



Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

2012-11-15

Socialdepartementet  
103 33 Stockholm

## **Yttrande över betänkande – Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17)**

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa, NSPH, har beretts tillfälle att avge yttrande över Psykiatrilagsutredningens betänkande ”Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17) och vill framföra följande synpunkter.

**Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa**, NSPH, är ett nätverk av tretton patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom psykiatriområdet som bildades 2007. NSPH har med sina 13 organisationer en bred representativitet på området psykisk hälsa/ohälsa. Tillsammans har våra föreningar närmare 50 000 medlemmar från hela landet, som har egen eller anhörigs erfarenhet av psykisk ohälsa.

NSPH:s medlemsorganisationer har beslutat att gemensamt yttra sig över Psykiatrilagsutredningens betänkande. Några organisationer kommer därtill att skriva egna yttranden. En av medlemsorganisationerna RFHL har beslutat sig för, att inte ställa sig bakom NSPH:s yttrande. RFHL kommer istället att lämna ett eget yttrande. FMN har inte kunnat delta i arbetet med remissen.

### **1 Sammanfattande slutsatser**

Utredningen har arbetat strikt i enlighet med direktiven, vilket begränsat möjligheten att lösa de strukturella problem som denna del av psykiatrin brottas med. Systemfel som t.ex. att personer som söker vård frivilligt ofta upplever sig avvisade och att antalet slutenvårdsplatser i stora delar av landet inte räcker till, har inte berörts. Utredningen har enligt vår uppfattning även alltför lite berört vilka konsekvenser de juridiska och organisatoriska förändringarna får för vården och patienterna.

Utredningen berör ytterst angelägna frågor. Vi ställer oss positiva till följande:

- förslaget att frivillig vård ska ha prövats utan framgång eller att det är uppenbart utsiktslöst att pröva sådan vård
- förslaget om utökade rättigheter till förnyad medicinsk bedömning
- förslaget att tvångsåtgärder ska regleras i lagstiftningen

- förslaget att möjligheten att använda *liknande anordningar* i lagen tas bort, vilket innebär att endast de tvångsåtgärder som anges i lag får användas
- förslaget att inskrivningsmeddelande alltid ska skickas till socialtjänsten eller primärvården – om det inte är uppenbart att patienten inte kommer att behöva sådana insatser

Flera av utredningens förslag är vi som representerar patienter, brukare och anhöriga kritiska till. Med omsorg om vårdens kvalitet för de berörda patienterna avvisar vi följande förslag:

- flera olika förändringsförslag som gör det lättare att omhänderta människor för tvångsvård
- farerekvisitet såsom det är beskrivet i utredningen
- att ECT-behandling ska kunna ges som tvångsbehandling
- inrättandet av en Tvångsåtgärdsnämnd med den utformning som utredningen förslår
- att en patient ska kunna tas in i öppen psykiatrisk tvångsvård utan att först ha vårdats på slutet avdelning
- att man ska kunna påbörja öppen psykiatrisk tvångsvård i hemmet
- tvångsmedicinering i öppen psykiatrisk tvångsvård utan domstolsbeslut

Beträffande utredningens förslag för psykiskt störda lagöverträdare vill vi framföra följande:

- Vi stödjer förslaget om att vård av psykiskt störda lagöverträdare och allmänpsykiatrisk vård bör ske vid olika enheter
- Vi stödjer förslaget om att inrätta slutna stödenheter
- Vi avfärdar inte tanken på att man kan vara så påverkad av sin psykiska störning att det är orimligt att tala om att man har skuld och ansvar för sina handlingar. Vi ser dock många problem med att införa och tillämpa en tillräknelighetsreglering enligt utredningens förslag. Det är viktigt att otillräknelighet blir ett väl definierat begrepp.
- Vi stödjer principen att den rättspsykiatriska vården bör avskaffas som påföljd och att vanliga påföljdsregler ska vara tillämpliga även för psykiskt störda lagöverträdare. *En absolut förutsättning för detta är att möjligheterna att erbjuda vård och behandling för de som avtjänar fängelsestraff och har psykiatriska vårdbehov kraftigt förbättras.*
- Innan utredningens genomgripande förändringar görs är det flera frågeställningar som behöver genomgå en djupare analys. Vi föreslår därför ett moratorium med tretton punkter som måste utredas, övervägas och få tillfredställande lösningar innan ett förslag om att avskaffa rättspsykiatrisk vård som påföljd kan genomföras.
- Vi avvisar förslaget om särskilda skyddsåtgärder och särskilda stödboenden enbart för personer med allvarlig psykisk störning. Om mycket farliga personer ska kunna dömas till särskilda skyddsåtgärder ska det gälla för alla som bedöms som mycket farliga - inte bara de med allvarlig psykisk störning.

## 2 Inledning

### 2.1 Vår grundinställning

Patient-, brukar- och anhörigorganisationerna i Sverige är inte motståndare till psykiatriskt tvång. Det finns situationer när man uttömt andra vägar men till slut inte ser någon annan råd än att tvångsintaga en person. Men det ska inte vara enkelt att tvinga en person till vård. För några decennier sedan – när Sverige hörde till de länder som hade mest tvångsvård i världen – omhändertogs patienten om psykiatrikern bedömde att det behövdes. Genom införandet år 1992 av nuvarande lagstiftning ställs hårdare krav på motivering varför en patient ska tvångsvårdas.

Det går att hitta exempel på när tvång borde ha kommit till stånd tidigare och bristen på tvång förorsakat skada eller lidande för patient eller anhöriga. Men det är också lätt att hitta exempel på motsatsen - när tvång har satts in i onödan och förorsakat skada eller lidande. Så kommer det alltid att vara oavsett hur lagstiftningen är utformad. Skälen för att förändra kraven för tvångsintagning måste därför vila på en stabilare grund.

Tvångsvård leder inte alltid till att patienten förbättras, tvångsvård kan tvärtom leda till försämrade funktionsförmåga. I ett kortsiktigt perspektiv kan det tyckas rätt att besluta om tvång i ett tidigt stadium och därmed bryta tilltagande social misär för att undvika att den enskildes tillstånd på olika sätt försämras. I ett längre perspektiv kan snabba tvångsintagningar leda till att den enskilde kommer allt längre bort från ett tillstånd där denne börjar ta ansvar för sitt eget liv och tillfrisknande. Beroendet av samhällets insatser och kontroll ökar, liksom stigmat av att vara en person som inte klarar sig själv. Varje misslyckande som föranleder samhället att ta till tvångsåtgärder kan innebära att den enskilde individen upplever sig som ett hopplöst fall. Att inte tvingas till vård utan istället möta en vårdinsats som ger hopp och tro på patientens egen kraft kan däremot upplevas som en positiv vändpunkt.

### 2.2 Alternativ till tvång

Det finns en rad olika förhållningssätt, strategier eller verktyg som kan användas som ett alternativ till tvång. De har sin utgångspunkt i patienters, brukares och anhörigas samlade kunskaper och erfarenheter av vad som är till hjälp. Sådana strategier eller verktyg handlar ofta om att stödja patientens återhämtning och egenmaktsutveckling. Att utvärdera tidigare vårderfarenheter och dokumentera hur man skulle vilja ha det om man blir dålig igen är ett sådant verktyg. Att arbeta nätverksinriktat med närstående och professionella och upprätta ett avtal om hur man ska hantera och fördela ansvaret för olika åtgärder om patienten hamnar i kris är en annan metod. Vi saknar möjligheten till alternativa åtgärder i direktiven till utredningen. (Se även förslag i bilagan om Kontraktsvård.)

### 2.3 Anhöriga och närståendes roll

Nedanstående resonemang utgör en bakgrund till att förstå de diskussioner som ibland förs mellan patienter och anhöriga om huruvida det behövs mer eller mindre tvång i den psykiatriska vården.

För anhöriga och närstående innebär de situationer när tvång övervägs ett dilemma. Man vill inte att den anhöriges livssituation ska bli allt sämre och försöker motivera personen att ta hjälp av psykiatri eller socialtjänst. Inte sällan är man också rädd för att personen ska komma att förstöra för sig själv (få klagomål från grannar eller bli vräkt från sin bostad), ska

komma att skada sig själv eller skada någon annan (ofta någon anhörig eller närstående) eller bli kroppsligt sjuk (eftersom man missköter sin hälsa). När den anhörige inte lyckas motivera patienten att söka vård kontaktar man psykiatri som visserligen bedömer att patienten behöver vård, men inte anser att kriterierna för tvångsvård är uppfyllda. I stället för att kontinuerligt erbjuda fortsatt kontakt både med den enskilde och med de anhöriga/närstående reduceras psykiatriens och socialtjänstens arbete ibland till en väntan på att patienten ska bli sämre och kunna tas in på vårdintyg. Det är vår erfarenhet att vårdens förhållningssätt till anhöriga och närstående som ber om hjälp inte sällan är defensivt och avvaktande. Vi upplever att det finns en brist på lyhördhet och intresse för anhörigas och närståendes signaler och att det finns mycket att vinna på ett närmare samarbete med anhöriga.

En lagstiftning som ger ökade möjligheter till tvångsintagning – exempelvis efter larmsignaler från föräldrar - kan innebära negativa effekter för de anhöriga/närstående. I de fall tvångsvården och behandlingen inte leder till någon större förändring kan tvångsvårdperioden leda till försämrade relationer mellan den tvångsvårdade och de anhöriga/närstående. Patienten kan visserligen vara i bättre skick när man togs in men skrivs ut till samma förhållanden som tidigare. Det kan t.ex. handla om brister när det gäller meningsfull sysselsättning, brist på stödinsatser och att man inte klarar sin försörjning utan hjälp från anhöriga. Det är också svårt att vara anhörig eller närstående och samtidigt ha en kontrollfunktion eller fungera som primär vårdgivare.

