Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet

En rättsvetenskaplig monografi om LPT

EWA GUSTAFSSON

Studentlitteratur

E-boken är publicerad av Juridiska fakulteten vid Lunds universitet 2023
eISBN: 9789198793499
DOI: https://doi.org/10.37852/oblu.229

Denna text är licensierad under CC BY-NC 4.0, Erkännande.
(Se fullständiga villkor: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.sv).
Enligt licensen får verket spridas och bearbetas utan att tillstånd behövs, men ej användas i kommersiella syften. Verkets upphovsperson måste anges.

Juridikbok.se

Denna digitala version av verket är nedladdad från juridikbok.se.

Den licens som tillämpas för de verk som finns på juridikbok.se är **Creative Commons CC BY-NC 4.0**. Licensvillkoren måste följas i sin helhet och dessa finner du här https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.sv

Sammanfattningsvis innebär licensen följande:

Tillstånd för användaren att:

• Kopiera och vidaredistribuera materialet oavsett medium eller format

• Bearbeta och bygga vidare på materialet

Villkoren för tillståndet är:

• Att användaren ger ett korrekt erkännande, anger en hyperlänk till licensen och anger om bearbetningar är gjorda av verket. Detta ska göras enligt god sed.

• Att användaren inte använder materialet för kommersiella ändamål.

• Att användaren inte tillämpar rättsliga begränsningar eller teknik som begränsar andras rätt att gör något som licensen tillåter.

Se även information på
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.sv

http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:juridikbokse-f448b

Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet

En rättsvetenskaplig monografi om LPT

EWA GUSTAFSSON

STOCKHOLMS STADSBIBLIOTEK
STADSBIBLIOTEKET
SVEAVAGEN 73

Studentlitteratur

Kopieringsförbud

Detta verk är skyddat av lagen om upphovsrätt. Kopiering, utöver lärares rätt att kopiera för undervisningsbruk enligt BONUS-Presskopias avtal, är förbjuden. Sådant avtal tecknas mellan upphovsrättsorganisationer och huvudman för utbildningsanordnare, t.ex. kommuner/universitet. För information om avtalet hänvisas till utbildningsanordnarens huvudman eller BONUS-Presskopia.

Den som bryter mot lagen om upphovsrätt kan åtalas av allmän åklagare och dömas till böter eller fängelse i upp till två år samt bli skyldig att erlägga ersättning till upphovsman/rättsinnehavare.

Denna trycksak är miljöanpassad, både när det gäller papper och tryckprocess.

Art.nr 33287
ISBN 978-91-44-05350-9
Upplaga 1:1

© Ewa Gustafsson och Studentlitteratur 2010
www.studentlitteratur.se
Studentlitteratur AB, Lund

Omslagsbild: Shutterstock
Omslag: Francisco Ortega

Printed by Elanders Hungary Kft, Hungary 2010

INNEHÅLL

Förord 11

Förkortningar 13

KAPITEL 1 **Inledning 15**

1.1 Bakgrund 15
1.2 Ämnesområde och syfte 16
1.3 Metod och material 18
1.4 Disposition 19

KAPITEL 2 **Tvångsvårdens grundvalar 21**

KAPITEL 3 **Fri- och rättighetsskyddet 25**

3.1 Inledning 25
3.2 Allmänt om rättighetskatalogen i RF 28
3.3 Allmänt om Europakonventionen 30
3.3.1 Inledning 30
3.3.2 Fördragsslutande parts åtagande 31
3.3.3 Europeiska domstolen för de mänskliga rättigheterna 32
3.3.4 Enskilds klagomål 32
3.3.5 Rätt till ett effektivt rättsmedel 33
3.3.6 Europakonventionens ställning i svensk rätt 34
3.4 Närmare om fri- och rättighetsskyddet 36
3.4.1 Skydd för yttrandefrihet och informationsfrihet 36
3.4.2 Rätt till liv 40
3.4.3 Skydd mot tortyr m.m. 43
3.4.4 Förbud mot tvångsarbete eller annat påtvingat arbete i EKMR 49
3.4.5 Skydd för den kroppsliga integriteten, privat- och familjeliv 50
3.4.6 Skydd mot frihetsberövande 56
3.4.6.1 Skydd mot frihetsberövande i RF 55
3.4.6.2 Rätt till domstolsprövning i RF 56

© Författaren och Studentlitteratur

3.4.6.3 Rätt till frihet och säkerhet i EKMR 58
3.4.6.3.1 Allmänt 58
3.4.6.3.2 Laglighetskravet 60
3.4.6.3.3 Uppfyllande av föreläggande eller fullgörande av skyldighet 61
3.4.6.3.4 Frihetsberövande på grund av psykisk sjukdom 62
3.4.6.3.5 Underrättelse om skälen för frihetsberövandet 67
3.4.6.3.6 Rätt till domstolsprövning 69
3.4.6.3.7 Rätt till skadestånd 75
3.4.7 Egendomsskyddet 76
3.4.8 Civila rättigheter och skyldigheter 81
3.4.8.1 Inledning 81
3.4.8.2 Allmänt 81
3.4.8.3 Begreppet civila rättigheter och skyldigheter 82
3.4.8.4 Tillträde till domstol 84
3.4.8.5 Rättvis och offentlig förhandling 86
3.4.8.6 Rättegång inom skälig tid 86
3.4.8.7 Oavhängig och opartisk domstol upprättad enligt lag 88
3.4.8.8 Offentligt avkunnande av dom 89
3.4.8.9 LPT och artikel 6 90
3.5 Avslutning 91

KAPITEL 4 **Rättssäkerhetsbegreppet 93**

KAPITEL 5 **LPT och dess relation till närliggande lagstiftning 95**
5.1 Hälso- och sjukvårdslagen 95
5.2 Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) 97
5.3 Förvaltningslagen 99
5.3.1 Inledning 99
5.3.2 Närmare om förvaltningslagen 100

KAPITEL 6 **Viktiga principer vid tvångsvård 105**
6.1 Människors lika värde 105
6.2 Självbestämmande och integritet 106
6.3 Legalitetsprincipen 107
6.4 Likhets- och objektivitetsprincipen 108
6.5 Aktualitetsprincipen 109
6.6 Proportionalitetsprincipen 110

© Författaren och Studentlitteratur

KAPITEL 7 **Processuella frågor 113**

7.1 Inledning 113
7.2 Behörig förvaltningsrätt 114
7.3 Särskilda tidsfrister 114
7.4 Muntlig förhandling m.m. 116
7.5 Särskilt om sakkunnig 118
7.6 Offentligt biträde 123
7.7 Avslutande reflektioner 123

KAPITEL 8 **Tvångsvårdens syfte 125**

8.1 Allmänt om syftesbestämmelser 125
8.2 Syftet med tvångsvård enligt LPT 126

KAPITEL 9 **Förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård 131**

9.1 Inledning 131
9.2 Allmänt om förutsättningarna 131
9.3 Lagtolknings- och bevisfrågor 134
9.4 Allvarlig psykisk störning 136
9.5 Oundgängligt vårdbehov – sluten psykiatrisk tvångsvård 147
9.5.1 Inledning 147
9.5.2 Närmare om vårdbehovsrekvisitet 148
9.5.2.1 Rekvisitets innebörd 148
9.5.2.2 Rättstillämpningen 154
9.5.3 Avslutande reflektioner 168
9.6 Behov av särskilda villkor – öppen psykiatrisk tvångsvård 170
9.6.1 Inledning 170
9.6.2 Allmänt om den öppna vårdformen 170
9.6.3 Rekvisitets innebörd 171
9.6.4 Avslutande reflektioner 181
9.7 Samtycke till vård 182
9.7.1 Inledning 182
9.7.2 Allmänt om samtycke 184
9.7.3 Närmare om samtyckesrekvisitet i LPT 187
9.7.4 Rättstillämpningen 195
9.7.5 Avslutande reflektioner 208
9.8 Farlig för annan 210
9.8.1 Inledning 210
9.8.2 Rekvisitets innebörd 210
9.8.3 Rättstillämpningen 214
9.8.4 Avslutande reflektioner 216

© Författaren och Studentlitteratur

KAPITEL 10 **Intagningsprocessen 217**

10.1 Inledning 217
10.2 Vårdintyg 217
10.2.1 Incitament till läkarundersökning 217
10.2.2 Undersökning för vårdintyg 219
10.2.3 Utfärdande av vårdintyg och dess innehåll 221
10.2.4 Vårdintygets giltighet 223
10.2.5 Vårdintygets funktion och framtida giltighet 223
10.3 Chefsöverläkarens beslut om intagning 225
10.4 Överklagande av intagningsbeslut 228
10.5 Särskilda tvångsåtgärder före beslut om intagning 229
10.5.1 Inledning 229
10.5.2 Kvarhållning (6 §) 230
10.5.3 Användning av tvång (6 §) 232
10.5.4 Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning (6 §) 233
10.5.5 Förbud mot innehav av viss egendom (21, 24 §§) 235
10.5.6 Fastspänning (6 a §) 236
10.5.7 Avskiljande (6 a §) 237
10.5.8 Behandling (6 a §) 239
10.6 Avslutande reflektioner 241

KAPITEL 11 **Vårdtider, tidsfrister och ansökan om fortsatt tvångsvård 243**

11.1 Inledning 243
11.2 Vårdtid efter beslut av chefsöverläkaren 7 § LPT 243
11.3 Förlängning av vårdtiden efter beslut av domstol 9 § LPT 249
11.4 Återintagning från öppen till sluten psykiatrisk tvångsvård 251
11.5 Vårdtiden i praktiken 254
11.6 Avslutande reflektioner 258

KAPITEL 12 **Övergång från frivillig vård till tvångsvård (konvertering) 261**

12.1 Inledning 261
12.2 Förutsättningar för konvertering 262
12.3 Vårdintyg 263
12.4 Särskilda tvångsåtgärder 264
12.5 Beslut om intagning 264
12.6 Underställning till förvaltningsrätten 265
12.7 Ansökan om fortsatt vård 265
12.8 Vårdtid 266

© Författaren och Studentlitteratur

KAPITEL 13 **Information till patienten 267**

13.1 Stödperson 267
13.2 Överklagande, ombud eller biträde, offentligt biträde 268
13.2.1 Inledning 268
13.2.2 Överklaga vissa beslut 270
13.2.3 Anlita ombud eller biträde 273
13.2.4 Offentligt biträde 275
13.2.5 Rättstillämpningen 276
13.3 Information om lagstiftningen 276
13.4 Avslutande reflektioner 276

KAPITEL 14 **Vården 279**

14.1 Inledning 279
14.2 Sjukvårdsinrättning 279
14.3 God säkerhet i verksamheten 280
14.4 Vårdplan 281
14.5 Behandlingen 285
14.5.1 Inledning 285
14.5.2 Samråd med patient och närstående 287
14.5.3 Chefsöverläkarens beslut/tvångsmedicinering 290
14.5.4 Särskilt om behandlingsåtgärder 294
14.6 Avslutande reflektioner 299

KAPITEL 15 **Permission 301**

15.1 Inledning 301
15.2 Begreppet permission m.m. 301
15.3 Dokumentation 306
15.4 Tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område – permission 307
15.4.1 Permissionsinstitutet i 2000 års lag 307
15.4.2 Tillämpningen av permissionsbestämmelsen i 2000 års lag 313
15.4.3 Permissionsinstitutet i nu gällande lag 325
15.4.4 Permission förenat med villkor 327
15.4.5 Återkallande av tillstånd – återtagning 328
15.4.5 Polishandräckning 331
15.4.6 Överklagande 331
15.5 Avslutande reflektioner 335

KAPITEL 16 **Särskilda tvångsåtgärder 337**

16.1 Inledning 337
16.2 Allmänt 339

© Författaren och Studentlitteratur

16.3 Samtycke till särskilda tvångsåtgärder 342
16.4 Särskilt om dokumentation 344
16.5 Allmänt om personkretsen 348
16.6 Hindras att lämna vårdinrättning/avdelning (18 §) 349
16.6.1 Allmänt 349
16.6.2 Syfte och förutsättningar 351
16.6.3 Personkrets 354
16.6.4 Beslutsbefogenhet 359
16.6.5 Dokumentation 360
16.6.6 Avslutande reflektioner 361
16.7 Användning av tvång/våld (6, 18 §§) 362
16.7.1 Allmänt 362
16.7.2 Tvång och våld 363
16.7.3 Syfte och förutsättningar 368
16.7.4 Personkrets 373
16.7.5 Beslutbefogenhet 373
16.7.6 Dokumentation 374
16.7.7 Avslutande reflektioner 374
16.8 Fastspänning (19 §) 374
16.8.1 Allmänt 374
16.8.2 Syfte och förutsättningar 374
16.8.3 Personkrets 378
16.8.4 Beslutsbefogenhet 379
16.8.5 Tidsgräns 380
16.8.6 Underrättelse till Socialstyrelsen 384
16.8.7 Dokumentation 385
16.8.8 Avslutande reflektioner 386
16.9 Avskiljande (20 §) 387
16.9.1 Allmänt 387
16.9.2 Syfte och förutsättningar 388
16.9.3 Personkrets 393
16.9.4 Beslutsbefogenhet 393
16.9.5 Tidsgräns 394
16.9.6 Underrättelse till Socialstyrelsen 395
16.9.7 Dokumentation 396
16.9.8 Avslutande reflektioner 397
16.10 Inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster (20 a §) 398
16.10.1 Bakgrund 398
16.10.2 Allmänt 401

© Författaren och Studentlitteratur

16.10.3 Syfte och förutsättningar 402
16.10.4 Särskilt om kommunikation med svensk myndighet, advokat m.fl. 407
16.10.5 Personkrets 408
16.10.6 Beslutsbefogenhet 417
16.10.7 Tidsgräns 417
16.10.8 Underrättelse till Socialstyrelsen 419
16.10.9 Omhändertagande av teknisk utrustning 420
16.10.10 Överklagande 422
16.10.11 Dokumentation 423
16.10.12 Avslutande reflektioner 424
16.11 Förbud mot innehav av viss egendom (21, 24 §§) 426
16.11.1 Allmänt 426
16.11.2 Otillåten egendom 427
16.11.2.1 Missbruksmedel 427
16.11.2.2 Narkotikaverktyg 430
16.11.2.3 Annan egendom 430
16.11.3 Omhändertagande av egendom 432
16.11.4 Syfte och förutsättningar 433
16.11.5 Personkrets 434
16.11.6 Beslutsbefogenhet 435
16.11.7 Överklagande 435
16.11.8 Dokumentation 436
16.11.9 Avslutande reflektioner 436
16.12 Försändelsekontroll – till en patient (22 §) 437
16.12.1 Allmänt 437
16.12.2 Syfte och förutsättningar 437
16.12.3 Omhändertagande av egendom 438
16.12.4 Personkrets 438
16.12.5 Beslutsbefogenhet 438
16.12.6 Dokumentation 438
16.13 Försändelseövervakning – från en patient (22 a §) 438
16.13.1 Allmänt 438
16.13.2 Syfte och förutsättningar 440
16.13.3 Särskilt om försändelser till svensk myndighet, advokat m.fl. 442
16.13.4 Personkrets 443
16.13.5 Beslutsbefogenhet 443
16.13.6 Tidsgräns 444
16.13.7 Underrättelse till Socialstyrelsen 445
16.13.8 Kvarhållande av försändelser 445
16.13.9 Dokumentation 446

© Författaren och Studentlitteratur

16.13.10 Överklagande 447
16.13.11 Avslutande reflektioner 447
16.14 Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning 448
16.14.1 Allmänt 448
16.14.2 Begreppen kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning 448
16.14.3 Syfte och förutsättningar 452
16.14.4 Personkrets 454
16.14.5 Beslutsbefogenhet 455
16.14.6 Dokumentation 456
16.14.7 Avslutande reflektioner 456
16.15 Besöksinskränkningar 457

KAPITEL 17 **Sammanfattning 459**
17.1 Inledning 459
17.2 Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet 460
17.3 Avslutning 468

Tabeller 469

Källförteckning 473
Offentligt tryck 473
Statens offentliga utredningar 473
Propositioner 474
Utskottsbetänkanden 475
Departementspromemorior 476
Justitieombudsmannen 476
Direktiv 477
Övrigt källmaterial 477
Psykiatriska kliniker 482

Rättsfall 485
Länsrätter 485
Tingsrätter 490
HSAN 490
Kammarrätter 490
Regeringsrätten 491

Sakregister 493

© Författaren och Studentlitteratur

FÖRORD

Forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS) har genom ett frikostigt ekonomiskt stöd möjliggjort detta forskningsprojekt. För detta vill jag rikta ett varmt tack. Jag vill också uttrycka min tacksamhet till Juridiska fakulteten vid Lunds universitet, där jag haft min hemvist, och för bidrag från Gunnar Swensons minnesfond.

Under arbetets gång har professorn i offentlig rätt Lotta Vahlne Westerhäll, professorn i medicinsk rätt Elisabeth Rynning, professorn i offentlig rätt Lars-Göran Malmberg, samt docent Bengt Lundell funnits till hands för värdefulla diskussioner och synpunkter. Professorn i psykiatri Hans Ågren har bistått med värdefullt stöd i medicinska frågor. För detta tackar jag varmt.

Till förvaltningsrätterna i Stockholm, Göteborg och Malmö riktas ett stort tack för bistånd med framtagning av material. Jag vill också tacka de 14 psykiatriska kliniker som tagit sig tid att kopiera och avidentifiera patientjournaler, vilket har bidragit till att få en framställning med verklighetsanknytning. Några kliniker har också delgivit mig olika praktiska problem vilket jag uppskattar särskilt.

Forskningsprojektet godkändes av Regionala etikprövningsnämnden i Lund den 13 februari 2007.

Lund i januari 2010

Ewa Gustafsson

© Författaren och Studentlitteratur

FÖRKORTNINGAR

AlkoholL	Alkohollag (1994:1738)
AmL	Arbetsmiljölag (1977:1160)
BrB	Brottsbalken
FL	Förvaltningslag (1986:223)
FPL	Förvaltningsprocesslag (1971:291)
FPT	Förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
FvL	Lag om förverkande av alkholhaltiga drycker m.m. (1958:205)
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
HäktesL	Lag (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl.
JO	Justitieombudsmannen
KamR	Kammarrätt
KvaL	Lag (1974:203) om kriminalvård i anstalt
LEF	Lagen (1998:714) om ersättning vid frihetsberövanden och andra tvångsåtgärder
LPT	Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
LR	Länsrätt
LRV	Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård
LSPV	Lag (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall
LSS	Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
LYHS	Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
LVM	Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
NsL	Narkotikastrafflag (1968:64
OSL	Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)
PdL	Patientdatalag (2008:355)

© Författaren och Studentlitteratur

RB	Rättegångsbalken
RegR	Regeringsrätten
SoL	Socialtjänstlagen (2001:453)
SOSFS	Socialstyrelsens föreskrifter

© Författaren och Studentlitteratur

Inledning

KAPITEL 1

1.1 Bakgrund

Sedan århundraden har det i den svenska lagstiftningen, på ett eller annat sätt, givits möjligheter för samhället att vidta åtgärder mot en person som är psykiskt sjuk. Ursprungligen ansågs den sjuke som ett störande inslag i samhällsbilden och därför gjorde sig tanken om samhällsskyddet i hög grad gällande i lagstiftningen. Den enskilde individens behov och förutsättningar kom i skymundan, om de alls framträdde, och för att bevara ett lugnt och tryggt samhälle togs den sjuke in på hospital eller så togs han om hand av fattigvården. Respekten för den enskilde individens människovärde, självbestämmande och integritet märktes det inte mycket av, varken i samhällsmedborgarnas attityder mot dem "som mist vettet" eller ansågs som "sinnessjuka", eller i lagstiftningen.[1]

Den på *frivillighet* baserade vården har inom psykiatrin vuxit fram förhållandevis långsamt. Under 1800-talet och en bit in på 1900-talet kunde en psykiskt sjuk person inte söka frivillig vård på sinnessjukhus. Den sjuke ansågs inte vara i stånd att självständigt fatta ett sådant beslut. Så småningom fick emellertid patienten möjlighet att själv ansöka om intagning, men han ansågs inte kunna bedöma när han skulle lämna sjukhuset. Denna s.k. kvarhållningsrätt försvann inte förrän i slutet av 1950-talet.[2]

Genom tiderna har emellertid ett annat synsätt utvecklats. Respekten för patienten i psykiatrin, liksom kraven på hälso- och sjukvårdspersonalen,[3] har lyfts fram i såväl internationella dokument[4] som i den svenska lagstiftningen. Psykiatrin har gått från en hospitalisering till en strävan att avinstitutionalisera den psykiatriska vården och behandlingen.[5] Den enskildes rättssäkerhet har också alltmer kommit att diskuteras och ta form. Redan i 1929 års sinnessjuklag kunde vissa beslut överklagas till en

1 Uppsalalagen respektive Sinnessjukstadgan.

2 Jfr Grönwall/Holgersson 2001 s. 26.

3 Se lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

4 Se t.ex. World Psychiatric Association (WPA) The Declaration of Hawaii.

5 Se Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten, SOU 1984:64 och prop. 1993/94:218.

© Författaren och Studentlitteratur

från vårdinrättningen fristående myndighet. Det låg också i Sinnessjuklagstiftningskommitténs uppgift, vars betänkande ledde fram till 1966 års lag om sluten psykiatrisk vård (LSPV), att utforma klart formulerade rättssäkerhetsgarantier för beredande av tvångsvård.

I dag är *all* vård som meddelas inom hälso- och sjukvården, som huvudregel, av frivillig karaktär enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) – HSL. Utgångspunkten är att en patient i princip har en oinskränkt rätt att avstå från vård och behandling och det gäller såväl inom den somatiska som inom den psykiatriska vården. Samhällets möjlighet att mot en psykiskt sjuk person ingripa med tvång finns emellertid kvar. Tvångsvård mot den enskildes vilja får ske, dock endast i undantagsfall och under förutsättningar som anges i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT). Det är *denna lag* och *dessa förutsättningar* som är föremål för beskrivning och undersökning i denna rättsvetenskapliga monografi.

1.2 Ämnesområde och syfte

Utmärkande för en rättsstat är att medborgarna åtnjuter rättsskydd i förhållande till såväl enskilda som staten. Rättsstaten förutsätter att den offentliga makten utövas inom en rättslig ram och att maktutövningen är förutsebar och icke godtycklig. Regeringsformen ger varje medborgare, i förhållande till det allmänna, ett skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp och mot frihetsberövande. Varje medborgare äger också ett skydd mot kroppsvisitation, husrannsakan och liknande intrång samt ett skydd mot undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse. Grundlagsskyddet är emellertid i vissa avseenden endast relativt eftersom begränsningar genom lag får ske. Genom den Europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) – EKMR, som genom lag (SFS 1994:1219) införlivats i svensk rätt, har skyddet ytterligare accentuerats.

LPT innehåller en rad bestämmelser som inkräktar på den enskilde individens självbestämmande och integritet. Lagen ger en anvisning om under vilka premisser tvångsvård över huvud taget kan komma i fråga p.g.a. en allvarlig psykisk störning. Lagen ger även samhället befogenhet att, genom hälso- och sjukvårdens försorg, ytterligare inkräkta på den enskildes grundläggande fri- och rättigheter. Under särskilda förutsättningar kan t.ex. chefsöverläkaren besluta att överföra en klient som vårdas frivilligt inom psykiatrin till tvångsvård. Chefsöverläkaren ges också befogenhet att besluta om särskilda tvångsåtgärder, såsom kroppsvisitation, fastspänning och tvångsmedicinering under pågående tvångsvård, vilket även kan komma i fråga redan innan ett formellt intagningsbeslut är fattat.

© Författaren och Studentlitteratur

Tvångsvården legitimeras utifrån ett synsätt där en allvarligt psykiskt sjuk person inte anses ha förmåga att bedöma sitt eget bästa. Ett beslut om tvångsvård, och sådana tvångsåtgärder som med lagstiftningens stöd får vidtagas under pågående vård, innebär emellertid ett betydande ingrepp i den enskildes liv. I fall av frihetsberövande finns det alltid en risk att samhället begagnar sig av sin maktposition på ett otillbörligt sätt.

Europadomstolen har framhållit att det beträffande tvångsintagna på "mentalsjukhus" finns en särskild anledning till vaksamhet när det gäller att för dessa tillse att deras konventionsenliga rättigheter respekteras. Eftersom den person som underkastas tvångsvård som regel är en patient med nedsatt autonomi är det av synnerlig vikt att den rättsliga regleringen är noggrant utformad under hänsynstagande till den enskildes rättigheter enligt Regeringsformen, Europakonventionen och med beaktande av övriga normer och principer som tillvaratar den enskildes rätt. Utifrån detta skydd behandlas LPT med fokus på, för den enskilde, särskilt integritetskänsliga bestämmelser.

Ett övergripande syfte är att, genom en teoretisk bearbetning av den rättsliga regleringen och en systematisk analys av det empiriska materialet, fastställa vad som kan anses vara gällande rätt på ifrågavarande rättsområde, samt att ge en så verklighetsnära beskrivning som möjligt av hur LPT kommit att tillämpas, på domstolsnivå och inom hälso- och sjukvården. Projektet avses utröna vilka rättssäkerhetsgarantier lagen innehåller, huruvida rättssäkerhetskravet faktiskt tillgodosetts genom lagstiftningens utformning och om rättstillämparna följer lagen och lagstiftarens intentioner. En grundläggande intention med bokens innehåll och uppbyggnad är också att den skall kunna användas i den juridiska utbildningen, men självfallet även inom andra discipliner, särskilt inom psykiatrin. Boken torde också kunna tjäna som ett uppslagsverk i den praktiska hanteringen av LPT såväl inom rättsväsendet som inom hälso- och sjukvården.

Lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, beskrivs i princip i sin helhet. Den empiriska undersökningen och beskrivningen av rättstillämpningen är dock begränsad främst till förutsättningarna för tvångsvård i 3 § LPT och vad som hör samman med detta och till tillämpningen av de särskilda tvångsåtgärderna i 6–6 a §§ och 18–24 §§ LPT. Det skall också påpekas att det finns föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård i lagen (1991:1129) om *rättspsykiatrisk vård* (LRV) som bl.a. omfattar personer som ges psykiatrisk tvångsvård som en *brottspåföljd*. Denna lag behandlas *inte* i förevarande arbete, utan det är endast den allmänna regleringen i LPT som är föremål för undersökning. I sammanhanget skall dock anmärkas, att ett flertal bestämmelser i LPT är tillämpliga också i förhållande till patienter som vårdas med stöd av LRV varför förevarande framställning

© Författaren och Studentlitteratur

kan anses ha relevans även vid vård enligt den lagen. Framställningen bygger helt på den svenska lagstiftningen och någon komparativ undersökning har inte gjorts.

1.3 Metod och material

Forskningen har bedrivits med i huvudsak rättsdogmatisk metod, dvs. utifrån den inom rättsvetenskapen vedertagna rättskälleläran. Sålunda används, för den teoretiska bearbetningen, tillämpliga lag- och författningsregler, förarbeten till lagstiftningen, prejudikat och doktrin. Av tradition används inom rättsvetenskapen de högsta domstolsinstansernas avgöranden för att fastställa vad som kan anses vara gällande rätt på ett visst rättsområde. Samtliga publicerade avgöranden från Regeringsrätten rörande LPT har sålunda studerats och redovisas i den mån det befunnits relevant för tolkning och tillämpning av enskilda bestämmelser.

Eftersom domstolsprövningen på underrättsnivå inte enbart är ett forum för prövning av överklaganden, utan förvaltningsrätterna[6] faktiskt är en beslutande instans bl.a. i fråga om förlängning av tvångsvården efter en viss tid, har jag funnit det värdefullt att också närmare studera handläggningen i på denna nivå. Domstolsprövningen är i sig av lagstiftaren tänkt att utgöra en garanti för den enskildes rättssäkerhet varför det är viktigt att utforska huruvida rättssäkerheten faktiskt tillgodosetts. En studie av förvaltningsrättens avgöranden tjänar också syftet att vara problemorienterande och de skapar en bild av vilket innehåll lagens rekvisit givits och hur lagen kommit att tillämpas både inom hälso- och sjukvården och på domstolsnivå.

Projektet utgår från den enskilde individen och dennes rättssäkerhet. För att kunna identifiera problem och besvara ett flertal frågeställningar har det varit nödvändigt att, ur såväl ett patient- som ett samhällsperspektiv, använda material som innehåller känsliga uppgifter om den enskildes hälsotillstånd och beteende.

Det empiriska material som till stor del använts grundar sig på innehållet i domstolsavgöranden som är allmänna handlingar. Undersökningen av länsrättsavgöranden (numera förvaltningsrätt) har begränsats till de tre storstadsområdena där det finns flest slutenvårdsplatser[7] och till första halvåret under respektive år 2005–07. I fokus har därvid stått de mål som avsett bifall/avslag på ansökan om förlängning av tvångsvården enligt 7 och 9 §§ LPT. Sammanlagt har 661 mål studerats. Genom lagändring i

6 Tidigare länsrätter.

7 Se Socialstyrelsens sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008, "Tvångsvården 2008".

© Författaren och Studentlitteratur

september 2008 infördes en ny vårdform, *öppen* psykiatrisk tvångsvård. Denna form av tvångsvård ligger utanför undersökningen och behandlas endast på ett teoretiskt plan.

Även ett antal patientjournaler har studerats för att tydligare få en bild av vilka problemsituationer som finns i praktiken och hur hälso- och sjukvården tillämpar LPT, särskilt vad gäller ingrepp i de grundlagsskyddade fri- och rättigheterna. För att få ett representativt underlag tillskrevs initialt 25 psykiatriska kliniker fördelat över landet. 14 kliniker svarade och har bistått med ca fem journaler vardera. Sålunda har ett 70-tal patientjournaler, främst från tiden 2006–07, granskats vilket torde ge ett tillräckligt underlag för att dra vissa slutsatser. Journalerna har redan från början begärts ut i avidentifierat skick och klinikerna har själv gjort urvalet. När uppgifter om den enskildes hälsa eller andra personliga förhållanden efter analys redovisas sker detta sålunda i avidentifierad form så att sakförhållandena inte kan härledas till en enskild individ. Vissa, för en enskild individ, mycket signifikanta uppgifter, har utelämnats i citat för att inte patienten skall kännas igen. Inte heller redovisas till vilken klinik de olika ärendena är hänförliga. Klinikerna har slumpvis numrerats från 1–14 med underrubriken A–E vilket sålunda är det enda som anges i fallbeskrivningarna.

Den 15 februari 2010 förändrades domstolsorganisationen då landets 23 länsrätter lades samman till tolv förvaltningsrätter. Det medför, för denna framställning, att det talas både om länsrätter och förvaltningsrätter. Det är dock samma slags domstol som avses.

1.4 Disposition

Som framgått inledningsvis behandlas i princip LPT-lagstiftningen i sin helhet eftersom boken skall kunna användas i undervisningssammanhang inom såväl den juridiska som andra discipliner. De första kapitlen är av mer övergripande natur. Sålunda behandlas kortfattat LPT-lagstiftningens grundvalar (kapitel 2) varefter följer en tämligen utförlig redogörelse för fri- och rättighetsskyddet i Regeringsformen och Europakonventionen (kapitel 3). Eftersom rättssäkerheten har en fundamental plats i föreliggande framställning beskrivs i kapitel 4 vilken innebörd detta begrepp har i boken. Därefter följer i kapitel 5 en beskrivning av LPT i förhållande till annan lagstiftning och i kapitel 6 diskuteras olika principer som är av särskild betydelse vid tvångsvård. Därefter följer den mer materiella delen av boken, (kapitel 7–16) där lagstiftningen sålunda beskrivs och diskuteras utifrån vad som framkommit vid den empiriska undersökningen. Alla delar av lagstiftningen beskrivs, men i vissa fall endast på ett teoretiskt

© Författaren och Studentlitteratur

plan då den empiriska undersökningen i princip koncentrerats till förutsättningarna för tvångsvård och de särskilda tvångsåtgärderna. Varje kapitel avslutas med sammanfattande reflektioner som binds samman i kapitel 17.

© Författaren och Studentlitteratur

Tvångsvårdens grundvalar

KAPITEL 2

Frågan om tvångets vara eller icke vara i vården, såväl inom socialtjänsten som i hälso- och sjukvården, ger som regel upphov till livliga diskussioner om tvångsvårdens nytta för den enskilde individen i förhållande till den kränkning av mänskliga rättigheter det faktiskt innebär att bli fråntagen delar av sin frihet.

Tvångsvård inom den psykiatriska vården är, i enlighet med definitionen i 1 § LPT, psykiatrisk vård som är förenad med *frihetsberövande och annat tvång.* Att detta över huvud anses nödvändigt i svensk rätt bygger på en grundläggande *solidaritetstanke,* att vi har ansvar inte bara för oss själva utan även för varandra. Förmågan till ansvarstagande varierar under livscykeln bl.a. beroende på hälsotillstånd. I situationer där en människa på grund av sitt psykiska tillstånd uppenbart saknar förmåga att se till sitt eget bästa eller utsätter andra för risker till liv eller hälsa, kräver den grundläggande solidariteten människor emellan att hjälp kan ges även om den enskilde motsätter sig det. Sådan tvångsvård skall dock, enligt lagstiftarens uppfattning, inriktas på att avhjälpa det *oundgängliga vårdbehovet* och syfta till att motivera patienten så att han eller hon kan frivilligt medverka till fortsatt stöd och behandling. Därvid är det av största vikt att *rättssäkerheten* motsvarar högt ställda krav.[1]

Andra utgångspunkter för den psykiatriska tvångslagstiftningen är *humanitet* och *medmänsklighet.* Att slopa varje möjlighet till psykiatrisk tvångsvård skulle innebära att samhället avsäger sig möjligheten att hjälpa människor i svårt utsatta situationer. Samtidigt måste sådan vård *begränsas* och, så långt möjligt, utformas så att riskerna för den personliga integriteten minimeras. Patienten bör inte i vården påtvingas undersökningar eller behandlingar som inte är motiverade av tillräckligt starka skäl. Om en patient vägrar att godta behandling som ger snabbare tillfrisknande, minskat lidande och kortare vårdtid, krävs således en grannlaga avvägning med beaktande av berättigade krav på personlig integritet, anfördes

1 Prop. 1990/91:58 s. 65.

© Författaren och Studentlitteratur

i lagens motiv. Tvångsvårdstiderna skall vara så korta som möjligt och *aktivt* användas för att ge den behandling och det stöd som behövs för att vården skall kunna övergå i frivilliga former.[2]

Tvångsingripande mot en patient på psykiatrisk grund motiveras av att denne inte är i stånd att bedöma sitt eget bästa.[3] LPT:s *funktion* är att reglera samhällets möjligheter att mot den enskildes vilja bereda en person med allvarlig psykisk störning vård. Lagstiftarens övergripande målsättning är att psykiatrisk vård i så stor utsträckning som möjligt skall ges i frivilliga former. Först när vård på frivillig grund inte räcker till skall psykiatrisk vård med tvång få tillgripas.[4] Tvångsintagning skall vara den lösning som väljs bara när andra hjälpformer inte står till buds eller inte räcker till.[5] Ett tvångsomhändertagande är således en *undantagsföreteelse* och *i regel endast av kortvarig natur.*[6]

Före LPT:s ikraftträdande 1992 reglerades den psykiatriska tvångsvården i lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). I slutet av 1960-talet vårdades ca 20 000 personer med stöd av den lagen som omfattade såväl psykiskt störda lagöverträdare som andra personer med psykisk sjukdom. Tio år senare hade antalet tvångsvårdade patienter minskat med drygt hälften och i slutet av 1980-talet vårdades knappt 3 000 personer med tvång. En viktig orsak till denna utveckling var bl.a. en förändrad syn på personer med psykisk sjukdom och behandlingen av dem. De mera varaktiga omhändertagandena på mentalsjukhusen hade i betydande utsträckning fått ge vika för andra insatser för att aktivt behandla och rehabilitera patienterna.[7] I Socialstyrelsens inventering i maj 2008 vårdades sammanlagt 3 066 personer med tvång, varav drygt 1 500 med stöd av LPT. Av dessa var 42 % på permission vid inventeringstillfället.[8]

När LPT infördes var syftet med lagen och dess utformning att anpassa densamma till den utveckling mot en starkt begränsad användning av tvångsvård som ägt rum decennierna innan. I motiven framhölls, att strävandena att minska tvånget kräver åtgärder på bred front, inte minst på det vårdorganisatoriska planet, liksom när det gäller innehållet och utformningen av den vård som ges genom intagning på en sjukvårds-

2 Prop. 1990/91:58 s. 65.
3 Prop. 1990/91:58 s. 73.
4 Prop. 1990/91:58 s. 233.
5 Prop. 1990/91:58 s. 74.
6 Prop. 1990/91:58 s. 233.
7 Prop. 1990/91:58 s. 72.
8 Socialstyrelsen. Tvångsvården 2008. Sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008 s. 15.

© Författaren och Studentlitteratur

inrättning. Denna inriktning ansågs också böra prägla lagstiftningens utformning när det gäller såväl förutsättningarna för som varaktigheten av tvångsomhändertaganden. De legala tvångsvårdsförutsättningarna avses sålunda utgå från och återspegla tanken att tvång skall vara en *sista utväg* för att hjälpa en medmänniska i psykisk nöd. För dem som har att bedöma om villkoren för tvångsintagning är uppfyllda bör det stå klart att avgörandet skall ske efter noggrann prövning av olika vägar att hjälpa patienten vilket också förutsätter en tillfredsställande utredning och en insiktsfull värdering av omständigheterna kring patienten.[9] En reglering av vårdtiderna, vilket inte fanns i LSPV, avses också kunna tjäna som ett viktigt stöd för att tvångsvården generellt skall inriktas mot korta vårdtider. Därvid utgör maximiregler för vårdtiderna ett grundelement i systemet för rättslig kontroll av psykiatrisk tvångsvård.

Den patient som vårdas i sluten psykiatrisk tvångsvård är berövad sin frihet. Patienten kan därutöver, under vårdtiden, utsättas för ytterligare tvångsåtgärder, såsom kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, ingrepp mot vilka vi åtnjuter ett grundlagsstadgat skydd. I följande kapitel redogörs för skyddet för våra mänskliga rättigheter och grundläggande friheter och beskrivs dess praktiska funktion i förhållande till LPT och dess tillämpning.

9 Prop. 1990/91:58 s. 73.

© Författaren och Studentlitteratur

Fri- och rättighetsskyddet

KAPITEL 3

3.1 Inledning

LPT ger samhället befogenhet att beröva en enskild människa hennes frihet på grund av att hon lider av en allvarlig psykisk störning. Ett frihetsberövande är ett allvarligt ingrepp i den enskildes liv som inte kan företas utan lagstöd. Detsamma gäller andra tvångsåtgärder som kan förekomma under frihetsberövandet, såsom kroppsvisitation eller andra begränsningar av rörelsefriheten. För att skapa insikt och förståelse om varför regelverket kring tvångsvård är konstruerat som det är och för att ge kunskap om vilka begränsningar som finns rörande olika integritetskränkande åtgärder redogörs i förevarande kapitel för fri- och rättighetsskyddet i de regelverk som är direkt tillämpliga i hälso- och sjukvårdens hantering av dessa frågor.

Fri- och rättighetsskyddet kan sägas ta sin utgångspunkt i Förenta nationernas allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna, som antogs 1948. Den inleds med att ett erkännande av det inneboende värdet hos alla medlemmar av människosläktet och av deras lika och oförytterliga rättigheter är grundvalen för frihet, rättvisa och fred i världen. Enligt förklaringens artikel 1 är alla människor födda fria och lika i värde och rättigheter. Envar har rätt till liv, frihet och personlig säkerhet och ingen får hållas i slaveri eller träldom. Ingen får heller utsättas för tortyr eller grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Rättighetsförklaringen grundas på en humanistisk människosyn som utmärks av betonandet av människans *värdighet, självständighet och välfärd* i materiell mening.[1]

Rättighetsförklaringens människosyn avspeglas i vår grundlag. I 1 kap. 2 § RF stadgas, att den offentliga makten skall utövas med respekt för alla människors *lika värde* och för den enskilda människans *frihet och värdighet.* Genom rättighetskatalogen i 2 kap. RF ges också de enskilda medborgarna ett visst skydd i förhållande till "det allmänna" dvs. de organ som handhar rättskipning och förvaltning. Den landstingsdrivna vårdinrättning där sluten psykiatrisk vård äger rum (15 § LPT) är därvid

1 Wennergren, Rättsfonden 1987 s. 158 f.

© Författaren och Studentlitteratur

att betrakta som "det allmänna" och hälso- och sjukvårdspersonalen som representanter för detta, ytterst som ett redskap i statens maktutövning i förhållande till den enskilde.

Sverige har genom flera internationella överenskommelser, underkastat sig regler om skydd för de mänskliga rättigheterna. FN:s inledningsvis nämnda universella förklaring om de mänskliga rättigheterna är ett *folkrättsligt bindande* dokument vilket även gäller beträffande den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter, som delvis motsvarar vad som gäller enligt Europakonventionen. Därutöver finns en rad rekommendationer och etiska riktlinjer rörande psykiatriska frågor som dock inte är bindande på samma sätt som nyss nämnda konventioner.

Europarådets rekommendation för utformningen av regler om psykiatrisk tvångsvård, Recommendation No. R (1983) 2, innehåller bestämmelser för skydd av personer med psykisk störning som intas för psykiatrisk vård utan samtycke. En bärande princip i rekommendationen är att en tvångsintagen patient skall ha rätt att bli behandlad under samma etiska och vetenskapliga betingelser som andra sjuka personer. Inskränkningar i den enskildes personliga integritet skall begränsas till sådana som är nödvändiga med hänsyn till patientens hälsotillstånd och för att behandlingen skall bli framgångsrik. Den intagnes rätt att kommunicera med berörda myndigheter, med juridiskt biträde eller andra personer som är behjälpliga vid prövning av intagningen får inte inskränkas. Europarådets parlamentariska församling har antagit och förelagt Ministerkommittén Recommendation 1235 (1994) on Psychiatry and Human Rights som föreslås ersätta R (1983) 2. I den föreslås bl.a. att psykokirurgiska ingrepp och ECT-behandling endast skall få utföras om det finns skriftligt informerat samtycke av patienten eller ställföreträdare och om beslutet blivit bekräftat av en särskild kommitté. Ministerkommittén har även antagit Recommendation (2004) i vilken medlemsstaterna bl.a. uppmanas att stärka skyddet för värdighet, mänskliga rättigheter och grundläggande friheter hos människor med psykisk störning, särskilt sådana som utsätts för tvångsintagning och tvångsbehandling.[2]

FN:s generalförsamling har också antagit en resolution med 25 principer för vården av personer med psykisk störning. Principerna anger vissa rättigheter som får inskränkas endast på grunder som föreskrivs i lag och om det är nödvändigt med hänsyn till patientens eller någon annans hälsa eller personliga säkerhet eller annars med hänsyn till samhällsskyddet eller andras grundläggande fri- och rättigheter. Enligt resolutionen

2 Grönwall/Holgersson, Psykiatrin, tvånget och lagen, 2009 s. 285 f.

© Författaren och Studentlitteratur

skall det bl.a. upprättas en *individuell vårdplan* (princip 9) och patienten skall så fort som möjligt *informeras om sina rättigheter* enligt principerna och enligt inhemsk lag, samt hur patienten kan ta till vara sina rättigheter (princip 12). Av princip 16 framgår under vilka förutsättningar en patient kan tvångsvårdas. Bl.a. krävs en kvalificerad medicinsk bedömning och att det, på grund av den psykiska sjukdomen, föreligger en omedelbar fara för patienten själv eller någon annan.

Hawaii-deklarationen antogs av World Psychiatric Association (WPA) 1977 och reviderades 1983. Deklarationen innehåller etiska riktlinjer för behandlingen av personer med psykisk sjukdom. Bl.a. framgår att ingen åtgärd får vidtas mot den enskildes vilja såvida inte patienten på grund av psykisk sjukdom är ur stånd att avgöra sitt eget bästa och sannolika skäl talar för att patienten eller någon annan kommer att åsamkas allvarligt men om behandling uteblir. Så fort förutsättningar för tvångsvård inte längre föreligger skall tvånget hävas. Hawaii-deklarationen har uppdaterats genom 1996 års Madrid-deklaration som särskilt tar upp patientens rätt att vara en likvärdig part i den terapeutiska processen.

Det som emellertid bland internationella dokument står i en klass för sig är den Europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen, EKMR) som tillkom efter andra världskriget. Genom konventionen åtar sig de fördragsslutande staterna att ge garantier, åt var och en som finns inom statens jurisdiktion, att han eller hon får åtnjuta de rättigheter och friheter som räknas upp i konventionen. Förevarande framställning koncentreras på EKMR därför att den alltid haft en särställning. Genom inrättandet av olika organ som har till uppgift att övervaka konventionens efterlevnad samt att enskilda personer har klagorätt har den konventionen en helt annan tyngd. Dessutom bygger dess tillämpning på en utpräglat juridisk grund med prövning i domstol. Därtill kommer det faktum att sedan den 1 januari 1995 gäller konventionen med dess ändringar och tilläggsprotokoll också som lag i Sverige.[3]

LPT och LRV, liksom de sociala tvångslagarna LVM och LVU, ger samhället befogenhet att på olika sätt inskränka den personliga friheten och en del av de rättigheter som åtnjuter skydd i RF och i EKMR. I förevarande kapitel görs en beskrivning av det skydd som är av särskild betydelse vid tillämpningen av LPT och LRV. Även andra konventioner, till vilka Sverige anslutit sig och därmed också är folkrättsligt bundna till, innehåller skydd för olika rättigheter. Dessa lämnas dock utanför denna framställning.

3 SFS 1994:1219.

© Författaren och Studentlitteratur

3.2 Allmänt om rättighetskatalogen i RF

Grundlagens skydd för grundläggande fri- och rättigheter kan sägas vara av väsentlig betydelse för värnandet av demokratin. Det visar sig särskilt tydligt i förbindelsen demokrati som styrelseform och de rättigheter som utgör grunden för den fria åsiktsbildningen. Grundlagsskyddet kan tänkas ha störst betydelse när den demokratiska samhällsordningen hotas av inre och yttre strömningar. I sådana situationer finns en risk att de demokratiska institutionerna sviktar i omsorg om medborgarfriheterna. Men sociala och ekonomiska rättigheter (1 kap. 2 § RF), frihet och en okränkbar sfär är av betydelse för att ge medborgarna förutsättningar att verka för demokratins bestånd. Ett nödvändigt inslag i ett demokratiskt samhällssystem är alltså även ett starkt skydd för den enskildes personliga frihet och kroppsliga integritet.[4] Rättighetsreglerna kan även sägas ha en deklaratorisk betydelse i det att de avses markera Sveriges ställning som *rättsstat*.

RF:s rättighetskatalog omfattar en rad rättsligt bindande regler, av särskild betydelse för dem som blir utsatta för ett tvångsingripande, men även för de aktörer i det allmänna som fattar beslut och direkt är involverade i behandlingen av såväl frivilliga som tvångsomhändertagna patienter. Bärare av rättigheterna är envar medborgare. Därmed avses svensk medborgare, men utlänning likställes i stor utsträckning enligt 2 kap. 22 § RF.

Rättighetsregleringen gäller *förhållandet mellan den enskilde och det allmänna*. Däremot gäller skyddet i RF *inte* i förhållande till andra enskilda. Härvid erbjuder lagstiftningen annat skydd, t.ex. genom brottsbalkens bestämmelser. Begreppet "det allmänna" omfattar riksdagen som lagstiftande organ. Normgivaren har, då en ny lag stiftas, att se till att normen inte på någon punkt strider mot RF:s rättighetssystem. Samma förhållande gäller beträffande regeringen vid utövandet av sin förordningsmakt och för myndigheter som har rätt att utfärda föreskrifter. Det allmänna innefattar också *alla rättstillämpande och förvaltande myndigheter*,[5] som vid meddelande av *beslut* eller vidtagande av *faktiska åtgärder* inte får inkräkta på de tillförsäkrade rättigheterna, inte minst när det är fråga om tvångsåtgärder i vården.

4 SOU 1975:75 Medborgerliga fri- och rättigheter. Regeringsformen, s. 13. Prop. 1975/76:209 s. 128.

5 Även privaträttsliga organ inkluderas i begreppet då de handhar offentlig förvaltningsuppgift efter delegation enligt 11 kap. 6 § RF. Petrén/Ragnemalm, Sveriges grundlagar s. 41.

© Författaren och Studentlitteratur

Som inledningsvis framgått är en landstingsdriven sjukvårdsinrättning att betrakta som en förvaltande myndighet i den offentligrättsliga organisationen. I myndigheternas dagliga verksamhet har man sannolikt aldrig grundlagen eller Europakonventionen framför ögonen som ett omedelbart arbetsmaterial. Först och främst används andra lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter som direkt styr verksamheten. På ett konkret plan saknar emellertid varken grundlagen eller Europakonventionen betydelse. I RF återfinns en rad bestämmelser som är av betydelse för den enskildes rättsskydd och flera av dem verkar bestämmande för den hela den offentliga verksamheten. Regleringen tar ytterst sikte på förhållandet mellan det allmännas verkställande organ och den enskilde. Grundlagsreglerna är direkt normerande för myndigheters möjlighet att i ett konkret fall ingripa mot en enskild person på så sätt att de förbjuder andra ingrepp i fri- och rättigheterna än sådana som uttryckligen är tillåtna genom grundlagsenliga föreskrifter.[6] Sålunda är grundlagsreglerna handlings- och förbudsregler som de offentliga funktionärerna faktiskt har att iaktta i den dagliga verksamheten.

RF:s fri- och rättighetsreglering innebär att vissa rättigheter vunnit ett *absolut* skydd vilket betyder att de inte kan begränsas annat än genom en *grundlagsändring*. Det gäller bl.a. förbudet mot dödsstraff, kroppsstraff, tortyr och mot medicinsk påverkan i syfte att framtvinga eller hindra yttranden (2 kap. 4 och 5 §§ RF), liksom rätten till domstolsprövning (2 kap. 9 § RF). Dessa rättigheter kan alltså *inte* inskränkas genom lag. Det måste emellertid vara möjligt att göra de inskränkningar i den personliga friheten som erfordras t.ex. för att man skall kunna förebygga och beivra brott eller för att man i vissa fall skall kunna bereda personer erforderlig vård.[7] Därför ges i 2 kap. 12 § RF möjlighet att begränsa vissa av de skyddade rättigheterna, vilka brukar benämnas *relativa*. De anses åtnjuta ett skydd genom att grundlagen fastslår deras existens samt anger att de inte får begränsas på annat sätt än genom av riksdagen stiftad *lag* efter ett särskilt beslutsförfarande.[8]

Det starkaste skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna anses utgöras av ett aktivt demokratiskt medvetande hos medborgarna.[9] Kravet på *lagform* av begränsningar av fri- och rättigheter innebär emellertid också ett viktigt skydd. Tanken är att rättighetsbegränsande lagstiftning blir föremål för en grundlig genomlysning och debatt såväl inom

6 SOU 1975:75 s. 96 f.

7 Prop. 1973:90 s. 195.

8 Efter bemyndigande i lag kan de även begränsas genom annan författning i sådana fall som anges i 2 kap. 12 § första stycket andra meningen.

9 Prop. 1975/76:209 s. 84.

© Författaren och Studentlitteratur

som utanför riksdagen. En grundlagsreglering som drar upp gränser för möjligheterna att besluta om rättighetsinskränkande lagar anses också ha ett pedagogiskt värde i det att grundlagen klargör rättighetsregleringens roll i rättsordningen och arten av de avvägningar mellan motstående intressen som måste göras.[10] För att understryka kravet på att lagstiftaren noga redovisar sina syften[11] stadgas i 2 kap.12 § andra stycket RF att begränsningar endast får göras för att tillgodose ändamål som är godtagbart i ett demokratiskt samhälle (*ändamålsprincipen*). Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen. Begränsningen får inte göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning.

3.3 Allmänt om Europakonventionen

3.3.1 INLEDNING

I efterverkningarna av andra världskriget bildades Europarådet i syfte att skapa ett forum för samarbete mellan europeiska stater med demokrati och rättsstatlighet som grundvalar. Stadgan undertecknades 1949 av tio stater, däribland Sverige. En viktig uppgift för medlemsstaterna skulle vara att i samverkan främja respekten för mänskliga rättigheter och grundläggande friheter.[12]

Redan vid Europarådets första session 1949 beslutade dess parlamentariska församling att rekommendera regeringarna att låta utarbeta en konvention som skulle innefatta effektiva garantier för individen om åtnjutande av mänskliga rättigheter. Konventionen skulle bygga på den allmänna deklaration om de mänskliga rättigheterna som i slutet av 1948 hade antagits av FN:s generalförsamling. Den 4 november 1950 undertecknades i Rom den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och grundläggande friheterna – Europakonventionen och den trädde i kraft den 3 september 1953 sedan den ratificerats av tio stater.[13]

EKMR är en *sluten* konvention, vilket innebär att den endast kan tillträdas av de stater som är medlemmar i Europarådet. Många EU-länder har ratificerat konventionen. EU är dock inte part i konventionen, men EG-domstolen har i flera avgöranden förklarat att konventionens princi-

10 Prop. 1975/76:209 s. 85.
11 Prop. 1975/76:209 s. 153.
12 Danelius 2007 s. 17.
13 Danelius 2007 s. 17.

© Författaren och Studentlitteratur

per hör till de för medlemsstaterna gemensamma rättsprinciper som skall respekteras även av gemenskapsorganen.[14]

Avdelning I, artiklarna 2–18, innehåller de materiella reglerna om rättigheter och friheter. Häri inryms bl.a. bestämmelser om rätt till liv (artikel 2), förbud mot tortyr (artikel 3), och rätt till frihet och säkerhet (artikel 5). Konventionen har efter att Sverige undertecknade densamma kompletterats med ett flertal tilläggsprotokoll. Av dessa kan särskilt nämnas det första tilläggsprotokollet, som öppnades för undertecknande i mars 1952, vari äganderätten garanteras (artikel 1).

Nyckeln till en förståelse av konventionen är inte dess förarbeten eller en ren bokstavstolkning av konventionstexten, utan det viktiga är den praxis som utvecklas. Eftersom konventionsbestämmelserna sålunda ständigt är föremål för tolkning kan man inte slå fast innebörden av bestämmelserna som giltiga en gång för alla. Den följande beskrivningen av fri- och rättighetsskyddet bygger därför på konventionstexten kompletterad med den tolkning därav som hittills framkommit genom Europadomstolens praxis.

I detta kapitel ges en översiktlig beskrivning av domstolen och om enskildas möjligheter att klaga. Eftersom skyddet för mänskliga rättigheter i RF och i EKMR delvis sammanfaller görs dessutom en kortfattad beskrivning av förhållandet dem emellan.

3.3.2 FÖRDRAGSSLUTANDE PARTS ÅTAGANDE

De fördragsslutande parterna skall enligt artikel 1 garantera *var och en* som befinner sig *under deras jurisdiktion*[15] de fri- och rättigheter som anges i avdelning I i konventionen. Förpliktelsen är alltså inte begränsad till statens egna medborgare eller till någon annan särskild personkategori. Av artikel 14 framgår dessutom att åtnjutandet av de fri- och rättigheter som anges i konventionen skall säkerställas utan någon åtskillnad såsom på grund av kön, ras, hudfärg, religion, politisk eller annan åskådning, nationellt eller socialt ursprung, tillhörighet till nationell minoritet, förmögenhet, börd eller ställning i övrigt.

Det internationella övervakningssystemet i EKMR är subsidiärt i förhållande till den nationella tillämpningen. Det är alltså de enskilda *konventionsstaterna* som har det *primära ansvaret* för att rättigheterna i konventionen respekteras och att det finns ett effektivt nationellt rättsmedel för att komma till rätta med eventuella kränkningar (artikel 13).[16]

14 Danelius 2007 s. 21.

15 Om den närmare innebörden härav, se Danelius 2007 s. 38 f.

16 Danelius 2007 s. 33.

© Författaren och Studentlitteratur

3.3.3 EUROPEISKA DOMSTOLEN FÖR DE MÄNSKLIGA RÄTTIGHETERNA

För att säkerställa att förpliktelserna enligt konventionen och protokollen till denna fullgörs, har en permanent europeisk domstol för de mänskliga rättigheterna inrättats (artikel 19). Domstolen består av lika många ledamöter som fördragsslutande parter. De tjänstgör i sin personliga egenskap och väljs för en tid av sex år av den parlamentariska församlingen från en lista om tre personer som nominerats av respektive stat (artikel 20–23).

Domstolen kan sammanträda i kommittéer sammansatta av tre ledamöter, i kamrar med sju ledamöter eller i stor sammansättning med sjutton ledamöter – Grand Chamber (artikel 27). Domstolen är behörig i alla frågor som rör tolkningen och tillämpningen av konventionen och protokollen till denna, vilka hänskjuts till den enligt artiklarna 33, 34 och 47. Domstolen är sålunda behörig att pröva både *mellanstatliga mål* (artikel 33) och *enskilda klagomål* (artikel 34) liksom att, under vissa förutsättningar, avge rådgivande yttranden i rättsfrågor avseende tolkningen av konventionen och dess protokoll (artikel 47).

3.3.4 ENSKILDS KLAGOMÅL

Enligt artikel 34 får domstolen ta emot klagomål från enskilda personer, icke-statliga organisationer eller grupper av enskilda personer, som påstår sig av fördragsslutande parter ha utsatts för kränkning av någon av de i konventionen eller i protokollen angivna rättigheterna. De fördragsslutande parterna har, enligt artikeln, genom konventionen förbundit sig att inte på något sätt förhindra ett effektivt utövande av denna klagorätt.

En stat anses emellertid inte behöva stå till svars inför ett internationellt organ förrän den haft möjlighet att rätta till eventuella felaktigheter genom sitt eget inhemska rättssystem. Därför innehåller artikel 35:1 bestämmelser om att ett mål får anhängiggöras hos domstolen först när alla nationella rättsmedel har uttömts i enlighet med den internationella rättens allmänt erkända regler. Målet får anhängiggöras senast sex månader från den dag då det slutgiltiga beslutet meddelades.

Enligt artikel 35:2 får domstolen inte ta upp ett enskilt klagomål till behandling som är anonymt eller väsentligen innefattar samma omständigheter som redan prövats av domstolen. Inte heller om klagomålet redan hänskjutits till internationell undersökning eller reglering i annan form och som inte innehåller nya relevanta upplysningar. Domstolen skall avvisa varje enskilt klagomål enligt artikel 34, som domstolen anser vara oförenligt med bestämmelserna i konventionen och protokollen till denna, eller uppenbart ogrundat eller utgör ett missbruk av rätten att klaga.

© Författaren och Studentlitteratur

3.3.5 RÄTT TILL ETT EFFEKTIVT RÄTTSMEDEL

Var och en vars fri- och rättigheter enligt konventionen kränkts skall, enligt artikel 13, ha tillgång till ett effektivt rättsmedel inför en *nationell myndighet*. Detta gäller även om kränkningen förövats av någon under *utövning av offentlig myndighet*.

Den principiella utgångspunkten är sålunda att överträdelser i första hand skall beivras på det nationella planet. Med ett *effektivt rättsmedel* avses ett rättsmedel som medger en *tillfredsställande prövning* av ett klagomål, oavsett om det leder till framgång för klaganden eller inte. Det föreligger dock inget krav på att talan mot kränkningarna skall kunna föras inför domstol, utan även administrativa rättsmedel kan vara tillräckliga. Däremot är *prövningsorganets befogenheter* och de *garantier* som gäller beträffande *förfarandet* av betydelse vid bedömningen av om rättsmedlet skall anses som effektivt.[17]

Det är emellertid inte tillräckligt att det formellt finns ett rättsmedel i det nationella rättssystemet. Genom Europadomstolens rättspraxis har det utvecklas en rad parametrar som måste vara tillgodosedda. Det måste t.ex. vara ett rättsmedel som av jurister eller andra sakkunniga anses erbjuda *reella möjligheter* till prövning av den aktuella frågan. Vidare måste det vara *praktiskt möjligt* för berörd person att använda rättsmedlet. Han eller hon får sålunda inte hindras att göra detta[18] t.ex. av vårdpersonal. Och är rättsmedlet *inte tillgängligt* för en viss fysisk eller juridisk person på grund av att denne saknar rättskapacitet, kan rättsmedlet inte anses effektivt i förhållande till denna persons klagomål. För att ett rättsmedel skall anses effektivt krävs vidare att det leder till ett beslut inom rimlig tid. Framför allt måste det krävas att beslut om möjligt fattas medan beslutet alltjämt kan få praktisk effekt. Ett överklagande av en husrannsakan, som inte kunde leda till omprövning förrän tvångsåtgärden redan vidtagits, har sålunda av Europadomstolen inte ansetts vara effektivt.[19]

För att ett rättsmedel skall anses effektivt krävs också att den dom eller det beslut som rättsmedlet leder fram till kan verkställas, annars är det inte effektivt. Detsamma gäller om det beslut genom vilket ett överklagat beslut upphävs görs verkningslöst genom att det upphävda beslutet ersätts med ett nytt beslut av samma eller liknande innehåll. Vidare måste det krävas att ärendet handläggs opartiskt och att ett brott följs av åtal eller disciplinära åtgärder.[20] Prövningsrätten måste också i huvudsak sträcka

17 Danelius 2007 s. 428.
18 Danelius 2007 s. 429.
19 Danelius 2007 s. 430.
20 Danelius 2007 s. 430 f.

© Författaren och Studentlitteratur

sig lika långt som Europadomstolens egen prövning av om konventionen blivit överträdd.[21]

Är klagomålet riktat mot *innehållet i inhemsk lag*, inte mot dess tillämpning, anses artikel 13 inte vara tillämplig. Europadomstolen har inte ansett att man kan kräva att de fördragsslutande staterna inför ett lagprövningssystem.[22]

I fall av frihetsberövande, t.ex. på grund av psykisk sjukdom enligt artikel 5 och förfaranden som avser fastställande av civila rättigheter och skyldigheter enligt artikel 6, finns i respektive artikel föreskrivet att det skall finnas rätt till domstolsprövning. Eftersom artiklarna 5:4 och 6:1 inom sina respektive tillämpningsområden ger mera långtgående garantier, kan de ses som lex specialis i förhållande till artikel 13. Det innebär att ett krav på en ytterligare prövning enligt artikel 13 inte kan ställas.

3.3.6 EUROPAKONVENTIONENS STÄLLNING I SVENSK RÄTT

Genom lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna, inkorporerades konventionen jämte dess tilläggsprotokoll som Sverige ratificerat, den 1 januari 1995 i den svenska lagstiftningen. Dessförinnan var Sverige "enbart" folkrättsligt förpliktat att följa sina åtaganden. Det betyder emellertid inte att konventionen före inkorporeringen inte haft någon betydelse för den svenska lagstiftningen. Principen om *fördragskonform lagtolkning*, som innebär att svensk lag så långt möjligt bör tolkas så att den överensstämmer med Sveriges internationella åtaganden och den praxis om konventionernas närmare innebörd som utvecklas av konventionsorganen, har därvid spelat en roll.[23] Europadomstolens avgöranden har dessutom föranlett ändringar i den svenska lagstiftningen bl.a. beträffande LVU och häktningsreglerna i RB.

Inkorporeringen av konventionen innebär *inte* att medborgarnas rättigheter därigenom reglerats uttömmande. Rättsläget beträffande sådana allmänna rättsprinciper som vunnit hävd i svensk rätt, t.ex. proportionalitetsprincipen,[24] påverkas inte av en inkorporering. Inte heller påverkas den inverkan andra fri- och rättighetskonventioner kan ha i rättstillämpningen genom fördragskonform tolkning av svenska föreskrifter.[25]

21 Danelius 2007 s. 434.
22 Danelius 2007 s. 435.
23 Prop. 1993/94:117 s. 12.
24 Se avsnitt 6.6.
25 Prop. 1993/94:117 s. 39 f.

© Författaren och Studentlitteratur

Vidare har inkorporeringen i svensk rätt skett genom en särskild *lag*. Konventionen har alltså *inte* erhållit grundlags status eftersom lagstiftaren ansett att en dubbelreglering på samma konstitutionella nivå av vissa rättigheter, och av hur dessa får inskränkas, bör undvikas.[26] Det ankommer *i första hand* på lagstiftaren att löpande se till att den svenska rätten överensstämmer med konventionens bestämmelser. Den i vårt demokratiska statsskick grundade balansen mellan den lagstiftande och dömande makten har inte ansetts böra rubbas, varför det är en uppgift för lagstiftaren att bedöma vilka förändringar i inhemsk rätt som kan vara påkallade.[27]

EKMR i svensk rätt syftar bl. a. till att *förstärka* medborgarnas fri- och rättighetsskydd. Det finns sålunda *två regelsystem*, utgörande en del av den svenska rätten, som skyddar våra rättigheter. I förhållande till varandra sträcker sig RF:s skydd längre i vissa avseenden och konventionens i andra. För den enskilde medborgaren anses detta innebära att han omfattas *såväl* av grundlagens som konventionens skydd. Skyddet är *kumulativt*. Den enskilde kan alltid åberopa den regel som i varje given situation ger det starkaste skyddet.[28] Den kumulativa effekten skulle enligt regeringen också kunna uppstå på de områden där grundlagens och konventionens normer *nu* uppfattas som gemensamma. Till följd av den dynamiska rättsutvecklingen hos Europadomstolen kan en i konventionen given rättighet komma att preciseras så att konventionsskyddet i framtiden går längre än motsvarande bestämmelse i grundlagen. I sådant fall medför den kumulativa effekten att det är konventionens bestämmelser som skall tillämpas. Om sålunda konventionen "nu eller i framtiden" ger ett starkare skydd än vad som följer av RF eller av allmänna rättsprinciper anses det vara konventionens bestämmelser som skall tillämpas.[29] Även om konventionen inkorporerats genom vanlig lag och att det, i förhållande till RF, är fråga om en *hierarkiskt underordnad* lag, anses regelsystemen komplettera varandra. Lagstiftaren menar, att någon konflikt mellan 2 kap. RF och konventionen därför inte gärna kan uppstå. I den mån regelsystemen inte ger samma skydd kommer *den regel som går längst* att bli avgörande för hur långt skyddet för fri- och rättigheterna sträcker sig.[30]

I samband med inkorporeringen infördes i RF 2 kap. 23 § en bestämmelse som innebär att lag eller annan föreskrift ej får meddelas i strid med Sveriges åtaganden *på grund av* konventionen. Genom uttrycket "på grund av" markeras att bestämmelsen även omfattar Sveriges åtaganden

26 Prop. 1993/94:117 s. 36.
27 Prop. 1993/94:117 s. 36.
28 Prop. 1993/94:117 s. 39.
29 Prop. 1993/94:117 s. 39.
30 Prop. 1993/94:117 s. 37.

© Författaren och Studentlitteratur

enligt de tilläggsprotokoll som vi har ratificerat och som trätt i kraft.[31] Stadgandet riktar sig till *lagstiftaren* och avses markera den särskilda betydelse som konventionen har och som inkorporeringen syftat till att förstärka.[32]

3.4 Närmare om fri- och rättighetsskyddet

3.4.1 SKYDD FÖR YTTRANDEFRIHET OCH INFORMATIONSFRIHET

I LPT ges möjlighet att under vissa förutsättningar inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster, t.ex. mobiltelefoner eller datorer. Dylika åtgärder innebär ett ingrepp i yttrande- och informationsfriheten och kräver sålunda lagstöd, så som beskrivs i det följande.

Enligt 2 kap. 1 § p. 1 RF är varje medborgare gentemot det allmänna tillförsäkrad *yttrandefrihet*, dvs. frihet att i tal, skrift eller bild eller på annat sätt meddela upplysningar samt uttrycka tankar, åsikter och känslor, sålunda en del av de positiva opinionsfriheterna. Såvitt gäller tryckfriheten och motsvarande frihet att yttra sig i ljudradio, television och vissa liknande överföringar samt filmer, videogram, ljudupptagningar och andra tekniska upptagningar gäller vad som är föreskrivet i TF och YGL (2 kap. 1 § andra stycket RF). I övrigt bestämmes gränserna för yttrandefriheten främst genom en rad stadganden i Brottsbalken (BrB) samt genom författningsbestämmelser om tystnadsplikt.[33] Åtskilliga slags yttranden faller alltså definitionsmässigt utanför grundlagsskyddet och kan därmed bli föremål för ingripanden utan särskilt grundlagsstöd. Innebörden av RF:s yttrandefrihetsbegrepp belyses sålunda lämpligen negativt genom angivande av exempel på straffbestämmelser som *inte* utgör begränsningar av den yttrandefrihet som RF skyddar. Det rör sig om brott såsom olaga hot, ofredande, förargelseväckande beteende, hot mot tjänsteman, bestickning, övergrepp i rättssak m.fl. gärningar. Inte heller omfattas yttranden som utgör led i bedrägeri, utpressning eller andra förmögenhetsbrott.[34]

Nära samband med yttrandefriheten har den i 2 kap. 1 § första stycket p. 2 RF reglerade informationsfriheten. Av detta stadgande framgår, att varje medborgare, gentemot det allmänna, är tillförsäkrad *informationsfrihet*, dvs. frihet att inhämta och mottaga upplysningar samt att i övrigt

31 Prop. 1993/94:117 s. 53.

32 Bestämmelsen medger också att domstolar och myndigheter har möjlighet att tillämpa lagprövningsreglerna i 11 kap. 14 § RF. Se till detta prop. 1993/94:117 s. 36.

33 Strömberg/Lundell, Sveriges författning, 19:e upplagan, s. 91. Nergelius, Svensk statsrätt s. 118 f. Prop. 1975/76:209 s. 141 ff.

34 Prop. 1975/76:209 s. 142.

© Författaren och Studentlitteratur

taga del av andras yttranden. Rättigheten innefattar frihet att ta emot och aktivt inhämta information. Självklart får därvid inte användas metoder som i andra sammanhang är förbjudna, t.ex. inbrott.[35] Här avses sådant som möjligheten att skaffa sig böcker och tidningar samt att inneha och använda radio- och tv-mottagare. Informationsfriheten är en *handlingsfrihet för den enskilde*, vilket inte är att jämföra med den i TF fastslagna rätten att ta del av allmänna handlingar, som alltså *inte* omfattas av informationsfriheten.[36]

Yttrande- och informationsfriheten tillhör de *relativa* rättigheterna och får enligt 2 kap. 12 § RF begränsas genom lag, dock endast under förutsättning att de allmänna kraven för begränsningar i rättigheterna i andra stycket nämnda bestämmelse är uppfyllda. Därutöver gäller de särskilda kraven i 2 kap. 13 § RF. Av denna senare bestämmelse framgår vissa ytterligare begränsningsramar. Yttrande- och informationsfriheten får begränsas med hänsyn till rikets säkerhet, folkförsörjningen, allmän ordning och säkerhet, enskilds anseende, privatlivets helgd eller förebyggandet och beivrandet av brott. Vidare får friheten att yttra sig i näringsverksamhet begränsas. I övrigt får begränsningar av yttrandefriheten och informationsfriheten ske *endast* om särskilt viktiga skäl föranleder det. Bestämmelsen innehåller en uppräkning av de *ändamål* för vilka begränsningar får beslutas. Uppräkningen är *inte uttömmande*, men för begränsningar skall *alltid krävas särskilt viktiga skäl*, samtidigt som vikten av vidaste möjliga yttrandefrihet och informationsfrihet särskilt skall beaktas.[37]

Av 2 kap. 13 § tredje stycket framgår emellertid, att som begränsning av yttrandefriheten och informationsfriheten anses *inte* meddelande av *föreskrifter* som *utan avseende på yttrandets innehåll* närmare reglerar *visst sätt* att sprida eller motta yttranden. Detta har sin grund i samordningen mellan RF:s och TF:s yttrandefrihetsbegrepp. I 1 kap. 2 § TF finns ett förbud för myndighet eller annat allmänt organ att på grund av skrifts innehåll hindra bl.a. dennas spridning bland allmänheten. Härav anses motsättningsvis framgå att TF:s bestämmelser inte hindrar vissa *ordningsföreskrifter* rörande spridningen av tryckta skrifter under förutsättning att sådana bestämmelser inte gör skillnad mellan skrifter på grund av deras innehåll.[38] Ordningsföreskrifter av nu avsett slag ställer vanligtvis upp krav på tillstånd för vissa sätt att sprida meddelanden, t.ex. skyltar i byggnads-, naturvårds- och vägförfattningar och om affischering i kommunala

35 Prop. 1975/76:209 s. 143.

36 Prop. 1975/76:209 s. 110.

37 Strömberg & Lundell, Sveriges författning, 19:e upplagan s. 93 f. Nergelius, Svensk statsrätt s. 138 f.

38 Prop. 1975/76:209 s. 142.

© Författaren och Studentlitteratur

ordningsstadgar, såsom i byggnadslagen, naturvårdslagen och väglagen. Motsvarande begränsning av skyddet har ansetts böra gälla också i fråga om den i RF avsedda yttrande- och informationsfriheten. Vissa detaljbetonade *föreskrifter* angående *sättet* att sprida och motta yttranden har sålunda undantagits från de bestämmelser som skall anses innebära en rättighetsbegränsning.[39] Rena ordningsregler på en vårdinrättning som *endast* reglerar *sättet*, på vilket yttrande- och informationsfriheten får utnyttjas, t.ex. att den gemensamma patienttelefonen inte får nyttjas vissa tider på dygnet, torde alltså inte inkräkta på rättighetsskyddet i RF.

Av artikel 10 EKMR framgår att var och en har rätt till *yttrandefrihet*. Denna rätt *innefattar åsiktsfrihet* samt *frihet att ta emot och sprida uppgifter och tankar* utan offentlig inblandning och oberoende av territoriella gränser.

Att yttrandefriheten är en av demokratins grundpelare har framhållits av Europadomstolen i fallet *Handyside mot Förenade kungariket*. Sålunda har anförts att

> [y]ttrandefriheten utgör en av de väsentliga grundvalarna för ett [demokratiskt] samhälle, en av de grundläggande förutsättningarna för dess framsteg och för varje människas utveckling. --- den omfattar inte endast "information" och "idéer" som mottas positivt eller anses ofarliga utan också dem som kränker, chockerar eller stör staten eller någon del av befolkningen. Detta är de krav som ställs av den pluralism, den tolerans och den vidsynthet utan vilka inget "demokratiskt samhälle" kan existera.[40]

Inskränkningar i yttrandefriheten måste alltså hållas inom *snäva gränser* och, för att kunna accepteras som konventionsenliga, vara grundade på *övertygande skäl*. Mottagande och spridande av information och idéer skall i princip vara fritt. Spridning är skyddad, antingen den sker skriftlig eller muntligt. Det kan vara fråga om spridning till andra personer i förtrolig form eller inom en begränsad krets, men det kan också vara meddelande och opinionsyttringar avsedda att få stor spridning t.ex. genom datateknologi.[41]

Skyddet i artikel 10 innebär främst att *staten skall avhålla sig från att hindra eller bestraffa fri spridning av tankar och idéer*. Staten åläggs en förpliktelse att *inte* handla.

Konventionsskyddet är emellertid inte absolut. Inskränkningar får, enligt artikel 10:2, göras om de är *föreskrivna i lag* och om de i ett demokratiskt samhälle är *nödvändiga* med hänsyn till vissa i artikeln angivna

39 Prop. 1975/76:209 s. 153.

40 Här citerat från Danelius 2007 s. 366.

41 Danelius 2007 s. 366.

© Författaren och Studentlitteratur

ändamål, t.ex. för att förebygga oordning eller brott, till skydd för hälsa eller moral eller för annans goda namn och rykte eller rättigheter. Kravet på lagstöd innebär att inskränkningar skall regleras i en *tydlig lag*. Lagen skall vara utformad så att man med rimlig säkerhet – eventuellt efter konsultation av juridisk expertis – kan förutse eller misstänka att en viss handling är förbjuden. I annat fall anses en kränkning av konventionen föreligga.[42]

De i artikel 10:2 uppräknade ändamålen är allmänna och vittomfattande. Vid ingrepp i yttrandefriheten är det i allmänhet lätt att konstatera att ingreppet tjänar något av de angivna ändamålen. Den centrala frågan blir däremot ofta om ingreppet kan anses "nödvändigt i ett demokratiskt samhälle" för att tillgodose ändamålet i fråga. Härvid tillämpar Europadomstolen den s.k. *proportionalitetsprincipen*. En avvägning görs mellan å ena sidan den enskildes intresse av yttrandefrihet och å andra sidan det allmänna eller enskilda intresse som motiverat ingreppet. Om ingreppet vid en sådan avvägning framstår som rimligt är kravet på proportionalitet uppfyllt, och ingreppet kan anses nödvändigt i ett demokratiskt samhälle.[43] Intresset av sekretess kring vissa uppgifter är ett exempel på ett godtagbart skäl att inskränka yttrandefriheten, men även här gäller proportionalitetskravet.

I yttrandefriheten i artikel 10:1 ingår också rätten att *ta emot uppgifter och tankar* utan inblandning av offentlig myndighet. Myndighet skall alltså inte hindra överförandet av meddelanden mellan enskilda personer. Rätten för den enskilde att ta emot information medför emellertid inte någon skyldighet för myndigheter att lämna ut sådan. Frågan om tillgång till allmänna handlingar är alltså inte reglerad genom artikel 10.[44]

3.4.2 RÄTT TILL LIV

Rätten till liv är en primär rättighet och en nödvändig förutsättning för alla övriga rättigheter. Att i en rättsstat nämna denna rättighet i kontexten psykiatrisk tvångsvård synes möjligen inte helt självklar. Som kommer att framgå finns det emellertid vissa beröringspunkter och uttalanden från Europaorganen som kan vara värdefulla att bära med sig även i vårdsammanhang.

RF:s skydd för den kroppsliga integriteten avser *påtvingade* ingrepp från det allmännas sida av olika grader och den mest ingripande åtgärden är naturligtvis dödande. I 2 kap. 4 § RF regleras ett absolut *förbud mot dödsstraff* som sålunda inte får inskränkas ens genom lag (jfr 2 kap.

42 Danelius 2007 s. 371.
43 Danelius 2007 s. 372.
44 Danelius 2007 s. 405.

© Författaren och Studentlitteratur

12 § RF). Skyddet i RF avser emellertid endast dödande som formligt *straff*. Regler om polisens rätt att använda skjutvapen eller om livsavbrytande åtgärder inom sjukvården, såsom abort,[45] omfattas inte.[46]

I EKMR uttrycks skyddet för liv på ett annat sätt. Enligt artikel 2:1 skall *envars rätt till livet skyddas genom lag.*[47] Detta innebär att staten skall *avhålla sig från att döda* enskilda personer, men det åligger även staterna att *genom positiva åtgärder*, t.ex. genom lagstiftning, se till att medborgarnas liv skyddas.[48] I statens förpliktelser ingår också att, när någon avlidit under oklara omständigheter, *se till att dödsfallet utreds.* Av särskild vikt är därvid sådana utredningar när misstankar riktas mot polis, militär eller annan *myndighet.*[49] Den utredning som staten är skyldig att företa vid dödsfall som inträffat under oklara omständigheter skall vara *opartisk, grundlig och förutsättningslös.* I statens åligganden enligt artikel 2 ingår också en skyldighet att, om dödsfallet orsakats av brott eller försumlighet, ställa de ansvariga till svars och ge familjemedlemmar rätt till skadestånd.[50] Respekten för rätten till liv förutsätter också att det finns polis, åklagare och domstolar som *verksamt beivrar* våldsbrott med dödlig utgång. Anses det klarlagt att någon dödat en annan människa finns det i princip en skyldighet att föranstalta om åtal.[51]

I artikel 2:2 räknas i tre punkter upp situationer då berövande av liv *inte* anses konventionsstridigt, varav punkten b) är av särskilt intresse här. Sålunda skall ingen anses ha berövats livet i strid mot artikeln i fråga när detta är en *följd av våld som var absolut nödvändigt för att hindra någon som lagligen är berövad friheten att undkomma.* Uppräkningen i artikeln torde inte innebära en definition av i vilka situationer det skulle vara tillåtet att döda en människa. Det är i stället fråga om förhållanden där en *viss* våldsanvändning kan vara tillåten och där döden *kan* följa som en *icke avsedd konsekvens.*[52]

45 Frågan om abort skulle kränka rätten till liv enligt EKMR är inte klargjord. Se angående detta Danelius 2007 s. 65 f. och Gustafsson 2001 s. 84 f.

46 Petrén & Ragnemalm, Sveriges grundlagar s. 52.

47 Skyddet i EKMR är, till skillnad från skyddet i RF såvitt gäller dödsstraff, inte absolut (artikel 2:1 andra meningen). Enligt det sjätte tilläggsprotokollet har dock staterna åtagit sig att inte tillämpa dödsstraffet i fredstid eller, enligt trettonde protokollet, att avskaffa detta straff under alla förhållanden, även under krig.

48 Bestämmelserna i BrB om straff för mord och dråp m.m. ansågs, inför inkorporeringen i svensk lag, för den svenska lagstiftningens vidkommande medföra att konventionens krav var uppfyllda, SOU 1993:40 Del B s. 27.

49 Danelius 2007 s. 55.

50 Danelius 2007 s. 63 f.

51 Danelius 2007 s. 61.

52 Danelius SvJT 1999 s. 767.

© Författaren och Studentlitteratur

I artikeln uttrycks emellertid ett strängt krav på *proportionalitet*. För att det våld som använts inte skall anses konventionsstridigt krävs att det var *absolut nödvändigt* med hänsyn till de i artikeln uppräknade syftesbeskrivningarna. Det måste alltså göras en strikt avvägning gentemot det skyddade intresset, dvs. livet. Att beröva en annan människa livet kan inte anses proportionerligt om det inte sker för att tillgodose ett mycket viktigt intresse som inte kan skyddas på något annat, mindre ingripande sätt.[53]

En patient som vårdas med stöd av LPT är lagligen berövad sin frihet. LPT ger i 6 och 18 §§ hälso- och sjukvårdspersonalen möjlighet att hålla kvar den enskilde och med visst tvång hindra honom eller henne att avvika.[54] Om, i samband med ett förhindrande av avvikning, våld eller tvång används på ett sådant sätt att detta leder till patientens död kan det sålunda vara att bedöma som en kränkning av konventionen. Om, å andra sidan, det våld som används var *strikt proportionerligt* är det *möjligt* att detta i vart fall inte anses som ett brott mot artikeln.

Artikel 2 innefattar också ett procedurellt element. Det ankommer på myndigheterna att på ett effektivt sätt söka klarlägga omständigheterna till, genom statens organ, t.ex. en sjukvårdsinrättning, den enskildes död och visa att detta var ett resultat av legitim våldsanvändning. Det är sålunda *staten som har bevisbördan* och skall visa, eller i vart fall göra sannolikt, att ett dödsfall har en naturlig orsak. I avsaknad av en plausibel förklaring från regeringens sida har staten i Europaorganens praxis ansetts ansvarig för dödsfallet och artikel 2 har befunnits kränkt.[55] Från Europadomstolens praxis kan som exempel nämnas ett fall där en arresterad fallit ut från ett fönster på tredje våningen i arrestlokalen och slagit ihjäl sig.[56] Domstolen fann det osannolikt att arrestanten självmant hoppat och ansåg, i vart fall, att myndigheterna inte på ett plausibelt sätt förklarat omständigheterna varför artikel 2 ansågs kränkt.

Staten har ett särskilt ansvar för tillsyn av dem som är berövade friheten. Att det däri ligger ett ansvar att söka förhindra *suicid* torde kunna konkluderas från Europadomstolens praxis. Avgörande för om det var fråga om brott mot artikel 2 har därvid varit om myndigheterna *hade insett eller bort inse* att det fanns en risk för självmord och om de i så fall försummat den särskilda övervakning som varit motiverad med hänsyn härtill.[57] Artikeln har ansetts kränkt i ett par fall där värnpliktiga utrus-

53 Danelius 2007 s. 57.

54 Se avsnitt 10.5.3 och 16.7

55 Danelius 2007 s. 60.

56 *Ognyanova och Choban mot Bulgarien*. Se Danelius 2007 s. 60.

57 I de fall som bedömts har slutsatsen blivit att det inte funnits anledning att räkna med en sådan risk. Se Danelius 2007 s. 61.

© Författaren och Studentlitteratur

tats med vapen, med vilka de berövat sig livet, trots att det var känt att de var *labila och hade psykiska problem*.[58] En kränkning har också ansetts föreligga i ett fall där en person dödats av en cellkamrat. Med hänsyn till vad som var känt om dennes *våldsbenägenhet och psykiska status* borde inte, enligt Europadomstolen, de båda männen ha placerats i samma cell. Rätten till liv hade inte respekterats.[59]

Från Europadomstolens praxis kan också nämnas, att om en fängslad person som är sjuk eller har andra hälsoproblem *inte får den medicinska omvårdnad* som hans tillstånd kräver, kan även detta, om det bidrar till att personen i fråga avlider, utgöra brott mot artikel 2.[60] Huruvida detta kan appliceras på en LPT-patient, eller en frivilligt intagen patient, kan möjligen diskuteras. Han eller hon torde ju redan genom intagningen på en sjukvårdsinrättning stå under medicinsk kontroll. Möjligen skulle man kunna tänka sig att om en myndighet, dvs. hälso- och sjukvårdsinrättningen där patienten vårdas, inte ger den medicinska omvårdnad som krävs utifrån den enskildes hälsotillstånd och utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet och detta leder till döden, skulle en kränkning av artikel 2 kunna tänkas föreligga.

Europadomstolen har funnit att staten har ett särskilt ansvar för att – på såväl offentliga som privata sjukhus – effektivt skydda patienternas liv och för att fastställa dödsorsaken om patienter avlider medan de står under läkares vård och tillsyn. Det måste också finnas rättsmedel om dödsfall har orsakats av felbehandling eller annars till följd av sjukhuspersonalens försumlighet. Europadomstolen har också framhållit vikten av att frågor om dödsfall på sjukhus handläggs snabbt.[61]

Såvitt gäller frågan om *eutanasi*, kan konstateras att någon rätt att dö inte kan anses inbegripen i den i artikel 2 skyddade rätten till liv, vilket fastställts i fallet *Pretty mot Förenade kungariket*. En svårt sjuk kvinna fick inte gehör för sitt påstående att det stred mot artikel 2 att det enligt

58 Danelius 2007 s. 61.

59 Danelius 2007 s. 61. I fallet Rebai m.fl. mot Frankrike ansåg Kommissionen inte att det var fråga om en kränkning. Målet gällde en brand som anlagts i en fängelsecell, varvid en av de personer som var instängda i cellen dödades. Kommissionen fann omständigheterna inte vara sådana att fängelsepersonalen hade handlat oaktsamt genom att placera den omkomne tillsammans med en farlig medfånge eller genom att underlåta räddningsåtgärder sedan branden uppkommit.

60 *Huyly mot Turkiet* och *Tarariyeva mot Ryssland*. Se Danelius 2007 s. 60.

61 I fallet *Calvelli och Ciglio mot Italien* ansåg klagandena att en läkare förorsakat deras barns död. Det brott som läkaren kunde ha begått var preskriberat. Klagandena hade emellertid haft möjlighet att väcka skadeståndstalan mot läkaren, vilket ansågs tillräckligt för att ge det rättsskydd som kunde krävas enligt artikel 2. Se Danelius 2007 s. 65.

© Författaren och Studentlitteratur

engelsk lag var förbjudet för hennes man att hjälpa henne att göra slut på sitt liv.[62]

3.4.3 SKYDD MOT TORTYR M.M.

Att en LPT-patient skulle utsättas för tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling i samband med vård enligt LPT kan vid ett första påseende förefalla lika osannolikt som att i sådant sammanhang diskutera rätten till liv. Det finns emellertid vissa principiella uttalanden från Europaorganen som är av relevans även i tvångsvårdssammanhang, varför det kan anses befogat att i vart fall summariskt redogöra för detta.[63] Också i RF, 2 kap. 5 § andra meningen, åtnjuter varje medborgare ett skydd mot tortyr och mot medicinsk påverkan i syfte att framtvinga eller hindra yttranden. Med *tortyr* avses i RF främst att fysiskt våld eller psykiska terrormetoder utnyttjas för att få fram uppgifter vid förhör. I enlighet med normalt språkbruk avser begreppet *inte* åtgärder som beläggande med t.ex. handbojor av ordnings- eller säkerhetsskäl. Inte heller är ett frihetsberövande i sig att anse som tortyr, även om en del är förenat med isolering av den intagne. Förbudet mot *medicinsk påverkan i syfte att framtvinga eller hindra yttranden* skall ses som en komplettering av förbudet mot tortyr. Givetvis omfattas inte medicinsk behandling som ges i vårdsyfte av förbudet.[64]

Enligt artikel 3 i EKMR får ingen utsättas för *tortyr* eller *omänsklig* eller *förnedrande behandling*. Bestämmelsen är generell och undantagslös. Artikelns särskilda status förstärks dessutom ytterligare genom artikel 15:2, enligt vilken en stat förbjuds att göra några inskränkningar i denna rättighet ens i fall av nödläge.[65] Det är en bestämmelse av stor vikt för

62 Danelius 2007 s. 66.

63 Se även FN:s universella deklaration från 1948 (artikel 5) och konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter från 1966 (artikel 7). Efterlevnaden av den senare övervakas av Kommittén för de mänskliga rättigheterna. Kommittén har försökt att precisera innebörden av artikel 7 och har därvid framhållit, att det inte är tillräckligt att en stat *förbjuder* sådan behandling som avses i artikeln eller kriminaliserar handlingen. Det krävs också att staten *skapar ett effektivt skydd* genom någon slags kontrollmekanism. Klagomål måste föranleda effektiva undersökningar och de som befinns skyldiga måste kunna åläggas ansvar. Offren måste ha tillgång till effektiva rättsmedel och det måste finnas en rätt till skadestånd. Artikel 7 skyddar inte bara personer som arresterats eller dömts till frihetsstraff utan också elever i skolor och *patienter i sjukvårdsinrättningar*. I FN:s *principer till skydd för alla personer som är föremål för frihetsberövande* upprepas förbudet mot tortyr och grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, vilket anses innefatta ett skydd mot ingrepp av *såväl fysisk som psykisk* art.

64 Prop. 1975/76:209 s. 146.

65 Danelius 2007 s. 67.

© Författaren och Studentlitteratur

människor som är frihetsberövade eller annars utsätts för tvångsmässiga ingrepp. Innebörden har genom Europadomstolen främst blivit belyst genom klagomål rörande fängelser och frågor om tortyr av fångar, men artikeln är allmänt verkande och gäller också förhållanden och behandling vid psykiatriska institutioner/kliniker.[66]

Begreppen tortyr, omänsklig eller förnedrande behandling/bestraffning är inte definierade i artikeln.[67] Europadomstolen har emellertid framhållit att endast en behandling eller bestraffning som kännetecknas av *betydande hårdhet eller hänsynslöshet* kan falla in under artikel 3. Domstolen har anfört att den distinktion som gjorts i artikel 3 haft till syfte att genom användning av termen "tortyr" ge ett särskilt stigma åt *uppsåtlig* behandling som orsakar ett mycket svårt och grymt lidande.[68] Det krävs dock tämligen svåra ingrepp för att ett agerande skall bedömas som *tortyr* i konventionens mening.[69] Misshandel av fångar, våldtäkt, avsaknad av mat och dryck samt av medicinsk tillsyn har av Europakommissionen befunnits vara *omänsklig behandling*.[70] Behandling eller bestraffning har ansetts *förnedrande* om den enskilde blivit grovt förödmjukad inför andra eller om behandlingen tvingat honom att agera mot sin vilja eller övertygelse.[71]

Europadomstolen fäster emellertid stor vikt vid *under vilka omständigheter* en viss behandling förevarit. Därvid kan jämförelsevis även "lindrigare" former av ingrepp anses utgöra ett brott mot artikel 3. I fallet *Tyrer mot Förenade kungariket* 1978 (Nr 26) hade klaganden utsatts för ett lagenligt spöstraff genom att han piskats tre gånger med ett spö av björk

66 Syse, Psykisk helsevernloven med kommentarer s. 264.

67 En definition av begreppet tortyr finns däremot i artikel 1 i FN-konventionen. Se Danelius 2007 s. 67.

68 Danelius 2007 s. 68.

69 Jfr fallet *Irland mot Förenade kungariket* 1978 (Nr 25) där arresterade personer fått stå mot en vägg i timmar under extremt obekväma förhållanden. Man hade tvingat dem att använda *mörk huva* under förhör, *hindrat dem från att sova*, utsatt dem för *oljud* och hindrat dem från att få tillräckligt med *mat och dryck*. Europakommissionen ansåg att dessa metoder utgjorde tortyr medan Europadomstolen ansåg förhörsmetoderna vara *omänskliga eller förnedrande*, men inte i sådan grad att de utgjorde tortyr. Tortyr har dock, av Europadomstolen, ansetts föreligga exempelvis i fråga om misshandel av så allvarlig art att den lett till döden eller bestående fysiska skador. Upphängning med bakbundna armar, behandling med elektriska stötar genom kroppen och våldtäkt (*Aydin mot Turkiet*) har också bedömts som tortyr. I andra fall har misshandel under frihetsberövande bedömts som omänsklig eller förnedrande behandling, men inte som tortyr (*Denizci m.fl. mot Cypern*). Danelius 2007 s. 68 f.

70 Danelius 1993 s. 97 och 2007 s. 68.

71 Gomien m.fl. s. 107.

© Författaren och Studentlitteratur

på sin bara bakdel. Europadomstolen ansåg det inte visat att det var fråga om tortyr eller omänsklig behandling. I fallet var det emellertid fråga om en människa som utövat fysiskt våld mot en annan människa. Det rörde sig om *institutionaliserat våld* beordrat av de judiciella myndigheterna och exekverat av de polisiära. Även om klaganden inte drabbats av några allvarliga eller långvariga fysiska efterverkningar, utgjorde straffet – genom vilket han *behandlats som ett föremål i myndigheternas våld* – ett angrepp på vad som är skyddsobjekt i artikel 3, nämligen *en persons värdighet och fysiska integritet.*[72] Dessutom hade flera veckor förflutit mellan domen och straffverkställigheten, vilket medfört psykisk ångest. Sammantaget ansågs elementet av förödmjukelse vara så starkt att det var fråga om *förnedrande* bestraffning i strid mot artikel 3.[73]

Beträffande begreppet *förnedrande* har Europadomstolen vidare, i ett flertal fall, hävdat att man därmed *inte* kan jämställa begrepp som obehaglig, otrevlig eller obekväm. Enbart hotet att bli behandlad på ett förnedrande sätt har inte heller ansetts konstituera ett brott mot artikel 3.[74] Däremot behöver det inte vara fråga om en särskilt ingripande åtgärd för att det skall anses förnedrande och därmed i strid mot artikeln i fråga. En finländsk pacifist transporterades till en militärförläggning *belagd med handfängsel* då han vägrat göra militärtjänst. Eftersom *ingenting tydde på att det förelegat risk för rymning eller för våldsamt uppträdande*, ansåg Europakommissionen att det var fråga om förnedrande behandling i strid mot artikel 3.[75]

Allmänna förhållanden i fängelser och andra anstalter har varit föremål för Europadomstolens granskning och föranlett en rad uttalanden enligt vilka det konstaterats att det förelegat omänsklig eller förnedrande behandling. Det har t.ex. varit fråga om kraftig överbeläggning, oacceptabla sanitära förhållanden, avsaknad av ljus eller möjligheter till motion. I

72 Staten synes även ha ett ansvar för att de som vistas i *privata institutioner* inte utsätts för omänsklig eller förnedrande behandling. I *Costello-Roberts* mot Storbritannien 1993 (Nr 247-C) var det fråga om en sjuårig pojke som gick i en privat internatskola där han bestraffats med tre slag av en gymnastiksko utanpå byxorna. Eftersom det var fråga om en privatskola var den första frågan som Europadomstolen hade att ta ställning till om den brittiska regeringen över huvud kunde anses ansvarig för vad som inträffade på en *privat institution*. Domstolen ansåg att så var fallet eftersom att *staten har ett övergripande ansvar* för skolsystemet, även när undervisningen övertagits av privata skolor eller enskilda personer. Det ansågs dock inte föreligga något brott mot artikel 3 eftersom bestraffningen inte ansågs tillräckligt allvarlig. Se Danelius 2007 s. 77 f.

73 Danelius 1993 s. 100 f och 2007 s. 77.

74 Gomien m.fl. s. 111.

75 Danelius 1997 s. 77 och 2007 s. 73.

© Författaren och Studentlitteratur

Pantea mot Rumänien ansågs det vara ett brott mot artikel 3 att utsätta en fånge för onödiga risker genom att utan tillfredsställande bevakning placera honom tillsammans med våldsbenägna personer. Brist på medicinsk vård eller tillsyn av en fånge som är sjuk eller annars i behov av hjälp har i en rad fall ansetts strida mot artikel 3.[76]

I vissa fall har säkerhetsrutinerna i fängelser ansetts vara så strikta att de ansetts strida mot artikel 3. I exempelvis *Valašinas mot Litauen* hade en *kroppsbesiktning* utförts på ett sätt som var kränkande för honom. Också regelbundna och mycket ingående kroppsbesiktningar, tillsammans med andra strikta säkerhetsåtgärder, har av Europadomstolen befunnits utgöra omänsklig eller förnedrande behandling.[77] En *långvarig isolering* har ansetts kunna vara omänsklig behandling. Det har dock uppställts mycket stränga villkor för att ett konventionsbrott skall anses föreligga. En *fullständig isolering* från sinnesintryck (*complete sensory isolation*) skulle kunna anses omänsklig. En så strikt isolering förekommer dock praktiskt taget aldrig varför kommissionens slutsats, i de fall som bedömts, blivit att konventionen inte överträtts.[78]

Tvångsmatning vid hungerstrejk kan utgöra ett brott mot artikel 3.[79] Europadomstolen ansåg emellertid *inte* att det förelåg något brott mot artikeln i fråga i fallet *Herczegfalvy mot Österrike* 1992 (Nr 244) rörande behandlingen av en psykiskt störd fånge. Klaganden hade *tvångsmatats*, *isolerats* och under tämligen lång tid varit *fäst med handbojor vid sin säng*, men domstolen ansåg sig inte kunna vederlägga den österrikiska regeringens invändning att behandlingen var *motiverad av medicinska skäl.*[80] Europadomstolen har dock framhållit, att det i fråga om *tvångsintagna patienter på mentalsjukhus* finns anledning till *särskild vaksamhet* när

76 Se Danelius 2007 s. 72 och där anförda fall.

77 Se Van der Ven, Lorsé m.fl., Salah, Baybasin och Sylla, samtliga mot Nederländerna.

78 I fallet *Kröcher och Möller mot Schweiz*, där misstänkta terrorister hölls *isolerade under en månads tid* utan tillgång till tidningar, radio eller television, under strikt övervakning och med elektriskt ljus ständigt tänt, ansåg kommissionen att behandlingen inte var tillräckligt allvarlig för att strida mot art 3 (Danelius 1993 s. 99). I *Rohde mot Danmark* var det fråga om en person som suttit häktad i isoleringscell under nästan ett år, men han hade haft kontakter med personal, präst, advokat och läkare. Förhållandena hade inte heller i övrigt varit sådana att de stått i strid mot artikel 3 (Danelius 2007 s. 74).

79 Se *Nevmerzhitsky mot Ukraina*. Å andra sidan kan den som drabbas av allvarlig sjukdom till följd av hungerstrejk kunna konstituera ett brott mot artikel 3. I *Gürbüz, Kuruçay. Tekin Yildiz och Uyan, samtliga mot Turkiet*, hade fångar drabbats av allvarlig sjukdom till följd av hungerstrejk. Deras tillstånd ansågs irreversibelt och det fanns inte adekvat behandling i fängelsemiljön. Fortsatt fängelsevistelse skulle under sådana omständigheter strida mot artikel 3 (Danelius 2007 s. 75).

80 Danelius 2007 s. 74.

© Författaren och Studentlitteratur

det gäller att tillse att deras konventionsrättigheter respekteras. Samtidigt menade man att åtgärder som är motiverade av *terapeutiska skäl* inte kan anses omänskliga eller förnedrande.[81]

Europadomstolen har, för det fall att en person *skadas under ett frihetsberövande*, utvecklat en princip om bevisbördan. I fallet *Tomasi mot Frankrike* 1992 (Nr 241-A) hade en anhållen person enligt läkarintyg inga medicinska skador när han anlände till polisstationen men väl skador som han ådragit sig under vistelsen där. Någon egentlig bevisning om hur skadorna uppkommit fanns inte. Domstolen konstaterade att det inte gjorts gällande att Tomasi själv tillfogat sig dessa skador eller att de uppkommit i samband med flyktförsök. Skadorna fick antas ha tillfogats Tomasi genom slag av sådan intensitet att det var fråga om omänsklig och förnedrande behandling i strid mot artikel 3, för vilken den franska regeringen hölls ansvarig.[82] Den bevisregel som etablerats genom Tomasidomen innebär, att om en person under en kortare tid befinner sig i polisens *eller annan myndighets förvar* och han vid frigivningen har en fysisk skada som han inte hade när han arresterades/intogs och som kan vara följden av uppgiven tortyr eller misshandel, föreligger en *presumtion* för att vederbörande persons påstående om att skada uppkommit på sådant sätt är riktigt. Om staten gör gällande att skadan uppkommit på annat sätt, ankommer det på staten att precisera sitt påstående och att göra sannolikt att det finns en annan skadeorsak. Bevisreglen har ansetts rimlig med hänsyn till att det rör sig om en *person som är i myndigheternas förvar och för vars välbefinnande myndigheterna är ansvariga*. Det får också anses ankomma på myndigheterna att, så länge en person befinner sig i deras förvar, dokumentera eventuella händelser som förorsakar kroppslig skada på personen i fråga.[83] Domstolen har även i fallet *Aksoy mot Turkiet* (dom 18.12.1996) framhållit, att det i fall då en person som varit berövad friheten är allvarligt skadad när han friges utan att någon skada förelegat vid den tidpunkt då han greps, *måste det ankomma på staten* att lämna eventuella förklaringar till hur skadorna uppkommit. Om sådana förklaringar inte lämnas måste man fråga sig om skadan har orsakats av tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling i strid mot artikel 3.[84]

I konventionsstaternas åligganden enligt artikel 3 ingår också en *positiv skyldighet* att i rimlig mån ge enskilda människor rättsligt skydd mot sådan behandling som är omänsklig eller förnedrande. Det ingår också en plikt att göra en skyndsam och effektiv utredning när det finns miss-

81 Danelius SvJT 1994 s. 339.

82 Danelius i SvJT 1994 s. 338. Danelius 2007 s. 70.

83 Danelius 2007 s. 70.

84 Danelius SvJT 1997 s. 61 f. Danelius 2007 s. 70.

© Författaren och Studentlitteratur

tankar att någon utsatts för tortyr, omänsklig eller förnedrande behandling. Även om det inte styrkts att sådan behandling förekommit, kan staten ändå ha brutit mot artikel 3 genom att *inte* utreda händelseförloppet.[85] Av artikel 3 kan också följa en rätt till skadestånd och ett anspråk på att den som gjort sig skyldig till behandling i strid mot artikeln bestraffas på ett proportionerligt sätt eller drabbas av andra lämpliga sanktioner.

Sammanfattningsvis ger det sagda vid handen att Europadomstolen fäster stor vikt vid att personer som är berövade sin frihet befinner sig i en sårbar situation och att de behandlas humant med aktning för människans inneboende värde. För att en behandling eller bestraffning skall anses som förnedrande krävs visserligen en högre grad av förnedring, där den enskilde skall ha utsatts för – i sina egna och i andras ögon – en förödmjukelse av viss svårighetsgrad. Bedömningen härav skall grundas på samtliga omständigheter, särskilt handlingens art, det sammanhang vari det förekommit och sättet för handlingens verkställighet. Europadomstolen har lagt särskild vikt vid om en människa utövar fysiskt våld mot en annan människa, att det rör sig om institutionaliserat våld beordrat av de judiciella och exekverat av de polisiära myndigheterna.[86] Förmildrande omständigheter i bedömningen synes kunna vara att någon ådragit sig skador t.ex. i samband med flyktförsök eller att en viss behandling är motiverad av medicinska/terapeutiska skäl.

Det är naturligtvis omöjligt att dra upp riktlinjer eller sätta några som helst gränser beträffande vilka maktmedel eller "hur mycket tvång" som får eller inte får användas mot en tvångsomhändertagen person utan att det skall anses som en kränkning av artikel 3. Myndigheterna måste i sitt förhållningssätt till den enskilde utgå ifrån huvudregeln att patienten skall behandlas humant och med aktning för sitt inneboende människovärde. Även om det krävs ganska mycket innan en kränkning av artikel 3 anses föreligga betyder inte detta att man får använda våld eller inhumana metoder upp till en viss gräns. Det är viktigt att erinra sig att Europadomstolen uttalat, att man måste fästa stor vikt vid och *beakta den enskildes sårbara situation* när han befinner sig i myndigheternas förvar och att *varje användning av våld* mot en person som berövats friheten *i princip* utgör ett brott mot artikel 3, såvida det inte är fråga om våld som är absolut nödvändigt med hänsyn till den enskildes eget uppträdande. Vårdpersonalen är inte "enbart" den enskildes terapeut och behandlare. De är i en tvångsvårdssituation representanter för det allmänna, dvs. staten. Drabbas en intagen av skador som han hävdar tillfogats honom under

85 Se Danelius 2007 s. 75 och där anförda fall.

86 Jfr fallet Tyrer som beskrivits ovan.

© Författaren och Studentlitteratur

tvångsvården ankommer det på staten att, inför ett eventuellt förfarande inför Europadomstolen, förklara vad som orsakat skadorna. Finns då ingen annan trovärdig förklaring än att skadorna är en följd av den behandling han fått utstå på sjukvårdsinrättning är det möjligt att det kommer att bedömas som en kränkning av artikel 3.

3.4.4 FÖRBUD MOT TVÅNGSARBETE ELLER ANNAT PÅTVINGAT ARBETE I EKMR

RF innehåller inget uttryckligt förbud mot tvångsarbete.[87] Enligt artikel 4:2 i EKMR får ingen tvingas att utföra tvångsarbete eller annat påtvingat arbete. Någon definition av begreppet tvångsarbete ges inte. Däremot behandlas relativt utförligt i vissa konventioner, t.ex. 1957 års ILO-konvention (nr 105) angående avskaffande av tvångsarbete (SÖ 1958:25), vad som skall förstås med tvångsarbete och vad förbudet innebär, vilket är viktiga hjälpmedel vid tolkningen av artikel 4 i EKMR.[88]

I artikel 4:3 räknas också upp ett antal situationer vilka *inte* skall förstås som tvångsarbete eller påtvingat arbete. Sålunda sägs i artikel 4:3 a, som är av störst relevans i förevarande sammanhang, att med tvångsarbete eller annat påtvingat arbete förstås *inte* arbete som vanligtvis utkrävs av den som är frihetsberövad i enlighet med artikel 5 eller som är villkorligt frigiven från sådant frihetsberövande. Arbete i fängelser och liknande institutioner, liksom på *sjukhus*, är alltså inte förbjudet i den mån själva frihetsberövandet är konventionsenligt.[89] I fallet *De Wilde, Ooms och Versyp mot Belgien* 1971 (Nr 12) ansågs själva frihetsberövandet motsvara kraven i artikel 5:1 e och skyldigheten att utföra arbete hade inte gått längre än vad som kunde anses normalt eftersom *syftet var att främja den intagnas rehabilitering.* Dessutom grundade sig arbetsplikten på en allmän standard som hade sin motsvarighet i flera av Europarådets medlemsstater.[90]

Det finns ingenting i LPT eller LRV som tvingar en patient att utföra något arbete. Huruvida detta skulle gagna den enskildes rehabilitering i den mån patienten är i stånd därtill är en fråga om får överlämnas till psykiatrins specialister. Som emellertid kommer att framgå i det följande är ett frihetsberövande på grund av psykisk sjukdom förenligt med konventionens artikel 5:1 e. Enligt artikel 4:3 a anses det arbete som regelmässigt utkrävs av den som är underkastad frihetsförlust i enlighet med artikel 5

87 I den svenska lagstiftningen förekommer arbetsplikt t.ex. för den som avtjänar ett fängelsestraff.Se t.ex. 10 och 12 §§ KvaL och 26:15 BrB.

88 Danelius 2007 s. 85.

89 Gomien m.fl. s. 122. Danelius 2007 s. 86.

90 Danelius 1993 s. 109 och 2007 s. 88 f.

© Författaren och Studentlitteratur

inte som tvångsarbete. Ett åläggande att utföra ett visst arbete under tiden man är berövad friheten med stöd av LPT eller LRV, *i syfte att gagna rehabiliteringsprocessen*, skulle med stöd av vad som ovan sagts sålunda inte anses som tvångsarbete i konventionens mening.

3.4.5 SKYDD FÖR DEN KROPPSLIGA INTEGRITETEN, PRIVAT- OCH FAMILJELIV

Det finns en rad åtgärder som kan vidtas inom det straffrättsliga systemet som innefattar ingrepp i den privata sfär som skyddas av RF och artikel 8 i EKMR. Dit hör t.ex. telefonavlyssning och husrannsakan. Vissa sådana åtgärder kan emellertid även förekomma inom den psykiatriska tvångsvården; kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, övervakning av försändelser från patienten och kvarhållning av försändelser. Som visas i förevarande avsnitt kräver dylika åtgärder lagstöd och det får endast komma i fråga under vissa förutsättningar.

Skyddet för den enskildes privat- och familjeliv framgår av 1 kap. 2 § fjärde stycket RF enbart i form av en bestämmelse av målsättningskaraktär; det allmänna skall värna den enskildes privatliv och familjeliv. Privatlivet åtnjuter dock ett visst skydd genom regler med mer materiell innebörd i 2 kap. RF. Enligt 2 kap. 6 § RF åtnjuter sålunda varje medborgare, i förhållande till det allmänna, ett skydd mot *påtvingat kroppsligt ingrepp, kroppsvisitation och husrannsakan*. Varje medborgare ges också skydd mot *undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse*. Skyddet innebär att i de fall sådana ingrepp skall kunna företas inom den offentliga verksamheten förutsätts ett beslut grundat i lag (2 kap. 12 § RF). Utlänning här i riket är därvid likställd med svensk medborgare om inget annat är särskilt föreskrivet i lag (2 kap. 22 § andra stycket p. 3).

Begreppet *kroppsligt ingrepp* avser främst våld mot människokroppen. Som sådant räknas "vad som kallas *kroppsbesiktning*, dvs. läkarundersökning, smärre ingrepp av typ vaccination och blodprovstagning samt liknande företeelser."[91] I begreppet ligger även ingrepp av allvarligare slag som t.ex. kastrering eller sterilisering samt alla former av påtvingade operativa ingrepp, även om de görs i kurativt syfte.[92] Att ett ingrepp är kroppsligt betyder att *psykisk påverkan* i allmänhet inte omfattas av skyddet. Psykisk påverkan som är så långtgående att den anses utgöra misshandel enligt 3 kap. BrB kan dock anses vara kroppslig.[93] Till ingrepp av typen kroppsbesiktning hänförs även sjukvård i mera allmän betydelse,

91 SOU 1975:75 s. 199. Angående innebörden av begreppet "ytlig kroppsbesiktning" i LPT, se avsnitt 16.14.2

92 Petrén & Ragnemalm, Sveriges grundlagar s. 54.

93 SOU 1975:75 s. 199.

© Författaren och Studentlitteratur

dvs. även mindre ingripande omvårdnads- och behandlingsåtgärder.[94] *Kroppsvisitation* innebär, i RF:s mening, undersökning av en persons kläder eller av det som han eller hon bär med sig, t.ex. en väska. Ett sådant ingrepp riktar sig alltså *inte* mot vederbörandes kropp, varför det anses vara av lindrigare slag än ett kroppsligt ingrepp.[95]

Även rätten till hemfrid kommer till uttryck i 2 kap. 6 § RF i det att den enskilde skyddas mot *husrannsakan och liknande intrång.* Med husrannsakan förstås varje av myndighet företagen undersökning av hus, rum eller slutet förvaringsställe oavsett syftet med undersökningen.[96] Med *liknande intrång* åsyftas fall då myndighet får tränga sig in hos enskild för särskilda syften. Polisen kan exempelvis behöva bereda sig tillträde till en bostadslägenhet för att avstyra ett lägenhetsbråk eller kan kronofogdemyndigheten ibland behöva tränga sig in hos enskild för att vidta exekutiva åtgärder.[97]

Varje medborgare är även enligt 2 kap. 6 § RF, gentemot det allmänna, skyddad mot *undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse* och mot hemlig avlyssning eller upptagning av telefonsamtal eller annat förtroligt meddelande. Skyddet innebär att i de fall sådana ingrepp skall kunna företas inom den offentliga verksamheten förutsätts ett *beslut grundat i lag* (2 kap. 12 § RF). Bestämmelsen i RF skyddar rätten till *förtrolig* kommunikation och omfattar sålunda inte meddelanden som överbringas under sådana omständigheter att vem som helst kan ta del av dem såsom samtal i folksamlingar eller radiosändningar.[98] Däremot omfattas meddelanden som överbringas i form av bandinspelningar, videogram eller över huvud taget i en sådan form att de kan bli föremål för t.ex. beslag.[99] Även filmning av samtalandes läpprörelser omfattas av bestämmelsen.[100]

Skyddet i RF avser *påtvingade ingrepp,* vilket betyder att bestämmelsen inte är tillämplig om den enskilde lämnar ett medgivande till åtgärden. Ett ingrepp är påtvingat i den mån det *allmänna disponerar över maktmedel för att genomdriva åtgärden.* Det kan t.ex. vara fråga om direkt våldsanvändning från det allmännas sida, men det kan också vara fråga om att den enskildes motstånd bryts genom hot om någon sanktion.[101] I

94 Petrén & Ragnemalm 1980 s. 54; Rynning 1994 s. 102.

95 SOU 1975:75 s. 199. Angående innebörden av dessa begrepp i LPT, se avsnitt 16.14.

96 Prop. 1973:90 s. 246.

97 SOU 1975:75 s. 200, prop. 1975/76:209 s. 147, Petrén & Ragnemalm Sveriges grundlagar s. 55.

98 Prop. 1975/76:209 s. 147. SOU 1975:75 s. 200.

99 Prop. 1975/76:209 s. 122.

100 Prop. 1975/76:209 s. 122 f. och s. 148.

101 Petrén & Ragnemalm, Sveriges grundlagar s. 54 f.

© Författaren och Studentlitteratur

ordet *ingrepp* anses emellertid ligga att det skall vara fråga om ett konkret positivt handlande.[102]

Enligt artikel 8:1 EKMR har var och en rätt till respekt för sitt *privat- och familjeliv*, sitt *hem* och sin *korrespondens*. Någon klar distinktion mellan vad som är familjeliv respektive privatliv finns inte, då allt kan sägas tillhöra den privata sfären. En telefonavlyssning kan ju t.ex. ses som ett ingrepp i såväl den enskildes privatliv som i hans korrespondens, och en husrannsakan som ett ingrepp i både privatlivet och i hemmet. Artikeln avser förhållandet mellan staten och den enskilde, inte mellan enskilda personer, och syftet är att skydda den enskilde mot *godtycklig inblandning* i privatlivet.[103] "[T]he right to respect", som den engelska konventionstexten lyder, innebär att i ett demokratiskt samhälle är varje individ berättigad att leva sitt dagliga liv utan att staten övervakar och kontrollerar hans eller hennes förehavanden.[104]

Enligt artikel 8:2 får *offentlig myndighet* inte inskränka åtnjutandet av rättigheten i 8:1 annat än med *stöd av lag* och under vissa förutsättningar som anses *nödvändigt i ett demokratiskt samhälle*. Sålunda kan inskränkningar komma i fråga med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, landets ekonomiska välstånd, förebyggandet av oordning eller brott samt till skydd för hälsa eller moral eller för andra personers fri- och rättigheter. Vid bedömningen av om en kränkning av artikel 8:1 föreligger avgörs detta således tillsammans med vad som är stadgat i artikel 8:2. Europadomstolen undersöker huruvida statens ingrepp är stadgat i lag och om det kan anses nödvändigt i ett demokratiskt samhälle med hänsyn till de i bestämmelsen uppräknade ändamålen.[105] Åtgärden skall dessutom uppfylla kravet *proportionalitet*.[106]

Innebörden av att eventuella inskränkningar i rättigheterna enligt artikel 8:1 skall vara stadgade i lag är såväl ett krav på lagstöd i inhemsk rätt som att denna lag uppfyller rimliga anspråk på rättssäkerhet. Lagen måste således ge *skydd mot godtycke*, den måste vara *tillgänglig för allmänheten* och den måste vara *utformad med tillräcklig precision* så att inskränkningarna är *förutsebara*. En lag som ger de rättstillämpande myndigheterna ett visst tolkningsutrymme och en viss diskretionär prövningsrätt anses inte i och för sig som oförenlig med kravet på förutsebar-

102 SOU 1975:75 s. 199.

103 Gomien m.fl. s. 227 f.

104 Detta kom till uttryck i fallet *Airey* mot Irland 1979 (Nr 32) där domstolen bl.a. framhöll, att syftet med artikel 8 är väsentligen att skydda individen mot godtycklig inblandning från det allmännas sida.

105 Gomien m.fl. s. 228.

106 Se exempelvis fallet Niemietz mot Tyskland 1992 (Nr 251-B).

© Författaren och Studentlitteratur

het. Graden av diskretionär bedömning måste dock vara tillräckligt klart angiven för att ge individen skydd mot godtyckliga ingrepp.[107] Inskränkningarna får vidare ske endast om det anses *nödvändigt i ett demokratiskt samhälle*. Europadomstolen har därvid påpekat, att ordet "nödvändigt" inte skall anses synonymt med oundgängligt. Det krävs däremot att det föreligger ett *angeläget samhälleligt behov* och inskränkningen måste stå i ett *rimligt förhållande till det syfte* som skall tillgodoses genom inskränkningen och de skäl som åberopas för att motivera inskränkningen måste vara relevanta och tillräckliga. Staten anses ha *en viss* frihet att avgöra om en inskränkning är nödvändig men Europakommissionen/domstolen har förbehållit sig rätten att övervaka att denna frihet inte tar sig orimliga proportioner.[108]

Skyddet för privat- och familjelivet i artikel 8:1 innebär också ett skydd mot åtgärder som kränker den *fysiska integriteten* såsom *kroppsvisitationer*. Sådana åtgärder kan, om de är av allvarlig art även stå i strid med artikel 3, men om de inte kan klassas som omänskliga eller förnedrande kan de utgöra ett ingrepp i rätten till skydd för privatlivet.[109] Den hårda behandling som klaganden *Herczegfalvy mot Österrike* var utsatt för under tiden han var intagen på mentalsjukhus kunde ha varit motiverad av medicinska skäl och utgjorde därför ingen kränkning av artikel 8.[110] Ett annat exempel rör fallet *Matter mot Slovakien*. En omyndigförklarad person tvingades genomgå en psykiatrisk undersökning för att man skulle kunna avgöra om han borde återfå sin rättshandlingsförmåga. Med hänsyn till syftet med åtgärden ansågs detta *inte* strida mot artikel 8. Däremot ansågs en kränkning föreligga i *Storck mot Tyskland* där en kvinna mot sin vilja underkastats medicinsk behandling på en psykiatrisk klinik, och placeringen på kliniken var dessutom ett olagligt frihetsberövande.[111] Mycket ingående kroppsbesiktningar av besökare i ett fängelse ansågs i *Wainwright mot Förenade kungariket* ha genomförts på ett sådant sätt att de, trots att de syftat till att hindra narkotikainförsel i fängelse, stred mot artikel 8.[112]

Artikel 8:1 innefattar också ett skydd för *hemmet*, varmed i vart fall

107 Danelius 1993 s. 187, Jfr även fallet Olsson I 1988 nr 130.

108 Danelius 1993 s. 187 f. Se även Danelius SvJT 1991 s. 307 f.

109 Danelius 2007 s. 302. Det finns också fall då ingrepp i den fysiska integriteten sker för *nyttiga ändamål* och därför får anses omfattade av artikel 8:2, dock under förutsättning att de står i ett rimligt förhållande till det syfte man vill uppnå. Hit hör t.ex. skyldigheten att använda bilbälte eller hjälm vid körning av motorcykel.

110 Danelius 2007 s. 307.

111 Danelius 2007 s. 307.

112 Danelius 2007 s. 307.

© Författaren och Studentlitteratur

avses det hus eller den våning där man faktiskt bor. En husrannsakan kan exempelvis godtas endast om åtgärden har lagstöd och om det i ett demokratiskt samhälle är nödvändigt med en sådan åtgärd med hänsyn till i artikeln uppräknade ändamål. Huruvida skyddet även omfattar en fängelsecell eller ett rum på en institution låter sig tills vidare inte besvaras. Klart är emellertid, att även den som är fängslad *har rätt att åberopa en rätt till ett privatliv* under artikel 8:1, och att staten måste svara upp mot detta genom att rättfärdiga sådana åtgärder enligt vad som sägs i artikel 8:2.[113]

Artikel 8 skyddar också den enskildes *korrespondens*. Därmed avses olika former för överförande av meddelanden mellan individer. Häri innefattas inte endast befordran av brev och andra försändelser med post, utan också telefoniska och telegrafiska kommunikationer samt överförande av meddelanden med hjälp av radio och datorer (elektronisk post). Såväl telefonavlyssning som brevkontroll är alltså ingrepp i rätten till respekt för korrespondens men berör också den allmänna rätten till respekt för privatlivet. Även avlyssning av telefoner på arbetsplatser eller i offentliga lokaler är normalt att se som ingrepp i den i artikeln skyddade rättigheten.[114]

Såvitt gäller *kontroll av skriftliga meddelanden* kan den syfta till att säkerställa att ankommande försändelser inte innehåller farliga eller på annat sätt otillåtna föremål. Kontrollen kan också vara mer omfattande och även innefatta läsning. Principiellt är det ett ingrepp i rätten till respekt för korrespondens när någon hindrar eller kontrollerar överförandet av ett meddelande från A till B.

Frågor om brevkontroll aktualiseras ofta i Europadomstolen beträffande personer som varit berövade sin frihet. Vissa inskränkningar kan emellertid vara försvarliga, men dessa får inte gå längre än vad som är *lagligt* och kan anses *nödvändigt* med hänsyn till *syftet* med frihetsberövandet och de omständigheter under vilka det verkställs. Laglighetskravet har t.ex. inte ansetts uppfyllt om en bestämmelse inte givit besked om villkoren för brevcensur, och inte heller om hur länge detta fick fortgå och vilken kontroll den skulle vara underkastad.[115] Är lagbestämmelserna alltför allmänna och obestämda anses inskränkningarna inte ha stöd i lag. I fallet *Volokhy mot Ukraina* hade brevkontroll pågått avsevärt längre tid än som krävdes för det aktuella ändamålet, varför ukrainsk lag inte ansågs innehålla tillräckliga garantier mot missbruk och därför stred mot

113 Gomien m.fl. s. 249 f.

114 Danelius 2007 s. 344 f.

115 Se t.ex. *Domenichini, Calogero Diana, Labita, Messina (nr 2) mot Italien*. Danelius 2007 s. 349.

© Författaren och Studentlitteratur

artikel 8.[116] Europadomstolen har också i ett flertal fall konstaterat att det måste råda stor frihet för fångar och andra som berövats sin frihet att brevledes kontakta sin advokat, en domstol eller med andra offentliga organ t.ex. Europadomstolen i sig. Sådan korrespondens får läsas endast under rent *exceptionella* omständigheter då det finns skäl att tro att rätten till korrespondens missbrukas

En ofta återkommande fråga är, huruvida artikel 8:1 endast innefattar ett *förbud* mot statlig inblandning i familjelivet. Europakommissionen/domstolen har därvid konstaterat, att bestämmelsen inte endast är avsedd att ge ett direkt skydd mot statliga ingrepp. Statens förpliktelse innefattar också en skyldighet att *vidta positiva åtgärder* för att tillse att den enskildes rätt åtnjuter ett effektivt skydd. Om således en enskild person gör ett ingrepp i en annan enskild persons privata intressesfär anses statens ansvar kunna aktualiseras om det finns brister i det skydd som ges av lagen eller av myndigheterna.[117] I fallet *X & Y mot Nederländerna* 1985 (Nr 91) hade en mentalt handikappad kvinna utsatts för ett sexuellt övergrepp. Enligt nederländsk rätt kunde åtal väckas enbart efter angivelse av målsäganden, något som kvinnan på grund av sitt mentala tillstånd var ur stånd att göra. Europadomstolen framhöll att staterna är skyldiga att genom positiva åtgärder åstadkomma ett skydd mot fundamentala angrepp på den kroppsliga integriteten av det slag det var fråga om i detta fall. I förevarande fall hade kvinnan till följd av en lucka i lagen berövats sitt skydd, varför ett brott mot artikel 8 ansågs föreligga.[118]

LPT ger lagstöd för att vidta flera av de åtgärder som åtnjuter ett skydd enligt RF och EKMR. Sålunda kan patienten, under särskilda förutsättningar, t.ex. utsättas för kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning och försändelser till eller från patienten kan bli föremål för och kontroll respektive övervakning. Med hänsyn till fri- och rättighetsskyddet är det fundamentalt att ha klart för sig vilka åtgärder och begränsningar LPT innehåller och respektera att åtgärder som inte har klart lagstöd heller inte får vidtas i förhållande till den enskilde.

3.4.6 SKYDD MOT FRIHETSBERÖVANDE

3.4.6.1 Skydd mot frihetsberövande i RF

En viktig del i fri- och rättighetsskyddet är 2 kap. 8 § RF som ger varje medborgare, gentemot det allmänna, ett *skydd mot frihetsberövande.* Enligt samma bestämmelse är man även i övrigt tillförsäkrad *frihet att*

116 *Lavents och Igors Dmitrijevs mot Lettland.*

117 Danelius 1993 s. 186, se även Gomien m.fl. s. 228.

118 Danelius 1993 s. 193 och 2007 s. 303.

© Författaren och Studentlitteratur

förflytta sig inom riket och att lämna detta. Utlänning är, om inte annat stadgas i lag, likställd med svensk medborgare endast vad gäller skyddet mot frihetsberövande (2 kap. 22 § andra stycket p. 4 RF).[119]

Såvitt gäller friheten att förflytta sig inom riket och att lämna detta – *rörelsefriheten* – infördes den som en grundlagsstadgad rättighet i 1974 års RF.[120] Tanken bakom bestämmelsen är att rätten för varje medborgare att röra sig inom riket är ett nödvändigt moment i den politiska friheten och dessutom självklart i ett demokratiskt samhälle. Bestämmelsen innebär inte att man har rätt att bryta mot trafikföreskrifter och liknande bestämmelser. Vad som i första hand åsyftas är begränsningar som drabbar en viss person eller vissa bestämda personer, men inte andra som befinner sig i samma yttre situation. Bestämmelsen anses sålunda innefatta ett skydd mot *tvångsmässigt omhändertagande* t.ex. inom sjukvården och socialtjänsten liksom avspärrning eller frihetsberövande i syfte att hindra smittspridning av smittsam sjukdom. Tillfälliga avspärrningar eller avstängningar, t.ex. för en brottsutredning, anses inte vara begränsningar i grundlagens mening. Avgörande är i första hand om avstängningen *mera varaktigt* hindrar den som är instängd eller utestängd från att komma i kontakt med andra människor.[121]

Skyddet mot *frihetsberövande* infördes i lagens text 1976, men någon förändring i sak avsågs inte. Begreppet frihetsberövande definieras i lagens förarbeten som fall *då någon är fängslad eller genom inspärrning eller övervakning eller dylikt är faktiskt hindrad att förflytta sig utanför ett rum eller annat relativt starkt begränsat område.*[122]

RF:s skydd mot frihetsberövande är en *relativ rättighet* som, enligt 2 kap. 12 § RF, får begränsas genom lag. Därvid ger, i förevarande sammanhang, såväl LPT som LRV erforderligt lagstöd.

3.4.6.2 Rätt till domstolsprövning i RF

Av 2 kap. 9 § första stycket RF framgår, att har annan myndighet än domstol berövat någon medborgare friheten med anledning av *brott eller misstanke om brott*, skall denne kunna få saken prövad av domstol utan oskäligt dröjsmål. Bestämmelsen gäller endast i fråga om frihetsberövanden och i fall då annan myndighet än domstol beslutat i frågan. Har medborgare av

119 Ett ingrepp i rörelsefriheten straffas bl.a. som olaga frihetsberövande eller olaga tvång.

120 2 kap. 4 § p. 7.

121 Prop. 1973:90 s. 241 f.

122 Prop. 1975/76:209 s. 52 f. Såsom *mindre ingripande frihetsinskränkningar* anges i motiven t.ex. reseförbud i brott- och tvistemål samt förbud att vistas på viss plats av försvarshänsyn eller på grund av smittofara.

© Författaren och Studentlitteratur

annan anledning än vad som anges i första stycket blivit *omhändertagen tvångsvis*, skall han likaså kunna få saken prövad av domstol *utan oskäligt dröjsmål* (2 kap. 9 § andra stycket RF). Här åsyftas sålunda *administrativa frihetsberövanden*. Domstolsprövning i gängse mening är emellertid inte obligatorisk i dylika fall. Som fortsättningsvis framgår av andra stycket likställs med prövning av domstol prövning av *nämnd*, om vissa i bestämmelsen uppräknade krav är för handen. Om inte annat följer av särskilda föreskrifter i lag, är utlänning här i riket likställd med svensk medborgare (2 kap. 22 § andra stycket p. 5).

Innebörden av begreppet *utan oskäligt dröjsmål* är inte närmare definierad i RF eller i dess förarbeten. Att det inte kan röra sig om någon längre tid utan möjlighet domstolsprövning torde dock vara klart, eftersom bestämmelsen syftar till att ge den enskilde rättsliga garantier mot att han eller hon olagligt berövas friheten.[123] I doktrin har också hävdats att bestämmelsen i första hand syftar till att möjliggöra ett snabbt frigivande av den som felaktigt omhändertagits, inte till en efterhandskontroll av frihetsberövandets laglighet.[124] Eftersom domstolsprövning "inte alltid kan komma till stånd omgående utan kan dröja en viss tid", har det befunnits lämpligt att i lagrummet ange att denna rätt skall tillkomma den enskilde "utan oskäligt dröjsmål".[125]

Bestämmelsen framtvingar emellertid *inte* en domstolsprövning i fall av endast *kortvarigt frihetsberövande*, t.ex. hämtning enligt 23 kap. 7 § RB.[126] I 36 § LPT finns en bestämmelse om hämtning till domstolsförhandling. Utifrån vad som nyss anförts torde alltså en dylik åtgärd inte vara av sådant slag att domstolsprövning kan påkallas med stöd av grundlagen. Bestämmelsen kan endast tillämpas på frihetsberövanden som är *av sådan varaktighet att domstolsprövning är praktiskt möjlig* att ordna innan frihetsberövandet upphör.[127]

Beslut om vård med stöd av LPT fattas initialt av chefsöverläkare vid enhet för psykiatrisk vård (6 b § LPT). Någon domstolsprövning kommer inte till stånd förrän chefsöverläkaren ansöker hos förvaltningsrätten om att vården skall få fortsätta utöver fyra veckor (7 § LPT). Dock har den enskilde möjlighet dels att omedelbart överklaga chefsöverläkarens beslut till förvaltningsrätten, och därmed påkalla rättens prövning av

123 Prop. 1975/76:209 s. 150.

124 Petrén & Ragnemalm, Sveriges grundlagar s. 61.

125 Prop. 1973:90 s. 386.

126 I lagens motiv angavs också att det inte heller ställdes krav på domstolsprövning i fall av polishandräckning för inställelse till nykterhetsnämnden enligt den då gällande nykterhetsvårdslagen.

127 Petrén & Ragnemalm, Sveriges grundlagar s. 61.

© Författaren och Studentlitteratur

frihetsberövandets laglighet (32 § LPT), och dels att när som helst begära att vården skall upphöra och därvid överklaga ett nekande beslut, varför grundlagens krav i den delen torde vara uppfyllt.

3.4.6.3 Rätt till frihet och säkerhet i EKMR

3.4.6.3.1 *Allmänt*

Enligt artikel 5:1 har var och en rätt till frihet och personlig säkerhet. Denna rätt är emellertid inte absolut. I en *uttömmande uppräkning* anges i artikeln i vilka situationer ett frihetsberövande är tillåtet. Kan ett frihetsberövande inte hänföras till någon av de situationer som anges i artikeln anses det alltså inte förenligt med konventionen. I artikel 5:1 talas också, vid sidan om rätten till frihet, om en rätt till *personlig säkerhet*. Detta begrepp anses emellertid inte ha någon självständig betydelse från vilken man kan härleda några särskilda rättigheter.[128] Europakommissionen har funnit att med frihet avses frihet från arrest och internering och med personlig säkerhet avses skyddet mot godtyckliga ingrepp i denna frihet.[129]

Såvitt gäller *begreppet frihetsberövande* finns ingen särskild definition av vad som därvid avses och det är inte alltid klart om det är fråga om ett regelrätt frihetsberövande eller enbart en inskränkning av rörelsefriheten. I Europaorganens praxis har exempelvis husarrest ansetts som ett frihetsberövande men däremot *inte* en kommunarrest, där den enskilde var fri att röra sig i en storstad.[130] Fri- och rättighetskommittén anförde i denna fråga, inför inkorporeringen av konventionen i svensk lag, att vad som åsyftas i artikeln är frihetsberövanden och inte andra inskränkningar i rörelsefriheten. De senare behandlas i stället i artikel 2 i tilläggsprotokoll nr 4.[131] Bland annat med hänvisning till detta protokoll har Europadomstolen också funnit att artikel 5 innebär ett skydd mot *berövandet av friheten*, inte mot andra inskränkningar i rörelsefriheten.[132]

När det gäller personer som är frihetsberövade och intagna på en anstalt av något slag är det för tillämpligheten av artikel 5 avgörande om intagningen skett med den intagnes samtycke eller under tvång. I det senare fallet måste det som regel finnas ett domstols- eller myndighetsbeslut som ligger till grund för intagningen. Men frågan kan få en särskild dimension, anför Danelius, när samtycke visserligen lämnats men inte av den intagne själv utan av någon som företräder honom. En sådan situation

128 Danelius 2007 s. 92.

129 Att syftet med artikeln är att ge *skydd mot godtyckliga ingrepp* har Europadomstolen också framhållit i fallet *Bozano* 1986 (Nr 111-A).

130 Danelius 2007 s. 92 f.

131 SOU 1993:40 s. 35.

132 van Dijk och van Hoof s. 253.

© Författaren och Studentlitteratur

kan uppkomma framför allt i fråga om barn eller personer som på grund av sin sinnesbeskaffenhet inte är kapabla att själva bestämma om sina personliga angelägenheter.[133] I fallet *Nielsen mot Danmark* var det fråga om en 12-årig pojke som var intagen på psykiatrisk avdelning på ett sjukhus på begäran av modern som hade vårdnaden om honom. Såväl pojken som hans pappa ansåg emellertid intagningen omotiverad. Pojken rymde från sjukhuset och fördes tillbaka av polisen. Europadomstolen ansåg ändå att han *inte* berövats friheten, utan intagningen grundade sig på en *rättmätig utövning av föräldramyndigheten.*[134]

I fallet *H. L. mot Förenade kungariket* var fråga om en autistisk man som förts till sjukhus på grund av att han betett sig självdestruktivt. Något beslut om tvångsintagning ansågs inte nödvändigt eftersom H.L. inte hade motsatt sig intagningen och heller inte hade försökt att lämna sjukhuset. Han hade emellertid stått under fortlöpande övervakning och skulle inte ha kunnat lämna sjukhuset om han så velat. Europadomstolen fann att det var fråga om *ett frihetsberövande.*

Danelius andrar också fallet *Storck mot Tyskland* där det var fråga om en ung kvinna som på sin fars begäran hade placerats på en psykiatrisk klinik. Kvinnan var myndig och hade inte samtyckt till intagningen. Europadomstolen fann att hon utsatts för ett *frihetsberövande* och att staten var ansvarig dels genom att polis hade medverkat till att återföra henne till kliniken när hon avvikit därifrån, dels genom att staten inte skyddat henne mot att andra personer kränkte hennes personliga frihet. Däremot har Europadomstolen nått en annan slutsats i fallet *H.M. mot Schweiz.* I målet var fråga om en äldre dam med nedsatta själsförmögenheter, som myndigheterna placerat på ett vårdhem på grund av att hon vanvårdats i sin hemmiljö. Domstolen konstaterade att åtgärden hade vidtagits på ett ansvarsfullt sätt och i hennes eget intresse för att tillförsäkra henne medicinsk vård och goda levnadsförhållanden. Det var under sådana omständigheter *inte* fråga om ett frihetsberövande enligt artikel 5.[135]

Det sagda ger vid handen att det inte är entydigt i vilka fall en enskild person skall anses berövad friheten eller inte. Klart är emellertid att i fall en person blir intagen på sjukvårdsinrättning för sluten psykiatrisk tvångsvård med stöd av LPT, där en grundläggande förutsättning är att patienten motsätter sig nödvändig vård, eller att det finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med patientens samtycke, är fråga om ett frihetsberövande även i konventionens mening.

Frågor om frivillighet och tvång kan också uppkomma i situationer

133 Danelius 2007 s. 94.

134 Danelius 2007 s. 94.

135 Danelius 2007 s. 95.

© Författaren och Studentlitteratur

av kortvariga ingripanden av polis eller annan myndighet. Gränsen till vad som är ett frihetsberövande i sådana situationer kan vara vansklig att urskilja. Europakommissionen har som exempel *inte* ansett ett kvarstannande på polisstation i några timmar, eftersom polisen var osäker på det mentala tillståndet, som ett frihetsberövande (*Guenat mot Schweiz*). Inte heller då ett barn tillbringat två timmar på en polisstation för förhör om stöld.[136]

Att en person som är berövad friheten överförs till en anstalt med en strängare eller mildare regim innefattar *i princip inte* ett nytt frihetsberövande, utan det gäller formerna för *verkställighet av det pågående frihetsberövandet* (*Ashingdane mot Förenade kungariket*). Undantag kan dock tänkas, anför Danelius, om det är fråga om artskilda former av frihetsberövanden.[137]

Befogenheten att *besluta* om ett frihetsberövande regleras inte i artikel 5 och behöver sålunda inte ha föregåtts av ett domstolsutslag. Det måste dock, enligt ordalydelsen i artikeln, finnas *lagstöd för åtgärden* och den måste följa en *lagenlig procedur.*

Det i artikel 5:1 som främst är relevant för hälso- och sjukvårdens vidkommande är punkten e), som kommer att beskrivas i det följande.

3.4.6.3.2 *Laglighetskravet*

Enligt artikel 5:1 får ingen berövas friheten utom i de fall som anges i artikeln i den *ordning* som lagen föreskriver. Åtgärden måste dessutom vara *laglig.* Detta innebär att det måste finnas stöd för åtgärden i inhemsk lag. Vidare måste lagen vara av *viss kvalitet.* Den måste vara tillräckligt *tydlig* för att ett frihetsberövande skall vara *rimligt förutsebart* och lagen måste vara *allmänt tillgänglig.* Ett frihetsberövande i England baserat enbart på en i common law utvecklad "doctrine of necessity" ansågs inte vara ett tillräckligt tydligt rättsligt underlag för att laglighetskravet skulle vara uppfyllt.[138] En bestämmelse som tillät frihetsberövanden "under exceptionella omständigheter" utan närmare förklaring till vad detta innebar har, i fallet *Gusinskiy mot Ryssland*, inte heller ansetts uppfylla laglighetskravet.

136 Danelius 2007 s. 95.

137 Danelius 2007 s. 95 och 97. I fallet Vittorio och Luigi Mancini mot Italien var det fråga om att ersätta häktning med husarrest. Förseningen med att verkställa beslutet ansågs strida mot artikel 5:1.

138 *H. L. mot Förenade kungariket.* Danelius 2007 s. 96.

© Författaren och Studentlitteratur

3.4.6.3.3 *Uppfyllande av föreläggande eller fullgörande av skyldighet*

Innan innebörden i konventionsskyddet rörande frihetsberövande av den som lider av psykisk sjukdom närmare beskrivs, skall kortfattat nämnas något om artikel 5:1 b) enligt vilken ingen får berövas friheten utom i följande fall och i den ordning som lagen föreskriver

> när någon är lagligen arresterad eller på annat sätt berövad friheten, antingen därför att han underlåtit att *uppfylla en domstols lagligen meddelade föreläggande* eller i syfte att *säkerställa ett fullgörande av någon i lag föreskriven skyldighet.* [förf:s kursivering]

Frihetsberövandet enligt artikel 5:1 b) skall syfta till att framtvinga *uppfyllandet av en förpliktelse.* Avsikten får inte vara att straffa någon för en redan utförd handling.[139] De domstolsföreläggande som avses i artikeln och som varit föremål för Europaorganens prövning har varit av skiftande slag. Sålunda har bestämmelsen tillämpats på förelägganden att betala böter, att avge vittnesmål eller att fullgöra militärtjänst. Men den har också tillämpats på ett föreläggande att *undergå en psykiatrisk undersökning*[140] och på frihetsberövanden för att lämna blodprov för fastställande av faderskap.[141]

Frihetsberövandet får inte vara längre än som krävs för att det skall uppfylla sitt syfte, och det får inte heller vara oproportionerligt.[142] I *Nowicka mot Polen* hade klaganden berövats friheten för att hon skulle genomgå en psykiatrisk undersökning. Hon hade dock varit berövad friheten åtskilliga dagar innan hon undersöktes av läkare, och hon frigavs inte heller omedelbart efter det att undersökningen avslutats. Frihetsberövandet ansågs därför inte förenligt med artikel 5:1 b).

Beträffande frihetsberövanden som syftar till att garantera att en i lag föreskriven skyldighet fullgörs har framhållits av Europadomstolen att det måste vara fråga om en *specifik och konkret skyldighet* och inte en allmän skyldighet att följa lagen. Det bör också finnas klara tecken på att den som berövas friheten inte var beredd att frivilligt fullgöra skyldigheten. Domstolen har varnat för att ge bestämmelsen en extensiv tolkning, eftersom detta skulle kunna betänkligt försvaga skyddet mot godtyckliga frihetsberövanden.[143]

139 Danelius 2007 s. 105.

140 Se t.ex. *Worwa* och *Nowicka mot Polen.*

141 Se Kommissionens mål 8278/78 mot Österrike. Danelius 2007 s. 103.

142 Danelius 2007 s. 104.

143 Danelius 2007 s. 104.

© Författaren och Studentlitteratur

3.4.6.3.4 *Frihetsberövande på grund av psykisk sjukdom*

Artikel 5 bygger på principen att varje frihetsberövande måste ha stöd i lag och att det måste falla inom någon av de kategorier som räknas upp i artikeln. Frihetsberövandet måste också vara kringgärdat av särskilda rättssäkerhetsgarantier.[144] Kravet på att frihetsberövandet skall ha stöd i inhemsk lag syftar framför allt på skriven lag. Fast rättspraxis kan dock anses jämställd med lag.[145]

Artikel 5:1 e innehåller ett flertal olika situationer då en person konventionsenligt kan berövas sin frihet. Sålunda har artikel 5:1 följande lydelse:

> Var och en har rätt till frihet och personlig säkerhet. Ingen får berövas friheten utom i följande fall och *i den ordning som lagen föreskriver*
> e) när någon är *lagligen* berövad friheten för att förhindra spridning av smittosam sjukdom eller därför att han är *psykiskt sjuk*, alkoholmissbrukare, missbrukare av droger eller lösdrivare [förf:s kursivering] [146]

Artikeln är tillämplig på administrativa frihetsberövanden beslutade av hälso- och sjukvårdsmyndigheter och sociala myndigheter.[147] Förutsättningar för frihetsberövande är att det sker *i den ordning som lagen* föreskriver och att det är *lagligt*. Det innebär att det måste finnas stöd för åtgärden i inhemsk lag, men lagen måste också vara av viss kvalitet. Sålunda måste lagen vara *tillräckligt tydlig* för att ett frihetsberövande som grundar sig på lagen skall vara *rimligt förutsebart*.[148] Lagen måste också vara *allmänt tillgänglig*.

Konventionen kräver att de *inhemska procedurreglerna* respekteras och att rimliga rättssäkerhetskrav tillgodoses. Det innebär också att det måste ske en *registrering* av de frihetsberövanden som görs, så att det i efterhand kan konstateras om eller under vilken tid en viss person varit berövad friheten.[149]

Ett frihetsberövande som är ett *resultat av godtycke* kan inte anses för-

144 Danelius 2007 s. 91.

145 Danelius 2007 s. 98.

146 van Dijk och van Hoof s. 265 anför: "The provisions under (e) deals with widely divergent categories of persons as if they were all infected by a disease from which society has to be protected."

147 Gomien m.fl. s. 139.

148 En bestämmelse som tillät frihetsberövanden "under exceptionella omständigheter" utan närmare förklaring av vad detta innebar ansågs i *Gusinskiy mot Ryssland* inte uppfylla kvalitetskravet. Danelius 2007 s. 96.

149 Se t.ex. fallet *Anguelova mot Bulgarien*. Danelius 2007 s. 96.

© Författaren och Studentlitteratur

enligt med artikel 5. Därutöver gäller, liksom i fråga om övriga bestämmelser i konventionen, ett krav på *proportionalitet*. Ett frihetsberövande får inte ske om det framstår som oproportionerligt i förhållande till syftet med åtgärden.[150]

Artikel 5 kräver att varje frihetsberövande är *lagligt enligt nationell rätt*. Saknas laglig grund för ett frihetsberövande överträds sålunda nationell rätt och det föreligger också en kränkning av konventionen. Om en i nationell lag föreskriven *maximitid* för ett frihetsberövande överskrids anses frihetsberövandet inte lagligt, något som inte torde påverkas även om den frihetsberövande senare kompenseras för det olagliga frihetsberövandet. Också om andra *procedurregler* i nationell lag inte iakttas anses det föreligga ett brott mot artikel 5. I fallen *Nakach* och *Schenkel*, båda *mot Nederländerna*, hade det i strid mot nederländsk lag inte förts protokoll vid förhandlingar om *förlängning av tvångsplacering* i en institution för psykiskt störda lagöverträdare, varför ett brott mot artikel 5 ansågs föreligga.[151]

Enligt artikel 5:1 krävs att ett *beslut om frigivning* skall verkställas *skyndsamt*. En kort fördröjning kan dock vara försvarlig för att formaliteterna i samband med frigivningen skall kunna fullgöras. Finns det i nationell rätt regler om hur snabbt frigivning skall ske blir dessa föreskrifter vägledande för hur länge frihetsberövandet kan anses lagligt.[152] Hur lång tidsutdräkt som kan anses acceptabel kan variera i Europadomstolens praxis beroende på omständigheterna i varje enskilt fall. I fallet *Giulia Manzoni mot Italien* accepterades sju timmar för att återföra den enskilde från domstolen till fängelset för att därefter vidta vissa administrativa åtgärder. I fallet *Labita mot Italien* meddelades frikännande dom kl. 22, men den enskilde frigavs inte förrän kl. 8.30 nästa morgon. Här var sålunda fråga om drygt tio timmars fördröjning, vilket av Europadomstolen ansågs som ett brott mot artikel 5:1. Också i fallet *K.-F. mot Tyskland* förelåg ett brott mot artikel 5:1 då en person förts till en polisstation för vissa åtgärder. Han var berövad friheten i 12 timmar och 45 minuter, trots att det *enligt tysk lag gällde en maximitid på 12 timmar* för ett sådant frihetsberövande. Europadomstolen framhöll att polisen borde ha planerat sina åtgärder så att tiden inte överskreds.[153]

Frågan om frihetsberövande efter en viss tidpunkt kan också uppkomma i situationer där en *begäran om förlängning av frihetsberövandet*

150 Danelius 2007 s. 96.

151 Se även fallet *Engel m.fl. mot Nederländerna* och *Van der Leer mot Nederländerna*. Danelius 2007 s. 96 f.

152 Danelius 2007 s. 97.

153 Danelius 2007 s. 97.

© Författaren och Studentlitteratur

inkommer för sent eller där *domstol inte iakttar tidsfrister* som gäller för meddelande av beslut om förlängning. Om sådana förseningar gör frihetsberövandet olagligt blir beroende av innehållet i nationell rätt. *Oavsett* innehållet i nationell rätt kan dock en konflikt med konventionen uppkomma, om ett frihetsberövande fortgår under längre tid utan att det fattats något beslut om förlängning.[154]

När det gäller psykiskt sjuka personer har Europadomstolen haft att ta ställning till frihetsberövandets konventionsenlighet i en del fall och därvid utvecklat vissa vägledande principer.[155] Såvitt gäller *begreppet psykisk sjukdom* har Europadomstolen framhållit att detta är oprecist och att dess innebörd kan växla med tiden. Under inga förhållanden får emellertid en person behandlas som psykiskt sjuk därför att hans åsikter eller uppförande avviker från vad som anses vara normalt. För att en person skall få berövas friheten på grund av psykisk sjukdom måste, utom i brådskande fall, krävas att personen i fråga *på ett tillförlitligt sätt* och med stöd av *objektiv medicinsk sakkunskap visats* lida av psykisk sjukdom. Den själsliga störningen måste också vara *av sådan art och ha sådan omfattning att den motiverar ett frihetsberövande.* Vidare får ett frihetsberövande på grund av psykisk sjukdom *endast fortsätta så länge som den själsliga störningen består.* I brådskande fall kan ett frihetsberövande ske utan att medicinsk utredning hunnit inhämtas, men det får endast vara av kort varaktighet.[156]

Från Europaorganens praxis kan följande fall nämnas.[157] I fallet *Hertz mot Tyskland* hade Hertz tvångsintagits på en psykiatrisk anstalt på grundval av en läkares diagnos som lämnats per telefon och utan att Hertz hörts personligen. Omständigheterna var emellertid sådana att det kunde anses nödvändigt att fatta ett snabbt beslut. Intagningen var temporär och skulle följas av utredning och beslut i frågan om Herz led av psykisk sjukdom. Europadomstolen fann därför att frihetsberövandet inte stred mot artikel 5:1. I fallet *Rakevich mot Ryssland* hade en kvinna intagits på ett psykiatriskt sjukhus. Från sjukhuset hade man redan påföljande dag begärt att den lokala domstolen skulle godkänna frihetsberövandet. Ett godkännande lämnades dock först efter 39 dagar, trots att det för domstols prövning i dessa fall gällde en tidsfrist om fem dagar enligt rysk lag. Frihetsberövandet ansågs under dessa omständigheter inte förenligt med artikel 5:1 e).

154 Danelius 2007 s. 98, som hänvisar till fallet *Eriksen mot Norge*.

155 Se t.ex. Winterwerp mot Nederländerna, X och Ashingdane mot Förenade kungariket, Luberti mot Italien och Herczegfalvy mot Österrike.

156 Danelius 2007 s. 111.

157 Danelius 2007 s. 111 f.

© Författaren och Studentlitteratur

I fallet *Gajcsi mot Ungern* var det fråga om *förlängning av ett beslut* om tvångsintagning. En förutsättning för tvångsintagning enligt ungersk lag var att patienten bedömdes som farlig. De ungerska domstolarna föreföll emellertid *inte ha gjort någon värdering av Gajcsis farlighet*, varför det befanns saknas erforderligt lagstöd för beslutet om förlängning.

Europadomstolen har också fastslagit, i fallet *Aerts mot Belgien*, att *verkställigheten* av ett frihetsberövande på grund av psykisk sjukdom måste ske på ett *sjukhus* eller i annan *lämplig* anstalt. Aerts hade emellertid under avsevärd tid varit placerad på en psykiatrisk avdelning i ett vanligt fängelse där resurser för behandling och uppföljning saknats. Frihetsberövandet ansågs därmed inte uppfylla kraven i artikel 5:1 e).[158]

Det är också viktigt att nämna, att när den som är tvångsintagen på psykiatrisk klinik e.d. *inte längre är psykiskt sjuk i konventionens mening*, skall han eller hon skrivas ut. Detta anses emellertid inte utesluta att det kan vara legitimt och förenligt med artikel 5:1 att vänta med utskrivningen tills åtgärder vidtagits för att underlätta den enskildes återanpassning i samhället och undvika återfall i sjukdom. Sådant uppskov måste dock hållas inom tämligen snäva gränser. I *Johnson mot Förenade kungariket* hade frihetsberövandet fortsatt i *flera år* efter det att utskrivningsnämnd funnit att Johnson inte längre led av psykisk sjukdom. Skälet härtill var att man inte lyckats ordna hans bosättning på ett lämpligt sätt. Med hänsyn till den långa tid som förflutit och till att Johnson inte haft något rättsmedel mot förseningen av utskrivningen fann Europadomstolen att frihetsberövandet inte varit förenligt med artikel 5:1.[159]

Av intresse för svenskt vidkommande kan nämnas fallet *Kolanis mot Förenade kungariket*. I fallet hade beslutats att en kvinna som var intagen på psykiatrisk anstalt skulle skrivas ut på *villkor att hon undergick viss behandling och stod under viss övervakning*. Eftersom ställda villkor inte genast kunde uppfyllas blev hon emellertid kvar en tid på anstalten. Hon hade dock under denna tid haft rätt att få domstol att pröva om myndigheterna gjorde vad som kunde begäras av dem för att uppfylla villkoren. Även efter beslutet om villkorlig frigivning ansågs hon därför ha varit lagligen berövad friheten enligt artikel 5:1 e). I fallet *R. L. och M.-J. D. mot Frankrike* blev bedömningen emellertid den omvända. En person hade förts till ett psykiatriskt sjukhus och efter undersökning där inte bedömts vara i behov av vård. Personen i fråga hade ändå tvingats stanna kvar på sjukhuset till nästföljande morgon, vilket inte är förenligt med artikel 5:1 e).[160]

158 Danelius 2007 s. 112.
159 Danelius 2007 s. 112.
160 Danelius 2007 s. 112.

© Författaren och Studentlitteratur

En viktig fråga är huruvida ett frihetsberövande, som avses i 5:1 e), måste erbjuda *någon form av behandling* av en patient. Vissa klagomål har gått ut på att en person endast "flyttats från" samhället utan att det allmänna erbjudit någon faktisk hjälp. I artikeln sägs endast att ett frihetsberövande är tillåtet "därför att han är psykiskt sjuk". Ordalydelsen, vilken man dock, med hänsyn till Europadomstolens case-law-system inte kan tillmäta någon absolut relevans, ger intryck av att man kan berövas friheten *endast av den orsaken* att man är psykiskt sjuk.[161]

I doktrin har därvid anlagts en individuell men även en samhällsskydds-aspekt på frågan. Man anför, att utifrån skälet för sådana frihetsberövanden kan den enskilde individen ha ett legitimt anspråk i detta avseende. Men det finns fall när faran för samhället måste accepteras som huvudsaklig orsak till frihetsberövandet, även om det inte finns något hopp att bota den enskilde.[162] I fallet *Winterwerp mot Nederländerna* menade klaganden bl.a. att ett frihetsberövande enligt artikel 5:1 e) medfört en *rätt till ändamålsenlig behandling* för att garantera att den enskilde inte var berövad sin frihet längre än absolut nödvändigt. En sådan tolkning förkastades emellertid av domstolen. I fallet *Ashingdane* utvecklades detta. Domstolen menade därvid, att lagligheten av ett frihetsberövande rör inte bara *den frihetsberövande åtgärden* utan också *verkställigheten.* Frihetsberövandet måste sålunda inte bara vara i överensstämmelse med inhemsk lag utan det måste också stå *i samklang med syftet* med restriktionerna i artikel 5:1. Detta följer också av artikel 18 där det framgår att de inskränkningar som medgivits i konventionen inte får vidtas annat än i de syften med hänsyn till vilka de tillåtits. Därför, menade domstolen att det måste finnas

> some relationship between the ground of permitted deprivation of liberty relied on and the place and conditions of detention.

Europadomstolen har alltså framhållit att det måste finnas *något samband* mellan grunderna för ett tillåtet frihetsberövande och platsen och villkoren för kvarhållandet. Bortsett från detta samband anses artikel 5:1 e) inte innefatta någonting om lämplig behandling eller andra villkor.[163]

161 Artikel 5:1 d) rörande underåriga innehåller en lite annorlunda formulering som Europadomstolen fäst vikt vid. Av denna bestämmelse framgår, att ett frihetsberövande av en ung människa är tillåtet "för att" den unge skall undergå skyddsuppfostran. Enbart en förvaring av den unge utan någon form av behandling eller uppfostran som kunde påverka hans levnadssätt har just med hänvisning till skrivningen "för att", ansetts strida mot konventionen.

162 Gomien m.fl. s. 140 f.

163 van Dijk och van Hoof s. 268 f.

© Författaren och Studentlitteratur

Av det ovan sagda skulle man alltså kunna dra slutsatsen att enbart en förvaring av en psykiskt sjuk person utan något syfte, den enskildes väl eller samhällsskyddet, skulle kunna strida mot artikel 5:1

Den personliga friheten som skyddas i artikel 5 är *inte förhandlingsbar.* Även då en patient/klient i ett kontrakt frivilligt gått med på att han får kvarhållas på en institution skyddas han av konventionen i händelse av att han senare ångrar sig. I det fallet *De Wilde, Ooms och Versyp mot Belgien* uttalade domstolen:

> The right to liberty is too important in a "democratic society" within the meaning of the Convention for a person to lose the benefit of the protection of the Convention for the single reason that he gives himself up to be taken into detention. Detention might violate Article 5 even though the person concerned might have agreed to it.[164]

Ett frihetsberövande på grund av psykisk sjukdom skall alltså *sammanfattningsvis* ha stöd i lag och det måste ske i den ordning som föreskrivs i lag. Det förutsätts vidare, att rimliga rättssäkerhetskrav tillgodoses. Är frihetsberövandet ett resultat av godtycke anses det inte stå i samklang med konventionen. Lagen skall vara utformad med tillräcklig precision så att besluten blir förutsebara och lagen skall vara tillgänglig. Även verkställigheten av ett beslut om frihetsberövande omfattas av artikeln. Det måste finnas något samband mellan grunderna för frihetsberövandet och platsen för verkställighet och den behandling/vård som ges där. En ren förvaring, utan något hjälpsyfte, skulle möjligen kunna ses som icke konventionsenligt.

