dagar skall ett medgivande om fortsatt tvångsvård inlämnas till länsrätten³²⁷. Den nya vårdformen skall enbart tillämpas på patienter med särskilda problem, som personer med allvarlig psykisk sjukdom och samtidigt missbruk. Men den kan även tillämpas på andra med allvarlig och långvarig psykisk sjukdom som vid återkommande tillfällen varit inlagda för tvångsvård på grund av till exempel problem med att sköta medicinering eller annat och som bedöms kunna klara att vistas utanför sjukvårdsinrättning förutsatt att de uppfyller vissa villkor, exempelvis sköter sin medicinering³²⁸.

Som framfördes ovan kan den huvudsakliga kritiken från remissinstanserna mot Tvångspsykiatrikommitténs förslag om öppen vård med särskilda villkor sammanfattas i tre synpunkter. För det första menade man att vårdformen skulle medföra en återgång till LSPV:s system med försöksutskrivningar, för det andra att den skulle strida mot LPT: s syfte som är korta tvångsvårdstider och för det tredje att den skulle innebära att långa behandlingstider med neuroleptika gavs en juridisk sanktion. Nationell psykiatrisamordning anser det vara viktigt att ta denna kritik på allvar men tror ändå att om förslaget om öppen vård med särskilda villkor införs kommer detta leda till större förbättringar för patienterna. Vad gäller kritiken om en återgång till LSPV: s försöksutskrivningssystem säger Nationell psykiatrisamordning att det nya förslaget om öppen vård med särskilda villkor har till syfte att verka för att en varaktigt utslussning från tvångsvård kan åstadkommas. Förslaget har således en framåtsyftande karaktär vilket inte var fallet med LSPV: s försöksutskrivningssystem. Den varaktiga utslussningen skall ske genom krav på en samordnad planering och uppföljning av insatserna till patienten som skall genomföras av kommun och landsting där vårdplanen kommer att öka förutsättningarna för att insatserna blir genomförda. Om kritiken ifråga om LPT: s syfte med korta tvångsvårdstider menar Nationell psykiatrisamordning att korta tvångsvårdstider bör vara målet även med förslaget om öppen vård med särskilda villkor, men samtidigt hävdar man att av största vikt är ändå att hålla nere tvångsvårdstiderna inne på sjukvårdsinrättningen. Nationell psykiatrisamordning menar vidare att dagens permissionsregler inte bidrar till att hålla nere tiden inne på sjukvårdsinrättningen, beroende på att en del patienter hålls inne längre tid än vad som hade varit nödvändigt om de hade fått slussas ut från tvångsvården i sin egen takt. Följden av patienterna inte får slussas ut i egen takt blir att somliga får tas in på nytt på sjukvårdsinrättning efter en viss tid på permission, för att de misslyckats med sin utslussning i samhället. I vissa fall sker återintagning gång på gång vilket är mycket negativt för den enskilde patienten, ett problem som ofta beror på problem med att klara av medicinering på egen hand. Men hade öppen vård med särskilda villkor funnits att tillgå som vårdform hade man kunnat undvika återintagningar i många fall anser Nationell psykiatrisamordning. För att det nya förslaget inte skall uppfattas som en juridisk sanktion av långtidsbehandling med neuroleptika, som var den tredje kritiska synpunkten på förslaget, påpekar Nationell psykiatrisamordning i sin promemoria att medicinering inte skall vara den enda behandlingsform att stå till buds vid tvång i öppenvården, utan även psykoterapi och andra rehabiliterande insatser, något som får väljas i samråd med den enskilde patienten³²⁹.

Sammanfattningsvis anser Nationell psykiatrisamordning att förslaget om öppen vård med särskilda villkor är det bästa lösningen på problemen med dagens permissionsbestämmelser och menar att det skulle medföra ett flertal förbättringar i jämförelse med nuvarande regler. Ett par fördelar med förslaget har redan nämnts, bland annat den främsta som

³²⁷ A a s. 16f

³²⁸ A a s. 74

³²⁹ A a s. 66f

innebär att utslussning från tvångsvård kan ske i en patients egen takt. Detta att få en tillfredsställande psykiatrisk vård utan att behöva vara intagen på en inrättning medför en möjlighet till ett förbättrat hälsotillstånd och en ökad livskvalitet för patienterna vilket i sig ökar chanserna till en framgångsrik utslussning i samhället. En lyckad utslussning skulle även betyda att belastningen på anhöriga minskar, vilka är en grupp som ofta påfrestas hårt då deras sjuka anhörige försämras. Samhällsskyddet är ytterligare en aspekt som kan förbättras genom förslaget. Hur ett förebyggande av brott skall gå till finns det inga givna lösningar på men en viktig byggsten i ett sådant är en väl fungerande behandling och lyckad utslussning. Genom den nya vårdformens bidrag till en patients ökade livskvalitet minskar en patients potentiella farlighet vilket i sin tur minskar risken för brott³³⁰.

För att få en, åtminstone hypotetisk uppfattning om vilka konsekvenser förslaget om öppen vård med särskilda villkor, om det införs, kan få för den psykiatriska tvångsvården idag, och vilken inställningen är till förslaget om den nya vårdformen, sände man ut en enkät till ett flertal kliniker som bedriver psykiatrisk tvångsvård enligt LPT (och LRV). På frågan om hur många av de nu ineliggande patienterna som skulle ha kunnat skrivas ut om den nya vårdformen fanns, bedömde man dessa till ca 25 %. Den nya vårdformen ansågs även kunna vara ett bättre alternativ för 51 % av de idag tillåtna patienterna än vad nuvarande permissionsregler är. I enkäten gav man dessutom klinikerna möjlighet att svara på frågan om hur lång tid de trodde det skulle ta för en patient att definitivt skrivas ut från tvångsvård med det nya förslaget vårdform. Genom en uppskattad beräkning kom klinikerna fram till att 16 % av de nu ineliggande patienterna skulle behöva öppen vård med särskilda villkor mellan fyra och tolv månader. 18 % skulle behöva den mellan ett och fyra år och 66 % längre än fyra år. Med avseende på svaren i denna enkät anser Nationell psykiatrisamordning inte att det råder någon tvekan om att det nya förslaget skulle få stor användbarhet vid ett införande. Den nya vårdformen skulle även innebära att hundratals vårdplatser skulle kunna frigöras inom den psykiatriska slutenvården då vårdtiden förkortas för flera patienter genom att de skrivs ut till öppen vård med särskilda villkor, något som i sin tur skulle öka möjligheterna för patienter som vill ha frivillig vård att kunna få det. Insatserna från socialtjänsten kommer dock att behöva ökas då fler patienter skrivs ut³³¹.

7.1.2.1 Remissinstansernas synpunkter

Efter det att Nationell psykiatrisamordning lämnat över sin promemoria om öppen vård med särskilda villkor till regeringen, skickades förslaget ut på remiss till ett flertal remissinstanser. Några av svaren från dessa redogörs för nedan.