## 2.4 Bättre vård eller mera tvång

En annan bild av framtiden får man om man riktar blicken mot det nytänkande som har börjat växa fram inom vård och omsorg. Det handlar om att göra patienter, brukare och anhöriga och deras intresseorganisationer delaktiga i vårdens utformning och innehåll och att tillsammans med dem utveckla vårdens kvalitet och minska användandet av tvång. Sveriges kommuner och landstings stora satsning ”Bättre vård - mindre tvång”, som genomförs på uppdrag av Socialdepartementet, är ett gott exempel på just detta. Vi ser en risk för att utredningens förslag kommer att hämma en sådan positiv utveckling.

Det förekommer två olika rörelser inom svensk psykiatri, bägge påhejade och till stora delar finansierade av det offentliga. Den ena rörelsen handlar om demokratisering av vården och ökat inflytande och delaktighet för patienter, brukare och anhöriga och deras intresseorganisationer. Denna rörelse handlar också om att bryta fördomar och stigmatisering och att normalisera uppfattningen om psykisk ohälsa hos allmänheten. Den andra rörelsen handlar om att utöka möjligheterna för tvångsanvändning, att bygga högre murar runt de psykiskt störda lagöverträdarna och att koppla samman psykisk ohälsa med farlighet och kriminalitet, vilket bidrar till att öka fördomar och stigmatisering av personer med psykisk ohälsa. Utredningen tycks ha påverkats av denna senare rörelse. NSPH menar att det är svårt att förena dessa båda rörelser och att det är upp till lagstiftaren att välja i vilken riktning man vill gå. I stora delar av Europa fortsätter arbetet mot ett ökat patientinflytande och delaktighet för patienter, brukare och anhöriga. Det är NSPH:s önskan att även Sverige väljer denna väg.

## 2.5 För snäva direktiv

Vi är kritiska till att utredningens uppdrag begränsades till juridiska och organisatoriska frågor och inte samordnats med frågor som rör vårdmiljöer samt vårdens lokalisering, utformning och innehåll. Det förefaller som om regeringen har försökt lösa kvalitetsproblem och brist på resurser med tvångslagstiftning. Uppdragets begränsning har enligt vår

uppfattning gjort det svårt att överblicka vilka konsekvenser utredningens förslag kommer att få för vården och för patienter, brukare och anhöriga. Eftersom omfattande juridiska och organisatoriska förändringar föreslås, och en analys av förslagets konsekvenser för vården i stort sett saknas i betänkandet, anser vi att det finns ett stort behov av att göra en sådan analys innan man kan ta ställning till om hur förslagen ska beredas vidare.

Vi befarar att lagstiftningen på området inte kommer att revideras på nytt om dessa förslag går igenom. Därför är det viktigt att man gjort en noggrann analys av att förändringarna som föreslås är de rätta. Det finns stora brister inom den psykiatriska vården idag och vi ser en risk att utredningens förslag snarare kommer att förvärra situationen.

Direktiven till utredningen innehåller dessutom ett uppdrag som vi vill problematisera. Utredningen ska enligt direkten slå ihop lagstiftningen om hur samhället ska hantera psykiskt störda lagöverträdare med lagen om hur samhället ska tvångsvårda människor som är i en akut psykisk kris. Ett sådant förslag har också tagits fram av utredningen. Vi befarar att denna hopslagning kan underblåsa fördomar om att människor med psykiska sjukdomar eller funktionsnedsättningar utgör en fara och önskar att lagstiftaren i sina motiv tydligare förklarar syftet med en sådan sammanslagning. Endast om domstolen inte kan besluta om psykiatrisk vård som påföljd i något som helst avseende kan vi se en vinst med en sådan sammanslagning.

## **2.6 Konsekvensbeskrivning och utvärdering**

Vi vill understryka att utredningen föreslår omfattande juridiska och organisatoriska förändringar som om de genomförs kommer få stora konsekvenser för patienter, brukare och anhöriga. Vi menar att en konsekvensutredning ska göras innan ett förslag med dessa lydelse föreläggs riksdagen för beslut. Vi ser det också som en fördel om man redan i propositionen föreslår att en utvärdering ska genomföras efter att den nya lagstiftningen börjat tillämpas.

## **2.7 Samhällets anpassning bestämmer graden av funktionshinder**

Idag får det anses allmänt vedertaget att förutsättningarna i omvärlden, omgivningens attityd och förmåga till stöd och anpassning är avgörande för omfattningen av en persons funktionsnedsättning. För patienter som kan bli aktuella för tvångsvård kan detta t.ex. innebära att en person som i sitt boende har ett gott stöd av boendestödare och andra kommunala insatser samt en välfungerande psykiatrisk öppenvård får ett mindre påtagligt funktionshinder trots att funktionsnedsättningen kvarstår. Detta tack vara de optimala förutsättningarna i närmiljön. Samma person med samma funktionsnedsättning kan få ett betydligt större funktionshinder om insatserna från kommun och psykiatri inte fungerar tillfredsställande.

### 3 Utredningens förslag och NSPH:s ställningstaganden

#### 3.1 Regleringen av den psykiatriska tvångsvården samlas i en lag

Utredningen föreslår att lagstiftningen för den psykiatriska tvångsvården ska samlas i *en* lag. Beträffande frågan om skilda lagar för rättspsykiatrisk och allmänpsykiatrisk tvångsvård anser vi, i likhet med utredningen, att det inte finns behov av en sådan åtskillnad, *förutsatt att frågan om behovet av vård helt förs bort från den straffrättsliga processen - eller m.a.o. att brottmålsdomstolen inte kan besluta om psykiatrisk vård som påföljd i något som helst avseende*. Det handlar i båda fallen om att behandla psykisk ohälsa, inget annat. Däremot bör det regleras i särskild lagtext, under vilka särskilda villkor fängelsedömda personer ska beredas psykiatrisk tvångsvård eller psykiatriskt tvångsomhändertagande, och att det bör ske på särskilda vårdinrättningar, skilda från de allmänpsykiatriska. Mera om detta i avsnittet om Psykiskt störda lagöverträdare.

#### 3.2 Övergripande principer för psykiatrisk tvångsvård

Utredningen fastslår följande övergripande principer vid översynen av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen:

*”Psykiatrisk tvångsvård ska alltid syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och att få honom eller henne att ta emot det stöd som han eller hon behöver. En tvångsåtgärd ska endast få vidtas om den står i rimlig proportion till syftet med en sådan åtgärd och under förutsättning att en mindre ingripande åtgärd inte är tillräcklig. Tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.”*

Vi anser att dessa övergripande principer är bra. Vi menar dock att utredningen inte följer dessa principer då man föreslår flera förändringar i lagstiftningen som sammantaget innebär en sänkning av kraven för när tvångsvård kan bli aktuell. Utredningen riktar in sig mot den enskilde individens psykiatriska tillstånd utan att lyfta frågeställningar som handlar om psykiatrins resurser, struktur och tillgänglighet. Många patienter som blir aktuella för psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård har tidigare försökt att ha kontakt eller etablera kontakt med psykiatrin men har, av olika orsaker misslyckats. Genom att ha ett så ensidigt fokus på den enskilde missar utredningen viktiga frågor som exempelvis en ökad tillgång till platser för dygnetruntvård.

#### 3.3 Grundläggande förutsättningar för tvångsvård

Tvångsvård är till sin natur en tydlig begränsning av de mänskliga rättigheter som garanteras av Europakonventionen för de mänskliga fri- och rättigheterna och i den svenska Regeringsformens 2 kapitel. Enligt svensk grundlag (RF 2:21) får sådana begränsningar enbart göras genom lag om skälen för lagstiftningen är ”godtagbara i ett demokratiskt samhälle”. Vidare accepterar Europadomstolen för mänskliga rättigheter psykiatrisk tvångsvård enbart under förutsättning att denna sker enligt tydliga kriterier och med stöd av en rättssäker domstolsprövning. Bland de med psykisk ohälsa som kan tänkas riskera att få psykiatrisk tvångsvård i någon form finns även människor vars ohälsa konstituerar en psykisk funktionsnedsättning. Därmed blir även FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättningar relevant. Denna förtydligar principen om diskrimineringsförbud för nationell lagstiftning som bl.a. innebär att man inte får införa lagstiftning som otillbörligt missgynnar individer p.g.a. deras funktionsnedsättning.

### 3.3.1 Det särskilda undantaget för utvecklingsstörning

Utredningen föreslår att det nuvarande undantaget, som innebär att psykiatrisk tvångsvård inte får ges om personens psykiska störning utgör enbart en utvecklingsstörning, tas bort. Utredningen föreslår istället att tillräknelighet åter ska vara ett krav för att en gärning ska utgöra brott. Detta innebär att en gärning inte ska utgöra brott om den begås av någon som till följd av en allvarlig psykisk störning, en tillfällig sinnesförvirring, *en svår utvecklingsstörning* eller ett allvarligt demenstillstånd saknade förmåga att förstå gärningens innebörd i den situation i vilken han eller hon befann sig.

Dagens lagtext ger undantag för personer med utvecklingsstörning, vilket rimligtvis omfattar alla fyra nivåer av utvecklingsstörning; djupgående, svår, måttlig och lindrig. Utredningens förslag kring tillräknelighet omfattar endast *svår* utvecklingsstörning, en begränsning som inte förklaras ytterligare i utredningen. NSPH har inga principiella invändningar mot förslaget att ta bort det särskilda undantaget men anser att de begrepp och definitioner som används behöver revideras och förtydligas. Vi lyfter frågan även i avsnittet kring tillräknelighet.

### 3.3.2 Samtycke till vård och överväganden om frivilliga vårdalternativ

Utredningen föreslår att nuvarande krav för att få ge psykiatrisk tvångsvård ska kompletteras med villkor *om att sådan vård ska ha föregåtts av att frivillig vård har prövats utan framgång eller att det är uppenbart utsiktslöst att pröva sådan vård.*

Vi är positiva till att frivillig vård ska prövas innan tvångsvård kan komma i fråga. Vi ser dock en risk i att bedömningen och insatserna kommer att påverkas av vilka resurser som finns att tillgå i kommuner och landsting. Vi anser att kravet är viktigt men skulle vilja ha en tydligare skrivning kring förutsättningarna för när frivillig vård ska anses uttömt, detta för en rättssäker och enhetlig tillämpning.