3.4.6.3.5 *Underrättelse om skälen för frihetsberövandet*

Enligt artikel 5:2 skall var och en som arresterats, utan dröjsmål och på ett språk som han förstår, underrättas om skälen för åtgärden och om varje anklagelse mot honom. Ordalydelsen i artikeln för närmast tanken till att bestämmelsen endast skulle ta sikte på personer som berövats friheten på grund av misstanke om brott. Europadomstolen har emellertid i fallet *Van der Leer* mot *Nederländerna* 1990 (Nr 170-A), som rörde intagning på mentalsjukhus, framhållit att kravet på underrättelse om skälen för åtgärden *gäller alla som berövats friheten.*[165] Van der Leer hade först, under någon tid, frivilligt vistats på mentalsjukhus. Hon hade emellertid inte fått underrättelse om att hon från en viss dag i kraft av ett domstolsbeslut var tvångsintagen på sjukhuset. Först någon tid senare hade hon märkt att hon

164 Gomien m.fl. s. 142 f.
165 Gomien m.fl. s. 144.

© Författaren och Studentlitteratur

inte var fri att lämna sjukhuset när hon önskade. Europadomstolen fann att underlåtenheten att underrätta henne om domstolsbeslutet stred mot artikel 5:2.[166] Underlåter sålunda beslutande myndighet att underrätta den frihetsberövade om skälen anses frihetsberövandet *olagligt*, även om det faller in under de situationer som räknas upp i artikel 5:1.[167] Innehåller inhemsk lag striktare regler på denna punkt anses ett brott mot sådana bestämmelser dock inte likvärdigt med ett konventionsbrott.[168] Underrättelsen behöver inte vara skriftlig eller lämnas i annan särskild form. Det väsentliga är att den som berövats friheten får kännedom om *varför* han eller hon berövats friheten, vilket bl.a. kan vara en förutsättning för att på ett effektivt sätt kunna utnyttja rätten enligt artikel 5:4 att få lagligheten av frihetsberövandet prövat av domstol.[169]

Underrättelsen skall ske utan dröjsmål. En fördröjning på *några få timmar* mellan frihetsberövandet och tillhandahållandet av information anses dock inte strida mot konventionen.[170] I fallet *Saadi mot Förenade kungariket* ansågs en underrättelse som inte lämnats förrän efter 76 timmar *inte* motsvara kraven i artikel 5:2.[171]

Det är också väsentligt att underrättelsen lämnas på ett språk som den enskilde förstår. Är den frihetsberövade av utländsk härkomst och inte förstår språket i det land där han berövas friheten måste tolk tillhandahållas snarast möjligt. Är den enskilde av andra skäl oförmögen att förstå måste en ställföreträdare erhålla ifrågavarande information.[172]

Artikel 5:2 gäller i princip det *initiala* frihetsberövandet. Bestämmelsen är emellertid också tillämplig om det blir fråga om ett fortsatt frihetsberövande på *andra grunder* eller *nytillkomna omständigheter*.[173]

Ärenden som rör tvångsomhändertaganden är att betrakta som myndighetsutövning. Myndigheterna är därvid skyldiga att iaktta förvaltningslagens bestämmelser som kompletteras av vissa procedurella regler i LPT och LRV bl.a. avseende krav på information till patienten om beslut

166 Danelius 2007 s. 115.

167 van Dijk och van Hoof s. 272.

168 Gomien m.fl. s. 144.

169 Danelius 2007 s. 114. I fallen *Fox, Campbell och Hartley mot Förenade kungariket* och *Murray mot Förenade kungariket* hade klagandena underkastats förhör strax efter gripandet. Europadomstolen fann att det måste ha framgått av de frågor som ställts vad misstankarna mot dem avsåg. Detta var tillräckligt för att informationskravet i artikel 5:2 skulle anses uppfyllt.

170 Gomien m.fl. s. 145 med hänvisning till fallet Murray 1994 (Nr 300-A).

171 Danelius 2007 s. 115.

172 Gomien m.fl. s. 144.

173 Van Dijk och van Hoof s. 272.

© Författaren och Studentlitteratur

och möjligheterna att överklaga. Genom dessa regler torde kraven i artikel 5:2, förutsatt att bestämmelserna iakttas, vara uppfyllda.

3.4.6.3.6 *Rätt till domstolsprövning*

Europakonventionen innehåller inget förbud mot att en *administrativ myndighet* fattar beslut om ett frihetsberövande, men det krävs att beslutets laglighet skall kunna prövas av en domstol. Enligt artikel 5:4 har var och en som berövats sin frihet genom arrestering eller *på annat sätt*, rätt att påfordra att domstol *snabbt* prövar lagligheten av frihetsberövandet och beslutar att frige honom eller henne, om frihetsberövandet inte är lagligt. Bestämmelsen handlar om rätten för den enskilde att *på eget initiativ* få till stånd en domstolsprövning, men en prövning som sker direkt enligt föreskrift i lag, utan någon ansökan av den som berövats friheten, anses uppfylla artikelns krav.[174]

Om den som berövats sin frihet över huvud taget inte kan få lagligheten av detta prövad av domstol strider detta mot artikel 5:4. Men även i fall rätt till domstolsprövning faktiskt finns kan tänkas att detta inte är tillräckligt beroende på den enskildes möjligheter att "påfordra" domstolsprövningen. I fallet *Gorshkov mot Ukraina* hade *den som tagits in* på en psykiatrisk klinik inte haft rätt att få domstol att pröva om frihetsberövandet skulle bestå. Domstolsprövning kunde ske, men enbart på initiativ av sjukhusledningen eller läkare, vilket *inte* är tillräckligt enligt artikeln i fråga.[175]

Tillämpligheten av artikeln förutsätter inte att frihetsberövandet fortgår vid tiden för domstolsprövningen. I fallet *Tréboux mot Frankrike* hade en kvinna försöksutskrivits från psykiatrisk klinik. Trots detta ansågs hon, alltså även efter försöksutskrivningen, ha rätt till en skyndsam prövning av själva intagningen. Även i fallet *Herz mot Tyskland* ansågs artikel 5:4 tillämplig, trots att Herz inte längre var berörd av beslutet om frihetsberövande.[176]

Rätten till domstolsprövning måste också vara *effektiv*. Det krävs alltså bl.a. att rättigheten *kan utnyttjas i praktiken*. Så ansågs inte vara fallet i *Čonka mot Belgien* där de klagande bl.a. ansågs ha fått *otydlig information om existerande rättsmedel* och haft otillräcklig tolkhjälp till sitt förfogande.

Artikel 5:4 ger den enskilde rätt att få prövat lagligheten av frihetsberövandet av *domstol*. Med domstol åsyftas här ett organ som ger vissa grund-

174 Danelius 2007 s. 126.

175 Se även, såvitt gäller psykiskt sjuka, fallet *Herz mot Tyskland* och *Van Glabeke mot Frankrike*. Danelius 2007 s. 121.

176 Danelius 2007 s. 122.

© Författaren och Studentlitteratur

läggande processuella garantier genom att tillämpa ett förfarande anpassat efter den typ av frihetsberövande som saken gäller.[177] En "domstol" måste vara oberoende av exekutivmakten och av parterna. Garantierna måste vidare innefatta en rätt för den som berövats friheten att bli hörd. Även ett organ som enligt inhemsk rätt inte betraktas som en domstol kan godtas som en sådan under förutsättning att kraven på *oberoende och judiciellt förfarande* är uppfyllda. Enbart ett rådgivande organ kan däremot inte anses uppfylla bestämmelsens krav. Ett organ som saknar möjlighet att besluta om frigivning motsvarar inte heller kraven i artikel 5:4.[178]

Domstolen måste vidare vara *opartisk*. Det innebär inte bara att domarna rent faktiskt måste vara opartiska, utan också att deras opartiskhet inte kan ifrågasättas på objektiva grunder. I *D.N. mot Schweiz* hade en läkare som ingick i en besvärsnämnd två gånger före nämndens förhandling gett uttryck för uppfattningen att D.N. inte borde skrivas ut från den psykiatriska klinik där hon var intagen. Det fanns därför objektiva skäl för D.N. att tro att läkaren hade en förutfattad mening i denna fråga och att han inte skulle pröva frågan på ett opartiskt sätt. Han var dessutom en viktig ledamot av besvärsnämnden, eftersom han var den ende psykiatern i nämnden och han hade gjort en särskild utredning i ärendet.[179]

Det kan vara nödvändigt för den enskilde att han åtnjuter någon form av representation under rättegången. Den enskilde kan ju i avsaknad av juridisk sakkunskap och praktisk förmåga vara oförmögen att ta till vara sina intressen, något som är särskilt viktigt då det gäller barn, psykiskt sjuka, lösdrivare och missbrukare.[180] I fallet *Winterwerp* framhöll Kommissionen, att ett *minimivillkor* för proceduren är att en person som berövats friheten i enlighet med artikel 5:1 e) har möjlighet att framlägga sina synpunkter själv eller genom ombud för att *kunna vederlägga de medicinska och sociala argument som ligger till grund för frihetsberövandet*. I fallet *Moudefo* underströk Europakommissionen, att även om artikel 5:4 inte uttryckligen ger den enskilde rätt till juridiskt ombud, måste en person som skall berövas – eller är berövad – sin frihet komma i åtnjutande av de *mest fundamentala processuella garantierna*. Kommissionen fann att klagandens överklagande till inhemsk domstol hade prövats av domstolen utan någon delaktighet av advokat, varför den enskilde inte kunde framlägga sin sak på ett tillfredsställande sätt. En fundamental processuell rättighet enligt artikel 5:4 ansågs därför inte ha respekterats.[181]

177 Danelius 1993 s. 129. Danelius 2007 s. 123.

178 Danelius 2007 s. 123. Besvärsnämnd som behandlade frågor om utskrivning från psykiatrisk klinik har, i fallet *D. N. mot Schweiz*, accepterats som domstol.

179 Danelius 2007 s. 123.

180 Gomien m.fl. s. 152.

181 van Dijk och van Hoof s. 289.

© Författaren och Studentlitteratur

Artikel 5:4 innefattar oftast en rätt till *advokat eller annat biträde* som t.ex. i fallet *Bouamar mot Belgien* som gällde ett frihetsberövande av en yngling som hade svårigheter att själv framföra sina synpunkter inför den inhemska domstolen. Till samma slutsats kom Europadomstolen i fallet *Megyeri mot Tyskland* där klaganden, i ett förfarande som gällde utskrivning från ett mentalsjukhus, saknade advokat eller biträde. I det aktuella fallet gällde det att ta ställning till om det fanns risk för fortsatt brottslighet. Europadomstolen framhöll, att rättsligt biträde bör förordnas i sådana fall om det inte föreligger särskilda skäl att avstå därifrån. Megyeri led av schizofrenisk psykos med tecken till paranoia och det kunde betvivlas om han hade förmåga att själv framlägga sin sak på ett adekvat sätt och att argumentera i den juridiska frågan om proportionaliteten av frihetsberövandet. En advokat borde därför ha utsetts, även om klaganden inte uttryckligen begärt detta.[182]

Ett villkor för att förfarandet skall kunna godtas som judiciellt är vidare att det är *kontradiktoriskt*. Det har ansetts oförenligt med artikel 5:4 att klagandena inte fått del av och fått tillfälle att bemöta ett yttrande av en myndighet vilket ingick i processmaterialet, liksom i fall då hela materialet inte gjorts tillgängligt för klaganden.[183] Det åligger domstolen att ta ställning till de invändningar som framförs mot lagligheten av frihetsberövandet (*Butkevičius mot Litauen* och *Klyakhin mot Ryssland*).[184]

En effektiv domstolsprövning enligt artikel 5:4 förutsätter ibland, men inte alltid, att det hålls en *muntlig förhandling* inför domstolen. I många fall, anför Danelius, finns det då också en rätt för den som berövats friheten att personligen uppträda inför domstolen och inte endast företrädas av sin försvarare. Så är fallet när frågan om frigivning eller fortsatt frihetsberövande beror på en bedömning av den enskildes karaktär och personlighet eller det som skäl för frigivning åberopas omständigheter som han själv bör få utveckla muntligt inför domstolen. Det kan också finnas fall då det med stöd av artikeln i fråga kan krävas att någon annan person hörs inför domstolen.[185]

Det ställs i artikeln inga explicita krav på att domstolsförhandlingen skall vara *offentlig*. Europadomstolen har dock funnit, i fallet *Reinprecht mot Österrike*, att en häktningsförhandling normalt inte behöver vara offentlig, men att det inte kan uteslutas att en offentlig förhandling är påkallad i särskilda situationer.[186]

182 Danelius SvJT 1994 s. 345.
183 Danelius 2007 s. 124 f.
184 Danelius 2007 s. 130.
185 Se Danelius 2007 s. 125 och där anförda fall.
186 Danelius 2007 s. 126.

© Författaren och Studentlitteratur

I de fall det *ursprungliga beslutet* om ett frihetsberövande fattats av domstol anses artikel 5:4 *inte* medföra en rätt till omprövning vid ytterligare en domstol. Den domstolskontroll artikeln är avsedd att åstadkomma är då, enligt Europadomstolen, inkorporerad i det ursprungliga beslutet. En förutsättning är dock att det förfarande som föregick det ursprungliga beslutet uppfyllde kraven i artikel 5:4. Var så inte fallet finns en rätt till överprövning med iakttagande av de procedurgarantier som innefattas i artikeln. I fallet *Vane der Leer mot Nederländerna* fattades beslutet om intagning på psykiatriskt sjukhus av domstol *utan att klaganden blivit hörd*. Rätten enligt artikel 5:4 ansågs därför inte ha blivit tillgodosedd varför en rätt till överprövning förelåg.[187]

I fall som avsett frihetsberövanden som varit *obestämda till sin varaktighet* och där det blir beroende av den fortsatta utvecklingen hur länge frihetsberövandet skall fortgå har Europadomstolen fastslagit principen, att det i sådana fall skall finnas en rätt till *ny domstolsprövning med skäliga mellanrum*. Principen fastslogs i fallet *Winterwerp mot Nederländerna* som gällde intagning på mentalsjukhus och kom också till uttryck i fallet *X mot Förenade kungariket*. I det senare fastslog domstolen att den som är intagen på mentalsjukhus på obestämd tid är berättigad, *i vart fall när det inte finns någon automatisk periodisk domstolsprövning*, att med *skäliga mellanrum* få lagligheten av det fortsatta frihetsberövandet överprövad av domstol.[188] Det har också, i *Luberti mot Italien*, klargjorts att rätten till domstolsprövning även skall gälla det fallet att den intagne först frigivits på prov och sedan berövats friheten på nytt.

Vad som skall förstås med skäliga mellanrum och hur långa intervaller som framstår som acceptabla kan enligt Danelius inte anges generellt. I *Herczegfalvy mot Österrike*, som avsåg tvångsintagning på psykiatriskt sjukhus, ansågs intervaller om femton månader och två år vara alltför långa. I *Kolanis mot Förenade kungariket* hade beslutats att en kvinna som tvångsintagen på ett psykiatriskt sjukhus skulle skrivas ut under förutsättning att vissa villkor med avseende på behandling och övervakning uppfylldes. Dessa villkor uppfylldes emellertid inte, utan hon blev kvar på sjukhuset. Nästa prövning av frågan om hennes utskrivning ägde rum mer än ett år senare. Också detta intervall ansågs alltför långt för att uppfylla kraven i artikel 5:4.[189]

187 Danelius 2007 s. 126. I fallet *Wassink mot Nederländerna* förelåg dock ingen rätt till ytterligare domstolsprövning, trots att förfarandet vi intagning på psykiatrisk sjukhus till stor del hade försiggått per telefon och det därför kunde ifrågasättas om det uppfyllde rimliga rättssäkerhetskrav.

188 Danelius 2007 s. 127.

189 Danelius 2007 s. 128 f. I *Silva Rocha mot Portugal* hade en person som begått ett all-

© Författaren och Studentlitteratur

Domstolsprövningen enligt 5:4 skall omfatta *lagligheten* av frihetsberövandet, vilket anses innebära att inte endast de *materiella och processuella bestämmelserna* i inhemsk lag skall beaktas, utan också sådana *allmänna rättssäkerhetsgarantier* som kan anses inbegripna i artikel 5 skall respekteras.[190] Enligt vad Europadomstolen uttalat i fallet *Van Droogenbroeck mot Belgien* 1982 (Nr 50), behöver domstolskontrollen inte omfatta rena lämplighetsfrågor, men den måste inbegripa *alla de villkor som är väsentliga* för att frihetsberövandet skall anses lagligt.[191] I *Magalhães Pereira mot Portugal* hade domstolen, i fråga om utskrivning från mentalsjukhus, grundat sin prövning på alltför gammal medicinsk utredning, vilket inte ansågs tillgodose kraven i artikel 5:4.[192]

I fallet *Hutchison Reid mot Förenade kungariket* har också klargjorts, att det vid frihetsberövande på "mentalsjukhus", inte överensstämmer med artikel 5:4 att lägga *bevisbördan* i fråga om lagligheten av ett fortsatt frihetsberövande på den intagne. I stället ankommer det på läkare eller annan som gör gällande att frihetsberövandet skall fortsätta att visa att de lagliga förutsättningarna för detta föreligger.[193]

Domstolsprövningen skall enligt artikel 5:4 ske *snabbt*. Innebörden härav kan variera beroende på arten av frihetsberövande och omständigheterna i övrigt. Särskild skyndsamhet är därvid påkallad i fråga om den som är anhållen eller häktad som misstänkt för brott. Som exempel andrager Danelius fallet *De Jong, Baljet och Van den Brink mot Nederländerna* 1984 (Nr 77). För de arresterade fanns inte någon möjlighet att begära frigivning förrän målet hänskjutits till militärdomstol, vilket skedde *sju, elva respektive sex dagar* efter det att klagandena gripits, något som ansågs strida mot artikeln i fråga.[194]

Danelius menar emellertid, att när det gäller personer som intagits på *mentalsjukhus* eller anstalter för internering av vaneförbrytare kan bedömningen bli en annan, särskilt när det måste anskaffas psykiatrisk eller annan utredning för att ta ställning till frågan om ett fortsatt fri-

---

varligt brott ansetts vara psykiskt otillräknelig. Han hade intagits på en psykiatrisk anstalt eftersom han bedömdes som farlig för andra. Domstolen hade förordnat om en minimitid om tre år för vistelsen på anstalten, och under denna tid saknades möjlighet till ny domstolsprövning och eventuell utskrivning. Europadomstolen fann att det rörde sig om en kombination av straffverkställighet och tvångsintagning av en psykiskt sjuk person och menade att den bestämda minimitiden för frihetsberövande utan möjlighet till omprövning *inte* stred mot artikel 5:4.

190 Se fallet *X mot Förenade kungariket*, 5.11.81 Nr 46.

191 Danelius 2007 s. 129.

192 Danelius 2007 s. 130.

193 Danelius 2007 s. 127.

194 Danelius 2007 s. 130.

© Författaren och Studentlitteratur

hetsberövande. En period om *18 månader* för att få beslut i två instanser, ansågs emellertid, i fallet *Luberti mot Italien* 1984 (Nr 75), inte förenlig med artikel 5:4. Inte heller har, i fallet *Van der Leer mot Nederländerna* 1990 (Nr 170-A), en period om cirka *sex månader* innan domstol fattat beslut om utskrivning från psykiatriskt sjukhus ansetts uppfylla kraven på snabb prövning. Europadomstolen ansåg att hela denna period skulle beaktas trots att klaganden under en del av perioden faktiskt inte hade varit berövad friheten eftersom hon avvikit från sjukhuset.[195] I *Musial mot Polen* (dom 25.3.1999) hade Musial varit intagen på psykiatrisk anstalt och han klagade över att det tagit lång tid – ett år, åtta månader och nio dagar – att få prövat lagligheten av frihetsberövandet. Det förhållandet att sakkunniga utsetts för att undersöka Musials sinnesbeskaffenhet befriade inte myndigheterna från ansvaret för en snabb handläggning av målet. Artikel 5:4 ansågs kränkt.[196] I fallet *E mot Norge* 1990 (Nr 181-A) hade ett domstolsförfarande med anledning av att klaganden begärt överprövning av ett administrativt beslut om hans vistelse på anstalt tagit omkring *åtta veckor*. Enligt Europadomstolens mening var detta en *alltför lång tid*.[197] I *Vodenicarov mot Slovakien* hade en person som tvångsintagits på psykiatriskt sjukhus överklagat frihetsberövandet. Överklagandet hade avgjorts efter 29 dagar, vilket var dagen före hans frigivning. Den tid som åtgått för prövning ansågs ha varit för lång. Däremot ansågs en tid om 11 dagar för överprövning av tvångsintagning på psykiatrisk klinik, i fallet *Herz mot Tyskland*, vara förenlig med artikel 5:4. I *Rutten mot Nederländerna* ansågs det strida mot artikel 5:4 att domstolen beslöt om förlängning av frihetsberövandet i en anstalt för psykiskt störda brottslingar mer än två månader sjutton dagar efter det att ansökan om förlängning inkommit och mer än en månad efter det att den tidigare fastställda tiden för frihetsberövandet löpt ut. I *Mathieu mot Frankrike* hade det för prövningen åtgått mer än fyra månader. Visserligen hade Mathieu försöksutskrivits efter en månad, men hon hade när som helst kunnat återintas, och prövningen ansågs inte ha skett med tillräcklig skyndsamhet.[198]

I 35 § LPT finns en bestämmelse om skyndsam handläggning av mål eller ärenden enligt lagen. LPT ger den enskilde, för vilken chefsöverläkaren beslutat om intagning med stöd av lagen, en rätt att överklaga intagningsbeslutet och därmed få en möjlighet att omedelbart efter intagningen påkalla domstols kontroll över beslutet. Detta förutsätter ju självfallet att patienten underrättas om sin rätt så att han eller hon har en faktisk möj-

195 Danelius 2007 s. 131.

196 Danelius SvJT 1999 s. 591 f.

197 Danelius 1993 s. 133 och 2007 s. 131.

198 Danelius 2007 s. 131 f.

© Författaren och Studentlitteratur

lighet till detta. I annat fall är det möjligt att det skulle kunna anses föreligga ett konventionsbrott. I LPT finns vidare inbyggt en domstolskontroll med vissa lagstadgade intervaller så att lagligheten av frihetsberövandet kan prövas i en opartisk domstol i ett kontradiktoriskt förfarande med lagstadgad rätt till ett offentlig biträde för patienten.

3.4.6.3.7 *Rätt till skadestånd*

Var och en som arresterats eller på annat sätt berövats friheten i strid med bestämmelserna i artikel 5, skall ha rätt till skadestånd (artikel 5:5). Artikeln riktar sig till de fördragsslutande staterna att vidta åtgärder i den inhemska lagstiftningen för att kunna kompensera den vars rättigheter kränkts.[199] En förutsättning för rätt till skadestånd är att det föreligger ett brott mot någon av bestämmelserna i artikel 5:1–5, således inte enbart vid brott enligt artikel 5:1, vilket klargjorts i fallet *Wassink mot Nederländerna* (1990 (nr 185-A). Även en kränkning av artikel 5:5 själv kan alltså grunda rätt till skadestånd. Europadomstolen fann exempelvis, i fallet *Brogan*, ett brott mot artikel 5:5 föreligga när brittisk lag inte gav någon rätt till skadestånd efter brott mot artikel 5:3.[200] *Förenade kungariket* har också i fallen *Thynne, Wilson och Gunnell* ansetts ha kränkt artikel 5:5 då det inte funnits någon rätt till skadestånd för att klagandena saknat tillgång till domstolsprövning enligt artikel 5:4.[201]

Svensk rätt ger, enligt 5 § lagen (1998:714) om ersättning vid frihetsberövanden och andra tvångsåtgärder (LEF), den som har varit berövad friheten till följd av beslut vid myndighetsutövning rätt till ersättning, om det står klart att beslutet vilade på felaktiga grunder och därför var oriktigt.

3.4.7 EGENDOMSSKYDDET

LPT innehåller vissa regler som inkräktar på den enskildes rätt till egendom. Det gäller t.ex. enligt 21 § LPT ett absolut förbud att på vårdinrättningen inneha viss egendom. Vidare kan alkoholhaltiga drycker och andra missbruksmedel och missbruksverktyg kan förstöras eller försäljas under de förutsättningar som anges i 24 § LPT. I 20 a § ges också möjlighet att under särskilda förutsättningar hindra den enskilde att använda elektroniska kommunikationstjänster och under en begränsad tid omhänderta den utrustning som möjliggör sådant användande.

199 Artikel 50 är av en annan karaktär. Den riktar sig till Europadomstolen som, i händelse av att man funnit ett konventionsbrott föreligga, kan tillerkänna den förfördelade parten skälig gottgörelse. Se Gomien m.fl. s. 154.

200 Danelius 1993 s. 134 f.

201 Danelius 2007 s. 133.

© Författaren och Studentlitteratur

I 2 kap. 18 § RF ges ett visst skydd för egendomsrätten. I stadgandets första stycke anges i en principdeklaration, att *varje medborgares egendom är tryggad* genom att ingen kan tvingas att avstå densamma till det allmänna eller till någon enskild genom expropriation eller annat sådant förfogande. Bestämmelsen fick sin nuvarande lydelse genom lagändring 1994.[202] Principdeklarationen anses dock inte ha någon självständig rättslig betydelse. Den anger endast det övergripande syftet med bestämmelsen, nämligen att slå fast att hela vår rättsordning skall ge ett betryggande skydd för den enskildes egendom, sålunda inte att ge ett heltäckande skydd för all egendom. Skyddet i RF är heller inte absolut. Ingrepp kan tillåtas ske när det krävs för att tillgodose angelägna allmänna intressen. Skyddet är också underlägset andra rättigheter i 2 kap. RF, då det inte omfattas av de fastslagna principerna för rättighetsbegränsningar i 2 kap. 12 § RF.[203]

Den som tvingats avstå sin egendom genom *expropriation* eller annat *sådant* förfogande är, enligt 2 kap. 18 § andra stycket RF, *tillförsäkrad ersättning* för förlusten. Ersättningen skall bestämmas enligt grunder som anges i lag, vilket anses vara bestämmelsens tyngdpunkt.[204] Däremot sägs ingenting om förutsättningarna för ingrepp, om storleken på ersättningen eller efter vilka grunder ersättningen skall fastställas. Det har emellertid ansetts självklart att en ersättning som endast är symbolisk inte uppfyller grundlagens krav.[205]

Hur verkar då RF:s egendomsskydd i förhållande till bestämmelsen om förstörande av egendom i LPT? Oaktat att patienten, enligt 33 § LPT, har möjlighet att överklaga chefsöverläkarens beslut och oaktat att det här sannolikt är föremål av ringa värde och skadan därmed för den enskilde inte blir särskilt stor, handlar det ändå om att samhället fråntar den enskilde hans egendom, inte enbart temporärt för förvaring, utan för att förstöra eller försälja hans ägodelar.

Frågan om innebörden av 2 kap. 18 § RF har varit föremål för en rad diskussioner, dels huruvida lös egendom omfattas av skyddet och dels huruvida förstörande av egendom faller inom området för bestämmelsen.[206] Den dominerande uppfattningen synes dock vara att förstörande

202 SFS 1994:1468. Genom lagändringen infördes också ett skydd beträffande rådighetsinskränkningar av mark eller byggnader, något som dock lämnas utanför denna framställning.

203 Se dock 8 kap. 15 § RF angående förfarandet vid grundlagsändring samt lagprövningsregeln i 11 kap. 14 § RF.

204 Prop. 1975/76:209 s. 124.

205 Prop. 1975/76:209 s. 124.

206 Se t.ex. Petrén & Ragnemalm s. 85. Nergelius 1995 s. 558. Bengtsson 1986 s. 100.

© Författaren och Studentlitteratur

av sådan egendom som avses i LPT, och även i LVM och LVU, dvs. egendom av ringa värde, faller *utanför* tillämpningsområdet.[207] Spörsmålet berördes också i motiven till lagändringen 1994. Där anfördes emellertid endast att någon ändring av tillämpningsområdet inte var avsedd. Dock ansågs det särskilt motiverat att i grundlagen införa ett uttryckligt skydd mot rådighetsinskränkningar i mark och byggnader. Därmed skulle ges ett mer uttryckligt och starkare grundlagsskydd för den enskildes rätt till *viktig egendom*.[208] Därutöver ansågs det emellertid inte nödvändigt att överväga något längre gående skydd. Med hänvisning till att Europakonventionen (som omfattar både fast och lös egendom) skulle bli införlivad i svensk rätt och "därmed ingå i det skydd för den enskildes egendom som finns i vanlig lag" ansågs det inte motiverat "att låta all egendom, både fast och lös", omfattas av grundlagens egendomsskydd.[209] Frågan har också diskuterats av några ledamöter i lagrådet vid införandet av motsvarande reglering i LVU. Sålunda befanns den rättsliga grunden för den dittills allmänt tillämpade ordningen vara i viss mån osäker. Man menade, att även om det är fråga om egendom som i allmänhet har föga värde är det vara av vikt att det tillskapas en ordning som vilar på en fast rättslig grund och står i överensstämmelse med gällande rättsordning.[210] Slutsatsen blev dock att den föreslagna regleringen inte kunde anses falla in under 2 kap. 18 § RF, och man fann från grundlagssynpunkt inte någon anledning till erinran mot det i propositionen framlagda förslaget.[211]

Beträffande skyddet i EKMR skall, enligt artikel 1 i första tilläggsprotokollet, första stycket, varje fysisk eller juridisk person ha *rätt till respekt för sin egendom*. Ingen får berövas sin egendom annat än i det *allmännas intresse* och under de *förutsättningar som anges i lag* och i folkrättens allmänna grundsatser, sägs det. Bestämmelserna inskränker dock inte, enligt andra stycket, en stats rätt att genomföra sådan lagstiftning som staten finner nödvändig för att reglera nyttjandet av egendom i överensstämmelse med det *allmännas intresse* eller för att säkerställa betalning av skatter eller andra pålagor eller av böter och viten.

207 Se även diskussionen i Lagrådet i samband med att motsvarande bestämmelse i LVU skulle införas; prop. 1979/80:1 Del B s. 387, närmare beskrivet av Gustafsson 2001 s. 531 ff.

208 Prop. 1993/94:117 s. 15.

209 Prop. 1993/94:117 s. 15. Vad gäller rådighetsinskränkningar påpekades i författningskommentarerna att sådana inskränkningar i rätten att använda främst lös egendom som följer av andra än mark- och byggnadsreglerande bestämmelser, faller utanför tillämpningsområdet, a. prop. s. 49.

210 Prop. 1979/80:1 Del B s. 388 f.

211 Prop. 1979/80:1 Del B s. 392.

© Författaren och Studentlitteratur

Artikeln innehåller tre olika regler. Den första fastslår principen om rätten till *respekt* för egendom. Den andra, som återfinns i andra meningen i första stycket, innehåller *villkoren* för berövande av egendom och den tredje regeln, i andra stycket, behandlar *statens rätt att göra inskränkningar* i rätten att nyttja egendom. De tre reglerna är inte åtskilda på så sätt att de saknar samband, utan de två senare skall tolkas i ljuset av huvudprincipen som uttalats i den första regeln.[212] Till skillnad från 2 kap. 18 § RF innehåller artikeln ingenting om rätt till ersättning för ingrepp i rättigheten vilket dock kan ha betydelse vid bedömningen av om en kränkning av konventionen anses ha skett eller inte. Huvudprincipen innefattar inte enbart en förpliktelse för det allmänna att avstå från ingrepp. Regeln anses också innefatta plikten att genom aktiva åtgärder skydda den enskildes äganderätt.[213]

Begreppet egendom har givits en autonom och ganska vidsträckt innebörd. Sålunda avses härmed både *fast och lös egendom* av olika slag. Fordringar och immateriella rättigheter omfattas, liksom ekonomiska intressen som är förbundna med utövandet av näringsverksamhet eller annan ekonomisk verksamhet. Återkallandet av ett tillstånd, eller vägran att utfärda tillstånd att bedriva viss ekonomisk verksamhet, kan ses som ett ingrepp i äganderätten vars rättfärdigande sålunda måste prövas med hänsyn till de förutsättningar som anges i artikeln.[214] Skyddet täcker också ekonomiska anspråk på förmåner av olika slag såsom pension eller sociala förmåner. Artikel 1 skyddar *redan existerande* rättigheter, men inte mer eller mindre välgrundade förväntningar om att egendom skall kunna förvärvas senare.[215]

Inskränkningar i ägarens rätt att *använda sin egendom* förekommer ofta i syfte att tillgodose olika allmänna intressen, vilket är förenligt med artikel 1 andra stycket. Även här gäller att inskränkningen skall vara *proportionerlig*. Det skall sålunda göras en avvägning mellan det allmänna intresset och ägarens intresse. Uppnås inte en rimlig balans strider en inskränkning i rätten att nyttja sin egendom mot artikel 1. Europadomstolen har emellertid anlagt ett, för den enskilde, strängt synsätt och funnit även ganska tyngande begränsningar av ägarens rättigheter kunna accepteras i det allmänna intresset. Staten har alltså tillerkänts ett ganska stort

212 *James m.fl. mot Förenade kungariket*. Se Danelius 2007 s. 456 f.

213 Jfr Bogdan 1986 s. 21. Danelius 2007 s. 457.

214 Danelius 2007 s. 454. Är villkoren för ett tillstånd inte längre uppfyllda, eller om tiden för tillståndet gått ut, har tillståndshavaren dock inte något anspråk på att få behålla tillståndet när detta av sådant skäl dras in eller inte förlängs.

215 Danelius 2007 s. 456. Danelius SvJT 1996 s. 75.

© Författaren och Studentlitteratur

utrymme för att bedöma vilka inskränkningar som ter sig rimliga med hänsyn till allmänna intressen.[216]

Beträffande villkoren för frånhändande av egendom sägs, i andra meningen första stycket, att ingen må berövas sin egendom annat än i det *allmännas intresse* och under de *förutsättningar som anges i lag* och av *folkrättens allmänna grundsatser.* De nationella myndigheterna anses därvid ha en viss frihet att själva bedöma vad som ligger i det allmännas intresse.[217] Europadomstolen har funnit det naturligt att den frihet som lagstiftaren åtnjuter vid genomförandet av social och ekonomisk politik bör vara vidsträckt. Domstolen respekterar därför lagstiftarens bedömning av vad som ligger i det allmännas intresse, såvida inte denna bedömning uppenbarligen är utan rimlig grund.[218] Ägande anses sålunda inte vara överordnat lagstiftningen.[219] Konfiskation, beslag och förverkande har bedömts vara åtgärder som ligger i det allmännas intresse.[220] Det allmänna intresset måste dock alltid vägas mot det enskilda. Åtgärden måste vara *proportionerlig*, och egendomsberövandet är berättigat enbart om det på *rimliga grunder* kan anses att det enskilda intresset bör få vika i det konkreta fallet. Vid bedömandet om ingreppet kan anses proportionerligt skall bl.a. hänsyn tas till om den enskilde tillerkänns någon *ersättning* för ingreppet och i övrigt till de omständigheter under vilka ingreppet sker. Domstolen menar dock, att berövande av egendom i det allmännas intresse *utan ersättning* anses berättigat endast under *exceptionella förhållanden.* I annat fall riskerar skyddet för äganderätten att bli illusoriskt och ineffektivt.[221]

Ingreppet i äganderätten måste enligt den andra regeln i artikel 1 ske under de *förutsättningar som anges i lag.* Detta anses inte enbart innebära att det skall finnas ett stöd för egendomsberövandet i inhemsk lag,

216 Danelius 2007 s. 472.

217 Gomien m.fl. menar att "the state enjoys a wider margin of appreciation under this Article than under other Articles of the Convention that permit restrictions on rights." s. 312. Se även Danelius 2007 s. 457.

218 Jfr *James m.fl. mot Förenade kungariket*, Danelius 2007 s. 458. Det allmännas intresse kan även innefatta överföring av egendom till annan enskild person därför att det utgör ett led i en social eller ekonomisk politik som anses vara i samhällets intresse, Danelius 1993 s. 251.

219 Gomien m.fl. s. 319.

220 Se exempelvis fallet *Handyside mot Förenade kungariket* 1976 (Nr 24) och fallet *AGOSI mot Förenade kungariket* 1986 (Nr 108). Det förra fallet gällde beslag och förverkande av en bok och det senare avsåg förverkande av guldmynt. Se Danelius 2007 s. 477 och även Bogdan 1986 s. 29.

221 Danelius 1993 s. 250 f. och Danelius 2007 s. 460 som hänvisar till fallet *James m.fl. mot Förenade kungariket* 1986 (Nr 98). Se även Bogdan 1986 s. 22 ff.

© Författaren och Studentlitteratur

det ställs också vissa krav på själva lagen. Den skall vara *tillgänglig och tillräckligt precis* för att göra ingreppet i äganderätten förutsebar och den skall ha ett sådant innehåll att den tillfredsställer *rimliga rättssäkerhetskrav.*[222]

LPT innehåller i 21 § ett absolut förbud mot innehav av viss, i bestämmelsen uppräknad, egendom. Det handlar om såväl legala som illegala missbruksmedel, narkotikaverktyg och annat som kan skada eller vara till men för vården eller ordningen. Enligt 24 § LPT får missbruksmedel och narkotikaverktyg förstöras eller säljas. Bestämmelsen infördes efter modell från LVM och LVU.[223] Någon närmare motivering till varför exempelvis alkohol, som ju legalt kan införskaffas och ägas, inte skall få innehas på en vårdinrättning anges inte i motiven. Där hänvisas endast till vad som gäller enligt nyss nämna sociala tvångslagar och till vad som då gällde enligt LSPV och att egendomen av *från behandlingssynpunkt* inte borde få innehas.[224]

Det torde dock vara tämligen självklart och naturligt att en patient som lider av en allvarlig psykisk störning i sådan grad att han eller hon tvingas vara intagen på en vårdinrättning inte skall få inneha missbruksmedel eller annat särskilt ägnat för narkotikamissbruk på inrättningen. Det kan emellertid, liksom vad gäller LVM och LVU, ifrågasättas varför inte rätten till sådant som är legalt att inneha och som förstörs i samband med en vårdsituation skall åtnjuta respekt i enlighet med principdeklarationen i RF så att den enskilde i vart fall ersätts för den ekonomiska förlusten.

Så som anförts beträffande LVM[225] måste beaktas, att bestämmelsen i LVM som stått som förebild för LPT emanerar från den tid då fylleriet var kriminaliserat, vilket skulle kunna motivera att alkoholhaltiga drycker då kunde förverkas utan ersättning. I dag konfiskeras dock sådan egendom av annan anledning än brott. Genom införandet av möjligheten att överklaga ett beslut enligt 36 § LVM med hänvisning till Europakonventionens artikel 6 vilket behandlas i det följande, har lagstiftaren gett äganderätten, även till den här typen av egendom, ett erkännande. Om rättsordningen skall ge ett betryggande skydd för egendom och då det inte är fråga om förverkande av egendom på grund av brott, borde den enskilde i vart fall kunna tillerkännas ersättning för förstörd egendom som legalt går att införskaffa. RF lägger i vart fall inget hinder för att tillerkänna någon ersättning även i fall som detta. Europadomstolen har anlagt ett för den enskilde mycket strängt synsätt när det gäller ingrepp i äganderätten och

222 Danelius 1993 s. 252 och 2007 s. 469.
223 Prop. 1990/91:58 s. 146 f.
224 Prop. 1990/91:58 s. 149.
225 Gustafsson 2001 s. 529 ff.

© Författaren och Studentlitteratur

funnit även mycket tyngande begränsningar acceptabla i det allmännas intresse.[226] Det är sålunda tveksamt om Europadomstolen skulle anse förstörande av egendom enligt LPT, LVM eller LVU som oproportionerligt, men frågan har såvitt framkommit hittills inte prövats.[227]

3.4.8 CIVILA RÄTTIGHETER OCH SKYLDIGHETER

3.4.8.1 Inledning

Som framgått ovan rörande egendomsrätten har rätten att överklaga ett beslut om förstörande av egendom som görs med stöd av LPT införts, ursprungligen på lagrådets inrådan rörande LVM, med hänvisning till artikel 6 i EKMR eftersom det kan bli fråga om en tvångsvis övergång av äganderätten.[228] Artikeln är tillämplig såvitt gäller prövningen av vars och ens *civila rättigheter och skyldigheter.* Vid en första anblick kan kanske kopplingen mellan sådana rättigheter/skyldigheter och psykiatrisk tvångsvård te sig långsökt. LPT och LRV innehåller emellertid vissa bestämmelser vars tillämpning skulle kunna sägas inkräkta på den enskildes civila rättigheter, det gäller äganderätten och det gäller möjligheten att ta emot besökare på en vårdinrättning, varför det är av relevans att beskriva innebörden av skyddet i artikeln.[229]

3.4.8.2 Allmänt

En fundamental garanti för rättssäkerheten är att det finns tillgång till en oavhängig och opartisk domstol i det rättsliga systemet. Domstolsprövningen i sig måste också vara så utformad att den inrymmer tillfredsställande rättssäkerhetsgarantier. Artikel 6 avser att säkerställa rättvisa genom vissa generella procedurregler som omfattar både civilmål och brottmål.

Enligt artikel 6:1 skall sålunda var och en, vid prövningen av hans *civila rättigheter och skyldigheter* eller av en anklagelse mot honom för brott, vara berättigad till *en rättvis och offentlig förhandling inom skälig tid och inför en oavhängig och opartisk domstol, som upprättats enligt lag.* Domen skall avkunnas offentligt. Pressen eller allmänheten får dock utestängas från domstolsförhandlingen, eller en del därav, av hänsyn till i artikeln uppräknade intressen.

Artikel 6 är *enbart en processuell bestämmelse* och syftar inte till att skapa nya materiella rättigheter. I fallet *Andersson mot Sverige*[230] hade

226 Danelius 1993 s. 250 ff.

227 Gustafsson 2001 s. 535 f.

228 Prop. 1987/88:147 s. 224.

229 För en utförligare redogörelse, se Danelius 2007 s. 134 ff.

230 Reports of Judgments and Decisions 1997 s. 1407, här hämtat från Danelius 2007 s. 139.

© Författaren och Studentlitteratur

en psykiater, i enlighet med svensk lag, informerat en socialnämnd om Anderssons psykiska problem, eftersom det ansetts av betydelse för hennes minderårige sons utveckling. Andersson klagade över att hon inte – innan psykiaterns yttrande överlämnades – hade kunnat angripa åtgärden vid domstol. Europadomstolen fann, att det enligt svensk lag funnits en skyldighet för psykiatern att agera som han gjort och att Andersson inte på rimliga grunder kunnat hävda att hon hade en rätt enligt svensk lag att förhindra att yttrandet överlämnades. Artikel 6:1 ansågs sålunda inte tillämplig i detta fall.

3.4.8.3 Begreppet civila rättigheter och skyldigheter

Garantierna i artikel 6:1 omfattar inte alla rättsliga förfaranden utan de är begränsade till prövningen av envars civila rättigheter och skyldigheter eller anklagelser för brott. Begreppet civila rättigheter och skyldigheter för närmast tanken till att bestämmelsen enbart skulle vara tillämplig i renodlat civilrättsliga frågor. Genom åren har emellertid en rikhaltig rättspraxis visat på en annan tolkning. Sålunda har Europadomstolen gett begreppet en vidsträckt tolkning och artikeln har ansetts applicerbar på en rad olika situationer. Europadomstolen har dock inte försett begreppet "civila rättigheter" med någon generell definition. Däremot har fastslagits, att avgörande för artikelns tillämplighet är *inte* om en rättighet regleras i privat- eller offentligrättslig lagstiftning, utan begreppet måste ges en autonom tolkning.[231] Det har heller inte ansetts nödvändigt att begränsa tillämpligheten endast till tvister mellan enskilda. Formuleringen i artikeln anses vara betydligt mera vidsträckt och skall därför omfatta *varje förfarande vari utgången är avgörande för rättigheter och skyldigheter av privat natur.* Det anses därför vara av ringa betydelse vilket slags lag som reglerar avgörandet av frågan och vilken slags myndighet som är behörig att pröva densamma.[232] Det är rättighetens respektive skyldighetens *materiella innehåll i nationell rätt* snarare än dess klassificering som är viktig.[233]

Ett klart fall av tvister om civila rättigheter är de som gäller *rätt till egendom.* Sålunda har Europadomstolen funnit bestämmelsen tillämplig på förfaranden som haft betydelse för enskilda personers *äganderätt,* antingen det varit fråga om rätten att *förvärva* egendom eller att *behålla eller använda* den.[234]

231 Danelius 2007 s. 143.

232 Jfr fallet *Ringeisen* mot Österrike 1971 (Nr 13). Gomien m.fl. s. 177.

233 Danelius 1993 s. 142 f.

234 Det har t.ex. varit frågor om tillstånd till förvärv av fast egendom, expropriationstillstånd och byggnadstillstånd. Se Danelius 1993 s. 143. Som civila rättigheter har också bedömts frågor avseende rätten att *bedriva viss ekonomisk verksamhet* eller

© Författaren och Studentlitteratur

En annan grupp av rättigheter som betraktas som civila är de fall klagandena ansett sig ha *anspråk på skadestånd.* Bestämmelsen har befunnits tillämplig också om skadeståndsanspråket grundas på myndighetsansvar.[235] I fallet *Baraona mot Portugal* 1987 (Nr 122) var det exempelvis fråga om ett *skadeståndskrav gentemot staten på grund av ett frihetsberövande*, och i fallet *Neves e Silva mot Portugal* 1989 (Nr 153-A) om skadeståndskrav, också det gentemot staten, *på grund av tjänstemans handlande.* Skadeståndskrav har också riktats mot det allmänna på grund av *felaktig läkarbehandling* och, i fallet *Editions Périscope mot Frankrike* 1992 (Nr 234-A), gentemot staten på grund av ett *felaktigt myndighetsbeslut.*[236]

Europadomstolen har fastslagit att artikel 6:1 är tillämplig under förutsättning att det föreligger en *reell och seriös tvist* mellan en enskild person (fysisk eller juridisk) och någon annan person *eller* en myndighet, att tvisten gäller en rättighet som har sin *grund i den nationella rätten*, och att denna rättighet kan karakteriseras som en *civil* sådan.[237] Tvisten måste alltså gälla ett anspråk på något som är eller påstås vara en rättighet enligt inhemsk rätt. Anspråket behöver dock inte vara välgrundat, utan det är tillräckligt att någon på *rimliga grunder*[238] kan hävda att han eller hon har en sådan rättighet. Är det däremot fråga om ett uppenbart ogrundat rättsligt anspråk anses en verklig tvist om en rättighet inte föreligga.[239] Prövningen av någons civila rättigheter och skyldigheter skall omfatta både *rättsfrågor och sakfrågor* och tvisten kan gälla såväl *existensen* av en rättighet som rättighetens *omfång* och *sättet att utöva* den.

---

att *erhålla ett myndighetstillstånd* av betydelse för möjligheterna att bedriva sådan verksamhet. Som exempel av det senare slaget kan andragas målet *König mot Tyskland,* som gällde ett förfarande avseende återkallelse av tillstånd att utöva läkaryrket och att driva en medicinsk klinik, och *Kraska mot Schweiz,* vilket avsåg rätten att praktisera som läkare.

235 Danelius 2007 s. 145.

236 Danelius 1993 s. 143 f. och SOU 1993:40 Del B s. 46. Danelius 2007 s. 145. I fallet *Helmers mot Sverige* 1991 (Nr 212 A) fann Europadomstolen att också rätten att åtnjuta ett gott rykte var att anse som en civil rättighet (Danelius SvJT 1994 s. 348.). *Rätten till umgänge med barn* har ansetts vara att hänföra till civila rättigheter. I flera fall mot Storbritannien har det varit fråga om föräldrars rätt till umgänge med barn *som omhändertagits för samhällsvård* (Danelius 1993 s. 141. Se även Danelius SvJT 1995 s. 535 f med hänvisning till fallet *McMichael mot Storbritannien*). Artikeln anses också generellt tillämplig på *sociala förmåner* under förutsättning att det enligt den nationella lagen finns en rätt till sådana förmåner, och att det inte är fråga om endast ett rent skönsmässigt beviljande av ekonomiska bidrag (Danelius 2007 s. 147).

237 Danelius 1993 s. 140, SvJT 1991 s. 279, Danelius 2007 s. 138.

238 Se avsnitt 2.3.4.2.

239 Danelius 1993 s. 140. Se även Danelius SvJT 1995 s. 774.

© Författaren och Studentlitteratur

Europaorganen har genom en omfattande praxis visat att begreppet "civila rättigheter och skyldigheter" kan sträcka sig över ett antal olika situationer. Vid tillämpningen av artikeln tar Europadomstolen, som ett första led, ställning till om artikel 6:1 är tillämplig på förfarandet, dvs. om detta avser bestämmandet av civila rättigheter och skyldigheter. Anses så vara fallet har domstolen att gå vidare och pröva huruvida de i artikeln garanterade processuella reglerna iakttagits.[240]

3.4.8.4 Tillträde till domstol

En grundläggande förutsättning för att garantierna i artikel 6:1 skall kunna effektueras är att man har rätt att få tillträde till domstol. I fallet *Golder mot Förenade kungariket* uttalade Europadomstolen, att rätt till tillträde till domstol utgör ett element som ingår i den av artikel 6:1 garanterade rättigheten. Är sålunda domstols behörighet utesluten enligt nationell rätt, i en fråga som omfattas av artikeln i fråga, föreligger ett brott mot konventionen.[241]

I en rad mål rörande Sverige har kränkningen bestått i att rättigheterna *inte kunnat prövas av domstol* utan endast av förvaltningsmyndighet. Det finns också fall där det visserligen funnits rätt till domstolsprövning, men där denna ansetts *alltför begränsad* för att uppfylla kraven i artikeln.[242] Rätten till tillträde till en domstol är emellertid *inte absolut.* Begränsningar kan förekomma, men dessa får inte reducera tillträdet till domstol i sådan utsträckning att det centrala i rättigheten urholkas.[243] Begränsningarna måste också tjäna ett *legitimt ändamål* och stå i *rimlig proportion* till detta. I fallet *Winterwerp mot Nederländerna* 1979 (Nr 33), hade klaganden till följd av intagning på mentalsjukhus förlorat rätten att förfoga över egendom och ansågs därför ha rätt till domstolsprövning. Europadomstolen framhöll, att sinnessjukdom kunde vara ett legitimt skäl att begränsa rätten att föra talan vid domstol men att den, genom artikel 6:1, *inte totalt får omintetgöras.*[244]

Tillträde till domstol kan försvåras eller hindras av rent faktiska omständigheter, såsom en domstols passivitet eller underlåtenhet att besvara

240 Se t. ex. Danelius SvJT 1995 s. 773 f, SvJT 1996 s. 71 f, 74, 76 f.

241 I fallet *Eriksson mot Sverige och Olsson (nr 2) mot Sverige* konstaterade Europadomstolen att det enligt då gällande svensk lag inte fanns någon rätt för föräldrar att få domstol att pröva inskränkningar i rätten till umgänge med ett tvångsomhändertaget barn under den tid då ett flyttningsförbud gällde. Detta ansågs som en kränkning av artikel 6:1.

242 Danelius 1993 s. 150.

243 Gomien m. fl. s. 161. Danelius 2007 s. 159.

244 Danelius 2007 s. 162.

© Författaren och Studentlitteratur

och behandla en framställning. Ett annat hinder kan vara *avsaknad av rättshjälp*. Rättshjälp garanteras inte i och för sig genom konventionen, men en vägran att bevilja rättshjälp kan i vissa fall göra en domstolsprövning omöjlig. I fallet *Airey mot Irland* 1979 (Nr 32) önskade en kvinna laglig separation från sin make. Hon hade dock inte råd att själv bekosta en rättegång och hon hade inte heller möjlighet att få rättshjälp. Europadomstolen fann, att *vägran att ge henne rättshjälp innebar att hon förvägrats tillträde till domstol* i strid med artikel 6:1. Även i fallet Golder mot Storbritannien 1975 (Nr 18), där en fånge *förvägrats möjligheten att konsultera advokat,* vilket fått till följd att han berövats sin rätt till domstolsprövning, ansågs brott mot artikel 6 föreligga.[245]

Tillträde till domstol kan också försvåras genom *formella regler* om tidsfrister för väckande av talan, överklagande, delgivning m.m. Därvid anses kunna krävas att *tidsfristerna är rimliga och tydligt angivna.*[246] Tidsfristerna måste vara sådana att de är möjliga att iaktta.[247] I fallet *de Geouffre de la Pradelle* mot Frankrike 1992 (Nr 253-B) underrättades klaganden inte om beslutet förrän efter ett par månader vilket innebar att *överklagandefristen löpt ut.* Europadomstolen fann reglerna om hur överklagandefristen skulle beräknas vara otydliga. Han hade därför *inte beretts praktisk och effektiv möjlighet* att få tillträde till domstol, och artikel 6:1 hade inte respekterats.[248] Artikel 6:1 anses också innefatta ett krav på att det är tydligt *vilken domstol* som är behörig att pröva ett mål.[249] I händelse av att den enskilde *själv dröjer* med att avsända sin inlaga till domstolen, trots full vetskap om vilka regler som gäller, anses något brott mot konventionen inte föreligga då talan avvisas och den enskilde därmed förvägras tillträde till domstol.[250]

En annan fråga rör *domstolsprövningens räckvidd.* För att det i fråga om civila rättigheter och skyldigheter skall finnas en rätt till domstolsprövning som motsvarar kraven i artikel 6:1 måste i princip förutsättas, inte bara att det finns möjlighet att få till stånd en sådan prövning, utan också att domstolens behörighet är tillräckligt omfattande för att medge en fullständig bedömning.[251] Ytterligare en fråga hänger samman med *instansordningens princip.* I fallet *Oberschlick mot Österrike* hade en högre

245 Danelius 2007 s. 166 f.

246 Danelius 1993 s. 151 f. Danelius 2007 s. 170.

247 Danelius 2007 s. 170.

248 Danelius SvJT 1994 s. 349. Danelius 2007 s. 170.

249 Danelius 2007 s. 170.

250 Danelius 2007 s. 171 och 173 och som exempel fallet *Hennings mot Tyskland,* som själv försummat att tillse att han fick del av sin post.

251 Danelius 2007 s. 174.

© Författaren och Studentlitteratur

domstol återförvisat ett mål till en lägre domstol. Den senare hade i sin fortsatta prövning ansett sig bunden av vad den högre domstolen uttalat i samband med återförvisningen. Europadomstolen fann en sådan bundenhet *inte* strida mot artikel 6:1. Det kunde ju anses som en naturlig konsekvens av instansordningen att den lägre domstolen skall rätta sig efter de uttalanden som gjorts av den högre domstolen.[252]

För att rätten till domstolsprövning skall bli effektiv och meningsfull måste det också krävas att domstolen prövar en talan medan dess avgörande fortfarande har praktisk betydelse för parten. I annat fall kan rätten till domstolsprövning bli enbart illusorisk.[253] Kravet på effektivitet innebär också att det inte är tillräckligt att det finns möjlighet att utverka en dom av en domstol, utan domen måste också respekteras och lända till efterrättelse. Det ingår sålunda i artikel 6:1 också ett anspråk på att få domstolens avgörande verkställt.[254] Europadomstolen har särskilt framhållit att en stat inte får åberopa brist på offentliga medel eller anslag i budgeten som skäl för att inte fullgöra sina ekonomiska förpliktelser enligt lagakraftvunna domar.[255]

3.4.8.5 Rättvis och offentlig förhandling

Enligt artikel 6:1 har var och en rätt till en rättvis och offentlig förhandling (*fair and public hearing*). En grundläggande princip som innefattas i begreppet "fair hearing" är rätten för part att *bli hörd* av domstolen; den enskilde skall få tillfälle att argumentera för sin sak. Ett förfarande i vilket beslut fattas om civila rättigheter utan hörande av parterna anses inte förenligt med artikeln i fråga.[256] En annan allmän princip som vuxit fram genom Europaorganens praxis är att frågan om huruvida en kränkning av artikel 6:1 har skett skall bedömas mot bakgrund av *rättegången i dess helhet*. Det är först när rättegången har avslutats som det kan avgöras om en part lidit någon skada av ett eventuellt brott mot principen om en rättvis rättegång.[257]

3.4.8.6 Rättegång inom skälig tid

Den opartiska och offentliga rättegången skall hållas inom "skälig tid". Begreppet i artikel 6:1 anses *inte* innebära detsamma som i konventionens artikel 5:3. I det senare fallet är det fråga om en person som redan be-

252 Danelius 2007 s. 177.
253 Se Danelius 2007 s. 179 och där anförda fall.
254 Danelius 2007 s. 179.
255 Danelius 2007 s. 180.
256 Jfr fallet *Georgiadis mot Grekland* rörande skadestånd.
257 Danelius 2007 s. 218.

© Författaren och Studentlitteratur

rövats sin frihet, varför särskild varsamhet måste iakttas.[258] Syftet med *den* bestämmelsen är att begränsa tiden för frihetsberövandet, varför den tid som kan tolereras måste vara kortare än vad gäller tidsfristen i artikel 6.

Artikel 6:1 är däremot tillämplig på *alla parter* i en rättegång, och dess syfte är att skydda dem mot en alltför långsam handläggning. Särskilt i brottmål syftar bestämmelsen också till att undvika att en anklagad alltför länge behöver sväva i ovisshet om sin framtid.[259] Kontentan av detta är att en handläggningstid som inte anses kränka artikel 6:1 mycket väl kan strida mot artikel 5:3, därför att strängare krav på skyndsamhet bör gälla vid frihetsberövanden.

Vid bedömningen av innebörden av begreppet "skälig tid" har Europadomstolen uppställt ett antal vägledande kriterier. Faktorer som därvid, i civila tvister, tillerkänns relevans är målets komplexitet, hur parterna agerat under förfarandet och hur domstolar och myndigheter handlagt målet eller ärendet. Mycket komplicerade mål eller om parterna genom framställningar om uppskov eller genom försumlig processföring bidragit till att förfarandet dragit ut på tiden talar för att en viss förlängning av tiden är acceptabel.[260] Kan det å andra sidan påvisas att domstolen bidragit till att förlänga förfarandet genom att inte sätta ut målet till förhandling inom skälig tid eller genom att dröja med att vidta erforderliga förberedande åtgärder talar detta emot att målet avgjorts inom skälig tid. Även dröjsmål med att meddela dom efter domstolens beslut har vägts in i bedömningen.[261]

Såväl de enskilda parterna som domstolar och myndigheter har ett ansvar för att *aktivt verka* för att målet drivs framåt. Även om parterna enligt inhemskt rättssystem skulle ha ett visst eget ansvar för att målet förs fram till avgörande, anses dock inte domstolarna helt befriade från ansvaret för att målen handläggs med rimlig skyndsamhet,[262] även i dispositiva tvistemål. Har ett förfarande försenats på grund av att domstolen förordnat *sakkunnig* har Europadomstolen framhållit, att en sådan sakkunnig står under tillsyn av den domstol som förordnat honom, varför det åligger denna att vidta lämpliga åtgärder så att utredningen inte i onödan försenar målets handläggning.[263]

Hänsyn måste också tas till målets *karaktär* och den *betydelse* frågan

258 Se fallet *Stögmüller mot Österrike*.

259 Danelius 1993 s. 168 f. Danelius 2007 s. 262.

260 Danelius SvJT 1996 s. 75 f., 580 och Danelius 2007 s. 262 ff.

261 Danelius SvJT 1996 s. 583.

262 Danelius 1993 s. 170 f.

263 Danelius SvJT 1994 s. 360.

© Författaren och Studentlitteratur

har för den enskilde.[264] I vissa mål, t.ex. i frågor om vårdnad om eller umgänge med barn, kan en utdragen process i värsta fall leda till orimliga konsekvenser där det blir omöjligt att ändra på rådande förhållanden. I fallet *X mot Frankrike* 1992 (Nr 234 C) hade klaganden efter en blodtransfusion drabbats av AIDS och drev därför en skadeståndsprocess. Europadomstolen ansåg att i detta speciella fall även relativt måttliga fördröjningar av förfarandet medförde att målet inte avgjorts inom skälig tid. Sådana fall måste, med hänsyn till den smittade partens hälsotillstånd, handläggas mycket skyndsamt. Brott mot artikel 6:1 har ansetts föreligga även vid måttliga förseningar.[265]

Att en tilltalad använt sig av de rättsmedel som står till hans förfogande och därigenom förlängt processen är dock ingenting som kan läggas honom eller domstolen till last. Vederbörande regering har till sitt försvar ibland anfört att domstolarna, eller en viss domstol, haft en alltför omfattande arbetsbörda. Europadomstolen har emellertid framhållit, att staterna är ansvariga för hur de organiserar sitt rättsväsen och att det därvid ankommer på dem att tillse att domstolarna har kapacitet att uppfylla förpliktelserna enligt Europakonventionen. Rent tillfälliga eftersläpningar behöver emellertid inte leda till konventionsbrott, om staten vidtar erforderliga åtgärder för att hjälpa upp situationen.[266] Om kravet på prövning inom skälig tid inte respekteras brukar Europadomstolen ålägga staten att utge relativt betydande skadestånd till den enskilde.[267]

3.4.8.7 Oavhängig och opartisk domstol upprättad enligt lag

För att domstolsprövningen skall erbjuda de rättssäkerhetsgarantier som konventionen kräver skall tvister om civila rättigheter och skyldigheter prövas av en "oavhängig och opartisk domstol, som upprättats enligt lag". Om detta krav inte skulle vara uppfyllt i en domstol, kan felet eventuellt rättas till genom omprövning i en oavhängig och opartisk högre domstol, dock under förutsättning att en sådan omprövning är tillräckligt omfattande.[268]

Enligt Europadomstolen skall begreppet "domstol" inte tolkas så att det därmed avses enbart en domstol av traditionellt slag som ingår i ett lands domstolsorganisation. Som domstol har godtagits även *nämnder*

264 Danelius SvJT 1995 s. 533 f., 1996 s. 369 och 1996 s. 583.

265 Danelius 1993 s. 171 och 2007 s. 266.

266 Danelius 1993 s. 172 och 2007 s. 267.

267 Danelius 2007 s. 268 som även hänvisar till NJA 2005 s. 462 där HD ansett även svensk domstol kunna utdöma skadestånd för långsam handläggning på grundval av konventionen.

268 Danelius 2007 s. 181.

© Författaren och Studentlitteratur

och kommissioner av olika slag, såsom en medicinsk besvärsnämnd[269] bestående av läkare och jurister, och även en motsvarande nämnd för disciplinärenden mot advokater.[270]

Med "oavhängig" menas att domstolen skall vara oberoende både i förhållande till regering och myndigheter och i förhållande till parterna i målet. I begreppet "opartisk" har Europadomstolen utmönstrat två element, en subjektiv och en objektiv opartiskhet. Med den förra avses kravet på att varje domare *faktiskt skall döma opartiskt* mellan parterna. I den objektiva opartiskheten ligger ett krav på att det för en *objektiv iakttagare* inte får föreligga några legitima tvivel om domstolens opartiskhet.[271] Kravet på att domstolen skall ha upprättats enligt lag syftar till att förhindra tillskapandet av extraordinära domstolar för särskilda eller akuta krislägen.[272]

3.4.8.8 Offentligt avkunnande av dom

Som framgått ovan skall rättegången vara offentlig om inte särskilda, i konventionstexten, uppräknade fall föreligger. Även om rättegången hålls inom helt eller delvis stängda dörrar förutsätts emellertid att domen skall avkunnas offentligt. Detta behöver dock inte tolkas bokstavligen, men vidtas inga mått och steg för att offentliggöra domen kan en kränkning av artikel 6:1 föreligga.[273]

Av konventionsbestämmelserna framgår det inte om kravet på offentligt avkunnade domar innebär att domarna måste offentliggöras i sin helhet. Det väsentliga torde dock vara att själva domslutet blir offentligt, medan det kan finnas skäl att i begränsad omfattning sekretessbelägga vissa domskäl.[274] Att domen skall avkunnas offentligt innebär i princip

269 Se *Le Compte, Van Leuven och De Meyere mot Belgien*. I fallet *Mihailov mot Bulgarien* godtogs dock inte vissa medicinska nämnder som domstolar eftersom deras ledamöter inte var fristående från staten och förfarandet inte var tydligt reglerat. Bl.a. hölls inga offentliga förhandlingar. Danelius 2007 s. 181. I fallet *Gubler mot Frankrike* gjordes gällande att en disciplinnämnd, som avgjort överklagandet av ett beslut i ett disciplinärende mot en läkare, inte varit opartisk eftersom nämnden var knuten till den läkarorganisation som hade initierat det disciplinära förfarandet. De ledamöter som deltog i behandlingen av disciplinärendet hade emellertid inte medverkat i beslutet att inleda förfarandet, varför det inte ansågs finnas tillräckliga skäl att ifrågasätta deras opartiskhet. Se Danelius 2007 s. 191.

270 Danelius 1993 s. 153 och 2007 s. 181. Brottskadenämnden har i fallet *Gustafsson mot Sverige* (dom 1.7.1997) ansetts uppfylla kraven i artikeln, Danelius SvJT 1997 s. 758.

271 Danelius 1993 s. 153 och 2007 s. 181 f.

272 Danelius 1993 s. 153 ff och 2007 s. 200.

273 Gomien m.fl. s. 164. Danelius 2007 s. 216.

274 Danelius 1993 s. 161 och 2007 s. 216 f.

© Författaren och Studentlitteratur

att domen skall läsas upp inför parterna och allmänheten. Huvudsaken är dock, enligt Europadomstolen, att domen blir offentlig. Det anses inte alltid nödvändigt att den avkunnas muntligt av domstolen. Artikel 6:1 innefattar dock inte ett krav på att handlingar i de mål som handlagts vid domstol skall vara offentliga.[275]

3.4.8.9 LPT och artikel 6

Enligt 21 § LPT får en patient inte inneha vissa, i stadgandet uppräknade, droger och föremål. Påträffas sådan egendom får den omhändertas och, i vissa fall, förstöras eller försäljas enligt 24 §. Här är det alltså fråga om en bestämmelse som inkräktar på den enskildes äganderätt som är att betrakta som en civil rättighet. Vad gäller övriga rättssäkerhetsgarantier i artikel 6, rättvis rättegång, muntlighet, offentlighet, skälig tid m.m., synes den processuella regleringen i LPT tillsammans med FPL vara sådan att konventionens krav är uppfyllda.

Även i andra fall kan emellertid artikel 6 bli aktuell. Europakommissionen har i en rapport den 14 april 1994 uttalat att Sverige i ett visst fall kränkt artikel 6 och artikel 8 i Europakonventionen, något som därefter fastställts av Europarådets ministerkommitté. Målet rörde särskilda *besöksrestriktioner* som meddelats en besökare på ett vårdhem för utvecklingsstörda. Restriktionerna riktades mot en mor, som även var god man för sonen, när hon besökte sin myndige och svårt utvecklingsstörde son på ett vårdhem där han var tvångsintagen. Sonen vistades på vårdhemmet med stöd av 35 § lagen (1967:940) angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda.[276] Besöksrestriktionerna *saknade lagstöd,* och det fanns heller *ingen möjlighet att överklaga* beslutet.

Kommissionen konstaterade att modern som god man haft legal status och skyldighet enligt föräldrabalken att bevaka sin sons intressen. I egenskap av god man för sin vuxne son, hade modern haft en *civil rättighet att besöka sonen* i vårdhemmet, något som kommissionen ansåg som en självständig rätt för den gode mannen, inte enbart som en rätt att för den intagnes räkning föra talan. Därför, menade man, måste hon kunna få besöksrestriktionerna som meddelats henne prövade av domstol. Eftersom sådan möjlighet saknades ansågs Sverige ha kränkt artikel 6.[277] Huruvida domstolen skulle ha gjort samma bedömning om modern inte dessutom varit god man är ovisst. Det kan dock inte hållas för otroligt med hänsyn till att domstolen i sin tidigare praxis ansett att rätten till umgänge med barn är att hänföra till civila rättigheter.

275 Danelius 2007 s. 217.

276 Ifrågavarande lag upphörde att gälla 1986.

277 Prop. 1995/96:196 s. 8 ff.

© Författaren och Studentlitteratur

Kommissionens rapport har föranlett införandet av lag (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård, som gäller beträffande besök på vårdinstitutioner och sjukvårdsinrättningar till dem som är tvångsintagna för vård bl.a. enligt LPT. Ett beslut om besöksrestriktioner kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol.[278]

3.5 Avslutning

Syftet med detta kapitel har varit att synliggöra rättighetsskyddet och framhålla dess samband med LPT och tillämpningen av lagen. Vissa rättigheter i RF är absoluta och kan inte inskränkas ens genom lag. Andra är relativa och får inskränkas, dock endast med stöd av lag och under förutsättningar som särskilt anges i RF. Också rättighetsskyddet i EKMR kan inskränkas, men även då utifrån ett explicit lagstöd. Myndigheterna kan alltså inte på egen hand besluta om inskränkningar i grundlags- och konventionsskyddade fri- och rättigheter.

Framställningen ovan har särskilt givit vid handen, att Europadomstolen betonat att det i fråga om tvångsintagna patienter på psykiatrisk klinik, finns anledning till särskild vaksamhet när det gäller att se till att konventionsrättigheterna respekteras. En person som är intagen med stöd av en tvångslag befinner sig i myndigheternas förvar och myndigheterna är därmed också ansvariga för dennes välbefinnande. Europaorganen har också framhållit att man måste fästa stor vikt vid och beakta den enskildes sårbara situation när han eller hon befinner sig i myndigheternas förvar, och att varje användning av våld mot en person som berövats sin frihet i princip utgör ett brott mot artikel 3 i konventionen, såvida det inte varit absolut nödvändigt mot bakgrund av den enskildes eget beteende.

Europadomstolens avgöranden har vidare givit en antydan om vad som kan anses innefattas i begreppet rättssäkerhet. Vad som därvid särskilt trätt i förgrunden är förbudet mot godtycke, förutsebarhet, restriktivitet vid tolkning och tillämpning då det avser ingrepp i den enskildes personliga integritet och frihet, något som är föremål för behandling i följande kapitel.

278 Se avsnitt 16:15

© Författaren och Studentlitteratur

Rättssäkerhetsbegreppet

KAPITEL 4

Ett övergripande syfte med föreliggande arbete är att söka fastställa vilka rättssäkerhetsgarantier LPT innehåller och huruvida rättssäkerhetskravet faktiskt tillgodosetts genom lagstiftningens utformning och dess tillämpning. Detta mot bakgrund av den grundläggande inriktningen bakom LPT, att minska användningen av tvång i den psykiatriska vården till förmån för vård i frivilliga och öppna former och att stärka den enskildes rättssäkerhet.

Rättssäkerhetsbegreppet är emellertid mångfacetterat, och dess innebörd kan variera från situation till situation och från användare till användare.[1] Fundamentalt i rättssäkerhetsbegreppet är emellertid såväl grundlagens som Europakonventionens uttalade krav på *legalitet* i den offentliga maktutövningen. Genom ett upprätthållande av ett strikt krav på legalitet blir maktutövningen *förutsebar* för den enskilde och icke godtycklig. Förutsebarheten främjas också av att domstolar och förvaltningsmyndigheter iakttar skyldigheten att beakta allas likhet inför lagen, samt iakttar saklighet och opartiskhet i sin verksamhet.[2] Det sagda ställer emellertid också krav på lagens utformning. Lämnas stort utrymme för skönsmässiga bedömningar av dem som är satta att tillämpa lagen är risken att förutsebarheten träds för när och beslutsfattandet blir godtyckligt.

Ett väsentligt element i rättssäkerhetsbegreppet är också att det finns någon form av *kontrollmekanism* av maktapparaten, till vilken även hälso- och sjukvården hör, i synnerhet då det är fråga om tvångsvård. Domstols-

1 Se om rättsstaten och rättssäkerheten t.ex. Peczenik, Vad är rätt? s. 50 ff., Nelson, Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet, s. 20, Christensen, Rättssäkerheten i socialförsäkringen, Rättsfonden 1982, Christensen Rättsdogmatik, rättssociologi och moralfilosofi, Retfaerd 1980 s. 20, Molven i Andenaes & Olsen (red.) Sosialrett 1996 s. 100, Mattsson Barnet som subjekt och aktör 2004, Staaf, Rättssäkerhet och tvångsvård 2005, Kjønstad & Syse, Velferdsrett 2008 s. 109 ff., Ehrenkrona Carl Henrik, SvJT 2007 s. 38 ff. samt Vahlne Westerhäll, Legitimitetsfrågor inom den offentliga försäkringen, 2007 s. 192.

2 Se om legalitets-, objektivitets- och likhetsprinciperna, avsnitt 6.3–6.4.

© Författaren och Studentlitteratur

kontroll, Riksdagens ombudsmän och tillsynsmyndigheter är exempel på oberoende organ som kan medverka till att rättssäkerhetskravet tillgodoses och upprätthålls.

Innebörden av rättighetskatalogen i RF och innehållet i Europadomstolens avgöranden ger en uppfattning om vad som kan anses innefattas i begreppet rättssäkerhet. Vad som därvid särskilt trätt i förgrunden är *förbudet mot godtycke, förutsebarhet, restriktivitet* vid tolkning och tillämpning då det avser ingrepp i den enskildes personliga integritet och frihet, liksom att man skall vara *särskilt vaksam då frågor gäller frihetsberövande.*

Bakom rättsstats- och rättssäkerhetsbegreppet ligger tanken att etablera konsekvens och förutsägbarhet i den offentliga förvaltningen. Rättssäkerheten är en del av rättsstatens goda. Kärnan i *rättssäkerhetsbegreppet* är att det gäller förhållandet mellan den enskilde och det allmänna och det skall vara präglat av förutsägbarhet och kontrollerbarhet, vilket också får utgöra själva kvintessensen av rättssäkerhetsbegreppet i förevarande framställning.

© Författaren och Studentlitteratur

LPT och dess relation till närliggande lagstiftning

5.1 Hälso- och sjukvårdslagen

En viktig utgångspunkt för LPT var, när lagen infördes 1991, att den skall utgöra ett *komplement* till den grundläggande regleringen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) – HSL. Hälso- och sjukvården skall enligt denna lag vara ett fritt, öppet och demokratiskt system med trygghet och rättssäkerhet. Huvudprincipen är att den enskilde *själv avgör* om han eller hon vill anlita hälso- och sjukvården eller inte.[1]

Enligt 1 § första stycket LPT gäller föreskrifterna i HSL *all* psykiatrisk vård. Det är en *erinran* om att föreskrifterna i HSL gäller *både* vid frivillig psykiatrisk vård och vid tvångsvård och syftar till att ge HSL:s principer ökat genomslag på området för psykiatrisk tvångsvård.[2] Genom bestämmelsen markeras i lagtext att även tvångsvården omfattas av bestämmelserna i HSL om de grundläggande kraven på hälso- och sjukvården. Det innebär bl.a. att vården skall vara av god kvalitet, vara lätt tillgänglig, och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården (2 a § HSL). Patienten skall också ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns (2 b § HSL).

En grundläggande princip i HSL är att en god hälso- och sjukvård skall bygga på respekt för patientens *självbestämmande och integritet* (2 a § p. 3). Härmed har lagstiftaren velat understryka vikten av en medmänsklig och förestående inriktning av hälso- och sjukvården. En vårdsökande är *en medmänniska som alltid har rätt till okränkt värdighet och integritet* när hon utnyttjar hälso- och sjukvårdens tjänster. Det är väsentligt för resultatet av vården att den kan genomföras i en atmosfär av samförstånd och samverkan mellan vårdpersonalen och patienten. Patientens rätt till självbestämmande och integritet kan dock, sägs i motiven, inte vara absolut utan den måste av flera skäl vara begränsad. Det är *inte* möjligt att låta patienten bestämma *innehållet och omfattningen* av vården. Sådana

1 Prop. 1990/91:58 s. 63.

2 Prop. 1990/91:58 s. 236.

© Författaren och Studentlitteratur

avgöranden måste alltid ankomma på sjukvårdshuvudmannen och den som har det *medicinska* ansvaret för vården.

En patient har däremot *i princip obegränsad rätt att avstå* från behandling och kan därmed kräva att en åtgärd genast avbryts eller aldrig vidtas.[3] I RF 2 kap. 6 § finns ett förbud mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Om en patient till följd av t.ex. sin religiösa tro vägrar underkasta sig viss behandling, måste detta i princip respekteras även om det medför en allvarig risk för patientens liv. Är det fråga om en *underårig* patient kan dock ett ingripande med stöd av LVU medföra att vården ändå kan genomföras. Är patienten *medvetslös* eller *omtöcknad* eller *av annan orsak ur stånd att ge ett rättsligt giltigt tillstånd* till behandling som bedöms nödvändig med hänsyn till hans hälsotillstånd kan denna genomföras ändå. Här kan självfallet uppstå gränsdragningsproblem, t.ex. om patienten är *allvarligt psykiskt sjuk* och vägrar underkasta sig *somatisk* behandling som inte har samband med hans psykiska problem. Dessa komplicerade problem har dock inte ansetts kunna lösas genom bestämmelser i HSL.[4]

Det skall emellertid framhållas HSL:s tillämplighet *även under tvångsvården* medför, att när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall landstinget ge patienten *möjlighet att välja* det alternativ som han eller hon föredrar. Landstingen har också skyldighet att ge patienten den valda behandlingen om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat (3 a § HSL). I de fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet har landstingen också skyldighet att ge en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada möjlighet att, inom eller utom det egna landstinget, få en *förnyad medicinsk bedömning* (3 a § HSL).

Föreskrifterna i LPT skall sålunda, i förhållande till HSL, ses som *undantagsregler* som anger i vilka avseenden och under vilka premisser tillämpningen av HSL:s vårdprinciper får inskränkas. Reglerna i LPT får inte tas till intäkt för att vid tvångsvård bortse från HSL:s grundläggande regler om krav på vården. En tvångsvårdads patients tillstånd kan dock vara sådant att det inte finns någon annan möjlighet än att behandla honom eller henne mot dennes vilja. För detta finns lagstöd i LPT, men HSL:s grundläggande tankar om frivillighet skall beaktas så långt möjligt.

3 Prop. 1981/82:97 s. 118.

4 Prop. 1981/82:97 s. 118. Se även avsnitt 14.5.4.

© Författaren och Studentlitteratur

5.2 Lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)

I 1 § andra stycket LPT erinras om att det även finns föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Denna lag gäller den som 1) efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård, 2) är anhållen, häktad eller intagen på enhet för rättspsykiatrisk undersökning, 3) är intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt eller 4) är intagen i eller skall förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken (BrB). Föreskrifterna i HSL, om skyldigheten för landstingen att erbjuda hälso- och sjukvård, gäller därvid *även* rättspsykiatrisk vård (2 § LRV).

Bakgrunden till uppdelningen i en *allmän reglering* i LPT och en *särskild reglering* för psykiskt störda lagöverträdare i LRV är, att lagstiftaren funnit det angeläget att försöka undvika att lagstiftningen genom sin grundläggande uppbyggnad bidrar till att vissa grupper av patienter med inbördes mycket olika vårdbehov förs samman.[5] Vägande skäl har ansett föreligga för att inte reglera vården av de psykiskt störda lagöverträdarna samlat med annan psykiatrisk tvångsvård. Detta, sägs i motiven, hänger främst samman med att *omgivningsskyddet* kräver särskilt beaktande i anslutning till att psykiskt störda personer har begått vissa typer av brott, i första hand brott mot liv och hälsa. Härvid följer ofrånkomligen ett behov av ett särskilt noggrant förfarande vid prövningen av när vården skall upphöra eller när patienten skall få vistas utanför sjukvårdsinrättningen så att samhällsskyddet inte eftersätts.[6] En reglering med detta inslag anses inte höra hemma i den allmänna psykiatriska tvångslagstiftningen, i vilken omgivningsskyddsaspekterna skall kunna beaktas tillfredsställande men ges en mindre självständig betydelse än vad som var fallet enligt tidigare gällande lag.[7]

Trots särregleringen för psykiskt störda lagöverträdare har emellertid lagstiftaren, vid utformningen av lagen, eftersträvat en så nära anslutning som möjligt till regleringen i LPT. En del bestämmelser i LPT och LRV är också identiska, t.ex. proportionalitetsreglerna i 2 a och 2 b §§. I LRV hänvisas också i en rad bestämmelser till LPT. Det gäller t.ex. 6 § LRV, i vilken det stadgas att vid rättspsykiatrisk vård gäller i tillämpliga delar 15 a–17 §§ LPT, dvs. om god säkerhet, upprättande av vårdplan och samråd om behandlingen. Vidare hänvisas i 8 § LRV till att vid sluten rätts-

5 Prop. 1990/91:58 s. 77.

6 Prop. 1990/91:58 s. 78.

7 Se härom avsnitt 9.8.

© Författaren och Studentlitteratur

psykiatrisk vård gäller, i tillämpliga delar bestämmelserna i 18–24 §§ LPT, dvs. bestämmelserna om särskilda tvångsåtgärder.[8]

Vad särskilt gäller tvångsåtgärderna i 18–24 §§ LPT skall framhållas att det är lagstiftarens mening att innehållet i rättspsykiatrisk vård, när det gäller behandlingen av patienten och liknande frågor, t.ex. möjligheterna att använda tvångsåtgärder mot denne, i princip *inte* skall skilja sig från vad som gäller enligt LPT.

I 8 § andra stycket LRV stadgas emellertid *vissa undantag* från vad nyss sagts. I fråga om den som är anhållen, häktad (1 § p. 2 LRV),[9] eller intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt (1 § p. 3 LRV) får *Kriminalvården* i särskilda fall, om det behövs från ordnings- eller säkerhetssynpunkt, besluta om särskilda inskränkningar i rätten att *ta emot eller skicka försändelser*, att *ta emot besök* eller att *samtala i telefon med utomstående*. Beträffande den som är intagen i eller skall förpassas till ett särskilt ungdomshem (1 § p. 4) får *Statens institutionsstyrelse* fatta motsvarande beslut. Enligt lagens motiv förutsätts att det endast i *undantagsfall* finns skäl att tillämpa dessa bestämmelser. Men om t.ex. placeringen i kriminalvårdsanstalt av en intagen har förestavats av säkerhetsskäl kan det finnas anledning för Kriminalvården att i samband med att frågan om rättspsykiatrisk vård uppkommer överväga huruvida det behövs särskilda restriktioner för den intagne under vården.[10] Av samma bestämmelse framgår vidare, att gäller det brev till svenska myndigheter, internationella organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål från enskilda eller till advokat eller offentligt biträde eller försvarare skall sådana alltid vidarebefordras utan föregående granskning.[11] Ett beslut i enlighet med 8 § andra stycket LRV av Kriminalvården eller Statens institutionsstyrelse får överklagas av patienten (19 – 19 d §§ LRV).

Ett undantag stadgas också, i 8 § tredje stycket LRV, beträffande den som ges rättspsykiatrisk vård efter beslut av domstol (1 § p. 1) eller som är *intagen i* kriminalvårdsanstalt (1 § p. 3). I särskilda fall får därvid *regeringen*, om det behövs med hänsyn till rikets säkerhet eller till risken för att patienten under vistelsen på sjukvårdsinrättningen medverkar till terroristbrott, besluta om särskilda inskränkningar i rätten att ta emot och skicka försändelser, ta emot besök eller samtala i telefon med utomstående. Även denna bestämmelse är avsedd att tillämpas i *undantagsfall*.[12]

8 Se kapitel 16.

9 Den som är intagen för rättspsykiatrisk undersökning omfattas inte.

10 Prop. 1990/91:58 s. 304.

11 Jfr 9 § första stycket första meningen lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna, 25 § första meningen KvaL och 19 § andra stycket LVU.

12 Prop. 1990/91:58 s. 305.

© Författaren och Studentlitteratur

Det bör understrykas, att bestämmelserna i lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna (HäktesL) och lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt (KvaL) *inte* är tillämpliga inom hälso- och sjukvården, med ett undantag. Det gäller s.k. *åklagarrestriktioner* i enlighet med vad som framgår av 16 § HäktesL. Dessa restriktioner har ansetts böra tillämpas oavsett var den häktade vistas.[13]

Det ovan sagda ger sålunda vid handen, att de särskilda tvångsåtgärderna i 18–24 §§ LPT som *huvudregel* är tillämpliga även i förhållande till patienter som vårdas med stöd av LRV. Dessa befogenheter bör, enligt lagstiftarens uppfattning, i de allra flesta fall vara fullt tillräckliga. I undantagsfall kan Kriminalvården, Statens institutionsstyrelse eller regeringen föreskriva särskilda restriktioner i enlighet med 8 § LRV. Sådana restriktioner skall verkställas av personalen vid sjukvårdsinrättningen, vilket även gäller beträffande beslutade åklagarrestriktioner i enlighet med HäktesL.

5.3 Förvaltningslagen

5.3.1 INLEDNING

I 15 § LPT regleras var psykiatrisk tvångsvård får ges. Av bestämmelsens första stycke framgår sålunda, att vård enligt lagen ges på en *sjukvårdsinrättning som drivs av ett landsting.*[14] Ledningen av landstingens hälso- och sjukvård utövas enligt 10 § HSL av en eller flera *nämnder.* Frågan är då om sjukvårdsinrättningens inplacering i den offentliga organisationen.

Av regeringsformen (RF) framgår att det för den offentliga förvaltningen finns statliga och kommunala *förvaltningsmyndigheter* (1 kap. 8 §). Med *kommunala* förvaltningsmyndigheter avses därvid kommunernas *styrelser och övriga nämnder.* Utanför begreppet förvaltningsmyndighet faller dels regeringen och domstolarna – vilka är myndigheter men inte förvaltningsmyndigheter – och dels de beslutande församlingarna – riksdagen och kommunernas fullmäktige – vilka *inte* räknas som myndigheter. *Övriga statliga och kommunala organ* är förvaltningsmyndigheter.[15]

Det sagda betyder att den *nämnd* som enligt 10 § HSL utövar ledningen över hälso- och sjukvården är att betrakta som en *förvaltningsmyndighet,* vilket också gäller de *vårdinrättningar* som landstingen har att inrätta. Detta får i sin tur till följd att såväl nämnd som sjukvårdsinrättning är

13 Prop. 1990/91:58 s. 219.

14 Stadgandet bör ses mot bakgrund av att tvångsvård kräver intagning på en sjukvårdsinrättning enligt 3 § p. 1 och att tvångsvården, enligt 2 § första stycket LPT, alltid måste inledas i form av *sluten* psykiatrisk tvångsvård.

15 Strömberg & Lundell, Allmän förvaltningsrätt 2006 s. 13.

© Författaren och Studentlitteratur

bundna av bl.a. RF:s principer om legalitet, objektivitet och likhet och av offentlighetsprincipen i TF. Förvaltningsmyndigheterna är också bundna av regelverket i förvaltningslagen (1986:223) – FL, vilket är föremål för behandling i det följande.

5.3.2 NÄRMARE OM FÖRVALTNINGSLAGEN

Sjukvårdsinrättningens offentligrättsliga ställning får betydelse också för frågan om förvaltningslagens (1986:223) – FL – tillämplighet vid vårdinrättningen. Enligt 1 § FL gäller lagen bl.a. förvaltningsmyndigheternas *handläggning av ärenden*. Vissa bestämmelser, som reglerar serviceskyldigheten i förhållande till enskilda och samverkansskyldigheten i förhållande till andra myndigheter (4–6 §§), gäller också *annan förvaltningsverksamhet* hos dessa myndigheter, något som också brukar uttryckas som *faktiskt handlande*.[16] För tillämpningen av de olika bestämmelserna i FL blir det sålunda avgörande var gränsen går mellan ett *ärende* och *annan förvaltningsverksamhet*.

Begreppet myndighetsutövning avgränsar giltighetsområdet för flera av lagens viktigaste bestämmelser. Det härstammar från 1971 års FL där det sålunda beskrevs som *utövning av befogenhet att för enskild bestämma om förmån, rättighet, skyldighet, disciplinpåföljd eller annat jämförbart förhållande*. I motiven talades om ärenden där en förvaltningsmyndighet i egenskap av organ för det allmänna och med stöd av författning *ensidigt* meddelar beslut som får bestämda rättsverkningar av positiv eller negativ innebörd för den enskilde. Det är fråga om beslut eller andra åtgärder, som ytterst är *ett uttryck för samhällets maktbefogenheter* i förhållande till medborgarna, antingen de går ut på att förpliktiga eller berättiga.[17]

Vad gäller frågan om vad som i FL avses med *handläggning av ärenden* finns i FL:s motiv inte någon uttrycklig definition av ärendebegreppet. Därmed avses dock myndigheternas *beslutande verksamhet*,[18] den verksamhet som utmynnar i ett uttalande vilket inte nödvändigtvis behöver ha rättsligt bindande verkan.[19] Ordet *handläggning* avser alla åtgärder som en myndighet vidtar från det att ett ärende inleds (anhängiggörs) till dess det avslutas, inklusive det beslut varigenom ärendet avgörs. Innebörden av begreppet *annan förvaltningsverksamhet* (faktiskt handlande) är t.ex. att göra kirurgiska ingrepp, administrera medicin, ge en injektion, dvs. *själva vården*.

16 Se t.ex. Strömberg & Lundell, Allmän förvaltningsrätt 2006 s. 79.

17 Prop. 1971:30 s. 331.

18 Wennergren, Förvaltningslagen 2003 s. 34.

19 Strömberg & Lundell, Allmän förvaltningsrätt 2006 s. 79.

© Författaren och Studentlitteratur

Beträffande spörsmålet vad som är *ärendehandläggning inom hälso- och sjukvården* ter det sig kanske inte alldeles självklart att se att sådan pågår även inom detta område. Som Wennergren framhåller går faktiskt handlande, ärendehandläggning, beslutsfattande och verkställighet av beslut ofta i och ur varandra och betingar varandra ömsesidigt.[20] Wennergren menar, att sjukvården primärt består av faktiskt handlande, men den har också inslag av ärendehandläggning och beslutsfattande. Patienter skall skrivas in eller ut, debiteras för vården etc. Konkreta frågor och saker formas hos myndigheten till abstrakta ärenden, som ges sin egen identitet genom ett diarienummer eller ett registreringsnummer. I sinnevärlden, anför Wennergren, materialiserar sig ett ärende i en eller flera handlingar, sammanhållna i en akt eller i en datoriserad information samlad i en folder,[21] t.ex. i en patientjournal.

Som Rynning anför, är emellertid gränsen mellan ärendehandläggningen och det faktiska handlandet ingalunda tydlig, och det kan ofta vara svårt att skilja den ena typen av verksamhet från den andra. Det faktiska handlandet syftar ofta till ett förverkligande av fattade beslut. När avståndet mellan de två begreppen minskar så att det till slut blir försumbart kan man tala om *konkludenta beslut*, där beslut och handling blivit ett, t.ex. när en läkare i en akut situation genomför tvångsmedicinering av en patient som vårdas enligt LPT.[22]

Eftersom det framför allt på hälso- och sjukvårdsområdet kan vara svårt att dra en skarp gräns mellan ärendehandläggning och annan förvaltningsverksamhet kompletteras huvudregeln i 1 § FL av en *undantagsbestämmelse* i 33 § som i första hand berör sjukhus och liknande landstingskommunala organ.[23] Av denna bestämmelse framgår, att i ärenden i *första instans* som avser hälso- och sjukvård *gäller 14–30 §§ endast* om myndighetens beslut kan *överklagas på annat sätt* än som anges i 31 §,[24] dvs. på annat sätt än enligt 10 kap. kommunallagen (1991:900) – KL, sålunda genom förvaltningsbesvär enligt vad som framgår av 32 och 33 §§ LPT.

Undantagsbestämmelsen innebär i den praktiska tillämpningen, att bestämmelserna i 14–30 §§ FL, som bl.a. gäller i ärenden som avser *myndighetsutövning* mot någon enskild t.ex. avseende motivering av be-

20 Wennergren, Offentlig förvaltning i arbete 2004 s. 46.

21 Wennergren, Offentlig förvaltning i arbete 2004 s. 47.

22 Rynning 1994 s. 41.

23 Tandvård omfattas inte av undantaget. Jfr 1 § HSL. Hellners & Malmqvist, Förvaltningslagen 2003 s. 353.

24 Wennergren, Offentlig förvaltning i arbete, 200 s. 61 menar att i "överklagas på annat sätt " torde böra inbegripas "underställas för prövning på annat sätt".

© Författaren och Studentlitteratur

slut, underrättelse om innehållet i ett beslut och hur det kan överklagas, *skall tillämpas* även av sjukvårdsinrättningen om beslutet kan överklagas enligt en specialförfattning som t.ex. LPT och LRV. Detta medför i sin tur att *förvaltningslagen i sin helhet* skall tillämpas i ärendet trots att det avser sjukvård, eftersom övriga bestämmelser skall tillämpas fullt ut även inom hälso- och sjukvården.[25]

Det sagda ger sålunda vid handen att FL är helt eller delvis tillämplig inom den offentliga hälso- och sjukvården i dess *handläggning av ärenden*. Ett ärende uppkommer t.ex. när en patient på eget eller sjukvårdens initiativ tas in för vård och ärendet pågår tills att det fattas beslut om att patienten skall skrivas ut. När sålunda ett vårdintyg kommer till sjukvårdsinrättningen där intagningsfrågan skall prövas, anses *ett ärende* om ifrågasatt intagning anhängiggjort.[26] I dessa fall är de regler tillämpliga som specifikt rör ärendehandläggningen, nämligen 7–13 §§. Avser ärendet *myndighetsutövning* och beslut kan överklagas med *förvaltningsbesvär* t.ex. enligt LPT/LRV är även 14–30 §§ tillämpliga. Under tiden för inläggning försiggår även *annan förvaltningsverksamhet* eller faktiskt handlande. Det rör sig då, som framgått ovan, om rena vårdåtgärder såsom medicinutdelning, injicering m.m. I dessa senare fall gäller även bestämmelserna i 4 – 6 §§ om service och samverkan.

Såvitt gäller den ovan beskrivna undantagsbestämmelsen i 33 § FL innebär den, att i de fall patienter läggs in på en vårdinrättning med stöd av HSL, och alltså vårdas på *frivillig* väg, är *inte* 14–30 §§ FL tillämpliga. Patienten läggs in efter sitt eget samtycke,[27] är fri att lämna vårdinrättningen när han eller hon så önskar och inga behandlingsinsatser eller andra åtgärder får vidtas med tvång. Ärendet avser inte myndighetsutövning i förhållande till den enskilde och denne har heller inte möjlighet att med *förvaltningsbesvär* överklaga något beslut som fattas med stöd av HSL eller LYHS.[28] Det bör dock framhållas, att *övriga bestämmelser* i FL, 7–13 §§, är tillämpliga även vid ärendehandläggningen avseende *frivilligt* intagna patienter. Myndigheten har t.ex. skyldighet att anlita tolk om patienten inte behärskar svenska språket (8 §) och att patienten har rätt att anlita ombud eller biträde (9 §) för sina kontakter med myndigheten,[29]

25 Jfr prop. 1985/86:80 s. 83. Se även Bohlin & Warnling-Nerep, Förvaltningsrättens grunder s. 68 f.

26 Prop. 1990/91:58 s. 247.

27 Se utförligt om samtycke till medicinsk vård och behandling, Rynning 1994.

28 Däremot kan lagligheten av myndighetens beslut bli föremål för prövning utifrån bestämmelserna i 10 kap. KL.

29 Se om ombud och biträde kapitel 7 och 13.

© Författaren och Studentlitteratur

dvs. vårdinrättningen.[30] Vidare innehåller såväl HSL som LYHS bestämmelser om t.ex. informationsplikt som hälso- och sjukvårdspersonalen har att iaktta.

När det gäller patienter som *vårdas med tvång*, med stöd av LPT eller LRV, förhåller det sig annorlunda. *Då är FL tillämplig i sin helhet.* Beslut om omhändertagande för vårdintygsundersökning, chefsöverläkarens beslut om intagning är *exempel* på beslut enligt LPT som är typiska för vad som avses med *myndighetsutövning.* Det gäller också en rad andra beslut som tvångslagarna ger möjlighet att fatta under vårdtiden och som går att överklaga med *förvaltningsbesvär* enligt vad som framgår av respektive författning.

Det anfördes också i motiven vid LPT:s ikraftträdande att beslutet om intagning innebär *myndighetsutövning* mot enskild. Förvaltningslagens regler om bl.a. tolk, beslutsmotivering och underrättelse om beslut blir härigenom tillämpliga när läkaren handlägger frågan om intagning för tvångsvård.[31] FL:s tillämplighet har också påtalats av lagstiftaren när det gäller inskränkningar i rätten till elektronisk kommunikation och övervakning av försändelser. I motiven anförs sålunda, att det av FL:s bestämmelser följer att en patient skall *underrättas* om sådana beslut och *hur* patienten kan *överklaga* beslutet. Lagstiftaren framhöll därvid att det är av stor vikt att det inte vidtas åtgärder beträffande patientens kommunikation t.ex. i form av granskning av innehållet i brev, utan att denne underrättas om beslutet.[32]

FL är till sin karaktär subsidiär i förhållande till annan lag eller förordning. Av 3 § FL framgår sålunda, att om en *lag* eller en *förordning* innehåller någon bestämmelse som avviker från FL, gäller *den* bestämmelsen i stället. För att en avvikande bestämmelse skall ha företräde krävs dock att den beslutats av *riksdagen* eller *regeringen.* Det är inte tillräckligt att bestämmelsen beslutats av en förvaltningsmyndighet, t.ex. Socialstyrelsen.[33]

30Strömberg/Lundell. Allmän förvaltningsrätt, 2006 s. 80 f.

31 Prop. 1990/91:58 s. 248 f.

32 Prop. 2005/06:195 s. 31.

33 Hellners & Malmqvist, Förvaltningslagen 2003 s. 63.

© Författaren och Studentlitteratur

Viktiga principer vid tvångsvård

KAPITEL 6

6.1 Människors lika värde

Ett viktigt stadgande för den offentliga verksamheten i allmänhet, liksom för den offentliga vården som fattar beslut om frihetsberövande och andra tvångsåtgärder, är 1 kap. 2 § första stycket RF. Enligt denna bestämmelse skall den offentliga makten utövas med respekt för alla människors *lika värde* och för den enskilda människans *frihet och värdighet*. Stadgandet kan sägas uttrycka mål eller ideal som de offentliga organen skall sträva efter att förverkliga. Det är *inte* fråga om en bindande rättsregel så som rättighetsbestämmelserna i 2 kap. RF utan snarare ett program- eller målsättningsstadgande,[1] men som trots detta äger giltighet för den offentliga verksamheten. Stadgandets främsta *funktion* är att ålägga det allmänna att positivt verka för att ifrågavarande målsättningar i största möjliga utsträckning förverkligas.[2] Det ger inte heller upphov till några rättigheter för den enskilde som alltså inte med stöd av 1 kap. 2 § RF kan påkalla domstols ingripande mot det allmänna. I vilken utsträckning det allmänna lever upp till målsättningarna kan enbart bli föremål för politisk kontroll. Stadgandet kan dock få rättslig betydelse som *tolkningsdata* vid tillämpningen av olika rättsregler.[3] Bestämmelsen i RF är ett allmänt uttalande om förhållandet mellan den offentliga maktutövningen och den enskilda individen. Den riktar sig till såväl normgivande organ som rättstillämpande myndigheter av olika slag och innebär, att den offentliga maktutövningen skall användas så att avvägningarna mellan olika gruppers intressen kan upplevas som *rimliga och rättvisa*.[4]

Det är värt att notera, att RF:s nyss nämnda målsättning i princip kommer till uttryck i HSL som, vilket framgått ovan, gäller för *all* psykiatrisk vård, även tvångsvård enligt LPT och LRV. Enligt 2 § HSL gäller sålunda, att vården skall ges med respekt för alla människors *lika värde* och för den enskilda människans *värdighet*. RF:s målsättning för

1 Strömberg & Lundell, Sveriges författning 2007 s. 20.

2 Prop. 2001/02:72 s. 15.

3 Se Gustafsson 2001 s. 69 f. och där gjorda hänvisningar, samt prop. 2001/02:72 s. 15.

4 Petrén & Ragnemalm s. 20 f, prop. 1975/76:209 s. 99.

© Författaren och Studentlitteratur

den offentliga verksamheten uttrycks alltså explicit i HSL som en skyldighet för vårdgivarna att iaktta. Bestämmelsen återspeglar bl.a. den s.k. *människovärdesprincipen* som innebär att alla människor har ett egenvärde just för att de är människor och inte för vad de har eller gör. Principen utgör grunden för, och innebörden i, deklarationer om mänskliga rättigheter. Hela vårt demokratiska statsskick är uppbyggt kring föreställningen om alla människors lika värde varför det är naturligt att människovärdesprincipen som är grundläggande för hela samhället också är den *viktigaste principen* inom hälso- och sjukvården. Att respektera någons människovärde innebär att man *alltid och under alla förhållanden* betraktar och behandlar människan som den hon är i sig och inte i egenskap av det hon har eller gör. Människovärdet innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter (rätt till liv, frihet, personlig säkerhet och ett värdigt liv) som skall respekteras, och att i dessa avseenden ingen är förmer än någon annan.[5]

6.2 Självbestämmande och integritet

Det i 1 kap. 2 § RF nämnda begreppet *frihet* återkommer, om än i andra ordalag, också i HSL då det i 2 a § stadgas att hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård, vilket bl.a. innebär att vården skall bygga på respekt för patientens *självbestämmande och integritet* (p. 3). Härmed har lagstiftaren velat understryka vikten av en medmänsklig och förestående inriktning av hälso- och sjukvården. En vårdsökande är *en medmänniska som alltid har rätt till okränkt värdighet och integritet* när hon utnyttjar hälso- och sjukvårdens tjänster. Det är väsentligt för resultatet av vården att den kan genomföras i en atmosfär av samförstånd och samverkan mellan vårdpersonalen och patienten. Patientens rätt till självbestämmande och integritet är dock inte absolut, utan den måste av flera skäl vara begränsad, även inom den frivilliga vården. En patient har däremot *i princip obegränsad rätt att avstå* från behandling och kan därmed kräva att en åtgärd genast avbryts eller aldrig vidtas.[6] Härvid kommer tvångslagstiftningen in som ger samhället möjlighet att avvika från frivillighetsprincipen i HSL, dock under särskilda förutsättningar. Det är emellertid viktigt att erinra sig att LPT utgör *ett komplement* till den grundläggande regleringen i HSL. Hälso- och sjukvården skall vara ett fritt, öppet och demokratiskt system med trygghet

5 Prop. 1996/97:60 s. 20. Se även Wennergren, Rättsfonden 1987 s. 158 f, Westerhäll 1996 s. 30 f, Gustafsson 2001 s. 65 f.

6 Prop. 1981/82:97 s. 118. Se även avsnitt 5.1.

© Författaren och Studentlitteratur

och rättssäkerhet och huvudprincipen är, enligt lagens motiv, att den enskilde själv avgör om han eller hon vill anlita hälso- och sjukvården eller inte.[7]

6.3 Legalitetsprincipen

Den offentliga makten utövas under lagarna. Denna lagbundenhetens princip, fastslagen i 1 kap. 1 § tredje stycket RF, avses ge uttryck åt att Sverige är en rättsstat. Genom denna allmänna bestämmelse i grundlagen har andra särskilda föreskrifter om den offentliga verksamhetens bundenhet av rättsordningen ansetts onödig.[8] Kärnan i legalitetsprincipen är ett krav på maktutövningens normbundenhet i motsats till godtycke. I den svenska förvaltningsrätten brukar detta konkretiseras i två punkter; 1) myndigheternas beslutanderätt måste alltid ha något slags författningsstöd, 2) myndigheternas rätt att fatta för medborgarna vissa *betungande* beslut kräver därutöver ett särskilt stöd i lag.[9] Legalitetsprincipen innebär att samtliga samhällsorgan är underkastade rättsordningens regler. Därvid avses inte enbart lagarna i rent teknisk bemärkelse och andra författningar, utan även sedvanerätt.[10] Principen förstärks ytterligare av 2 kap. 12 § första stycket RF genom föreskriften, att begränsningar i vissa av de grundläggande fri- och rättigheterna *endast får ske genom lag.* I juridisk doktrin har också hävdats att legalitetsprincipen fungerar som en garanti för rättssäkerheten genom att det ställs sådana krav på lagstiftningen att medborgarna kan *förutse* vilka åtgärder de eventuellt kan komma i fråga för. Likaså att principen ställer krav på lagstiftningens *begriplighet och precision*, dvs. en klar och tydlig lag.[11]

Legalitetsgrundsatsen är *ovillkorlig.* Samhällsorganen är sålunda, vid utövningen av sin beslutanderätt, skyldiga att iaktta grundlagarnas föreskrifter och andra lagbud så länge dessa är gällande. Lag eller förordning kan dock innehålla förbehåll som möjliggör undantag från dessa regler, men i övrigt krävs uttryckligt grundlagsstöd för att avsteg från lagbundenheten skall kunna göras.[12] Principen säger ingenting om lagarnas innehåll. Legalitetsprincipens sakliga betydelse är, att den lägger fast principen om maktutövningens normbundenhet och avvisar godtycke.[13]

7 Prop. 1990/91:58 s. 63.

8 Prop. 1973:90 s. 228.

9 Sterzel 2005.

10 KU 1973:26 s. 59.

11 Jfr Jareborg, Brotten. Första häftet s. 40. P.A. Norstedt & Söners förlag. Stockholm 1984 och Beyer i JT 1990-91:3 s. 389 ff.

12 Strömberg, Sveriges författning 1995 s. 14 f. Se även Warnling-Nerep 1995 s. 59.

13 Jfr Gustafsson 2001 s. 70 ff. och där gjorda källhänvisningar.

© Författaren och Studentlitteratur

Legalitetsprincipen kommer även till uttryck i EKMR. Utöver den straffrättsliga legalitetsprincipen i artikel 7, som innehåller ett förbud mot att döma till straff utan stöd i lag och mot retroaktiva straffdomar, kan principen även utläsas av andra artiklar, exempelvis artikel 8 enligt vilken inskränkningar i skyddet för privat- och familjeliv, hem och korrespondens undantagsvis får ske *enligt vad som är stadgat i lag*. Legalitetsprincipen innebär sålunda, att för att en myndighet, exempelvis en vårdinrättning, över huvud taget skall kunna vidta åtgärder som inkräktar på grundlags- och konventionsstadgade fri- och rättigheter, skall detta ha stöd i lag, och verkställigheten av åtgärden får inte komma i konflikt med grundlagens eller EKMR:s skyddsregler.[14]

6.4 Likhets- och objektivitetsprincipen

Likhets- och objektivitetsprincipen kommer till uttryck i 1 kap. 9 § RF. Det är två principer av fundamental betydelse för en rättsstat liksom för förvaltningsverksamheten. Sålunda sägs, att domstolar och förvaltningsmyndigheter och andra som fullgör uppgifter inom den offentliga förvaltningen i sin verksamhet skall *beakta allas likhet inför lagen* samt *iaktta saklighet och opartiskhet*. Domstolar och förvaltningsmyndigheter är stadgandets adressat, så även regeringen när den uppträder som högsta myndighet inom förvaltningsorganisationen.[15] Kravet på saklighet och opartiskhet har även ansetts gälla *kommunala nämnder*, oberoende av om grunden för verksamheten ytterst skulle ligga på det civilrättsliga planet.[16]

Likhetsprincipen, att de offentliga organen skall beakta allas likhet inför lagen, innebär att *lika fall skall behandlas lika* vid tillämpning av lagar, förordningar och andra rättsliga normer. Principen är utformad som en *skyldighet* och riktar sig till *rättstillämparna*, inte till lagstiftare och andra regelgivare.[17] Likhetsprincipen innebär alltså inte ett förbud mot särbehandlande lagstiftning. Sådan anses tvärtom vara både önskvärd och nödvändig inom vissa områden, exempelvis vad gäller sociala förmåner.[18]

14 Jfr JO 1994/95:JO1 s. 140.

15 Däremot riktar sig bestämmelsen *inte* till riksdagen och regeringen såsom normgivande organ. Här gäller i stället vissa diskrimineringsförbud vilka framgår av RF 2 kap.

16 Se till detta JO 1990/91 s. 347 ff.

17 Strömberg & Lundell, Allmän förvaltningsrätt 2006 s. 66 f.

18 Prop. 1975/76:209 s. 96. Se dock RF 2 kap. 15 och 16 §§, som förbjuder diskriminerande normgivning i speciellt angivna fall.

© Författaren och Studentlitteratur

Likhetsgrundsatsens allmänt hållna formulering ger i sig inte mycket ledning för rättstilllämparna. För ett mer konkret innehåll krävs att den fylls ut med rättsregler som anger vilka omständigheter som får eller inte får läggas till grund för ett beslut.[19] Beträffande det rättsområde som behandlas här innehåller 3 § i LPT de förutsättningar som skall vara uppfyllda för ett beslut om tvångsvård. Huruvida dessa grundläggande rekvisit är utformade med sådan precision att likhetsgrundsatsen kan upprätthållas i praktiken kommer att diskuteras i den följande framställningen.

På samma sätt förhåller det sig med *objektivitetsprincipen*, principen om myndighetsutövningens normmässighet. Den innebär att förvaltningsorganen i sin verksamhet skall iaktta *saklighet och opartiskhet*. Myndigheterna får inte låta sig vägledas av andra intressen än dem de är satta att tillgodose och inte heller grunda sina avgöranden på andra hänsyn än sådana som *får beaktas* vid prövningen av ett ärende. Detta är av särskild betydelse då rättstillämparen åtnjuter en viss diskretionär prövningsrätt. En sådan prövningsrätt skall sålunda användas på ett *likformigt och objektivt* sätt för att det avsedda ändamålet med lagen skall främjas. Bestämmelsen innefattar ett *förbud mot varje form av godtycke*. Den innebär också ett förbud mot att vissa personer eller grupper till följd av ovidkommande hänsyn gynnas eller missgynnas (illojal maktanvändning).[20]

Likhetsprincipen sträcker sig längre än objektivitetsprincipen. Har myndigheterna utrustats med fri prövningsrätt kan den situationen uppkomma att man har möjlighet att välja mellan olika alternativ utan att något av dem kan sägas strida mot kravet på saklighet och opartiskhet. Likhetsprincipen kommer då att innebära ett krav på *konsekvens* i myndigheternas beslutande verksamhet.[21]

6.5 Aktualitetsprincipen

Förutsättningarna för tvångsvård i 3 § LPT präglas generellt av ett aktualitetskrav. Ett tvångsingripande med stöd av en administrativ tvångslagstiftning måste alltid, då tvångsåtgärden beslutas, kunna motiveras med att förhållandena fortfarande är sådana att rekvisiten kan sägas vara uppfyllda *vid tiden för beslut*. Tvångsvård med stöd av LPT syftar till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver, och utgör inte, som i straffrätten, en

19 Strömberg & Lundell, Allmän förvaltningsrätt 2006 s. 67.

20 Petrén & Ragnemalm s. 38. Se även Gustafsson 2001 s. 508 och Strömberg & Lundell, Allmän förvaltningsrätt 2006 s. 66, Bull 2005 s. 71 ff.

21 Strömberg & Lundell, Allmän förvaltningsrätt 2006 s. 67.

© Författaren och Studentlitteratur

samhällsreaktion på vad som redan inträffat.[22] Det är sålunda omständigheterna vid tidpunkten för ett ifrågasatt ingripande som är avgörande, inte vad som förevarit tidigare, även om detta måste vägas in i bedömningen om tvångsåtgärdens nödvändighet. Aktualitetsprincipen innebär också, att ifrågasatta åtgärder med stöd av lagen i princip inte kan vidtas i förebyggande syfte. Även om rekvisiten till dels bygger på en prognos t.ex. om patientens förutsättningar att ta emot vård på frivillig väg måste konkreta omständigheter visa på att lagens rekvisit kan anses uppfyllda. Det sagda kommer också till uttryck i lagens motiv. För ett beslut om tvångsvård krävs att patienten har ett oundgängligt behov av viss kvalificerad vård. Behovet skall vara oundgängligt *i det aktuella skedet* och det är inte tillräckligt att det ter sig oundgängligt endast på någon sikt.[23]

6.6 Proportionalitetsprincipen

Rent allmänt innebär den förvaltningsrättsliga proportionalitetsprincipen att om ett förvaltningsbeslut eller en annan myndighetsåtgärd är betungande för den enskilde, är det av vikt att nackdelarna för denne står i ett rimligt förhållande till den nytta för det allmänna som åtgärden syftar till och att åtgärden sålunda inte medför större uppoffringar för den enskilde än som motiveras av ett starkt allmänt intresse.[24] Även om en tvångsbefogenhet i och för sig behövs för att avsett resultat skall uppnås får större ingrepp än vad som är försvarligt med hänsyn till åtgärdens syfte och övriga omständigheter inte användas.

En tvångsåtgärd skall sålunda, i fråga om *art, styrka, räckvidd och varaktighet*, stå i rimlig proportion till vad som är att vinna med åtgärden.[25] I varje enskilt fall skall det ske en avvägning om tvångsmedlet över huvud taget behöver tillgripas med hänsyn till omständigheterna eller om syftet kan tillgodoses genom en mindre ingripande åtgärd. Vid denna avvägning utgår man i allmänhet från att ingrepp som enbart avser egendom eller ekonomiska intressen är mindre allvarliga än kränkningar av en persons frihet och integritet. I avvägningen ligger också ett val beträffande vilket av flera möjliga tvångsmedel som är rimligt att använda i det enskilda fallet, hur åtgärden skall genomföras och hur länge den skall bestå mot bakgrund av det resultat som är att förvänta.[26]

22 Jfr Gunnar Bramstång 1981 s. 32 och 1983 s. 53.

23 Prop. 1990/91:58 s. 239. Se även RegR:s mål 5765-07, refererat under avsnitt 9.5.

24 Strömberg & Lundell, Allmän förvaltningsrätt 2006 s. 68.

25 Prop. 1993/94:24 s. 23, Se även JO 1987/88 s. 73, 1994/95:JO1 s. 149 samt Andenaes 1995 s. 143 f.

26 Bylund i Ekelöf 2006 s. 49.

© Författaren och Studentlitteratur

Principen har vunnit uttryckligt erkännande i svensk rättspraxis, troligen under inflytande av Europadomstolens och EG-domstolens rättstillämpning.[27] Proportionalitetsprincipen kommer inte explicit till uttryck i Europakonventionens text. En åtgärds proportionalitet i förhållande till sitt ändamål har emellertid ofta åberopats av Europakommissionen/domstolen när en kränkning av konventionen ansetts vara för handen.

På ett för psykiatrin mer konkret plan regleras proportionalitetsprincipen i 2 a och 2 b §§ i LPT. Skillnaderna mellan proportionalitetsreglerna är inte alldeles entydiga. I 2 a § talas om att *tvångsåtgärder vid vård* enligt LPT får användas *endast* om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden och i 2 b § sägs att *tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården* får användas *endast* om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. Utifrån vad Lagrådet anfört och vad som i övrigt uttalats i lagens motiv torde emellertid i vart fall kunna konkluderas, att 2 a § avser *all tvångsanvändning* enligt lagen, dvs. *även* sådana åtgärder som vidtas för att upprätthålla *ordning och säkerhet*, medan 2 b § är begränsad till sådant tvång som har att göra med *vården* av patienten. I motiven talas om *sådana tvångsåtgärder som syftar till att genomföra vård* eller sådana *vårdåtgärder som genomförs med tvång*.[28]

Genom 2 b § markeras att alla ansträngningar skall göras för att ge patienten en information som tillgodoser patientens delaktighet. Patienten skall ges adekvat information om sitt hälsotillstånd och om de metoder som står till buds och att informationen skall förklaras för patienten på ett sätt och med ett språk som patienten förstår. Den som ger informationen måste förvissa sig om att patienten har förstått innehållet i och innebörden av den information som lämnats.[29] Det skall framhållas, att de särskilda förutsättningar som anges i bestämmelserna om särskilda tvångsåtgärder (6, 6 a, 18–24 §§) anger begränsningar *utöver* vad som framgår av proportionalitetsreglerna i 2 a och 2 b §§.[30]

27 Strömberg & Lundell, Allmän förvaltningsrätt 2006 s. 68.
28 Prop. 1999/2000:44 s. 83, 113 och 169.
29 Prop. 1999/2000:44 s. 83.
30 Prop. 1999/2000:44 s. 83.

© Författaren och Studentlitteratur

Processuella frågor

KAPITEL 7

7.1 Inledning

För att ett frihetsberövande och andra tvångsåtgärder över huvud taget skall kunna ske krävs, mot bakgrund av fri- och rättighetsskyddet i RF och EKMR, att det finns lagstöd för åtgärden. Det har emellertid av lagstiftaren även befunnits viktigt att det i lag anges vilken ordning för kontroll och rättslig prövning som skall gälla. Ett väl fungerande system för rättsskydd är ofrånkomligt, sägs i motiven, med hänsyn till *patientens utsatthet och beroende* i en situation när tvångsingripande aktualiseras.[1]

Det initiala beslutet om tvångsvård fattas enligt nu gällande lag av chefsöverläkaren på en landstingsdriven sjukvårdsinrättning. Tvångsvård får på grundval därav pågå maximalt i fyra veckor. Därefter måste chefsöverläkaren ansöka om fortsatt vård hos förvaltningsrätten[2] med jämna mellanrum. Dock ankommer det på chefsöverläkaren att under hela tvångsvårdstiden fortlöpande bedöma om förutsättningarna för tvångsvård alltjämt är uppfyllda och, *oavsett förvaltningsrättens beslut*, omedelbart besluta om vårdens upphörande om så ej längre är fallet.

Den obligatoriska rättsliga prövningen av tvångsvård, som sträcker sig längre än den inledande perioden om fyra veckor, har av lagstiftaren befunnits angelägen från rättssäkerhetssynpunkt. Före domstolsprövningen anses den enskildes rättssäkerhet vara tillgodosedd genom den *tvåläkarprövning* som krävs för ett intagningsbeslut och att den enskilde har möjlighet att *överklaga* intagningsbeslutet till förvaltningsrätten (32 § LPT) och därmed få en rättslig prövning av förutsättningarna för tvångsvård till stånd redan tidigare.[3] Förvaltningsrätten har vid ett överklagande att pröva, inte bara huruvida själva intagningsbeslutet var sakligt och formellt korrekt, utan även om tvångsvården skall upphöra med utgångspunkt av det bedömningsunderlag som föreligger vid prövningstillfället.[4] Patienten kan också, *när som helst* sedan intagningsbeslut fattats, *begära*

1 Prop. 1990/91:58 s. 74.
2 Tidigare länsrätten, jfr SFS 2009:809.
3 Prop. 1990/91:58 s. 114.
4 Prop. 1990/91:58 s. 116.

© Författaren och Studentlitteratur

att tvångsvården skall upphöra. Avslås en sådan begäran av chefsöverläkaren, skall patienten, i enlighet med FL, underrättas om detta och om hur han eller hon kan överklaga även ett sådant beslut (33 §§ LPT).

I föreliggande kapitel skall endast summariskt redogöras för de processuella frågor som hör samman med domstolsprövningen. Vårdtider och frågor om tidsfrister som hör samman därmed kommer närmare att behandlas i kapitel 11. Det processuella regelverket och tillämpningen därav har inte varit föremål för någon särskild studie. De iakttagelser som gjorts rörande detta redovisas dock.

7.2 Behörig förvaltningsrätt

Frågor som skall prövas av domstol, prövas av den förvaltningsrätt inom vars domkrets *sjukvårdsinrättningen* är belägen. Det är sålunda vårdinrättningens belägenhet som blir avgörande för vilken förvaltningsrätt som är behörig att pröva frågor enligt lagen. Det innebär också, att om patienten överförs till en annan vårdinrättning, utan att beslut har fattats om att tvångsvården skall upphöra (jfr 41 § LPT), kan det vara lämpligt att flytta över mål om psykiatrisk tvångsvård till en annan förvaltningsrätt.[5]

Av 37 § första stycket framgår att en muntlig förhandling skall hållas *på sjukvårdsinrättningen* om inte särskilda skäl talar för något annat. Bestämmelsen har tillkommit av hänsyn till patienten, för att påfrestningarna för denne skall kunna begränsas.[6] *Särskilda skäl* att hålla förhandling i t.ex. rättens egna lokaler kan antas föreligga när patienten begär det och hans eller hennes psykiska tillstånd medger att förhandlingen hålls där.[7] Det har förutsatts att sjukvårdshuvudmännen tillhandahåller lokaler så att principerna om offentlighet vid förhandlingar kan upprätthållas, dock med möjlighet att besluta om förhandling inom stängda dörrar.[8]

7.3 Särskilda tidsfrister

Eftersom det som regel är angeläget att få ett mål rörande psykiatrisk tvångsvård prövat snabbt innehåller 35 § LPT bestämmelser om särskilda tidsfrister. Mot bakgrund av att förvaltningsprocesslagen (1971:291) – FPL, inte innehåller några tidsfrister och med hänsyn till att det rör sig om ett frihetsberövande, har det sålunda ansetts angeläget att införa en särskild

5 Grönwall/Holgersson 2009 s. 152.
6 Prop. 1990/91:58 s. 182.
7 Prop. 1990/91:58 s. 279.
8 Prop. 1990/91:58 s. 182.

© Författaren och Studentlitteratur

bestämmelse om *skyndsamhet* i handläggningen. De korta vårdtiderna har vidare gjort det nödvändigt att alla mål behandlas med skyndsamhet för att rimliga rättssäkerhetskrav skall vara uppfyllda.[9] Skyndsamhetskravet gäller såväl i förvaltningsrätten som vid handläggning av mål i KamR och RegR.[10]

Så snart en *ansökan* om medgivande till fortsatt tvångsvård enligt 7, 9 eller 12 §§ LPT kommit in till förvaltningsrätten, skall rätten pröva om ansökan kommit in i tid. Har ansökan kommit in *för sent*, skall rätten *skyndsamt* underrätta chefsöverläkaren om detta (35 § första stycket LPT) så att tvångsvården genast upphör (28 § LPT). Bestämmelsen har införts som en garanti för att patienten inte mot sin vilja skall kunna hållas kvar på sjukvårdsinrättningen sedan tvångsvården upphört till följd av regleringen i 28 § LPT.

Det har ansetts särskild angeläget att rätten företar ett mål om tvångsvård till avgörande inom en kort tid från det att målet har anhängiggjorts hos rätten. Därför föreskrivs i 35 § andra stycket LPT, att förvaltningsrätten skall göra detta *inom åtta dagar* från den dag då en ansökan eller ett överklagande kom in till rätten. Denna tidsfrist gäller även i de fall chefsöverläkaren ansöker om medgivande till fortsatt vård redan i *början* av den fyraveckorsperiod som avses i 7 § LPT.[11] Det kan ju, enligt lagens motiv, finnas skäl som talar för att en juridisk prövning av förutsättningarna bör äga rum i ett tidigt skede av vårdperioden, t.ex. om patienten nyligen vårdats med stöd av LPT.[12]

Åttadagarsfristen innebär *inte* ett krav på att ett mål måste avgöras slutligt inom den föreskrivna tiden. En muntlig förhandling som påbörjas inom tiden får sålunda fortsätta senare med stöd av 35 § andra stycket andra meningen, enligt vilken förvaltningsrätten får *förlänga* tiden om det behövs ytterligare utredning eller om någon annan särskild omständighet gör det nödvändigt. Det kan t.ex. redan när målet kommer in stå klart att utredningen måste kompletteras eller att förhandlingen av andra skäl inte kan hållas inom föreskriven tid. I motiven framhålls dock att undantagsregeln bör utnyttjas med stor återhållsamhet. Rätten bör pröva behovet av kompletterande utredning och bestämma dag för förhandling så snart ett mål om tvångsvård har kommit in till rätten.[13]

Också i underställningsmål, i enlighet med 12 § första stycket LPT (konverteringsbeslut), får rätten förlänga den tid inom vilken prövningen

9 Prop. 1990/91:58 s. 276.
10 Prop. 1990/91:58 s. 277.
11 Prop. 1990/91:58 s. 277. Se avsnitt 11.2 och 11.3.
12 Prop. 1990/91:58 s. 249 och 277.
13 Prop. 1990/91:58 s. 277.

© Författaren och Studentlitteratur

skall ske, om chefsöverläkaren gör en ansökan om medgivande till fortsatt vård enligt 12 § andra stycket LPT. Det sagda för att rätten inte skall tvingas hålla två förhandlingar inom några dagar. Genom förlängningsregeln kan rätten sålunda pröva såväl konverteringsbeslutet, som underställts rätten, som ansökan om fortsatt vård vid ett och samma tillfälle.[14]

Från åttadagarsfristen är *undantagna* mål som rör överklagande av förordnande enligt 24 § LPT om förstöring eller försäljning av egendom (35 § andra stycket, tredje meningen).

Någon särskild regel om när en dom eller beslut skall vara meddelat finns inte i LPT. I detta hänseende gäller, utöver bestämmelser i instruktioner för domstolarna, den allmänna regeln om skyndsamhet i 35 § första stycket. I motiven framhålls, att det bör rimligen höra till undantagen att ett beslut i fråga om psykiatrisk tvångsvård inte kan meddelas i nära anslutning till en förhandling.[15]

I 35 § tredje stycket LPT ges förvaltningsrätten möjlighet att fatta interimistiskt beslut i *alla typer av mål*, i avvaktan på att målet avgörs.[16]

7.4 Muntlig förhandling m.m.

Av 36 § LPT följer att i ett mål enligt lagen, *skall* rätten hålla muntlig förhandling om det inte är *uppenbart obehövligt*. Bestämmelsen är tillämplig i alla mål och det föreligger sålunda en *stark presumtion* för att muntlig förhandling skall hållas. Uppenbart obehövligt att hålla muntlig förhandling kan det vara om en sådan nyligen hållits i ett föregående mål rörande samma patient och nya omständigheter av vikt inte tillkommit efter förhandlingen. Detsamma gäller om patienten p.g.a. sitt psykiska tillstånd *inte kan* närvara, eller *inte vill* att en sådan skall hållas. En annan tänkbar situation är, enligt lagens motiv, då målet gäller sådana frågor som korttidspermission eller förstörande eller försäljning av egendom.[17]

Det föreligger ingen presumtion för muntlig förhandling i kammarrätt eller i Regeringsrätten. Där träder 9 § FPL in, varvid sålunda muntlig förhandling *får* hållas när den kan antas vara till fördel för utredningen eller främja ett snabbt avgörande av målet. Därutöver kan anmärkas, att enligt 9 § tredje stycket FPL, skall i kammarrätt och förvaltningsrätt muntlig förhandling hållas om enskild som för talan i målet begär det och förhandlingen ej är obehövlig och ej heller särskilda skäl talar däremot.

14 Prop. 1999/2000:44 s. 120.
15 Prop. 1990/91:58 s. 277.
16 Prop. 1990/91:58 s. 277.
17 Prop. 1990/91:58 s. 278.

© Författaren och Studentlitteratur

I underställningsmål, enligt 12 § första stycket LPT, skall förvaltningsrätten hålla muntlig förhandling endast om patienten begär det eller om rätten finner skäl för det (36 § andra meningen LPT). Bestämmelsen har införts därför att rätten skall ha möjlighet att pröva målet utan att behöva hålla muntlig förhandling i de fall ett konverteringsbeslut inte följs av en ansökan. Dock, om patienten påkallar en muntlig förhandling måste förvaltningsrätten hålla en sådan liksom om rätten i annat fall finner skäl för det.[18]

Genomgången av länsrättsdomar ger vid handen att det är endast i ett litet antal mål som det *inte* hålls muntlig förhandling (ca 15 % i ansökningsmål enligt 9 § LPT och ca 2 % i mål avseende 7 § LPT). Skälen till varför det inte hållits muntlig förhandling anges *inte* i ungefär hälften av dessa. I resten uppges skälet vara att patienten inte påkallade muntlig förhandling.

Av 37 § LPT framgår fortsättningsvis, att *patienten skall vara närvarande* vid förhandlingen om det är möjligt med hänsyn till dennes psykiska tillstånd. I motiven anförs, att rätten som regel bör kalla patienten till personlig inställelse. Patientens psykiska tillstånd kan emellertid *någon gång* föranleda undantag från detta krav. Det kan vara lämpligt att chefsöverläkaren underrättar rätten om att patienten, enligt läkarens uppfattning, inte kan närvara personligen.[19] Patienten får, enligt 37 § tredje stycket LPT, hämtas till rätten om han eller hon kallats vid vite att inställa sig personligen men uteblir.

Det kan från rättsfallsgenomgången konstateras, att det är i förhållandevis många mål som patienten inte varit närvarande; drygt 31 % i § 9-målen och drygt 12 % i § 7-målen. Vanligen framgår inte skälen därtill utan det konstateras endast att förhandlingen hållits i patientens utevaro. I några enstaka fall uttrycks att patienten inte ville närvara eller att patienten inte svarat. Endast i två mål framgår det att utevaron berott på patientens tillstånd.

Av 37 § LPT framgår det även att patientens *stödperson* har rätt att närvara vid förhandlingen och att stödpersonen om möjligt skall underrättas om förhandlingen. Journal- och rättsfallsgenomgången har därvid inte utvisat huruvida sådan underrättelse skett eller inte. Till synes har aldrig en stödperson varit närvarande i domstolsförhandlingarna i de fall som varit föremål för granskning.

18 Prop. 1999/2000:44 s. 120.
19 Prop. 1991/92:58 s. 279.

© Författaren och Studentlitteratur

7.5 Särskilt om sakkunnig

Inför LPT:s ikraftträdande diskuterades huruvida domstolen borde ha en särskild sammansättning i mål om psykiatrisk tvångsvård. Enligt det ursprungliga lagförslaget skulle medicinsk expertis *inte* regelmässigt medverka i domstolens verksamhet, men ett sakkunnigutlåtande skulle kunna inhämtas i speciella fall. Lagrådet invände emellertid mot detta och menade bl.a. att för att inte patientens ställning i processen skulle bli för svag var det ofrånkomligt att länsrätten (numera förvaltningsrätten) förstärktes med en erfaren psykiater som ledamot av rätten. Chefsöverläkaren, anförde Lagrådet, kommer i rättegången att framstå som patientens motpart och den avgörande frågan är om patienten är i oundgängligt behov av psykiatrisk vård på sjukvårdsinrättningen.[20] Om en psykiater inte ingår i rätten kan det förefalla patienten utsiktslöst att få en ändring i chefsöverläkarens beslut och även reellt kan rättens möjligheter att gå emot chefsöverläkarens bedömning vara begränsade. Lagrådet menade att ett inhämtande av ett sakkunnigutlåtande inte kunde anses likvärdigt med att psykiatern var en obligatorisk ledamot av rätten, bl.a. därför att rätten vid överläggningen till dom inte hade sakkunskap till hjälp vid bedömningen av den *medicinska* argumenteringen. Det ansågs också ligga ett särskilt värde i att den medicinskt sakkunnige verkade under domaransvar, inte minst med hänsyn till den auktoritet detta skulle medföra i förhållande till chefsöverläkaren.[21]

Regeringen var emellertid inte beredd att låta en erfaren psykiater delta som ledamot i alla mål som skulle avgöras av fullsutten rätt, även om det skulle garantera att psykiatriska frågeställningar blev väl belysta. Föredragande departementschef menade, att det ibland kunde vara till nackdel för den enskilde eftersom det inte kunde uteslutas att en läkarledamot under överläggningen lämnade upplysningar i medicinska frågor av sådan innebörd att beslutsunderlaget tillfördes något nytt utan att patienten därvid fick del av uppgifterna och bereddes möjlighet att bemöta dessa.[22] Enligt 1991 års lag skulle rätten sålunda enbart, om det behövdes, höra lämplig sakkunnig vid muntlig förhandling. Denne fick också ställa frågor till chefsöverläkaren och patienten.[23]

Det visade sig emellertid i den praktiska tillämpningen att länsrätterna förordnade sakkunnig i mycket varierande omfattning. Vidare hade

20 Vid tiden för LPT:s tillkomst kunde endast sluten psykiatrisk tvångsvård komma i fråga.

21 Prop. 1990/91:58 s. 406.

22 Prop. 1990/91:58 s. 185.

23 SFS 1991:1128.

© Författaren och Studentlitteratur

framkommit att det ofta förelåg stor överensstämmelse mellan chefsöverläkarens uppfattning och den sakkunniges uppfattning i målen. Detta, anfördes i motiven till nu gällande lag, kan leda till ett ifrågasättande av betydelsen av att en sakkunnig förekommer i psykiatrimålen.[24] Regeringen menade dock, att det var en *rättssäkerhetsgaranti för den enskilde* att en *annan* läkare än den som har det yttersta behandlingsansvaret får lämna sin uppfattning i målet. Det kan också vara så, anfördes i motiven, att vetskapen om att ytterligare en läkare kan komma att granska chefsöverläkarens ställningstagande i målet gör att denne överväger sin uppfattning mer noggrant.[25]

Enligt 37 § andra stycket LPT *presumeras* sålunda numera att sakkunnig *skall höras* vid muntlig förhandling, om det inte är uppenbart obehövligt. Det kan det t.ex. vara i fall där rätten nyligen prövat samma fråga och där inga nya omständigheter tillkommit.[26] Vid förhandlingen får den sakkunnige, i syfte att få upplysning rörande omständigheter som är av betydelse för dennes uppgift, ställa frågor till chefsöverläkaren och patienten. I sammanhanget kan erinras om, att enligt 43 § LPT skall, från verksamhet där hälso- och sjukvårdssekretess råder, utan hinder av sådan sekretess, lämnas ut sådana uppgifter om en patient som behövs för en sakkunnigs uppdrag.

Det uppenbart så, att sakkunnigs roll i processen är att uttala sig i *medicinska* frågor. Sakkunniga är enbart att betrakta som ett *hjälpmedel* vid rättens bevisprövning och deras utlåtanden utgör i regel endast hjälpfakta vid bevisvärderingen. Genom sakkunnigutlåtanden får rätten viktig *tolkningshjälp* vid sin prövning av bevisningen, men själva *värderingen* av fakta i det enskilda fallet är *alltid* rättens egen uppgift.[27] Rätten är alltså inte bunden av vad sakkunnig uttalar i målet. Tvivlar förvaltningsrätten på huruvida sakkunnigs uttalande är riktigt eller inte får man anlita ännu en sakkunnig för utredning i samma fråga.[28]

24 SOU 1998:32 s. 385 ff.

25 Prop. 1999/2000:44 s. 104.

26 Prop. 1999/2000:44 s. 105.

27 Diesen & Lagerqvist Veloz Roca, Bevisprövning i förvaltningsmål s. 118. Se även Wennergren, Förvaltningsprocesslagen m.m. 2005 s. 77 och 234 ff. och Ekelöf & Boman, Rättegång fjärde häftet, 2008 s. 225 ff.

28 I mål nr 11550-05 LR i Skåne län tillstyrkte sakkunnig fortsatt vård med stöd av LPT. LR begärde ett sakkunnigutlåtande från en särskild överläkare. Denne hade besökt patienten på behandlingshemmet och konkluderade att patientens symptom klart visade att han led av en allvarlig psykisk störning och att han var i oundgängligt behov av psykiatrisk heldygnsvård. Patientens inställning till vården gick inte att utröna men den särskilde sakkunnige bedömde att vården inte kunde ges med samtycke.

© Författaren och Studentlitteratur

Det kan konstateras, att 2000 års lagändring i LPT fört det med sig, att det i princip regelmässigt förordnas sakkunnig i mål om tvångsvård.[29] Vilken roll denne därvid spelat i den muntliga förhandlingen är emellertid ovisst. Det framgår nämligen som regel inte av domstolens avgöranden huruvida den sakkunnige ställt frågor till chefsöverläkaren och/eller patienten eller i övrigt agerat t.ex. genom inhämtande av journalhandlingar e.d.[30] Endast i ett (1) fall anges det att sakkunnig besökt patienten och samtalat med denne.[31]

Oftast framgår sakkunnigmedverkan genom att rätten i redogörelsen för utredningen i målet anger t.ex.:

> (Mål nr 10618-07 LR i Stockholms län) Länsrätten har som sakkunnig hört överläkaren /.../ som har förordat fortsatt tvångsvård och anfört bl.a. följande. /.../ har en allvarlig psykisk störning. Det är viktigt att stabilisera behandlingen och garantera uppföljning i öppenvården. Fortsatt tvångsvård under ytterligare en tid med möjlighet till permissioner så snart som möjligt tillstyrkes.
>
> (Mål nr 2732-06 LR i Göteborg). Sakkunnigutlåtande har lämnats av f.d. överläkaren /.../ som tillstyrker ansökningen och uttalar bland annat följande. /.../ lider av en psykisk störning som till sin art och grad är allvarlig. Hon är i behov av sjukhusvård tills omvårdnadssituationen är ordnad och hon kan inte anses ha insikt i behovet av erforderlig vård. /.../ är medveten om sina tvångsstörningar men hon har en sårbarhet därutöver som måste behandlas. Hon saknar en grundkapacitet och när tvånget tär på hennes resurser finns inga marginaler kvar till att strukturera vardagen.
>
> (Mål nr 10846-05 LR i Skåne län) Överläkaren /.../ som hörts som sakkunnig i målet, delar chefsöverläkarens bedömning och tillstyrker bifall till ansökan.

29 LR i Stockholms län avviker därvid i mål avseende ansökan enligt 9 § LPT då sakkunnig inte synes ha förordnats i drygt 14 % av målen medan det i mål rörande ansökan enligt 7 § LPT det endast är i ett mål (0,8 %) som sakkunnig inte förordnats. Det skall därvid påpekas att det är som regel när LR inte hållit muntlig förhandling som sakkunnig inte förordnats, se t.ex. mål nr 7147-07. Beträffande LR i Göteborg respektive Skåne län är det endast i ett (1) fall i respektive länsrätt som sakkunnig inte hörts.

30 Se härom Sjöström, Jacobsson & Hollander, Kollegialitet, terapi och medling: expertgranskning i psykiatrimål, Sociologisk forskning 3-4/2002 s. 97. Se även Sjöström, Party or Patient, Boréa, Smedjebacken 1997.

31 Sakkunnig, som besökt /.../ på avdelningen, delade chefsöverläkarens bedömning och anförde, att /.../ nuvarande symtom överensstämmer med hennes grundtillstånd som både till sin art och grad är allvarligt. Hon har behov av heldygnsvård både för sin egen och för det kommande barnets skull. Hon har en ambivalent inställning till vård och ger ett psykotiskt och förvirrat intryck. På grund av sin sjukdom kan hon inte på adekvat sätt avgöra om hon vill medverka i vården. (Mål 8792-05 LR i Skåne län)

© Författaren och Studentlitteratur

Den åligger chefsöverläkaren att ansöka om fortsatt tvångsvård med stöd av LPT och att därvid visa (bevisa) att omständigheterna i det enskilda fallet är sådana att tvångsvård bör beslutas. Som *medicinsk* specialist skall den sakkunnige därvid, vid domstolens prövning av målet, tillföra rätten *sådan* kunskap. Det juridiska kunnandet både vad avser lagstiftningen och bevisvärderingen ankommer på domstolen. Det är emellertid inte ovanligt att den sakkunnige även uttalar sig om huruvida *förutsättningarna* för tvångsvård kan anses uppfyllda eller inte, så som nedanstående fall ger exempel på.

> (Mål nr 8610-07 LR i Stockholms län). Länsrätten har som sakkunnig läkare hört överläkare /.../ som har förordat fortsatt tvångsvård och anfört bl.a. följande. /.../ lider av en allvarlig psykisk störning och har stora svårigheter att klara sitt dagliga liv vilket medför att hon är i oundgängligt behov av vård på sjukhus. Eftersom /.../ inte frivilligt deltar i denna vård är kriterierna för fortsatt vård enligt LPT uppfyllda.
>
> (Mål nr 324-07 LR i Stockholms län). Länsrätten har som sakkunnig hört /.../ som har förordat fortsatt tvångsvård och anfört bl.a. följande. /.../ lider av en allvarlig psykisk störning och samtliga kriterier enligt 3 § LPT är uppfyllda för fortsatt vård ytterligare en tid.

I de exempel som anförts ovan har sakkunnig sålunda uttalat sig om att kriterierna för tvångsvård är uppfyllda. Därmed är naturligtvis inte sagt att länsrätten tagit detta ad notam och inte gjort en självständig bedömning av rekvisitens förhandenvaro. Det kan mycket väl ha gjorts, men förhållandet kan också vara det omvända. Som Diesen och Lagerqvist Veloz Roca framhåller kan klyftan i kompetens ibland vara så stor att det finns en *risk* att domaren nöjer sig med att godta sakkunnigas auktoritet och slutsats, vilket inte minst kan gälla i fråga om medicinsk expertis. Icke desto mindre måste domaren ha en kritisk inställning till expertisen. Domstolen får inte överlåta bevisprövningen till någon annan utan måste själv ta ansvar för slutsatsen. Därutöver är expertutlåtanden inga bevis utan bara *uttalanden om bevis*, vilket betyder att det i första hand är de direkta konkreta bevisen som skall bedömas. Domstolen tillämpar också andra kriterier för en korrekt slutsats om bevis än de mått man använder inom andra vetenskaper. Bevisprövningen bygger inte på en kvantitativ metod, utan på en kvalitativ, dvs. på en bedömning i det enskilda fallet; hur osannolikt ett förlopp kan förefalla kan det ändå vara precis vad som inträffat i detta fall.[32]

32 Diesen & Lagerqvist Veloz Roca, Bevisprövning i förvaltningsmål s. 28 f.

© Författaren och Studentlitteratur

Vilken exakt betydelse förvaltningsrätterna tillmätt sakkunnigs uttalande i det enskilda fallet går inte att utläsa av studerat rättsfallsmaterial. I en del fall framgår explicit att mot bakgrund av vad som visats i målet *och* vad sakkunnig uttalat gör rätten en viss bedömning. Som regel redovisas dock endast sakkunnigs uppfattning som en del av redogörelsen för övrigt utredningsmaterial.

Det kan dock konstateras, att sakkunnig tillstyrker chefsöverläkarens ansökan, eller förordar fortsatt tvångsvård, i alldeles övervägande antalet mål. Av 661 granskade mål har sakkunnig *avstyrkt* fortsatt vård i endast 12 mål (1,8 %). Av dessa har länsrätten också avslagit ansökan i 10 mål, dvs. rätten har varit enig med sakkunnig. Endast i tre fall där sakkunnig *tillstyrkt* fortsatt vård har länsrätten gått emot dennes uppfattning och avslagit ansökan.[33]

Det sagda ger enligt min mening i vart fall en indikation på att förvaltningsrätterna i hög grad lutar sig mot vad sakkunnig anför. Det må så vara i rent medicinska ställningstaganden men det är, som framgått ovan, domstolen som har att göra de juridiska bedömningarna och ta ställning till huruvida förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda eller inte. Som kommer att framgå i det följande ger rättstillämpningen i flera fall upphov till dubier rörande rekvisitens förhandenvaro, ur rent juridisk synvinkel. Hade förvaltningsrätterna därvid stått friare från sakkunnigs uttalanden är det möjligt att slutet blivit ett annat. Det skall också sägas, att regelmässigt hänvisas i förvaltningsrätternas avgöranden enbart till vad som framgår av chefsöverläkarens *ansökan* om vård. Det är sålunda tveksamt huruvida domstolarna för sin bedömning tar till sitt förfogande hela patientjournalen. Enligt min uppfattning ger i vissa fall[34] journalmaterialet en annan mer sammanhållen och tydlig bild av den enskildes situation än en summarisk ansökan om fortsatt vård.[35] Som framhållits i forskning inom andra discipliner skulle länsrättsprövningen bli den oberoende instans som legitimerade vissa medicinskt beslutade tvångsåtgärder. Paradoxalt nog har psykiatrin "bakvägen" återtagit ett dominerande inflytande genom att sakkunniga läkare fått funktionen att legitimera

33 I Tvångspsykiatrikommitténs betänkande (SOU 1998:32 s. 385 f.) var förhållandet ungefär detsamma.

34 Se t.ex. 3 F i journalgranskningen, där journalerna ger vid handen att patienten, ur en juridisk synvinkel, hade kunnat skrivas ut från tvångsvården långt tidigare, men där ansökningshandlingarna inte ger samma tydliga bild. Fallet kommenterat i kapitel 15 rörande permission.

35 Se Sjöström, Jacobsson & Hollander, s. 94, som anger att det skriftliga materialet i ett typiskt fall vanligtvis omfattade en ansökan på ca två sidor med det vårdintyg på ca fyra sidor som skrevs när patienten lades in på sjukhuset.

© Författaren och Studentlitteratur

länsrätternas beslut att godkänna behandlande läkares ansökningar om tvångsvård.[36]

7.6 Offentligt biträde

Av 38 a § LPT framgår, att offentligt biträde *skall förordnas* i vissa, i bestämmelsen uppräknade, mål. Bara om det måste antas att det inte finns någon behov av ett biträde kan domstolen, enligt andra stycket, underlåta att förordna ett sådant. I lagen (1996:1620) om offentligt biträde föreskrivs bl.a. att staten betalar kostnader för biträdet samt för skäligen påkallad utredning. Rättstillämpningen visar att offentligt biträde förordnas regelmässigt. Endast i 3 mål (0,5 %) saknas biträde. Skälen därtill framgår inte.

7.7 Avslutande reflektioner

Som framgått inledningsvis har de processuella reglerna och dess tillämpning inte varit föremål för någon särskild studie. Vissa iakttagelser har dock redovisats varvid den enskildes rättssäkerhet särskilt stått i fokus.

Tidsfristerna har inte kunnat kontrolleras av det skälet, att det som regel inte anges i domarna när en ansökan om fortsatt vård kommit in till rätten. Däremot har konstaterats, att det i de allra flesta mål hålls *muntlig* förhandling i mål om fortsatt vård enligt 7 och 9 §§ LPT. Det är emellertid i ett förhållandevis stort antal mål (31 % rörande ansökan enligt 9 § LPT), som patienten *inte* varit *närvarande* vid förhandlingen, och det är endast i två fall av dessa där det uttryckligen framgår att utevaron berott på patientens psykiska tillstånd.

För egen del menar jag, att det är synnerligen viktigt att patienten är närvarande vid den muntliga förhandlingen – om inte det psykiska tillståndet hindrar detta – inte minst i fall då patienten vårdas i den öppna psykiatriska tvångsvården. Det finns annars en stor risk att förvaltningsrätten inte gör, eller kan göra, en egen värdering av patientens förmåga att kunna samtycka till erforderlig vård på frivillig grund[37] och beslutar om förlängning av tvångsvården av skäl som inte är lagligen grundade.[38]

Det har också konstaterats, att det i princip regelmässigt förordnas *sakkunnig* i mål om tvångsvård och att rättstillämpningen indicerar att rätten i hög grad lutar sig mot vad sakkunnig uttalar. Man måste dock, menar

36 Sjöström, Jacobsson & Hollander, s. 110.

37 Se t.ex. fallet 3 F närmare beskrivet under kapitel 15.

38 Se t.ex. vad som anförs om det kvalificerade vårdbehovsrekvisitet avsnitt 9.5 och om permission i kapitel 15.

© Författaren och Studentlitteratur

jag, fråga sig vilken betydelse sakkunnigmedverkan har för den enskilde patienten, som är den i domstolsförhandlingen, efter chefsöverläkarens ansökan om fortsatt vård, mot vilken ett ifrågasatt frihetsberövande riktar sig. Risken är att den enskilde upplever sig hamna i underläge och inte känner att han eller hon har något att sätta emot när två medicinska auktoriteter är överens om tvångets nödvändighet. Risken är också stor att chefsöverläkare och sakkunnig uppfattar varandra som allierade, vilket torde vara än mer den enskildes förfång.[39] Visserligen har patienten rätt till offentligt biträde och finns en stödperson har denne rätt att närvara vid förhandlingen. Som regel uttalar sig emellertid det offentliga biträdet endast om vad patienten anser i vårdfrågan och någon stödperson har, såvitt angivits i studerat rättsfallsmaterial, aldrig funnits närvarande. Enligt min mening måste starkt ifrågasättas om sakkunnigs medverkan, i den form som lagen nu föreskriver, är ägnad att garantera den enskildes rättssäkerhet, i synnerhet om inte rättens ordförande aktivt ställer sig kritiskt granskande till såväl det skriftliga underlaget som till vad sakkunnig och andra uttalar vid den muntliga förhandlingen.

39 Se Sjöström/Jacobsson/Hollander s. 101.

© Författaren och Studentlitteratur

Tvångsvårdens syfte

KAPITEL 8

8.1 Allmänt om syftesbestämmelser

Socialberedningens förslag till en ny tvångslagstiftning för personer med allvarlig psykisk störning byggde på *akutvårdsprincipen*. Beredningen menade att det mer eller mindre var det akuta behovet av vård som skulle vara avgörande för om psykiatrisk vård och behandling skulle få ske med tvång. Målsättningen skulle vara att *häva ett krisläge* för att få en kontakt med den psykiskt störde så att en behandlingsrelation på frivillig grund kunde bli möjlig.[1] Syftet i *beredningens* lagförslag var därmed att avhjälpa ett akut vårdbehov hos patienten.[2]

LPT utformades i stället som en *vårdlag*, vilket framgår redan av lagens rubrik. Tvångsvård med stöd av lagen är sålunda inte begränsad till att häva ett krisläge, utan tvångsvård får under särskilda förutsättningar användas även sedan vårdbehovet inte kan betecknas som akut. Dock kan man aldrig i något fall göra avkall på att förutsättningarna i 3 § LPT skall vara uppfyllda samtidigt, såväl i samband med intagningen som under tiden därefter. LPT:s karaktär av vårdlag innebär också, att vård med stöd av LPT inte kan komma i fråga som sanktion. Det får heller inte vara fråga om ren förvaring. Åtgärder vidtagna på grundval av lagen måste innebära någon form av omsorg om den enskilde, innefattande terapeutiska inslag. Som Europadomstolen framhållit, måste det finnas något samband mellan grunderna för ett tillåtet frihetsberövande och platsen och villkoren för kvarhållandet. Enbart en förvaring av en psykiskt sjuk person utan något syfte torde stå i strid med artikel 5 i EKMR.

Syftet med tvångsvården, *såväl sluten som öppen*,[3] regleras i 2 § andra stycket LPT. En syftesbestämmelse fyller *funktionen* att sätta gränser för i vilket syfte lagen får användas och tjäna som en rättningslinje vid tolkningen av de enskilda bestämmelserna. Syftesbestämmelsen kan sägas vara *positivt handlingsdirigerande* genom att man vid val av olika åtgärder

1 SOU 1984:64 s. 16 och s. 202 ff.
2 SOU 1984:64 s. 445.
3 Prop. 2007/08:70 s. 145.

© Författaren och Studentlitteratur

måste ha siktet inställt mot syftet.[4] Förutsättningarna för tvångsvård ger utrymme för olika bedömningar t.ex. huruvida den psykiska störningen är av allvarligt slag, om vårdbehovet är oundgängligt i lagens mening eller om det finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med samtycke. Även om lagens motiv innehåller uttalanden som begränsar och preciserar hur lagen bör tolkas och tillämpas, kan man hamna i tvivel om förutsättningarnas egentliga innebörd och dess tillämplighet i ett enskilt fall. Syftesbestämmelsen ger därvid viss materiell vägledning. En sådan bestämmelse innebär också ett förbud mot andra åtgärder än sådana som täcks av syftet. Ett ingripande med stöd av LPT som dikteras av andra ändamål, t.ex. ett oundgängligt behov av somatisk vård eller enbart av sociala skäl, är sålunda inte tillåtet.[5]

Syftesbestämmelsen i LPT kan dock *inte* användas i en för tolkningen *utvidgande* riktning. Som kommer att framgå i det följande har lagstiftaren explicit uttryckt att det genom tvångslagens karaktär av kompletterande undantagsreglering följer *ett allmänt krav på restriktivitet* när den tillämpas.[6]

8.2 Syftet med tvångsvård enligt LPT

Av 2 § andra stycket LPT framgår att tvångsvården skall syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. Till skillnad från tvångsvård enligt LVM, som ytterst syftar till frihet från missbruk, syftar *inte* vård enligt LPT till att patienten skall bli botad och "fri från" sin psykiska störning, vilket i vissa fall heller inte är möjligt. Syftet med vården enligt LPT är av mera kortsiktigt slag; patienten skall *sättas i stånd att frivilligt medverka* till nödvändig vård och tvångsvården skall *inriktas på* detta.[7]

I motiven till 1991 års lag, då endast *sluten* psykiatrisk tvångsvård kunde komma i fråga, anfördes att en ledande tanke i modern psykiatri är att det psykiska tillfrisknandet så långt möjligt bör bygga på en aktiv medverkan av patienten. Därför är tanken att nödvändiga vårdinsatser som sker utan klart stöd från patientens sida måste syfta till att *"skapa förutsättningar* för en tillfredsställande behandlingskontakt i *frivillig* form *så snart det låter sig göra"*(kurs. här). Därav följer, anfördes det, att tvånget i anslutning till omhändertagande och behandling, i princip, skall

4 Jfr Gustafsson 2001 s. 214 med där gjorda källhänvisningar.

5 Se om illojal maktanvändning (*détournement de pouvoir*) t.ex. Bramstång 1975 s. 65 och 1985 s. 356. Se även prop. 1990/91:58 s. 239.

6 Prop. 1990/91:58 s. 236.

7 Prop. 1990/91:58 s. 238.

© Författaren och Studentlitteratur

ses som en *undantagsföreteelse av temporär art.*[8] Syftet bör, enligt lagens motiv, vara att *tillgodose ett helt oundgängligt behov* av sådan psykiatrisk vård som ges efter intagning på en vårdinrättning och därigenom göra det möjligt för patienten att medverka till fortsatta psykiatriska stöd- och behandlingsinsatser på frivillighetens grund. Tvångsanvändning i reglerade former måste således, anförde föredragande statsråd, anses nödvändig i vissa fall "för att säkerställa att psykiatrisk vård och behandling skall *komma igång* och ges *rimliga förutsättningar* för att kunna genomföras" (kurs. här).[9]

Vårdåtgärder som måste vidtas utan patientens medgivande skall alltså *inriktas* på att *skapa förutsättningar* för en *tillfredsställande* behandlingskontakt i frivillig form *så snart det låter sig göra.* Den *främsta målsättningen* för tvångsvård blir i enlighet härmed, sägs i motiven, att *tillgodose ett oundgängligt behov* av sådan vård som ges efter intagning på en psykiatrisk vårdinrättning och att bl.a. *genom försök att motivera* patienten göra det möjligt för denne att frivilligt medverka till erforderlig behandling och till att ta emot det stöd som behövs för att återvinna den psykiska hälsan. I detta ligger, menade föredragande statsråd, att tvångsvård inte får tendera mot att bli en ren förvaring av patienten. Strävan måste vara att aktivera patientens resurser så att denne *blir i stånd att ta självständigt ansvar* för sina levnadsförhållanden.[10] Syftet utifrån 1991 års lag har sålunda ett nära samband med ett av de grundläggande rekvisiten för sluten psykiatrisk tvångsvård; ett *oundgängligt vårdbehov* (3 § första stycket p. 1 LPT).[11]

Syftesbestämmelsen i 2 § LPT är emellertid tillämplig även på den *öppna* psykiatriska tvångsvården som infördes genom lagändring den 1 september 2008. Den vårdformen innebär att det *inte* behöver föreligga ett oundgängligt behov av *intagning* på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad dygnetruntvård utan tvångsvården har utsträckts till att, under vissa förutsättningar, även gälla patienter som inte längre har ett oundgängligt behov av sjukhusvård. I stället finns ett krav på att patienten *behöver iaktta särskilda villkor* för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (3 § första stycket p. 2 LPT). Avsikten är att vårdformen skall kunna omfatta de patienter som behöver följa en viss behandling eller iaktta andra särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård, utan att ha ett behov av sluten vård. Enligt lagens motiv är "syftet" att bättre kunna anpassa nivån på tvångsingripandet till varje enskild patients behov. "Målsätt-

8 Prop. 1990/91:58 s. 70.
9 Prop. 1990/91:58 s. 71.
10 Prop. 1990/91:58 s. 237.
11 Se avsnitt 9.5.

© Författaren och Studentlitteratur

ningen" är att en patient därmed inte skall behöva riskera att utsättas för en större integritetskränkning än vad som är absolut nödvändigt för att kunna ge honom eller henne erforderlig psykiatrisk vård.[12]

Syftesbestämmelsen i LPT genomgick emellertid vid införandet av den öppna vårdformen endast språkliga förändringar. *Syftet med all tvångsvård* enligt lagen, såväl öppen som sluten är att motivera patienten att frivilligt medverka till erforderlig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.[13]

Sammanfattningsvis gäller sålunda, att antingen man vårdas inom den slutna eller öppna psykiatriska tvångsvården är syftet med vården detsamma. Patienten skall sättas i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver. Därvid måste man se till relationen med förutsättningarna för tvångsvård. Den *slutna* vården skall tillgodose ett oundgängligt vårdbehov som inte kan tillgodoses på något annat sätt än genom att patienten är *intagen* på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Det bör därvid framhållas att detta är något helt annat än ett oundgängligt behov av fortsatt behandling i allmänhet. Den *öppna* vården skall tillgodose patientens behov av att iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. I *båda vårdformerna* gäller att så snart patienten fått *rimliga möjligheter* att frivilligt medverka till *nödvändig* vård är syftet uppfyllt och tvångsvården skall upphöra. Inte heller den öppna vården avses kunna fortsätta under lång tid för att endast tillgodose ett allmänt behov av fortsatt behandling. I sammanhanget måste även bestämmelsen i 27 § LPT uppmärksammas, enligt vilken chefsöverläkaren har *skyldighet* att *genast* besluta att tvångsvården skall upphöra när det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård, något som förutsätter ett *fortlöpande övervägande*. När patienten har blivit så motiverad att han eller hon bedöms klara fortsatt behövlig vård i frivilliga former skall tvångsvården upphöra.[14]

Syftet hänger också samman med *behandlingsåtgärder* och andra insatser som behövs under tvångsvården och syftesbestämmelsens handlingsdirigerande funktion kommer explicit till uttryck i 16 och 17 §§ LPT. Sålunda skall *vårdplanen* ange åtgärder och insatser som behövs för att syftet med tvångsvården skall uppnås och för att resultaten av dessa insatser skall kunna bestå (16 §). Vidare stadgas i 17 § att *behandlingsåtgärderna* skall anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 § andra stycket. Syftesbestämmelsen anger därvid *inom vilken ram* psykiatrisk behandling får ske under tvångsvård och preciserar ända-

12 Prop. 2007/08:70 s. 83.

13 Prop. 2007/08:70 s. 145.

14 Prop. 1990/91:58 s. 237. Se även avsnitt 14.5 om behandlingen under tvångsvård.

© Författaren och Studentlitteratur

målet med och inriktningen av tvångsvården.[15] Kravet på att anpassning skall ske till tvångsvårdens beskrivna syfte gäller såväl *arten* som *omfattningen* och *varaktigheten* av behandlingsåtgärderna. Av motiven framgår att i det enskilda fallet får således en behandlingsåtgärd inte vara mer ingripande än vad som är försvarbart med hänsyn till det i lagen angivna ändamålet med tvångsvården.[16] Det krävs också ett aktivt förhållningssätt från hälso- och sjukvårdens sida så att tvångsvården inte blir fråga om ren förvaring. Självfallet skall all vård inom hälso- och sjukvården utföras i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (jfr 2 a § HSL och 2 kap. 1 § LYHS).