Flera av de här redovisade remissinstanserna är positiva till förslaget om öppen vård med särskilda villkor. Det är i första hand vårdformens möjlighet att utgöra ett mer flexibelt utslussningssystem från psykiatrisk tvångsvård man anser vara mest positivt,³³² detta för att man tror att den kan lösa problemen som idag finns med de nuvarande permissionsbestämmelserna³³³. Även förslaget med samordnade vårdplaner har fått positiva reaktioner, bland

³³⁰ A a s. 69

³³¹ A a s. 76f

³³² Nordmark-Nilsson & Olofsson, *Yttrande över den nationella psykiatrisamordnarens promemoria Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-05-02, s. 2 och Ramberg, *R-2006/0427*, 2006-06-26, s. 1 och Heckscher & Nilsson, *Promemorian Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-06-28, s.1

³³³ Ramberg, *R-2006/0427*, 2006-06-26, s. 2 och Nordmark-Nilsson & Olofsson, *Yttrande över den nationella psykiatrisamordnarens promemoria Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-05-02, s. 3

annat för att man anser att detta kan vara en väg för patienten att få nödvändig vård³³⁴. Ett par remissinstanser pekar emellertid på, att för att den nya vårdformen skall fungera i praktiken krävs att vårdplanen efterlevs av kommun och landsting samt att dessa två upprätthåller ett väl fungerande samarbete under hela vårdtiden, ett samarbete som i många fall brister idag³³⁵.

Förslaget har även fått kritik avseende vissa delar men också i sin helhet. Delar av denna kritik rör förslaget från Nationell psykiatrisamordning om att införa två nya lagar. Ett par remissinstanser ansåg att det borde räcka med att ändra de nuvarande lagarna eftersom det enda nytillkomma i lagarna är just förslaget om öppen vård med särskilda villkor³³⁶. Några nämner även att de upplever det som en stor brist att Nationell psykiatrisamordning inte gjort någon kostnadsanalys av vad den nya vårdformen kan komma att kosta för kommunerna, eftersom det står klart att öppenvårdsinsatserna kommer att behöva öka med införandet av den nya vårdformen³³⁷.

En av remissinstanserna, Kammarrätten, hade en del synpunkter på själva utformningen och syftet med en del bestämmelser i det nya förslaget. Man ifrågasätter till att börja med regeln om att öppen vård med särskilda villkor måste ha föregåtts av tvångsvård på sjukvårdsinrättning. Situationen kan uppkomma att en person som inte vårdas under tvångsvård uppfyller villkoren för öppen vård med särskilda villkor men inte förutsättningarna för tvångsvård på sjukvårdsinrättning. Det skulle med föreslagna reglering innebära att denna person var tvungen att försämrats ytterligare så att tvångsvård på sjukvårdsinrättning först kunde ske. Detta menar kammarrätten är rent olämpligt. Vidare anser man att vårdintyg borde krävas innan återtagning sker för tvångsvård på sjukvårdsinrättning. Skälet är att lång tid kan ha passerat sedan personen senast var intagen på sjukvårdsinrättning och det senaste vårdintyget utfärdades och för att tvångsvård på sjukvårdsinrättning är betydligt mer ingripande än öppen vård med särskilda villkor. Kammarrätten anser även att det i den föreslagna lagtexten borde framgå att den nya vårdformen är avsedd att tillämpas endast i undantagsfall vilket Nationell psykiatrisamordning avsåg i promemorian. Mot bakgrund av att så pass många nu inlagda patienter hypotetiskt skulle kunna omfattas av den nya vårdformen enligt den undersökning Nationell psykiatrisamordning gjorde på klinikerna, anser Kammarrätten att vårdformen troligen, om den införs, kommer användas mer än i undantagsfall om inte detta anges i lagtexten³³⁸.

En annan remissinstans pekar på de svårigheter som skulle kunna uppkomma då en person skall vårdas med tvång med villkor som kan röra insatser som annars är frivilliga, exempelvis insatser enligt SOL och LSS. Samma remissinstans efterfrågar även grundligare utredning av hur öppenvården skall komma att fungera för patienterna, särskilt eftersom det ibland visat sig att en person som vårdats under lång tid inom slutna vård inte alls får bättre livsvillkor av att vårdas i öppenvården, oavsett hur bra utformad denna än är³³⁹.

RSMH är den remissinstans som var mest kritisk till förslaget och avstyrker det helt vad avser LPT. RSMH tror inte att kommuner och landsting skulle klara av att leva upp till de krav den nya vårdformen ställer på dem, eftersom en del av kraven redan finns och de klarar

³³⁴ Nordmark-Nilsson & Olofsson, *Yttrande över den nationella psykiatrisamordnarens promemoria Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-05-02, s. 3 och Heckscher & Nilsson, *Promemorian Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-06-28, s. 1

³³⁵ Nordmark-Nilsson & Olofsson, *Yttrande över den nationella psykiatrisamordnarens promemoria Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-05-02, s. 2f och Olofsson, *Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-06-02, s. 2

³³⁶ Nordmark-Nilsson & Olofsson, *Yttrande över den nationella psykiatrisamordnarens promemoria Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-05-02, s. 3 och Heckscher & Nilsson, *Promemorian Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-06-28, s. 1

³³⁷ Nordmark-Nilsson & Olofsson, *Yttrande över den nationella psykiatrisamordnarens promemoria Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-05-02, s. 3 och Olofsson, *Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-06-02, s. 4

³³⁸ Heckscher & Nilsson, *Promemorian Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-06-28, s. 1

³³⁹ Olofsson, *Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-06-02, s. 3

inte av det nu. Mot bakgrund av det sagda skulle det knappast medföra en förbättring för patienterna med den nya vårdformen om det nu är det Nationell psykiatrisamordning vill uppnå menar man. Förslaget skulle istället innebära att neuroleptika sannolikt skulle bli den enda form av behandling som erbjöds vid ett införande av öppen vård med särskilda villkor, eftersom andra behandlingsformer troligen av kostnadsskäl och andra skäl skulle bortprioriteras. Det ligger dessutom i sakens natur att en läkare, med ansvar för sin patients beteende ute i samhället, med säkerhet skulle se till att denne patient blev ordentligt medicinerad och mot bakgrund av en sådan ordning skulle andra behandlingsmetoder än neuroleptika naturligen träda i bakgrunden. Faran med ett införande av den nya vårdformen är att en patient riskerar att få utstå en omfattande medicinering under lång tid. Genom att på detta sätt ge psykiatri och domstolarna ett instrument för att under oöverskådlig tid tvångsmedicinera en patient, förändrar maktstrukturen till patientens nackdel i förhållande till den ordning som råder idag. Idag kan en patient trots allt inte medicineras med tvång hur länge som helst. Följden av ett införande av denna nya vårdform skulle med andra ord bli en stor inskränkning av människors medborgerliga rättigheter och rätt till självbestämmande anser RSMH. Förvisso sägs i Nationell psykiatrisamordnings promemoria att patientens behandlingsformer skall bestämmas efter samråd med patienten, men hur detta skall gå till redovisar man inte. Ett samrådskrav skulle minska risken för att neuroleptika blev den enda behandlingsformen, men så länge detta samrådskrav inte kommer till tydligt uttryck i den föreslagna lagtexten kommer samrådskravet knappast att uppfyllas i praktiken, menar RSMH³⁴⁰.