Om utredningens förslag leder till att fler tvångsvårdas ser vi en risk för att det leder till ytterligare undanträngande av frivillig dygnetruntvård och att frivillig vård enbart kommer att kunna erbjudas i öppna former.

### 3.3.3 Behov av psykiatrisk tvångsvård

Utredningen föreslår att begreppet allvarlig psykisk störning behålls som begrepp för att beskriva det grundläggande tillstånd som måste föreligga hos en person som ska kunna bli föremål för psykiatrisk tvångsvård. För att möjliggöra att ett ingripande med stöd av lagen kan ske något tidigare i en persons sjukdomsförlopp föreslår utredningen att nuvarande krav på att en person ska ha ett *oundgängligt* behov av psykiatrisk vård ersätts av ett krav om att det - till följd av den allvarliga psykiska störningen - ska föreligga ett *påtagligt* behov av psykiatrisk vård.

Utredningen skriver att ett påtagligt behov föreligger om det är sannolikt att patienten kan få sin psykiska funktionsförmåga avsevärt förbättrad genom att vård kommer till stånd, *eller* avsevärt försämrad om vård uteblir, *eller* om det är sannolikt att patienten utgör en fara för sitt eget eller andras liv eller hälsa.

NSPH delar utredningens uppfattning att det finns situationer där personer med allvarlig psykisk störning inte blir föremål för vård idag trots att behov finns. Vår uppfattning är dock att detta inte handlar om att nuvarande lagstiftning utgör ett hinder för tvångsvård. Det finns oftast möjligheter att skapa förutsättningar för behandling på frivillig väg om man har

tillräckliga ambitioner, resurser och tålamod. I de fall då detta inte är möjligt kan nuvarande tvångslagstiftning enligt vår uppfattning för det mesta tillämpas. I det fåtal fall nuvarande lagstiftning inte skulle anses tillämpbar anser vi att man bör fortsätta med och pröva alternativa frivilliga insatser. Exempelvis kan patienter som kontinuerligt erbjuds hjälp och stöd av vårdpersonal som man har en bra relation till, välja att ta emot hjälp.

Vi anser också att anhörigas och närståendes djupa oro över den enskildes tillstånd bör tas på allvar och tillföras den samlade bedömningen av kriterierna för om tvångsvård ska anses uppfyllda.

Begreppet ”saknar sjukdomsinsikt” används inte sällan på ett förenklat sätt. Man gör gällande att det är meningslöst att försöka motivera en person som saknar sjukdomsinsikt till att ta emot hjälp. ”Saknar sjukdomsinsikt” innebär mycket sällan att en person saknar insikt om att man mår dåligt och behöver hjälp. Personen kan ofta acceptera att man inte mår bra och behöver hjälp men har svårt att identifiera sina problem och sin jobbiga situation som en sjukdom. En eventuell tidigare dålig erfarenhet av psykiatrisk tvångsvård kan komplicera bilden.

Utredningen har valt att lyfta fram fall där tvångsvård inte har kunnat ges och där detta har inneburit att det dragit ut på tiden innan patienten har kunnat få vård. Vi instämmer i denna bild, men vill samtidigt lyfta fram att det även förekommer fall där tvång har använts i onödan och uppfattats som ett övergrepp. Tvång som varit stigmatiserande och ödesdigert för den enskildes självbild och undergrävt tilliten till den psykiatriska vården. Vi anser att varken den ena eller den andra problembeskrivningen ska styra skapandet av en tydlig och väl avvägd lagstiftning.

NSPH menar att de föreslagna förändringarna från utredningen innebär en i flera delar utökad möjlighet att vårda en patient genom tvång. Avvägningen mellan respekt för den enskildes integritet och rätt till självbestämmande mot behovet av omhändertagande av den med nedsatt autonomi är i slutändan ett politiskt beslut som kräver en noggrann etisk analys. Nuvarande lagstiftningen betonar patientens autonomi och integritet, något som vi patient- och brukarföreningar menar är vägen för patientens möjlighet till långsiktigt tillfrisknande.

### 3.3.4 Från oundgängligt till påtagligt behov

Enligt utredningen ska psykiatrisk tvångsvård ges om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och till följd av denna störning har ett påtagligt behov av psykiatrisk vård. Ett påtagligt behov av psykiatrisk vård föreligger om det är sannolikt att patienten kan få sin psykiska funktionsförmåga avsevärt förbättrad genom att vård kommer till stånd *eller* avsevärt försämrad om vård uteblir, eller utgör en påtaglig fara för sitt eget eller andras liv eller hälsa.

NSPH känner stor oro över de vitt skilda uppfattningar som finns om vilka effekter en förändring av lagstiftningen enligt psykiatrilagsutredningens förslag kommer att få om de genomförs. Utredningen menar att det visserligen är en sänkning av intagningsnivån men att det endast ska handla om att kunna ta in samma patienter som redan nu tvångsvårdas i ett tidigare skede av sjukdomen.

Problemet med detta resonemang är att det utgår från att om en patient börjar försämrans så kommer han att bli allt sämre. Det vill säga, om en person har börjat bli psykotisk, självmordsbenägen eller våldsam så kommer detta tillstånd alltid att förvärras, tills dess att utvecklingen avbryts av ett tvångsomhändertagande. I utredningens tankegångar är alla



andra variabler konstanta. Inga andra vård- eller stödsatser kan ges som har någon effekt på tillståndet. Detta synsätt överensstämmer varken med vetenskap eller med professionens, brukarnas eller de anhörigas erfarenhet.

Förändringen att det föreligger ett ”påtagligt behov av psykiatrisk tvångsvård” istället för ”oundgängligt behov av psykiatrisk tvångsvård” innebär, menar vi, en vidgning av indikationen för tvångsvård. I vår begrepps värld innebär ”påtagligt” ett ord som betyder att behovet går att se, man är säker på att behovet finns där, men i begreppet ligger ingen precisering av hur stort behovet är. Skulle riksdagen besluta att genomföra lagförslaget krävs en utförlig beskrivning av hur ordet ”påtagligt” ska tolkas och på vilka indikationer ett beslut om tvångsvård får fattas.

### 3.3.5 Behandlingsrekvisitet

Begreppet ”psykisk funktionsförmåga” är ett nytt begrepp som inte är tydligt definierat i utredningen. Begreppen ”funktionsnedsättning” och ”funktionshinder” har definierats av Socialstyrelsen men de har ändå visat sig vara svåra att använda på ett korrekt sätt. Detta nya begrepp kan komma att skapa otydlighet om hur lagen ska tolkas.

Vi ifrågasätter om alla läkare har kvalifikationer att bedöma funktionsförmåga. Att göra bedömningen om en persons psykiska funktionsförmåga avsevärt kan förbättras eller avsevärt försämrats om vården ges eller uteblir är en kvalificerad uppgift för en psykiater. Bedömningen är komplex och kräver en god kunskap om den enskilde patienten och hans livssituation. Man bör ha kännedom, inte bara om det aktuella tillståndet, utan också om patientens psykiatriska historia, psykologiska profil och sociala situation.

En liknande indikation förekom i LSPV. Erfarenheterna från LSPV-tiden är att indikationen var synnerligen rättsosäker och inte sällan beskrevs som en utpräglad gummiparagraf. Det finns en risk för att många personer med detta förslag kommer att aktualiseras för tvångsvård på grunder som inte är rätts säkra eller enhetliga.

Vi anser att behandlingskriteriet är för godtyckligt. Det ger utrymme för stor variation mellan läkare, och läkarens subjektiva bedömning kan bli avgörande. Förslaget innebär en återgång till LSPV-tiden, alltså innan 1992 då Sverige var ett av de länder i världen som tvångsvårdade flest människor. NPSH befarar att läkare kommer att göra helt skilda bedömningar för när detta kriterium är uppfyllt, vilket gör intagningsprocess rättsosäker. Den lokala utvecklingen och tillgången till psykiatris öppenvårdsarbete och kommunens socialpsykiatri kommer att få en avgörande betydelse för i vilken omfattning tvångsvård kommer att utdömas.

Konstruktionen att tillståndet avsevärt förbättras av tvångsvård är svårt att bedöma eftersom det inte går att jämföra med vad som skulle hända om den enskilde fått vård eller stöd på frivillig basis. Om patientens tillstånd inte avsevärt förbättras genom tvångsvården kan läkaren, utan att kunna motbevisas, alltid hävda att patienten skulle ha blivit ändå sämre i sin funktionsförmåga om denne inte hade tvingats till vård. Vi menar också att ett sådant kriterium varken kan utvärderas och kvalitetssäkras.

### 3.3.6 Farerekvisitet

Ett påtagligt behov av psykiatrisk vård föreligger enligt utredningens förslag om det är sannolikt att han eller hon utgör en fara för sitt eget eller andras liv eller hälsa (farerekvisitet). Utredningen föreslår att farerekvisitet ska utgöra en egen självständig grund för intagning för att på så sätt förstärka omgivningsskyddet.

Farerekvisitet har fått en tydligare ställning i utredningens förslag. NPSH anser att farlighet idag är ett allvarligt stigmata för personer med psykisk ohälsa. Som tidigare nämnts är det vanligare att brottsligheten har föregåtts av att personen själv sökt vård och blivit avvisad. Vi vill uppmärksamma lagstiftaren på att det kan bli svårt att avsluta vården, på ett liknande sätt som det idag kan vara komplicerat att avsluta rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning för den där en återfallsrisk i allvarlig brottslighet finns kvar.