Bedömningen av när en patient kan anses vara i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård torde vara en grannlaga uppgift. Det står dock klart, att så snart det brister i någon av förutsättningarna i 3 § LPT skall tvångsvården upphöra även om frågan om tvångsvård är föremål för domstolsprövning. Vidare torde det inte vara tillräckligt att patienten är i stånd att frivilligt medverka till vilken vård som helst. Lagens ordalydelse ger vid handen att patienten skall vara i stånd att frivilligt medverka till *nödvändig vård* och ta emot det stöd som han eller hon *behöver*. Vad detta närmare innebär måste ske utifrån en individuell bedömning. Utifrån vad som uttalats i motiven skall tvångsvården endast tjäna syftet att säkerställa att frivillig vård *kommer i gång* och ges *rimliga* förutsättningar att genomföras och detta avses gälla både sluten och öppen psykiatrisk tvångsvård. Den öppna vårdformen är inte avsedd att användas som en möjlighet att slentrianmässigt ge patienten långtidsmedicinering utanför sjukvårdsinrättningen. Det självklara målet är ett minimum av integritetskränkning för varje patient, samtidigt som denne ges en god vård och stöd- och serviceinsatser anpassade efter hans eller hennes behov.[17]

15 Prop. 1990/91:58 s. 136.
16 Prop. 1990/91:58 s. 136 och 257.
17 Prop. 2007/08:70 s. 76 f.

© Författaren och Studentlitteratur

Förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård

KAPITEL 9

9.1 Inledning

Som framgått inledningsvis är lagstiftarens utgångspunkt för utformningen av LPT att *tvångsvården måste begränsas,* och så långt möjligt utformas så att riskerna för den personliga integriteten minimeras. Tiden för tvångsvård skall också vara så kort som möjligt och aktivt användas för att ge den behandling och det stöd som behövs för att vården skall kunna övergå i frivilliga former i enlighet med syftet i 2 § LPT.

Inför LPT:s ikraftträdande konstaterades i lagens motiv, att *lagstiftningens utformning* är viktig, men av än större vikt är vårdens praktiska utformning, dess kompetens, arbetsmetoder, organisation och resurser.[1] Förevarande arbete är främst inriktat på lagstiftningens utformning och, så långt möjligt, den praktiska tillämpningen av lagstiftningen inom vården och i förvaltningsrätterna. Hur vården organiserats och vilken kompetens och arbetsmetoder som används ligger i princip utanför vad detta projekt syftar till.

I förevarande kapitel görs, utifrån gängse rättskällor, en grundlig analys av utformningen av ingripanderekvisiten. Genom exempel i första hand från genomgånget rättsfallsmaterial och granskade journalhandlingar redogörs för hur förutsättningarna kommit att tillämpas inom vården och på underrättsnivå.

9.2 Allmänt om förutsättningarna

Förutsättningarna för att tvångsvård med stöd av LPT över huvud taget skall kunna komma i fråga har sedan lagen trädde i kraft 1991 reglerats i 3 § LPT. Bestämmelsen har därefter reviderats vid ett par tillfällen,[2] dock inte på något genomgripande sätt, förrän från den 1 september 2008 då det infördes bestämmelser om *öppen* psykiatrisk tvångsvård.

Rekvisiten är *kumulativa*, dvs. samtliga förutsättningar – allvarlig psykisk störning, ett oundgängligt vårdbehov, alternativt ett behov av

1 Prop. 1990/91:58 s. 65.

2 SFS 2000:353 och SFS 2008:415.

© Författaren och Studentlitteratur

särskilda villkor, och att patienten motsätter sig vården – skall vara uppfyllda *samtidigt*.[3] Tvångsvård får, enligt lagens ordalydelse, *endast* ges om dessa förutsättningar är uppfyllda. Att bestämmelsens rekvisit skall vara uppfyllda *samtidigt* gäller såväl *i samband med intagningen som under tiden därefter*.[4] För att tvångsvård över huvud skall kunna komma i fråga måste *alltid* förutsättningarna för *sluten* psykiatrisk vård vara uppfyllda i inledningen av en tvångsvårdsperiod. Det finns ingen möjlighet att direkt låta patienten vårdas genom öppen psykiatrisk tvångsvård (2 § LPT). För *såväl* öppen som sluten psykiatrisk tvångsvård gäller också, enligt 3 § fjärde stycket LPT, att tvångsvård *inte* får ges om den allvarlig psykiska störningen utgör enbart en *utvecklingsstörning*. För *båda vårdformerna* skall också, i enlighet med 3 § fjärde stycket, beaktas patientens eventuella *farlighet*.

Av 27 § LPT framgår att det *genast* skall beslutas att tvångsvården skall *upphöra* när det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård. Denna fråga skall, enligt samma bestämmelse, *övervägas fortlöpande* av den ansvarige läkaren, och detta även om frågan om tvångsvård är föremål för domstolsprövning.[5] Även om förutsättningarna för tvångsvård kan variera i styrka under det att tvångsvården pågår, har lagstiftaren framhållit att det från *rättssäkerhetssynpunkt* är viktigt att hålla fast vid att samtliga förutsättningar skall vara uppfyllda för att tvångsvården skall få fortsätta. *Så snart* förutsättningarna brister *i något hänseende* skall, sägs i motiven, beslut fattas om att tvångsvården skall upphöra.[6]

I förarbetena anförs emellertid även att det ibland kan uppstå svårigheter att i den praktiska tillämpningen avgöra om en vårdförutsättning brister. Bl.a. kan det i vissa fall vara svårt att ta ställning till innebörden av att patienten ger uttryck för att han ändrat sin tidigare negativa inställning till viss vård eller behandling. *Som regel*, sägs i motiven, skall detta leda till att beslut fattas om att tvångsvården skall *upphöra*. Det är emellertid nödvändigt att den ansvarige läkaren värderar om ett samtycke är *allvarligt menat* och verkligen inbegriper *all* den vård som, såvitt gäller sluten psykiatrisk tvångsvård, oundgängligen behövs. Med hänsyn till samtyckeskonstruktionen och till möjligheten att konvertera frivillig psykiatrisk vård till tvångsvård ansågs eventuella tillämpningsproblem av här antydd art kunna bemästras.[7]

Förutsättningarna utmärks av ett *aktualitetskrav*. Ett ingripande med

3 Prop. 1990/91:58 s. 82.
4 Prop. 1990/91:58 s. 238.
5 Prop. 1990/91:58 s. 268.
6 Prop. 1990/91:58 s. 268.
7 Prop. 1990/91:58 s. 159.

© Författaren och Studentlitteratur

tvång måste sålunda kunna motiveras med att förhållandena fortfarande är för handen då beslut fattas. Det är omständigheterna *vid tidpunkten för ett ifrågasatt ingripande* som är avgörande, inte vad som förevarit tidigare, även om detta kan behöva vägas in i bedömningen om tvångsvårdens nödvändighet.[8]

> I mål 1732-06, LR i Göteborg, ansöktes om fortsatt tvångsvård med stöd av 7 § LPT. NN hade haft långvarig kontakt med psykiatrin p.g.a. en "psykotisk störning" och överkonsumtion av alkohol. Patientens psykiska tillstånd bedömdes vid tiden för LR:s prövning "alltjämt som allvarligt vad gäller art och grad". Vid den muntliga förhandlingen uppgavs att patienten under vårdtiden återhämtat sig, men att han "är fortfarande psykotisk".

I målet ges uttryck för aktualitetsprincipen; den psykiska störningen uppges föreligga vid tiden för rättens prövning.

LPT tillkom i en anda och i en strävan att minska tvånget inom den psykiatriska vården.[9] En sådan inriktning har också avsetts prägla lagstiftningens utformning när det gäller såväl *förutsättningarna för* som *varaktigheten av* tvångsomhändertaganden. De legala förutsättningarna utgår således från att återspegla tanken att tvång skall vara en *sista utväg* för att hjälpa en medmänniska i psykisk nöd. I motiven framhålls, att för dem som skall bedöma om villkoren är uppfyllda bör det stå klart att avgörandet skall ske efter *noggrann prövning av olika vägar* att hjälpa patienten. Det förutsätter i sin tur att tillfredsställande undersökning sker av bakgrunden till patientens situation och att en insiktsfull utvärdering sker av framkomna upplysningar.[10]

LPT:s tillämplighet är *inte* begränsad till patienter över en viss ålder. De förutsättningar som skall vara uppfyllda för ett beslut om tvångsvård är sålunda desamma oavsett om det är fråga om ett barn, dvs. under 18 år eller en vuxen.[11]

Tvångsvård kan ges både som öppen och som sluten psykiatrisk tvångsvård. I 2 § första stycket LPT ges en legaldefinition av respektive vårdform. Vård som sålunda ges när patienten är *intagen på en sjukvårdsinrättning* benämns *sluten* psykiatrisk tvångsvård. *Annan vård* enligt lagen benämns *öppen* psykiatrisk tvångsvård. Konstruktionen har sin förebild i 5 § HSL,

8 Gustafsson 2001 s. 289 och där gjorda källhänvisningar. Se även avsnitt 6.5.

9 Prop. 1990/91:58 s. 72 f.

10 Prop. 1990/91:58 s. 73.

11 Det är endast ett fåtal mål i det empiriska underlaget som rört patienter under 18 år. I förevarande arbete görs sålunda ingen speciell studie i förhållande till underåriga. Se angående detta Ingmar Engström (red.), Tvingad till hjälp om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Studentlitteratur 2006.

© Författaren och Studentlitteratur

där det anges att vård som ges under intagning benämns sluten vård, medan annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård.

Det är viktigt att framhålla, att en patient som ges *öppen* psykiatrisk tvångsvård *inte* är att anse som *intagen* på en sjukvårdsinrättning, trots att han eller hon *fortfarande är inskriven* som patient vid inrättningen under hela vårdtiden.[12] En patient som däremot har *permission* från den slutna vården är emellertid fortfarande att anse som *intagen* på sjukvårdsinrättningen.[13]

9.3 Lagtolknings- och bevisfrågor

Innan de grundläggande rekvisiten för tvångsvård närmare undersöks, skall nämnas något om *tolkningen* av dessa och vilka *beviskrav* som gäller för ett beslut om tvångsvård.

Generellt bör understrykas vikten av att rekvisiten för tvångsingripande åtgärder tolkas *restriktivt*, detta inte minst mot bakgrund av grundlagens ändamåls- och legalitetsprincip och hälso- och sjukvårdslagstiftningens grundläggande idéer om frivillighet, självbestämmande och integritet, principer som gäller även inom tvångsvården (jfr 1 § LPT).[14] Också med hänsyn till att det är fråga om åtgärder som gör intrång i grundläggande fri- och rättigheter bör en restriktiv tolkning anbefallas. En sådan tolkning påbjuds även av Europadomstolen eftersom tvångsvård är ett undantag från den allmänna rätten till personlig frihet.[15] Lagstiftaren har dessutom uttryckligen framhållit att av tvångslagens karaktär av *kompletterande undantagsreglering*, som medger vissa integritetskränkande vårdåtgärder, följer ett *allmänt krav på restriktivitet* när den tillämpas.[16]

Det sagda innebär sålunda att lagens tillämpningsområde bör reserveras för fall som *klart* låter sig subsumeras under respektive rekvisit.[17] Åtgärder som inkräktar på grundlagsskyddade fri- och rättigheter och som inte har explicit lagstöd får inte förekomma. Kravet på restriktivitet bör emellertid även avse sådana positiva regler som innebär skyndsamhet t.ex. i fråga om underställning till länsrätten (12 § LPT) eller vid handläggningen i domstol (35 § LPT), detta mot bakgrund av allvaret i den åtgärd som ligger till grund för underställningen eller domstolsprövningen.[18]

12 Prop. 2007/08:70 s. 144.
13 Se härom avsnitt 15.2.
14 Jfr Kjønstad och Syse, Velferdsrett I 2008, s. 449. Se även kapitel 6.
15 Se t.ex. fallet Guzzardi 1980 (Nr 170-A).
16 Prop. 1990/91:58 s. 236.
17 Jfr Bramstång, Rättsfonden III 1987 s. 67 f.
18 Gustafsson 2001 s. 290.

© Författaren och Studentlitteratur

Vad vidare gäller hur stark bevisning som krävs – vilka *beviskrav* som gäller – för ett beslut om tvångsvård, anges i 3 § LPT inte någonting i denna fråga.

Däremot gäller, enligt 4 § andra stycket LPT, för att en *undersökning för vårdintyg* skall få företas, att det finns *skälig anledning* till det. Detta anses enligt lagens motiv innebära att en undersökning inte får påbörjas om inte *omständigheterna ger viss grund för* att undersökningen kommer att mynna ut i ett vårdintyg. Det ligger i sakens natur, uttalas i motiven, att det här inte kan krävas någon högre grad av sannolikhet, utan det åvilar den läkare som skall utföra undersökningen att pröva om det finns *tillräckligt fog* för den.[19] Bestämmelsen anses vara en tillräcklig påminnelse om att frågeställningen om undersökning över huvud taget bör ske måste ägnas tillräcklig uppmärksamhet av undersökande läkare.[20] Inom bevisteorin torde denna lokution innebära att bevisvärdet uppgår till minst 51 %.[21]

När vårdintyg väl *utfärdas* skall det emellertid av detta, enligt 4 § första stycket LPT, framgå att det finns *sannolika skäl* för att förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda. I motiven talas inte närmare om vad som avses härmed. Klart är dock att lokutionen sannolika skäl innebär ett *högre mått av krav på bevisningen* än skälig anledning. Bevisteoretiskt får detta uppfattas som ett krav på bevisningen med ungefär tre fjärdedelars styrka, dvs. 75 %.[22]

För att det emellertid skall kunna *beslutas om psykiatrisk tvångsvård* ställs än *högre krav* på bevisningens styrka. I motiven talas om att frågan om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda måste *klarläggas* så väl som möjligt i varje enskilt fall.[23] Vidare uttalas: "För intagning skall det inte /.../ *räcka med sannolika skäl* för att vård kan beredas enligt tvångsvårdslagen. Intagning bör således inte kunna ske annat än om förutsättningarna för tvångsvård *är uppfyllda*"[24](kurs. här).

För ett *beslut om tvångsvård* krävs sålunda att det i princip är *styrkt* eller möjligen *uppenbart* att rekvisiten är för handen.[25] Därvid måste framhållas, att kravet på bevisens styrka inte är något som enbart gäller vid en

19 Prop. 1990/91:58 s. 245. Se avsnitt 10.2.

20 Prop. 1990/91:58 s. 105.

21 Diesen & Lagerqvist Veloz Roca 2005 s. 92.

22 Diesen & Lagerqvist Veloz Roca 2005 s. 92.

23 Prop. 1990/91:58 s. 104.

24 Prop. 1990/91:58 s. 109.

25 Även vid bevisstyrkan "uppenbart" finns en smal osäkerhetsmarginal beroende på att möjligheter som man bedömt ytterst osannolika eller orimliga, eller som man inte ens kunnat föreställa sig, någon enstaka gång kan inträffa i verkligheten. Boman i Ekelöf, Rättegång, fjärde häftet, 2008 s. 57.

© Författaren och Studentlitteratur

domstolsprövning. Det är chefsöverläkaren som i förstone har att göra en bedömning av rekvisitens förhandenvaro och besluta om intagning (6 b § LPT). *Samma bevisstyrka gäller vid chefsöverläkarens beslut* som vid en eventuell senare prövning av intagningsbeslutet eller vid en förlängning av tvångsvården hos domstol. Vid en ansökan om förlängning av tvångsvården i enlighet med 7 eller 9 §§ LPT är det också chefsöverläkaren som har att bevisa att förutsättningarna för fortsatt tvångsvård föreligger. I ansöknings- och underställningsmål (jfr 12 § LPT) åvilar sålunda *bevisbördan* chefsöverläkaren, vid äventyr att domstolen beslutar till fördel för motstående part, dvs. i förevarande fall den enskilde patienten.

9.4 Allvarlig psykisk störning

Vid LPT:s tillkomst var en grundläggande fråga vilka tillstånd som skall omfattas av lagstiftningen och hur dessa skall beskrivas där. I LSPV talades om *psykisk sjukdom*, ett begrepp som användes som samlingsbeteckning för alla sjukdomar med psykiska symtom oavsett dess orsaker, alltså såväl psykoser och neuroser som insufficienstillstånd av olika slag.[26] Med psykisk sjukdom *jämställdes* psykisk abnormitet som inte var att hänföra till psykisk sjukdom eller utgjordes av hämning av förståndsutvecklingen. Begreppet psykisk abnormitet skulle tolkas så, att det förutom psykopati även innefattade defekter och invalidtillstånd efter olika slag av hjärnsjukdomar eller hjärnskador där förändringar i personligheten ofta dominerar bilden.[27]

Den grundläggande förutsättningen för vård enligt nu gällande lag, *såväl sluten som öppen* psykiatrisk tvångsvård, är att det skall föreligga en *allvarlig psykisk störning*. Begreppet tillkom efter diskussioner kring att finna ett lämpligt uttryck som *koncentrerat* beskriver de "psykiska tillstånd" som avses.[28] Det är ett samlingsbegrepp som föreslogs av Socialberedningen som därmed ville understryka, att ett rent biologiskt sjukdomsbegrepp inte längre skall få vara grundläggande vid avgörandet om psykiatrisk vård skall få ske med tvång. Beredningen menade bl.a. att det är viktigt att slå vakt om en helhetssyn på patienten och att ta fasta på att psykiska störningar i regel kan återföras på såväl biologiska som psykologiska och sociala faktorer, vilka ofta samspelar och förstärker varandra.[29]

Professor emeritus i psykiatri Jan-Otto Ottosson beskriver förhållandet sålunda, att psykiska symtom kan uppstå på två sätt: genom stör-

26 Prop. 1966:53 s. 156 ff.
27 Prop. 1966:53 s. 163.
28 Prop. 1990/91:58 s. 85.
29 SOU 1984:64 s. 140 ff, 202 ff, 209 ff.

© Författaren och Studentlitteratur

ningar i hjärnans struktur eller funktion (organisk eller somatisk genes) och genom upplevelser av omvärlden (psykogenes). Även behandlingarna är av två slag: sådana som ingriper i hjärnans struktur eller funktion (somatisk terapi) och sådana som söker påverka individens upplevande (psykoterapi) eller omvärld (sociala åtgärder). Somatisk genes och terapi utgår från människan som en biologisk organism, medan psykogenes, psykoterapi och sociala åtgärder ser människan som en personlighet och samhällsvarelse. Psykiatrin omfattar därför två kunskapsområden, ett biologiskt-medicinskt och ett psykologiskt-socialt. Dess särställning som medicinsk specialitet ligger i den samtidiga tillämpningen och integrationen av dessa. Som regel samverkar somatiska och psykosociala orsaksfaktorer, liksom somatisk terapi, psykoterapi och sociala åtgärder oftast ges i kombination.[30]

Såvitt gäller det i LPT använda begreppet – *psykisk störning* – anför Ottosson, att termen har fördelarna att den dels täcker hela psykopatologin och eliminerar konstlade uppdelningar, dels markerar att den medicinska sjukdomsmodellen kompletteras med den psykosociala. Användningen av begreppet psykisk störning är förenlig med att ingen psykiatrisk åtgärd är avhängig av om ett tillstånd betecknas som sjukdom eller inte. I praktiken bestäms i stället åtgärderna av symtomens art och grad, deras förlopp, orsaksmönster och konsekvenser.[31]

Eftersom det sålunda inte ansetts möjligt att i lagtext ange förevarande grundförutsättning annat än i allmänna termer anammades begreppet *allvarlig psykisk störning* i LPT. Det är avsett att vara något snävare än det tidigare använda begreppet psykisk sjukdom och ingår som ett led i strävan att begränsa tvångsanvändningen.[32] Innebörden är emellertid inte legaldefinierad utan för tolkningen är man hänvisad till vad som uttalats i lagens förarbeten. Därvid kan först konstateras att för psykiatrisk tvångsvård är det *inte* tillräckligt att patienten har en *psykisk störning*. Den psykiska störningen skall också vara *allvarlig*.

Bedömningen av om en psykisk störning är allvarlig måste, enligt lagens motiv, ske utifrån störningens *art och grad*. Med art avses *typen* av störning och med grad *omfattningen av det ingrepp i personligheten* som störningen förorsakar.[33] I motiven anförs att en del typer av psykiska störningar är allvarliga till såväl art som grad. Vissa psykiska störningar, t.ex. schizofreni, får alltid anses allvarliga till sin art men behöver däremot inte vara allvarliga till sin grad och kan ha ett tämligen lindrigt förlopp.

30 Ottosson, Psykiatri s. 10.

31 Ottosson, Psykiatri s. 14 f.

32 Prop. 1990/91:58 s. 238.

33 Prop. 1990/91:58 s. 239.

© Författaren och Studentlitteratur

Andra psykiska störningar såsom depressioner är inte alltid av allvarlig art, utan här måste betydelsen av störningens grad bli mera omedelbart avgörande för bedömningen. En *sammanvägning* får göras i varje särskilt fall av arten av störningen och de symtom och yttringar i övrigt som belyser graden av störningen.[34]

I motiven uttalas vidare, vad gäller prövningen av huruvida en psykisk störning är allvarlig eller inte, att hänsyn måste tas till *växlingar i tillståndet* och *risken för återfall* om vården och behandlingen avbryts för tidigt. Den psykiska störningen är av *allvarlig art* så länge *påtaglig risk* föreligger för att de psykiska symtomen återkommer om behandlingsinsatserna avbryts. I *enstaka undantagsfall*, anförs det, kan detta innebära att den fortlöpande medicinska bedömningen resulterar i att vården sträcker sig över avsevärd tid.[35] Det ges ingen vägledning i frågan vad som skall avses med *påtaglig risk*. Jämför man emellertid användningen av detta begrepp i andra lagstiftningssammanhang, t.ex. LVU där det för ett tvångsomhändertagande skall föreligga en påtaglig risk för skada, kan konstateras att begreppet i det sammanhanget avses beskriva att den risk som skall föreligga skall vara *konkret*. Det skall finnas *konkreta omständigheter som ger belägg för* att risk föreligger. Det får inte vara fråga om subjektiva antaganden. Inte heller får ovidkommande omständigheter läggas till grund för ett tvångsomhändertagande.[36] Överfört till LPT torde det sagda innebära att en bedömning av huruvida den psykiska störningen är allvarlig, och om det sålunda föreligger en *påtaglig risk för återinsjuknande* om behandlingen avbryts, måste grundas på *faktiska objektiva omständigheter* som visar detta. För ett beslut om tvångsvård eller fortsatt tvångsvård måste därvid krävas en ingående individuell bedömning i varje enskilt fall. För att en risk i förevarande sammanhang skall anses vara påtaglig kan det, i likhet med vad som gäller enligt LVU, inte vara fråga om en *ringa* risk, och det kan heller inte vara tillräckligt med en *alltför avlägsen* risk.[37]

Såvitt gäller begreppet "psykisk störning" ges i lagens motiv en *vägledande* redogörelse för olika *psykiska tillstånd* som avses kunna utgöra grund för tvångsvård. Det bör därvid framhållas att det *inte* är fråga om någon *uttömmande* uppräkning.[38] Sålunda uttalas följande:

> Till *allvarlig psykisk störning* bör i första hand räknas tillstånd av psykotisk karaktär, således tillstånd med störd realitetsvärdering och med symtom

34 Prop. 1990/91:58 s. 87.
35 Prop. 1990/91:58 s. 87.
36 Se Gustafsson 2001 s. 400.
37 Jfr RÅ 1995 ref. 46. Se även om aktualitetsprincipen avsnitt 6.5.
38 Prop. 1990/91:58 s. 86 och 238.

© Författaren och Studentlitteratur

av typen vanföreställningar, hallucinationer och förvirring. Till följd av en hjärnskada kan vidare en psykisk funktionsnedsättning av allvarlig art (demens) med störd realitetsvärdering och bristande förmåga till orientering i tillvaron uppkomma.

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

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

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

Psykisk funktionsnedsättning som beror på åldrande och som tar sig uttryck i s.k. åldersdement beteende kan vara så kraftig att begreppet allvarlig psykisk störning är tillämpligt [samtliga kursiveringar gjorda här].

Av 3 § tredje stycket LPT framgår att tvångsvård inte får ges om patientens psykiska störning utgör *enbart* en *utvecklingsstörning*. I motiven utvecklas detta så till vida att tvångsvård inte får ges om patientens störning utgör enbart psykisk utvecklingsstörning *som kan ge rätt till särskilda omsorger enligt omsorgslagen*.[39] Överfört till nu gällande lagstiftning skulle detta innebära att tvångsvård inte får ges om patientens störning enbart är sådan att den kan ge rätt till insatser enligt LSS. I motiven till 1991 års lag anförs dock, att det inte helt bör uteslutas att i *exceptionella fall* kan personer som tillhör personkretsen ges vård med stöd av LPT, självfallet om samtliga rekvisit i 3 § LPT är uppfyllda.[40] Det bör framhållas att inte heller *öppen* psykiatrisk tvångsvård får ges om patienten *enbart* lider av en utvecklingsstörning.[41]

Begreppet *allvarlig psykisk störning* är sålunda ett samlingsbegrepp på en lång rad olika tillstånd som avses kunna utgöra grund för tvångs-

39 Prop. 1990/91:58 s. 87.
40 Prop. 1990/91:58 s. 87.
41 Prop. 2007/08:70 s. 146.

© Författaren och Studentlitteratur

vård.[42] Ett studium av drygt 660 rättsfall från länsrätterna ger därvid vid handen, att i de mål som diagnos/tillstånd redovisats,[43] är *psykoser/psykossjukdomar* det som är vanligast förekommande bland de patienter där tvångsvård beslutas, vilket gäller såväl kvinnor som män[44] och därefter olika schizofrena tillstånd och vanföreställningar, också det i princip lika mellan manliga och kvinnliga patienter.

Begreppet "allvarlig psykisk störning" synes inte vålla särskilda diskussioner i rättstillämpningen vilket naturligtvis kan ha varierande orsaker. Domarna motiveras som regel kortfattat och oftast med en uppräkning av lagens rekvisit. *Varför* domstolen har funnit respektive rekvisit föreligga får man sålunda försöka tolka med ledning av vad som framgår av sakframställningen som regelmässigt synes vara baserad på chefsöverläkarens ansökan om fortsatt vård. Huruvida domstolarna därvid även haft tillgång till patientens fullständiga journal framgår inte. Däremot har länsrätten i princip regelmässigt i domstolsförhandlingen förordnat *sakkunnig* som, om det inte är uppenbart obehövligt, skall höras vid den muntliga förhandlingen (37 § LPT).[45]

Det är vanskligt att utifrån enbart ett studium av rättsfall och med ett juridiskt synsätt försöka vederlägga ett påstående om att det skulle föreligga en allvarlig psykisk störning. Det kan emellertid i vart fall konstateras, att vad som framkommer i övervägande antalet mål i princip är i överensstämmelse med vad som uttalats i lagens motiv som vägledning i frågan. Följande mål kan andragas som exempel på fall där det bedömts föreligga en allvarlig psykisk störning:

> I mål 1737-06, LR i Göteborg, ansökte chefsöverläkaren om fortsatt tvångsvård enligt 7 § LPT för NN som uppgavs ha en psykossjukdom. Av sakframställningen framgår: "I hennes kliniska bild ingår religiösa föreställningar i form av röster av kritiserande och imperativ karaktär.

42 I senare lagstiftningsärenden har någon generell förändring av förutsättningarna för tvångsvård inte ansetts böra göras (prop. 1999/2000:44 s. 60). Utredningen om översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen (S 2008:09), Dir. 2008:93 och 2009:93, skall bl.a. analysera om kriterierna för tvångsvård, däribland begreppet allvarlig psykisk störning, är lämpliga för att bedöma om en person skall omfattas av den psykiatriska tvångsvården. Uppdraget skall redovisas senast den 30 april 2011.

43 I de fall diagnos/tillstånd inte framgår talas endast om att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. Se JO 1998/99:JO1 s. 184 ff. om utsättande av medicinsk diagnos i domskäl.

44 Förekommande diagnoser/tillstånd fördelat på män/kvinnor och i ålder redovisas i bilaga 1.

45 Se kapitel 7.

© Författaren och Studentlitteratur

Detta genombrott av psykotisk störning handlar om rösthallucinos där Gud vill straffa henne och där hon orsakat sig själv brännsår i pannan och på händerna. Under vårdtiden på avdelningen har /.../ blivit lugnare. Det självdestruktiva ha försvunnit och de bisarra upplevelserna är inte längre så uppenbara. Det finns dock fortfarande aktuella föreställningar som gör att hon har bristfällig sjukdomsinsikt och är negativt inställd till fortsatt behandling på sjukhus. Hennes tillstånd bedöms som allvarligt vad gäller art och grad och det är viktigt att vården fortsätter med stöd av LPT."

Sakkunnigutlåtande hade lämnats i målet. Sakkunnig tillstyrkte ansökningen och uttalade bl.a. att patienten "lider av en schizoaffektiv sjukdom som kommer i perioder. Dessemellan kan hon vara helt återställd. När hon är inne i en sjukdomsperiod kan hon bl.a. vara förvirrad och det är alltid skäl för vård med stöd av LPT."

LR fann att utredningen visade att NN led av en allvarlig psykisk störning samt att även övriga förutsättningar för tvångsvård var uppfyllda och biföll ansökan. Mot detta finns, såvitt framgår av domen, inget att invända. Sakframställningen ger uttryck för att patienten blivit lugnare men att det fortfarande fanns aktuella "föreställningar" och att hennes tillstånd var allvarligt både till art och grad. Rekvisitet synes uppfyllt vid tiden för LR:s prövning och målet ger även uttryck för den ovan diskuterade aktualitetsprincipen.[46]

I mål 408-07, LR i Stockholms län, ansökte chefsöverläkaren om fortsatt tvångsvård med stöd av 7 § LPT. I målet var fråga om en man i femtioårsåldern som var avhyst från sin lägenhet. Han hade levt vagabonderande och sovit utomhus. Mannen hade sedan flera år tillbaka en psykiatrisk diagnos. Då han inkom till sjukhuset var han ovårdad och uppgav att han hade rösthallucinationer. Han, anges i sakframställningen, "lider således av en allvarlig psykisk störning i form av försämring av hans svåra psykossjukdom". Vid domstolsförhandlingen uppgav chefsöverläkaren att patienten "är mycket paranoid och han har uppgivit att han ska döda tre personer". Vidare uppgavs att medicineringen behövde trappas upp och att hans rösthallucinationer inte hade förbättrats.

Patienten bestred bifall och uppgav att han inte led av en psykisk störning men avsåg att stanna på avdelningen frivilligt. "Han hör röster både i huvudet och med öronen, men det finns ingen koppling mellan rösterna och psykiska besvär. Rösterna säger hemska saker om vad som ska hända i världen. Rösterna kan upphöra om han dödar minst tre personer".

46 Se avsnitt 6.5.

© Författaren och Studentlitteratur

LR fann det utrett att patienten led av en allvarlig psykisk störning samt att även övriga förutsättningar för tvångsvård var uppfyllda och biföll ansökan.[47]

I mål 1731-06, LR i Göteborg, ansökte chefsöverläkaren om fortsatt tvångsvård enligt 7 § LPT. I ansökan uppgavs att NN har en psykossjukdom och haft kontakt med psykiatrin sedan många år. Efter försämring av sin grundproblematik vårdades han inneliggande med stöd av LPT. "Han är mycket växlande i humöret och ostabil. För närvarande är det svårt att nå honom. Hans kliniska bild präglas just nu av massiva och bisarra föreställningar där även ett visst verbalt hot och aggressivitet framkommer."

Patienten var inte närvarande vid den muntliga förhandlingen. Det offentliga biträdet uppgav emellertid att NN inte led av någon allvarlig psykisk störning och uppgav att NN kunde ta medicin frivilligt genom öppenvården. Sakkunnig anförde bl.a. att patienten hade en svår paranoid schizofreni och att det vid samtal med honom "välde [sic!] fram vanföreställningar. Han har en massiv och blomstrande sjukdomsbild."

LR fann att utredningen i målet visade att NN led av en allvarlig psykisk störning.

Det är tämligen vanligt att det av domskälen framgår att en *viss förbättring* inträtt under vårdtiden. Som regel anses dock tillståndet vara av sådan art och grad att det är att betrakta som allvarlig psykisk störning vid ansökan om fortsatt vård. Nedanstående mål visar exempel på hur tillståndet kan växla under vårdperioden.

I mål nr 100-06, LR i Skåne län, beslutade chefsöverläkaren om intagning enligt LPT den 7 december 2005. NN hade visat tecken på att lida av cykloid psykos. Av domskälen framgår att "[u]nder vårdtiden har sjukdomssymtomen påverkats av farmaka och en förbättring har inträtt. Under de senaste dagarna har dock en tilltagande intensitet och uppladdningstendens kunnat iakttas vilket tyder på risk för försämring". NN hade svårt att se denna förändring och kunde inte acceptera återgång till högre dos läkemedel vilket var det vårdinnehåll som föreslogs. NN var fortfarande i en behandlingsfas och medicineringen behövde pågå under en längre tid och avvecklas på ett långsammare sätt än som planerats tidigare.

NN motsatte sig fortsatt tvångsvård. NN ansåg sig ha insikt i såväl sjukdom som medicinbehov och kunde tänka sig att stanna på avdelningen frivilligt och att underkasta sig den högre medicindosen som läkaren ordinerat. LR biföll ansökan.

47 Målet även kommenterat under avsnitt 9.8.

© Författaren och Studentlitteratur

Det finns dock mål där länsrätten *bifallit* en ansökan men där tvivel kan sägas föreligga huruvida det är fråga om en allvarlig psykisk störning vid tiden för rättens prövning.[48] Som exempel kan följande mål andragas.

> I mål nr 9946-05, LR i Skåne län, var fråga om en 91-årig kvinna som blivit intagen för tvångsvård på grund av en kronisk psykossjukdom. Efter att hon slutat ta sin depotmedicin blev hon inlagd enligt HSL i juni 2005. Den 16 augusti beslutades dock om intagning för vård enligt LPT. Vid ansökan om förlängning anfördes att hon förbättrats på så vis att det inte ses några produktiva psykotiska tecken och hon har även återupptagit behandlingen med neuroleptika som kan ges utan tvång. Hon är dock fortsatt negativ till medicinering och tycker inte att hon är sjuk. Sammanfattningsvis uppgavs NN ha en psykisk störning som är allvarlig till sin art och nu är mindre allvarlig till sin grad till följd av den medicinering som hon erhållit. Vårdbehovet inneliggande ansågs alltjämt oundgängligt, då hon inte kunde förväntas samarbeta till fortsatt medicinering i öppenvård.
>
> S motsatte sig fortsatt tvångsvård och anförde bl.a. följande. Hon kunde tänka sig att stanna kvar frivilligt. Hon ansåg sig inte lida av en psykisk störning. Hon vantrivdes på Y-hemmet, men trivdes bättre på sjukhuset och kunde därför tänka sig att stanna kvar. Hon var tveksam till medicinering i och med att hon fick biverkningar av denna och ansåg sig fungera lika bra utan medicin.

Enligt min mening är det inte övertygande att patienten, vid tiden för länsrättens dom, fortfarande kunde anses lida av en allvarlig psykisk störning och om det verkligen förelåg ett sådant oundgängligt vårdbehov som krävs enligt 3 § p. 1 nu gällande lag. För att inte patienten skulle sluta medicinera ansöktes och beslutades om fortsatt tvångsvård. Hur rätten resonerat i frågan framgår inte, då det endast konstaterades att det fanns grundad anledning att anta att erforderlig vård inte kunde ges med hennes samtycke. *Varför* länsrätten nått denna slutsats och sålunda bortsett från att patienten uppgav sig frivilligt vilja stanna kvar på sjukhuset framgår inte, vilket är anmärkningsvärt.

> I mål nr 27414-06, LR i Stockholms län, ansökte chefsöverläkaren om fortsatt tvångsvård enligt 7 § LPT. Till stöd för sin ansökan anfördes bl.a. att NN tidigare varit inlagd enligt LPT flera gånger. "Hon har en tilltagande försämring med florida vanföreställningar, hon känner sig gravid, uppger att det är smarta makter som har gjort henne gravid."
>
> Sakkunnig som hördes i målet förordade fortsatt tvångsvård och uttalade följande: NN "har varit i god psykisk kondition i ca sju år. Hon fick ett återfall och togs in under hösten 2006. Hon svarade bra på medicineringen

48 Se om aktualitetsprincipen, avsnitt 6.5.

© Författaren och Studentlitteratur

och skrevs ut. Hon tog inte medicinen på föreskrivet sätt och togs därför in igen. Hon har vanföreställningar. Inom några dygn var hon praktiskt taget återställd. *Det finns tveksamheter till fortsatt vård*, men /.../ vill stå under vård och det är *bättre att ta det säkra före det osäkra* och därför förlänga tvångsvården." (kurs. här)

LR ansåg det utrett att NN led av en allvarlig psykisk störning och att hon på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt hade ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kunde tillgodoses på annat sätt än genom att hon var intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. LR menade vidare att det till följd av NN:s psykiska tillstånd fanns grundad anledning att anta att den behövliga vården inte kunde ges med hennes samtycke.

För det första ger domskrivningen ett exempel på hur länsrätterna generellt uttrycker sig i domskälen. Som regel är det sålunda endast ett konstaterande av att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda utan någon närmare motivering till *varför* man nått denna slutsats. Målet ger vidare upphov till följande reflektion. Patienten synes, enligt sakkunnigs uttalande, vara "praktiskt taget återställd" och sakkunnig uttrycker dessutom tveksamheter till fortsatt vård. Hur länsrätten under sådana omständigheter funnit det utrett, dvs. bevisat, att det fortfarande föreligger en allvarlig psykisk störning är oklart. Som framgått inledningsvis skall samtliga rekvisit vara uppfyllda såväl vid intagningen som under hela vårdtiden, även om rekvisitens styrka kan variera något under vårdtiden. Så snart det brister i någon av förutsättningarna skall tvångsvården upphöra. Att använda tvångsvård för att "ta det säkra före det osäkra" är inte förenligt med lagstiftningen eller dess syfte. Oaktat att patienten har möjlighet att överklaga beslutet utgör en sådan extensiv tillämpning av lagen ett allvarligt hot mot den enskildes rättssäkerhet.

Av det totala antalet *avslag* på chefsöverläkares ansökan om fortsatt vård (15 av 661), är det endast i ett fåtal mål som LR avslagit en ansökan på den grunden att det *inte* förelåg en allvarlig psykisk störning. Oftast lutar man sig därvid, vilket torde vara naturligt, på vad sakkunnig anfört.

I mål nr 1680-06, LR i Skåne län, beslutade chefsöverläkaren om intagning enligt LPT den 20 januari 2006 och ansökte hos LR om fortsatt vård enligt 7 §. NN motsatte sig fortsatt vård och anförde att hon var beredd att frivilligt medverka till behövlig vård och medicinering.

Av ansökan framgick att NN "lider av en allvarlig psykisk störning som *väsentligen tycks ha gått i regress*. Hon är fortfarande i behov av kvalificerad psykiatrisk *inneliggande* dygnetruntvård men är nu så pass förbättrad att fortsatt vård och behandling kan ske *via öppenvården*. Trots ett halvårs paranoida upplevelser anser hon sig dock inte vara sjuk. Hon är i total

© Författaren och Studentlitteratur

avsaknad av egentlig sjukdomsinsikt och har en klart uttalad målsättning att upphöra med medicineringen. Mot bakgrund av detta är det nödvändigt med fortsatt tvångsvård." (kurs. här)

Redan av sakframställningen torde man kunna dra slutsatsen att förutsättningar för tvångsvård *inte* föreligger. Ansökan är motsägelsefull då det både talas om att patienten är i behov av dygnetruntvård och att behandlingen kan ske via öppenvården. Uppenbarligen har ansökan gjorts för att förhindra NN att upphöra med medicineringen. Eftersom det ankommer på chefsöverläkaren att besluta om intagning, med utgångspunkt från lagens rekvisit om tvångsvård, att ansöka om fortsatt vård hos rätten och att fortlöpande pröva om rekvisiten fortfarande är uppfyllda (27 § LPT) är det anmärkningsvärt att chefsöverläkaren alls ansökt om tvångsvård. Sakkunnig delade heller inte chefsöverläkarens uppfattning och anförde:

NN "lider inte längre av en allvarlig psykisk störning. Hennes insikt ter sig stabil och hon är positiv till fortsatt medicinering varför vård på frivillig är fullt möjlig".

LR avslog sålunda ansökan. Man kan också reflektera över frågan hur en patient över huvud taget skall kunna övertyga chefsöverläkaren och domstolen om att hon eller han har tillräcklig beslutskompetens att ta ställning till nödvändiga vårdinsatser, när två medicinska sakkunskaper kan komma till helt olika slutsats i denna fråga.

I mål nr 10830-05 LR i Skåne län, ansökte chefsöverläkaren om fortsatt vård enligt LPT (7 §). Patienten hade blivit alltmer deprimerad, hämmad och hade isolerat sig. Vårdades tidigare under året p.g.a. reaktiv depression med suicidförsök, vilket tolkades som ett schizoaffektivt syndrom av blandad typ. Initialt under vårdtiden hade patienten ett utagerande beteende med en del suicidutspel samt rösthallucinos. Uttryckte en konstant önskan att dö och försökte ta sitt liv vid ankomsten till sjukhuset. Under vårdtiden hade dock hans tillstånd förbättrats genom elbehandling. "Chefsöverläkaren har inte uppfattat att P motsätter sig vården som den är idag." Patienten medgav också ansökan och uppgav att han tyckte att vården varit bra. Impulserna att ta sitt liv kom hastigt och patienten upplevde en trygghet i att vara kvar på avdelningen.

Sakkunnig avstyrkte emellertid vård enligt LPT. Sakkunnig menade, att patienten efter en liknande kris tidigare behandlats på liknande sätt och därefter kunnat vara hemma med medicinering. "Efter att ECT-behandlingen har avslutats behöver medicinen justeras. Det nuvarande tillståndet är en psykisk störning, men inte en allvarlig psykisk störning i lagens mening.

© Författaren och Studentlitteratur

Med anledning av detta kan fortsatt vård ske på frivillig väg. Suicidaliteten kan inte avskrivas, varför extravak behövs."

Länsrätten avslog ansökan och anförde att "Det har vid den muntliga förhandlingen framkommit att /.../ lider av en psykisk störning. Länsrättens sakkunnige har funnit att denna störning inte för närvarande är av allvarlig art. Länsrätten finner inte skäl för annan bedömning."

Mot länsrättens beslut finns ingenting att invända. Självfallet är det så att om inte förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda så skall också tvångsvården upphöra. Här har uppenbarligen chefsöverläkaren och sakkunnig olika uppfattning om huruvida det föreligger en allvarlig psykisk störning eller inte, och rätten har därvid anammat sakkunnigs uppfattning.[49]

I mål 9856-05, LR i Skåne län, avslogs ansökan efter sakkunnigs uttalande. Chefsöverläkaren beslutade om intagning den 17 augusti 2005. I ansökan om fortsatt tvångsvård angavs att patienten har omfattande paranoida vanföreställningar. Sakkunnig fann det däremot *inte tillräckligt utrett* att lagens förutsättningar för tvångsvård var uppfyllda. Sakkunnig menade att diagnosen inte var säkerställd utan att patienten led av somatiseringssyndrom. LR avslog ansökan.

I mål nr 2254-06 LR i Skåne län, avstyrkte sakkunnig i målet fortsatt tvångsvård. Han anförde att hans bedömning är att patienten i *nuläget* inte lider av en allvarlig psykisk störning. Medicinerings- eller behandlingsbehov föreligger ej. Det finns visserligen ett oundgängligt vårdbehov, men det avser snarare hennes narkotikamissbruk och således vård enligt LVM. Han bedömde att kriterierna för tvångsvård enligt LPT inte var uppfyllda. LR avslog ansökan då det inte ansågs visat att patienten led av en allvarlig psykisk störning för vilken hon var i oundgängligt behov av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård.

Vad som sålunda visats av rättsfallsgenomgången är att de diagnoser/tillstånd som förekommer i ansökningar om fortsatt tvångsvård väl överensstämmer med vad som uttalats i lagens förarbeten. Den juridiska professionen, som i vart fall i ett andra steg skall bedöma rekvisitets förhandenvaro, förefaller inte i någon högre grad ifrågasätta chefsöverläkarens uppfattning i de fall sakkunnig är av samma uppfattning som chefsöverläkaren. Som framgått ovan lutar sig domstolarna i hög grad mot vad sakkunnig uttalar vid domstolsförhandlingen, vilket inte kan ifrågasättas vad gäller rent medicinska frågor. Det är ju i syfte att klargöra sådana frågor som sakkunnig skall bistå rätten att tolka det medicinska underlaget.

49 Se om sakkunnig, kapitel 7

© Författaren och Studentlitteratur

9.5 Oundgängligt vårdbehov – sluten psykiatrisk tvångsvård

9.5.1 INLEDNING

Den andra förutsättningen för *sluten* psykiatrisk tvångsvård är att patienten, *utöver* den allvarliga psykiska störningen som behandlats i det föregående, har ett på visst sätt kvalificerat vårdbehov. Väl att märka är att detta *allmänna vårdbehovsrekvisit* är något annat än de konkreta insatser som bedöms nödvändiga i det enskilda fallet för att syftet med tvångsvården skall uppnås (jfr 2 § LPT).[50] Tanken bakom kravet på ett kvalificerat vårdbehov är att en psykisk störning inte ensam bör få motivera en tvångsintagning, *hur djup störningen än är.*[51] Om sålunda patienten lider av en allvarlig psykisk störning (3 § första stycket) och motsätter sig psykiatrisk vård (3 § andra stycket) men *inte* kan anses ha ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård i enlighet med 3 § p. 1, medger LPT inte att tvångsvård beslutas.[52] I sammanhanget bör även *aktualitetsprincipen* betonas. Behovet av vård skall vara oundgängligt *i det aktuella skedet* och det är *inte tillräckligt* att det ter sig oundgängligt endast på någon sikt.[53]

För ett beslut om tvångsvård med stöd av LPT *över huvud* skall kunna komma i fråga måste *alltid*, förutom övriga rekvisit i lagen, kravet på ett oundgängligt vårdbehov enligt 3 § första stycket p. 1 vara uppfyllt. Patienten måste sålunda, under alla omständigheter, *initialt* ha ett behov av *sluten* psykiatrisk tvångsvård eftersom det inte är möjligt att inleda vård enligt LPT i form av öppen psykiatrisk tvångsvård.[54] Har patienten inte först uppfyllt de förutsättningar som krävs för sluten psykiatrisk tvångsvård saknas laglig grund för tvångsvård.

Eftersom åtgärder med stöd av LPT är *subsidiära* i förhållande till HSL och i vissa fall även i förhållande till t.ex. LVM är vårdbehovsrekvisitet fundamentalt, inte minst för att kunna bedöma om vårdbehovet kan tillgodoses på annat sätt än genom tvångsvård enligt LPT. I förevarande avsnitt granskas det kvalificerade vårdbehovsrekvisitet i LPT och redogörs för vilket innehåll rekvisitet fått i rättstillämpningen. Redan här bör därvid anmärkas, att vårdbehovsrekvisitet reglerades i tidigare lag i 3 § för-

50 Gustafsson 2001 s. 338 f.

51 Prop. 1990/91:58 s. 91.

52 Se Regeringsrätten mål nr 5765-07 och 6172-07.

53 Prop. 1990/91:58 s. 239.

54 De olika vårdformerna definieras i 2 § LPT. Tvångsvård ges som sluten psykiatrisk tvångsvård eller, efter sådan vård, som öppen psykiatriskt tvångsvård. Vård som ges när patienten är *intagen* på en sjukvårdsinrättning benämns *sluten* psykiatrisk tvångsvård. *Annan vård* enligt lagen benämns *öppen* psykiatrisk tvångsvård.

© Författaren och Studentlitteratur

sta stycket p. 2 men överfördes genom lagändring den 1 september 2008 oförändrat till 3 § första stycket p. 1. Eftersom undersökningen baseras på material som härrör för tiden före lagändringen hänvisas i beskrivningen av rättstillämpningen till tidigare lagrum.

9.5.2 NÄRMARE OM VÅRDBEHOVSREKVISITET

9.5.2.1 Rekvisitets innebörd

Av 3 § första stycket LPT framgår att tvångsvård får ges *endast* om patienten lider av en allvarlig psykisk störning *och på grund av* sitt psykiska tillstånd *och* sina personliga förhållanden i övrigt

> 1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård, (*sluten psykiatrisk tvångsvård*).

Att det skall föreligga en allvarlig psykisk störning har redan konstaterats. Ordalydelsen ger därutöver vid handen, att det i p. 1 omtalade vårdbehovet skall föreligga *på grund av* patientens *psykiska tillstånd*. Det innebär att en person inte får underkastas psykiatrisk vård med tvång enbart av *sociala* skäl. *Somatiska* sjukdomar kan naturligtvis inte heller utgöra grund för tvångsvård, *även om* patienten har ett omedelbart behov av sjukhusvård.[55]

Det är emellertid inte enbart det psykiska tillståndet som skall tillmätas betydelse. Patienten skall, på grund av sitt psykiska tillstånd *och sina personliga förhållanden i övrigt*, ha ett på visst sätt kvalificerat vårdbehov. I vårdbehovsbedömningen måste man sålunda även se till patientens levnadsförhållanden och relationer till omgivningen. Patientens situation måste *också i dessa hänseenden* vara sådan att det *inte finns någon annan lösning* att tillgå för att på ett rimligt sätt hjälpa patienten än att denne är intagen på en psykiatrisk vårdinrättning. I motiven anförs, att detta innebär t.ex. att man *inte* bör få tvångsinta den som avvisar behandling som sannolikt skulle förbättra hans tillstånd *så länge han eller hon har en förmåga att klara sig själv eller kan klara sig i hemmet med stöd* från någon anhörig och t.ex. kommunens hemtjänst.[56] Ett intensivt drogmissbruk kan t.ex. utgöra skäl för att patienten lever under sådana förhållanden att han eller hon har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård. Det måste sålunda göras en *samlad bedömning av patientens psykiska tillstånd och situation i övrigt*. Kan den allvarligt psykiskt störde patienten få *till-*

55 Prop. 1990/91:58 s. 239. Se om somatisk vård under tiden för psykiatrisk tvångsvård, avsnitt 14.5.

56 Prop. 1990/91:58 s. 91.

© Författaren och Studentlitteratur

räckligt stöd i sin egen eller annan miljö *utan intagning* på en sjukvårdsinrättning *får tvångsvård inte ges.*[57]

Det är vidare att märka att vårdbehovsrekvisitet är knutet till *patientens* tillstånd och personliga förhållanden i övrigt. Det är *framför allt* risken för dennes liv eller hälsa som skall vara *avgörande* när behov av tvångsvård skall bedömas. Det måste sålunda alltid prövas i vad mån risk föreligger för *patientens* liv eller hälsa, om vård inte kommer till stånd genom intagning på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård.[58] Som närmare kommer att framgå i det följande skall emellertid *omgivningsskyddet beaktas*, även om detta inte har fått ett bestämmande inflytande vid tillämpningen av lagen.[59]

Vad gäller frågan om *vilket slags vårdbehov* som skall föreligga för ett beslut om tvångsvård ger ordalydelsen i 3 § första stycket p. 1 vid handen, att patienten till följd av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt, skall ha ett *oundgängligt behov av psykiatrisk vård* som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är *intagen* på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård.

Beträffande lokutionen *oundgängligt behov* innebär detta rent lexikaliskt något som är *oundvikligt, ofrånkomligt, absolut nödvändigt.*[60] För att tvångsvård skall kunna beslutas skall patienten alltså ha ett absolut nödvändigt behov av psykiatrisk vård och detta skall *inte kunna tillgodoses på annat sätt* än genom intagning på sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Vårdbehovet skall alltså vara så kvalificerat att det krävs *sluten* vård enligt definitionen i 5 § HSL.[61] Vårdbehovet, sägs i motiven, skall med andra ord vara *så uttalat* att det kan bli tillgodosett *endast* genom vistelse på en sådan inrättning.[62] Oundgängligheten skall dock *inte* uppfattas som ett krav på ett *akut* vårdbehov.[63]

Det sagda ger vid handen att vårdbehovet skall vara *både oundgängligt och omöjligt att tillgodose på annat sätt* än genom intagning. Detta

57 Prop. 1990/91:58 s. 239, prop. 1999/2000:44 s. 63.

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

59 Se avsnitt 9.8.

60 SAOB/http://g3.spraakdata.gu.se/saob/show.phtml?filenr=1/177/45254.html

61 I 1991 års lag användes lokutionen "intagen på en sjukvårdsinrättning för heldygnsvård". Ändringen innebär emellertid inte någon saklig förändring utan är främst en anpassning till terminologin i lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Prop. 1999/2000:44 s. 63 f.

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

63 Jfr Socialberedningen SOU 1984:64 s. 202 ff. som föreslog en akutlag. Lagstiftaren har emellertid ansett att det är tillräckligt att kräva att vårdbehovet skall vara oundgängligt och inte möjligt att tillgodose på annat sätt än genom intagning på sjukvårdsinrättning (prop. 1990/91:58 s. 95).

© Författaren och Studentlitteratur

innefattar, enligt lagens motiv, krav på *noggrann utredning av tänkbara alternativa vård- och omsorgsformer* i varje särskilt fall. Utgångspunkten måste vara att också psykiska störningar som är allvarliga skall kunna komma i fråga för behandling inom den *öppna* psykiatriska verksamheten. Ett lämpligt utformat *stöd från socialtjänsten* när det gäller andra än rent hälsomässiga förhållanden kan på ett *avgörande* sätt bidra till att intagning på en sjukvårdsinrättning kan undvikas. Ett effektivt och utbyggt samarbete mellan psykiatri och socialtjänst måste betraktas som centralt för strävandena att begränsa den psykiatriska tvångsvårdens omfattning.

När en fråga om tvångsvård aktualiseras fordras således närmare undersökning och prövning av vilka insatser som kan göras från socialtjänsten, främst enligt SoL, och vad dessa kan betyda som komplement till psykiatriska vård- och behandlingsåtgärder för patienten.[64] Därvid bör erinras om 43 § LPT där det bl.a. stadgas, att från en verksamhet där hälso- och sjukvårds- respektive socialtjänstsekretess gäller[65] skall det utan hinder av sekretess lämnas ut sådana uppgifter om en patient som behövs för att chefsöverläkarens åligganden enligt LPT skall kunna fullgöras. Bestämmelsen har tillkommit just för att chefsöverläkaren skall kunna bedöma patientens vårdbehov och beakta om detta behov kan tillgodoses på annat sätt än genom intagning på en sjukvårdsinrättning. I en ansökan om fortsatt vård enligt 7 eller 9 och 12 §§ LPT skall dessutom redovisas vilka överväganden som gjorts rörande vård i annan form för patienten.[66]

Vad särskilt gäller personer med en *missbruksproblematik* kan det uppstå problem med avgränsningen mellan psykiatrins och socialtjänstens ansvarsområden. Dels kan ju missbruket i sig leda till psykiska störningar av allvarlig natur och dels kan det vara fråga om situationer då en grundläggande psykisk störning föreligger i kombination med ett missbruk. I motiven gavs vissa vägledande kommentarer kring ansvarsfördelningen. Sålunda uttalades att allmänt gäller att socialtjänsten har huvudansvaret för vård- och behandling av missbrukare samtidigt som vissa uppgifter inom missbrukarvården åvilar psykiatrin. Till psykiatrins uppgifter hör *otvetydigt* att svara för *avgiftning* och *behandling av akuta psykiska komplikationer* till ett missbruk. Svårare är, anfördes vidare, att klargöra ansvarsfördelningen i fråga om mera långsiktiga insatser för vård och rehabilitering i sådana fall då missbruket kan ses som en komplikation till en psykisk störning.[67]

Från lagstiftarens sida har i LPT:s motiv framhållits, att en *given*

64 Prop. 1990/91:58 s. 91.

65 25 kap. 1–5 §§ eller 26 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

66 Prop. 1990/91:58 s. 283.

67 Prop. 1990/91:58 s. 91 f.

© Författaren och Studentlitteratur

utgångspunkt för den särskilda psykiatriska vårdlagstiftningen är att den utformas så att den främjar möjligheterna för en psykiskt störd missbrukare att *i varje särskilt fall få vård i den form som är bäst ägnad att ge behövlig hjälp.* Man måste, sägs i förarbetena, hålla i minnet att missbrukarvården i första hand är en angelägenhet för socialtjänsten. Det får *inte* bli så att den psykiatriska tvångsvården utnyttjas som ersättning för annan vård i fall när det *psykiatriska inslaget* i missbrukssituationen inte har särskild tyngd. När å andra sidan den psykiska störningen hos en missbrukare *kräver större psykiatriska insatser* måste den psykiatriska verksamheten ta sitt fulla vårdansvar.[68]

När det gäller att bedöma patientens oundgängliga vårdbehov är det angeläget att det sker en *uttömmande prövning* av vilka vårdinsatser som bäst svarar mot patientens behov. Därvid måste *även* en bedömning göras om patienten kan få behövlig vård med stöd av *annan tvångslagstiftning.*[69] Lagstiftaren har betonat att det bör krävas att tillfredsställande utredning sker om missbrukarens psykiska status och att en *ingående bedömning* görs i det särskilda fallet av psykiatrins respektive missbrukarvårdens behandlingsmöjligheter. Kombinationen *primär psykisk störning* och ett till denna störning *sekundärt missbruk* är förhållandevis vanlig. Är den psykiska störningen, anförs i motiven, i sådana fall *tillräckligt svår* bör behandlingsuppgiften falla inom *psykiatrins ansvarsområde* också som en kombinationsproblematik finns som tar sig uttryck i t.ex. ett intensivt drogmissbruk. Först om *missbruket* kan ses som det *grundläggande* i kombinationssituationen bör den *psykiatriska tvångsvården* i förhållande till tvångsvård enligt LVM ses som en *sistahandsutväg* för att klara de allvarliga psykiska komplikationerna till missbruket.[70] Det bör emellertid framhållas, att en förutsättning för vård enligt LVM är att vårdbehovet inte kan tillgodoses enligt SoL eller på något annat sätt. I LVM:s motiv betonas att är den enskilde psykiskt sjuk, så att förutsättningarna för LPT är uppfyllda, bör vården beredas med stöd av denna lag.[71] Detsamma gäller om vårdbehovet kan tillgodoses på frivillig väg inom hälso- och sjukvården.[72] I motiven till respektive tvångslag, LVM och LPT, talas sålunda om den andra lagens företräde. Båda lagarna skall tillämpas subsidiärt i förhållande till varandra, vilket kan bidra till att ingen huvudman ser det enskilda fallet som sitt huvudsakliga ansvar.[73]

68 Prop. 1990/91:58 s. 93.
69 Prop. 1990/91:58 s. 240.
70 Prop. 1990/91:58 s. 93.
71 Prop. 1981/82:8 s. 42.
72 Prop. 1981/82:8 s. 75.
73 Se Gustafsson 2001 s. 355 ff.

© Författaren och Studentlitteratur

Såvitt gäller avgränsningen till *annan* administrativ tvångslagstiftning än LVM kan ungefär samma gränsdragningsproblem uppkomma i fråga om *barn eller unga* som omhändertas med stöd av 3 § LVU, dvs. de s.k. beteendefallen. Avgränsningen får då göras efter samma mönster som angetts beträffande missbrukare och LVM-vård.[74] Att någon bereds vård med stöd av LVU utgör emellertid inget formellt hinder för att besluta om psykiatrisk tvångsvård. Det kan i vissa fall utgöra en förutsättning för att hålla kvar och vårda en ung person som är i oundgängligt behov av psykiatrisk vård mot dennes vilja.[75]

Beträffande relationen mellan den psykiatriska lagstiftningen och *smittskyddslagstiftningen* har lagstiftaren uttalat, bl.a. mot bakgrund att t.ex. HIV-infektion kan påverka människors nervsystem så att psykiska störningar av närmast demenstyp uppstår, att det står klart att man *inte i något fall* får göra avkall på kravet i lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård på att den psykiska störningen skall vara *allvarlig* och behovet av psykiatrisk vård *oundgängligen nödvändigt* på grund av den allvarliga störningen. Tvångsvård inom psykiatrin skall inte kunna användas som ett instrument för att tillgodose smittskyddets ändamål. I motiven framhålls också att en tvångsisolering enligt smittskyddslagen inte innebär något hinder mot att, när förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda, besluta om sådan vård.[76]

Även om patienten har ett oundgängligt behov i enlighet med vad som sägs i 3 § första stycket p. 1, innebär inte detta att patienten faktiskt måste vistas på vårdinrättningen helt utan avbrott. Patienten kan, under de förutsättningar som närmare anges i 25 § LPT, ges tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område – *permission*. Det föreligger därvid ingen motsägelse i förhållande till ordalydelsen i 3 § eftersom patienten är att anse som *intagen även under permission*. Därmed är chefsöverläkaren också skyldig att se till att sådan kontakt hålls med patienten att frågan om upphörande av tvångsvården, dvs. frågan om huruvida förutsättningarna för tvångsvård fortfarande är uppfyllda, kan övervägas fortlöpande (jfr 27 § LPT). Chefsöverläkaren kan *delegera* vissa uppgifter till annan läkare i enlighet med vad som framgår av 39 § LPT, dock endast till läkare *vid sjukvårdsinrättningen*. Det är sålunda *inte* möjligt för chefsöverläkaren att delegera dennes uppgifter enligt lagen till läkare *utanför* sjukvårdsinrättningen t.ex. i den öppna hälso- och sjukvården.[77]

74 Prop. 1990/91:58 s. 93.

75 Prop. 1990/91:58 s. 94.

76 Se prop. 1990/91:58 s. 94 och prop. 1988/89:5 s. 74 f.

77 Prop. 2007/08:70 s. 155.

© Författaren och Studentlitteratur

Permissionsinstitutet behandlas utförligt i det följande.[78] Redan här måste emellertid någonting sägas i denna fråga eftersom tillämpningen av permissionsreglerna i *tidigare lag* (SFS 2000:353) kom att hänga nära samman med hur vårdbehovsrekvisitet skall tolkas. Enligt 25 § fick sålunda permission medges för visst tillfälle eller vissa återkommande tillfällen och *för en längre period*, om det fanns *särskilda skäl* att anta att åtgärden var angelägen för att *förbereda att tvångsvården skulle upphöra*.[79] RegR har därvid, i januari 2008, i två mål haft anledning att pröva *frågan om det förelåg ett oundgängligt behov* av psykiatrisk tvångsvård i den mening som avses 3 § LPT då patienten hade långvarig permission i hemmet.

I RegR:s mål nr 5765-07 (RÅ 2008 not. 14) var fråga om en patient som haft permission förlagd till hemmet sedan den 31 oktober 2005. Det ansågs utrett att patienten led av en allvarlig psykisk störning och det framgick av utredningen att hon motsatte sig psykiatrisk vård och avsåg att upphöra med att medicinera mot psykiska sjukdomar om hon blev utskriven.

Patienten intogs för vård i september 2005 och hade sedan den 31 oktober 2005 *oavbrutet* haft tillåtelse att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område genom permission till hemmet. Chefsöverläkaren hade i underinstanserna uttalat att *ändamålet med permission till hemmet var att säkerställa fortsatt medicinering* varigenom patienten kunde fungera socialt trots kvarstående psykotiska symtom. Vidare hade chefsöverläkaren uttalat, att någon *positiv utveckling*, så att patienten framgent skulle kunna förväntas klara sig utan medicinering, *inte förelåg* och *inte heller* kunde det antas att hon genom behandling skulle få *ökad sjukdomsinsikt*. Enligt chefsöverläkaren kom patienten, om tvångsvården avslutades, att ånyo successivt försämras till den grad att tvångsvård på psykiatrisk klinik var oundgängligen nödvändig.

RegR fann, att den medgivna permissionen till hemmet inte uppfyllde det i 25 § uppställda kravet att en permission för en längre period fick medges endast om det fanns särskilda skäl att anta att åtgärder var angelägen för att förbereda att tvångsvården skulle upphöra. "Vid detta förhållande och då /.../ tillstånd *i dagsläget* inte synes vara av den art att någon återintagning på en sjukvårdsinrättning är aktuell finner Regeringsrätten att förutsättningen för vård i 3 § första stycket 2 LPT inte kan anses föreligga. *Bestämmelserna i LPT medger således inte* att den för /.../ behövliga behandlingen i hemmet fortsättningsvis genomdrivs med tvång" (kurs. här).

78 Se kapitel 15.

79 Enligt nu gällande lag (25 § LPT) får en patient ges tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför vårdinrättningens område. Tillståndet får ges för ett visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen.

© Författaren och Studentlitteratur

RegR fann sålunda att bestämmelserna i LPT inte medgav att patienten skulle tvångsvårdas. Förhållandena var likartade i följande mål:

> I RegR:s mål nr 6172-07 intogs patienten för vård i mars 2006 och hade *oavbrutet* haft permission till hemmet sedan april 2006. Patienten uppgavs vara i total avsaknad av sjukdomsinsikt, saknade helt behandlingsmotivation och hon skulle *alldeles säkert avsluta sin medicinering om LPT upphörde.* Chefsöverläkaren uppgav vidare, att *när patienten erhöll behandling medgav hennes funktionsnivå vistelse i hemmet* och att hon, om hon slutade medicinera, oundvikligen skulle hamna i en kraftfull psykosutveckling.
>
> RegR fann att den medgivna permissionen inte uppfyllde kravet i 25 § LPT rörande vistelse utanför vårdinrättningen en längre period och att förutsättningen i 3 § första stycket p. 2 inte kunde anses föreligga.

Oaktat att man sålunda inte kunde förvänta sig att patienterna i nyss redovisade mål framgent skulle kunna klara sig utan medicinering eller få ökad sjukdomsinsikt och oaktat att en successiv försämring skulle inträda om tvångsvården upphörde, medgav bestämmelserna i LPT, såväl 25 § som 3 § första stycket p. 2 i 2000 års lag, inte en dylik tillämpning. Patienterna i ovan refererade mål *hade ett behov* att fortsätta medicinera, men det var *inte* fråga om ett sådant *oundgängligt* behov som krävdes för intagning för tvångsvård enligt LPT. I målen ges också uttryck för vad som avses med *aktualitetsprincipen.* Patienternas tillstånd var "i dagsläget" inte sådant att någon återintagning på sjukvårdsinrättning var aktuell. Förutsättningarna för tvångsvård skall föreligga vid tiden för chefsöverläkarens eller rättens beslut, inte i någon mera diffus förväntad framtid.[80]

9.5.2.2 Rättstillämpningen

Den undersökning som ligger till grund för förevarande framställning grundas på ett rättsfallsmaterial avseende perioden 2005-07. Som framgått inledningsvis reglerades då det kvalificerade vårdbehovsrekvisitet i 3 § första stycket p. 2 men har numera, med oförändrat innehåll, överflyttats till 3 § första stycket p. 1. Innebörden är densamma och rekvisitet är enligt nu gällande lag en av de grundläggande förutsättningarna för *sluten* psykiatrisk tvångsvård. Däremot var den *slutna* vårdformen det enda som stod till buds före regeländringen den i september 2008.

Som framgått ovan hängde tolkningen av vårdbehovsrekvisitet i 2000 års lag nära samman med hur bestämmelserna om permission i 25 § LPT tillämpades. Denna senare bestämmelse har förändrats vilket, tillsammans med införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård, kan *förmo-*

80 Se avsnitt 6.5.

© Författaren och Studentlitteratur

das få återverkningar för hur vårdbehovsrekvisitet i 3 § första stycket p. 1 tillämpas efter regeländringen. Detta ligger emellertid utanför vad som studerats här. Oaktat regelförändringar och en ny vårdform vill jag emellertid med den relativt utförliga redovisningen nedan visa hur LPT kommit att tillämpas av hälso- och sjukvården och länsrätterna under den angivna perioden. Det kan, enligt min mening, ha betydelse för framtida rättsutveckling både vad avser lagens utformning och tillämpningen av lagen.

Inledningsvis kan sägas, att *förvaltningsrätterna* regelmässigt inte ger någon utförlig motivering beträffande vilka omständigheter som vägts in i vårdbehovsbedömningen eller varför man ansett rekvisitet uppfyllt. Domskälen består normalt av en uppräkning av rekvisiten i 3 § och ett konstaterande att rätten finner utrett att förutsättningarna föreligger. I vissa fall talar sakframställningen för sig själv. Patienten kan t.ex. fortfarande vara psykotisk och i det närmaste okontaktbar och det ter sig fullständigt klart att det inte finns något alternativ till intagning på sjukvårdsinrättning. I andra fall kan det emellertid vara mera ovisst hur rätten kommit fram till att tvångsvård skall beslutas eftersom domskälen inte ger någon som helst förklaring till vilken betydelse rätten tillmätt olika sakförhållanden som framkommit i målet.

Vad gäller omständigheter som åberopas i *chefsöverläkarens ansökan* anges i en del fall explicit att det *inte finns några alternativ* till intagning på sjukvårdsinrättning för kvalificerad dygnetruntvård. Detta förekommer emellertid mestadels i ansökningar enligt 7 § LPT (i ca 9 %), dvs. då ansökan om fortsatt vård görs efter chefsöverläkarens intagningsbeslut. I ansökningar enligt 9 § LPT förekommer detta endast i drygt 4 %. En annan omständighet som åberopas är att *medicineringen eller vården måste säkerställas* med stöd av LPT. Detta förekommer i hög grad i ansökningar enligt 9 § (ca 43 %) medan i § 7 – ansökningarna åberopas detta i ca 19 %. I båda måltyperna åberopas, i ungefär lika hög grad, patientens *psykiska tillstånd* (30 %) för att visa på att tvångsvård är oundgängligen nödvändig. Den omständigheten att patienten *saknar insikt* i sin sjukdom och/eller sitt vårdbehov åberopas i ca 50 % av ansökningarna och att patienten är *negativ eller ambivalent* till vård och behandling i ungefär lika många. I övrigt kan det t.ex. vara fråga om att ytterligare utvärdering måste göras rörande medicinering eller diagnosticering eller att det föreligger suicidrisk.

I studerade rättsfall torde i många fall ha visats att patienterna har ett oundgängligt behov av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Några typiska fall, där förvaltningsrätten *bifallit* ansökan om fortsatt vård, får illustrera vilka situationer som kan förekomma.

© Författaren och Studentlitteratur

I mål nr 10846-06 LR i Skåne län uppgavs i ansökan om fortsatt vård enligt 7 § LPT följande: NN "har under vårdtiden uppvisat multipla symtom på psykossjukdom. Han har kvarstående paranoida vanföreställningar om att han är förföljd av en /.../ organisation. Han är osammanhängande i sitt tal, har ett splittrat tankeförlopp och håller inte röd tråd i samtalen. Han beskriver att han får självmordstankar /.../. Han har vänt sig till medpatienter och bl.a. uttalat dödshot. Han har kroppsliga vanföreställningar. Han bedöms ha en allvarlig störning i form av en psykos med paranoida vanföreställningar /.../. Han är i behov av sluten psykiatrisk dygnetruntvård och han riskerar att vara en fara för sig själv och andra om han inte får vård."

LR fann att NN motsatte sig vård och medgav fortsatt vård i högst fyra månader.

I målet förefaller samtliga rekvisit för sluten psykiatrisk tvångsvård i 3 § LPT vara uppfyllda. Patientens tillstånd och personliga förhållanden i övrigt synes vara sådana att det inte finns någon annan lösning än intagning för psykiatrisk dygnetruntvård. I målet framgår även att patienten uttalat dödshot mot medpatienter. Vilken betydelse detta tillmätts av rätten i vårdbehovsbedömningen framgår dock inte.

I mål nr 983-06 LR i Skåne län uppgavs i ansökan, att patienten hade en väsentligen depressiv symptomalogi. Misstanke fanns också om en immaturitet och andra personlighetsdrag spelade in vad gällde patientens oförmåga att hantera tillvaron. Vid tiden för ansökan hade hennes psykiska tillstånd "avsevärts försämrats. Hon har återfått mer eller mindre ständiga självmordstankar och även bejakat konkreta planer och har krävt extra vak respektive tät extra tillsyn. /.../ tillstånd är för närvarande inte så stabilt att det ur säkerhetssynpunkt är möjligt att driva vården på annat sätt än med sluten psykiatrisk heldygnsvård med stöd av LPT."

Även här ger sakframställningen uttryck för att förutsättningarna för sluten psykiatrisk vård synes vara uppfyllda och att vårdbehovet inte kan tillgodoses på annat sätt än genom intagning på sjukvårdsinrättning.

I mål nr 1306-06 LR i Göteborg, ansöktes om fortsatt vård för en patient med lång psykiatrisk anamnes innefattande multipla vårdtillfällen inom psykiatrisk slutenvård. Patienten bedömdes som mycket neuroleptikakänslig och skov av affektiv psykos i ett uppvarvat maniskt tillstånd hade varit svårbehandlade och långvariga. Patienten var nu intagen för ett likartat skov. I ansökan uppgavs att "Initialt har hon varit kraftigt utagerande med behov av tvångsåtgärder i form av tvångsinjektioner /.../ samt bältesläggning. Det är ett mycket långdraget tillstånd med kvarstående uppvarvning där medicinkänslighet föreligger, ökade doser leder till mycket ogynn-

© Författaren och Studentlitteratur

samma tecken på medicinpåverkan bl a kraftigt sluddrande tal och stark salivation. Det kvarstår en fortsatt inkoherens i hennes tankevärld med en blandning av några möjligen adekvata svar men mestadels svar av 'god-dag-yxskaft'-karaktär och under alla omständigheter inadekvata sådana. Således föreligger fortgående en allvarlig psykisk störning med fortsatt behov av heldygnsvård och en bristande allians vad gäller behandlingen varför fortsatt LPT-vård behövs."

LR fann förutsättningarna för tvångsvård uppfyllda och att vård på frivillig väg ännu inte var en möjlighet med hänsyn till att patientens psykiska tillstånd gjorde henne helt, eller i det närmaste helt, okontaktbar.

I mål nr 9361-07 LR i Stockholms län ansöktes om fortsatt tvångsvård för en patient som uppgavs lida av en allvarlig psykisk störning. I ansökan uppgavs bl.a. att "[t]rots medicinering har hon haft frekventa vanföreställningar, splittrat tal och utagerande beteende. Hon saknar helt distans och har tidigare varit verbalt hotfull och aggressivt utagerande mot medpatienter. Hon har förbättrats så att hon ibland har kunnat gå ut med två personal på promenader och utflykter. Hon är så pass osammanhållen att någon annan vårdform än på specialklinik för närvarande inte är möjlig."

Också detta mål ger uttryck för att det inte finns något annat alternativ än intagning på sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård.

I mål nr 6527-05 LR i Skåne län, uppgavs följande: NN"lider av en allvarlig psykotisk störning med ibland utagerande beteende av tidvis alarmerande natur. Vanföreställningarna har varit svårbehandlade trots kombinationen av traditionella neuroleptika och stämningsstabiliserande medel, där /.../ visat en viss förbättring, men sannolikt fortfarande är psykotisk. /.../ har nu insatts på atypisk neuroleptika /.../ och det är mycket viktigt att denna behandling sköts kontinuerligt. /.../ bedöms behöva fortsatt tvångsvård *för att säkerställa medicinering* och vård under kontrollerade former. Det finns i nuläget *inget alternativ till inneliggande heldygnsvård.* Den långsiktiga planeringen får inriktas på långsamt utökade friförmåner (kurs. här).

Patienten hade i målet varit intagen med stöd av LPT sedan den 1 april 2003, således i drygt två år vid LR:s prövning. Av sakframställningen framgår att *medicineringen måste säkerställas* med stöd av LPT, men *även* explicit att det *inte fanns något alternativ till inneliggande heldygnsvård.* LR beslutade om fortsatt tvångsvård i högst sex månader.

Att det som i det sist beskrivna målet anges att *medicinering och vård måste säkerställas med LPT* är ingenting som ger upphov till direkt tvi-

© Författaren och Studentlitteratur

vel om vårdbehovsrekvisitets förhandenvaro i *det* fallet. Det framgår ju även att det inte fanns något alternativ till inneliggande heldygnsvård. Just säkerställandet av vård och medicinering kan emellertid vara en omständighet som i flera fall ger upphov till tvivel i fråga om det föreligger ett sådant oundgängligt vårdbehov som avses i 3 § första stycket p. 1 (p. 2 i tidigare lag). Särskilt tydligt är detta i fall då patienten, till synes *i strid mot* 2000 års lag, beviljats *långvarig permission*. Tillämpningen av 2000 års permissionsbestämmelse redovisas utförligt i den följande framställningen.[81] Dock kan redan här förutskickas, att av de mål *där det framgår hur lång tid patienten haft permission* har i drygt 45 % (21 fall) permissionen pågått mellan 1–4 år. Det är sålunda fråga om ett icke-försumbart antal fall där man med fog torde kunna ifrågasätta om det verkligen förelegat ett sådant oundgängligt vårdbehov som lagen kräver.[82] I vart fall har permissionsbestämmelsen inte tillämpats på ett lagenligt sätt.

Men även i fall där det inte uttryckligen talas om *att* patienten medgivits permission, eller det inte framgår *hur lång tid* patienten haft permission, kan omständigheterna i målet ger upphov till tvivel om vårdbehovsrekvisitet verkligen kan anses vara uppfyllt. Som visas nedan synes den praktiska tillämpningen av LPT förskjutits från ett *oundgängligt behov av intagning på sjukvårdsinrättning* för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård till ett *oundgängligt behov av medicinering eller vård i allmänhet.* Några exempel får illustrera det sagda.

> I mål nr 4851-07 LR i Stockholms län angav chefsöverläkaren som skäl för ansökan enligt 9 § LPT att patienten "har en psykossjukdom och ett blandmissbruk och har vårdats enligt LPT upprepade gånger på grund av detta /.../ har en fullständig brist på sjukdomsinsikt /.../ är därför genomgående benägen att upphöra med sin medicinering av neuroleptika. Därav föreligger det nu stor risk för att /.../ skulle avstå från att ta sin medicin om han vårdas enligt frivilliga former. /.../ ger ett introvert intryck och är för närvarande inte förmögen till sociala kontakter utan är i behov av kommunens insatser. /.../ är *i ett oundgängligt behov av stöd enligt LPT för att upprätthålla sin hälsostatus så att han inte behöver bli återinlagd.* Frivillig slutenvård går inte att genomföra under rådande omständigheter då /.../ tenderar att bli väldigt psykotisk. /.../ är också i behov av kontinuerlig och adekvat medicinering under en mycket lång tid framöver." LR biföll ansökan utan särskilda kommentarer. (kurs. här)

81 Se avsnitt 15.4.

82 Antalet kan dessutom vara större då det inte i alla mål angivits om och hur länge en patient varit permitterad.

© Författaren och Studentlitteratur

Av målet framgår inte uttryckligen att patienten medgivits permission. Sannolikt är det dock fallet med hänsyn till att chefsöverläkaren dels talade om behov av kommunens insatser och dels om återinläggning. Å andra sidan talas även om frivillig slutenvård, varför åberopade omständigheter inte kan anses fullständigt klargörande. Trots detta måste man emellertid fråga sig om det i målet är fråga om ett sådant oundgängligt behov av psykiatrisk vård som avses i 3 § LPT. Enligt min mening är det inte övertygande. Att vara i *oundgängligt behov av stöd enligt LPT för att upprätthålla sin hälsostatus* är inte liktydigt med vad som framgår av vårdbehovsrekvisitets ordalydelse och innebörd. Dessutom förefaller patienten ha kommunala insatser. Är det inte tillräckligt för att han skall kunna klara sig utan tvång utanför sjukvårdsinrättningen? Ett beslut om tvångsvård är ju, förutom patientens tillstånd, även avhängigt patientens personliga förhållanden i övrigt.

> I mål nr 3601-07 LR i Stockholms län redogjordes för patientens anamnes sedan 1970. Patienten blev inlagd med stöd av LPT i januari 2007 p.g.a. paranoid psykos. I ansökan om fortsatt tvångsvård enligt 9 § LPT uppgavs bl.a.: "Ett flertal försök att få till stånd en kontakt med kontinuerlig neuroleptikabehandling har gjorts under årens lopp. Hon slutar efter ett tag att medicinera på eget bevåg och återinsjuknar. Det har varit svårt att hitta rätt dosering och hon har fått vissa biverkningar. Det bedöms viktigt att få till stånd *adekvat medicinering, som går att fullfölja och upprätthålla över längre tid, något som inte bedöms möjligt utan stöd av tvångsvård.* Hon har regelbunden och tämligen tät kontakt med mottagningen, såväl kontaktperson som läkare. Hon har också stöd av den kommunala psykiatrin" (kurs. här). LR biföll ansökan utan särskilda kommentarer.

I målet kan man ana att patienten de facto medgivits permission. I så fall förefaller syftet vara något annat än vad dåvarande 25 § LPT gav möjlighet till, nämligen att förbereda tvångsvårdens upphörande. Här synes syftet i stället vara att få *till stånd adekvat medicinering och förhindra att denna avbryts.* Man torde visserligen ur *medicinsk* synvinkel kunna hysa en förståelse för att chefsöverläkaren är angelägen om att patienten får lämplig behandling under den tid som är nödvändig. Men man kan inte heller här, enligt min mening, tala om ett sådant oundgängligt vårdbehov som avses i 3 § LPT. I målet synes domstolen inte heller i detta fall ha tagit hänsyn till att patienten hade stöd från den kommunala psykiatrin och resonerat om i vilken mån detta var tillräckligt för att låta tvångsvården upphöra.

> I mål nr 314-06 LR i Skåne län beslutades om intagning den 9 mars 2005. I chefsöverläkarens ansökan om förlängning enligt 9 § LPT angavs bl.a. att patienten "lider av en allvarlig psykisk störning som obehandlad bl.a.

© Författaren och Studentlitteratur

leder till konflikter med omgivningen. Han har fungerat väl de senaste månaderna tack vare *regelbunden medicinering och fungerande öppenvårdskontakter.* Han har dock en fortsatt sviktande sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation som behöver ett arrangemang *motsvarande 24-timmars psykiatrisk dygnetruntvård.* Det är oklart om han skulle acceptera befintlig medicinering utan tvångsvård. Ansökan om fortsatt tvångsvård motiveras således med *upprätthållandet av en längre tids behandlingsallians*" (kurs. här). Sakkunnig tillstyrkte ansökan och LR biföll densamma.

Uppenbarligen fungerade patienten väl på grund av medicinering och fungerande öppenvårdskontakter. Detta synes emellertid inte LR ha tagit någon notis om. Vidare finns inte i 2000 års lag något "arrangemang" motsvarande vad som gäller enligt 3 § p. 1 LPT. Antingen var man i behov av intagning i enlighet med vad som föreskrivs där eller så var man det inte, bortsett från möjligheten till permissioner. Att patienten hade ett behov av medicinering är sannolikt ostridigt. Men förelåg ett sådant oundgängligt vårdbehov som krävs enligt 3 § LPT? Vad som framkommer i domen bidrar inte till någon övertygelse. Möjligen hade en motiverad dom skingrat framförda tvivel.

I mål nr 10405-07 den 21 maj 2007, LR i Stockholms län ansökte chefsöverläkaren om medgivande till fortsatt vård enligt 9 § LPT. Patienten uppgavs lida av en mycket allvarlig psykisk störning som krävde kontinuerlig medicinering med neuroleptika. Utan adekvat medicinering förelåg handikappande symtom i form av vanföreställningar, hörselhallucinationer och affektiva svängningar. Vanföreställningarna hade bisarra inslag som drev patienten till beteenden vilka i värsta fall kunde utgöra en fara både för henne själv och för omgivningen. Patienten uppgavs vidare *sakna sjukdomsinsikt* och var därför *negativt inställd* till medicinering och kontakt med psykiatrin.

Vidare anförs: "*Vid utskrivning från slutenvården* var hon mycket negativ till kontakt med mottagningen och medicinering. /.../ *är på permission* med stöd av 25 § LPT. Hon har under permissionen upprätthållit kontakt med mottagningen och skött sina depåinjektioner. /.../ har uppgett att medicineringen inte är förenlig med det liv hon vill leva och hon har tills nyligen uppgett att hon har för avsikt att avsluta behandlingen så snart hon själv kan ta ställning till detta. /.../ behöver ytterligare en tid med stöd av vård enligt LPT. Om tvångsvården skulle upphöra är risken mycket stor att kontakten *ganska snart* skulle ebba ut och /.../ skulle upphöra med sin medicinering. Det skulle innebära ett allvarligt avbrott i den process av tillfrisknande och symtomlindring hon nu är inne i. /.../ är i *oundgängligt behov av neuroleptikabehandling* för att överhuvudtaget kunna upprätthålla någon form av samarbete med psykiatrin och för att kunna ta vara på kommunens resurser i form av *boendestöd*" (kurs. här).

© Författaren och Studentlitteratur

LR höll muntlig förhandling varvid chefsöverläkaren bl.a. uppgav att om patienten "inte vårdas med stöd av LPT är *risken stor att hon insjuknar igen*. Ett insjuknande som det skedde vid senaste vårdtillfället medför stor risk för henne och omgivningen. Bland annat föreligger risk för brand. /.../ blir mycket sjuk om hon inte sköter sin medicin" (kurs. här).

Patienten bestred, genom det offentliga biträdet, bifall till ansökan och uppgav att hon samtyckte till nödvändig vård. "Hon är inte i behov av dygnetruntvård. Hon lever ett socialt liv och deltar aktivt i en /.../ samt spelar bridge och golf. Hon har bra kontakt med sin son. Hon har varit utskriven och vistats i bostaden sedan den 13 mars 2007 och det har fungerat bra. Hon kommer inte att upphöra med medicineringen om tvångsvården upphör. Hon får nu medicin och samtalsbehandling var fjortonde dag och det vill hon fortsätta med. Hon vet inte själv vilken diagnos hon har i dag. Hon vet dock att hon har en psykiatrisk problematik och att hon kan bli sämre om hon inte tar medicin." Sakkunnig förordade fortsatt tvångsvård.

LR fann det utrett att förutsättningarna för tvångsvård var uppfyllda och att det förelåg ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kunde tillgodoses på annat sätt än genom att hon var intagen på sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Och det kan man vara trots permission, vilket patienten haft i ca två månader. Men hade patienten medgivits permission för att förbereda tvångsvårdens upphörande, så som föreskrevs i då gällande 25 § LPT? Av vad som framgår av domen är det tveksamt. Snarare var förhållandena sådana, vilket ur medicinsk synvinkel kan vara förståeligt, men ur ett legalt perspektiv inte acceptabelt, att patienten fortsatte att *vårdas med tvång för att tvinga henne till medicinering och för att förhindra återinsjuknande*. Det förväntade återinsjuknandet och därmed eventuell återintagning var heller inte aktuellt vid tiden för LR:s dom.[83] Dessutom talar chefsöverläkaren om att patienten hade ett *oundgängligt behov av neuroleptikabehandling*, vilket alls inte är detsamma som ett oundgängligt behov av *intagning* i enlighet med 3 § första stycket p. 2 i 2000 års lag. Det må även anmärkas att, vilket påtalas i avsnittet som behandlar permissionsinstitutet, patienten *inte* blir "utskriven" vid en permission, utan är att betrakta som intagen under hela den tiden.[84]

I mål nr 7717-07 LR i Stockholms län ansöktes om fortsatt tvångsvård med stöd av 7 § LPT. Till stöd för ansökan uppgavs bl.a. att patienten uppvisade

83 Jfr om aktualitetsprincipen i RegR:s avgöranden 5765-07 och 6172-07 refererade ovan i avsnitt 9.5.2.1.

84 Se avsnitt 15.2.

© Författaren och Studentlitteratur

en sjukdomsbild med mycket psykotiska upplevelser i form av kroppsliga vanföreställningar, påverkansidéer, tankepåsättning och hallucinationer av olika slag. Hon har också varit nedstämd och depressiv. Karakteristiskt var också patientens negativa inställning till medicinering.

Patienten intogs med stöd av LPT den 7 mars 2007. Vidare framgår att patientens "situation blev *efter några dagars neuroleptikabehandling* lättare och hon kunde gå hem på *permission* utan att uppleva samma obehag som tidigare. Hon har haft kontakt med enheten och återkommit vid något tillfälle med ökade psykotiska upplevelser. Hon har varit mycket negativ till injektionsbehandling. Hon har förklarat att hon inte tänker ta några fler injektioner, eftersom hon är övertygad om att det är injektionerna som är orsaken till hennes besvär. All tidigare erfarenhet visar att hon inte kommer att samarbeta om medicinering och den vård hon ordinerats om det inte sker med stöd av LPT" (kurs. här).

Vid den muntliga förhandlingen uppgav chefsöverläkaren även att patienten varit hemma på permission och då inte tagit medicin som ordinerats. Medicinbyte hade skett men det var ännu för tidigt att säga "om det ger effekt. Den eventuella effekten av bytet av medicinen måste utvärderas och för det behövs fortsatt vård enligt LPT."

Sakkunnig i målet förordade fortsatt tvångsvård och uttalade bl.a. att "[h]on uppfyller kriterierna för psykiatrisk tvångsvård. Hon har, *eftersom hon är utlovad permission, inget att förlora på att stå under denna uppsikt*, denna kontroll och detta skydd som kan tas i anspråk om situationen ser ut att 'gå över styr'". (kurs. här)

Även i detta mål har patienten medgivits permission efter några dagars intagning och även här menar jag att tillämpningen av permissionsbestämmelsen är tveksam. Det ifrågasätts inte att patienten är i behov av medicinering. Däremot måste sättas i fråga om det föreligger ett sådant oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Sakkunnigs uttalande ger enligt min uppfattning uttryck för hur tillämpningen av LPT faktiskt kommit att utvecklas: som *en garanti för att upprätthålla medicinering och vård utan intagning på vårdinrättningen*. Man måste dessutom ifrågasätta sakkunnigs uttalande att patienten inte hade något att förlora på att stå under "denna uppsikt", då patienten alltjämt är att betrakta som tvångsvårdad även under permission. Ytterligare några mål får visa denna utveckling.

I mål nr 7593-05 den 13 juli 2005, LR i Skåne län ansöktes om fortsatt vård för en patient som varit intagen med stöd av LPT sedan slutet av september 2004. Vården föranleddes av ett nytt skov av paranoid schizofreni till följd av att han avbrutit medicinering. Av chefsöverläkarens ansökan framgår bl.a.:

© Författaren och Studentlitteratur

> "Han har trots ett stort engagemang från både psykiatrin och hemtjänsten under den senaste LPT-permissionen slutat att ta sin medicin så att symtom på hans paranoida schizofreni åter kunnat blomma upp och slutenvård på nytt blivit nödvändig. Han tar nu dagligen sin medicin i personals åsyn utan protester och har kunnat gå på timpermissioner. Ambitionen är att han så snart det är möjligt skall *skrivas ut på ständig LPT-permission*, när hans tillstånd uppfattas så stabilt att han kan hantera detta och man bestämt formerna för hur han skall få sin medicin administrerad" (kurs. här).

Vid tiden för LR:s dom förelåg ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kunde tillgodoses på annat sätt än genom att patienten var intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Det som emellertid är remarkabelt, och som ger exempel på hur rättstillämpningen utvecklats, är inställningen att patienten skulle *skrivas ut på ständig LPT-permission*. Ett dylikt synsätt var inte förenligt med då gällande permissionsbestämmelse och ger uttryck för att LPT skulle användas i annat syfte än att tillgodose det oundgängliga vårdbehovet. Dessutom är patienten fortfarande att betrakta som *intagen* under medgiven permission varför man inte kan tala om att patienten ska skrivas ut på permission. Distinktionen är viktig eftersom chefsöverläkaren har ansvar för patienten även under tiden för permission.

> I mål nr 7940-05 den 28 juli 2005, LR i Skåne län, ansöktes om fortsatt vård enligt 9 § LPT. Patienten blev intagen i september 2003 efter att ha fått ett aggressivt raptus i hemmet. Sedan dess hade han fått regelbunden neuroleptikabehandling. Av ansökan framgick att "[h]*an får sin tablettbehandling och får sin medicin varje kväll av hemtjänsten.* Han har även regelbundna *hembesök från psykiatrin.* Hans situation har påtagligt förbättrats efter att behandlingen inleddes. Trots patientutbildning saknar han sjukdomsinsikt. Det är ytterst tveksamt om han skulle fortsätta sin medicinering under frivilliga former" (kurs. här).
>
> LR biföll ansökan och uttalade bl.a.: "Vårdbehovet kan inte tillgodoses på annat sätt än genom att han är intagen på sjukvårdsinrättning för kvalificerad dygnetruntvård, även om *detta numera i huvudsak sker inom ramen för permission enligt LPT.*" (kurs. här)

Det framgår i och för sig inte av domen hur länge patienten haft permission. Vården har dock pågått i två år och permission skulle kunna ha pågått "en längre period". Om så är fallet är det anmärkningsvärt att LR inte noterar permissionsinstitutets innebörd och dess samband med det kvalificerade vårdbehovsrekvisitet. Utifrån lagstiftningen och vad som framgår av RegR:s ovan återgivna avgörande torde kunna ifrågasättas om det var fråga om ett sådant oundgängligt vårdbehov som lagen kräver.

© Författaren och Studentlitteratur

Patienten får ju uppenbarligen stöd av hemtjänsten och hembesök från psykiatrin, men LR synes inte heller ha tagit hänsyn till patientens personliga förhållanden så som föreskrivs i 3 § LPT. Kan patienten klara sig själv i hemmet med erforderligt stöd från t.ex. psykiatrin och hemtjänsten skall tvångsvård inte beslutas. Personliga förhållanden synes inte ha beaktats i följande mål heller:

> I mål nr 12448-05 LR i Skåne län ansöktes om fortsatt vård enligt 9 § LPT. Chefsöverläkaren uppgav bl.a. att patienten hade en kronisk psykossjukdom och ett alkoholberoende. "*Hon är välmedicinerad och har ett massivt stöd i hemmet av såväl kommunal som psykiatrisk personal.* Plågsamt psykotiskt upplevande kvarstår. /.../ vill inte till vårdhem och föredrar stöd som gör det möjligt för henne att bo kvar i lägenheten. Hon är likväl ofta aggressiv vid hembesök. Hon anser att hon är frisk och tar inte emot depotinjektioner eller antabus frivilligt. *Nödvändiga vårdinsatser kan endast ske med stöd av LPT.* Om LPT-vård upphör kan man räkna med en snabb försämring som kommer att nödvändiggöra ny LPT-vård och flyttning till vårdhem" (kurs. här).

Föreligger det i målet ett sådant oundgängligt vårdbehov som var förutsättning för tvångsvård enligt 3 § första stycket p. 2 i 2000 års lag? Tydligen är patienten permitterad, även om det inte framgår, och det massiva stödet i hemmet, är det inte tillräckligt för att låta tvångsvården upphöra? LR kommenterade inte sakförhållandena utan konstaterade endast att hennes vårdbehov inte kunde tillgodoses på annat sätt än genom att hon var intagen för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård på en sjukvårdsinrättning.

> I mål nr 50-06 LR i Göteborg ansöktes om fortsatt vård enligt 9 § LPT. Av ansökan framgår bl.a. att patienten led av en "allvarlig psykisk störning i form av schizofreni och har svårt att skilja rösthallucinos från verkligheten. Han har permission till eget boende i närheten av modern som brukar hjälpa honom med städningen. Han har tidvis en mycket dålig behandlingsallians och har inte alltid varit motiverad till medicinering. Det är en uppenbar risk att han försämras i sin psykiska sjukdom om tvångsvården upphör och han kan då bli aggressiv och utgöra ett tydligt hot mot både sig själv och andra. Idag upplever han att tvångsvården är en trygghet för honom. På grund av ovanstående finns ett *oundgängligt behov av kvalificerad psykiatrisk vård dygnet runt, som liksom för närvarande kan bedrivas i öppen form.* Kommunen har ännu så länge inte funnit något lämpligt anpassat boende för honom men ställer upp med boendestöd." Det framgick också att vårdpersonalen på boendet uppgivit att patienten "är trygg i tvångsvården och att han vill att den skall fortsätta" (kurs. här).

© Författaren och Studentlitteratur

Sakkunnig uttalade bl.a. att patienten "har lovat sin mamma att ta sina mediciner och är samarbetsvillig till detta då de ger honom en lugnande effekt. /.../ lever just nu i en hygglig balans med vården och det känns som om det *ligger nära till hands att avsluta tvångsvården* för honom. Tvångsvården bör dock fortsätta en *kortare tid* till för att se om det finns stabilitet i hans tillstånd" (kurs. här).

LR fann bl.a. att patienten alltjämt led av en allvarlig psykisk störning och att han "behöver ytterligare en tid av psykiatrisk vård på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård". LR medgav vård i högst *sex månader.*

Det bör noteras att vid tiden för denna dom hade bestämmelserna om öppen psykiatrisk tvångsvård inte trätt i kraft, varför det kvalificerade vårdbehovsrekvisitet var det enda alternativet, tillsammans med övriga förutsättningar i 3 §. Att patienten sålunda var i behov av *kvalificerad psykiatrisk vård dygnet runt, som kan bedrivas i öppen form* är sålunda inte liktydigt med ett sådant oundgängligt behov som krävdes enligt 3 § första stycket p. 2 i 2000 års lag. Patienten har uppenbarligen permission och klarar sig väl med kommunens hjälp. Det är ägnat att ingjuta tvivel om det kvalificerade vårdbehovsrekvisitet verkligen var uppfyllt, vilket LR uppenbarligen funnit. Det kan vidare noteras att sakkunnig resonerar om att tvångsvården eventuellt skulle kunna upphöra, men stannar för att rekommendera ytterligare en *kortare* tid. LR fäster heller ingen notis om detta, i vart fall inte vad som framgår av domen, utan medger utan vidare motivering ytterligare högst sex månaders vårdtid.

Av de drygt 660 mål rörande ansökningar om fortsatt vård enligt 7 och 9 §§ LPT som granskats, är det endast i 15 mål (2,3 %) av dessa som LR *avslagit* en ansökan. I ungefär hälften av dessa (7 mål) har rätten avslagit ansökan p.g.a. att det *inte ansetts föreligga ett oundgängligt vårdbehov.* Det må därvid anmärkas, att i fem av dessa har sakkunnig i målet också avstyrkt fortsatt tvångsvård och i ett fall (1) har det offentliga biträdet påtalat regelverkets innebörd. Några exempel kan belysa vad som förekommit.

I mål 1161-06 LR i Göteborg, ansöktes om fortsatt vård med stöd av 9 § LPT. Det var fråga om en patient med paranoid schizofreni. Enligt ansökan hade patienten "under senare tid visat sjukdomsinsikt, vilja att medicinera samt söka vård i den utsträckning som krävs, detta har dock uttryckts tidigare och /.../ har ändock slutat medicinera. Då /.../ slutar att medicinera insjuknar han snabbt i ett akut tillstånd igen. Vid insjuknandet föreligger fara för hans liv då han ej tar vård om sig själv och ej heller äter. Fortsatt vård enligt LPT är därför nödvändig."

© Författaren och Studentlitteratur

Patienten motsatte sig *inte* vård enligt LPT men önskade om möjligt att tvångsvård inte skulle ske då han såg öppenvård som ett bättre alternativ.

Sakkunnig anförde bl.a. att patienten "visserligen lider av en allvarlig psykisk störning, men som för närvarande är under god kontroll. /.../ uttrycker stark övertygelse att han önskar bli bättre. /.../ har under det *senaste årets LPT-permission* fortsatt med sin medicinering och hans sjukdomsinsikt är väldigt stor." (kurs. här) Sakkunnig ansåg mot denna bakgrund att det inte kunde anses förenligt med lagen att bevilja förlängd vård enligt LPT.

LR avslog ansökan. Rätten fann att utredningen visade att patienten led av en allvarlig psykisk störning. "Dock är *inte störningen nu* av sådan grad att han är i behov av *tvångsmässig heldygnsvård*. /.../ har under det senaste året uppvisat en sådan stark vilja att må bättre och därmed fortsätta med medicinering och vård att han inte kan anses oundgängligen behöva tvångsvård enligt LPT". (kurs. här)

Det är, enligt min mening, anmärkningsvärt att chefsöverläkaren, som bör vara förtrogen med lagstiftningens innebörd åtminstone i de mest fundamentala delarna, över huvud taget ansöker om tvångsvård. Det är ju chefsöverläkaren som fortlöpande har att överväga frågan om tvångsvårdens upphörande och när det inte längre finns förutsättningar för tvångsvård, dvs. om rekvisiten i 3 § inte längre är uppfyllda, genast besluta att tvångsvården skall upphöra. Det är uppenbart så, att ansökan gjorts för att *förhindra att patienten slutar att medicinera och återinsjukna*, vilket strider mot lagens syfte och legalitetsprincipen. Det är synbarligen också så, att patienten haft permission ett helt år, vilket även strider mot dåvarande 25 § LPT. Också detta mål visar vad som utvecklats som ett mönster i tillämpningen av LPT. Tvångsvård används i stor utsträckning, inte som den undantagsåtgärd det är tänkt att vara, utan som en åtgärd för att bibehålla uppnådd hälsa och för att fortsätta nödvändig medicinering. En fråga som naturligen får lämnas obesvarad är hur LR ställt sig om inte sakkunnig avstyrkt ansökan.[85]

I mål nr 4370-06 LR i Göteborg, ansöktes om fortsatt vård enligt 9 § LPT. I ansökan uppgavs bl.a. att patienten "lider sedan lång tid av en allvarlig psykisk sjukdom. Under neuroleptikabehandling dämpas hennes symptom, hon är lugnare och klarar sitt dagliga liv. Hon har dock vissa kvarstående systematiserade paranoida vanföreställningar. /.../ har avböjt allt stöd i form av kontakt med psykiatrin, arbetsterapeut, boendestöd eller samtalskontakt. Under 2005-2006 har dock behandlingskontakten vad gäller medicinering fungerat. /.../ kan inte på något sätt motiveras till vare sig

85 Se om sakkunnig, kapitel 7.

© Författaren och Studentlitteratur

behandling eller annan psykiatriskt kontakt på frivillig basis. Hon har ingen sjukdomsinsikt eller sjukdomskänsla och uttrycker klart att hon kommer att bryta all kontakt med psykiatrin om tvångsvården avskrivs. Fortsatt vård enligt LPT är nödvändig *för att kunna behandla* /.../ på ett adekvat sätt, dvs. med kombination av farmaka och stöd. För det fall hon upphör med medicineringen är chefsöverläkarens bedömning att /.../ symtomatologi kommer att tillta och hennes funktionsnivå sannolikt att sjunka avsevärt" (kurs. här).

Patienten motsatte sig förlängd tvångsvård. Hon ansåg sig inte sjuk och ville inte medicinera.

Sakkunnig avstyrkte ansökan och anförde bl.a. att "LPT-permission skall bara i undantagsfall förlängas utöver ett år. Det har inte hänt något under den tid vården pågått som lett till en plattform för samarbete. Inget konkret hot, mot /.../ själv eller hennes omgivning finns heller som kan leda till att en förlängning av vården kan motiveras."

LR avslog ansökan med hänvisning till permissionsbestämmelsen och att LPT inte var avsedd för den typ av långtidspermission, mer än 1,5 år, som det var fråga om i fallet. Med hänsyn härtill "och till vad den sakkunnige läkaren anför" ansåg LR att kravet i 3 § första stycket p. 2 inte längre var uppfyllt."

Detta var åter ett exempel på att ansökan om tvångsvård gjorts för att hålla patientens sjukdom i schack utan att förutsättningarna för tvångsvård faktiskt synes föreligga. Även i nedanstående mål lutar sig rätten mot vad sakkunnig anför.

I mål nr 4441-07 LR i Stockholms län, ansöktes om fortsatt vård med stöd av 7 § LPT. I ansökan uppgavs bl.a. att patienten "lider av en psykossjukdom och hade vid intagningstillfället (den 27 januari 2007 – min anm.) paranoida vanföreställningar, dödstankar och varken åt eller drack. Hon hade slutat medicinera och avbrutit kontakten med öppenvården. /.../ tillstånd är fortfarande så pass instabilt att hon *behöver tillsyn, ramar och struktur* för att hantera tillvaron. Hon har under nuvarande vårdtillfälle avvikit från den låsta avdelning som hon vårdas på vid tre tillfällen. Fortsatt vård med stöd av LPT är nödvändig för att uppnå tillräcklig effekt av farmaka och för att /.../ skall kunna etablera en väl fungerande öppenvårdskontakt" (kurs. här).

Patienten bestred bifall och anförde bl.a. att vård kunde ges under frivilliga former genom erbjudet boendestöd och öppenvårdskontakt.

Sakkunnig avstyrkte fortsatt tvångsvård och anförde bl.a. att det inte fanns ett oundgängligt behov av kvalificerad dygnetruntvård på sjukhus. "Det vore dock bra om patienten stannar på sjukhuset till dess att det är klart med alla hjälpåtgärder och det säger patienten att hon vill. Patienten ter sig här välmotiverad och insiktsfull. Det finns *inget starkt skäl idag*

© Författaren och Studentlitteratur

för att det skulle vara oundgängligt påkallat med heldygnsvård på sjukhus. Patienten vill ha vård men under frivilliga former. Hon är beredd att ta den spruta hon är tveksam till, men vill diskutera byte till ett annat preparat. Det är fullt förståeligt att man önskar mindre biverkningar. Så länge patienten är så samarbetsvillig bör man gå henne till mötes och tvångsvård avstyrks därför" (kurs. här).

LR avslog ansökan och fann det utrett att patienten led av en allvarlig psykisk störning. LR fann emellertid "inte – med hänsyn främst till vad sakkunnig uttalat – att förutsättningarna i övrigt för fortsatt vård enligt 3 § LPT var uppfyllda".

De mål som ovan redovisats och där LR (numera förvaltningsrätten) avslagit ansökan skiljer sig inte i någon avgörande grad från de mål där ansökan bifallits. Sakkunnigs uttalande synes emellertid, generellt, ha en mycket stor betydelse för hur rätten bedömer rekvisiten. I nyss anförda mål har sakkunnig givit uttryck för en sådan *restriktivitet* i tolkningen som lagstiftaren påbjudit. Det är dock förvaltningsrätten som har att, utifrån lagens rekvisit, pröva vad som kan anses visat i målet varvid sakkunnigs uttalande är ett av flera bevismedel och inte något som är avgörande för hur förvaltningsrätten skall besluta.[86]

9.5.3 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Enligt min mening ger det studerade rättsfallsmaterialet uttryck för att vårdbehovsrekvisitet i 3 § första stycket p. 2 i 2000 års lydelse kommit att tillämpas på ett helt annat sätt än vad lagens ordalydelse ger uttryck för. Inte heller de begränsningar och preciseringar som tydligt framgår av lagens förarbeten synes ha vunnit gehör, varken i hälso- och sjukvården eller hos förvaltningsrätterna. Undersökningen visar att LPT kommit att användas som en *garanti för att säkerställa medicinering* och för att hålla patienten på en acceptabel medicinsk nivå och *inte* för att tillgodose ett oundgängligt behov som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom intagning. Det är inte fråga om enstaka fall vid något enstaka tillfälle, utan det är fråga om *ett mönster i rättsutvecklingen* som visats under en treårsperiod vid tre olika länsrätter. Utvecklingen är synnerligen allvarlig då det är fråga om ett frihetsberövande, där såväl RF som EKMR ställer krav på såväl lagstiftning som tillämpning av densamma. I alltför många fall synes tillämpningen stå i strid mot lagstiftningen och ändamålet bakom denna. Syftet, att tillgodose det oundgängliga vårdbehovet, har hamnat i skymundan och legaliteten och rättssäkerheten har fått stå tillbaka. Det handlar om samhällets utövande av makt i förhållande till den enskilde.

86 Se om sakkunnig avsnitt 7.5.

© Författaren och Studentlitteratur

Lagen skall tolkas restriktivt och domstolsprövningen skall ge den enskilde en garanti att tolkning och tillämpning inte extenderas. I stället har till synes ett slentrianmässigt förlängande av tvångsvården förekommit i alltför många fall. Att detta sker under åberopande av den enskildes eget intresse är varken förenligt med lagstiftningen eller grundläggande rättsstatliga värderingar. Den offentliga makten utövas under lagarna och de beslut om tvångsvård som fattas inom såväl hälso- och sjukvården som i domstolarna är ett uttryck för denna maktutövning. Tillämpningen av LPT, utifrån de grundläggande rekvisiten för beslut om tvångsvård över huvud, synes dock vara präglad av ett tämligen rikt mått av godtycke och viljan att bota och lindra förefaller vara avgörande till nackdel för legalitet och rättssäkerhet.

Som framgått av redovisningen ovan har, i de flesta mål, där dubier kan infinna sig om vårdbehovsrekvisitets förhandenvaro, också varit fråga om fall då patienten medgivits permission av kortare eller längre slag. Resultatet är ingalunda nytt. Samma sak har påtalats av Tvångspsykiatrikommittén,[87] Socialstyrelsen,[88] Nationell psykiatrisamordning,[89] och i RegR:s praxis.Redovisningen ovan får närmast ses som ytterligare en bekräftelse på hur lagen kommit att tillämpas, och detta trots lagändring år 2000 och att det flerstädes understrukits tillämpningens bristande följsamhet med lagstiftningen. Att förvaltningsrätterna inte varit en sådan garanti för rättssäkerheten som därvid borde kunna förutsättas är synnerligen anmärkningsvärt.

Permissionsinstitutet har förändrats genom införandet av öppen psykiatrisk tvångsvård.[90] Förutsättningarna för *sluten* psykiatrisk tvångsvård kvarstår emellertid oförändrade.[91] Dock är det lagstiftarens uppfattning att de långa permissionerna kommer att ersättas av den nya vårdformen.[92] Mot bakgrund av vad som visats ovan torde det enligt min mening föreligga en uppenbar risk att tillämpningen av regelsystemet rörande den *öppna* vårdformen kommer att lida samma brist på legalitet till nackdel för den enskilde, åtminstone från rättssäkerhetssynpunkt, något som måste följas av alla som har att tillgodose den enskildes intresse; hälso- och sjukvården, offentliga biträden, domstolar och tillsynsmyndighet.

87 SOU 1998:32.

88 Permissioner vid psykiatrisk tvångsvård – en uppföljning och utvärdering av ändrad reglering 2002.

89 Öppen vård med särskilda villkor 2006.

90 SFS 2008:415 från den 1 september 2008.

91 Prop. 2007/08:70 s. 145.

92 Prop. 2007/08:70 s. 78.

© Författaren och Studentlitteratur

9.6 Behov av särskilda villkor – öppen psykiatrisk tvångsvård

9.6.1 INLEDNING

Rättstillämparnas benägenhet att i strid mot gällande lag tillåta långa permissioner har av lagstiftaren ansetts spegla ett behov av möjligheter till utslussning som inte tillgodosågs genom tidigare gällande lag. Enligt regeringen står det klart att det *i vissa fall* kan behövas en lång tid för att ge personer med psykisk sjukdom eller funktionshinder en möjlighet att förbereda sig inför och anpassa sig till ett liv utanför sjukvårdsinrättningen, utan de rutiner och den struktur som tvångsvården innebär. Det har därför ansetts angeläget att finna lagliga förutsättningar för att ge nödvändig psykiatrisk vård och annat behovsanpassat stöd till de personer som på grund av sin psykiska störning *inte kan skrivas ut* från tvångsvård, men som inte heller behöver vara intagna vid en sjukvårdsinrättning och skapa möjligheter till en flexibel utslussning där patientens behov är avgörande för hur utslussningen utformas.[93]

Genom lagändring den 1 september 2008 (SFS 2008:415) infördes därför möjligheten till *öppen* psykiatrisk tvångsvård (3 § första stycket p. 2 LPT) för patienter som behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Den undersökning som ligger till grund för förevarande arbete omfattar dock *inte* tillämpningen av bestämmelserna kring den öppna vårdformen. I det följande behandlas rekvisitet sålunda endast på ett teoretiskt plan, dock med viss återblick till vad som anförts rörande det kvalificerade vårdbehovsrekvisitet för sluten psykiatrisk tvångsvård.

9.6.2 ALLMÄNT OM DEN ÖPPNA VÅRDFORMEN

Avsikten med den öppna psykiatriska tvångsvården är, enligt lagens motiv, att vårdformen skall kunna omfatta de patienter som behöver följa en viss behandling eller iaktta andra särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård, utan att ha ett behov av sluten vård. *Syftet*, sägs det, är att bättre kunna anpassa nivån på tvångsingripandet till varje enskild patients behov. *Målsättningen*, sägs vidare, är att en patient därmed *inte* skall behöva riskera att utsättas för en större integritetskränkning än vad som är *absolut nödvändigt* för att kunna ge honom eller henne erforderlig psykiatrisk vård.[94] Det sagda ger emellertid snarare uttryck för den öppna vårdformens *funktion* då det med tvångsvården uttalade syftet regleras i

93 Prop. 2007/08:70 s. 75.

94 Prop. 2007/08:70 s. 83.

© Författaren och Studentlitteratur

2 § LPT. Även den öppna vårdformen skall *syfta till* att sätta patienten i stånd att *frivilligt medverka* till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.[95] Syftet med *all* tvångsvård enligt lagen är, vilket också framhålls i motiven, att motivera patienten att frivilligt medverka till erforderlig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.[96]

Den patient som ges öppen psykiatrisk tvångsvård får, enligt 26 § första stycket LPT, *vistas utanför* sjukvårdsinrättningen. De särskilda tvångsåtgärderna i 18–24 §§ LPT får därmed *inte* tillämpas på patienten. Patienten är dock att betrakta som *inskriven* vid en sjukvårdsinrättning under *hela den tid* som han eller hon ges psykiatrisk tvångsvård, oavsett om vården ges i form av öppen eller sluten psykiatrisk tvångsvård. Den patient som genomgår öppen psykiatrisk tvångsvård är således *fortfarande knuten till sjukvårdsinrättningen* genom att den aktuella tvångsvården, genom chefsöverläkarens försorg, utgår därifrån.

Till skillnad från vad som gäller vid permission[97] är en patient, som vårdas i den öppna vårdformen, i enlighet med definitionen i 2 § LPT, däremot *inte* att betrakta som *intagen* på sjukvårdsinrättningen. Patienten är dock fortfarande vårdad under *tvång*, varför chefsöverläkaren, enligt 2 § första stycket FPT, skall svara för att en *särskild förteckning* förs över de patienter som avses i LPT.[98] Det innebär också att chefsöverläkaren, där patienten är inskriven (1 § fjärde stycket LPT), har ansvar för patienten under hela tiden, oavsett om vården drivs i öppen eller sluten form. Det är denne som fortlöpande har att följa utvecklingen för patienten och bl.a. överväga om förutsättningarna för tvångsvård alltjämt är uppfyllda (27 § LPT).[99]

9.6.3 REKVISITETS INNEBÖRD

En av förutsättningarna för öppen psykiatrisk tvångsvård är att patienten

> 2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (*öppen psykiatrisk tvångsvård*).

Rekvisitet är *alternativt* i förhållande till kravet på oundgängligt vårdbehov som regleras i 3 § första stycket p. 1, som är ett av de grundläg-

95 Prop. 2007/08:70 s. 145. Se även avsnitt 8.2.

96 Prop. 2007/08:70 s. 145.

97 Se kapitel 15.

98 Prop. 2007/08:70 s. 144.

99 Som påtalats flerstädes kan delegation av chefsöverläkarens uppgifter, i enlighet med vad som stadgas i 39 § LPT, inte ske till läkare utanför vårdinrättningen.

© Författaren och Studentlitteratur

gande rekvisiten för sluten psykiatrisk tvångsvård. Det krävs dock *alltid* att patienten, för ett beslut om tvångsvård över huvud, initialt har ett oundgängligt behov av sluten psykiatrisk tvångsvård innan vården kan övergå i öppen form (2 § LPT). Någon närmare tidsgräns för hur lång tid den slutna psykiatriska vården först måste pågå finns dock inte. I motiven anförs endast, att patienten – *i vart fall i ett inledande skede* – måste uppfylla förutsättningarna för sluten vård.[100]

För att öppen psykiatrisk tvångsvård skall kunna beslutas skall emellertid *även övriga förutsättningar* i 3 § LPT vara uppfyllda. Det skall sålunda, enligt första stycket, föreligga en *allvarlig psykisk störning*, och tvångsvård får ges endast om patienten *på grund av* sitt *psykiska tillstånd* och sina *personliga förhållanden i övrigt* behöver iaktta särskilda villkor. Vidare skall, enligt 3 § andra stycket, patienten *motsätta* sig sådan vård och eventuell *farlighet* skall beaktas i enlighet med 3 § fjärde stycket LPT.[101] Inte heller den öppna vårdformen kan komma i fråga om patientens psykiska störning utgöras *enbart* av utvecklingsstörning (3 § tredje stycket LPT).

Vad gäller frågan om *vilket slags behov* som skall föreligga för att kunna komma i fråga för den öppna vårdformen kan till en början konstateras, att det *inte* finns ett *oundgänglighetskrav* som gäller för sluten vård. Enligt ordalydelsen i 3 § första stycket p. 2 krävs att patienten *behöver* iaktta särskilda villkor. Motiven innehåller inte någon närmare diskussion kring detta, utan där konstateras endast att vårdformen innebär att det *inte* behöver föreligga ett *oundgängligt* behov av vård på sjukvårdsinrättning för kvalificerad dygnetruntvård,[102] något som enligt min mening ligger i vårdformen som sådan. Dock kan konstateras att behovsrekvisitet inte är lika starkt som i 3 § första stycket p. 1 som kräver ett oundgängligt behov. I själva ordet *behov* torde dock ligga att villkoren måste vara *nödvändiga*.[103]

Till skillnad från vad som gäller för sluten psykiatrisk tvångsvård, finns *inte* heller något uttalat krav på att det skall vara omöjligt att tillgodose behovet av villkor på något annat sätt än genom öppen psykiatrisk tvångsvård. Det torde dock ligga i sakens natur, att om erforderlig vård kan ges utan ställande av villkor skall patienten inte vårdas med stöd av LPT.

De *särskilda villkoren* regleras i 26 § tredje stycket LPT.[104] I ett antal strecksatser räknas upp vad villkoren *får* avse, t.ex. skyldighet att under-

100 Prop. 2007/08:70 s. 145.

101 Prop. 2007/08:70 s. 82 f. och s. 145 f.

102 Prop. 2007/08:70 s. 83.

103 Jfr Gustafsson 2001 s. 340.

104 Även beskrivna under kapitel 15 om permission.

© Författaren och Studentlitteratur

kasta sig medicinering eller annan vård eller behandling, eller skyldighet att anlita socialtjänsten. Uppräkningen är inte uttömmande,[105] utan vilka särskilda villkor som bör föreskrivas i det enskilda fallet är beroende på patientens behov.[106] I motiven anförs att i vissa fall kommer t.ex. patienten att kunna bo hemma, arbeta/studera och ha som enda villkor att ta sin medicin regelbundet eller att delta i missbruksbehandling. I andra fall kommer patientens tillstånd att motivera ett flertal villkor, t.ex. i form av särskilt boende, daglig sysselsättning, terapi och förbud att uppsöka vissa personer.[107] Uppenbarligen kan villkoren avse såväl medicinska som sociala insatser. En annan fråga är emellertid hur man genom en psykiatrisk tvångslagstiftning, en undantagslag inom hälso- och sjukvårdsområdet, kan påtvinga den enskilde *sociala* insatser som annars, i vart fall inte med stöd av SoL och LSS, kan genomföras med tvång.

Det är viktigt att erinra sig att även den öppna vården är en *tvångsåtgärd*. I förarbetena påpekas, att villkoren skall utgöra en avvägning mellan å ena sidan vad som krävs för att patienten skall kunna ges vård utanför sjukvårdsinrättningen, med hänsyn till patientens *psykiska tillstånd och personliga förhållanden i övrigt*, och å andra sidan att de åtgärder skall väljas som är *minst ingripande* för den enskilde patienten. *I varje enskilt fall* måste noga prövas om villkoren uppfyller dessa krav och syften, sägs det. En *avvägning* måste göras mellan den kränkning av patientens självbestämmande, integritet och värdighet som ett beslut om öppen vård med de aktuella villkoren innebär och effekterna på patientens hälsa och livskvalitet.[108]

I Socialstyrelsens lägesrapport om hur den öppna vårdformen använts fram till april 2009 konstateras, att några av de vanligaste villkoren är att patienten skall vistas på visst boende och följa boendets regler och rutiner och/eller släppa in boendestödjare och/eller vara skyldig att ta medicin enligt ordination. Några domar har "vistelsevillkor", vilket innebär att patienten inte får lämna boendet utan personal, men kan få permission från boendet för att t.ex. besöka närstående. Ett annat exempel är att patienten skall vara tillgänglig per telefon 24 timmar om dygnet.[109]

105 Prop. 2007/08:70 s. 111.

106 Är det fråga om öppen *rättspsykiatrisk* vård har samhällsskyddet en mer framträdande betydelse när det gäller patienter med särskild utskrivningsprövning (prop. 2007/08:70 s. 111).

107 Prop. 2007/08:70 s. 111.

108 Prop. 2007/08:70 s. 111 och 152.

109 Socialstyrelsen 2009, En ny vårdform. En lägesrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård, s. 21 f.

© Författaren och Studentlitteratur

Enligt min mening torde ett villkor att patienten inte får lämna ett boende *inte* vara förenligt med lagstiftningen. Tvångsåtgärder får endast tillämpas inom den *slutna* psykiatriska vården (jfr 18–24 §§ LPT) och dessa kan inte "följa med" patienten utanför vårdinrättningen. Är patientens tillstånd sådant att han eller hon inte kan klara sig själv utan medföljande personal bör heller inte öppen psykiatrisk tvångsvård komma i fråga. Att patienten inte får lämna sitt boende innebär ett frihetsberövande som endast kan komma i fråga i den slutna vårdformen och det borde, enligt min mening, ha observerats i domstolsprövningen.

Det är just mot bakgrund av att villkoren kan innebära inskränkningar i grundlagsskyddade fri- och rättigheter som länsrätten, vid ett beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård, skall föreskriva de särskilda villkor som skall gälla för vården (7 och 26 §§ LPT). RF och EKMR ger ju inte bara ett skydd mot frihetsberövande, utan även t.ex. skydd mot intrång i privat- och familjelivet. Rätten får dock, enligt 26 §, överlämna åt chefsöverläkaren att besluta om villkoren, något som enligt Socialstyrelsen skett i ett relativt stort antal fall.[110] Rätten får återta beslutanderätten när det finns skäl för det.

Det ovan anförda ger i vart fall vid handen att den öppna vårdformen *inte* är avsedd att komma till användning på alla patienter som vårdats i sluten psykiatrisk vård, utan det krävs en särskild bedömning i varje enskilt fall om patienten behöver iaktta särskilda villkor. Frågan är då *vilka patientgrupper* som kan tänkas komma i fråga för den öppna vårdformen.

Lagstiftaren har inte tagit ställning i denna fråga, utan hänvisar till att det blir *en fråga för rättstillämparen* att ta ställning till[111] samt till vissa uttalanden från Tvångspsykiatrikommittén.[112] Kommittén nämnde därvid personer med allvarlig psykisk störning och *missbruk* som behöver vistas på ett behandlingshem eller i någon form av särskilt boende som kan tillgodose patientens behov av vård, behandling och socialt rehabiliterande insatser. Andra personer som kommittén nämnde var människor med *allvarlig och långvarig psykisk störning* som vid *upprepade tillfällen varit intagna för tvångsvård* på grund av att de inte frivilligt kunna sköta sin behandling på ett tillfredsställande sätt. Såvitt avser den sistnämnda kategorin avsågs dels personer som *behöver kontinuerlig medicinering* eller *annan behandling* för att inte återfalla i självdestruktivitet eller hotfullt beteende och riskera att allvarligt skada sig själv eller någon annan,

110 Socialstyrelsen 2009 s. 22.
111 Prop. 2007/08:70 s. 87.
112 SOU 1998:32 s. 337 ff.

© Författaren och Studentlitteratur

dels personer som på grund av *varaktigt funktionshinder* behöver vistas i någon form av *särskilt boende och iaktta viss behandling* för att upprätthålla sina grundläggande funktioner och inte allvarligt försämras i sin sjukdom.[113]

I motiven ges uttryck för att den öppna vårdformen kan användas för att *förbereda tvångsvårdens upphörande* och att det är fråga om åtgärder i utslussnings- och rehabiliteringssyfte. Sålunda anförs t.ex. att vårdformen *i första hand syftar* till att ge bättre förutsättningar än i dag när det gäller *utslussning och rehabilitering till ett liv utanför sjukvårdsinrättningen* samt till att minska behovet av återkommande intagningar i tvångsvård.[114] Avsikten med vårdformen är att den skall innebära *så få inskränkningar som möjligt* i den enskildes frihet, samtidigt som hälso- och sjukvården ges förutsättningar att kontrollera vården utanför sjukvårdsinrättningen genom att villkor skall föreskrivas för vården. Härigenom ges bättre *förutsättningar för en individanpassad utslussning och rehabilitering till ett liv utanför sjukvårdsinrättningen.*[115] Vidare talas i motiven om en *väl planerad utslussning* där nödvändiga vård-, stöd- och serviceinsatser vid behov skall kunna erbjudas patienten *under utslussningen och efter att han eller hon skrivits ut från tvångsvården.*[116] I förarbetena uttalas även, att sett ur *utslussningssynpunkt* kan den öppna vårdformen sägas tillgodose samma syfte som tidigare lagstiftnings längre permissioner,[117] dvs. *förbereda tvångsvårdens upphörande.*[118]

Motiven synes emellertid även ge vid handen att den öppna psykiatriska tvångsvården skulle kunna komma i fråga också i andra fall. Sålunda sägs att *"[d]ärutöver* pekar bl.a. psykiatrisamordningens utredning på ett behov av att hitta en vårdform för de patienter som inte längre har ett oundgängligt behov av vård på sjukvårdsinrättning, men som *ändå har ett fortsatt behov av tvångsvård. I denna del* vänder sig alltså den nya vårdformen till patienter som idag inte omfattas av tvångslagstiftningen"[119] (kurs. här). Här torde det alltså avses patienter som i strid mot tidigare gällande lagstiftning hade långtidspermission till hemmet, utan att det var fråga om att förbereda tvångsvårdens upphörande, varför det då heller inte fanns ett oundgängligt behov av intagning på sjukvårdsinrättning för kvalificerad dygnetruntvård. Det är uppenbarligen lagstiftarens mening

113 Här hämtat från prop. 2007/08:70 s. 87 f.
114 Prop. 2007/08:79.
115 Prop. 2007/08:70 s. 76.
116 Prop. 2007/08:70 s. 79.
117 Se kapitel 15.
118 Prop. 2007/08:70 s. 90.
119 Prop. 2007/08:70 s. 90.

© Författaren och Studentlitteratur

att *de långa permissionerna* skall komma att ersättas av den öppna vårdformen.[120]

Det sagda leder emellertid till spörsmålet om *hur lång tid* den öppna psykiatriska tvångsvården skall kunna fortgå. Skall öppen psykiatrisk tvångsvård skall kunna tänkas pågå år efter år ungefär som de långvariga permissionerna – icke lagenligt – tillåtits göra under mycket lång tid? Vissa uttalanden i motiven tyder på en sådan tolkning. Sålunda yttras t.ex. att det finns också personer som har ett *livslångt behov* av en tydlig struktur kring t.ex. medicinering, boende eller sysselsättning för att inte försämras i sin psykiska sjukdom, men som inte behöver vistas på en sjukvårdsinrättning. "För nu nämnda personer" kan det vara olämpligt att avbryta tvångsvården om det finns en risk för misslyckad utslussning eller försämrat hälsotillstånd.[121] Vidare talas om att det är angeläget att finna lagliga förutsättningar för att ge nödvändig psykiatrisk vård och annat behovsanpassat stöd till *de personer som på grund av sin psykiska störning inte kan skrivas ut från tvångsvård.*[122]

Samtidigt framhålls emellertid i förarbetena, att utgångspunkten för den psykiatriska tvångsvården är att *vårdtiderna skall hållas så korta som möjligt* och att detta bör vara en självklar utgångspunkt *även i fortsättningen*, samt att ett tvångsingripande alltid skall präglas av *restriktivitet* och användas som den *sista lösningen* när en frivillig väg inte är framkomlig.[123] Å andra sidan anförs emellertid även att korta vårdtider *inte bör vara ett syfte i sig.* Tvärtom bör målsättningen vara att patienten skall ges möjlighet att, utifrån sina förutsättningar och sin sjukdom, kunna leva ett så individanpassat och bra liv som möjligt. Längden på den tid det kan ta att ge patienten tillräcklig rehabilitering och motivation att själv delta i fortsatt nödvändig psykiatrisk vård varierar mellan olika individer. Regeringen bedömer att det därvid är lika viktigt att låta tvångsvården *fortgå under den tid som behövs* för att vårda varje enskild patient som att tvångsvården kan upphöra efter så kort tid som möjligt.[124] Dock understryks, att vårdformen *inte är avsedd att användas som en möjlighet att slentrianmässigt ge patienten långtidsmedicinering utanför sjukvårdsinrättningen.* Tvärtom förutsätts det att både hälso- och sjukvård och

120 Prop. 2007/08:70 s. 78.

121 I motiven talas även om livslångt behov för att inte återfalla i brott. Även om det inte är direkt uttalat måste emellertid detta avse patienter som vårdas med stöd av LRV.

122 Prop. 2007/08:70 s. 75.

123 Prop. 2007/08:70 s. 103.

124 Prop. 2007/08:70 s. 103.

© Författaren och Studentlitteratur

socialtjänst bedriver ett aktivt rehabiliteringsarbete med utgångspunkt i patientens behov.[125]

Frågan är vilka konsekvenser lagens utformning och uttalandena i dess motiv kommer att få i den praktiska tillämpningen. Villkorsrekvisitet i sig är svagare än vad vårdbehovsrekvisitet för sluten psykiatrisk vård är, och det kan leda till en tillämpning där fler patienter är nödvändigt kan komma att omfattas av tvångsvården. Oaktat lagstiftarens uttalande om slentrianmässig långtidsmedicinering ger historien, enligt min mening, vad avser tillämpningen av det kvalificerade vårdbehovsrekvisitet, en antydan om hur villkorsrekvisitet kan komma att användas. Det finns från rättsfallsgenomgången exempel som visar att det finns patienter som uppges ha ett livslångt behov av medicinering.

> I mål 1690-06 LR i Göteborg, ansöktes om fortsatt vård enligt 9 § LPT för en 47-årig man. Enligt ansökan hade patienten ett oundgängligt behov av psykiatrisk heldygnsvård. Patienten uppgav att han skulle avsluta sin medicinering på prov så fort tvångsvården upphörde. Ett upphörande skulle, enligt chefsöverläkaren, obönhörligen leda till dramatiskt återinsjuknande i paranoida vanföreställningar vilket i patientens fall "varit" associerat med stark rädsla och utomordentligt allvarlig självdestruktivitet respektive hotfullhet. Sakkunnig i målet tillstyrkte fortsatt tvångsvård och uppgav bl.a. att patienten troligtvis kom att vara i behov av livslång medicinering.

Skulle i ett fall som det ovan anförda, öppen psykiatrisk tvångsvård kunna tänkas pågå livslångt, något som med tanke på patientens ålder kan tänkas bli väldigt lång tid? Frågan är hypotetisk eftersom öppenvårdsinstitutet inte varit föremål för undersökning för förevarande framställning, men det finns en risk, utifrån vad som anförts i det föregående, att lagen kan komma att tillämpas så.

> I mål nr 4197-07 LR i Stockholms län ansöktes om fortsatt vård med stöd av 7 § LPT för en 61-årig kvinna. Av ansökan framgår bl.a. att patienten haft en psykisk sjukdom sedan början av 90-talet. Hon hade vårdats enligt LPT under perioder ungefär vartannat år. Återfallen hängde samman med att hon några månader innan sätter ut sin medicin. Hon uppgavs sakna sjukdomsinsikt även när medicineringen var välinställd. Den aktuella tvångsvårdsperioden inleddes efter att hon uppvisade psykotiska symtom, isolerades sig och började trakassera sin omgivning per telefon. "Genom tvångsvården kunde injektionsbehandling återupptas och /.../ beviljades *permission dagen efter intagningen*. Hon har sedermera uteblivit från planerade injektionstillfällen. Hennes samverkan är således dålig och fortsatt LPT-vård är påkallad för att

125 Prop. 2007/08:70 s. 76.

© Författaren och Studentlitteratur

hon skall förbli psykosfri under en längre tid. Målsättningen är att motivera henne för frivillig vård framöver" [kurs. här].

I målet medgavs patienten permission redan *dagen efter intagningen* och det är uppenbart så, att det ansökts och beslutats om *tvångsvård för att kunna medicinera patienten,* inte för att hon hade ett oundgängligt behov av intagning på sjukvårdsinrättning. Den beviljade permissionen synes heller inte ha som syfte att förbereda tvångsvårdens upphörande. En fråga som inställer sig är hur dylika fall kan komma att hanteras när det gäller den öppna vårdformen. Risken finns att en patient tas in för sluten psykiatrisk tvångsvård för att sedan direkt föras över till den öppna vårdformen. Denna omständighet har emellertid förutsetts av lagstiftaren, och de särskilda förutsättningarna för öppen psykiatrisk tvångsvård och den rättsliga prövningen är därvid tänkt att utgöra barriärer mot sådant förfarande.[126]

I nedanstående exempel har tvångsvården pågått under lång tid.

I målet (nr 12452-05 den 24 november 2005, LR i Skåne län) ansöktes om fortsatt vård enligt 9 § LPT rörande en 49-årig man. Patienten blev intagen den 14 augusti 1993.

Av sakframställningen framgår att patienten "lider av en allvarlig psykisk störning. Han klarar (med viss tvekan) och stöd att bo i egen lägenhet. Han följer uppgjort aktivitetsschema och medicinerar under pågående tvångsvård. /.../ saknar dock sjukdomsinsikt och bedöms inte kunna medverka i fortsatt medicinering och psykiatrisk kontakt på frivillig väg. En ytterligare faktor att ta hänsyn till vid en eventuell utskrivning är hans potentiella farlighet och det faktum att han medicinerar med ett läkemedel som vid plötsligt avbrytande snabbt kan leda till återinsjuknande i psykos. *I väntan på annan lämpligare lagstiftning* finns ingen annan möjlighet än att under fortsatt LPT-permission ge vård." (kurs. här)

Att tillämpningen av LPT i nyss anförda exempel, utifrån då gällande lag, strider mot legalitetsprincipen är klart. Men skall den *öppna* psykiatriska tvångsvården kunna pågå så länge som 12 år? Visserligen talas i målet om patientens potentiella farlighet, men man måste betänka att LPT:s grundläggande syfte inte är att tillgodose samhällsskyddet, även om farlighet skall beaktas.

Från journalgenomgenomgången kan även ges exempel på ett fall (3 F), där patienten intogs med stöd av LPT den 24 januari 2002 och vården pågick i vart fall fram till den 14 februari 2007, sålunda i fem år.[127]

126 Prop. 2007/08:70 s. 77.

127 Fallet kommenteras utförligt i kapitel 15.

© Författaren och Studentlitteratur

I princip *en vecka efter intagningsbeslutet* medgavs patienten permission i två veckor, till nästa injektionstillfälle. Fram till den 28 juni 2002 förlängdes permissionen ytterligare sex gånger. Patienten blev dock återintagen vid tre tillfällen under denna tid då han uteblivit eller kommit för sent för injektionen. Sista gången var patienten dessutom psykotisk.

Från och med den 28 juni 2002 beviljades åter permission i 14 dagar till nästa injektionstillfälle och därefter ytterligare 28 gånger, till den 1 september 2003, således i mer än ett år, till synes utan några återtagningar. Visserligen kom patienten vid några tillfällen en dag för sent och ibland först efter telefonpåminnelse eftersom han glömt bort tiden, men vid flera injektionstillfällen ända fram till mars 2003 noterades i samband med injektionen att patienten var i gott skick.

Att tillämpningen strider mot LPT:s permissionsbestämmelse enligt 2000 års lag är klart. En dylik tillämpning i fråga om öppen psykiatrisk tvångsvård skulle emellertid också resa dubier då det förefaller vara fråga om en sådan slentrianmässig tillämpning som inte heller den öppna psykiatriska tvångsvården är avsedd för. Det kan i fallet också konstateras att patienten under långa perioder var mer eller mindre i sitt habitualtillsånd. Tvångsvården skulle därför, enligt min uppfattning, och utifrån det kvalificerade vårdbehovsrekvisitet, ha kunnat upphöra långt tidigare.

RegR har meddelat prövningstillstånd i ett mål (1552-09), vilket i skrivande stund inte är avgjort, där frågan är om *öppen* psykiatrisk tvångsvård kan beslutas för en patient vars psykiska störning yttrar sig endast med *längre tidsintervall*. Omständigheterna i målet är följande:

I mål nr 23632-08 LR i Stockholms län ansökte chefsöverläkaren om medgivande till *fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård* med stöd av 9 § LPT. Vården enligt LPT hade inletts den 24 januari 2008. Patienten hade en dokumenterad psykisk störning sedan 1980 med öppenvårdskontakt sedan mer än 15 år tillbaka. Patienten hade ett stort antal perioder med vård enligt LSPV och LPT med något varierande intervall, som mest upp till något år. Inför det senaste intagningsbeslutet hade patienten klarat sig utan psykotiska symtom under nästa två års tid sedan "han hade garanterats fortsatt medicinering under pågående LPT-permission under nio månader fram till december 2006". Därefter avbröt patienten medicineringen men fortsatte kontakten med mottagningen under drygt ett år.

Det senaste återinsjuknandet utvecklades enligt tidigare mönster med mycket kort varaktighet till fulminant psykotiskt tillstånd innefattande ett förändrat upplevande med paranoida tankar samt aggressivitet och fysiskt våld riktat mot annan person. Han överfördes från häkte till klinikens heldygnsvårdsavdelning för LPT-vård och fick där återuppta den antipsykotiska behandlingen med gynnsam effekt. Permission under LPT-vården

© Författaren och Studentlitteratur

inleddes den 26 februari 2008 "som stöd för den antipsykotiska behandlingen". Enligt ansökan hade några psykotiska symtom inte återkommit.

Chefsöverläkaren anförde att patientens målsättning att undvika heldygnsvård "har alltid kunnat tillgodoses så länge den farmakologiska behandlingen har garanterats. Behandlingskontakt utan medicinering har däremot alltid avslutats med ett akut återinsjuknande som nödvändiggjort heldygnsvård enligt LPT. /.../ Några tidiga varningstecken på symtomdebut har inte heller kunnat säkerställas. Effekten av behandlingen bedöms vara mycket god avseende de psykotiska symtomen."

Vid den muntliga förhandlingen anförde chefsöverläkaren vidare, att patientens återinsjuknande har ett direkt samband med upphörandet av medicineringen. "Han blev kontaktad av häkte angående att /.../ hade uppträtt hotfullt. Avseende återinsjuknande är det inget ovanligt att det dröjer länge innan symptomen återkommer. Medicinering innebär ett betydande skydd mot detta. Faktum är att 70 % återinsjuknar i psykos inom ett år och 90 % inom två år. /.../ har inte haft några insjuknanden under pågående medicinering. Medicinering har aldrig prövats under en längre tid."

Genom det offentliga biträdet påtalades vid förhandlingen, att det av ansökan framgår att *intervallen mellan insjuknandena är mer än ett år* samt att det är fråga om ett *snabbt förlopp vid återinsjuknandena*. Detta, anfördes det, styrker att återinsjuknande och medicinering saknar samband. Vad som i ansökan beskrivits som fysiskt våld från patientens sida, var i själva verket en ordväxling mellan patienten och en annan person som försökt tränga sig in i patientens lägenhet. Patienten var inte misstänkt för något brott och han är inte våldsam.

Sakkunnig anförde bl.a. att den antipsykotiska medicineringen haft god effekt genom åren. Patienten ansåg sig inte vara i behov av medicin och får, vid sina insjuknanden, paranoida vanföreställningar och en ökad irritabilitet. Bedömningen är, i anledning härav, "att rätt vård inte kan komma till stånd med hans samtycke och att LPT således är nödvändig. Det finns emellertid inget hinder mot att LPT-vården sker i öppen form."

LR fann det utrett bl.a. att patienten behövde iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Av målet framgår inte hur vårdplaneringen ser ut men det ger, enligt min uppfattning, ett exempel på hur den öppna tvångsvården kan komma att tillämpas, nämligen som en garanti för att upprätthålla medicinering. Målet överklagades till KamR i Stockholm (mål nr 9672-08), men rätten gjorde ingen annan bedömning än den som länsrätten gjort och överklagandet avslogs. En tills vidare öppen fråga är vilken ståndpunkt RegR kommer fram till.

© Författaren och Studentlitteratur

9.6.4 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Av redogörelsen ovan kan i vart fall konstateras, att även den öppna tvångsvården skall pågå så kort tid som möjligt och endast komma i fråga som den sista lösningen, när det inte går att genomföra nödvändiga vård- och behandlingsinsatser på frivillig väg. Dock synes den öppna vårdformen även kunna användas under längre tid i de fall patienten har ett mycket långvarigt eller livslångt behov av insatser, men inte för att genomföra slentrianmässig medicinering utanför sjukvårdsinrättningen.

Klart är också, att villkorsrekvisitet är *ett av flera* rekvisit som skall vara uppfyllda för att öppen psykiatrisk tvångsvård skall kunna komma i fråga, och detta gäller under hela den tid tvångsvården får pågå. Om sålunda det brister i någon förutsättning, t.ex. villkorsrekvisitet i sig eller kravet på allvarlig psykisk störning, skall tvångsvården genast upphöra – och detta skall övervägas fortlöpande (27 § LPT).[128] I sammanhanget bör även erinras om syftesbestämmelsen i 2 § LPT som innebär, att när patienten är så motiverad att han eller hon *frivilligt* kan medverka till erforderlig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver skall tvångsvården upphöra. Det är också viktigt att uppmärksamma, att även om den öppna psykiatriska tvångsvården får bedrivas utanför sjukvårdsinrättningen, är det de facto en tvångsåtgärd, varför även proportionalitetsprincipen är tillämplig. Därutöver gäller naturligtvis maximitiderna för tvångsvård, och fortsatt tvångsvård kräver kontinuerlig domstolsprövning (7 och 9 §§ LPT).

Villkorsrekvisitet i sig är svagare än vårdbehovsrekvisitet för sluten psykiatrisk tvångsvård. Det kan diskuteras om lagens utformning och lagstiftarens strävan i motiven att söka begränsa och precisera dess innebörd kan anses ta till vara den enskildes rättssäkerhet. Även om det klart uttalats att den öppna psykiatriska tvångsvården inte får användas till slentrianmässig långtidsmedicinering kan befaras att den rättstillämpning av det kvalificerade vårdbehovsrekvisitet och av permissionsinstitutet som förevarit ger en antydan om hur villkorsrekvisitet kan komma att tillämpas. Det måste ifrågasättas och noga övervägas om svensk lagstiftning verkligen skall ge möjlighet att under ett tvång, som visserligen kan pågå utanför en vårdinrättning, verkligen skall kunna ges, i dess ytterlighet, ett helt liv.

En annan fråga är emellertid hur man genom en psykiatrisk tvångslagstiftning, en undantagslag inom hälso- och sjukvårdsområdet, kan påtvinga den enskilde *sociala* insatser som annars, i vart fall inte med stöd av

128 Jfr prop. 2007/08:70 s. 120.

© Författaren och Studentlitteratur

SoL och LSS, kan genomföras med tvång. Det torde ligga i sakens natur att man med stöd av en *psykiatrisk tvångslagstiftning* inte bör kunna införa tvångsåtgärder som skall genomföras med stöd av SoL och LSS som är i total avsaknad av tvångsinslag. Om det emellertid ställs ett villkor med stöd av LPT att patienten, för att vården skall kunna övergå i öppen form, måste söka socialt bistånd i viss form, blir det enligt min mening i vart fall fråga om ett indirekt tvång att ta emot sociala åtgärder. Konstruktionen förefaller synnerligen tveksam från rättssäkerhetssynpunkt.

9.7 Samtycke till vård

9.7.1 INLEDNING

Frågan om samtycke förekommer i olika gestalter och med varierande rättsverkningar flerstädes inom den socialrättsliga disciplinen. För vård med stöd av LPT krävs, enligt 3 § andra stycket, att patienten *motsätter sig* viss vård eller att det finns *grundad anledning att anta* att vården inte kan ges med samtycke. I den socialrättsliga tvångslagstiftningen finns andra samtyckeskonstruktioner. Vård med stöd av LVU kan beslutas *om det kan antas att behövlig vård inte kan ges den unge med samtycke*, och vård med stöd av LVM kan beslutas *oberoende av samtycke*. Redan ordalydelsen i respektive bestämmelse indikerar sålunda vilken betydelse ett avgivet samtycke skall tillmätas i en beslutssituation. Därvid synes LVM tillerkänna ett samtycke minst betydelse då vård enligt den lagen kan beslutas *trots att* ett samtycke lämnats.[129]

I LPT:s föregångare, LSPV, kunde vård enligt den lagen också beslutas *oberoende av* den enskildes samtycke. Det grundläggande motivet härtill var att i vissa situationer kunde tvångsvård blir aktuell *även om patienten gick med på* att bli intagen på sjukhus. Det ansågs då inte möjligt att begränsa tillämpningsområdet enbart till de fall patienten motsatte sig sjukhusvård.[130] Tvångsvård kunde sålunda beslutas om man p.g.a. tidigare erfarenheter av patienten eller dennes sjukdomsbild räknade med att det fanns risk för att tvång *förr eller senare* kunde behöva tillgripas, t.ex. om patienten efter en tid återkallade sitt samtycke eller om sjukdomsförloppet beräknades nå ett stadium då tvång framstod som ofrånkomligt.

Socialberedningens förslag till utformning av en ny tvångslag rörande personer med psykisk sjukdom hade dock den allmänna utgångspunkten, att tvångsvård endast skulle få tillgripas när patienten *motsatte sig* nödvändig vård. Självklart, anförde beredningen, fanns det också med en

129 Gustafsson 2001 s. 366 ff.
130 Prop. 1966:53 s. 159.

© Författaren och Studentlitteratur

sådan utgångspunkt ett behov av att diskutera om tvångsvård skulle få användas även när det inte förelåg någon form av protest från patienten. En tänkbar situation uppgavs därvid vara att patienten var så sjuk när han eller hon kom till sjukhuset att patienten *inte kunde lämna någon egentlig viljeförklaring*. Beredningen menade dock, att det inte fanns anledning att tro att ett sådant tillstånd skulle vara särskilt länge, i synnerhet inte om man satte in adekvat medicinering. Beredningens utgångspunkt var att det är av största vikt att man, inte minst när det gäller patienter med psykiska störningar, behåller HSL:s grundläggande förutsättning om patientens självbestämmanderätt och inte låter tvångslagens bestämmelser bli tillämpliga annat än när det är oundgängligen nödvändigt.[131] Socialberedningen fann det inte befogat att besluta om frihetsinskränkande åtgärder för den händelse att patienten *senare* skulle komma att motsätta sig vård. Endast ett *aktivt* motstånd till nödvändig vård skulle kunna ge upphov till tvångsvård. Tveksamhet från patientens sida, och försök att övertala eller motivera patienten att gå med på den erbjudna vården från personalens sida, måste enligt beredningen få vara naturliga inslag också i den psykiatriska vården.[132]

I motiven till nu gällande lag delade föredragande statsråd Socialberedningens uppfattning att det är viktigt, inte minst för den psykiatriska vården, att hålla fast vid principen i HSL om respekt för patientens självbestämmanderätt. Också inom ramen för den psykiatriska tvångsvård som oundgängligen behövs finns det i regel utrymme för hänsynstagande till patienternas uppfattning i de egna vårdfrågorna, anfördes det. Detta resonemang ledde till att det i 1991 års LPT stadgades att patienten, som *huvudregel*, skulle *motsätta sig* viss vård, vilket sålunda ligger kvar som en grundläggande förutsättning också i dagens lagstiftning. Det finns emellertid även en undantagsregel som, sedan LPT trädde i kraft, genomgått viss förändring.

I det följande kommer, efter ett inledande resonemang om samtycke i allmänhet, den närmare innebörden av samtyckeskonstruktionen i LPT att diskuteras samt, att redogöras för vilket innehåll rekvisitet fått i rättstillämpningen. Det skall framhållas, att det som avhandlas här är samtycket, eller avsaknaden därav, som en grundläggande förutsättning för tvångsvård eller icke tvångsvård. I förevarande sammanhang behandlas inte hälso- och sjukvårdens skyldighet att, sedan tvångsvård beslutats, samråda med patienten i frågor om behandlingen (jfr 17 § LPT).[133]

131 SOU 1984:64 s. 205.
132 SOU 1984:64 s. 402.
133 Se avsnitt 14.5.

© Författaren och Studentlitteratur

9.7.2 ALLMÄNT OM SAMTYCKE

Som framgått av den tidigare framställningen ligger i behovsrekvisitens utformning att om patientens vårdbehov kan tillgodoses på frivillig väg, *utan intagning* på sjukvårdsinrättning för dygnetruntvård eller *utan krav på särskilda villkor*, skall tvångsvård *inte* beslutas. Om sålunda den enskilde *samtycker* till vårdinsatser av visst slag torde detta vara ett starkt incitament för att vårdbehovet skulle kunna tillgodoses utan tvångsinslag med stöd av HSL:s regler.

Ett samtycke fyller olika funktion inom olika delar av rättssystemet. Det kan utgöra en förutsättning för att ett visst handlande eller beslut skall vara rättsenligt eller för att vissa rättsverkningar skall uppkomma. Hälso- och sjukvårdens insatser med stöd av HSL kan t.ex. som regel inte vidtas utan den enskildes samtycke.[134] På samma sätt förhåller det sig vad gäller socialtjänstens insatser utifrån regelverket i SoL. I andra sammanhang kan *avsaknaden av ett samtycke* utgöra ett av de rättsfakta som krävs för ett visst myndighetsingripande, t.ex. ett beslut om tvångsomhändertagande, eller för uppkomsten av olika former av ansvar.[135]

Den lagstiftning som i förevarande sammanhang reglerar hälso- och sjukvårdens verksamhet, såväl frivilligt som med tvång, är av offentligrättslig karaktär. Det gäller relationen mellan den enskilde och "det allmänna", här representerat av hälso- och sjukvården. Det samtycke varom här är fråga, dvs. vid ifrågasatt tvångsvård, uppkommer vid *myndighetsutövning* i ett rättsförhållande som vilar på offentligrättslig grund i ett förvaltningsrättsligt sammanhang.

Att ge sitt samtycke till något innebär att man ger sin tillåtelse, säger ja till eller fogar sig efter någonting.[136] Inom förvaltningsrätten innebär det att man som enskild individ, i förhållande till det allmänna, själv bestämmer – dock inom vissa gränser.[137] Ett samtycke till vård med stöd av hälso- och sjukvårdslagstiftningen kan förekomma i olika situationer. En situation där den enskilde *själv begär hjälp* och hälso- och sjukvården erbjuder och beslutar i enlighet med den enskildes önskemål, kan ge intryck av att det är fråga om ett alltigenom frivilligt åtagande från patientens sida. Genom att godkänna (samtycka till) den erbjudna behandlings-

134 Se Westerhäll, Patienträttigheter 1994 s. 35. Se även om presumerat samtycke, Rynning 1994 s. 324 ff. och om nödrätt a.a. s. 365 ff. och Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen 2006 s. 68.

135 Rynning 1994 s. 173.

136 Beträffande olika samtyckesbeteckningar, se Rynning 1994 s. 22 ff.

137 Gustafsson 2001 s. 368 ff.

© Författaren och Studentlitteratur

formen eller ta den erbjudna vårdinsatsen i anspråk synes den enskilde ha gett uttryck åt viljan att komma i åtnjutande av insatsen.

Ett samtycke till vårdinsatser enligt HSL kan emellertid innehålla fragment av underkastelse eller plikt, även om beslutet om vård synes vara grundat på frivillighet och i samråd med patienten. Enbart existensen av en tvångslag kan verka som ett medel att *indirekt* påtvinga den enskilde frivillig vård. Den enskilde kan också bli utsatt för mera *direkt* påverkan från hälso- och sjukvårdens sida. I LPT:s motiv framhålls t.ex. att om patienten ger uttryck för att han eller hon motsätter sig vården eller är tveksam till den är det lämpligt att personalen *förklarar* situationen och *försöker motivera* patienten att frivilligt gå med på den erbjudna vården.[138] Som framhållits i den juridiska doktrinen är emellertid gränsdragningen mellan tillbörlig och otillbörlig påverkan hårfin. Statligt tvång som bygger på att den enskilde skall välja mellan ett visst förhållningssätt och påföljder av att han inte iakttar detta, innebär ett växelspel mellan tvånget och den vilja som det möter. Det är uppenbart att den frivillighet som man i olika sammanhang finner eller anser sig kunna förutsätta, om man ser till de psykologiska realiteterna, kan sättas i fråga eller rentav påtagligen visar sig vara rent fiktiv.[139]

Eftersom HSL saknar tvångsinslag krävs det för åtgärder med stöd av den lagen som regel att den enskilde samtycker därtill. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen inbjuder emellertid till ett förfarande som innebär att samma resultat kan uppnås med eller utan samtycke. Som exempel kan åberopas Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds (HSAN) ärende (1917/96:A1). HSAN beslutade om disciplinpåföljd i form av erinran rörande en läkare vid en psykiatrisk klinik som vid flera tillfällen, under patientens vård med stöd av HSL, framhöll att det kunde finnas behov att konvertera. Härigenom fann HSAN, att patientens vård villkorats på ett sätt som stod i strid med förutsättningarna för frivillig psykiatrisk vård. KamR i Stockholm (mål nr 6879-1997) anförde:

> Frågan om hur konverteringsmöjligheten skall hanteras innebär en svår avvägning för behandlande läkare, framför allt när det är fråga om patienter som har allvarliga suicidtankar. Det är å ena sidan naturligtvis av stor vikt att patienten får upplysningar om att möjligheten till konvertering finns och vad den innebär. Å andra sidan finns en risk att sådana upplysningar kan komma att innebära att den frivilliga vården får karaktär av tvångsvård, eftersom patienten lätt kan får uppfattningen att han kommer att bli föremål för tvångsåtgärder om han inte gör som läkaren vill. Konver-

138 Prop. 1990/91:58 s. 240.

139 Herlitz, Förvaltningsrättsliga plikter III s. 46 f.

© Författaren och Studentlitteratur

> teringsmöjligheten får aldrig användas som ett hot eller påtryckningsmedel mot patienten. Om vården måste ske med tvång och förutsättningar för konvertering föreligger skall patienten överföras till tvångsvård. Detta är inte minst viktigt från rättssäkerhetssynpunkt, eftersom patienten då har möjlighet att klaga på beslutet och få till stånd en rättslig prövning av fråga om tvångsvård.

KamR fann att läkarens uttalanden, att patienten inte fick gå ut från avdelningen och att hon var beredd att konvertera patienten, kunde uppfattas som en påtryckning att stanna kvar för vård. Läkaren hade "villkorat vården på ett sätt som ansågs stå i strid med förutsättningarna för frivillig psykiatrisk vård" och hade härigenom gjort sig skyldig till fel i sin yrkesutövning som inte kunde anses som ringa. Läkaren ålades även av KamR disciplinpåföljd i form av en erinran.

Ett val mellan frivillig vård eller tvångsvård är egentligen inte något val. Den enskilde samtycker till vård i vetskap om att staten annars går andra vägar för att nå sitt mål. Frivilliga överenskommelser är alltså många gånger i hög grad tvungna. Blundar man för det faktiska tvånget och kamouflerar statliga ingripanden genom godtyckliga fiktioner om frivillighet försvagas de av rättsordningen uppställda garantierna mot ensidiga ingripanden i medborgarnas frihet. Eftersom fasta kriterier svårligen kan uppställas blir åtskillnaden mellan frivilliga prestationer och andra, med nödvändighet skönsmässig och ungefärlig och stundom ganska godtycklig.[140]

Gränsen mellan legitima och otillbörliga påtryckningar är diffus och det skulle kunna hävdas att ett tvunget samtycke till vård inte är något värt. Man måste dock beakta, att kommer frivillig vård till stånd blir det av långt mindre ingripande natur än tvångsvård. Den frivilliga vården kan när som helst avbrytas – i och för sig med risk för att tvångsvård i stället kommer att aktualiseras – och några särskilda tvångsåtgärder får inte vidtas inom ramen för den frivilliga vården. Om ett samtycke leder till att "frivilliga" alternativ kan komma i fråga i stället för tvångsvård torde det vara till gagn för den enskilde att tillmäta samtycket relevans. Å andra sidan måste företas en helhetsvärdering av den enskildes situation och en värdering av vilken betydelse man skall tillmäta ett avgivet samtycke. Att ta ett samtycke för gott, eller att avfärda ett givet samtycke, utan sådana överväganden torde strida mot tanken med lagen och vara till förfång för den enskilde.

140 Herlitz, Förvaltningsrättsliga plikter III s. 47 ff.

© Författaren och Studentlitteratur

9.7.3 NÄRMARE OM SAMTYCKESREKVISITET I LPT

Av 3 § andra stycket LPT framgår att en förutsättning för vård enligt lagen är att patienten *motsätter* sig sådan vård som sägs i första stycket, *eller* det till följd av patientens psykiska tillstånd finns *grundad anledning att anta* att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Ordalydelsen ger till att börja med vid handen att det är *patienten* som skall motsätta sig viss vård. I motiven framhålls också, att det är *patientens egen inställning* till den vård som är nödvändig som skall tillmätas *självständig betydelse* vid bedömningen av om samtyckesförutsättningen är uppfylld. Detta gäller i princip även om patienten är underårig eller har en förvaltare eller god man förordnad för sig.[141] Därvid skall erinras om bestämmelsen i 44 § LPT enligt vilken patienten, om han eller hon fyllt 15 år, har rätt att själv föra sin talan i mål eller ärenden lagen. Denna bestämmelse reglerar dock endast frågan om *processbehörighet* för den som fyllt 15 år. Patientens ställning som part oavsett ålder berörs inte av bestämmelsen. Inte heller berörs föräldrarnas eller annan vårdnadshavares partsställning. Bestämmelsen innebär endast, att de som har fyllt 15 år har rätt att *vid sidan av* sina legala ställföreträdare, *eller ensamma*, föra sin talan i mål och ärenden om psykiatrisk tvångsvård. Att en patient skall motsätta sig viss vård för att LPT skall kunna aktualiseras, förutom att övriga rekvisit i 3 § också skall vara uppfyllda, gäller alltså *oavsett patientens ålder*. Även den som är under 15 år och som sålunda saknar behörighet att processa inför domstol i vårdfrågan,[142] är den som skall ta ställning till den vård som erbjuds.[143]

Det sagda leder emellertid vidare till frågan om det ställs några särskilda krav på patienten för att ett avgivet samtycke skall anses rättsligt giltigt. Enbart den omständigheten att patienten är psykiskt sjuk torde inte kunna medföra att en avgiven viljeförklaring underkänns eller att hans eller hennes *rättsliga handlingsförmåga* är inskränkt.