7.1.2.2 Medias och andra åsiktsinnehavares synpunkter

Reaktionerna från massmedia och andra håll lät inte vänta på sig ifråga om detta nya förslag om öppen vård med särskilda villkor. Framförallt har många psykiatrer haft synpunkter på förslaget, framförda i olika artiklar. Alla är inte heller så optimistiska ifråga om det goda i den nya vårdformen. En del menar att tvång i öppen vård med särskilda villkor skulle innebära ett allvarligt hinder för patienternas rehabilitering och återanpassning till samhället och att villkoren skulle ta bort möjligheten till kontroll och inflytande över patienternas dagliga liv³⁴¹. Debattörerna Jan-Olof Forsén och Johan Cullberg, förbundsordförande i RSMH respektive professor i psykiatri, anser även de att förslaget om öppen vård med särskilda villkor bör kastas. De hävdar att det är felaktigt att påstå att ett par återfall för en psykiskt sjuk skulle vara värre än att tvingas ta neuroleptika med de biverkningar i form av sänkning av livslust och livskvalitet men också sänkning av självkänslan som detta ger. Patienter med mindre sjukdomsinsikt kan tvärtom behöva få uppleva ett par återfall för att göra dem mer motiverade att medicinera frivilligt. De hävdar även att neuroleptika kan ge hjärnskador vid långvarig behandling. Tvång i öppen vård är en billigare variant av vård än den vård det borde satsas på, och det är att göra vårdavdelningarna mindre och mer personliga med mobila psykoteam. Idag är vårdavdelningarna alldeles för stora och kaotiska fyllda med mycket sjuka patienter. Då patienter befinner sig på en sådan vårdavdelning riskerar deras psykiska sjukdom att tillta i styrka, vilket innebär att läkarna tvingas öka medicineringen för att lugna patienterna, detta för att dölja den resursbrist som faktiskt råder menar Forsén och Cullberg³⁴².

Emellertid finns det de psykiatrer som istället är positiva till tvång i öppen vård, bland annat av det skälet att de anser att lagstiftningen behöver bli mer flexibel så att den kan

³⁴⁰ Forsén & Dahl & Jarmar, *Öppen vård med särskilda villkor – den nationella psykiatrisamordnarens promemoria*, 2006-06-20, s. 1ff

³⁴¹ Grönwall, *Nu vrids klockan tillbaka: Nytt lagförslag kan leda till ökat tvång inom psykiatrin*, Socialpolitik, nr 2 1998

³⁴² Cullberg & Forsén, *Psykiatrin är inte mogen för tvångsbehandling i öppenvården*, *Läkartidningen* nr 39 2006 s. 2885-6

anpassas till patienternas olika behov³⁴³ men även för att minimera risken för att en patient snabbt försämras för att denne avbryter sin behandling³⁴⁴. Lars Jacobsson är en av dem som är positiv till tvång i öppenvården. Han menar att det är bra att LPT syftar till att minska tvånget och att syftet är att tvångsvården skall övergå i frivillig behandling. Problemet som han ser det är dock att det ibland är mycket svårt att få en psykiskt sjuk att acceptera en frivillig behandling vilket leder till att somliga patienter inte får den behandling som behövs. Dessa patienter är ofta så sjuka att de inte kan välja att vårdas frivilligt och Jacobsson anser det vara ett svek mot dessa patienter att de inte får pröva ett neuroleptika som kan göra dem bättre även om det sker med tvång. Vidare ifrågasätter han om inte det är så att människor har en slags skyldighet att låta sig behandlas. Han anser att då en psykiskt sjuk person tar emot hjälp och insatser från samhället borde denne också vara skyldig att prestera något i gengäld, exempelvis att acceptera att låta sig medicineras³⁴⁵.

Anders Milton försvarar i en artikel sin och sina kollegors förslag om tvång i öppen vård med särskilda villkor. Han anser att vårdformen är nödvändig för ett mindre antal patienter som av olika skäl inte godtar frivillig behandling. Vårdformen är nödvändig, inte bara för patienternas egen skull, utan också för att skydda andra. Milton menar att dessa patienter måste hindras från brottslighet, något annat vore ett behandlingsmisslyckande, samtidigt som det ligger i patientens eget intresse att inte bli en brottsling. Med den nya vårdformen hoppas han att de s.k. vansinnesdåden kommer att förhindras och gör de det minskar även den stigmatisering som blir följden av sådana dåd, av hela gruppen psykiskt sjuka³⁴⁶.

Det kan, som en psykiater uttryckte det, förmodas att psykiatri är den läkarvetenskapliga disciplin ”som är mest känslig för stämningar och värderingar i samhället”³⁴⁷. Detta visar sig också i det faktum att behandlingsformerna inom psykiatrin ifrågasatts på ett helt annat sätt än vad som är vanligt förekommande för andra verksamheter inom medicinen, vilket gäller, inte minst för tvångsvården i sig, som sedan LPT tillkom har utretts gång efter annan. Kanske har detta att göra med att kunskapen om de psykiska sjukdomarna inte ökar så snabbt vilket beror på att det inte forskas så mycket om detta. Vidare är det så att tvång i sig, som den traditionella psykiatrin bygger på och som varit det sedvanliga sättet att hantera avvikande beteende på, passar allt mindre in i det samhälle vi lever i idag med de allt större och ökade kraven på integritet och självständighet som finns. Dock borde de ökade kunskaperna om psykisk sjukdom ändra inställningen i samhället till psykiatrin och göra den till en mindre ifrågasatt vetenskap, men än är det lång väg kvar³⁴⁸.

Ett par debattörer kan konstatera att just detta med människors värderingar och åsikter blir psykiatrin och de psykiskt sjuka ständigt varse, speciellt efter vansinnesdåden 2003. Emellertid handlar det inte alltid bara om värderingar som uttryckts utan ibland också om en massmedial hetsjakt på psykiskt sjuka och allmänpsykiatrin i stort³⁴⁹.

Efter dåden 2003 tog debatten om psykiatrin fart igen. Många debattörer och skribenter formade gemensamt bilden av en ineffektiv psykiatri som resulterat i tusentals farliga

³⁴³ Levander, *Efter den senaste tidens våldsdåd-lagstiftningen måste förändras*, Läkartidningen nr 25 2003 s. 2236-7

³⁴⁴ Ågren, *Den farlige patienten-tre orsaker till att psykiatrin inte når fram*, Läkartidningen nr 39 2003 s. 3068-9

³⁴⁵ Jacobsson, *Finns det en rätt att vara galen? De svårast psykiskt sjuka sviks av samhälle och en undfallande tvångsvårslagstiftning*, Läkartidningen nr 4 2003 s. 236-40

³⁴⁶ Milton, *Tvång i öppen vård behövs för en liten grupp patienter till skydd för dem själva och andra*, Läkartidningen nr 41 2006 s. 3101

³⁴⁷ Jacobsson, *Psykiatri i samhällets tjänst: Uppenbart missbruk då psykiskt sjuka brottslingar döms till rättspsykiatrisk vård*, Läkartidningen nr 23 2006 s. 1822-3