Som farerekvisitet är utformat anges inte någon tidsbegränsning och utredningen tar inte närmare upp tidsaspekten. Man berör inte heller närmare hur farlighetsbedömningar ska göras. Vi befarar att rekvisitet kan leda till tvångsvård även om det inte föreligger någon akut fara. Vid tillämpningen av gällande lag om psykiatrisk tvångsvård anses det att farligheten ska vara akut.

Bedömningen av risken för framtida våld är en svår uppgift och träffsäkerheten är låg. Om farligheten kommer att utgöra en självständig grund för tvångsvård, kan tvångsvården fortsätta även om den inte påverkar patientens funktionsförmåga. Vi anser att farerekvisitet, om det ens ska finnas i lagstiftningen, bör utformas så att tillämpningen inskränks. Det bör enligt vår mening föreligga en omedelbar fara för eget eller andras liv och hälsa för att det ska kunna utgöra en självständig förutsättning för behov av tvångsvård. Tidigare klassning som farlig får inte tas som intäkt för att personen fortfarande är farlig utan måste bedömas från fall till fall. Faran bör vara konkret och ligga nära i tiden. Om farligheten får en ökad betydelse kommer ett mycket stort ansvar för samhällsskyddet att vila på enskilda psykiatriker och deras bedömningar. Detta är inte acceptabelt med tanke på patientens rättssäkerhet.

Utredningen föreslår att samhällsskyddsåtgärder ska kunna vidtas både genom särskilda skyddsåtgärder eller med det nya farerekvisitet i LPT. Det kommer förmodligen att leda till att samhällsskyddsaspekter blir allt vanligare som indikation för tvångsvård men fortfarande gäller det enbart personer med allvarlig psykisk störning, och inte exempelvis kriminella eller missbrukare där farligheten statistiskt sett är mer vanligt förekommande.

Utöver närstående och andra personer i den närmaste omgivningen ska skyddet även omfatta fara för den enskildes eget liv och hälsa. Bestämmelsen ska vara tillämplig vid risk för självmord men även när det finns en beaktansvärd risk för allvarlig självskada. Visserligen ska en allvarlig psykisk störning vara grunden för tvångsvård men vi ser ändå en risk för att t ex känslomässigt instabila personer, t.ex. personer med självskadebeteende, kommer att tvångsvårdas trots kunskap om att slutenvård endast i undantagsfall är ändamålsenlig för denna patientgrupp.

### **3.3.7 Tvångsvård "ska" ges**

Utredningen förslår skrivningen "Psykiatrisk tvångsvård ska ges". Vi instämmer i förslaget att den person som är i behov av tvångsvård även ska få detta. Vi ställer oss dock frågande till om lagtextens "ska" kan innebära att en läkare - i en tveksam situation – för säkerhets skull beslutar om tvångsvård för att inte riskera kritik från tillsynsmyndigheten. Utredningen för inte något vidare resonemang kring tolkningen och tillämpningen av det förändrade synsättet.

## **3.4 En snävare tolkning av LPT**

Tillämpningen av nuvarande lagstiftning har inte varit konstant. Psykiaternas bedömningar har varierat under den tid som gått sedan lagen infördes 1992. I takt med att antalet vårdplatser har minskat tycks kraven ha höjts för tvångsintagning, och sänkts för när man

bedöms kunna skrivas ut. Motivtexterna till nuvarande LPT ger stöd för att lagstiftningen på senare år inte har tillämpas som det var tänkt från början. Detta innebär att personer som idag inte bedöms uppfylla kriterierna för tvångsvård hade kunnat tvångsvårdas på 90-talet och detta med stöd av lagstiftningens motivtexter. (Se även förslag i bilagan om att utreda behov och tillgång till psykiatriska vårdplatser mm.) Utredningen har inte tagit tillräcklig hänsyn till detta i sina överväganden och förslag. Utredningen borde ha lyft fram och förstärkt resonemang kring oundgängligt behov i motivtexterna till den gällande lagstiftningen. Istället har man föreslagit ett mildare krav för att tvångsvård ska vara möjlig. Domstolarnas följsamhet till läkarnas bedömningar vid tvångsintagning bekräftar bilden av att psykiatrin är återhållsam med att besluta om tvångsintagning när platserna inte räcker till.

### 3.4.1 Små förändringar i lagen får stora effekter

Ett orosmoment är våra organisationers erfarenhet av tidigare reformer inom det psykiatriska tvångsvårdsområdet. Vi har flera gånger kunnat se att relativt små förändringar i lagstiftningen fått mycket stort genomslag i tillämpningen. Exempelvis har regler som varit tänkta som undantagsfall inte sällan snabbt kommit att användas frikostigt eller på sina håll till och med rutinmässigt. Två sådana exempel är konverteringen från frivillig vård till tvångsvård och införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård.

### 3.4.2 Kursändring i synen på psykiatrisk tvång

Som vi tidigare varit inne på föreslår utredningen en rad förändringar i lagstiftningen som tillsammans utgör en uppluckring av kraven för när tvångsvård kan utdömas, nedanstående tabell åskådliggör detta.

Utredningens förslag, jämfört med nuvarande lagstiftning	Oförändrat	Sänkning av kraven för tvångsvård	Höjning av kraven för tvångsvård
Allvarlig psykisk störning	X		
Frivillig vård ska ha prövats först			X
Tvångsvård "ska" ges		X	
Oundgängligt behov ersätts av påtagligt behov		X	
Psykisk funktionsnivå avsevärt förbättras av vård, avsevärt försämras utan vård		X	
Farerekvisitet/samhällsskydd		X	
Utökad öppen psykiatrisk tvångsvård utan föregående dygnetruntvård		X	

Vår bedömning är att utredningens förslag sammantaget leder till sänkta krav för när en människa kan tvångsvårdas inom psykiatrin och att detta måste ses som en kraftig kursändring i synen på psykiatrisk tvångsvård. Vi menar att detta är ett misstag, av flera skäl. Att genom tvång frihetsberöva en person som inte gjort sig skyldig till något brott är, och ska enligt vår uppfattning också vara, förenat med en hög grad av restriktivitet.

Tvångsomhändertagande av psykiskt sjuka styrs förutom av svensk lagstiftning även av olika internationella konventioner och EU-rekommendationer som samtliga pekar på den restriktivitet och rättssäkerhet som måste finnas för att tvångsomhändertaganden ska kunna

ske. I utredningens förslag saknas, enligt NSPH, grundläggande resonemang kring hur rättssäkerhet och likställighet ska kunna garanteras för personer som tvångsomhändertas. Vi har ovan pekat på följande förändringsförslag där utredningen saknar djupare analys kring vilka följder förslaget får och där vi ser en överhängande risk för att rättstillämpningen varken blir lika för alla eller rättssäker.

### 3.5 Övriga förslag

#### 3.5.1 Intagningsförfarandet

Utredningen föreslår att kvarhållningsbeslutet ska utgöra starttidpunkt för beräkning av tidsfristen om 24 timmar för frågan om intagning och att begreppet *skyndsamt* ska tas bort ur den bestämmelse som anger inom vilken tid frågan om intagning ska avgöras. Vi anser att nuvarande tidsgränser fungerar bra och att utredningens förslag förstärker tvånget. Precis som tidigare ska frågan om intagning avgöras skyndsamt.

Kvarhållandet är ett frihetsberövande som inte går att överklaga, denna tid bör vara så kort som möjligt med beaktande av ett eventuellt behov av observation. Det finns risk för att specialistbedömning av bekvämlighetsskäl eller pga. läkarbrist rutinmässigt uppskjuts till dagen efter kvarhållningen.

#### 3.5.2 Tidsfristen för domstolens prövning

Utredningen föreslår att nuvarande tidsfrist för förvaltningsrätten att avgöra ett mål som gäller omprövning av psykiatrisk tvångsvård, förlängs från åtta till femton dagar i det fall redan pågående tvångsvård grundas på ett beslut av domstol. Utredningen har inte övertygande visat varför gränserna ska ändras. Vi anser att nuvarande tidsgränser fungerar bra och att utredningens förslag förstärker rättsosäkerheten.

#### 3.5.3 Tvångsåtgärder

Det är positivt att utredningen föreslår att de tvångsåtgärder som ska få användas i den psykiatriska vården lagregleras.

Vi ställer oss positiva till förslaget att användning av ”liknande anordningar” tas bort ur lagtexten. Vi anser också att personalen ska ha rätt kompetens i användandet av de fastspänningsmetoder som är tillåtna och att personal alltid ska närvara i rummet hos en fastspänd patient oavsett fastspänningsmetod. Övervakning av hur patienten mår ska ske kontinuerligt.

#### 3.5.4 Medicinsk undersökning och behandling

Utredningen skriver att en av de tvångsåtgärder som får användas när slutna psykiatrisk tvångsvård har beslutats är ”nödvändig medicinsk undersökning och behandling”.

NSPH avvisar förslaget att tvångsmedicinering inte ska beslutas i särskild ordning. Vi ser det som angeläget att man i lagen skiljer på tvångsomhändertagande och tvångsbehandling, vilket innebär att det inte ska vara tillåtet att tvångsbehandla den som är tvångsomhändertagen. Tvångsbehandling ska beslutas särskilt.

Patienter som utsätts för psykiatriskt tvång tycker ofta att tvångsbehandling – exempelvis en injektion med neuroleptika – är en svårare kränkning än att bli inlåst på en psykiatrisk vårdavdelning. Inlåst är en fysisk kränkning medan tvångsinjektionen uppfattas som en

kränkning av både kropp och själ som tränger in under huden, en kränkning som påverkar hjärna och sinnesfunktioner.