141 Prop. 1990/91:58 s. 242. Se även Rynning 1994 s. 304 ff. som menar att ställföreträdares mening inte kan ignoreras om en beslutsinkompetent patient samtycker till viss behandling som av den behandlande läkaren anses angelägen, men som den gode mannen/förvaltaren inte vill tillåta, exempelvis p.g.a. de risker den är förenad med.

142 Av 44 § andra stycket LPT framgår, att en patient som är yngre än 15 år bör höras, om det kan vara till nytta för utredningen och det kan antas att patienten inte tar skada av att höras. Lämpligheten att höra patienten t.ex. vid en muntlig domstolsförhandling får avgöras med ledning av patientens ålder och psykiska tillstånd. I regel, sägs i lagens motiv, bör domstolen inhämta ställföreträdarens och chefsöverläkarens synpunkter i denna fråga (prop. 1990/91:58 s. 284).

143 Prop. 1990/91:58 s. 284.

© Författaren och Studentlitteratur

I stället för "rättslig handlingsförmåga" talar Rynning om *beslutskompetens* för kompetensen att med rättslig verkan i en given situation fatta beslut rörande en viss vård- eller behandlingsinsats. I detta inryms en formell och en materiell sida, dvs. såväl *behörigheten* som den personliga *förmågan* att fatta beslut.[144] I förevarande sammanhang torde därvid vara klart att den *formella* kompetensen tillkommer, som framgått ovan, patienten själv. Detta ligger också i linje med HSL:s bestämmelser om patientens självbestämmande och integritet, att patienten skall informeras om hälsotillstånd och metoder och att vården skall utformas och genomföras i samråd med patienten.

Däremot torde det vara en grannlaga uppgift att bedöma patientens *förmåga* att ta ställning i en vårdfråga, den *materiella* kompetensen. Som Rynning framhåller kan det naturligtvis i vissa fall redan från början vara helt uppenbart att patienten inte är beslutskompetent, t.ex. när det gäller mycket små barn eller medvetslösa personer. I andra fall kan det vara mera tveksamt bl.a. vad gäller personer med olika typer av psykiska störningar. Svårigheten ligger i att fastställa *när* patienten i ett sådant tveksamt fall skall anses ha passerat gränsen mellan *beslutskompetens* och *beslutsinkompetens*.[145]

Den tydligaste gruppen av beslutsinkompetenta vuxna personer, menar Rynning, är de som är helt okontaktbara, eller i vart fall inte är i stånd att på något sätt ge uttryck för ett ställningstagande i frågan om genomförandet av en viss åtgärd. En sådan *absolut* beslutsinkompetens kan ha sin orsak i såväl psykisk som fysisk sjukdom eller skada. Patienten kan t.ex. vara medvetslös eller p.g.a. svår psykisk störning inte vara medveten om sin omvärld. Då det inte är möjligt att kommunicera med patienten kan information inte lämnas och något samtycke inte heller inhämtas. Det är uppenbart, anför Rynning, att man inte kan hävda förekomsten av något tyst, inre samtycke från en medvetslös patient. Detsamma gäller patienter som p.g.a. psykisk störning är helt avskurna från sin omgivning.[146]

Svårare är det med det som Rynning benämner den *relativa* beslutsinkompetensen. Sådan inkompetens föreligger när patienten visserligen är kommunikabel och har förmåga att på något sätt uttrycka sin vilja, men samtidigt inte kan anses uppfylla kravet på tillräcklig insikt och överblick över konsekvenserna av det aktuella beslutet. Orsakerna därtill kan vara flera, men den bakomliggande orsaken kan på sätt och vis alltid sägas vara någon form av psykisk otillräcklighet. Detta kan i sin tur ha sin grund i rent fysiska sjukdomstillstånd, men det kan också vara fråga om

144 Rynning 1994 s. 279 ff.
145 Rynning 1994 s. 281.
146 Rynning 1994 s. 283.

© Författaren och Studentlitteratur

förståndshandikapp eller psykisk sjukdom. Rynning menar, att det finns många klara fall av relativ beslutsinkompetens, där patienten *visserligen kan ge uttryck för* en positiv inställning respektive motvilja avseende en viss åtgärd, men där det ändå är fullkomligt uppenbart att patienten *inte har förmåga att överblicka konsekvenserna* av sitt ställningstagande. Men ju närmare man kommer den diffusa gränsen för beslutskompetens, desto svårare blir det att bedöma på vilken sida om gränsen patienten skall anses befinna sig. Rynning framhåller också att en och samma patients beslutskompetens kan variera från fråga till fråga och från tidpunkt till tidpunkt. Avgörande är dock, beträffande *varje enskilt ställningstagande*, huruvida patienten *vid den aktuella tidpunkten* kan anses kompetent att besluta beträffande just den vård- eller behandlingsåtgärd som frågan gäller. Patienten behöver alltså inte alls vara i total avsaknad av beslutskompetens respektive besitta fullständig kompetens. Frågan gäller i stället om patientens beslutskompetens är tillräcklig *för det aktuella ställningstagandet.*[147]

Också Ottosson talar om beslutskompetens. Han menar, att en förutsättning för att man skall respektera samtycke eller vägran är att patienten är beslutskompetent, dvs. inte omyndig eller så allvarlig psykiskt sjuk att besluten inte kan betraktas som giltiga. Det gäller både *förmågan att tillgodogöra sig informationen* och att *förstå konsekvenserna* av sitt ställningstagande.[148] Ottosson anför, att det är ett tankefel att vägran att ta emot behandling som läkare anser nödvändig skulle vara ett tecken på beslutsinkompetens och därmed motiv för tvångsåtgärder. Oberoende kriterier måste finnas och dessa är, enligt Ottosson, att patienten förstår att 1) läkaren genom anamnes och undersökning har kommit fram till att han eller hon är sjuk och i behov av behandling, 2) läkare bedömer att en viss behandling är ändamålsenlig, och 3) han eller hon skall ta ställning till behandlingsförslaget. Ottosson tillfogar även i förtydligande syfte att patienten i sitt ställningstagande inte är styrd av hallucinationer eller vanföreställningar. Det sistnämnda innebär, anförs vidare, att psykotiska patienters beslutskompetens kan ifrågasättas. Psykos kan dock vara förenlig med beslutskompetens, och *varje patient måste bedömas utifrån sina förutsättningar.*[149]

Som framgått inledningsvis är en av förutsättningarna för vård enligt LPT att patienten *motsätter sig* viss vård. Detta är, enligt lagens motiv,

147 Rynning 1994 s. 284.

148 Se även Utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare, SOU 2004:112 Band II s. 602.

149 Ottosson, Psykiatrisk etik, s. 46 ff. Se även Tännsjö, Tvång i vården s. 109 f som talar om beslutskapabla respektive beslutsinkapabla patienter.

© Författaren och Studentlitteratur

den *dominerande huvudregeln* vid tillämpningen av lagen.[150] Klart är därvid, att lokutionen "motsätter sig" medför att möjligheten att bortse från ett avgivet samtycke är *snävare* än vad som gällde enligt LSPV, och som fortfarande gäller enligt LVM, där sålunda tvångsvård kan beslutas *oberoende av* samtycke. Vid införandet av LPT uttrycktes också explicit i förarbetena, att ett bibehållande av LSPV:s samtyckeskonstruktion riskerade att i praktiken ge *alltför vida möjligheter* att bortse från patientens viljeinriktning.[151] *Större hänsyn* skall tas till patientens inställning än vad som gällde vid ifrågasatt vård enligt LSPV. Det betyder, uttalas i motiven, att det *i princip* inte är möjligt att tvångsvårda en *patient som samtycker till nödvändig vård.*[152]

I motiven sägs ingenting om vilken beslutskompetens den enskilde skall besitta för att tillerkänna dennes viljeinriktning betydelse. Uppenbart är emellertid att man vid ifrågasatt tvångsvård *måste* tillmäta patientens inställning till vård relevans. I motiven talas om att patienten kan ge uttryck för sin inställning på olika sätt, t.ex. *verbalt*, eller genom att *handla eller uppträda* på något visst sätt. Ger patienten uttryck för att han eller hon *motsätter* sig vården eller är *tveksam* till den är det lämpligt, sägs i motiven, att personalen förklarar situationen och försöker motivera patienten att frivilligt gå med på den erbjudna vården. Är patienten *villig att gå igenom annan vård och behandling än intagning*[153] för fortlöpande vård bör prövas om inte detta räcker. Det ligger ett särskilt värde i, sägs vidare, att patienten får ta ett eget ansvar då ett tvångsomhändertagande kan leda till att patienten försjunker i passivitet och isolering och låter andra ta över ansvaret.[154]

Om patienten ger *skilda besked* kan det självklart vara svårt att tolka patientens verkliga vilja. Det är bl.a. mot denna bakgrund den i 6 § stadgade *kvarhållningsrätten* i maximalt 24 timmar skall ses.[155] Det har sålunda i lagstiftningen förutsatts att det kan krävas en viss tidsrymd för att riktigt kunna bedöma patientens vilja och övriga förutsättningar för tvångsvård. Liknande argument ligger bakom möjligheten att *konvertera* frivillig vård till tvångsvård.[156] Tanken med konvertering är att det kan underlätta handläggningen i en del svårbedömda intagningsfrågor där,

150 Prop. 1990/91:58 s. 102.

151 Prop. 1990/91:58 s. 101.

152 Prop. 1990/91:58 s. 241.

153 Motiven härrör från införandet av 1991 års lag då endast sluten psykiatrisk tvångsvård kunde komma i fråga.

154 Prop. 1990/91:58 s. 240.

155 Se avsnitt 10.6.

156 Se kapitel 12.

© Författaren och Studentlitteratur

till följd av patientens vacklande inställning till vården, tvekan råder om patienten verkligen är villig att godta nödvändig vård och samtidigt en faresituation föreligger.[157]

En annan fråga är *vad* patienten skall lämna sitt samtycke till. Enligt lagens ordalydelse skall patienten motsätta sig *sådan vård som sägs i första stycket*, vilket avses gälla för såväl sluten om öppen psykiatrisk tvångsvård.[158] Såvitt gäller *sluten* psykiatrisk tvångsvård innebär detta att den vård som patienten skall ta ställning till är sådan oundgängligen behövlig psykiatrisk vård som ges i förening med intagning på en sjukvårdsinrättning (3 § första stycket p. 1). I motiven anförs, att accepterar patienten i och för sig intagning på inrättningen, men motsätter sig den psykiatriska vård som ges där kan det bli aktuellt att besluta om tvångsvård, naturligtvis om även övriga förutsättningar är uppfyllda.[159] Den *vårdplan* som i möjligaste mån skall upprättas i samråd med patienten, snarast efter att patienten tagits in för tvångsvård (16 § LPT), har förutsatts kunna utgöra *ett samlat underlag* med förslag beträffande vården *att ta ställning till*.[160]

Vad gäller *öppen* psykiatrisk vård föreslog Nationell psykiatrisamordning, att en förutsättning för sådan tvångsvård skulle vara att det kunde antas att vården eller stödet *inte kunde genomföras med patientens samtycke*.[161] Regeringen fann emellertid inte skäl att ändra samtyckesbestämmelsen då det inte framkommit några argument som talade för att förutsättningarna för de båda vårdformerna borde skilja sig åt i denna del.[162] Regeringen uttalade vidare att[163]

> [e]tt annat problem med den av psykiatrisamordningen föreslagna lydelsen av samtyckesrekvisitet är att det skulle *införas en möjlighet att ge "stöd" till en patient som motsätter sig det*. Den nya vårdformen innebär att patienten ska kunna vårdas utanför sjukvårdsinrättningen och förutsätter att hälso- och sjukvården samverkar med socialtjänsten för att ge varje patient den vård och det stöd som han eller hon behöver. En förutsättning för den föreslagna vårdformen är /.../ också att patienten ska vara i behov av att iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Som nämnts bör dessa villkor vara desamma som de som får föreskrivas för permission, t.ex. avseende patientens vård, boende, sysselsättning eller deltagande i

157 Prop. 1990/91:58 s. 241.
158 Prop. 2007/08:70 s. 85.
159 Prop. 1990/91:58 s. 241.
160 Prop. 1990/91:58 s. 241.
161 Nationell psykiatrisamordning, Öppen vård med särskilda villkor, S2006/2928/HS.
162 Prop. 2007/08:70 s. 85.
163 Prop. 2007/08:70 s. 85 f.

© Författaren och Studentlitteratur

missbruksbehandling m.m. En förutsättning kan också vara att den enskilde patienten *frivilligt ansöker om bistånd* enligt socialtjänstlagen (2001:453, SoL) eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Någon möjlighet att ge insatser med tvång utifrån *dessa* lagar finns inte och är, enligt regeringens uppfattning, inte heller önskvärt. Tvärtom förutsätter den nya vårdformen ett aktivt samarbete även med patienten. För det fall att patienten behöver bistånd av socialnämnden i form av ett särskilt boende för att kunna bo utanför sjukvårdsinrättningen krävs det naturligtvis att patienten är tillräckligt motiverad att genomgå den nya vårdformen och därför *vill ansöka om det bistånd* som han eller hon har behov av. Anledningen till att patienten behöver uppfylla vissa villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård torde snarare vara att hänföra till *risken för att en pågående positiv process med t.ex. behandling eller sysselsättning avbryts än att patienten inte alls själv önskar delta* i den aktuella behandlingen eller sysselsättningen. Mot denna bakgrund anser regeringen att det vore olämpligt att frågan om psykiatrisk tvångsvård skulle bero av patientens samtycke till stödåtgärder. Den vård som bedrivs enligt LPT utgör *psykiatrisk tvångsvård* och det är frågan om patienten samtycker till *den* vården eller ej som bör vara avgörande för om vård enligt lagen ska kunna ges (kurs. här).

I specialmotiveringen talas endast om, att för ett beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård krävs att patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. "Därutöver krävs, i likhet med vad som redan gäller för sluten psykiatrisk tvångsvård, ett krav på bristande samtycke."[164]

Regeringens uttalande är i viss mån motsägelsefulla och inger enligt min uppfattning dubier kring lagkonstruktionen, vad gäller öppen psykiatrisk tvångsvård. Regeringen kritiserar den av Nationell psykiatrisamordnings förslagna samtyckeskonstruktion, att den skulle medföra en möjlighet att ge stöd till en patient som motsätter sig det. Ett bristande samtycke är ju dock, även med lagens nuvarande konstruktion, en grundläggande förutsättning för tvångsvård över huvud. Som framhållits ovan är konstruktionen, att med stöd av en psykiatrisk tvångslagstiftning indirekt tvinga en patient att ta emot sociala stödåtgärder enligt SoL och LSS, synnerligen diskutabel.[165]

Regeringens ovan citerade uttalande ger också upphov till tvivel i fråga om vad patienten egentligen skall samtycka till, eller motsätta sig, då föredragande statsråd synes ge uttryck för att patienten skall sam-

164 Prop. 2007/08:70 s. 145.

165 Se avsnitt 9.6.4.

© Författaren och Studentlitteratur

tycka till psykiatrisk *tvångsvård*. Enligt min uppfattning är detta en felsyn både vad gäller sluten och öppen psykiatrisk tvångsvård. Patienten skall lämna sitt samtycke till *frivillig vård* som motsvarar det vårdbehov som annars kan föranleda tvångsvård med stöd av LPT, antingen det är fråga om vård enligt 3 § första stycket p. 1 eller p. 2.[166] Ett sådant synsätt torde också vinna stöd av att det i lagens motiv anförts att tvångsvården skall upphöra när patienten kan ge ett samtycke som bedöms kunna *garantera nödvändig vård*. Begreppet nödvändig vård ges därvid en snäv innebörd. Det är således inte tillräckligt att det föreligger ett visst allmänt psykiatriskt vårdbehov, utan det skall för *sluten* psykiatrisk tvångsvård röra sig om vård som är oundgängligen nödvändig för patienten och som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom intagning.[167] Motsvarande synsätt bör kunna anläggas såvitt gäller den öppna psykiatriska tvångsvården.

Samtyckesrekvisitet innehåller även en *undantagsbestämmelse*. Om patienten inte motsätter sig nödvändig vård kan det till följd av patientens tillstånd finnas *grundad anledning att anta* att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

I 1991 års lag hade undantagsregeln en annorlunda lydelse: då krävdes att patienten, på grund av sitt psykiska tillstånd, *uppenbart* skulle sakna förmåga att *ge uttryck för ett grundat ställningstagande* i (vård-)frågan. Undantagsregeln var enligt 1991 års lag avsedd i fall då patienten var oförmögen att uttrycka någon i verklig mening egen vilja i fråga om vården. Bestämmelsen kunde tillämpas då det framstod som klart att patientens godtagande av erbjuden vård med hänsyn till hans eller hennes psykiska tillstånd inte kunde anses vara allvarligt menat och att patienten kunde väntas undandra sig nödvändig vård på vårdinrättningen. Det kunde också vara fråga om patienter som var helt avskärmade från verkligheten och inte kunde ge uttryck för en egen vilja i vårdfrågan, t.ex. som följd av ett omfattande missbruk av droger.[168] I den praktiska tillämpningen orsakade emellertid samtyckesrekvisitet i 1991 års lag problem. Bl.a. framfördes från domstolshåll att samtycke till vård över huvud taget var vanskligt när det avges av en psykiskt sjuk person, eftersom vissa ändrar sig snabbt och det är svårt att bedöma risken för att samtycket bryts. Framför allt befanns det svårt att ta ställning till om en patient *uppenbart* saknade förmåga att avge ett grundat ställningstagande. Likaså betraktades det som ett problem att vissa patienter medger vård, vilket ju egentligen, om

166 Jfr Westerhäll, Den svenska socialrätten 1990, Strömberg & Lundell, Speciell förvaltningsrätt 2006 s. 150, Gustafsson 2001 s. 378 f.

167 Prop. 1999/2000:44 s. 66.

168 Prop. 1990/91:58 s. 242.

© Författaren och Studentlitteratur

de kan ge uttryck för ett grundat ställningstagande, skulle innebära att tvångsvård inte kan beslutas.[169]

En förutsättning för vård med stöd av LPT är enligt *nu gällande lydelse*[170] att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket (huvudregeln), *eller* det till följd av patientens psykiska tillstånd finns *grundad anledning att anta* att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke. Som skäl för att undantagsregeln förändrades anfördes i motiven bl.a. att bestämmelsens *tidigare* lydelse knöt an till *patientens tillstånd* och innebar att man kunde bortse från patientens vilja vid särskilt svåra sjukdomstillstånd. Det ifrågasattes därvid i förarbetena om det var lämpligt att göra en sådan gradering av patienterna vid bedömningen av samtycket. Ett konstaterande att patienten inte kan ge ett grundat ställningstagande kan tolkas så, anfördes det, att patienten hänförs till en särskild kategori av patienter, vilkas samtycke inte kan godtas.[171] Vad som är viktigast är att patienten får *nödvändig vård* och *om patientens samtycke vid bedömningstillfället* innebär att *sådan* vård kan ges.[172]

Undantagsregeln innebär, att det liksom enligt 1991 års lag, *i vissa fall* skall vara möjligt att besluta om tvångsvård *även om patienten inte motsätter sig* vård. Därvid avses patienter som till följd av sin psykiska störning över huvud taget *inte kan uttala någon uppfattning* i frågan. Vidare avses patienter med allvarlig psykisk störning som vid *upprepade* tillfällen varit intagna för tvångsvård på grund av att de inte frivilligt har kunna sköta sin behandling på ett tillfredsställande sätt. Finns det *grundad anledning att anta* att en patient *kort tid* efter påbörjande av vården kommer att avbryta densamma om den ges frivilligt kan man också besluta om tvångsvård, sägs i motiven. Avsikten med lagändringen var således att ge ökade möjligheter att beakta patientens *tidigare agerande* och därigenom uppnå att patienten får den vård som han eller hon behöver.[173]I motiven underströks dock, att utgångspunkten givetvis även i fortsättningen skall vara att man *så långt det är möjligt respekterar patientens inställning* i vårdfrågan[174] och att tvångsvården skall *upphöra* så snart patienten kan ge ett samtycke som bedöms kunna *garantera nödvändig* vård.[175]

Sammanfattningsvis innebär det ovan sagda, att *huvudregeln* för att vård utan samtycke skall kunna beslutas är att patienten *motsätter* sig

169 SOU 1998:32 s. 231 ff. Prop. 1999/2000:44 s. 65 f.
170 SFS 2000:353.
171 Prop. 1999/2000:44 s. 66.
172 Prop. 1999/2000:44 s. 66.
173 Prop. 1999/2000:44 s. 114.
174 Prop. 1999/2000:44 s. 114.
175 Prop. 1999/2000:44 s. 66.

© Författaren och Studentlitteratur

nödvändig vård och patientens inställning skall respekteras så långt det är möjligt. Vad som avses med nödvändig vård har därvid en snäv innebörd. Det är inte tillräckligt med ett vårdbehov i största allmänhet, utan det skall vara fråga om sådant vårdbehov som i annat fall kan vara av sådan karaktär att ett beslut om tvångsvård kan komma i fråga. Patienten skall också ges konkreta förslag att ta ställning till, t.ex. genom den vårdplan som alltid skall upprättas så snart som möjligt efter intagning.

För sluten psykiatrisk tvångsvård krävs att vårdbehovet är både oundgängligt och omöjligt att tillgodose på annat sätt än genom intagning på sjukvårdsinrättning. I detta ligger att kan den enskildes vårdbehov tillgodoses på frivillig väg, utan inslag av tvång, har frivilligvården företräde. Motsvarande får anses gälla den öppna psykiatriska tvångsvården. Kan nödvändig psykiatrisk vård komma till stånd utan att det föreligger ett behov av att iaktta särskilda villkor skall tvångsvård inte beslutas.

Det skall också erinras om att en förutsättning för tvångsvård över huvud, är att samtliga rekvisit i 3 § är uppfyllda *samtidigt*, såväl vid intagningen som under hela den pågående tvångsvården. Om sålunda en patient ändrar sin tidigare negativa inställning till viss vård och kan ge ett samtycke som bedöms garantera nödvändig vård, i den mening som angetts ovan, skall tvångsvården upphöra. Det är emellertid nödvändigt att den ansvarige läkaren värderar om ett samtycke är *allvarligt menat* och verkligen inbegriper all den vård som är (oundgängligen) nödvändig.[176]

Undantagsregeln är avsedd för patienter som inte motsätter sig vård men som heller inte kan uttala någon uppfattning i frågan eller som upprepat varit intagen men efter *kort tid* avbryter vården igen. Denna regel förtar emellertid inte den grundläggande hållningen att *så långt möjligt* respektera den enskildes inställning.

9.7.4 RÄTTSTILLÄMPNINGEN

Det är uppenbart att frågan om patientens inställning till nödvändig psykiatrisk vård skall tillmätas relevans vid bedömningen av rekvisitens förhandenvaro. Detta gäller såväl vid chefsöverläkarens beslut om intagning och fortlöpande övervägande om att tvångsvården eventuellt skall upphöra, som vid förvaltningsrätternas beslut i mål bl.a. rörande fortsatt tvångsvård.

Av det rättsfallsmaterial från tre olika länsrätter som ligger till grund för förevarande studie[177] kan konstateras att, liksom vad gäller beträf-

176 Prop. 1990/91:58 s. 158 f.

177 Se metod och urval, avsnitt 1.3.

© Författaren och Studentlitteratur

fande övriga förutsättningar för tvångsvård, det är sällan förekommande att domstolarna direkt ger uttryck för *hur* man bedömt samtyckesrekvisiten. I regel konstateras, såvitt nu är i fråga, att patienten motsätter sig nödvändig vård eller att det finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med samtycke, dvs. ett återgivande av vad som anges i lagens text. Som utomstående betraktare får man sålunda söka vägledning av sakframställningen, som regelmässigt är ett utdrag av chefsöverläkarens ansökan om vård, för att söka fastställa *varför* rätten kan antas ha nått denna ståndpunkt.

Såvitt gäller patienternas *beslutskompetens*, vad gäller *förmågan* att fatta beslut, är det emellertid vanskligt att försöka värdera detta utifrån vad som framgår av domstolsavgörandena. Självfallet finns det fall där det är uppenbart att patienten inte kan uttala någon egentlig vilja i vårdfrågan, patienter som är inne i en fullständig förvillelse och som inte går att prata med över huvud taget. Det finns också fall där det är klart att patienten lider av en allvarlig psykisk störning och där patienten motsätter sig all vård. Dessa fall är tämligen okontroversiella i samtyckeshänseende. Men det finns också ett stort antal fall där patienten visserligen motsätter sig ansökan om tvångsvård men där man är villig att genomgå vård i enlighet med vad chefsöverläkaren anbefaller eller i vart fall någon annan form. Därvid är det sällan förekommande att domstolen, åtminstone framgår det inte av domarna, tar aktiv ställning till om samtycket kan anses allvarligt menat och för ett resonemang om de vårdinsatser patienten går med på kan anses tillräckliga för att tillgodose vårdbehovet.

Måhända kan den omständigheten, att patienten uppges inte kunna avge ett grundat ställningstagande i vårdfrågan, utgöra en *indikation* på att hon eller han inte är beslutskompetent, men det är alls inte säkert. Det kan ju endast vara ett annat sätt att uttrycka att patienten *saknar insikt*, vilket heller inte i sig torde utesluta patienten från att kunna fatta ett rationellt beslut i vårdfrågan.

Att patienten *inte kan avge ett grundat ställningstagande* rörande sitt vårdbehov anges i ca 12 % av målen, som en omständighet bland flera, som stöd för chefsöverläkarens ansökan. Ett exempel kan illustrera det sagda.

> I mål nr 1658-06 LR i Skåne län, ansöktes om fortsatt vård med stöd av 9 § LPT beträffande en patient som intogs för vård den 25 oktober 2005. Av sakframställningen framgår att patientens offentliga biträde inte kunnat få kontakt med patienten och kunde därför inte redovisa hennes inställning.
>
> I domskälen hänvisar LR till den utredning som låg till grund för ansökan och att det i denna bl.a. anförts följande: /.../ har gradvis försäm-

© Författaren och Studentlitteratur

rats under vårdtiden och har helt slutat tala. Hon måste ha hjälp med allt men är fortfarande uppegående. Ytterligare undersökningar har gjorts utan att en diagnos kunnat ställas och behandlingsförsök med neuroleptika och högdoskortison har inte haft någon effekt. Då hon saknar förmåga att ta ett grundat ställningstagande till vården och de undersökningar som fortsatt kan behöva göras och sannolikt inte frivilligt kommer att medverka i dessa bedöms fortsatt vård enligt LPT vara nödvändig.

Sakkunnig delade chefsöverläkarens bedömning och uppgav att patienten uppenbarligen led av en allvarlig psykisk störning och att hon på grund av sitt tillstånd inte kunde avge ett grundat ställningstagande till vården.

LR biföll ansökan bl.a. därför att det ansågs finnas "grundad anledning att tro" att nödvändig vård inte kunde ges med samtycke.

Det förefaller uppenbart att patienten led av en allvarlig psykisk störning då hon helt slutat tala och måste ha hjälp med allt. På grund av patientens psykiska tillstånd torde det därmed också ligga nära till hands att dra den slutsatsen att patienten inte var beslutskompetent i vårdfrågan vid beslutstillfället. Fallet synes väl kunna subsumeras under undantagsregeln i samtyckesrekvisitet.

Att en patient *saknar insikt* eller har bristande insikt i sin sjukdom, och/eller vårdbehov, är någonting som åberopas som en av flera omständigheter till stöd för ansökan i drygt 50 % av studerade mål. Huruvida detta kan anses vara av sådan karaktär och patienten därmed också saknar förmåga att ta ställning i vårdfrågan torde dock inte kunna besvaras med utgångspunkt från vad som anges i länsrätternas avgöranden. Några exempel får illustrera vad som förekommer.

I mål nr 2067–06 LR i Göteborg 2006-03-29, ansöktes om fortsatt vård enligt 9 § LPT angående en patient som intogs för vård den 22 november 2005. Chefsöverläkaren uppgav att patienten led av paranoid schizofreni och att patienten "misskötte medicineringen när han senast bereddes frivillig vård vilket ledde till ett akut insjuknande. Han var vid intagningen /.../ våldsam och har åtalats för våld mot tjänsteman i samband härmed. /.../ Han är dock *klart förbättrad* nu. /.../ har *viss retrograd sjukdomsinsikt* men tillståndet är alltjämt skört och vården kan därför inte ske under frivilliga former."

Patienten bestred ansökan och anförde att han "är nu i så pass gott skick att nödvändig vård kan beredas på frivillig väg. Han *medger vårdplanen och har full sjukdomsinsikt* men eftersom han inte har några sjukdomssymtom nu och han upplever tvångsvården som mentalt inskränkande finns det ingen anledning till att han inte kan sköta medicineringen genom öppenvårdskontakt."

© Författaren och Studentlitteratur

Sakkunnig uttalade att patienten led av en kronisk psykossjukdom. "Han har dock inga vanföreställningar just nu utan är *oerhört förbättrad. /.../ ger uttryck för att ha en god sjukdomsinsikt och i att ha förstått vikten av fortsatt medicinering. /.../* [sakkunnig, min anm.] delar dock chefsöverläkarens bedömning att /.../ tillstånd ännu inte är tillräckligt stabilt varför vården bör fortsätta ytterligare en tid." (samtliga kursiveringar gjorda här).

LR biföll ansökan eftersom det ansågs föreligga en allvarlig psykisk störning och att patienten till följd av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt fortfarande hade ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård ytterligare en tid

Man kan i målet ifrågasätta huruvida det finns ett oundgängligt vårdbehov i lagens mening. Patienten var, enligt sakkunnig, oerhört förbättrad och gav uttryck för att ha god sjukdomsinsikt och i att ha förstått vikten av fortsatt medicinering. Länsrätten kommenterade över huvud taget inte patientens medgivande av vårdplanen och resonerade inte kring varför man i detta mål inte kunde fästa någon tilltro till patientens medgivande.

I mål nr 10261-07 LR i Stockholms län 2007-05-23, ansöktes om fortsatt vård enligt 9 § LPT. Chefsöverläkaren uppgav att patienten hade många års anamnes på psykossjukdom och att hon vårdats ett flertal gånger, även enligt LPT. Vidare uppgavs att patienten haft permission sedan den 22 november 2006 och att hon haft kontakt med ett rehabiliteringscenter. "I villkoren för permission har ingått att ta emot bostöd och depotmedicinering, vilket huvudsakligen fungerat väl. /.../ är nu i ett *betydligt bättre tillstånd* men alltjämt *ambivalent* till såväl besök som medicinering. Hennes sjukdomsinsikt är begränsad. Hon uppvisar vissa psykotiska symtom och besväras av kraftig ambivalens med åtföljande passivitet inför att ordna sin tillvaro." (kurs. här)

Vid den muntliga förhandlingen vidhöll chefsöverläkaren ansökan och uppgav att patienten *inte var frisk och saknade sjukdomsinsikt* samt att tvångsvård var angelägen för medicineringens skull.

Patienten bestred bifall och anförde att "Vård kan beredas på frivillig väg då hon *samtycker till heldygnsvård, sköter sin medicinering och tar emot boendestöd.* Hon befinner sig sedan länge på *permission* och kommer att upprätthålla kontakten med vården under frivilliga former då hon värdesätter denna. I nuläget fungerar denna kontakt inte så bra eftersom hon inte får gehör för sina förslag kring planeringen av hennes aktiviteter." (kurs. här)

Sakkunnig anförde bl.a. att patienten hade *begränsad sjukdomsinsikt* och var *ambivalent* till behandling varför vård med stöd av LPT ytterligare en tid tillstyrktes "i syfte att garantera behandling med adekvat medicinering".

© Författaren och Studentlitteratur

LR biföll ansökan bl.a. mot bakgrund av att det fanns *grundad anledning att anta* att vården inte kunde ges med samtycke.

Också här samtycker patienten till sådan vård som hon redan befinner sig i genom sin permission (som i och för sig inte synes vara i överensstämmelse med vad lagstiftningen krävde vid den tiden).[178] Varför länsrätten ansåg att det fanns grundad anledning att anta att vården inte kunde ges med samtycke framgår inte. Måhända har patientens ambivalens och begränsade insikt medverkat till den bedömningen. Det förefaller dock tämligen svårt för en patient att övertyga såväl chefsöverläkare som domstol om allvaret i en viljeförklaring. Det finns en risk att en påstådd bristande insikt tillmäts alltför stor betydelse och att ambitionen att hålla kvar patienten i vården tillåts väga över i bedömningen, trots att lagstiftningen vid sluten psykiatrisk vård ställer krav på ett oundgängligt behov av vård som kräver intagning på sjukvårdsinrättning.

I mål nr 896-06 LR i Skåne län 2006-02-02, ansöktes om fortsatt vård enligt 7 § LPT. Enligt ansökan pekade patientens symtom på "en reaktiv eller cykloid psykos. Hon har ännu inte haft full terapeutisk nytta av behandlingen. Då hon *saknar sjukdomsinsikt* ter det sig mycket svårt att genomföra behandlingen i öppenvård. Hon är i behov av en yttre begränsning av sina aktiviteter. Hon har så här långt i vårdplaneringen tillåtits att ha *dagliga permissioner* och har även gjort ett nödvändigt besök i /.../ [utomlands, min anm.] för att ta hand om vissa formaliteter där. Det återstår fortfarande en avsevärd del av behandlingsfasen. Då patienten socialt sett är i en brytpunkt i livet och inte har någon fast bostad är det ännu oklart var hennes öppenvårdskontakt skall ske."

Patienten bestred ansökan och anförde: "Vården kan ges på frivillig väg. Hon är *medveten om att hon har behov av stöd vad gäller medicinering och terapi* i den omfattning som bedöms som lämplig av behandlande läkare."

Sakkunnig delade, utan någon motivering som återgivits i domen, chefsöverläkarens bedömning att vården borde fortsätta.

I sin bedömning utvecklade länsrätten vissa frågor kring patientens sociala situation, bl.a. att möten mellan patienten, som var 25 år, och en nära anhörig först måste komma till stånd och utvärderas innan längre permissioner kunde ges. Rätten hänvisade också till att patientens medicininställning inte var klar och fann att patienten fortfarande hade ett sådant oundgängligt vårdbehov som avses i LPT.

Vad gäller patientens samtycke till vård anförde länsrätten: "Vid den muntliga förhandlingen har framkommit att hon vid samtal helt nyligen med psykolog i början av samtalet varit *negativt inställd till att bo hos* /.../

178 Se kapitel 15.

© Författaren och Studentlitteratur

för att i slutet av samtalet uttrycka uppfattningen att hon ville bo där. Vidare har chefsöverläkaren uttryckt farhågor att /.../ på grund av sitt psykiska tillstånd skall *göra bort sig* i olika situationer om vården ges på frivillig väg. Enligt länsrättens mening får det av utredningen anses framgå att /.../ har en *ambivalent inställning till hur vården skall bedrivas* och till var hon skall vistas om vården ges på frivillig väg. Det är därmed *tveksamt om hennes samtycke till vård håller över tid.* Det finns därför *grundad anledning att anta* att vården för närvarande inte kan ges med hennes samtycke." Länsrätten biföll ansökan (samtliga kursiveringar gjorda här).

Enligt min mening synes tvångsvård ha beslutats främst av sociala skäl och inte för att patienten har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som endast kunde tillgodoses genom intagning. Att patienten skulle riskera att göra bort sig torde näppeligen vara ett skäl för tvångsvård. Det är möjligt att det som återgivits i domen inte ger en adekvat bild av hela situationen. Men givet vad som framgår torde patientens ambivalens till boendet inte kunna vara liktydigt med ambivalens till nödvändiga vård- och behandlingsinsatser. Varför man sålunda inte tagit patientens samtycke på allvar utan funnit undantagsregeln tillämplig är oklart. Det skall också påpekas, att två nämndemän var skiljaktiga i målet och ansåg att patientens medicinska tillstånd var sådant att hon kunde lämna ett grundat ställningstagande till vården och att den kunde ges med samtycke.

I mål 2080-06 LR i Göteborg ansöktes om fortsatt vård enligt 7 § LPT. Patienten uppgavs lida av en psykossjukdom med omfattande vanföreställningar och suicidtankar. Innan hon lades in hade hon gjort två suicidförsök och även gjort ett allvarligt suicidförsök under inneliggande vård. Efter medicinbyte "är hon nu *klart förbättrad och har retrograd sjukdomsinsikt och är positiv till fortsatt medicinering.* Planeringen är en successiv försiktig utslussning inom den närmsta tiden men en kort tids ytterligare vård är nödvändig med hänsyn till allvaret i insjuknandet."

Patienten bestred ansökan och anförde: "Hon *inser att hon var sjuk vid intagningen men är nu frisk. Medicineringen är bra för henne och den skulle hon fortsätta med* även om vården bedrevs på frivillig väg. Det föreligger ingen suicidrisk längre och vanföreställningarna är borta. Hon kan tänka sig att frivilligt kvarstanna på sjukhuset under en till två veckor."

Sakkunnig uppgav att patienten "har genomgått en *radikal förbättring och att hon nu har fullständig insikt i sin sjukdomsbild.* /.../ delar emellertid chefsöverläkarens bedömning att LPT-vården bör förlängas ytterligare en kortare tid för att uppnå fullgod stabilitet."

Länsrätten biföll ansökan och anförde bl.a. att patienten "har genomgått en *klar förbättring och att hon nu har insikt* om sin sjukdom och beho-

© Författaren och Studentlitteratur

vet av medicinering. Med hänsyn till den mycket allvarliga sjukdomsbild som förelåg vid intagningsbeslutet och till den förhållandevis korta tid som förflutit sedan dess delar länsrätten chefsöverläkarens och den sakkunnige läkarens bedömning att behövlig vård ännu inte kan genomföras utan tvång" (samtliga kursiveringar gjorda här).

Det är självklart en grannlaga uppgift att bedöma en patients medgivande till vård i all synnerhet som det förelegat en allvarlig risk för suicid. Mot denna bakgrund kan det från mänsklig och möjligen medicinsk synpunkt vara förståeligt att det är svårt att släppa patienten ur sikte. I förevarande mål hade emellertid patienten genomgått en radikal förbättring och uppnått fullständig insikt. Varför kan man då inte tillmäta hennes samtycke relevans? Att det förelåg en allvarlig sjukdomsbild *vid tiden för ansökan* är inte tillräckligt. Rekvisiten skall vara uppfyllda *vid tiden för domstolens prövning* och det är enligt min mening, utifrån vad som återgivits i domen, tveksamt i detta fall.

Ovanstående mål har givit vid handen att det, även i fall då det inte är fullständigt klart att patienten är oförmögen att uttala någon egentlig vilja i vårdfrågan, synes vara svårt för patienten att få gehör för sin positiva inställning till vård. Ett bortseende från ett avgivet samtycke motiveras vanligen av såväl den medicinska som juridiska professionen med att patienten saknar eller har bristande insikt och/eller att behandlingsalliansen är skör.

För ståndpunkten att patientens vilja inte förefaller att beaktas i den omfattning som lagstiftaren givit uttryck för talar också den omständigheten att av de 661 mål avseende ansökan om fortsatt vård enligt 7 och 9 §§ LPT som studerats, har länsrätterna endast avslagit ansökan i 15 mål (ca 2 %), och endast i fyra av dessa med hänvisning till att erforderlig vård kan ges med samtycke. Det kan därvid anmärkas att i tre av dessa mål har sakkunnig avstyrkt fortsatt tvångsvård, vilket kan ha bidragit till länsrättens ställningstagande.[179]

I mål nr 13348-07 LR i Stockholms län, ansöktes om fortsatt vård med stöd av 9 § LPT. I ansökan uppgavs att patienten hade en långvarig historia av psykossjukdom och dålig följsamhet avseende medicinering. "Han har endast genom LPT-vård kunnat ges depåinjektioner. Under pågående medicinering har han fungerat bättre socialt. Man planerar att slussa ut honom till träningslägenhet samt genom kontinuerlig samtalskontakt hjälpa honom att återanpassas till samhället. Om LPT-vården upphör är det risk för att han slutar medicinera och hans tillstånd kan då försämras." Vid den

179 Se om sakkunnig kapitel 7.

© Författaren och Studentlitteratur

muntliga förhandlingen uppgav chefsöverläkaren, att patienten fört en vagabonderande tillvaro och ibland bott i husvagn. När han tagit sin medicin har han blivit mer socialt motiverad. Om han slutar medicinera riskerar de psykotiska symptomen att komma tillbaka.

Patienten bestred bifall till ansökan och uppgav bl.a.: "Han inser att han har en allvarlig psykisk störning. Han *kommer att fortsätta ta sin medicin* för att symptomen inte skall komma tillbaka. Hans tillvaro är mycket lugnare nu än när han intogs för LPT-vård."

Sakkunnig avstyrkte fortsatt tvångsvård och anförde att patienten "har en allvarlig psykisk störning som är känd sedan lång tid tillbaka men har det senaste halvåret *fungerat relativt väl.* Han är *positiv till medicinering* trots biverkningarna. Han är för närvarande *i bra skick* och har relativt ordnade förhållande som ytterligare kan förbättras. Han *verkar motiverad* att ta till sig den fortsatta behandlingen."

Länsrätten fann det utrett att patienten led av en allvarlig psykisk störning och att han på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt hade ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård. "Den vård han får idag fungerar bra och han lever under *socialt sett relativt ordnade förhållanden.* /.../ har vid den muntliga förhandlingen *uttryckt sjukdomsinsikt samt motivation att fortsätta pågående behandling.* Länsrätten bedömer därför att behövlig vård kan ges med /.../ samtycke. Rätten avslog ansökan (samtliga kursiveringar gjorda här).

Förutom att sakkunnigs uttalande har länsrätten sålunda fäst vikt vid patientens ordnade *förhållanden*, hans *sjukdomsinsikt* och *motivation* att fortsätta pågående behandling och bedömt att erforderlig vård kunde ges med patientens samtycke. Mot detta finns ingenting att invända. Man måste emellertid fråga sig varför chefsöverläkaren – till synes – inte uttalat sig i frågan om patientens samtycke till vård. Det ankommer ju på denne att i ansökan om vård också styrka att förutsättningarna är uppfyllda. Att patienten hade en långvarig sjukdomshistoria och dålig följsamhet i sin anamnes torde inte kunna ligga patienten till last i all evighet, utan rekvisitens förhandenvaro skall föreligga *vid bedömningstillfället.* Man måste också fråga sig vilken skillnad det är i detta mål, där sålunda ansökan avslogs, i förhållande till ovan refererade mål som bifallits. Enligt min mening är det ingenting som på ett uppenbart sätt talar för att det i just detta fall fanns anledning att fästa större tilltro till patientens samtycke än i de mål som bifallits.

I mål nr 4441-07 LR i Stockholms län ansökte chefsöverläkaren om fortsatt vård med stöd av 7 § LPT avseende en patient som intogs för tvångsvård en 27 januari 2007. Till stöd för ansökan uppgavs att patienten "lider av en psykossjukdom och hade vid intagningstillfället paranoida vanföreställ-

© Författaren och Studentlitteratur

ningar, dödstankar och varken åt eller drack. Hon hade slutat medicinera och avbrutit kontakten med öppenvården. /.../ tillstånd är fortfarande så pass instabilt att hon behöver tillsyn, ramar och struktur för att hantera tillvaron. Hon har under nuvarande vårdtillfälle avvikit från den låsta avdelning som hon vårdas på vid tre tillfällen. Fortsatt vård med stöd av LPT är nödvändig för att uppnå tillräcklig effekt av farmaka och för att /.../ skall kunna etablera en väl fungerande öppenvårdskontakt." Vid den muntliga förhandlingen uppgav chefsöverläkaren, att patienten "avbröt sin medicinering eftersom den gav henne biverkningar i form av viktuppgång. Hennes tillstånd försämrades avsevärt kort efter detta. Hon *ville inte stanna på avdelningen*. Permissioner har genomförts med gott resultat."

Patienten bestred bifall och anförde till stöd för sin inställning: "*Nödvändig vård kan ges under frivilliga former genom erbjudet boendestöd och öppenvårdskontakt*. Hon lider av en psykossjukdom sedan fyra år tillbaka. Hon *har en bostad* och fyra barn /.../ Hon *mår mycket bättre* nu än när hon skrevs in. Hon tänker fortsätta ta sin medicin men vill dock gärna att den byts ut då den ger henne biverkningar. Hon *avser att stanna* på avdelningen till dess att boendestödet är ordnat och hon kan återvända hem."

Sakkunnig avstyrkte fortsatt tvångsvård och anförde bl.a. att patienten "har en allvarlig psykisk störning. Det finns dock *inte ett oundgängligt behov* av kvalificerad dygnetruntvård på sjukhus. Det vore dock bra om patienten stannar på sjukhuset till dess att det är klart med hjälpåtgärder och det säger patienten att hon vill. Patienten *ter sig här välmotiverad och insiktsfull*. Det finns inget starkt skäl idag för att det skulle vara oundgängligt påkallat med heldygnsvård. Hon är *beredd att ta den spruta hon är tveksam till*, men vill diskutera byte till ett annat preparat. Det är fullt förståeligt att man önskar mindre biverkningar. Så länge patienten *är så samarbetsvillig* bör man gå henne till mötes och tvångsvård avstyrks därför."

LR fann det utrett att patienten led av en allvarlig psykisk störning. Rätten fann "emellertid inte – *främst med hänsyn till vad sakkunnig uttalat* – att förutsättningarna i övrigt för fortsatt vård enligt 3 § är uppfyllda." Ansökan avslogs (samtliga kursiveringar gjorda här).

I målet har chefsöverläkaren åberopat att patientens tillstånd var instabilt och att hon under vårdtillfället avvikit vid tre tillfällen. Tvångsvård ansågs nödvändig för att uppnå tillräcklig effekt av medicineringen och för att etablera öppenvårdskontakt. Patientens gav uttryck för att nödvändig vård kunde ges i de former hon erbjudits och att hon avsåg att fortsätta med medicineringen, även om hon ville att den skulle bytas ut på grund av biverkningar. Patientens samarbetsvilja togs för gott av sakkunnig, vilket uppenbarligen också påverkade rättens inställning.[180] Varför patientens

180 Som framgår av kapitel 7 är det endast i ett fåtal fall som länsrätten haft en divergerande åsikt i förhållande till sakkunnig i målet.

© Författaren och Studentlitteratur

samtycke i detta fall ansågs förtjäna tilltro går emellertid inte att utläsa. Möjligen kan det bero på att det inte heller ansågs finnas ett oundgängligt vårdbehov. Den allvarliga psykiska störningen ifrågasattes inte.

> I mål nr 5665-07 LR i Stockholms län, ansöktes i mars 2007 om fortsatt vård enligt 7 § LPT. Till stöd härför uppgavs att patienten vid upprepade tillfällen varit föremål för vård enligt LPT, senast i augusti 2006. Vidare uppgavs att patienten "skall egentligen ta sin medicin var tredje vecka, *något hon inte gått med på*. Hon har *nekat kontakt med öppenvårdsmottagning* men har kommit till planerade läkarbesök fram till den 8 februari 2007 då hon uteblev utan att lämna återbud. Öppenvården hade då fått flera rapporter från jourpersonal /.../ som påträffat /.../ pratandes för sig själv. /.../ har försämrats under vårdtiden. Hon har blivit mer förvirrad och psykotisk. Hon *vill hela tiden bli utskriven*. Hon *förbättras dock* i takt med att den antipsykotiska medicinen får mer och mer effekt. För att /.../ skall fortsätta sin behandling med farmaka behövs psykiatrisk tvångsvård." Vid den muntliga förhandlingen uppgav chefsöverläkaren bl.a. att "under vissa perioder har /.../ *inte tagit ordinerad medicin*. Den 14 mars 2007 träffade /.../ sin läkare och gav då intrycket av att må bra. Hon *verkar positivt inställd* till medicinering. Hon har *permission* men kommer in varannan vecka för blodprovstagning. Den psykiatriska tvångsvården bör fortsätta så att hon fortsätter att ta sin medicin."
>
> *Sakkunnig avstyrkte* fortsatt tvångsvård och anförde, att patienten har en allvarlig psykisk störning som *återställts genom medicinering*. Hennes *inställning* till fortsatt medicinering är *positiv*. Det finns *anledning att fästa tilltro* till hennes uttalanden. Det föreligger inte längre skäl till psykiatrisk tvångsvård.
>
> Patienten bestred bifall och uppgav att "den senaste tiden har allt flutit på väldigt bra och hon *trodde att hon var utskriven*. Hon får inga biverkningar av sin nuvarande medicin och *avsikten är att fortsätta* med den. Skälet till att hon tidigare avbrutit sin medicinering beror på att den medfört biverkningar. Nu är hon mycket nöjd."
>
> LR fann det utrett att patienten led av en allvarlig psykisk störning men att hennes vårdbehov kunde tillgodoses på frivillig väg. Ansökan avslogs (samtliga kursiveringar gjorda här).

Målet ger ytterligare ett exempel på att ansökan om psykiatrisk tvångsvård gjorts för att säkra att patienten skulle fortsätta med medicineringen. Uppenbarligen hade patienten permission, men hur länge denna pågått och huruvida syftet var att förbereda tvångsvårdens upphörande (enligt tidigare gällande bestämmelser)[181] framgår inte. Det är emellertid synnerligen anmärkningsvärt att patienten inte fått klart för sig att

181 Se kapitel 15.

© Författaren och Studentlitteratur

hon endast var permitterad utan trodde att hon var utskriven. Det åligger chefsöverläkaren att vara tydlig i förhållande till patienten huruvida det är fråga om tvångsvård eller vård enligt HSL. Inte heller i detta mål kan man av vad som framgår av domen med säkerhet fastställa vad det är som gör att det finns anledning att fästa tilltro till hennes samtycke. Här ansåg sakkunnig att den allvarliga psykiska störning "återställts", vilket kan ha haft betydelse i frågan.

I mål nr 9751-07 LR i Stockholms län 2007-05-23, ansöktes om fortsatt vård med stöd av 9 § LPT. I ansökan uppgavs att patienten sedan år 2000 vid flera tillfällen vårdats för schizofreni. "Han *saknar sjukdomsinsikt och är ambivalent till medicinering.* Det är mycket viktigt att han upprätthåller daglig medicinering under en längre tid så att han uppnår insikt om sin sjukdom och blir motiverad till att fortsätta medicinera. Den 19 januari 2007 utskrevs han till hemmet med *permission* enligt 25 § LPT med skyldighet att ta ordinerad medicinering. Han är *påtagligt förbättrad* och har en högre funktionsnivå. Han hämtar sin medicin måndag, onsdag och fredag och den fortsatta planeringen innebär att han ska komma och hämta medicinen i samma omfattning med stöd av LPT. Ambitionen är att han så småningom ska kunna sköta sin medicinering på egen hand samt även acceptera en stödperson från kommunen. Tanken är att han ska behandlas i öppenvård med stöd av de ramar ett LPT ger därför att det är endast under LPT som hans behandling fungerar." Vid den muntliga förhandlingen vidhöll chefsöverläkaren sin ansökan och uppgav, att medicineringen fungerat bra i fyra månader och att det var nödvändigt att den fick fungera i ytterligare några månader så att patienten härefter motiveras till rehabilitering. "Beviljad permission till hemmet har fungerat bra och ska fortsätta. Om tvångsvården upphör nu kommer dock ingen förbättring att ske."

Patienten bestred bifall och uppgav: "Han lider av en allvarlig psykisk störning och han *inser att han har ett vårdbehov* men anser att den behövliga vården kan tillgodoses på frivillig väg. Han har en *psykossjukdom som han har insikt i och som han behöver medicinering för.* Han har skaffat sig en larmklocka och en s.k. dosett för att säkerställa att han inte glömmer att ta den ordinerade medicinen. Han medger att han i januari 2007 vid något tillfälle missat att ta sin medicin men detta innebär inte att han på något sätt numera är ambivalent till den behandling som anses nödvändig. Den dos han nu erhåller fungerar bra. Över tid har han till största delen vårdats med stöd av HSL. Han ställer upp på de krav sjukhuset har och han avser att komma på de besök som anses nödvändiga. Han klarar av att själv ansvara för sin medicinering och de åtgärder han själv vidtagit härvidlag måste beaktas. Han mår bara sämre av att vårdas under tvång."

Sakkunnig tillstyrkte ansökan och anförde, att det var ostridigt att patienten led av en psykossjukdom. "I botten behövs oundgängligen heldygnsvård på sjukhus eftersom /.../ behöver hämta medicin tre gånger i veckan.

© Författaren och Studentlitteratur

> Det vore till hans bästa om man kunde få lite längre tid med tryggad behandling innan man övergår till frivillig vård. /.../ *saknar förmåga till ett grundat ställningstagande* när det gäller frågan om frivillig vård eller inte."
>
> LR fann det utrett att patienten led av en allvarlig psykisk störning och att han hade ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård. Patienten "har varit utskriven på *permission* till hemmet i fyra månader och han har skött permissionen utan anmärkningar vilket har vitsordats av läkaren. Med nuvarande behandlingsdos av neuroleptika är hans psykiska tillstånd enligt läkaren *påtagligt förbättrat*. Beträffande förutsättningarna för att fortsätta behandlingen på frivillig väg får det anses ligga ett särskilt värde i att patienten får ta eget ansvar eftersom ett tvångsomhändertagande kan leda till att patienten försjunker i passivitet och isolering och låter andra ta över ansvaret. Det kan i sin tur försvåra möjligheterna till varaktig rehabilitering. /.../ har *uttryckt en tydlig insikt i sitt vårdbehov och han samtycker till vård på frivillig väg.* Till följd härav finns länsrätten att hans psykiska tillstånd är sådant att den behövliga vården kan ges med hans samtycke" [samtliga kursiveringar gjorda här].

Till skillnad från tidigare andragna mål har länsrätten gått emot såväl chefsöverläkaren som sakkunnig och avslagit ansökan om fortsatt vård. Enligt min mening ligger det i linje med lagstiftningen i sig, och målet ger uttryck för att tvångsvården, med permissionsinstitutet i bakgrunden, inte använts för att tillgodose ett oundgängligt intagningsbehov på sjukvårdsinrättning utan för att säkerställa medicineringsbehovet.[182] Patienten anses ha uttryckt en tydlig insikt i sitt vårdbehov och samtyckt till vård på frivillig väg. Varför länsrätten, trots att chefsöverläkaren uppgav att patienten saknade insikt, därvid ansett sig kunna fästa tilltro till samtycket framgår inte klart. Sannolikt beror det på att patienten klarat sig bra under permissionstiden och formulerat sig väl, eventuellt med det offentliga biträdets hjälp, vid den muntliga förhandlingen.

Det kan också konstateras, att under den studerade perioden (första halvåret åren 2005-07) har endast två överklaganden bifallits med hänvisning till patientens samtycke. Nedan illustreras vilka omständigheter som därvid tillmätts relevans.

> I mål 10727-07 LR i Stockholms län 2007-05-16 *överklagade* patienten chefsöverläkarens beslut om intagning den 7 maj 2007. Patienten hade en bipolär sjukdom och när hon kom till akutverksamheten var hon i ett uppvarvat tillstånd förenligt med mani. Hon uppvisade motorisk oro, rastlöshet och fysisk aggressivitet. Chefsöverläkaren uppgav i yttrande till länsrätten bl.a. att "[i] nuläget får LPT-vård betraktas som oundgängligt

182 Se avsnitt 9.5 och kapitel 15.

© Författaren och Studentlitteratur

och efter sedvanlig medicinering och vård planeras fortsatt vård av /.../ i öppenvården". Vid den muntliga förhandlingen uppgav chefsöverläkaren att patienten under de första dagarna efter intagningen var väldigt aggressiv och ambivalent till medicinering varför injektioner användes. "Hon blev bättre med medicinering men stämningen svänger från dag till dag. Tillfrisknandet är ganska färskt och skört och /.../ behövde bara för några dagar sedan extra medicinering. Tvångsvård behövs för att förvissa sig om att förbättringen håller i sig och man får en längre tids kontinuitet. *I dagsläget hade vårdintyg inte skrivits.*"

Sakkunnig förordade fortsatt tvångsvård och anförde bl.a. att patienten "är *införstådd med sjukdomen och accepterar behandling.* Medicinering justeras för närvarande och det är viktigt att den fastställs. /.../ behöver planerade permissioner och uppföljning. Samtliga kriterier med stöd av LPT för ytterligare en tid är uppfyllda, framför allt för att garantera att behandlingsplanen följs."

Patienten vidhöll överklagandet och anförde bl.a. att hon inte var i oundgängligt behov av kvalificerad dygnetruntvård med tvång utan vårdbehovet kunde tillgodoses på frivillig väg. Patienten påtalade att vid tiden för intagningsbeslutet hade hon själv sökt hjälp för medicinering eftersom hon känt att något var på gång. Bedömningen gjordes då att hon behövde bli inlagd vilket hon var överens med läkaren om. Hon var väl medveten om att hennes beteende var olämpligt vid intagningen men hon blev upprörd över felaktig information från läkaren. "I nuläget är *samarbetet på avdelningen gott*, personalen tillmötesgående, vården fungerar och /.../ *känner sig trygg* och långsamt tillfrisknande. Hon *vill ha vård och bli frisk* så fort som möjligt, men tycker att LPT-stämpeln bara försämrar hennes inställning till vården."

LR fann det utrett att *vid tiden för intagningsbeslutet* var förutsättningarna för tvångsvård uppfyllda, varför överklagandet avslogs. Rätten hade emellertid även att ta ställning till patientens begäran om vårdens upphörande. Länsrätten fann därvid, att det förelåg en allvarlig psykisk störning och ett kvalificerat vårdbehov. Rätten fann vidare: "Hon *motsätter sig inte sådan vård.* Med hänsyn härtill, vad sakkunnig uttalat angående hennes *sjukdomsinsikt* och chefsöverläkarens uppgift att han *i dagsläget inte skulle ha utfärdat vårdintyg* anser länsrätten att förutsättningarna för tvångsvård enligt 3 § därmed ej kan anses uppfyllda." Rätten biföll sålunda ansökan om vårdens upphörande men avslog överklagandet (samtliga kursiveringar gjorda här).

Trots att sålunda patienten gav uttryck för att hon samtyckte till erforderlig vård, och även sakkunnig ansåg att patienten var införstådd med sjukdomen och accepterade behandlingen, var detta inte tillräckligt för att chefsöverläkaren skulle anse att tvångsvården borde upphöra. Länsrätten fann dock hennes samtycke allvarligt menat då hon hade sjukdoms-

© Författaren och Studentlitteratur

insikt och att hennes tillstånd, *vid rättens prövning*, inte skulle föranlett ett vårdintyg.

> I mål nr 9144-07 Länsrätten i Stockholms län 2007-05-04 *överklagade* patienten chefsöverläkarens beslut om intagning den 20 april 2007. Vid länsrättens prövning hade chefsöverläkaren redan, den 26 april, beslutat att vården skulle upphöra. Länsrätten prövade huruvida förutsättningar för tvångsvård funnits vid intagningstillfället och fann, att det var utrett att patienten vid den tiden led av en allvarlig psykisk störning. Däremot kunde det *inte anses tillräckligt utrett* om den behövliga vården kunnat ges med hans samtycke. Överklagandet bifölls.

Målets karaktär gör att endast den slutsatsen kan dras, vilket även påtalats ovan, att det ankommer på chefsöverläkaren att i sin ansökan om fortsatt vård *visa* vilka sakförhållanden som avses styrka att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda. I förevarande mål ansågs inte samtyckesfrågan tillräckligt utredd, varför patientens överklagande bifölls.

Med de mål som redovisats ovan har jag velat visa, att det torde vara synnerligen vanskligt att bedöma om ett samtycke är allvarligt menat, i synnerhet om patienten uppvisar en klar förbättring och där ett behov av intagning på sjukvårdsinrättning faktiskt, i vissa fall, kan ifrågasättas. Det är emellertid inte möjligt att finna några avgörande sakförhållanden som medför att ett samtycke tillmäts relevans eller inte. Det är dock särskilt viktigt att patientens inställning i vårdfrågan klarläggs så långt det är möjligt och att han eller hon får möjlighet att samtycka till, eller motsätta sig, konkreta planlagda åtgärder. Rättens överväganden måste ske utifrån en noggrann prövning så att objektiva skäl, så långt det är möjligt, kan anses visa att LPT är tillämplig. Enbart den omständigheten att det är fråga om en person med en allvarlig psykisk störning kan inte frånta ett samtycke dess rättsliga verkan. Tidigare visad ambivalens och negativa inställning till vårdinsatser kan inte med automatik medföra att ett samtycke inte är allvarligt menat. Rättsfallsgenomgången torde ha givit vid handen att det är svårt för en patient att övertyga såväl behandlande läkare som domstolen att ett samtycke är allvarligt menat. Samtyckesrekvisitets elasticitet och svårigheten att bedöma allvaret i ett samtycke medför en risk för betydande godtycke.

9.7.5 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Samtyckesrekvisitet i LPT är tydligt i så måtto att patienten som huvudregel skall motsätta sig erforderlig vård. Bestämmelsen ger emellertid ett vidsträckt utrymme för att bortse från patientens medgivande till vård-

© Författaren och Studentlitteratur

insatser, dels genom undantagsregeln, som faktiskt tillämpats i drygt 40 % av studerade rättsfall, dels genom att domstolen kan avfärda ett avgivet samtycke tämligen okomplicerat med hänvisning till patientens bristande insikt i såväl sjukdom som vårdbehov eller ambivalenta inställning till vård.

Ett samtycke som lämnas av en person med psykisk sjukdom kan vara ägnat att ingjuta tvivel. Just därför, och för att frivilliga åtgärder är huvudregel, är det särskilt viktigt att patientens ståndpunkt i vårdfrågan klarläggs och att den enskilde får möjlighet att avge sin inställning till konkreta planlagda åtgärder, t.ex. genom den obligatoriska vårdplanen. Enbart det förhållandet att det är fråga om en person med en allvarlig psykisk störning med en ambivalent inställning i vårdfrågan fråntar inte ett samtycke dess rättsliga verkan. Inte ens en psykos behöver ju i sig innebära att patienten inte är beslutskompetent. Tidigare visad obeslutsamhet eller avbrutna vårdinsatser kan inte med automatik medföra att ett samtycke skall frånkännas betydelse, utan liksom inom den sociala tvångslagstiftningen är normen frivillighet och tvångsanvändningen är avsedd att reserveras för undantagsfall. Det borde inte kunna accepteras att patienter realiter får sina möjligheter till inflytande beskurna utan att det finns objektiva omständigheter som visar att det finns skäl att bortse från patientens vilja.

Såväl chefsöverläkare som sakkunnig i målet är ofta överens om att patienten saknar insikt om sin sjukdom och sitt vårdbehov. Det må så vara i flera, kanske de flesta, fall. Men hur skall man som patient kunna ge uttryck för sin vilja och eventuella protest mot viss behandlingsinsats när detta, trots att samråd skall äga rum med patienten i behandlingsfrågor, kan tas som en bekräftelse på patientens sjukdom och bristande insikt? Det har ju också från lagstiftaren framhållits att det är viktigt att man inom den psykiatriska tvångsvården tar hänsyn till patientens egna upplevelser av en viss behandling och använder så lite tvång som möjligt.[183] Därvid har förvaltningsrätten ett stort ansvar, i det att domstolarna har att stå för den rättsliga kontrollen och självständigt, med sakkunnigs hjälp i *medicinska* frågor, ta ställning till rekvisitens förhandenvaro.

Det i LSPV använda begreppet "oberoende av samtycke" avfärdades av lagstiftaren eftersom det ansågs ge alltför vida möjligheter att bortse från patientens viljeinriktning. Att patienten skall motsätta sig erforderlig vård avsågs snäva in denna möjlighet. Med hänsyn till att ett avgivet samtycke, till synes, sällan får något faktiskt genomslag i rättstillämpningen kan det ifrågasättas om förändringen haft någon effekt. Att det i lagstiftningen ges

183 Prop. 1990/91:58 s. 135.

© Författaren och Studentlitteratur

sken av att patientens vilja skall beaktas men det i praktiken ges vidsträckta möjligheter att handla annorlunda är inget som främjar rättssäkerheten och förutsebarheten. En lagstiftning som medger tvång måste vara tydlig både till utformning och i avsikter. I annat fall överträds rättsstatens principer och rättstillämpningen riskerar bli godtycklig.

9.8 Farlig för annan

9.8.1 INLEDNING

I LPT:s föregångare, LSPV, lyftes i de s.k. specialindikationerna i vissa avseenden fram patientens sociala beteende och de risker eller olägenheter som detta kunde medföra för andra. Därmed hade vården, då dessa indikationer tillämpades, i första hand en samhällsskyddande funktion. Som emellertid framgått ovan är rekvisiten i LPT knutna till patientens *eget behov* av vård och omgivningsskyddet har *inte* ansetts som en självständig uppgift för psykiatrin.[184] Det är patientens eget behov av behandling och omvårdnad som framhållits som det egentliga motivet för tvångsvård.[185] Mot bakgrund av att psykiska störningstillstånd kan ge upphov till aggressivitet mot människor i omgivningen har lagstiftaren dock funnit, att det inte är möjligt att hävda en alldeles strikt gräns mellan patientens vårdbehov och skyddet för närstående och andra. Det har befunnits vara av *ett väsentligt intresse för patienten* att i sådana situationer *hindras från att skada andra*. Därmed, uttalas i motiven, kan det också sägas att ett tvångsingripande *för sådant ändamål* är förenligt med utgångspunkten att tvångsvård skall vara betingad av patientens *eget behov*.[186]

9.8.2 REKVISITETS INNEBÖRD

Av 3 § fjärde stycket LPT framgår att det, vid bedömningen av vårdbehovet enligt första stycket, även skall beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Lagens ordalydelse ger vid handen, att farlighetsaspekten skall beaktas *vid bedömningen av vårdbehovet* enligt första stycket och skall ske som ett led i prövningen av detta.[187] Hänvisningen till vårdbehovet *enligt första stycket* innebär att frågan om patienten är farlig skall beaktas såväl vid övervägande om *öppen* som *sluten* psykiatrisk tvångsvård.[188] Vidare

184 Prop. 1990/91:58 s. 98.
185 Prop. 1990/91:58 s. 71.
186 Prop. 1990/91:58 s. 98.
187 Prop. 1990/91:58 s. 243.
188 Prop. 2007/08:70 s. 146.

© Författaren och Studentlitteratur

skall patienten vara farlig för annan *till följd av* sin psykiska störning. Det måste sålunda finnas ett samband mellan den psykiska störningen och farligheten för att den skall kunna tas i beaktande.

För tillämpning av bestämmelsen gäller vidare, att det skall vara fråga om att patienten är farlig för *annans* personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa. Vad gäller avgränsningen av begreppet "annan" talas i motiven om att bestämmelsen avser "enbart skyddet för närstående och andra i omgivningen".[189] Detta något besynnerliga konstaterande bör dock ses mot bakgrund av Lagrådets påpekande att bestämmelsen uteslutande skall avse närstående och omgivning och *inte den enskilde själv.*[190] Patientens eventuella farlighet för *sig själv* omfattas alltså *inte* av denna bestämmelse utan detta beaktas direkt genom punkterna 1 och 2 i första stycket.[191] Däremot omfattas *alla andra*, såväl närstående som andra i samhället.

Vad som egentligen avses med att patienten skall vara *farlig* diskuteras inte i lagens motiv. Dock konstateras att skyddsobjektet är *annans personliga säkerhet*, varmed avses dennes kroppsliga integritet, och annans *fysiska och psykiska hälsa*. Psykiska lidanden som personer i patientens omgivning kan utsättas för genom t.ex. hot och trakasserier kan sålunda tas i beaktande. Det behöver dock *inte* vara fråga om risk för *allvarlig* skada, utan även andra personskaderisker, fysiska såväl som psykiska innefattas.[192] Däremot avses *inte* risk för skada på egendom eller någon annan ekonomisk skada i sig.[193]

En viktig fråga är vad som avses med *beaktas:* Vilken betydelse skall patientens farlighet tillmätas vid vårdbehovsbedömningen? Som framgått ovan är lagstiftarens utgångspunkt att omgivningsskyddet inte får ses som en principiell huvuduppgift för psykiatrin. Å andra sidan, anförs i motiven, får man inte gå för långt åt andra hållet i resonemanget och bortse från att psykiska störningar ibland medför påtagliga risker för andras liv och hälsa. Man nödgas således, sägs det, acceptera vissa särregler för att tillgodose skyddskraven.[194]

I lagrådsremissen, inför 1991 års lag, var bestämmelsen mera uttalat av prognostisk karaktär; om det kunde *befaras* att patienten, till följd av sitt psykiska tillstånd, kunde komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan, skulle detta beaktas vid vårdbehovsbedömningen. Lagrådet kriti-

189 Prop. 1990/91:58 s. 243.
190 Prop. 1990/91:58 s. 403.
191 Jfr prop. 1990/91:58 s. 243.
192 Prop. 1990/91:58 s. 98.
193 Prop. 1990/91:58 s. 243.
194 Prop. 1990/91:58 s. 71.

© Författaren och Studentlitteratur

serade emellertid förslaget och menade bl.a. att skyddsbehovet för närstående och omgivning skjutits alltför mycket i bakgrunden. Även om den allmänna färdriktningen bejakades, framstod det inte som godtagbart – och inte heller nödvändigt av några principiella skäl – att nedvärdera skyddsbehovet så starkt som skett. Lagrådet menade vidare, att det inte kunde accepteras att endast risker för att patienten skulle *allvarligt* skada någon annan skulle få beaktas *och* att det *endast* skulle få ske *som ett led* i prövningen av vårdbehovet. Utgångspunkten, anförde Lagrådet, bör vara att behovet av skydd för närstående och omgivning *skall ges en mera självständig betydelse* vid prövningen om tvångsvård skall komma till stånd eller inte.[195]

I anledning av Lagrådets yttrande underströks i motiven det angelägna i att en riktig avvägning kommer till stånd när lagstiftningen utformas så att *såväl* patientens eget vårdbehov som skyddet för personer i omgivningen får *tillbörligt beaktande* i tillämpningen. Det befanns emellertid otillfredsställande om lagstiftningen skulle bygga på, och ge uttryck för, en väsentligen oförändrad grunduppfattning till tvångsanvändning i förhållande till 1960-talets LSPV. I motiven bedömdes det som realistiskt att uppnå en förskjutning av tvångsvårdsmotiven så att omgivningsskyddet – *utan att det eftersätts* – ges en *mindre självständig betydelse* i en ny lagstiftning än i LSPV.[196]

Synsättet – att det är ett väsentligt intresse för *patienten* att hindras från att skada andra och att detta också är förenligt med utgångspunkten att tvångsvård skall vara betingad av patientens eget behov – bör emellertid *inte* uppfattas så, betonas i motiven i anledning av Lagrådets synpunkter, att skyddsbehovet för omgivningen tillmäts *endast ringa och väsentligen indirekt betydelse*. Det bör vara möjlighet, sägs det, att förena grundsynen att ett tvångsingripande görs utifrån patientens behov med *vederbörlig hänsyn* till patientens närstående och omgivningen i övrigt.[197] Bestämmelsen formulerades i enlighet med vad Lagrådet anfört. Regeringen vidhöll dock sin uppfattning att farlighetsbedömningen skall ske som ett led i vårdbehovsbedömningen.[198]

Ser man närmare på LPT:s föregångare, 1 § b i LSPV (1966:293), fick den som bl.a. led av psykisk sjukdom beredas sluten psykiatrisk vård om han till följd av sjukdomen var farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa eller för eget liv. Innebörden av denna bestämmelse var, att patienten kunde bli intagen för tvångsvård om farligheten

195 Prop. 1990/91:58 s. 403.
196 Prop. 1990/91:58 s. 71.
197 Prop. 1990/91:58 s. 98.
198 Prop. 1990/91:58 s. 243.

© Författaren och Studentlitteratur

kunde sägas sammanhänga med sådana sjukdomssymtom som "tankevillor" och hallucinationer, vilka kunde göras till föremål för behandling. I sådana fall kunde intagning vara påkallad av hänsyn lika mycket till den sjuke själv som till hans omgivning. Om emellertid farligheten utgjorde den mest framträdande sjukdomsyttringen framstod i regel hänsynen till andra än den sjuke som det huvudsakliga motivet för intagning. Här var det sålunda farligheten som utgjorde grunden för intagningen.[199]

I frågan om omgivningsskyddet uttalade Socialberedningen bl.a. att, det är en svår uppgift särskilja vad som är en svårighet för familjen och vad som är ett vårdbehov hos den enskilde. Om lagen jämställer dessa hänsynstaganden till individen respektive omgivningen, finns det en risk för att man genom lagens dubbla syften alltid har möjlighet att använda den skenbart enkla möjligheten att tvångsinta en patient i stället för att genomföra ett mer komplicerat och behovsanpassat behandlingsprogram. Socialberedningen kom därför till slutsatsen, att vård skall vara till för den enskilde patientens skull, och att det var felaktigt och otidsenligt att använda vårdorganisationen som en institution som skall skydda omgivningen.[200]

Lagstiftaren har genom bestämmelsen i fjärde stycket i 3 § LPT avsett att *klargöra*, att vid bedömningen av om det föreligger ett oundgängligt behov av vård i enlighet med 3 § första stycket p. 1, eller om det föreligger behov av särskilda villkor enligt 3 § första stycket p. 2, skall det *beaktas* om patienten är farlig för annan.[201] Det torde emellertid kunna ifrågasättas om bestämmelsens utformning och motiven till densamma kan anses särskilt klargörande. Inte heller Socialutskottets bedömning, att det faller sig naturligt att farlighetsbedömningen tar sikte på den enskildes vårdbehov i 3 §, torde bidra till tydligheten.[202]

Klart är dock, att det är *patientens eget vårdbehov* som är av grundläggande betydelse för frågan om tvångsvård. Det är i grunden patientens tillstånd och personliga förhållanden som konstituerar ett vård- eller villkorsbehov och däri skall sedan, dessutom, vägas in patientens eventuella farlighet. Men farlighetsaspekten kan *inte*, så som var fallet enligt LSPV, få en i förhållande till patientens tillstånd mera framträdande betydelse.

Frågan om vad det innebär att farligheten skall *beaktas* torde sålunda inte entydigt kunna besvaras. I ordet bör lämpligen ligga att farligheten skall *uppmärksammas* och det skall, i enlighet med vad som anförts ovan, *inte* endast tillmätas ringa eller i huvudsak indirekt betydelse. Om-

199 Prop. 1966:53 s. 61 och 169 f.
200 SOU 1984:64 s. 206.
201 Prop. 1990/91:58 s. 98.
202 SoU 1990/91:SoU13 s. 32.

© Författaren och Studentlitteratur

givningsskyddet skall visas vederbörlig hänsyn. *I varje särskilt fall* sägs i motiven, får *avvägas* vilken tyngd skaderisken skall tillmätas.[203] Vilka omständigheter som därvid skall tillmätas relevans anges inte i motiven. Det talas endast om att det är en högst vansklig uppgift att förutsäga *framtida* farlighet hos personer som leder av en psykisk störning och att en persons farlighet bl.a. är beroende av i vilka situationer denne hamnar. "*Tidsfaktorn, typ av aggressivitet och antalet tidigare begångna handlingar av liknande slag* ger emellertid viss vägledning vid en generell bedömning för framtiden" sägs i motiven. Detsamma gäller *mot vem* som tidigare våldshandlingar har riktats" (kurs. här).[204] I vilken mån detta uttalande kan anses vägledande är emellertid tveksamt med hänsyn till att lagens slutliga utformning inte är av sådan prognostisk karaktär som lagförslaget initialt. Det är tvärtom så, att bestämmelsen i 3 § fjärde stycket talar om att det skall beaktas om patienten *är* farlig, vilket enligt min mening får anses avse *vid tiden för beslut* om eventuell tvångsvård.[205]

9.8.3 RÄTTSTILLÄMPNINGEN

Det framgår av relativt många mål (i genomsnitt 40 % rörande ansökan enligt 9 § LPT) att patienten uppvisar aggressivitet, är våldsam, hotfull, utagerande eller farlig. Det anges emellertid som regel inte, i domarna, direkt hur farligheten kan ta sig uttryck och vilka konkreta faresituationer det handlar om. Vanligtvis uppges det i ansökan om fortsatt vård som en omständighet av flera att patienten har dylika tendenser. Det är också ovanligt att förvaltningsrätterna explicit kommenterar farligheten i sin bedömning och i domslutet. Det kan bero på att rätten inte funnit skäl att beakta farligheten eller att farligheten framstår som så klar att det inte tarvar något ytterligare omnämnande. I detta kan man emellertid endast spekulera.

> I mål nr 5932-07 LR i Stockholms län, ansöktes om fortsatt vård enligt 7 § LPT. Patienten var känd på kliniken under diagnosen Aspergers syndrom och vårdades p.g.a. en psykotisk episod. Chefsöverläkaren uppgav bl.a. att patientens "farlighet är svårförutsägbar och inbegriper sexuella fantasier av aggressiv typ mot både kvinnor och barn. /.../ Utifrån kvarstående psyko-

203 Prop. 1990/91:58 s. 98.

204 Prop. 1990/91:58 s. 243.

205 I motiven till LSPV uttalades att när det gällde att ta ställning till om intagning bör ske p.g.a. farlighet för annans personliga säkerhet borde framför allt två omständigheter beaktas; dels frågan vilken grad av våld som hotar från den sjukes sida, och dels frågan hur stor sannolikheten är för att sådant våld kommer att utövas (prop. 1966:53 s. 61).

© Författaren och Studentlitteratur

tiska vanföreställningar som är ganska akuta och även utifrån farlighetsaspekten behövs en längre utslussningstid för att säkerställa medicinering och uppföljning." Patienten vitsordade själv att han haft våldsfantasier om kvinnor och barn men att det blivit bättre.

LR biföll ansökan och fann det utrett att förutsättningarna för tvångsvård var uppfyllda, men kommenterade inte farlighetsaspekten och i vilken mån detta beaktats i vårdbehovsbedömningen. Av sakframställningen torde dock framgå att det var fråga om reella omständigheter och inte bara något som nämndes i förbigående. *Att* farligheten beaktas framgår emellertid av nedanstående mål.

I mål nr 55-06 LR i Göteborg, ansöktes om fortsatt vård enligt 9 § LPT för en patient med schizofreni. Han uppgavs ha kvarstående högt systematiserade megalomant präglade vanföreställningar samt att "där finns en farlighet som inte kan uteslutas om han inte får den vård han behöver." LR konstaterade patienten alltjämt hade en allvarligt psykisk störning och att han saknade fullgod sjukdomsinsikt. Behandlingsalliansen var osäker och tidigare erfarenhet uppgavs ha visat att patienten inte tog sina mediciner på frivillig väg. Vidare anförde LR att "[d]är finns även en farlighet som inte kan uteslutas om /.../ inte får den vård han behöver". Till följd av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har han ett oundgängligt behov, som för tillfället inte kan tillgodoses på något annat sätt än genom att han är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård."

Här har sålunda rätten explicit talat om att man beaktat farligheten. Uppenbarligen har rätten tagit ställning till såväl patientens eget vårdbehov och därutöver vägt in patientens farlighet. Vilken tyngd skaderisken tillmätts går dock inte att utläsa ur domen.

Också i nedanstående mål har rätten kommenterat farligheten.

I mål 6229-05 LR i Skåne län, ansöktes om fortsatt tvångsvård enligt 9 § LPT. I målet var fråga om en patient med schizofreni. I ansökan uppgavs att patienten saknade sjukdomsinsikt och behandlingsmotivation samt att han var aggressiv och ibland uppvisade ett våldsamt beteende mot medboende och behandlingspersonal. Om LPT-vården skulle upphöra skulle patienten försämras allvarligt i sin psykos inom loppet av några veckor och obehandlad uppgavs hans psykos medföra betydande fara för andra personer. LR konstaterade att det var fråga om en allvarlig psykisk störning och att patienten var "i behov av psykiatrisk vård. Med hänsyn till hans psykiska tillstånd, sin farlighet och sina personliga förhållanden i övrigt kan vårdbehovet inte tillgodoses på annat sätt än genom intagning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård på en sjukvårdsinrättning."

© Författaren och Studentlitteratur

Inte heller här kan man direkt utläsa vilken tyngd farlighetsaspekten fått i bedömningen. Tydligt är dock att rätten i sitt beslut vägt in omständigheter hänförliga till patienten själv och beaktat patientens farlighet i förhållande till omgivningen.

Måhända är det rekvisitets vaghet som bidrar till att man i förvaltningsdomstolarnas avgöranden vanligtvis inte finner något närmare resonemang om patientens eventuella farlighet. Från rättsfallsgenomgången kan inte dras några generella slutsatser om hur och i vilken mån farligheten tagits i beaktande vid vårdbehovsbedömningen.

9.8.4 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Av vad ovan sammantaget anförts får rekvisitet anses tämligen oklart och vara ägnat till skönsmässiga bedömningar av icke ringa omfattning.[206] Att bedöma en patients farlighet torde vara en grannlaga uppgift. För att åberopad farlighet skall kunna beaktas och ingå i vårdbehovsbedömningen för ett beslut om tvångsvård torde emellertid inte alltför lösliga påståenden kunna accepteras. Enligt min mening bör rätten få information om, eller i kraft av sin egen utredningsplikt, se till att man får kännedom om i vilken mån särskild riskbedömning gjorts i hälso- och sjukvården och vilka konkreta omständigheter som i det enskilda fallet konstituerar farligheten.[207] Man måste också betänka, att psykisk störning – inte ens allvarlig sådan – är liktydigt med att patienten också skulle vara farlig.[208] Dessutom är de patienter som vårdas med stöd av LPT inte dömda till vård som en reaktion på ett begånget brott. Dessa patienter vårdas på grund av en allvarlig psykisk störning med stöd av en tvångslag, som också är en vårdlag och rätten beslutar om tvångsvård med stöd av LPT – av rättssäkerhetsskäl – och inte som ett straff.

206 Frågan i vilken utsträckning skyddsaspekterna blir tillgodosedda vid tillämpningen av den nya regleringen bör följas noga, vilket förutsattes ske genom Socialstyrelsens tillsyn (prop. 1990/91:58 s. 99).

207 Se t.ex. Socialstyrelsen 2004, Riskbedömningar inom den specialiserade psykiatriska vården och Rättsmedicinalverket 2000, Riskbedömning vid rättspsykiatrisk undersökning.

208 Enligt Socialstyrelsen 2004 s. 13 f. anses psykiska störningar, även om de är allvarliga, vara faktorer som i *mindre* omfattning är förutsägande för våld.

© Författaren och Studentlitteratur

Intagningsprocessen

KAPITEL 10

10.1 Inledning

LPT är i sig en undantagslag inom hälso- och sjukvårdssystemet och tvångsvård skall vara den lösning som väljs bara när andra hjälpformer inte står till buds eller inte räcker till. Därför fordras att en tillfredsställande utredning och kvalificerad bedömning läggs till grund för avgörandet i dessa frågor. Uppgiften att bedöma en annan människas psykiska tillstånd och vårdbehov är, anförs i motiven, *maktpåliggande* – särskilt när den är kombinerad med möjlighet att besluta om frihetsberövande. Det är nödvändigt att göra avvägningarna med fullt beaktande av den frihetsinskränkande innebörden av beslut om omhändertagande, även när avsikten med tvånget är den bästa.[1]

Frågan om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda måste sålunda klarläggas så väl som möjligt i varje särskilt fall.[2] Den s.k. *tvåläkarprövningen* är en del i detta; behovet av tvångsvård skall avgöras efter en självständig prövning av två olika läkare. För undersökning för vårdintyg och dess utfärdande ställs i lagen en rad såväl formella som materiella krav, vilket också gäller själva intagningsbeslutet. I det följande redogörs för dessa bestämmelser, liksom för de regler som avgränsar vilka tvångsåtgärder som kan komma i fråga *innan* ett beslut om intagning har fattats.

10.2 Vårdintyg

10.2.1 INCITAMENT TILL LÄKARUNDERSÖKNING

Enligt tidigare gällande lag, LSPV, förutsatte en intagning för tvångsvård dels en ansökan, dels ett särskilt vårdintyg. Behöriga att göra *ansökan* om tvångsvård var därvid anhöriga, förmyndare eller god man, liksom ordförande i socialnämnd och polismyndighet. Ett dylikt ansökningsförfarande finns inte i LPT, men väl kravet på att det skall finnas ett vårdintyg.

Ett initiativ till en läkarundersökning, för eventuellt utfärdande av

1 Prop. 1990/91:58 s. 74.

2 Prop. 1990/91:58 s. 104.

© Författaren och Studentlitteratur

ett vårdintyg, kan komma till stånd på olika sätt. En läkare kan ha fått anledning att göra undersökning t.ex. på grund av en kontakt med patienten i den öppna vården eller på grund av en begäran av en annan läkare. En hemställan om undersökning kan också komma från socialtjänsten eller någon annan i den sjukes omgivning. Det bör i det sammanhanget framhållas, att socialtjänsten har det *yttersta ansvaret* för att de som vistas i kommunen får den hjälp och det stöd som de behöver (2 kap. 2 § SoL). Det hör alltså till socialtjänstens uppgifter att vid behov hjälpa en enskild att få kontakt med hälso- och sjukvården.[3]

Också *polismyndigheten* kan, enligt nu gällande lag, initiera en undersökning. I 47 § LPT ges polismyndigheten, under vissa förutsättningar, befogenhet att *tillfälligt omhänderta* en person i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ge den enskilde erforderlig hjälp. Den som omhändertagits får inte förvaras under någon längre tid på polisstationen, utan endast kvarhållas tillfälligt under *kortast möjliga tid* i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal kan ta vid. Polisen bör därför *genast* kontakta en sjukvårdsinrättning, eller den öppna psykiatriska verksamheten, för att den enskilde skall få hjälp snarast möjligt och *i första hand* utan inslag av tvång. Polisen kan också föra den som tagits om hand till en sjukvårdsenhet som kan ge stöd och behandling. Det förutsätts i lagens motiv att vårdpersonalen tar över den omhändertagne så snart som möjligt.[4]

Förutsättningarna för att polismyndigheten skall kunna göra ett tillfälligt omhändertagande är, att det finns *skälig anledning att anta* att den enskilde lider av en allvarlig psykisk störning *och* att han eller hon är farlig för annans personliga säkerhet *eller* eget liv *eller* i övrigt behöver omedelbar hjälp. Skyddsobjektet i denna bestämmelse omfattar sålunda, till skillnad från farlighetsrekvisitet i 3 § LPT, *även* den enskilde själv. Faresituationerna avser t.ex. att avvärja att någon i personens omgivning blir skadad eller att förhindra ett självmord. Den enskildes beteende kan också vara sådant att det föreligger en omedelbar fara för hans eller hennes egen hälsa och behovet av hjälp därför framstår som överhängande.[5]

Det i bestämmelsen använda bevisstyrkekravet, *skälig anledning att anta*, innebär att omständigheterna i det enskilda fallet måste *ge viss grund* för att det föreligger en allvarlig psykisk störning och att det är fråga om sådana faresituationer som avses i lagen.[6] Enligt lagens motiv kan bedömningen av om förutsättningarna för ett tillfälligt omhändertagande är uppfyllda ibland bli något summariska vid tillfället för polis-

3 Gustafsson 2001 s. 145 ff. och prop. 1990/91:58 s. 244.

4 Prop. 1990/91:58 s. 286.

5 Prop. 1990/91:58 s. 286.

6 Se härom i avsnitt 10.2.2. rörande undersökning för vårdintyg.

© Författaren och Studentlitteratur

mans ingripande. En noggrannare prövning bör däremot, sägs det, alltid vara möjlig när förmannen eller polismyndigheten prövar om omhändertagandet skall bestå.[7]

10.2.2 UNDERSÖKNING FÖR VÅRDINTYG

Ett beslut om intagning för tvångsvård fattas av chefsöverläkaren vid en sjukvårdsinrättning. För ett sådant beslut krävs att det finns ett *vårdintyg* som grundas på en *särskild undersökning* (4 § första stycket LPT). Behovet av tvångsvård skall sålunda avgöras efter en *självständig bedömning av två olika läkare*. Det krävs dock inte något formellt krav på oberoende mellan de två läkarna.[8]

Eftersom det i 2 kap. 6 § RF ges ett skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp, i vilket bl.a. innefattas läkarundersökning, krävs stöd i lag för att en sådan undersökning skall få vidtas mot den enskildes vilja. Av 4 § andra stycket LPT följer, att en *undersökning* för vårdintyg får företas *endast* om det finns *skälig anledning* till det. Detta bevisstyrkekrav innebär, enligt motiven, att en undersökning inte får *påbörjas* om inte omständigheterna *ger viss grund* för att den kommer att mynna ut i ett vårdintyg. Samtidigt anförs, att det här inte kan krävas någon högre grad av sannolikhet, utan det åvilar den läkare som skall utföra undersökningen att pröva om det finns *tillräckligt fog för* den.[9] En regel om att det krävs skälig anledning för undersökning bör, enligt lagstiftarens mening, vara en tillräcklig påminnelse om att *redan frågeställningen om undersökning* över huvud taget bör ske måste ägnas tillräcklig uppmärksamhet av berörd läkare.[10] Från bevisteoretiska utgångspunkter måste det dock, även vid detta förhållandevis låga beviskrav, föreligga *fler* omständigheter som talar *för* att ett vårdintyg kan behöva utfärdas, än vad som talar emot. Bevisningen för temats existens skall alltså vara starkare än den kvarstående osäkerheten, vilket innebär att bevisvärdet uppgår till minst 51 %.[11]

Behörig att utföra undersökningen är, enligt 4 § LPT, *legitimerad läkare*. Socialstyrelsen får emellertid medge *undantag* från detta krav i enlighet med vad som föreskrivs i 40 § LPT och 14 § FPT.[12] Vidare ger 4 § andra stycket LPT uttryck för att undersökningen, som *huvudregel*, förutsätts ske med patientens *samtycke*. Om läkarundersökningen inte kan utföras

7 Prop. 1990/91:58 s. 286.
8 Prop. 1990/91:58 s. 244.
9 Prop. 1990/91:58 s. 245.
10 Prop. 1990/91:58 s. 105.
11 Jfr Diesen & Lagerqvist Veloz Roca 2005 s. 90 ff.
12 Verksamhetschefen skall, enligt 5 kap. 4 § SOSFS 2005:29, ansöka om undantag hos Socialstyrelsens tillsynsenhet i respektive region.

© Författaren och Studentlitteratur

med patientens samtycke, får patienten *tas om hand för undersökning.* Eftersom det då blir fråga om ett *frihetsberövande* får ett sådant beslut endast fattas av *legitimerad läkare i allmän tjänst* eller av en legitimerad läkare som enligt *avtal med landstinget* har till uppgift att utföra undersökningar för vårdintyg. I motiven framhålls, att det är ytterst angeläget att ett omhändertagande för undersökning genomförs så hänsynsfullt och skonsamt som möjligt mot patienten som omständigheterna medger i det enskilda fallet. Det bör så långt möjligt vara personal från primärvården eller den psykiatriska verksamheten som ombesörjer omhändertagandet. Många gånger kan det vara lämpligt, sägs det, att personalen till sin hjälp tar personer från socialtjänsten eller andra människor som patienten känner sedan tidigare och har förtroende för.[13]

Polismyndigheten skall, på begäran av läkare som är *behörig att besluta om omhändertagande* för undersökning, dvs. en legitimerad läkare i allmän tjänst eller en legitimerad läkare som enligt avtal med landstinget har till uppgift att utföra undersökningar för vårdintyg, *lämna biträde* för att denne skall kunna genomföra undersökningen (47 § andra stycket p. 1 LPT). Det torde få förutsättas att det, för en begäran om polishandräckning, också skall finnas ett formellt beslut om omhändertagande.

Polishandräckning får begäras endast när det av omständigheterna framgår att den enskilde håller sig undan eller inte frivilligt går med på undersökningen.[14] Det har från lagstiftaren framhållits, att det är viktigt att den enskilde, om det inte är omöjligt eller uppenbart olämpligt, undersöks där han eller hon vistas.[15] Går den enskilde med på att låta sig undersökas i sin bostad, och undersökningen lämpligen kan ske där, bör polishandräckning för transport till en läkarmottagning inte komma i fråga, såvida inte starka skäl talar för detta.[16] Bestämmelsen i 47 § p. 1 har tillkommit främst för att *göra det möjligt* för den läkare som skall utföra undersökningen att få tillträde till en bostad eller det utrymme där den enskilde befinner sig.[17]

13 Prop. 1990/91:58 s. 246.

14 4 kap. 3 § SOSFS 2008:18. Prop. 1990/91:58 s. 286. I en begäran om polishandräckning skall anges enligt vilken punkt i 47 § LPT som begäran grundas på (4 kap. 6 § SOSFS 2008:18).

15 Prop. 1990/91:58 s. 286.

16 Prop. 1990/91:58 s. 286.

17 Av 6 kap. 1 § SOSFS 2005:29 framgår, att verksamhetschefen skall svara för att det finns rutiner som säkerställer att förutsättningarna för att få biträde av polismyndigheten kan uppfyllas av den som begär biträde av polisen och att biträde endast begärs 1. av legitimerade läkare i allmän tjänst eller legitimerade läkare som enligt avtal med landstinget har till uppgift att utföra undersökningar för vårdintyg, och 2. i de fall läkaren har beslutat att omhänderta patienten för undersökningen.

© Författaren och Studentlitteratur

Det bör framhållas, att såväl ett *beslut* om *omhändertagande* som ett *beslut* att begära *polishandräckning* för genomförande av vårdintygsundersökningen utgör beslut i ärende enligt lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård och *angår en frihetsberövande åtgärd*.[18] De omfattas följaktligen *inte* av sekretessen i 25 kap. 1 § i offentlighets- och sekretesslagen utan av undantaget i 25 kap. 10 § samma lag. Undantaget gäller även de skäl som intagits i beslutet, men inte uppgifter i de bakomliggande handlingarna.[19]

10.2.3 UTFÄRDANDE AV VÅRDINTYG OCH DESS INNEHÅLL

Bedömningen av *om* ett vårdintyg skall utfärdas utgör det *första ledet* i tvåläkarprövningen. Vårdintyget får utfärdas endast i *omedelbar anslutning* till undersökningen (5 § första stycket LPT), och den läkare som utför undersökningen skall också utfärda vårdintyget.[20]

För att ett vårdintyg skall få *utfärdas* har emellertid bevisstyrkekravet höjts då det enligt 4 § första stycket LPT krävs att det finns *sannolika skäl* för att förutsättningarna för *sluten* psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda. Ett uttalande om detta skall framgå av vårdintyget.[21] Enligt motiven har lokutionen *sannolika skäl* valts för att markera att sådana *faktiska omständigheter* skall ha framkommit vid läkarundersökningen att man kan *förmoda* att förutsättningar för att ge tvångsvård föreligger.[22] Bevisstyrkekravet kan sägas innebära att kravet ligger ungefär vid en sannolikhet om 75 %, dvs. motsvarande en tillåten felmarginal som är mindre än 1 fall av 4.[23]

I vårdintyget skall det, utöver ett uttalande om att det föreligger sannolika skäl, även finnas en *redogörelse* för den psykiska störningen och de omständigheter i övrigt som ger upphov till vårdbehovet (5 § första stycket LPT). Denna redogörelse skall enligt lagens motiv vara *noggrann*, och läkaren skall se till att den utredning som ligger till grund för intyget är så fullständig som påkallas av omständigheterna.[24] I LPT:s motiv betonas vikten av att undersökande läkare gör vad som är möjligt för att bilda sig en helhetsuppfattning om patientens psykiska tillstånd och situation i övrigt. Först i och med att *undersökningsläkarens självständiga bedöm-*

18 RÅ 2000 ref. 6.
19 Prop. 1991/92:59 s. 30.
20 Prop. 1990/91:58 s. 282.
21 Prop. 1990/91:58 s. 106.
22 Prop. 1990/91:58 s. 247.
23 Diesen & Lagerqvist Veloz Roca, 2005 s. 92.
24 Prop. 1990/91:58 s. 106.

© Författaren och Studentlitteratur

ning i sådant hänseende kommer till uttryck i vårdintyget kan intyget tillfredsställande tjäna som grund för prövningen i intagningsfrågan.[25] Av 2 kap. 4 § LYHS följer, att den som i sin yrkesverksamhet inom hälso- och sjukvården utfärdar ett intyg om någons hälsotillstånd eller vård, skall utforma det med noggrannhet och omsorg.

Av 5 § andra stycket LPT framgår, att vid utfärdande av vårdintyg gäller bestämmelserna om *jäv* i 11 och 12 §§ FL, *även* för läkare som utövar yrket *enskilt*. Jävsreglerna i FL är ett uttryck för den grundlagsfästa objektivitetsprincipen och syftar till att garantera en objektiv och opartisk handläggning. Jävssituationer kan bl.a. uppkomma om undersökande och vårdintygsutfärdande läkare står i någon form av släktrelation till patienten eller om det i övrigt finns någon särskild omständighet som är ägnad att rubba förtroendet till läkarens opartiskhet i ärendet.[26] Den som är jävig får, enligt 12 § FL, inte handlägga ärendet, dvs. utföra undersökningen och utfärda vårdintyg. Dock får även den som är jävig vidta åtgärder som inte kan anstå. Den som känner till en omständighet som kan tänkas utgöra jäv, skall självmant ge detta till känna.

Den läkare som utfärdat vårdintyget har, enligt 5 § tredje stycket LPT, skyldighet att se till att vårdintyget *snarast* kommer till den sjukvårdsinrättning där frågan om intagning för tvångsvård skall prövas. I motiven förutsätts att vårdintygsutfärdande läkare tar telefonkontakt med sjukvårdsinrättningen där intagningsfrågan skall prövas för att meddela att patienten kommer och ge en orientering om patienten.[27]

I regel kommer patienten och vårdintyget samtidigt till vårdinrättningen. Om emellertid patienten inte vill inställa sig vid vårdinrättningen eller har avvikit efter vårdintygsundersökningen finns i 47 § andra stycket p. 2 möjlighet att begära *polishandräckning* för att föra patienten till vårdinrättningen. Det är den läkare som har *behörighet att* fatta beslut om att *omhänderta* en patient för undersökning som har befogenheten att begära handräckning (4 § andra stycket LPT). I motiven framhålls, att det är självklart att läkaren, innan han eller hon begär polishandräckning först försöker, om det är lämpligt, att övertala patienten att frivilligt inställa sig på vårdinrättningen.[28] Också *chefsöverläkaren* vid den vårdinrättning som skall pröva intagningsfrågan har befogenhet att begära polishand-

25 Prop. 1990/91:58 s. 107.

26 De olika jävsgrunderna i 11 § FL är 1) sakägarjäv, intressejäv eller släktskapsjäv, 2) ställföreträdarjäv, 3) tvåinstansjäv, 4) ombuds- och biträdesjäv och 5) generalklausulen som täcker upp sådana intressekonflikter som inte täcks av de övriga jävsgrunderna.

27 Prop. 1990/91:58 s. 107.

28 Prop. 1990/91:58 s. 287. 4 kap. 4 § SOSFS 2008:18.

© Författaren och Studentlitteratur

räckning för att föra patienten till vårdinrättningen. Innan handräckning begärs bör chefsöverläkaren dock ha fått tillgång till vårdintyget och eventuella övriga handlingar. Det bör framhållas att det *inte* krävs något beslut om intagning för att chefsöverläkaren skall kunna begära handräckning enligt punkten 2.[29]

10.2.4 VÅRDINTYGETS GILTIGHET

Ett utfärdat vårdintyg kan endast ligga till grund för prövning av eventuell intagning för psykiatrisk tvångsvård under en begränsad tid. Bakgrunden härtill är att patienten, sannolikt, har ett oundgängligt vårdbehov som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom intagning på sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. I linje härmed skall man inte kunna utfärda ett vårdintyg och sedan vänta en längre tid innan intagningsfrågan avgörs. Lagstiftarens tanke är, att om tvåläkarprövningens båda led ligger så nära varandra som möjligt görs de olika läkarnas bedömning utifrån väsentligen identiska förhållanden.[30]

Av 6 b § första stycket LPT framgår sålunda, att ett beslut om intagning *inte* får grundas på ett vårdintyg som är äldre än *fyra dagar*. Enligt lagens motiv får alltså ett intagningsbeslut fattas *senast under fjärde dygnet efter* dagen för intygets utfärdande.[31] Detta torde innebära att om vårdintyget utfärdas en måndag kl. 10.00 måste intagningsbeslutet fattas senast på fredagen kl. 10.00. Eftersom frågan om intagning skall avgöras senast 24 timmar efter patientens ankomst till vårdinrättningen (6 b § LPT) medför det sagda också, att om patienten inte ankommer till vårdinrättningen förrän på torsdagen kl. 22.00, har vårdinrättningen enbart 12 timmar till förfogande att avgöra om tvångsvård är nödvändig. Har fyradagarsfristen gått ut måste det till en ny undersökning för vårdintyg, varvid det *ånyo* krävs att det finns skälig anledning till en sådan.

10.2.5 VÅRDINTYGETS FUNKTION OCH FRAMTIDA GILTIGHET

Såvitt gäller vårdintygets *funktion* har ovan beskrivits att undersökningen för vårdintyg och dess utfärdande är det första ledet i den tvåläkarprövning som krävs för ett beslut om tvångsvård. För att ett vårdintyg skall kunna *utfärdas* krävs därvid att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda. Vårdintyget är *därefter* den handling som krävs för en eventuell begäran om *polishandräckning* för att föra patienten till vårdinrättningen (47 § p. 2 LPT), för att

29 Prop. 1990/91:58 s. 287.
30 Prop. 1990/91:58 s. 111.
31 Prop. 1990/91:58 s. 248.

© Författaren och Studentlitteratur

patienten skall kunna *hållas kvar* vid vårdinrättningen sedan han eller hon anlänt dit (6 § LPT) och för att chefsöverläkaren skall kunna fatta ett *beslut om intagning.*

Journalgenomgången ger emellertid vid handen, att vissa kliniker synes tillmäta vårdintyget en längre gående funktion i den fortsatta hanteringen av ett intagnings- och senare, vårdärende, än vad nyss sagts. I vissa fall förefaller vårdintyget tillmätas relevans även efter det att intagningsbeslut är fattat och i andra fall talas i journalerna t.ex. om att "vårdintygen godkännes", så som nedanstående exempel visar.

(1 A) i beslutsjournal noterar den överläkare som fattat beslut om intagning att "Vårdintyg utfärdat 061102 av Dr /.../ godkännes".

(1 C) 060301 noterar överläkare vid intagningsbeslutet "Vid prövning av vårdintyg utfärdat av dr /.../ uppfyller pat krav för vård enl LPT. Vårdintyget godkännes. 060301 13.05."

(1 D) 050702 noterar överläkare "Bedömer att kriterierna för LPT-vård uppfylles – vårdintyget godkännes."

(1 E) 060927 noterar överläkare i samband med intagningsbeslutet: "Vid prövning av vårdintyg utfärdat av dr /.../ uppfyller pat krav för vård enl LPT. Vårdintyget godkännes. 060927 10.40."

Det skall framhållas att samtliga journalhandlingar inte funnits tillgängliga i fall 1 A-E. Dock måste ifrågasättas vad som avses med det valda uttryckssättet att vårdintyget *godkännes.* Chefsöverläkaren skall inte godkänna vårdintyget eller den prövning av förutsättningarna som undersökande läkare gjort. Chefsöverläkaren skall göra en *självständig bedömning* av patienten och utifrån detta pröva om förutsättningarna för intagning enligt 3 § LPT föreligger.

En fråga som möjligen sammanhänger med vad som nyss anförts, är hur länge vårdintyget skall anses *giltigt.* Därvid avses inte den fyradagarsfrist som behandlats i det föregående utan hur länge vårdintyget kan sägas fylla någon uppgift *sedan väl intagningsbeslut är fattat.* Som exempel kan följande fall andragas:

(1 B) 060413 noterar överläkare: "Pat uppfyller ej längre kriterier för vård enligt LPT. *Vårdintyget avskrives.* Pat kvarstanna för vård enl HSL." (kurs. här)

(3 B) 061030 noterar läkare: "Från den 30/10 i samband med att patienten skrivs ut från avdelning 2 *avskrivs vårdintyget.*" (kurs. här)

(7 C) 061104 noterar sjuksköterska: "Förtydligar att *hon är på vårdintyg* och informerar henne om vad det innebär." (kurs. här)

© Författaren och Studentlitteratur

I sist angivna exempel (7 C) skulle man kunna förledas att tro att anteckningen var hänförlig till ett kvarhållningsbeslut *i väntan på* undersökning för eventuell intagning. Så var emellertid inte fallet eftersom patienten intogs för tvångsvård den 28 oktober 2006. Noteringen tyder på att man tillmäter vårdintyget en längre giltighetstid och en annan funktion än vad lagen ger uttryck för.

I exempel 1 B och 3 B talas om att vårdintyget "avskrives", vilket ger en antydan om att man från vårdinrättningarna ansett att patienten varit *intagen* för tvångsvård *på grundval av vårdintyget*. Detta måste emellertid, mot bakgrund av vad som inledningsvis anförts, anses vara en felsyn. Enligt min uppfattning fattar chefsöverläkaren beslut om intagning, varefter det är *detta* beslut som utgör grundval för tvångsvården. Genom chefsöverläkarens beslut om intagning, eller inte, upphör vårdintygets funktion och vidare giltighet.

10.3 Chefsöverläkarens beslut om intagning

När ett vårdintyg kommer till sjukvårdsinrättningen där intagningsfrågan skall prövas, anses *ett ärende* om ifrågasatt intagning *anhängiggjort*.[32] Därvid vidtar *nästa steg i tvåläkarprövningen*; patienten skall ånyo läkarundersökas för att frågan om intagning skall kunna avgöras (6 b § LPT). Vid denna undersökning skall det bedömas om det föreligger ett *oundgängligt* behov av *sluten* psykiatrisk tvångsvård och om *övriga förutsättningar* för tvångsvård som anges i 3 § LPT föreligger. Vid *denna* tidpunkt är det emellertid *inte* tillräckligt att det föreligger sannolika skäl för att förutsättningarna är uppfyllda. Intagning bör, sägs i motiven, inte kunna ske annat än om förutsättningarna för tvångsvård *är uppfyllda*, [33] dvs. att det i princip är styrkt att omständigheterna är sådana som anges i 3 § LPT.[34]

Beslutet om intagning skall, enligt 6 b § andra stycket LPT, fattas av chefsöverläkare vid en enhet för psykiatrisk vård.[35] Detta kan delegeras till annan specialistkompetent läkare vid sjukvårdsinrättningen (39 § LPT).[36] Det ställs inte heller något krav på oberoende mellan vårdintygsutfärdande läkare och den läkare som beslutar om intagning. Dock får beslut om intagning *inte* fattas av den läkare som utfärdat vårdintyget. Som framgått ovan får intagningsbeslutet *inte* grundas på ett vårdintyg som är äldre än fyra dagar.

32 Prop. 1990/91:58 s. 247.

33 Prop. 1990/91:58 s. 109 och 248.

34 Jfr Diesen & Lagerqvist Veloz Roca 2005 s. 92 ff. Se även avsnitt 9.3.

35 Vad som avses med chefsöverläkare se 1 § fjärde stycket LPT.

36 Se även 40 § LPT och 4 kap. 2 § SOSFS 2008:18.

© Författaren och Studentlitteratur

Av 6 b § framgår att frågan om intagning, som *huvudregel*, skall avgöras *skyndsamt* efter undersökning, och *senast* 24 timmar efter patientens *ankomst till vårdinrättningen*. Tidsfristen skall ses mot bakgrund att det kan krävas viss tid för att få tillfredsställande underlag för bedömning av om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda.

Frågan är när man skall börja räkna de 24 timmarna inom vilka ett intagningsbeslut skall fattas, m.a.o. vad som avses med *ankomst till vårdinrättningen*. Motiven ger ingen information i denna fråga, utan där synes man utgå ifrån att vårdintyget oftast utfärdas på annat ställe än på vårdinrättningen och att patienten kommer till vårdinrättningen samtidigt med intyget.[37] Detta är emellertid inte alltid fallet, varför tveksamhet kan uppstå var tidsberäkningen skall ta sin utgångspunkt.

Det fall som lagstiftaren förefaller ha utgått ifrån, är att vårdintyg utfärdats i hemmet eller i öppenvården och *patienten kommer till vårdinrättningen samtidigt med vårdintyget*. Här har redan den bedömningen gjorts att det finns skälig anledning att göra en undersökning för vårdintyg och sannolika skäl för att utfärda ett sådant. Patienten kan också ha *tagits om hand* för undersökning, i händelse av att han eller hon inte samtyckt till densamma. Dessutom kan polishandräckning ha varit nödvändig för undersökningens genomförande och transport till vårdinrättningen. I fall som nyss sagts torde det vara givet att 24-timmarsfristen räknas *direkt* från patientens ankomst till vårdinrättningen. Tvångsvårdsprocessen är ju redan inledd, oaktat att läkarundersökningen på vårdinrättningen kan resultera i att det *inte* beslutas om intagning med stöd av LPT. Resonemanget bör vara detsamma i händelse av att patienten *kvarblir i sin bostad i väntan på transport* till vårdinrättningen. Även i detta fall är processen för eventuell intagning enligt LPT inledd och då bör tidsfristen beräknas direkt från ankomsten till vårdinrättningen, oavsett om patienten först sitter i väntrummet eller inne i ett undersökningsrum i väntan på undersökning för intagning.

Divergerande tillämpning av 24-timmarsregeln har emellertid visat sig förekomma i den praktiska tillämpningen i de fall patienten kommer till sjukvårdsinrättningen *innan* vårdintyg utfärdats. Följande exempel kan andragas:

> Av journalhandlingar framgår att patienten *ankom till sjukvårdsinrättningen kl. 10.30* den 3 mars 2006 tillsammans med anhörig. *Efter undersökning* fann läkare att patienten uppfyllde kriterier för vårdintyg bl.a. därför att hon tedde sig psykotisk och därmed inte bedömdes kunna ta grundat ställningstagande till erbjuden vård. *Vårdintyget utfärdades kl. 14.25* samma

37 Prop. 1990/91:58 s. 107.

© Författaren och Studentlitteratur

dag som patienten ankom till vårdinrättningen. Påföljande dag, dvs. den 4 mars 2006 kl. 11.25, beslutade annan läkare om intagning för tvångsvård. Patienten överklagade intagningsbeslutet. I dom daterad den 7 mars 2007 upphävde LR i Stockholms län beslutet (mål nr 5015-06), då det inte fattats inom i lagen föreskrivna 24 timmar efter det att patienten ankom till sjukvårdsinrättningen.[38]

Frågan är då om länsrättens beslut kan anses vara riktigt. Rätten har ju, så som anges i lagens text, utgått från när patienten *faktiskt ankom* till vårdinrättningen. I förevarande exempel kom emellertid patienten till vårdinrättningen på eget, eller möjligen anhörigas, initiativ p.g.a. tilltagande vanföreställningar. Syftet med att uppsöka vårdinrättningen var *inte* en undersökning för ett eventuellt vårdintygsutfärdande utan för att uppsöka läkare för vård. För tid *innan* patienten eventuellt togs om hand för undersökning för vårdintyg har han eller hon varit fri att lämna vårdinrättningen när så önskades. Det är ju först sedan undersökning av patienten påbörjas som förutsättningar för att utfärda ett vårdintyg uppdagas.

Eftersom syftet med läkarundersökningen, i ett fall som det anförda, inte är att göra en undersökning för vårdintyg, och man heller inte vid undersökningens inledande ens visste om det fanns skälig anledning till en sådan undersökning, menar jag att det ligger det närmast till hands att använda *tiden för vårdintygets utfärdande* som begynnelsepunkt. Ett sådant synsätt är också i analogi med vad som gäller vid beslut om konvertering då frågan om sluten psykiatrisk tvångsvård skall fattas senast 24 timmar efter det att *vårdintyget utfärdats* (11 § LPT).

Motiven till 1991 års lag klargör inte frågan om tidsberäkningen. Föredragande statsråd anför bl.a. att man bör "undvika att i onödan föra en patient till en sjukvårdsinrättning för sluten vård för den *första* läkarundersökningen. Om en patient mot sin vilja förs till en sådan vårdinrättning för undersökning för vårdintyg, kan detta naturligtvis av patienten uppfattas som om frågan om intagning redan är avgjord."[39] Uppenbarligen har lagstiftaren utgått ifrån att det gängse förfarandet är att patienten undersöks för vårdintyg *utanför* vårdinrättningen och då blir det naturligt att utgå från ankomsten till vårdinrättningen. Det är ju först då som *frågan om intagning* blir aktuell. I den praktiska verkligheten synes dock den omvända situationen vara vanlig, nämligen att frågan om vårdintyg uppkommer på vårdinrättningen där intagning kan komma att ske.

38 Eftersom domen ingår i det journalmaterial som genomgåtts utelämnas av sekretesskäl målnummer.

39 Prop. 1990/91:58 s. 104.

© Författaren och Studentlitteratur

Frågan om 24-timmarsregelns beräkning kan inte entydigt låta sig besvaras utifrån lagens utformning. 6 b § talar om 24 timmar efter patientens ankomst till vårdinrättningen och 11 § talar om 24 timmar efter det att vårdintyg har utfärdats. I motiven till 2000 års lag (SFS 2000:353) uttalas emellertid:

> "När en patient har kommit till en vårdinrättning *med vårdintyget eller* när vårdintyget *därefter har utfärdats* får han enligt 6 § LPT, efter beslut av tjänstgörande läkare, *kvarhållas* i högst 24 timmar *räknat från ankomsten för prövning av frågan om intagning* för tvångsvård" (kurs. här).

Eftersom frågan om intagning inte kan prövas förrän ett vårdintyg är utfärdat förefaller det vara lagstiftarens avsikt att, i de fall vårdintyget utfärdas på vårdinrättningen där intagningsprövningen också skall ske, 24-timmarsfristen skall beräknas från det att vårdintyget utfärdats, på samma sätt som vid konvertering. Eftersom gällande lag är otydlig i detta hänseende bör det de lege ferenda tydliggöras hur såväl vårdinrättningar som domstolar skall tolka 24-timmarsregeln och vad som avses med "ankomst till vårdinrättningen". Som det är i dag kan vissa vårdinrättningar i journalen notera den reella ankomsttiden, redan när patienten sitter i väntrummet, medan andra tolkar det annorlunda och noterar den tid då tvångsbestämmelserna börjar tillämpas, t.ex. vid omhändertagandet för vårdintygsbedömning.

Från den praktiska journalgenomgången kan vidare noteras att det av en del journalhandlingar *inte alls* framgår när patienten ankom till vårdinrättningen trots att detta skall noteras i enlighet med 2 § p. 2 FPT. Det är därvid av rättssäkerhetsskäl fundamentalt, dels att ankomstdatum noteras i journalen, dels att hälso- och sjukvårdspersonalen har klart för sig vilken tid som skall anges och vilken tid som utgör utgångspunkten för tidsfristsberäkningen.

10.4 Överklagande av intagningsbeslut

Beslutet om intagning innebär *myndighetsutövning* i förhållande till den enskilde. Det innebär att FL:s regler om t.ex. tolk, beslutsmotivering och underrättelse om beslut blir tillämpliga när läkaren handlägger frågan om intagning. Patienten skall också underrättas om att och hur beslutet kan överklagas (32 § LPT).[40]

Av 2 § p. 3 och 4 FPT framgår att journalen, *utöver* vad som gäller enligt patientdatalagen (2008:355; PdL), skall innehålla uppgift om *beslut i fråga om tvångsvård* enligt 6 b § och uppgift om huruvida patienten *över-*

40 Om FL:s tillämplighet, se avsnitt 5.3.

© Författaren och Studentlitteratur

klagat ett sådant beslut. Också *rättens beslut* skall noteras om det överklagats.

10.5 Särskilda tvångsåtgärder före beslut om intagning

10.5.1 INLEDNING

Bestämmelser om tvångsåtgärder *före* intagningsbeslut infördes genom lagändring i juli 2000. Dessförinnan gavs endast möjlighet att *kvarhålla* en patient i avvaktan på chefsöverläkarens beslut. I den praktiska tillämpningen visade det sig emellertid ibland vara nödvändigt att tillgripa tvångsåtgärder redan före intagningsbeslut och då fick detta ske bl.a. med stöd av allmänna bestämmelser om ansvarsfrihet, nöd och nödvärn, i 24 kap. BrB.

Att inte LPT (och LRV) gav explicit uttryck för vilka åtgärder som fick vidtas befanns emellertid av lagstiftaren utgöra en allvarlig brist. För att sålunda stärka den enskildes rättssäkerhet och för att säkerställa att tvångsbehandling och andra tvångsåtgärder används restriktivt infördes uttryckliga bestämmelser om vilka åtgärder som kan komma i fråga före intagningsbeslutet. Regleringen får *inte* uppfattas som att området för tvångsåtgärder utvidgats genom dess införande. Det betonas i motiven, att det endast var en fråga om att, i de *enstaka undantagsfall* som tvångsåtgärder innan beslut om intagning kan bli aktuellt, tillgodose rättssäkerhetskrav genom att ge både patienter och vårdpersonal riktlinjer.[41] Generellt gäller sålunda, att tvångsåtgärder och tvångsbehandling endast skall få vidtas *enstaka undantagsfall i akuta situationer* som uppstår innan behörig läkare fattat beslut om intagning.[42]

Lagstiftaren har betonat att sjukvårdshuvudmännen har ett vittgående ansvar för att organisera hälso- och sjukvården på ett sådant sätt och att ha sådana rutiner att intagningsbeslut kan fattas *snarast* efter det att patienten ankommit till sjukvårdsinrättningen. En lämpligt anpassad jourorganisation medför att ett eventuellt intagningsbeslut bör kunna fattas innan frågan om tvångsåtgärder skall behöva aktualiseras.[43] Därutöver kan tilläggas, att av LPT:s karaktär av kompletterande undantagsreglering följer också ett allmänt krav på *restriktivitet* när den tillämpas.[44]

Regleringen avseende vilka tvångsåtgärder som får vidtas torde vara *uttömmande* och åtgärder som inte har explicit lagstöd får inte förekomma.

41 Prop. 1999/2000:44 s. 59.
42 Prop. 1999/2000:44 s. 59.
43 Prop. 1999/2000:44 s. 59.
44 Prop. 1990/91:58 s. 236.

© Författaren och Studentlitteratur

För alla tvångsåtgärder gäller även att proportionalitetsbestämmelsen i 2 a § LPT måste beaktas. Skulle emellertid situationen vara så allvarlig att inte ens ett kvarhållningsbeslut hinner fattas måste vårdpersonalen falla tillbaka på bestämmelserna om nöd eller nödvärn i BrB.

Även den som är berövad sin frihet, eller står inför ett eventuellt beslut om frihetsberövande, omfattas av grundlagens och Europakonventionens skydd för grundläggande fri- och rättigheter. Varje intrång i en skyddad sfär måste ha ett rättsligt stöd. Eftersom en tvångsåtgärd ofta kan behöva tillgripas i en akut situation är det fundamentalt att hälso- och sjukvårdspersonalen på förhand har klart för sig vilka åtgärder som får vidtas och under vilka förutsättningar så får ske. I förevarande avsnitt behandlas, relativt summariskt, de särskilda tvångsåtgärder som kan komma i fråga *före* ett intagningsbeslut. Dessa åtgärder kan även komma i fråga *efter* ett intagningsbeslut men då med stöd av 18–24 §§ LPT.[45] Innebörden av bestämmelserna rörande särskilda tvångsåtgärder före respektive efter ett beslut om intagning divergerar emellertid i viss mån, varför det är av stor vikt att rättstillämparna är klara över var i beslutsprocessen patienten befinner sig för att rätt regelverk skall tillämpas.

10.5.2 KVARHÅLLNING (6 §)

Som framgått tidigare skall, enligt 6 b § första stycket LPT, frågan om intagning för tvångsvård avgöras skyndsamt efter undersökning av patienten och senast 24 timmar efter patientens ankomst till vårdinrättningen. Enligt 6 § första stycket första meningen får en patient, sedan vårdintyg utfärdats, hållas kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning avgjorts. Eftersom patienten i *detta* skede inte formellt är berövad sin frihet efter ett beslut om intagning talas här, till skillnad från vad som gäller enligt 18 § LPT, om att *hålla kvar* patienten i stället för att *hindra* honom eller henne från att lämna inrättningen. Ifrågavarande bestämmelse gäller också vid övergång från frivillig vård till tvångsvård, s.k. *konvertering* (11 § andra stycket LPT). 6 § ger uttryck för att patienten får hållas kvar *på vårdinrättningen.* Efter principen att det större innesluter det mindre torde kvarhållandet få avse även den *del av inrättningen* där patienten skall vistas (jfr 18 § LPT).

Av bestämmelsen framgår att patienten får hållas kvar efter *beslut av läkare.* Frågan är då om det krävs någon särskild kompetens hos beslutsfattaren för själva kvarhållningsbeslutet. Motiven ger ingen vägledning i anslutning till ifrågavarande bestämmelse.[46] Jämförs emellertid med

45 För en utförlig beskrivning av dessa tvångsåtgärder, se kapitel 16.

46 I 1991 års lag talades om "tjänstgörande läkare" men någon närmare förklaring till vad som därmed avsågs gavs inte (prop. 1990/91:58 s. 109 ff. och 247 ff.).

© Författaren och Studentlitteratur

andra bestämmelser i LPT kan noteras, att i 4 § andra stycket LPT, som avser undersökning för vårdintyg, talas om *legitimerad* läkare, vilket även är fallet för beslut om fastspänning enligt 6 a §. I motiven till denna *senare* bestämmelse anförs, att genom att ange att det är legitimerad läkare som kan fatta beslut om tvångsåtgärder enligt denna paragraf *undantas AT-läkare* från den rätten.[47] Av detta torde man alltså kunna dra slutsatsen att ett beslut om kvarhållning kan fattas också av *icke-legitimerad läkare*. Ett sådant beslut är av kortvarig natur och endast giltigt *tills intagningsprövning har skett*, dvs. inte längre än 24 timmar.[48] Finner chefsöverläkaren att förutsättningar för vård enligt LPT *inte* föreligger skall kvarhållandebeslutet *omedelbart* upphävas. Skall patienten hindras att lämna vårdinrättningen sedan beslut om intagning är fattat, genom inlåsning eller på annat sätt, fattas beslut därom i enlighet med 18 § LPT.

Syftet med kvarhållningsrätten anges inte i bestämmelsen. Av motiven kan dock utläsas att ändamålet är att säkerställa att intagningsläkaren skall ges rimlig möjlighet att i anslutning till undersökning av patienten göra en självständig bedömning av patientens psykiska tillstånd och behov av vård. Eventuellt behöver t.ex. kompletterande uppgifter inhämtas av den läkare som utfärdat vårdintyget. Det kan också krävas ytterligare utredning om patientens sociala situation, t.ex. via kontakter med anhöriga eller myndigheter.[49]

En *förutsättning* för ett beslut om kvarhållning är att det har *utfärdats ett vårdintyg* och att beslut fattas av läkare.[50] Bestämmelsens fakultativa utformning – patienten *får* hållas kvar – innebär dock att patienten *inte* med automatik skall kvarhållas. Ett kvarhållningsbeslut är ett *frihetsberövande* och det krävs ett *övervägande i varje enskilt fall* om ett formellt kvarhållningsbeslut behöver fattas eller inte. Det kan ju finnas patienter där detta inte är nödvändigt då patienten är i ett sådant tillstånd att det inte finns någon risk att han eller hon avviker eller att det inte kan förväntas att några ytterligare tvångsåtgärder kommer att bli nödvändiga innan intagningsbeslutet är fattat.

Eftersom ett beslut om kvarhållande kan behöva fattas under stark tidspress kan det, enligt motiven, inte krävas att ett sådant beslut före-

47 Prop. 1999/2000:44 s. 115.

48 Prop. 1990/91:58 s. 248.

49 Prop. 1990/91:58 s. 110, 248.

50 I studerat journalmaterial är journalföringen i vissa fall sådan att man kan hamna i tvivel om huruvida kvarhållningsbeslutet är fattat före eller efter vårdintygets utfärdande. Detta främst beroende på att anteckningarna "rättats" genom att siffror skrivits över, vilket gör anteckningarna oläsliga, vilket inte får ske. Se om rättelse av journalhandling 8 kap. 3 § PdL.

© Författaren och Studentlitteratur

gås av någon mer ingående prövning. Ett vårdintyg och en *förmodan* att patienten inte frivilligt stannar kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning har avgjorts bör i princip kunna utgöra tillräcklig grund för beslut.[51] Har patienten förts till vårdinrättningen med hjälp av polis och motsätter sig vård, kan det bli nödvändigt att polisen stannar kvar på inrättningen tills ett kvarhållningsbeslut har fattats.[52]

I den praktiska tillämpningen kan sägas att det i princip regelmässigt fattas beslut om kvarhållning. Det motiveras sällan särskilt varför ett kvarhållningsbeslut är fattat och vilka överväganden som gjorts i frågan. Möjligen kan man dra slutsatsen att beslutsfattaren förmodar att patienten inte frivilligt stannar kvar på vårdinrättningen eftersom det ofta anges i vårdintyg och journal att patienten motsätter sig eller vägrar vård. I något fall har dock kvarhållningsbeslutet motiverats så som följande fall kan ge exempel på:

> (4 B) Kvarhållningsbeslut fattades då patienten gjort två allvarliga suicidförsök av något bisarr natur. Har klara paranoida drag/vanföreställningar. Känner sig helt tom emotionellt. Schizofreni i begynnande?

Sådana motiveringar är emellertid snarare undantag än regel vilket är anmärkningsvärt eftersom ett beslut om kvarhållning är ett *frihetsberövande* och att det krävs ett övervägande i varje enskilt fall om åtgärden behövs eller inte. I sammanhanget skall även erinras om att beslut om frihetsberövande åtgärder är undantagna från sekretess, i enlighet med vad som stadgas i 25 kap. 10 § OSL.

Det skall vidare framhållas, att ett beslut *att* hålla kvar patienten skall, enligt 2 § p. 8 FPT, *jämte skälen* noteras i patientens journal. Eftersom kvarhållandet endast gäller tills intagningsbeslut har fattats är det lämpligt att även klockslag anges.

Ett beslut om kvarhållning *kan inte överklagas,* varken med laglighetsbesvär enligt KL eller förvaltningsbesvär (jfr 32, 33 §§ LPT).[53]

10.5.3 ANVÄNDNING AV TVÅNG (6 §)

Enligt 6 § första stycket andra meningen LPT får, om andra åtgärder inte är tillräckliga, det *tvång* användas som är nödvändigt för att *hindra* patienten att lämna den del av vårdinrättningen där patienten skall vistas, för att *upprätthålla ordningen* på inrättningen eller för att *tillgodose säkerheten* i vården. Bestämmelsen är i stort sett i överensstämmelse med

51 Prop. 1990/91:58 s. 248.
52 Prop. 1990/91:58 s. 248.
53 Prop. 1990/91:58 s. 275.

© Författaren och Studentlitteratur

vad som gäller sedan intagningsbeslut är fattat, vilket regleras i 18 § LPT, vartill sålunda hänvisas.[54]

Åtgärden skall, enligt 2 § p. 8 FPT, dokumenteras i patientens journal.

10.5.4 KROPPSVISITATION OCH YTLIG KROPPSBESIKTNING (6 §)

Av 6 § andra stycket LPT får en patient kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas.[55] Åtgärderna får vidtas i *syfte* att kontrollera att patienten inte innehar sådan *otillåten egendom* som anges i 21 § LPT,[56] exempelvis alkohol eller annan egendom som kan skada eller annars vara till men för vården eller ordningen vid sjukvårdsinrättningen.

En första *förutsättning* för att en kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning skall få vidtas är att det har fattats ett beslut om *kvarhållning* enligt första stycket samma bestämmelse. Vidare skall det, i det särskilda fallet, vara *nödvändigt* att genomföra en sådan tvångsåtgärd. Avsikten är *inte*, varken före eller efter beslut om intagning, att dessa tvångsåtgärder skall vidtas *rutinmässigt*, utan en bedömning måste alltid göras i det enskilda fallet om åtgärden är motiverad. Det måste sålunda, enligt lagens motiv, finnas *någon konkret anledning* som indikerar åtgärdens nödvändighet.[57] Som vid alla tvångsåtgärder måste också proportionalitetsregeln i 2 a § LPT beaktas.

I 6 § anges inte vem som är behörig att fatta beslut om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning. Eftersom det emellertid i bestämmelsen hänvisas till att föreskrifterna i 23 § LPT *skall tillämpas*, måste detta tolkas så att det är *chefsöverläkaren*, eller delegat,[58] som får fatta beslut.[59] Hänvisningen till 23 § LPT innebär också, att om möjligt skall ett *vittne* närvara vid undersökningen. Hur man skall förfara med missbruksmedel o.d. anges i 24 § LPT, vartill också hänvisas i 6 §.

Av 2 § p. 8 FPT följer, att uppgift om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, jämte *skälen* för åtgärden, skall dokumenteras i patientens journal. Därvid är det fundamentalt att korrekta uttryck anges. Det är *inte* tillräckligt att det endast anges att patienten "visiterats".[60]

54 Se avsnitt 16.7.

55 För den närmare innebörden av dessa begrepp, se avsnitt 16.14.2.

56 Till skillnad från vad som gäller enligt 23 § LPT får i detta skede inte eftersökas elektronisk kommunikationsutrustning. Se avsnitt 16.10.

57 Prop. 1990/91:58 s. 263 och prop. 2005/06:195 s. 35.

58 Jfr 39 och 40 §§ LPT.

59 I Adler m.fl., Psykiatrins Juridik 2008 s. 306 talas om att beslutet skall fattas av läkare, "således inget legitimationskrav." Enligt min mening är detta inte en korrekt tolkning.

60 Se avsnitt 16.14.

© Författaren och Studentlitteratur

Genomgången av journalhandlingar visar att kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning förekommer även *innan* ett *kvarhållningsbeslut* är fattat. Att det därvid skulle vara fråga om en akut nödsituation är det ingenting som tyder på.

> (7 D) 070206 noterar sjuksköterska under rubriken "VISITERING": "Handväska innehållande nycklar, mobiltelefon och plånbok ligger inlåst i skåp 19."

Enligt journalen ankom patienten till vårdinrättningen kl. 10.15 och ovanstående anteckning gjordes kl. 12. Kvarhållningsbeslutet fattades av överläkare kl. 12.15 samtidigt med att vårdintyget utfärdades. Det sagda tyder alltså på att "visiteringen" gjorts före ett formellt kvarhållningsbeslut vilket sålunda inte är tillåtet. Det framgår heller *inte vem* som fattat beslutet, inte om *vittne* närvarit och framför allt, inte *vilken åtgärd* som vidtagits. Det måste understrykas att det inte är tillräckligt att det i journalen endast skrivs "visitering", utan i dokumentationen måste korrekta uttryck användas. Detta inte minst mot bakgrund av att en ytlig kroppsbesiktning är långt mer integritetskränkande än en kroppsvisitation.[61] Det framgår inte heller om den egendom som anges i anteckningarna formellt omhändertagits enligt 21 § eller om det endast förvaras för patientens räkning efter patientens eget önskemål. Det må även anmärkas, att patienten inte får fråntas mobiltelefon eller dylik elektronisk kommunikationsutrustning med mindre att sådana förutsättningar föreligger som anges i 20 a §, vilket i sin tur förutsätter ett beslut om *intagning* för sluten psykiatrisk tvångsvård. Förfarandet är allvarligt från rättssäkerhetssynpunkt.

> (12 C) av journalanteckning 071114 av sjuksköterska framgår under rubriken "visitering" "ja" och namn på två personer som verkställt detta.

Också denna notering lider brist på vad som kan krävas då tvångsåtgärder vidtas. Det framgår varken *vilken åtgärd* som vidtagits eller *vem som* beslutat om densamma eller om *vittne* funnits närvarande. Noteras bör, att detta skett under pågående vård enligt HSL, vilket *inte* är tillåtet, såvida det inte föreligger en nödsituation. Det *kan* vara så i nyss beskrivna fall eftersom det tydligen fanns en suicidrisk, men då borde det också framgått av journalen eftersom "visitering" är en åtgärd som inte får vidtas utan lagstöd och enbart under särskilda förutsättningar. I fallet fattades beslut om konvertering samma dag, men även i sådana fall krävs ett kvarhållningsbeslut för att tvångsåtgärderna enligt 6 och 6 a §§ skall få vidtas.

61 Se kapitel 16.

© Författaren och Studentlitteratur

(12 B) Av journalanteckning framgår, sedan kvarhållningsbeslut fattats, att "Enl. ö.k. med ssk /.../ gör vi visiteringen tillsammans då patienten är oberäknelig."

Det finns inte något beslut om att kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning skall ske, i vart fall framgår det inte av journalen, och att detta beslutats av behörig beslutsfattare. Anteckningen är gjord av en annan sjuksköterska än den som synes ha bistått. Det framgår sålunda inte heller varför "visitering" gjorts eller om det varit ytlig kroppsbesiktning eller endast kroppsvisitation.

(6 B) 060626 noterar överläkare i samband med intagningsbeslutet att patienten "[n]ekar till att han kan läsa och skriva men bland hans tillhörigheter hittar man ett körkort med bl a namnteckning på".

Uppenbarligen har i vart fall en kroppsvisitation genomförts. Detta är emellertid inte *särskilt* noterat i journalen utan framgår endast på ovanstående sätt. Det är allvarligt från rättssäkerhetssynpunkt och strider dessutom mot skyldigheten att dokumentera sådana åtgärder.

Journalgenomgången ger sålunda vid handen att bestämmelsen i 6 § LPT inte tillämpas på ett korrekt sätt vilket är synnerligen anmärkningsvärt då det är fråga om ingrepp i grundlagsskyddade fri- och rättigheter.

Ett beslut om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning *kan inte överklagas* (32, 33 §§ LPT).

10.5.5 FÖRBUD MOT INNEHAV AV VISS EGENDOM (21, 24 §§)

Som närmare utvecklas i den följande framställningen[62] får en patient, för vilken *intagningsbeslut fattats*, inte inneha sådan egendom som räknas upp i 21 § LPT och sådan egendom får, om den påträffas, omhändertas. Hur hälso- och sjukvårdspersonalen vidare skall förfara med viss omhändertagen egendom stadgas i 24 § LPT. Uppgift om omhändertagen egendom skall dokumenteras i patientens journal (2 § p. 12 FPT).

De bestämmelser som reglerar särskilda tvångsåtgärder *före* ett beslut om *intagning* (6 och 6 a §§ LPT) innehåller emellertid inget explicit förbud mot innehav av egendom. Däremot får patienten enligt 6 §, som framgått ovan, kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas *för kontroll* att patienten *inte innehar sådan egendom som anges i 21* § samt att föreskrifterna i bl.a. 24 § därvid skall tillämpas. Hänvisningen till 24 § LPT innebär att chefsöverläkaren, eller delegat, får låta förstöra eller försälja missbruksmedel och narkotikaverktyg i enlighet med vad som framgår

62 Se avsnitt 16.11.

© Författaren och Studentlitteratur

av den bestämmelsen. Det bör därvid observeras, att ett sådant beslut kan *överklagas* i enlighet med 33 § p. 2 LPT.

Det sagda torde innebära att lagstiftarens avsikt är att förbudet att inneha sådan egendom som avses i 21 § LPT även skall gälla *före* ett beslut om intagning. Enligt min mening bör detta av rättssäkerhetsskäl uttryckligen framgå av 6 §. Med hänsyn till att en kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning enligt 6 § kräver att vårdintyg utfärdats och att ett kvarhållningsbeslut fattats bör detta gälla även för förbudsregeln.

Enligt min mening borde det dock, i likhet med vad som gäller enligt LVM och LVU, övervägas om det i LPT bör införas bestämmelser om förbud mot innehav av viss egendom för *alla* patienter som vårdas på psykiatrisk klinik, dvs. även patienter som vårdas med stöd av HSL.[63]

10.5.6 FASTSPÄNNING (6 A §)

En patient får, enligt 6 a § första stycket LPT, spännas fast med bälte eller liknande anordning. Av tredje stycket samma bestämmelse framgår uttryckligen att beslut om fastspänning skall fattas av *legitimerad läkare*. Genom att ange att det är legitimerad läkare som kan fatta beslut undantas AT-läkare från den rätten. Anledningen härtill är att det är fråga om en mycket integritetskränkande åtgärd som endast läkare med legitimation ansetts böra besluta om.[64]

En grundläggande förutsättning för fastspänning enligt 6 a § LPT är att det föreligger ett *beslut om kvarhållning*. Vidare ger bestämmelsen vid handen att en patient som hålls kvar får spännas fast med bälte eller liknande anordning i sådana fall som anges i 19 §. Hänvisningen till 19 § LPT innebär att *syftet* med åtgärden är detsamma som i fråga om fastspänning *efter* ett beslut om intagning, dvs. att förhindra allvarlig skada. Vidare skall det finnas en *omedelbar* fara för att en patient allvarligt skadar *sig själv* eller *någon annan*, sålunda risk för *fysisk* skada. Åberopandet av 19 § torde också innebära att *vårdpersonal skall vara närvarande* under den tid patienten hålls fastspänd. Det bör vidare noteras, att även i fall då fråga är om *konvertering*, gäller kraven för tvångsåtgärder i 6 a § också i en sådan situation (11 § LPT). Det betyder alltså att det normalt sett skall finnas ett kvarhållningsbeslut före en fastspänning.

Såvitt gäller *tiden* för fastspänning ger 6 a § uttryck för att patienten får spännas fast *kortvarigt*. Vad detta närmare innebär berörs inte i motiven. Man torde dock kunna utgå från att innebörden är densamma som enligt 19 § första stycket LPT – dvs. *någon eller högst några timmar*

63 Se om detta resonemang, 16.11 och 16.14.
64 Prop. 1999/2000:44 s. 115.

© Författaren och Studentlitteratur

– dvs. högst fyra timmar.[65] Det skall emellertid uppmärksammas att en fastspänning får, enligt 19 § andra stycket LPT, pågå längre tid än kortvarigt om det finns *synnerliga skäl*. Motsvarande uttryckliga regel finns *inte* då det gäller fastspänning *före* ett intagningsbeslut. Med hänsyn till att lagen skall tillämpas restriktivt och att lagstiftaren i motiven framhåller, att för att tvångsåtgärder skall få användas förutsätts i princip att ett beslut om intagning fattats, bör den i 19 § angivna undantagsregeln inte tillämpas då endast ett kvarhållningsbeslut föreligger. De lege ferenda bör dock regelverket klargöra vad som avses så att patienter inte riskerar att bli utsatta för tvångsåtgärder som saknar laga stöd.

Genomgånget journalmaterial[66] ger vid handen att beslut om fastspänning *efter* ett kvarhållningsbeslut, men *före* ett beslut om intagning i enlighet med 6 a §, inte förekommer i någon större omfattning, endast i två fall. I första fallet (3 D) hade patienten försökt strypa en medpatient och i det andra (3 E) hade patienten varit aggressiv mot kvinnlig personal. Det har emellertid även förekommit, i två fall, att det fattats beslut om fastspänning redan *innan* det förelåg något beslut om *kvarhållning*. I det ena fallet (8 E) var det fråga om en patient som angrep en anhörig i undersökningsrummet. Patienten var inte kontaktbar och lugnade sig inte trots medicinering. Av journalen framgår att beslutet fattats av läkare med stöd av nödvärnsreglerna.

I de fall det noterats hur lång tid fastspänningen pågått har det endast varit fråga om bältesläggning av kortvarig natur, dvs. under fyra timmar. Det finns emellertid även exempel på att tiden för fastspänning inte noterats, i vart fall inte i för undersökningen tillgängliga journalhandlingar, vilket är synnerligen allvarligt från rättssäkerhetssynpunkt.

Uppgift om fastspänning i enlighet med 6 a § LPT skall *jämte skälen* noteras i patientens journal (2 § p. 8 FPT). Ett beslut om fastspänning enligt 6 a § LPT *kan inte överklagas* (32–33 §§ LPT).

10.5.7 AVSKILJANDE (6 A §)

I enlighet med vad som framgår av 6 a § första stycket LPT får en patient *kortvarigt* hållas avskild från de andra patienterna. Av tredje stycket i samma bestämmelse framgår att beslutet skall fattas av *legitimerad läkare*. Precis som när det gäller fastspänning anses ett avskiljande vara en så integritetskränkande åtgärd att endast läkare med legitimation bör kunna besluta om detta. En AT-läkare är alltså undantagen från denna rätt.[67]

65 Se avsnitt 16.8.5.

66 Se metod och urval, avsnitt 1.3.

67 Prop. 1999/2000:44 s. 115.

© Författaren och Studentlitteratur

Ordalydelsen i 6 a § ger vid handen att avskiljning får ske *i sådana fall* som anges i 20 § LPT. Detta innebär att åtgärden får vidtas främst i *skyddssyfte* i fall då patienten genom ett aggressivt och störande beteende *allvarligt* försvårar vården för *de andra patienterna*. Det är således inte tillåtet med rutinmässig isolering och det får självfallet inte heller tillgripas i bestraffningssyfte.[68]

En *förutsättning* för ett avskiljande i enlighet med 6 a § LPT är att det fattats ett *beslut om kvarhållning* enligt 6 §. Hänvisningen till 20 § LPT medför också, att åtgärden får vidtas *endast om det är nödvändigt* på grund av patientens aggressiva eller störande beteende och åtgärden får vidtas *endast i rena undantagssituationer*.[69] I lagens motiv talas om akuta situationer och att det kan vara fråga om en patient som "uppträder mycket aggressivt" och som inte går att lugna genom samtal eller andra mindre ingripande åtgärder.[70] Åberopandet av 20 § måste även innebära att patienten, under den tid han eller hon hålls avskild, skall stå under *fortlöpande uppsikt* av vårdpersonal (20 § tredje stycket), dvs. stå under *noggrann övervakning*.[71] Skulle ett avskiljningsbeslut behöva fattas före kvarhållningsbeslutet, måste man pröva om nödreglerna i BrB kan tillämpas i stället. Dock är en avskiljning en undantagsåtgärd som först skall komma i fråga om inte andra åtgärder är tillräckliga, och man bör *alltid* noga pröva huruvida man med personalinsatser kan uppnå det syfte som en avskiljnings åtgärd avser.[72]

Lagens ordalydelse ger vid handen att en patient för vilken kvarhållningsbeslut fattats *kortvarigt* får hållas avskild. I bestämmelsen anges emellertid inte vad detta innebär och det diskuteras inte heller i lagens motiv. I motiven till 20 § LPT talas dock om att ett beslut om avskiljande bör gälla för en *begränsad tid*, lämpligen *högst åtta timmar*. Vidare sägs att det förekommer i *sällsynta fall* att en patient måste hållas avskild *annat än kortvarigt*, vilket motiverar särregeln vid *synnerliga skäl* i 20 § andra stycket LPT.[73] Huruvida särregeln också skall vara tillämplig vid ett avskiljande före ett intagningsbeslut är enligt min mening tveksamt. Det är emellertid en allvarlig brist att lagstiftningen inte explicit ger uttryck för hur lång tid tvångsåtgärder får pågå och det bör beaktas vid framtida översyn av lagstiftningen.

En uppgift om avskiljande i enlighet med 6 a § LPT skall, enligt 2 § p. 8 FPT, *jämte skälen* för åtgärden dokumenteras i patientens journal.

68 Prop. 1990/91:58 s. 261.
69 Prop. 1990/91:58 s. 261.
70 Prop. 1999/2000:44 s. 59 och 115.
71 Prop. 1990/91:58 s. 143.
72 Prop. 1990/91:58 s. 142, 261. Jfr även proportionalitetsregeln i 2 a § LPT.
73 Prop. 1990/91:58 s. 142.

© Författaren och Studentlitteratur

Avskiljande före beslut om intagning förekommer, såvitt framgår av de journalhandlingar som studerats[74], endast i ett (1) fall.

> (12 E) Av patientjournalen från akutmottagning framgår: "Sannolikt drogutlöst psykos. Kvarhållningsbeslut fattas och pat får inj Stesolid 20 mg i.m. Vårdintyg skrives och pat kvarstannar i isoleringsrummet i väntan på specialistbedömning inför ev intagningsbeslut."

Det framgår inte av de journalhandlingar som varit tillgängliga för ett studium vilken tid anteckningen är gjord och således inte heller när kvarhållningsbeslut fattades eller när vårdintyg utfärdades. Anteckningen ger emellertid intryck av att besluten kommit i omvänd ordning; först fattas kvarhållningsbeslut och därefter skrives vårdintyg. Av 6 § framgår dock, att ett kvarhållningsbeslut förutsätter ett vårdintyg och, enligt 6 a §, förutsätter ett avskiljande ett kvarhållningsbeslut.

Av journalanteckningen framgår inte heller varför patienten skall kvarstanna i isoleringsrummet eller vid vilken tid åtgärden inletts. Det går sålunda inte att utröna om avskiljandet i sig gjorts före eller efter kvarhållningsbeslutet och i vilken mån patienten stått under uppsikt av personal. Det går heller inte att utläsa av journalanteckningen vem som fattat beslut, vilket enligt 6 a § skall vara legitimerad läkare.

Den ovan refererade journalanteckningen kan enligt min uppfattning inte göra anspråk på att uppfylla stadgade dokumentationskrav. JO har också framhållit att av dokumentationsskyldigheten enligt förevarande stadgande i FPT får även anses följa att det skall antecknas *hur länge åtgärden har varat*. JO ansåg det också *lämpligt* att det av patientjournalen framgår *vem* som svarat för den fortlöpande uppsikten respektive tillsynen av patienten.[75] Skälen för åtgärden bör antecknas i den del av behandlingsjournalen som förs av läkare eftersom denne är beslutsfattare, och inte endast i omvårdnadsjournal.[76]

Ett beslut om avskiljande enligt 6 a § LPT *kan inte överklagas* (32, 33 §§ LPT).[77]

10.5.8 BEHANDLING (6 A §)

Av 6 a § andra stycket LPT framgår att en patient, under vissa förutsättningar, får ges *nödvändig behandling* även innan ett intagningsbeslut har fattats. Som framgått inledningsvis är även frågan om behandling *mot den enskildes vilja* en åtgärd som får vidtas i undantagsfall och i akuta

74 Se metod och urval avsnitt 1.3.

75 JO dnr 4488-2004.

76 JO dnr 4090-2001.

77 Se resonemang om möjligheten att överklaga beslut om avskiljande, avsnitt 16.9.

© Författaren och Studentlitteratur

situationer som uppstår innan chefsöverläkaren fattat beslut om intagning.[78] Eftersom ett beslut om tvångsbehandling är en starkt integritetskränkande åtgärd får beslut endast fattas av *legitimerad läkare* (6 a § tredje stycket LPT). En AT-läkare är därigenom undantagen denna befogenhet.

En förutsättning för behandling mot den enskildes vilja är att det finns ett formellt *kvarhållningsbeslut* i enlighet med 6 § LPT. Det skall vidare, i enlighet med ordalydelsen i 6 a §, föreligga en *överhängande fara* för *patientens* liv eller hälsa. Tvångsbehandling kan alltså *inte* användas i syfte att skydda någon annan, utan det är patientens eget liv eller hälsa som skall vara i fara, en fara som dessutom skall vara *överhängande.* I motiven talas om att det är viktigt att särskilt överväga vilken åtgärd som är *oundgängligen nödvändig* att vidta, då tvångsmedicinering sällan är akut indicerad.[79] Det kan enligt förarbetena vara fråga om att t.ex. ge lugnande medel till en mycket orolig patient eller insulin till en diabetessjuk patient.[80] Av Socialstyrelsens föreskrifter, 3 kap. 1 § SOSFS 2008:18, framgår, att innan ett beslut om intagning har fattats får en patient inte ges långtidsverkande depåläkemedel.

Tvångsbehandling före beslut om intagning förekommer inte, enligt vad som framgår av det journalmaterial som studerats, i någon större omfattning; enbart i färre än 10 % av fallen. Huruvida indikationerna kan sägas vara sådana att det förelegat en *överhängande* fara för patientens liv kan varken bekräftas eller ifrågasättas. Det framgår som regel inte explicit att så varit fallet, utan det kan framgå av omständigheterna t.ex. att patienten "vrålar i affekt och spänner sig" eller att det vid ankomsten till sjukhuset förelåg hög suicidrisk. I andra fall kan det vara mera tveksamt om tvångsbehandlingen syftat till att skydda patienten själv eller andra. Sannolikt har det varit fråga om en kombination, då det framgår att patienterna varit paranoida eller psykotiska, talat osammanhängande och även varit hotfulla, ibland även handgripligen. Frågan är om lagtextens formulering, som strikt avgränsar faresituationen till den enskilde patienten, är särskilt väl genomtänkt. Det torde vara en grannlaga uppgift att i en akut situation skilja på vad som kan anses vara en överhängande fara för patientens liv eller hälsa och vad som kan vara en lika överhängande risk för någon annan.

Vad gäller själva behandlingen har det som regel varit fråga om injektion av något läkemedel. Det är inte alltid det framgår av för studien tillgängliga journalanteckningar vilket läkemedel det varit fråga om, dock

78 Prop. 1999/2000:44 s. 59.
79 Prop. 1999/2000:44 s. 59.
80 Prop. 1999/2000:44 s. 114.

© Författaren och Studentlitteratur

synes det i vart fall inte har varit behandling med långtidsverkande depåläkemedel.

Utöver vad som följer av PdL skall journalen innehålla uppgift om tvångsbehandling som ges före intagningsbeslutet och *skälen* till åtgärden (2 § p. 8 FPT).

Ett beslut om tvångsbehandling *kan inte överklagas* (32, 33 §§ LPT).

10.6 Avslutande reflektioner

Den empiriska undersökningen av journalhandlingar har inte innefattat ett särskilt studium av vårdintygen och dess innehåll. Vad som emellertid framkommit är att chefsöverläkare, vid intagningsprövningen, i vissa fall talar om att vårdintygen *godkännes*. Vad som därvid avses är oklart. Det bör emellertid framhållas att vid intagningsprövningen skall chefsöverläkaren göra en självständig prövning av rekvisitens förhandenvaro, inte någon slags överprövning av vad vårdintygsutfärdande läkare kommit fram till. Ett godkännande av vårdintygen förefaller snarare vara en mera formell kontroll, vilket inte är syftet. Också den iakttagelsen har gjorts, att det synes finnas en uppfattning om att patienter som vårdas med tvång är "intagna på vårdintyg", även efter det att chefsöverläkaren beslutat om intagning. Enligt min mening är det emellertid inte en korrekt tolkning, då vårdintygets funktion upphör genom chefsöverläkarens beslut om intagning. Sedan väl intagningsbeslutet är fattat är det *detta* som utgör grunden för tvångsvården tills det krävs en rättslig prövning för fortsatt tvångsvård.

Vidare medför en vaghet i lagstiftningen att tidsfristen inom vilken ett intagningsbeslut skall fattas kan uppfattas, och faktiskt uppfattas, olika i den praktiska tillämpningen. I lagen talas om att frågan om intagning skall avgöras skyndsamt efter undersökning och senast 24 timmar efter patientens *ankomst till vårdinrättningen*. Lagstiftaren torde därvid har utgått från att det gängse förfaringssättet är att vårdintyget utfärdas utanför vårdinrättningen och att tidsfristen därefter beräknas från tidpunkten när vårdintyget och patienten kommer till vårdinrättningen för eventuellt beslut om intagning. Ofta utfärdas emellertid vårdintyget på samma vårdinrättning som intagningsfrågan skall komma att prövas. Därvid uppstår frågan om tidsfristen skall räknas från den faktiska ankomsttiden eller från en senare tidpunkt, t.ex. från vårdintygets utfärdande, så som vid konvertering. Enligt min mening är det den senare tolkningen som skall gälla. Det bör dock klargöras i kommande lagöversyn. Det skall också påpekas att vissa vårdinrättningar inte anger ankomsttiden i journalen, vilket skall göras i enlighet med FPT.

© Författaren och Studentlitteratur

Såvitt gäller de särskilda tvångsåtgärderna kan konstateras att beslut om *kvarhållning* fattas i princip regelmässigt. Trots att åtgärden, jämte skälen, skall noteras i patientens journal är det ytterst sällan som skälen till kvarhållandet framgår. Eftersom det inte är fråga om en rutinåtgärd utan de facto ett frihetsberövande där det krävs ett särskilt övervägande om åtgärdens nödvändighet i varje enskilt fall är det anmärkningsvärt att orsaken inte anges i journalanteckningarna.

Vad avser *kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning* genomförs sådana även *innan* kvarhållningsbeslut är fattat, vilket sålunda inte är tillåtet. Liksom vad gäller dylika åtgärder i enlighet med 23 § LPT, anges inte heller *vilken* av åtgärderna som vidtagits, skälen därtill eller vem som fattat beslut därom. Förfarandet är mycket anmärkningsvärt från rättssäkerhetssynpunkt och tyder på en bristande respekt eller förståelse för att de särskilda tvångsåtgärderna utgör ingrepp i grundlagsstadgade fri- och rättigheter. Det finns ingenting i studerade journalhandlingar som tyder på att förevarande tvångsåtgärder skulle ha vidtagits i en akut nödsituation där inte ens ett kvarhållningsbeslut kunnat avvaktas.

När det gäller förbud mot *innehav av viss egendom* ger 6 § LPT inte uttryckligen stöd för att ett sådant bör gälla även före intagningsbeslut. Dock synes lagens konstruktion i övrigt innebära att lagstiftarens avsikt är att förbudet även skall kunna gälla före intagning. Detta bör dock av rättssäkerhetsskäl uttryckligen framgå av lagen.

Fastspänning kan förekomma även före ett beslut om intagning, och i 6 a § hänvisas till att det kan ske i sådana fall som avses i 19 § LPT. Det är emellertid oklart hur lång tid fastspänningen får pågå. I 6 a § talas det om kortvarigt, men i 19 § LPT finns även en undantagsregel vid synnerliga skäl. Motsvarande synpunkter gör sig gällande beträffande *avskiljning* i 6 a § och hänvisningen till 20 § LPT. Också i denna senare bestämmelse finns en särregel som kan tillämpas vid synnerliga skäl och det är oklart om dess tillämplighet före intagningsbeslut. Av rättssäkerhetsskäl är det fundamentalt att det i lagstiftningen explicit anges hur lång tid tvångsåtgärder får pågå. Bristen bör avhjälpas vid framtida översyn av lagstiftningen.

Vad avslutningsvis gäller *behandlingen* före ett beslut om intagning, krävs bl.a. att det finns en överhängande fara för *patientens* liv eller hälsa för att behandling skall få ges. En fråga som de lege ferenda bör övervägas, är om den strikt avgränsade faresituationen till patienten själv är ändamålsenlig. Detta mot bakgrund av att det torde vara svårt att i en akut situation skilja på vad som är en överhängande fara för patientens liv eller hälsa och vad som kan vara en lika överhängande risk för någon annan.

© Författaren och Studentlitteratur

11 Vårdtider, tidsfrister och ansökan om fortsatt tvångsvård[1]

11.1 Inledning

I LPT:s föregångare var vårdtiderna från början obestämda. Först under 1980-talet ändrades lagstiftningen så att behovet av fortsatt tvångsvård skulle anmälas till en utskrivningsnämnd med vissa intervaller. Detta visade sig ha effekt på vårdtiderna och denna tanke fanns med i regleringen av vårdtiderna i LPT. En fastare reglering av vårdtiderna borde, enligt lagstiftarens mening, kunna tjäna som ett viktigt stöd för att tvångsvården generellt inriktas mot korta vårdtider. *Maximitider* för vårdtiderna borde sålunda utgöra ett grundelement i ett system för rättslig kontroll av psykiatrisk tvångsvård.[2]

Eftersom vårdtider, beräkning av tidsfrister och formell ansökan till förvaltningsrätten om fortsatt vård är frågor som hör nära samman behandlas detta i följande avsnitt, utom vad avser domstolens handläggning av dylika mål.[3]

11.2 Vårdtid efter beslut av chefsöverläkaren 7 § LPT

Som framgått tidigare måste alltid tvångsvården inledas som *sluten* psykiatrisk tvångsvård (2 § första stycket LPT). När chefsöverläkaren sålunda tar ställning till huruvida ett beslut om intagning skall fattas eller inte, är det alltid med utgångspunkt i förutsättningarna för sådan tvångsvård.

Efter chefsöverläkarens beslut om intagning är emellertid vårdtiden begränsad till högst *fyra veckor.* Finner chefsöverläkaren[4], eller specialistkompetent delegat (39 § LPT) [5] att patienten bör ges tvångsvård därutöver, räknat *från* dagen för beslutet om *intagning,* skall chefsöverläkaren *före* utgången av fyraveckorstiden ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård (7 § första stycket LPT). *Att* ansökan gjorts skall

1 Ansökan omfortsatt vård efter konvertering behandlas i avsnitt 12.7.

2 Prop. 1990/91:58 s. 73.

3 Se till detta kapitel 7.

4 Vid den sjukvårdsinrättning där patienten är inskriven (jfr 1 § 4 st. LPT).

5 Se även 40 § LPT om undantag från kravet i 39 § på specialistkompetens samt Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2008:18.

© Författaren och Studentlitteratur

dokumenteras i patientens journal, vilket även gäller *rättens beslut* med anledning av ansökan (2 § p. 5 FPT).

En obligatorisk domstolsprövning skall sålunda ske innan ett frihetsberövande får fortsätta *utöver* den inledande vårdperioden om fyra veckor. Denna tid utgör en *maximitid*. Det finns alltså ingenting som hindrar att chefsöverläkaren ansöker om medgivande till tvångsvård redan i *början* av denna tidsperiod. Det kan enligt motiven vara lämpligt i vissa situationer, t.ex. om patienten vid tidpunkten för intagningen för tvångsvård nyligen getts sådan vård.[6]

Ordalydelsen i 7 § ger vidare vid handen att ansökan till förvaltningsrätten skall ha inkommit till rätten *före utgången* av fyraveckorstiden, dvs. *inom* denna tid.[7] Görs inte detta *upphör* tvångsvården (28 § LPT) och patienten får inte längre hållas kvar på vårdinrättningen mot sin vilja. Därvid är det självklart av yttersta vikt att såväl patienten som hälso- och sjukvårdspersonalen får klart för sig att tvångsvården upphört, särskilt eftersom några tvångsåtgärder då inte längre får komma i fråga.

Vad avser *beräkning av tidsfristen* gäller, enligt 7 §, att den skall ta sin utgångspunkt i dagen *för beslut om intagning*. Begynnelsepunkten för fristernas beräkning är alltså den dag då patienten började vårdas enligt LPT.[8] Därvid gäller, enligt lag (1930:173) om beräkning av lagstadgad tid 1 och 2 §§, att

> [d]å enligt lag eller särskild författning tid skall räknas efter *vecka, månad eller år*, varde den dag för *slutdag* ansedd, som genom sitt *namn i veckan* eller sitt *tal i månaden* motsvarar den, från vilken tidräkningen börjas. Finnes ej motsvarande dag i slutmånaden, varde den månadens sista dag ansedd för slutdag (1 §).
>
> Infaller den tid, då enligt lag eller särskild författning en åtgärd senast skall vidtas, på en *söndag*, annan allmän helgdag, lördag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton, får åtgärden vidtas nästa vardag (2 §) [kurs. i 1 och 2 §§ av förf.].