³⁴⁸ Jacobsson, *Finns det en rätt att vara galen? De svårast psykiskt sjuka sviks av samhälle och en undfallande tvångsvårslagstiftning*, Läkartidningen nr 4 2003 s. 236-40

³⁴⁹ Costa, *Psykiatridebatten utan sans*, DN, 2003-10-08 och Jespersen, *Leijonborg sparkar på dem som redan ligger*, Helsingborgs Dagblad, 2006-08-14 och Cullberg, *Svensk psykiatri är föråldrad*, DN, 2004-07-26

psykiskt sjuka ute på gatorna och rösterna höjdes om att en översyn behövdes över det man menade var orsakerna till dåden, bland annat psykiatrireformen, stängningen av mentalsjukhusen och bristande resurser inom psykiatrin. Dock hade dåden knappast kunnat förhindras, varken med mer psykiatrisk vård eller tvång i öppen vård och inte heller med ökad medicinering menar en av debattörerna Maths Jespersion, distriktsombud för RSMH-Skåne. Jespersion menar att detta beror på att de flesta av de personer som begick dåden redan stod under medicinering och under psykiatrisk både öppen- och slutenvård, vilket innebär att de inte hade blivit stoppade utav mer tvång eller mer medicinering³⁵⁰. Det finns heller inga undersökningar som har visat att andelen brott av psykiskt sjuka skulle ha ökat under de senaste åren och inte heller att psykiatrins resurser skulle ha minskat. Behandlingen med neuroleptika har även den varit oförändrad i många år. Men trots att man vet detta fortsätter debatten om psykiatriens farlighet och psykiatrin som den stora boven, vilket enbart bidrar till en ännu större stigmatisering av och utsatthet för de psykiskt sjuka. Vad som egentligen är problemet i psykiatrin är inte bristande kvantitativa resurser, menar både Cullberg och Jespersion³⁵¹. Problemet står istället att finna i vårdmetoderna, i oviljan att använda de vetenskapliga evidensbaserade behandlingsmetoder som faktiskt finns och som bevisats fungera. Idag använder man gamla och verkningslösa ovetenskapliga metoder baserat på den traditionella biologiska psykiatrin vilket inte botar någon utan snarare förvärrar symptomen för de psykiskt sjuka³⁵². Likaledes skulle dessa personer kunna behandlas i öppen vård men det ställer lite högre krav på vårdpersonalen, exempelvis att de ändrar sin inställning och målsättning och ökar sin vilja och inte tar den enkla vägen och håller patienterna inlåsta i slutenvård³⁵³. Slutenvård är fortfarande kärnan i den psykiatriska vården på samma sätt som man hade det i början av 1900-talet, trots utbyggnad av öppenvården. Det krävs alltså både att kunskaperna ökar inom psykiatrin men framförallt att intresset ökar för hur de psykiskt sjukas vardag ser ut och sambandet mellan denna och den psykiska sjukdomen³⁵⁴.

7.2 Ambition och ansvar

I november 2006 överlämnade Nationell psykiatrisamordning den sista skrivelsen, denna gång i form av en SOU kallad Ambition och ansvar, till regeringen. Därmed har Nationell psykiatrisamordnings uppdrag slutförts. Nedan avser jag att redogöra för en del av de förslag och synpunkter som framförts i Ambition och ansvar, varav några har formen av lagförslag³⁵⁵.

Det första förslaget som presenteras i Ambition och ansvar har inte formen av lagförslag, utan det är ett förslag där Nationell psykiatrisamordning uppmanar regeringen att göra en översyn av LPT. Skälet är att både samhället och den psykiatriska vården ändrats så mycket på tio år att LPT nu behöver ses över. Bland annat anser man att tvångsvården behöver anpassas efter de nya arbetssätt som införts i öppenvården, en vårdform som blivit allt mer vanlig då slutenvårdsplatserna successivt minskat. Andra orsaker till att en översyn av LPT bör ske, är de svårigheter som uppdragats i tillämpningen av lagen. Ett par exempel som framförs i Ambition och ansvar är för det första de svårigheter att få in en patient på tvångsvård som anhöriga vittnar om. Ofta måste det ha gått långt innan tvångsvård kan bli aktuellt, detta på grund av att behovet av sluten vård måste vara oundgängligt enligt LPT innan tvångsvård

³⁵⁰ Jespersion, *Leijonborg sparkar på dem som redan ligger*, Helsingbogs Dagblad, 2006-08-14

³⁵¹ Costa, *Psykiatridebatten utan sans*, DN, 2003-10-08 och Jespersion, *Leijonborg sparkar på dem som redan ligger*, Helsingbogs Dagblad, 2006-08-14

³⁵² Jespersion, *Leijonborg sparkar på dem som redan ligger*, Helsingbogs Dagblad, 2006-08-14

³⁵³ Costa, *Psykiatridebatten utan sans*, DN, 2003-10-08

³⁵⁴ Cullberg, *Svensk psykiatri är föråldrad*, DN, 2004-07-26

³⁵⁵ SOU 2006:100, *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*, s. 4

kan tillgripas. Många gånger finns dock behov av att kunna gripa in med tvångsvård innan en allvarlig försämring uppstått eller helt enkelt för att kunna förhindra att en försämring överhuvudtaget inträffar. För det andra är LPT svår att tillämpa på personer med allvarlig psykisk sjukdom och samtidigt missbruk av alkohol eller droger³⁵⁶.

Vad regeringen bör göra omedelbart är dock att införa förslaget om öppen vård med särskilda villkor som lades fram i mars 2006 säger man i SOU: n³⁵⁷. I övrigt anser man att åtgärder behöver vidtas för att förbättra arbetsmetoderna hos vårdpersonalen samt innehållet i vården i sig så att behovet av att använda tvångsåtgärder minskar. Detta anser man bör ske genom att varje enhet inför föreskrifter och rutiner för hur en god psykiatrisk vård kan tryggas samt program för hur man skall kunna utveckla ett bra bemötande hos vårdpersonalen samt praktisk och etisk förmåga³⁵⁸.

I SOU: n har även ett par lagförslag lagts fram av Nationell psykiatrisamordning. Det första rör vissa ändringar och tillägg som man vill införa i SOL. I en paragraf som anger insatser som exempel på verksamheter som socialnämnden bör bedriva för att göra det lättare för en person att bo hemma, vill man lägga till boendestöd för personer med psykisk sjukdom, vilket innebär att insatsen då får samma status som andra kommunala verksamheter. Man vill dessutom införa två nya regler i SOL och den första rör en skyldighet för kommunen att tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan för att den enskilde skall få sina behov av insatser från kommun och landsting tillgodosedda när detta behövs. I HSL vill man införa motsvarande bestämmelse för landstinget³⁵⁹. Den andra nya regeln bygger på att förslaget om öppen vård med särskilda villkor införs, och regeln innefattar en ytterligare skyldighet för kommunen och det är att denna skall vara skyldig överenskomma med landstinget om dessas samarbete kring personer med psykisk sjukdom. Syftet är att de två huvudmännen skall identifiera de områden där de skall ta ett gemensamt ansvar för den psykiskt sjuke. Det är sedan upp till parterna att avgöra vilken rättverkan deras överenskommelse sedan skall få³⁶⁰. I HSL skall motsvarande bestämmelse för landstinget införas. I LPT vill man slutligen införa en ändring som rör hälso- och sjukvårdssekretessen. Avsikten är att regeln skall medföra en lättnad för chefsöverläkaren som innebär att denne utan hinder av sekretessen kan lämna nödvändiga upplysningar till kommunen om personer som har permission eller vårdas i öppen vård med särskilda villkor, så att kommunen skall kunna fullgöra de uppgifter den har enligt SOL och LSS³⁶¹.