Vi efterlyser, som tidigare nämnts, en tydligare reglering av vilka åtgärder som ska ha vidtagits innan man får ta till tvång. Psykiatrin ska exempelvis vara skyldig att på olika sätt att försöka motivera patienten till frivillig medicinering och att dokumentera dessa försök, detta kan ske med anhörigas eller närståendes hjälp om det bedöms som en framkomlig väg. Vi anser det inte tillräckligt att det i lagen står att tvångsåtgärder ”får användas endast om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till genomförandet”. NSPH menar att om patientens tillstånd inte är så akut att medicinering är nödvändig bör tvångsmedicineringen anstå till motivationsförsöken är genomförda. Skulle vården behöva tillgripa tvång ska man i efterhand, med hjälp av dokumentationen, kunna visa patienten att vården verkligen försökte undvika att ta till tvång. En sådan reglering skulle också ge möjlighet att i efterhand rättsligt pröva om en tvångsbehandling har genomförts i enlighet med regelverket.

Utredningen föreslår att ECT ska kunna ges som tvångsbehandling. ECT är en tvångsbehandling som av många upplevs som skrämmande. Det finns indikationer på att behandlingen kan ge allvarliga, bestående och negativa biverkningar. Enligt Europarådets rekommendation nr 2 (1983) får psykokirurgiska ingrepp och ECT-behandling endast utföras om det finns skriftligt samtycke av patienten eller dennes ställföreträdare, och om beslutet har blivit bekräftat av motsvarande en tvångsåtgärdsnämnd. Med detta som bakgrund avvisar vi bestämt ECT som tvångsbehandling och anser att sådan behandling aldrig får ges mot den enskildes vilja.

### **3.5.5 Tvångsåtgärdsnämnd**

Utredningen föreslår att ett dispensförfarande ska inrättas för att hantera och få en rättslig kontroll över vissa extraordinära tvångsåtgärder inom den slutna psykiatriska tvångsvården mot ett fåtal patienter som har ett mycket extremt och svårhanterligt beteende. Dispens ska kunna lämnas av en nyinrättad Tvångsåtgärdsnämnd.

NPSH anser att de tvångsåtgärder som ska användas inom den psykiatriska tvångsvården uteslutande ska regleras i lag, extraordinära tvångsåtgärder ska inte kunna användas. Då nämndens enda funktion verkar vara att kunna besluta om extraordinära tvångsåtgärder avvisar vi förslaget. Förslagets utformning äventyrar rätts säkerheten för patienten genom att öppna upp för extraordinärt tvång. Vi anser att en tvångsåtgärdsnämnd kan fylla en funktion (liknande norska Kontrollkommissioner) vid viss tveksam användning av tvångsmedel, och föreslår istället inrättandet av regionala tillsynsråd, se bilagan.

### **3.5.6 Förnyad medicinsk bedömning**

Utredningen resonerar kring att patienten ska få rätt att träffa en annan läkare för en förnyad medicinsk bedömning. Utredningen lägger dock inget förslag i frågan. Socialstyrelsen ska få i uppdrag av regeringen att utfärda närmare anvisningar om hur patientens rätt att i vissa fall få en förnyad medicinsk bedömning ska förstås och tillämpas inom den psykiatriska tvångsvården.

Om denna skrivning innebär att patienten i förlängningen får utökade rättigheter till förnyad medicinsk bedömning ställer vi oss bakom det.

### 3.5.7 Öppen psykiatrisk tvångsvård inom LPT

Öppen psykiatrisk tvångsvård upplevs av många som skrämmande och begränsar människors möjlighet att bestämma och ta ansvar för sina liv. Sådan vård ingriper i patientens hela tillvaro på ett annat sätt än sluten tvångsvård.

En historisk återblick kan vara på sin plats för att förstå diskussionen om öppen psykiatrisk tvångsvård. I början av 1990-talet infördes den nu gällande tvångslagstiftningen, LPT. Tidigare praxis med slentrianmässigt långa försöksutskrivningar avskaffades. I stället skulle den tvångsintagna patienten när han/hon lämnade slutenvården få permissioner under korta tidsperioder innan tvångsvården helt avslutades.

I slutet av 1990-talet kunde man konstatera att permissionstiderna blev allt längre och det infördes regler om att de skulle tidsbestämmas och endast i undantagsfall få vara längre än ett år. År 2002 konstaterade Socialstyrelsen att lagändringen med strängare permissionsbestämmelser inte hade haft någon effekt.

Under 2003 inträffade en rad våldsbrott inklusive mordet på Anna Lindh. Dessa väckte stor massmedial uppmärksamhet, och psykiskt sjuka människor utpekades som presumtiva mördare. Efter de ovan nämnda dåden inrättades en Psykiatrisamordningsfunktion av regeringen med uppdrag att bland annat komma med förslag till hur samhällsskyddet kunde förbättras genom förändringar i tvångsvårdslagstiftningen.

Under 2008 infördes öppen psykiatrisk tvångsvård som i princip innebär att en patient efter beslut i länsrätten ska kunna vara i denna vårdform hur lång tid som helst. Flera brukarorganisationer var kritiska och menade att det var en återgång till de gamla slentrianmässiga försöksutskrivningarna som fanns före 1992 och att antalet tvångsvårdade successivt skulle öka.

Socialstyrelsen har vid en utvärdering konstaterat att LPT-patienterna ofta är missnöjda med vårdformen, att det finns stora brister i samverkan mellan socialtjänsten och psykiatrin och att tvångsbehandling med psykofarmaka är den helt dominerande behandlingsinsatsen. Syftet med vårdformen, att förhindra att personer med psykisk störning skulle begå våldsbrott, har inte kunnat visas – varken i Sverige eller internationellt. Många brukare är kritiska till öppen psykiatrisk tvångsvård och menar att systemet med tidsbegränsade permissioner, där syftet var att förbereda och stödja patienten till ett självständigt liv, fungerade bättre än det nuvarande systemet som handlar om villkor, oftast i form av medicinering, och kontroll.

NSPH ser kritiskt på utredningens förslag om att utöka öppenvårdstvånget och de utökade möjligheterna till tvångsbehandling under öppen tvångsvård. Internationell erfarenhet talar för att öppenvårdstvång leder till att det totala antalet patienter som tvångsvårdas ökar. Då öppenvårdstvånget ofta pågår under lång tid samtidigt som nya patienter hela tiden tillkommer växer antalet tvångsvårdade för varje år. Det saknas också evidens för att öppenvårdstvång bidrar till att öka samhällsskyddet. Förslagen vilat inte på vetenskaplig grund och löser inte några av de problem som utredningen påstår. NSPH befarar att förslagen har tillkommit som en eftergift till den offentliga debatten.

### 3.5.8 Öppenvårdstvång kan hindra patienter att söka vård

Utredningen förslår vidare att en patient ska kunna tas in i öppen psykiatrisk tvångsvård utan att först ha vårdats på sluten avdelning. Vi avvisar detta förslag eftersom vi är övertygade om att flertalet patienter är rädda och upplever villkoren, framförallt risken för

tvångsmedicinering, som förödmjukande. Villkoret att kunna bli tvångsmedicinerad under direkt öppenvårdstvång innebär att leva under permanent hot. Sådan tvångsmedicinering kan inte heller diskuteras eller utvärderas i samråd med patienten som man skulle kunna göra på en vårdavdelning. Tvångsmedicineringen riskerar också att ligga fast under lång tid.

### 3.5.9 Tidsbegränsning av öppen psykiatrisk tvångsvård

Under förutsättningen att öppen psykiatrisk tvångsvård tillämpas på personer som inte räknas till kategorin psykiskt störda lagöverträdare, föreslår vi att den tidsbegränsas till 6 månader. Vi anser också att man ska kunna överklaga beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård, och att man ska kunna välja sluten tvångsvård om man upplever det som en bättre vårdform än öppen psykiatrisk tvångsvård. En tidsbegränsning skulle ställa högre krav på psykiatrin och socialtjänsten att skyndsamt upprätta en gemensam vårdplanering och etablera de stödinsatser som patienten har behov av.

### 3.5.10 Risk för ensidig medicinsk behandling

Vi ställer oss bakom tanken att så långt möjligt eftersträva att så tidiga insatser som möjligt ska sättas in. Dock ser vi en risk för att den farmakologiska delen av behandlingen blir alltför ensam i fokus. Den medicinska behandlingen är mycket viktig vid behandling av exempelvis schizofreni. Men vi vet också att en del patienter inte har nytta av läkemedelsbehandling. Andra som kan vara aktuella för tvångsvård har tillstånd där andra insatser än medicinering kan göra stor skillnad för att öka livskvaliteten och minimera risken för återinsjuknande.

När man diskuterar psykiatrisk tvångsvård går tankarna ofta till att det handlar om behandling med psykofarmaka. Men lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) bygger på en betydligt vidare syn på vård och behandling. I många fall räcker det långt med stöd av lätt tillgänglig vårdpersonal som hjälper personen att återfå dygnsrytm och andra vardagliga funktioner. Det är en stor brist att utredningen aldrig diskuterar dessa alternativ.

### 3.5.11 Öppen psykiatrisk tvångsvård i hemmet

Vi ser stora svårigheter med att inleda tvångsvården i hemmet. Frågan kan också ställas om det är etiskt försvarbart att besöka en patient i dennes hem och meddela beslut om tvångsvård. NSPH menar att den enskilde är mycket utsatt i en sådan situation och att det inte finns någon garanti för att det finns någon person som kan vara till stöd och hjälp.

### 3.5.12 Tvångsmedicinering utan domstolsbeslut

Idag krävs det återintagning i slutenvård efter prövning i förvaltningsdomstol för att genomföra tvångsmedicinering. Det är en bra regel som också ger en möjlighet att kontrollera att en gemensam vårdplanering har genomförts. En förbättrad patientdelaktighet i vårdplaneringen är inte bara önskvärd, det är också ett av målen med Madrid-deklarationen som särskilt tar upp patientens rätt att vara en likvärdig part i den terapeutiska processen<sup>1</sup>. Vi anser att möjlighet till tvångsmedicinering under pågående öppenvård riskerar att motverka detta. Vi avvisar bestämt förslaget att en patient utan rättslig prövning ska kunna hämtas in till sjukvårdsinrättning och medicineras mot sin vilja.