Om sålunda chefsöverläkaren beslutar om intagning enligt LPT måndagen den 21 maj skall ansökan om fortsatt vård göras *före* måndagen den 18 juni då fyraveckorsperioden går ut.

> I ett beslut från JO (dnr 4213-2007) fann JO vid inspektion, att man vid en klinik inte ansökt om fortsatt vård inom föreskriven tid. Ansökan skulle ha gjorts före den 18 juni. Först den 25 juni antecknade emellertid läkare i

6 Prop. 1990/91:58 s. 249.

7 Prop. 1990/91:58 s. 249.

8 Jfr JO dnr 482-2007 rörande 16 a § LRV.

© Författaren och Studentlitteratur

> patientens journal att tvångsvården övergick från LPT till HSL den 18 juni p.g.a. att förlängning "ej blev av", samt att patienten informeras om detta. Vidare noterades i journalen, att "[s]kulle pat vilja gå hem eller utåtagerande beteende återkomma bör konvertering starkt övervägas".

Exemplet är allvarligt från rättssäkerhetssynpunkt. För det första synes patienten olagligen vara berövad sin frihet i åtta dagar. Dessutom vet varken patienten eller hälso- och sjukvårdspersonalen förrän den 25 juni att tvångsvården upphört. Det är synnerligen anmärkningsvärt eftersom tvångsåtgärder kan ha vidtagits utan laga stöd. Det visade sig också från det angivna JO-beslutet att patienten tvångsmedicinerades vid två tillfällen den 23 juni, då hon egentligen vårdades med stöd av HSL och att hon även, den 5 juli, "tvångsmedicinerades med milt tvång", vilket sålunda inte heller är tillåtet vid vård enligt HSL.[9]

Med anledning av vad som framkommit vid inspektionen i ovan anförda fall öppnade JO ett särskilt ärende (dnr 3354-2008). I bedömningen hänvisade JO bl.a. till skyddet i RF och EKMR mot påtvingat kroppsligt ingrepp och mot frihetsberövande och konstaterade, att tvångsmedicinering räknas till sådana kroppsliga ingrepp som medborgarna skyddas mot genom RF. För att sådana åtgärder, liksom ett frihetsberövande, skall få vidtas krävs lagstöd. JO fann vidare:

> Det är självfallet oacceptabelt att sjukhuset har brustit beträffande bevakningen av tidsfristen. Som framgår av den rättsliga regleringen upphör vård enligt LPT automatiskt när en ansökan om fortsatt tvångsvård inte kommer in till länsrätten innan tiden för gällande beslut om tvångsvård har löpt ut. Tvångsvården av /.../ upphörde alltså i och med att någon ansökan om medgivande till fortsatt tvångsvård inte hade gjorts den 18 juni 2007. /.../ Från den 18 juni till den 5 juli 2007 var /.../ således rättsligt sett intagen för frivillig psykiatrisk vård, vilket innebär att det under den perioden inte har funnits lagstöd för att vidta någon form av tvångsåtgärd mot henne. Trots detta har hon den 23 juni 2007 tvångsmedicinerats vid två tillfällen. Vidare har hon den 5 juli 2007 – innan konverteringsförfarandet inletts – medicinerats med "milt tvång". Det kan här noteras att den tvångsmedicinering som ägde rum den 23 juni 2007 skedde utifrån den felaktiga utgångspunkten att /.../ då fortfarande vårdades med stöd av LPT, medan det när /.../ den 5 juli 2007 medicinerades med "milt tvång" stod klart att tvångsvården hade upphört och att hon var intagen för frivillig psykiatrisk vård.

9 I det aktuella JO-beslutet pågick en avvikelsehantering vid den aktuella kliniken, varför JO inte fann skäl att vidta någon åtgärd utan i stället avvaktade en redogörelse beträffande det inträffade och besked om eventuella vidtagna åtgärder.

© Författaren och Studentlitteratur

> Det är givetvis under alla förhållanden helt oacceptabelt att tvångsåtgärder vidtas mot en patient utan att det föreligger legala förutsättningar för det. Samtliga tillfällen av tvångsmedicinering av /.../ under tiden då hon vårdades enligt HSL har inneburit en kränkning av hennes grundläggande fri- och rättigheter enligt regeringsformen och Europakonventionen.

JO övervägde att närmare utreda om straffrättsligt eller disciplinärt ansvar borde utkrävas av någon enskild befattningshavare, men beslutade efter en helhetsbedömning att inte gå vidare i saken. JO riktade dock mycket allvarlig kritik för att tidsfristen försuttits och för att patienten tvångsmedicinerats utan lagstöd vid flera tillfällen.[10] Det är sålunda ytterst viktigt att vårdinrättningarna har en noggrann bevakning av tidsfrister för ansökan till förvaltningsrätten så att den enskilde inte blir utsatt för frihetsberövande eller andra tvångsåtgärder utan lagstöd.

Som framgått tidigare skall alltid tvångsvården inledas som *sluten* psykiatrisk tvångsvård. Det har också konstaterats att det inte finns någon närmare tidsgräns angiven när vården kan övergå till den öppna vårdformen.[11] Det ankommer sålunda på chefsöverläkaren att bedöma när och om så kan ske och därvid, även inom fyraveckorsperioden, göra en ansökan hos förvaltningsrätten om detta (7 § första stycket andra meningen LPT). Samma gäller om tvångsvården bör övergå från öppen till sluten psykiatrisk tvångsvård. Det sagda innebär alltså att chefsöverläkaren skall ansöka om fortsatt vård såväl för en patient som ges sluten psykiatrisk tvångsvård, men som bör ges öppen sådan vård, som för en patient som ges öppen psykiatrisk tvångsvård, men som bör ges sluten tvångsvård i stället.[12] Därvid behöver man inte avvakta tills att maximitiden gått till ända.

I ansökan till förvaltningsrätten skall alltid anges om vården avser sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård (7 § andra stycket LPT). Avser ansökan *sluten* vård skall anges vilka omständigheter som utgör *grund för tvångsvården* och vilka överväganden som har gjorts i fråga om *vård i annan form* för patienten. Det skall också, till ansökan, fogas en redogörelse för det *stöd och den behandling* som planeras för patienten under och efter vistelsen på vårdenheten. I motiven framhålls, att en fyllig redovisning är av vikt för att rätten skall få ett fullgott beslutsunderlag vid sin prövning, vilket inte minst är viktigt för att rätten skall kunna ta ställning till huruvida det finns någon *annan* form av stöd och behandling som kan

10 Se även JO dnr 2172-2006 och 3870-2004.

11 Prop. 2007/08:70 s. 145. Se även avsnitt 9.6.

12 Prop. 2007/08:70 s. 146.

© Författaren och Studentlitteratur

vara tillräcklig och som patienten kan acceptera.[13] Vad gäller redogörelsen för stöd och behandling är lagstiftarens tanke att *ju längre tid* en patient ges tvångsvård, *desto större krav* kan i regel ställas på den utredning som skall ligga till grund för förvaltningsrättens prövning. Detta kan t.ex. ske genom att den *vårdplan* som alltid skall upprättas enligt 16 § LPT, och som fortlöpande skall revideras, bifogas ansökan.[14]

Avser ansökan *öppen* psykiatrisk tvångsvård skall anges vilka omständigheter som utgör *grund för tvångsvården* och vilka *särskilda villkor* som rätten bör föreskriva (7 § fjärde stycket och 26 § LPT). Till ansökan skall även fogas en sådan *samordnad vårdplan* som anges i 7 a § LPT. Det bör därvid framhållas att *denna* vårdplan är av en helt annan karaktär och görs i ett helt annat syfte än den vårdplan som upprättas enligt 16 §. Den *samordnade* vårdplanen upprättas av chefsöverläkaren i samarbete mellan de enheter vid kommunen eller landstinget som avses svara för de öppna insatserna. Självfallet förutsätts även att samråd sker med patienten eftersom det är av avgörande betydelse att denne är delaktig och tillförsäkras inflytande i största möjliga utsträckning.[15] För att berörd enhet vid landsting eller kommun eller annan huvudman skall få kännedom om förvaltningsrättens beslut om fortsatt tvångsvård åligger det chefsöverläkaren att underrätta berörd enhet (7 a § tredje stycket LPT). Den samordnade vårdplanen är av stor betydelse för rättens beslut om öppen psykiatrisk tvångsvård. Det ankommer på rätten att, utifrån sitt utredningsansvar enligt 8 § FPL, se till att ett mål blir så utrett som dess beskaffenhet kräver. Innehåller en ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård ingen samordnad vårdplan får rätten förelägga chefsöverläkaren att komplettera sin ansökan. I annat fall får ansökan avvisas.[16]

Den *rättsliga kontrollen* går ut på att pröva *om förutsättningarna* för tvångsvård i 3 § LPT föreligger.[17] Anses så vara fallet skall medgivande ges till fortsatt vård. I prövningen skall däremot, enligt lagens motiv, med hänsyn till den reglerade korta vårdtiden *inte* ingå att ta ställning till någon slutlig tidpunkt för vården, en *längsta vårdtid*. Chefsöverläkaren har ju skyldighet att under hela fyramånadersperioden *fortlöpande överväga* om förutsättningarna alltjämt föreligger.[18] Även efter förvaltningsrättens medgivande åligger det sålunda chefsöverläkaren att, enligt 27 § LPT, fortlöpande överväga frågan om tvångsvårdens upphörande och *genast*

13 Prop. 1990/91:58 s. 249.
14 Prop. 1990/91:58 s. 250.
15 Prop. 2007/08:70 s. 148.
16 Prop. 2007/08:70 s. 146.
17 Prop. 1990/91:58 s. 117.
18 Prop. 1990/91:58 s. 117 och 250.

© Författaren och Studentlitteratur

besluta om utskrivning *så snart* det brister i någon förutsättning.[19] Sådant övervägande skall göras även under tiden frågan om fortsatt tvångsvård är föremål för domstolsprövning.[20]

Det skall även framhållas, att patienten när som helst hos chefsöverläkaren kan begära att tvångsvården skall upphöra. Därvid är det fullt tillräckligt med en muntligt framförd begäran. *Avslås* patientens begäran skall däremot chefsöverläkaren delge patienten ett motiverat beslut och dessutom underrätta patienten om hur det kan överklagas (21 § FL).

Sedan en ansökan om medgivande till fortsatt tvångsvård, öppen eller sluten, kommit in till förvaltningsrätten får tvångsvården fortsätta i avvaktan på rättens beslut, *i den form som föreskrivs i det senaste beslutet* om tvångsvård (10 § LPT). Det innebär sålunda, att om chefsöverläkaren lämnar in en ansökan om medgivande till fortsatt tvångsvård avseende en patient som ges *sluten* psykiatrisk tvångsvård får den slutna vården fortsätta oavsett vilken vårdform ansökan avser. Det innebär även att patienten får hållas kvar på vårdinrättningen tills rätten fattat beslut. Omvänt gäller, att om en patient genomgår *öppen* psykiatrisk tvångsvård, fortsätter denna vårdform i avvaktan på förvaltningsrättens beslut, oberoende av vilken vårdform ansökan avser.[21]

Avslår förvaltningsrätten en ansökan om medgivande till fortsatt tvångsvård skall vården *upphöra omedelbart* (10 § LPT). Chefsöverläkaren har *inte* möjlighet att överklaga ett sådant beslut (33 § andra stycket LPT). En fråga som emellertid inställer sig är hur snart en intagning för tvångsvård *ånyo* kan komma i fråga efter att förvaltningsrätten avslagit en ansökan. Motiven ger därvid vid handen att, bl.a. mot bakgrund av att chefsöverläkaren inte har rätt att överklaga ett avslag på en ansökan, det inte har ansetts lämpligt att reglera denna fråga. Enligt lagstiftaren ligger det emellertid i sakens natur att det för ett *nytt intagningsbeslut* i ett sådant fall, måste krävas att *nya omständigheter* har tillkommit sedan domstolens avgörande.[22]

Bifalles ansökan, i form av sluten eller öppen tvångsvård, får denna pågå under *högst fyra månader* räknat *från beslutet om intagning* (8 § LPT). Rättens beslut gäller omedelbart om inte annat förordnas (45 § LPT).

19 Prop. 1990/91:58 s. 268.

20 Prop. 1990/91:58 s. 268.

21 Se dock 26 a § LPT avseende chefsöverläkarens beslut om återintagning för sluten vård av en patient som ges öppen psykiatrisk tvångsvård.

22 Prop. 1990/91:58 s. 250.

© Författaren och Studentlitteratur

11.3 Förlängning av vårdtiden efter beslut av domstol 9 § LPT

Det har från lagstiftarens sida inte ansetts realistiskt att tro att, även om strävan skall vara att avkorta vårdtiderna, längre vårdtider inte helt kan undvikas. I ett *mindre antal fall* kan det finnas behov av förlängning av tvångsvården utöver vad som *normalt* skall vara *längsta vårdtid*, nämligen fyra månader.[23] Mot denna bakgrund har det i 9 § LPT införts en bestämmelse enligt vilken, på ansökan av chefsöverläkaren eller specialistkompetent delegat,[24]rätten får medge att tvångsvården fortsätter i form av öppen eller sluten psykiatrisk tvångsvård *utöver den längsta tiden* enligt 8 §. Medgivande får därvid lämnas för *högst sex månader åt gången*, räknat från den dag då förvaltningsrätten *meddelar beslut* i frågan, dvs. den dag då sexmånadersfristen börjar löpa.[25] Har en ansökan enligt 9 § kommit in till förvaltningsrätten, får tvångsvården fortsätta i avvaktan på rättens beslut, i den form som föreskrivs i det senaste beslutet om tvångsvård (10 § LPT).

En ansökan om förlängning skall ha kommit in till förvaltningsrätten *innan* tiden för gällande beslut om tvångsvård har *löpt ut* (9 § andra stycket LPT). Liksom vid ansökan om medgivande till fortsatt vård enligt 7 § LPT gäller, att det i ansökan skall anges om vården avser *sluten eller öppen* vård, vilka omständigheter som utgör *grund för tvångsvården*, vilka överväganden som gjort i fråga om *vård i annan form* – om ansökan avser sluten vård – eller vilka *villkor* som rätten bör föreskriva om ansökan avser öppen vård (9 § andra stycket och 7 § andra – fjärde stycket LPT).[26]

Avser ansökan *öppen* vård skall det också fogas en *uppföljning* av den samordnade vårdplanen (9 § tredje stycket och 7 a § LPT). I motiven har framhållits att det, vid öppen psykiatrisk tvångsvård är *särskilt viktigt* att det sker en väl fungerande uppföljning från sjukvårdsinrättningens sida. Chefsöverläkaren har ansvar för att även den vården organiseras och följs upp på ett sådant sätt att kraven på en god vård och en hög patientsäkerhet tillgodoses. En förutsättning för detta är att chefsöverläkaren har den kontakt med berörda instanser inom den öppna hälso- och sjukvården och med socialtjänsten som behövs för att frågan om vårdinsatserna, och upphörande av tvångsvården, kan prövas fortlöpande (jfr 27 § LPT). För att garantera att en sådan uppföljning sker skall chefsöverläkaren,

23 Prop. 1990/91:58 s. 118.

24 Jfr 39 och 40 §§ LPT samt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2008:18.

25 Prop. 2007/08:70 s. 148.

26 Se avsnitt 11.2 och 11. 3 rörande ansökans innehåll och beräkning av tidsfrister.

© Författaren och Studentlitteratur

vid ansökan om förlängning, lämna in en *särskild redogörelse* för vilken uppföljning som har gjorts av den tidigare vårdplanen. Uppföljningen bör innehålla vilka insatser som har genomförts för att tillgodose patientens behov och vilken verkan insatserna har haft, samt om det finns behov av förändringar.[27]

Rättens prövning skall också vid fråga om förlängning enligt 9 § LPT avse huruvida *förutsättningarna* för tvångsvård alltjämt består. Till skillnad från vad som anförts i fråga om ansökan om fortsatt vård enligt 7 och 8 §§ LPT skall emellertid förvaltningsrätten i förevarande fall *även ta ställning till hur lång tid* vården längst får pågå. Det sagda skall ses mot bakgrund av att Socialberedningen bl.a. föreslagit att förlängningsfallen skulle underkastas en särskild central granskning med psykiatrisk och social expertis. Särskilda förlängningsregler har dock inte befunnits nödvändiga.[28] Det framhölls dock i lagens motiv, att det bör ställas krav på en *kvalificerad bedömning* av patientens situation inför en eventuell förlängning av tvångsvårdstiden. Detta ansågs dock kunna komma till stånd inom ramen för en domstolshandläggning där det finns möjlighet att höra sakkunnig, vilket numera är huvudregel, och även möjlighet att inhämta yttrande från t.ex. Socialstyrelsen.[29]

I motiven understryks att sexmånaderstiden är en *maximitid* och att risken för hospitalisering särskilt måste beaktas i förlängningsfallen. När förlängning medges får maximitiden *inte tillämpas slentrianmässigt*. Den är avsedd att utnyttjas *endast* i sådana mindre vanliga fall där tvångsvården redan har pågått under en lång tid och en förbättring av patientens psykiska tillstånd ter sig avlägsen.[30] Ofta torde det komma att finnas underlag, sägs vidare, för att låta ett medgivande avse en *kortare tid än maximitiden*. Det framhålls också, att det självfallet är en angelägen uppgift för prövningsinstansen att se till att *utredningen tillfredsställande belyser varaktigheten* av vårdbehovet från bl.a. medicinska och sociala utgångspunkter.[31] Det är emellertid ingenting som hindrar att förlängning medges *mer än en gång*. Dock förutsätts detta kunna ske endast i vissa *undantagsfall*.[32] RegR har också, i RÅ 1998 ref. 51, framhållit att *restriktivitet* iakttas i fråga om förlängning av tvångsvård – i det sammanhanget i samband med långvarig permission – och att är det fråga

27 Prop. 2007/08:70 s. 149. Om chefsöverläkarens ansvar i förhållande till den öppna verksamheten, se prop. 2007/08:70 s. 125.

28 Prop. 1990/91:58 s. 118.

29 Prop. 1990/91:58 s. 118.

30 Prop. 1990/91:58 s. 251.

31 Prop. 1990/91:58 s. 119.

32 Prop. 1990/91:58 s. 251.

© Författaren och Studentlitteratur

om *återkommande* förlängningar av tvångsvård bör det vara påkallat med *särskilt stor återhållsamhet* vid prövningen av en ansökan om fortsatt tvångsvård.[33]

11.4 Återintagning från öppen till sluten psykiatrisk tvångsvård

Vid *öppen* psykiatrisk tvångsvård måste en väl fungerande uppföljning ske från sjukvårdsinrättningens sida. Som framgått ovan har chefsöverläkaren ansvaret för att eftervården organiseras och följs upp på ett sådant sätt att kraven på god säkerhet och hög patientsäkerhet tillgodoses och att frågan om vårdinsatserna och vårdens upphörande (jfr 27 § LPT), kan prövas fortlöpande.[34] Att chefsöverläkaren löpande håller sig informerad om patientens situation är också en förutsättning för att chefsöverläkaren skall kunna veta om en patient åter behöver vårdas på sjukvårdsinrättningen. En lämplig ordning, sägs i lagens motiv, kan vara att det anges i den samordnade vårdplanen (jfr 7 a § LPT), hur informationsutbytet skall ske mellan landstinget och kommunen. Genom kontakter med patienten, närstående, psykiatrisk öppenvård och socialtjänsten kan chefsöverläkaren skaffa sig en kontinuerlig bild av patientens sjukdomsförlopp och livssituation. Samtidigt har såväl kommunen som den öppna psykiatriska vården ett ansvar för att själva *rapportera* till chefsöverläkaren om patienten t.ex. inte iakttar uppställda villkor (jfr 26 a § och 43 § LPT).[35]

Beträffande frågan om i *vilka situationer* återintagning kan ske anförs i lagens förarbeten, att om patienten inte rättar sig efter de villkor som gäller ligger det nära till hands att anse att vården inte längre kan ges utanför sjukvårdsinrättningen. Ett sådant exempel kan vara att patienten inte tar sin medicin enligt uppställda villkor eller inte deltar i planerad missbruksbehandling. Det är emellertid *inte* så att patienten *alltid* måste återintas i dessa fall. Huruvida en återintagning behöver ske måste *bedömas från fall till fall* och är beroende av *vilka villkor* som föreskrivits och *patientens sjukdomsbild*. Utifrån omständigheterna i varje enskilt fall bör det alltid övervägas huruvida villkoren är ändamålsenliga. I motiven betonas dock, att återintagning *inte* får ske enbart som en sanktion för att ett villkor inte har iakttagits. Underlåtenheten att följa föreskrivna villkor måste också innebära *risker för patientens psykiska tillstånd*. Återintagning skall t.ex. inte kunna ske bara därför att patienten kommer på återbesök en dag för sent, men väl om patienten över huvud taget vägrar att infinna sig för

33 Målet närmare återgivet i avsnitt 15.4.1.

34 Prop. 2007/08:70 s. 114.

35 Prop. 2007/08:70 s. 116.

© Författaren och Studentlitteratur

behandling och chefsöverläkaren anser att detta kan få negativa konsekvenser för patientens hälsa eller för dennes sätt att agera i förhållande till andra människor. När det gäller beslut om *sluten* psykiatrisk tvångsvård skall chefsöverläkaren bl.a. göra bedömningen att patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. För att en patient som t.ex. inte tar sin medicin i öppenvården skall anses ha ett sådant oundgängligt behov av vård på sjukvårdsinrättning bör det alltså, enligt motiven, kunna konstateras dels att medicineringen är oundgänglig för att tillgodose patientens behov av psykiatrisk vård, dels att medicineringen inte kan ske någon annanstans än på sjukvårdsinrättningen.[36]

Om en patient inte kommer på återbesök på sjukvårdsinrättningen i enlighet med de villkor som gäller, är det självklart, sägs vidare, att sjukvården tar kontakt med patienten. Om patienten inte går att nå eller om det visar sig att patientens psykiska tillstånd eller sociala förhållanden har förändrats bör frågan om återintagning aktualiseras. Detsamma bör gälla om det är förenat med villkoren att patienten måste acceptera att ta emot hembesök av landstingets eller kommunens personal men vägrar släppa in personalen i bostaden. Om chefsöverläkaren av t.ex. anhöriga eller på något annat sätt har återfallit i tidigare socialt mönster, kan detta också vara en anledning till att aktualisera frågan om återintagning. Detsamma gäller om patienten lämnar ett särskilt boende eller ett behandlingshem där han eller hon skall vistas enligt de villkor som gäller.[37]

Som framgått ovan skall chefsöverläkaren, ansöka om medgivande till fortsatt vård när han eller hon anser att den psykiatriska tvångsvården bör övergå i öppen eller sluten form (7 § LPT). En patient som därvid ges *öppen* psykiatriskt tvångsvård kan *återintas* om förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård åter är uppfyllda varvid det *inte* krävs något nytt vårdintyg.[38]

Som *huvudregel* skall återintagning beslutas av *förvaltningsrätten* efter ansökan från chefsöverläkaren. Bakgrunden härtill är att patienten överförts till öppen psykiatrisk tvångsvård efter ett beslut av domstolen, och för att detta beslut skall kunna ersättas med ett nytt beslut om sluten vård krävs att *rätten* på nytt prövar om förutsättningarna för sådan vård är uppfyllda. Härvid föreligger sålunda en skillnad i förhållande till vad som gäller då en patient medgivits permission. I sådana fall kan chefsöverläka-

36 Prop. 2007/08:70 s. 117.
37 Prop. 2007/08:70 s. 117.
38 Prop. 2007/08:70 s. 117.

© Författaren och Studentlitteratur

ren själv återkalla ett medgivet tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningen eftersom de grundläggande rättsliga förutsättningarna för vården inte förändrats genom permissionen.[39]

I *vissa* fall får *chefsöverläkaren* själv besluta att en patient som ges öppen psykiatrisk tvångsvård åter skall ges sluten psykiatrisk tvångsvård, under de förutsättningar som anges i 26 a § LPT. Sålunda krävs, att 1) de förutsättningar som anges i 3 § första stycket 1 och andra stycket är uppfyllda, och 2) att rättens beslut om fortsatt vård inte kan avvaktas med hänsyn till risken för patientens eller annans hälsa eller personliga säkerhet. Tanken med chefsöverläkarens återintagningsmöjlighet är, att det kan hända att patientens *vårdbehov förändras mycket snabbt* t.ex. vid återfall i missbruk, en oförutsedd yttre händelse eller utebliven medicinering. I dessa fall kan det med hänsyn till patientens eget behov vara befogat att ta in patienten så fort som möjligt på sjukvårdsinrättningen igen. En förutsättning är dock, som nyss sagts, att förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård *åter* är uppfyllda *och* att rättens beslut inte kan avvaktas med hänsyn till *patientens* eller *annans hälsa* eller *personliga säkerhet*. Med hälsa avses såväl fysisk som psykisk hälsa.[40] Chefsöverläkaren kan, enligt 47 § p. 5, begära *polishandräckning* för att hämta en patient som inte kommer till sjukvårdsinrättningen frivilligt efter det att beslut om återintagning har fattats.

Därest chefsöverläkaren fattat beslut om återintagning, och han eller hon anser att den *slutna* psykiatriska tvångsvården bör fortsätta, skall chefsöverläkaren senast *fyra dagar* från dagen för beslutet, ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt sådan vård (26 a § andra stycket och 7 § tredje stycket LPT). Om chefsöverläkaren i stället finner att den *öppna* psykiatriska tvångsvården bör bestå och låter patienten lämna sjukhuset inom fyra dagar från återintagningsbeslutet, behövs ingen ny ansökan. Någon automatisk överprövning av chefsöverläkarens beslut om återintagning kommer då inte att ske, men patienten har alltid, i enlighet med 32 § andra stycket LPT, möjlighet att *överklaga* chefsöverläkarens beslut.[41] Det betyder också, att patienten skall *underrättas* om beslutet om återintagning och hur han eller hon kan överklaga detsamma.

Sedan en ansökan kommit in till förvaltningsrätten får den *slutna* psykiatriska tvångsvården fortsätta i avvaktan på rättens beslut (26 a § tredje stycket). Medger rätten att den slutna psykiatriska tvångsvården får fortsätta, får den pågå under *högst sex månader* räknat från den dag förvaltningsrätten meddelade beslut i frågan. I fråga om tvångsvård *utöver*

39 Prop. 2007/08:70 s. 115. Se även kapitel 15.

40 Prop. 2007/08:70 s. 152.

41 Prop. 2007/08:70 s. 153.

© Författaren och Studentlitteratur

denna tid, tillämpas samma bestämmelser som vid fortsatt tvångsvård enligt 9 § LPT.[42]

Om chefsöverläkaren *inte ansöker* om fortsatt sluten psykiatrisk tvångsvård *eller*, om förvaltningsrätten *avslår* chefsöverläkarens ansökan om sådan vård, skall det *tidigare beslutet* om öppen psykiatrisk tvångsvård kvarstå (26 a § femte stycket LPT). Lagkonstruktionen medför sålunda, att om chefsöverläkaren inte själv upphäver sitt beslut löper två parallella tvångsvårdsbeslut till dess att fyradagarsfristen har gått till ända eller till dess att länsrätten fattat ett nytt beslut efter ansökan enligt andra stycket. Det skall framhållas, att det ankommer på chefsöverläkaren, *även vid öppen* psykiatrisk tvångsvård, att fortlöpande överväga om tvångsvården skall upphöra (27 § LPT).

11.5 Vårdtiden i praktiken

Socialstyrelsen har i en sammanställning från maj 2008 redovisat att LPT-vårdade *män* har en genomsnittlig vårdtid om 8 månader och att den man som hade längst vårdtid hade varit inskriven i 22 år och fem månader. För *kvinnor* var motsvarande medelvårdtid 5 månader och den längsta vårdtiden var 37 år.[43]

Det har av det empiriska underlaget, som främst omfattat länsrättsavgöranden, inte gått att generellt få en bild av hur lång tid patienter vårdas med stöd av LPT eftersom det i domstolens avgöranden inte alltid redovisas hur länge tvångsvården pågått. Är det fråga om en ansökan enligt 7 § LPT kan dock med nödvändighet, förutsatt att ansökan gjorts i rätt tid och före fyraveckorstidens utgång, vården i vart fall inte ha pågått längre tid. Avser emellertid rättens prövning en ansökan enligt 9 § LPT kan man oftast inte, såvida det inte uttryckligen anges, utläsa mer än om det är första gången vården förlängs, eller *i vart fall* den andra.

Vad först avser ansökningar enligt 7 § LPT, dvs. första ansökan efter den inledande vårdperioden om högst fyra veckor, har ju ovan konstaterats att det i ansökan bl.a. skall anges, i fråga om *sluten* psykiatrisk tvångsvård, vilka överväganden som gjorts i fråga om vård i annan form. Huruvida det har framgått av ansökningarna eller inte är en fråga som får lämnas obesvarad. Av länsrätternas avgöranden kan emellertid konstateras, att frågan om huruvida andra vårdinsatser skulle kunna tillgodose patientens behov uttryckligen berörts i ungefär 45 % av målen. Det har t.ex. fram-

42 Se avsnitt 11.3.

43 Socialstyrelsen, Tvångsvården 2008, Sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008 s. 25 f.

© Författaren och Studentlitteratur

gått att patientens tillstånd varit sådant att det inte fanns något alternativ till heldygnsvård, att patienten krävde en mjuk utsluss från tvångsvården, eller att medicineringen inte haft effekt eller behövde justeras inom ramen för sluten vård.

Ovan har också anförts, att det vid förvaltningsrättens prövning enligt 7 § LPT *inte* behöver ingå att ta ställning till någon *slutlig* tidpunkt för vården. I flertalet fall görs inte detta heller. I drygt 87 % av de mål där ansökan bifallits har rätten medgivit vård i högst fyra månader från dagen för chefsöverläkarens beslut. Endast i tre fall (0,9 %) har rätten medgivit vård för en kortare tid, två- respektive tre månader. Som exempel kan följande mål andragas:

> I mål 896-06 LR i Skåne län beslutades om intagning den 2 januari 2006. Chefsöverläkaren ansökte om fortsatt vård enligt 7 § LPT och anförde bl.a. att patientens "symtom pekar på en reaktiv eller cykloid psykos. Hon har ännu inte haft full terapeutisk nytta av behandlingen. Då hon saknar sjukdomsinsikt ter det sig mycket svårt att genomföra behandlingen i öppenvård. Hon är i behov av en yttre begränsning av sina aktiviteter. Hon har så här långt i vårdplaneringen tillåtits att ha dagliga permissioner /.../ Det återstår fortfarande en avsevärd del av behandlingsfasen. Då patienten socialt sett befinner sig i en brytpunkt i livet och inte har någon fast bostad är det ännu oklart var hennes öppenvårdskontakt skall ske."
>
> Sakkunnig i målet delade bedömningen att tvångsvården skulle fortsätta.
>
> Patienten bestred ansökan och anförde att vården kunde ges på frivillig väg. Hon var medveten om att hon hade behov av stöd vad gällde medicinering och terapi i den omfattning som bedömts som lämplig av behandlande läkare.
>
> LR uttalade bl.a.: patienten "har en ambivalent inställning till hur vården skall bedrivas och till var hon skall vistas om vården ges på frivillig väg. Det är därmed tveksamt om hennes samtycke till vård håller över tid. Det finns därför grundad anledning att anta att vården för närvarande inte kan ges med hennes samtycke. /.../ Vården av /.../ har varit framgångsrik och som situationen ser ut idag kan det antas att tvångsvården kommer att bestå under endast en förhållandevis kort tid. Förlängningen av tvångsvården skall därför begränsas till att gälla under högst två månader."

Vad gäller prövning av ansökningar enligt 9 § LPT anges i en något mindre andel, drygt 33 %, explicit vilka överväganden som gjorts om vård i annan form. Det handlar mestadels om att sluten vård är enda möjligheten p.g.a. patientens tillstånd eller att behandlingsalliansen är skör. I denna måltyp anges endast i drygt 19 % av antalet mål som studerats hur länge tvångsvården pågått. I de fall vårdtiden sålunda angivits kan konstateras att i

© Författaren och Studentlitteratur

alldeles övervägande antal, utom två, har tvångsvården pågått *mer än ett år*. Följande uppgifter om vårdtid kan utläsas ut länsrättsdomarna:

Vårdtid	Antal mål
< 1 år	2
1–2 år	24
2–4 år	25
4–6 år	8
7 år	1
8,5 år	1
12–13 år	2

I förevarande undersökning finns sålunda ett stort mörkertal avseende vårdtiden. Av det relativa fåtal mål där vårdtiden redovisats kan i vart fall konstateras att de flesta patienterna haft en vårdtid på 1–4 år. Huruvida detta kan anses indikera, så som lagstiftaren förutsatt, att tvångsvården skall förlängas, utöver fyra månader, endast i ett *mindre* antal fall kan endast bli föremål för spekulation.

Vid förlängning av tvångsvården enligt 9 § LPT har, som framgått ovan, lagstiftaren påpekat att *maximitiden inte får tillämpas slentrianmässigt* och att förvaltningsrätten även skall ta ställning till *hur lång tid* vården längst får pågå. Ofta sägs det i motiven, torde det finnas underlag för att låta ett medgivande avse en *kortare tid* än maximitiden. Enligt min mening innebär detta uttalande att det ställs krav på domstolen att göra en *aktiv prövning* av hur lång vårdtid som skall medges.[44] Undersökningen visar dock att det är endast i 6 mål, av det totala antalet avseende 9 § LPT,[45] som domstolen medgivit vård för en kortare tid än vad lagen medger som maximitid. I övriga fall har domstolen medgivit vård i sex månader utan till synes något resonemang om realismen i vårdtiden eller något särskilt övervägande i den frågan. Ett exempel kan illustrera det sagda:

> I mål nr 2716-06 LR i Göteborg 2006-04-21, ansöktes om fortsatt vård med stöd av 9 § LPT för en man som uppgavs lida av "schizoaffektiv sjukdom med begränsad insikt i sin psykiska problematik. På grund av det psykiska tillståndet och den reducerade kognitiva förmågan är /.../ i ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att han är intagen på sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Han blev utskriven från avdelningen den 20 mars 2006 på

44 Prop. 1990/91:58 s. 119.
45 327 stycken.

© Författaren och Studentlitteratur

LPT-permission. Efter utskrivningen hade han dagligen besök av Mobila Teamet som noterade att han var högljudd, hade megalomana vanföreställningar och sov dåligt. Han blev allt mer och mer forcerad och uppvarvad. På grund av försämring i tillståndet, hypomaniskt/maniskt tillstånd återkallades permissionen den 10 april 2006 och han lades in på avdelning /.../ Under de senaste åren har han behövt allt längre vårdtillfällen och vid varje vårdtillfälle har hans kognitiva förmåga reducerats märkbart."

Patienten medgav ansökningen. "Han följer läkarens ordinationer. Han trivs bra på sjukhuset och även om hemma är bäst så följer han läkarens bedömning om vård. Han tar ordinerad medicin bara för att kunna sova men han har ingen sjukdom som gör att han behöver mediciner."

Sakkunnig tillstyrkte ansökan och uttalade vidare att patienten "har en schizoaffektiv sjukdom och en tendens att varva upp. Han har en rimlig insikt om sitt behov av vård och har under vårdperioden blivit lite bättre även om han alltid är präglad av sin psykotiska sjukdom. Hans samförstånd till vård är skört, varför fortsatt tvångsvård behövs *ytterligare en kort tid*" (kurs. här).

LR konstaterade endast i domskälen att de olika förutsättningarna i 3 § LPT var uppfyllda och att eftersom det till följd av patientens psykiska tillstånd "finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke skall ansökningen bifallas." LR förordnade med stöd av 3 och 9 §§ LPT "förlängd tvångsvård av /.../. Sådan vård får pågå under högst sex månader räknat från dagen för denna dom.

Mot domslutet i sig finns, enligt min mening och utifrån vad som framkommer av domen, ingenting att invända. Patientens permission hade återkallats och han var ånyo inlagd på vårdinrättningen. Vad som emellertid kan påtalas är att sjukvårdsinrättningen talar om att patienten blev *utskriven* när han de facto hade permission. Som närmare utvecklas i det följande är patienten fortfarande att anse som intagen under tiden permission pågår, vilket är en viktig distinktion, inte minst mot bakgrund av chefsöverläkarens ansvar för patienten även under permissionstiden. Vidare ger patienten uttryck för att han medger ansökan om LPT-vård. Vad detta egentligen innebär kan man diskutera, och det har inte kommenterats av länsrätten. Domstolen fann emellertid att det mot bakgrund av hans psykiska tillstånd fanns grundad anledning att anta att vården inte kunde ges med hans samtycke. *Varför* man nått denna ståndpunkt anges inte i domen. Sakkunnig har ju åtminstone givit viss antydan om att det fanns ett skört samförstånd till vård, varför rätten borde ha motiverat sin slutsats. Det som också är anmärkningsvärt att det inte sägs någonting från LR:s sida om varför vårdtiden satts till högst sex månader trots att sakkunnig funnit tvångsvård indicerad ytterligare en *kort* tid och att lag-

© Författaren och Studentlitteratur

stiftaren framhållit att maximitiden inte får tillämpas slentrianmässigt. Mot detta kan naturligtvis invändas att domstolen inte anger att vården skall pågå under sex månader utan endast att den får pågå *högst* denna tid, och att det ankommer på chefsöverläkaren att fortlöpande överväga tvångsvårdens bestånd. Å andra sidan är den rättsliga kontrollen till för att ta till vara den enskildes rättssäkerhet. Denna blir endast en chimär om inte rätten faktiskt också gör en kontroll av såväl förutsättningar som övriga i lagen satta begränsningar och tar i beaktande även vad den enskilde har att anföra.

11.6 Avslutande reflektioner

De i lagen angivna maximitiderna för tvångsvård har införts för att tjäna som ett viktigt stöd för att tvångsvården generellt skall inriktas mot korta vårdtider och den obligatoriska rättsliga prövningen har därvid befunnits angelägen från den enskildes rättssäkerhetssynpunkt. Maximitiderna är satta av lagstiftaren för att utgöra ett stöd i att förkorta vårdtiderna och för att få till stånd en rättslig kontroll av tvångsvården. Det finns säkert fog för en sådan tanke liksom att det i lagen anges en längsta tid som tvångsvården får fortgå. Men enligt min uppfattning ligger det också en fara i på förhand givna tidsgränser. Även om det finns en skyldighet för chefsöverläkaren att fortlöpande överväga tvångsvårdens upphörande, oaktat att rätten medgivit fortsatt tvångsvård, är det lätt att hemfalla åt ett mekaniskt tänkande och beteende och utgå från att lagen medger tvångsvård för en viss tid. Detta gäller även i fråga om förvaltningsrättens benägenhet att eventuellt förlita sig på chefsöverläkarens åliggande och ange maximitiden som längsta möjliga tid. Lagen måste, menar jag, konstrueras på ett sätt som där det ställs ett tydligare krav på förvaltningsrätten att aktivt ta ställning till vårdtidens längd. Risken är naturligtvis att ytterligare ansökan om tvångsvård måste göras och det ställer såväl personella som ekonomiska krav på rättsapparaten, men torde i någon mån mera bidra till den enskildes rättssäkerhet. En rättslig prövning med kortare intervall än sex månader ställer också med nödvändighet krav på att uppföljningen av den öppna tvångsvården görs på ett aktivt sätt och att den slutna tvångsvården inte fortgår mer än under den tid som är oundgängligen nödvändig, utifrån nu gällande förutsättningar.

Förevarande undersökning har givit vid handen att patienterna vårdas förhållandevis lång tid inom tvångsvården. Bara av studerat rättsfallsmaterial kan den slutsatsen dras att drygt 17 % av patienterna, där ansökan gjorts enligt 9 § LPT, vårdats med stöd av LPT i 1–6 år. Det har också konstaterats att vid prövningar om fortsatt vård i enlighet med 9 § LPT är

© Författaren och Studentlitteratur

det ytterst sällan som domstolen aktivt tar ställning till en kortare vårdtid än den i lagen angivna maximitiden. Till synes förs det heller aldrig, då maximitiden beslutas, något resonemang eller särskilda överväganden i fråga om vårdtiden, trots att det från lagstiftaren har uttalats att så skall ske. Det kan naturligtvis invändas, att det ankommer på chefsöverläkaren att fortlöpande överväga tvångsvårdens upphörande och domstolarna anger endast *högst* hur lång tid tvångsvården få pågå. Dock må därtill anmärkas, att den rättsliga kontrollen är till för att tillvarata den enskildes rättssäkerhet och detta blir endast en illusion om inte rätten faktiskt också gör en kontroll av såväl förutsättningarnas förhandenvaro som andra i lagen satta begränsningar. Det kan, enligt min uppfattning, ligga en risk med på förhand givna maximitider. Det är lätt att hemfalla i ett slentrianmässigt beteende och tappa bort skyldigheten att låta tvångsvården upphöra så snart förutsättningar för sådan inte längre finns.

© Författaren och Studentlitteratur

Övergång från frivillig vård till tvångsvård (konvertering)

12.1 Inledning

Konvertering innebär att en patient som är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk vård i *frivillig* form förs över till psykiatrisk tvångsvård. Begreppet konvertering används inte i lagtexten, men förekommer däremot i lagens motiv och är en vedertagen benämning på denna företeelse.[1] Konverteringsmöjligheten i sig har emellertid inte helt undgått diskussion.[2] I resonemang pro et contra har anförts, att det som bl.a. talar *emot* konvertering är att det kan användas som ett hot och ett påtryckningsmedel från vårdpersonal för att få till stånd en viss behandling. Det kan också befaras att patienter undviker, eller dröjer med, att söka frivillig vård när de vet att den kan omvandlas till tvångsvård. Det som ansetts tala *för* en konverteringsmöjlighet är bl.a. de svårigheter som kan uppkomma då en svårt sjuk person, som genomgår frivillig psykiatrisk vård, vill lämna vårdinrättningen. Behandlande läkare kan tvingas skriva ut patienten till helt oordnade förhållanden som kan få allvarliga följder för densamme. Det har av lagstiftaren heller inte ansetts tillfredsställande att, så som förevarit enligt tidigare gällande lag då det inte fanns möjlighet till konvertering, patienten skrevs ut och när han eller hon lämnat sjukhusområdet omhändertogs patienten igen och vårdintyg utfärdades. Lagstiftaren har sålunda funnit, att vid en *avvägning* för och emot konvertering, övervägande skäl talar för att en sådan möjlighet bör föreligga. En sådan bestämmelse måste emellertid ge garantier för *högt ställda rättssäkerhetskrav* och att största möjliga hänsyn tas till patientens integritet.[3]

Konvertering är dock inte avsedd att användas som en mera regelbunden åtgärd. I lagens motiv understryks, att konvertering kan godtas *bara* som en *undantagsföreteelse i speciellt angelägna fall*, då det föreligger särskilda faresituationer.[4]

1 Prop. 1990/91:58 s. 119 f. och prop. 1999/2000:44 s. 67 ff.

2 Se t.ex. SOU 1964:40 s. 301 ff., prop. 1966:53 s. 301 ff., prop, 1981/82:72 s. 32 ff., och 1984:64 s. 214 ff.

3 Prop. 1999/2000:44 s. 67 f.

4 Prop. 1990/91:58 s. 125.

© Författaren och Studentlitteratur

Konverteringsreglerna och dess tillämpning har inte varit föremål för någon empirisk studie, utan i det följande redogörs endast för vilka regler som gäller vid övergång från frivillig vård till psykiatrisk tvångsvård.

12.2 Förutsättningar för konvertering

Av 11 § första stycket LPT framgår, att om en patient är intagen på en sjukvårdsinrättning för frivillig psykiatrisk vård, får chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas besluta om sluten psykiatrisk tvångsvård.[5] Chefsöverläkaren kan, enligt 39 § p. 2 LPT, delegera uppgiften endast till specialistkompetent läkare.[6]

Bestämmelsen innebär för det första, att möjligheten till konvertering är begränsad till de patienter som *redan är intagna* på en sjukvårdsinrättning för *frivillig psykiatrisk* vård. Är det fråga om en patient som vårdas i *öppenvården* eller en patient som är inlagd på avdelning för *somatisk* vård skall inte konverteringsreglerna tillämpas, utan då fattas beslut om tvångsvård i den ordning som framgår av 3–6 b §§ LPT.

För det andra får frivillig psykiatrisk vård endast konverteras till *sluten* psykiatrisk tvångsvård. Av 11 § LPT framgår nämligen fortsättningsvis, att chefsöverläkaren får besluta om konvertering när 1) de förutsättningar som anges i 3 § första stycket 1 *och* andra stycket är uppfyllda, *och* 2) patienten till följd av sin psykiska störning kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan. Rekvisitens utformning skall ses mot bakgrund av lagstiftarens strävan att minska risken för att konverteringen av patienterna upplevs som ett påtryckningsmedel för att få dem att gå med på åtgärder som de egentligen motsätter sig.[7] För ett beslut om konvertering krävs sålunda att *samtliga rekvisit* för *sluten* psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda. Hänvisningen till 3 § första stycket p. 1 innebär alltså att patienten bl.a. måste ha ett oundgängligt behov av *sluten* psykiatrisk tvångsvård. Att konvertera direkt till öppen psykiatrisk vård är inte möjligt.[8]

Som en *ytterligare förutsättning* för konvertering krävs emellertid att patienten, *till följd av* sin psykiska störning, kan *befaras* komma att allvarligt skada sig själv eller någon annan. Farebedömningen avser *risken för allvarlig* skada. Med *skada* avses främst fysisk skada, men också psykiska

5 Enligt 14 § LPT får övergång från rättspsykiatrisk vård till tvångsvård enligt LPT beslutas under vissa förutsättningar. Detta lämnas utanför förevarande framställning.

6 Jfr. dock 40 § LPT om undantag från kravet på specialistkompetens och 4 kap. 2 § SOSFS 2008:18.

7 Prop. 1990/91:58 s. 125.

8 Prop. 2007/08:70 s. 149.

© Författaren och Studentlitteratur

lidanden som personer i patientens omgivning kan utsättas för genom hot eller trakasserier omfattas. Däremot omfattas *inte* skada på egendom eller annan ekonomisk skada.[9] I motiven sägs ingenting om den närmare innebörden av *allvarlighetskriteriet*. Dock nämns som typexempel risken för *självmord* eller risk för *våldsbrott* mot annan.[10] Innebörden av begreppet *annan* är heller inte definierat. I analogi med vad som förutsätts gälla enligt 3 § fjärde stycket LPT torde detta begrepp inte vara begränsat utan avser alla människor i patientens omgivning.

I lagens förarbeten framhålls, att punkterna 1 och 2 i 11 § LPT skall vara uppfyllda *samtidigt*.[11] Detta torde emellertid enbart gälla *vid tiden för beslut om konvertering*, vilket skall ske senast 24 timmar efter vårdintygets utfärdande. För fortsatt vård, och vid förvaltningsrättens prövning av en ansökan om fortsatt vård i enlighet med 12 § LPT, är det tillräckligt att samtliga förutsättningar för tvångsvård i 3 § LPT är uppfyllda.[12]

12.3 Vårdintyg

Också vid beslut om konvertering ställer lagstiftningen krav på en tvåläkarprövning av att förutsättningarna för konvertering föreligger (11 § andra stycket LPT). Sålunda får ett konverteringsbeslut inte fattas utan att ett vårdintyg har utfärdats av en *annan läkare* än chefsöverläkaren, som är den som fattar det definitiva beslutet. Det ställs i lagen inga krav på oberoende mellan vårdintygsutfärdande och beslutande läkare, utan det förutsätts att en läkare på vårdinrättningen där patienten är intagen för frivillig psykiatrisk vård kan utföra detta.[13] Att den läkare som gör undersökningen för vårdintyg skall vara *legitimerad* framgår av hänvisningen till 4 § LPT. Det innebär också, att det skall finnas *skälig anledning* för undersökning, att vårdintyget skall grundas på en *särskild läkarundersökning*, att det av vårdintyget skall framgår att det finns *sannolika skäl* för att förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda och att intyget innehåller en redogörelse för den psykiska störningen och vilka omständigheter som ger upphov till vårdbehovet. Också hänvisningen till bestämmelserna om jäv, som anges i 5 § andra stycket LPT, är tillämpliga vid vårdintygsutfärdandet.

9 Prop. 1990/91:58 s. 253.
10 Prop. 1990/91:58 s. 253.
11 Prop. 1990/91:58 s. 253.
12 Jfr RÅ 1996 ref. 62.
13 Prop. 1999/2000:44 s. 71, 115.

© Författaren och Studentlitteratur

12.4 Särskilda tvångsåtgärder

De särskilda tvångsåtgärder som får vidtas före ett beslut om intagning kan också, enligt 11 § andra stycket LPT, vidtas också vid konvertering. Detta innebär att *sedan vårdintyget utfärdats* får patienten *hållas kvar* på vårdinrättningen tills intagningsfrågan avgjorts. Efter ett kvarhållningsbeslut, och om andra åtgärder inte är tillräckliga, får även visst tvång användas i syfte att förhindra att patienten avviker eller för att upprätthålla ordning och säkerhet. Patienten får också, om det är nödvändigt och under de förutsättningar som anges i 6 § och 23–24 §§ LPT, kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas. Ett kvarhållningsbeslut är också nödvändigt för att patienten skall få spännas fast eller hållas avskild från övriga patienter, i enlighet med vad som närmare framgår av 6 a § och 19 eller 20 §§ LPT. För att nödvändig behandling skall kunna ges före ett intagningsbeslut krävs att det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa.[14]

12.5 Beslut om intagning

Det är, enligt 11 § LPT, *chefsöverläkaren* som, sedan vårdintyg utfärdats, fattar beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård. Dennes möjlighet att delegera beslutsbefogenheten är begränsad till erfaren läkare med specialistkompetens i enlighet med vad som framgår av 39 § p. 2.[15]

Beslut om vård skall fattas *senast* 24 timmar efter det att vårdintyg utfärdats. Ordalydelsen i 11 § LPT skiljer sig från den ordinarie intagningsbestämmelsen i 6 b § i så måtto, att i den senare anges explicit att frågan om intagning skall avgöras *skyndsamt*, och *senast* 24 timmar efter patientens ankomst.[16] Det bör dock inte innebära någon skillnad i sig. I ordet *senast* torde ligga att en prövning av förutsättningarna för konvertering skall göras *så fort som möjligt*, så att patienten inte riskerar att utsättas för tvångsåtgärder, t.ex. ett kvarhållningsbeslut, som inte är befogade. De argument som ligger till grund för 24-timmarsfristen i 6 b § bör lämpligen inte göra sig lika starkt gällande vid en eventuell konvertering eftersom patienten redan befinner sig på sjukvårdsinrättningen och sålunda inte är helt obekant för beslutsfattarna. I lagens motiv framhålls också, att vårdintyget "skyndsamt" bör prövas av specialistkompetent psykiater.[17]

14 För den närmare innebörden av bestämmelserna, se avsnitt 10.5.8.

15 Jfr dock vad som sägs om undantag från 39 § i 40 § LPT och 4 kap. 2 § SOSFS 2008:18.

16 Se avsnitt 10.3.

17 Prop. 1999/2000:44 s. 71.

© Författaren och Studentlitteratur

12.6 Underställning till förvaltningsrätten

När chefsöverläkaren fattat beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård i enlighet med 11 § LPT skall beslutet, *senast dagen efter beslutet*, underställas förvaltningsrättens prövning. Ett konverteringsbeslut skall *alltid underställas* förvaltningsrätten, *och prövas i sak* av domstolen, även i de fall patienten vid tiden för rättens prövning redan vårdas med stöd av HSL eller har skrivits ut från vårdinrättningen[18] och även då en ansökan om fortsatt vård, i enlighet med 12 § andra stycket LPT, getts in.[19]

Förvaltningsrätten har sedan att, som *huvudregel*, skyndsamt och inom åtta dagar från den underställningen kom in till rätten, ta upp målet till avgörande (35 § LPT). Vid prövningen skall förvaltningsrätten hålla *muntlig* förhandling *endast* om patienten begär det eller om förvaltningsrätten finner skäl för det (36 § LPT). I de fall chefsöverläkaren även ansöker om medgivande till fortsatt tvångsvård,[20] ges förvaltningsrätten i 35 § LPT möjlighet att förlänga den tid inom vilken målet skall tas upp till avgörande, för att möjliggöra en gemensam handläggning av målen.

12.7 Ansökan om fortsatt vård

Om chefsöverläkaren anser att tvångsvården bör fortsätta skall han eller hon *senast inom fyra dagar från dagen för beslutet* om sluten psykiatrisk tvångsvård, ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård. Chefsöverläkaren har därvid att tillämpa bestämmelserna i 7 § andra – fjärde stycket LPT. Det betyder att det i ansökan skall anges om vården avser sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård. Ansöks om *sluten* psykiatrisk tvångsvård skall anges vilka omständigheter som utgör grund för tvångsvården och vilka överväganden som har gjorts i fråga om vård i annan form för patienten. Det skall också bifogas en redogörelse för det stöd och den behandling som planeras för patienten under och efter vistelsen på vårdenheten.

Avser ansökan *öppen* psykiatrisk tvångsvård skall det även i detta fall anges vilka omständigheter som utgör grund för tvångsvården, men dessutom vilka särskilda villkor som rätten bör föreskriva. Till ansökan skall även fogas en sådan samordnad vårdplan varom föreskrivs i 7 a § LPT.

18 Prop. 1999/2000:44 s. 71.
19 Prop. 1999/2000:44 s. 116.
20 Se kapitel 11.

© Författaren och Studentlitteratur

12.8 Vårdtid

Om förvaltningsrätten bifaller en ansökan om fortsatt vård, får tvångsvården pågå under *högst fyra månader*, räknat *från dagen för chefsöverläkarens beslut* (13 § LPT). Erfordras längre vårdtid kan vårdtiden förlängas i den ordning som framgår av 9 § LPT.

Tvångsvården *upphör* automatiskt om inte en ansökan om medgivande till fortsatt vård kommit in till förvaltningsrätten inom den tid som föreskrivs i 12 § (28 § LPT). I sådant fall får patienten inte längre hållas kvar på vårdinrättningen mot sin vilja. Däremot är det ingenting som hindrar att vården övergår till vård enligt HSL. Patienten måste dock *informeras* om att tvångsvården upphört. Några särskilda tvångsåtgärder får *inte* vidtas därefter varför det är viktigt att det tydligt framgår av patientjournalen att tvångsvården övergått till frivillig vård.

När förutsättningar för tvångsvård inte längre föreligger skall chefsöverläkaren *genast* besluta att tvångsvården skall upphöra (28 § LPT). Detta skall ske så snart förutsättningarna brister i något hänseende.[21] Det åligger chefsöverläkaren att fortlöpande överväga tvångsvårdens upphörande vilket även gäller om förvaltningsrätten medgivit fortsatt vård eller om frågan är föremål för domstolsprövning (27 § LPT).[22]

21 Prop. 1990/91:58 s. 268.
22 Prop. 1990/91:58 s. 268.

© Författaren och Studentlitteratur

Information till patienten

KAPITEL 13

13.1 Stödperson

Patienter som är intagna med stöd av LPT har enligt bestämmelser i 30–31 a § LPT rätt att få en stödperson, vars uppgift är att ge patienten ett *personligt stöd* och bistå patienten i personliga frågor så länge patienten ges tvångsvård. I förhållande till patienten har stödpersonen dock inte någon självständig ställning och kan alltså inte i denna egenskap överklaga chefsöverläkarens eller förvaltningsrättens beslut. Stödpersonen har däremot rätt att besöka patienten på vårdinrättningen och har även rätt att närvara vid muntlig förhandling i förvaltningsrätten. Av denna anledning skall stödpersonen om möjligt underrättas om när domstolsförhandlingen kommer att äga rum (37 § LPT). Stödpersonen har skyldighet att iaktta tystnadsplikt beträffande uppgifter om patientens hälsotillstånd och andra personliga förhållanden som han eller hon får kännedom om genom sitt uppdrag (30 § andra stycket LPT).

Chefsöverläkaren skall se till att en patient som vårdas enligt LPT, så *snart patientens tillstånd tillåter* det, genom en individuellt anpassad information *upplyses om sin rätt* att få en stödperson (30 § första stycket LPT). Det skall dokumenteras i patientens journal när patienten fått sådana upplysningar (2 § p. 20 FPT).

Det är landstingets patientnämnd som utser en stödperson när patienten begär det. Om emellertid patienten på grund av sitt psykiska tillstånd saknar förmåga att ta initiativ till att få hjälp av en stödperson kan, enligt 30 § andra stycket LPT, stödperson utses ändå om patienten inte motsätter sig det. Det åligger därvid chefsöverläkaren, enligt 31 § LPT, att anmäla till patientnämnden när det kan finnas skäl att utse en stödperson. Sådana skäl föreligger så snart patienten ger till känna att hon eller han önskar bistånd av en stödperson. Det kan också finnas skäl att till nämnden anmäla frågan om att stödperson bör utses, t.ex. när patienten på grund av sitt psykiska tillstånd saknar förmåga att begära hjälp av en stödperson, vacklar i inställning till vården eller saknar stöd från närstående.[1] Patien-

1 Prop. 1990/91:58 s. 271.

© Författaren och Studentlitteratur

ten kan oaktat chefsöverläkarens skyldighet också själv vända sig direkt till nämnden i denna fråga.

Chefsöverläkaren skall *alltid*, om stödperson inte redan utsetts, göra anmälan till patientnämnden då 1) chefsöverläkaren ansöker om medgivande till tvångsvård enligt 7, 12 eller 14 §§, 2) patienten överklagar chefsöverläkarens beslut om intagning enligt 6 b §, och 3) då patienten överklagar chefsöverläkarens beslut att avslå en begäran om att tvångsvården skall upphöra. I en anmälan till patientnämnden skall chefsöverläkaren ange patientens inställning till att få en stödperson. Som JO framhållit är det självfallet viktigt att chefsöverläkaren gör anmälan till patientnämnden vid de tillfällen LPT uppställer ett *uttryckligt krav* på att så skall ske och när det annars finns skäl för det samt att detta dokumenteras.[2]

Stödpersonen skall bistå patienten så länge patienten vårdas med tvång enligt LPT och, om patienten och stödpersonen samtycker till det, även under fyra veckor efter det att tvångsvården har upphört (30 § LPT). Om patienten önskar att stödpersonens uppdrag skall övergå till ett uppdrag som kontaktperson enligt 3 kap. 6 § SoL när tvångsvården upphört, och stödpersonen samtycker till det, skall patientnämnden underrätta socialnämnden om patientens önskemål (31 a § LPT).

Från journalgenomgången har inhämtats, att det i vart fall inte framgår av de handlingar som varit tillgängliga för studien, att patienten informerats om rätten till stödperson i mer än ungefär 27%.[3] Det föreligger en *skyldighet* att informera patienten om rätten till detta och det är naturligtvis viktigt att så sker *och* att det dokumenteras.[4]

13.2 Överklagande, ombud eller biträde, offentligt biträde

13.2.1 INLEDNING

I 48 § första stycket LPT[5] finns ytterligare en bestämmelse i vilken *chefsöverläkarens upplysningsplikt* i förhållande till patienter som ges psykiatrisk tvångsvård regleras. En patient som vårdas med stöd av LPT skall sålunda, *så snart hans tillstånd medger det*, genom chefsöverläkarens för-

2 Dnr 4213-2007 och 2044-2007.

3 I beslut dnr 4488-2004 och 4090-2001 konstaterade JO att det genomgående saknades uppgift om patienterna informerats om sin rätt att få en stödperson och att överklaga vissa beslut.

4 Se JO dnr 4213-2007.

5 Jfr 30 § LRV.

© Författaren och Studentlitteratur

sorg, upplysas om sin rätt att 1) enligt 32 och 33 §§ överklaga vissa beslut, 2) anlita ombud eller biträde och 3) att enligt 38 a § få offentligt biträde. Av 2 § p. 20 FPT följer att uppgift om *när* patienten fått upplysningar enligt 48 § första stycket LPT *dokumenteras* i patientens journal.[6]

Bakgrunden till bestämmelsen i LPT är, att i propositionen till en ny socialtjänstlag (1979/80:1) fanns ett förslag till en lagregel i den då gällande LSPV, att patienten bl.a. skulle upplysas om sin rätt att föra talan mot ett beslut om intagning och andra beslut som fattats enligt lagen, att anlita ombud och biträde enligt förvaltningslagen (1971:290) och om rätten att begära rättshjälp genom offentligt biträde enligt då gällande rättshjälpslag (1972:429). Förslaget föranleddes av att LSPV-patienterna ofta inte kände till sina möjligheter att få beslut överprövade eller om rätten till offentligt biträde.[7] I socialtjänstpropositionen framhölls, att det får anses *särskilt viktigt* att patienter som vårdas oberoende av sitt samtycke ges ordentlig information om sina rättigheter[8] och att det är *utomordentligt viktigt* att tvångsintagna patienter blir upplysta om sina rättigheter. Förslaget till ändringar i LSPV avslogs emellertid i sin helhet av riksdagen i juni 1980 utan någon prövning i sak.[9]

I ett lagstiftningsärende 1981 togs emellertid i princip motsvarande ändringsförslag i LSPV upp på nytt. I anledning av motioner till Socialutskottet uttalade utskottet bl.a. att frågan var om det behövs en särskild lagföreskrift "för att åstadkomma något som borde vara självklart."[10] Socialutskottet hade dock inga invändningar mot att slå fast patienternas rätt till information genom att införa en särskild lagregel och tillstyrkte bifall till motionsyrkandena. Samtidigt erinrade utskottet om att information om överklagandemöjligheter etc. skall lämnas *när patientens tillstånd medger det.* Det är t.ex. inte nödvändigt, eller i många fall ens lämpligt med hänsyn till patienten, att en akut insjuknad nyintagen patient genast informeras om sina juridiska rättigheter gentemot läkaren och sjukhuset. Personalen måste i första hand försöka få ett gott förhållande till patienten och se till att han eller hon får den vård som är omedelbart påkallad. Det får *ankomma på den ansvarige läkaren* att avgöra när patientens tillstånd

6 Se JO dnr 4213-2007 som erinrar om vikten av att information lämnas och att vidtagna åtgärder dokumenteras i journalen, liksom dnr 2044-2007.

7 Prop. 1979/80:1 del A s. 42 och 628. Ds S 1978:8 Vård utan samtycke inom socialvård och sjukvård, prop. 1979/80:1 del C s. 202.

8 Prop. 1979/80:1 del A s. 628.

9 Prop. 1979/80:1 del C s. 81. Det sagda mot bakgrund av att riksdagen enades om att begära nya överväganden rörande vård av missbrukare utan samtycke, vilket i socialtjänstpropositionen föreslagits införlivas i LSPV. Se prop. 1981/82:72 s. 23.

10 SoU 1981/82:53 s. 13.

© Författaren och Studentlitteratur

stabiliseras så att en meningsfull information kan ges, vilket självfallet bör ske *så snart som möjligt.*[11]

Efter Socialutskottets uttalande infördes sålunda 37 § LSPV den 1 januari 1983. Dess motsvarighet i 48 § LPT avses återspegla Socialutskottets inställning som återgivits ovan.[12]

13.2.2 ÖVERKLAGA VISSA BESLUT

En patient som vårdas med stöd av LPT *skall* enligt 48 § p. 1, så snart hans tillstånd medger det, genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt att enligt 32 och 33 §§ överklaga vissa beslut. Det betyder att patienten skall ha en *fullständig* information om vilka beslut som kan överklagas enligt lagen när patientens tillstånd medger det.

Av 32 § följer, att en patient hos förvaltningsrätten får överklaga *chefsöverläkarens beslut om intagning* för tvångsvård. Detta gäller såväl intagningsbeslut i enlighet med ett ordinarie intagningsförfarande enligt 6 b § LPT som vid "konvertering" enligt 11 § LPT och när rättspsykiatrisk vård skall övergå till vård enligt LPT i enlighet med 14 § LPT.

Patienten skall vidare, enligt 48 § jämfört med 32 § LPT, underrättas om att *chefsöverläkarens beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård*, för en patient som ges *öppen* sådan vård (26 a § LPT), kan överklagas, vilket även gäller beslut om inskränkningar i rätten att använda *elektroniska kommunikationstjänster* (20 a §) och *försändelseövervakning* (22 a §).

I 33 § LPT räknas i fem punkter upp vilka *andra* chefsöverläkarbeslut som är överklagbara. Det handlar sålunda om beslut som innebär

1 avslag på en begäran om att tvångsvården skall upphöra,
2 förordnande enligt 24 § om förstöring eller försäljning av egendom,
3 avslag på begäran om tillstånd enligt 25 § att vistas utanför vårdinrättningens område (permission) eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse,
4 återkallelse enligt 25 § tredje stycket av permission,
5 meddelande av villkor i samband med öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 26 § andra och tredje styckena.

I det följande behandlas endast rätten att överklaga ett beslut som innebär avslag på en begäran om att tvångsvården skall upphöra. Övriga överklagandemöjligheter behandlas i anslutning till respektive beslutsformer som kan överklagas.

11 SoU 1982/82:53 s. 13.
12 Prop. 1990/91:58 s. 288.

© Författaren och Studentlitteratur

Patienten kan sålunda, såvitt gäller 33 § p. 1, *när som helst* under vårdtiden begära att tvångsvården skall upphöra. Avslås patientens begäran skall patienten ha en *formell underrättelse* om detta och om hur beslutet kan överklagas (jfr 21 § FL). Dessutom framgår av 2 § p. 16 FTP, att en uppgift om avslag på en begäran om att tvångsvården skall noteras i patientens journal. Några exempel från journalgenomgången kan illustrera vad som förekommer i praktiken.

> (3 B) 060918 noterar läkare att "[p]atienten vill prata om sin behandling. Är lugn i samtalet, ger god formell kontakt. *Vill skrivas hem.*" Patienten framför vidare vissa önskemål om behandlingen. Läkaren konstaterar, att patienten uppvisar dålig sjukdomsinsikt men också nedsatt förståelse för information och situation. Trots längre samtal och fördjupad information frågar patienten om samma sak. Har svårt att förstå planering på längre sikt. Informeras om planering med ytterligare minst två ECT-behandlingar och fortsatt vård i troligen några veckor till (kurs. här).

Det är inte tydligt om patienten i fallet ovan verkligen begär att få bli utskriven. Det är emellertid fundamentalt att, precis som när det gäller en begäran om permission, den ansvarige läkaren verkligen förvissar sig om huruvida det är fråga om en formell begäran om utskrivning eller inte. I så fall skall patienten underrättas om ett avslagsbeslut och meddelas överklagandehänvisning, vilket inte gjorts i detta fall.

> (6 E) 060502 noterar överläkare att patienten är "helt fast besluten om att han *önskar utskrivning*, avskrivning av LPT samt anser sig inte behöva någon neuroleptika." Vidare anförs: "Försöker informera /.../ om mitt beslut om att inte gå honom till mötes och motivera varför. /.../ förefaller inte kunna acceptera detta." (kurs. här)

Enligt min mening är detta en uttrycklig begäran om utskrivning. Sålunda skulle patienten haft ett formellt avslagsbeslut, vilket i och för sig kan vara muntligt, men han skulle haft en besvärshänvisning vilket inte synes ha lämnats.

> (7 A) 070219 noterar överläkare i "DAGANTECKNING" att patienten "Skulle helst vilja bli utskriven. /.../ Får alltså permissioner enligt tidigare beslut, men jag *avslår begäran om utskrivning.*" Under rubriken "LPT 27 § UPPHÖRANDE" noterar öl: "Begäran om utskrivning avslås." (kurs. här)

Ärendet är korrekt handlagt då det uttryckligen fattas ett formellt avslagsbeslut. Överklagandehänvisning synes dock saknas, vilket är allvarligt.

I nedanstående fall (7 C) har patienten begärt sig utskriven vid ett fler-

© Författaren och Studentlitteratur

tal tillfällen. Beslutande läkare har formellt avslagit patientens begäran och dokumenterat detta i journalen.

> (7 C) 061029 noterar överläkare: "Kräver att få bli utskriven idag. /.../ Jag informerar pat om min bedömning att hon har en allvarlig psykisk störning och att jag fullgör min lagliga skyldighet att tillgodose att hennes vård och behandling kommer till stånd." Under rubriken "LPT 48 § INFO" noterar samma överläkare: "information om rätten att överklaga till länsrätten".

Överläkaren har i fallet både informerat patienten om avslagsbeslutet och om hur det kan överklagas. Senare samma dag noterar även en skötare att patienten "informeras vidare åter igen om rätten att överklaga samt rätten till stödperson, hon är dock inte intresserad av detta." Sålunda en korrekt handläggning.

> (7 C) 061101 noterar överläkare att "Patienten är fortfarande fast övertygad om att hon är helt frisk och vill skyndsamt bli utskriven /.../ Jag klargör för patienten att jag gör den bedömningen att hon är i behov av vård enligt LPT och att jag av det skälet motsätter mig utskrivning."

Det är i och för sig bara två dagar sedan som patientens tidigare begäran om utskrivning avslogs och patienten meddelats hur ett sådant avslag kan överklagas. Här är emellertid fråga om ett *nytt beslut* och då skall patienten också formellt underrättas om detta med en *ny överklagandehänvisning*.

> (7 C) 061106 kräver patienten att bli utskriven. Överläkare noterar "Upptagen av vanföreställningar /.../ Saknar helt sjukdomsinsikt och sjukdomskänsla. /.../ patienten lider av en psykossjukdom och att rekvisit för tvångsvård (fortsatt) är uppfyllda. Jag avslår alltså hennes begäran om utskrivning. Patienten *är redan informerad* om sin rätt att överklaga denna typ av beslut". (kurs. här)

Det är *inte tillräckligt* att hänvisa till att patienten redan är informerad om sin rätt att överklaga. I likhet med vad som anförts ovan, måste patienten ha ett nytt formellt beslut med överklagandehänvisning varje gång en begäran om utskrivning, eller något annat överklagbart beslut, avslås. I annat fall förtar man rätten för patienten att utöva sin rätt att överklaga. Finns det sålunda inget formellt beslut, vilket är fallet i vart fall i 6 E, och patienten ändå skulle överklaga, kan förvaltningsrätten komma att avvisa överklagandet med motiveringen att det saknas beslut, och den enskilde är fråntagen sin lagliga rätt att påkalla rättslig kontroll av handläggningen.

© Författaren och Studentlitteratur

Det är *endast patienten* som är klagoberättigad. Chefsöverläkaren får *inte* överklaga rättens beslut enligt LPT (33 § andra stycket). Eftersom patienten på grund av sitt psykiska tillstånd, eller av andra skäl, kan ha svårigheter att överklaga ett beslut, är det viktigt att patienten får det stöd och den hjälp som han eller hon behöver i detta hänseende av vårdpersonalen eller genom dess förmedling.[13]

13.2.3 ANLITA OMBUD ELLER BITRÄDE

Chefsöverläkaren har enligt 48 § p. 2 LPT *skyldighet* att upplysa patienten om dennes rätt att anlita ombud eller biträde. Till skillnad från punkterna 1 och 3, där det hänvisas till andra bestämmelser i LPT, finns inte rätten till ombud eller biträde reglerat på annat ställe i lagen. Denna rätt finns emellertid lagbunden i 9 § FL, en bestämmelse som, enligt vad tidigare sagts, är tillämplig också inom hälso- och sjukvården även i första instans.[14]

Ett *ombud* är den som har patientens *fullmakt* att föra dennes talan och kan sålunda ha rätt att, även i huvudmannens frånvaro, vidta åtgärder som är bindande för huvudmannen. FL innehåller inga regler om fullmakt eller behörighet, men om den som uppträder som ombud inte självmant styrker sin behörighet får myndigheten, med ledning av det allmänna kravet i 7 § FL att handläggningen skall vara så enkel, snabb och billig som möjlig utan att säkerheten eftersätts, avgöra om fullmakt behövs. Fullmakten kan vara antingen *skriftlig eller muntlig.* Skulle en fullmakt lämnas muntligt bör myndigheten på lämpligt sätt anteckna detta och vad fullmakten innebär. En skriftlig fullmakt bör vara undertecknad av uppdragsgivaren och innehålla ombudets namn. Ombudet kan sätta någon annan i sitt ställe om detta har angetts i fullmakten.[15]

Rätten att anlita ombud i ett ärende är inte obegränsad. Av 9 § första stycket andra meningen FL framgår, att den som har ombud skall medverka personligen om myndigheten begär det. I sådana fall kan ombudet i stället medverka som ett biträde.

13 Prop. 1990/91:58 s. 274.

14 Se avsnitt 5.3. När 37 § infördes i LSPV 1983 skulle, enligt lagens ordalydelse (SFS 1982:782) den intagne upplysas om sin rätt "att anlita ombud eller biträde enligt förvaltningslagen (1971:290)". Bestämmelsen ändrades genom SFS 1986:1154 den 1 januari 1987. Den ändringen föranleddes av att den nya förvaltningslagen införts och innebar sålunda endast en ändring av SFS-numret i 37 §. När LPT trädde i kraft 1992 infördes motsvarande bestämmelse i 48 § LPT. I samband därmed togs emellertid "enligt förvaltningslagen" bort utan att detta diskuterades i motiven.

15 Hellners & Malmqvist, Förvaltningslagen s. 108.

© Författaren och Studentlitteratur

Ett *biträde* hjälper sin huvudman utan att ha rätt att uppträda i dennes ställe. Vid muntlig handläggning hos myndigheten är det alltså i princip huvudmannen – patienten – som själv för sin talan, även om biträdet är närvarande. Vad biträdet säger i en sådan situation torde dock få anses godkänt av huvudmannen om denne inte genast gör någon invändning mot det sagda.[16]

Ett ombud eller biträde har *rätt att närvara i ärendehandläggningen* vid sjukvårdsinrättningen, t.ex. i ett vårdplaneringsmöte, såvida det inte finns skäl att på *lagliga grunder* avvisa densamme.[17] FL ställer inga särskilda krav på den som skall uppträda som ombud eller biträde. Det framgår dock av 9 § andra stycket FL, att om ett ombud eller biträde visar *oskicklighet eller oförstånd* eller är *olämplig på något annat sätt*, får myndigheten avvisa honom som ombud eller biträde *i ärendet*. Vilka omständigheter som skall inverka på myndighetens bedömning av frågan om ombudets eller biträdets lämplighet kan inte anges generellt. Viss ledning kan dock hämtas från RB om ombudets lämplighet med hänsyn till redbarhet, insikter och tidigare verksamhet.[18]

För att myndigheten skall få avvisa ett ombud eller biträde krävs det alltså att denne på ett eller annat sätt *inte visat sig lämplig* för uppgiften. Det torde inte vara tillåtet att avvisa ett ombud eller biträde enbart på grund av ett släktförhållande.[19] Det är också värt att notera, att ett beslut att avvisa ett ombud eller biträde får verkan *endast* i det ärende där beslutet fattas. Om det sålunda gäller en patient som är intagen för tvångsvård och ett biträde avvisas som ombud eller biträde under en inläggningsperiod gäller inte detta beslut vid en senare vårdperiod.

Enligt 9 § 3 stycket FL får en myndighets beslut att avvisa ett ombud eller biträde *överklagas särskilt* och då i samma ordning som det beslut varigenom myndigheten avgör ärendet. Frågan är hur detta skall tolkas då beslutet i huvudsaken inte är överklagbart. Innebär det att inte heller ett avvisningsbeslutet får överklagas? FL lämnar inget svar i frågan och i doktrin har spörsmålet lämnats öppet. Hellners och Malmqvist menar dock, att *mot* en sådan tolkning talar att en avvisning kan få ingripande verkningar för den som avvisas och att ett motsvarande beslut av en förvaltningsdomstol får överklagas särskilt (jfr 34 § p. 2 FPL).[20]

För egen del menar jag, att i synnerhet då fråga är om tvångsvårdade patienter, men även då det gäller andra patienter inte minst dem med ned-

16 Hellners & Malmqvist, Förvaltningslagen s. 106.
17 Jfr JO beslut dnr 2375-1999.
18 Hellners & Malmqvist, Förvaltningslagen s. 109.
19 Jfr JO 1992/93 s. 417.
20 Hellners & Malmqvist, Förvaltningslagen s. 110.

© Författaren och Studentlitteratur

satt autonomi, torde det vara av stor betydelse för patienten att få anlita den man så önskar som ombud eller biträde i sitt ärende. Ett beslut om intagning för tvångsvård konstituerar ett ärende hos myndigheten och beslutet kan överklagas till länsrätten. Enligt min mening bör detta vara avgörande för frågan huruvida ett beslut att avvisa ett ombud eller biträde kan överklagas eller inte oavsett var i handläggningen avvisningsbeslutet fattats och oavsett i vilket sammanhang frågan uppkommer. Ärendet får anses vara pågående tills patienten definitivt skrivs ut från tvångsvården i den aktuella vårdperioden. Om sålunda, som i ovanstående exempel, ett ombud önskar vara med på en vårdplanering och ombudet avvisas, bör ett sådant beslut vara överklagbart i samma ordning som intagningsbeslutet.

Det finns inom ramen för tvångsvården även andra beslut än själva intagningsbeslutet som kan överklagas. Det gäller t.ex. avslag på begäran om tvångsvårdens upphörande, avslag på begäran om permission, beslut om inskränkning i rätten att använda elektronisk kommunikation m.m. Om ett ombud eller biträde avvisas att medverka i specifikt dessa frågor kan också ett avvisningsbeslut överklagas i samma ordning.

De lege ferenda bör, liksom vad som gäller i FPL, ett avvisningsbeslut av ett ombud eller biträde kunna överklagas särskilt även i myndigheternas verksamhet, i vart fall då det är fråga om frihetsberövade personer. Det skulle gagna den enskildes rättssäkerhet och bör explicit anges i åtminstone i LPT och i andra tvångslagar. Detta för att undvika frågan om vilket beslut i vårdärendet som skall anses avgöra detsamma.

13.2.4 OFFENTLIGT BITRÄDE

Patienten skall genom chefsöverläkarens försorg, i enlighet med 48 § p. 3 LPT, upplysas om sin rätt att få offentligt biträde. Av 38 a § LPT följer, att offentligt biträde som *huvudregel* skall förordnas, om målet gäller

1 beslut om intagning för tvångsvård enligt 6 b, 11 eller 14 §,

2 domstols medgivande till fortsatt tvångsvård enligt 7, 9, 12 eller 14 §,

3 chefsöverläkarens beslut att patient som ges öppen psykiatrisk tvångsvård åter skall ges sluten sådan vård enligt 26 a §,

4 avslag på en begäran om att tvångsvården skall upphöra,

5 beslut om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt 20 a §, eller

6 beslut om försändelseövervakning enligt 22 a §.

© Författaren och Studentlitteratur

I lagen (1996:1620) om offentligt biträde finns föreskrifter bl.a. om att staten betalar kostnader för biträdet samt för den utredning som är skäligen påkallad för att ta till vara huvudmannens rätt.[21]

13.2.5 RÄTTSTILLÄMPNINGEN

Det är endast i ca 30 % av studerade journalhandlingar som det framgår att patienten informerats om sina rättigheter i enlighet med 48 § LPT. I de fall det framgår är det i regel i samband med intagningsbeslutet som det noteras att patienten fått "information enligt 48 §". Ibland skrivs det explicit och ibland sätts ett kryss i en ruta. Eftersom det sålunda som regel endast sker en hänvisning till 48 § är det ovisst om patienten givits *all* den information som föreskrivs i bestämmelsen eller enbart information om att intagningsbeslutet kan överklagas. Det är, som JO framhållit, inte acceptabelt att det saknas dokumentation om huruvida patienten informerats om sina rättigheter eller inte.[22] Det bör därför av journalen framgå *vad* i 48 § patienten informerats om. Kan patienten inte informeras om allt vid intagningen måste han eller hon informeras så fort det är möjligt och det måste, i enlighet med 48 § LPT, ske genom chefsöverläkarens försorg.

13.3 Information om lagstiftningen

Av 48 § andra stycket LPT framgår, att lagen skall finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna. Tanken härmed är att patienterna skall ha möjlighet att själv ta del av vilka regler som gäller.

13.4 Avslutande reflektioner

Journalgenomgången ger vid handen att det är synnerligen tveksamt om patienterna generellt informeras om sina rättigheter i den utsträckning som LPT föreskriver. Att det i enbart knappt en tredjedel av studerat journalmaterial framgår att patienten fått information är inte acceptabelt från rättssäkerhetssynpunkt. I vart fall är dokumentationen inte av sådan karaktär att man med säkerhet vet vilken information patienten fått. Det är därvid inte tillräckligt med en hänvisning till 48 § eftersom den bestämmelsen innehåller tre olika informationspunkter. Till detta kommer att överklagandebestämmelserna i 32 och 33 §§ LPT är omfattande och torde

21 Se även Grönwall & Holgersson, 2009 s. 159.
22 Jfr JO dnr 5514-2006 och 2044-2007.

© Författaren och Studentlitteratur

inte vid ett informationstillfälle, i regel vid intagningen då patientens tillstånd kan vara sådant att han eller hon inte kan ta till sig informationen, kunna uppfattas av patienten. Några kliniker har upprättat blanketter för *överklagande* där samtliga överklagandemöjligheter enligt 32 och 33 §§ LPT finns med. Det är ett vällovligt initiativ under förutsättning att blanketten kontinuerligt hålls uppdaterad i händelse av ändrad lagstiftning. Det måste dock framhållas, att även om patienten, t.ex. i samband med intagningen, verkligen informeras om alla möjligheter som finns att överklaga ett beslut, förtar inte detta beslutsfattarens skyldighet att i samband med *varje enskilt överklagbart beslut* formellt meddela patienten beslutet och hur det kan överklagas.

Att lagen skall vara väl synlig för patienten för att de skall ha möjlighet att ta del av vilka regler som gäller är naturligtvis en god tanke från lagstiftarens sida. Frågan är emellertid vilket stöd detta realiter är för patienten. Lagen är inte alldeles entydig ens för den juridiska professionen, så från rättssäkerhetssynpunkt torde det vara av ringa värde för patienten.

Enligt min mening bör övervägas att, i likhet med vad som gäller i 20 § socialtjänstförordningen (2001:937) rörande tvångsomhändertagna barn och unga, i FPT införas en skyldighet för tillsynsmyndigheten att framställa information som riktar sig till tvångsvårdade patienter enligt LPT och LRV där det särskilt framgår vilka rättigheter patienterna har.

© Författaren och Studentlitteratur

Vården

KAPITEL 14

14.1 Inledning

I LPT finns inga regler som talar om vilka behandlingsinsatser hälso- och sjukvården skall eller får erbjuda den enskilde patienten. Däremot finns vissa allmänna bestämmelser som reglerar en del frågor om vården. Sålunda stadgas i 15 § LPT var tvångsvård får ges, 15 a § behandlar god säkerhet i verksamheten, 16 § rör upprättande av vårdplan och 17 § reglerar vissa frågor om själva behandlingen. 15 a–17 §§ gäller därvid för vården oavsett om patienten befinner sig *på en sjukvårdsinrättning* eller på *permission* och oavsett om den bedrivs som *sluten* eller *öppen* psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård.[1]

I 18–24 §§ regleras noga vilka särskilda tvångsåtgärder som får vidtas i förhållande till en tvångsintagen patient och 25 § innehåller bestämmelser om permission. Dessa regler och åtgärder är emellertid förbehållna den *slutna* psykiatriska tvångsvården och behandlas i den följande framställningen för sig. I förevarande kapitel redogörs sålunda endast för de allmänna gemensamma bestämmelserna om vården i 15–17 §§.

14.2 Sjukvårdsinrättning

Av 15 § första stycket LPT framgår att vård enligt lagen ges *på en sjukvårdsinrättning* som drivs av ett landsting.[2] Den svåra integritetskränkning som en tvångsvård innebär gör att kraven på vårdens kvalitet måste ställas högt. Det har därför av lagstiftaren befunnits viktigt att tvångsvård bara kommer till stånd på sjukvårdsinrättningar och i former som kan erbjuda en bra vård. Detta har generellt ansetts vara fallet vid de sjukhus som utöver en psykiatrisk verksamhet erbjuder somatisk akutvård med specialiteter inom flera grenar av medicinen.[3] Intagning för psykiatrisk vård med tvång får *inte* ske på en *enskild institution*. Det går inte heller

1 Prop. 2007/08:70 s. 108.

2 Av 1 § tredje stycket LPT följer att sådan vård även får ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en kommun som inte ingår i ett landsting.

3 SoU 1990/91:SoU13 s. 79.

© Författaren och Studentlitteratur

att föra över en patient till en enskild institution sedan intagning skett. Dock kan patienten, enligt 25 § LPT, få tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område – permission – t.ex. för att vistas på en dylik institution, men patienten anses i sådant fall *fortfarande intagen* på den landstingsdrivna inrättningen.[4]

Ingenting hindrar att psykiatrisk tvångsvård ges på en *annan sjukvårdsenhet* än en psykiatrisk. En patient med t.ex. en akut hjärtinfarkt och psykos eller svår kroppsskada i kombination med en allvarlig psykisk störning kan inledningsvis vara i behov av vård på en medicinsk eller kirurgisk avdelning och samtidigt i behov av psykiatrisk tvångsvård. En för psykiatrisk vård ansvarig läkare kan i sådant fall besluta att patienten kan intas och tillfälligt vårdas på en *somatisk enhet*. Denne läkare har självfallet ansvar för den psykiatriska vården medan en annan läkare på den somatiska enheten har ansvar för den somatiska vården.[5]

Av 15 § andra stycket LPT framgår att om det finns *synnerliga skäl*, får *regeringen* bestämma att vård får ges även på någon *annan* vårdinrättning. På en sådan inrättning skall tillämpas det som i LPT sägs om sjukvårdsinrättning som drivs av ett landsting. Bestämmelsen tillkom på förslag från Socialutskottet och är avsedd för att man, även på ett enskilt vårdhem, skall kunna bereda vård åt personer som är så vårdkrävande att annan möjlighet i praktiken saknas.[6] En ansökan om tillstånd att få använda någon annan vårdinrättning än en sådan som drivs av ett landsting görs av sjukvårdshuvudmannen hos Socialstyrelsen, som med eget yttrande ger in ansökan till regeringen (3 § FPT). En ansökan till Socialstyrelsen skall därvid innehålla uppgift om den patient som ansökan avser, vilken vårdinrättning som avses, vilken vårdgivare som driver vårdinrättningen och uppgift om den läkare som där avses fullgöra chefsöverläkarens uppgifter (SOSFS 4 kap. 10 §).

14.3 God säkerhet i verksamheten

Av 15 a § första stycket LPT framgår, att vård enligt lagen skall bedrivas så att den uppfyller kraven på *god säkerhet i verksamheten*. Begreppet god säkerhet avser dels *enskildas* skydd mot personer som är intagna för psykiatrisk tvångsvård, dels behovet av säkerhet i vården för de *intagna* och för *personalen* på vårdinrättningen.[7] För att detta krav skall få genomslag måste det ställas krav på att det på vårdinrättningarna skall finnas den

4 Prop. 1990/91:58 s. 255.
5 Prop. 1990/91:58 s. 255.
6 SoU 1990/91:SoU13 s. 79.
7 Prop. 2005/06:63 s. 35.

© Författaren och Studentlitteratur

personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att en god säkerhet skall kunna tillgodoses i verksamheten, vilket fortsättningsvis framgår av samma bestämmelse. Därvid är det viktigt att framhålla, att förevarande reglering *inte* syftar till ökad inlåsning av patienterna utan snarare till ökade möjligheter till ett mer differentierat säkerhetsarbete utifrån en analys av de aktuella behoven på vårdinrättningen. Målsättningen med en reglering av säkerheten är att den skall fungera som ett stöd för ett mer dynamiskt säkerhetstänkande inom vården. Det kan bl.a. handla om en ökad differentiering när det gäller placering av patienter och ökad kompetens hos personalen.[8]

Det skall, enligt samma bestämmelse, även finnas en *säkerhetsansvarig* som har ansvaret för att sjukvårdsinrättningen säkerhetsanpassas och säkerhetsklassificeras, samt för att säkerheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och upprätthålls. Säkerhetsanpassning är därvid de åtgärder som huvudmännen vidtar i syfte att säkerställa en god säkerhet i verksamheten, vilket omfattar såväl inre som yttre säkerhet. Den *inre* säkerheten avser t.ex. sjukvårdshuvudmännens organisation för kvalitets- och säkerhetsarbete, att det finns dokumenterade och ändamålsenliga rutiner för vårdens bedrivande, vårdinnehåll och vårdmiljö, personalens kompetens m.m. Med *yttre* säkerhet avses t.ex. utformning och anpassning av sjukvårdsinrättningens område och byggnader. Säkerhetsklassificeringen innebär t.ex. att avdelningar vid verksamheter delas in i olika säkerhetsnivåer. En avdelning, eller del därav, med mycket hög säkerhetsnivå skall ha ett skal- och perimeterskydd som kan stå emot fritagningsförsök och kvalificerade rymningsförsök.[9]

14.4 Vårdplan

Av 16 § första stycket LPT följer, att en vårdplan *skall* upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård.[10] *Begreppet vårdplan* avser att tydliggöra att planen skall omfatta inte bara den medicinska behandlingen utan även omvårdnad samt i många fall insatser från socialtjänsten.[11]

8 Prop. 2005/06:63 s. 24.

9 Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.

10 Det som föreskrivs i 16 § är inte detsamma som den samordnade vårdplan varom sägs i 7 a § LPT som skall fogas till ansökan hos förvaltningsrätten om öppen psykiatrisk tvångsvård.

11 Prop. 1999/2000:44 s. 116.

© Författaren och Studentlitteratur

Lagens ordalydelse ger vid handen att vårdplanen skall upprättas *snarast* efter det att patienten *tagits in* för tvångsvård. Mot bakgrund av att det krävs en viss tid för nödvändiga utredningsåtgärder innan en plan kan upprättas har det *inte* befunnits lämpligt att i lag ställa krav på att vårdplanen skall upprättas inom en viss angiven tid. Lagstiftaren menar emellertid, att eftersom vårdplanen skall ligga till grund för genomförandet av vården bör en *preliminär vårdplan alltid upprättas i anslutning till ett beslut om intagning* för tvångsvård. Denna skall ligga till grund för behandlingen i det akuta skedet efter intagningen och ange huvuddragen i planeringen av den fortsatta vården. Den preliminära vårdplanen skall *revideras* så snart som det finns underlag för att fastställa den vårdplan som skall ligga till grund för det fortsatta vård- och behandlingsarbetet.[12]

I 3 kap. 3 § SOSFS 2008:18 förtydligas att vårdplaneringen skall inledas *i anslutning till beslutet* om intagning och föreskrivs att den skall ligga till grund för behandlingen av patienten i det *akuta skedet* efter intagningen samt innehålla *huvuddragen* i planeringen. Vidare föreskrivs att vårdplanen skall *omprövas* så snart det finns ett underlag för att fastställa en sådan för den fortsatta vården. JO har också erinrat om, och betonat vikten av, att vårdplanen upprättas snarast efter det att patienten tagits in för tvångsvård, även om planen i ett inledande skede endast blir preliminär, och att Socialstyrelsens föreskrifter rörande vilka uppgifter planen skall innehålla följs.[13] JO betonar också vikten av att vårdplaner dokumenteras på ett enhetligt sätt i journalerna så att de enkelt kan återfinnas.[14]

Såvitt gäller vårdplanens innehåll skall den, enligt 16 § LPT, ange de *behandlingsåtgärder* och *andra insatser* som behövs för att *syftet* med tvångsvården skall uppnås och för att resultaten av dessa insatser skall kunna bestå. Regeringen har därvid bl.a. framhållit det angelägna i att vårdplaneringen inom den psykiatriska tvångsvården utvecklas för att säkerställa att *kvaliteten* och *säkerheten* i patientens vård och omhändertagande tillgodoses och att *syftet* med tvångsvården uppnås på *kortast möjliga tid* och med *minsta möjliga användning av tvångsåtgärder.* Som framgått tidigare är syftet med tvångsvården att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd han eller hon behöver (2 § andra stycket LPT).[15] I motiven framhålls också att vårdplaneringen bör utvecklas för att säkerställa att patienten informeras om sina

12 Prop. 1999/2000:44 s. 79.

13 Dnr 3870-2004, 2172-2006, 5514-2006 och 4213-2007. I ett JO-beslut (dnr 3401-2002) ifrågasatte JO klinikens rutin att vänta en vecka med att upprätta vårdplan.

14 Dnr 2044-2007.

15 Se utförligt om syftet, kapitel 8.

© Författaren och Studentlitteratur

rättigheter, främst enligt LPT (och LRV), men även i ett vidare perspektiv de rättigheter som SoL och LSS ger, samt att *förslag och klagomål* från patienten kan tas om hand och beaktas.[16]

Som framgått inledningsvis innebär begreppet vårdplan att inte bara medicinsk behandling omfattas utan t.ex. även insatser från socialtjänsten. Av planen skall sålunda framgå inte bara patientens vård- och behandlingsbehov utan också eventuellt behov av bostad, stöd och service, arbete, utbildning eller annan sysselsättning. Visar det sig att det finns behov av insatser från kommunen bör vårdplanen upprättas *i samråd med socialtjänsten* och den kommunala hälso- och sjukvården.[17] Också av 3 kap. 5 § SOSFS 2008:18 följer att vårdplanen skall ge en samlad bild av patientens medicinska, psykologiska och sociala behov. Vidare skall målen för de behandlingsåtgärder och andra insatser som behövs för att syftet med tvångsvården skall kunna uppnås framgå av planen.

Av 16 § andra stycket LPT framgår att chefsöverläkaren har *skyldighet* att undersöka om patienten har behov av stöd från socialtjänsten och att detta, så långt det är möjligt, skall ske *i samråd med patienten*. Genom den sekretessbrytande bestämmelsen i 43 § LPT, enligt vilken uppgifter om en patient skall lämnas ut *från* hälso- och sjukvårds- och socialtjänstverksamhet, har chefsöverläkaren möjlighet att fullgöra denna uppgift. Det bör dock framhållas, att sekretess gäller i fråga om uppgifter som chefsöverläkaren själv förfogar över, vilket sålunda tarvar en prövning om uppgifter kan lämnas ut i sedvanlig ordning.

16 § första stycket LPT ger vid handen att vårdplanen, så långt det är möjligt, skall *upprättas i samråd med patienten*. Det föreligger också en *presumtion* för att samråd skall ske också med patientens *närstående*. Endast om det är *olämpligt* kan samråd med närstående underlåtas, vilket enligt motiven måste avgöras från fall till fall. En sådan situation kan vara att patienten och de närstående är i konflikt med varandra eller att patienten motsätter sig att kontakt tas. På grund av sekretessbestämmelserna blir möjligheterna till kontakt inte så stora i de fall samtycke inte kan erhållas från patienten. I de fall patienten saknar förmåga att ge uttryck för sin inställning förutsätts chefsöverläkaren pröva om hinder möter mot att samråd sker.[18]

Det är chefsöverläkaren som enligt 3 kap. 6 § SOSFS 2008:18 skall ansvara för att en vårdplan upprättas, följs upp och omprövas av en läkare med kompetens och erfarenhet för uppgiften. Chefsöverläkaren skall också se till att journalen för en patient innehåller vårdplanen och att

16 Prop. 1999/2000:44 s. 78.
17 Prop. 1999/2000:44 s. 78.
18 Prop. 1999/2000:44 s. 116.

© Författaren och Studentlitteratur

uppgift om samråd med patienten och dennes närstående har ägt rum (2 § p. 6 och 7 FPT).

Genomgången av journalhandlingar[19] ger vid handen att någon form av *planering* regelmässigt inleds omedelbart efter det att patienten tagits in. Är patientens tillstånd sådant att han eller hon är kommunikativ framgår normalt av journalanteckningarna att patienten deltar i ett resonemang kring vården och planeringen. Detta gäller även i fråga om närståendes medverkan i vårdplaneringen, såvida det inte direkt framgår att patienten inte vill att närstående skall kontaktas eller medverka.

Varken lag eller föreskrifter ställer krav på att vårdplanen skall upprättas i en *separat journalhandling*. Det vanligaste är också att "vårdplaneringen" kontinuerligt noteras i de löpande journalanteckningarna. Det kan handla om såväl medicinska insatser som insatser rörande t.ex. boende, öppenvård, behandlingshem eller arbetsträning. I några fall framgår vårdplanen i journalen under *särskild rubrik*, men oftast framträder planeringen som *en del av de dagliga anteckningarna*. Denna omständighet medför en osäkerhet för läsaren huruvida vårdplan faktiskt upprättats och när detta kan anses ha skett. Endast ett par kliniker, åtminstone utifrån vad som framgår av studerat material, upprättar en särskild blankett för vårdplanering vilket enligt min mening är till gagn för den enskilde patienten från såväl rättssäkerhets- som patientsäkerhetssynpunkt. Också JO har i flera beslut konstaterat att det saknas vårdplaner i journalerna och att det inte alltid gått att utläsa om en vårdplan upprättats. I vissa fall har uppgifter om planerad vård dokumenterats på olika ställen i journalen och under olika sökord. I många fall verkar egentlig vårdplan upprättas först i samband med den första prövningen i förvaltningsrätten eller i samband med vårdplaneringen inför längre permission eller utskrivning.[20]

Även om det sålunda inte föreligger ett explicit krav på att vårdplanen skall visas i en *separat* journalhandling menar jag att ett sådant förfaringssätt är det rätta. Motivet härför är för det första det lagstadgade kravet i 16 § LPT på att en vårdplan *skall upprättas*. Det föreligger sålunda en *skyldighet* att upprätta, dvs. *formulera* en vårdplan relaterad till syftet med tvångsvården. För det andra föreskrivs i 2 § p. 6 FPT att journalen för en tvångsvårdad patient skall, *utöver* vad som följer av PdL, innehålla vårdplanen. Det torde sålunda inte vara tillräckligt att planeringen "flyter in" i de dagliga journalanteckningar som med självklarhet skall finnas, utan journalen skall *förutom* detta även innehålla en konkret plan. Att vårdplanen framträder under en särskild rubrik i de löpande anteck-

19 Se metod och material, avsnitt 1.3.

20 Dnr 5514-2006, 4213-2007 och 2044-2007.

© Författaren och Studentlitteratur

ningarna kan möjligen vara acceptabelt, men det förutsätter att det på ett enkelt sätt går att finna denna för kontinuerlig omprövning och revidering. JO har också framhållit värdet av att vårdplanen upprättas i en separat handling så att patienten enkelt kan få ett eget exemplar av densamma. Det gör det även lättare att ta fram och revidera den när behov uppstår.[21] Därutöver kan erinras om att det i FN:s princip[22] 9:2 framgår att vården av varje patient skall baseras på en individuellt anpassad vårdplan som upprättas i samråd med patienten och återkommande utvärderas och revideras. Vårdplanen måste sålunda framträda *tydligt* i patientjournalen, enligt min mening genom en särskild journalhandling. I annat fall är det svårt att tillgodose lagstiftningens syfte med densamma, att möjliggöra att tvångsvården kan styras och säkras mot de mål och delmål som anges för vården av en patient. Genom en separat vårdplan framträder det också tydligare när den upprättats och i vilken mån planen upprättats i samråd med patienten och/eller närstående. Att samrådskravet upprätthålls blir inte lika tydligt om det enbart framgår av de löpande anteckningarna.

Avslutningsvis bör noteras, att vårdplanen enligt 16 § LPT är något annat än den samordnade vårdplan som avses i 7 a § LPT och krävs vid en ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård. På förekommen anledning bör också framhållas att vårdplanen i 16 § LPT inte heller är detsamma som den vårdplanering som åsyftas i SOSFS 2005:27 som avser samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård. En annan sak är att vårdplanen i 16 § kan vara ett värdefullt hjälpmedel även vid vårdplaner och vårdplanering med annat syfte.

14.5 Behandlingen

14.5.1 INLEDNING

En bärande princip i Europarådets rekommendation No. R (1983) 2 är, att en tvångsintagen patient skall ha rätt att bli behandlad under samma etiska och vetenskapliga betingelser som andra sjuka personer.[23] Denna princip gäller fullt ut som rättesnöre för den psykiatriska tvångsvården i Sverige.[24] Tidigare har också konstaterats att HSL och dess principer gäller *all* psykiatrisk tvångsvård, dvs. såväl frivillig vård som tvångsvård oavsett om det är vård i enlighet med LPT eller LRV.[25]

21 Dnr 3870-2004.

22 FN:s principer för skydd av personer med psykisk störning och förbättring av psykiatrisk vård.

23 Grönwall & Holgersson 2009, s. 285 f.

24 Prop. 1990/91:58 s. 134.

25 Jfr 1 § LPT. Se även avsnitt 5.1.

© Författaren och Studentlitteratur

Utgångspunkten när det gäller vård och behandling är alltså de krav som följer av HSL på bl.a. god kvalitet, respekt för patientens självbestämmande och integritet och att patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården skall tillgodoses.[26] Självfallet är också lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) tillämplig, bl.a. vad avser hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet. Dessa bestämmelser är grundläggande för behandlingen av *alla patienter* inom såväl frivillig vård som tvångsvård och skall vara styrande för *alla åtgärder* som vidtas inom ramen för vården. När det gäller tvångsvården finns därutöver en *proportionalitetsprincip* som innebär att tvångsåtgärder får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden och att mindre ingripande åtgärder skall användas om de är tillräckliga. Dessutom anges även i LPT, att beträffande behandlingen av en patient skall samråd ske med patienten när det kan ske och att behandlingsåtgärderna skall anpassas till syftet med tvångsvården. Dessa grundläggande bestämmelser för tvångsvården gäller oavsett om tvångsvården bedrivs som sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård respektive rättspsykiatriskt vård.[27]

LPT ger emellertid, som undantagslag inom hälso- och sjukvårdsområdet, befogenhet att i vissa avseenden avvika från HSL:s grundsatser. I en tvångsvårdssituation kan sålunda principen om *självbestämmande och integritet* få en inskränkt tillämpning. Denna princip är dock av så fundamentalt värde att medicinering och annan behandling under tvångsvård som *huvudregel* skall ske *i samförstånd* med patienten. Att en patient tas in på en sjukvårdsinrättning med stöd av LPT medför sålunda *inte* att patienten med någon slags automatik också skall behandlas mot sin vilja.[28] Tvärtom gör patientens utsatta ställning det särskilt viktigt att vården och behandlingen sker i former som inkräktar så lite som möjligt på patientens integritet och värdighet. Behandlingsåtgärderna får därför inte till sin *art*, *omfattning* och *varaktighet* vara mera ingripande än vad som är försvarbart med hänsyn till syftet med tvångsvården.[29]

I det följande redogörs för den närmare innebörden av regleringen i 17 § LPT som reglerar frågor om behandlingen. Det bör understrykas att den bestämmelsen *inte* avser de särskilda tvångsåtgärder som regleras särskilt i 18–24 §§ LPT. Dessa regler innebär ytterligare intrång i den enskildes integritet och innehåller därför särskilda bestämmelser om bl.a.

26 Prop. 2007/08:70 s. 109.
27 Prop. 2007/08:70 s. 109.
28 Prop. 1990/91:58 s. 134.
29 Prop. 1999/2000:44 s. 80 f. Se även kapitel 8.

© Författaren och Studentlitteratur

beslutsbefogenhet och under vilka förutsättningar åtgärderna får vidtas.[30]

14.5.2 SAMRÅD MED PATIENT OCH NÄRSTÅENDE

Av 17 § första stycket första meningen LPT framgår, att i fråga om behandlingen under vårdtiden *skall* samråd äga rum med patienten när det kan ske. Denna *skyldighet* följer i och för sig redan av HSL (2 a §) och LYHS (2 kap. 1 §), men bestämmelsen i 17 § är avsedd att *erinra om* att hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldiga att samråda med patienten om den behandling som patienten skall ges under vårdtiden. Informationen anses ha en stor betydelse för patientens självkänsla och är ett led i strävandena att göra vården mer mänsklig.[31]

Det är den som är ansvarig för vården av patienten som är skyldig att *informera* patienten om hans eller hennes hälsotillstånd, om de behandlingsmetoder som står till buds liksom om riskerna med en eventuell behandling. Patienten måste, enligt lagens motiv, ges så utförlig och ingående information som förhållandena påkallar och stimuleras att aktivt söka information, kritiskt granska den och anpassa informationen till sin egen situation. Informationen måste också anpassas till patientens egna förutsättningar att tillgodogöra sig behandlingen såsom patientens tillstånd, språksvårigheter eller syn- och hörselskador.[32] I lagens motiv framhålls, att en välinformerad patient också är en förutsättning för att personalen skall få den information från patienten som behövs för en god vård.[33]

Kravet på samråd är *huvudregel*, men det är inte ovillkorligt. Lagens ordalydelse ger vid handen att samråd med patienten skall äga rum *när det kan ske*. Enligt lagens motiv får patientens psykiska tillstånd avgöra när ett sådant förfarande får underlåtas.[34] Vidare gäller, liksom vid vård enligt HSL (2 § p. 3) att patientens rätt till självbestämmande och integritet inte är absolut utan den måste av flera skäl vara begränsad. Det är sålunda *inte* möjligt att generellt låta patienten bestämma *innehållet och omfattningen* av vården.[35] Det skall dock framhållas att HSL:s tillämplighet numera innebär, även i förhållande till tvångsvårdade patienter, att när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet skall patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar (jfr 3 a § första stycket HSL

30 Prop. 1990/91:58 s. 257. Se även kapitel 16.

31 Prop. 1990/91:58 s. 134 f.

32 Se om skyldigheten att anlita tolk, avsnitt 5.3.

33 Prop. 1990/91:58 s. 134 f.

34 Prop. 1990/91:58 s. 257.

35 Prop. 1981:82:97 s. 119 och prop. 1990/91:58 s. 135.

© Författaren och Studentlitteratur

och 2 kap. 2 a § LYHS). Patienten har också möjlighet att få en förnyad medicinsk bedömning i de fall vetenskap och beprövad erfarenhet inte ger entydig vägledning och det medicinska ställningstagandet kan innebära särskilda risker för patienten eller har stor betydelse för dennes framtida livskvalitet (3 a § tredje stycket HSL och 2 kap. 2 a § LYHS).[36]

Genom *rätten till samråd* ges patienten möjligheter att påverka behandlingen.[37] Detta tillsammans med grundläggande bestämmelser om självbestämmande och integritet medför att patientens önskemål skall *respekteras så långt det är möjligt.*[38] Det framgår också av lagens motiv att det ankommer på chefsöverläkaren att så långt det är möjligt tillmötesgå patientens önskemål när det gäller behandlingen.[39] Bestämmelserna i HSL om att den enskilda människans värdighet skall respekteras i vården (2 §) och att patientens val av behandlingsmetod skall vara avgörande om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat (3 a §) har av lagstiftaren avsetts understryka vikten av att hänsyn skall tas till patientens upplevelser och att tvångsåtgärder skall användas i minsta möjliga utsträckning. Också 31 § HSL, att kvaliteten inom hälso- och sjukvårdsverksamheten systematiskt och fortlöpande skall utvecklas och säkras, ställer krav på att tvångsvården och användningen av tvångsåtgärder vid sådan vård beaktas särskilt vid utformningen av det kvalitetssystem som skall finnas i verksamheten i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter.[40]

Ytterligare en begränsning i fråga om behandlingsåtgärderna ligger i proportionalitetsregeln i 2 b § LPT. Enligt denna bestämmelse får *tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården endast* användas om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård och de får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta. Bestämmelsen är tillämplig vid sådana tvångsåtgärder som syftar till att genomföra vård eller vid vårdåtgärder som genomförs med tvång.[41] Dessa *riktlinjer för tvångsbehandling* innebär att *särskild vikt* skall läggas vid patientens delaktighet vid planering och genomförande av vård och behandling. När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och bedöms vara till nytta för patienten med hänsyn till hans psykiska störning, bör därför *patientens val vara*

36 Jfr Sahlin 2006 s. 75 ff.
37 Prop. 1990/91:58 s. 135.
38 Prop. 1990/91:58 s. 256.
39 Prop. 2007/08:70 s. 109.
40 Prop. 1999/2000:44 s. 82.
41 Prop. 1999/2000:44 s. 113.

© Författaren och Studentlitteratur

avgörande. Vidare skall särskild hänsyn tas till patientens upplevelser av viss behandling.[42]

Granskade patientjournaler ger uttryck för att samråd och information regelmässigt äger rum. Det noteras t.ex. att patienten informeras om att doseringen av viss medicin ökas eller minskas liksom att man planerar olika aktiviteter på avdelningen. Följande exempel kan illustrera det sagda.

> (3 A) 070102 noterar läkare att patienten får information om hur länsrättsförhandlingen kommer att gå till samt att patienten erbjuds ECT och att hon bestämt tackar nej till detta.
>
> (6 B) 060826 noterar överläkare att patienten kom in manisk och psykotisk. "Detta har lugnat ner sig och framträder gör en depressivitet. Således kan man misstänka en affektiv sjukdom av bipolärt slag. Föreslår insättning av litium som profylax vilket /.../ ställer sig positiv till."
>
> (6 E) 060409 noteras att bl.a. medicineringen diskuterats och att patienten är positiv till Stesolid men absolut inte vill han någon annan medicin. Vidare noteras att patienten och läkaren diskuterar fram och tillbaka och att läkaren bedömer att patienten är i behov av neuroleptika. Kommer till slut överens om att han skall prova T Trilafon kombinerat med T Stesolid. Informerar honom om biverkningar, att de är lindriga, att han förmodligen inte kommer att märka något av Trilafonmedicineringen.
>
> (6 E) 060511 noterar AT-läkare att patienten vill bli återinsatt på Leponex. Skulle vilja slippa neuroleptika som tablett och endast få injektion. Patientens önskemål tillmötesgås.
>
> (9 C) 060607 noteras att patienten uttrycker önskemål om preparatbyte, vilket effektueras.
>
> (10 D) 051207 noterar överläkare att patienten "Erbjudes återigen att medicinera med Zyprexa". Pat vill dock läsa FASS först, vilket han får göra.
>
> (10 D) 051216 noterar läkare: "Försöker även informera om Ergenyls verkningsmekanismer men tveksamt hur mycket pat tar till sig."

Enligt 17 § första stycket andra meningen föreligger en *skyldighet* att samråda med *patientens närstående, om det inte är olämpligt*. Med närstående avses främst nära anhöriga, t.ex. make/maka, sambo, föräldrar, barn och syskon, och som regel är det tillräckligt om någon av dem kontaktas.[43] Ordalydelsen i 17 § – om det inte är olämpligt – innebär att det föreligger

42 Prop. 1999/2000:44 s. 84.
43 Prop. 1990/91:58 s. 257.

© Författaren och Studentlitteratur

en *presumtion för* att samråd skall ske. Endast om det är olämpligt kan detta underlåtas vilket, enligt motiven, måste avgöras från fall till fall. En sådan situation kan vara att patienten och de närstående är i konflikt med varandra eller att patienten motsätter sig att kontakt tas med närstående.[44] Med hänsyn till hälso- och sjukvårdssekretessen och dess omvända skaderekvisit blir möjligheterna till samråd inte så stora i de fall samtycke inte kan erhållas från patienten. Motsätter sig patienten en kontakt med de närstående bör man avstå från att kontakta dem. I vissa brådskande situationer kan det också vara omöjligt att kontakta någon närstående innan behandling sätts in.[45] Om patienten saknar förmåga att ge uttryck för sin inställning är lagstiftarens tanke att chefsöverläkaren skall pröva om sekretesslagens bestämmelser möter hinder mot att samråd sker (25 kap. 1 § OSL).[46]

Uppgift om samråd med patienten och dennes närstående skall, enligt 2 § p. 7 FPT, framgå av patientens journal.

14.5.3 CHEFSÖVERLÄKARENS BESLUT/TVÅNGSMEDICINERING

Det har av lagstiftaren sålunda framhållits att det är viktigt för vårdens resultat att den kan genomföras i en atmosfär av samförstånd och samverkan mellan vårdpersonal och patient. I motiven framhålls, att om en patient uttryckligen motsätter sig en viss behandling bör det övervägas om det finns en *alternativ* behandlingsmetod att tillgå som patienten kan acceptera. Detta gäller självfallet endast under förutsättning att den alternativa metoden står i överensstämmelse med kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett *uttryckligt önskemål* från patientens sida skall således beaktas så långt det är möjligt. Patientens tidigare erfarenheter av en viss behandling kan medföra att han eller hon har en bestämd åsikt om lämpligheten av denna. Lagstiftaren menar, att det är viktigt att man inom den psykiatriska tvångsvården tar hänsyn till patientens egna upplevelser av en viss behandling och använder så lite tvång som möjligt.[47]

För de fall enighet likväl inte kan nås om behandlingen stadgas i 17 § första stycket sista meningen, att det *ytterst* är *chefsöverläkaren* som avgör frågor om behandlingen. Avsikten därmed är *inte* att chefsöverläkaren skall besluta i frågan vid varje tillfälle som patienten under pågående behandlingsperiod skall ges t.ex. en viss medicinering, utan bestämmelsen tar sikte på mer *övergripande* behandlingsbeslut som ger befogenhet för

44 Prop. 1999/2000:44 s. 116 f.

45 Prop. 1990/91:58 s. 257.

46 Prop. 1999/2000:44 s. 116. Se även Lagrådets yttrande a.a. s. 172.

47 Prop. 1990/91:58 s. 135. Jfr även 40 § LPT och 4 kap. 2 § SOSFS 2008:18.

© Författaren och Studentlitteratur

övrig vårdpersonal att genomföra de vårdåtgärder som följer av ett sådant beslut.[48] Av 39 § p. 4 LPT följer att chefsöverläkaren får uppdra åt en erfaren läkare vid sjukvårdsinrättningen *med specialistkompetens* inom någon av de psykiatriska specialiteterna, att fullgöra denna uppgift. Att frågorna förs upp på lednings- eller specialistläkarnivå avses leda till att de känsliga avgörandena träffas mot bakgrund av bästa tillgängliga kunskap och erfarenhet.[49]

Som framgått ovan diskuterar behandlande läkare normalt vård- och behandlingsåtgärderna med patienten och/eller närstående. Journalgenomgången ger även vid handen, att i de fall patienterna uttrycker sig negativt till föreslagna åtgärder tas som regel hänsyn till patientens synpunkter. Ofta förklaras åtgärdens nödvändighet. Om det inte är absolut nödvändigt med en viss insats, och patienten inte låter sig övertygas av sakliga argument, avvaktar man vanligen med behandlingsåtgärden. Några exempel från journalgenomgången kan illustrera vad som förekommit.

> (3 A) 070105 noterar läkare: "Pat informeras om medicinförändringarna och accepterar dessa om än hon själv är av en annan åsikt."
>
> 4 D) 060706 noterar intagningsläkaren att patienten helst inte vill ha några mediciner. Avvaktar med läkemedel men patienten är införstådd i att skulle han bli alltför orolig kan vi behöva ge honom dämpande mediciner.
>
> (5 D) 070326 noterar överläkare att patienten skulle ha fått injektion den 22, men hon vägrade. Överläkaren bedömde inte att det var motiverat att ge den med tvång och satte i stället ut ordinationen.
>
> (7 C) 061106 noterar överläkare att "jag uppfattar det som mindre lämpligt att fortsätta med depotinjektioner, när det fullständigt saknas behandlingsallians omkring denna behandlingsstrategi".
>
> (9 D) 061117 noterar underläkare (överläkare är med i samtalet) att patienten blir mycket agiterad och upprörd när vi diskuterar möjligheterna att ändra medicinering till depotinjektioner. "Vi kommer överens om, efter samtal med öppenvårdsläkaren som haft önskemål om detta, att avstå från detta alternativ och fortsätta med tablettbehandling."

Det finns i drygt 15 % av studerat journalmaterial också exempel på att behandlingsåtgärder ges med tvång och det handlar då om injektionsbehandling. Några andra behandlingsåtgärder har inte, såvitt gått att utläsa ur journalerna, givits utan den enskildes samtycke. Ofta fram-

48 Prop. 1990/91:58 s. 257.
49 Prop. 1990/91:58 s. 136.

© Författaren och Studentlitteratur

går tvångsbehandlingen tillsammans med andra tvångsåtgärder, främst bältesläggning. Följande exempel visar vad som kan framgå av journalerna:

> (1 A) 061121 noterar sjuksköterska: "§ 17 Tvångsinjektion depot enligt ordination från öl."
>
> (3 B) 060830 noterar läkare att patienten inte vill ta sin medicin utan spottar ut den. "Åtgärden blir att vi tvångsmedicinerar honom med Cisordinol inj."
>
> (5 B) 050421 noterar överläkare i samband med intagningsbeslutet "Beslut enligt 17 § om tvångsåtgärdande behandling. Åtgärd: Inj Cisordinol-Acutard."
>
> (5 D) 061130 noterar överläkare bl.a.: "Då pat vägrar acceptera medicineringen ges injektionen som tvångsbehandling."
>
> (8 D) 060510 noterar sjuksköterska att patienten är mycket uppvarvad, orolig, skrikig och argsint. Undertecknad får tillkalla extraförstärkning och "pat sprutas omgående med Inj".
>
> (6 E) 060514 noterar ST-läkare: "Får kl. 8.00 rapport om att /.../ legat i bälte igår em och då erhöll inj."
>
> (10 C) 050521 noterar underläkare att patienten ej kan stå på sina ben, talar sluddrigt och försöker bita läkaren i handen. "Pat läggs i bälte (helkropp) kl. 20.50 och sväljer Mixtur Nozinan 10 mg/ml, 5 ml utan nämnvärd effekt. Upprepad dos (50 mg) av mixtur Nozinan sam T Propavan spottas ut av pt ca 22. Efter diskussion med IVA-jour samt bakjour. /.../ gives inj Nozinan 25 mg/ml, 2 ml kl 00."

I fallet 3 B refererat noteras bl.a. att "Åtgärden blir att vi tvångsmedicinerar honom." Av *den* anteckningen framgår uttryckligen vad som skett. I exempel 10 C framgår det däremot inte klart av journalanteckningen huruvida injektionen givits med tvång eller inte. Mot bakgrund av att patienten spottat ut medicin och då injiceringen skett under bältesläggning borde man dock kunna dra den slutsatsen. Det finns emellertid fler exempel från journalgenomgången där formuleringarna är av sådan karaktär, att man kan hamna i tvivel om det är fråga om tvångsinjicering eller inte.

> (3 B) sjuksköterska noterar 060901 att patienten varit orolig hela kvällen. Kom inte alls till någon ro. "*Blir injicerad* med Stesolid 20 mg. 00.15. Sover därefter" [kurs. här].

Betyder "blir injicerad" att det skett med tvång eller är det enbart ett uttryck för att patienten fått en injektion? Det blir inte klarare av att det

© Författaren och Studentlitteratur

några dagar senare beträffande samma patient noteras

> (3 B) 060911"Vägrat morgonmedicin, *får injektion* Stesolid 5 mg/ml 4 ml och injektion Cisordinol acutard 50 mg/ml 1 ml" [kurs. här].

Här noteras att patienten "får injektion" och man kan därvid förledas att tro att den givits med samtycke. Så är emellertid inte fallet då det fortsättningsvis noteras:

> "Mycket spänd, ligger inte still under injektionsgivning trots att personal har hållit honom."

I en annan anteckning rörande samma patient noteras av sjuksköterska:

> (3 B) 060904 kl. 22.30 att patienten haft svårt att komma till ro, "ibland på väg att somna men rusar sedan ur sängen, talar osammanhängande. Tar emot 1 tabl Stesolid /.../ Sedan började han blir trött igen men kämpar emot och ska hela tiden ur sängen. Vid ett tillfälle försöker han sparka på kvinnlig personal, vid ett annat kastar han ett äpple på nacken på mig. Han *får då inj* Stesolid /.../ Somnar efter 30 min" [kurs. här].

Troligen har injektionen givits med tvång men det är inte, enligt min uppfattning, helt klart. Det *kan* vara fråga om en injektion som den enskilde faktiskt gått med på då det inte är tydligt vad "får injektion" innebär. Detta mot bakgrund av att det dagen efter noteras

> (3 B) 060905 16.45 "*Får inj.* Stesolid /.../ Patienten medgörlig och injektionen kan inte betraktas som en tvångsåtgärd" [kurs. här].

Utifrån rättighetsskyddet i RF och EKMR är det inte tillfredsställande att man inte med fullständig säkerhet kan utläsa av patientjournalerna om tvångsmedicinering givits med tvång eller inte. Det är ett fundamentalt rättssäkerhetskrav som man inte får ge avkall på. Ett hot mot rättssäkerheten är även den omständigheten, att det varken i LPT eller LRV ges direkt uttryck för att behandlingsåtgärder får vidtas *mot den enskildes vilja med tvång* utom såvitt gäller behandling *före* ett beslut om intagning (6 a § LPT).[50] Underförstått kan det sägas framgå av 17 § tillsammans med proportionalitetsregeln i 2 b § LPT, men detta är enligt min uppfattning inte tillräckligt. 6 a § infördes mot bakgrund av de höga rättssäkerhetskrav som måste tillgodoses *vid intagning* för psykiatrisk tvångsvård.[51] Rättssäkerhetskravet är emellertid lika starkt framträdande sedan tvångsvård

50 Se avsnitt 10.5.8.

51 Prop. 1999/2000:44 s. 59.

© Författaren och Studentlitteratur

väl beslutats. Därför måste det av lagen uttryckligen framgå att behandling får ges mot den enskildes vilja och vem som har befogenhet att besluta om detta. Att den enskilde patienten inte av lagen ges möjlighet att förutse att behandlingsåtgärder får vidtas mot dennes vilja efter det att intagning skett, är från rättssäkerhetssynpunkt en allvarlig brist.

Patienten kan *inte* överklaga chefsöverläkarens beslut rörande viss behandling. Frågan om överklagande av tvångsmedicinering och användning av andra tvångsåtgärder togs upp i motiven till 1991 års lag. Det befanns då inte lämpligt att en rad olika frågor angående vårdens innehåll skulle kunna bli föremål för en domstolsprövning, även om avsteg från detta gjordes rörande beslut om särskilda villkor vid permission. En mer generell rätt att överklaga till domstol beträffande vårdinnehållet skulle emellertid, enligt motiven, kunna medföra en del problem med gränsdragningen gentemot andra myndigheters uppgifter, såsom Socialstyrelsen, HSAN och patientnämnderna.[52] Senare har dock införts möjlighet att överklaga beslut om inskränkning i användningen av elektroniska kommunikationstjänster och försändelseövervakning. Det har motiverats med att dylika beslut skiljer sig från andra tvångsåtgärder, eftersom de kan fattas inte endast utifrån behandlingshänsyn utan även för att undvika att någon annan lider skada.[53] Oaktat det sagda, hade en möjlighet för patienten att överklaga behandlingsbeslut ytterligare gagnat den enskildes rättssäkerhet, i synnerhet om ett sådant inte får verkställas i händelse av ett överklagande. Tillsynsmyndighetens efterhandskontroll torde inte vara jämförbar med en rättslig prövning i fråga om huruvida behandlingsåtgärden skall få vidtas eller inte.[54]

14.5.4 SÄRSKILT OM BEHANDLINGSÅTGÄRDER

Som framgått inledningsvis gäller för behandlingsinnehållet även regleringen i HSL och LYHS, bl.a. kravet på *vetenskap och beprövad erfarenhet* och att en patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Detta är, enligt lagens motiv, den *givna utgångspunkten* vid bedömningen av vilken behandling som skall vara tillåten. Endast behandlingsåtgärder som uppfyller detta krav får vidtas beträffande tvångsintagna patienter.[55]

LPT innehåller ingenting om behandlingsformerna. I 17 § andra

52 Prop. 2005/06:195 s. 31.
53 Prop. 2005/06:195 s. 31.
54 Rynning 1994 s. 359.
55 Prop. 1990/91:58 s. 134.

© Författaren och Studentlitteratur

stycket LPT *erinras* dock om att behandlingen skall hållas inom den ram som framgår av *syftet med tvångsvården* i 2 § andra stycket; att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver.[56] Hänvisningen till syftesbestämmelsen omfattar alla *psykiatriska* behandlingsåtgärder. *Somatisk* behandling åsyftas däremot *inte*.[57]

Kravet på att anpassning skall ske till tvångsvårdens beskrivna syfte gäller såväl *arten* som *omfattningen* och *varaktigheten* av behandlingsåtgärderna. I motiven till 1991 års lag uttalades att en behandlingsåtgärd, i det enskilda fallet, således inte får vara mer ingripande än vad som är försvarbart med hänsyn till det i lagen angivna ändamålet med tvångsvården, att *tillgodose patientens oundgängliga behov* av sådan vård som ges efter intagning på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård och *göra det möjligt* för patienten att medverka till vidare behandling på frivillig grund.[58] Detta sagda avser vad som numera benämns *sluten* psykiatrisk tvångsvård (3 § första stycket p. 1 LPT). Genom den *öppna* psykiatriska tvångsvården (3 § första stycket p. 2) har tvångsvården utsträckts till att, under vissa förutsättningar, gälla patienter som inte längre har ett oundgängligt behov av sjukhusvård. Syftet med de båda vårdformerna är emellertid detsamma och de åtgärder som vidtas skall alla tjäna det legala syftet.[59] När patienten blivit så motiverad att han eller hon bedöms klara fortsatt behövlig vård i frivilliga former skall tvångsvården upphöra, antingen den bedrivs som sluten eller öppen vård (jfr 27 § LPT).[60]

Socialberedningen föreslog att tvångsmedicinering eller annan behandling mot patientens vilja inte skulle få tillgripas såvida det inte förelåg allvarlig fara för patientens liv eller hälsa.[61] Lagstiftaren fann emellertid att beredningens förslag, att genom en lagbestämmelse begränsa tvångsbehandling till allvarliga risksituationer, inte utgjorde någon lämplig lösning.[62] Att generellt förbjuda vissa behandlingar som av patienten kan uppfattas som *särskilt påfrestande eller integritetskränkande* låter sig inte göras dels, med hänsyn till att upplevelsen av behandlingen är individuellt betingad och dels, att tvångsvårdade patienter därmed inte skulle kunna komma i fråga för vissa typer av behandlingar som kan erbjudas i den

56 Se kapitel 8.
57 Prop. 1990/91:58 s. 257.
58 Prop. 1990/91:58 s. 257.
59 Se även kapitel 8.
60 Prop. 1990/91:58 s. 237.
61 SOU 1984:64 s. 250 f.
62 Prop. 1990/91:58 s. 136.

© Författaren och Studentlitteratur

frivilliga psykiatriska vården. En sådan ordning har av lagstiftaren inte ansetts tillfredsställande.

I motiven ges emellertid vissa vägledande kommentarer. Såvitt gäller tvångsmedicinering med *långtidsverkande läkemedel*, framför allt neuroleptika i depåform, anfördes att det i vissa situationer *inte* är principiellt tillfredsställande att tillåta medicinering med ett läkemedel som kommer att ha avsedd effekt under en lång tid efter det att en rättslig prövning skall äga rum eller tiden för tvångsvård går ut. Det är därför viktigt, sägs det, att det görs noggranna överväganden av läkemedlens effekter och biverkningar inför valet av behandling under en tvångsvårdsperiod. Särskilt som förstahandsåtgärd i ett *inledningsskede* av tvångsvård kan behandling med långtidsverkande depåneuroleptika framstå som *klart olämpligt* från nyss nämnda principiella utgångspunkt.[63] I 3 kap. 1 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:18) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår att en patient, innan ett beslut om intagning har fattats *inte* får ges långtidsverkande depåläkemedel.

Somatiska sjukdomar kan aldrig utgöra grund för tvångsvård även om patienten har ett omedelbart behov av sjukhusvård.[64] En viktig fråga är emellertid i vad mån en patient som *redan är intagen* på en vårdinrättning för *psykiatrisk tvångsvård* också kan ges somatisk behandling. Motsätter sig patienten en sådan behandling kan självfallet svåra gränsdragningsproblem uppstå.[65] Hur problemen skall kunna lösas anges dock inte specifikt i lagens motiv, utan det hänvisas endast till vissa *allmänna principer*, såsom hypotetiskt samtycke[66] och BrB:s bestämmelser om *nöd*.[67] Sålunda anfördes, att vård enligt HSL förutsätter i princip samtycke av patienten och något stöd för påtvingade kroppsliga ingrepp finns inte där. En patient som ges vård i *frivillig* form enligt HSL kan därför motsätta sig att en viss vårdåtgärd vidtas och när som helst avbryta påbörjad behandling. Är en patient medvetslös eller omtöcknad eller av annan orsak ur stånd att ge ett rättsligt giltigt tillstånd till en behandling, som bedöms vara nödvändig med hänsyn till hans hälsotillstånd, anses denna emel-

63 Prop. 1990/91:58 s. 139. I motiven framhölls också, att vad gäller frågan om arten eller omfattningen av den läkemedelsbehandling som skall kunna vidtas i skilda vårdsituationer får bevakningen av sådana frågor anses tillhöra ett prioriterat område hos tillsynsmyndigheten.

64 Prop. 1990/91:58 s. 239.

65 Prop. 1990/91:58 s. 258. Enligt socialberedningen skulle föreslagna föreskrifter om medicinsk behandling gälla inte bara psykiatrisk behandling utan även behandling vid kroppssjukdomar. Somatisk behandling mot patientens vilja skulle få ges vid allvarlig fara för patientens liv eller hälsa.

66 Rynning 1994 s. 361.

67 Prop. 1990/91:58 s. 257 f.

© Författaren och Studentlitteratur

lertid kunna genomföras ändå.[68] Det sistnämnda torde förutsätta att det *inte är känt* att patienten skulle ha motsatt sig behandlingen.[69]

Såvitt gäller nödbestämmelsen i 24 kap. 4 § BrB föreligger *nöd* när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt *av rättsordningen skyddat intresse*. En gärning som någon begår i nöd utgör brott endast om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är *oförsvarlig*. En i nöd företagen gärning utgör sålunda brott endast om den som handlat i nöd gått för långt och överskridit gränsen för nödrätten. Oförsvarlighetskriteriet innebär att den gärning som företas i nöd skall vara påkallad av ett intresse *av betydligt större vikt* än det som offras. En avvägning skall alltså göras mellan det hotade och det uppoffrade intresset.[70] I motiven uttalades vidare:

> Vårdåtgärder som företas trots att patienten motsatt sig dem innebär ett allvarligt ingrepp i den personliga integriteten. Detta gäller självfallet även om en patient som *är intagen* på en sjukvårdsinrättning för *psykiatrisk tvångsvård* skulle ges somatisk behandling mot sin vilja. Samhället har emellertid åtagit sig ett *särskilt ansvar* för de personer som omhändertagits med tvång på en vårdinrättning. Det bör därför inte råda någon tvekan om att *livräddande* åtgärder får vidtas mot patientens vilja. Om somatisk behandling även *i övrigt* kan ges i fall av fara för hälsan, torde få bedömas från fall till fall. En allvarlig psykisk störning kan t.ex. vara direkt orsakad av en svår somatisk sjukdom och en somatisk behandlingsåtgärd kan då tänkas vara ofrånkomlig. Av betydelse för ställningstagandet i särskilda fall bör vara bl.a. patientens psykiska tillstånd, den somatiska sjukdomens art och den typ av åtgärd det gäller. Nödrätten torde inte kunna utnyttjas annat än om hälsofaran är verkligt allvarlig och överhängande [kurs. här].[71]

Beträffande möjligheten att tillföra någon som är tvångsintagen på institution *näring eller vätska* mot den enskildes vilja, och nödbestämmelsens tillämplighet i sådana fall, hänvisades i LPT-propositionen till den diskussion som förts i förarbetena till vissa ändringar i KvaL. Där framhölls bl.a. skyddet mot påtvingat kroppsligt ingrepp i 2 kap. 6 § RF och anfördes, att åtgärden att tillföra någon näring eller vätska mot hans eller hennes vilja otvivelaktigt utgör ett sådant ingrepp, antingen det sker via matsmältningsorganen eller intravenöst. Vidare anfördes, att närings- och

68 Se prop. 1981/82:97 s. 118.

69 Prop. 1990/91:58 s. 258.

70 Holmqvist, Leijonhufvud, Träskman & Wennberg, Brottsbalken En kommentar, år 2000 s. 605 f.

71 Prop. 1990/91:58 s. 258.

© Författaren och Studentlitteratur

vätsketillförsel mot någons vilja utgör ett synnerligen allvarligt ingrepp i den personliga integriteten, men att mot detta ytterst måste ställas respekten för människoliv. Vidare uttalades att det är uppenbart att nödrätten endast i mycket extrema fall kan åberopas som stöd för att man från det allmännas sida skall få företa en handling som begränsar de grundläggande fri- och rättigheter som lagts fast i RF. Kravet på lagstöd för intrång i rättigheterna sätter uppenbarligen en gräns för vilka befogenheter som kan härledas ur en allmän bestämmelse av nödparagrafens karaktär, anfördes det. Gäller frågan att rädda en person, för vilken samhället genom ett omhändertagande har åtagit sig ett särskilt ansvar, från döden eller från allvarliga och obotliga skador, synes dock inte heller från den angivna utgångspunkten någon tvekan kunna råda om åtgärdernas tillåtlighet. På nödbestämmelsen måste man alltså normalt kunna grunda en befogenhet att vidta åtgärder för tvångsvis näringstillförsel gentemot en matvägrande intagen. En förutsättning för ett ingripande mot den intagnes vilja med stöd av den bestämmelsen är dock att den fara för liv eller hälsa som föreligger verkligen är överhängande. Detta blir uppenbarligen inte fallet förrän en matstrejk har pågått en tid och den matvägrandes allmäntillstånd är så försämrat att risken för dödsfall eller för obotliga skador är akut eller han närmar sig medvetslöshet. Vid vätskestrejk kan emellertid ett sådant allvarligt tillstånd uppkomma efter förhållandevis kort tid.[72]

I samband med införandet av 2 b § LPT vidhöll regeringen uppfattningen, att det inte fanns tillräckliga skäl att införa särskilda bestämmelser om den medicinska behandlingen under tvångsvård. Kravet på att behandlingen skall ske i överensstämmelse med *vetenskap och beprövad erfarenhet* begränsar utrymmet för de medicinska behandlingsåtgärder som får vidtas. Regeringen framhöll dock särskilt, att det bl.a. innebär att den medicinska behandlingen under tvångsvård skall ske med användning av *godkända läkemedel i rekommenderad dosering och med minsta möjliga biverkningar.*[73] I lagstiftningsärendet övervägdes särskilt om ECT-behandling skulle få utföras under tvångsvård. Regeringen menade därvid, att det inte finns anledning att generellt undanhålla tvångsvårdade patienter sådan behandling när det finns medicinsk indikation. Genom de allmänna bestämmelserna för användningen av tvångsbehandling och annan användning av tvång under tvångsvård (2 a och 2 b §§ LPT) "skall i dessa fall göras en bedömning huruvida behandlingen är mer ingripande än som är försvarbart med hänsyn till syftet med åtgärden och till alter-

72 Prop. 1983/84:148 s. 21 ff. Se även Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer 2006, s. 82 ff. Se även Syse, Psykisk helsevernloven 2007 s. 199 ff.

73 Prop. 1999/2000:44 s. 85.

© Författaren och Studentlitteratur

nativa behandlingsåtgärder. Det innebär att mindre ingripande åtgärder skall användas om de är tillräckliga och att den enskilde patientens inställning skall tillmätas stor betydelse.[74]

När det gäller *somatiska* vårdåtgärder för de patienter som vårdas inom den *psykiatriska* tvångsvården gäller samma regler som för hälso- och sjukvården i övrigt. Saknas giltigt samtycke blir åtgärdernas rättsenlighet beroende av i vilken utsträckning nöd eller hypotetiskt samtycke kan åberopas.[75]

14.6 Avslutande reflektioner

Den empiriska undersökningen av journalhandlingar visar, att det regelmässigt finns någon form av (vård)planering för patientens fortsatta vård redan efter beslutet om intagning för tvångsvård. Det är emellertid relativt sällan som planeringen förefaller dokumenteras i en separat journalhandling, en särskild vårdplan, utan vanligen noteras det i de löpande journalanteckningarna, *ibland* under rubriken "vårdplan". Lagen ställer i och för sig inget explicit krav på att vårdplanen skall dokumenteras i en särskild handling. Dock, menar jag, att mot bakgrund av att det i 16 § LPT ställs krav på att en vårdplan skall *upprättas*, bör en sådan också avfattas separat. Ett ytterligare argument för denna ståndpunkt är att det i FPT ställs krav på att vårdplanen skall finnas i journalen, *utöver* vad som följer av PdL. En separat handling är också lättare att delge patienten i form av ett eget exemplar och det blir enklare att hantera en revidering av vårdplanen.

Journalgenomgången har också givit vid handen att det lagstadgade samrådskravet rörande patientens behandling vanligen synes infrias, både vad avser patienten själv och närstående. Patientjournalerna ger vidare intryck av att man från hälso- och sjukvårdens sida fäster vikt vid patientens åsikter om behandlingsåtgärder och avvaktar med behandlingen, eller ändrar den, om patienten av en eller annan orsak motsätter sig densamma. Det sagda naturligtvis under förutsättning att det finns alternativ. I åtminstone drygt 15 % av granskade journaler förekommer dock medicinering mot den enskildes vilja, vanligen tvångsinjektioner. Vad som därvid är anmärkningsvärt är sättet att uttrycka sig i journalanteckningarna. Ibland framgår det uttryckligen att det är fråga om tvångsmedicinering, vilket jag menar måste vara ett absolut krav, i andra fall svävar man som läsare av anteckningarna i ovisshet om det finns ett samtycke från patienten eller om injektionen givits mot den enskildes

74 Prop. 1999/2000:44 s. 84.
75 Rynning 1994 s. 364.

© Författaren och Studentlitteratur

vilja. Det är, från den enskildes rättssäkerhetssynpunkt, inte godtagbart att åtgärdernas karaktär inte med tydlighet framgår av journalen, åtminstone som i förevarande fall, då medicinering kan ges både frivilligt och med tvång.

Ett annat allvarligt hot mot rättssäkerheten är att det av lagen inte uttryckligen framgår att tvångsmedicinering får ske, sedan det väl finns ett beslut om intagning för tvångsvård. Det kan sägas framgå implicit av 17 § tillsammans med proportionalitetsbestämmelsen i 2 b §, men det är inte tillräckligt då det är fråga om en särskild tvångsåtgärd som avviker från vad som egentligen skall vara det normala, även vid tvångsvård. Genom att det inte uttryckligen framgår av lagen att tvångsbehandling får ske, ges den enskilde patienten inte någon möjlighet att förutse vilka beslut om åtgärder som kan fattas under tvångsvården. Det strider mot såväl grundlagen som mot den praxis som utvecklats av Europadomstolen.

© Författaren och Studentlitteratur

Permission

KAPITEL 15

15.1 Inledning

Av 25 § första stycket LPT följer, att chefsöverläkaren får ge en patient tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för ett visst tillfälle eller för vissa återkommande tillfällen. Bestämmelsen har fått sin nuvarande lydelse i samband med införandet av möjligheten att ge öppen psykiatrisk tvångsvård i september 2008. Det är emellertid enbart möjligheten att medge permission för en längre tid som tagits bort.

Det empiriska underlag som ligger till grund för förevarande undersökning härrör från tiden (2005-07), varför tillämpningen av nu gällande permissionsinstitut inte varit föremål för en särskild studie. Jag har ändå ansett det värdefullt att redovisa delar av vad som framkommit, dels för att visa på hur lagen faktiskt tillämpats och dels för att redovisa vissa iakttagelser som är av relevans även i förhållande till nu gällande lag. Permissionsinstitutet diskuteras även ovan, i anslutning till det kvalificerade vårdbehovsrekvisitet för sluten psykiatrisk tvångsvård.[1]

Kapitlet inleds med några inledande avsnitt som behandlar vissa generella frågor som är av relevans även i dag. Därefter följer en redogörelse för bakgrunden till hur permissionsinstitutet utvecklats, en beskrivning av nu gällande bestämmelser och till sist, en redovisning av vad som framkommit om rättstillämpningen.

15.2 Begreppet permission m.m.

Av det empiriska underlaget har framkommit, att vårdinrättningarna förefaller ha en tämligen obestämd uppfattning rörande permissionsbegreppets innebörd och en sammanblandning med andra s.k. friförmåner förekommer regelmässigt. De rättsliga skillnaderna är emellertid fundamentala varför det är synnerligen viktigt att vårdinrättningarna har klart för sig var gränserna går. Några exempel får illustrera vad som avses.

1 Se avsnitt 9.5.

© Författaren och Studentlitteratur

(5 A) 060308 noterar överläkaren delar av standardformulering: "Beslut enligt 25 § och 25 a § om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningen under begränsad tid. Särskilda villkor: Tillstånd att 8/3 *vistas utanför sjukvårdsinrättningen tillsammans med personal* för att få erforderlig kirurgisk undersökning och vård på kirurgakuten" [kurs. här].

(5 A) 060309 noterar överläkaren delar av standardformulering: "Beslut enligt 25 § och 25 a § om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningen under begränsad tid. Särskilda villkor: Tillstånd att *med personal* undersökas på röntgenavd. Tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningen *med personal* tills vidare" [kurs. här].

(4 D) noterar överläkare under rubriken "permission": "*till stan med personal*" [kurs. här].

(5 A) 060320 noterar överläkare: "Beslut enligt 25 § och 25 a § om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningen under begränsad tid. Särskilda villkor: *Endast med personal* efter personals bedömning" [kurs. här].

I angivna exempel har det sålunda i patientjournalen, under rubriken permission, noterats att patienterna får vara utanför sjukvårdsinrättningarna *tillsammans med personal.* Detta är emellertid *inte* permission i lagens mening. Ordalydelsen i 25 § LPT ger vid handen, att en patient under vissa förutsättningar får ges tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Detta innebär, att begreppet permission avser situationer då patienten *på egen hand vistas utanför sjukvårdsinrättningens område.* Befinner sig däremot patienten utanför sjukhusområdet *tillsammans med personal* är det *inte* fråga om permission. Beslut om sådan utevistelse torde enligt JO rent rättsligt vara att hänföra till beslut enligt 17 § LPT om *behandling.*[2] Permissionsinstitutet skall också skiljas från s.k. *frigång,* vilket innebär att patienten ges tillstånd att *på egen hand* vistas utanför *vårdavdelningen* men *inom sjukvårdsinrättningens område.* Frågor om detta faller under 18 § LPT.[3]

Det sagda har betydelse därför att, ett beslut om permission och återkallande av permission är beslut som *angår en frihetsberövande åtgärd* och beslutet omfattas därför av undantaget från sekretess i 25 kap. 10 § OSL. Vidare är beslut om permission och återkallande av permission *överklagbara* (jfr 33 § LPT), därest de går den enskilde emot, vilket *inte* gäller vid beslut om frigång eller annan utevistelse.[4]

En annan iakttagelse från såväl rättsfalls- som journalgenomgången är att det, i vart fall då det varit fråga om längre permissionstillfällen,

2 Dnr 5513-2006, 4213-2007 och 2044-2007.

3 JO dnr 5514-2006 och 4213-2007. Se även prop. 1990/91:58 s. 267.

4 Jfr JO dnr 4213-2007.

© Författaren och Studentlitteratur

generellt talas om att patienterna *skrivs ut* på permission, eller liknande formuleringar. Följande exempel kan illustrera det sagda:

> (2 D) av beslutsöversikt framgår att patienten "*skrivs ut* 060602 på LPT-permission, som längst t o m 060709 av överläkare" då längsta tid för tvångsvård enligt länsrättens beslut också löpte ut [kurs. här)]
>
> (3 E) noterar läkare: "Patienten *skrivs ut* på LPT-permission" [kurs. här].
>
> (5 A) 060413 noterar överläkare: "Beslut enligt 25 § och 25 a § om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningen under begränsad tid. Särskilda villkor: Permission till hemmet t o m 060702" samt att pat "*utskrives* till hemmet t o m 060702."
>
> (9 D) 061121 patienten "*utskrives* med permission" [kurs. här].
>
> (10 C) 060426 noteras att patienten har fast permission till hemmet och som villkor att hon skall hålla kontakt med avdelningen för medicinhämtning. I anteckningarna noterar överläkare att patienten bedöms i så pass gott skick att hon kan gå på LPT-permission. Vidare noteras under rubriken "Utskrivning psyk": "Till hemmet. *Utskrives under LPT*" [kurs. här].
>
> (13 A) Under rubriken "Utskr" noteras: "*Utskrives* hem på LPT-permission under resterande vårdtiden till och med 2006-01-30" [kurs. här].
>
> (14 A) I journalen noteras 060912 underrubriken"UTSKRIVNINGS-DATUM": "060912 16.00", "UTSKRIVNINGSSÄTT": "Hemmet (LPT tom 061119).
>
> Under rubriken "BEDÖMNING" noteras: "Pat *utskrives från avdelning 060912 till hemmet med permission* enligt LPT. Fortsatt poliklinisk ECT-behandling, för närvarande planerat med tre uppföljande behandlingar. Fortsatta samtal hos psykolog /.../ två gånger i veckan. /.../ Uppföljning hos /.../ en gång i veckan med korta samtal. Ny vårdplanering efter avslutad ECT-behandling" [kurs.här].

Samtliga exempel, som representerar ett urval från olika vårdinrättningar, visar att man på vårdinrättningarna talar om *utskrivning* då det i själva verket är fråga om en permission i den mening som avses i 25 § LPT.[5] Förfarandet är inte korrekt därför att, för det första är permissionsinstitutet avsett för patienter som vårdas i *sluten* psykiatrisk tvångsvård. För det andra är patienten, trots beviljad permission, *alltjämt* både *inskriven och intagen* på sjukvårdinrättningen, vilket även gäller i de fall patienten med permission vistas på ett behandlingshem.[6] Chefsöverläkaren där patienten är inskriven (1 § fjärde stycket LPT), har sålunda ett ansvar för

5 I vissa fall måste lagligheten av permissionsbesluten ifrågasättas, även när det gäller tillämpningen av tidigare gällande lag.

6 Prop. 1990/91:58 s. 255, prop. 2007/08:70 s. 144, 152.

© Författaren och Studentlitteratur

patienten under hela permissionstiden och har bl.a. att svara för ansökan om fortsatt vård (7 och 9 §§ LPT), ytterst avgöra frågor om behandlingen (17 § LPT) och besluta om vårdens upphörande, vilket skall övervägas fortlöpande (27 § LPT). Det faller på sin egen orimlighet att man inte kan vara *intagen* på en vårdinrättning för sluten psykiatrisk tvångsvård och samtidigt *utskriven* därifrån.

Det kan möjlighen tyckas perifert att påtala detta. Enligt min mening är det emellertid av grundläggande betydelse att man i rättstillämpningen använder sig av korrekta och adekvata uttryck så att såväl en formellt tvångsintagen patient som vårdpersonal är klar över vilka regler som gäller. Detta inte minst mot bakgrund av att chefsöverläkaren, oaktat patientens permission, har fortsatt skyldighet att aktivt verka för patientens rehabilitering och att kontinuerligt pröva om tvångsvården kan upphöra. Risken är att detta ansvar hamnar i skymundan om patienten betraktas som utskriven.

Chefsöverläkaren är sålunda skyldig att se till att en sådan kontakt hålls med patienten från vårdinrättningens sida att han eller hon kan bilda sig en uppfattning om patientens psykiska tillstånd och de åtgärder som eventuellt bör vidtas.[7] Av många journalhandlingar framgår att så också sker, bl.a. genom att patienten kommer till vårdinrättningen för medicinering o.d., men det finns också flera fall där chefsöverläkarens kontakt och ansvar synes fallera så som nedanstående fall ger exempel på.

> (3 A) 070119 noterar läkare under rubriken "Permission § 25": "Patienten *utskrives* från avdelningen för fortsatt vård på /.../. Enligt dom i Länsrätten får tvångsvården pågå längst till och med 2007-04-24. *PAL i öppenvård öl /.../ övertar ansvaret för bevakning av tvångsvården.*" (kurs. här)

Tydligen har patientansvarig läkare (PAL) *i öppenvården* fått ansvaret för "bevakning av tvångsvården". Vad detta egentligen innebär är oklart, men det är chefsöverläkaren vid vårdinrättningen som genast skall besluta om att tvångsvården skall upphöra när det inte längre finns förutsättningar för sådan och detta skall övervägas fortlöpande av *denne* (1 § fjärde stycket och 27 § LPT). Delegation av chefsöverläkarens uppgifter till läkare *utanför* sjukvårdsinrättningen torde *inte* kunna ske (39 § LPT).

> (3 E) 060926 noterar läkare: "Patienten *skrivs ut* på LPT-permission". Vidare noteras att patienten är förbättrad och bedöms vara i sitt habitualtillstånd och utskrivs till gruppboendet med *fortsatt uppföljning via öppenvården (kurs. här).*

7 Prop. 1990/91:58 s. 156 och 265.

© Författaren och Studentlitteratur

Samma slags reflektioner gör sig gällande även här. Vad är det för uppföljning som skall göras av öppenvården? Hur kan chefsöverläkaren fullfölja sitt ansvar bl.a. om fortlöpande överväganden om vårdens upphörande?

> (6 D) 060410 noterar överläkare att patienten informeras om att LPT-vården kvarstår tills vidare. Är väl införstådd med behovet av att ta sin medicin och kommer att sköta detta enligt egen utsago. Är också positiv till *öppenvårdsuppföljning framöver.* "*Skrivs* således ut för detta". (kurs. här)

Uppenbarligen har patienten "skrivits ut" på permission. I journalens epikris noteras vårdtid 060315-0410 samtidigt som det noteras att LPT kvarstår tills vidare. Journalanteckningarna ger sålunda dubbla budskap, vilket kan vara en fara från rättssäkerhetssynpunkt.[8]

> (6 E) 060616 noterar överläkare: "Planeras måndagen den 19/6 till /.../ behandlingshem i /.../ .Har LPT fram till den 27/7-06, *ställningstagande till fortsatt LPT-vård sker på behandlingshemmet.*" Epikris faxades till behandlingshemmet liksom kopia av psykologutlåtande. (kurs. här)

Frågan är vad överläkaren menar med att ställningstagande till fortsatt tvångsvård skall ske på behandlingshemmet. Det ankommer i enlighet med vad som ovan sagts på chefsöverläkaren att besluta om tvångsvårdens upphörande eller ansöka om förlängning och det är denne som har ansvaret även om patienten är på permission. Delegation av chefsöverläkarens uppgifter till läkare utanför vårdinrättningen där patienten formellt är intagen torde inte kunna ske. Det är också betänkligt att det i epikrisen skrivs att vårdtiden enligt LPT är "2006-03-28 – 2006-06-19." samtidigt som det noteras att LR beslutat om LPT till den 27/7. Tvångsvården har inte upphört!

> (9 B) I "*slutanteckning*" 050911 noterar överläkare att patienten går på permission tom 051114 (dvs. 4 veckor efter intagning) med öppenvårdskontakt med psykosmottagningen. 051114 skickas ansökan om fortsatt vård till LR. I ansökan anges att patienten erhållit "*långtidspermission*" enligt 25 § LPT till bostaden. Vidare anges att om patienten inte sköter medicinering och kontakt kan hans tillstånd förväntas att relativt snabbt försämras. (kurs.här)

Också i detta fall blir det missvisande att i "slutanteckning" tala om att patienten går på permission då patienten i formell mening fortfarande är intagen. Det kan vidare noteras att det är synnerligen tveksamt om

8 Av ifrågavarande journal framgår inte länsrättens beslut om förlängning av tvångsvården. Däremot framgår att patienten varit på återbesök i maj, och i kontakt med avdelningen per telefon i oktober. När tvångsvården upphörde går inte att utläsa av studerade journalhandlingar.

© Författaren och Studentlitteratur

"långtidspermission" i förevarande fall varit förenligt med 25 § LPT i dess lydelse i 2000 års lag. Detta kommer att behandlas närmare i det följande, men redan här kan förutskickas att permission för en längre period endast fick ges om det fanns *särskilda skäl* att åtgärden var angelägen för att förbereda att tvångsvården skulle upphöra.

Att på ett felaktigt sätt ange att patienten är utskriven när det faktiskt är fråga om en permission får, inte bara på ett teoretiskt plan, konsekvenser för den enskilde patienten vilket nedanstående fall avslutningsvis kan visa.

> (9 C) 060622 noterar läkare i "*slutanteckning*" att "[p]at utskrives till hemmet på permission från LPT" och att *uppföljning skall ske via psykosmottagning.* (kurs. här)
>
> Patienten ringde till kliniken 060627 och önskade annan medicinering. Den sjuksköterska patienten talade med "*informerade pat att han är utskriven från kliniken och hänvisade pat till öppenvården*". (kurs. här)

Förfarandet tarvar inga vidare kommentarer utan talar, mot bakgrund av vad som framgått ovan, för sig självt.

15.3 Dokumentation

Av 2 § p. 14 FPT framgår, att chefsöverläkaren skall se till att journalen för en tvångsvårdad patient, utöver vad som följer av PdL, innehåller *uppgift om tillstånd* att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område och *särskilda villkor* i samband därmed samt om *återkallelse* av sådant tillstånd. JO har därvid framhållit, att det av dokumentationen skall framgå vad ansökan avsett och vem som fattat beslutet, permissionens längd och övriga villkor.[9] Journalen skall även, enligt 2 § p. 16 FPT, innehålla uppgift om *avslag på en begäran om tillstånd* att vistas utanför vårdinrättningens område.

När beslutet avser ett avslag av en permissionsansökan skall det också framgå av journalen att *patienten har underrättats om möjligheten att överklaga* beslutet.[10] Detta gäller även i fråga om meddelade *villkor* och om ett permissionstillstånd *återkallats*, då också beslut i sådana frågor är överklagbara i enlighet med 33 § LPT.

Av journalen skall även framgå uppgift om *huruvida patienten överklagat* ett beslut om avslag på begäran om permission, ett beslut om särskilda villkor och/eller beslut om återkallelse av tillstånd (2 § p. 17 a–c FPT) samt om *rättens beslut* i anledning av överklagandet (2 § p. 17 f FPT).

9 JO dnr 2172-2006.

10 JO dnr 2172-2006.

© Författaren och Studentlitteratur

15.4 Tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område – permission

15.4.1 PERMISSIONSINSTITUTET I 2000 ÅRS LAG

Mot bakgrund av den empiriska undersökningen grundas på material som daterar sig till tiden för *tidigare* gällande permissionsbestämmelse redogörs i det följande för innebörden av den bestämmelsen. Här beskrivs också med en historisk tillbakablick vad som ligger bakom förändringarna av permissionsbestämmelsen och vad som faktiskt är grunden till att det i dag finns möjlighet till öppen psykiatrisk tvångsvård.[11]

I LPT:s föregångare, LSPV, fick en patient *utskrivas på försök* om särskilda skäl förelåg och det inte medförde fara för annans personliga säkerhet eller hans eget liv (19 § LSPV). Tanken med försöksutskrivning var dock att det skulle vara en undantagsåtgärd och sålunda *inte* ett normalt inslag i vården av psykiskt sjuka. Avvikelserna från vad som gällde för kroppsligt sjuka patienter borde inte vara fler än vad som var absolut nödvändigt, resonerade lagstiftaren. Det skulle föreligga *särskilda skäl* att välja försöksutskrivning inte bara i stället för kvarhållning på sjukhuset utan också i stället för slutlig utskrivning.[12] I motiven till 1991 års LPT konstaterades emellertid, att även om tillämpningen av försöksutskrivning minskat, var det fortfarande en omfattande företeelse. Rekvisitet *särskilda skäl* hade i praktiken blivit *åtskilligt uttunnat*. Det var heller inte ovanligt att försöksutskrivning förlängdes och på så sätt fortgick under avsevärd tid.[13]

När LPT infördes 1992 inrymdes inte några bestämmelser om ett särskilt försöksutskrivningsinstitut. Detta bl.a. mot bakgrund av LPT:s stränga rekvisit för tvångsvård och att tvångsvård bör upphöra så snart patienten kan klara att leva utanför vårdinrättningen med eller utan stöd från öppenvården och/eller socialtjänsten.[14] I 1991 års lag hade sålunda 25 § första stycket LPT följande lydelse:[15]

> Chefsöverläkaren får ge patienten tillstånd att under *en viss del* av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för *återstoden av vårdtiden*, om det finns *skäl att anta* att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör.

Innebörden av ordalydelsen i *första meningen* var, att ett tillstånd kunde

11 Se även om vårdbehovsrekvisiten i avsnitt 9.5 och 9.6.
12 Hämtat från prop. 1990/91:58 s. 153.
13 Prop. 1990/91:58 s. 155.
14 Prop. 1990/91:58 s. 155.
15 SFS 1991:1128.