8. Analys

8.1 Sammanfattning

Sedan medeltiden har mycket hänt på det psykiatriska vårdområdet. Utvecklingen på området har med tiden gått framåt, dock inte ensam, utan hand i hand med utvecklingen av samhället och de rådande strukturer som varit förhärskande från tid till annan. Som vi har kunnat se är dagens psykiatri i högsta grad en produkt av de förändringar i samhället som föregått den.

I inledningen av 1800-talet började man att i någon mån ägna sig åt en egentlig psykiatrisk vård av de psykiskt sjuka. Dessförinnan hade man ansett de psykiskt sjuka som själva ansvariga för sitt tillstånd, främst som orsakad av gud eller onda andar och behand-

³⁵⁶ A a s. 419f

³⁵⁷ A a s. 419

³⁵⁸ A a s. 433f

³⁵⁹ A a s. 633f

³⁶⁰ A a s. 636f

³⁶¹ A a s. 645f

lingen av dem var mer att likna vid straff. Det som inträffade på 1800-talet var att synen på psykisk sjukdom förändrades till varande just en sjukdom, vilket blev de första trevande stegen på utvecklingen som skulle leda fram till det vi idag anser vara psykiatrisk vård. Synen på psykisk sjukdom ändrades därefter allt eftersom, precis som sker idag, beroende på den vetenskapliga utvecklingen, i synnerhet förklaringsgrunderna till de psykiska sjukdomarna. Den senaste i raden och som är dagens existerande är den biologiska/sociala/psykologiska förklaringsgrunden.

Frågan om tvångsvården fungerar eller inte är, och har varit, avhängigt hur vi har velat att samhället skall se ut, vilket beror på samhällsförändringarna. Ingen är opåverkad av denna vår syn, minst av allt lagstiftaren, eftersom lagen anpassas efter den syn som råder ute i samhället och på de strömningar som för närvarande är för handen. Även frågan om vad det innebär att något fungerar, i detta fall tvångsvården, beror på hur vi vill att samhället skall se ut. Idag torde dock frågan syfta på att en tvångsvård anses fungerande om den kan innebära att en person blir så pass frisk att denne kan fungera utan tvångsvård i samhället och helst inte behöver tvångsvård mer igen.

Att sinnessjuklagen byttes ut mot LSPV hade ju att göra med, dels att vissa kliniker började med intagning utan kvarhållningsrätt och dels att nya mediciner tillkom. Allt detta fick en stor påverkan på synen på tvångsvården, främst på rättssäkerhetsaspekterna i densamma, något man tidigare inte ägnat särskilt stor uppmärksamhet. Detta ledde till att sinnessjuklagen ansågs så föråldrad att den borde ersättas med en helt ny lagstiftning. Mycket skedde sedan på 60- och 70-talet, inte bara i Sverige utan i hela västvärlden. En mängd kritiker lät sig höras och småningom var debatten om den psykiatriska vården och tvångsvården i full gång, vilket snart ledde till helt förändrade synsätt på både psykiatrisk vård och orsakerna till psykisk sjukdom. Från att man, sedan den egentliga psykiatriska vården börjat ta fart, hade haft en tradition av hel och hållen slutenvård bakom sig som enda psykiatriska behandlingsform, förändrades plötsligt synen till det omvända. Allt detta, samt att man tyckte att LSPV inte kunnat bryta riktigt med det förgångna i sin utformning, gjorde att man i slutet på 80-talet ansåg att hela lagen borde bytas ut. Detta ansågs nödvändigt om man skulle kunna fortsätta de förändringar som var pågående inom den psykiatriska vården, vilka var att släppa ut patienterna från slutenvården på mentalsjukhusen, för att behandla dem i öppenvård och begränsa tvånget till ett minimum. Syftet med LPT blev därför att minska tvångsvårdsanvändningen samt att öka rättsäkerheten, allt för att anpassa lagstiftningen till de krav och förändringar som skett i samhället. Alla dessa förändringar har föregåtts av att man från samhälls- och lagstiftarhåll varit missnöjda med hur den dåvarande tvångsvården fungerat, vilket i sin tur berott på vilken syn som för tillfället rådde i samhället. Denna utveckling mot förändring av tvångsvården stannade ingalunda upp på 90-talet eller in på 2000-talet heller för den delen. LPT har ju ändrats flera gånger sedan dess tillkomst.

Psykiatrin, i synnerhet tvångsvården, är på ett mer påtagligt sätt än annan hälso- och sjukvård påverkad och styrd av lagstiftningen. När det gäller somatisk vård, exempelvis behandlingen av diabetes, är denna behandling inte alls på samma sätt styrd av lagstiftning. Hur man behandlar är enbart en följd av vetenskaplig forskning. Även inom psykiatrisk tvångsvård följer behandlingsmetoderna vetenskaplig forskning. Psykiatrisk tvångsvård är dock långt mer styrd av lagstiftningen på så vis att lagstiftningen reglerar om, när och hur tvång får användas mot en människa, och det är ju, i de fall tvångsvård används i psykiatrin, tvångsvården som åstadkommer att en psykiatrisk behandling överhuvudtaget kommer till stånd (vilket sker med hjälp av lagstiftningen som grund). Tvångsvården har, åtminstone sedan LSPV:s tillkomst, varit helt avhängig sin lagstiftning, inget tvång utan stöd i lag alltså. Innan dess var det inte så noga med hur tvånget i sig var reglerat eftersom tvång ansågs som en självklar del i den psykiatriska vården. Men allt eftersom samhället började ändra åsikt ifråga om tvång och rättsäkerhetsaspekter fick en större tyngd så ändrade man slutligen på

detta och införde strängare regler och en högre grad av rättssäkerhet i lagen, en utveckling som har följt med sedan LSPV: s tid.