---

<sup>1</sup>”Madriddeklarationen”, antagen av Världspanykiatriska föreningen, augusti 1996.

Ett nytt problematiskt inslag vid de psykiatriska öppenvårdsmottagningar eller vid vårdcentraler kan förväntas vara de patienter som inte vill följa villkoret att medicinera och ska hämtas dit för tvångsmedicinering.

### **3.5.13 Inskrivningsmeddelande**

Utredningen föreslår en skyldighet för läkare att genom ett inskrivningsmeddelande underrätta bl.a. kommunens socialtjänst om att en person som har skrivits in i den slutna psykiatriska vården kan komma att behöva insatser från socialtjänsten eller primärvården efter utskrivning. Endast när det framstår som uppenbart att patienten inte kommer att ha behov av sådana insatser bör det vara möjligt att avstå från sådan underrättelse.

NSPH anser att detta visserligen strider mot patientens rätt till integritetsskydd och sekretess men vi är ändå beredda att acceptera förslaget då ett utökat samarbete mellan psykiatrin, socialtjänsten och primärvården är mycket angeläget. I synnerhet gäller detta om patienten har barn eller andra anhöriga som kan behöva hjälp och stöd.

### **3.5.14 Byte av vårdform**

Å ena sidan är det bra att det inte krävs förvaltningsrätts beslut för att övergå till Öppen psykiatrisk tvångsvård. Detta har dock i vissa fall inneburit en onödig lång sluten tvångsvård. Risken med att ta bort den initiala prövningen i förvaltningsrätten är att den samordnade vårdplaneringen inte genomförs innan övergången till öppen psykiatrisk tvångsvård. Erfarenheten är att det redan idag ibland finns brister i vårdplaneringen trots att denna ska bifogas ansökan. Idag förekommer det att förvaltningsdomstolarna delegerar till läkaren att ta hand om den samordnade vårdplaneringen, vilket medför att det aldrig sker någon kontroll av om en sådan har upprättats. Frågan om hur en sådan kontroll ska kunna genomföras bör övervägas ytterligare. Att en läkare ska kunna göra bedömningen att växla ner tvångsåtgärder utan inblandning av domstol anser vi vara bra under förutsättning att patienten inte motsätter sig det.

### **3.5.15 En rätt till utomhusvistelse**

Att denna lagstiftning behövs är ett tecken på hur illa ställt det är inom svensk psykiatri. Vi jämför detta lagförslag med aktuell djurskyddslagstiftning vad gäller t.ex. kors rätt till utomhusvistelse under sommarhalvåret. Rätten till en timmes utevistelse måste ses som ett golv. I det fallet är den positiv. I det ögonblick den ses som ett tak blir det en negativ reform.

### **3.5.16 Biträde av polis**

Vi ställer oss bakom förslaget att det ska vara polisen som ska genomföra transporter av personer till- och mellan olika vårdinrättningar. Poliser med sådana uppdrag ska ha en kunskap och kompetens i att möta personer med psykisk ohälsa. Polisen bör som en viktig del i sitt säkerhetstänkande tillägna sig ett förhållningssätt som bygger på respekt för den enskildes integritet och rättsäkerhet. Den grundläggande inställningen måste vara att hålla tvång och våldsanvändning på så låg nivå som möjligt. Våra organisationer anser också att psykiatrisk vårdpersonal, om möjligt någon som känner personen, alltid bör vara med vid polisingripanden.

### **3.5.17 Bättre stöd och rättssäkerhet vid domstolsprövningar**

Det bör ställas höga krav på rättssäkerheten i en lagstiftning som så kraftigt och långvarigt ingriper i människors liv. Domstolsprövningen och krav på att offentliga biträden förordnas



vid dessa prövningar har tillkommit för att säkerställa rättssäkerheten. Idag fungerar detta ofta mycket dåligt. De offentliga biträdena är av mycket varierande kvalitet och får sällan tillräckligt med tid för att hinna förbereda förhandlingarna. Detta innebär en varierande rättssäkerhet som är ovärdig ett rättssamhälle. (Se även i bilagan kring förslag om en utredning av hur rättssäkerheten kan förbättras i den juridiska processen.)

### **3.6 Kostnader för genomförandet av utredningens förslag**

Utredningen föreslår sänkta krav för tvångsvård men anser inte att antalet tvångsvårdade och kostnaderna för vården kommer att öka. Vi bedömer inte utredningens beräkningar som trovärdiga.

## **4 Psykiskt störda lagöverträdare**

### **4.1 En reform för vården av psykiskt störda lagöverträdare**

Utredningen argumenterar för att de förändringar man föreslår skulle lösa flera problem som idag finns inom den rättspsykiatriska vården och kriminalvården. Bland annat problemet att en person som döms till rättspsykiatrisk vård blir kvarhållen inom psykiatrin utan att ha ett psykiatriskt vårdbehov, s k Hawaii-fall.

Utredningen syftar till att hitta en lösning på den problematiska situationen att staten med gällande lagstiftning tvångsvårdar friska människor inom rättspsykiatrin i strid med Europakonventionen och Hawaiideklarationen. Det förslag utredningen lägger syftar till att förflytta dessa patienter från psykiatrin till kriminalvården eller till enheter för särskilda skyddsåtgärder och särskilda skyddsboenden. Vi anser att utredningens förslag i denna del innebär att man använder nya, mer korrekta juridiska begrepp men att det finns en risk för att situationen för de drabbade personerna inte kommer att förändras. NSPH befarar att dessa personer kommer att förbli tvångsomhändertagna men med stöd av lagen om särskilda skyddsåtgärder eller enligt farerekvisitet i den nya LPT. I förlängningen ser vi en risk för att förslagen till ny lagstiftningen kommer att hamna i nya konflikter med internationella konventioner och deklarationer.

#### **4.1.1 Ett krav på tillräknelighet föreslås införas**

Utredningen föreslår att ansvarsfrihet för brott föreligger om gärningsmannen till följd av en allvarlig psykisk störning, en tillfällig sinnesförvirring, en svår utvecklingsstörning eller ett allvarligt demenstillstånd saknade förmåga att förstå innebörden av sin gärning eller att anpassa sitt handlande i enlighet med en sådan förståelse.

Principen att alla medborgare ska ha lika rättigheter och skyldigheter har kommit till uttryck genom två stora psykiatrireformer på nittiotalet; införandet av Lagen (SOU 1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt införandet av den så kallade psykiatrireformen. Dessa lagändringar har medverkat till att människor med psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning idag har förbättrade levnadsvillkor jämfört med tidigare, samt motverkat till utslagning och stigmatisering. Bärande för nittiotalets förändringar var tanken att människor med psykisk ohälsa och psykisk funktionsnedsättning är medborgare på samma villkor som andra, både vad avser rättigheter och vad avser skyldigheter.

För NSPH är principen att alla medborgare ska ha lika rättigheter och skyldigheter av stor betydelse. Vi menar också att bedömningen av huruvida gärningsmannen saknat förmåga att

inse gärningens innebörd, eller att anpassa sitt handlande efter en sådan insikt, är mycket komplicerad. Inte minst visade rättegången kring norska Utöya att tillräknelighet inte är lätt att bestämma. I vilka situationer och under vilka omständigheter vi kan styra våra handlingar kommer alltid att vara en av de svåra frågorna.

NSPH menar emellertid att det finns skäl som talar för en tillräknelighetsreglering. Det finns situationer där lagöverträdaren är så påverkad av sin psykiska störning eller inte har förmåga att förstå effekterna av sitt handlande att han eller hon inte haft någon möjlighet att välja mellan olika handlingssätt. I en sådan situation är det orimligt att tala om skuld eller ansvar.

Utredarens beskrivning av vilka som kan komma ifråga för otillräknelighet är dock otydligt när det kommer till begreppet ”svår utvecklingsstörning”. Det finns fyra olika typer av utvecklingsstörning; djupgående, svår, måttlig och lindrig. Endast svår utvecklingsstörning kommer ifråga för otillräknelighet, men utredaren redogör inte för varför just denna grupp kan vara föremål för ansvarsfrihet, varför inte övriga typer? Vi misstänker att utredningen har försökt beskriva vilken grupp av personer som kan komma ifråga för ansvarsfrihet utan att se om begreppen överensstämmer med fastslagna definitioner.

Sammantaget anser vi att införandet av en tillräknelighetsreglering är rimligt, men tillräknelighet måste dock vara ett väl definierat begrepp som överensstämmer med de definitioner som finns på området.

#### **4.1.2 Avskaffandet av rättspsykiatrisk vård som påföljd**

En bärande tanke inom NSPH och i våra medlemsorganisationers arbete är att personer med psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar ska vara medborgare på samma villkor som andra. Det gäller både rättigheter och skyldigheter. Även när personer som begått ett brott döms till en påföljd bör principerna om likabehandling och förutsägbarhet, så långt som möjligt, gälla.

I nuvarande lagstiftning utgör såväl fängelse som rättspsykiatrisk vård påföljder på brott av det skälet att de som döms faktiskt har begått brott. Vid allvarlig brottslighet är tvånget redan givet, valet står mellan tvånget fängelse och tvånget rättspsykiatrisk vård. Om vederbörande anses ha en allvarlig psykisk störning anses tvånget rättspsykiatrisk vård vara en mer lämplig och ändamålsenlig påföljd än tvånget fängelse.

NSPH anser att ett reformarbete kring den rättspsykiatriska tvångsvårdslagstiftningen bör ha som målsättning att vanliga påföljdsregler ska vara tillämpliga även för psykiskt störda lagöverträdare. Vår principiella uppfattning är att brott bör leda till en påföljd oavsett om den begåtts under påverkan av en psykisk störning eller inte, under förutsättning att personen i fråga inte bedöms vara otillräknelig.