© Författaren och Studentlitteratur

avse t.ex. en del av ett dygn eller ett visst antal dygn i sträck. Det kunde också avse återkommande permissioner t.ex. under vissa helger. Dylika tillstånd var avsedda för de fall det förutsattes att patienten *inom viss kortare tid* skulle återvända till vårdinrättningen.[16]

Vad gäller permission för *återstoden av vårdtiden* som reglerades i *andra meningen* i 1991 års lag, skulle sådan få ges om det fanns *skäl att anta* att åtgärden var *angelägen för att förbereda att tvångsvården skulle upphöra*. Som nämnts ovan var det därvid, från lagstiftarens sida, ingalunda fråga om att till LPT överföra försöksutskrivningsinstitutet från LSPV. Tanken var i stället, att trots möjligheten att ge permission återstoden av vårdtiden, skulle tvångsvården upphöra så snart patienten kunde klara att leva utanför vårdinrättningen (jfr kravet i 3 § första stycket p. 1 LPT om ett oundgängligt vårdbehov). Även om, vilket i lagstiftningsärendet påpekades från bl.a. läkarhåll, vissa patienter mår bäst av att relativt snart få lämna vårdinrättningen samtidigt som detta ansågs möjligt endast om det sker under vissa villkor, ansåg lagstiftaren inte att ett försöksutskrivningsinstitut av modell LSPV var förenligt med LPT.[17] I motiven framhölls dock, att även om det bl.a. krävs att patienten skall ha ett oundgängligt behov i enlighet med 3 § LPT kan man inte bortse från att indikationerna för tvångsvård i viss mån kan skifta i styrka vid olika tillfällen under det att vården pågår. Det befanns också nödvändigt att utforma lagstiftningen så att den inte i en del fall hindrar en smidig övergång från tvångsvård till vård i frivilliga former. Detta borde, anfördes i motiven, kunna tillgodoses genom att permissionsregleringen "byggdes ut" så att den gav uttryckligt stöd för att patienten *i vissa fall* kunde få tillstånd att tillbringa en *resterande tid* av tvångsvårdsperioden utanför vårdinrättningen. Det är tydligt, anfördes det, att utrymmet för en sådan tillståndsgivning blir *betydligt mer begränsat* än hittillsvarande tillämpning av försöksutskrivning.[18] Avsikten var däremot *inte* att denna form av tillståndsgivning skulle tillämpas *rutinmässigt*, utan borde främst kunna utnyttjas i vissa fall då tvångsvårdstiden blivit förlängd vid ett eller flera tillfällen.[19]

Motiven till 1991 års lag är inte helt entydiga vad avser hur bestämmelsen om permission till återstoden av vårdtiden skulle tillämpas. Klart är dock att det inte skulle vara fråga om någon rutinmässig tillämpning utan snarare en undantagsföreteelse. Trots detta kom emellertid rättstillämpningen att utvecklas mot ett förfarande som starkt påminde om mycket

16 Prop. 1990/91:58 s. 265.
17 Prop. 1990/91:58 s. 155.
18 Prop. 1990/91:58 s. 156.
19 Prop. 1990/91:58 s. 265.

© Författaren och Studentlitteratur

långvarig försöksutskrivning vilket ju LPT inte var avsedd att ge utrymme för. RegR hade anledning att pröva frågan i RÅ 1998 ref. 51.[20]

> I målet var fråga om en man med långvarig schizofreni i anamnesen som vårdats med stöd av LPT sedan den 15 september 1995. Sedan den 1 december 1995 hade han haft *permission och oavbrutet vistats i hemmet* sålunda, vid rättens prövning, *i nästan tre år.* Genom kontinuerlig läkemedelsbehandling kunde dock symtomen från patientens allvarliga psykiska störning mildras och under lång tid hållas tillbaka. Behandlingen innebar i huvudsak att patienten i hemmet fått en depotinjektion av neuroleptika varannan vecka. Patienten uppgav själv att han *inte var beredd att frivilligt medverka* till fortsatt sådan medicinering. Enligt medicinskt utlåtande förelåg, om medicineringen avbröts, en mycket stor risk att symtomen från den psykiska störningen allvarligt skulle förvärras, i vart fall *inom en tid av omkring ett halvt år.*
> RegR ansåg det *klarlagt* att patienten led av en allvarlig psykisk störning och att han motsatte sig psykiatrisk vård. RegR konstaterade vidare att föreskrifterna i LPT inte avsetts förhindra beslut om förlängning av tvångsvård i sådana fall där patienten beviljats permission under återstoden av vårdtiden. Inte heller fanns något krav på att patienten, efter ett beslut om förlängning av tvångsvården, åter skulle vistas på sjukvårdsinrättningen innan ett nytt beslut om permission fick fattas. Likväl, framhöll RegR, framstod det som ofrånkomligt med hänsyn till lagstiftningens bestämmelser, bl.a. de som gäller tidsbegränsning av vårdperioderna och förutsättningarna för permission för återstående del av en vårdperiod, att *restriktivitet* iakttas i fråga om förlängning av tvångsvård i dessa situationer. Är det fråga om *återkommande förlängningar* av tvångsvård bör det under sådana förhållanden som här åsyftas vara påkallat med *särskilt stor återhållsamhet* vid prövningen av en ansökan om fortsatt tvångsvård.

RegR fann alltså, bl.a. mot bakgrund de tidsgränser som fanns i lagstiftningen – och som fortfarande finns – och mot utformningen av dåvarande 25 § LPT, att *restriktivitet skulle iakttas vid förlängning* av tvångsvården och att *särskilt stor återhållsamhet* var påkallad i fråga om *återkommande förlängningar.* RegR biföll patientens överklagande med motiveringen att det krav som angavs i dåvarande 3 § p. 2 (2000 års lag) inte var uppfyllt, vilket var huvudfrågan i målet.[21]

I juli år 2000 förändrades permissionsbestämmelsen. Lagändringen kom till stånd därför att permissionsinstitutet kommit att användas på ett av lagstiftaren *icke avsett* sätt. Medgivande till permission under lång tid

20 Behandlas även under avsnitt 9.5 rörande oundgängligt behov av vård.

21 Detta behandlas under 9.5.

© Författaren och Studentlitteratur

hade inte alltid primärt använts för att förbereda att tvångsvården skulle upphöra och användes inte heller, i en del fall, i överensstämmelse med ändamålet i LPT (och LRV).[22] Permission till återstoden av vårdtiden användes inte undantagsvis så som varit avsikten med 1991 års lag. I stället hade såväl LPT som LRV, beträffande patienter med längre permission än 1 år, kommit att användas på samma sätt som försöksutskrivningsinstitutet i LSPV.[23]

Vid 2000 års lagrevision[24] fick 25 § första stycket följande lydelse:

> Chefsöverläkaren får ge en patient tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges *för visst tillfälle* eller *för vissa återkommande tillfällen*. Tillståndet får också ges *för en längre period*, om det finns *särskilda skäl* att anta att åtgärden är *angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör.*

Förändringen i permissionsinstitutet riktades främst mot den målgrupp som befann sig på mycket långa permissioner[25] och innebar sålunda, såvitt gäller första stycket *andra meningen*, i princip en kodifiering av vad som tidigare uttalats i lagens motiv. Permissioner kunde alltså medges *för visst tillfälle* eller *för vissa återkommande tillfällen*, exempelvis helgpermission. I begreppet *visst tillfälle* ligger att det rör sig om *en kortare avgränsad tid*.[26] Eftersom permission alltid skall tidsbestämmas kunde permission således, enligt motiven, dels ges för visst tillfälle och viss tid (timmar, dagar eller veckor) dels för återkommande tillfällen och viss tid, t.ex. dag-, natt- eller helgpermission.[27]

Ordalydelsen i *tredje meningen* innebar emellertid en skärpning. Möjligheten att medge tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningen för återstoden av vårdtiden upphävdes. I stället skulle permission få ges för *en längre period*, om det fanns *särskilda skäl* att anta att åtgärden var angelägen för att förbereda tvångsvårdens upphörande. Härmed skulle *alla* permissioner tidsbestämmas.[28] Kravet på särskilda skäl innebar att i *normalfallet* borde, särskilt vad gäller vård enligt LPT,[29]en längre period med permission följas av en *definitiv utskrivning* från tvångsvården. I

22 Regeringen menade att det kunde ifrågasättas om tillämpningen av de aktuella bestämmelserna innebar ett åsidosättande av förbudsregeln i 2 kap. 12 § andra stycket RF och artikel 5:1 e EKMR (prop. 1999/2000:44 s. 91).

23 Prop. 1999/2000:44 s. 91.

24 SFS 2000:353.

25 Prop. 1999/2000:44 s. 94.

26 Prop. 1999/2000:44 s. 94.

27 Prop. 1999/2000:44 s. 118.

28 Prop. 1999/2000:44 s. 94.

29 Eller LRV utan särskild utskrivningsprövning.

© Författaren och Studentlitteratur

motiven anfördes dock att i *undantagsfall* kan en förlängning av tvångsvården vara motiverad även om den sker med *en ytterligare* permissionsperiod, dvs. utan att patienten först återintas på sjukvårdsinrättningen. Trots att regeringen sålunda framhöll att det var fråga om undantagsfall anförs emellertid vidare, att "[o]m tvångsvården förlängs efter beslut av rätten kan således permission beslutas under *ytterligare en eller flera perioder*." Regeringen betonade dock att "[i] linje med vad regeringsrätten /.../ anfört [RÅ 1998 ref. 51, min anm.] *kan dock inte komma i fråga* att med stöd av denna reglering bevilja permissioner på det vis som nu har varit vanligt förekommande"[30] [kurs. här].

I motiven underströks vidare vikten av att *aktiva samordnade åtgärder* vidtas av samtliga berörda huvudmän under permissionsperioden, åtgärder som skall finnas dokumenterade i den *vårdplan* som skall upprättas i enlighet med 16 § LPT. Tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område får ju, enligt 25 § första stycket LPT, ges endast under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen. Regeringen gjorde bedömningen att genom de i vårdplanen angivna samordnade insatserna från socialtjänst och psykiatri borde en definitiv utskrivning av permitterade patienter i en del fall kunna komma i fråga på ett *tidigare* stadium än vad som gällt förut. Den förändrade permissionsbestämmelsen innebär dock, anfördes i motiven, att permission för en längre period *inte kan aktualiseras förrän det är sannolikt* att patienten efter permissionsperioden kommer att kunna skrivas ut. För ett fåtal patienter kan detta komma att medföra att de får ges vård på sjukvårdsinrättningen ytterligare en tid i avvaktan på att kunna få tillstånd att vistas utanför densamma.[31]

RegR har i två mål efter 2000 års lagändring prövat frågan om långvarig permission i hemmet och funnit, att sådana permissioner *inte uppfyllde* det i dåvarande 25 § LPT *uppställda kravet* på att en permission för en längre period fick medges endast om det fanns *särskilda skäl* att anta att åtgärden var angelägen *för att förbereda* att tvångsvården skulle upphöra.[32]

> I mål 5765-07 var fråga om en patient, som överklagat KamR:s dom om medgivande till fortsatt tvångsvård, som intogs för vård enligt LPT i september som 2005. Sedan den 31 oktober 2005 hade hon oavbrutet haft tillåtelse att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område genom permission till hemmet.
>
> Chefsöverläkaren uttalade att "ändamålet med fortsatt tvångsvård med permission till hemmet är att säkerställa fortsatt medicinering" var-

30 Prop. 1999/2000:44 s. 94.

31 Prop. 1999/2000:44 s. 95.

32 Målen diskuteras även under avsnitt 9.5 rörande oundgängligt vårdbehov.

© Författaren och Studentlitteratur

igenom patienten kunde fungera socialt trots kvarstående psykotiska symtom. Vidare anförde chefsöverläkaren att patienten inte kunde förväntas klara sig utan medicinering och inte heller kunde det antas att hon genom behandling skulle få ökad sjukdomsinsikt. Om tvångsvården avslutades skulle patienten "ånyo successivt försämras till den grad att tvångsvård på psykiatrisk klinik är oundgängligen nödvändig."

RegR konstaterade, att av vad chefsöverläkaren yttrat framgick att den medgivna permissionen till hemmet inte uppfyllde det i 25 § LPT uppställda kravet att en permission för en längre period får medges endast om det finns särskilda skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården upphör. Vid detta förhållande och då patientens tillstånd "i dagsläget inte synes vara av den art att någon återintagning på en sjukvårdsinrättning är aktuell", fann RegR att förutsättningen för vård i 3 § första stycket 2 (2000 års lydelse) inte kunde anses föreligga. Bestämmelserna i LPT medgav sålunda inte att den för patienten behövliga behandlingen i hemmet genomdrevs med tvång.

Målet visar på permissionsinstitutets nära samband med det kvalificerade vårdbehovsrekvisitet i 3 § LPT. Vidare ges uttryck för den inom förvaltningsrätten gällande aktualitetsprincipen.[33] Patientens tillstånd var "i dagsläget" inte sådant att det kunde vara fråga om återtagning. Hade sålunda patientens tillstånd, *vid domstolens prövning*, varit sådant att ett beslut återtagning varit nödvändigt skulle fortsatt tvångsvård sannolikt kunnat beslutas. Vidare framgår av chefsöverläkarens framställning att patienten inte var i oundgängligt behov av psykiatrisk vård på sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård, vilket är ett grundläggande krav för tvångsvård, utan syftet med tvångsvården var endast att *säkerställa medicineringen*. Att under sådana förhållanden medge fortsatt tvångsvård strider mot förutsättningarna för tvångsvård. Därutöver har permission medgivits i strid mot kraven för en längre permission, så som lagen var utformad i 2000 års lag.

I RegR:s mål nr 6172-07 överklagade patienten KamR:s dom om medgivande till fortsatt tvångsvård. Patienten intogs för vård enligt LPT i mars 2006 och hade sedan april samma år oavbrutet haft tillåtelse att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område genom permission till hemmet.

Chefsöverläkaren uttalade att patienten var i total avsaknad av sjukdomsinsikt, att hon därmed totalt saknade behandlingsmotivation och att hon alldeles säkert skulle avsluta sin medicinering om LPT avskrevs. Vidare uppgav chefsöverläkaren att när patienten erhöll behandling med stöd av LPT medgav hennes funktionsnivå vistelse i hemmet och att hon, om hon slutade medicinera, oundvikligen skulle hamna i en kraftfull psykosutveck-

33 Se härom avsnitt 6.5.

© Författaren och Studentlitteratur

ling. Behandlingsplanen gick framför allt ut på att patienten skulle kunna upprätthålla en acceptabel livskvalitet under resten av sitt liv och kunna vara i hemmet med erforderliga stödinsatser.

RegR fann även i detta mål att den medgivna permissionen inte uppfyllde det i 25 § LPT uppställda kravet att en permission för en längre period får medges endast om det finns särskilda skäl att anta att åtgärden är angelägen för att förbereda att tvångsvården skulle upphöra samt att förutsättningen i 3 § första stycket p. 2 LPT inte var uppfylld.

Sammanfattningsvis innebar förändringarna i 2000 års lag, att permission för återstoden av vårdtiden inte längre kunde komma i fråga. I stället fick permission ges för en längre period, om det fanns särskilda skäl att anta att åtgärden var angelägen för att förbereda att tvångsvården skulle upphöra. Genom att ange att *särskilda skäl* skulle föreligga ville lagstiftaren markera att det var fråga om *situationer som avvek från det normala*. För att kunna ge permission under en längre tid i slutet av tvångsvårdstiden skulle föreligga *en rimligt förutsägbar prognos* att tvångsvården efter permissionstidens utgång kunde upphöra. En sådan prognos, sägs i motiven, bör därför inte kunna ställas om tidsperspektivet är längre än flera månader.[34] I *undantagsfall* kunde dock tänkas uppstå situationer då en förlängning av tvångsvården kunde anses *oundgängligen nödvändig*. I sådana fall kunde också permissionstiden förlängas utan att patienten först behövde återtas till vårdinrättningen. Lagstiftaren underströk dock, att tidigare system med permission till vårdtidens slut inte längre fick förekomma.[35] Det är sålunda tydligt att upprepade förlängningar med permission inte varit lagstiftarens avsikt, utan sådana har förutsatts endast komma till stånd i yttersta undantagsfall, då förlängning av tvångsvården varit ofrånkomligt.

15.4.2 TILLÄMPNINGEN AV PERMISSIONSBESTÄMMELSEN I 2000 ÅRS LAG

Det rättsfalls- och journalmaterial som varit föremål för ett särskilt studium för förevarande arbete avser en period då 2000 års permissionsbestämmelse var tillämplig. Den empiriska undersökningen ger därvid vid handen att, trots lagstiftarens uttalade skärpning av bestämmelsen, förefaller tillämpningen ha fortsatt i samma anda som före lagändringen. Tydligast framgår detta då chefsöverläkaren ansökt om förlängning av tvångsvården enligt 9 § LPT, alltså vid åtminstone andra förlängningsbeslutet sedan intagningen. I nästan 48 % av samtliga studerade mål

34 Prop. 1999/2000:44 s. 118.
35 Prop. 1999/2000:44 s. 118.

© Författaren och Studentlitteratur

rörande ansökningar enligt 9 § LPT (327 st.) framgår det av domen *att* patienten haft permission vid länsrättens prövning. Det är alltså inte säkert att det i domen noterats att patienten haft permission, varför antalet kan vara större i verkligheten. Vidare är det så att det är endast i ca 30 % av dessa som det direkt framgår *hur länge* permissionen pågått. Sättet att uttrycka sig, t.ex. att patienten "gått på långtidspermission" gör dock att man även i andra mål i vart fall kan dra slutsatsen att det sannolikt är fråga om något annat än särskilda skäl för att förbereda att tvångsvården skall upphöra. Till detta må även anmärkas, att i nästan 19 % av "§ 9-målen" framgår det att patienten vårdats med stöd av LPT i mer än ett (1) år. Däremot är det inte alltid som det i dessa mål framgår huruvida patienten haft permission eller inte. Det *kan* vara så varför antalet även av denna anledning kan vara större än ovan nämnda 48 %.

Av de mål det sålunda *framgått hur lång tid* patienten haft permission (46 mål) har de flesta patienterna (ca 55 %) haft en pågående permission kortare tid än ett (1) år. Det betyder att i drygt 45 % anges att permissionen pågått mellan 1–4 år. Några rättsfall får illustrera vad som förekommit.[36]

> I mål nr 4853-07 den 20 mars 2007, LR i Stockholms län ansöktes om medgivande till fortsatt vård enligt 9 § LPT för en 42-årig kvinna. Hon hade vårdats inneliggande på psykiatriska kliniken från den 8 oktober 2005 till den 21 november 2005, dvs. ungefär 1,5 månad. Sedan dess hade hon bott hemma och vårdats inom öppenvården. Patienten hade alltså haft permission i 16 månader.
>
> Av domen framgår att det i chefsöverläkarens ansökan bl.a. uppgavs att patienten "skrevs ut den 21 november 2005 med skyldighet att fortsätta hålla kontakt med /.../ psykosmottagning. Hon har sedan dess fortsatt hålla kontakt med mottagningen och allting har fungerat som det skall. Bedömningen är ändå att hon har en bristande sjukdomsinsikt och att hon inte har gjort något *djupt känt ställningstagande* till om hon verkligen vill fortsätta medicineringen under lång tid, vilket, enligt ansökan är nödvändigt. Hon genomgår en utbildning till /.../ och har endast tre praktiska prov kvar tills hon har fullbordat utbildningen /.../ Eftersom /.../ sjukdomsinsikt anses starkt begränsad och eftersom hon riskerar att avbryta medicineringen på grund av någon nyck eller något infall om hon vårdas frivilligt anser chefsöverläkaren att vården enligt LPT måste fortsätta. När /.../ är färdig med sin utbildning har hon, enligt chefsöverläkaren, radikalt bättre förutsättningar att klara sig." (kurs. här)

36 I motiven till 2000 års lag, prop. 1999/2000:44 s. 90 f., angavs bl.a. att vid en inventering 1996 hade 35 % av de permitterade LPT-patienterna varit på permission kortare tid än en månad. För 13 % av patienterna var permission längre än ett år och för 12 patienter t.o.m. längre än tre år. Flertalet LPT-patienter hade också behandling med depotneuroleptika som villkor för permissionen.

© Författaren och Studentlitteratur

Det offentliga biträdet uppgav bl.a. att patienten *samtyckte* till den vård hon fick. Hon tog sina mediciner själv varje dag hemma och hon gick till öppenvårdsmottagningen och tog sina injektioner som hon skulle. Det fanns därför inget oundgängligt vårdbehov. Biträdet påtalade även innebörden i permissionsbestämmelsen och vad som uttalats i lagens motiv. Sakkunnig, däremot, förordade fortsatt tvångsvård då denna gett möjlighet till en struktur och en ram för behandlingen.

LR hänvisade i sin bedömning till ovan refererade RÅ 1998 ref. 51 och till uttalanden i lagens motiv. Rätten fann *å ena sidan* utrett att patienten led av en allvarlig psykisk störning och att hon hade ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kunde tillgodoses på annat sätt än genom att hon var intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. LR menade att det fanns grundad anledning att anta att vården inte kunde ges med hennes samtycke eftersom hon ställt sig tveksam till om hon egentligen var sjuk. *Å andra sidan* hade patienten tvångsvårdats med permission i hemmet under en förhållandevis lång, sammanhängande period. LR uttalade därvid att "Som framgår av chefsöverläkarens ansökan har behandlingen dock ett slutmål. Avsikten med permissionen är att /.../ inom en snar framtid skall kunna slutföra sin utbildning. Om hon lyckas med detta kommer hennes förutsättningar förbättras. LR biföll ansökan och medgav vård i ytterligare två månader.

Målet ger för det första exempel på de fåtal fall där rätten begränsar tiden för medgiven vård till två månader. Det hör också till ovanligheterna att de offentliga biträdena påtalar lagstiftningens innebörd. Patienten har haft permission i 16 månader och frågan är därvid om det funnits särskilda skäl att anta att permissionen var angelägen för att förbereda tvångsvårdens upphörande. Uppenbarligen har rätten ansett det vara så eftersom det fanns ett "slutmål" att slutföra utbildningen vilket i och för sig kan vara angeläget för att förbereda tvångsvårdens upphörande. Enligt min mening är det dock inte övertygande bevisat att förutsättningarna för vård i 3 § LPT verkligen är för handen. Även om det föreligger en allvarlig psykisk störning och om man möjligen kan ifrågasätta samtycket är det synnerligen tveksamt om det förelåg ett oundgängligt behov av intagning på sjukvårdsinrättning för kvalificerade psykiatrisk dygnetruntvård. Enligt min mening synes tvångsvården ha pågått för att förhindra att patienten skulle avbryta medicineringen. Lagstiftningens utformning ger inte utrymme för en sådan tillämpning och målet ger inte uttryck för sådan restriktivitet i tolkning och tillämpning som lagstiftaren anbefallt.

I mål 276-06 den 19 januari 2006, LR i Göteborg, var fråga om en 67-årig man med paranoid schizofreni. LPT hade pågått sedan februari 2002, dvs. fyra år, och patienten hade haft permission sedan januari 2004, dvs. *två*

© Författaren och Studentlitteratur

år, och vistats i ett av socialtjänsten ordnat boende. Patienten vägrade all kontakt med läkare och fick medicin av sjuksköterska var fjortonde dag. Patienten hade förklarat att han skulle sluta medicinera så snart tvångsvården upphörde. Sakkunnig ställde sig tveksam till om ytterligare förlängd tvångsvård var förenlig med LPT.

LR fann det visat att patienten fortsatt led av en allvarlig psykisk störning och att han var helt negativ till all vård och all medicinering. Enligt chefsöverläkaren var det den regelbundna medicineringen som var orsak till att tillståndet var stabilt och "*inte kräver psykiatrisk slutenvård*" [kurs. här].

Vad gäller frågan om det förelåg ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som inte kunde tillgodoses på annat sätt än genom att patienten var intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård anförde rätten: "Med sådan vård avses även de fall då patienten vårdas i hemmet efter särskilt tillstånd (permission). Länsrätten finner att det som framkommit i målet visar att /.../ skulle sluta sin medicinering omedelbart om tvångsvården skulle upphöra. Detta skulle då få till följd att han återinsjuknar och hans boendesituation skulle åter äventyras och han skulle komma att fara illa. Mot denna bakgrund finner länsrätten att förutsättningarna för förlängd tvångsvård är uppfyllda." Rätten biföll ansökan ytterligare högst sex månader.

Det är uppenbart så att den pågående tvååriga permissionen *inte* var angelägen för att förbereda att tvångsvården skulle upphöra. Det är snarare så att tvånget använts i förebyggande syfte för att patienten inte skulle försämras. Tillämpningen strider direkt mot permissionsbestämmelsen och likaså mot det grundläggande rekvisitet i 3 § LPT om ett oundgängligt vårdbehov. Visserligen är det korrekt som länsrätten säger, att man kan ha ett oundgängligt behov av heldygnsvård på sjukvårdsinrättningen och ändå ha permission, det är till och med en förutsättning. Patienten har dock inte ett sådant behov, vilket också explicit uttalas av chefsöverläkaren; patientens tillstånd kräver inte psykiatrisk slutenvård. Vårdbehovsrekvisitet är sålunda inte uppfyllt och tvångsvården skulle aldrig förlängts. Det måste framhållas att rådmannen i målet ovan var av skiljaktig mening. Denne anförde bl.a. att han delade chefsöverläkarens bedömning om konsekvenserna av en avbruten medicinering, men då det enligt gällande lagstiftning och dess förarbeten fick anses framgå att LPT inte är avsedd för den typ av långtidspermission som var aktuell kunde ansökan inte bifallas. Eftersom ordföranden blev överröstad av tre nämndemän fick tvångsvården fortsätta på, enligt min uppfattning, felaktiga grunder.

I mål nr 9704-07 den 11 maj 2007, LR i Stockholms län, ansöktes om medgivande till fortsatt tvångsvård enligt 9 § LPT för en 54-årig kvinna.

© Författaren och Studentlitteratur

Patienten uppgavs lida av en långvarig psykossjukdom och hade ingen sjukdomsinsikt. Hon hade vid upprepade tillfällen blivit klart förbättrad i sin sjukdom när hon medicinerat regelbundet. Hon hade dock en tendens att helt sluta ta mediciner och försämrades då snabbt i sin sjukdom. "Öppenvårdskontakten fungerar så länge hon tar sin medicin och har *långtidspermission* från vård enligt LPT." (kurs. här)

Patienten hade varit permitterad i hemmet sedan 2004, dvs. ca *3 år* och det hade varit fyra återtagningar sedan 2005, senast under perioden 4 januari – 8 februari 2007. Hon hade då uteblivit från medicineringen under endast en vecka men var påtagligt försämrad vid ankomsten till sjukhuset. Hon var aggressiv och utagerande på avdelningen. I ansökan uppgavs att, "Efter utskrivningen har hon skött kontakten med mottagningen men återkommande begärt dossänkning av medicinen. Utan stöd av LPT är det i nuläget inte möjligt att genomföra regelbunden medicinering utanför sjukhus. Utan behandling blir hon snabbt försämrad och äventyrar sitt boende och sin ekonomi." Chefsöverläkaren uppgav vid den muntliga förhandlingen: "*Vård och behandling kan endast säkerställas genom LPT* eftersom /.../ menar att hon inte är sjuk." (kurs. här)

Sakkunnig förordade fortsatt tvångsvård och LR fann det utrett att förutsättningarna i 3 § LPT var uppfyllda. Permissionen kommenterades inte.

Oaktat att det varit fråga om fyra återtagningar under patientens treåriga permission måste man även i detta mål sätta i fråga lagligheten av länsrättens beslut. Permissionen synes inte vara angelägen för att förbereda tvångsvårdens upphörande. I stället uppges tvånget, även i detta mål, angeläget för att *säkerställa vård och behandling.* Det kan också ifrågasättas om förutsättningarna för tvångsvård var för handen under hela den tid tvångsvården pågått. Även om rekvisiten förutsätts kunna variera i styrka är det grundläggande att samtliga rekvisit är uppfyllda såväl vid intagningen som under hela vårdtiden. Annan tillämpning strider mot lagstiftningen och dess ändamål, att tillgodose ett oundgängligt vårdbehov.

I mål 10566-07 den 21 maj 2007 ansöktes om fortsatt vård enligt 9 § LPT för en 56-årig kvinna med en allvarlig psykisk störning och ett alkoholmissbruk samt coloncancer med stomi. Hon vårdades huvudsakligen, sedan den 15 januari 2005, med permission.

Skälet för den långa tiden med tvångsvård var enligt chefsöverläkaren dels ett uttalat motstånd mot medicinering och dels svårigheter med boendesituationen. Patienten var placerad på XX-gården då flera andra försök att hitta lämplig bostad misslyckats. Svårigheterna hade varit stora då hon varit hotfull, druckit alkohol och gömt flaskor i sandlådor samt förorenat med avföring från sin stomi. Omgivningen hade reagerat mycket starkt på detta, vilket lett till vräkning från senaste boendet. På XX-gården hade man

© Författaren och Studentlitteratur

större möjligheter att stödja patienten. Trots det hade hon rymt vid två tillfällen. Hon hade även vårdats på sjukhuset vid två tillfällen i mars och april 2007. Patienten hade sålunda både allvarlig kroppslig och psykisk sjukdom och behövde mycket hög grad av omhändertagande. Vård på frivillig basis skulle ofelbart leda till att patienten skulle avvika, upphöra med medicineringen och bli hemlös.

Genom det offentliga biträdet bestred patienten bifall och anförde att hon inte hade en allvarlig psykisk störning och inte heller behov av dygnetruntvård. Hon ville inte åka tillbaka till XX-gården eftersom hon inte trivdes där.

LR biföll ansökan då man fann det utrett att förutsättningarna för tvångsvård förelåg. Den långa permissionen kommenterades inte.

Det förefaller uppenbart att patienten är i behov av såväl medicinska som sociala insatser. Men är permissionen angelägen för att förbereda tvångsvårdens upphörande? Sannolikt inte. Det är snarare så att patienten *inte* har ett behov av kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård, men *andra* stora behov. Beslutet är visserligen förståeligt ur en mänsklig synvinkel, men icke desto mindre i strid mot permissionsbestämmelsen och de stränga rekvisiten för vård enligt LPT. Sannolikt hade det utifrån dagens lagstiftning och i ett fall som det nyss anförda, ansökts om öppen psykiatrisk tvångsvård.

Ett fall som i det studerade rättsfallsmaterialet är iögonfallande då patienten haft en pågående tvångsvård i 12 år ger ytterligare ett exempel på vilka faktiska problem hälso- och sjukvården ställs inför.

I målet (nr 12452-05 den 24 november 2005, LR i Skåne län) ansöktes om fortsatt vård enligt 9 § LPT rörande en 49-årig man. Patienten blev intagen den 14 augusti 1993.

Av sakframställningen framgår att patienten "lider av en allvarlig psykisk störning. Han klarar (med viss tvekan) och stöd att bo i egen lägenhet. Han följer uppgjort aktivitetsschema och medicinerar under pågående tvångsvård. /.../ saknar dock sjukdomsinsikt och bedöms inte kunna medverka i fortsatt medicinering och psykiatrisk kontakt på frivillig väg. En ytterligare faktor att ta hänsyn till vid en eventuell utskrivning är hans potentiella farlighet och det faktum att han medicinerar med ett läkemedel som vid plötsligt avbrytande snabbt kan leda till återinsjuknande i psykos. *I väntan på annan lämpligare lagstiftning finns ingen annan möjlighet* än att under fortsatt LPT-permission ge vård." (kurs. här)

Patienten bestred ansökan. Han menade sig vara frisk och att han inte hade något behov av medicin. Om medicineringen upphörde skulle han må ännu bättre. Patienten framhöll också, att förlängning av vården, enligt länsrättens dom den 19 maj 2005, endast undantagsvis skall komma till

© Författaren och Studentlitteratur

stånd. Något undantagsfall menade han inte föreligga i hans fall. Sakkunnig tillstyrkte ansökan och anförde bl.a. att "den psykiska störningen uppenbarligen alltjämt finns kvar samt att NN saknar insikt i sin sjukdom".

LR gjorde följande bedömning. "Av utredningen i målet framgår att NN lider av en allvarlig psykisk störning för vilken han är i behov av psykiatrisk vård. Fråga är då huruvida NN på grund av sitt psykiska tillstånd eller 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 kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård. Härvid skall beaktas att *tvångsvården har pågått en längre tid med upprepade förlängningar,* att NN nu varit *LPT-permitterad till det egna hemmet under lång tid* samt att *chefsöverläkarens avsikt är att permissionen skall fortsätta* om ansökan bifalles." (kurs. här)

Rätten hänvisade bl.a. till ovan refererade RÅ 1998 ref. 51, och till vad som uttalats i proposition 1999/2000:44 s. 92 bl.a. om att man bör vara restriktiv i fråga om upprepade förlängningar av tvångsvård, särskilt när patienten har haft permissioner en längre tid, samt att i undantagsfall kan dock en förlängning av tvångsvården vara motiverad även om den sker med ytterligare permissionsperiod.

LR uttalade vidare, att NN "har vid den muntliga förhandlingen inte gett några garantier för att han skulle fortsätta med adekvat medicinering vid en utskrivning. Chefsöverläkaren har uppgett att ett avbrytande av medicineringen snabbt skulle förvärra hans psykiska sjukdom. Vid en sådan utveckling finns det en betydande risk för att han utgöra en fara för kvinnor i sin omgivning. Dessa omständigheter talar med styrka för att det finns ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som endast kan tillgodoses genom intagning på en sjukvårdsinrättning.

NN motsätter sig den vård han enligt länsrättens mening är i behov av och därmed är alla de i 3 § första stycket LPT angivna förutsättningarna för en fortsatt tvångsvård uppfyllda. Ansökan härom bör därför bifallas."

Hur lång permission patienten haft framgår inte, men uppenbarligen har lagligheten i densamma varit föremål för diskussion även vid tidigare förlängning av tvångsvården. Det är naturligtvis ett dilemma för såväl hälso- och sjukvården som domstolarna i fall som det angivna, där patientens potentiella farlighet kan resa krav från samhället på tvångsomhändertagande. LPT:s syfte är dock inte primärt att förhindra att människor begår brott. Vid tiden för LR:s beslut var lagstiftningen begränsad till att avse sluten psykiatrisk tvångsvård. Vården skulle därmed tillgodose ett oundgängligt behov av vård på sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård och permission en längre period skulle vara angelägen för tvångsvårdens upphörande. Ingetdera synes vara för handen i målet och LPT synes ha använts därför att det saknades annan

© Författaren och Studentlitteratur

lämplig lagstiftning att hantera svåra fall. Huruvida patienten fortfarande vårdas med tvång är ovisst. Är så fallet är det möjligt att ansökningarna framöver kommer att avse öppen psykiatrisk tvångsvård. Dock medger inte heller nu gällande lag, såvitt gäller den öppna vårdformen, att den tillämpas slentrianmässigt. Även öppen psykiatrisk tvångsvård omfattas av syftesbestämmelsen i 2 § LPT, varför tvångsvården skall upphöra när patienten är i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård. En fråga som man emellertid måste ställa sig är, om patienten aldrig blir i stånd att medverka till frivillig nödvändig vård, hur länge skall då tvångsvården kunna pågå?

Från journalgenomgången skall endast ett fall (3 F) kommenteras. Patienten intogs med stöd av LPT den 24 januari 2002. Journalhandlingarna avser tiden t.o.m. den 14 februari 2007 och tvångsvården har sålunda i vart fall pågått fram till och med detta datum, sålunda fem år. Dock finns uppgift om att LR medgivit ytterligare en förlängning av tvångsvården, längst t.o.m. den 2 augusti 2007, varför det är möjligt att tvångsvården pågått längre tid. Vårdintygets utfärdande föranleddes av att polis tillkallats till en gata där patienten klätt av sig, sprungit naken mellan bilarna och gjort utfall mot förbipasserande. Enligt intagningsbeslutet var patienten i ett, troligen drogutlöst, psykotiskt tillstånd, vilket senare verifierades med drogtest som var positivt för såväl cannabis som amfetamin. Patienten ansågs vara ur stånd att ta hand om sig själv och ansågs vara en fara för sig själv i sitt "nuvarande" tillstånd. Patienten var helt negativt inställd till vården eftersom han inte ansåg sig sjuk. I journalen den 1 februari 2002, noterades följande under rubriken "Upprättande av vårdplan, § 16":

> Patienten stannar över helgen och får därefter LPT-permission till nästa planerade injektionstillfälle 15/2. Teamet för Hemlösa får i uppdrag att följa patienten till X för injektionerna och kan ta hjälp av mobila teamet för att motivera och eskortera patienten om så behövs. Patienten kommer att fortsätta bo på Y eller Z-gården allt efter platstillgång. Patientens socialsekreterare samt respektive teampersonal inklusive psykosöppenvården är införstådda. Om patienten ej kommer till injektion eller innan dess blir psykiskt försämrad kommer han att återintas, med polishandräckning om så är nödvändigt. Om planeringen fungerar får patienten fortsatt permission i ytterligare 14 dagar Ansökan om förlängning enligt 7 § LPT kommer att göras.

I princip en vecka efter intagningsbeslutet medges patienten alltså permission i två veckor, till nästa injektionstillfälle. Mot detta är inget att invända åtminstone från juridisk synvinkel. Permissionen är tidsbestämd och lagstiftningen medger vistelse utanför vårdinrättningen trots ett ound-

© Författaren och Studentlitteratur

gängligt behov av psykiatriskt dygnetruntvård. Vad som emellertid är ägnat att resa tvivel är hur chefsöverläkaren, efter en veckas inneliggande vård och sedan planerad tvåveckorspermission, kategoriskt kan uttala att ansökan om förlängning kommer att göras. Chefsöverläkaren kan möjligen utifrån sin medicinsk-psykiatriska erfarenhet dra slutsatsen att vård sannolikt kan komma att behövas under längre tid. Detta är emellertid något som skall övervägas fortlöpande, även under pågående permission, och det är patientens tillstånd *vid tiden för ansökan* om förlängning som är avgörande för om detta skall ske eller inte.

Patienten fick således permission den 4 februari 2002 till nästa injektionstillfälle den 15 februari 2002. Notabelt är därvid, att efter permissionsanteckningen finns den 6 februari en "SLUTANTECKNING" av vilken det framgår att patienten har varit intagen t.o.m. den 4 februari 2002 och därefter har LPT-permission t.o.m. den 15 februari 2002 samt att vårdtiden enligt LPT får pågå längst t.o.m. den 21 februari 2002. Sådan "slutanteckning" görs i princip efter varje medgiven förlängning av permissionen, vilket i förevarande fall är åtskilliga. Att i "slutanteckning" notera att patienten är på permission är missvisande och måste dessutom anses felaktigt eftersom patienten fortfarande är formellt intagen på vårdinrättningen och omfattas av chefsöverläkarens ansvar.[37]

Fram till den 28 juni 2002 förlängdes permissionen ytterligare sex gånger. Patienten blev dock återtagen vid tre tillfällen under denna tid då han uteblivit eller kommit för sent för injektionen, sista gången var patienten dessutom psykotisk. Från och med den 28 juni 2002 beviljades åter permission i 14 dagar till nästa injektionstillfälle och därefter ytterligare 28 gånger, till den 1 september 2003, till synes utan några återtagningar. Visserligen kom patienten vid några tillfällen en dag för sent, och ibland först efter telefonpåminnelse eftersom han glömt bort tiden, men vid flera injektionstillfällen ända fram till mars 2003 noterades i samband med injektionen att patienten var i gott skick. Anmärkningsvärt är också att i läkaranteckning den 2 december 2002 noterades:

> Patienten orienterad till alla kvaliteter. Ger god formell och emotionell kontakt. Ger ett lugnt och harmoniskt intryck. Inga tecken på tankestörning. Inga vanföreställningar eller tecken på hallucinos framkommer under samtalet. Neutral grundstämning. Inget tankeinnehåll som tyder på depression eller mani. Åtminstone ytligt insiktsfull vad gäller missbrukets skadeverkningar, däremot inte vad gäller risken för återfall i psykossjukdom. Tveksam behandlingsmotivation. Mycket glädjande förbättring som naturligtvis är beroende på en kombination av långvarigt regelbunden

37 Se avsnitt 15.2.

© Författaren och Studentlitteratur

> medicinering och åtminstone i stort sett narkotikafrihet. Tyvärr bedömer jag att patienten med största sannolikhet kommer att avsluta sin medicinering om tvångsvården upphör och att han då till visshet gränsande sannolikt kommer att vara mindre harmonisk och mer benägen att återfalla i narkotikamissbruk med öppna psykossymtom, aggressivitet och farligt beteende. Ansökan till LR enligt 9 § om förlängning.

Patienten har sålunda i åtminstone fem månader i princip kommit på avtalad tid för sina injektioner och hans tillstånd synes väsentligt förbättrat. Att patienten med till visshet gränsande sannolikhet kommer att återfalla i missbruk med öppna psykossymtom ger inte vid handen att samtliga förutsättningar för tvångsvård fortfarande är uppfyllda. Patienten borde ur legal synvinkel skrivits ut då det, i vart fall utifrån tillgängliga handlingar, inte synes ha förelegat ett oundgängligt behov av intagning. I stället ansöktes om förlängning av tvångsvården. I ansökan uppgavs att:

> efter föregående LR-förhandling har patienten börjat missköta sig genom att utebli "från injektionstid". Han återintogs den 6 juni 2002 med polishjälp. Vägrade neuroleptika och fick tvångsmedicineras. Den 28 juni kunde han åter gå på permission. Har en mycket ambivalent inställning till medicinen. "Han är nu i ett mycket förbättrat tillstånd jämfört med tidigare bl.a. på grund av en längre tids regelbunden medicinering med neuroleptika. Kombinationen av /.../ tidigare oförmåga att medverka till vård och hans nuvarande ambivalenta inställning gör att det finns anledning att befara att behandlingen inte kan genomföras med hans samtycke. /.../ uttrycker stor tveksamhet angående sin egen medverkan vid förhandling och deltog inte heller vid förra förhandlingen."
>
> LR fann det utrett att förutsättningarna för tvångsvård var uppfyllda och att det fanns grundad anledning att anta att vården inte kunde ges med patientens samtycke. Ansökan om fortsatt tvångsvård bifölls, högst sex månader från den 20 december. Offentligt biträde var förordnat och det är sannolikt denne som uppgivit att patienten "har ingen erinran mot ansökan och vitsordar riktigheten av samtliga relevanta uppgifter i utredningen." LR fann muntlig förhandling uppenbart obehövlig.

I såväl lagens förarbeten som i RegR:s ovan refererade mål, RÅ 1998 ref. 51, har påtalats vikten av en *restriktiv* tillämpning och att, om det är fråga om återkommande förlängningar av tvångsvård, det skall vara påkallat med *särskilt stor återhållsamhet* vid prövningen av en ansökan om fortsatt tvångsvård. Enligt min mening har det inte visats sådan återhållsamhet här. Dessutom den reflektionen, att visserligen hade patienten uttryckt tveksamhet till medverkan vid förhandlingen varför det sannolikt var anledningen till att muntlig förhandling befanns uppenbart obehövlig,

© Författaren och Studentlitteratur

men om patienten varit där kanske rätten fått en annan uppfattning om denne och hans oundgängliga behov i enlighet med 3 § första stycket p. 2.

Efter LR:s beslut om fortsatt vård fortsatte också permissionen två veckor i taget. Journalhandlingarna ger vid handen, att i slutet av mars 2003 var patienten, vid injektionstillfället, ofräsch och trött och uppvisade flera stickmärken. I journalen noterades den 24 mars 2003:

> Permission till nästa injektionstillfälle den 4 april. Om patienten är i dåligt skick nästa injektionstillfälle bör bakjour kontaktas för ställningstagande om ytterligare permission eller stanna kvar på avdelningen.
>
> Den 4 april noterades dock att patienten var i avsevärt bättre skick än befarat. Inget som tyder på att missbruk har försämrat hans psykiska tillstånd.

Permissionerna fortgick alltså ändå, 14 dagar i taget, ända fram till den 8 maj 2003 då permissionen återkallades eftersom patienten inte infunnit sig för injektion. Patienten fick kvarstanna på vårdinrättningen över helgen. Han var psykotisk med vanföreställningar. Beviljades emellertid ånyo permission vilken fortgick med tvåveckorsintervaller till nästa länsrättsförhandling i början av juli 2003. I ansökan om fortsatt vård där chefsöverläkaren bl.a. uppgav följande:

> När patienten åter behandlades med neuroleptika och narkotikan gick ur kroppen förbättrades patienten snabbt. "Man bedömde att långa perioder inom slutenvården på intet sätt hade ökat hans förmåga att medverka i öppenvården. Likaså hade korta vårdperioder med definitiv utskrivning lett till snabba återfall i narkotikamissbruk och förnyat uppblossande av psykotiska symtom. Planeringen var därför en kort period i slutenvården följt av en mycket lång period av LPT-permission. /.../ har varit positivt inställd till att själv komma till avdelningen för sina injektioner i stället för att föras in till sjukhuset av personal från olika team. Detta har fungerat mycket bra och han har kommit i stort sett var 14:e dag."
>
> Chefsöverläkaren anförde vidare att, en lång sammanhängande tid av regelbunden neuroleptikabehandling "har gjort att han varit i betydligt bättre psykiskt skick och oftast varit helt utan tecken på psykotiskt fungerande. En lång tid på permission med medicin har, trots att missbruk inte helt upphört, visat sig vara den bästa lösningen. På grund av /.../ bristfälliga sjukdomsinsikt, svårigheter att avhålla sig från narkotika och hans bristande motivering att ta mediciner är bedömningen att det finns en välgrundad anledning att befara att adekvat vård inte kan genomföras med hans samtycke."
>
> Patienten å sin sida uppgav att han tog sin medicin frivilligt och skulle fortsätta göra det utan tvång.

© Författaren och Studentlitteratur

> LR:s *sakkunnige* anförde inledningsvis att "det inte är ett helt solklart fall men den bedömning som görs är utifrån nuvarande omständigheter." Vidare anfördes, att efter insatt medicinering och medicinering med LPT permission "har hans tillstånd avsevärt förbättrats. Han har en önskan att klara av frivillig vård och är övertygad om att han även utan medicinering inte skulle insjukna. Han har på grund härav en något bristande sjukdomsinsikt och ambivalent attityd till medicinering. Han är i behov av vård som kan jämställas med heldygnsvård och denna vård kan inte genomföras utan tvång. Indikationerna för fortsatt LPT-vård är uppfyllda."
>
> LR fann det liksom tidigare utrett att förutsättningarna för vård var uppfyllda och att det fanns grundad anledning att anta att vården inte kunde ges med samtycke.

Oenig med sakkunnig menar jag att det är tämligen klart att förutsättningarna för LPT, vid tiden för LR:s dom, inte var uppfyllda. Detta mot bakgrund av att patienten inte synes ha varit i *oundgängligt behov* av psykiatrisk vård, som inte kunde tillgodoses på annat sätt än genom att patienten var *intagen på en sjukvårdsinrättning* för *kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård.* Att ha ett "behov av vård som kan jämställas med heldygnsvård" är inte detsamma som att en av de grundläggande förutsättningarna för sluten vård är uppfyllda. Det är heller inte fråga om permission en längre period för att det fanns *särskilda skäl* att förbereda att tvångsvården skulle upphöra.

I fallet fortsatte permissionen 14 dagar i taget, i vart fall fram till juli 2006 då patienten åter blev inlagd på vårdinrättningen. Även om permissionen vid några tillfällen återkallades därför att patienten inte infann sig på utsatt tid skulle tvångsvården ur legal synvinkel, enligt min mening, kunnat ha upphört tidigare. Vid ett återinsjuknande hade ny bedömning huruvida LPT-vård var nödvändig fått göras och patienten hade varit utan tvång dessemellan. Vård med stöd av LPT innebär ett frihetsberövande, även om patienten vistas utanför sjukvårdsinrättningen under permission.

Genomgången av rättsfall och journalhandlingar ger sålunda vid handen, att permissionsbestämmelsen under den studerade tidsperioden kom att, trots flera lagändringar och uttalande från prejudikatinstansen, tillämpas på ett sätt som inte var avsett från lagstiftarens sida. Längre permissionsperioder har inte i förstone kommit att användas för att förbereda tvångsvårdens upphörande utan det har använts som ett medel för att säkerställa fortsatt medicinering utanför vårdinrättningen. Därigenom kan man också hamna i tvivel, åtminstone i vissa fall, huruvida patienterna har haft ett sådant oundgängligt vårdbehov av intagning på sjukvårdsinrättning som krävs för sluten psykiatrisk tvångsvård (3 § första

© Författaren och Studentlitteratur

stycket p. 1 nu gällande lag). LPT skall tillämpas restriktivt och den slutna vårdformen var, *och är*, endast avsedd att användas för att tillgodose ett oundgängligt vårdbehov som kräver intagning. Att på detta sätt extendera lagens tillämpningsområde är synnerligen allvarligt från rättssäkerhetssynpunkt. Det strider mot såväl LPT som rättighetsbevarande föreskrifter i RF och EKMR.[38]

15.4.3 PERMISSIONSINSTITUTET I NU GÄLLANDE LAG

I samband med att den öppna psykiatriska tvångsvården infördes i september 2008 ändrades också permissionsbestämmelsen i LPT. Möjligheten att besluta om permissioner för en längre period i syfte att förebereda tvångsvårdens upphörande togs bort. Lagstiftarens utgångspunkt är att permission under pågående tvångsvård bör användas på samma sätt som vid annan sluten hälso- och sjukvård.

Av 25 § första stycket nu gällande lag framgår att chefsöverläkaren får ge en patient tillstånd att under en viss del av vårdtiden vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Tillståndet får ges för *ett visst tillfälle* eller för *vissa återkommande tillfällen*, och endast under förutsättning att det står i överensstämmelse med vårdplanen.

Permissionsinstitutet är *enbart* avsett för patienter som vårdas i *sluten* psykiatrisk tvångsvård. Vårdas man i öppen psykiatrisk tvångsvård befinner man ju sig ändå utanför sjukvårdsinrättningen. Permission bör kunna ges för att patienten skall kunna sköta om vissa personliga angelägenheter och för att möjliggöra socialt rehabiliterande insatser som är nödvändiga för att tvångsvårdens skall kunna upphöra, t.ex. för att förbereda ett särskild boende. Det kan också handla om permission för att patienten successivt skall anpassa sig till ett liv utanför vårdinrättningen, t.ex. för att förbereda ett särskilt boende eller för att möjliggöra en smidig övergång till öppen psykiatrisk tvångsvård eller bedömningar av patienten som är nödvändiga för att tvångsvården skall kunna upphöra eller fortsätta utanför sjukvårdsinrättningen.

För att glappet mellan någon dags permission och öppen psykiatrisk tvångsvård inte skall bli för stort skall det också vara möjligt att kunna ge patienten permission *någon vecka eller längre tid vid särskilda tillfällen*, såsom vid utbildning eller inför utslussning till eget boende.[39] Enligt SOSFS 2008:18 får, om det finns *särskilda skäl*, ett tillstånd ges för längre tid, dock *högst fyra veckor*. Sådana särskilda skäl är just vad som omtalats i motiven dvs. exempelvis utbildning eller utslussning till eget eller särskilt

38 Se även om det kvalificerade vårdbehovsrekvisitet, avsnitt 9.5.

39 Prop. 2007/08:70 s. 72 och 78.

© Författaren och Studentlitteratur

boende. Om det bedöms att patienten behöver längre tid än fyra veckor är det lämpligt, anförs i Socialstyrelsens handbok till föreskrifterna, att en ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård övervägs.[40] En mer långvarig placering på behandlingshem som omfattas av kommunens ansvar enligt SoL bör däremot *inte* kunna ske i samband med permission. En sådan placering kan i stället ske genom den öppna vårdformen. I motiven framhålls dock, att i syfte att förbereda en smidig övergång till sådan vård kan dock permissioner behöva medges även för vistelse på ett sådant behandlingshem.[41]

En permission skall alltid *tidsbestämmas* i förväg och kan sålunda ges för ett visst tillfälle och viss tid (timmar eller dagar) eller för återkommande tillfällen och viss tid, t.ex. natt-, dag- eller helgpermission.[42] Därvid är det självfallet inte möjligt att bestämma tiden längre än vad som följer av längsta tillåtna vårdtid enligt bestämmelserna i LPT.[43] Vidare är att märka att tvångsvården skall upphöra så snart förutsättningarna för vård i 3 § LPT inte längre är uppfyllda vilket skall prövas fortlöpande (27 § LPT), även under permissionstiden.

Lagens ordalydelse ger uttryck för att det är *chefsöverläkaren* som får fatta beslut om permission, men det kan delegeras till annan läkare *vid sjukvårdsinrättningen* i enlighet med 39 § LPT.[44]

Av lagen framgår inte hur snart patienten kan medges vistelse utanför vårdinrättningen. Lagstiftarens utgångspunkt är emellertid att den vårdtid som ett beslut om tvångsvård omfattar skall inledas med vistelse på sjukvårdsinrättningen och att vistelse utanför densamma skall komma till stånd *först efter någon tid*. Detta gäller även i fall då patienten visat sig inte kunna klara vistelsen utanför vårdinrättningen, dvs. permissionen, på ett tillfredsställande sätt.[45]

15.4.4 PERMISSION FÖRENAT MED VILLKOR

Ett tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område får, enligt 25 § andra stycket LPT, förenas med sådana villkor som anges i 26 § tredje stycket.[46] De särskilda villkoren får sålunda avse

40 Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18) s. 60.

41 Prop. 2007/08:70 s. 151.

42 Prop. 2007/08:70 s. 151.

43 Prop. 1999/2000:44 s. 94.

44 Se även 40 § LPT och 4 kap. 2 § SOSFS 2008:18.

45 Prop. 1990/91:58 s. 266 f.

46 Villkorsbestämmelsen infördes redan i samband med 1991 års lag men då i FPT.

© Författaren och Studentlitteratur

- skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling,
- skyldighet att hålla kontakt med en viss person,
- skyldighet att vistas på ett hem eller annan institution för vår eller behandling eller att besöka en vårdcentral eller anlita socialtjänsten,
- vistelseort, bostad, utbildning eller arbete,
- förbud mot att använda berusningsmedel,
- förbud mot att vistas på en viss plats eller att ta kontakt med en viss person, eller
- annat som är nödvändigt eller följer av vårdplanen.[47]

Studerat journalmaterial ger vid handen att det i ungefär en tredjedel av fallen där permission förekommit har ställts särskilda villkor, vanligen krav på medicinering. Andra exempel är att patienten skall hålla kontakt med öppenvården eller den avdelning patienten är permitterad från, ha telefonkontakt med vårdavdelningen, eller att inte dricka alkohol eller förhållningsregler angående bilkörning.

Villkoren är desamma som kan föreskrivas vid öppen psykiatrisk tvångsvård. Enligt motiven bör de villkor som skall kunna komma i fråga kunna avse förutom medicinering och andra sjukvårdsinsatser, även boende, sysselsättning, stöd och service, social rehabilitering eller andra insatser enligt SoL och LSS, men också andra åtgärder som bedöms vara nödvändiga *för att* en patient inte skall återinsjukna eller återfalla i missbruk och tidigare socialt mönster. Det framhålls vidare, att i varje enskilt fall bör *noga prövas* om villkoren uppfyller dessa krav och syften och att en *avvägning måste göras* mellan den kränkning av patientens självbestämmande, integritet och värdighet som de aktuella villkoren innebär och de effekter på patientens hälsa och livskvalitet de medför.[48]

Eftersom Lagrådet påpekat att villkoren är av sådan betydelse att de bör återfinnas i lagen och inte i förordningen överfördes de till LPT, då i 25 a §, i samband med 2000 års lagändring.

47 Som exempel på sådana villkor anges i prop. 1999/2000:44 s. 118, att patienten kan vara skyldig att ta emot besök i bostaden av företrädare för hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, eller skyldighet att följa föreskrifter om daglig sysselsättning.

48 Prop. 2007/08:70 s. 84.

© Författaren och Studentlitteratur

15.4.5 ÅTERKALLANDE AV TILLSTÅND – ÅTERTAGNING

Av 25 § tredje stycket LPT framgår, att chefsöverläkaren, eller delegat i enlighet med 39 § LPT, får återkalla ett tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område. Ett tillstånd får enligt ordalydelsen återkallas *om förhållandena kräver det.*

Frågan är då *vilka förhållanden* som skall föreligga för att permissionen skall få återkallas. I motiven framhålls, att självfallet skall *återtagning*[49] *inte* få tillgripas som en *rent disciplinär åtgärd* mot en patient som brutit mot de villkor som kan ha meddelats honom. För återtagning bör krävas att patientens *psykiska tillstånd* i förening med hans *levnadsförhållanden i övrigt* och hans *inställning till vården* är sådana att det *inte finns någon annan utväg* än att *fortsätta vården på sjukvårdsinrättningen.*[50]

Motivuttalandena är åtminstone entydiga på en punkt; återkallelse av permission får inte ske som en sanktion därför att patienten brutit mot ett meddelat villkor. Men därefter är lagstiftarens kommentar knappast klargörande mer än i så måtto, att patientens tillstånd och förhållanden i övrigt skall vara sådant att vården måste fortsätta på vårdinrättningen.

I fallet 3 F, som diskuterats i föregående avsnitt, där patienten vårdats med stöd av LPT i drygt fem år, och haft permission större delen av tiden, har återkallande av permissionen skett vid ett 15-tal tillfällen under femårsperioden. Orsaken har därvid mestadels varit att patienten inte infunnit sig för sin injektion. Som exempel kan följande utdrag ut journalanteckningarna andragas:

> (3 F) 020315 noteras: dagen före iakttagits rejält narkotikapåverkad på stan och kom inte till sin depotinjektion på öppenvården. Begär polishandräckning. Ankommer med hemlösteamet den 18 mars och handräckningen avbeställdes. Patienten erhöll sin injektion. "Kvarstannar på avdelning för observation."
>
> (3 F) 020508 ej infunnit sig för injektion. Setts påverkad på stan. Beslut om återintagning. Får kvarstanna över helgen.
>
> (3 F) 030901 noterar läkare, att patienten uteblivit från flera injektioner på avdelningen "och har inte längre LPT-permission."

49 I motiven används begreppet återtagning. Patienten är ju fortfarande att betrakta som intagen på vårdinrättningen, varför det sannolikt ansetts inadekvat att tala om återintagning.

50 Prop. 1990/91:58 s. 156 och 267.

© Författaren och Studentlitteratur

I senare journalanteckning samma dag noteras av läkare "In med polishandräckning 1/9 pga ej skött LPT-perm och depoinj. 25/7 skulle pat ha sin inj men ej kommit till avd. Således c:a 1 månads uppehåll med inj. LPT-perm nu indragen. LPT kvarstår till 9 januari 2004.[51] Pat bedömdes psykotisk och i behov av slutenvård. 030908 noteras att "[p] atienten blir kvar till i morgon".

(5 D) 060726 p.g.a. att personal från boendet larmat då patienten inte släppte in personalen som sannolikt inte tagit sin medicin. Patienten bedömdes kraftigt försämrad och hon hade stört sina grannar. Sålunda, noterar överläkaren att det finns "en klar indikation för att återta permissionen vilket undertecknad gör." Patienten vårdades ånyo inneliggande fram till den 17 augusti då hon åter medgavs permission.

I de exempel som visats ovan har patientens tillstånd varit sådant att fortsatt vård på vårdinrättningen varit indicerad. Att återkalla permissionen under sådana förhållanden torde vara i överensstämmelse med lagen och dess motivuttalanden. Det finns emellertid även exempel på återtagning där det är mera tveksamt *om förhållandena anses kräva* ett sådant beslut.

(3 F) 040705 noterar läkare att patienten har permission till nästa injektionstillfälle 040706. "Han skall då inte få förnyad permission utan kvarstanna på avdelningen *för att Länsrätten skall kunna hålla muntlig förhandling* 2004 07 08 med anledning av ansökan om förlängd tvångsvård som insänds i morgon." (kurs. här)

Är det skäl nog att återkalla permissionen? Patienten kom självmant och var i gott skick, generellt i bättre skick än tidigare. Ett dylikt återkallande är förmodligen konsekvensen av att patienten, på ett icke lagenligt sätt, haft mer eller mindre ständig permission i flera år. Chefsöverläkarens ansvar för att fortlöpande pröva tvångsvårdens nödvändighet kvarstår även under permissionen och det torde inte vara tillräckligt att en sådan bedömning görs inför varje ansökan om förlängning av tvångsvården.

Varken lagens ordalydelse eller dess motiv är helt entydiga vad gäller vilka förhållanden som skall föreligga för att en permission skall kunna återkallas. Det torde dock *inte* vara förenligt med vad som uttalats i motiven att återkalla permissionen *för att föra patienten till vårdinrätt-*

51 Journalanteckningar saknas under tiden 26 juli 2003 – 1 september 2003. Är det måhända hälso- och sjukvården som försummat att ha kontakt med patienten så att det är den reella anledningen till att patienten uteblivit från injektionen? Chefsöverläkaren har skyldighet att hålla sådan kontakt med patienten även under permissionen att han eller hon kan bedöma om tvångsvård fortfarande är nödvändig!

© Författaren och Studentlitteratur

ningen för att ge en injektion, och sedan medge fortsatt permission igen utan att patienten har varit i behov av att åter vistas på sjukvårdsinrättningen. Lagstiftningens utgångspunkt är att den vårdtid som ett beslut om tvångsvård omfattar skall inledas med vistelse på vårdinrättningen och att vistelse utanför densamma skall komma till stånd först efter någon tid. Enligt motiven är detta naturligt också i de fall patienten visat sig inte kunna klara vistelsen utanför vårdinrättningen på ett tillfredsställande sätt.[52]

Det ligger i sakens natur att permissionen bör kunna återkallas om patientens *tillstånd försämras* så att han eller hon inte längre klarar sig utanför vårdinrättningen. Rekvisiten i 3 § skall vara uppfyllda under hela den tid patienten vårdas med tvång och det föreligger i grunden ett oundgängligt behov av intagning på sjukvårdsinrättning för psykiatrisk dygnetruntvård. Dessutom är patienten formellt intagen på vårdinrättningen under hela permissionstiden och chefsöverläkaren har ett ansvar för patienten även under denna tid. Chefsöverläkaren har, även under patientens permission, att aktivt verka för patientens rehabilitering och att kontinuerligt pröva om tvångsvården kan upphöra.[53]

Enligt min mening bör permissionen även kunna återkallas om patienten *bryter mot meddelade villkor* – om det inte är fråga om ren sanktion. Villkor meddelas därför att det är en förutsättning för att patienten skall kunna vistas utanför vårdinrättningen på egen hand. Klarar patienten inte att uppfylla villkoren finns heller inte förutsättningar för permission och därmed borde permissionen kunna återkallas, vilket i sig inte behöver vara en sanktion även om det möjligen kan upplevas så. Frågan är närmast, menar jag, *varför* meddelade villkor brutits. Det kan ju t.ex. vara fråga om ett missförstånd från patientens sida och då bör ju ett sådant kunna klaras upp utan att permissionen återkallas. De lege ferenda bör emellertid frågan om när och under vilka förutsättningar permission kan återkallas klargöras så att vårdinrättningarna, och framför allt patienten, inte behöver hamna i tvivel om vad som gäller.

Enligt ordalydelsen i 25 § tredje stycket LPT ankommer det på *chefsöverläkaren*, eller delegat i enlighet med 39 § LPT, att återkalla ett tillstånd.[54] Detta oaktat att länsrätten kan ha medgivit förlängning av tvångsvården i enlighet med 8 eller 9 §§ LPT. Ett återkallande får ske *inom* den längsta tid som enligt tidigare beslut gäller för tvångsvården. Eftersom patienten fortfarande betraktas som intagen på vårdinrättningen behövs varken vårdintyg eller tvåläkarprövning för en sådan åtgärd. Om en dom-

52 Prop. 1990/91:58 s. 267.

53 Prop. 1990/91:58 s. 156.

54 Se 40 § LPT och 4 kap. 2 § SOSFS 2008:18.

© Författaren och Studentlitteratur

stol, *efter patientens överklagande*, medgivit vistelse utanför vårdinrättningens område bör, enligt lagens motiv, ett tillstånd återkallas endast om *nya omständigheter* tillkommit efter domstolsprövningen.[55]

15.4.5 POLISHANDRÄCKNING

På begäran av chefsöverläkaren eller delegat (39 § LPT) skall *polismyndigheten lämna biträde för att återföra* en patient till vårdinrättningen, om denne inte har återvänt dit sedan *tiden* för ett tillstånd att vistas utanför inrättningens område har *gått ut* eller *tillståndet har återkallats* (47 § p. 4 LPT).

I motiven framhålls att det är viktigt att de polismän som återför en patient till en vårdinrättning efter t.ex. en permission, uppträder hänsynsfullt och att främst polismän med en längre erfarenhet används för ett sådant uppdrag. Vidare bör så långt det är möjligt ingripanden av uniformerad personal undvikas. Om en sökt patient hämtas i bostaden, bör detta, sägs vidare, självfallet ske på ett så diskret sätt som möjligt så att åtgärden inte väcker uppseende bland grannar och andra. I motiven framhålls också, att det är önskvärt att man *så långt möjligt* använder sig av *personal inom den psykiatriska vården eller socialtjänsten* för att övertyga patienten om att han frivilligt skall följa med till vårdinrättningen.[56] Av 4 kap. 5 § SOSFS 2008:18 framgår, att polishandräckning får begäras *endast* när det av omständigheterna framgår att patienten *inte frivilligt* har för avsikt att återkomma till vårdinrättningen.

15.4.6 ÖVERKLAGANDE

En patient som vårdas med stöd av LPT kan när som helst ansöka om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område. Det ställs därvid *inte* några formella krav på hur en sådan ansökan/begäran skall göras. En muntligt framförd begäran av patienten är fullt tillräckligt. Chefsöverläkarens beslut om permission bör emellertid utformas på ett tydligt sätt så att det inte råder något tvivel om dess innebörd och vem som fattat det.[57]

Ett *avslag på en begäran om tillstånd* enligt 25 § LPT att vistas utanför vårdinrättningens område kan, i enlighet med 33 § p. 3, överklagas av patienten hos förvaltningsrätten, vilket då måste ske skriftligen (3 § FPL). Eftersom det är fråga om ett överklagbart beslut och FL är tillämplig har chefsöverläkaren därmed också skyldighet att meddela patienten ett

55 Prop. 1990/91:58 s. 267.
56 Prop. 1990/91:58 s. 287.
57 JO dnr 3870-2004, 2004-10-27.

© Författaren och Studentlitteratur

formellt beslut med överklagandehänvisning. Det är *inte* tillräckligt att patienten, i enlighet med 48 § LPT, vid intagningen har informerats om detta.[58] Vid *varje tillfälle* som patienten begär permission, och nekas detta, skall patienten också ha ett beslut som talar om hur det kan överklagas.

I JO-beslut dnr 2172-2006 framkom att patienterna upplevde att det fanns ett motstånd från personalen mot att avslagsbeslut avseende ansökningar om permission överklagas. Chefsöverläkaren hade viss förståelse för detta och anförde att

> om en patient överklagar beslut brukar chefsöverläkaren ofta diskutera saken med patienten och uppmana denne att tänka över om de inte skall försöka samarbeta i stället för att hamna i ett motsatsförhållande till varandra.

JO kommenterade inte det sagda. Chefsöverläkarens uttalande är emellertid, enligt min mening, diskutabelt inte minst från ett juridiskt perspektiv, då patienten har en ovillkorlig rätt att påkalla domstols prövning av ett avslagsbeslut. Att förta patienten denna rätt rimmar illa ur ett rättssäkerhetsperspektiv. Dessutom kan man från en mer allmänmänsklig synvinkel finna det tvivelaktigt att skuldbelägga patienten för att han eller hon endast vill ta till vara de rättigheter LPT medger. JO framhöll dock, att det naturligtvis många gånger kan vara så att en patient framför ett mer "allmänt" önskemål om permission som inte kan eller bör tillgodoses för tillfället, och att saken klaras ut rent resonemangsvis. Det är emellertid nödvändigt att det klargörs huruvida en patient ansöker om permission eller inte. I annat fall riskeras att gränsen flyttas fram för s.k. informella avslag och att den möjlighet som patienten har att vända sig till förvaltningsrätten i saken blir en ren chimär.[59]

Den av JO uttalade risken torde emellertid redan vara en realitet. Det för förevarande arbete studerade *journalmaterialet* ger vid handen, att i 14 fall har patienterna, vid ett eller flera tillfällen, nekats permission. *Inte i något fall* finns uppgift om att patienten informerats om möjligheten att överklaga en nekad permission. Detta är synnerligen allvarligt och ett hot mot den enskildes rättssäkerhet. Några exempel på vad patientjournalerna innehåller får illustrera det sagda.

> (3 D) 070214 noterar sjuksköterska att patienten "tycker att det är befängt att hon fick inte nattpermission som de andra medpat får".

Tydligen har patienten nekats permission, men det framgår inte av erhål-

58 Se avsnitt 13.2.2.

59 JO dnr 2172-2006.

© Författaren och Studentlitteratur

let journalmaterial vem som har beslutat eller om patienten informerats om möjligheten att överklaga.

> (3 F) 060922 noterar läkare att patienten "[f]rågar efter utskrivning men ändrar sig till att fråga efter permission. /.../ Permissioner ej aktuellt för närvarande."

Patienten nekas permission, men det framgår inte att patienten meddelats ett formellt beslut med överklagandehänvisning vilket även gäller i följande fall:

> (6 D) 060328 noterar överläkare att patienten "[h]ar idag önskemål om att få åka på permission, säger sig behöva betala sina räkningar." Efter noteringar om medicinering noteras vidare: "Informerar pat om detta och också om olämpligheten i att åka hem på permission i nuläget, att hon i stället bör tillse att hon får hit räkningarna för att betala härifrån."
>
> (10 D) 051219 noteras explicit i journalen: "Får avslag på önskemål om permission, frigång och utevistelse".
>
> (6 A) 050915 noterar AT-läkare i daganteckning samtal med överläkare att patienten "informeras om att ansökan om förlängt LPT kommer ske då detta går ut på måndag. Uttrycker en stark önskan att istället vårdas på HSL. *Får information om möjligheter att överklaga.* Uttrycker även en önskan att få vara på dagpermission på söndag för att /.../ Detta är inte aktuellt" [kurs. här].

Det sist anförda exemplet (6 A) är den enda journalanteckningen där det över huvud förekommer ordet "överklagande" i samband med en permissionsfråga. Frågan är bara, i det angivna exemplet, vad patienten informerats om. Eftersom noteringen hänger samman med att patienten informerats om ansökan om fortsatt LPT kan det vara LR:s eventuellt kommande beslut som avses. Men patienten kan ju även överklaga ett beslut om avslag på en begäran om att tvångsvården skall upphöra (33 § p. 1) och ett avslag på begäran om permission och det måste framgå av journalanteckningen vilket som avses. Av formuleringen att döma avser i vart fall inte informationen om överklagande den nekade permissionen.

> (10 C) 050708 noterar läkare: "Önskar helgperm till /.../ [närstående, min anm.] men pga uppvarvning *begränsning till nattperm* till anhörig." (kurs. här)

Patienten har i fallet ovan begärt tillstånd att få vistas utanför vårdinrättningens område *över helgen* men *endast* beviljats detta *över natten.* Formellt sett har det beslutats i en annan riktning än vad patienten önskat

© Författaren och Studentlitteratur

och det är fråga om ett förvaltningsbeslut som går den enskilde emot och som kan överklagas. Därmed skall också besvärshänvisning lämnas. Varken formellt beslut eller besvärshänvisning synes finnas.

Patienten kan även, i enlighet med 33 § p. 3 LPT, överklaga ett beslut om *meddelande av villkor* i samband med vistelse utanför vårdinrättningens område. Anledningen härtill är att villkor av sådant slag ibland kan få betydelse under avsevärd tid och innebära kännbara begränsningar i patientens frihet. Men även om villkoren är av kortvarigt slag och, från en utomståendes perspektiv, kan tyckas mindre kännbara är beslut om dylika villkor i alla fall överklagbara. Patienten skall alltså meddelas detta i ett formellt beslut med överklagandehänvisning. Detta *förekommer över huvud taget inte* i det studerade journalmaterialet. Samma sak gäller då chefsöverläkaren *återkallat ett tillstånd* att vistas utanför vårdinrättningens område, beslut som kan överklagas i enlighet med 33 § p. 4 LPT.

Studiet av rättstillämpningen avseende chefsöverläkarens skyldighet att delge patienten ett formellt beslut med överklagandehänvisning i frågor som avser nekad permission, villkor i samband med sådan och återkallande av permission synes ger vid handen att detta över huvud taget inte görs. Detta är en *mycket allvarlig brist* som förtar den enskildes möjlighet att påkalla domstols kontroll över besluten. Redan det faktum att det *inte meddelas något formellt beslut* medför hinder för domstolen att pröva frågan därest den enskilde ändå skulle överklaga. I det studerade *rättsfallsmaterialet*[60] finns bara fem fall som gäller överklagande av en permissionsfråga.[61] Sannolikt är skälet till detta att patienterna inte underrättas om sin rätt att överklaga.

15.5 Avslutande reflektioner

De fall som varit föremål för ett studium och som redovisats ovan har avsett 2000 års lag. Jag har ändå ansett beskrivningen vara av relevans dels för att visa på vilka fall som förekommer inom lagområdet och dels för att visa att lagstiftningen, åtminstone i vissa fall såvitt avser långvariga permissioner, faktiskt inte tillämpats på avsett sätt. Det finns också en annan tanke med redogörelsen, nämligen att sådana fall som beskrivits kan tänkas komma att omfattas av bestämmelserna om öppen psykiatrisk

60 Se metod och urval avsnitt 1.3.

61 Mål nr 11150-07 LR i Stockholms län, mål nr 6231-05, 6233-05, 12137-05 och 192-06/373-06 LR i Skåne län. I tre av dessa mål återkallades överklagandet. I de två fall rätten prövade frågan avslogs de då chefsöverläkaren ansågs ha haft fog för att inte bevilja permission (11150-07) respektive att den allvarliga psykiska störningen var i en så akut fas att permission inte kunde tillåtas (12137-05).

© Författaren och Studentlitteratur

tvångsvård som infördes den 1 september 2008 då även permissionsinstitutet ändrades.[62] I motiven anges därvid explicit, att de "långa permissionerna kommer att ersättas av den nya vårdformen".[63]

Mot bakgrund av vad som ovan visats rörande tillämpningen av tidigare gällande permissionsbestämmelse och vad som även framförts såvitt gäller tillämpningen av vårdbehovsrekvisitet i 3 § första stycket p. 1,[64] menar jag att det finns en klar risk att regleringen rörande öppen psykiatrisk tvångsvård kommer att tillämpas alltför extensivt och till synes av samma slags slentrian som permissionsreglerna; en stor risk att, i namnet av omsorg om den enskilde patienten, denne får stanna kvar i den öppna psykiatriska tvångsvården år efter år utan hänsyn till syftet med tvångsvården och lagens grundläggande tanke att minska användningen av tvångsvård.

Av redogörelsen ovan har också konstaterats, att vårdinrättningarna inte använder permissionsbegreppet på ett korrekt sätt. Sålunda talas ibland om permission, även om patienten vistas utanför vårdinrättningen tillsammans med personal, eller innanför sjukvårdsinrättningens område. Eftersom de rättsliga skillnaderna är fundamentala mellan regelrätt permission och andra "friförmåner", bl.a. i överklagande- och sekretesshänseende, är det av stor vikt att korrekta begrepp används i journalföringen.

Det har också visats, att vårdinrättningarna ofta talar om att patienten är *utskriven* på permission, vilket inte kan anses korrekt eftersom en permitterad patient är att betrakta som intagen på vårdinrättningen under hela den slutna tvångsvårdsperioden. Att detta kan få konsekvenser för den enskilde patienten har visats, då det hänt att en patient som varit på permission avvisats från vårdinrättningen med hänvisning till att han eller hon var utskriven därifrån. Det har också visats att vissa vårdinrättningar noterar medgivna permissioner i utskrivnings- eller slutanteckningar, vilket inte heller kan anses korrekt då patienten formellt är intagen. Ett sådant förfarande riskerar att skapa förvillelse för såväl hälso- och sjukvårdspersonal som patient.

Undersökningen har också givit vid handen att lagens konstruktion vad gäller frågan om återkallelse av permission kan orsaka tveksamheter i den praktiska tillämpningen. Frågan om när och under vilka förutsättningar återkallelse kan ske bör därför klargöras vid en framtida lagrevision. Det förekommer att en permission återkallas för att patienten skall kunna återföras till vårdinrättningen för en injektion för att sedan direkt

62 SFS 2008:415.

63 Prop. 2007/08:70 s. 78.

64 Se avsnitt 9.5.

© Författaren och Studentlitteratur

efter injektionen medges fortsatt permission. Ett sådant förfarande torde inte vara i överensstämmelse med lagens krav, då det för en återtagning förutsätts att patientens förhållanden är sådana att vården bör fortsätta på vårdinrättningen.

Det allvarligaste hotet mot den enskildes rättssäkerhet, i förevarande sammanhang, är emellertid den omständigheten att vårdinrättningarna *inte i något fall* meddelat ett formellt beslut med överklagandehänvisning då en patient nekats permission. Samma är förhållandet vad gäller meddelande av villkor i samband med permission och vid återkallande av permission. Det är en mycket allvarlig brist som fråntar den enskilde hans eller hennes rätt att påkalla domstols kontroll över besluten.

© Författaren och Studentlitteratur

Särskilda tvångsåtgärder

KAPITEL 16

16.1 Inledning

Förutom att LPT ger lagstöd för själva frihetsberövandet innehåller lagen dessutom bestämmelser som medger att samhället ytterligare inkräktar på den enskildes person och det skydd man åtnjuter enligt RF och EKMR. Sålunda får patienten hindras att lämna vårdinrättningen och, under särskilda förutsättningar, hindras med användande av visst tvång (18 § LPT), spännas fast (19 § LPT) eller hållas avskild från övriga patienter (20 § LPT). Vidare får patientens rätt att använda elektroniska kommunikationsmedel inskränkas (20 a § LPT), patienten får nekas att inneha viss egendom och viss annan egendom får dessutom förstöras (21, 24 §§ LPT), försändelser får undersökas (22 § LPT) och övervakas (22 a § LPT) och personalen ges befogenhet att företa kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning (23 § LPT).[1] Det är enbart de patienter som får *sluten* psykiatrisk tvångsvård på en sjukvårdsinrättning som över huvud taget kan komma i fråga för tvångsåtgärderna enligt nämnda bestämmelser. Under förutsättning att rekvisiten är uppfyllda får vissa av nyss nämnda tvångsåtgärder också vidtas redan *innan* formellt beslut om intagning fattats (6 och 6 a §§ LPT).[2]

Liknande bestämmelser finns i LVM och LVU under rubriken "särskilda befogenheter". Befogenhetsreglerna utgör, enligt LVM:s motiv, de egentliga tvångsbestämmelserna som motiverar hela särlagstiftningen om vård utan samtycke och det rättssäkerhetssystem som byggts upp kring lagstiftningen.[3] I LPT återfinns bestämmelserna under rubriken "sluten psykiatrisk tvångsvård". Oaktat att rubriken i sig inte ger uttryck för vad det egentligen är fråga om är det, liksom vad gäller de sociala tvångslagarna, åtgärder som regleras i betungande offentligrättsliga föreskrifter och som företer likheter med sådana straffprocessuella tvångsmedel som

1 Av 8 § LRV framgår att bestämmelserna i fråga i tillämpliga delar också gäller vid rättspsykiatrisk vård.

2 Se avsnitt 10.5.

3 Prop. 1981/82:8 s. 58 f.

© Författaren och Studentlitteratur

noggrant regleras i RB. För att understryka dessa bestämmelsers särställning väljer jag att benämna åtgärderna *särskilda tvångsåtgärder* eftersom det är vad det egentligen är fråga om – tvångsåtgärder som kan få vidtas *utöver* själva frihetsberövandet. Dessutom används detta begrepp även av lagstiftaren i motiven till LPT.[4]

Liksom vad gäller de sociala tvångslagarna torde bestämmelserna som reglerar särskilda tvångsåtgärder i LPT ha stor betydelse för att man skall kunna bedriva en kvalificerad och effektiv och säker vård. Det får emellertid inte innebära att klienternas trygghet till person och egendom eftersätts. Eftersom det handlar om allvarliga ingrepp mot den enskildes integritet gäller det att finna en ordning som på en och samma gång tillfredsställer den klassiska konflikten mellan kraven på effektivitet vid vårdens bedrivande och rättssäkerheten för den enskilde. Bestämmelsernas relativa vaghet gör att det finns en klar risk att i tillämpningen effektivitetsintresset får väga över och den enskildes integritet får stå tillbaka.[5]

I LPT:s föregångare, LSPV, gavs relativt vittomfattande möjligheter att vidta tvångsåtgärder mot den enskilde genom en allmänt formulerad bestämmelse. För att bättre tillgodose RF:s krav har lagstiftaren funnit att en tvångslagstiftning *tydligt* bör ange vilka "särskilda tvångsåtgärder" som får tillgripas och under vilka förutsättningar detta får ske. Lagstiftarens utgångspunkt har därvid varit att söka åstadkomma sådana begränsningar som gör att tvångsåtgärderna kommer till användning bara när det *inte finns någon annan utväg* att tillgå i en verkligt besvärlig situation[6] och föreskrifterna skall säkerställa att tvångsbehandling och andra tvångsåtgärder används *restriktivt*.[7]

Som framgått tidigare omfattas också den som är frihetsberövad av grundlagsskyddet och de rättighetsbevarande föreskrifterna i EKMR. Varje intrång måste ha en rättslig grund och föregås av noggranna överväganden med strikt iakttagande av gällande bestämmelser. Reglerna bör vara så klart och tydligt utformade att utrymme för godtycke i möjligaste mån undviks. Åtgärder som inte har explicit lagstöd får inte förekomma. Av LPT:s motiv framgår också att av tvångslagens karaktär av kompletterande undantagsreglering som medger vissa integritetskränkande vårdåtgärder följer ett allmänt krav på restriktivitet när den tillämpas[8]

Det också viktigt att beakta, att i händelse av att eventuella interna ordningsregler som förekommer på vårdinrättningarna inte överens-

4 Prop. 1990/91:58 s. 141.
5 Jfr Gustafsson 2001 s. 505.
6 Prop. 1990/91:58 s. 141.
7 Prop. 1999/2000:44 s. 57.
8 Prop. 1990/91:58 s. 236.

© Författaren och Studentlitteratur

stämmer med gällande författningsbestämmelser, de senare äger företräde. Tvångsomhändertagnas självbestämmande och integritet är redan starkt beskuren genom frihetsberövandet och det är av synnerlig vikt att den integritetssfär som kvarstår respekteras.[9] Det ankommer på verksamhetschefen att ansvara för att det finns rutiner som säkerställer att inskränkningar i patientens rätt endast görs med stöd av lag.[10]

I föreliggande kapitel granskas varje tvångsåtgärd som medges vårdinrättningarna enligt LPT. Efter några inledande avsnitt av övergripande natur beskrivs varje åtgärd med avseende på bl.a. syfte och förutsättningar för att befogenheten skall få vidtas, beslutsbefogenhet samt innebörden av väsentliga begrepp i bestämmelserna.

16.2 Allmänt

Av den tidigare framställningen har framgått[11] att under vissa förutsättningar, bl.a. om det finns uttryckligt stöd i lag, får intrång i de skyddade fri- och rättigheterna göras enligt såväl RF som EKMR. När en tvångsåtgärd används mot någon innebär det, liksom vad gäller straffprocessuella tvångsmedel, ett ingrepp i den enskildes rättssfär, i den personliga friheten och integriteten och/eller den enskildes förfoganderätt över sin egendom. Det är karakteristiskt för alla typer av ingripanden mot person, antingen det sker på grund av brott eller på andra indikationer enligt sociala eller medicinska tvångslagar, att avsikten i vid mening är att garantera ordning och säkerhet eller enskild persons liv, hälsa eller egendom.[12]

Reglerna om *straffprocessuella* tvångsmedel förutsätter i regel att tvång kan användas. I praktiken utnyttjas också tvång eller våld då den misstänkte inte samarbetar frivilligt. Men även åtgärder som saknar inslag av tvång eller våld betraktas som tvångsmedel i det sammanhanget. Det kan t.ex. röra sig om en i hemlighet genomförd telefonavlyssning eller en mera öppet praktiserad kameraövervakning. Trots bristen på tvång talar man

9 Gustafsson 2001 s. 505.

10 2 kap. 4 § SOSFS 2008:18. I föreskriften sägs att det skall finnas rutiner som säkerställer att inskränkningar i en patients rätt att 1) inneha viss egendom, 2) ta emot eller skicka försändelser, 3) ta emot besök, 4) använda telefon eller med andra tekniska hjälpmedel kontakta utomstående endast görs med stöd av lag. Frågan är varför Socialstyrelsen begränsat föreskriften till att endast omfatta vad som nyss angivits. Också de andra tvångsåtgärderna – hindras att lämna vårdinrättningen, tvångsanvändning, bältesläggning, avskildhet, kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning – är av sådan karaktär att de endast får ske med stöd av lag.

11 Kapitel 3.

12 Jfr Bylund i Ekelöf III 2006 s. 39.

© Författaren och Studentlitteratur

alltså om tvångsmedel eftersom det är tillräckligt att det är fråga om en integritetskränkning *mot den enskildes vilja*.[13]

På motsvarande sätt förhåller det sig med de särskilda tvångsåtgärderna i LPT. Vissa av åtgärderna är direkt riktade mot den enskildes person och kan i vissa fall innehålla inslag av tvång eller våld. Andra åtgärder, såsom inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationsmedel, kontroll av försändelser eller omhändertagande av egendom, är också att betrakta som tvångsåtgärder även om åtgärderna inte innehåller tvångs- eller våldsinslag. Men det är fråga om integritetskränkningar som kan vidtas även om den enskilde motsätter sig det.[14] De särskilda tvångsåtgärderna i LPT företer ytterligare en likhet med de straffprocessuella då vissa av åtgärderna är perdurerande. I sådana fall gäller i allmänhet speciella regler för när beslutet skall hävas, information till Socialstyrelsen o.d.

Mot hälso- och sjukvårdens intresse av att kunna bedriva en god och säker vård står den enskildes intresse och skyddet för hans eller hennes grundlagsskyddade fri- och rättigheter. Genom 2 kap. 6 § RF åtnjuter vi ett skydd i förhållandet till det allmänna[15]bl.a. mot påtvingade kroppsliga ingrepp och frihetsberövande. Begränsningar i rättigheterna får göras om de har uttryckligt stöd i lag (2 kap. 12 § RF) dock endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningarna får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål föranlett dem och inte heller sträcka sig så långt att de utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen.

Mot bakgrund av det nyss anförda bör ändamålet med en tvångsmedelsreglering så noggrant som möjligt definieras i lagtexten för att inte den som använder tvångsåtgärden skall ha skönsmässig frihet att överträda grundlagsskyddet. För att tillämpningen skall bli så enhetlig och likformig som möjligt och för att rättssäkerheten skall upprätthållas, bör handlingsmönstren så detaljerat som möjligt anges i lagen, reglernas elasticitet bör reduceras till ett minimum och bestämmelserna bör i så liten utsträckning som möjligt sakna vaga, obestämda och mångtydiga rekvisit.[16] En restriktiv tillämpning av tvångsåtgärderna, vilket uttryckligen

13 Bylund i Ekelöf III 2006 s. 42.

14 Jfr beträffande straffprocessuella tvångsmedel där vissa är att betrakta som personella då de innebär ett ingripande mot person, t.ex. häktning, medan andra kallas reella och avser föremål m.m., t.ex. beslag.

15 Skyddet täcks upp och kompletteras av regler om tjänstefel m.m. i 20 kap. BrB och genom kriminalisering av vissa handlingar i 4 kap. BrB, som därmed ger oss skydd också mot ingripanden från privatpersoner. Kränks integriteten genom att brev läses eller samtal avlyssnas kan man straffas bl.a. för intrång i förvar eller för olovlig avlyssning. Se Bylund i Ekelöf III s. 46.

16 Jfr Bylund i Ekelöf III 2006 s. 47.

© Författaren och Studentlitteratur

föreskrivs av lagstiftaren såvitt gäller LPT,[17] bidrar också till att upphöja respekten för rättighetsskyddet och öka rättssäkerheten för den enskilde.

Användningen av särskilda tvångsåtgärder, som innebär myndighetsutövning mot den enskilde, skall i enlighet med legalitetsprincipen ske med stöd av lag och får inte komma i konflikt med grundlagens skyddsregler. Ändamålsprincipen i 2 kap. 12 § RF gäller både för *lagstiftningen* om tvångsåtgärder och för *tillämpningen* av dessa regler. Detta innebär att varje tvångsåtgärdsbestämmelse uttryckligen måste innefatta de ändamål för vilket tvångsåtgärden får vidtas. Det är nödvändigt för att lagstiftaren skall kunna ta ställning till om den begränsning av det aktuella skyddet som den föreslagna regleringen innebär, är förenlig med RF. Det är också nödvändigt för att den tillämpande myndigheten skall kunna uppfatta för vilka ändamål som tvångsåtgärden accepterats av lagstiftaren, annars finns risken att det inte ens går att avgöra om tillämpningen kan vara grundlagsstridig.[18]

De straffprocessuella tvångsmedlen i 24–28 kap. i RB har huvudsakligen funktionen att säkra bevis och/eller att säkerställa en kommande verkställighet. Härvid gäller speciella regler just med hänsyn till att åtgärderna innefattar ett omedelbart verkande tvång som i allmänhet leder till vittgående ingrepp i medborgerliga fri- och rättigheter.[19] Tvångsåtgärderna i LPT fyller en annan funktion, men innefattar också ett *omedelbart verkande tvång*, liksom de särskilda befogenheterna i LVM och LVU, som inkräktar i våra fri- och rättigheter på motsvarande sätt. De särskilda tvångsåtgärderna i LPT får sålunda vidtas i särskilda syften: för att förhindra avvikning, av ordnings- och säkerhetsskäl, för att förhindra skada, av vård- och rehabiliteringsskäl och för att förhindra missbruk. Varje enskild bestämmelse kan därvid tjäna ett eller flera av dessa ändamål. Förbud mot innehav av viss egendom (21 § LPT) får t.ex. ske för att upprätthålla drogfrihet, förhindra skada och av ordnings- och vårdskäl medan vård i avskildhet (20 § LPT) får ske av vårdskäl.

Regleringen i LPT måste anses vara *uttömmande*. Användning av s.k. skyddshandskar får t.ex. inte komma i fråga. Tvångsåtgärderna får heller inte användas i annat syfte än vad som anges i respektive bestämmelse, exempelvis av repressiva skäl.[20] I annat fall står tillämpningen i strid med ändamålen bakom reglerna och torde därmed också vara grundlagsstridig.

17 Prop. 1990/91:58 s. 236.

18 Jfr Bylund i Ekelöf III 2006 s. 47 f.

19 Ekelöf III 1984 s. 19 ff.

20 Jfr Gustafsson 2001 s. 519 som hänvisar till JO 1993/94:JO1 s. 148 där vissa förmåner gjorts beroende av den intagnes skötsamhet.

© Författaren och Studentlitteratur

Generellt gäller att de särskilda tvångsåtgärderna i LPT får vidtas under vissa, i bestämmelserna angivna, förutsättningar. Det föreligger således ingen skyldighet att genomföra t.ex. en kroppsvisitation eller en kontroll av patientens brev eller andra försändelser. Den enda skyldigheten som föreligger i förevarande sammanhang är att chefsöverläkaren *skall* låta förstöra eller försälja viss egendom enligt vad som sägs i 24 § LPT. Det råder också ett *absolut förbud* mot innehav av sådan egendom som räknas upp i 21 § LPT. Övriga tvångsregler är fakultativa.

Bestämmelserna om särskilda tvångsåtgärder är undantagsregler som i varje enskilt fall kräver överväganden och beslut utifrån de förutsättningar och beviskrav som gäller i respektive bestämmelse. De skäl som åberopas för en viss åtgärd måste vara objektivt godtagbara och föreligga då beslut om åtgärd fattas, oaktat att det ofta är fråga om beslut som måste fattas i akuta situationer och under stark tidspress. Enbart en subjektiv övertygelse hos bedömaren är inte tillräcklig. Omständigheter som kommer fram först efter åtgärdens genomförande rättfärdigar inte ett på otillräckliga grunder fattat beslut om en tvångsåtgärd.[21] Kollektiva åtgärder är inte lagenligt utan att misstankegraden är uppfylld för var och en av patienterna. Bortses härifrån utarmas grundlagsskyddet.[22]

16.3 Samtycke till särskilda tvångsåtgärder

Skyddet för våra kroppsliga fri- och rättigheter avser påtvingade ingrepp. Lämnar den enskilde ett medgivande till åtgärden kan grundlagsskyddet sålunda inte åberopas. En viktig fråga är emellertid huruvida ett samtycke kan ersätta bristen på legala förutsättningar för tvångsåtgärder som kan förekomma med stöd av LPT, eller som till och med ligger utanför vad LPT tillåter. Skulle en patient t.ex. kunna samtycka till att genomgå en ytlig kroppsbesiktning trots att förutsättningarna i 23 § LPT inte är uppfyllda eller skulle ett samtycke kunna medge att en fullständig kroppsbesiktning företas, trots att det över huvud taget inte får förekomma med stöd av LPT.

Åtgärder som innebär ett ingrepp i grundlags- och konventionsskyddade fri- och rättigheter kan begränsas genom lag men inte genom avtal. Det torde därför generellt inte finnas anledning att tillmäta ett samtycke dispositiv effekt.[23] Rättighetsskyddet skulle allvarligt urholkas om man som huvudregel skulle kunna efterge detta. JO har också framhållit, att

21 Jfr JO 1986/87 s. 77.

22 Jfr Bylund i Ekelöf III 1994 s. 71 ff. angående husrannsakan respektive kroppsvisitation hos/av flera möjliga gärningsmän.

23 Jfr Bylund i Ekelöf III 1994 s. 81 och 2006 s. 128 ff.

© Författaren och Studentlitteratur

RF:s utgångspunkt får anses vara att samhällsorgan inte får göra ingripande inom det grundlagsskyddade området annat än med stöd i lag i enlighet med vad som föreskrivs i 2 kap. 12 § RF.[24] I fall som kan utmynna i, för den enskilde, allvarliga ingrepp i hans frihet och egendom kan inte den enskildes samtycke till åtgärden tillerkännas relevans om inte särskild författningsbestämmelse undantagsvis föreskriver detta.[25]

En tvångsvårdad patient befinner sig alltid i underläge i förhållande till den vårdpersonal – myndighetspersoner – som under särskilda förutsättningar har befogenhet att använda sig av särskilda tvångsåtgärder. Att inte gå med på en åtgärd man som tillfrågas om kan uppfattas som att man har något att dölja och möjligen medföra en strängare övervakning, inställd permission eller liknande åtgärder som i vart fall kan uppfattas som sanktion. Samtycke till åtgärder av i LPT och LRV tillåtet slag bör sålunda, om förutsättningar därför saknas, med hänsyn till vad som ovan framförts som regel *inte* tillmätas relevans. Även om de särskilda tvångsåtgärderna innebär ingrepp som är av mer eller mindre integritetskränkande natur är det synnerligen tveksamt om man beträffande samtyckets betydelse skall göra en uppdelning efter ingreppens svårighetsgrad.[26] Alla tvångsåtgärder innebär ett allvarligt integritetsingrepp i konventions- och grundlagsskyddade rättigheter och upplevelsen av hur kränkande ingreppet är, är i hög grad subjektiv.

Samtycke till åtgärder som inte täcks av lagstiftningen, t.ex. kroppsbesiktning, bör med hänsyn till vad som nyss sagts inte heller kunna komma i fråga.[27] Om ingrepp som saknar stöd i lag skulle tillåtas är risken att den grundläggande tanken, att några egentliga tvångsåtgärder inte skall behövas i tvångsvården, kommer i skymundan. Visserligen har patienterna kvar sin rättsliga handlingsförmåga och en viljeförklaring torde i sig vara giltig. Man bör dock betänka i vilken situation tvångsvårdade

24 JO 1991/92:JO 1 s. 114 ff.

25 Ragnemalm 1992 s. 77 f.

26 Eskeland (1994) s. 96 menar att det beträffande brevkontroll principiellt inte möter något hinder att patienten frivilligt underkastar sig viss kontroll om kontrollen har klart samband med behandlingen.

27 Jfr dock Eskeland (1994) s. 90, där han säger att samtycke till en viss grad kan godtas som underlag för isolering eller mekaniska tvångsmedel, även om tvångsmedelsföreskrifternas förutsättningar inte är uppfyllda. Han understryker emellertid att man därvid befinner sig i ett farligt gränsland bl.a. därför att det kan undergräva det överordnade syftet med föreskrifterna, nämligen att institutionerna i största möjliga utsträckning skall fungera utan bruk av fysiska tvångsmedel. Se även Landelius s. 54 som menar, att frågan om i vilken utsträckning den enskilde genom samtycke kan medge ingrepp som saknar lagstöd får avgöras från fall till fall och beror bl.a. på hur betungande ingreppet är.

© Författaren och Studentlitteratur

patienter befinner sig och att ett samtycke kanske uttalas under påverkan av berusningsmedel eller under en uppseglande psykos. Grundlagens och EKMR:s skydd och förbud mot intrång i våra mänskliga fri- och rättigheter är huvudregel. Undantagen bör regleras i lag och enbart få vidtas under de i lagen givna förutsättningarna. Det sagda talar sålunda med fog *emot* att man med den enskildes samtycke går utöver vad lagstiftningen otvetydigt tillåter.[28]

En annan fråga är hur man skall förhålla sig om den enskilde *själv begär* att en viss åtgärd skall komma till stånd? Den som exempelvis misstänks för att smuggla in narkotika på vårdinrättningen kan ju ha alla skäl att vilja fria sig från en sådan misstanke. Frågan uppkommer närmast beträffande sådana åtgärder som LPT och LRV inte ger lagstöd för. Av skäl som berörts ovan ställer jag mig dock avvisande till att en begäran om sådana åtgärder också effektueras. Anser vårdinrättningarna sig vara i behov av att kunna vidta åtgärder utöver den faktiska lagregleringen bör medgivande därtill ske lagstiftningsvägen. Svårligen kan man skilja mellan vad som är ett verkligt samtycke och ett passivt godkännande av en åtgärd som den enskilde i själva verket kan känna sig förpliktigad att finna sig i.

16.4 Särskilt om dokumentation

Bestämmelser om journalföring inom hälso- och sjukvården finns i patientdatalagen (2008:355; PdL). I 1 kap. 3 § denna lag finns en legaldefinition av vad som avses med journalhandling. Därmed avses sålunda framställning i skrift eller bild samt upptagning som kan läsas, avlyssnas eller på annat sätt uppfattas endast med tekniskt hjälpmedel och som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder. Med uttrycket patientjournal avses enligt samma bestämmelse en eller flera journalhandlingar som rör samma patient.

Enligt 3 kap. 6 § PdL skall patientjournalen innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga skall en patientjournal alltid innehålla 1) uppgift om patientens identitet, 2) väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, 3) uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder, 4) väsentliga

28 Se JO 1990/91:1 s. 93 f. där ett "postgranskningsmedgivande" inte ansågs kunna utnyttjas för brevgranskning i vidare mån än vad lagen föreskriver. Se även JO 1984/85 s. 227 rörande kroppsvisitation samt vaginal- och analbesiktning vid avgiftningsavdelningar vid vissa sjukhus i Stockholm. Se även JO dnr 2172-2006 om frivillig bältesläggning.

© Författaren och Studentlitteratur

uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder, och 5) uppgift om den information som lämnats till patienten och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en förnyad medicinsk bedömning. Enligt samma bestämmelse skall journalen också innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning och när anteckningen gjordes. Av 3 kap. 9 § PdL framgår att uppgift som skall antecknas enligt 6–8 §§ PdL skall föras in i journalen *så snart som möjligt* och, om det inte finns något synnerligt hinder, *signeras* av den som ansvarar för uppgiften (3 kap. 10 § PdL). Som huvudregel skall alltså journalanteckningen signeras.[29]

Journalföringen är väsentlig för alla patienter, inte minst från patientsäkerhetssynpunkt. För de patienter som tvångsvårdas tillkommer emellertid fundamentala rättssäkerhetsaspekter, varför det finns ytterligare bestämmelser att beakta. Av 2 § FPT gäller sålunda att chefsöverläkarens skall svara för att en särskild förteckning förs över de patienter som avses i LPT och LRV. Som JO framhållit är det därvid viktigt att förteckningen vid varje tidpunkt är uppdaterad och lätt tillgänglig.[30]

Chefsöverläkaren skall även, enligt 2 § FPT, se till att journalen för en tvångsvårdad patient, utöver vad som följer av PdL och föreskrifter meddelade med stöd av den lagen, innehåller en rad andra uppgifter, inte minst sådana som är hänförliga till de särskilda tvångsåtgärderna.

Den journalgenomgång som ligger till grund för förevarande undersökning[31] visar att sättet att föra journaler varierar i tämligen hög grad. I vissa journaler blandas läkaranteckningar med omvårdnadsanteckningar, vilket kan göra journalerna svåröverskådliga.[32] I andra journaler som granskats har enbart läkaranteckningarna bifogats och då kan de vara tämligen knapphändiga. I dessa senare fall förekommer det också att man av kontexten kan förstå att noteringar rörande en viss omständighet ibland gjorts på annat ställe i journalen, eventuellt i beslutsjournal eller i omvårdnadsanteckningarna, trots att de rätteligen borde stått i läkarjournalen. Det kan röra sig om sådana beslut som det ankommer på chefsöverläkaren eller delegat att fatta, t.ex. rörande permission.

29 JO dnr 5514-2006. I beslut 3401-2002 anförde JO, att kravet på att en journalhandling skall signeras tillkom därför att en sådan åtgärd ansågs starkt motiverad av hänsyn till patientens säkerhet. Signering behöver dock inte ske om det möter "synnerligt hinder". Härmed avses mycket starka skäl, vilka skall föreligga i det konkreta fallet. (Se SoU 1984/85:33 s. 7 f.)

30 Jfr JO dnr 5514-2006, 2044-2007.

31 Se metod och urval avsnitt 1.3.

32 JO har också i flera fall konstaterat att journalerna varit svåröverskådliga och bristfälliga. Se t.ex. dnr 2172-2006, 5513-2006 och 2044-2007.

© Författaren och Studentlitteratur

Att patientjournalerna förs på ett överskådligt, korrekt och konsekvent sätt är fundamentalt från patientsäkerhetssynpunkt och även ur ett rättssäkerhetsperspektiv. Därutöver innefattar tvångsvård i stor utsträckning myndighetsutövning mot den enskilde, vilket ställer särskilt stora krav på dokumentationen,[33] särskilt vad gäller tidsangivelser av olika slag. Det måste tydligt framgå när en tvångsåtgärd inletts, omprövats och avslutats för att hälso- och sjukvårdspersonalen skall ha en möjlighet att kunna följa regelverkets krav beträffande olika tidsfrister. Datajournalsystemen kan ibland medföra att en tidsangivelse anges per automatik när systemet öppnas och sålunda ge sken av att en viss åtgärd, t.ex. fastspänning, också inletts vid denna tidpunkt.[34] Ett sådant system innebär en betydande risk om det inte finns någonting som indikerar att tidsangivelsen eventuellt måste ändras.

En annan iakttagelse är att den begreppsanvändning som förekommer i journalerna inte är konsekvent och den kan variera från klinik till klinik. Särskilt i tvångsvårdssammanhang är det av yttersta vikt att man använder lagens begrepp korrekt. I annat fall vet inte läsaren vad som egentligen avses därför att man kan ha olika föreställningar om ett begrepps innebörd och man kan vara ovetande om ett begrepps legala betydelse. Ett exempel är att det i journalerna talas om "visitation" av patienten. Det är ett begrepp som över huvud inte förekommer i LPT. Det skall därför heller inte användas i journalföringen.[35]

Eftersom journalhanteringen som regel är databaserad förekommer också en användning av olika sökord när uppgifterna förs in i journalerna. Också i sådana sammanhang är det ytterst väsentligt att på förhand givna sökord på ett korrekt sätt återspeglar innebörden av den vidtagna åtgärden och att sökorden används konsekvent och faktiskt korresponderar med de av lagstiftaren använda begreppen. I annat fall kan missförstånd uppstå och tveksamhet föreligga om vilka åtgärder som vidtagits. Innehållet i journalerna riskerar därmed att bli otydligt och därmed också otillförlitligt. Som exempel kan andragas att det ibland under sökorden "aktuellt" och "bedömning" kan återfinnas uppgifter om permissioner och om vidtagna tvångsåtgärder[36] i stället för att sökorden direkt visar vad som avses. Ett annat exempel som förekommit i praxis är ordet rumshållning. JO har därvid framhållit att det finns starka skäl att använda lagstiftarens begreppet "avskiljande" för att inte någon tveksamhet skall råda om att

33 Jfr JO dnr 2172-2006.

34 Jfr JO dnr 4488-2004.

35 Se avsnitt 16.14.

36 JO dnr 4488-2004, 2172-2006, 4213-2007 och 2044-2007.

© Författaren och Studentlitteratur

det är fråga om en tvångsåtgärd enligt 20 § LPT eller endast en informell uppmaning att "gå in på rummet".[37]

JO har i ett flertal beslut behandlat frågan om användandet av s.k. beslutsjournal. Bakgrunden till förekomsten av beslutsjournal står att finna i Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400, OSL). Enligt 25 kap. 1 § OSL gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men. Sekretessen gäller emellertid *inte*, enligt 25 kap. 10 § OSL, *beslut* i ärende enligt LPT eller LRV om beslutet avser *frihetsberövande åtgärd*. Till sådana beslut hör inte bara beslutet om intagning för tvångsvård, utan även t.ex. beslut om utskrivning, tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område (permission) och återkallande av sådant tillstånd. Undantaget gäller endast uppgifterna i beslutet och inte de uppgifter som beslutet grundar sig på.[38] Detta innebär att en patientjournal inom den psykiatriska tvångsvården, utöver de för hälso- och sjukvården sedvanliga sekretesskyddade uppgifterna, innehåller vissa uppgifter som är *offentliga*, dvs. tillgängliga för envar. PdL innehåller inga närmare bestämmelser om var i en journal föreskrivna uppgifter skall föras in, men av praktiska skäl bör offentliga uppgifter föras separat från andra uppgifter, t.ex. i en s.k. beslutsjournal. Härigenom kan de offentliga uppgifterna utan särskild sekretessprövning genast företes på begäran av en utomstående. Därutöver, menar JO, ökar överskådligheten om en beslutsjournal används, vilket är värdefullt för såväl personalen på vårdenheten som för berörd patient, domstolar och olika tillsynsorgan.[39] Används beslutsjournalen på ett sådant sätt innebär det att andra uppgifter, t.ex. om sådana friförmåner som inte är att betrakta som permission, inte skall noteras i beslutsjournalen.[40]

Det finns inga särskilda föreskrifter om hur en beslutsblankett/beslutsjournal bör utformas och vad den skall innehålla. Det visar sig också att i de fall sådan blankett bifogats det studerade journalmaterialet, varierar det i hög grad hur blanketterna utformats. I något fall är beslutsblanketten synnerligen noggrant utformad och följer i hög grad lagstiftningen. I andra fall synes konstruktionen vara mer slumpartad.[41]

37 Dnr 4488-2004.

38 Prop. 1991/92:59 s. 30.

39 JO dnr 4488-2004, 2172-2006, 5514-2006, 4213-2007 och 2044-2007.

40 JO dnr 3870-2004. Se även avsnit 15.2.

41 I dnr 5513-2006 ansåg JO t.ex. att beslutsblanketten borde innehålla ett utrymme för anteckning om att en patient fått information om sin rätt att få stödperson (30 § LPT) och att sådan information borde skiljas från uppgiften om att anmälan angående stödperson skett till patientnämnden (31 § LPT).

© Författaren och Studentlitteratur

Det är av yttersta vikt att dokumentation om särskilda tvångsåtgärder sker i enlighet med vad som föreskrivs i PdL och FPT. Åtgärderna måste vara väl övervägda och väl motiverade. Det är inte tillräckligt att man i journalen motiverar en inskränkning med lagens ordalydelse t.ex. att beslutet är fattat därför att det är nödvändigt "med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten" eller "för att undvika att någon annan lider skada." Det måste framgå *varför* man gjort denna bedömning och *på vilket sätt* vården eller rehabiliteringen riskeras eller på vilket sätt någon annan riskerar att lida skada.

16.5 Allmänt om personkretsen

De bestämmelser som är föremål för behandling i förevarande kapitel, 18–24 §§ LPT, ger vårdinrättningen erforderligt lagstöd för att, under särskilda förutsättningar, vidta åtgärder som inkräktar på den enskildes integritet och grundlagsskyddade fri- och rättigheter. De patienter som kan komma i fråga för dessa åtgärder är *endast* de som vårdas inom den *slutna* psykiatriska tvångsvården. Det följer redan av rubriken till dessa bestämmelser och bekräftas dessutom i lagens motiv.[42] Tvångsåtgärderna får sålunda inte vidtas i förhållande en patient som genomgår öppen psykiatrisk tvångsvård, och inte beträffande patienter som vårdas frivilligt med stöd av HSL.

En viktig fråga är emellertid huruvida de särskilda tvångsåtgärderna får vidtas om en patient befinner sig *utanför* sjukvårdsinrättningen på permission t.ex. på ett behandlingshem eller i ett gruppboende. Detta berörs inte lagen eller dess motiv. Enligt min mening kan inte reglerna om särskilda tvångsåtgärder tillämpas utanför den sjukvårdsinrättning där det får bedrivas tvångsvård i enlighet med 15 § LPT. Bestämmelserna i 18–24 §§ tar sikte på förhållanden på sjukvårdsinrättningen och avser åtgärder som får vidtas under vården *på sjukvårdsinrättningen*. Detta synsätt styrks också av att det i motiven inför lagändringen rörande öppen psykiatrisk tvångsvård framhålls, att det inte kan "komma i fråga att tillämpa bestämmelserna när patienten inte längre befinner sig på sjukvårdsinrättningen."[43] Detta synsätt, menar jag, förändras inte av den omständigheten att en patient som har permission fortfarande anses intagen på sjukvårdsinrättningen.[44]

Att denna fråga inte kommer till explicit uttryck i lagen är en allvarlig brist och en fara från rättssäkerhetssynpunkt. För att i någon mån stärka

42 Prop. 2007/08:70 s. 110.
43 Prop. 2007/08:70 s. 110.
44 Prop. 1990/91:58 s. 255.

© Författaren och Studentlitteratur

den enskildes rättssäkerhet och bidra till ökad förutsebarhet borde det, i likhet med vad som i princip gäller i LVU och LVM, av varje bestämmelse framgå att den endast får tillämpas på patient intagen för sluten psykiatrisk tvångsvård vid en vårdinrättning som avses i 15 § LPT.

16.6 Hindras att lämna vårdinrättning/avdelning (18 §)

16.6.1 ALLMÄNT

Enligt 18 § LPT får en patient, för vilken beslut om intagning fattats, hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han skall vistas. 6 § LPT medger att en patient får hållas kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning avgjorts. Skillnaden i formuleringen i de båda bestämmelserna har inte närmare kommenterats i lagens motiv, men det bör lämpligen ha att göra med, att vid beslut enligt 6 § LPT har patienten inte blivit formellt intagen efter ett beslut av chefsöverläkaren. Det torde dock vara klart att båda uttryckssätten synes ge möjlighet till någon form av aktiv åtgärd; hindra respektive hålla kvar patienten.

En omedelbar fråga som inställer sig är om ett hindrande enligt 18 § LPT över huvud taget är att betrakta som en särskild tvångsåtgärd. Ligger det inte direkt i chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård – och senare, i förvaltningsrättens beslut om förlängning av vårdtiden – att patienten får hindras från att lämna vården? Enligt min uppfattning förhåller det sig så. Det är en logisk konsekvens av själva beslutet om tvångsvård då patienten därigenom är berövad sin frihet och till följd därav också tvungen att kvarstanna i vården. Ett beslut om tvångsvård innebär emellertid endast att patienten *i utskrivningshänseende* är underkastad vissa särskilda bestämmelser som i första hand medför, att patienten för sin rätt att lämna sjukhuset blir beroende av ett särskilt utskrivningsbeslut (jfr 27 § LPT).[45]

Motiven till LPT ger vid handen att det "hindrande" som 18 § LPT ger uttryck för inte är liktydigt med den kvarhållningsrätt som kan anses följa av själva intagningsbeslutet, utan att detta är fråga om en tvångsåtgärd *utöver* själva tvångsvårdsbeslutet. Socialberedningen anförde t.ex. att ett beslut om tvångsvård inte är liktydigt med att tvångsåtgärder eller tvångsbehandling automatiskt skall tillgripas mot patienten, vilket också gäller möjligheten att låsa om patienterna.[46] Också föredragande statsråd anför i propositionen, under rubriken "Användningen av vissa tvångsåtgärder", att "närmare regler införs beträffande användningen av vissa

45 Jfr förarbetena till LSPV prop. 1966:53 s. 75 och 181.

46 SOU 1984:64 s. 411 f.

© Författaren och Studentlitteratur

tvångsåtgärder. En patient skall kunna genom inlåsning eller på annat sätt hindras att lämna inrättningens område eller den del av inrättningen där han skall vistas"(kurs. här).[47] Vidare anför departementschefen, att "i likhet med beredningen anser jag att det även i en ny lagstiftning måste ges stöd för att kunna hålla kvar de intagna framför allt genom att dörrarna och fönstren till en vårdavdelning eller vårdinrättningen låses. Därmed inte sagt att låsningsmöjligheten genomgående skall behöva utnyttjas. Erfarenheten har visat att vården av tvångsintagna patienter i många fall kan bedrivas utan att dörrarna och fönstren kontinuerligt hålls låsta" (kurs. här).[48] Vidare anförs i motiven att det bör "i det enskilda fallet övervägas om det är nödvändigt att hålla patienten inlåst. Möjligheten till inlåsning behöver inte alltid utnyttjas (kurs. här)."[49]

Ordalydelsen i 18 § LPT, vilken emanerar från LSPV, ger enbart uttryck för att patienten får hindras. Vilka medel som står till buds anges inte i paragrafen – bortsett från användningen av tvång vilket regleras i 18 § andra stycket – utan det kommer i stället till uttryck i lagens motiv där det sålunda uttalas att patienten kan hindras att lämna vårdinrättningens område eller en del av inrättningen genom inlåsning eller på annat sätt, t.ex. med hjälp av vårdpersonal.[50]

Av vad ovan sagts torde sålunda följa, att genom intagningsbeslutet är patienten tvungen att kvarstanna i vården. Däremot innefattar detta beslut inte med automatik åtgärder för att hindra patienten från att lämna vården, vilket 18 § LPT är avsett att reglera. Av bestämmelsens andra stycke framgår också att visst tvång får användas för att hindra patienten från att avvika, vilket diskuteras i det följande. Ett hindrande genom inlåsning eller på annat sätt är alltså att anse som en särskild tvångsåtgärd som får vidtas utöver beslutet om tvångsvård. Detta synsätt förstärks också av att enligt 2 § p. 9 FPT skall journalen innehålla uppgift om tvångsåtgärd enligt bl.a. 18 § LPT och detta är *inte* begränsat till användningen av sådant tvång som regleras i andra stycket. Det kan också konstateras att dokumentationsskyldigheten i 2 § p. 9 FPT avseende "tvångsåtgärd enligt 18 §" funnits alltsedan FPT:s införande,[51] dvs. redan innan möjligheten att använda tvång infördes i bestämmelsen genom lagändring i juli år 2000. Det kan sålunda inte hävdas att det enbart är användningen av sådant tvång som skall dokumenteras.

47 Prop. 1990/91:58 s. 140.
48 Prop. 1990/91:58 s. 141.
49 Prop. 1900/91:58 s. 154.
50 Prop. 1990/91:58 s. 259.
51 SFS 1991:1472.

© Författaren och Studentlitteratur

Det bör framhållas, att möjligheten att låsa om en patient tar sikte på vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han eller hon skall vistas. Patientens rörelsefrihet får däremot, enligt denna bestämmelse, inte begränsas genom inlåsning i enbart det rum där patienten vistas (jfr 20 § LPT).[52]

Ett beslut om att hindra patienten från att lämna vårdinrättning eller avdelning kan inte överklagas (32, 33 §§ LPT).

16.6.2 SYFTE OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

Enligt 18 § första stycket LPT får en patient hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han skall vistas. Något *syfte* med åtgärden framgår inte av lagens ordalydelse. Däremot anges i lagens motiv det begränsande och preciserande uttalandet, att avsikten inte är att låsningsmöjligheten skall utnyttjas kontinuerligt utan endast i den utsträckning som det är "nödvändigt *för att hindra* patienten från att avvika" (kurs. här).[53] Om sålunda en patient inte är avvikningsbenägen skall, utifrån vad motiven ger uttryck för, heller inte inlåsningsmöjligheten användas.

Skulle då inte patienten kunna hindras att lämna avdelningen/inrättningen av *annan orsak* t.ex. för att förhindra att patienten kommer till skada? Som exempel kan följande fall andragas:

> (13 B) 060213 noterar chefsöverläkaren att "[t]illsynsgraden har sänkts till LPT 3 och patienten får gå ut på sjukhusområdet 1 timme förmiddag och eftermiddag." Dagen efter noterar chefsöverläkaren att patienten "Fick pröva frigång i går. Vi drar in frigången. Patienten får tillsynsgrad 4, men får tillstånd att gå ut med personal". Av övriga journalanteckningar torde kunna utläsas att frigången blev indragen p.g.a. att patienten köpt rakblad och skurit sig.

I det angivna exemplet finns ingenting som tyder på att patienten var benägen att avvika. Däremot drogs frigången in sannolikt för att förhindra att patienten skulle införskaffa material för att åter åsamka sig skada. Enligt min mening strider ett dylikt förfarande inte mot lagens ordalydelse. Patienten får hindras att lämna vårdinrättningen när hon eller han är intagen för sluten psykiatrisk tvångsvård. Däremot ligger det inte i linje med lagens motiv, vilka i förevarande sammanhang inte synes särskilt väl övervägda.

52 Prop. 1990/91:58 s. 259. Se angående avskiljande avsnitt 16.9.

53 Prop. 1990/91:58 s. 259.

© Författaren och Studentlitteratur

I den praktiska tillämpningen anges som regel aldrig något egentligt syfte med inlåsningen. Det sägs i princip aldrig explicit att patienten skall vistas på en låst avdelning. Utan att särskilt ha undersökt frågan är min uppfattning att psykiatriska vårdavdelningar ofta synes vara låsta särskilt om det finns inlagda patienter som vårdas med tvång, alltså även om där vårdas patienter enligt HSL. Detta är en sak i sig att ifrågasätta. I sådana fall ges små möjligheter att differentiera tvångsåtgärderna utifrån vad som är nödvändigt i det enskilda fallet och patienterna riskerar att utsättas för långt större inskränkningar än vad som är befogat och i vissa fall lagligt.

Vårdinrättningarna synes som regel heller inte uppfatta inlåsningen som en särskild tvångsåtgärd trots att, enligt vad ovan sagts, åtgärden är något som får vidtas utöver själva tvångsvårdsbeslutet och att såväl åtgärd som skäl till densamma skall dokumenteras. Det är som regel endast i de fall det är fråga om kvarhållning enligt 6 § LPT, dvs. *innan* formellt intagningsbeslut är fattat som åtgärden förefaller uppfattas så. Av dokumentationen får man snarare intrycket att inlåsning är huvudregel och vistelse utanför avdelning/inrättning är undantag, något som nedanstående fall kan ge exempel på.

> (8 E) 060818 noterar skötare att enligt överenskommelse med läkare får patienten frigång 1 tim/dag fr.o.m. i dag 18/8 och över helgen.
>
> (9 A) 051117 noterar sjuksköterska att på fråga från patienten om att "sticka härifrån en stund" informeras patienten om att någon frigång inte är aktuellt i dagsläget, utan att han måste börja med promenad tillsammans med personal och utvärdera hur detta fungerar.
>
> (9 A) 051122 noterar ST-läkare att patienten informeras om att "han vårdas enligt LPT och får gå ut på promenad tillsammans med personal 30 min x 2. Frigång är ej aktuellt i nuläget".

18 § LPT innehåller inga särskilda *förutsättningar* för att patienten skall få hindras att lämna inrättning eller avdelning. Bestämmelsens inplacering i lagen innebär dock att tillämpningen av densamma ställer ett krav på att det finns ett beslut om intagning av chefsöverläkaren (6 b § LPT).[54] I motiven uttalas emellertid ett nödvändighetskriterium för bestämmelsens tillämplighet. Som framhållits tidigare sägs bl.a. att avsikten inte är att låsningsmöjligheten skall utnyttjas kontinuerligt, utan endast i den utsträckning som det är nödvändigt för att hindra patienten från att avvika.[55] Det sagda måste alltså innebära att det i varje enskilt fall krävs ett

54 Åtgärder som får vidtas före beslut om intagning, bl.a. kvarhållning, regleras i 6 § LPT.

55 Prop. 1990/91:58 s. 259.

© Författaren och Studentlitteratur

särskilt övervägande huruvida åtgärden är nödvändig eller inte. Att beakta är också proportionalitetsprincipen i 2 a § LPT, enligt vilken tvångsåtgärder endast får användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Kan sålunda den enskilde förmås stanna kvar på vårdinrättningen utan inlåsning skall det alternativet självklart väljas.

Patienten får hindras från att lämna vårdinrättningens *område* eller *den del* av inrättningen där han skall vistas. Av lagens motiv kan därvid utläsas att med det senare avses "vårdavdelning eller motsvarande".[56] Däremot framgår det inte hur långt vårdinrättningens område sträcker sig, vilket sannolikt har sin grund i att det kan variera från sjukhus till sjukhus.[57]

Huruvida en patient som är intagen för sluten psykiatrisk tvångsvård får hindras att avvika då han eller hon befinner sig *utanför* vårdinrättningen regleras inte i LPT. Hälso- och sjukvårdspersonalen torde dock i en sådan situation kunna hindra patienten från att avvika och därvid stödja sig på 24 kap. 2 § BrB. Enligt denna bestämmelse får det våld brukas som med hänsyn till omständigheterna är försvarligt för att rymningen skall hindras. Det betyder sålunda att visst våld får brukas, men inte mer än vad som är försvarligt och inte efter det att rymningen avslutats. Bestämmelsen är tillämplig bl.a. på den som är berövad friheten med stöd av LPT och LRV.[58]

Som har framgått tidigare fattas så gott som alltid ett kvarhållningsbeslut i enlighet med 6 § LPT när patienten kommer till vårdinrättningen med ett vårdintyg, eller så fort ett vårdintyg utfärdats på vårdinrättningen. Det synes därvid råda en uppfattning att detta initiala kvarhållningsbeslut fortsätter att gälla även efter intagningsbeslutet, vilket möjligen kan vara en förklaring till att det som regel inte fattas några särskilda beslut om att patienten får hindras från att lämna inrättning eller avdelning. Kvarhållningsbeslutet enligt 6 § LPT gäller emellertid endast fram till det att frågan om intagning avgjorts.[59] Därefter är det chefsöverläkarens beslut om intagning som är grunden för tvångsvården och möjligheten att under särskilda förutsättningar vidta de tvångsåtgärder som regleras i 18–24 §§ LPT.

56 Prop. 1990/91:58 s. 259.

57 I Psykiatrins Juridik 2008 s. 689 anförs att det i klinikens lokala instruktion bör definieras vad som inkluderas i begreppet "vårdinrättningens område".

58 Holmqvist, Leijonhufvud, Träskman & Wennberg, Brottsbalken En kommentar, Norstedts Juridik AB, Göteborg 2000, s. 589. Se även avsnitt 16.7.

59 Se avsnitt 10.5.2.

© Författaren och Studentlitteratur

16.6.3 PERSONKRETS

18 § första stycket LPT ger uttryck för att en patient får hindras från att lämna vårdinrättning eller avdelning. Med patient avses därvid endast den för vilken ett *beslut om intagning* enligt LPT är fattat[60] och som vårdas i *sluten* psykiatrisk vård. Denna bestämmelse, liksom övriga särskilda tvångsåtgärder i 19–24 §§ LPT, får alltså endast tillämpas vid sluten psykiatrisk tvångsvård på sjukvårdsinrättningen.[61] Bestämmelsens begränsning till att avse *en patient* ger också vid handen att det krävs ett övervägande om åtgärdens nödvändighet i varje enskilt fall. Kollektiv inlåsning generellt torde alltså inte vara tillåtet. Vidare får en patient inte hindras att lämna avdelning eller inrättning inom ramen för öppen psykiatrisk tvångsvård och självfallet inte heller den som vårdas frivilligt med stöd av HSL. Är det fråga om öppen psykiatrisk tvångsvård och chefsöverläkaren bedömer att sluten vård åter kan vara nödvändig, måste övervägas om det finns förutsättningar för återintagning i enlighet med 26 a § LPT.

I den praktiska tillämpningen förekommer det att även *frivilligt* intagna patienter hindras från att lämna vårdavdelningen/inrättningen vilket är synnerligen anmärkningsvärt. Följande exempel kan anföras:

> (3 B) Patienten vårdas enligt HSL sedan 060924. Skötare noterar 060926: "Förändrad utgång pga patientens mående till utgång med personal." Samma eftermiddag, kl. 15.30 noterar läkare att patienten sedan gårdagen blivit sämre och att planerad utskrivning fick anstå samt, "nu endast utgång med personal." 061001 beslutades om konvertering till vård enligt LPT.
>
> (3 B) 060930 noterar sjuksköterska, under HSL-vård, "ingen utgång idag. Bakjour /.../ informerad." 061001 kallas läkare till avdelningen då patienten ter sig psykotisk och nytt vårdintyg skrivs.
>
> (4 A) 060421 under HSL-vård noterar läkare att patienten önskar frigång på området för att gå av sig sin oro. I samråd med bakjour bestämdes dock: "Inte aktuellt med frigång i nuläget. Vid behov ställningstagande till LPT." Vårdintyg utfärdades 060429 och tvångsvård pågick därefter till 060501.
>
> (4 A) 060421 noteras av läkare att patienten "önskar frigång". "Blir agiterad p.g.a. att han inte tillåts gå ut. "Vårdas ju enligt HSL och har extra tillsyn." Då jag föreslår att han trots allt kan vänta tills i morgon med frigång blir han verbalt agiterad och vill lämna rummet. Han lugnar dock ner sig och berättar att han kommer må bättre om han får gå ut på frigång. Har gärna med sig personal. Tar kontakt med bakjour. Vi kommer överens om att

60 Jfr dock 8 § LRV.

61 Prop. 2007/08:70 s. 110.

© Författaren och Studentlitteratur

jag gör en överenskommelse med patienten att han får gå ut 30 min med personal nu ikväll. Om han sköter detta får vi diskutera vidare frigång med bakjour i morgon förmiddag."

(4 C) 060510 under HSL-vård noteras under rubriken Utevistelse: "Ut med två personal"

(5 B) 050403 noterar AT-läkare rörande HSL-patient, under rubriken Rörelsefrihet: "Ej ut". Samma gäller 050404 i en överläkarnotering liksom 050414 i en notering av AT-läkare. Därvid framgår att "patienten har ut med anhörig och ut med personal som rörelsefrihetskriterier."

(5 B) 050415 noterar öl under rubriken Rörelsefrihet: "Frigång till kiosken sjukhusområdet. Om utanför sjukhusområdet ump uma." dvs ut med personal och ut med anhörig.

(5 C) 060305noterarläkareiinskrivningsanteckningen under rubriken Rörelsefrihet: "Ej ut". Pat är inlagd enligt HSL. Vården övergick till LPT efter beslut om konvertering 060308.

(13 D) patienten var initialt inlagd enligt HSL sedan 050425. Hade gjort två allvarliga självmordsförsök även under inläggningstiden. I journalen noteras – under HSL-tiden – att "[v]i behåller tillsynsgrad 4 åtminstone över helgen. Patienten har kontinuerligt en önskan om sänkt tillsynsgrad, en önskan om något mera frihet framför allt promenader /.../ får ställas i relation till patientens behov av skydd." Vården övergick till vård enligt LPT 050721.

Att frivilligt intagna patienter, utifrån t.ex. en allmän ordningsregel på inrättningen, uppmanas *informera* hälso- och sjukvårdspersonalen om att man avser att lämna avdelningen eller inrättningen är det inget som hindrar. Den frivilligt intagne patientens rörelsefrihet torde sålunda i viss mån kunna bli föremål för överenskommelse mellan honom eller henne och personalen.[62] HSL bygger emellertid helt på patientens frivillighet och självbestämmande och tvångsåtgärder inryms över huvud taget inte inom ramen för tillämpningen av denna lag. Varken HSL eller LPT ger lagstöd för att hindra en frivilligt intagen patient från att lämna vårdavdelning eller vårdinrättning eller att i övrigt vidta några tvångsåtgärder i förhållande till denne.[63] Detta kan naturligtvis vara ett allvarligt dilemma för hälso- och sjukvården, då man samtidigt har ett ansvar för patientens liv

62 Jfr prop. 1990/91:58 s. 154.

63 Jfr JO 1990/91:1 s. 240 f. avseende LSPV. JO konstaterade att det var ett "allvarligt fel" att tvångsåtgärder vidtagits utan lagligt stöd på grund av att sjukvårdsinrättningen försummat att pröva intagningen i rätt tid. Eftersom vårdbehovet varit ställt utom allt tvivel, och en i rätt tid verkställd prövning skulle ha fått samma utgång lät JO det bero med den kritik som låg i det sagda.

© Författaren och Studentlitteratur

och hälsa, i synnerhet när patienten är inlagd till följd av ett allvarligt suicidförsök. Alternativet för vårdinrättningen är att i sådana fall att pröva om bestämmelserna om konvertering kan tillämpas. Men utan ett kvarhållningsbeslut, vilket endast kan komma i fråga om vårdintyg utfärdats (jfr 6 § första stycket och 11 § andra stycket LPT), får patienten inte hindras att lämna vårdinrättningen.

Enligt vad som framgått tidigare åtnjuter var och en, i förhållande till det allmänna – som här representeras av personalen på sjukvårdsinrättningen – ett skydd mot frihetsberövande enligt såväl RF som EKMR. Inskränkningar kan därvid förekomma men endast med stöd av lag. Saknas sålunda laga stöd för att beröva någon friheten, i förevarande sammanhang att hindra en frivilligt inlagd patient från att lämna en vårdinrättning, skulle det kunna bedömas som ett olaga frihetsberövande i enlighet med 4 kap. 2 § BrB. För tillämpning av bestämmelsen förutsätts att någon berövats sin frihet, t.ex. då en patient genom inlåsning eller på annat sätt hindras att lämna en vårdinrättning. För att ett brott skall anses vara för handen skall den som utsätts för åtgärden hindras från att förflytta sig från en viss plats, t.ex. genom att man för bort, spärrar in eller binder den enskilde eller ställer honom eller henne under bevakning eller undanskaffar nödvändiga "framkomstmedel" såsom rullstol, kläder e.d.[64] Även den som helt kort tid berövar annan rörelsefriheten kan straffas enligt bestämmelsen i fråga. Att någon rent tillfälligt berövas sin rörelsefrihet, t.ex. genom att fasthållas av en annan, kan emellertid inte betecknas som frihetsberövande. I vissa sådana fall kan däremot straff komma i fråga enligt något annat straffbud, t.ex. enligt bestämmelserna i 4 kap. 7 § BrB om ofredande.[65]

Vad gäller olaga frihetsberövande kan den brottsliga gärningen även bestå i en *underlåtenhet*, bl.a. genom att någon i garantställning underlåter att se till att den enskilde inte kommer i en situation där han eller hon är förhindrad att förflytta sig och genom att underlåta att släppa någon fri när man är skyldig att göra det. Det skulle t.ex. vara fallet om en patient som vårdas frivilligt på en låst psykiatrisk avdelning vägras lämna avdelningen.[66] Att frihetsberövanden av detta slag torde vara förestavade om omsorg om patientens hälsa, hindrar inte att de är att betrakta som olaga. Rynning menar att redan det förhållandet att hälso- och sjukvårdspersonalen inte aktivt tar patienten ur villfarelsen att han eller hon inte

64 Rynning 1994 s. 435 ff.

65 Homqvist, Leijonhufvud, Träskman & Wennberg, Brottsbalken En kommentar Del I, Norstedts Juridik AB Göteborg 2000 s. 207.

66 Rynning 1994 s. 436. Homqvist, Leijonhufvud, Träskman & Wennberg, Brottsbalken En kommentar Del I, Norstedts Juridik AB Göteborg 2000 s. 207.

© Författaren och Studentlitteratur

kan kräva att få lämna området i fråga, bör medföra att ett frihetsberövande anses vara för handen, åtminstone såvitt gäller patienter som vistas inom låsta områden och liknande.[67]

För straffbarhet förutsätts uppsåt omfattande de objektiva rekvisiten. Oaktsamhet är alltså inte till fyllest för ansvar enligt 2 §. Olagligt frihetsberövande i samband med tjänsteutövning torde i regel förekomma endast av oaktsamhet,[68] dvs. tjänstemannen tror att han har laglig rätt att verkställa åtgärden. Som Rynning anfört, torde olaga frihetsberövanden inom den psykiatriska tvångsvården många gånger orsakas av okunskap rörande lagstiftningens innehåll. Någon gång, anför hon, kan det kanske röra sig om en ursäktlig villfarelse beträffande tillämpningsområdet för brottsbalkens regler om nöd och nödvärn. Härutöver sker dock sannolikt också fullt uppsåtliga olaga frihetsberövanden, liksom sådana där det knappast kan vara fråga om någon ursäktlig villfarelse. Skälen härför varierar säkerligen, men det vanligaste torde vara det förhållandet att någon laglig lösning, som är förenlig med såväl personalens uppfattning om patientens bästa som hälso- och sjukvårdens bristande resurser, inte finns att tillgå.[69]

En fråga som inställer sig är huruvida ett i journalen formulerat beslut att en frivilligt intagen patient skall hindras att lämna inrättningen, *i händelse av* att hon eller han framställer ett sådant önskemål, skall anses som ett hindrade/frihetsberövande, dvs. en tvångsåtgärd i lagens mening. Är det inte så att det är först när ett sådant beslut faktiskt effektueras som patienten utsätts för en tvångsåtgärd? Mot bakgrund av vad som nyss anförts måste denna fråga i förevarande sammanhang besvaras nekande, i vart fall när det i patientens journal uttryckligen har noterats en direkt frihetsinskränkning.

För att inte ett olaga frihetsberövande mer eller mindre ofrivilligt skall ske är det emellertid fundamentalt att det i journalen används uttryck och ett språkbruk som dels är i enlighet med lagstiftningen och dels kan förstås på samma sätt av alla, vilket nedanstående fall kan ge exempel på.

> (7B) 060920 noterar överläkare bl.a.: "Fortsatt gäller dock att bakjour måste inkallas för en bedömning, om /.../ under jourtid skulle kräva att få bli utskriven."

Till skillnad från tidigare angivna exempel torde inte detta kunna anses som ett frihetsberövande. Det är endast en planering och en framsynthet

67 Rynning 1994 s. 437.

68 Se t.ex. Homqvist, Leijonhufvud, Träskman & Wennberg, Brottsbalken En kommentar Del I, Norstedts Juridik AB Göteborg 2000 s. 207.

69 Rynning 1994 s. 438.

© Författaren och Studentlitteratur

om patienten skulle vilja lämna vårdinrättningen. Vad som överläkaren anfört har emellertid i det aktuella fallet uppfattats annorlunda, då skötare 060921 noterar att patienten

> har ej frigång men har uttryckt att han själv vill åka till vårdcentralen. Dr /.../ ger klartecken att han kan åka själv.

Uppenbarligen har skötaren här uppfattat läkarens journalanteckning den 20 september som att patienten inte har frigång. Detta styrks också av att överläkaren samma dag noterar att

> [d]et har framkommit en föreställning om att /.../ inte skulle "ha frigång", vilket torde vara en feltolkning av vad dr /.../ har skrivit om att patienten bör bedömas av bakjour om han "vid försämring" vill gå ut. Både dr /.../ och undertecknad har också bedömt att bakjour bör tillkallas för bedömning om patienten skulle begära sig utskriven under jourtid. Detta betyder dock inte att patienten kan bedömas vara akut suicidal /.../ och givetvis kan patienten gå ut på egen hand. Det måste också understrykas att eftersom patienten vårdas enligt HSL, så måste eventuella inskränkningar i rörelsefriheten grunda sig på uttryckliga och frivilliga överenskommelser om detta med patienten.

Fallet visar på vikten av att man verkligen använder korrekta uttryck och att man säkerställer att det sätt på vilket man uttrycker sig i journalen ger en klar anvisning om vad som gäller. Läkarnas sätt att uttrycka sig i 7 B, vilket jag menar inte kan kritiseras, överensstämde uppenbarligen inte här med hur personalen tolkat skrivningen. Det får snarast ses som en pedagogisk fråga och en utbildningsfråga att personalen är införstådd med såväl regelsystem som korrekt terminologi.

Kan man då inte, som i t.ex. fall 13 D ovan där det var fråga om en allvarlig suicidrisk, använda sig av regeln om *nöd* i 24 kap. 4 § BrB. Också denna fråga måste i princip besvaras nekande. Nödbestämmelsen är tillämplig just i en nödsituation och nödrätten torde endast i undantagsfall kunna åberopas till stöd för att man från det allmännas sida begränsar de grundläggande fri- och rättigheterna. Verklig nöd karakteriseras bl.a. av att den som regel är *tillfällig*, dvs. av övergående slag. Det fordras också att syftet med gärningen inte skäligen kan uppnås på något annat sätt. Man torde alltså inte kunna vidta vård- eller behandlingsåtgärder under en längre tid under åberopande av någon slags perdurerande nöd.[70] Annorlunda förhåller det sig enligt min mening i exempel 7 B, där det endast noterats att bakjour skall tillkallas om det visar sig att patienten vill lämna avdelningen. Här skulle nödrätten eventuellt kunna åberopas

70 Rynning 1994 s. 379. Sahlin SvJT 1992 s. 612.

© Författaren och Studentlitteratur

under en begränsad tidsrymd i avvaktan på ett ställningstagande om konvertering.

Det är synnerligen anmärkningsvärt att frivilligt intagna patienter hindras från att lämna vårdinrättningen. Det kan självfallet vara en grannlaga uppgift att från den medicinska professionen uppfylla såväl sina yrkesetiska krav som juridiska regler och begränsningar. Dock innebär respekten för patientens självbestämmande och integritet att denne har rätt att avstå från erbjuden vård och att avbryta påbörjad behandling när han eller hon så önskar, så länge vården bedrivs med stöd av HSL. Den viktigaste rättssäkerhetsgarantin för patienter i frivillig vård är deras rätt att lämna inrättningen efter eget önskemål; det är just detta som gör vistelsen frivillig.[71]

16.6.4 BESLUTSBEFOGENHET

Vem som har befogenhet att besluta att en patient får hindras att lämna vårdinrättning eller avdelning enligt 18 § första stycket LPT framgår inte av bestämmelsen. Det torde alltså med utgångspunkt i vad lagen ger uttryck för kunna ankomma på vem som helst av vårdpersonalen att, utifrån sitt personliga yrkesansvar i enlighet med 2 kap. 5 § LYHS, fatta ett sådant beslut.

I praktiken är det vanligen läkare som fattar dylika beslut. Det finns dock journalanteckningar om hindrad utevistelse gjorda av skötare eller sjuksköterska, varvid det oftast är oklart om beslutet fattats av den som gjort noteringen eller om det finns ett bakomliggande beslut av patientansvarig läkare. Som exempel kan anföras att skötare den 6 januari 2007 på klinik 3 A noterat

> [u]nder promenad försökte patienten avvika. Undertecknad hann ifatt /.../ efter femtio meter. Hon följde med till avdelningen utan protest. Hennes friheter har dragits in tills vidare.

Frågan är dock vad det är för "friheter" som dragits in, det anges inte. Är det emellertid fråga om regelrätta permissioner skall sådana beviljas och återkallas av chefsöverläkare eller läkare efter delegation (25, 39 §§ LPT).

I ett annat exempel, (3 E), noterar sjuksköterska den 27 juni 2006 att

> "pat får gå ut med personal". Vem som beslutat detta framgår inte. Möjligen kan det även här finnas ett bakomliggande beslut av läkare då det den 21 juli 2006 noteras av läkare "Ingen förändring i patientens utgång ännu, fortfarande utgång med personal."

71 Kjønstad & Syse, Velferdsrett, 2008 s. 453. Se även Ottosson Psykiatrisk etik s. 42 ff.

© Författaren och Studentlitteratur

Oaktat att beslut om att hindra patienten att lämna inrättning eller avdelning oftast fattas av läkare menar jag, att det från den enskildes rättssäkerhetssynpunkt inger betänkligheter att beslutsbefogenheten inte är reglerad särskilt med hänsyn till att inlåsningsmöjligheten inte är någonting som med automatik följer med tvångsintagningen.[72] Patienten måste vara trygg i förvissningen om att beslut som, förutom själva frihetsberövandet, ytterligare inkräktar på fri- och rättigheter är väl övervägda av en beslutskompetent yrkesutövare utifrån den enskildes hälsotillstånd och övriga relevanta omständigheter.[73]

16.6.5 DOKUMENTATION

Som framskymtat ovan skall uppgift om tvångsåtgärd enligt 18 § LPT noteras i patientens journal liksom skälen för beslutet (2 § p. 9 FPT).

Beslut om att patienterna inte får gå ut förekommer frekvent och det journalförs, som regel inte som ett formellt enskilt beslut, utan det framgår implicit på olika sätt i journalanteckningarna. Det kan t.ex. stå i vårdplanen, som ofta är en del av journalanteckningarna, under rubriken "friförmåner" att patienten endast får gå ut tillsammans med personal (2 A), och det kan i de löpande journalanteckningarna framgå under rubriken "planering" att man avvaktar någon dag med egna promenader (3 A). Andra förekommande rubriker är utevistelse (4 C) och rörelsefrihet.

Att patienterna hindras från att lämna inrättning/avdelning framgår emellertid regelmässigt av de löpande journalanteckningarna dock, som regel, utan angivande av vilka skäl som beslutet grundar sig på (jfr 2 § p. 9 FPT). Mestadels består journalanteckningarna endast av ett konstaterande så som i följande exempel:

> (2 A) Under rubriken "Friförmåner" noteras i vårdplanen "Får endast gå ut tillsammans med personal".

72 Se även SOU 1984:64 s. 411 där socialberedningen anför att ett beslut om tvångsvård inte är liktydigt med att tvångsåtgärder eller tvångsbehandling automatiskt skall tillgripas mot patienten. Det kan vidare konstateras, att lagstiftaren i motiven till bestämmelserna om inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster (20 a §) och om försändelsekontroll (22 a §) uttalar: "När det gäller beslut om *de olika tvångsåtgärder* som kan vidtas under vårdtiden ligger beslutsbefogenheten i *samtliga* fall hos chefsöverläkaren eller den läkare som delegerats uppgiften enligt 39 § LPT eller 23 § LRV" (kurs. här). Vad som därvid avses med "samtliga" är oklart, men också hindrandet enligt 18 § är de facto en tvångsåtgärd.

73 Ett kvarhållningsbeslut enligt 6 § LPT kräver ett beslut av läkare. Detta torde dock motiveras utifrån det förhållandet att det därvid inte finns ett bakomliggande beslut om frihetsberövande.

© Författaren och Studentlitteratur

(4 A) 060429 kl. 20.32 efter kvarhållningsbeslut noteras att "Patientens frigång är indragen".

(4 C) 060616 efter intagningsbeslut noteras av beslutsfattande bakjour: "Pat stannar på avdelningen. Ingen utgång för närvarande."

(5 B) 050428 noterar öl har möjlighet att gå ut med personal men inte själv. Inga permissioner.

(6 E) 061030 noterar öl: "Idag inte ut, om dagen förlöper lugnt ut i sällskap fr.o.m. imorgon."

(7 A) 070214 noteras av skötare, efter rondsamtal med specialistläkare, att det bestämts: "I nuläget ingen utgång. Får bedömas från dag till dag. Sedan utgång med personal."

I några fall anges dock skälen såsom att det finns stor risk att patienten skall avvika (3 F och 7 C) eller för att förhindra suicid (9 A).

JO har i ett flertal fall betonat vikten av att rätt begrepp används för respektive typ av utevistelse. Under 18 § LPT faller frågor om frigång, vilket innebär att patienten ges tillstånd att på *egen hand* vistas utanför vårdavdelningen men *inom* sjukvårdsinrättningens område.[74] Vistas patienten utanför sjukhusområdet tillsammans med personal torde en sådan utevistelse, enligt JO, rent rättsligt vara att hänföra till beslut enligt 17 § LPT[75] om behandling.[76] Det är från rättssäkerhetssynpunkt inte tillfredsställande att journalföringen varierar från klinik till klinik och att man i många fall använder sig av inadekvata och ibland direkt felaktiga uttryckssätt som kan missförstås av såväl patienter som övrig hälso- och sjukvårdspersonal.

16.6.6 **AVSLUTANDE** REFLEKTIONER

Att föreskriften i 18 § LPT, om att patienten får hindras att lämna vårdinrättning eller vårdavdelning, är en särskild tvångsåtgärd som särskilt skall dokumenteras som en sådan med angivande av skäl i patientens journal, synes vanligtvis inte uppfattas så av vårdinrättningarna. Snarare förefaller ett hindrande vara normen och utevistelser och liknande blir en undantagsåtgärd. Enligt min mening förhåller det sig emellertid precis tvärtom. Frihetsberövandet är en åtgärd som följer av chefsöverläkarens, och senare förvaltningsrättens beslut, medan ett hindrande är en *särskild tvångsåtgärd* som får vidtas därutöver. Journalgenomgången ger sålunda

74 JO dnr 5514-2006 och 4213-2007. Se även prop. 1990/91:58 s. 267.

75 6 § LRV.

76 Dnr 5513-2006, 4213-2007 och 2044-2007.

© Författaren och Studentlitteratur

vid handen att det är ytterst ovanligt att bestämmelsen om dokumentation i FPT upprätthålls på det sätt som föreskrivs.

Journalgenomgången har vidare visat, vilket är synnerligen allvarligt från rättssäkerhetssynpunkt, att även *frivilligt* vårdade patienter hindras från att lämna vårdinrättningen/avdelningen. Varken HSL eller LPT medger ett sådant förfarande, som dessutom strider mot såväl RF som EKMR. Det är också fundamentalt att dokumentationen är så tydlig att vårdpersonalen har klart för sig om det är fråga om en tvångsvårdad eller frivilligt intagen patient. I annat fall riskerar tvångsåtgärder att användas i fall där det inte är tillåtet. Det är en stor risk att patienter blir utsatta för tvångsåtgärder som inte är tillåtna när det på en och samma vårdinrättning vårdas patienter för vilka olika regelverk är tillämpliga.

Det kan också diskuteras huruvida det i 18 § LPT bör införas en uttrycklig regel om vem som har befogenheten att besluta om att patienten får hindras att lämna inrättningen, i likhet med vad som gäller i fråga om kvarhållning enligt 6 § LPT. I praktiken fattas beslutet som regel av läkare, men eftersom det är fråga om en särskild tvångsåtgärd utöver själva frihetsberövandet bör en uttrycklig reglering övervägas.

16.7 Användning av tvång/våld (6, 18 §§)

16.7.1 ALLMÄNT

I det föregående har redogjorts för befogenheterna i 6 och 18 §§ LPT att hålla kvar respektive hindra en patient från att lämna vårdinrättningen. Enligt samma bestämmelser får, under vissa förutsättningar, det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där denne skall vistas, för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården.

Redan när LPT trädde i kraft 1992 gavs, i dåvarande 6 och 18 §§, möjlighet att besluta om att patienten fick hindras att lämna vårdinrättningen. Däremot medgav lagen inte explicit att några andra tvångsåtgärder vidtogs innan ett formellt intagningsbeslut fattats. Under kvarhållningstiden fick sålunda inga andra åtgärder vidtas än de som följde av kvarhållningsrätten, dvs. att patienten fick hindras att lämna inrättningen/avdelning genom inlåsning eller på annat sätt, t.ex. med hjälp av vårdpersonal. I stället fick enligt motiven, i utpräglade nödsituationer, bestämmelserna i BrB om nöd tillämpas.[77]

Avsaknaden av lagstöd för användningen av tvångsåtgärder före in-

77 Prop. 1990/91:58 s. 248 och 259.

© Författaren och Studentlitteratur

tagningsbeslut kom emellertid att uppmärksammas som ett problem i vården. Vid vissa tillfällen hade det ansetts oundgängligen nödvändigt att tillgripa sådana åtgärder samtidigt som det saknades uttryckligt lagstöd för detta i LPT och LRV.[78]

Lagstiftaren menade emellertid att tillämpningen av ansvarsfrihetsreglerna i 24 kap. BrB innefattade uppenbara svårigheter eftersom de endast anger allmänna grunder för det tvång som får användas. Regeringens tanke var därför att befogenheten att använda tvång för att kvarhålla patienter borde regleras närmare i LPT för att stärka rättssäkerheten.[79] Detta får emellertid, enligt lagens motiv, "på intet sätt" uppfattas som att området för tvångsåtgärder utvidgats. Införandet i lagen är endast en fråga om att, i de *enstaka undantagsfall* som tvångsåtgärder innan beslut om intagning kan bli aktuella, tillgodose rättssäkerhetskrav genom att ge både patienter och vårdpersonal fasta riktlinjer.[80]

Användningen av tvång kan inte överklagas (jfr 32, 33 §§ LPT).

16.7.2 TVÅNG OCH VÅLD

De vårdinrättningar som bedriver tvångsvård är enligt 18–24 §§ LPT utrustade med befogenheten att använda vissa tvångsåtgärder för att exempelvis förhindra att patienten avviker, för att lägga patienten i bälte eller för att hålla den enskilde avskild från övriga patienter. Det ligger sålunda i en del av åtgärdernas natur att visst våld ibland kan behöva tillgripas om den enskilde bjuder motstånd.

För all tvångsmedelsanvändning anses gälla att våld får användas, men bara om och i den utsträckning som behövs.[81] I själva begreppet tvångsmedel som används i straffprocessuella sammanhang ligger att det är fråga om åtgärder som kan genomföras mot den enskildes vilja. I de i LPT använda begreppen tvång och tvångsåtgärder torde också ligga att vårdpersonalen ges makt och myndighet att vidta åtgärderna även om patienten sätter sig till motvärn.

Beträffande innebörden av begreppet våld anfördes i motiven till RF, att med våld avses varje omedelbar inverkan på person genom kroppsligt våld eller genom hjälpmedel. Under begreppet våld faller inte endast vad som i BrB sägs utgöra misshandel (tillfogande av kroppsskada, sjukdom eller smärta eller försättande i vanmakt eller annat sådant tillstånd), utan även andra fysiska angrepp som innebär *berörande*, t.ex. fasthållande eller

78 SOU 1998:32 s. 218 ff. Prop. 1999/2000:44 s. 57.

79 Prop. 1999/2000:44 s. 58 f.

80 Prop. 1999/2000:44 s. 59.

81 Ds 1991:56 s. 48.

© Författaren och Studentlitteratur

knuffande. Påtvingat våld anses det dock *inte* vara om man lyfter upp och, för att ge vård, för bort en person som på grund av sjukdom eller påverkan är ur stånd att ta hand om sig själv och som förhåller sig passiv.[82]

Av såväl 6 § första stycket som 18 § andra stycket LPT framgår att tvång får användas i vissa angivna syften och under vissa förutsättningar. Vad som avses med tvång är emellertid inte legaldefinierat. I motiven sägs dock att det kan gälla t.ex. att med fysiskt tvång hålla fast en patient som vill lämna vårdinrättningen eller som angriper personal eller medpatienter.[83] Bestämmelserna avses innehålla ett förtydligande av vilka åtgärder som personalen får vidta.[84] Någon utvidgning av möjligheten att använda tvång, i förhållande till 1991 års lag, är genom regleringen dock inte avsedd. Avsikten är endast att i LPT reglera personalens befogenhet när det gäller användning av tvång i stället för att vara hänvisad till BrB:s regler om straffrihet.[85]

Givetvis gäller för hälso- och sjukvårdspersonalen ändå de allmänna bestämmelserna om nödvärn i BrB 24:1 och om nöd i BrB 24:4. Enligt den förra bestämmelsen föreligger rätt till nödvärn bl.a. mot ett påbörjat eller överhängande brottsligt angrepp på person eller egendom. Detta innebär att nödvärnsrätt inte föreligger när angreppet upphört om inte ett nytt angrepp är överhängande.[86]Verkan av att nödvärnsrätt föreligger är att handlingen, trots att den faller under en brottsbeskrivning, inte är ett brott. Ett brott blir det endast fråga om, om gärningen med hänsyn till angreppets beskaffenhet, det angripnas betydelse och omständigheterna i övrigt är uppenbart oförsvarlig.

Nöd föreligger, enligt 24 kap. 4 § BrB, när fara hotar liv, hälsa, egendom eller något annat viktigt av rättsordningen skyddat intresse. En gärning som någon begår i nöd utgör brott endast om den med hänsyn till farans beskaffenhet, den skada som åsamkas annan och omständigheterna i övrigt är oförsvarlig. Nödbestämmelsen är avsedd att tillämpas endast i undantagsfall.[87] Den är avsedd att ge en regel för fall av intressekollision, dvs. när två intressen, som båda skyddas av rättsordningen, kolliderar och att den fara som hotar det ena intresset kan avvärjas endast genom ett intrång i det andra. En skillnad i förhållande till nödvärnsbestämmelsen är att det, för att nödrätt skall föreligga, inte krävs att faran uppkommit genom ett brottsligt angrepp.

82 Prop. 1983/84:111 s. 81.
83 Prop. 1999/2000:44 s. 114 och 117.
84 Prop. 1999/2000:44 s. 117.
85 Prop. 1999/2000:44 s. 114.
86 Prop. 1993/94:130 s. 28 f.
87 Prop. 1993/94:130 s. 35. Se även avsnitt 16.6.3.

© Författaren och Studentlitteratur

Hälso- och sjukvårdspersonalen torde också i sin tjänsteutövning kunna stödja sig på bestämmelsen om laga befogenhet i 24 kap. 2 § BrB som har följande lydelse:

> Rymmer den som är intagen i kriminalvårdsanstalt eller som är häktad, anhållen eller annars berövad friheten eller sätter han sig med våld eller hot om våld till motvärn eller gör han på annat sätt motstånd mot någon under vars uppsikt han står, då denne skall hålla honom till ordningen, får det våld brukas som med hänsyn till omständigheterna är försvarligt för att rymningen skall hindras eller ordningen upprätthållas. Detsamma skall gälla, om någon annan än som nu har nämnts gör motstånd i ett sådant fall.
>
> Om rätt för polismän och viss annan personal att bruka våld finns i övrigt föreskrifter i polislagen.

Bestämmelsen omfattar inte enbart intagna på kriminalvårdsanstalt, häktade och anhållna, utan även den som "annars är berövad friheten", varmed avses frihetsberövade bl.a. med stöd av LPT. Att anstalter eller hem är öppna i den meningen att det saknas murar, galler, stängsel eller särskild säkerhetsbevakning utesluter inte att de intagna är berövade friheten. Det avgörande är att de intagna är tvungna att vistas i anstalten eller hemmet.

Två situationer behandlas i bestämmelsen. Om den som är berövad friheten rymmer får det våld brukas som med hänsyn till omständigheterna är försvarligt för att rymningen skall hindras, sålunda inte efter det att rymningen har avslutats. Bestämmelsen är även tillämplig då den frihetsberövade med våld eller hot om våld sätter sig till motvärn eller på annat sätt gör motstånd mot någon under vars uppsikt han står då denne skall hålla honom till ordningen. Med motstånd avses även rent passivt motstånd, vilket inte innefattar fysisk kraftutveckling, t.ex. en vägran att flytta på sig.[88] JO har funnit (1993/94:JO1 s. 148 f.) att även i andra situationer än de, där rätten till våldsanvändning uttryckligen reglerats, torde det vara förutsatt att visst våld får användas för att lösa tjänsteuppgift, dock under förutsättning att försvarlighetskriteriet är uppfyllt. Det innebär att det inte är tillräckligt att våldet varit erforderligt: det skall dessutom vara försvarligt för att inte leda till ansvar.[89] Behovs- och proportionalitetsprinciperna medför att onödig kraftutveckling skall undvikas. Våld får användas endast när andra medel är otillräckliga för att tjänsteuppgiften skall kunna utföras och våldsanvändningen kan förväntas leda till det avsedda resultatet. Våld får över huvud taget inte tillgripas om tjänste-

88 Beckman m.fl. 1990 s. 669. Se även JO 1993/94:JO1 s. 148 f.

89 Beckman m.fl. 1990 s. 669.

© Författaren och Studentlitteratur

uppgiften inte har en sådan betydelse att det framstår som befogat att den genomförs med fysiskt tvång. Nödgas man tillgripa våld måste under hela händelseförloppet beaktas att aldrig mera våld används än vad som är rimligt i förhållande till vad som kan uppnås. Slag mot ömtåliga delar av kroppen anses som regel inte tillåtna, liksom sparkar, struptag eller grepp i håret.[90]

Om någon befunnit sig i en nödvärns- eller nödsituation eller en situation som ger upphov till laga befogenhet och gjort större våld eller svårare skada än vad som är medgivet skall han eller hon ändå frikännas från ansvar, om omständigheterna var sådana att han eller hon svårligen kunde besinna sig, vilket följer av excessregeln i 24 kap. 6 § BrB.[91] Vad som därvid skall beaktas är bl.a. farans art och den tid som stått till förfogande för övervägande, liksom "gärningsmannens" individuella egenskaper.[92]

Vårdpersonalen är sålunda utrustade med möjligheten att i särskilda situationer använda visst mått av tvång/våld under de förutsättningar som framgår av LPT och BrB. Det skall emellertid erinras om att den som använder mer tvång än vad som är medgivet med hänsyn till omständigheterna kan bli föremål för straffrättsliga åtgärder. Var gränsen går – vilket mått av våld eller tvång som får användas i en uppkommen situation – är självfallet omöjligt att besvara i några allmänna ordalag.[93] Av 6 och 18 §§

90 Beckman m.fl. 1990 s. 678.

91 Leijonhufvud & Wennberg, Straffansvar. Norstedts Juridik AB. Stockholm 2005. s. 93.

92 Holmqvist, Leijonhufvud, Träskman & Wennberg, Brottsbalken En kommentar. Norstedts Juridik AB. Göteborg 2000. s. 617 f.

93 I ett mål i HovR för Övre Norrland, mål nr B 80-09, hade en patient tilldelat en vårdare ett flertal slag mot huvudet och, efter att vårdaren hamnat på golvet, fortsatt misshandeln med knytnävsslag, sparkar och han hade dunkat vårdarens huvud mot golvet. I ett mål rörande kränkningsersättning uttalade HovR bl.a. med hänsyn till vad som anförts i prop. 2000/01:68 s. 50, att personer i vissa yrkesgrupper i praktiken har anledning att i arbetet räkna med att mötas med angrepp och har också en bättre beredskap för detta. Det ligger i sakens natur att det då krävs något mer än normalt för att en allvarlig kränkning skall kunna konstateras. Synsättet får emellertid inte dras så långt att den personliga kränkningen hamnar i bakgrunden. Även om det ingår i en persons normala arbetsuppgifter att hantera våldsamma och stökiga personer, bör ersättning ofta kunna ges om han eller hon i tjänsten utsätts för en brottslig kränkning som är skymflig och direkt angriper den privata sfären. HovR fann, att angreppet på vårdaren inte varit helt kortvarigt och misshandeln hade varit förhållandevis allvarlig. Han var också ensam vårdare på avdelningen och tappade under tumultet sitt larm. Han fick därför förliga sig på att få hjälp genom att med skrik påkalla kollegors uppmärksamhet. Vårdaren var vidare nära att förlora medvetandet och han kände dödsångest. Enligt HovR:s mening låg den kränkning detta medfört klart över vad han som vårdare hade anledning att räkna med eller vad han kunde antas ha haft mental beredskap för.

© Författaren och Studentlitteratur

LPT kan dock utläsas att det tvång får användas som är *nödvändigt* för att i lagen angivna syften skall uppnås. Man bör dock vara observant på att Europadomstolen ansett att varje användning av våld mot en person som berövats friheten i princip utgör ett brott mot Europakonventionens artikel 3, såvida det inte är fråga om våld som är absolut nödvändigt med hänsyn till den enskildes eget uppträdande.[94] För att en behandling eller bestraffning skall anses som förnedrande krävs visserligen en högre grad av förnedring, där den enskilde skall ha utsatts för – i sina egna och i andras ögon – en förödmjukelse av viss svårighetsgrad. Bedömningen härav skall grundas på samtliga omständigheter, särskilt handlingens art, det sammanhang vari det förekommit och sättet för handlingens verkställighet. Europadomstolen har lagt särskild vikt vid om en människa utövar fysiskt våld mot en annan människa, att det rör sig om institutionaliserat våld beordrat av de judiciella och exekverat av de polisiära myndigheterna.[95] Förmildrande omständigheter i bedömningen synes kunna vara att någon ådragit sig skador t.ex. i samband med flyktförsök eller att en viss behandling är motiverad av medicinska eller terapeutiska skäl.