Att psykiatrisk tvångsvård påverkas så av samhällsförändringarna beror sannolikt på att det är en verksamhet som många människor har åsikter om. En debatt tycks alltid pågå, särskilt i medierna, om psykiatrisk vård och tvångsvård där olika frågor förs fram huruvida tvångsvården fungerar och om den inte gör det så vad beror i så fall problemen på. Som jag sade ovan, påverkas även lagstiftaren av denna debatt. Detta kan man se i det faktum att bland annat LPT ändrats ett par gånger sedan dess tillkomst. Ett par exempel rör de nya reglerna om inskränkningar av elektroniska kommunikationstjänster och annan möjlighet till kommunikation och det nya förslaget om öppen vård med särskilda villkor, bägge med det uttryckliga syftet att förbättra samhällsskyddet. Skälet till att inskränka möjligheterna till kommunikation var att man ville förhindra att patienten i sin sjukdom kommer till skada, exempelvis att denne skuldsätter sig genom för stora inköp, eller att annan kommer till skada, till exempel på grund av att patienten trakasserat sina anhöriga. Syftet med öppen vård med särskilda villkor är att få en lyckad utslussning av patienter i samhället samt även att förbättra samhällsskyddet, för genom den nya vårdformens bidrag till en patients ökade livskvalitet minskar en patients potentiella farlighet vilket i sin tur minskar risken för brott ansåg man. För ett par år sedan, då den näst senaste lagändringen kom till i LPT, var ett ökat samhällsskydd otänkbart. Då var det den enskilde patientens intressen som vägde tyngst men detta var innan våldsdåden 2003 inträffade vilka satte en otrolig fart på debatten om den psykiatriska vården. I denna debatt höjdes rösterna om krav på hårdare tvång och ökat samhällsskydd som då tycks ha kommit. Det senaste exemplet på att tvångslagstiftningen fortfarande är stadd i förändring, finner man i Nationell psykiatrisamordnings SOU, Ambition och ansvar, där man uppmanar regeringen att göra en översyn av LPT. Orsaken är att man anser att både samhället och den psykiatriska vården ändrats så mycket på tio år att LPT nu behöver ses över. Flera problem anser man finns i tvångsvården, bland annat de svårigheter att få in en patient på tvångsvård som anhöriga vittnar om. Ofta måste det ha gått långt innan tvångsvård kan bli aktuellt, detta på grund av att behovet av slutna vård måste vara oundgängligt i LPT innan tvångsvård kan tillgripas. Vidare hävdar man att tvångsvården behöver anpassas efter de nya arbetssätt som införts i öppenvården. Att permissionsreglerna inte fungerat i LPT menar Nationell psykiatrisamordning bero på att reglerna behöver anpassas till de behov som finns, vilka är en utslussningsperiod från tvångsvård som är längre än ett år för vissa patienter.

Som vi kunnat se är debattörerna och de åsiktsinnehavare som syns och hörs mest, ofta skiljaktiga i sina åsikter om vari de eventuella problemen med tvångsvården består i, om det nu överhuvudtaget är tvångsvården i sig som brister, vilket inte alla håller med om.

Då den psykiatriska tvångsvården är så intimt sammankopplad med samhällsförändringarna blir svaret på frågan om tvångsvården fungerar i Sverige eller inte, beroende på vem eller vilka man frågar. Något objektivt svar på frågan tycks alltså inte finnas. Rent objektivt går det att svara på om LPT följts, om tillämpningen av lagreglerna fungerat tillfredställande eller inte, något som lagstiftaren vid ett flertal tillfällen undersökt då man beordrat fram uppföljningar efter uppföljningar från Socialstyrelsen. Men hur LPT har kommit att tillämpas sedan den infördes svarar egentligen inte på frågan om tvångsvården fungerar eller inte. Förvisso är tvångsvården avhängig sina lagregler men på intet sätt ensam beroende av dem. Det är betydligt fler faktorer som påverkar huruvida tvångsvården skall fungera eller inte. En sådan faktor är de insatser socialtjänsten står till buds med i öppen vård för den enskilde psykiskt sjuke. I ett flertal propositioner och utredningar har man kommit fram till att om inte socialtjänstens insatser i form av boende, sysselsättning och rehabilitering fungerar så är den enskilde snart inskriven på tvångsvård igen. Permissioner under tvångsvård till exempel, vars syfte är att förbereda tvångsvårdens upphörande, fungerar mindre väl för den enskilde utan fungerande insatser från socialtjänsten. Att öppenvårdsinsatserna brister kan alltså få till följd

att en person kanske inte kan lämna tvångsvården för att denne inte klarar ett liv ute i samhället helt på egen hand, men det kan även betyda att han, om han skrivs ut från tvångsvård, snart är tillbaka, för att han inte klarade det på egen hand ute i samhället. Att öppenvårdsinsatserna är minst lika viktiga som tvångsvården i sig för en psykiskt sjuk, råder det ingen tvekan om. Detta betyder också, som många artikelförfattare och psykiatrer påtalat, att tvångsvården inte fungerar utan fungerande öppenvårdsinsatser. Flera utredningar efter varandra har dock visat stora brister i socialtjänstens insatser vad gäller exempelvis boende, rehabilitering och sysselsättningsinsatser till de psykiskt sjuka. Kommunerna uppfyller inte de skyldigheter de har enligt bland annat SOL och LSS. Även brister i samverkan mellan kommun och landsting har varit, och är fortfarande ett stort problem, trots ytterligare lagändringar sedan Psykiatrireformens tillkomst för att komma tillrätta med problemet. Dessa brister i samverkan mellan de olika aktörerna leder till att personer lämnar den slutna psykiatriska vården, utan att varken den psykiatriska öppenvården eller insatser från socialtjänsten, i form av exempelvis boende, planerats på ett tillfredställande sätt.

Vad som brister i den psykiatriska vården finns det också olika åsikter om. En del psykiatrer menar att patienterna i psykiatrin aldrig borde överlämnats att omhändertas av socialtjänsten eftersom de flesta av dem var alltför sjuka för att kunna omhändertas av någon annan instans än psykiatrin. Andra menar att det aldrig var något fel på idén i sig att övergå till att behandla allt fler psykiskt sjuka i öppen vård med sociala insatser istället för slutna vård. Problemet ligger istället i att man inte lyckats uppfylla de intentioner som bland annat Psykiatrireformen innefattade, vilket många gånger beror på kompetensbrist hos framförallt kommunerna eller rent ointresse av de psykiskt sjuka. Somliga hävdar å andra sidan att tvångsvårdsregleringen inte uppfyller de behov de psykiskt sjuka eller samhället har. Ett stort antal är exempelvis positiva till det nya förslaget om öppen vård med särskilda villkor som de tror kan lösa en hel del av de problem som finns med tvångsvården. Åter andra menar att ingetdera av ovanstående egentligen är problemet, utan att detta snarare ligger i psykiatris behandlingsmetoder som är föråldrade och inte bygger på vetenskaplig forskning. Inte ens lagstiftaren själv tycks vara ense om var problemerna ligger. Ett bra exempel på detta visade sig i proposition 1990/2000:44 där Tvångspsykiatrikommittén lagt fram förslaget om öppen vård med särskilda villkor. Skälet till att regeringen avslög detta som ett alternativ var bland annat för att man inte ansåg att problemet med permissioner var så stort att en ny vårdform behövdes.

Sammanfattningsvis är de flesta trots allt överens om att tvångsvården inte fungerar, men alla är inte överens om på vilket sätt den är felaktig eller vad det är som avgör om den fungerar. Frågorna fick alltså inget entydigt svar.