Utredningens föreslår att rättspsykiatrisk vård ska avskaffas som en särskild påföljd vilket skulle bidra till ökad likabehandling och förutsägbarhet. Med nuvarande lagstiftning har brottets straffrättsliga påföljd liten betydelse för hur lång tid en person som dömts till rättspsykiatrisk vård blir frihetsberövad. En person som varken anses lida av en allvarlig psykisk störning eller riskerar att återfalla i allvarlig brottslighet kan kvarhållas i rättspsykiatrisk vård därför att han eller hon saknar bostad eller sysselsättning. Genom att brottets straffvärde, enligt utredningens förslag, blir avgörande för frihetsberövandets längd bör man komma ifrån de oproportionerligt långa vårdtider som med nuvarande lagstiftning drabbar psykiskt sjuka även efter relativt lindriga brott.

Enligt utredningens förslag ska den enskilde få alla vårdbehov, även de psykiatriska, tillgodosedda genom olika former av vård. Den dominerande insatsen för psykiskt störda lagöverträdare bör vara vård och behandling vid specialiserade enheter liknande de nuvarande landstingsdrivna rättspsykiatriska klinikerna. Det är i denna avgörande del som utredningens inte lyckas beskriva hur detta ska gå till. Idag är den psykiska ohälsan i fängelserna, och bristen på vård- och behandling, ett av kriminalvårdens största problem. Utredningen har inte berört detta.

NSPH anser att en absolut förutsättning för att rättspsykiatrisk vård ska kunna avskaffas som påföljd är, att möjligheterna att erbjuda vård, stöd och (re)habilitering för dem som avtjänar fängelsestraff, och har psykiatriska vårdbehov, kraftigt förbättras. Tyvärr har utredningen inte beskrivit dessa förutsättningar eller ens gjort trovärdigt att de skulle komma till stånd i det fortsatta beredningsarbetet. Det är svårt att överblicka vilka förbättringar som utredningens förslag kommer innebära för den enskilde vad gäller vård, stöd eller omsorg.

Vi ser en risk för att utredningens förslag kommer att leda till ett antal försämringar för de berörda kriminalvårdsklienterna/patienterna. Så blir fallet om ekonomiska besparingar, strafftänkande, yttre säkerhet, hänsyn till mediala kampanjer och den allmänna opinionen blir tongivande argument i det fortsatta arbetet, på bekostnad av humanitet och hänsyn till individens – och på sikt också samhällets bästa. Det humana synsätt och den ambition som varit en grund för den nuvarande rättspsykiatriska vården måste kunna fullföljas även då verkställigheten övergår till fängelsestraff.

NSPH anser att det är en bättre ordning att brottets straffvärde styr frihetsberövandets längd och att psykiatrisk vård blir tillämplig endast så länge det finns ett psykiatriskt vårdbehov. Men mot bakgrund av de farhågor vi beskrivit ovan anser vi att absoluta villkor måste ställas om ett antal åtgärder som måste vara vidtagna innan några beslut kan tas om en ny lagstiftning rörande psykiskt störda lagöverträdare.

Innan utredningens genomgripande förändringar görs är det flera frågeställningar som behöver genomgå en djupare analys. Vi föreslår därför att ett moratorium för avskaffandet av rättspsykiatrisk vård som påföljd samt för införandet av en ny lagstiftning angående psykiskt störda lagöverträdare, inrättas. Detta skulle innebära ett fördröjande av färdigställandet av en proposition till riksdagen.

## 4.2 Moratorium

Vi förslår att följande frågor måste utredas, övervägas och få tillfredställande lösningar innan ett förslag om att avskaffa rättspsykiatrisk vård som påföljd kan läggas fram.

### 1) Villkor för när psykiatrisk vård är nödvändig

Det saknas regleringar för hur och under vilka villkor personer som dömts till fängelse ska beredas psykiatrisk vård. Vem utför bedömningen av det psykiatriska vårdbehovet? I vilken utsträckning genomförs nya psykiatriska bedömningar av det aktuella vårdbehovet och i vilken utsträckning kommer Kriminalvården att använda tidigare rättspsykiatriska undersökningar?

### 2) Vägledning för psykiatrisk behandling

Det saknas vägledning i utredningen för hur uppdraget till kriminalvården och den psykiatriska vården att ge psykiatrisk vård till kriminalvårdens klienter ska formuleras. Vad kommer att styra behandlingens innehåll, omfattning och kvalitet?

**3) Fördelning av ansvar och befogenheter mellan Kriminalvården och psykiatrienheter specialiserade på psykiskt störda lagöverträdare**

Rättspsykiatrisk vård försvinner som påföljd men kommer - som vi tolkat utredningens förslag - att finnas kvar som psykiatrisk vård med inriktning på psykiskt stördas lagöverträdare. Förslaget går ut på att landstinget blir utförare av vården men nu inom ramen för verkställigheten av straffet och på uppdrag av kriminalvården. Som beställare är det kriminalvården som kommer att ha ansvar för verksamhetens budget, omfattning och kvalitet. Vi befarar att Kriminalvården inte har rätt kompetens för detta.

**4) Fastställa en åtgärdsplan för hur kriminalvården ska förbättra den psykiska hälsan hos sina klienter.**

Oavsett om det gäller kriminalvårdsklienter som drabbas av någon form av psykisk ohälsa, klienter som behandlats inom psykiatrin men sedan ska avtjäna det resterade straffet i fängelse eller klienter som kommer att vårdas inom de nya verkksamheterna med slutna stödenhet så saknar utredningen vägledning i hur Kriminalvården ska kunna erbjuda vård och stöd till dessa nya målgrupper. Det saknas planering och krav som på kriminalvården att erbjuda vårdmiljöer där dessa kan erbjudas omvårdnad, (re)-habilitering, stöd till återhämtning och egenmakt samt träning för att klara ett liv ute i samhället så att riskerna för återfall i brottslighet minskar.

Det fordras rekrytering av personal med utbildning och erfarenhet från den (rätts)-psykiatriska vården och att fler psykologer, kuratorer, arbetsterapeuter m.fl. yrkesgrupper anställs. Kriminalvården behöver också förbättra samverkan och erfarenhetsutbytet med den psykiatriska vården och satsa på utvärdering och forskning kring vilken typ av insatser som är till hjälp.

**5) Ta fram strategier för att undvika att klienter/patienter förs mellan Kriminalvård och psykiatri**

Det bör fastslås att inga andra hänsyn än vårdbehovet får styra placeringen eller valet av behandling av personer som behöver psykiatriska insatser under verkställigheten av en påföljd. En patient som mår psykiskt dåligt på kriminalvårdsanstalt, förs över till fängelsesjukhus, vårdas till någon form av acceptabel nivå för att sedan transporteras tillbaka igen. Väl på anstalten drabbas man av den psykiskt ansträngande miljö som anstaltsliv innebär och insjuknar igen. Det finns en uppenbar risk för att kostnader kommer att styra behandlingens inriktning och bidra till att personer förs fram och tillbaka.

**6) Ökat fokus på medikalisering och symtomlindring och mindre satsning på långsiktig behandling måste motverkas**

Det finns en risk för att utredningens förslag kommer att leda till försämringar, både av vårdens utbud, omfattning och kvalitet. En av våra farhågor är att psykiatrin, på samma sätt som i öppenvården i första hand kommer att välja läkemedelsbehandling och i mindre omfattning långsiktig psykologisk eller socialvetenskapligt inriktad behandling och rehabilitering.

**7) Strategier för att motivera till behandling**

Med utredningens förslag försvinner ett av grundincitamentet för många patienter att delta i vård och behandling. Vägen tillbaka ut i samhället för en patient går idag genom ett aktivt deltagande i den rättspsykiatriska vården. Med det nu föreslagna systemet är fängelsestraffets längd fastställt på förhand. Behandlingen blir i praktiken inte bara frivillig – den blir i många patienters/klienters ögon onödigt och överflödigt. Vi ser en

risk för att många patienter och kriminalvårdsklienter – som inte riskerar särskilda skyddsåtgärder - kommer att välja att sitta av sin tid i väntan på att den straffrättsliga påföljden ska upphöra. Frågor om hur man med det föreslagna regelverket kan motivera klienter/patienter att medverka i olika former av behandlande, rehabiliterande, stödjande och utvecklande verksamheter är viktiga att belysa.

- 8) **Kriminalvårdens och psykiatrins ansvar för samhällsnyttan efter straffet**  
Utredningen har inte diskuterat vilka roller Kriminalvården respektive psykiatri kommer att ha inför villkorlig frigivning eller när man närmar sig tidpunkten för när straffet är avtjänat. Situationen kommer att uppstå där personer inte är färdigbehandlade vid strafftidens upphörande. Vilken typ av bedömningar kommer att göras för att få tillstånd vårdintygsbedömningar och på vems initiativ?
- 9) **Förslaget förutsätter att alla förändringar av lagstiftning och organisation genomförs.**  
Om någon av delarna inte genomförs samtidigt eller förändras får detta stora konsekvenser för de andra delarna. Exempelvis får förändringar i den föreslagna utformningen av särskilda skyddsåtgärder konsekvenser för avskaffandet av rättspsykiatrisk vård som påföljd.
- 10) **Konsekvensbeskrivningar av antalet personer i olika former av verkställigheter eller vård.**  
Utredningen behöver ge en vägledning kring hur många personer som kan förväntas vårdas/behandlas inom Kriminalvården respektive psykiatri.
- 11) **Frivillig vård, psykiatrisk tvångsvård och vården av psykiskt störda lagöverträdare**  
Tyvärr går utredningen inte närmare in på är det faktum att antalet personer som begår brott under psykisk störning hänger samman med antalet vårdplatser inom allmänpsykiatri. Om det inte finns tillgång till frivillig dygnetruntvård leder detta till mer psykiatrisk tvångsvård och fler psykiskt störda lagöverträdare. Vi vet att en stor andel av de personer som dömts till rättspsykiatrisk vård har haft kontakt med den vanliga öppna psykiatri men inte fått hjälp eller förlorat kontakten av andra anledningar. Dessa personer har mått allt sämre, missat möten och till slut i sitt dåliga tillstånd begått ett brott. Hade kontakten fungerat från början hade brottet aldrig skett. En genomlysning av dessa frågor behöver göras. I detta sammanhang är det viktigt att framhålla att negativa attityder och bristande resurser i kommunerna är ett av de stora hindren vid rehabilitering och utslussning av psykiskt störda lagöverträdare. Öronmärkta resurser till kommunerna skulle underlätta.
- 12) **Ekonomiska konsekvenser**  
Utredningens ekonomiska beräkningar har inte tagit tillräcklig hänsyn till behoven av förändringar inom områden som exempelvis vårdmiljöer, småskalighet, bemanningsfrågor och kompetensutveckling. De bör därför göras om efter att övriga krav är uppfyllda.
- 13) **Proposition med öronmärkta pengar**  
När ett förslag läggs fram till riksdagen måste det innehålla väl underbyggda förslag om vad förändringarna kommer att kosta och öronmärkta medel till de nya satsningarna. Att bygga reformen på begränsade stimulansmedel och därtill räkna med att Kriminalvården, landstingen eller kommunerna ska göra omprioriteringar i sina

befintliga budgetar duger inte. Ett så omfattande förändringsförslag kräver en stabil finansiering.