Att lagen sätter uttryckliga gränser för vilka tvångsåtgärder som får vidtas torde vara till gagn för den enskildes rättssäkerhet. Mera diskutabelt är det emellertid om den i lagen medgivna rätten att använda "tvång" är särskilt klargörande för den praktiska tillämpningen. Avsaknaden av dylik reglering kan å ena sidan innebära att personalen hamnar i tvivel om vad som får eller inte får göras. En uttrycklig bestämmelse kan å andra sidan riskera att man tar denna till intäkt för att tillgripa våld. En precisering torde dock i slutänden främja rättssäkerheten. Därtill kommer RF:s och EKMR:s krav på lagstöd för begränsningar av grundläggande fri- och rättigheter.

Liksom i fråga om de sociala tvångslagarna är det omöjligt att dra upp riktlinjer eller sätta exakta gränser beträffande vilka maktmedel eller "former av tvång" som får eller inte får användas mot en tvångsomhändertagen person utan att det skall anses som en kränkning av RF eller artikel 3 i EKMR. Myndigheterna måste i sitt förhållningssätt till den enskilde utgå ifrån huvudregeln att den enskilde skall behandlas humant och med aktning för sitt inneboende människovärde. Även om det krävs ganska mycket innan en kränkning av artikel 3 anses föreligga betyder inte detta att man får använda våld eller inhumana metoder upp till en viss gräns. Hälso- och sjukvårdspersonalen är inte "enbart" vårdpersonal. De är i sin roll inom tvångsvården också representanter för det all-

94 Fallet *Ribitsch mot Österrike* dom 4.12.1995. Danelius 1996 SvJT s. 79 f.

95 Jfr fallet Tyrer som beskrivits ovan, avsnitt 3.4.3.

© Författaren och Studentlitteratur

männa, dvs. staten. Drabbas en intagen av skador som han eller hon hävdar tillfogats honom under tvångsvården ankommer det på staten att, inför ett eventuellt förfarande inför Europadomstolen, förklara vad som orsakat skadorna. Finns då ingen annan trovärdig förklaring än att skadorna är en följd av den behandling han eller hon fått utstå på vårdinrättningen är det möjligt att det kommer att bedömas som en kränkning av artikel 3.[96]

16.7.3 SYFTE OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

I 6 och 18 §§ LPT anges i vilka *syften* tvång får användas. Enligt den förra bestämmelsen får, under vissa förutsättningar, visst tvång användas för att *hindra* patienten att lämna den del av vårdinrättningen där han skall vistas, för att upprätthålla *ordningen* på inrättningen eller för att tillgodose *säkerheten* i vården. 18 § är formulerad på samma sätt med den skillnaden att visst tvång får användas för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där denna skall vistas.

Ordalydelsen i 6 § första stycket LPT ger sålunda vid handen, att nödvändigt tvång i förhållande till patienter som enbart omfattas av ett kvarhållningsbeslut endast kan komma till användning för att hindra patienten att lämna den del av vårdinrättningen där han skall vistas. Detta trots att, enligt samma bestämmelse, patienten får hållas kvar på vårdinrättningen. Tvångsanvändning synes sålunda inte, med stöd av denna bestämmelse, kunna komma till användning utanför vårdavdelningen. Lagens motiv nämner inte avsikten med denna konstruktion. I specialmotiveringen till 6 § LPT talar såväl Tvångspsykiatrikommittén som föredragande statsråd om "vårdinrättningen" och i motiven till 18 § nämns både inrättning och avdelning.[97] Konstruktionen medför emellertid att skulle en patient, för vilken kvarhållningsbeslut är fattat, befinna sig utanför vårdavdelningen och han eller hon med tvång behöver hindras från att avvika eller annars kan behöva hållas till ordningen får åter bestämmelserna om nöd, nödvärn eller laga befogenhet tillämpas, något som knappast kan ha varit lagstiftarens avsikt. Konstruktionen kan leda till att vårdinrättningarna med automatik fattar ett kvarhållningsbeslut för att slippa ställas inför svårigheter som sannolikt inte varit avsedda. När det däremot gäller patienter för vilka intagningsbeslut är fattat får, enligt 18 § första och andra stycket, nödvändigt tvång användas för att hindra patienten att lämna såväl inrättning som avdelning.

96 Jfr Gustafsson 2001 s. 517.

97 SOU 1998:32 s. 415 ff. och prop. 1999/2000:44 s. 114 ff.

© Författaren och Studentlitteratur

Tvångsbestämmelserna är fakultativt utformade. Personalen *får* använda visst tvång, men inte mer än vad som är nödvändigt för att syftet skall uppnås. En förutsättning för att tvång skall få användas är därvid att andra åtgärder inte är tillräckliga. Enligt motiven kan det t.ex. gälla att med fysiskt tvång hålla fast en patient som vill lämna inrättningen eller som angriper personal eller medpatienter. Kan patienten hindras att lämna inrättningen eller ordning och säkerhet upprätthållas utan att tvång tillgrips, skall så ske, vilket också följer av den allmänna proportionalitetsregeln i 2 a § LPT. I motiven hänvisas till BrB om straffrättsligt ansvar för den som använder mer tvång än vad som är medgivet med hänsyn till omständigheterna.[98]

> I ett mål från Värmlands tingsrätt (B 697-09) dömdes en skötare vid en psykiatrisk klinik till villkorlig dom och dagsböter för vållande till annans död. Skötaren hade, enligt tingsrättens dom, med bistånd av andra under en tid av ca 10 minuter hållit patienten nedtryckt på magen med tryck över bröstkorgen/överkroppen och utan kontroll av andning. Detta hade, enligt tingsrätten, varit en bidragande orsak till patientens död. Tingsrätten menade bl.a., att med beaktande av de krav som bör ställas på psykiatriska tvångsingrepp, skötarens förutsättningar att uppfylla kraven, och att han av en kollega särskilt uppmärksammats på patientens andningsproblem, framstod avvikelsen som så klandervärd att den var att anse som oaktsam i lagens mening. Trots att skötaren lösts av och inte var med i sista delen av nedhållningen, fanns det adekvat kausalitet mellan oaktsamheten och dödsfallet, dvs. sambandet var förutsebart.[99]

Som framgått ovan kräver tvångsanvändning enligt 18 § andra stycket LPT, ett beslut om intagning för tvångsvård och vård i sluten psykiatrisk tvångsvård. 6 § LPT kan emellertid ge upphov till tvivel huruvida ett kvarhållningsbeslut krävs för tvångsanvändning. Lagens ordalydelse och det faktum att motiven ger vid handen att tvångsåtgärder skall få vidtas med stöd av LPT och LRV först sedan patienten med laga rätt hålls kvar på en sjukvårdsinrättning[100] talar för en sådan tolkning. Skulle sålunda tvång behöva tillgripas innan kvarhållningsbeslut, antingen det handlar om att hindra patienten att avvika eller för att upprätthålla ordning eller säkerhet, får det ske med stöd av BrB:s bestämmelse om nöd eller nödvärn så som följande fall kan ge exempel på.

> (8 A) En patient hotade under kvällen den 25 juli att suicidera. Anhöriga ringde efter polis. Patienten hade avvikit från platsen men polisen hittade

98 Prop. 1999/2000:44 s. 114 och 117.

99 Huruvida domen är överklagad eller inte, är inte närmare undersökt.

100 Prop. 1999/2000:44 s. 59.

© Författaren och Studentlitteratur

> honom senare. Patienten hade då dränkt in sina kläder med bensin. På psykakut blev patienten "uppvarvad" sedan polisen gått. Han slog sönder saker, slog upprepade gånger huvudet mot fönstret och försökte kasta ut inredning. Av beslutsjournalen framgår att patienten "[g]ick på toaletten och slog sönder inredning. Dunkade huvudet i fönstret ett flertal ggr. Försökte sedan kasta ut inredning genom fönstret. Faran uppgavs bestå i att pat kunde skada sig själv allvarligt och även personalen. 11 personer medverkade för att lägga pat i bälte." I patientjournalen noterar sjuksköterska att patienten lagts i bälte enligt "Nödvärnslagen". Den underläkare som senare skrev vårdintyg noterar bl.a. att överläkare kontaktats och informerats om patienten.

Utifrån vad vårdintyget utvisar led patienten av "recidiverande depression, svår episod" och uppenbarligen har visst tvång, eventuellt våld, behövt tillgripas för att ordningen och/eller säkerheten skulle kunna upprätthållas. Huruvida man använt mer tvång än vad som var nödvändigt för att syftet skulle uppnås kan man inte bedöma utifrån journalhandlingarna, även om man kan ställa sig frågande till om det verkligen behövdes 11 personer för att hålla en (1) patient till ordningen.

Ett annat exempel (11 A) avser konvertering. Patienten inkom till avdelningen förvirrad och ledsen med stark ångest. Vårdintyg utfärdades den 23 april kl. 16.00 och patienten lades samtidigt i bälte. Av konverteringsanteckningen kan utläsas att personalen använt visst tvång för att lyfta patienten till akutrummet efter att han ramlat omkull och inte var konversabel.

> P.g.a. patientens självdestruktiva skadebeteende flyttades han till bältesrummet och lades initialt i bukläge. Eftersom han framför allt kunde skada huvudet vändes han "med assistans" till ryggläge och skador kunde lättare avvärjas.

Av journalhandlingarna framgår inte att något formellt kvarhållningsbeslut enligt 6 § LPT har fattats, vilket sålunda är en brist då det är en förutsättning för såväl fastspänning som tvångsanvändning enligt ifrågavarande bestämmelser i LPT.

I de fall tvång använts har det som regel varit i anslutning till annan särskild tvångsåtgärd, vanligen vid fastspänning, avskiljning eller medicinering. Från fall 3 B rörande en patient som enligt vårdintyget led av mani med psykotiska symtom kan följande exempel andragas:

> 060905 noterar sjuksköterska att patienten "[k]l 0300 trängt sig ut i korridoren, tett sig aggressivt mot personal, måttat slag och sparkar, blev nedtagen på golvet och förd till rummet".

© Författaren och Studentlitteratur

Exemplet indicerar att patienten är avskild[101] i enlighet med 20 § LPT och i en sådan situation trängt sig ut i korridoren, vilket med visst tvång/våld förhindrats. Med hänsyn till att patienten tydligen varit våldsam får väl antas att personalen inte använt mer våld än vad som var nödvändigt. Vad det egentligen innebär att bli "nedtagen på golvet" och vilka risker detta medfört för patienten går inte att utläsa av journalen. Som tidigare framgått utgör emellertid varje användning av våld mot en person som berövats friheten i princip ett brott mot artikel 3 i EKMR, såvida det inte är fråga om våld som är absolut nödvändigt med hänsyn till den enskildes eget uppträdande, vilket sålunda måste beaktas.

Ett annat uttryck för tvång är att personal håller fast patienten vid injektionsgivning. Därvid skall sägas att det från journalanteckningarna ofta är oklart om injektioner givits med tvång eller inte. Ibland noteras, så som i fall 3 B:

> Patienten varit orolig hela kvällen. Kom inte alls till någon ro. "Blir injicerad med Stesolid 20 mg. 00.15. Sover därefter."

Att patienten "blir injicerad" kan betyda att injektionen givits med tvång, men det kan också ge uttryck för att patienten medicinerats med en injektion utan att tvång behövt tillgripas. I andra fall kan dock direkt utläsas att tvång förekommit såsom följande exempel visar:

> (3 B) 060911 noterar sjuksköterska "Vägrat morgonmedicin, får injektion Stesolid 5 mg/ml 4 ml och injektion Cisordinol acutard 50 mg/ml 1 ml. Mycket spänd, ligger inte still under injektionsgivning trots att personal har hållit honom."

I detta fall är det uppenbart att injektionen givits med tvång. Det framgår dock under rubriken "Medicindelning" och inte, såsom gjorts vid senare tillfällen avseende samma patient och som även görs vid en del andra kliniker, under rubriken "Tvångsmedicinering, 17 §".[102]

Ett annat exempel (8 D) visar också tvångsanvändning i samband med injektionsgivning. Av journalhandlingarna framgår att patienten fått injektioner men det står inte alltid huruvida dessa givits med tvång eller med samtycke. Nedanstående exempel ger dock uttryck för att tvång använts:

> 060510 noterar sjuksköterska att patienten är mycket uppvarvad, orolig, skrikig och argsint. Undertecknad får tillkalla extraförstärkning och patienten sprutas omgående med injektion.

101 Som framgår av avsnitt 16.9 är det i förevarande fall, utifrån journalanteckningarna, ovisst om patienten är formellt avskild enligt 20 § LPT.

102 Se härom avsnitt 14.5.3.

© Författaren och Studentlitteratur

Det är inte bara i situationer då patienterna är utåtagerande i förhållande till andra patienter eller personal som kan föranleda tvångsanvändning utan det kan även förekomma för att förhindra att patienten skadar sig själv så som följande fall visar.

> (8 A) Enligt bältesjournal 050828 blev patienten fastspänd p.g.a. att denne klättrat ut genom fönstret i suicidsyfte. Personal lyckades dra och lyfta in patienten som då försökte slita sig. Dunkade huvudet i golv och väggar. Fara för patienten själv. Det framgår av journalen att fem personer deltagit + två polismän.

Det är emellertid inte alltid det framgår explicit att tvång tillgripits, men man torde av situationen kunna dra slutsatsen att visst tvång möjligen fått användas för att t.ex. kunna lägga patienten i bälte.

> (13 B) Tf. överläkare noterar i journalen 051023 att patienten mår väldigt dåligt och är orolig. Klöser sig i pannan och på annat sätt skadar sig själv. Bakjour NN ordinerar isolering på patienten kl. 16.30. Under isoleringen är patienten fortfarande väldigt orolig och dunkar sitt huvud emot gångjärnen på dörren. Man försöker prata lugnande med patienten och säger att hon måste sluta upp med detta. Patienten lyssnar dock inte utan börjar även slå bakhuvudet mot gångjärnen. Diskussion med bakjour NN igen och vi väljer att bälta patienten kl. 17.35.

Beträffande samma patient (13 B) noteras vid ett annat tillfälle av underläkare:

> Idag på fm. blir patienten orolig. Skall riva sig och får hållas fast av 5 personal. Säger att kan hon inte skada sig själv så skall hon skada någon annan patient eller personal. Säger att det är demonerna som säger åt henne detta. Efter kontakt med bakjour överläkare NN läggs patienten i skyddsbälte från kl. 11.15.

Generellt kan sägas att tvång används vid vård enligt LPT men inte i alla fall, i vart fall inte vad som framgår av journalhandlingarna och, som visats ovan, som regel i samband med användningen av annan tvångsåtgärd. Vanligen används tvång för att upprätthålla ordning och säkerhet och det är då fråga om patienter som är kraftigt utåtagerande eller som har ett starkt självskadebeteende. Regelmässigt är det fråga om akuta situationer där det sällan torde ha givits någon möjlighet för personalen att "sätta sig ned" och reflektera över om andra åtgärder är tillräckliga eller inte. Det förefaller dock som att tvång inte kommer till användning förrän i ett sådant skede då ingen annan utväg står till buds.

© Författaren och Studentlitteratur

16.7.4 PERSONKRETS

Användningen av tvång i enlighet med förevarande bestämmelser i 6 och 18 §§ LPT komma i fråga för en patient. Därmed avses i förevarande sammanhang, enligt 6 §, en patient för vilken ett *kvarhållningsbeslut* är fattat och såvitt gäller 18 §, en patient som *intagits* för sluten psykiatrisk tvångsvård. Frivilligt vårdade patienter, och patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård kan inte med stöd av dessa bestämmelser utsättas för tvång.

16.7.5 BESLUTBEFOGENHET

Som framgått av tidigare avsnitt krävs att läkare fattar beslut om kvarhållning enligt 6 § LPT. Frågan är då om det krävs ett läkarbeslut för att få använda tvång vid tillämpningen av 6 § LPT. Enligt min mening är bestämmelsen inte entydig i denna fråga. Man kan tolka 6 § så, att det krävs ett läkarbeslut för kvarhållning och användning av tvång, men den kan lika gärna tolkas så att läkarkompetensen är förbehållet beslutet om kvarhållning.

För egen del lutar jag åt den senare tolkningen. Den första meningen i 6 § klargör förutsättningarna för kvarhållning; ett vårdintyg och ett läkarbeslut. I den andra meningen finns rekvisitet för användning av tvång; andra åtgärders otillräcklighet och att åtgärden är nödvändig för vissa i lagen uppräknade syften. I motiven talas dessutom om att bestämmelsen ger "vårdpersonalen" rätt att ingripa, och att den reglerar "personalens" befogenheter.[103]

I 18 § andra stycket LPT regleras inte heller något om särskilt beslutskompetens för användning av tvång. Enligt min uppfattning får det sålunda ankomma på var och en i hälso- och sjukvårdspersonalen att utifrån sitt personliga yrkesansvar enligt LYHS vidta en sådan åtgärd. Som framhållits i lagens motiv ges också i BrB bestämmelser om straffrättsligt ansvar för den som använder mer tvång än vad som är medgivet med hänsyn till omständigheterna.[104]

103 Prop. 1999/2000:44 s. 114.

104 Prop. 1999/2000:44 s. 117. I Psykiatrins Juridik 2008 s. 684 ff. anförs en annan uppfattning. Där hävdas att beslut om kvarhållande och nödvändigt tvång fattas av "läkare". Däremot sägs, såvitt gäller 18 § LPT, s. 689, att beslut om tvångsåtgärd för att bibehålla ordning och säkerhet tas av lokal arbetsledare som kan vara läkare eller sjuksköterska. Finns ingen arbetsledare närvarande så får personal agera efter egen bedömning, beslut och yrkesansvar.

© Författaren och Studentlitteratur

16.7.6 DOKUMENTATION

Uppgift om tvångsåtgärd enligt 6 § första stycket LPT skall, *jämte skälen*, noteras i patientens journal i enlighet med 2 § p. 8 FPT. Det betyder att såväl uppgift om kvarhållningsbeslut som uppgift om användning av tvång/våld för att hindra patienten att avvika eller för att upprätthålla ordning och säkerhet skall dokumenteras, liksom skälen för detta. Därvid torde det inte vara tillräckligt att man t.ex. skriver att tvång använts för att upprätthålla ordningen, utan i uppgiften om tvångsåtgärden bör det framgå *varför* man gjort denna bedömning och *vilket* tvång det varit fråga om.

Samma förhållande gäller tvångsanvändning i enlighet med 18 § andra stycket LPT, vilket framgår av 2 § p. 9 FPT.

16.7.7 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Journalgenomgången har visat att tvång/våld förekommer, som regel i samband med användningen av annan tvångsåtgärd, och oftast i syfte att upprätthålla ordning och säkerhet eftersom det som regel rör sig om kraftigt utagerande patienter eller patienter med ett starkt självskadebeteende. Såvitt framgått används inte våld förrän i ett sådant skede att ingen annan lösning är möjlig. Huruvida mer våld än vad situationen har krävt kan anses ha förevarit, går av naturliga skäl inte att utläsa.

16.8 Fastspänning (19 §)

16.8.1 ALLMÄNT

Enligt 19 § LPT ges hälso- och sjukvården möjlighet att i vissa situationer fatta beslut om att en patient får spännas fast med bälte eller liknande anordning. Det är en starkt integritetskränkande åtgärd, men lagstiftaren har utgått ifrån att det finns situationer då patienten löper större risk att få allvarliga skador om fastspänning inte sker än om detta medel används.[105] Fastspänning kan även komma i fråga redan *innan* ett beslut om intagning har fattats, vilket regleras i 6 a § LPT.[106]

Ett beslut om fastspänning kan inte överklagas (32, 33 §§ LPT).

16.8.2 SYFTE OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

En patient får, under de förutsättningar som anges i 19 § LPT, kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. I bestämmelsen anges

105 Prop. 1990/91:58 s. 141.
106 Se avsnitt 10.5.6.

© Författaren och Studentlitteratur

inte närmare vilka former av anordningar som får användas och det har heller inte definierats i motiven till lagstiftningen.[107]

Syftet med åtgärden är enligt lagens ordalydelse att förhindra att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Vem som innefattas i begreppet "annan" anges inte i lagen eller dess motiv. Däri torde dock innefattas såväl andra medpatienter som vårdpersonal, liksom andra personer som befinner sig på vårdinrättningen eller avdelningen.

Den grundläggande *förutsättningen* för tillämpningen av 19 § LPT är att chefsöverläkaren fattat ett beslut om *intagning* (6 b § LPT) och att patienten vårdas i sluten psykiatrisk tvångsvård. Vidare krävs att det finns en *omedelbar fara* för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan. I detta torde ligga att det är fråga om att avvärja en plötslig händelse och inte något som får tillgripas för att förhindra något som man anar är under uppsegling. Från lagstiftarens sida har uttalats, att en patient "i princip" bör få spännas fast endast i omedelbara faresituationer", dvs. hastigt uppkomna situationer som inte kan bemästras på något annat sätt.[108] Det ligger också i linje med bestämmelsens fakultativa utformning och med den allmänna proportionalitetsregeln i 2 a §. Självfallet får fastspänning aldrig tillgripas i bestraffningssyfte.[109]

Det skall vidare vara fråga om en omedelbar fara för allvarlig skada. Därvid kan först konstateras att i farebegreppet ligger att någon skada faktiskt inte behöver ha uppkommit för att fastspänning skall få ske. Det är tillräckligt att det finns en *risk* för att allvarlig skada skall inträffa.[110] Det skall däremot föreligga en omedelbar risk för *allvarlig skada* vilket rent språkligt bör innebära en skada som är kraftig, betydande eller svårartad. Vad sedan gäller frågan om vad som avses med *skada* sägs endast i motiven att det skall vara fråga om risk för en allvarlig fysisk skada,[111] vilket ligger i linje med lagens ordalydelse att skaderisken skall gälla patienten själv eller någon annan. Detta betyder alltså, att en patient inte kan spännas fast enbart av den anledningen att det föreligger en allvarlig risk för att patienten skall åsamka allvarlig skada på inredning eller annat materiellt.

En patient får inte lämnas ensam när han eller hon är fastspänd. Därför föreskrivs i 19 § första stycket LPT, ett *undantagslöst* krav[112] på att vårdpersonal skall vara närvarande under den tid patienten hålls fast-

107 Prop. 1990/91:58 s. 141 f., s. 260.
108 Prop. 1990/91:58 s. 260.
109 Prop. 1990/91:58 s. 260.
110 Jfr Gustafsson 2001 s. 398 f.
111 Prop. 1990/91:58 s. 260.
112 Prop. 1990/91:58 s. 142.

© Författaren och Studentlitteratur

spänd. JO har i ett flertal ärenden rekommenderat att det i journalanteckningarna anges vem eller vilka som har haft tillsyn över patienten under fastspänningen.

Från den praktiska tillämpningen kan konstateras, att i de fall fastspänning förekommit synes bälte vara den anordning som används. Skälen till åtgärden anges mestadels i journalerna vilket gör att syftet med åtgärden kan förstås. Fastspänningen föranleds i de flesta fall för att förhindra skada på personal och i några enstaka fall för att förhindra skada på anhörig (8 E), medpatient (3 B) eller på patienten själv (8 A, 13 B). Följande fall kan andragas som typexempel på omedelbara faresituationer med risk för allvarlig skada.

> (3 B) 060829 noterar AT-läkare: "Idag den 29/6 har patienten anfallit medpatienter från intilliggande avdelning och tagit stryptag."
>
> (3 B) 060902 noterar läkare: "Tilltagande uppvarvad, gjort utfall mot personal /.../ Tvångsåtgärder: bältesläggning".
>
> (6 E) 061003 noterar överläkare att patienten "blir 2-tiden våldsam och angriper personalen. Tumultet urartat, en personal bli skadad. /.../ tvingas läggas i bälte kl. 14.10. Kvarligger där till 14.35.
>
> (8 A) Enligt bältesjournal 050828 p.g.a. att patienten klättrat ut genom fönstret i suicidsyfte. Personal lyckades dra och lyfta in patienten som då försökte slita sig och dunkade huvudet i golv och väggar. Fara för patienten själv.
>
> (8 E) 060814 noterar sjuksköterska, att anhörig ropat på hjälp från undersökningsrummet då patienten angripit henne. Patienten var inte kontaktbar, skakade och stirrade på sjuksköterskan. Fick medicin men lugnade sig inte utan fortsatte att angripa anhörig i korridoren.
>
> (13 B) Tf. överläkare noterar 051031, att han kallats till avdelningen då patienten skurit sig i armen med en trasig bygel från en behå. Patienten är väldigt orolig och försöker på nytt skada sig själv. Bankar huvudet bl.a. i väggen.

Det finns emellertid även fall där skälen till bältesläggningen *inte* framgår av journalanteckningarna vilket de skall göra enligt 2 § p. 9 FPT.

> I fall 6 E noterar sjuksköterska 060410 i omvårdnadsanteckning i journalen att patienten "[b]ältades mellan 22:50 och 00:25 (Se rapport blad). Fick då v.b. medicin se ordinationslista."

Vad som avses med "rapport blad" är oklart, eventuellt kan avses särskild beslutsjournal. I denna finns emellertid inte noterat någon bältesläggning

© Författaren och Studentlitteratur

denna dag. Sålunda är det oklart varför patienten lagts i bälte och vem som beslutat om detta. Inte heller framgår om personal varit närvarande under bältesläggningen.

> I fall 11 C beslutar överläkare om intagning 060515 kl. 17.10. Samma dag kl. 17.42 noterar överläkaren i journalanteckning "Beslut om fastspänning enl § 19 LPT. Datum 06-05-15, kl. 17.42. Bältesläggningen upphör 06-05-15, kl. 21.40." Av epikrisen framgår att "[m]an blir tvungen att lägga pat i bälte då han erhåller tvångsinj".

Vad som föranlett bältesläggningen har i 11 C inte angivits i erhållet journalmaterial, men det kan eventuellt finnas i omvårdnadsjournalen. Det bör dock framhållas, att eftersom ett beslut om fastspänning kräver ett beslut av chefsöverläkare bör uppgift om tvångsåtgärd jämte skäl och tiden för fastspänningen också noteras i *läkarjournalen*.

Som framgår i det följande får fastspänning ske inom vissa tidsgränser. Huvudregeln är därvid, enligt 19 § första stycket LPT, att fastspänningen skall vara kortvarig.[113] Enligt en undantagsregel i 19 § andra stycket LPT får, om det finns synnerliga skäl, beslutas att patienten skall hållas fastspänd längre än som anges i första stycket, alltså längre tid än kortvarigt. Förutsättningarna för *undantagsregelns* tillämplighet är att de krav som anges i första stycket är uppfyllda.[114] Det skall sålunda föreligga en omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar sig själv eller någon annan. Därtill kommer kravet på *synnerliga skäl* som visar på att undantagsregeln bara får användas i vissa extrema undantagssituationer. Det kan enligt lagens motiv vara fråga om djupt störda patienter där risken att de tillfogar sig själva eller någon annan en allvarlig skada är överhängande under någon tid.[115]

Utifrån studerat journalmaterial kan konstateras att det inte är i många fall som undantagsregeln tillämpats. I vart fall inte vad som går att utläsa av journalhandlingarna. I något fall har patienten varit fastspänd under så lång tid som 18 timmar, vilket föranleddes av att patienten var motoriskt orolig och sparkade och slogs så fort man från vårdinrättningen försökte lösa honom från bältena (3 B).

I den praktiska tillämpningen förekommer det också att patienter blivit fastspända efter egen begäran, s.k. frivillig bältesläggning. Här är det sålunda fråga om fall där bältesläggning kommer till stånd, inte efter något agerande från det allmännas sida, utan på initiativ från den en-

113 Se avsnitt 16.8.5.
114 Prop. 1990/91:58 s. 260.
115 Prop. 1990/91:58 s. 142.

© Författaren och Studentlitteratur

skilde. JO har i ett beslut uttalat, att det därmed *inte* kan anses vara en sådan tvångsåtgärd som avses i RF och LPT. Oaktat detta menar JO, att fastspänning till sin natur är en sådan åtgärd som av rättssäkerhetsskäl inte skall tillämpas inom psykiatrin annat än när det finns direkt lagstöd för det. Liksom Socialstyrelsen gav uttryck för i sitt remissvar menade JO, att enbart när rekvisiten i 19 § första stycket LPT är uppfyllda kan fastspänning i bälte komma i fråga.[116]

16.8.3 PERSONKRETS

Enligt 19 § LPT får fastspänning avse *en patient*. Som framgått ovan förutsätter tillämpningen av bestämmelsen i fråga att *intagningsbeslut* är fattat enligt 6 b § LPT och att patienten vårdas i *sluten* psykiatrisk tvångsvård.[117] Behöver åtgärderna användas beträffande en patient som är kvarhållen i väntan på intagningsbeslut skall i stället bestämmelsen i 6 a § tillämpas. Är det fråga om en patient som är intagen frivilligt enligt HSL får övervägas huruvida nödreglerna är tillämpliga eller inte. I annat fall får fastspänning inte förekomma.

I rättstillämpningen har förekommit fastspänning av *frivilligt* intagna patienter, vilket är allvarligt. JO fann i dnr 2172-2006 att en patient som var intagen för frivillig vård hade spänts fast med bälte efter ordination per telefon av en överläkare. Överläkaren som var bakjour uppgav efter händelsen att han utgått från att patienten vårdades enligt LPT eller LRV. Personalen som kontaktat överläkaren hävdade dock å sin sida att bakjouren tydligt upplysts om att patienten vårdades enligt HSL. JO beslöt att ta upp detta i ett särskilt ärende. JO påtalade att det finns lagstöd för att spänna fast en person som är intagen för frivillig psykiatrisk vård endast när ett *vårdintyg* har utfärdats och ett *kvarhållningsbeslut* fattats. Är så inte fallet finns det bara möjlighet att agera med stöd av bestämmelserna om nöd och nödvärn. I förevarande fall hade patienten enligt journalen "gjort utfall mot personal, spottat och slagit". JO framhöll att det är helt oacceptabelt att en patient som vårdas enligt HSL spänns fast med bälte trots att det inte finns lagliga förutsättningar för åtgärden. Att tillgripa en tvångsåtgärd utan stöd i lag innebär en kränkning av patientens grundläggande fri- och rättigheter enligt RF och EKMR och kan föranleda straffrättsligt eller disciplinärt ansvar.[118]

116 JO dnr 3236-2006.

117 Se om fastspänning före intagningsbeslut enligt 6 a §, avsnitt 10.5.6.

118 JO dnr 3237-2006.

© Författaren och Studentlitteratur

16.8.4 BESLUTSBEFOGENHET

Beslut om fastspänning har enligt lagstiftarens uppfattning ansetts böra föras upp på lednings- eller specialistläkarnivå.[119] Av 19 § tredje stycket LPT framgår explicit att det är *chefsöverläkaren* som beslutar om fastspänning, dvs. chefsöverläkaren vid den sjukvårdsinrättning där patienten är inskriven (1 § fjärde stycket LPT).

Med hänsyn till att åtgärden är av sådan karaktär att den endast kan komma i fråga vid en omedelbar fara för allvarlig skada, kan det självfallet vara så att hälso- och sjukvårdspersonalen inte hinner avvakta ett ställningstagande från den läkare som normalt skall besluta varför viss delegering till annan läkare är möjlig. Av 39 § första meningen LPT framgår att beslutsbefogenheten kan delegeras till *specialistkompetent* läkare. Finns *särskilda skäl* får delegation, enligt 39 § andra meningen, ske också till en annan läkare vid sjukvårdsinrättningen. Detta gäller emellertid endast beslut om fastspänning enligt *huvudregeln* i 19 § första stycket, dvs. i fall av kortvarig fastspänning. Är fråga om synnerliga skäl och sålunda fastspänning under längre tid än fyra timmar i enlighet med 19 § andra stycket LPT, får delegation enbart ske till läkare med specialistkompetens (39 § p. 5 LPT).[120]

Lagens ordalydelse och motiv ger sålunda uttryck för att delegation av beslutsbefogenheten endast kan förekomma till läkare. Finns ingen läkare med befogenhet att besluta till hands får övervägas om situationen är sådan att nödreglerna kan tillämpas. I motiven har därvid förutsatts att vidtagna åtgärder omgående rapporteras till chefsöverläkaren.[121] Självfallet får en läkares beslut om fastspänning *verkställas* av annan vårdpersonal.[122]

Som framgått av redogörelsen rörande syfte och förutsättningar kan man av journalhandlingarna ibland hamna i tvivel om vem som fattat beslut om fastspänning. Dock anges ibland att sjuksköterska varit i kontakt med överläkare som man därvid får anta står bakom åtgärden. Enligt min mening är det från rättssäkerhetssynpunkt fundamentalt att behörig person fattar beslut om integritetskränkande åtgärder och att det dessutom går att utläsa av journalhandlingarna att så skett.

> (6 E) 060514 noterar ST-läkare "Får kl. 8.00 rapport om att /.../ legat i bälte igår em och då erhöll inj. Personalen undrar över frigång under dagen.

119 Prop. 1990/91:58 s. 143.
120 Se dock 40 § LPT och 4 kap. 2 § SOSFS 2008:18.
121 Prop. 1990/91:58 s. 143, 260.
122 Prop. 1990/91:58 s. 260.

© Författaren och Studentlitteratur

> Beslutas att /.../ stannar inne på PIVA tills vidare, ny bed på rond mån fm." (kurs. här)

Bältesläggningen är inte noterad i beslutsjournalen och heller inte den 13, då åtgärden skulle ha ägt rum, i journalanteckningarna. Det framgår sålunda inte om beslutet fattats av behörig person. Inte heller går att utläsa vilken tid patienten varit fastspänd eller om personal varit närvarande under tiden. Sammantaget är det hela synnerligen anmärkningsvärt från rättssäkerhetssynpunkt.

> (10 C) 050521 kl 00.35 noterar underläkare att patienten ej kan stå på sina ben, talar sluddrigt och försöker bita underläkaren i handen. "Pat lägges i bälte (helkropp) kl. 20.50 /.../ Efter diskussion med IVA-jour samt bakjour. /.../ gives inj Nozinan 25 mg/ml, 2 ml kl 00. Strax innan fyra timmars bältesläggning (00.49) är patienten sovandes, pats vä fot släpps ur bältesläggningen, pat reagerar omgående med ökad oro och ny bältesläggning (helkropps) påbörjas 00.50." (kurs. här)
>
> Kl. 05.14 noterar samma underläkare: "Pats högra hand släpps ur bälte kl. 4.40. Kontroll av blodtryck, puls och temp. Pat kan släppas helt ur bältet kl. 4.50"

Enligt 19 § tredje stycket LPT är det chefsöverläkaren som beslutar om fastspänning, eller behörig delegat (39 § LPT). I förevarande fall synes det vara underläkare som fattat beslut. Det framgår inte om delegation finns eller om det är IVA-jour och bakjour som faktiskt fattat beslut. Det bör emellertid observeras att delegation till annan än specialistkompetent läkare inte är möjlig när det gäller fastspänning enligt undantagsregeln i 19 § andra stycket (jfr 39 § p. 5 och 40 § LPT). Att patienten delvis släpptes ur bältet ca en minut kan inte medföra att en ny fastspänning skall anses vara för handen. Därtill gäller, enligt SOSFS 2008:18 3 kap. 2 §, att innan ett beslut fattas om fastspänning med bälte eller liknande anordning enligt 19 § andra stycket LPT, under längre tid än fyra timmar, skall den beslutande läkaren själv undersöka patienten.

16.8.5 TIDSGRÄNS

Enligt *huvudregeln* i 19 § första stycket LPT får patienten spännas fast kortvarigt. Fastspänning skall, enligt motiven, i princip alltid vara en kortvarig åtgärd, som snarast bör ersättas med andra insatser.[123] Otillräckliga personalresurser får t.ex. inte medföra att patienten hålls fastspänd en

123 Prop. 1990/91:58 s. 260.

© Författaren och Studentlitteratur

längre tid än som är absolut nödvändigt med hänsyn till faresituationen.[124] Det krävs sålunda att det i det individuella fallet, under hela den tid som fastspänning pågår, finns en omedelbar fara för att patienten skadar sig själv eller någon annan. Är förutsättningarna inte längre uppfyllda skall åtgärden upphöra.

Beträffande innebörden av *begreppet kortvarigt* framgår det varken av bestämmelsen eller av dess motiv hur lång tid som därvid avses. Det talas endast om att bälte inte bör användas längre än någon eller högst några timmar,[125] dvs. ett fåtal timmar. Enligt SOSFS 2008:18 3 kap. 2 § innebär detta en tid *understigande fyra timmar.* Åtgärden bör så snart det är möjligt ersättas med andra aktiva behandlingsinsatser.[126]

Enligt *undantagsregeln* i 19 § andra stycket LPT får, om synnerliga skäl föreligger, beslutas att patienten skall hållas fastspänd längre än som anges i första stycket, alltså längre tid än kortvarigt, dvs. fyra timmar. Hur lång tid framgår emellertid inte i lagen eller dess förarbeten, utan det förefaller vara överlämnat till rättstillämpningen att i varje enskilt fall bedöma detta.[127] I sådana fall skall dessutom Socialstyrelsen, utan dröjsmål, underrättas om beslutet.[128]

Det är i den praktiska handläggningen inte alltid möjlighet att av journalhandlingarna utläsa under vilken tid patienten varit fastspänd. Detta är synnerligen allvarligt och ett hot mot den enskildes rättssäkerhet. Det går heller inte att avgöra om vårdinrättningen uppfyllt skyldigheten att underrätta Socialstyrelsen i händelse av längre period med fastspänning.

Som exempel kan följande fall andragas:

> (3 D) I journalen noteras "§ 6a fattas 070116 kl. 23.35 av ut [läkare, min anm.] i samråd med dr /.../."

Enligt anteckningen har beslut enligt 6 a § LPT fattats vilket kan innebära fastspänning, avskiljning eller nödvändig behandling. Vilken eller vilka åtgärder som därvid vidtagits framgår inte. Det framgår dock av yttrande till LR att beslut om tvångsåtgärder i form av bältesläggning och lugnande medicinering fattats. Av läkares daganteckning, dagen efter, noteras att

124 Prop. 1990/91:58 s. 260.

125 Prop. 1990/91:58 s. 260.

126 Se även Socialstyrelsen, Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18), s. 51.

127 Socialstyrelsen har inte lämnat några särskilda rekommendationer eller föreskrifter i frågan (SOSFS 2008:18).

128 Se avsnitt 16.8.6.

© Författaren och Studentlitteratur

patienten blev "lagd i bälte under gårdagen". Under vilken tid framgår emellertid inte. Möjligen kan det framgå av besluts- eller bältesjournal, men sådan har inte funnits tillgänglig för granskning.

> (6 E) 060514 noterar ST-läkare: "Får kl. 8.00 rapport om att /.../ legat i bälte igår em och då erhöll inj. Personalen undrar över frigång under dagen. Beslutas att /.../ stannar inne på PIVA tills vidare, ny bed på rond mån fm."

Bältesläggningen är inte noterad i beslutsjournalen och heller inte den 13 maj då åtgärden skulle ha ägt rum i journalanteckningarna. Det går sålunda inte att avgöra under vilken tid patienten varit fastspänd.

En viktig fråga är hur man skall bedöma *kortare avbrott* i bältesläggningen och den därmed sammanhängande frågan om underrättelse till Socialstyrelsen. Från journalgenomgången kan följande fall andragas.

> (3 B) I omvårdnadsjournal noteras bältesläggning kl. 16.20. Senare samma dag noterar sjuksköterska "Släppt ur bältet kl. 20.20. Fick gå på toaletten åter lagd i bälte 20.35 pga fortsatt oro och förvirring. Bakjour /.../ och Dr /.../ informerade." Patienten släpptes ur bältet kl. 23.20, dvs. efter sammanlagt 7 timmar.

I förevarande fall har alltså ett uppehåll i fastspänningen på en kvart för toalettbesök *inte* räknats som ett avbrott i åtgärden och enligt journalhandling underrättades Socialstyrelsen samma dag.

> (3 B) Patienten var den 8 september "bältad" mellan kl. 8.10–9.00, 10.45–13.45, 14.15–20.15, 20.30–23.50, 00.00–05.50. Enligt journalen blev han "uppsläppt korta perioder med jämna mellanrum för att gå på toaletten".

I detta exempel är det oklart om vårdinrättningen bedömt uppehållen i bältesläggningen om 30, 15 och 10 minuter som "avbrott" eller om man bedömt det som nya bältesläggningar. Det framgår inte av bältesjournalen varför fastspänningen avslutats och inte heller av journalanteckningarna i övrigt. Eftersom man skrivit ny bältesjournal kl. 14.15, kl. 20.30 och 00.00 tyder detta dock på att man bedömt det som nya åtgärder. För detta talar också att i bältesjournalen, hänförlig till en annan bältesläggning som pågått drygt 11 timmar, uttryckligen noterats kortare avbrott för toalettbesök. Dock har flera av bältesläggningarna pågått längre tid än fyra timmar varför Socialstyrelsen skulle ha underrättats. Ingenting i journalen visar att så har skett.

> (10 C) 050521 kl 00.35 noterar underläkare att patienten ej kan stå på sina ben, talar sluddrigt och försöker bita underläkaren i handen. "Pat lägges i

© Författaren och Studentlitteratur

bälte (helkropp) kl. 20.50 /.../ Efter diskussion med IVA-jour samt bakjour. /.../ gives inj Nozinan 25 mg/ml, 2 ml kl 00. Strax innan fyra timmars bältesläggning (00.49) är patienten sovandes, pats vä fot släpps ur bältesläggningen, pat reagerar omgående med ökad oro och ny bältesläggning (helkropps) påbörjas 00.50."

Kl. 05.14 noterar samma underläkare att "[p]ats högra hand släpps ur bälte kl. 4.40. Kontroll av blodtryck, puls och temp. Pat kan släppas helt ur bältet kl. 4.50".

Patienten intogs enligt LPT den 23 mars 2005 då han återinsjuknat i cykloid psykos. Bältesläggningen den 21 maj har pågått i åtta timmar. Patientens vänsterfot har – en minut innan den "kortvariga" bältesläggningstiden löpte ut – släppts ur bältesläggningen. Eftersom patienten reagerar med ökad oro påbörjas en "ny" bältesläggning kl. 00.50. Sålunda synes en minuts avbrott ha lett till en ny bältesläggningsperiod. Så kort tids frihet torde dock inte kunna konstituera en ny fyratimmarsperiod. Sålunda krävs synnerliga skäl och Socialstyrelsen borde ha underrättats, vilket inte synes ha skett. Inte heller framgår om personal varit närvarande under fastspänningen.

JO har uttryckt, att det avgörande vid bedömningen av om det är fråga om en *ny fastspänning* eller ett *avbrott* i en pågående fastspänning är vad som i det enskilda fallet var skälet till att fastspänningen upphörde. Beror uppehållet på ett toalettbesök eller liknande skall det inte betraktas som att fastspänningen har upphört. Om man däremot gjort bedömningen att förutsättningar för fastspänning inte längre föreligger och det en kort tid därefter visar sig att patienten på nytt riskerar att skada sig själv eller andra, kan det vara fråga om en ny fastspänning.[129] JO understryker, att det inte får förekomma att man släpper upp en patient ur bälte enbart i syfte att få varje fastspänning att vara kortare tid än fyra timmar och därigenom kringgå reglerna om synnerliga skäl och underrättelseskyldighet. JO framhöll också vikten av att åtgärderna och bedömningarna i dessa hänseenden dokumenteras fortlöpande i journalen.[130]

Till skillnad från vad som uttryckligen gäller vid avskiljning enligt 20 § första stycket LPT synes det inte krävas något *nytt beslut* för fastspänning enligt undantagsregeln. Enligt min mening är detta från rättssäkerhetssynpunkt inte en tillfredsställande lösning. Fastspänning är en starkt integritetskränkande åtgärd som, enligt lagstiftaren, alltid skall vara en kortvarig åtgärd som snarast bör ersättas med andra insatser.[131] Det krävs sålunda, liksom vid avskiljning, en fortlöpande prövning av

129 Dnr 2172-2006.

130 Dnr 2172-2006.

131 Prop. 1990/91:58 s. 260 f.

© Författaren och Studentlitteratur

om beslutet om fastspänning kan hävas. Med nödvändigt måste också krävas ett särskilt övervägande om fastspänningen skall kunna fortgå utöver vad som anges i huvudregeln. Därmed ligger det också i sakens natur att det fattas ett nytt beslut där man visar varför det föreligger synnerliga skäl för fortsatt fastspänning. Att detta inte reglerats i lagen är en brist.

16.8.6 UNDERRÄTTELSE TILL SOCIALSTYRELSEN

Enligt 19 § tredje stycket LPT skall Socialstyrelsen *utan dröjsmål* underrättas om beslut då patienten, i enlighet med andra stycket samma bestämmelse, hålls fastspänd längre tid än fyra timmar.[132] Vad som avses med utan dröjsmål anges inte i förarbetena. Rent språkligt bör det emellertid innebära omedelbart, dvs. så snart beslut tas om sådan fastspänning.

Enligt 4 kap. 7 § SOSFS 2008:18 ankommer det på chefsöverläkaren att fullgöra underrättelseskyldigheten genom insändande av en för ändamålet avsedd blankett. Om en patient hålls fastspänd under lång tid bör Socialstyrelsen, enligt lagens motiv, fortlöpande hållas underrättad om detta.[133] Av Socialstyrelsens föreskrifter framgår därvid att hålls patienten avskild längre tid än 72 timmar skall en ny blankett med kompletterande uppgifter skickas till Socialstyrelsen.[134]

Studerat journalmaterial ger vid handen, att i de fyra fall där det framgår att fastspänning förekommit enligt 19 § andra stycket LPT har Socialstyrelsen *endast*, enligt vad som går att utläsa ur journalhandlingarna, underrättats i ett (1).

> (3 B) I omvårdnadsjournal noteras bältesläggning kl. 16.20. Senare samma dag noterar sjuksköterska "Släppt ur bältet kl. 20.20. Fick gå på toaletten åter lagd i bälte 20.35 pga fortsatt oro och förvirring. Bakjour /.../ och Dr /.../ informerade." Patienten släpptes ur bältet kl. 23.20, dvs. efter sammanlagt 7 timmar.

Av journalen framgår att rapport skett till Socialstyrelsen och att avsedd blankett undertecknats samma dag av vad som uppges vara beslutsfattande läkare. I samma fall (3 B) har emellertid ett flertal ytterligare fastspänningar ägt rum, där patienten åtminstone vid ett par tillfällen har legat i bälte enligt undantagsregeln. Såvitt framgår har Socialstyrelsen därvid *inte* underrättats vilket är anmärkningsvärt.

Att Socialstyrelsen underrättas på föreskrivet sätt är av fundamental betydelse för den enskildes rättssäkerhet. Bestämmelsen syftar till att informera ansvarig tillsynsmyndighet om den tvångsanvändning som

132 Se även SOSFS 2008:18 4 kap. 7 §.

133 Prop. 1990/91:58 s. 260. Jfr 49 § LPT och 16 § FPT.

134 Socialstyrelsens handbok med information och vägledning till SOSFS 2008:18 s. 75.

© Författaren och Studentlitteratur

förekommer inom vården och det har, för den enskildes trygghet och för utvecklingen av vården, ansetts speciellt viktigt att Socialstyrelsen fortlöpande kan följa och studera användningen av olika typer av tvångsåtgärder.[135] Underrättelserna ger också tillsynsmyndigheten möjlighet att ingripa i fall av icke medicinskt motiverade åtgärder. Föreskriften om underrättelseskyldighet har därför, av RegR (RÅ 1998 ref. 14), ansetts vara av direkt betydelse för säkerheten i vården och rör i hög grad en fråga där patientsäkerhetsintresset gör sig gällande. En underlåtelse att fullgöra denna skyldighet är därför en fråga som kan prövas i mål om disciplinpåföljd i enlighet med 5 kap. 3 § LYHS.

16.8.7 DOKUMENTATION

Av dokumentationsskyldigheten i 2 § p. 9 FPT följer att anteckningar skall göras i patientjournalen angående beslutet om och skälen för bältesläggning samt om underrättelse till Socialstyrelsen. I bestämmelsen anges inte explicit att tiden för fastspänning skall uppges. Det torde emellertid ligga i sakens natur att tiden noteras då det är "uppgift om tvångsåtgärd" som skall anges och att åtgärden i sig, som huvudregel, skall vara kortvarig samt att Socialstyrelsen skall underrättas i andra fall. JO har också framhållit, att av dokumentationsskyldigheten får anses följa att det också skall antecknas hur länge åtgärden har varat.[136] Att tidsangivelserna endast dokumenteras i underlaget till den kvartalsrapport som skall inges till Socialstyrelsen enligt 49 § LPT[137] är inte tillräckligt. Ett sådant underlag kan inte anses utgöra journalhandling eftersom den omfattar flera patienter.[138]

Mot bakgrund av att det kan finnas skäl att i efterhand inhämta upplysningar från personal som varit närvarande under fastspänning har JO ansett det lämpligt att det i patientjournalen antecknas vem eller vilka som har haft tillsyn över patienten under fastspänningen.[139]

Generellt kan sägas att journalhanteringen varierar från klinik till klinik. Vissa kliniker har såväl läkaranteckningar som omvårdnadsanteckningar i samma journal, medan andra kliniker har omvårdnadsanteckningarna för sig.[140] I det senare fallet kan uppgift om fastspänning ibland finnas i såväl omvårdnads- som läkaranteckningar, men ibland

135 Prop. 1990/91:58 s. 151.

136 JO dnr 2172-2006, 4488-2004 och 3401-2002.

137 24 § LRV.

138 JO dnr 2172-2006.

139 Dnr 3401-2002, 4488-2004, 2172-2006, 4213-2007 och 2044-2007.

140 Alla kliniker som bistått med journalmaterial har inte bifogat beslutsjournal, varför det är oklart om någon sådan över huvud taget finns hos dessa kliniker.

© Författaren och Studentlitteratur

bara i en av dem. Uppgift om fastspänning bör emellertid antecknas i den del av behandlingsjournalen som förs av *läkare* eftersom denne är beslutsfattare.[141]

16.8.8 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Den form av fastspänning som synes förekomma i studerat journalmaterial är bältesläggning. Någon "liknande anordning" som lagen talar om har i vart fall inte noterats i journalerna. Åtgärden företas regelmässigt för att förhindra skada på patienten själv eller på personer i omgivningen. Av vissa journalhandlingar framgår det emellertid inte varför patienten lagts i bälte, vilket är synnerligen allvarligt från rättssäkerhetssynpunkt och dessutom i strid med gällande bestämmelser. En orsak till att skälen inte framgår kan dock vara att tvångsåtgärder ibland förs i separat läkarjournal, ibland i omvårdnadsanteckningarna och ibland i båda journalerna. Det ligger emellertid en risk i detta, särskilt eftersom det finns tidsgränser att beakta. Därför bör anteckningarna alltid föras i läkardelen eftersom det är chefsöverläkaren, eller delegat, som har befogenhet att besluta om fastspänning. Det finns dessutom skäl att anmärka, att noteras åtgärden i omvårdnadsdelen framgår som regel heller inte vem som fattat beslut, vilket det bör göra, särskilt om det är fråga om tillämpning av undantagsregeln som endast kan delegeras till specialistkompetent läkare.

Fastspänning kan enligt lagen få vidtas kortvarigt eller, vid synnerliga skäl längre tid än kortvarigt. Den närmare innebörden härav anges inte i lagen, vilket är tvivelaktigt från rättssäkerhetssynpunkt. Visserligen sägs i lagens motiv att åtgärden inte bör användas längre än högst någon eller några timmar, men en sådan diffus avgränsning är inte till fyllest. Oaktat att tiden i Socialstyrelsens föreskrifter begränsas till fyra timmar bör det, enligt min mening, i *lagen* anges vad som faktiskt avses. Det skulle främja förutsebarheten för den enskilde och sätta tydliga gränser för tilllämparna. Det kan vidare konstateras, att det inte alltid går att utläsa av journalhandlingarna, i vart fall inte av dem som varit föremål för undersökning, hur lång tid fastspänningen pågått. Det är självklart mycket allvarligt och ett hot mot den enskildes rättsäkerhet. Det är också viktigt för att underrättelseskyldigheten till Socialstyrelsen skall fullgöras. Det saknas oftast uppgift om huruvida Socialstyrelsen underrättats vid längre fastspänning och det är allvarligt eftersom det är av direkt betydelse för patientsäkerheten.

Det är vidare notabelt att det i lagen rörande fastspänning enligt undantagsregeln i 19 § andra stycket, för vilket det krävs synnerliga skäl,

141 JO dnr 4090-2001.

© Författaren och Studentlitteratur

inte ställs ett uttryckligt krav på ett nytt formellt beslut, i likhet med vad som gäller vid förlängning av ett avskiljningsbeslut. Eftersom fastspänning är en starkt integritetskränkande åtgärd som alltid skall vara kortvarig och det krävs en fortlöpande prövning av när åtgärden skall hävas, torde det också kräva ett särskilt övervägande om det föreligger sådana synnerliga skäl att undantagsregeln är tillämplig. Av rättssäkerhetsskäl bör ett sådant särskilt övervägande formaliseras vilket bör framgå av lagen.

16.9 Avskiljande (20 §)

16.9.1 ALLMÄNT

Som framgått ovan får en patient inte hållas inlåst på sitt rum med stöd av bestämmelserna i 18 § LPT. Sådana situationer regleras i stället i 20 §. Enligt denna bestämmelse får en patient, under särskilda förutsättningar, hållas avskild från andra patienter. Här är alltså fråga om ett slags isolering, även om detta begrepp endast förekommer i lagens motiv. Där talas om att med isolering avses att en person hålls instängd på ett rum, antingen det *egna rummet* eller i ett *särskilt isoleringsrum*.[142] Att en patient hålls instängd ensam i ett särskilt rum, del av avdelning eller om dörren till hans eget rum låses av personal samt om patienten hindras att lämna sitt rum utgör typiska fall av avskiljning.[143] Som avskiljande i den mening som avses i 20 § LPT anses det dock *inte* vara om patienten ges möjlighet att låsa om sig själv, t.ex. på natten. I så fall kan det vara fråga om lås som vårdpersonalen vid behov kan öppna utifrån,[144] så som nedanstående fall ger exempel på:

> (4 D) 060921 noterar läkare att patienten får löfte att låsa dörren nattetid. Möjlighet för personal att titta till.

En dylik åtgärd anses sålunda inte som ett avskiljande i lagens mening. För att så skall anses vara fallet förutsätts en aktiv åtgärd från hälso- och sjukvårdens sida.[145] Det torde dock inte krävas att dörren låses, för att en formell avskiljning skall anses vara för handen. Det är tillräckligt att den enskilde på annat sätt hindras lämna rummet.[146]

142 Prop. 1990/91:58 s. 142.

143 Socialstyrelsen. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, s. 54. Se även JO 2008/09: JOI s. 312.

144 Prop. 1990/91:58 s. 259.

145 Jfr Socialstyrelsen. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning för tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, s. 54.

146 JO 2008/09:JO1 s. 312.

© Författaren och Studentlitteratur

Liksom i fråga om kvarhållande och fastspänning är också 20 § fakultativt utformad. Åtgärden får vidtas om det är nödvändigt men ett övervägande krävs i varje enskilt fall. Det är fråga om en särskild tvångsåtgärd, och i motiven har framhållits att man alltid noga bör pröva möjligheterna att med personalinsatser uppnå det syfte som en isoleringsåtgärd avser.[147] Avskiljande kan komma i fråga även *innan* det fattats beslut om intagning i enlighet med 6 a § LPT.[148]

Ett beslut om avskiljande kan inte överklagas (32, 33 §§ LPT) vilket kan ifrågasättas mot bakgrund av att motsvarande åtgärd enligt 15 b § LVU och 34 § LVM kan överklagas då det är fråga om frihetsinskränkande beslut.[149]

16.9.2 SYFTE OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

Ett avskiljande enligt 20 § första stycket LPT får användas i *skyddssyfte*[150] i förhållande till medpatienterna. Sålunda stadgas, att en patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av *de andra patienterna*.[151] Avskiljande kan sålunda inte komma i fråga av skäl hänförliga till patienten själv eller till personalen. Det är de andra patienterna som åtnjuter ett skydd genom bestämmelsen.

Förutsättningarna för bestämmelsens tillämplighet är att patienten genom ett aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Frågan är då hur aggressiv eller störande en patient skall vara för att åtgärden skall kunna komma i fråga. Någon närmare förklaring till detta anges inte i lagens motiv. Det kan dock konstateras, att det aggressiva eller störande beteendet måste nå upp till en viss nivå; det skall vara av sådan karaktär att vården av de andra patienterna försvåras *allvarligt*. Eftersom åtgärden främst har ett skyddssyfte torde aggressivitet och störning få vara av sådan art att patienten upplevs som hotfull eller attackerande eller i övrigt hindrar vården av medpatienterna eller oroar dem i sådan grad att vården för dem försvåras allvarligt.

20 § första stycket LPT ger vidare vid handen att en patient får hållas avskiljd endast om det är nödvändigt på grund av ovan angivna omständigheter. Det innebär att åtgärden skall komma till användning endast i

147 Prop. 1990/91:58 s. 142, 261.

148 Se avsnitt 10.5.7.

149 Prop. 2002/03:53 s. 97 ff.

150 Prop. 1990/91:58 s. 261.

151 Jfr SOU 1984:64 s. 412 där avskiljande ansetts kunna vara nödvändigt av hänsyn till medpatienterna.

© Författaren och Studentlitteratur

rena undantagssituationer[152]och det krävs ett särskilt övervägande i varje enskilt fall om åtgärdens nödvändighet. Det är inte tillåtet med rutinmässig isolering, t.ex. under natten, och åtgärden får självfallet heller aldrig tillgripas i bestraffningssyfte.[153] Självfallet skall också den allmänna proportionalitetsbestämmelsen i 2 a § LPT beaktas.

En patient skall under den tid han hålls avskild stå under *fortlöpande uppsikt* av vårdpersonal (20 § tredje stycket LPT). Det finns alltså inte, så som gäller vid fastspänning, något krav på att vårdpersonal skall vara närvarande när en patient hålls avskild från övriga patienter. Är patienten mycket aggressiv kan det finnas en risk att personalen, eller patienten själv, kommer till skada. Så som anförts i motiven kan det därför, i vissa fall, vara lämpligare och humanare att patienten vid aggressivt beteende läggs i bälte med vårdpersonal närvarande.[154] Att vårdpersonal inte har skyldighet att närvara betyder emellertid inte att patienten får lämnas åt sitt öde. I lagen talas om att patienten skall stå under fortlöpande uppsikt vilket i motiven beskrivits som att patienten självfallet bör stå under noggrann övervakning.[155]

Av det studerade journalmaterialet synes avskiljning ha förekommit i nio fall (ca 13 %). Det är emellertid endast i två av dessa som det i någon mån "mera formellt" noterats ett beslut om avskiljande. I fall 1 B noteras t.ex. 060627 av sjuksköterska i beslutsjournal

> "§ 20 Avskiljande början 060627 08.30."

Eftersom endast beslutsjournalen har funnits tillgänglig kan ingenting i det fallet sägas om skälen till åtgärden. Det får förutsättas att såväl uppgift om åtgärden som skälen för densamma finns dokumenterat i läkaranteckningarna.[156] Även i nedanstående fall framgår uttryckligen av journalen att patienten isolerats.

152 Prop. 1990/91:58 s. 261.

153 Rättsmedicinalverket hyste i ett ärende hos JO (2003/04:JO1 s. 306) uppfattningen att tillämpningen av 20 § LPT kunde ske i olika syften. För intagna på RMV:s undersökningsenheter som var föremål för vård enligt LRV skulle bestämmelserna i 18–24 §§ LPT tillämpas i medicinskt behandlingssyfte. För de intagna som är häktade men inte föremål för vård ansågs samma bestämmelser kunna tillämpas i syfte att upprätthålla ordning och säkerhet. JO anförde till detta, att även vid psykiatrisk tvångsvård torde syftet med ett beslut enligt 20 § LPT om avskiljande inte primärt vara medicinskt. En sådan tvångsåtgärd vidtas alltid i ordnings-, kontroll- eller säkerhetssyfte även om åtgärden självfallet sker för att tvångsvården skall kunna genomföras.

154 Prop. 1990/91:58 s. 261.

155 Prop. 1990/91:58 s. 143.

156 Se om dokumentation avsnitt 16.9.7.

© Författaren och Studentlitteratur

> (13 B) avsåg en patient med starka suicidtankar. Hon var inlagd enligt HSL sedan början av augusti 2005. Patienten ville skriva ut sig för att suicidera varför det beslutades om konvertering 051019 kl. 15.20. Chefsöverläkaren beslutade om intagning 051020.
>
> I journalen 051023 noterar tf. överläkare i "Jourant", att "Patienten mår väldigt dåligt och är orolig. Klöser sig i pannan och på annat sätt skadar sig själv. Bakjour /.../ ordinerar isolering på patienten kl. 16.30. Dock under isoleringen är patienten fortfarande väldigt orolig och dunkar sitt huvud emot gångjärnen på dörren. Man försöker prata lugnande med patienten och säger att hon måste sluta upp med detta. Patienten lyssnar dock inte utan börjar även slå bakhuvudet mot gångjärnen. Diskussion med bakjour /.../ igen och vi väljer att bälta patienten kl. 17.35. Patienten är bältad mellan kl. 17.35–18.55, därefter avslutas bältesläggning och patienten får en tillsynsgrad 4. Vi får avvakta under kvällen och se om hon lugnar ner sig" [kurs. här].

Vid ett första påseende kan ju tyckas att fallet hanterats i enlighet med vad lagstiftaren anfört, nämligen att det ibland kan vara en fördel att hellre lägga patienten i bälte än att isolera densamme med risk för skada. Fallet inger dock vissa dubier huruvida rekvisiten i 20 § LPT över huvud taget kan sägas vara för handen för att ett avskiljande skall få ske. Måhända har patienten ett störande beteende, men journalanteckningen ger uttryck för att patienten skadar sig själv, inte att patientens beteende allvarligt försvårar vården av *de andra* patienterna. Det synes sålunda vara faran för patienten själv som föranlett avskiljandet. Å andra sidan skulle kunna hävdas, att en patient som agerar som i angivet exempel ovan, kan störa de andra patienterna och försvåra vården för dem. Enligt min mening är det dock tveksamt om allvarlighetskriteriet är uppfyllt i ett fall som det angivna.

Vidare har patienten "ordinerats" isolering kl. 16.30. Man får väl anta att det är fr.o.m. denna tidpunkt avskiljandet påbörjades, men det är inte helt klart. Ordinationen kan ju formellt göras vid ett tillfälle och tvångsåtgärden faktiskt effektueras vid ett senare tillfälle, eller inte alls. Till yttermera visso framgår det inte när, eller om, isoleringen upphört, vilket är allvarligt. I stället talas om bältesläggning och under vilken tid denna tvångsåtgärd pågick. Dokumentationen skall enligt FPT innehålla uppgift om åtgärden, skälen för densamma samt under vilken tid patienten hålls avskild. I annat fall är rättssäkerheten allvarligt hotad och man kan inte uppfylla skyldigheten att underrätta Socialstyrelsen i vederbörlig ordning.[157]

157 Se avsnitt 16.9.6.

© Författaren och Studentlitteratur

I något fall uttrycks att patienten t.ex. hålls på sitt rum eller *rumshållning*, så som nedanstående fall ger exempel på.

> (3 F) rör en patient som tvångsvårdats sedan 020124 då han intogs p.g.a. att han gav ett psykotiskt intryck. Fr.o.m. 020204 hade patienten mer eller mindre ständig permission och återkom till kliniken var 14:e dag för injektion.[158] 060809 blev patienten åter inlagd efter att han inkommit med polistransport p.g.a. vanföreställningar.
>
> I omvårdnadsanteckning 060814 noterar sjuksköterska att patienten "har under natten sovit dåligt. Blir under förmiddagen uppvarvad och agiterad. Han pratar högt för sig själv på svenska och engelska. Erhåller injektionsläkemedel och rumshållning, varpå det hela lugnade ner sig."(kurs. här).
>
> Samma dag noterar läkare, några timmar senare: "Pat gick enl. ovan på permission i helgen, och tog alkohol, benzodiazepiner och hasch på permissionen. Sov fram till kl 17:00 på söndagen, och har inatt endast sovit en timme. Sedan han vaknade, har han gått och pratat högt på engelska, och ter sig som att han börjar bli uppvarvad. Personalen upplever en risk att han håller på att bli farlig, vilket han varit tidigare. Öl Bestämmer att han ska få tidigarelagt sin Trilafoninjektion samt få Cisodinal vattenlöslig och Stesolidinjektion idag. Öl bestämmer också att pat ska isoleras på sitt rum en timme i taget, eftersom han börjar varva upp. Spottar på golvet när han får reda på att han ska få dessa injektioner" (kurs. här).

Uppenbarligen är det överläkare som bestämt att patienten skall vara avskiljd. Frågan är dock om situationen är sådan att avskiljande är nödvändigt på grund av att patienten allvarligt försvårar vården för de andra patienterna. Dokumentationen är enligt min mening inte övertygande. Det förefaller snarare som att man i förebyggande syfte isolerat patienten, för att undvika att en allvarlig situation uppkommer. Därtill kommer att tiden för avskiljande inte heller här noterats.

> (8 D) patienten led av vanföreställningar och vårdades med stöd av LPT sedan 060510 efter konvertering. Samma dag noterar skötare att när patienten "vaknar är hon mer uppvarvad än på förmiddagen. Hon hålls inne på sitt rum där hon skriker och bankar" (kurs. här).
>
> 060514 noterar sjuksköterska att patienten har "svårt att komma till ro hon går in till andra rum och skrämmer en del medpatienter, tog sin nattmed men sover bara 2 tim fram till kl 02-tiden hon var ganska lugn så vi begränsar henne till rummet resten av natten" (kurs. här).

Avskiljandet den 14 maj synes ha skett av hänsyn till de andra patienterna vilket är i överensstämmelse med vad som gäller enligt 20 § LPT. Huruvida patientens beteende är av sådan karaktär att det allvarligt för-

158 Fallet även kommenterat under kapitel 15 rörande permission.

© Författaren och Studentlitteratur

svårar medpatienternas vård, går emellertid inte att utläsa. Man måste också fråga sig vem som fattat beslut om avskiljande. Varken skötare eller sjuksköterska har denna befogenhet och det kan inte heller delegeras till annan än läkare. Det framgår inte heller vilken tid patienten varit avskiljd. "Resten av natten" från kl. 02.00 är inte tillräckligt tydligt eftersom tidsgränsen om åtta timmar måste följas. I annat fall krävs ett nytt beslut av behörig beslutsfattare, samt underrättelse till Socialstyrelsen. Såvitt gäller avskiljandet den 10 maj framgår inte alls på vilket sätt de andra patienternas vård allvarligt försvårats. Att patienten är allmänt uppvarvad och möjligen irriterande för såväl personal som medpatienter torde därvid inte vara tillräckligt.

JO har i ett flertal ärenden påtalat vikten av att man i dokumentationen använder sig av korrekta begrepp, dvs. i förevarande sammanhang "avskiljande" så att ingen tveksamhet uppstår huruvida det är fråga om en reell tvångsåtgärd eller endast en informell uppmaning att patienten skall gå in på sitt rum. JO har t.ex. anmärkt på att begreppet "rumshållning", utan att några ytterligare anteckningar om vad som därmed avses, inte ger tillfredsställande information om huruvida det varit fråga om en tvångsåtgärd eller inte.[159]

Oaktat att man kan ställa sig kritisk mot hur avskiljandebestämmelsen tillämpats i ovan refererade fall kan i vart fall sägas, att det i journalen framgår att patienten har varit avskild från övriga patienter. Det förekommer emellertid i en rad andra fall att man endast genom journalanteckningarnas kontext kan förstå, eller åtminstone misstänka, att patienten varit avskild.

> (3 B) Av sjuksköterskas omvårdnadsanteckning 060902 kl. 13.40 framgår att patienten "växlar snabbt mellan att vara väldigt trött och orkeslös till att med krafttag *försöka ta sig ut på avdelningen*. Måttat sparkar och nyptag mot personal. Slår ut i bröstet när jag försöker få honom att sätta sig på sängen då han ser ut som han skall trilla omkull. Känns således mycket oberäknelig. Bakjouren informerad, skall komma upp för bedömning under eftermiddagen." (kurs. här).

Är det i det anförda exemplet fråga om ett formellt avskiljande enligt 20 § LPT? Det förefaller i vart fall som om patienten hindrats från att lämna sitt rum och då är det också en avskiljning i lagens mening. I så fall krävs en behörig beslutsfattare och det finns en tidsgräns. Pågår avskiljandet mer än 8 timmar krävs dessutom ett nytt beslut. Av noteringen framgår inte hur länge åtgärden pågått och heller ingenting om att Socialstyrelsen underrättats.

159 JO dnr 4488-2004, 2044-2007 och 4213-2007.

© Författaren och Studentlitteratur

(3 B) 060903 noterar sjuksköterska kl. 9.58, "Vid 07.30 tiden alltmer orolig, *försökte komma ut ur rummet*, skrek och försökte slå personal. Fick injektion Stesolid 20 mg Injektion Phenergan 100 mg, personal tillkallades, injektionsgivning gick utan problem" (kurs. här).

Det förefaller som patienten fortsatt vistats i avskildhet. Ingenting sägs om beslutsfattare, nytt beslut eller om det ansetts föreligga synnerliga skäl då avskildheten får avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. Inte heller kan någonting om underrättelse till Socialstyrelsen utläsas. Man kan inte heller sluta sig till huruvida patienten stod under ständig uppsikt av personal och i så fall vem/vilka. Av läkaranteckning samma dag framgår dock att patienten hotat personal "inne på sitt rum där han har x-vak". Tydligen fanns personal hos patienten hela tiden. Av följande journalanteckningar kan utläsas att patienten fortsatt har varit omöjlig att hålla på rummet, inte har kunnat hållas på rummet eller försökt tränga sig ur från rummet, utan att det till synes finns något formellt beslut om avskiljande. Enligt min mening visar hanteringen att avskildhet i formell mening förekommer och att 20 § LPT inte tillämpats på ett korrekt sätt. I fallet har avskiljande tydligen pågått under ganska lång tid. Tiden är inte noterad i journalen och man kan endast genom journalanteckningarnas sammanhang förstå att patienten inte tillåtits vara bland de andra patienterna. En annan sak är att patienten mycket väl kan ha haft ett sådant aggressivt eller störande beteende som avses i bestämmelsen. Den enskildes rättssäkerhets träds dock allvarligt för när om bestämmelserna, som tillkommit för att garantera rättssäkerheten, negligeras.

16.9.3 PERSONKRETS

Enligt ordalydelsen i 20 § första stycket LPT får avskiljande ske av *en patient*. Som framskymtat ovan avser det en patient för vilken *intagningsbeslut* är fattat i enlighet med 6 b § LPT och som vårdas i *sluten* psykiatrisk tvångsvård. Skulle ett avskiljande av en patient som vistas på vårdinrättningen i väntan på ett eventuellt beslut om intagning vara nödvändigt tillämpas i stället 6 a §. Åtgärden kan i princip inte vidtas i förhållande till en patient som vårdas enligt HSL. Skulle det vara nödvändigt får BrB:s nödregler tillämpas.

16.9.4 BESLUTSBEFOGENHET

Ett beslut om avskiljande har av lagstiftaren ansetts böra föras upp på lednings- eller specialistläkarnivå.[160] Av 20 § tredje stycket LPT framgår

160 Prop. 1990/91:58 s. 143.

© Författaren och Studentlitteratur

sålunda att det är *chefsöverläkaren* som beslutar om avskiljande.[161] I det akuta skedet måste självfallet t.ex. en vårdare under åberopande av nöd kunna i säkerhetssyfte isolera en aggressiv eller våldsam intagen. Därefter skall självfallet behörig person snarast fatta ett formellt beslut om avskiljande.[162] De villkor under vilka avskiljandet får ske enligt 20 § LPT skall därvid följas. Åtgärden skall också dokumenteras i enlighet med bestämmelsen i 2 § p. 9 FPT.[163] Av 39 § LPT följer att beslutsbefogenheten kan delegeras. Därvid får man skilja mellan två olika situationer.

Som kommer att framgå i följande avsnitt gäller ett avskiljande, i enlighet med 20 § första stycket andra meningen LPT, högst åtta timmar. Enligt samma bestämmelse, tredje meningen, får tiden för avskiljande, genom ett nytt beslut, förlängas med högst åtta timmar. Dessa beslut kan, i enlighet med 39 § första stycket LPT, delegeras till såväl *specialistkompetent* läkare som *annan* läkare vid sjukvårdsinrättningen. I det senare fallet dock endast om det finns *särskilda skäl*.[164]

Om det däremot är fråga om beslut om avskiljande enligt 20 § andra stycket, dvs. då det vid *synnerliga skäl* fattas beslut om avskiljande en bestämd tid över åtta timmar, får beslutsbefogenheten *endast* delegeras till specialistkompetent läkare (39 § p. 6). Anledning härtill är att vissa uppgifter, av lagstiftaren, ansetts vara av så ömtålig natur att de inte skall vara möjliga att delegera till en annan läkare.[165]

16.9.5 TIDSGRÄNS

Avskiljande är en särskild tvångsåtgärd som, liksom övriga tvångsåtgärder, tarvar ett särskilt övervägande och ett särskilt beslut i det enskilda fallet. Eftersom det är en starkt integritetskränkande åtgärd bör den, enligt förarbetena, avslutas så fort som möjligt. Därför bör också *fortlöpande* prövas om ett beslut om avskiljande kan hävas.[166] Den längsta tiden för avskiljande framgår av huvudregeln i 20 § första stycket andra meningen, högst åtta timmar.

Bestämmelsen talar alltså om ett beslut om avskiljande och att detta gäller högst åtta timmar. Tiden får emellertid förlängas med högst åtta timmar (20 § första stycket tredje meningen LPT). För detta krävs emellertid ett *nytt beslut* vilket också skall dokumenteras i journalen. Ett för-

161 Jfr 1 § fjärde stycket LPT.
162 Jfr JO 2003/04:JO1 s. 306.
163 Jfr JO dnr 278-2001. Se avsnitt 16.9.7.
164 Se även 40 § LPT och 4 kap. 2 § SOSFS 2008:18.
165 Prop. 1990/91:58 s. 281.
166 Prop. 1990/91:58 s. 261.

© Författaren och Studentlitteratur

längningsbeslut får dock, enligt lagens motiv, fattas flera gånger.[167] Lagen ger inte uttryck för vilka omständigheter som skulle kunna medföra ett förlängningsbeslut, inte heller dess motiv. Klart är dock att de grundläggande förutsättningarna skall vara uppfyllda, dvs. att patienten genom ett aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården för de andra patienterna.

I 20 § andra stycket har införts en *särregel* enligt vilken ett beslut om avskiljande enligt första stycket får avse en bestämd tid som överstiger åtta timmar. För att så skall få ske krävs dels att sådana omständigheter som avses i första stycket föreligger, dvs. aggressivt eller störande beteende som allvarligt försvårar vården av de andra patienterna, och dels att det föreligger *synnerliga skäl*. Sådana skäl kan, enligt socialberedningen, vara att en patient gjort allvarliga och upprepade försök att skada sina medpatienter och personalen inte har kunnat finna något annat sätt att klara situationen än att avskilja patienten.[168] Särregeln tar sålunda sikte på vissa extrema fall då patientens situation är så svår att ett avskiljande måste ske för en längre tid än några dagar. Detta, sägs i motiven, torde behövas endast i särpräglade undantagsfall.[169]

16.9.6 UNDERRÄTTELSE TILL SOCIALSTYRELSEN

Enligt 20 § tredje stycket LPT skall, om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd, Socialstyrelsen *utan dröjsmål* underrättas om detta. Bakgrunden härtill är att Socialstyrelsen i egenskap av tillsynsmyndighet vid behov kan vidta lämpliga åtgärder. I motiven sägs också, att om en patient hålls avskild under lång tid är det lämpligt att Socialstyrelsen fortlöpande hålls underrättad om detta.[170]

En fråga som inställer sig är huruvida underrättelse skall ske endast vid beslut enligt särregeln i 20 § andra stycket, dvs. vid ett beslut avseende en bestämd tid som överstiger åtta timmar eller om underrättelse skall göras även vid förlängningsbeslut som medför att åtta timmar överskrids.

Underrättelseskyldigheten torde inträda så fort patienten hålls avskild mer än åtta timmar i följd, antingen det sker genom ett förlängningsbeslut enligt 20 § första stycket eller genom ett beslut enligt särregeln i

167 Prop. 1990/91:58 s. 261.

168 SOU 1984:64 s. 249.

169 Prop. 1990/91:58 s. 261. Socialberedningen (SOU 1984:64 s. 249) avsåg t.ex. fall då en patient gjort allvarliga och upprepade försök att allvarligt skada sina medpatienter och personalen inte har kunnat finna något annat sätt att klara situationen än att avskilja honom.

170 Prop. 1990/91:58 s. 261.

© Författaren och Studentlitteratur

20 § andra stycket. Detta utifrån lagens ordalydelse och konstruktion, där underrättelseplikten regleras i tredje stycket utan någon särskild koppling till särbestämmelsen.[171]

Hur långt *avbrott* som krävs för att det skall anses som ett nytt beslut regleras inte och klargörs inte heller i motiven. I likhet med vad som får anses gälla vid fastspänning menar jag, att man får se till i vilket syfte avskiljande upphört. Om man sålunda gjort bedömningen att förutsättningar för avskiljande inte längre föreligger och det en kort tid därefter visar sig att patienten på nytt allvarligt försvårar vården för de andra patienterna, torde det vara fråga om ett nytt avskiljande.[172] Det får inte förekomma att avskildheten upphör enbart i syfte att få varje isolering att vara kortare tid än åtta timmar och därigenom kringgå reglerna om nytt beslut vid förlängning och underrättelseskyldighet.

Liksom vad som anförts beträffande fastspänning torde även underrättelseskyldigheten till Socialstyrelsen enligt denna bestämmelse syfta till att informera ansvarig tillsynsmyndighet om den tvångsanvändning som förekommer inom vården. Även denna föreskrift torde därför, i likhet med vad som anförts i RÅ 1998 ref. 14 om motsvarande skyldighet vid bältesläggning, kunna sägas vara av direkt betydelse för säkerheten i vården och det rör i hög grad en fråga där patientsäkerhetsintresset gör sig gällande. En underlåtelse att fullgöra denna skyldighet borde därför också vara en fråga som skulle kunna prövas i mål om disciplinpåföljd i enlighet med 5 kap. 3 § LYHS.

Enligt SOSFS 2008:18, 4 kap. 7 §, ankommer det på chefsöverläkaren att underrätta Socialstyrelsen. Att underrättelse skett skall noteras i patientens journal (FPT 2 § p. 9).

16.9.7 DOKUMENTATION

Ett beslut om avskiljande är en tvångsåtgärd som, jämte *skälen*, skall dokumenteras i patientens journal (FPT 2 § p. 9). Beslutas om förlängning måste också detta beslut, och motiven härför, dokumenteras. Dessutom skall, enligt samma bestämmelse, noteras att underrättelse till Socialstyrelsen gjorts om patienten hållits avskild mer än åtta timmar i följd.

171 Lagens motiv synes vara motsägelsefulla i denna fråga. I departementschefens allmänna överväganden (prop. 1990/91:58 s. 143) kan man få intrycket att underrättelseplikten är knuten till beslut enligt särregeln. Specialmotiveringen (s. 261) talar emellertid endast om att om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd skall Socialstyrelsen underrättas, vilket enligt min mening torde gälla oavsett enligt vilken bestämmelse beslutet är fattat.

172 JO dnr 2172-2006.

© Författaren och Studentlitteratur

JO har påtalat att av skyldigheten i 2 § p. 9 FPT får även anses följa att det skall antecknas *hur länge* åtgärden har varat. JO menar också att det är lämpligt att det, på samma sätt som när det gäller bältesläggningar, av patientjournalen framgår vem eller vilka som har svarat för den fortlöpande uppsikten av patienten.[173]

Beträffande sökord i maskinella patientjournaler måste framhållas vikten av att de ord som används ger en korrekt och fullständig hänvisning till relevanta lagrum samt korresponderar med de av lagstiftaren valda begreppen. I annat fall kan uppstå missförstånd och tveksamhet om innebörden av vidtagna åtgärder. JO har anfört att det finns starka skäl för att använda lagstiftarens begrepp *avskiljande* för att inte någon tveksamhet skall uppstå om det är fråga om en tvångsåtgärd enligt 20 § LPT eller endast en informell uppmaning att "gå in på rummet".[174]

16.9.8 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Avskiljning har förekommit i ca 13 % av studerat journalmaterial. Det är emellertid endast i två fall (ca 3 %) som det i journalerna formellt noterats ett avskiljningsbeslut. Dock kan man i andra fall inse att avskiljning ägt rum då det i journalanteckningarna talas om rumshållning eller isolering. Det finns emellertid också en rad ärenden där man endast av kontexten i journalerna kan förstå, eller ana, att det varit fråga om ett avskiljande, vilket är synnerligen remarkabelt.

Journalanteckningarna är vidare av sådan beskaffenhet att det i vissa fall är tveksamt om de omständigheter som föranlett avskiljandet skall anses vara av sådan karaktär att förutsättningarna för avskiljande föreligger och att allvarlighetskriteriet är uppfyllt. Enligt FPT skall skälen för avskiljandet noteras i journalen, och det är i det sammanhanget noga att faktiskt förklara den situation som förevarit och på vilket sätt vården för de andra patienterna allvarligt försvåras. I vissa fall får man snarare intryck av att det är skäl hänförliga till patienten själv som utgjort grunden för avskiljandet, och det är möjligt att det bör övervägas om lagen även bör medge ett sådant förfarande. Som konstruktionen är enligt gällande lag, är det dock *medpatienterna* som skyddas genom avskiljningsbestämmelsen – inte den enskilde själv.

I flertalet fall där avskiljning förekommit används inte begreppet "avskiljande" eller, vilket möjligen kan vara acceptabelt, "isolering". I stället talas om "rumshållning", eller att patienten "hålls på sitt rum". De fall som

173 JO dnr 4213-2007 och 2044-2007.
174 Dnr 4488-2004.

© Författaren och Studentlitteratur

studerats ger därvid intryck av att det faktiskt varit fråga om avskiljande. Av rättssäkerhetsskäl måste det tydligt framgå om det är fråga om en formell avskiljning eller inte, eftersom regelsystemet kring detta dessutom innehåller tidsbegränsningar och andra skyldigheter som måste iakttas av hälso- och sjukvårdspersonalen. I dessa fall har emellertid inte tiden för "rumshållningen" noterats, vilket är allvarligt. I något fall framgår inte heller vem som formellt fattat beslutet om avskiljandet, vilket det bör göra eftersom beslutet är förbehållet chefsöverläkaren eller behörig delegat.

Sammantaget visar journalgenomgången att hanteringen av avskiljningsbestämmelsen, med tillhörande förordning om dokumentation, inte tillämpats på ett korrekt sätt, vilket självfallet är en fara från rättsäkerhetssynpunkt.

Avslutningsvis bör de lege ferende övervägas om beslut om avskiljande skall vara överklagbart så som gäller beträffande motsvarande åtgärd med stöd av LVU och LVM.[175]

16.10 Inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster (20 a §)

16.10.1 BAKGRUND

Före LPT:s ikraftträdande ansågs den i 13 § LSPV allmänt hållna bestämmelsen, att patienten fick underkastas det tvång som var nödvändigt med hänsyn till ändamålet med vården eller för att skydda honom själv eller omgivningen, göra det möjligt för sjukvårdsinrättningen att avlyssna en patient som telefonerade liksom att vägra patienten att telefonera.

I Socialberedningens översyn av den psykiatriska tvångslagstiftningen menade emellertid beredningen att en patient i princip borde ha rätt till muntlig kommunikation utan särskilda restriktioner. Undantag borde endast få göras om behandlingshänsyn krävde det.[176] Förslaget mötte emellertid vissa invändningar. JO menade t.ex. att förslaget var inhumant både mot patienten själv och mot adressaterna. Det skulle vara ett alltför högt pris för patienten att betala för sin integritet, om hotfulla eller grovt pornografiska brev skulle tillåtas nå mottagare som oftast är människor i patientens närhet och till vilka patienten skall återvända när vården är avslutad, eller om en patient, som till följd av sin sjukdom helt saknar förmåga att bedöma sin ekonomiska ställning, beställer varor av olika slag i en sådan omfattning att han eller hon riskerar få sin ekonomi helt förstörd eller tvingas in i olika processer för att häva köpen. Rehabiliteringsaspekt-

175 Se avsnitt 16.9.1.
176 SOU 1984:64 s. 253.

© Författaren och Studentlitteratur

erna borde i sådana situationer, enligt JO, få väga över patientens integritetsskydd.[177]

I propositionen som föregick 1991 års LPT delade emellertid föredragande statsråd Socialberedningens uppfattning att en patient i princip borde har rätt till muntlig kommunikation utan särskilda restriktioner. Undantag borde göras endast om behandlingshänsyn krävde det, anfördes det. Sålunda infördes i dåvarande 18 § LPT[178]en möjlighet att av behandlingsskäl besluta om inskränkningar beträffande *besök* hos patienten,[179] t.ex. för att patienten var inne i ett känsligt behandlingsskede eller för att skadlig egendom kunde tänkas överlämnas till patienten.[180] Motsvarande skäl ansågs dock *inte* föreligga beträffande telefonering. Det sagda innebär sålunda att enligt 1991 års LPT hade patienterna rätt till muntlig kommunikation utan särskilda restriktioner. Någon särskild begränsning i utnyttjandet av telefon[181] kunde inte beslutas och telefonavlyssning var inte tillåten.[182]

Vid en senare översyn av LPT övervägdes särskilt, efter framställan från JO, om LPT och LRV borde ändras så att chefsöverläkaren skulle ges en lagreglerad befogenhet att inskränka patientens rätt att telefonera eller på annat sätt kommunicera via telenätet. Regeringen fann emellertid, att det inte fanns tillräckliga skäl att från behandlingssynpunkt kunna besluta om inskränkningar i denna rätt, eftersom patientens behandlingssituation lika väl kunde förbättras som försämras på grund av ett telefonförbud. Skälen för en sådan åtgärd kunde därför inte anses uppväga det intrång eller men som åtgärden innebär för den enskilda människan. Detta ansågs också gälla möjligheten att med persondatorer och andra tekniska hjälpmedel kommunicera via telenätet eller på annat sätt. Någon generell befogenhet att från behandlingssynpunkt kunna besluta om inskränkningar i rätten att telefonera borde sålunda inte införas.[183]I motiven anfördes emellertid vidare, att

> "[P]atienters möjlighet att telefonera eller att med andra tekniska hjälpmedel kommunicera över telenätet eller på annat sätt under tvångsvården, t.ex. med egen mobiltelefon, bestäms i övrigt av de interna regler som gäller vid vårdenheten av ordningsskäl" (kurs. här).

177 Prop. 1990/91:58 s. 144.

178 SFS 1991:1128.

179 Se om besöksinskränkningar enligt nu gällande lagstiftning, avsnitt 16.15.

180 Prop. 1990/91:58 s. 143.

181 Annorlunda förhåller det sig med LRV. Enligt 8 § denna lag kan, under vissa förutsättningar, beslutas om inskränkningar i rätten att ta emot eller skicka försändelser, ta emot besök eller att samtala i telefon med utomstående.

182 Prop. 1990/91:58 s. 148.

183 Prop. 1999/2000:44 s. 83.

© Författaren och Studentlitteratur

Sådana regler ansågs kunna vara nödvändiga för att vården skall uppfylla de krav på en god vård som anges i 2 a § HSL.[184]

Regelsystemet och dess tillämpning blev emellertid föremål för kritiska synpunkter. Socialstyrelsen fann vid en granskning att det, förutom skriftliga eller muntliga ordningsregler avseende patientens rätt att använda telefon eller på annat kommunicera över telenätet, även förekom *individuella restriktioner* i patienternas rätt att använda telefon, t.ex. därför att en patients telefonanvändning eller annat kommunicerande över telenätet kunde vara till direkt skada för patienten och kontraindicerande för det vårdresultat man ville uppnå. Socialstyrelsen konkluderade att det fanns en intressekonflikt mellan regelverket och patientvården samt att det från vårdens sida rådde oklarhet om möjligheten att på grund av *medicinska skäl* begränsa patientens rätt att använda telefon. Också JO kom, genom anmälningar och inspektioner, att uppmärksammas på att chefsöverläkare, utan stöd i lag, begränsade patienters rätt att använda telefon.[185]

Mot bakgrund av de problem som redovisats ovan har i 20 a § LPT, genom lagändring den 1 juli 2006,[186] sålunda införts bestämmelser om att chefsöverläkaren, under vissa förutsättningar, får inskränka patientens rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster. Lagstiftarens utgångspunkt är därvid, att det är viktigt att patienter som genomgår psykiatrisk tvångsvård kan hålla kontakt med närstående och andra personer utanför sjukvårdsinrättningen, för att minska den isolering som ofta är en följd av tvångsvården och för att underlätta patientens vård och rehabilitering och återgång till ett fungerande liv utanför sjukvårdsinrättningen. Vid sidan av permissioner och besök på sjukvårdsinrättningen upprätthålls denna kontakt framför allt genom telefonsamtal, brev och e-post.

De senaste årens tekniska utveckling med avancerad teknik i t.ex. mobiltelefoner och persondatorer gör att det numera finns många fler sofistikerade möjligheter till kommunikation med omvärlden än via brev och den mynt- eller korttelefon som brukar finnas tillgänglig för patienterna på en psykiatrisk vårdavdelning. Att upprätthålla mänskliga kontakter och att ha möjlighet att hålla sig à jour med utvecklingen på exempelvis dator- och mobiltelefonområdet främjar patientens återanpassning till samhället och minskar därigenom de eventuella negativa följder som ett frihetsberövande kan innebära.[187]

Lagstiftaren har utgått från att endast ett *fåtal* patienter som kommer

184 Prop. 1999/2000:44 s. 84.
185 Se t.ex. JO 1996/97:JO1 s. 305.
186 SFS 2006:663.
187 Prop. 2005/06:195 s. 22.

© Författaren och Studentlitteratur

att blir aktuella för denna typ av beslut.[188] Åtgärderna utgör intrång i den personliga integriteten och ingrepp i grundlagsskyddade rättigheter. Regeringen menar dock att patientens integritet och rättigheter av här avsett slag i vissa fall måste stå tillbaka när detta inverkar negativt på vården eller innebär att någon annan lider skada. En sådan reglering måste dock vara omgärdad med rättssäkerhetsgarantier för att minimera risken för missbruk och begränsningarna måste stå i proportion till deras syfte.[189]

16.10.2 ALLMÄNT

Enligt 20 a § första stycket LPT får chefsöverläkaren besluta att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster, om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada.[190] Lagstiftningen medger också att patienten hindras från att inneha utrustning som möjliggör elektronisk kommunikation. Enligt andra stycket i 20 a § LPT får den tekniska utrustning som möjliggör sådan kommunikation omhändertas.

Lagens ordalydelse ger vid handen att patienten som huvudregel har *rätt* att använda elektroniska kommunikationstjänster. Dock får denna rätt inskränkas under vissa förutsättningar. Bestämmelsens fakultativa utformning visar att det krävs ett särskilt övervägande *i varje enskilt fall* om bestämmelsen kan tillämpas. I motiven framhålls också, att beslut om inskränkning *aldrig* får fattas kollektivt för en grupp av patienter eller för en särskild avdelning, utan får enbart avse enskilda patienter. Det skall i varje enskilt fall göras en samlad bedömning av förutsättningarna för beslutet.[191]

Begreppet elektroniska kommunikationstjänster är inte definierat i LPT. Det är hämtat från lagen (2003:389) om elektronisk kommunikation i vilken begreppet "elektronisk kommunikationstjänst" definieras i 1 kap. 7 §. Med detta avses sålunda tjänster som vanligen tillhandahålls mot ersättning och som helt eller huvudsakligen utgörs av signaler i elektroniska kommunikationsnät.[192] Enligt motiven till LPT möjliggör tjänsten överföring av tal, fax och data och andra former av kommunikation mellan nätanslutningspunkter. Således omfattas t.ex. användning av tjänster för fast telefoni, mobiltelefoni, Internet och e-post. Lagstiftarens avsikt

188 Prop. 2005/06:195 s. 33. Lagstiftarens uppfattning, såvitt gäller antalet fall, innefattar även beslut om försändelseövervakning enligt 22 a § LPT.

189 Prop. 2005/06:195 s. 22.

190 Bestämmelsen är tillämplig också inom den rättspsykiatriska vården vilket regleras genom att 8 § LR hänvisar till 16–24 §§ LPT.

191 Prop. 2005/06:195 s. 25.

192 Prop. 2005/06:195 s. 23.

© Författaren och Studentlitteratur

med att använda denna definition är att alla tjänster för kommunikation och för att ta emot och sprida information skall omfattas.[193] Tanken är att definitionen skall vara oberoende av teknikutvecklingen på området och även omfatta eventuellt nya elektroniska kommunikationsmedel.[194]

16.10.3 SYFTE OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

Som framgått inledningsvis har den enskilde patienten som huvudregel rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster. Inskränkningar kan dock komma i fråga av *vård- och rehabiliteringsskäl* i förhållande till den enskilde patienten och av *säkerhetsskäl* i relation till någon annan. Det huvudsakliga *syftet* med ett beslut om inskränkning är alltså att motverka att vården eller rehabiliteringen av en patient försvåras genom att denne missbrukar sin frihet att kommunicera. I normalfallet handlar det om att bryta ett destruktivt beteende hos patienten som är en direkt eller indirekt följd av dennes sjukdomstillstånd.[195]

Ett ytterligare syfte är att motverka att någon annan lider skada. Härmed förstås främst det psykiska lidande som hot eller trakasserier kan åsamka framför allt närstående till patienten, men också andra personer.[196]

Enligt lagens motiv sammanfaller hänsyn till att någon annan kan lida skada med behandlingshänsyn. I praktiken, sägs det, torde det vara svårt att särskilja fall när en patients användning av elektronisk kommunikation skadar någon annan från de fall när användningen är till men för vården eller rehabiliteringen.[197] Åtgärderna har således främst karaktären av sådana tvångsåtgärder som chefsöverläkaren beslutar om inom ramen för behandlingen.[198] Självfallet får ett beslut att inskränka patientens rätt

193 Prop. 2005/06:195 s. 19.

194 Prop. 2005/06:195 s. 34.

195 Prop. 2005/06:195 s. 23. LR i Dalarnas län (mål nr 274-09) avslog en patients överklagande rörande bl.a. förbud att inneha mobiltelefon. Enligt domen framgick av utredningen att patienten "har använt mobiltelefon på ett sätt som har varit skadlig för hennes vård och rehabilitering". LR fann, med hänsyn till vad chefsöverläkaren och länsrättens sakkunnige anfört, att det framstod som nödvändigt att för en tid inskränka patientens rätt att använda mobiltelefon. Hur patienten använt sin mobiltelefon framgår emellertid inte. Av KamR:s i Sundsvalls mål nr 456-09, dit patienten fullföljt sin talan, framgår emellertid att patienten "har en klar tendens till utagerande då hon bl.a. har ringt polis vid flera tillfällen." KamR fann, med beaktande av de omständigheter som framkommit att chefsöverläkaren haft skäl för sitt beslut att inskränka patientens rätt att använda mobiltelefon.

196 Prop. 2005/06:195 s. 23.

197 Prop. 2005/06:195 s. 23 f.

198 Prop. 2005/06:195 s. 25.

© Författaren och Studentlitteratur

att använda elektroniska kommunikationstjänster aldrig användas som bestraffningsåtgärd.[199]

En första *förutsättning* för att åtgärden skall få vidtas är att den kan anses *nödvändig* med hänsyn till ovan nämnda syften. Detta innebär att det inte är tillräckligt med endast en misstanke om att patienten använder sig av sin rätt på ett olämpligt sätt. Det skall finnas *tydliga och konkreta omständigheter* som visar att patienten har missbrukat sin rätt till användning av kommunikation, eller att det finns *välgrundad anledning* att anta att ett sådant missbruk kommer att inträffa och att denna användning är till men för vården, rehabiliteringen eller är till skada för någon annan.[200]

Vid bedömningen om det finns förutsättningar för ett beslut om ifrågavarande begränsning anses det dock ligga i sakens natur att patientens tidigare beteende och aktuella sjukdomstillstånd skall beaktas. En typisk situation när det kan vara nödvändigt att fatta ett sådant beslut, sägs i motiven, är under perioder när patientens sjukdomstillstånd är särskilt allvarligt och denne t.ex. uppvisar ett maniskt beteende och det har framkommit omständigheter som visar att patienten missbrukar sin rätt till kommunikation.[201] Det bör i sammanhanget observeras, att bestämmelsen *inte* medger att chefsöverläkaren, eller annan personal, rätt att avlyssna telefonsamtal eller på annat sätt ta del av innehåll[202] i samband med att patienten använder elektronisk kommunikation.[203]

Ett beslut som innebär att en patient inte fritt kan kommunicera med omvärlden eller inhämta eller ge ut information utgör ett intrång i dennes personliga integritet och en inskränkning i grundläggande fri- och rättigheter. Det krävs därför att det görs en noggrann avvägning mellan å ena sidan behovet av åtgärden och å andra sidan hänsynen till patienten. Patienten får inte utsättas för onödig kränkning av sin integritet och värdighet.

Proportionalitetsprincipen, som framgår av 2 a § LPT, enligt vilken tvångsåtgärder får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden är tillämplig även på denna åtgärd. Är sålunda mindre ingripande åtgärder tillräckliga, skall de användas[204] om de är tillräckliga för att tillgodose syftet med åtgärden.[205] Proportionalitetsprincipen inne-

199 Prop. 2005/06:195 s. 25.
200 Prop. 2005/06:195 s. 24.
201 Prop. 2005/06:195 s. 24.
202 Se om möjligheten att övervaka försändelser, avsnitt 16.13.
203 Prop. 2005/06:195 s. 25.
204 Prop. 2005/06:195 s. 24.
205 Prop. 2005/06:195 s. 34.

© Författaren och Studentlitteratur

bär i förevarande sammanhang, att om det är möjligt bör inskränkningen avgränsas till att avse kommunikation med en *viss* person eller en *viss* grupp av personer. De negativa följderna av en inskränkning kan minskas på olika sätt. Exempelvis kan ett beslut om inskränkning avse en dator med Internetanslutning samtidigt som patienten får tillgång till en *annan* dator för andra ändamål än kommunikation, såsom utbildning, spel och hjälpmedel i behandlingen.[206]

Alltsedan mobiltelefonerna började bli var mans egendom har det funnits uppgifter om att dessa skulle kunna inverka störande på medicinsk utrustning i våra vårdinrättningar. I vissa fall har förbud mot att tala i mobiltelefon motiverats med att de, såväl som annan elektronisk utrustning som sänder ut radiovågor, kan ge upphov till störningar hos apparater med känslig elektronik om de kommer tillräckligt nära dessa. Socialstyrelsen menar dock, att nyare mobiltelefoner ofta sänder med lägre effekt, varför risken för störningar minskat på senare år. Ett säkerhetsavstånd på cirka tre meter mellan mobiltelefoner och medicintekniska apparater bör ändå tillämpas, anför man. Det innebär att mobiltelefoner måste stängas av helt i rum där det finns patientanslutna medicintekniska produkter, vilket normalt gäller alla typer av mobiltelefoner (NMT, GSM och 3G). Däremot finns det normalt sett *inget* skäl, med avseende på störningsrisk, för ett generellt förbud mot att använda mobiltelefon på psykiatriska kliniker.[207] Patienter och besökare uppmanas ofta genom uppsatta skyltar att stänga av sina mobiltelefoner då man kommer in på inrättningen. Sådana *allmänna anmaningar* inför tillträde till vårdinrättningen torde inte vara att anse som någon inskränkning i rätten till kommunikation. Både patient och besökare kan ju som regel ta sin telefon med sig utanför inrättningen, eller utanför det rum där det finns teknisk utrustning som kan störas, och ringa sina samtal.

Vad gäller sådana inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster som avses i 20 a § LPT har det av det undersökta journalmaterialet[208] endast vid ett par tillfällen framkommit att mobiltelefoner omhändertagits, ingenting alls om inskränkningar i rätten att använda datorer eller Internet. Detta kan bero på att möjligheten infördes i lag först den 1 juli 2006 och genomgångna journaler omfattar perioden 2006–07.[209] Att det inte förekommer fler fall kan emellertid också bero på

206 Prop. 2005/06:195 s. 24.

207 Socialstyrelsen. Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård. Tillämpning och konsekvenser av ny lagstiftning s. 44.

208 Se metod och urval avsnitt 1.3.

209 Vissa patientjournaler sträcker sig över längre tid.

© Författaren och Studentlitteratur

att det inte noterats i journalen att någon form av inskränkning förekommer.

I ett fall (9 C) framkom an passant i en journalanteckning där underläkare i juni 2006, således innan den nya bestämmelsen trätt i kraft, noterat i journalen att det framkommit att patienten

> "alltjämt har kvar kameramobil, trots att detta strider mot klinikens föreskrifter. Omvårdnadspersonal informeras om att telefonen måste avlägsnas från pat. Att pat istället ska erbjudas möjlighet att använda telefonen för telefonsamtal, att den därefter ska återlämnas till omvårdnadspersonal."

Vad klinikens åberopade föreskrifter innebär och innehåller framgår inte av erhållet material. Uppenbarligen synes dock innehav av i vart fall kombinationen mobiltelefon med kamerafunktion regleras i dessa. Huruvida patienterna nekats att inneha mobiltelefon generellt framgår inte, något som i så fall skulle strida mot såväl LPT:s tidigare som nuvarande lydelse. Av nämnda fall antyds att det är kameran i mobilen som är förbjuden. Att sådan egendom skulle kunna vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen torde, inte minst från integritets- och sekretessynpunkt, kunna motiveras. En kamera skulle alltså i sig kunna omhändertas, dock med stöd av 21 § p. 5 LPT om förutsättningarna för tillämpning av denna bestämmelse är uppfyllda. Det hela kompliceras emellertid då ett omhändertagande av en kameramobil samtidigt utgör en inskränkning i patientens rätt att använda elektronisk kommunikation. I förevarande fall synes man dock ha löst problemet tämligen smidigt då patienten explicit erbjuds möjlighet att använda telefonen för telefonsamtal.

I ett annat fall (3 A), som avser tiden *efter* bestämmelsens ikraftträdande, noterar läkare den 27 december 2006, att

> "Pat har under eftermiddagen ringt ett flertal samtal på sin mobil /.../ Det hela är ganska kaotiskt runt henne. Vi kommer överens om att det just nu är bäst för henne att vi handhar mobiltelefonen och att hon får hjälp och stöd att ringa de samtal som är absolut nödvändiga."(kurs. här).

Av journalanteckningarna framgår att patienten inte klarat av vissa av de samtal hon ringt, utan att sjuksköterska fått hjälpa henne att avsluta samtalen. Det går emellertid av journalen inte att utläsa att patienten fått något formellt beslut med överklagandehänvisning. Det förefaller snarare som man från vårdinrättningen dragit den slutsatsen att "överenskommelsen" skulle medföra att denna formella skyldighet skulle bortfalla. Detta mot bakgrund av att läkare senare, den 2 januari 2007, noterar:

© Författaren och Studentlitteratur

> Överenskommelsen om begränsad användning av telefon i personals närvaro kvarstår." I epikrisen framgår vidare, att "I överenskommelse med patienten så tar personalen hand om mobiltelefonen under vårdtiden och hon får själv hjälp att endast ringa de nödvändigaste samtalen. Denna överenskommelse upprepas under hela vårdtiden och patienten är nöjd med arrangemanget" [kurs. här].

I förevarande fall är syftet ett annat än i ovanstående exempel 9 C. Här är fråga om en direkt inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster utom vad gäller de nödvändigaste samtalen. En första fråga som inställer sig är därvid om inskränkningen är nödvändig av legala skäl, dvs. om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada. Detta framgår inte av journalen, vilket det skall göra in enlighet med 2 § p. 10 FPT, ett fundamentalt rättssäkerhetskrav för den enskilde.

En annan fråga är om en "överenskommelse" kan ersätta de formella förutsättningarna för att vidta särskilda tvångsåtgärder. Kan med andra ord ett samtycke ersätta bristen på legala förutsättningar för tvångsåtgärder? Därvid kan urskiljas åtminstone två situationer; 1) att inskränkningar företas på initiativ från det allmänna – vårdinrättningen – men med patientens medgivande respektive och 2) att patienten själv begär inskränkningen därför att han eller hon känner att hanteringen av telefonen eller annan utrustning av en eller annan anledning inte fungerar.

Såvitt gäller det *första* exemplet, att inskränkningar görs på initiativ från vårdinrättningen, måste anses gälla att sådana åtgärder endast får vidtas om det finns lagliga förutsättningar härför. I enlighet med vad som anförts ovan[210] bör sålunda rättighetsinskränkande åtgärder inte vidtas på grundval av den enskildes samtycke. Särskilt viktigt är detta i fall då fråga är om personer som vårdas inom psykiatrin eller inom missbrukarvården där ett pågående sjukdomstillstånd eller berusning kan sätta ner förmågan att fatta rationella beslut. Det kan inte anses ha någon betydelse att patienten uttrycker att hon eller han är nöjd med beslutet. Samtycke till tvångsåtgärder som de facto inskränker grundläggande fri- och rättigheter kan svårligen accepteras med hänsyn till att patienterna är frihetsberövade och dessutom kan ha nedsatt autonomi.

Vad gäller det *andra* exemplet, att patienten själv begär att t.ex. en mobiltelefon omhändertas, bör i huvudsak samma resonemang kunna användas som i fråga om frivillig bältesläggning.[211] De särskilda tvångsåtgärderna är sålunda till sin natur sådana åtgärder att de av rättssäker-

210 Avsnitt 16.3.

211 Se avsnitt 16.8.2.

© Författaren och Studentlitteratur

hetsskäl inte skall tillämpas inom psykiatrin annat än när det finns direkt lagstöd för det. En annan sak är om patienten ber att vårdpersonalen förvarar mobiltelefon och/eller dator inlåsta i likhet med vad som kan gälla beträffande andra värdesaker såsom pengar och smycken. Här måste det dock uttryckligen handla om en *begäran* från patienten och denne får inte nekas tillgång till sin egendom när så önskas utan att det finns förutsättningar för ett formellt beslut om inskränkning.

Som framgått ovan kunde man i förevarande fall (3A) av journalen inte utläsa om patienten formellt underrättats om beslutet och meddelats hur detta kan överklagas. Beslut enligt 20 a § LPT är överklagbara (32 § LPT). Den enskilde skall sålunda i enlighet med FL *underrättas* om beslutet och om hur det kan överklagas. Även om patienten i ett visst läge samtyckt till viss åtgärd är det inte alltför långsökt att tänka sig att patienten i ett förändrat sinnestillstånd önskar få beslutet överprövat. Denna rätt förtas från patienten om de formella skyldigheterna inte följs. Beslutet i nyss nämnda exempel är sålunda inte fattat i enlighet med vad lagstiftningen föreskriver, vilket är anmärkningsvärt.

Möjligen kan man tänka sig att det, mer eller mindre medvetet, gjorts någon form av bedömning rörande beslutets proportionalitet eftersom patienten tillåts ringa de "nödvändigaste" samtalen. Frågan är dock vem som avgör vilka samtal som därvid avses. Det kan vara ytterst nödvändigt för en tvångsvårdad patient att kunna kontakta utomstående, en stödperson eller sitt offentliga biträde även om vårdinrättningen skulle vara av en annan åsikt. Därtill måste den reflektionen göras, att varken 20 a § LPT eller någon annan bestämmelse som kan vara tillämplig inom hälso- och sjukvården, medger att samtal avlyssnas. Även detta faktum tycks ha trätts för när då den begränsade användningen av telefonen endast får ske i personals närvaro.

Avslutningsvis kan anmärkas, att tidsfristen för beslut om inskränkningar enligt 20 a §, som är högst två månader i taget, tarvar ett nytt överklagbart beslut vid varje förlängning, vilket inte heller synes ha gjorts (vården pågick åtminstone fram till april 2007). Förfarandet är sålunda sammantaget i högsta grad tvivelaktigt från rättssäkerhetssynpunkt.

16.10.4 SÄRSKILT OM KOMMUNIKATION MED SVENSK MYNDIGHET, ADVOKAT M.FL.

Av 22 a § andra stycket LPT framgår, såvitt gäller *försändelseövervakning*, att försändelser till svensk myndighet, advokat, patientens offentliga biträde eller ett internationellt organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål från enskilda skall vidarebefordras utan före-

© Författaren och Studentlitteratur

gående granskning. Motsvarande reglering finns *inte* i lagen såvitt gäller inskränkningar enligt 20 a § och motiven är i viss mån motsägelsefulla. Sålunda talas i förevarande sammanhang om de i propositionen "föreslagna åtgärderna" och att det är av stor vikt att patienten "trots beslut om inskränkning eller övervakning" har möjlighet att kontakta bl.a. advokat, samtidigt som det uttrycks att en patient alltid skall ha rätt att "fritt meddela sig skriftligen" med sådana instanser (samtliga kursiveringar gjorda här).[212] Det är fundamentalt att ett beslut att inskränka rätten att använda elektroniska kommunikationsmedel inte får hindra patienten att kommunicera med advokat och andra myndigheter, vilket för tydlighets skull och för den enskildes rättssäkerhet borde framgå av lagens text. Kan patienten inte tillåtas använda elektroniska kommunikationstjänster måste vårdinrättningen på annat sätt, t.ex. med avdelningens patienttelefon, se till att den enskilde kan komma i kontakt med bl.a. sitt offentliga biträde.

16.10.5 PERSONKRETS

Av 20 a § LPT framgår att inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster får göras beträffande *en patient*. Bestämmelsens placering i lagen under rubriken "Sluten psykiatrisk tvångsvård" ger vid handen att åtgärden endast kan komma i fråga för en patient där *intagningsbeslut* är fattat enligt 6 b § LPT under tiden för *sluten* psykiatrisk tvångsvård.[213] Inskränkningar får inte förekomma för patienter som vårdas i öppen psykiatrisk tvångsvård eller som endast formellt kvarhålls i väntan på intagningsbeslut. Visserligen får en patient som kvarhålls enligt 6 § LPT kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas enligt den bestämmelsen. Det gäller dock endast för att kontrollera att patienten inte bär på sig egendom som avses i 21 § LPT, sålunda *inte* sådan utrustning som kan användas för elektroniska kommunikationstjänster och som regleras i 20 a §.[214] Inskränkningar får heller inte äga rum beträffande patienter som vårdas med stöd av HSL och självklart får besökande inte utsättas för inskränkningar av dylikt slag. Allmänna ordningsregler om att mobiltelefoner bör stängas av i närheten av annan elektronisk utrustning eller att telefontider för gemensam patienttelefon bör respekteras, kan dock inte ses som inskränkningar i rätten till elektronisk kommunikation.

20 a § första stycket LPT ger chefsöverläkaren möjlighet att inskränka

212 Prop. 2005/06:195 s. 27.

213 Beträffande patienter som vårdas enligt LRV, se 8 § denna lag.

214 En annan sak är det att kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning får göras, enligt 23 § LPT, för att eftersöka utrustning som avses i 20 a §. Det gäller emellertid endast om det redan finns ett chefsöverläkarbeslut på att inskränkningar beträffande den enskilde patienten får göras.

© Författaren och Studentlitteratur

en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster. Ordalydelsen ger därvid vid handen, att ett dylikt beslut enbart kan komma i fråga om, beträffande en enskild patient, förutsättningarna för åtgärden är uppfyllda. Ett beslut om inskränkning får *aldrig* fattas kollektivt för en grupp patienter eller för en särskild avdelning utan det får enbart avse enskilda patienter. Det skall i varje enskilt fall göras en samlad bedömning av förutsättningarna för beslutet.

Socialstyrelsen har i en undersökning av tillämpningen av 20 a § LPT konstaterat, att det även förekommer *generella restriktioner* i denna rätt. Sådana restriktioner förekommer för flera olika patientgrupper, även patienter som vårdas med stöd av HSL, och vissa av dessa förefaller, enligt Socialstyrelsen, alltför generella och till och med oförenliga med lagstiftarens avsikter.[215]

Ett i media omskrivet fall härrör från en rättspsykiatrisk regionklinik som infört ett *generellt förbud* för patienter att ha mobiltelefon då det visat sig att vissa patienter trakasserat brottsoffer eller spridit barnpornografiska bilder via Internet och mobiltelefoner.[216] Socialstyrelsen fick efter anmälan kännedom om att klinikens ledningsgrupp fattat beslut om att patienter vid vissa vårdenheter inte skulle inneha elektronisk kommunikationsutrustning. Patienter hade enligt yttrande till Socialstyrelsen bl.a. förnedrats via MMS, patienter med pedofil problematik hade exponerat bilder på barn och det hade förekommit hot riktat mot allmänheten. Enligt yttrandet hade arbetsmiljön inom kliniken varit uppenbart undermålig och verksamhetschefen påtalade ett flertal faktorer i arbetsmiljön som stred mot arbetsmiljölagen. Av ordningsreglerna framgick att det med hänsyn till säkerhet och trivsel var förbjudet för patienter och besökare att ha mobiltelefoner eller annan kommunikationsteknisk utrustning i vissa byggnader. Skälen till dessa regler var bl.a. att

- utveckla och bibehålla trivsam miljö,
- värna om patienternas integritet, utveckla, bibehålla en trygg vårdmiljö,
- skydda patients vårdprocess från störning eller avbrott,
- efterleva åklagarens krav på häktesrestriktioner (avseende kommunikation) likaledes efterleva kriminalvårdens säkerhetsbestämmelser (avseende kommunikation),
- efterleva tvångsåtgärd om telefonförbud, 8 § LRV.

215 Socialstyrelsen. Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård s. 34.

216 Nyheter – ltz.se den 11 februari 2009.

© Författaren och Studentlitteratur

Socialstyrelsen anmodade i beslut kliniken att revidera de aktuella ordningsreglerna och därmed upphäva det generella mobilförbudet samt förbudet som berörde annan elektronisk kommunikationsutrustning så att det var i överensstämmelse med gällande lagstiftning.[217] Tillsynsmyndigheten krävde sedermera vid vite om 200 000 kronor att kliniken skulle dra tillbaka det generella förbudet.[218] Landstinget vägrade emellertid att betala vitet och begärde inhibition vilket dock nekades av såväl länsrätten som kammarrätten.[219] Landstinget överklagade i stället Socialstyrelsens beslut och yrkade att beslutet om föreläggande skulle upphävas. Länsrätten i Skåne län (Mål nr 2091-09) gjorde därvid sammanfattningsvis bedömningen att det generella förbudet stred mot 2 kap. 12 § RF liksom mot artiklarna 8, 10 och 13 i EKMR. Länsrätten anförde bl.a. att

> [l]änsrätten ifrågasätter inte att patienternas innehav av bland annat mobiltelefoner kan innebära svårigheter för och medföra störningar i verksamheten och att det kan utgöra ett arbetsmiljöproblem. I ett rättssamhälle måste emellertid också personer som ges tvångsvård kunna utgå från att myndighetsutövning sker enligt gällande rätt. Genom det generella förbudet mot mobiltelefoner och annan elektronisk utrustning har Rättspsykiatriska regionkliniken valt att självsvåldigt åsidosätta grundläggande rättsstatliga principer och ignorera lagregler som är till för att skydda patienternas yttrande- och informationsfrihet och rättssäkerhet. Förbudet ger enligt länsrätten uttryck för en respektlöshet för enskildas rättigheter enligt lag och därmed även för integriteten hos var och en som träffas av förbudet.
>
> Enligt länsrätten innebär förbudet i ordningsreglerna en allvarlig försummelse av vårdtagarnas behov av trygghet i vården och kan inte rimligen anses förenligt med lagstiftningens krav på god vård. Förbudet strider också mot grundläggande rättssäkerhetskrav. Mot bakgrund av vad som sägs i förarbetena till bestämmelsen i 6 kap. 13 § LYHS, anser länsrätten att förbudet utgör ett missförhållande av betydelse för patientsäkerheten. Enligt rätten ryms föreläggandet väl inom ramen för Socialstyrelsens sanktionsmöjligheter. Eftersom Landstinget /.../ inte följde en tidigare anmaning att ändra ordningsreglerna, utan istället deklarerade sin avsikt att fortsätta tillämpa dem, har Socialstyrelsen enligt länsrätten haft goda skäl för sitt beslut. Överklagandet ska därför avslås.

I länsrättens bedömning rörande det generella förbudet kan man enbart instämma. Klinikens ovilja att häva det generella förbudet, vilket bl.a. medförde att patienterna förvägrades möjligheten att överklaga beslutet,

217 Dnr 3037/2008, 2849/2008, 2846/2008, 2853/2008 och 3036/2008.

218 Socialstyrelsens beslut dnr 3037/2008.

219 www.sr.se 2009-04-06.

© Författaren och Studentlitteratur

ledde även till att en rad patienter polisanmälde ansvariga i klinikledningen.[220] Fråga var sålunda om klinikledningens och ansvariga läkares straffrättsliga tjänstefelsansvar jämlikt 20 kap. 1 § BrB.

I åklagarbeslutet konstaterades att det i LPT saknades stöd för generella beslut att förbjuda mobiltelefoner. Utifrån detta, menade åklagaren, och att lagen också tolkats så av berörda myndigheter, kunde sägas att "det finns anledning att anta att personerna som fattat besluten som ligger bakom omhändertaganden av mobiltelefoner kan misstänkas för tjänstefel. Besluten saknar ju rättsligt stöd" i LPT. Åklagaren anförde vidare, att klinikledningen även hade att beakta arbetsmiljölagen i sitt arbete. Av denna lag, närmast 1 kap. 1 § och 3 kap. 2 §, framgår att arbetsledningen skall vidta alla åtgärder för att förhindra att personalen riskerar att bli skadad. En sådan åtgärd, sades det i beslutet, kan "möjligen" vara ett mobiltelefonförbud. "I vart fall kan klinikledningen göra den bedömningen."

Åklagaren tog även upp att lagstiftaren, med stöd av LPT, "gett berörda myndigheter rätt att under vissa förutsättningar hålla människor inspärrade med tvång". På samma sätt, anfördes vidare, har lagstiftaren med stöd av KvaL och HäktesL under vissa förutsättningar gett berörda myndigheter "rätt att hålla människor inspärrade med tvång". I de båda sistnämnda fallen har lagstiftaren dessutom gett berörda myndigheter rätt att förbjuda mobiltelefoner genom bestämmelserna i KVFS 2007:1 och 2008:6. Åklagaren motiverade sitt beslut så som följer:

> Lagen om psykiatrisk tvångsvård och arbetsmiljölagen har olika syften. Vid bedömningen om klinikledningen gjort sig skyldig till tjänstefel bör även lag om kriminalvård och häkteslagen beaktas. Det är i samtliga fall fråga om samhällets tvångsingripande mot enskilda. Tvångsingripanden som inte har sin grund i mobiltelefoninnehav. Klinikledningen har att hantera de båda förstnämnda lagarna med olika syften som står mot varandra. Den hanterar båda lagarna ytterst under tjänstefelsansvar. På något sätt måste denna konflikt lösas och ledningen har valt att lösa den genom att utfärda ifrågavarande ordningsregler 2008-03-12 och liknande regler vid tidigare tillfällen.
>
> Ytterligare en aspekt på mobiltelefonfrågan är skyddet av den personliga integriteten för intagna och personal på psykiatriska kliniken. Med fri tillgång till mobiltelefoner med kamerafunktion kan innehavaren av telefonen obehindrat lägga ut stillbilder och ljud- och filmsekvenser av patienter, personal och besökande på Internet i realtid. Det framstår som en betydligt större kränkning av de berördas personliga integritet att så kan ske än den kränkning det innebär för den intagne att få sin mobiltelefon omhändertagen under vårdtiden.

220 Åklagarmyndigheten i Växjö, ärende 206A-2843-05.

© Författaren och Studentlitteratur

> Mot bakgrund av ovanstående kan jag inte finna att någon person vid Regionpsykiatriska kliniken i Växjö har gjort sig skyldig till tjänstefel som inte är ringa (samtliga kursiveringar gjorda här).

Samtliga förundersökningar lades sålunda ned då "[g]ärningarna är att bedöma som ringa och därför ej brottsliga".

Åklagarens motivering tarvar vissa kommentarer. För det första framgår det inte av beslutet vilka patienter som omfattas av de generella ordningsreglerna; HSL, LPT och/eller LRV. Sannolikt handlar det om tvångsvårdade patienter eftersom beslutet härrör från en rättspsykiatrisk klinik. Det kan emellertid konstateras, att gäller det *frivilligt* intagna patienter får över huvud inga inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationsmedel förekomma. Såvitt gäller patienter som vårdas med stöd av LPT och LRV framgår inte heller av åklagarens beslut i vilken omfattning och på vilket sätt åklagaren "beaktat" vad som regleras i KvaL och HäktesL med därtill hörande föreskrifter. Dock kan konstateras, att beträffande patienter som vårdas med stöd av LPT, som är en ren vårdlag vars syfte är att få patienterna i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och ta emot det stöd som han eller hon behöver, måste man, enligt min mening redan av denna orsak, vara ytterst försiktig med att göra jämförelser med en lagstiftning inom påföljdssystemet med helt annat syfte. Även om vissa LPT-patienter kan tänkas ha ett kriminellt förflutet föranleds vården enligt LPT över huvud taget inte av denna orsak.

Vad gäller patienter som vårdas med stöd av LRV, som också är en vårdlag, gäller den, enligt 1 § andra stycket, 1) den som efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård, 2) den som är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning, 3) den som är intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt eller 4) den som är intagen i eller skall förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § BrB.

LRV avser alltså huvudsakligen personer som dömts för eller är misstänkta för brott och antingen är anhållna eller frihetsberövade efter ett domstolsbeslut.[221] I dylika fall skulle det sålunda kunna tänkas ligga nära till hands att göra vissa jämförelser med KvaL, som avser kriminalvård i anstalt efter en dom på fängelse och HäktesL som avser bl.a. personer som

221 En häktning behöver inte grundas på misstanke om brott, t.ex. ett vittne som häktas med stöd av 36 kap. 21 § RB. Såvitt gäller personer som är intagna på enhet för rättspsykiatrisk undersökning är de visserligen misstänkta för brott och frihetsberövandet har prövats av domstol, men frihetsberövandet kan inte sägas vara grundat på misstanken om brott. Se till det sistnämnda prop. 1990/91:58 s. 294 och s. 523.

© Författaren och Studentlitteratur

är häktade eller anhållna. Även här anbefalles emellertid i högsta grad en försiktighet eftersom det av 8 § första stycket LRV framgår, att vid sluten vård enligt lagen gäller i tillämpliga delar bestämmelserna i 18–24 §§ LPT.[222] Detta gäller som *huvudregel* såväl den som genomgår vården som en brottspåföljd (1 § p. 1) som övriga patientkategorier enligt lagen (1 § p. 2–4).

Av LRV:s motiv framgår också, att det inte bör göras någon skillnad mellan olika patientkategorier som genomgår psykiatrisk tvångsvård vid regleringen av behandlingen av patienten och liknande frågor om innehållet i vården, t.ex. när det gäller möjligheten att använda olika tvångsåtgärder mot en patient. De särskilda åtgärder från exempelvis säkerhetssynpunkt som under vårdtiden kan behöva vidtas beträffande en patient som genomgår vården som en brottspåföljd (1 § p. 1) motiverar i princip inte att någon i förhållande till övriga tvångsvårdspatienter avvikande reglering införs.[223] Beträffande denna patientkategori medges i LRV endast *ett undantag* vilket regleras i 8 § tredje stycket LRV, en regel som av lagstiftaren också betonades vara avsedd att tillämpas endast i undantagsfall.[224] Sålunda får *regeringen* i särskilda fall, om det behövs med hänsyn till rikets säkerhet eller till risken för att patienten under vistelsen på sjukvårdsinrättningen medverkar till terroristbrott, besluta om särskilda inskränkningar i rätten att ta emot eller skicka försändelser, ta emot besök eller samtala i telefon med utomstående. Bestämmelsen i 8 § tredje stycket LRV är tillämplig också beträffande den som är intagen i kriminalvårdsanstalt (1 § p. 3).

I 8 § andra stycket LRV finns ytterligare undantag från huvudregeln i första stycket. Det gäller den som är anhållen, häktad eller intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt (1 § p. 2–3). Beträffande dessa patienter[225] får *Kriminalvården* i särskilda fall, om det behövs från ordnings- eller säkerhetssynpunkt, besluta om särskilda inskränkningar i rätten att ta emot eller skicka försändelser, att ta emot besök eller att samtala i telefon med utomstående. Samma gäller beträffande den som är intagen i eller skall förpassas till ett särskilt ungdomshem (1 § p. 4) men då efter beslut

222 Regeln i 17 § andra stycket LPT, om att behandlingsåtgärderna skall anpassas till syften med tvångsvården, har inte ansetts kunna tillämpas fullt ut eftersom förutsättningarna för rättspsykiatrisk vård är något annorlunda än tvångsvårdsförutsättningarna enligt LPT. Avsikten är emellertid ändå att behandlingen vid rättspsykiatrisk vård skall gå ut på att motivera patienten och i övrigt se till att denne blir i stånd att medverka till frivillig behandling. Prop. 1990/91:58 s. 304.

223 Prop. 1990/91:58 s. 200.

224 Prop. 1990791:58 s. 305.

225 Observera att patient intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning (1 § p. 2) inte omfattas.

© Författaren och Studentlitteratur

av *Statens institutionsstyrelse*. Beträffande dessa patientkategorier bör, enligt uttalande i motiven, utgångspunkten vara att någon åtskillnad inte skall göras i förhållande till rättspsykiatrisk vård som kommer till stånd som en brottspåföljd.[226] De möjligheter att vidta tvångsåtgärder mot en patient som finns i den allmänna regleringen av psykiatrisk tvångsvård (18–24 §§ LPT) gäller sålunda även nu nämnda kategorier. Dessa befogenheter bör, enligt lagstiftarens uppfattning, i de allra flesta fall vara fullt tillräckliga vid psykiatrisk tvångsvård i förhållande till de i vissa avseenden mer vidsträckta befogenheterna enligt HäktesL eller KvaL.[227] Undantaget gäller särskilda inskränkningar i de i lagen angivna avseendena om det är påkallat från ordnings- eller säkerhetssynpunkt. Lagstiftaren har förutsatt att det endast i undantagsfall finns skäl att tillämpa den aktuella bestämmelsen. Men om t.ex. placeringen i kriminalvårdsanstalt av en intagen har förestavats av säkerhetsskäl kan det finnas anledning för Kriminalvården att i samband med att frågan om rättspsykiatrisk vård uppkommer överväga huruvida det behövs särskilda restriktioner av det aktuella slaget för den intagne under vården.[228] Beslut av Kriminalvården eller Statens institutionsstyrelse får överklagas enligt 19 § LRV.

Därutöver sägs i LRV:s förarbeten uttryckligen att regelsystemet i HäktesL och KvaL *inte* skall tillämpas beträffande patienter som genomgår psykiatrisk tvångsvård, utan att dessa i stället, i frågor som inte rör själva den medicinska vården, i princip skall behandlas med stöd av reglerna i 8 § första stycket LRV.[229] Ett undantag gäller dock s.k. *åklagarrestriktioner* enligt HäktesL. Dessa bör kunna tillämpas beträffande den som är häktad eller anhållen oavsett var denne vistas.[230]

Det sagda ger sålunda stöd för uppfattningen att ett "beaktande" av HäktesL och KvaL måste ske med yttersta försiktighet då de inte är tillämpliga i den psykiatriska tvångsvården bortsett från åklagarrestriktioner. Endast som möjligt hjälpmedel i en tolkningsfråga torde dessa lagar kunna vara av relevans.

För det andra hänvisade såväl klinikledningen[231] som åklagaren till

226 Prop. 1990/91:58 s. 217.

227 Prop. 1990/91:58 s. 218.

228 I motiven, prop. 1990/91:58 s. 304, påpekades i sammanhanget att möjligheten att besluta om restriktioner inte var avsedd att sträcka sig längre i dessa fall än vad som då gällde enligt 25–30 §§ KvaL.

229 Prop. 1990/91:58 s. 219. Se även JO dnr 278-2001.

230 De restriktioner beträffande patienter som har beslutats med stöd av 8 § andra och tredje stycket LRV, liksom åklagarrestriktioner beträffande häktade skall, på samma sätt som tvångsåtgärder med stöd av 8 § första stycket, verkställas av personalen vid sjukvårdsinrättningen. Se prop. 1990/91:58 s. 219 och 305.

231 www.sr.se 2009-02-23.

© Författaren och Studentlitteratur

arbetsmiljölagen (1977:1160) – AmL. Åklagaren menade att klinikledningen, ytterst under tjänstefelsansvar, hade att hantera såväl den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen som arbetsmiljölagen, lagar med olika syften som står mot varandra. På något sätt måste denna konflikt lösas, anfördes det, och ledningen har valt att lösa den genom att utfärda ifrågavarande ordningsregler. Åklagaren synes sålunda inte ha tagit ställning i denna eventuella lagkonflikt utan förefaller ha accepterat klinikledningens lösning i frågan.[232]

För egen del kan jag emellertid inte acceptera klinikens ståndpunkt. LPT och LRV ger samhället befogenhet att, under särskilda förutsättningar, inkräkta på grundlagsskyddade fri- och rättigheter. Tvångslagarnas utformning är sådan att dessa rättigheter inte skall inskränkas i andra fall än vad som är uttryckligen angivet. Regleringen får därvid anses uttömmande. Arbetsmiljöskäl kan inte till någon del påverka den bedömningen.[233] En tillämpning som sålunda går utöver vad som uttryckligen angivits i LPT och LRV står i strid mot lagstiftningen i sig men också med ändamålen bakom reglerna och torde därmed också vara grundlagsstridig. Av tvångslagstiftningens karaktär av kompletterande undantagsreglering som under vissa förutsättningar medger särskilda tvångsåtgärder följer också ett allmänt krav på restriktivitet när den tillämpas.[234]

Det kan över huvud taget inte ifrågasättas att arbetsmiljön för hälso- och sjukvårdspersonalen är av yttersta vikt. När det emellertid gäller frågan om vilka åtgärder som kan vidtas för att säkerställa arbetsmiljön kan dessa inte utan lagstöd tillåtas inkräkta på grundlagsskyddade fri- och rättigheter. Därtill kommer, att LPT och LRV, i förhållande till AmL, måste anses som lex specialis och därmed ha företräde i en konfliktsituation.[235]

232 I åklagarens beslut hänvisas främst till 1 kap. 1 § och 3 kap. 2 § AmL. I den förra bestämmelsen anges lagens ändamål: att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö. Enligt den senare, första stycket, skall arbetsgivaren vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. En utgångspunkt skall därvid vara att allt sådant som kan leda till ohälsa eller olycksfall skall ändras eller ersättas så att risken för ohälsa eller olycksfall undanröjs. Av andra stycket följer vidare att arbetsgivaren skall beakta den särskilda risk för ohälsa och olycksfall som kan följa av att arbetstagaren utför arbete ensam.

233 Jfr JO 1989/90 s. 253 ff.

234 Prop. 1990/91:58 s. 236.

235 Se om rättstillämpningsmaximer, Strömholm, Rätt, rättskällor och rättstillämpning. Norstedts Juridik. Smedjebacken 1996, s. 463 f. Se även Socialutskottet SoU 1981/82:2 s. 31 som bl.a. anför såvitt gäller förhållandet till HSL, att AmL gäller i alla situationer där yrkesmässig verksamhet förekommer. Utgångspunkten för AmL är att den skall vara allmängiltig och omfatta så gott som allt arbete. Något undantag för arbete, där skyldighet att utföra arbete gäller enligt annan lagstiftning

© Författaren och Studentlitteratur

Så som JO framhållit rörande AmL i förhållande till en annan tvångslag – LVM – reglerar AmL förhållandet mellan arbetsgivare och arbetstagare medan, som i förevarande fall, LPT reglerar samhällets ansvar för att den som bereds tvångsvård enligt lagen får den vård som han behöver. Redan av lagarnas konstruktion följer således att arbetsmiljöskäl *inte* kan påverka det behandlingsansvar som följer av vårdlagen. Omständigheter hänförliga till den enskilde patienten kan inte leda till andra åtgärder såvitt avser honom eller henne än dem som vårdlagen anger.[236]

För det tredje synes åklagaren ha grundat sitt beslut på att det generella förbudet av mobiltelefoner avsett sådana telefoner *med kamerafunktion*. Att en kamera skulle kunna vara till men för vården och ordningen vid sjukvårdsinrättningen torde vara klart. Sådan egendom skulle också, enligt vad ovan sagts, kunna omhändertas med stöd av 21 § LPT om förutsättningarna är uppfyllda och efter beslut i varje enskilt fall. En mobiltelefon, med eller utan kamerafunktion, kan emellertid inte omhändertas med stöd av denna bestämmelse, då det särskilt regleras i 20 a § hur sådan egendom skall hanteras. Det kan emellertid finnas sätt att hantera problemet med kameramobiler utan att därför inskränka enskildas rättigheter. Som framgår av ovan refererade fall (9 C) hade den kliniken löst frågan genom att låta patienten få tillgång till sin telefon och ringa så fort han eller hon så önskade. Det finns också kliniker som tillhandahåller telefoner utan kamerafunktion under slutenvårdstiden.[237]

Avslutningsvis kan sägas, att det är möjligt att åklagarens bedömning av att gärningarna skall bedömas som ringa inte kan sättas i fråga om man ser hela förundersökningsmaterialet. Utifrån vad som framgår av beslutet och mot bakgrund av att HäktesL och KvaL inte skall tillämpas inom den psykiatriska tvångsvården,[238] att tvångslagarna får anses som speciallagar i förhållande till AmL, och sålunda skall tillämpas före AmL i händelse av konflikt, och att klinikledningen till synes uppsåtligen brutit mot ett uttömmande regelsystem som förbjuder kollektiva beslut är jag för egen del inte övertygad.

---

finns inte, och utskottet ansåg inte heller att något sådant undantag skall göras. Det förutsattes att myndigheterna genom lämpligt samarbete skall sträva efter att sådana situationer inte uppkommer i det praktiska livet att konflikt uppkommer mellan arbetsmiljölagstiftningen och lagstiftning som kräver att visst arbete, t.ex. vård, skall utföras. Se även Sahlin, Hälso- och sjukvårdslagen. Norstedts Juridik, Stockholm 2006 s. 29 f.

236 JO 1989/90 s. 253 ff. JO fann även att den påstådda konflikten mellan AmL och LVM var skenbar. Se även JO 1989/90 s. 213 ff. angående SoL och AmL.

237 Socialstyrelsen, Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård s. 34.

238 Se avsnitt 5.2.

© Författaren och Studentlitteratur

16.10.6 BESLUTSBEFOGENHET

Det är *chefsöverläkaren* som skall fatta beslut om inskränkningar i rätten till elektronisk kommunikation, vilket framgår explicit av 20 a § LPT. Av 39 § p. 7 LPT framgår att beslutet *inte* får delegeras till annan än specialistkompetent läkare.[239]

Att beslutsbefogenheten förlagts till chefsöverläkaren har av lagstiftaren motiverats dels med att åtgärden har karaktären av sådana tvångsåtgärder som chefsöverläkaren beslutar om inom ramen för behandlingen och dels att chefsöverläkaren har befogenheten att besluta om andra tvångsåtgärder som regleras i LPT. Därutöver torde det, enligt lagstiftarens mening, vara viktigt att i de fall det kan bli aktuellt att fatta ett dylikt beslut, det sker *skyndsamt* för att snabbt avskära möjligheten för patienten att använda utrustningen. Detta senare krav tillgodoses lämpligast om chefsöverläkaren har beslutsbefogenheten.[240]

16.10.7 TIDSGRÄNS

Ett beslut om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster gäller, enligt 22 a § LPT, i *högst två månader.*[241] Psykiatrisamordnaren föreslog att en inskränkning skulle gälla i högst två veckor och att beslutet sedan skulle får förlängas med högst en vecka vid varje tillfälle. Mot bakgrund av lagens konstruktion i övrigt fann emellertid lagstiftaren att giltighetstiden borde vara betydligt längre, varvid två månader framstod som rimligt.[242] Det anses emellertid ligga i sakens natur att beslut kan fattas för *kortare* period än två månader, om ett sådant ingripande är tillräckligt.[243]

Ett beslut om inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster är ett beslut fattat av en myndighet, vilket innebär att

239 Se även 40 § LPT och 4 kap. 2 § SOSFS 2008:18.

240 Prop. 2005/06:195 s. 25 f. JO var, som remissinstans till lagförslaget, tveksam till den föreslagna ordningen att chefsöverläkaren skulle få besluta om inskränkningar och ansåg att rättssäkerheten bättre tillgodosetts om beslutanderätten läggs på domstol efter ansökan av chefsöverläkaren. JO menade, att den svåra avvägning som måste ske mellan hänsyn till patientens grundlagsfästa rättigheter och behovet av en inskränkning i visst fall, är av sådan art att den lämpligen borde anförtros domstol (se anförd prop. s. 20).

241 I prop. 2005/06:195 s. 1 uttrycks: "Chefsöverläkarens beslut skall gälla under två månader." Detta är emellertid inte i överensstämmelse med lagens text och får sålunda inte tas till intäkt för att underlåta fortlöpande omprövning av beslutet.

242 Därmed avses chefsöverläkaren skyldighet att fortlöpande ompröva beslutet och häva detsamma så snart förutsättningarna brister. Prop. 2005/06:195 s. 29 ff.

243 Prop. 2005/06:195 s. 31.

© Författaren och Studentlitteratur

FL:s regler skall tillämpas. Ett dylikt beslut är också ett beslut som avser myndighetsutövning mot någon enskild. Detta medför att beslutet skall motiveras och patienten skall *underrättas* om innehållet i beslutet (20, 21 §§ FL). Eftersom beslutet är överklagbart (32 § fjärde stycket LPT) skall patienten också underrättas om hur han kan överklaga detsamma (21 § FL). Myndigheten bestämmer själv om underrättelsen skall ske muntligt, genom vanligt brev eller på något annat sätt, men underrättelsen skall alltid ske skriftligt om patienten begär det (21 § tredje stycket FL). Lagstiftaren har framhållit att "det är av stor vikt" att det inte vidtas åtgärder beträffande patientens kommunikation utan att denne underrättas om beslutet.

Av 22 a § LPT framgår vidare, att när det inte längre finns förutsättningar för beslutet skall chefsöverläkaren *genast* besluta att inskränkningen skall upphöra.[244] Innebörden av begreppet "genast" är inte närmare kommenterat i motiven. Det torde dock innebära att beslutet skall upphöra omedelbart vilket också ligger i linje med vad som anförs i motiven, att så snart förutsättningarna för en övervakning brister i något hänseende skall beslut fattas att häva detsamma.[245] Det åligger chefsöverläkaren att, enligt 22 b § LPT, *fortlöpande överväga* om inskränkningen skall upphöra och genast besluta om detta om förutsättningarna inte längre är uppfyllda. Inte heller dessa beslut får delegeras till annan än specialistkompetent läkare (39 § p. 9 LPT).[246]

Oaktat att ett beslut av ifrågavarande slag, enligt 22 a § LPT, gäller i högst två månader är det emellertid ingenting som hindrar, därest förutsättningarna för en inskränkning är uppfyllda, att ett *nytt beslut* med samma maximala giltighetstid som begynnelsebeslutet, fattas. Sagda uttalande hämtat från motiven leder emellertid till frågan om detta innebär, att om ursprungsbeslutet endast omfattade en månad, ett nytt beslut endast skulle få omfatta samma tid? Sannolikt inte. Eftersom lagen medger ett beslut under högst två månader torde ett nytt beslut kunna omfatta den tiden.

Det finns enligt lagens motiv inte någon begränsning av hur många sådana beslut som skall kunna fattas.[247] Det bör emellertid observeras att det ursprungliga beslutet inte bara kan tillåtas att fortlöpa. Det krävs ett *nytt beslut* med nya överväganden av förutsättningarna för åtgärden om inskränkningen anses nödvändig utöver den tidigare beslutade maximala

244 Bestämmelsen har utformats med 27 § LPT och 12 § LRV som förebilder. Se prop. 2005/06:195 s. 35.

245 Prop. 2005/06:195 s. 30.

246 Prop. 2005/06:195 s. 30 f.

247 Prop. 2005/06:195 s. 31.

© Författaren och Studentlitteratur

tiden. Därvid skall patienten också delges beslutet formellt, det skall motiveras och patienten skall *underrättas* om hur beslutet kan överklagas.

Att ett nytt beslut kan fattas som medför att inskränkningen kan pågå under lång tid, högst två månader i taget, framgår inte av lagens text utan endast av lagens motiv.[248] Detta är utomordentligt tvivelaktigt från rättssäkerhetssynpunkt eftersom den enskilde patienten inte har någon rimlig möjlighet att förutse att nya beslut kan komma att fattas, vilket bör beaktas vid en översyn av lagstiftningen.

Det är synnerligen viktigt att i lagen stadgade tidsgränser respekteras. Det måste därför finnas rutiner för att bevaka att tidsfristerna iakttas. Socialstyrelsens uppföljning av beslut enligt förevarande bestämmelse visade att 57 % av dem som ingick i uppföljningen inte hade särskilda rutiner för tillfredsställande bevakning. Socialstyrelsen framhöll därvid att det är uppenbart att det behövs ytterligare åtgärder för att kvalitetssäkra bevakningen av patienternas rättssäkerhet, bl.a. när det gäller bevakningen av tidsfrister.[249]

16.10.8 UNDERRÄTTELSE TILL SOCIALSTYRELSEN

För att Socialstyrelsen skall kunna fullgöra sin uppgift som tillsynsmyndighet på bästa möjliga sätt är det viktigt att styrelsen i ett tidigt skede får vetskap om ett beslut om inskränkning. Enligt 22 b § andra stycket LPT skall Socialstyrelsen utan dröjsmål underrättas om beslut enligt 20 a §.[250] Vad som avses med *"utan dröjsmål"* framgår inte av motiven. Socialstyrelsen har anfört att det inte bör ta längre tid än en vecka mellan beslut och anmälan.[251] Enligt min mening är det alltför generöst. Utan dröjsmål torde vara synonymt med "genast", vilket i lagstiftningssammanhang normalt brukar innebära att något skall ske ofördröjligen, dvs. samma dag eller senast dagen efter beslut, vilket även borde gälla här.[252]

Underrättelseskyldighet gäller också då chefsöverläkaren fattar ett *nytt beslut* om inskränkning även om inskränkningen de facto löper i en följd.

248 Från den praktiska rättstillämpningen har Socialstyrelsen visat, att i genomsnitt 1,1 beslut per person har fattats med stöd av LPT och 1,7 beslut per person enligt LRV. Häri ingår emellertid även beslut om övervakning av försändelser enligt 22 a §, vilket dock endast utgör en mindre del. Socialstyrelsen, Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård s. 22.

249 Socialstyrelsen. Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård s. 43.

250 Prop. 2005/06:195 s. 35. Av SOSFS 2008:18 framgår på vilken blankett underrättelseskyldigheten skall fullgöras.

251 Socialstyrelsen. Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård. Tillämpning och konsekvenser av ny lagstiftning, s. 19.

252 Jfr t.ex. prop. 1981/82:8 s. 82, prop. 1987/88:147 s. 67 och JO 1993/94 s. 292.

© Författaren och Studentlitteratur

Att Socialstyrelsen underrättats skall framgår av patientens journal 2 § p. 10. JO har därvid framhållit att det inte är acceptabelt att det i journalen saknas uppgift om huruvida Socialstyrelsen underrättats i enlighet med 22 b § LPT.[253]

16.10.9 OMHÄNDERTAGANDE AV TEKNISK UTRUSTNING

16.10.9.1 Förutsättningar för omhändertagande

Enligt 20 a § andra stycket LPT får den tekniska utrustning som möjliggör användning av elektroniska kommunikationstjänster omhändertas under den tid beslutet gäller. Ett omhändertagande av mobiltelefoner och annan teknisk utrustning i enlighet med förevarande bestämmelse förutsätter att det finns ett *beslut om inskränkning* i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster. Bestämmelsen är emellertid fakultativt utformad. Teknisk utrustning *får* omhändertas under den tid beslutet gäller. Det föreligger alltså ingen skyldighet för vårdinrättningen att omhänderta den tekniska utrustningen vid ett beslut enligt 20 a §. Detta torde ligga i linje med vad lagstiftaren uttalat om beslutets proportionalitet och att inskränkningen t.ex. kan begränsas till att avse en viss person. Det ligger också i linje med att omhändertagen utrustning, enligt lagens ordalydelse, skall återlämnas *senast* när beslutet om inskränkning upphör att gälla.[254] Bedöms egendom kunna lämnas tillbaka till patienten tidigare får det anses följa av proportionalitetsprincipen att så bör ske.[255]

Frågan är dock om bestämmelsens fakultativa utformning är särskilt väl genomtänkt från lagstiftarens sida. Är förhållandena sådana att en inskränkning är nödvändig av hänsyn till patientens vård eller rehabilitering eller för att undvika att någon annan lider skada borde det också vara en skyldighet att omhänderta åtminstone viss utrustning som möjliggör ett visst beteende.[256] Är patientens tillstånd sådant att det är tillräckligt att man t.ex. förklarar för patienten att det är olämpligt att t.ex. ringa viss

253 Dnr 2044-2007.

254 I Psykiatrins Juridik 2008 s. 408 framgår *inte* att, såsom lagens ordalydelse anger, utrustningen skall återlämnas *senast* när beslutet upphör. Vidare anges att ett beslut om inskränkning innebär för patientens del "förbud både mot att använda och att inneha sådan utrustning" (s. 409). Detta är som framgått ovan inte korrekt då inskränkningen är ett beslut och omhändertagande av utrustning ett beslut som får fattas i anledning därav.

255 Prop. 2005/06:195 s. 26. Motiven är skrivna så att både inskränkning och övervakning behandlas samtidigt. I vissa fall är det därför oklart, som i förevarande situation, om lagstiftaren syftar på båda formerna av tvångsåtgärder eller bara den ena. Dock, eftersom man använder sig av begreppet "egendom" är min tolkning att det avser båda åtgärdsformerna.

256 Jämför vad som sägs angående 21 § LPT, avsnitt 16.11.

© Författaren och Studentlitteratur

person torde knappast ett beslut om inskränkning behöva fattas. I motiven är man heller inte entydig i denna fråga då det även uttalas att "[u]trustningen skall återlämnas till patienten när beslutet upphör att gälla, något som alltså inte är i fullständig överensstämmelse med vad som anges i lagen."[257] Lagstiftningen möjliggör ett omhändertagande av utrustning under den tid beslutet gäller men den skall återlämnas *senast* när beslutet om inskränkning upphör.

Det sagda torde alltså i en framtida lagrevision behöva belysas ytterligare. Därvid kan den reflektionen göras att om egendom inte regelmässigt skall omhändertas torde det vara svårt för vårdinrättningen att upprätthålla någon form av uppföljning av effekten av sitt beslut bl.a. därför att bestämmelsen inte medger avlyssning av telefonsamtal. En annan sak är att en inskränkning och ett omhändertagande av egendom inte behöver omfatta *all* teknisk utrustning utan endast sådan som är nödvändig med hänsyn till syftet med bestämmelsen.

Det ankommer på sjukvårdshuvudmannen att se till att det finns rutiner för omhändertagande och återlämning av utrustning.[258]

16.10.9.2 Kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning

Av 23 § första stycket LPT följer, att en patient, efter beslut av *chefsöverläkaren* eller delegat,[259] får kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att han eller hon inte bär på sig sådan utrustning som avses i 20 a §, dvs. utrustning för elektroniska kommunikationstjänster. Om möjligt skall ett *vittne* närvara när åtgärden utförs.

Syftet med en dylik åtgärd är att kontrollera att patienten inte bär på sig sådan utrustning som man enligt beslut inte får inneha. Det krävs sålunda att det har fattats beslut om inskränkning enligt 20 a §. Åtgärden får *inte* vidtas i detta syfte innan chefsöverläkaren fattat ett formellt beslut om inskränkning. Vidare krävs att åtgärden skall vara nödvändig. Avsikten är inte att kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning skall vidtas rutinmässigt, utan endast om det finns omständigheter som visar att åtgärden är nödvändig.[260] I grunden krävs att *intagningsbeslut* är fattat och att det är fråga om en patient som vårdas i *sluten* psykiatrisk tvångsvård.[261]

257 Prop. 2005/06:195 s. 26.
258 Prop. 2005/06:195 s. 34.
259 Se 39 § LPT.
260 Prop. 2005/06:195 s. 35.
261 För den närmare innebörden av begreppet kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, se avsnitt 16.14.2.

© Författaren och Studentlitteratur

Den närmare innebörden av vad som avses med kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning behandlas utförligt i det följande.[262]

16.10.10 ÖVERKLAGANDE

Lagstiftarens hittillsvarande ståndpunkt vad gäller fråga om att överklaga vårdbeslut har varit, att en mer generell rätt att överklaga beslut om vårdinnehållet till domstol skulle kunna medföra en del gränsdragningsproblem.

Såvitt gäller beslut om inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster, liksom vad gäller försändelseövervakning, anses de däremot skilja sig från andra tvångsåtgärder som kan vidtas inom ramen för tvångsvården. De kan, sägs i motiven, fattas inte endast utifrån behandlingshänsyn utan även för att undvika att någon annan lider skada. Vidare är giltighetstiden för besluten väsentligt längre än för andra tvångsåtgärder.[263] Mot denna bakgrund har alltså patienten rätt att, enligt 32 § fjärde stycket LPT, överklaga chefsöverläkarens beslut om inskränkning enligt 20 a §.[264] Så som bestämmelsen formulerats är det själva *inskränkningsbeslutet* som är överklagbart. Beslutet att omhänderta utrustning som regleras i samma bestämmelse torde *inte* vara överklagbart. Dels skall egendomen återlämnas senast när beslutet upphör att gälla och dels torde en sådan tolkning ligga i linje med vad som i övrigt gäller beträffande omhändertagande av egendom enligt 21 § LPT. Sådana beslut får inte heller överklagas, utan endast beslut om förstörande eller försäljande av egendom enligt 24 § LPT, vilket inte kan bli aktuellt i dessa fall.

Det bör i sammanhanget erinras om, att *även ett nytt beslut*, som i praktiken kommer att förlänga det ursprungliga, är ett beslut som kan överklagas, varför den enskilde även i dessa fall skall underrättas om beslutet och om hur man kan överklaga detta.

Av det för förevarande undersökning genomgångna journalmaterialet har som ovan nämnts endast framkommit ett (1) fall som egentligen borde ha fattats i enlighet med 20 a § LPT. Däremot har Socialstyrelsen konstaterat, att av den undersökning som gjorts rörande beslut om inskränkningar som fattats sedan lagen trädde i kraft fram t.o.m. den 31 december 2007, hade endast en fjärdedel av patienterna informerats om sin rätt att överklaga besluten och endast 9 av 76 beslut hade överklagats.[265] Om-

262 Se avsnitt 16.14.2.

263 Observera att samma resonemang gäller för överklagande av beslut om försändelseövervakning enligt 22 b § LPT.

264 Prop. 2005/06:195 s. 31.

265 Socialstyrelsen. Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård, s. 25 f.

© Författaren och Studentlitteratur

ständigheter som gjort att patienten inte informerats uppgavs vara t.ex. patientens psykiska tillstånd, patientens deliriösa tillstånd, att patienten var gravt dement, att patienten "agiterat psykotisk" eller att patienten var så deprimerad att information inte kunde tas in.[266]

Ett beslut om inskränkning är ett förvaltningsbeslut som avser myndighetsutövning mot den enskilde. Enligt FL skall den enskilde *underrättas* om såväl beslutet, som dessutom skall motiveras, och om möjligheten att överklaga. Hur underrättelsen skall ske regleras inte i FL, men om den enskilde begär ett skriftligt beslut skall han eller hon också få det. Att patienterna inte informeras om sin rätt att överklaga ett beslut som inskränker deras grundläggande fri- och rättigheter är enligt min mening synnerligen allvarligt och ett hot mot den enskildes rättssäkerhet.[267] Är patienten vid tiden för beslut i ett sådant tillstånd att hon eller han inte kan ta till sig informationen, måste det anses åligga beslutsfattaren, alltså chefsöverläkaren eller delegat, att se till att informationen lämnas så snart det är möjligt, vilket också bör dokumenteras i patientens journal.[268]

16.10.11 DOKUMENTATION

Utöver den dokumentation som skall göras i enlighet med PdL och dess föreskrifter skall chefsöverläkaren se till att journalen också innehåller uppgift om såväl tvångsåtgärd enligt 20 a § LPT, som skälen för åtgärden (2 § p. 10 FPT). Dessutom skall, enligt samma bestämmelse, i FPT noteras att Socialstyrelsen underrättats i enlighet med 22 b § LPT. Dessa föreskrifter i FPT torde gälla såväl vid det *första* beslutet om inskränkningar som eventuellt *nytt beslut* efter två månader eller annan kortare tid. Enligt 2 § p. 11 FPT skall även uppgift om när det beslutats att tvångsåtgärden *upphört* journalföras.

Det är synnerligen viktigt att beslut formuleras på ett tydligt sätt, både för att patienten och andra skall veta vad som gäller vid en viss tidpunkt.

266 Socialstyrelsen. Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård, s. 27.

267 Jfr JO dnr 2044-2007 där JO framhåller att det inte är acceptabelt att det saknas dokumentation om huruvida patienten informerats om möjligheten att överklaga beslutet.

268 Se även 2 kap. 2 § SOSFS 2008:18 enligt vilken det ankommer på vårdgivaren att ge skriftliga direktiv och säkerställa att ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet innehåller rutiner som säkerställer att psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ges i överensstämmelse med LPT och LRV. Det ankommer också, enligt 2 kap. 3 § nyss nämnda SOSFS, på verksamhetschefen att fastställa ändamålsenliga rutiner och fördela ansvaret för den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården, vilket också skall dokumenteras. Se också Socialstyrelsen, Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård s. 43.

© Författaren och Studentlitteratur

JO har i ett fall uppmärksammat att det i journalen för en patient, för vilken ett beslut om inskränkning enligt 20 a § gällde, noterats: "Pat har önskemål om att få ut sin mobil i större utsträckning än tidigare, vilket låter fullt rimligt." Av journalen gick emellertid inte att utläsa om inskränkningen upphörde när patienten framförde detta önskemål eller om beslutet ändrades på något annat sätt,[269] vilket sålunda inte är godtagbart med hänsyn till att det är fråga om en tvångsåtgärd.

Det bör uppmärksammas att 20 a § i LPT innehåller två olika tvångsåtgärder, dels beslutet att inskränka patientens rätt i detta hänseende och dels befogenheten att omhänderta egendom. Sålunda skall även den senare åtgärden noteras i patientens journal. Därvid bör även, ur såväl patientens synvinkel som hälso- och sjukvårdspersonalens, noteras vilken egendom det rör sig om och när den återlämnas.

16.10.12 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

När det gäller elektroniska kommunikationstjänster har ovan konstaterats att patienten som huvudregel har *rätt* till sådan kommunikation och att denna rätt är skyddad av såväl RF som EKMR. Beslut om inskränkningar får fattas enbart för tvångsvårdade patienter och under de förutsättningar som anges i LPT och LRV efter beslut i varje enskilt fall. Dessa beslut är dessutom överklagbara vilket patienterna skall underrättas om i samband med att man underrättas om själva beslutet om inskränkning.

Den offentliga makten utövas under lagarna (RF 1:1) vilket bl.a. innebär att alla offentliga organ är skyldiga att i sitt beslutsfattande tillämpa och följa lagen så länge den är gällande. En annan sak är att regelsystemet kan uppfattas som otidsenligt och icke anpassat till dagens teknik och till och med vara till nackdel för den praktiska verkligheten. Ny teknik kan medföra att man i lagstiftningssammanhang måste förändra grundläggande synsätt eller åtminstone se till att psykiatrin har resurser så att patientsäkerhet och rättssäkerhet kan upprätthållas för såväl dem som lagenligt kan utsättas för vissa tvångsåtgärder som för dem som är frivilligt intagna och sålunda inte kan bli föremål för dylika åtgärder.

Såväl 33 a § LVM som 15 a § LVU, dvs. tvångslagarna inom socialtjänstsystemet, innehåller bestämmelser om rätten för den enskilde att ringa och ta emot telefonsamtal i den utsträckning som lämpligen kan ske. Ingenting i dessa lagar ger vårdinstitutionerna någon explicit möjlighet att omhänderta mobiltelefoner eller andra elektroniska kommunikationsmedel, trots att så sker enligt vad som framkom av en undersök-

269 Dnr 2044-2007.

© Författaren och Studentlitteratur

ning som gjordes av LVM-utredningen.[270] Bestämmelserna överfördes från socialtjänstförordningen (2001:937) till LVM och LVU med hänsyn till kravet på lagform i rättighetsbegränsande föreskrifter i RF, men utan något förtydligande av dess närmare innebörd i motiven. Dessa bestämmelser torde emellertid ge utrymme för ett långt större mått av godtycke än vad 20 a § LPT medger.[271] I motion i anledning av lagändringen i LVM anfördes bl.a. att utformningen av 31 § LVM medgav otillräckliga möjligheter att t.ex. omhänderta en intagens mobiltelefon vid olika slags överträdelser, varför ytterligare grund för omhändertagande av otillåten egendom föreslogs. Socialutskottet konstaterade emellertid endast att det är "redan i dag vanligt förekommande att mobiltelefoner omhändertas, både på LVM-hemmen och på ungdomshemmen, med motiveringen att de kan vara till men för vården eller ordningen vid hemmet". Utskottet ansåg det därmed inte nödvändigt med någon sådan lagändring som begärts i motionen och avstyrkte densamma. Det synes sålunda som att Socialutskottet ansett det möjligt att enligt de *sociala tvångslagarna* omhänderta mobiltelefoner med stöd av 31 § LVM, vilket i princip motsvaras av 21 § LPT. Det är synnerligen olyckligt att vårdlagar som visserligen har olika målgrupper men som i många stycken stått modell för varandra innehåller närliggande bestämmelser som blivit föremål för olika utformning och tolkning. EKMR ställer krav på att rättighetsbegränsande bestämmelser ger ett skydd mot godtycke och att regler som medger ingrepp är klara och detaljerade. En ett visst utrymme för tolkning och en diskretionär prövningsrätt kan inte helt undvikas, förutsättningarna är dock att omfånget av den diskretionära prövningsrätten är tillräckligt avgränsat för att ge skydd mot rättighetsbegränsande beslut efter vårdgivarnas eget gottfinnande.