8.2 Slutkommentar

Efter att i några år ha arbetat på ett flertal gruppboenden inom socialpsykiatrin som omvårdnadspersonal, föll sig valet ganska naturligt att skriva en uppsats om något jag har en bra erfarenhet av. Under åren har jag fått chansen att på nära håll granska de insatser socialtjänsten i min kommun är skyldiga att tillhandahålla de psykiskt sjuka jag arbetat med genom åren. Jag har även fått uppleva de problem som kan uppstå vid samverkan mellan kommun och landsting då samverkan har rört en enskild psykiskt sjuk, som kommunanställd personal. Inte minst har jag fått möjligheten att lyssna på många av de otaliga berättelser människor haft att förtälja, både de som haft personlig erfarenhet av psykiatrin som patienter men även anhöriga till dessa och andra kollegor. Under åren har jag haft många fler frågor än jag kunnat och fått svar på. En början till klarhet i min frågedjungel var denna uppsats med sin huvudfråga om tvångsvården fungerar i Sverige idag.

Det var ingen tillfällighet att jag valde just denna fråga som min huvudfråga. Innan jag började min uppsats hade jag en önskan om att kunna få ett bra svar på frågan. Så här i efterhand undrar jag egentligen om inte hela frågan var felställd från början. Som det visat sig så kan ju ingen egentligen säga om tvångsvården fungerar eller inte och än mindre vad detta beror på och skälet är att frågan måste ses i ett helhetsperspektiv. Som vi har sett krävs det för att tvångsvård på klinik skall fungera att livet utanför kliniken, i samhället, också fungerar för den psykiskt sjuke, i annat fall kommer tvångsvården aldrig att kunna upphöra mer än med korta intervaller och då kan tvångsvården knappast anses ha fungerat om syftet är att den psykiskt sjuke skall bli så pass frisk att han inte mer behöver tvångsvård. Ett fungerande samspel mellan öppen och sluten vård liksom sociala insatser krävs alltså. På detta samspel hänger samverkan mellan kommuner och landsting. Många, både inom psykiatrin och socialtjänsten, tycks tro att då en människa skrivs ut från tvångsvård är denne helt redo att klara sig själv. Så är ju givetvis inte fallet. Slutenvårdspsykiatrin behandlar idag enbart akuta sjukdomsstadier, det är inga ställen människor befinner sig på för att rehabiliteras utan detta skall skötas i öppenvård med, i vissa fall, sociala insatser från kommunen. Precis som i den somatiska vården kan en människa aldrig återhämta sig om denne inte får hjälp att rehabiliteras genom något slags stöd eller tillfälligt eller bestående omhändertagande. Människan är ju en helhet vilket tydligt visar sig i psykiatrin. Tyvärr händer det inom all slags vård att det holistiska perspektivet på omvårdnad glöms bort, trots att det borde vara det viktigaste att komma ihåg, för det går ju aldrig enbart att behandla en del av problemet. Jag tror att samverkan mellan huvudmännen är nyckeln till en bra och fungerande tvångsvård, inte bara utifrån det jag fått kunskap om genom min uppsats utan också genom min personliga erfarenhet av mitt yrke. Min andra fråga tror jag därmed att jag åtminstone för egen del fått svar på, att det som avgör om tvångsvården fungerar eller inte är hur bra samverkan mellan huvudmännen är.

I övrigt anser jag att diskussionen om den psykiatriska tvångsvården är mycket intressant, särskilt sedd ur ett historiskt perspektiv. Som kunnat visas är frågan om tvångsvården fungerar eller inte, beroende på hur vi vill att samhället skall se ut, och hur den existerande tvångsvården passar ihop med bilden av hur vi vill att en tvångsvård skall vara och syfta till. Hur vi samhällsmedborgare ser på vård med tvång av människor styrs också av vår syn på det avvikande och hur hög vår toleransnivå är mot våra medmänniskor samt hur stora kunskaper vi har om psykiskt sjuka. Genom att berätta tvångsvårdens utveckling genom historien har jag velat visa detta, hur vår syn på de avvikande i form av psykiskt sjuka ändrats och utvecklats genom århundradena som gått. På något vis har vi inte ändrat oss sedan medeltiden. Idag spärrar vi också in psykiskt sjuka men på ett förfinat sätt. Idag inser vi att alla har samma värde, vår moral har ändrats, men frågan är om vår tolerans och våra kunskaper gjort det. LPT speglar hur vi idag, genom lagstiftaren, ser på psykiskt sjuka. Man har genom denna lag på något sätt dragit gränsen för var vår tolerans skall sluta, vad samhällsmedborgarna kan kräva att staten gör för att skydda dem från en psykiskt sjuk men med det uttryckliga syftet att tvångsvård skall ske med patientens bästa för ögonen. Kanske kan man fråga sig om det sistnämnda syftet verkligen är det enda syftet, för det är ju trots allt så att den synen egentligen aldrig varit helt allenaordad om man ser tillbaka på historien.

Källförteckning

Offentligt tryck

Lagar, förordningar, föreskrifter m.m.

Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna

Socialtjänstlag (2001:453)

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

Regeringsformen (1974:152)

[Lag \(1990:1404\) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård](#)

Lag (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Brottsbalk (1962:700)

Internationell konvention om medborgerliga och politiska rättigheter, antagen 16 december 1966

Propositioner och andra förarbeten

Kungl. Maj:ts proposition 1966:53 *Förslag till lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, m.m*

Regeringens proposition 1990/1991:58 *Psykiatrisk tvångsvård, m.m*

Regeringens proposition 1993/94:218 *Psykiiskt stördas villkor*

Regeringens proposition 1994/95:194 *Vissa frågor om psykiatrisk tvångsvård*

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

Regeringens proposition 1999/2000:149 *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso-och sjukvården*

Regeringens proposition 2002/03:20 *Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet*

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

SOU 2006:100, *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen 1999, *Välfärd och valfrihet? - Slutrapport från utvärderingen av 1995 års psykiatrireform*, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar

Socialstyrelsen 2001, *Effekter av ändringar i de psykiatriska tvångsvårdslagarna*, Uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsen 2002, *Permissioner vid psykiatrisk tvångsvård-En uppföljning och utvärdering av ändrad reglering*, Uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsen 2003, *Sju år efter reformen-Andra uppföljningen av medicinskt färdigbehandlade inom slutna psykiatrisk vård*, Uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsen 2003, *Boende för personer med psykiska funktionshinder – En nationell uppföljning och utvärdering av boendeformer inom socialtjänsten*, Uppföljning och utvärdering

Socialstyrelsen 2003, *Utredning av händelserna i Åkeshov och Gamla stan och dess möjliga samband med brister i bemötande och behandling inom den psykiatriska vården och socialtjänstens verksamhet*, Skrivelser

Socialstyrelsen 2003, *Psykosociala insatsers effekter för personer med psykiska funktionshinder – En kunskapsöversikt*, Kunskapsöversikter

Socialstyrelsen 2005, *Den rättspsykiatriska vården 2005 Sammanställning från inventeringen den 18 maj 2005*, Lägesbeskrivningar

Socialstyrelsen 2005, *Kommunernas insatser för personer med psykiska funktionshinder - Slutrapport från en nationell tillsyn 2002–2004*, Tillsynsåterföringar

Socialstyrelsen 2006, *Uppföljning av överenskommelser om en fortsatt satsning för utveckling av primärvård, äldreomsorg och psykiatri – Delrapport - oktober 2006*, Uppföljning och utvärdering