### 4.3 Sluten stödenhet

Utredningen föreslår en ny form av verkställighet av fängelse för vissa lagöverträdare funktionsnedsättning. Vid de slutna stödenheterna ska småskaliga och anpassade vårdmiljöer utformas. Kriminalvården ska ansvara för verksamheten men den förutsätter ett nära samarbete med flera olika verksamheter. Bland annat ska kriminalvården vara skyldig att tillsammans med landstinget och kommunen upprätta individuella planer för de som ska frigges från de slutna stödenheterna.

NSPH är positiva till dessa verksamheter men ser också svårigheter. Det finns stora brister i hur nödvändig samverkan mellan olika vårdgivare fungerar idag och det behövs en tydligare statlig styrning för komma till rätta med dessa problem. Det behövs specialutbildning, fortbildning och handledning till de som ska arbeta med verksamheten och sådan utbildning bör genomföras i samverkan mellan de olika vårdgivarna. En viktig fråga är också de slutna stödenheternas lokalisering. Vi anser det viktigt att det blir fristående enheter på flera platser i landet och att de inte är placerade i kriminalvårdsenheterna. Om vi har uppfattat utredningens förslag rätt ska fängelselagens bestämmelser avseende tvångsmedel och säkerhetsskapande åtgärder gälla vid de slutna stödenheterna. En fråga som diskuterats i NSPH:s organisationer är vilka lagar och regelverk som kommer att styra verksamheten i övrigt. Finns exempelvis krav på att de intagna ska erbjudas daglig sysselsättning? Skapas förutsättningar för att de intagna vid behov garanteras vård enligt hälso- och sjukvårdslagen?

NSPH ifrågasätter hur målgrupperna för dessa åtgärder har definierats. Återigen kan vi konstatera att personerna som kan komma ifråga är bland annat de med ”svår utvecklingsstörning” eller ”svår autismspektrumstörning”. Gruppen personer med ”svår utvecklingsstörning” kommer enligt utredningens eget förslag inte att kunna komma ifråga för en domstolsprövning (och följaktligen inte kunna avtjäna något straff):

*Detta innebär att en gärning inte ska utgöra brott om den begås av någon som till följd av ... en svår utvecklingsstörning saknade förmåga att förstå gärningens innebörd i den situation i vilken han eller hon befann sig.<sup>2</sup>*

NSPH föreslår att utredningen ser över definitionerna för utvecklingsstörning och vilka grupper som ska avtjäna sitt straff i sluten stödenhet. Vi föreslår lagstiftaren att överväga om gruppen personer med ”måttlig eller lindrig utvecklingsstörning” är lämpliga grupper för stödenheterna.

På samma sätt föreslår utredaren att personer med ”svår autismspektrumstörning” ska kunna omfattas av regleringen kring sluten stödenhet. ”Svår autismspektrumstörning” är möjligen ett begrepp som används i dagligt tal men någon definition för detta finns inte. Vi föreslår därför att lagstiftaren tydliggör vilka grupper som kan komma ifråga. NSPH föreslår att en psykiatrisk bedömning bör kunna visa om personen är tillräknelig, men ändå har sådana behov pga. sin funktionsnedsättning att en stödenhet är att rekommendera.

---

<sup>2</sup> Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd, sid 41

#### 4.4 Särskilda skyddsåtgärder

Detta förslag måste betraktas som ett återinförande av ett interneringsstraff i Sverige. Dessa särskilda skyddsåtgärder riskerar att bli som ett slags meningslöst tomrum där den enskilde har tappat förtroendet för personal, myndigheter och domstolar och själv saknar alla möjligheter att påverka sin situation. Denna verksamhet riskerar att bli en juridisk och psykiatrisk avstjälpningsplats där det är lätt att komma in men betydligt svårare att komma ut. Att det bara är psykiskt störda lagöverträdare som fortfarande anses farliga som kan dömas till detta måste betraktas som diskriminerande.

Bitvis inger utredningen ett intryck av att man har svårt att definiera om den person som är föremålet för tvångsåtgärderna är patient eller fånge. Den som efter ett avtjänat fängelsestraff döms till särskilda skyddsåtgärder, kommer att kunna kvarhållas i samma omständigheter som under tiden för avtjänandet av straffet, under en hel livstid. Detta känns mycket problematiskt och innebär att personer som idag betraktas som patienter inom den rättspsykiatriska vården genom införandet av särskilda skyddsåtgärder kan komma att förvandlas till livstidsfånge inom Kriminalvården.

Principiellt ser vi med skepsis på införandet av en skyddsreaktion enbart för psykiskt störda. Med tanke på i vilken liten omfattning dessa personer bidrar till den samlade våldsbrottsligheten i vårt samhälle ser vi inga godtagbara skäl för en särslagstiftning som enbart riktar sig mot människor med allvarlig psykisk störning. Det vore i så fall rimligare att låta alla i befolkningen som riskerade att återfalla i mycket grov brottslighet omfattas av en samhällsskyddslagstiftning. I det förslag som utredningen har lagts fram anser vi att personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning diskrimineras. Förslaget kommer att leda till att personer med olika psykiatriska diagnoser kommer att riskera att dömas till särskilda skyddsåtgärder – inte beroende på hur stor risken bedöms vara för att de ska återfalla i brottslighet av allvarligt slag – utan beroende på om de utifrån diagnos och svårighetsgrad bedöms ha en allvarlig psykisk störning. Med andra ord: en person som bedöms som farlig och med stor risk för att återfalla i brottslighet kan inte dömas till särskild skyddsåtgärd om man inte bedömer att han eller hon har en psykisk störning som är allvarlig. Det innebär att personer med allvarlig psykisk störning kommer att bli särbehandlade i förhållande till andra grupper där återfallsrisken är betydligt högre.

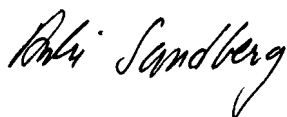
NSPH avvisar förslaget om särskilda skyddsåtgärder och särskilda stödboenden enbart för personer med allvarlig psykisk störning. Om mycket farliga personer ska kunna dömas till särskilda skyddsåtgärder måste det gälla för alla som bedöms som mycket farliga - inte bara de med allvarlig psykisk störning.

Kontroll- och tvångsåtgärder i samband med en rättspsykiatrisk undersökning eller när den som är intagen i anstalt eller häkte är föremål för frivillig psykiatrisk vård samt säkerhet på och utanför sjukvårdsinrättningar

Dessa skrivningar utgör ett tydligt exempel på hur kriminalvårdens regelverk och rutiner kommer att spilla över på de enheter som ska ge vård och behandling till psykiskt störda lagöverträdare. Kriminalvårdens tänkande färgar utredningens förslag om hur säkerheten ska se ut på vårdinrättningar. Det är tänkvärt att utredningen i en kort mening pliktskyldigt talar om dynamisk säkerhet för att sedan ägna resten av avsnittet åt inpasseringskontroller, tvångsåtgärder och besöksrestriktioner.

#### 4.4.1 Konsekvenser för den öppna rättspsykiatriska vården

Öppen rättspsykiatrisk vård är en vårdform som i allmänhet har visat sig fungera väl. Denna vårdform har inneburit att patienter snabbare än tidigare kunnat slussas tillbaka ut i samhället, men under den rättspsykiatriska vårdens kontroll. Det finns idag på flera platser i landet välfungerande samverkan mellan rättspsykiatrin och primärvården, allmänpsykiatrin, kommunernas socialpsykiatri, kriminalvården samt diverse privata vårdgivare. Vi saknar en djupare analys av vad som händer med denna vårdform i utredningens förslag.



Anki Sandberg  
samordnare  
Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

#### Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa

Nationell samverkan för Psykisk hälsa, NSPH, är ett nätverk bestående av patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. Vi ser oss patienter, brukare och anhöriga som en oumbärlig resurs i vården, stödet och behandlingen. Huvudkravet är att våra medlemmar ska ha ett större inflytande över de beslut som fattas inom området.

##### NSPH:s medlemsorganisationer

Riksförbundet Attention

Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling – RFHL

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa – RSMH

Riksförbundet för SuicidPrevention och Efterlevandes Stöd – SPES

Riksföreningen Anorexi/Bulimi-Kontakt

RUS – Riksförbundet Ungdom för Social hälsa

Schizofreniförbundet – Intresseförbundet för personer med schizofreni och liknande psykoser

Svenska OCD-förbundet Ananke

Svenska Ångestsyndromsällskapet - ÅSS

Sveriges Fontänhus

##### Associerade medlemmar

Föreningen Balans

Riksförbundet Föräldraföreningen Mot Narkotika – FMN

SHEDO – Self Harm and Eating Disorders Organisation