Nationell Psykiatrisamordning

Kommittédirektiv, Dir. 2003:133, *En nationell psykiatrisamordnare*, 2003-10-23

Nationell psykiatrisamordning, *Inskränkningar i patients rätt att använda elektronisk kommunikation samt rätt att granska och kvarhålla brev eller andra försändelser från patient*, 2005-02-11

Nationell psykiatrisamordning, *Inriktning och arbetsplan för Nationell psykiatrisamordning under 2006*, 2006-03-29

Nationell psykiatrisamordning, *Öppenvård med särskilda villkor*, 2006-03-30

Litteratur

Anders Printz, *Psykiskt funktionshindrades ställning i samhället: en rättshandbok*, Stockholm : Norstedts juridik, 2001

Urban Markström, *Den svenska psykiatrireformen : bland brukare, eldsjälar och byråkrater*, Umeå : Boréa, 2003

David Brunt & Lars Hansson (red.), *Att leva med psykiska funktionshinder : livssituation och effektiva vård- och stödinsatser* Lund : Studentlitteratur, 2005

Per Bülow, *Efter mentalsjukhuset : en studie i spåren av avinstitutionaliseringen av den psykiatriska vården*, Linköpings universitet: Unetryck, 2004

Gert Knutsson & Svante Pettersson, *Psykiiskt stördas villkor : psykiatrireformen i sammandrag*, Stockholm : Fritze, 1995

Lars Grönwall & Leif Holgersson, *Psykiatrin, tvånget och lagen : en lagkommentar i historisk belysning*, Stockholm : Norstedts juridik, 2006

Psykekampanjen, *Rapport från Sveriges Inre*, 2000, Tryck: Rolf & Co Tryckeri

Psykekampanjen, *Psykiisk sjukdom: vad är det? Vart vänder man sig?*, 2000, informationsfolder

Artiklar

Tove Gunnarsson, *Psykiatrisk tvångsvård i Sverige-Från medeltida helgeandshus till LPT*, Tidskriften för Svensk Psykiatri nr 2 maj 2006

Helena Kämpfe, *Ris och ros till psykiatrireformen*, Handikappforskning pågår, nr1 2003

Lars Grönwall, *Nu vrids klockan tillbaka: Nytt lagförslag kan leda till ökat tvång inom psykiatrin*, Socialpolitik, nr 2 1998

Barbro Beck-Friis, *Ädelreformen-VAD HÄNDE SEN?*, Socialpolitik, nr 1 2000

Maths Jespersen, *Leijonborg sparkar på dem som redan ligger*, Helsingbogs Dagblad, 2006-08-14

Filipe Costa, *Psykiatridebatten utan sans*, DN, 2003-10-08

Anders Milton, *Oacceptabelt stoppa nya psykiatripengar*, DN, 2004-06-02

Johan Cullberg, *Svensk psykiatri är föråldrad*, DN, 2004-07-26

Peter Letmark, *Kommuner vill inte skjuta till mer pengar till psykvården*, DN, 2004-09-11

Cecilia Hagen, *Inse att många av oss kommer att drabbas*, Expressen 4/2 2007-02-04

Lars Jacobsson, *Finns det en rätt att vara galen? De svårast psykiskt sjuka sviks av samhälle och en undfallande tvångsvårslagstiftning*, Läkartidningen nr 4 2003 s. 236-40

Sten Levander, *Efter den senaste tidens våldsdåd-lagstiftningen måste förändras*, Läkartidningen nr 25 2003 s. 2236-7

Hans Ågren, *Den farlige patienten-tre orsaker till att psykiatrin inte når fram*, Läkartidningen nr 39 2003 s. 3068-9

Sven Jonas Dencker & Jan Wålinder, *Psykiatrireformen behöver reformeras*, Läkartidningen 2003 nr 47 s. 3883-4

Lars Jacobsson, *Psykiatri i samhällets tjänst: Uppenbart missbruk då psykiskt sjuka brottslingar döms till rättspsykiatrisk vård*, Läkartidningen nr 23 2006 s. 1822-3

Filipe Costa, *Psykiatrisk slutenvård-en kvarleva från mentalsjukhusens tid*, Läkartidningen 2006 nr 24 s. 1980-1

Johan Cullberg & Jan-Olof Forsén, *Psykiatrin är inte mogen för tvångsbehandling i öppenvården*, Läkartidningen nr 39 2006 s. 2885-6

Anders Milton, *Tvång i öppen vård behövs för en liten grupp patienter till skydd för dem själva och andra*, Läkartidningen nr 41 2006 s. 3101

WWW

http://www.socialstyrelsen.se/Patientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Regelverk/lag_halsooc_hsjukvard.htm; 2005-09-13

| <http://www.sos.se/FULLTEXT/114/2004-114-5/2004-114-5.htm> ; 2004-04-02

Field Code Changed

| <http://www.regeringen.se/sb/d/3206> ; 2007-03-28

Field Code Changed

www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2002/2258/2002-114-3+Sammanfattning.htm ; 2006-09-06

<http://www.sos.se/sos/publ/referat/fu9708.htm> ; 1997-11-25

<http://www.norrkunskap.y.se/neubiverkan.htm>; 2004-04-12

<http://www.janssen-cilag.se/disease/detail.jhtml?itemname=schizophrenia> ; 2007-04-21

<http://www.2000taletsvetenskap.nu/stympning.htm>

http://www.socialpsykiatriskforum.nu/rapport_uppsalaseminariet.doc

<http://www.sos.se/fulltext/103/2001-103-17/sammanfattning.htm> ; 2001-12-20

<http://www.sos.se/sos/publ/referat/fu9704.htm> ; 970404

http://www.socialpsykiatriskforum.nu/pdf/psykiatrireformen_var_nod.doc

Övrigt

Remissvar på Nationell psykiatrisamordnings förslag om öppen vård med särskilda villkor

RSMH

Jan-Olof Forsén & Jonas Dahl & Håkan Jarmar, *Öppen vård med särskilda villkor – den nationella psykiatrisamordnarens promemoria*, 2006-06-20,

<http://www.rsmh.se/%C3%96ppenv%C3%A5rd-remissvar.pdf>

Stockholms läns landsting

Anna-Stina Nordmark-Nilsson & Sören Olofsson, *Yttrande över den nationella psykiatrisamordnarens promemoria Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-05-02,

<http://www.sll.se/handlingar/landstingsstyrelsen/2006/2006-06-20/tjut0696.pdf>

Sveriges Advokatsamfund

Anne Ramberg, *R-2006/0427*, 2006-06-26

http://www.advokatsamfundet.se/Documents/Advokatsamfundet_sv/Remissvar/187566_20060822114055.pdf

Stockholms kommunstyrelse

Margareta Olofsson, *Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-06-02,

<http://www.insyn.stockholm.se/ks/document/2006-06-14/Protokoll/23/22%20b0612-14.pdf>

Kammarrätten i Stockholm

Sten Heckscher & Hanna Nilsson, *Promemorian Öppen vård med särskilda villkor*, 2006-06-28,

http://www.dom.se/Domstolar/kammarrattenistockholm/Remissvar/2006/140_2006.pdf#search=%22LPT%20remiss%20%C3%B6ppen%20v%C3%A5rd%22