I framställningen ovan har diskuterats *generella beslut* och att sådana inte får förekomma. För en inskränkning enligt 20 a § LPT krävs att förutsättningarna för ett sådant beslut är uppfyllda i varje enskilt fall. Varje annan tillämpning av bestämmelsen i fråga är såväl grundlags- som konventionsstridig.[272]

Det skall avslutningsvis påpekas, att det framgår inte av lagens text att ett beslut om inskränkning kan fattas flera gånger utan det anges endast i lagens motiv. Detta är utomordentligt tvivelaktigt från rättssäkerhets-

270 Prop. 2004/05:123 s. 45.

271 Se Gustafsson 2001 s. 610 ff.

272 Se även Socialutskottet 2005/06:SoU 28 s. 9, som i anledning av motion om generella restriktioner på elektroniska kommunikationstjänster för personer dömda enligt LRV, på samma sätt som inom kriminalvården, avstyrkte motionen med hänvisning till att de föreslagna reglerna ansågs väl avvägda.

© Författaren och Studentlitteratur

synpunkt eftersom den enskilde patienten inte har någon rimlig möjlighet att förutse att nya beslut kan komma att fattas. Det sagda bör beaktas vid en översyn av lagstiftningen.

16.11 Förbud mot innehav av viss egendom (21, 24 §§)

16.11.1 ALLMÄNT

I 21 § första stycket LPT räknas i fem punkter upp egendom som en patient inte får inneha. Bestämmelsen har i sin grundläggande konstruktion funnits allt sedan LPT:s tillkomst men efterhand kompletterats med förbud också mot hälsofarliga varor och dopningsmedel. Regleringen i LVM och LVU har fått utgöra modell för bestämmelserna LPT då lagstiftaren funnit det önskvärt med största möjliga enhetlighet vid utformningen av befogenhetsreglerna.[273] Viss vägledning rörande tolkningen av 21 § LPT kan sålunda hämtas från motiven till de sociala tvångslagarna.

Liksom vad gäller de sociala tvångslagarna där ett liknande förbud mot innehav av egendom finns reglerat, måste man i bemötandet av patienterna erinra sig att det är personer som fortfarande har kvar sin rättsliga handlingsförmåga och som ur juridisk synvinkel är fullt kapabla att själv bestämma över sina tillhörigheter. Den enskildes egendom åtnjuter också ett skydd av RF och EKMR.

Den egendom som *inte* får innehas enligt 21 § p. 1–5 kan systematiskt indelas i tre grupper. För det första får patienten inte inneha missbruksmedel, nämligen narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, vissa hälsofarliga varor och vissa dopningsmedel. Patienten får, för det andra, inte inneha narkotikaverktyg, dvs. injektionssprutor eller kanyler som kan användas för insprutning i människokroppen eller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk eller annan befattning med narkotika. För det tredje får patienten inte inneha annat som kan vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen. Den närmare innebörden av vad som innefattas i respektive grupp behandlas i den följande framställningen.

Det bör framhållas, att nyss nämnda bestämmelser *inte* reglerar frågan om omhändertagande av t.ex. mobiltelefoner eller annan elektronisk kommunikationsutrustning. Detta regleras uteslutande av 20 a § och 22 b §. Inte heller brev eller andra skriftliga handlingar till en patient omfattas av begreppet "annan egendom" i 21 § p. 5. En granskning av försändelser *till* en patient får ju, enligt 22 § LPT, inte läsas, varför det

273 Prop. 1990/91:58 s. 146.

© Författaren och Studentlitteratur

heller inte går att bedöma om försändelsen kan vara till men för vården eller ordningen vid vårdinrättningen.[274] Försändelser *från* en patient kan kvarhållas, men då enbart under förutsättningar som anges i 22 a § LPT.

16.11.2 OTILLÅTEN EGENDOM

16.11.2.1 Missbruksmedel

Enligt 21 § p. 1 LPT får patienten inte inneha narkotika, alkoholhaltiga drycker eller andra berusningsmedel. Patienten får heller inte inneha sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor.

Såvitt gäller narkotika, alkoholhaltiga drycker och andra berusningsmedel har dessa varit förbjudna att inneha på vårdinrättningen alltsedan LPT trädde i kraft 1992. Någon närmare definition av vad som avses med i lagen använda begrepp anges inte i lagen eller dess motiv förutom vad gäller *andra berusningsmedel.* Hit hör sålunda "bl.a. thinner och andra flyktiga lösningsmedel".[275] I motsvarande bestämmelse i LVM talas om förbud mot innehav av flyktiga lösningsmedel, varmed avses medel som toluen, trikloretylen, xylen och bensen. Dessa ämnen finns i ett stort antal produkter som säljs i handeln som fläckborttagningsmedel, lim, thinner, färger, kemtvättvätska, nagellacksremover och drivgas i sprayförpackningar.[276]

Innebörden av begreppet *narkotika* är inte definierat. Däremot uttrycks i motiven till LVM[277] som innehåller motsvarande bestämmelse, att narkotikabegreppet där har samma innebörd som i narkotikastrafflagen (SFS 1968:64) - NsL. Eftersom LVM delvis stått modell för regleringen i LPT torde innebörden kunna anses vara densamma vid tolkning och tillämpning av denna lag.

Med narkotika förstås sålunda enligt 8 § NsL

> läkemedel eller hälsofarliga varor med beroendeframkallande egenskaper eller euforiserande effekter eller varor som med lätthet kan omvandlas till varor med sådana egenskaper eller effekter och som
>
> 1. på sådan grund är föremål för kontroll enligt en internationell överenskommelse som Sverige har biträtt, eller
> 2. av regeringen har förklarats vara att anse som narkotika enligt lagen.

274 JO dnr 2553-2003.
275 Prop. 1990/91:58 s. 262.
276 Prop. 1987/88:147 s. 39 f.
277 Prop. 1987/88:147 s. 40 f.

© Författaren och Studentlitteratur

I förordning (1992:1554) om kontroll av narkotika finns i bilaga en förteckning över substanser som skall anses som narkotika enligt NsL. Enligt förordningen skall Läkemedelsverket upprätta och kungöra förteckningar över narkotika. Samtliga varor som enligt 8 § NsL utgör narkotika, dvs. såväl sådana som omfattas av internationell överenskommelse som sådana som av regeringen förklarats som narkotika, står att finna i Läkemedelsverkets föreskrifter (LVFS 1997:12) om förteckningar över narkotika.

Narkotikaklassade läkemedel faller in under begreppet narkotika och får sålunda tas om hand. Därvid måste självfallet beaktas dels huruvida läkemedlet är legalt förskrivet och nödvändigt av hälsoskäl och dels risken av att medlet kommer i orätta händer eller används som handelsvara på vårdavdelningen.[278] Läkemedel som inte är narkotikaklassat och *receptfria läkemedel* faller utanför narkotikabegreppet. Kan sådana läkemedel skada patienten eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen kan de dock omhändertas med stöd av 21 § p. 5. De kan dock inte förstöras enligt 24 § LPT eftersom det inte handlar om narkotika. Motsvarande torde gälla rörande preparat eller substanser som ännu inte klassats som narkotika. Faller preparatet inte heller in under definitionen, annat berusningsmedel, dopningsmedel eller hälsofarliga varor får de omhändertas som "annan egendom", men inte förstöras eller säljas i enlighet med 24 § LPT.

Det förekommer inte, såvitt framgår av studerat journalmaterial, att det omhändertas egendom i någon större omfattning på vårdinrättningarna. I några fall har det varit fråga om "annat till men för vården" och i ett fall har sannolikt narkotika omhändertagits:

> (3 F) 020617 noterar läkare: Omhändertar liten plastpåse med vitt pulver, sannolikt amfetamin då urintoxscreen utfallit positiv. Överlämnas till polisen för analys. I samband med överläkarsamtal föll plastpåsen ur patientens säng.

Vad avser *alkohol*, avser förbudet alkoholhaltiga drycker. Enligt 3 § alkohollagen (1994:1738) – AlkoholL – avses med alkoholdryck en dryck som innehåller mer än 2,25 volymprocent alkohol, dvs. etylalkohol. Alkoholdrycker delas i alkohollagen in i spritdrycker, vin, starköl och öl. Lättöl faller dock in under begreppet lättdryck eftersom alkoholstyrkan inte uppgår till 2,25 volymprocent alkohol (7 § AlkoholL). Förbudet i 21 § LPT avser emellertid alkoholhaltig dryck vilket innebär att även lättöl torde få omhändertas i med hänvisning till förevarande bestämmelse.

278 Jfr Gustafsson 2001 s. 543 och JO 1992/93:JO1 s. 176 rörande en gravid diabetessjuk kvinna som fött ett dött barn efter att ha varit frihetsberövad två dygn.

© Författaren och Studentlitteratur

Avgränsningen till alkoholhaltig dryck leder emellertid till frågan huruvida andra *alkoholhaltiga medel*, såsom T-sprit, parfym eller rakvatten skulle kunna omhändertas. Sådana alkoholhaltiga medel kan användas av missbrukare i brist på annan alkohol och bör i förekommande fall kunna omhändertas, dock inte som dryck. En bedömning får göras huruvida medlet kan hänföras till andra berusningsmedel. I annat fall får t.ex. rakvattnet omhändertas enligt 21 § p. 5 som annan egendom som kan vara till men för vården eller ordningen och återlämnas när patienten skrivs ut.

Patienten förbjuds även att inneha sådana varor som omfattas av lagen (1999:42) om förbud mot vissa *hälsofarliga varor*. Den lagen gäller varor som på grund av sina inneboende egenskaper medför fara för människors liv eller hälsa och som används, eller kan antas användas, i syfte att uppnå berusning eller annan påverkan. Regeringen föreskriver i förordning (1999:58) om förbud mot vissa hälsofarliga varor vilka varor lagen skall tillämpas på. I den mån varor är narkotika enligt NsL eller dopningsmedel enligt den särskilda lagen rörande sådana medel skall, enligt 2 §, lagen om hälsofarliga varor inte tillämpas på sådana varor. Samma gäller läkemedel som är godkända inom Europeiska unionen.

Enligt 21 § p. 2 LPT får patienten inte heller inneha sådana medel som avses i lagen (1991:1969) om förbud mot vissa *dopningsmedel*. Den lagen gäller, enligt 1 §, syntetiska anabola steroider, testosteron och dess derivat, tillväxthormon och kemiska substanser som ökar produktion och frigörelse av testosteron och dess derivat eller av tillväxthormon. Sådana medel får inte annat än för medicinskt eller vetenskapligt ändamål, enligt 2 §, innehas eller brukas.

Sammanfattningsvis innebär det ovan sagda, att i begreppet alkoholhaltiga drycker måste innefattas alla drycker som innehåller en alkoholhalt, oavsett styrkan. Det innebär att sådant som enligt 3 § alkohollagen benämns alkoholdryck, dvs. drycker som innehåller mer än 2,25 volymprocent alkohol, omfattas av bestämmelserna och även sådana lättdrycker som t.ex. lättöl och cider. De senare är inte alkoholdrycker men väl alkoholhaltiga sådana. Däremot torde inte teknisk sprit och andra ersättningsmedel för alkohol som normalt inte är avsedda att drickas innefattas i begreppet. I den mån sådana medel inte går att hänföra till flyktiga lösningsmedel eller hälsofarliga varor kan de omhändertas som "annan egendom" enligt 21 § p. 5 LPT. De kan dock inte förstöras eller försäljas med stöd av 24 § LPT. På samma sätt förhåller det sig med icke narkotikaklassade läkemedel och medel som inte hunnit klassas som narkotika, i den mån det inte är att betrakta som dopningspreparat eller hälsofarliga varor. Konsekvenserna härav blir att de skall återlämnas.

© Författaren och Studentlitteratur

16.11.2.2 Narkotikaverktyg

Av 21 § första stycket LPT framgår att en patient inte får inneha injektionssprutor eller kanyler som kan användas för insprutning i människokroppen (p. 3), inte heller andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika (p. 4). Det senare kan vara t.ex. haschpipor, kokainskedar, förvaringspåsar och vågar.[279]

Från den praktiska tillämpningen kan följande fall tjäna som exempel:

> (3 F) 060828 noterar läkare att injektionssprutor omhändertagits. Den 5 september noterar läkare att de omhändertagna sprutorna förstörts.

Det bör emellertid uppmärksammas att bestämmelsen avser föremål som är *särskilt ägnade* för narkotikahantering. Det finns rekvisitor som används för sådan hantering men som också har ett annat "normalt" användningsområde. En vanlig rökpipa som skulle kunna användas till haschrökning kan befinna sig i gränslandet för vad som får omhändertas, i synnerhet om patienten är rökare. Skedar, plastpåsar o.d. är också föremål som har dubbla användningsområden. En noggrann bedömning i varje enskilt fall måste göras. Självklart kan sprutor och kanyler som behövs av medicinska skäl inte utan vidare omhändertas.[280]

16.11.2.3 Annan egendom

Enligt 21 § första stycket p. 5, får patienten inte inneha *annan egendom* som kan skada honom själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen. Sådan egendom kan enligt lagens motiv utgöras av t.ex. gamla läkemedel. Vapen och tillhyggen kan innebära risker för såväl patienten som andra patienter och vårdpersonal.[281] Från den praktiska tillämpningen kan följande exempel andragas på vad som omhändertagits:

> (8 C) 050802 noterar sjuksköterska att patientens kontaktperson ringer och meddelar att patienten har *rakhyvlar* på rummet och tänker skära sig. "Dessa tas ifrån henne" (kurs. här).

Hur sjuksköterskan förfarit vidare med rakhyvlarna finns inte noterat. Eftersom det inte är fråga om egendom som enligt 24 § LPT får förstöras eller försäljas bör de som regel lämnas tillbaka till patienten då hon skrivs

279 Prop. 1990/91:58 s. 262.
280 Gustafsson 2001 s. 545.
281 Prop. 1990/91:58 s. 262.

© Författaren och Studentlitteratur

ut. Tvångsvården pågick t.o.m. 050812. Någon notering om återlämnad egendom finns inte i journalen.

> (10 C) I journalanteckningar 060416 noterar skötare att patienten återkommit en timme för sent efter permission. "Blir taggig och upprörd då vi visiterar henne. Personal omhändertar *tändare och tändstickor* ifrån jackfickan."

Tändare och tändstickor torde det vara att anse som sådan egendom som avses i 21 § p. 5. Åtgärden ställer inte krav på någon särskild beslutskompetens. Däremot måste det stå klart för personalen som omhändertar egendom hur man skall förfara med densamma. Inte heller tändare och tändstickor är av sådant slag att de får förstöras, utan de skall återlämnas till patienten då hon eller han skrivs ut. Vad som hänt i det aktuella fallet framgår inte av journalen vilket det borde ha gjort, i vart fall då tvångsvården upphörde 060802.

I motiven till LPT nämns bl.a. *gamla läkemedel* som exempel på annan egendom. En fråga som kan uppkomma i det sammanhanget är hur vårdinrättningen skall förfara med recept på t.ex. narkotikaklassade läkemedel som inte indicerats av patientens psykiska sjukdom. Frågan kan ju vara av särskild betydelse i fråga om patienter med en missbruksproblematik. I sin ämbetsberättelse 1990/91 s. 222 har JO beträffande LVM konstaterat, att en åtgärd där receptet förstörs saknar stöd i lag. Frågan diskuterades utförligare i JO 1992/93 s. 411. Det ärendet remitterades till Socialstyrelsen som i yttrande bl.a. anförde, att ett "olämpligt recept" faller in under begreppet "något annat" som kan vara till men för vården eller ordningen och att det därmed enligt 31 § LVM kan omhändertas. Även om receptet avser förskrivning av narkotika ansåg Socialstyrelsen dock, att receptet inte kunde klassas som sådan egendom som enligt 36 § LVM får förverkas. Socialstyrelsen anförde:

> Ett recept kan inte direkt vara att anse som patientens egendom. Det skall närmast ses som en licens för patienten att efter läkares ordination få visst läkemedel för sin behandling. När någon tas in på en vårdinstitution ingår det som ett naturligt inslag i vården att vederbörandes medicinska status undersöks. Den läkare som knutits till institutionen har härvid att bedöma i vilken utsträckning tidigare inledd behandling skall fortgå, förändras eller upphöra. Har den intagne ett giltigt recept som det är olämpligt att det används, har läkaren att vidta lämpliga åtgärder. I första hand bör han ta upp frågan med den intagne och få dennes medgivande att riva receptet. Visar det sig inte möjligt att komma överens med den intagne bör läkaren vända sig till den receptförskrivande läkaren, eller till läkare vid den enhet inom hälso- och sjukvården vid vilken utfärdandet skett för att få receptet återkallat.

© Författaren och Studentlitteratur

Liknande resonemang kan göra sig gällande inom den psykiatriska tvångsvården. Syftet med vården liksom innebörden av 21 § LPT får anses innebära att en sådan kontakt är nödvändig för att läkaren och vårdinrättningen skall kunna fullgöra sin uppgift. Sekretess hindrar då inte att denna kontakt tas (jfr 10 kap. 2 § OSL). Går det inte att nå den receptutfärdande läkaren och om receptinnehavet och det därav följande utnyttjandet kan innebära allvarlig fara för vederbörandes liv eller hälsa kan det föreligga en sådan situation att man kan vägra lämna ut receptet med stöd av nödbestämmelsen i BrB 24:4. JO anslöt sig till vad Socialstyrelsen anfört om innehavet av legalt utfärdade recept och fann den av styrelsen anvisade vägen för frågans vidare utredning ändamålsenlig.

Den egendom som förbjuds och får omhändertas enligt förevarande bestämmelse kan vara av allehanda slag. Det måste dock understrykas att det är endast om egendomen kan orsaka skada eller annars vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen som det finns lagstöd för att förbjuda och omhänderta densamma. Det bör vidare framhållas, att bestämmelserna om särskilda tvångsåtgärder i LPT är exklusivt tillämpliga för patienter som vårdas i psykiatrin, dvs. även patienter som vårdas med stöd av LRV, utom vad gäller åklagarrestriktioner. Man kan sålunda inte beträffande den senare patientgruppen tillämpa HäktesL eller KvaL på dessa patienter, lagar som i viss mån ger vidare befogenheter än vad som gäller enligt LPT.[282]

16.11.3 OMHÄNDERTAGANDE AV EGENDOM

Av 21 § andra stycket LPT framgår, att påträffas sådan egendom som avses i första stycket får den omhändertas. Det betyder alltså att missbruksmedel, narkotikaverktyg och annat som kan vara till men för vården eller ordningen får omhändertas av vårdpersonalen. Hur personalen vidare skall förfara med omhändertagen egendom regleras i 24 § LPT. Har sålunda narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel, vissa dopningsmedel eller vissa hälsofarliga varor omhändertagits, eller påträffats utan att det finns någon känd ägare till egendomen, skall chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja egendomen enligt 2 § första stycket p. 1 förverkandelagen (FvL).[283] Detsamma gäller i fråga om injektionssprutor eller kanyler, som kan användas för insprutning i människokroppen och andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk av eller annan befattning med narkotika.

Föremål som inte regleras i 24 § LPT men som på annat sätt kan vara

282 Se härom avsnitt 5.2.

283 Lag (1958:205) om förverkande av alkoholhaltiga drycker m.m.

© Författaren och Studentlitteratur

till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen måste i princip lämnas tillbaka till patienten när tvångsvården har upphört.[284] Påträffas skjutvapen, ammunition och därmed jämförbara föremål som är tillståndspliktiga enligt vapenlagen (1996:67), skall det anmälas till polisen.[285]

Att chefsöverläkaren har att förfara med i 24 § LPT angivna missbruksmedel och narkotikaverktyg på sätt som anges i 2 § 1 första stycket FvL innebär, att egendomen får förstöras om dess värde är ringa eller om det annars måste anses försvarligt att förstöra den. I andra fall får egendomen försäljas och det belopp som erhålls vid försäljningen, tillfaller staten. Spritdrycker, vin, starköl och öl säljs i förekommande fall till den som är berättigad att, enligt AlkohoL, tillverka eller bedriva partihandel med sådana varor.

I FvL anges inte några kvantitativa mått på när egendom skall förstöras respektive försäljas utan även ett större parti narkotika torde kunna förstöras. I motiven till lagen om kontroll av berusningsmedel på sjukhus menade departementschefen, att om större mängder narkotika påträffades bör polismyndigheten underrättas för att man skall ha möjlighet att påbörja brottsundersökning.[286] Om en patient innehar narkotika som påträffas av vårdpersonal föreligger det dock ingen skyldighet för vårdinrättningen att polisanmäla detta.[287]

16.11.4 SYFTE OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

Förbudet att inneha viss egendom på vårdinrättningen har tillkommit för att förhindra missbruk på vårdinrättningen och, såvitt gäller 21 § p. 5, av säkerhets-, vård- och ordningsskäl. Bestämmelsen innebär ett *uttryckligt förbud* för en patient som är intagen på en sjukvårdsinrättning för psykiatrisk tvångsvård att inneha uppräknad egendom.[288] Det finns sålunda inga särskilda *förutsättningar* för bestämmelsens tillämplighet.

Såvitt gäller omhändertagande av egendom och det vidare förfarandet med sådan egendom gäller, att det endast är fråga om sådana missbruksmedel och narkotikaverktyg som anges i 24 § LPT som får förstöras eller försäljas. Är fråga om annan egendom som omhändertagits enligt 21 § p. 5, skall sådan som regel återlämnas.

284 Prop. 1990/91:58 s. 264.

285 JO dnr 4090-2001.

286 Prop. 1984/85:46 s. 30. Se även i fråga om 24 § LPT prop. 1990/92:58 s. 264.

287 JO har (JO 1985/86 s. 180), beträffande narkotika på kriminalvårdsanstalt, förordat att polisanmälan bör göras så snart det rör sig om fynd av annat än mycket ringa mängder narkotika. Se även JO 1977/78 s. 195.

288 Prop. 1990/91:58 s. 262.

© Författaren och Studentlitteratur

16.11.5 PERSONKRETS

Förbudet i 21 § LPT gäller enligt bestämmelsens ordalydelse och i likhet med vad som gäller för övriga särskilda tvångsåtgärder *en patient*. Därmed avses i förevarande sammanhang en patient som vårdas i *sluten* psykiatrisk tvångsvård. Bestämmelsen är sålunda inte tillämplig på patienter i öppen psykiatrisk tvångsvård och inte heller på patienter som vårdas frivilligt enligt HSL. Någon rätt för sjukhuset att omhänderta och "förvara" egendom för annan än patient föreligger inte.[289]

Undersökningen av den praktiska tillämpningen av de särskilda tvångsåtgärderna ger vid handen att vårdpersonalen "visiterar" också patienter som vårdas med stöd av HSL och omhändertar dessa patienters egendom under vårdtiden.[290] Förfarandet är ur praktisk och säkerhetsmässig synvinkel förståelig men icke desto mindre olagligt.

Jämfört med 33 § LVM[291] gäller förbudet att inneha viss egendom, i princip samma slags egendom som omfattas av regleringen i 21 § LPT för *alla* som vårdas i ett LVM-hem, sålunda även dem som är *frivilligt* intagna. En förutsättning är dock att regeringen, eller efter regeringens bemyndigande, LVM-hemmets huvudman medgivit det. Saknas ett dylikt medgivande får egendomsförbudet inte tillämpas på frivilligt intagna klienter.[292] Tanken med motsvarande bestämmelser i LVM är, att man på en behandlingsinstitution inte har möjlighet att bedriva en framgångsrik vård om vissa intagna tillåts att inneha berusningsmedel. På ett hem som är avsett för kvalificerad vård av missbrukare bör man kunna ställa ett allmänt krav på att berusningsmedel inte får föras in eller förvaras på institutionen, heter det.[293] Genom 33 § LVM ges det möjlighet för institutionen att ge de intagna en drogfri miljö under vårdtiden, något som de bör ha rätt att kräva antingen de tagits in mot sin vilja eller på frivillig väg. Socialberedningen framhöll också, att det i praktiken knappast torde vara möjligt att ha olika regler för olika intagna beroende på om vården i det särskilda fallet beslutats enligt SoL eller LVM. Blotta förekomsten av berusningsmedel på hemmet, menade man, kan äventyra vården för andra intagna.[294]

Motsvarande synpunkter torde göra sig gällande beträffande patien-

289 Jfr JO dnr 4090-2001. Frågan om omhändertagande av egendom för patient som är kvarhållen i väntan på intagningsbeslut behandlas i avsnitt 10.5.5.

290 Se avsnitt 16.14.

291 Se även 16–18 §§ LVU.

292 Gustafsson 2001 s. 538.

293 Prop. 1981/82:8 s. 94 f.

294 SOU 1981:7 s. 56.

© Författaren och Studentlitteratur

ter som vårdas inom psykiatrin. Antingen man är frivilligt intagen eller intagen med stöd av LPT torde det vara nödvändigt att kunna förbjuda och omhänderta missbruksmedel, narkotikaverktyg och annan egendom som kan skada eller vara till men för vården/ordningen vid sjukvårdsinrättningen. Att sålunda reglering saknas angående detta i LPT är en brist. Rättssäkerheten, egendomsskyddet och skyddet för äganderätten kräver att frågan explicit regleras i lag så att patienterna har en rimlig möjlighet att förutse vilka beslut som kan komma att fattas rörande deras egendom.[295]

16.11.6 BESLUTSBEFOGENHET

I 21 § LPT talas det inte om vem som äger befogenhet att omhänderta otillåten egendom. Ett sådant beslut bör sålunda kunna fattas av den vårdpersonal som påträffar densamma. När det däremot gäller att, enligt 24 § LPT, låta förstöra eller försälja visst slag av omhändertagen egendom tillkommer ett sådant beslut *chefsöverläkaren* eller delegat (jfr 39 § LPT).

Enligt 24 § LPT skall chefsöverläkaren låta förstöra eller sälja i bestämmelsen uppräknad egendom. Det föreligger sålunda en *skyldighet* för chefsöverläkaren att förfara så. Notabelt är därvid att, enligt 21 § andra stycket LPT, *får* sådan egendom som avses i bestämmelsen omhändertas. Vårdinrättningen ges sålunda en befogenhet att omhänderta egendom, men det föreligger ingen skyldighet att göra så. Liksom vad gäller tidigare utformning av LVM vore det mest följdriktigt att ett uttryckligt förbud mot innehav av egendom följs av en skyldighet att omhänderta densamma, i synnerhet som det föreligger en skyldighet att förstöra eller sälja viss egendom. Har den bedömningen gjorts, att det är fråga om ägodelar som inte får innehas blir ju följden ändå att de faktiskt omhändertas.[296]

16.11.7 ÖVERKLAGANDE

Patienten får hos förvaltningsrätten, enligt 33 § första stycket p. 2 LPT överklaga ett förordnande enligt 24 § LPT om att *förstöra eller försälja* egendom.

En motsvarande bestämmelse har sedan 1989 funnits i LVM och det är sannolikt så att LPT:s utformning emanerar från den konstruktionen och mot bakgrund av att artikel 6 i EKMR föreskriver, att envar skall, när det gäller att pröva hans civila rättigheter och skyldigheter, vara berät-

295 Lag (1985:12) om kontroll av berusningsmedel på sjukhus är endast tillämplig på kliniker som är särskilt inriktad på vård för missbruk av beroendeframkallande medel.

296 Gustafsson 2001 s. 539. Jfr 31 § LVM och 16 § LVU, som numera innehåller en skyldighet att omhänderta förbjuden egendom.

© Författaren och Studentlitteratur

tigad till en opartisk och offentlig rättegång. Eftersom det sålunda, vid tillämpningen av 24 § LPT, kan bli fråga om en tvångsvis övergång av äganderätten och därmed innebära en kränkning av den enskildes civila rättigheter finns möjligheten att överklaga sådana beslut.

Beslutar chefsöverläkaren att förstöra eller försälja egendom skall den enskilde i enlighet med FL *underrättas* om beslutet och meddelas hur beslutet kan överklagas.

16.11.8 DOKUMENTATION

En uppgift om omhändertagande av egendom i enlighet med 21 § andra stycket LPT skall, enligt 2 § p. 12, noteras i patientens journal. Enligt min mening bör denna uppgift innefatta *vilken* egendom som har omhändertagits och även, i vart fall om det är fråga om annan egendom enligt 21 § p. 5, *skälen* till omhändertagandet samt hur man förfarit med densamma, t.ex. att den återlämnats till patienten, vilket skall ske om det inte är fråga om egendom som får förstöras eller försäljas eller överlämnats till polisen.

Av FPT framgår det inte att dokumentationen även skall avse det fortsatta förfarandet med omhändertagen egendom som avses i 24 § LPT vilket är en brist. Det torde vara självklart, att om chefsöverläkaren beslutar att förstöra eller försälja missbruksmedel eller narkotikaverktyg så skall detta också dokumenteras.

Enligt 2 § p. 17 a) FPT skall även dokumenteras huruvida patienten överklagat ett beslut om förstöring eller försäljning av egendom och om rättens beslut i anledning av överklagandet (2 § p. 17 f) FPT).

16.11.9 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Journalgenomgången ger vid handen att den egendom som omhändertas synes vara av sådant slag att det faller in under i bestämmelsen angivna förbud. I det fall det framgår att det varit fråga om föremål särskilt ägnade åt hantering av narkotika har detta också förstörts i enlighet med vad som anges i 24 § LPT. Att patienten därvid meddelats ett formellt beslut med överklagandehänvisning framgår dock *inte*. Det framgår normalt inte heller hur hälso- och sjukvårdspersonalen förfar med omhändertagen egendom som inte får förstöras. Hur detta hanteras bör framgå av journalen eftersom sådan egendom skall återlämnas till patienten då vården upphör.

Undersökningen av den praktiska tillämpningen av de särskilda tvångsåtgärderna ger vid handen att vårdpersonalen ”visiterar” också patienter som vårdas med stöd av HSL och omhändertar dessa patienters

© Författaren och Studentlitteratur

egendom under vårdtiden. Förfarandet är ur praktisk och säkerhetsmässig synvinkel förståelig, men icke desto mindre olagligt. Ovan har därvid argumenterats för att, liksom vad gäller klienter som vårdas med stöd av SoL på ett LVM-hem eller ett § 12 -hem, bör LPT ge erforderligt lagstöd för att på vårdinrättningar där det bedrivs psykiatrisk vård förbjuda innehav av sådan egendom som anges i 21 § LPT även för *frivilligt* vårdade patienter. Att reglering saknas angående detta i LPT är en brist. Rättssäkerheten och egendomsskyddet kräver att frågan explicit regleras i lag så att patienterna har en rimlig möjlighet att förutse vilka beslut som kan komma att fattas rörande deras egendom.

16.12 Försändelsekontroll – till en patient (22 §)

16.12.1 ALLMÄNT

I 2 kap. 6 § RF skyddas rätten till förtrolig kommunikation, vilket dock kan inskränkas genom lag (2 kap. 12 § RF). 22 § LPT ger därvid erforderligt lagstöd för att försändelser till en patient skall få undersökas i visst syfte. Det är särskilt att märka, att förevarande bestämmelse endast medger kontroll av försändelser *till* patienten. Finns ett behov av att övervaka försändelser från patienten regleras detta i 22 a §.

Ett beslut om försändelsekontroll kan inte överklagas (32, 33 §§ LPT). Om emellertid en försändelse innehåller sådan egendom som, enligt 24 § LPT, får förstöras eller försäljas, får ett sådant beslut överklagas, och patienten skall sålunda formellt underrättas om detta.

Av det studerade journalmaterialet har det inte förekommit något fall där försändelser till patient granskats.

16.12.2 SYFTE OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

Av 22 § LPT framgår sålunda, att försändelser till en patient får undersökas *för kontroll* av att de inte innehåller sådan egendom som avses i 21 § LPT, t.ex. narkotika eller annan egendom som kan vara till skada eller till men för vården eller ordningen vid vårdinrättningen. *Syftet* är alltså att förhindra att det förs in otillåten egendom på vårdinrättningen. Granskningen får *inte* avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling. Däremot tillåter bestämmelsen att alla brev och paket som kommer till patienten får öppnas.

I bestämmelsen anges inte några särskilda *förutsättningar* för att kontrollen skall få ske, vilket i och för sig kan ifrågasättas. Dock skall även då försändelsekontroll övervägs proportionalitetsregeln i 2 a § tas i beaktande. Med hänsyn till det intrång i grundlagsskyddade rättigheter som

© Författaren och Studentlitteratur

en försändelsekontroll faktiskt är, bör det enligt min mening finnas någon grund för att åtgärden skall få vidtas.

16.12.3 OMHÄNDERTAGANDE AV EGENDOM

I 22 § andra stycket LPT ges befogenhet att omhänderta egendom som inte får innehas enligt 21 §. Är det därvid fråga om narkotika och andra sådana medel som avses i 24 § LPT får chefsöverläkaren, eller delegat, låta förstöra eller försälja detta. Är det emellertid fråga om *annan egendom* måste denna som regel återlämnas till patienten, i vart fall när vården upphör.[297]

16.12.4 PERSONKRETS

Försändelsekontroll får endast vidtas i förhållande till *en patient* som vårdas i *sluten* psykiatrisk tvångsvård. Försändelser till patienter som vårdas med stöd av HSL får inte kontrolleras.

16.12.5 BESLUTSBEFOGENHET

Av 22 § LPT följer att det är *chefsöverläkaren* som får fatta beslut om försändelsekontroll. Detta kan i enlighet med 39 § LPT delegeras till annan läkare vid vårdinrättningen.

16.12.6 DOKUMENTATION

Uppgift om omhändertagande av egendom och om kontroll av försändelser skall, enligt 2 § p. 12 FPT, dokumenteras i patientens journal.

16.13 Försändelseövervakning – från en patient (22 a §)

16.13.1 ALLMÄNT

Försändelser *från* en patient kunde före införandet av nu gällande bestämmelse i 22 a § LPT[298] inte granskas. I motiven till 1991 års lag ifrågasattes den möjlighet som funnits i LSPV, att granska innehållet i försändelser från en patient. Brevcensur borde, enligt föredragande statsråd, framför allt av hänsyn till patientens integritet inte vara tillåten i en ny lagstiftning. I sammanhanget pekades på att *frivilligt* vårdade patienter, som kan ha lika allvarliga psykiska störningar som tvångsvårdade, själva får ta ansvar för sina försändelser. En patient som ges tvångsvård borde sålunda

297 Se avsnitt 16.11.

298 SFS 2006:663 vilken trädde i kraft den 1 juli 2006.

© Författaren och Studentlitteratur

få sända försändelser utan kontroll, något som också ansågs överensstämma med Europarådsrekommendationen.[299]

Samtidigt som det i LPT infördes möjligheter att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster har alltså numera, av samma skäl och i samma *syfte* också införts möjligheter att övervaka försändelser från en patient. Patienternas integritet och rättigheter när det gäller möjligheterna att kommunicera eller att inhämta eller ge ut information har ansetts i vissa fall få stå tillbaka när detta inverkar negativt på vården eller innebär att någon annan lider skada. En sådan reglering måste dock, enligt lagstiftarens uppfattning, vara omgärdad av rättssäkerhetsgarantier för att minimera risken för missbruk och begränsningarna måste stå i proportion till deras syfte.[300]

Av 22 a § första stycket LPT framgår sålunda, att chefsöverläkaren får besluta att övervaka försändelser från en patient, om det är nödvändigt med hänsyn till *vården eller rehabiliteringen* av patienten eller för att undvika att någon *annan lider skada*. Inom *begreppet övervaka* ryms därvid åtgärder för att öppna, ta del av och kvarhålla försändelser från patienten (22 a § första stycket, andra meningen LPT).[301] Denna tvångsåtgärd sträcker sig sålunda *längre* än vad som gäller enligt 22 § LPT enligt vilken försändelser till en patient får undersökas i vissa syften. Enligt denna senare bestämmelse får innehållet i försändelsen inte läsas.[302]

Bestämmelsen är fakultativt utformad. Chefsöverläkaren *får* besluta om övervakning under i bestämmelsen angivna förutsättningar, vilket alltså kräver ett särskilt övervägande *i varje enskilt fall*. I motiven framhålls också, att beslut om övervakning aldrig får fattas kollektivt för en grupp av patienter eller för en särskild avdelning, utan får enbart avse enskilda patienter. Det skall i varje enskilt fall göras en samlad bedömning av förutsättningarna för beslutet. Besluten får heller aldrig användas som bestraffningsåtgärd.[303] Åtgärden får ses som en särskild åtgärd som avviker från att patienten normalt sett har rätt att skicka försändelser utan någon särskild övervakning.

Med försändelser avses, enligt lagens motiv, brev, paket eller liknande, oavsett innehåll, som är avsedda att befordras.[304] Frågan är dock om den närmare innebörden av begreppet försändelse och vad som avses med termen befordras. Synonyma med det förra är paket, brev, post. Därvid

299 Prop. 1990/91:58 s. 147.
300 Prop. 2005/06:195 s. 23.
301 Se även prop. 2005/06:195 s. 23.
302 Se om 22 § LPT avsnitt 16.12.
303 Prop. 2005/06:195 s. 25.
304 Prop. 2005/06:195 s. 19 och 34.

© Författaren och Studentlitteratur

skulle även e-post, som innefattas i elektroniska kommunikationstjänster, också kunna innefattas i försändelsebegreppet. Synonyma med begreppet befordras är t.ex. transporteras och expedieras dvs. överföras eller skickas. Alltså skulle, enligt min mening, även e-post kunna bli föremål för befordran. Frågan är då om det är lagstiftarens mening att även sådana försändelser, som också omfattas av bestämmelsen som elektroniska kommunikationstjänster (20 a § LPT), skall kunna bli föremål för övervakning och därmed av chefsöverläkaren kunna öppnas, läsas och kvarhållas.[305]

Även om det i motiven till 22 a § LPT inte explicit berörs, menar jag att denna bestämmelse *inte* omfattar elektroniska försändelser. Inskränkningar i rätten att skicka e-post måste uttömmande anses reglerat av 20 a §. Det torde också vara lagstiftarens avsikt då det i rubriken till definitionerna i lagens motiv talas om "[e]lektroniska kommunikationstjänster och andra försändelser" (förf. kurs.). Sålunda får chefsöverläkaren inte övervaka e-post med stöd av förevarande bestämmelse i LPT, vilket möjligen bör klargöras i kommande lagöversyn. Det sagda ger också anledning att påpeka att inte heller 20 a § ger chefsöverläkaren befogenhet att läsa eller kvarhålla e-post. Den bestämmelsen medger enbart att rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster får inskränkas och att den tekniska utrustningen får omhändertas under den tid beslutet gäller. Det sagda stöds också av motiven av vilka det framgår att lagen inte innebär att chefsöverläkaren eller annan personal ges rätt att avlyssna telefonsamtal eller på annat sätt ta del av innehåll i samband med att patienten använder elektronisk kommunikation.[306]

I det studerade journalmaterialet har det inte förekommit någon försändelseövervakning.

16.13.2 SYFTE OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

Försändelseövervakningens huvudsakliga *syfte* är att motverka att vården eller rehabiliteringen av en patient försvåras genom att patienten missbrukar sin frihet att kommunicera. Ett ytterligare syfte är att motverka att någon annan lider skada, vilket enligt lagens motiv i praktiken ofta sammanfaller med behandlingshänsyn. Åtgärderna har således främst karaktären av sådana tvångsåtgärder som chefsöverläkaren beslutar om inom ramen för behandlingen.[307]

Förutsättningen för att försändelseövervakning skall få vidtas är att åtgärden bedöms nödvändig av sådana hänsyn som anges ovan. Detta

305 19 § LVU, som talar om brev och andra försändelser och som tjänat som förebild till ifrågavarande bestämmelse i LPT tydliggör något i denna fråga.

306 Prop. 2005/06:195 s. 25.

307 Prop. 2005/06:195 s. 25.

© Författaren och Studentlitteratur

innebär, att endast en misstanke om att patienten missbrukar sin rätt till användning av kommunikation inte är tillräcklig. Det skall finnas *tydliga* och *konkreta omständigheter* som visar att patienten har missbrukat sin rätt att skicka försändelser, eller att det finns *välgrundad anledning* att anta att ett sådant missbruk kommer att inträffa, och att denna användning är till men för vården eller rehabiliteringen eller är till skada för någon annan.[308] Därvid anses det ligga i sakens natur att patientens tidigare beteende och aktuella sjukdomstillstånd skall beaktas vid bedömningen om förutsättningarna är uppfyllda. En typisk situation när det kan vara nödvändigt att fatta beslut om övervakning är, enligt motiven, under perioder när patientens sjukdomstillstånd är särskilt allvarligt och denne t.ex. uppvisar maniskt beteende och det har framkommit omständigheter som visar att patienten missbrukar sin rätt till kommunikation.[309]

Ett beslut om övervakning av försändelser, vilket sålunda ger chefsöverläkaren rätt att öppna och ta del av innehållet i en försändelse, utgör ett intrång i den enskildes personliga integritet. Det krävs därför att det görs en noggrann avvägning mellan å ena sidan behovet av åtgärden och å andra sidan hänsynen till patienten. Den enskilde får inte utsättas för onödig kränkning av sin integritet och värdighet (jfr 2, 2 a §§ HSL).

Liksom vid övriga tvångsåtgärder är också proportionalitetsprincipen i 2 a § LPT tillämplig.[310] Av denna följer sålunda att ett beslut om övervakning om möjligt bör avgränsas till att avse kommunikation med en *viss* person eller en *viss* grupp av personer. Av proportionalitetsprincipen följer också att granskningen av en försändelse inte skall vara mer ingående än vad som är nödvändigt med hänsyn till granskningens syfte.[311] Det är också viktigt att framhålla, att även om det föreligger ett beslut om övervakning, vilket får gälla högst två månader,[312] betyder *inte* detta att *alla* försändelser från patienten *regelmässigt* skall övervakas. Det innebär endast att möjligheten finns.[313] Chefsöverläkaren skall göra en bedömning från fall till fall om det är nödvändigt att granska och kvarhålla en försändelse.[314]

Under den tid som ett beslut om övervakning gäller beträffande en viss patient behöver dock inte något ytterligare formellt beslut fattas för att i varje enskilt fall öppna, ta del av och kvarhålla dennes brev. Där-

308 Prop. 2005/06:195 s. 24.
309 Prop. 2005/06:195 s. 24.
310 Se härom avsnitt 6.6.
311 Prop. 2005/06:195 s. 24 f.
312 Se avsnitt 16.13.6.
313 Prop. 2005/06:195 s. 35.
314 Prop. 2005/06:195 s. 25.

© Författaren och Studentlitteratur

emot skall proportionalitetsprincipen beaktas *varje gång* en åtgärd vidtas inom ramen för beslutet om övervakning.[315] Som framgår i det följande har patienten rätt att fritt meddela sig skriftligen med t.ex. advokat eller tillsynsmyndighet. Vilka andra kontakter patienten kan tillåtas ha under ett pågående beslut om övervakning får bedömas av chefsöverläkaren mot bakgrund av proportionalitetsprincipen.[316]

Enligt lagens motiv bör *patienten* vara *närvarande* vid öppning och granskning av en försändelse, om det lämpligen kan ske.[317]

I det studerade journalmaterialet har inte förekommit något fall där det journalförts att försändelseövervakning enligt förevarande bestämmelse förekommit, vilket sannolikt har att göra med den tidsperiod som journalerna avser.[318] Liksom vad gäller inskränkningar i rätten till elektronisk kommunikation har emellertid Socialstyrelsen gjort en uppföljning av de beslut som fattats under perioden 1 juli 2006 t.o.m. den 31 december 2007 avseende patienter som vårdats med stöd av LPT och LRV. Undersökningen visar, att övervakning förekommit som ensamt beslut i 12 fall – samtliga vid vård enligt LRV – och i fyra fall har det beslutats om såväl inskränkningar enligt 20 a § som övervakning enligt 22 a § LPT. Också dessa senare avsåg enbart patienter som vårdades med stöd av LRV. Skälet till övervakning går inte att utläsa ur Socialstyrelsens rapport eftersom både beslut om inskränkningar i rätten till elektronisk kommunikation och övervakning av försändelser redovisas gemensamt.[319]

16.13.3 SÄRSKILT OM FÖRSÄNDELSER TILL SVENSK MYNDIGHET, ADVOKAT M.FL.

Befogenheten att övervaka försändelser är begränsad såvitt gäller försändelser från en patient till en svensk myndighet, advokat, patientens offentliga biträde eller ett internationellt organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål från enskilda. Dessa skall, enligt 22 a § andra stycket LPT, vidarebefordras *utan föregående granskning.* Detta innebär att en patient, även om det föreligger ett formellt beslut om övervakning av försändelser, alltid har rätt att fritt meddela sig skriftligen t.ex. med sitt offentliga biträde eller med tillsynsmyndigheten för att kunna tillvarata sina rättigheter.[320]

315 Prop. 2005/06:195 s. 25.
316 Prop. 2005/06:195 s. 27.
317 Prop. 2005/06:195 s. 25.
318 Se metod och urval avsnitt 1.3.
319 Socialstyrelsen. Elektroniska kommunikationstjänster m.m. Tillämpning och konsekvenser av ny lagstiftning.
320 Prop. 2005/06:195 s. 27.

© Författaren och Studentlitteratur

16.13.4 PERSONKRETS

Enligt 22 a § första stycket LPT får beslut om försändelseövervakning fattas beträffande *en patient*. Liksom vad gäller beslut om inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster gäller det patienter där *intagningsbeslut* är fattat enligt 6 b § LPT och en patient som vårdas i *sluten* psykiatrisk tvångsvård.[321] Övervakning får inte förekomma beträffande patienter som vårdas i öppen psykiatrisk tvångsvård eller patienter som endast formellt kvarhålls på vårdinrättningen i väntan på intagningsbeslut enligt 6 § LPT. Självklart får inte heller frivilligt vårdade patienter utsättas för försändelsekontroll.

På samma sätt som när det gäller beslut enligt 20 a § LPT får beslut om övervakning av försändelser fattas beträffande en viss patient, vilket framgår av lagens ordalydelse. Sålunda får *inga kollektiva beslut* fattas och inte heller beslut som gäller för en särskild avdelning. Det skall i varje enskilt fall göras en samlad bedömning av förutsättningarna för beslutet, och åtgärden får självklart aldrig vidtas i bestraffningssyfte.[322]

16.13.5 BESLUTSBEFOGENHET

Det är *chefsöverläkaren* som skall fatta beslut om övervakning av försändelser, vilket framgår explicit av 22 a § LPT. Av 39 § p. 8 LPT framgår att beslutet inte får delegeras till annan än *specialistkompetent* läkare.[323]

Chefsöverläkarens beslutsbefogenhet har dels motiverats utifrån att åtgärden har karaktären av sådana tvångsåtgärder som chefsöverläkaren beslutar om inom ramen för behandlingen och dels, att chefsöverläkaren har befogenheten att besluta om andra tvångsåtgärder som regleras i LPT. Därutöver torde det, enligt lagstiftarens mening, vara viktigt att i de fall det kan bli aktuellt att fatta ett dylikt beslut, det sker *skyndsamt* för att snabbt avskära möjligheten för patienten att skicka försändelser. Detta senare krav tillgodoses lämpligast om chefsöverläkaren har beslutsbefogenheten.[324]

Det åligger också chefsöverläkaren att, enligt 22 b § LPT, *fortlöpande överväga* om inskränkningen skall upphöra och genast besluta om detta om förutsättningarna inte längre är uppfyllda. Inte heller dessa beslut får delegeras till annan än specialistkompetent läkare (39 § p. 9 LPT).

321 Beträffande patienter som vårdas enligt LRV, se 8 § denna lag.

322 Prop. 2005/06:195 s. 25.

323 Jfr 40 § LPT och 4 kap. 2 § SOSFS 2008:18.

324 Prop. 2005/06:195 s. 25 f.

© Författaren och Studentlitteratur

16.13.6 TIDSGRÄNS

Av 22 b § LPT framgår att ett beslut om försändelseövervakning gäller i *högst två månader*. Det kan noteras att i lagens motiv sägs att chefsöverläkarens beslut "skall gälla under två månader".[325] Detta överensstämmer inte med lagens ordalydelse och får sålunda inte tas till intäkt för att avvika från vad som stadgas i bestämmelsen. Det anses dock av lagstiftaren ligga i sakens natur att beslut kan fattas för *kortare period* än två månader, om ett sådant ingripande är tillräckligt.[326]

Av bestämmelsen framgår vidare att när det inte längre finns förutsättningar för beslutet skall chefsöverläkaren *genast* besluta att övervakningen skall upphöra, vilket skall övervägas fortlöpande. Innebörden av begreppet "genast" är inte närmare kommenterat. Rent lexikaliskt torde det dock innebära att beslutet skall upphöra omedelbart. Det ligger också i linje med vad som anförs i motiven, att så snart förutsättningarna för en övervakning brister i något hänseende skall beslut fattas att häva detsamma.[327]

Om chefsöverläkaren finner att det finns förutsättningar för fortsatt övervakning får, enligt lagens motiv, ett *nytt beslut* med samma maximala giltighetstid som begynnelsebeslutet fattas. Därvid finns heller inte någon begränsning av hur många sådana beslut som skall kunna fattas.[328]

Motivuttalandet ger upphov till följande reflektioner. Det talas om att ett nytt beslut med "samma maximala giltighetstid" får fattas. Skulle detta då innebära, att om ursprungsbeslutet endast omfattade en månad, ett nytt beslut endast skulle få omfatta samma tid? Sannolikt inte. Eftersom lagen medger ett beslut under högst två månader torde ett nytt beslut kunna omfatta den tiden.

Vidare kan man fundera över, liksom vad gäller beslut enligt 20 a § LPT, huruvida konstruktionen med förlängning, *utan att det framgår av lagens text*, kan anses acceptabel från rättssäkerhetssynpunkt. Den enskilde patienten har inte någon rimlig möjlighet att förutse att nya beslut kan komma att fattas vilket de lege ferenda bör beaktas.[329]

Det är viktigt att erinra sig att, vid en förlängning av tvångsåtgärdens giltighet, det ursprungliga beslutet inte bara formlöst kan tillåtas fortlöpa. Det krävs ett *nytt beslut* med nya överväganden av förutsättningarna för åtgärden. Patienten skall delges beslutet formellt, det skall motiveras och patienten skall *underrättas* om hur beslutet kan överklagas.

325 Prop. 2005/06:195 s. 1.
326 Prop. 2005/06:195 s. 31.
327 Prop. 2005/06:195 s. 30.
328 Prop. 2005/06:195 s. 31.
329 Jfr avsnitt 16.10.7.

© Författaren och Studentlitteratur

16.13.7 UNDERRÄTTELSE TILL SOCIALSTYRELSEN

Enligt 22 b § andra stycket LPT skall Socialstyrelsen *utan dröjsmål* underrättas om beslut enligt 22 a §.

För att Socialstyrelsen skall kunna fullgöra sin uppgift som tillsynsmyndighet på bästa möjliga sätt är det viktigt att styrelsen i ett tidigt skede får vetskap om beslut om inskränkning. Socialstyrelsen skall därför utan dröjsmål underrättas om sådana beslut.[330] Vad som avses med "utan dröjsmål" framgår inte av motiven. Socialstyrelsen har anfört att det inte bör ta längre tid än en vecka mellan beslut och anmälan.[331] Enligt min mening finns det ingen anledning att vänta en vecka. Utan dröjsmål torde vara synonymt med "genast" vilket i lagstiftningssammanhang normalt brukar innebära att något skall ske ofördröjligen, dvs. samma dag eller senast dagen efter beslut vilket även borde gälla här.[332] Av SOSFS 2008:18 framgår på vilken blankett underrättelseskyldigheten skall fullgöras.

Underrättelseskyldighet torde gälla också då chefsöverläkaren fattar ett *nytt beslut* om inskränkning även om inskränkningen de facto löper i en följd.

16.13.8 KVARHÅLLANDE AV FÖRSÄNDELSER

Som framgått ovan får chefsöverläkaren, enligt 22 a § första stycket, besluta att övervaka försändelser från en patient om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada. Av bestämmelsen framgår vidare, att "[f]ör detta ändamål får chefsöverläkaren öppna, ta del av och kvarhålla försändelser från patienten".

Lagens ordalydelse ger vid handen att försändelser får kvarhållas för att motverka att *vården eller rehabiliteringen* av patienten försvåras eller för att motverka att någon *annan lider skada*. En försändelse få sålunda inte kvarhållas om det inte är nödvändigt med hänsyn till i bestämmelsen angivna ändamål. I motiven uttrycks detta så att "[f]försändelser som granskats får kvarhållas om det är påkallat." Bedömer chefsöverläkaren att försändelsen kan vidarebefordras till adressaten skall detta ske genast.[333] Det sagda innebär således att ett beslut om övervakning, som kan gälla i

330 Prop. 2005/06:195 s. 35.

331 Socialstyrelsen. Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård. Tillämpning och konsekvenser av ny lagstiftning, s. 19.

332 Jfr t.ex. prop. 1981/82:8 s. 82, prop. 1987/88:147 s. 67 och JO 1993/94 s. 292.

333 Prop. 2005/06:195 s. 26.

© Författaren och Studentlitteratur

högst två månader,[334] inte innebär att alla försändelser skall kvarhållas, utan det krävs ett särskilt övervägande rörande *varje försändelse.*

När det gäller inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt 20 a § LPT, framgår det explicit i bestämmelsen att omhändertagen egendom skall återlämnas till patienten senast när beslutet om inskränkning upphör att gälla. Motsvarande reglering finns *inte* såvitt gäller kvarhållna försändelser. I motiven sägs det däremot, att det ingår "i sjukvårdshuvudmännens ansvar för verksamheten att det finns rutiner för hur kvarhållna försändelser och omhändertagen utrustning skall förvaras och lämnas tillbaka till patienten. Detta kräver inte någon särskild reglering" (kurs. här). Anledningen till att frågan om återlämnande trots detta uttalande reglerats i 20 a §, men inte i 22 a §, framgår inte av förarbetena.[335]

Klart är att kvarhållna försändelser skall återlämnas till patienten. Frågan är vid vilken tidpunkt. Det är därvid självklart, vilket framgår av motiven, att innehållet i en kvarhållen försändelse, i likhet med sådan egendom som omhändertagits med stöd av 21 § LPT, skall lämnas tillbaka till patienten *senast när vården upphör.* Det anses dock följa av proportionalitetsprincipen att bedöms egendom kunna lämnas tillbaka till patienten tidigare bör så ske.[336] Man måste dock fråga sig om det kan finnas skäl att kvarhålla en försändelse sedan beslut om övervakning upphört. Detta är inte närmare analyserat i motiven. Möjligen kan man tänka sig att en försändelse med visst innehåll exempelvis kan medföra att någon annan lider skada även efter det att ett beslut om övervakning de facto upphört. Detta kan ju i så fall gälla även efter det att utskrivning skett. Dock ger inte lagstiftningen möjlighet att förstöra försändelser, utan det kan endast komma i fråga beträffande sådan egendom som anges i 24 § LPT.

16.13.9 DOKUMENTATION

Utöver den dokumentation som skall göras i enlighet med PdL och dess föreskrifter skall chefsöverläkaren se till att journalen för en tvångsvårdad patient också innehåller uppgift om såväl tvångsåtgärd enligt 22 a § LPT, som skälen för åtgärden (2 § p. 10 FPT). Dessutom skall, enligt samma bestämmelse, i FPT noteras att Socialstyrelsen underrättats i enlighet med 22 b § LPT. Dessa föreskrifter i FPT torde gälla såväl vid det första beslutet om övervakning som eventuellt *nya beslut* efter två månader eller annan kortare tid. Enligt 2 § p. 11 FPT skall också uppgift om när det beslutats att tvångsåtgärden upphört journalföras.

334 Se avsnitt 16.13.6.

335 Frågan är inte heller kommenterad av Socialutskottet SoU 2005/06:SoU 28.

336 Prop. 2005/06:195 s. 26, 35.

© Författaren och Studentlitteratur

Eftersom journalanteckningen skall innefatta "uppgift om tvångsåtgärd enligt 22 a § LPT" torde därmed avses såväl själva beslutet om övervakning som åtgärderna att öppna, ta del av och kvarhålla försändelse. Från rättssäkerhetssynpunkt, och även för personalens vidkommande, bör dessutom noteras vilken försändelse som kvarhållits och när den återlämnats. Ett beslut om att kvarhålla en försändelse innebär realiter ett beslut om omhändertagande av egendom.

16.13.10 ÖVERKLAGANDE

Som framgått tidigare är lagstiftarens utgångspunkt att beslut om vårdinnehåll generellt inte skall kunna överklagas till domstol. När det gäller övervakning av försändelser förhåller det sig emellertid annorlunda då ett beslut om en sådan åtgärd kan fattas inte endast utifrån behandlingshänsyn, utan även för att undvika att någon annan lider skada. Därutöver är giltighetstiden för sådana beslut väsentligt längre än för andra tvångsåtgärder, förutom vad gäller inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster som också kan överklagas.

Sålunda har patienten rätt att, enligt 32 § fjärde stycket LPT, överklaga chefsöverläkarens beslut om övervakning enligt 22 a § LPT, vari torde ingå chefsöverläkarens beslut att öppna, ta del av och kvarhålla försändelser från patienten.

Ett beslut om övervakning av försändelser är ett beslut fattat av en myndighet vilket innebär att FL:s regler skall tillämpas. Det är också fråga om ett beslut som avser myndighetsutövning mot någon enskild. Detta medför att beslutet skall motiveras och patienten skall *underrättas* om innehållet i beslutet (20, 21 §§ FL). Eftersom beslutet är överklagbart (32 § fjärde stycket LPT) skall patienten också underrättas om hur han kan överklaga detsamma (21 § FL). Myndigheten bestämmer själv om underrättelsen skall ske muntligt, genom vanligt brev eller på något annat sätt, men underrättelsen skall alltid ske skriftligt om patienten begär det (21 § tredje stycket FL). Lagstiftaren har framhållit att det är av stor vikt att det inte vidtas åtgärder beträffande patientens kommunikation utan att denne underrättas om beslutet.[337]

16.13.11 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Liksom vad som anförts rörande förbudet att använda elektroniska kommunikationstjänster bör framhållas, att förlängningar av övervakningsbeslut synes kunna göras utöver den i 22 b § medgivna tiden. Det framgår

337 Prop. 2005/06:195 s. 31.

© Författaren och Studentlitteratur

emellertid inte av lagens text att så kan ske utan endast i förarbetena till lagstiftningen. Det är inte acceptabelt från rättssäkerhetssynpunkt då den enskilde patienten inte har någon rimlig möjlighet att förutse att nya beslut kan komma att fattas, vilket de lege ferenda bör beaktas.

16.14 Kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning

16.14.1 ALLMÄNT

Varje medborgare åtnjuter, enligt 2 kap. 6 § RF, i förhållande till det allmänna ett skydd mot påtvingat kroppsligt ingrepp, kroppsvisitation och husrannsakan. Skyddet är endast relativt och kan, i enlighet med 2 kap. 12 § RF, inskränkas genom lag.[338] 23 § LPT ger lagstöd för och befogenhet att under vissa förutsättningar och i vissa syften genomföra en kroppsvisitation eller en ytlig kroppsbesiktning på en patient som vårdas enligt lagen. Förevarande tvångsåtgärder kan även komma i fråga innan det fattats beslut om intagning i enlighet med vad som framgår i 6 § andra stycket LPT.

Bestämmelsen är, liksom övriga tvångsåtgärder, fakultativt utformad. Åtgärderna *får* vidtas, men det krävs ett särskilt övervägande i varje enskilt fall. LPT ger sålunda *inte* lagstöd för någon kollektiv undersökning av ren rutin.

Ett beslut om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning kan inte överklagas (32, 33 §§ LPT).

16.14.2 BEGREPPEN KROPPSVISITATION OCH YTLIG KROPPSBESIKTNING

Begreppen kroppsvisitation, kroppsbesiktning och ytlig kroppsbesiktning förekommer flerstädes i lagstiftningen i och för delvis olika syften.[339] Som inledningsvis framgått[340] avses med *kroppsvisitation* i RF (2 kap. 6 §) en undersökning av en persons kläder eller av det som han eller hon bär med sig, t.ex. en väska. Ett sådant ingrepp riktar sig alltså *inte* mot vederbörandes kropp varför det anses vara av lindrigare slag än ett kroppsligt ingrepp.[341] I RF:s mening anses sålunda, till skillnad från en kroppsvisitation, en kroppsbesiktning som en form av kroppsligt ingrepp.[342] Även

338 Se avsnitt 3.4.5.

339 Se t.ex. 17 § LVU, 32 § LVM.

340 Se avsnitt 3.4.5.

341 SOU 1975:75 s. 199.

342 Rättighetsskyddsutredningen (SOU 1978:34) delade in lagenliga inskränkningar i grundlagsskyddet i fyra olika grupper. Under den första gruppen (a) hänfördes sådana påtvingade kroppsliga ingrepp som innebär våld mot människokrop-

© Författaren och Studentlitteratur

om begreppet ytlig kroppsbesiktning inte förekommer i RF torde en sådan undersökning ändå inbegripas av skyddet. En kroppsbesiktning är av mera ingripande natur än en *ytlig kroppsbesiktning*, men det är ändå fråga om en – låt vara okulär – besiktning av kroppen, vilket i sin tur är ett större ingrepp än en kroppsvisitation.[343]

I LPT finns ingen legaldefintion av begreppen. Av lagens motiv framgår emellertid, att med *kroppsvisitation* avses kontroll av en patients kläder, persedlar, väskor eller något annat som patienten för med sig, däremot inte av patientens kropp.[344] Något oegentligt innebär alltså en kroppsvisitation att patientens kropp inte får undersökas. Motivuttalandet ger emellertid upphov till frågeställningen om det endast är sådant som patienten *för med* sig som får undersökas eller om även sådant som patienten *bär på* sig kan omfattas.

Jämförs med innebörden av motsvarande begrepp i 28 kap. 11 § RB, som betraktas som en baslag när det gäller tvångsbefogenheter av den här typen,[345] avses med kroppsvisitation en undersökning av kläder och annat som någon bär på sig samt av väskor, paket och andra föremål som någon har med sig. Att den undersöktes kläder och annat som han bär på sig kan sökas igenom innebär, att man känna såväl utanpå kläderna som i fickor och liknande och man får också närmare granska det som finns däri.[346] Även annat som den enskilde bär på sig, t.ex. ryggsäck, axelremsväska, plånbok, fordral, klocka, eller amulett kan undersökas.[347] Väskor, paket och andra föremål som den undersökte har med sig, kan också bli föremål för en kroppsvisitation, även om begreppet i ett sådant sammanhang förefaller inadekvat. Med "andra föremål" avses t.ex. shoppingvagnar, bagagelådor, barnvagnar, kartonger och förvaringskärl av olika slag. Genom att använda ordet "föremål" utesluts sådana lösa saker som exempelvis bilar, båtar och andra större transportfordon.[348] Det innebär sålunda en viss avgränsning att begreppet "föremål" används i lagtexten. Från kroppsvisitationsområdet utesluts, sägs i propositionen, inte bara fasta föremål, utan

---

pen såsom kastrering och transplantation. Till grupp (b) bestämdes påtvingade kroppsliga ingrepp i annat fall, dvs. då det är fråga om kroppsbesiktning såsom läkarundersökning, smärre ingrepp av typen vaccination, tagande av blodprov och fingeravtryck. Grupp (c) innefattade kroppsvisitation, dvs. undersökning av någons kläder eller väska som någon bär med sig och grupp (d) rörde våldsutövning för genomförande av vissa förvaltningsuppgifter.

343 Gustafsson 2001 s. 562.

344 Prop. 1990/91:58 s. 148 och 263.

345 Gustafsson 2001 s. 563.

346 Prop. 1993/94:24 s. 40.

347 Prop. 1993/94:24 s. 27, 40.

348 Prop. 1993/94.24 s. 41.

© Författaren och Studentlitteratur

även sådana lösa saker som skåp, containers och andra större transportlägenheter.[349] Genom lokutionen "har med sig" utesluts också herrelösa föremål och sådana förvaringsutrymmen som inte är transportabla.[350]

För att man emellertid skall kunna säga att en person har med sig ett föremål krävs det att han har egendomen *under sin fysiska kontroll.* Att man tillfälligt ställt ifrån sig någonting på marken utesluter inte en kroppsvisitation. Däremot kan föremål där det är osäkert vem som föremålet tillhör, inte undersökas inom ramen för en kroppsvisitation. Är det fråga om t.ex. en övergiven väska blir det i stället fråga om husrannsakan – om den kan betraktas som slutet förvaringsställe.[351] Det krävs alltså att man alltid kan peka ut en bestämd person som innehavare till föremålet. Äganderätten till detsamma har däremot ingen betydelse.[352] Det har heller ingen betydelse om väskan, paketet eller föremålet är låst eller på annat sätt tillslutet. Kroppsvisitation får ske av väskor, paket och andra föremål "utan någon begränsning", och då inte bara av öppna utan även av låsta eller på annat sätt slutna föremål.[353]

Begreppet *ytlig kroppsbesiktning* förekommer inte i RB. Ytlig kroppsbesiktning anses emellertid vara en av flera former av undersökningar som ryms under begreppet kroppsbesiktning.[354] Varje undersökning av kroppen, antingen den endast är okulär eller mer ingående är sålunda att betrakta som kroppsbesiktning.[355]

Enligt förarbetena till LPT avses med en ytlig kroppsbesiktning en *yttre granskning av kroppen.* Undersökningen kan gå till så, sägs i motiven, att patienten ombeds att ta av sig kläderna och stå upp, varefter den som utför besiktningen granskar de delar av kroppen som är synliga samt fotsulorna. Även huvudhåret och armhålorna får granskas. I övrigt är det inte tillåtet att be den som skall undersökas att inta särskilda ställningar för att de för ögat annars dolda delarna av kroppen skall kunna iakttas, inte heller att undersöka munhåla eller annan hålighet eller beröra patientens nakna kropp för att undersöka delar av denna. Om så sker blir det fråga om fullständig kroppsbesiktning.[356]

Med *fullständig kroppsbesiktning* avses en undersökning också av kroppens håligheter: mun, näsa, ändtarm, vagina[357]och det är sålunda

349 Prop. 1993/94:24 s. 41.
350 Prop. 1993/94:24 s. 27, 40 ff.
351 Bylund i Ekelöf, Rättegång III, Sjunde upplagan s. 122.
352 Prop. 1993/94:24 s. 42.
353 Prop. 1993/94:24 s. 42.
354 Prop. 1993/94:24 s. 60.
355 Prop. 1990/91:58 s. 263.
356 Prop. 1990/91:58 s. 263.
357 Prop. 1990/91:58 s. 148.

© Författaren och Studentlitteratur

inte tillåtet med stöd av LPT.[358] Det måste framhållas, att undersökningar kan behöva göras av en patient av *medicinska skäl*.[359] Därvid utgör 23 § LPT inget hinder, utan den reglerar endast när kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning vidtas i andra syften.

Ovan nämndes, att om t.ex. en övergiven väska skall undersökas blir det fråga om en husrannsakan om den kan betraktas som slutet förvaringsställe. Enligt 2 kap. 6 § RF skyddas varje medborgare i förhållande till det allmänna mot husrannsakan och liknande intrång. Med husrannsakan förstås därvid varje av myndighet företagen undersökning av hus, rum eller slutet förvaringsställe oavsett syftet med undersökningen.[360] Detta skydd anses också gälla i förhållande till intagna i kriminalvårdsanstalt, häktade, anhållna m.fl. utan hinder av att de berövats sin frihet.[361] Skyddet i RF är inte absolut, utan det kan begränsas genom bestämmelse i lag. Klart är också, att även den som är fängslad har rätt att åberopa en rätt till ett privatliv under Europakonventionens artikel 8:1 och att staten måste svara upp mot detta genom att rättfärdiga integritetskränkande åtgärder med stöd av artikel 8:2.

Kontroll av patienternas rum torde definitionsmässigt vara anse som en husrannsakan.[362] JO har därvid i ett ärende (dnr 4090-2001) anfört, att vårdgivaren har ett ansvar för vårdens bedrivande och att ordning och säkerhet upprätthålls på vårdinrättningen och att kontroll av patienternas bostadsrum kan vara ett nödvändigt led i uppfyllandet av detta ansvar. Något uttryckligt lagstöd för att kunna vidta sådana åtgärder finns emellertid inte. I ett lagstiftningsärende rörande kriminalvården år 1978 berördes frågan om husrannsakan och liknande intrång på anstalterna.[363] Föredragande statsråd fann då att själva frihetsberövandet fick anses innebära en rättighetsinskränkning av så övergripande och vittgående slag att undersökningar av förvaringslokalen eller av egendom inom denna i jämförelse därmed framstod som helt underordnade åtgärder. Vidare anfördes att de intagna inte kunde tillerkännas någon egentlig besittningsrätt eller dispositionsrätt över förvaringslokalen i förhållande till myndigheterna. Departementschefen fann, att det låg i sakens natur att undersök-

358 Som kroppsbesiktning räknas dessutom provtagning från människokroppen och undersökning av sådana prov, t.ex. utandnings-, blod-, avförings-, urin-, saliv-, hår- och sekretprov. Se Bylund i Ekelöf, Rättegång III. Sjunde upplagan s. 123.

359 Prop. 1990/91:58 s. 149.

360 Prop. 1973:90 s. 246. Prop. 1975/76:209 s. 147.

361 Prop. 1978/79:62 s. 26. Se även JO 1993/94:JO1 s. 81, där ett omhändertagande av handlingar i en cell i ett häkte bedömdes som ett beslag i samband med husrannsakan.

362 Jfr Gustafsson 2001 s. 573 ff.

363 Prop. 1978/79:62 s. 28 f.

© Författaren och Studentlitteratur

ning av lokaler som nyttjas för förvaring av den som har berövats friheten får företas utan särskilt författningsstöd i den utsträckning som behövs för ett effektivt vidmakthållande av frihetsinskränkningen. Detsamma gäller i fråga om all den egendom som finns inom förvaringslokalen så länge den kan undersökas utan att de intagnas kroppsliga integritet träds för när. Någon skillnad härvidlag behöver inte heller göras mellan egendom som finns i gemensamma utrymmen inom förvaringslokalen och egendom som den intagna har hos sig i bostadsrummen. Mot bakgrund av det anförda fanns det inte skäl att lägga fram något förslag till lagreglering på kriminalvårdens område av de berörda kontrollåtgärderna.[364] JO har anfört, att motsvarande synsätt torde göra sig gällande vad avser möjligheten att undersöka en tvångsvårdad patients bostadsrum, trots att uttryckligt stöd för detta saknas i lagstiftningen.

16.14.3 SYFTE OCH FÖRUTSÄTTNINGAR

Med stöd av LPT/LRV får sålunda endast vidtas kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning för kontroll att patienten inte innehar sådan otillåten egendom som avses i 21 § LPT, t.ex. alkohol, narkotika, sprutor, kanyler eller annan egendom som kan skada eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen. *Syftet* är sålunda att förhindra att narkotika och annan skadlig egendom förekommer på en vårdinrättning.

Är det fråga om en patient vars rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster är inskränkt, får åtgärderna vidtas även för kontroll patienten inte innehar sådan utrustning som avses i 20 a § LPT, dvs. teknisk utrustning.[365] Lagens ordalydelse innebär därvid, att för att få kontrollera om sådan utrustning innehas, krävs att det finns ett *beslut som inskränker* rätten att t.ex. använda dator eller annan teknisk utrustning.

En *förutsättning* för att åtgärden skall få vidtas är att det är nödvändigt. Det krävs sålunda ett övervägande *i varje enskilt fall* om det behövs i och för ovan nämnda syfte. Det framhålls också i lagens motiv, att avsikten inte är att sådana åtgärder skall vidtas rutinmässigt, utan i det särskilda fallet måste alltid en bedömning göras av om åtgärden är befogad. Det måste således, sägs det, finnas någon konkret anledning för att få tillgripa åtgärderna.[366] Det sagda innebär sålunda, att LPT inte medger någon generell undersökning i form av allmän inpasseringskontroll såsom t.ex. enligt 29 a § KvaL.[367]

364 Se även JO 1997/98 s. 190.

365 Se avsnitt 16.10.

366 Prop. 1990/91:58 s. 263 och prop. 2005/06:195 s. 35.

367 Se prop. 2003/04:3 s. 19 ff. rörande den närmare innebörden av allmän inpasseringskontroll i KvaL.

© Författaren och Studentlitteratur

Av proportionalitetsprincipen i 2 a § LPT följer att åtgärderna inte får göras mer ingående än vad ändamålet med åtgärden kräver. I motiven till 1991 års lag anförs också, att det alltid bör prövas om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning kan begränsas till vissa moment.[368] 2 a § medför även att tvång skall utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. Detta torde bl.a. innebära att åtgärder som rör en kvinna bör vidtas av kvinnlig personal eller av läkare eller sjuksköterska.[369] Med hänsyn till åtgärdernas karaktär skall, om möjligt, *ett vittne* vara närvarande när de genomförs.

Av studerat journalmaterial kan konstateras, att förevarande åtgärder förekommer i drygt 15 %. Generellt kan sägas att bestämmelserna inte förefaller att tillämpas med noggrannhet och respekt som krävs vid användningen av tvångsåtgärder. I allmänhet framgår det inte av journalerna vilken åtgärd som vidtagits, *varför* detta skett eller *vilka överväganden* som gjorts i det enskilda fallet om dess nödvändighet eller om vittne varit närvarande. Några exempel kan illustrera vad som förekommer.

> (7 A) Under journalrubriken Visitering noterar sjuksköterska: 070213 "Visitering genomförd."

För det första framgår det inte vilken konkret anledning som förelegat för att "visitationen" skulle anses nödvändig. För det andra kan man fråga sig vad det betyder att patienten är "visiterad". Är det fråga om en kroppsvisitation eller en ytlig kroppsbesiktning? Eftersom en kroppsvisitation kan sägas vara av lindrigare art än en ytlig kroppsbesiktning måste det, för den enskildes rättssäkerhet, anges vilken åtgärd det är fråga om. Vidare är det chefsöverläkaren eller delegat, vilket endast kan vara en läkare (39 § LPT), som skall fatta beslut om åtgärden. Inte heller detta synes vara uppfyllt.

> (3 F) 060826 noterar sjuksköterska: "Åter med polis kl. 15.30. Visiterad." (kurs.här)

I fallet 3 F noterar läkare två dagar senare, dvs. 28 augusti, under rubriken "Omhändertagande, egendom..." att

> [v]id kroppsbesiktning i samband med patientens återkomst med polis omhändertogs injektionssprutor. (kurs. här)

368 Prop. 1990/91:58 s. 263 f.

369 Prop. 1990/91:58 s. 264. I 1991 års lag fanns en proportionalitetsregel i 23 § LPT med en sådan innebörd. Denna regel togs bort när proportionalitetsreglerna i 2 a och 2 b §§ infördes år 2000.

© Författaren och Studentlitteratur

Inte heller här har noterats vilket åtgärd som vidtogs vid det första tillfället, varför den vidtagits eller vem som har fattat beslutet, vilket är förbehållet chefsöverläkaren. Läkaranteckningen några dagar senare gör omständigheterna än mer oklara med hänsyn till att det nu talas om *kroppsbesiktning*, vilket över huvud taget inte är tillåtet med stöd av LPT.

> (9 A) i journalanteckning 051031 noteras: "Eftersom pats *väskor* redan *visiterades* vid intagningen, vet man vad som finns i dem". (kurs. här)
>
> (8 C) i journalen noteras 050708 av skötare, att patienten varit hemma med personal för att hämta kläder: "*Väskan är visiterad* vid ankomst till avd." (kurs. här)
>
> (10 C) I journalanteckningar 060416 noterar skötare att patienten återkommit en timme för sent efter permission. "Blir taggig och upprörd då vi *visiterar henne.* Personal omhändertar tändare och tändstickor ifrån *jackfickan.*" (kurs. här)
>
> (13 B) 051228 noterar UI/ST: "Under gårdagen har patienten *efter visitation* och efter att /.../ frågat henne om hon hade någonting att tända eld med smugglat in en tändare som hon hade i *strumpan*, tänt eld på sängkläder."

Uppenbarligen har i nyss anförda fall en kroppsvisitation ägt rum; patienternas väskor respektive jackficka har undersökts. Varför åtgärderna vidtagits uppges inte, och det talas enbart om "visitering" vilket innebär att man inte kan utesluta att det även kan han genomförts en ytlig kroppsbesiktning, eller kanske en kroppsvisitation vilket inte får ske. I de fall skötare gjort noteringen framgår inte heller om det eventuellt finns ett chefsöverläkarbeslut i bakgrunden, vilket krävs. Inte heller anges i något fall om vittne varit närvarande.

Förfarandet visar på en tillämpning som inte är i enlighet med lagstiftningen och ett mönster i tillämpningen från fler än en klinik. Det är fråga om integritetskränkande åtgärder som inkräktar på grundlagsstadgade fri- och rättigheter och som bara får vidtas under i lagen angivna förutsättningar, inte som rutinåtgärder. Den bristfälliga tillämpningen är allvarligt från rättssäkerhetssynpunkt.

16.14.4 PERSONKRETS

Den person som kan komma i fråga för en kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning är, enligt ordalydelsen i 23 §, *en patient.* Besökare till patienten eller andra som inte är att anse som patienter enligt LPT kan sålunda *inte* bli föremål för en dylik åtgärd. Utifrån bestämmelsens inplacering i lagen kan vidare konstateras att ifrågavarande bestämmelse

© Författaren och Studentlitteratur

enbart är tillämplig på patienter som vårdas inom den *slutna* psykiatriska tvångsvården. Åtgärderna får alltså inte vidtas beträffande patienter i den öppna tvångsvården eller patienter som vårdas med stöd av HSL.

Journalgenomgången ger vid handen att det förekommer att även patienter som vårdas med stöd av HSL har fått genomgå någon form för kontroll av att otillåten egendom inte innehas.

> (11 A) i journalanteckning av sjuksköterska 060421 noteras "Visitation: Har inget med sig mer än sina kläder".

Patienten vårdades vid tillfället *med stöd av HSL*. Vården konverterades visserligen till vård med stöd av LPT, men inte förrän den 23 april, dvs. två dagar efter det att "visitationen" genomfördes. Det går inte av journalanteckningen att utläsa om det är en kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning som vidtagits, vilket är en iakttagelse som gäller generellt. Det är synnerligen anmärkningsvärt med hänsyn till åtgärdernas integritetskränkande karaktär. Det framgår inte heller vem som fattat beslut om åtgärden. Som visar sig i det följande skall chefsöverläkaren, eller annan läkare till vilken delegation givits, fatta ett dylikt beslut. I ovan anfört exempel synes sjuksköterska ha fattat beslutet, vilket sålunda inte är tillåtet.

Som utvecklats ovan rörande förbud mot innehav av viss egendom[370] kan ifrågasättas om inte kroppsvisitation och ytligkroppsbesiktning, liksom omhändertagande av otillåten egendom, även skall kunna genomföras på patienter som *intagits med stöd av HSL*. Den sociala tvångslagstiftningen, 33 § LVM och 18 § LVU, ger möjlighet till detta för att hålla institutioner fria från narkotika och annan egendom som kan föranleda skada. Samma synsätt torde enligt min mening kunna göra sig gällande inom psykiatrin. Patienter som vårdas med stöd av HSL kan ju i princip vara lika sjuka som den som är tvångsintagen och inneha egendom som kan ställa till skada på såväl människor som egendom.

16.14.5 BESLUTSBEFOGENHET

Det är *chefsöverläkaren*, eller delegat (jfr 39 § LPT)[371] som, enligt 23 § andra stycket LPT, har att besluta om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning.

370 Se avsnitt 16.11.

371 Se även 40 § LPT och 4 kap. 2 § SOSFS 2008:18.

© Författaren och Studentlitteratur

16.14.6 DOKUMENTATION

Utöver vad som följer av PdL skall i patientens journal noteras uppgift om tvångsåtgärder enligt 23 § LPT, jämte *skälen* för åtgärden.

Som framgått ovan används i journalerna inte de begrepp som anges i lagen, nämligen kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, utan det talas i princip genomgående om *visitation*. Det är en allvarlig brist eftersom det bl.a. från den enskildes rättssäkerhetssynpunkt är synnerligen viktigt att man inom hälso- och sjukvården använder sig av korrekta begrepp och korrekta sökord i databaserade patientjournaler så att det står klart vilken åtgärd som vidtagits. Det är också fråga om två olika åtgärder där den ytliga kroppsbesiktningen kan sägas vara mer integritetskränkande än en kroppsvisitation. Som JO har framhållit, förutsätter systemet med på förhand givna sökord att sökorden på ett korrekt sätt återspeglar innebörden av den vidtagna åtgärden och att sökorden används på ett konsekvent sätt. I annat fall kan det uppstå missförstånd och tveksamhet om innebörden av den åtgärd som har vidtagits, och journalerna riskerar dessutom att bli svåröverskådliga.[372]

16.14.7 AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning har förekommit i drygt 15 % av studerade journalhandlingar. Det kan därvid generellt konstateras, att det i princip aldrig framgår *varför* åtgärden vidtagits eller vilka överväganden som gjorts om åtgärdens nödvändighet i det enskilda fallet. Det framgår heller aldrig om något vittne varit närvarande vid "åtgärden".

Studiet av journalmaterialet ger vidare vid handen, att man generellt i talar om "visitering" och sålunda inte anger om det är fråga om en kroppsvisitation eller en ytlig kroppsbesiktning. Detta är allvarligt från rättssäkerhetssynpunkt eftersom en ytlig kroppsbesiktning är av långt mer integritetskränkande slag än en kroppsvisitation. Det skall vidare poängteras, att dessa åtgärder kräver ett beslut av chefsöverläkare eller behörig delegat. Inte heller detta går att utläsa av de journaler som studerats, vilket är anmärkningsvärt.

Journalgenomgången visar vidare, att även patienter som vårdas *frivilligt* med stöd av HSL har fått genomgå någon form av "visitering". Det är naturligtvis synnerligen anmärkningsvärt med hänsyn till att lagen icke medger detta. Som anförts tidigare rörande förbud mot innehav av viss egendom bör emellertid, enligt min mening, övervägas om inte kropps-

372 JO dnr 2172-2006.

© Författaren och Studentlitteratur

visitation och ytlig kroppsbesiktning skall få genomföras även på patienter som vårdas med stöd av HSL på en psykiatrisk klinik, liksom vad gäller för frivilligt vårdade klienter på LVM-hem och § 12-hem.[373] Behovet av att hålla institutionerna fria från missbruksmedel och annat som kan vara till men för vården eller ordningen torde vara detsamma inom psykiatrin.

16.15 Besöksinskränkningar

LPT innehöll i 1991 års lydelse en bestämmelse, som gav chefsöverläkaren rätt att besluta om inskränkningar beträffande besök hos patienten om det behövdes från behandlingssynpunkt (18 § andra stycket LPT). Rätten att besluta kunde delegeras till annan läkare vid sjukvårdsinrättningen om det fanns särskilda skäl. Denna bestämmelse togs emellertid bort i och med att lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård trädde i kraft den 1 januari 1997.

Lagen om besöksinskränkningar gäller beträffande besök på vårdinstitutioner och sjukvårdsinrättningar till dem som är tvångsintagna för vård bl.a. enligt LPT och LRV. Enligt lagen får *huvudmannen* för en sjukvårdsinrättning besluta om allmänna besökstider (1 §). Lagen innebär även att huvudmannen för sjukvårdsinrättningen i särskilda fall får besluta om inskränkningar i besök till patienter (3 §). Det kan ske om det är nödvändigt med hänsyn till vårdens bedrivande, risken för överförande av smitta eller skyddet av enskilda vårdtagares personliga integritet. Beslutet kan vara generellt eller avse en viss eller vissa personer och det får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol (5, 6 §§).

Det sagda innebär emellertid också, att chefsöverläkaren vid en sjukvårdsinrättning *inte* har en på lag grundad rätt att besluta om inskränkningar beträffande besök hos patienter. Det måste göras av huvudmannen för sjukvårdsinrättningen, dvs. vårdgivaren.[374] I enlighet med allmänna regler kan dock huvudmannen *delegera* rätten att fatta beslut till chefsöverläkaren, varför ett sådant beslut måste införskaffas innan patienterna nekas några besök.[375]

Journalgenomgången ger vid handen, att det endast i ett fåtal fall förekommer meddelade besöksinskränkningar.[376] Huruvida det därvid fun-

373 Se avsnitt 16.11.

374 Härvid bortses från sådana fall som avses i 4 § i besöksinskränkningslagen, dvs. när 8 § andra stycket LRV är tillämplig.

375 Prop. 1995/96:196 s. 17. Jfr JO dnr 2172-2006.

376 I fall (3 B) 061003 noterar skötare "Inga besök under helgen" och i fall (3 F) noterar läkare i daganteckning den 17 juni 06: "Patienten har således intagit narkotika på avdelningen och av detta blivit psykotisk. Får nu endast ta emot bevakade besök."

© Författaren och Studentlitteratur

nits ett formellt delegationsbeslut från huvudmannen, dvs. vårdgivaren, går inte att utläsa av journalhandlingarna.[377]

377 I beslut (dnr 4488-2004, 2004-12-15) anför JO att det självfallet inte är godtagbart att beslut om besöksinskränkning har fattats utan att läkaren har haft behörighet därtill. Se även JO dnr 3401-2002 och dnr 4090-2001 som framhåller att ett delegationsbeslut skall finnas dokumenterat.

© Författaren och Studentlitteratur

Sammanfattning

17.1 Inledning

All vård som ges inom hälso- och sjukvården är som huvudregel av frivillig karaktär. Generellt har en patient i princip oinskränkt rätt att avstå från vård och behandling, vilket gäller såväl inom psykiatrin som inom andra vårdområden. Vård mot den enskildes vilja kan endast komma i fråga under de förutsättningar som anges i särskilda tvångslagar. LPT, som är en undantagslag inom hälso- och sjukvårdslagstiftningen, ger därvid erforderligt lagstöd för tvångsvård och andra särskilda tvångsåtgärder under vårdtiden, dock efter ett strikt iakttagande av de rekvisit som måste vara uppfyllda för att lagen och enskilda bestämmelser däri skall få tillämpas.

När LPT infördes 1992 var syftet med lagen och dess utformning att anpassa densamma till den utveckling mot en starkt begränsad användning av tvångsvård som ägt rum årtiondena innan. Med de legala förutsättningarna för tvångsvård avsåg lagstiftaren påvisa att tvång skall vara en *sista utväg* för att hjälpa en människa som är psykiskt sjuk. För dem som har att bedöma om förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda, dvs. såväl chefsöverläkare som domstolar, bör det stå klart, uttalades i motiven, att avgörandet skall ske efter en noggrann prövning av olika vägar att hjälpa patienten, vilket också förutsätter en tillfredsställande utredning och en insiktsfull värdering av olika omständigheter kring den enskilde. En reglering av vårdtiderna har också avsetts tjäna som ett viktigt stöd för att tvångsvården generellt skall inriktas mot korta vårdtider.[1]

Från lagstiftarens sida har den enskildes rättssäkerhet, både vad avser lagens utformning och dess tillämpning, särskilt accentuerats. Förevarande framställning koncentreras till LPT och har utarbetats i syfte att fastställa vilka rättssäkerhetsgarantier lagen innehåller samt att söka utröna huruvida rättssäkerhetskravet faktiskt tillgodoses genom lagstiftningens utformning och dess tillämpning. Därvid har legaliteten, och därmed

1 Kapitel 2.

© Författaren och Studentlitteratur

förutsebarheten och kontrollerbarheten, trätt i förgrunden. Ytterligare en dimension i detta är det av lagstiftaren uttalade kravet på restriktivitet när lagen tillämpas.[2]

I förevarande kapitel sammanfattas viktigare iakttagelser som framkommit i undersökningen. För en grundligare beskrivning av vad som framkommit hänvisas till vad som anförts i framställningen ovan.

17.2 Psykiatrisktvångsvård och rättssäkerhet

Beträffande *lagens utformning* torde generellt kunna sägas, att rättssäkerhetskravet formellt sett är tillgodosett genom att lagen innehåller en rad förfaranderegler med reglerade tidsfrister, krav på domstolsprövning och därmed sammanhängande särskilda rättssäkerhetsgarantier och lagstadgade möjligheter att överklaga vissa beslut. Lagen innehåller också särskilda *rekvisit* för att såväl tvångsvården i sig skall kunna komma i fråga som för att särskilda tvångsåtgärder under pågående sluten psykiatrisk tvångsvård skall få användas.

Det finns emellertid också en rad brister i lagstiftningen som innebär en fara ur rättssäkerhetssynpunkt. Som exempel kan nämnas att det i lagens 19 § talas om att *fastspänning* får ske "kortvarigt" och den närmare innebörden av begreppet kortvarigt är endast vagt preciserat i lagens motiv. Oaktat att tillsynsmyndigheten i sina föreskrifter noggrant bestämt innebörden bör det i lagen tydligt anges vilken tid som avses. Det ökar förutsebarheten för den enskilde och sätter tydliga gränser för tillämparna.[3]

Vidare menar jag att, i likhet med vad som gäller i fråga om de sociala tvångslagarna, är det en allvarlig brist att innebörden av begreppen *kroppsvisitation* och *ytlig kroppsbesiktning* inte är definierade i LPT.[4] Konsekvensen kan bli att den personal som ges befogenhet att genomföra tvångsåtgärden inte känner dess gränser och vidtar åtgärder som inte är tillåtna. Att en legaldefinition i LPT saknas kan också ha medverkat till att man i den praktiska tillämpningen generellt talar om "visitering" vilket inte är korrekt och uttryckssättet ger ingen information om vilken åtgärd som faktiskt vidtagits. Också från patientens synvinkel är det viktigt att denne på ett relativt enkelt sätt kan få kännedom om vilka åtgärder som kan komma att vidtas mot honom eller henne. EKMR kräver att den inhemska lagen ger ett skydd mot godtycke, att den är tillgänglig för den enskilde och dessutom tillräckligt precis för att myndigheternas beslut skall

2 Avsnitt 9.3.

3 Avsnitt 16.8.8.

4 Kapitel 16.14.

© Författaren och Studentlitteratur

kunna förutses av medborgarna. LPT, liksom de sociala tvångslagarna, brister i detta avseende.[5] Det bör också, de lege ferende, övervägas om inte ett beslut om avskiljande bör kunna överklagas i likhet med vad som gäller enligt LVU och LVM.

En ur förutsebarhetssynpunkt remarkabel brist är även det faktum att det i LPT inte explicit framgår att en tvångsvårdad patient kan *tvångsmedicineras* sedan beslut om intagning fattats.[6] Det finns reglerat hur hälso- och sjukvården kan förfara *före* intagningsbeslutet. Rättssäkerhetskravet gör sig emellertid lika starkt gällande även efter intagningen och det bör sålunda framgå direkt av lagen att tvångsmedicinering kan förekomma och under vilka förutsättningar detta får ske. De lege ferenda bör även noga utredas och övervägas om inte patienten skall ha möjlighet att överklaga behandlingsbeslut, eller i vart fall kunna påkalla någon form av kontroll, *innan* för patienten ingripande behandlingsåtgärder vidtas.

Lagen skulle också kunna tydliggöras vad gäller frågan om närifrån tiden skall börja beräknas då det gäller beslut om intagning för tvångsvård. Enligt 6 b § skall frågan om tvångsvård avgöras skyndsamt och senast 24 timmar efter patientens *ankomst till vårdinrättningen*. Den praktiska tillämpningen visar emellertid att klinikerna beräknar ankomsttiden på olika sätt och att problem kan uppstå beroende på om vårdintyget utfärdas utanför sjukvårdsinrättningen eller på densamma.[7]

Vad gäller de *materiella* förutsättningarna för tvångsvård, dvs. de grundläggande rekvisiten för att tvångsvård över huvud taget skall kunna komma i fråga, visar förevarande undersökning att rekvisiten är vagt formulerade och att de ger utrymme för en tämligen vidsträckt tolkning och tillämpning. Även om rekvisiten är vaga anger de dock handlingsramarna för myndigheterna och utgör den värderingsbas som rättstillämparna har att bygga sina ställningstaganden på. Rekvisiten har utformats utifrån tanken att rättssäkerheten inte främjas påtagligt om förutsättningarna beskrivs med någon ytterligare detaljeringsgrad. Det sagda mot bakgrund av lagens krav på en allsidig utredning om alternativa vårdmöjligheter innan tvångsvård beslutas. Från rättssäkerhetssynpunkt blir det framför allt angeläget, sägs i motiven, att bevaka att en tillfredsställande ordning erbjuds för prövning av att utredningskravet iakttas så att tvångsvård i realiteten inte används annat än som sistahandslösning.[8]

Vilket utredningsmaterial domstolarna har till sitt förfogande när man prövar en fråga om fortsatt vård, förutom chefsöverläkarens ansökan och

5 Gustafsson 2001 s. 628.

6 Avsnitt 14.5.

7 Kapitel 10.

8 Prop. 1990/91:58 s. 97.

© Författaren och Studentlitteratur

vad som framkommer vid den muntliga förhandlingen, går inte att utläsa av det empiriska rättsfallsmaterialet. Med hänsyn till att det regelmässigt hänvisas till vad som framgår av chefsöverläkarens ansökan är det troligt att denna är det huvudsakliga skriftliga underlaget som ligger till grund för rättens prövning.

Efter att ha studerat ett antal patientjournaler och, i vart fall i vissa fall, kunnat jämföra ansökans innehåll med vad som framgår av patientjournalen i övrigt, vill jag emellertid starkt framhålla vikten av att det ställs krav på att patientens journal skall ingå i utredningsmaterialet vid rättens prövning. Därmed vill jag inte ha sagt att ansökningarna inte överensstämmer med vad som framgår av patientjournalerna. Ansökningarna omfattar emellertid vanligen drygt en sida där det summariskt redogörs för patientens hälsotillstånd och övriga förhållanden. Patientjournalen ger med nödvändighet en tydligare bild av patientens totala situation och bör därför, som ett obligatorium i vart fall vid upprepade förlängningar av tvångsvården, ingå i rättens utredningsmaterial *även* vid öppen psykiatrisk tvångsvård. I det sammanhanget skall också framhållas vikten av att patienten är närvarande vid den muntliga förhandlingen. Rättsfallsgenomgången ger vid handen att muntlig förhandling i den enskildes utevaro förekommer i relativt stor omfattning. Vanligen framgår inte orsaken och det är endast i några enstaka fall det uttryckligen berott på patientens hälsotillstånd eller att patienten själv avstått.[9] Från rättssäkerhetssynpunkt är det emellertid utomordentligt viktigt att rätten gör sin prövning utifrån ett fullödigt utredningsmaterial och att patienten är närvarande vid den muntliga förhandlingen, i synnerhet vid upprepade förlängningar av tvångsvården och då patienten genomgår öppen psykiatrisk tvångsvård. Först då kan rätten göra en självständig bedömning av huruvida vårdbehovet skulle kunna tillgodoses på annat sätt än genom tvångsvård och ha en rimlig möjlighet att bedöma realismen i den enskildes eventuella samtycke till nödvändig vård i frivillig form.

Efter lagändring år 2000 presumeras att *sakkunnig* skall förordnas i mål enligt lagen, vilket infördes som en rättssäkerhetsgaranti för den enskilde. Undersökningen visar, att det i princip regelmässigt förordnas sakkunnig. Huruvida sakkunnigmedverkan kan sägas vara en garanti för rättssäkerheten är emellertid tvivelaktigt. Domstolarna synes i hög grad luta sig mot vad sakkunnig uttalar vilket är självklart i *medicinska* frågor. Det finns emellertid också en risk att rätten, genom att godta sakkunnigs specialistkunskap och konklusion, legitimerar sina juridiska ställningstaganden genom att falla tillbaka på vad sakkunnig uttalar och den enskilde

9 Avsnitt 7.4 och 7.7.

© Författaren och Studentlitteratur

patienten riskerar att hamna i underläge i förhållande till två medicinska auktoriteters uttalanden vid domstolsförhandlingen.[10]

Vad gäller den praktiska tillämpningen av de grundläggande rekvisiten för tvångsvård kan generellt sägas, att varken hälso- och sjukvården eller domstolarna synes tolka LPT med sådan restriktivitet som påbjuds i lagens förarbeten.[11] Beträffande rekvisitet *allvarlig psykisk störning* kan dock från den empiriska undersökningen konstateras, att de diagnoser och tillstånd som förekommer väl synes överensstämma med de preciseringar av rekvisitets innebörd som uttalats i lagens förarbeten.[12]

Annorlunda förhåller det sig emellertid med det *kvalificerade vårdbehovsrekvisitet* för sluten psykiatrisk tvångsvård (3 § p. 1).[13] Den empiriska undersökningen ger därvid vid handen, att detta rekvisit kommit att tillämpas på ett helt annat sätt än vad lagens ordalydelse ger uttryck för. De begränsningar av rekvisitets innebörd som anges i lagen och som förhållandevis tydligt deklarerats i lagens förarbeten – och som dessutom efterhand också uttryckts genom Regeringsrättens praxis – förefaller inte ha gett genklang i rättstillämpningen. Undersökningen, som avser tillämpningen före införandet av den öppna vårdformen, visar att LPT kommit att användas som en garanti för att säkerställa medicinering och för att hålla patienten på en acceptabel medicinsk nivå, inte för att tillgodose det oundgängliga behov som rekvisitet avser. Det är *inte* fråga om enstaka fall vid något enstaka tillfälle, utan det är fråga om ett mönster i rättsutvecklingen som visats under en treårsperiod vid tre olika länsrätter. Syftet, att tillgodose det oundgängliga vårdbehovet, har fått stå tillbaka och viljan att hålla den enskilde patienten symptomfri har varit avgörande, i vart fall till förfång för legalitet och rättssäkerhet. Lagen skall tolkas restriktivt och domstolsprövningen skall vara en garanti för att tolkning och tillämpning inte extenderas. Den praktiska tillämpningen visar emellertid något annat, ett till synes rutinmässigt förlängande av tvångsvården i alltför många fall.

I de fall tillämpningen av vårdbehovsrekvisitet ger upphov till tvivel om dess existens har det som regel varit fråga om patienter som beviljats lång *permission*, dock på ett sätt som inte varit i enlighet med permissionsbestämmelsen i 2000 års lydelse.[14] Oaktat att permissionsbestämmelsen ändrats i samband med införandet av den öppna psykiatriska tvångsvården i september 2008, har jag ändå funnit det vara av relevans

10 Avsnitt 7.5.
11 Avsnitt 9.3.
12 Avsnitt 9.4.
13 Avsnitt 9.5.
14 Kapitel 15.

© Författaren och Studentlitteratur

att redovisa att bestämmelsen inte tillämpats på avsett sätt och detta särskilt av det skälet, att de långa permissionerna kan komma att ersättas av den öppna vårdformen. Mot bakgrund av vad som visats rörande tilllämpningen av det kvalificerade vårdbehovsrekvisitet i förening med en felaktig tillämpning av permissionsreglerna menar jag, att det finns en uppenbar fara att regleringen rörande öppen psykiatrisk tvångsvård (3 § p. 2)[15]också kan komma att tillämpas alltför extensivt. Det föreligger enligt min mening en stor risk att, i namnet av omsorg om den enskilde patienten, denne får stanna kvar i den öppna psykiatriska tvångsvården år efter år utan hänsyn till syftet med tvångsvården och lagens grundläggande tanke att minska användningen av tvångsvård.

Vad vidare gäller den *öppna* psykiatriska tvångsvården kan konstateras, att villkorsrekvisitet i sig är svagare än det kvalificerade vårdbehovsrekvisitet och det är tveksamt om rekvisitet kan anses vara så tydligt att det kan sägas tillgodose förutsebarhetskravet. Dels ges i motiven uttryck för att även den öppna vårdformen skall pågå så kort tid som möjlighet, dels synes det finnas möjlighet att tillämpa rekvisitet under mycket lång tid. Det kan inte anses främja den enskildes rättssäkerhet. Själva konstruktionen med den öppna psykiatriska tvångsvården torde också starkt kunna ifrågasättas i det att man genom en *psykiatrisk* tvångslagstiftning, under en förtäckt frivillighet, kan ställa som villkor att den enskilde skall ta emot *sociala* insatser för att den psykiatriska tvångsvården skall kunna övergå i den öppna vårdformen. Det blir enligt min uppfattning fråga om ett indirekt tvång att ta emot sociala insatser som annars inte kan påtvingas den enskilde med stöd av SoL och LSS.

Vid bedömningen av den enskildes vårdbehov skall också beaktas om patienten till följd av sin psykiska störning är *farlig* för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa (3 § fjärde stycket).[16] Rekvisitet får anses vara tämligen oklart och ägnat till skönsmässiga bedömningar av icke ringa mått. Från den empiriska undersökningen kan inte dras några egentliga slutsatser om på vilket sätt patientens uppgivna farlighet beaktats i den rättsliga prövningen. I något fall kan man av kontexten förstå att patienten är farlig för omgivningen, men ofta är det enbart fråga om ett konstaterande i domskälen. Enligt min mening måste ett dylikt påstående, för att kunna beaktas i vårdbehovsbedömningen, kunna visas av konkreta omständigheter och genom en redovisning av vilken riskbedömning som gjorts rörande patientens potentiella farlighet. Man må

15 Den öppna psykiatriska tvångsvården har inte varit föremål för någon empirisk undersökning, men dess närmare innebörd redovisas i avsnitt 9.6.

16 Avsnitt 9.8.

© Författaren och Studentlitteratur

betänka, att en psykisk sjukdom inte i sig är liktydigt med att patienten också är farlig. Därutöver måste man erinra sig, att patienter som vårdas med stöd av LPT inte är dömda till vård som en reaktion på begånget brott, utan domstolsprövningen har tillkommit av hänsyn till den enskildes rättssäkerhet.

Det sista rekvisitet som skall föreligga för ett beslut om tvångsvård är att den enskilde skall *motsätta sig* erforderlig vård (huvudregel) eller att det finns *grundad anledning att anta* att vården inte kan ges med patientens samtycke (undantagsregel). Undersökningen visar att bestämmelsen ger ett vidsträckt utrymme för att bortse från patientens medgivande till vårdinsatser,[17] dels genom undantagsregeln som tillämpas i hög grad, dels genom att domstolen kan avfärda ett av patienten avgivet samtycke med hänvisning till patientens bristande insikt i såväl sjukdom som vårdbehov. Det är naturligtvis en grannlaga uppgift att bedöma allvaret i ett avgivet samtycke från en person som lider av en allvarlig psykisk störning. Man måste emellertid fråga sig hur en patient skall kunna visa att man har insikt om sin sjukdom och sitt vårdbehov när såväl behandlande läkare som sakkunnig oftast är överens om att man saknar detta och där en protest mot vård eller vårdinsatser i själva verket kan tas som en bekräftelse på avsaknaden av insikt. Så kan det naturligtvis också vara, men den enskildes rättssäkerhet skulle sannolikt främjas om det ställs krav på att ett samtycke till erforderliga vårdinsatser skall avges skriftligen utifrån ett konkret bahandlingsförslag. Därmed måste myndigheterna aktivt ta ställning till, och argumentera för, varför ett avgivet samtycke frånkänns relevans.

Det i LSPV använda samtyckesrekvisitet "oberoende av samtycke" kritiserades därför att det ansågs ge alltför vidsträckta möjligheter att bortse från patientens viljeinriktning. Att patienten skall motsätta sig erforderlig vård avsågs snäva in denna möjlighet. Ett avgivet samtycke synes emellertid sällan få något faktiskt genomslag i rättstillämpningen. Det kan därför ifrågasättas om förändringen haft någon reell effekt. Att det i lagstiftningen ges sken av att patientens vilja skall beaktas men det i praktiken ges stora möjligheter att bortse från denna gagnar inte rättssäkerheten. En tvångslagstiftning måste vara tydlig till såväl utformning som avsikter, annars överträds rättsstatens principer och rättstillämpningen riskerar att bli godtycklig.

Vad vidare gäller de *särskilda tvångsåtgärderna* i 18–24 §§ LPT[18] ger dessa bestämmelser hälso- och sjukvårdspersonalen befogenhet att,

17 Kapitel 9.7.

18 Gäller även 6 och 6 a §§ för tid innan intagningsbeslut är fattat.

© Författaren och Studentlitteratur

under vissa förutsättningar, ytterligare inkräkta på den enskildes person och egendom. Det är fråga om bestämmelser som är av stor betydelse för att patienterna skall kunna erbjudas en effektiv och säker vård. Samtidigt är det emellertid fråga om allvarliga ingrepp mot den enskildes integritet och det gäller att finna en proportionerlig avvägning mellan effektivitetskravet och rättssäkerhetskravet. Även den som redan är berövad sin frihet omfattas av rättighetsskyddet i RF och EKMR, varför varje intrång i rättigheterna måste ha en rättslig grund och föregås av noggranna överväganden i varje enskilt fall. Regleringen i LPT av de särskilda tvångsåtgärderna är uttömmande och de får inte användas för andra syften än vad som anges i respektive bestämmelse. I annat fall står tillämpningen i strid med ändamålen bakom regelverket och därmed blir den också grundlagsstridig.

Den empiriska undersökningen visar, att inte heller tillämpningen av bestämmelserna avseende de särskilda tvångsåtgärderna kan sägas vara sådan att den enskildes rättssäkerhet tillvaratas.[19] Generellt kan anmärkningar riktas mot *dokumentationen* i patientjournalerna som skall innehålla uppgift om såväl vidtagen åtgärd som skälen härför. Skälen går emellertid inte alltid att utläsa och inte heller om beslut om åtgärden fattats av behörig person. Det förekommer också brister i fråga om tidsangivelser vid tidsbegränsade tvångsåtgärder, såsom fastspänning och avskiljning, och man kan hamna i tvivel om Socialstyrelsen underrättas om tvångsåtgärderna i de fall så skall ske.[20]

Anmärkningar kan också riktas mot den *begreppsanvändning* som förekommer i patientjournalerna. Ofta är de inte i överensstämmelse med de begrepp som förekommer i lagstiftningen vilket medför att man kan hamna i tvivel om vilken åtgärd som faktiskt vidtagits. Exempelvis talas "rumshållning" vilket inte heller är adekvat då lagens begrepp är avskiljning. Som framgått ovan används också vanligtvis begreppet "visitering" vilket inte heller förekommer i lagstiftningen och det ger inte alls information om vilken åtgärd som vidtagits eftersom lagen ger möjlighet att utföra såväl en kroppsvisitation som en ytlig kroppsbesiktning.

Journalgenomgången ger vidare vid handen att tvångsåtgärder har använts även på patienter som vårdas *frivilligt* med stöd av HSL och utan att det kan sägas ha förelegat en sådan situation att bestämmelserna om nöd/nödrätt har varit tillämpliga. Det får självfallet inte förekomma. Tvångsåtgärderna är enbart avsedda att komma till användning i fråga om patienter som vårdas i den slutna psykiatriska tvångsvården och på

19 För en utförlig beskrivning av tvångsåtgärderna och vilken kritik som kan riktas mot såväl lagens utformning som dess tillämpning hänvisas till kapitel 16.

20 Avsnitt 16.8.8 och 16.9.8.

© Författaren och Studentlitteratur

sjukvårdsinrättningen, således inte heller utanför densamma.[21] I rättstillämpningen har det t.ex. förekommit att frivilligt intagna patienter hindrats från att lämna vårdinrättningen eller avdelningen. Likaså har frivilligt vårdade patienter "visiterats" och viss egendom har omhändertagits vilket inte heller är tillåtet enligt nu gällande lag.

Risken för att patienter utsätts för tvångsåtgärder som inte är tillåtna är naturligtvis uppenbar då det på en och samma avdelning vårdas patienter enligt såväl HSL som LPT/LRV. De lege ferenda bör emellertid övervägas om det inte i LPT, i likhet med vad som gäller enligt LVM och LVU, bör införas bestämmelser om förbud mot innehav av viss egendom och möjligheter att kroppsvisitera eller ytligt kroppsbesiktiga även *frivilligt* intagna patienter. Det torde vara lika viktigt för en sjukvårdsinrättning som för en social institution att den hålls fri från narkotika och annan egendom som kan vara till men för vården eller ordningen.[22]

Undersökningen har också visat, att patienterna *inte* underrättas om sin rätt att *överklaga* på sätt som föreskrivs i LPT vilket ur rättssäkerhetssynpunkt är synnerligen allvarligt. Av 48 § LPT framgår att patienten skall underrättas bl.a. om sin rätt att överklaga vissa beslut så snart dennes tillstånd medger det. Det är emellertid endast i knappt en tredjedel av studerade journalhandlingar som det framgår att patienten informerats om sina rättigheter och då har detta som regel skett i samband med intagningen.

Även om emellertid information om överklagande ges i samband med intagningen, eller senare då patientens tillstånd medger det, skall i *varje enskilt fall* då chefsöverläkaren meddelar ett överklagbart beslut detta delges patienten tillsammans med en överklagandehänvisning. Såvitt framgår av studerat journalmaterial har det *aldrig* meddelats ett formellt beslut med överklagandehänvisning i de fall patienten nekats permission eller då en permission återkallats.[23] Någon överklagandehänvisning har inte heller meddelats i fall då patienten nekats utskrivning.[24] Det är också en brist i lagstiftningen att det inte uttryckligen framgår att en patient när som helst kan begära sig utskriven och få detta överprövat av Förvaltningsrätten, vilket de lege ferenda bör beaktas.

Att den enskilde inte informeras om sin rätt att överklaga är synnerligen anmärkningsvärt och ett allvarligt hot mot den enskildes rättssäkerhet då denne förhindras rätten att påkalla domstolskontroll över ett med-

21 Härvid bortses från de särskilda tvångsåtgärder som kan komma ifråga före intagningsbeslutet. Se härom avsnitt 10.5.

22 Se avsnitt 16.11 och 16.14.

23 Kapitel 15.

24 Avsnitt 13.2.2.

© Författaren och Studentlitteratur

delat överklagbart myndighetsbeslut. I likhet med vad som gäller enligt 20 § SoF, bör det åligga tillsynsmyndigheten att framställa information till tvångsvårdade patienter enligt LPT och LRV där det särskilt framgår vilka rättigheter patienterna har. Detta förtar dock inte chefsöverläkarens skyldighet att i enlighet med vad såväl FL som LPT föreskriver se till att i lagen stadgade rättssäkerhetsgarantier upprätthålls, men det medverkar i någon mån till att säkra informationen till patienten.

17.3 Avslutning

Förevarande undersökning har visat att rättssäkerheten för patienten i psykiatrin inte kan sägas vara väl tillgodosedd genom lagstiftningens utformning men framför allt inte eftersom det föreligger allvarliga brister i tillämpningen av lagen. Det är självfallet så, att hälso- och sjukvården många gånger ställs inför akuta situationer med ibland mycket svårhanterliga patienter. Därför är det fundamentalt att lagstiftningen i sig är utformad så att den lämnar så lite utrymme som möjligt för tvivel i fråga om hur långt hälso- och sjukvårdens befogenheter sträcker sig. Frågan om psykiatrisk tvångsvård är komplex och spörsmålet om hur lagstiftningen skall utformas så att den på bästa sätt gagnar den enskilde patienten kan inte enbart vara en juridisk fråga, utan däri inryms en rad andra dimensioner inte minst medicinska och etiska. Ett tvärvetenskapligt betraktelsesätt torde vara en förutsättning för att i någon mån kunna utforma en lagstiftning där såväl den enskilde individens mänskliga rättigheter tillvaratas som att dennes medicinska behov tillgodoses.

© Författaren och Studentlitteratur

TABELL Diagnoser/tillstånd som redovisats i LR:s avgöranden vid ansökan om fortsatt vård enligt 7 och 9 §§ LPT.

Män	**Ålder**								
	< 18	**18–25**	**26–35**	**36–45**	**46–55**	**56–65**	**66–75**	**76–**	**Summa**
Schizofreni/schizofreniliknande sjd.		6	11	7	12	5	3		44
Paranoid schizofreni		3	4	12	17	9	3	1	49
Schizoaffektiv(t) syndrom/sjd.			4	3	5	3	2	1	18
Schizotypal personlighetsstörning						2			2
Schizofren psykos			1						1
Schizofrent resttillstånd						1			1
Vanföreställningar/syndrom		2	17	6	9	5	3		42
Paranoida vanföreställningar		3	3	2	5	1			14
Syn-hörsel-taktil hallucinos									
Rösthallucinos		1	2	2	1	2			8
Synhallucinos		1							1
Hörselhallucinos		1			1	1	1		4
Hallucinationer		1	4	3	1			2	9
Somatiska vanföreställningar									
Förvirringstillstånd						2	2		2
Psykos/psykotisk/psykossjd.		14	18	17	21	8	2		80
Akut polymorf psykos									
Paranoia/paranoid		1		1					2
Paranoid psykos				1	2	1			4
Cykloid psykos									
Affektiv psykos									
Atypisk autism, psykotiska episoder									
Ångest av psykotisk valör									
Manisk psykos				1			1		2
Panikattacker/panikångest	1								1
Bipolär psykos/syndrom									
Bipolär sjukdom				2	1		2		5
Bipolär affektiv sjd.					1				1
Suicidtankar/risk/önskan/benägen		1	2	2	4	1			10
Suicidförsök									
Personlighetsstörning									
Autismspektrumstörning			1						1
Tvångssyndrom/kronisk tvångsmässig			1	1					2
Mani									
Hypomani							1		1
Maniskt skov/tillstånd					3	1		1	5
Manodepressiv störning									
Depression/svår depression			1	1		1	1		4
Apatisk			1						1
Ångest/ångestproblem/svår ångest			1	1					2
(Hög) ångestladdning		2							2
Anorexi	1			1					2

© Författaren och Studentlitteratur

TABELL fortsättning.

Män	Ålder								
	< 18	18–25	26–35	36–45	46–55	56–65	66–75	76–	Summa
Misstänkt frontallobsdemens			2						2
Alzheimers demens									
Senil parafreni									
Kogn sänkning till demensnivå							1		1
Autistisk									
Aspergers					2				2
Turners syndrom									
Tourettes syndrom	1								1
(Borderline) personlighetsstörning		1		1					2
Utvecklingsstörning		1		1					2
Självskadebeteende				1					1
Dubbelproblematik/blandmissbruk		1			2				3

© Författaren och Studentlitteratur

TABELL Diagnoser/tillstånd som redovisats i LR:s avgöranden vid ansökan om fortsatt vård enligt 7 och 9 §§ LPT.

Kvinnor	**Ålder**								
	< 18	**18–25**	**26–35**	**36–45**	**46–55**	**56–65**	**66–75**	**76–**	**Summa**
Schizofreni/schizofreniliknande sjd.		2	7	6	5	5	4		29
Paranoid schizofreni		1	1	8	8	9	3	3	33
Schizoaffektiv(t) syndrom/sjd.			1	6	4	4	1		16
Schizotypal personlighetsstörning						1			1
Schizofren psykos		1							1
Schizofrent resttillstånd									
Vanföreställningar/syndrom	1	7	7	5	9	12	2	2	45
Paranoida vanföreställningar		2	3	3	2	5	2	1	18
Syn-hörsel-taktil hallucinos							1		1
Rösthallucinos		1	1	1					3
Synhallucinos							1		1
Hörselhallucinos		3	1			1	1		6
Hallucinationer		4	5	3	1	1		2	16
Somatiska vanföreställningar						1			1
Förvirringstillstånd				1			2		3
Psykos/psykotisk/psykossjd.		11	18	9	14	15	7	3	77
Akut polymorf psykos				1					1
Paranoia/paranoid			1	1	1	1	1		5
Paranoid psykos		1		1	1	1	1		5
Cykloid psykos		1		1	1				3
Affektiv psykos					1				1
Atypisk autism, psykotiska episoder			1						1
Ångest av psykotisk valör	1								1
Manisk psykos									
Panikattacker/panikångest		1							1
Bipolär psykos/syndrom									
Bipolär sjukdom		1	1	2	1		2		7
Bipolär affektiv sjd.		1							1
Suicidtankar/risk/önskan/benägen	2	8	8	4	1	2			25
Suicidförsök		1	2						3
Personlighetsstörning			1						1
Autismspektrumstörning		1	2						3
Tvångssyndrom/kronisk tvångsmässig					1	1			2
Mani			1	2	2				5
Hypomani							1		1
Maniskt skov/tillstånd					3	1		1	5
Manodepressiv störning				1					1
Depression/svår depression		6	1	1	1				9
Apatisk									
Ångest/ångestproblem/svår ångest	1	2	1	2					6
(Hög) ångestladdning				1					1
Anorexi	4	3		1					8
Misstänkt frontallobsdemens						1			1

© Författaren och Studentlitteratur

TABELL fortsättning.

Kvinnor	**Ålder**								
	< 18	**18–25**	**26–35**	**36–45**	**46–55**	**56–65**	**66–75**	**76 –**	**Summa**
Alzheimers demens									
Senil parafreni									
Kogn sänkning till demensnivå									
Autistisk									
Aspergers		1							1
Turners syndrom		1							1
Tourettes syndrom									
(Borderline) personlighetsstörning		4		1					5
Utvecklingsstörning		1	1	1					3
Självskadebeteende	2	10	1	2					15
Dubbelproblematik/blandmissbruk		1							1

© Författaren och Studentlitteratur

Offentligt tryck

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 1964:40 SOU 1964:40 Mentalsjukvårdslag, betänkande avgivet av Sinnessjuklagstiftningskommittén.
SOU 1975:75 Medborgerliga fri- och rättigheter. Regeringsformen. Betänkande av 1973 års fri- och rättighetsutredning.
SOU 1977:40 Socialtjänst och socialförsäkringstillägg. Lagar och motiv. Socialutredningens slutbetänkande.
SOU 1977:23 Psykiskt störda lagöverträdare. Betänkande av 1971 års utredning om behandling av psykiskt avvikande.
SOU 1978:34 Förstärkt skydd för fri- och rättigheter.
SOU 1981:7 LVM lag om vård av missbrukare i vissa fall.
SOU 1984:64 Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten. Betänkande av Socialberedningen.
SOU 1991:47 Delbetänkande av Psykiatriutredningen.
SOU 1991:78 Krav på förändring. Delbetänkande av Psykiatriutredningen.
SOU 1991:88 Stöd och samordning kring psykiskt störda. Delbetänkande av Psykiatriutredningen.
SOU 1991:92 Rätt till bostad. Delbetänkande av Psykiatriutredningen.
SOU 1992:3 Psykiskt störda situation i kommunerna. Rapport från Psykiatriutredningen.
SOU 1992:4 Psykiatrin i Norden. Delbetänkande av Psykiatriutredningen.
SOU 1992:37 Psykiatrin och dess patienter. Delbetänkande av Psykiatriutredningen.
SOU 1992:73 Välfärd och valfrihet – service, stöd och vård för psykiskt störda. Slutbetänkande av Psykiatriutredningen.
SOU 1993:40 Fri- och rättighetsfrågor Del B, Inkorporering av Europakonventionen, Delbetänkande av Fri- och rättighetskommittén.
SOU 1997:154 Patienten har rätt. Delbetänkande av HSU 2000.
SOU 1998:32 Rättsäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård.
SOU 2002:3 Psykisk störning, brott och ansvar. Betänkande av Psykansvarskommittén.

© Författaren och Studentlitteratur

SOU 2004:3 Tvång och förändring. Betänkande av LVM-utredningen.
SOU 2004:112 Frågor om förmyndare och ställföreträdare för vuxna. Slutbetänkande av Utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare.
SOU 2006:91 Vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. Betänkande av Nationell psykiatrisamordning.
SOU 2006:100 Ambition och ansvar – nationell strategi för utvecklingen av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och psykiska funktionshinder.
SOU 2006:110 Regler för skydd och rättssäkerhet inom demensvården.
SOU 2007:22 Skyddet för den personliga integriteten. Kartläggning och analys. Del 1. Delbetänkande av Integritetsskyddskommittén.
SOU 2008:3 Skyddet för den personliga integriteten. Bedömningar och förslag. Slutbetänkande av integritetsskyddskommittén.
SOU 2008:127 Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning. Delbetänkande av utredningen om patientens rätt.

PROPOSITIONER

Prop. 1966:53 med förslag till lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall m.m.
Prop. 1971:30 med förslag till lag om allmänna förvaltningsdomstolar m.m.
Prop. 1973:90 Kungl. Maj:ts proposition med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.
Prop. 1975/76:209 om ändring i regeringsformen.
Prop. 1978/79:62 om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt, m.m.
Prop. 1978/79:220 om samhällets tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.
Prop. 1979/80:1 del A - C Om socialtjänsten.
Prop. 1981/82:8 om lag om vård av missbrukare i vissa fall mm..
Prop. 1981/82:72 Om ändringar i lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, m.m.
Prop. 1981/82:97 Hälso- och sjukvårdslag, m.m.
Prop 1983/84:111 med förslag till polislag m.m.
Prop. 1983/84:148 om ändring i lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt m.m.
Prop. 1984/85:46 om ändringar i narkotikastrafflagen (1968:64), m.m.
Prop. 1985/86:80 om ny förvaltningslag.
Prop. 1987/88:147 Regeringens proposition om tvångsvård av vuxna missbrukare.
Prop. 1988/89:5 med förslag om ny smittskyddslag m.m.
Prop. 1989/90:154 om ändringar i kriminalvårdslagstiftningen.
Prop. 1990/91:58 Psykiatrisk tvångsvård m.m.
Prop. 1991/92:59 om följdlagstiftning med anledning av den nya lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård, m.m.

© Författaren och Studentlitteratur

Prop. 1993/94:24 med förslag till ändrade regler om kroppsvisitation och kroppsbesiktning, m.m.
Prop. 1993/94:130 Ändringar i brottsbalken m.m. (ansvarsfrihetsgrunder m.m.)
Prop. 1993/94:149 Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården.
Prop. 1993/94:117 Inkorporering av Europakonventionen och andra fri- och rättigheter.
Prop. 1993/94:121 Kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård m.m.
Prop. 1993/94:130 Ändringar i brottsbalken m.m.
Prop. 1993/94:149 Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.
Prop. 1993/94:218 Psykiskt störda villkor.
Prop. 1995/96:176 Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.
Prop. 1995/96:196 Besöksinskränkningar vid viss tvångsvård m.m.
Prop. 1996/97:60 Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.
Prop. 1997/98:109 Yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område.
Prop. 1997/98:189 Patientens ställning.
Prop. 1998/99:4 Stärkt patientinflytande.
Prop. 1999/2000:44 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.
Prop. 1999/2000:149 Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården.
Prop. 2001/02:72 Ändringar i regeringsformen – samarbetet i EU m.m.
Prop. 2002/03:53 Stärkt skydd för barn i utsatta situationer m.m.
Prop. 2003/04:3 Allmän inpasseringskontroll i vissa kriminalvårdsanstalter och häkten.
Prop. 2004/05:89 Behörigheten för läkare i enskild verksamhet m.m.
Prop. 2004/05:123 Stärkt rättssäkerhet och vårdinnehåll i LVM-vården m.m.
Prop. 2005/06:63 Anmälningsskyldighet, säkerhet och tillsyn inom psykiatrisk tvångsvård.
Prop. 2005/06:195 Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård.
Prop. 2006/07:127 Några ändringar i kriminalvårdslagstiftningen.
Prop. 2007/08:70 Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården.
Prop. 2007/08:97 Påföljder för psykiskt störda lagöverträdare.
Prop. 2007/08:126 Patientdatalag m.m.
Prop. 2008/09:28 Mänskliga rättigheter för personer med funktionsnedsättning.
Prop. 2008/09:36 Ytterligare åtgärder för att genomföra EG-direktiv om mänskliga vävnader och celler m.m.
Prop. 2008/09:160 Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten.
Prop. 2008/09:193 Vissa psykiatrifrågor m.m.

UTSKOTTSBETÄNKANDEN

SoU 1979/80:44 Om socialtjänsten.
SoU 1981/82:53 Om ändringar i lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, m.m.

© Författaren och Studentlitteratur

SoU 1984/85:33 om patientjournallag m.m.
SoU 1990/91:SoU13 Psykiatrisk tvångsvård m.m.
SoU 1991/92:SoU10 om följdlagstiftning med anledning av den nya lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård m.m.
SoU 1999/2000:SoU13 Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.
SoU 2004/05:SoU15 Stärkt rättssäkerhet och vårdinnehåll i LVM-vården m.m.
SoU 2005/06:SoU 28 Inskränkningar i patientens rätt att använda elektronisk kommunikation m.m.
JuU 2003/04:JuU7 Allmän inpasseringskontroll i kriminalvården.
KU 1973:26 Konstitutionsutskottets betänkande med anledning av propositionen 1973:90 med förslag till ny regeringsform och ny riksdagsordning m.m.

DEPARTEMENTSPROMEMORIOR

Ds S 1978:8 Vård utan samtycke inom socialvård och sjukvård. Rapport från en särskilt tillkallad arbetsgrupp.
Ds S 1981:7 Ändringar i lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Delbetänkande av Socialberedningen.

JUSTITIEOMBUDSMANNEN

JO 1977/78 s. 195 *433*
JO 1984/85 s. 227 *344*
JO 1985/86 s. 180 *433*
JO 1986/87 s. 77 *342*
JO 1987/88 s. 73 *110*
JO 1989/90 s. 213 ff. *416*
JO 1989/90 s. 253 ff. *415, 416*
JO 1990/91: JO1 s. 93 f *344*
JO 1990/91: JO1 s. 222 *431*
JO 1990/91: JO1 s. 240 f. *355*
JO 1990/91: JO1 s. 347 ff *108*
JO 1991/92:JO1 s. 114 ff *343*
JO 1992/93:JO1 s. 176 *428*
JO 1992/93:JO 1s. 411 *431*
JO 1992/93: JO1 s. 417 *274*
JO 1993/94:JO1 s. 81 *451*
JO 1993/94:JO1 s. 148 *341, 365*
JO 1993/94:JO1 s. 292 *419*
JO 1994/95:JO1 s. 140 *108*
JO 1994/95:JO1 s. 149 *110*
JO 1996/97:JO1 s. 305 *400*
JO 1997/98:JO1 s. 190 *452*
JO 1998/99:JO1 s. 184 ff *140*
JO 2003/04:JO1 s. 306 *389, 394*

© Författaren och Studentlitteratur

JO 2008/09:JO1 s. 305 f. *387*
JO dnr 2375-1999 *274*
JO dnr 278-2001 *394, 414*
JO dnr 4090-2001 *239, 268, 386, 433, 434, 451, 458*
JO dnr 3401-2002 *282, 345, 385, 458*
JO dnr 2553-2003 *427*
JO dnr 3870-2004 *246, 282, 285, 331, 347*
JO dnr 4488-2004 *239, 268, 346, 347, 385, 392, 397, 458*
JO dnr 2172-2006 *246, 282, 306, 332, 344–347, 378, 383, 385, 396, 456, 457*
JO dnr 3236-2006 *378*
JO dnr 3237-2006 *378*
JO dnr 5513-2006 *302, 345, 347, 361*
JO dnr 5514-2006 *276, 282, 284, 302, 345, 347, 361*
JO dnr 482-2007 *244*
JO dnr 2044-2007 *268, 276, 282, 284, 302, 345–347, 361, 385, 392, 397, 420, 423*
JO dnr 4213-2007 *244, 268, 269, 282, 284, 302, 346, 347, 361, 385, 392, 397*
JO dnr 3354-2008 *245*

DIREKTIV

Dir. 2008:93 Översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen. Kommittédirektiv.

Övrigt källmaterial

Adler m.fl. Psykiatrins Juridik 2008 . Verksamhetsinriktad uppslagsbok. Juris AB.

Andenaes Johs. Norsk straffeprosess. Bind II. Universitetsforlaget 1995.

Beckman m fl. Kommentar till Brottsbalken II. Sjätte upplagan. Norstedts Förlag. Stockholm 1990.

Beyer Claes. Rättssäkerhet – en formsak. Juridisk Tidskrift 1990-91:3 s 389 ff.

Bogdan Michael. Äganderätten som folkrättsligt skyddad mänsklig rättighet. Raoul Wallenberg Institute och Stiftelsen Forum för Rättsekonomi, Lund 1986.

Bolin Alf, Warnling-Nerep Wiweka. Förvaltningsrättens grunder. Norstedts Juridik AB. Vällingby 2007.

Bovin Odd. Om bruk av nødrett innen psykisk helsevern. Det Juridiske Fakultets Skriftserie nr. 104. Bergen 2005.

Bramstång Gunnar. Missbruk och hemfallenhet. En studie av de allmänna förutsättningarna för ingripande enligt nykterhetsvårdslagen. Almqvist & Wiksell Förlag AB, Stockholm 1975.

Bramstång Gunnar. Socialrätten vid en skiljeväg. Juridik eller tungomålstalande. Studentlitteratur AB. Lund 1981.

© Författaren och Studentlitteratur

Bramstång Gunnar. Det s.k. mellantvånget mot asocial ungdom – en lyckad lagstiftningsprodukt? Om våra rättigheter III, Antologi utgiven av Rättsfonden, Norstedts Tryckeri, Stockholm 1987.

Bull Thomas. Objektivitetsprincipen. Offentligrättsliga principer. (Red. Lena Marcusson. Iustus Förlag. Uppsala 2005.

Bylund Torleif. Rättegång. Tredje häftet sjunde upplagan. Norstedts juridik AB. Stockholm 2006.

Bylund Thorleif. Rättegång. Tredje häftet, sjätte upplagan. Norstedts juridik AB. Smedjebacken 1994.

Cauncil of Europé. Report to the Government of Denmark on the visit to Denmark carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 11 to 20 February 2008.

Christensen Anna. Rättssäkerheten i socialförsäkringen, Rättsfonden 1982.

Christensen Anna. Rättsdogmatik, rättssociologi och moralfilosofi, Retfaerd 1980.

Danelius Hans. Mänskliga rättigheter, Upplaga 5:1, C.E. Fritzes AB, Stockholm 1993.

Danelius Hans. Europadomstolens domar. SvJT 1991–2007.

Danelius Hans, Mänskliga rättigheter i europeisk praxis. En kommentar till europakonventionen om de mänskliga rättigheterna. Norstedts Juridik AB, Stockholm 2007.

Diesen Christian, Lagerqvist Annika, Roca Veloz, Bevisprövning i förvaltningsmål. Bevis 7. Norstedts Juridik AB. Stockholm 2005.

Eckhoff Torstein, Smith Eivind. Forvaltningsrett. Universitetsforlaget. Oslo 2003.

Ehrenkrona Carl Henrik. Rättssäkerhetsbegreppet och Europakonventionen. SvJT 2007 s. 38 ff.

Ekelöf Per Olof, Bylund Torleif, Edelstam Henrik. Rättegång. Tredje häftet, sjunde upplagan. Norstedts juridik AB. Stockholm 2006.

Ekelöf Per Olof, Boman Robert, Rättegång. Fjärde häftet, sjätte upplagan. Norstedts juridik AB. Vällingby 2008.

Ekelöf Per Olof, Edelstam Henrik, Boman Robert, Rättegång. Femte häftet, sjunde upplagan. Norstedts Juridik AB. Vällingby 2008.

Eliason Marianne. Rättsuppfattning, rättskällor och rättsbildning. SvJT 2004 s. 291 ff.

Engström Ingemar (red.) Tvingad till hjälp om tvång, etik och tillit i barn- och ungdomspsykiatrisk vård. Studentlitteratur 2006.

Eskeland Ståle. Den psykiatriske pasient og loven. Tano. Oslo 1994.

Gomien, Harris, Zwaak, Law and practice of the European Convention on Human Rights and the European Social Charter, Council of Europe Publishing, Germany 1996.

Gustafsson Ewa. Missbrukare i rättsstaten. En rättsvetenskaplig studie om lagstiftningen rörande tvångsvård av vuxna missbrukare. Norstedts juridik AB. Stockholm 2001.

© Författaren och Studentlitteratur

Grönwall Lars, Holgersson Leif. Psykiatrin, tvånget och lagen. En lagkommentar i historisk belysning. Norstedts Juridik AB, Upplaga 4:1. Vällingby 2009.

Hasselgaard Ole, Møller Jens, Steen Sørensen Jørgen. Retssikkerhedsloven. Jurist- og Økonomiforbundets Forlag. Denmark 2005.

Hellners Trygve, Malmqvist Bo, Förvaltningslagen med kommentarer. Norstedts Juridik AB. Stockholm 2003.

Herlitz Nils, Förvaltningsrättsliga plikter, P.A. Norstedt & Söner. Stockholm 1949.

Heuman Lars. Vilka beviskrav gäller eller bör gälla för användningen av tvångsmedel? SvJT 2007 s. 141 ff.

Hollander Anna. Röster i rätten – om förvaltningsprocessen i mål om tvångsvård. Rättskulturer: rapport från Nätverksfakultetens höstseminarium 25–27 oktober 2000.

Holmberg Erik, Stjernquist Nils. Grundlagarna med tillhörande författningar. P A Norstedts & Söners Förlag, Stockholm 1980.

Holmqvist Lena, Leijonhufvud Madeleine, Träskman Per Ole, Wennberg Suzanne, Brottsbalken En kommentar. Norstedts Juridik AB. Göteborg 2000.

Hydén Lars-Christer (red.). Från psykiskt sjuk till psykiskt funktionshindrad. Studentlitteratur. Lund 2005.

Jareborg Nils, Brotten. Första häftet s. 40. P.A: Norstedts & Söners förlag. Stockholm 1984.

Jareborg Nils. Rättsdogmatik som vetenskap. SvJT 2004 s. 1 ff.

Johnsson Lars-Åke. Patientsäkerhet och vårdkvalitet i hälso- och sjukvården. Andra upplagan. Thomson Fakta Sweden AB. Stockholm 2002.

Junell-Hassel Tove. Förutsättningarna för psykiatrisk vård oberoende av patientens vilja och patientens rättsskydd vid fattandet av vårdbeslut. Avhandling pro gradu i förvaltningsrätt. Handledare professor Olli Mäenpää. Juridiska fakulteten vid Helsingfors universitet, våren 2009.

Kellgren Jan. Något om normativa resonemang i rättsdogmatisk forskning. SvJT 2002 s. 514 ff.

Kjellin Lars, Ekblom Bengt. Studier i psykiatrisk vård, särskilt tvångsvård i två län 1985/86 och 1991. Socialmedicinsk tidskrift 1994:10 s. 436 ff.

Kjellin Lars. Attityder till psykiatrisk tvångsvård hos personal i psykiatri, primärvård och socialtjänst. Socialtmedicinsk tidskrift 1994:10 s. 461 ff.

Kjellin Lars, Westring Claes-Göran. Kritiska vårdgrannar till psykiatrin. Analys behövs för att förstå orsaken till misstron. Läkartidningen, volym 91 nr 3 s. 133 ff.

Kjønstad Asbjørn, Syse Aslak, Helserettslige emner. Ad Notam Gyldendal. Oslo 1994.

Kjønstad Asbjørn, Helserett. Pasienters og helsearbeideres rettsstilling. Gyldendal Norsk Forlag AS. Oslo 2007.

Kjønstad Asbjørn, Syse Aslak, Velferdsrett I, Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang. Gyldendal Norsk Forlag AS 2008 4. utgave, 1 opplag 2008.

© Författaren och Studentlitteratur

Knutsson Gert, Pettersson Svante. Psykiskt störda villkor. Psykiatrireformen i sammandrag. Publica. Stockholm 1995.

Leijonhufvud Madeleine. Etiken i juridiken. Andra upplagan. Norstedts Juridik AB. Stockholm 2000.

Leijonhufvud, Wennberg. Straffansvar. Norstedts Juridik AB. Stockholm 2005.

Lidberg Lars & Wiklund Nils (red.). Svensk rättspsykiatri. Psykisk störning, brott och påföljd. Andra upplagan. Studentlitteratur. Lund 2004.

Marcusson Lena (Red.). Offentligrättsliga principer. Iustus Förlag. Uppsala 2005.

Mattsson Titti. Barnet som subjekt och aktör. En rättslig studie om barn i familjehem. Iustus Förlag. Uppsala 2004.

Molven Olav, Forvaltningsrett. Andenaes/Olsen (red.) Sosialrett. Tano 5. Utgave. Oslo 1996.

Nelson Alvar, Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet. Rättsfonden. Stockholm 1988.

Nelson Alvar, Löftena kunna ej svika – tankar kring tvångsvården. Rättsfonden IV. Stockholm 1990.

Nergelius Joakim. Svensk statsrätt. Studentlitteratur. Danmark 2006.

Nationell psykiatrisamordning. Öppen vård med särskilda villkor. Promemoria S2006/2928/HS.

Nationell psykiatrisamordning. Utveckling av vård och stöd till psykiskt störda lagöverträdare. Rapport 2006:2.

Ottosson Jan-Otto, Psykiatri, Liber AB. Torino 2004.

Ottosson Jan-Otto, Psykiatrisk etik. Liber AB. Korotan 2006.

Peczenik, Vad är rätt? Om demokrati, rättssäkerhet, etik och juridisk argumentation. Norstedts Juridik AB. Göteborg 1995.

Petersson Olof. Rättsstaten. Frihet, rättssäkerhet och maktdelning i dagens politik. Andra upplagan. Norstedts Juridik AB. Stockholm 2005.

Petrén Gustaf/Ragnemalm Hans. Sveriges grundlagar och tillhörande författningar med förklaringar, Tolfte upplagan, Liber Förlag, Uddevalla 1980.

Radovic Susanna, Anckarsäter Henrik, Tillräknelighet. Studentlitteratur. Lund 2009.

Ragnemalm Hans, Den enskilde och det allmänna. Studier i stats- och förvaltningsrätt. Stiftelsen Juristförlaget vid Stockholms universitet 1987.

Ragnemalm Hans. Förvaltningsprocessrättens grunder. Sjunde upplagan. Juristförlaget. Stockholm 1992.

Ramberg Anne. Tvångsmedel, rättssäkerhet och integritet – går det att förena? SvJT 2007 s. 154 ff.

Regeringskansliet. FN:s konventioner om Mänskliga rättigheter. Davidsons Tryckeri 2007.

Rättsfonden. Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet. Stockholm 1988.

Rättsmedicinalverket. Riskbedömning vid rättspsykiatrisk undersökning. RMV-rapport 2000:1.

© Författaren och Studentlitteratur

Rynning Elisabeth. Samtycke till medicinsk vård och behandling. En rättsvetenskaplig studie. Justus förlag AB. Uppsala 1994.

Rynning Elisabeth. Patients' Rights and Protection of Patient Autonomy in Swedish Law. Anglo-Swedish Studies in Law. Edited by Mads Andenaes and Nils Jareborg. Iustus Förlag AB, Uppsala 1999.

Rönnberg Lena. Hälso- och sjukvårdsrätt. Studentlitteratur. Lund 2005.

Sahlin Jan. Om nödrätt i hälso- och sjukvården. Några anteckningar om juridiken på ett etiskt område. SvJT 1990 s. 597 ff.

Sahlin Jan. Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer, sjunde upplagan. Norstedts juridik AB. Stockholm 2006.

Sjögren Reet (red.), Rättspsykiatrisk vårdande – vårdande av lagöverträdare med psykisk ohälsa. Studentlitteratur 2008.

Sjöström Stefan, Party or patient, Discursive Practices Realting to Coercion in Psychiatrick and Legal Settings. Boréa Bokförlag. Smedjebacken 1997.

Sjöström Stefan, Jacobsson Maritha, Hollander Anna, Kollegialitet, terapi och medling: expertgranskning i psykiatrimål. Sociologiskt forskning 3–4/2002 s. 86 ff.

Socialstyrelsen. Tillämpning av lagen om psykiatrisk tvångsvård. Allmänna råd från socialstyrelsen 1991:9.

Socialstyrelsen, Reformens första tusen dagar. Årsrapport för psykiatrireformen 1998.

Socialstyrelsen, Riskbedömningar inom den specialiserade psykiatriska vården. En kartläggning. www.socialstyrelsen.se december 2004.

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

Socialstyrelsen, Elektroniska kommunikationstjänster m.m. inom psykiatrisk tvångsvård.

Socialstyrelsen, En ny vårdform. En lägesrapport om öppen psykiatrisk tvångsvård och öppen rättspsykiatrisk vård.

Socialstyrelsen, Behov av särskilda krav för läkares behörighet att utfärda vårdintyg enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, februari 2007.

Socialstyrelsen, Säkerhet vid psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet. Handbok med information och vägledning för tillämpningen vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökningsverksamhet (SOSFS 2006:9), maj 2007.

Socialstyrelsen, Tvångsvården 2008. En sammanställning från inventeringen den 6 maj 2008.

Socialstyrelsen, Innehållet i den psykiatriska tvångsvården, februari 2009.

Socialstyrelsen, Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Handbok med information och vägledning av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18), april 2009.

© Författaren och Studentlitteratur

Socialstyrelsen, Utbildning i psykiatri – en explorativ studie av läkare- och sjuksköterskeutbildningarna, juni 2009.
Socialstyrelsen, Patientsäkerhet. Tema Nr. 6 psykiatri. Säker psykiatri – för vem?
Staaf Annika. Rättssäkerhet och tvångsvård. Ett rättssociologisk studie. Sociologiska institutionen, Lunds universitet 2005.
Sterzel Fredrik. Legalitetsprincipen. Offentligrättsliga principer. (Red. Lena Marcusson) Iustus förlag. Uppsala 2005.
Strömberg Håkan, Sveriges författning, Fjortonde upplagan, Studentlitteratur Lund 1995.
Strömberg Håkan/Lundell Bengt. Allmän förvaltningsrätt, 23:e upplagan. Liber. Malmö 2006.
Strömberg Håkan/Lundell Bengt, Speciell förvaltningsrätt. Liber. Slovenien 2006.
Strömberg Håkan/Lundell Bengt, Sveriges författning. 20:e upplagan. Poland 2007.
Strömholm, Rätt, rättskällor och rättstillämpning. En lärobok i allmän rättslära. Norstedts Juridik AB. Smedjebacken 1996.
Sundberg-Weitman Brita, Sverige och rättsstaten på 2000-talet. Jure Förlag AB. Stockholm 2008.
Sverne Arvill Ebba/Sverne Tor, Patientens rätt. Norstedts Juridik AB. Stockholm 2000.
Syse Aslak, Pasientrettighetsloven. Gyldendal. Oslo 2006.
Syse Aslak, Psykisk helsevernloven med kommentarer. Gyldendal Norsk Forlag AS 2007.
Tännsjö Torbjörn, Tvång i vården, Thales. Stockholm 1994.
van Dijk P., van Hoof G.J.H., Theory and Practice of the European Convention on Human Rights, Second Edition, Kluwer Law and Taxation Publishers, Nederländerna 1990.
Warnling-Nerep Wiweka, Kommuners lag- och domstolstrots. Fritzes Förlag AB, Stockholm 1995.
Wennberg Suzanne. Psykisk störning, brott och ansvar – För och emot Psykansvarskommitténs betänkande. SvJT 2002 s. 576 ff.
Wennergren Bertil, Rätten att bli behandlad som en människa. Om våra rättigheter III, Antologi utgiven av Rättsfonden, Norstedts Tryckeri, Stockholm 1987.
Wennergren Bertil, Offentlig förvaltning i arbete, andra upplagan. Norstedts juridik AB. Stockholm 2004.
Wennergren Bertil, Förvaltningsprocesslagen m.m. En kommentar. Norstedts Juridik AB. Stockholm 2005.
Westerhäll Lotta, Den svenska socialrätten. Norstedts Förlag AB, Stockholm 1990.
Westerhäll Lotta. Rätten att bli patient – patienträttigheter. Rättsfonden IV. Stockholm 1990.

© Författaren och Studentlitteratur

Westerhäll Lotta. Patienträttigheter. Nerenius & Santérus Förlag. Lund 1994.
Westerhäll Lotta. Rättigheter som grund för social trygghet. Retfaerd 1996.
Vahlne Westerhäll Lotta. Den starka statens fall? En rättsvetenskaplig studie av svensk social trygghet 1950-2000. Norstedts Juridik AB. Stockholm 2002.
Vahlne Westerhäll Lotta. Legitimitetsfrågor inom den offentliga försäkringen, 2007. Legitimitetsfrågor inom socialrätten. Red. Lotta Vahlne Westerhäll. Norstedts juridik. Solna 2007.
Vahlne Westerhäll Lotta, med Thorpenberg Stefan och Jonasson Magnus, Läkarintyget i sjukförsäkringsprocessen. Styrning, legitimitet och bevisning. Santérus Förlag. Tyskland 2009.

Psykiatriska kliniker

Akademiska sjukhuset Uppsala
Centrala Stockholms Psykiatriska klinik S:t Görans sjukhus
Centralsjukhuset Karlstad
Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge
Länssjukhuset Kalmar
Länssjukhuset Ryhov Jönköping
Mälarsjukhuset Eskilstuna
Nyköpings lasarett
Psykiatrin Karlskrona
Psykiatriska kliniken Halmstad
Psykiatriska kliniken i Malmö
Sahlgrenska Universitetssjukhuset Göteborg
Skaraborgs sjukhus
Universitetssjukhuset i Lund

© Författaren och Studentlitteratur

Följande rättsfall har kommenterats i boken.

Länsrätter

GÖTEBORG

Mål nr

50-06 *164*
55-06 *215*
276-06 *315*
1161-06 *165*
1306-06 *156*
1690-06 *177*
1731-06 *142*
1732-06 *133*
1737-06 *140*
2067–06 *197*
2080-06 *200*
2716-06 *256*
2732-06 *120*
4370-06 *166*

SKÅNE LÄN

Mål nr

100-06 *142*
314-06 *159*
896-06 *199, 255*
983-06 *156*
1658-06 *196*
1680-06 *144*
2091-09 *410*
2254-06 *146*
6229-05 *215*
6527-05 *157*
7593-05 *162*
7940-05 *163*
8792-05 *120*
9856-05 *146*
9946-05 *143*
10830-05 *145*
10846-05 *120*
10846-06 *156*
11550-05 *119*
12448-05 *164*
12452-05 *178, 318*

STOCKHOLMS LÄN

Mål nr

324-07 *121*
408-07 *141*
3601-07 *159*
4197-07 *177*
4441-07 *167, 202*
4851-07 *158*
4853-07 *314*
5665-07 *204*
5932-07 *214*
7717-07 *161*
8610-07 *121*
9144-07 *208*
9361-07 *157*
9704-07 *316*
9751-07 *205*
10261-07 *198*
10405-07 *160*
10566-07 *317*
10618-07 *120*

© Författaren och Studentlitteratur

10727-07 *206*
13348-07 *201*
27414-06 *143*

Tingsrätter

VÄRMLANDS TINGSRÄTT

Mål nr
B 697-09 *369*

Hovrätter

HOVRÄTTEN FÖR ÖVRE NORRLAND

Mål nr
B 80-09 *366*

HSAN

1917/96:A1 *185*

Kammarrätter

STOCKHOLM

Mål nr
6879-1997 *185*
5765-07 *311*

Regeringsrätten

RÅ 1995 ref. 46 *138*
RÅ 1996 ref. 62 *263*
RÅ 1998 ref. 14 *385, 396*
RÅ 1998 ref. 51 *250, 309, 311, 315, 319, 322*
RÅ 2000 ref. 6 *221*
RÅ 2008 not. 14 *153*

Mål nr
5765-07 *110 , 147, 153*
6172-07 *147, 154, 312*
1552-09 *179*

© Författaren och Studentlitteratur

Följande rättsfalle har legat till grund för forskningsarbetet.

Länsrätter

GÖTEBORG

Mål nr	1732-06	671-06	3047-06
2414-06	1737-06	703-06	3127-06
2378-06	1528-06	9215-06	3161-06
2379-06	1623-06	9232-05	3318-06
2431-06	1770-06	9238-05	3336-06
2454-06	1742-06	9314-05	3494-06
2455-06	1891-06	9333-05	3539-06
2469-06	1938-06	54-06	3650-06
2542-06	1982-06	106-06	3889-06
2590-06	2065-06	16-06	3888-06
2508-06	2081-06	98-06	4025-06
2596-06	2116-06	55-06	4148-06
2732-06	1958-06	218-06	4156-06
2741-06	2080-06	253-06	4163-06
2747-06	1665-06	277-06	4175-06
2801-06	1342-06	2277-06	4244-06
2701-06	1448-06	925-06	4275-06
2776-06	1500-06	332-06	4281-06
2898-06	1470-06	1961-06	4387-06
3020-06	1507-06	3538-06	4359-06
3055-06	1513-06	2229-06	4390-06
3463-06	1306-06	2346-06	4370-06
3359-06	905-06	2370-06	1160-06
3403-06	1131-06	2406-06	1690-06
3444-06	1449-06	2361-06	1722-06
3792-06	923-06	2385-06	1835-06
3800-06	980-06	2679-06	2057-06
3801-06	924-06	2716-06	1970-06
3880-06	1019-06	2780-06	2067-06
4072-06	302-06	2802-06	2251-06
4126-06	344-06	2754-06	922-06
4127-06	415-06	2941-06	1028-06
4138-06	449-06	2978-06	1079-06
4153-06	450-06	2992-06	1161-06
4154-06	525-06	2996-06	986-06
4384-06	593-06	3048-06	1264-06
1731-06	624-06	3053-06	1353-06

© Författaren och Studentlitteratur

772-06
331-06
409-06
444-06
410-06
445-06
454-06
515-06
613-06
662-06
553-06
608-06
623-06
626-06
644-06
1-06
85 06
9-06
50-06
226-06
235-06
276-06
236-06
137-06
205-06

SKÅNE LÄN

Mål nr
2091-09
6233-05
6231-05
12137-05
192-06
196-06
377-06
442-06
11529-05
918-06
882-06
981-06
1483-06
11987-05
12306-05
12383-05
13064-05
13059-05
13006-05
13126-05
13406-05
100-06
10120-05
10133-05
10181-05
10188-05
10191-05
10370-05
10547-05
10555-05
10560-05
10568-05E
10599-05
10636-05
10686-05
10658-05
10741-05
10744-05
10830-05
10846-05
10897-05
11-06
11525-05
11832-05
11893-05
11988-05
12033-05
12206-05
12381-05
12425-05
12530-05
12548-05
12549-05
12550-05
12552-05
12586-05
12597-05
12600-05
12667-05
12713-05
12801-05
12845-05
12948-05
12975-05
13007-05
1309-06
13201-05
13243-05
13351-05
13357-05
13459-05
1347-06
13479-05
13728-05
13761-05
13807-05
1392-06
1432-06
1470-06
1508-06
1524-06
1527-06
1607-06
1657-06
1660-06
167-06
1680-06
1725-06
186-06
203-06
2117-06
2133-06
2171-06
2254-06
2391-06
2473-06
2485-06
255-06
2583-06
2758-06
2771-06
2783-06
443-06
480-06
481-06
499-06
576-06
6365-05
6370-05
639-06
66-06
6764-05
6836-05
6838-05
6879-05
7266-05
729-06
7517-05
7678-05
7767-05
7815-05
7831-05
7918-05
7980-05
8003-05
8056-05
8200-05
8479-05
8575-05
8581-05
8756-05

© Författaren och Studentlitteratur

8792-05
896-06
899-06
9175-05
9269-05
9387-05
9406-05
9785-05
9856-05
9879-05
9893-05
9946-05
9992-05
12796-05
9831-05
10140-05
11512-05
12452-05
12538-05
12551-05
12691-05
13238-05
13645-05
13758-05
1391-06
1469-06
1473-06
1751-06
2118-06
2136-06
2182-06
2220-06
2601-06
315-06
572-06
6067-05
6281-05
6343-05
6451-05
7363-05
7446-05
7596-05
7871-05
7941-05
8135-05
8173-05
8356-05
8691-05
9509-05
9678-05
9853-05
12751-05
13304-05
13556-05
13749-05
14255-06
1466-06
1471-06
305-06
312-06
314-06
329-06
365-06
459-06
539-06
614-06
6576-05
6769-05
6867-05
7593-05
7629-05
7657-05
9220-05
1800-06
9665-05
9787-05
9825-05
6448-05
13555-05
13011-05
13145-05
10084-05
101-06
10141-05
10545-05
10561-05
10563-05
10573-05
10875-05
11550-05
11983-05
12361-05
12382-05
12420-05
12421-05
12445-05
12446-05
12448-05
12718-05
13055-05
13234-05
13246-05
13750-05
13766-05
14210-05
173-06
1954-06
2212-06
2233-06
2484-05
2579-06
2768-05
6229-05
6298-05
6303-05
6304-05
6518-05
6527-05
6662-05
6697-05
6842-05
690-06
7820-05
7862-05
7940-05
811-06
8198-05
8360-05
8370-05
853-06
9101-05
983-06
9844-05
9980-05
10687-05
12785-05
13355-05
13575-05
13584-05
13744-05
13745-05
14132-05
1646-06
1658-06
640-06
7443-05
7783-05
7869-05
809-06
877-06
9901-05
9128-05
10631-05
9307-05

© Författaren och Studentlitteratur

STOCKHOLMS LÄN

Mål nr	2053-07	6228-07	5004-07
9144-07	2107-07	6556-07	10123-07
10272-07	2172-07	6679-07	10131-07
23632-08	2188-07	6706-07	10261-07
10270-07	2334-07	6901-07	10405-07
10794-07	2363-07	7024-07	104-07
126-07	2481-07	7118-07	10566-07
1787-07	26843-06	7119-07	10835-07
4441-07	27396-06	7232-07	10901-07
5665-07	27414-06	7237-07	10984-07
4888-07	27426-06	73-07	11099-07
10615-07	27704-06	7324-07	11342-07
10618-07	27705-06	7689-07	11392-07
10738-07	2833-07	7717-07	11635-07
10839-07	3225-07	7782-07	11855-07
10849-07	324-07	80-07	11980-07
10945-07	3597-07	8027-07	12140-07
11146-07	3743-07	806-07	12356-07
11351-07	3751-07	83-07	1277-07
11560-07	3778-07	8390-07	12885-07
11563-07	3779-07	8436-07	13290-07
11641-07	3817-07	8610-07	13349-07
11856-07	3833-07	8676-07	13351-07
11978-07	408-07	8919-07	13510-07
12142-07	4162-07	8994-07	13809-07
12170-07	4197-07	9091-07	1621-07
12305-07	4268-07	9112-07	1697-07
12308-07	4315-07	9227-07	1698-07
124-07	4322-07	9289-07	1814-07
12403-07	4355-07	9339-07	1854-07
12705-07	4425-07	9350-07	1888-07
12711-07	4669-07	9584-07	2391-07
12922-07	4789-07	9721-07	2541-07
12990-07	4852-07	9728-07	2658-07
13071-07	4857-07	9791-07	27331-07
13248-07	5371-07	9837-07	274-07
13276-07	5525-07	9885-07	27439-06
13774-07	5704-07	9891-07	27875-06
1742-07	5743-07	100-07	2794-07
1851-07	5859-07	12996-07	3538-07
190-07	5932-07	13348-07	3601-07
1935-07	5988-07	9751-07	3682-07

© Författaren och Studentlitteratur

3721-07
3723-07
3948-07
4190-07
4246-07
4679-07
4710-07
4711-07
4851-07
4853-07
4867-07
4875-07
5079-07
5625-07
5650-07
5651-07
5659-07
5824-07
5826-07
5827-07
6009-07
6137-07
6225-07
6522-07
6528-07
6713-07
6733-07
6756-07
6815-07
6926-07
6946-07
7147-07
7148-07
7184-07
7199-07
7282-07
7462-07
798-07
8023-07
8058-07
8076-07
8302-07
8421-07
8780-07
8817-07
8884-07
8927-07
8965-07
9084-07
9179-07
9361-07
9508-07
9597-07
9704-07
9706-07
984-07
11150-07

DALARNAS LÄN

Mål nr
274-09

Tingsrätter

VÄRMLANDS TINGSRÄTT

Mål nr B 697-09

Hovrätter

HOVRÄTTEN FÖR ÖVRE NORRLAND

Mål nr B 80-09

HSAN

1917/96:A1

Kammarrätter

STOCKHOLM

Mål nr
7026-08
6879-97
9672-08

SUNDSVALL

Mål nr
456-09

© Författaren och Studentlitteratur

Regeringsrätten

RÅ 1995 ref. 46
RÅ 1996 ref. 8
RÅ 1996 ref. 62
RÅ 1997 ref. 68
RÅ 1998 ref. 14
RÅ 1998 ref. 51
RÅ 1999 ref. 64
RÅ 2000 ref. 6
RÅ 2002 ref. 40
RÅ 1992 not 167
RÅ 1993 not 558
RÅ 1993 not 633
RÅ 1994 not 721
RÅ 1996 not 62
RÅ 1996 not 63
RÅ 1996 not 91
RÅ 1999 not 214
RÅ 2000 not 114
RÅ 2001 not 126
RÅ 2002 not 36
RÅ 2002 not 120
RÅ 2002 not 128
RÅ 2002 not 129
RÅ 2003 not 75
RÅ 2004 not 233
RÅ 2005 not 80
RÅ 2005 not 95
RÅ 2005 not 114
RÅ 2007 not 51
RÅ 2007 not 189
RÅ 2007 not 145
RÅ 2008 not 14

Mål nr
4249-00
4073-02
2393-05
5765-07
6172-07
1552-09

© Författaren och Studentlitteratur

administrativ myndighet 69
administrativt frihetsberövande 62
advokat 85, 407, 442
aktualitetsprincipen 109, 133, 141, 147, 154, 312
akutvårdsprincipen 125
alkohol 428
alkoholhaltiga medel 429
alkoholhaltig dryck 426, 427, 432
allmän inpasseringskontroll 452
allvarlig psykisk störning 136
anabola steroider 429
andra berusningsmedel 427
ankomst 241
ankomst till vårdinrättning 226
annan 280
ansökan 243, 265
arbetsmiljölagen 409, 411, 415
avskild 237, 264, 387
avskiljning 242, 346

barn 133
behandling 66, 239, 242, 286
- metod 287
- åtgärd 128, 294
berusningsmedel 426, 427, 432
beslut om intagning 225
beslutsjournal 345, 347
beslutskompetens 188, 189
beslutsmotivering 103
besökare 454
besöksinskränkning 457
bevisbörda 73, 136
beviskrav 135
bevisprövning 119
bevisstyrka 136
bevisvärdering 119
biträde 71, 102, 274
brev 50, 51, 426, 437, 439
brevkontroll 54
bälte 236, 374

civila rättigheter och skyldigheter 81, 435

delegation 171, 304
delegera 152
disciplinpåföljd 185
dokumentation 344
domstolsprövning 3, 4, 56, 69
dopningsmedel 426, 429, 432
drogmissbruk 148

ECT-behandling 298
effektivt rättsmedel 33
egendom 75, 82, 235, 270, 426
elektronisk kommunikationstjänst 401, 440
elektronisk kommunikations-utrustning 234, 426
elektronisk post 54
enskilds klagomål 32
erinran 185

© Författaren och Studentlitteratur

Europakonventionen 30
Europarådets rekommendation 26

faktiskt handlande 100
farlig 65, 210, 218
farlighet 132
fastspänning 236, 242, 374
frigång 302, 361
frihet 105
frihetsberövande 16, 21, 55, 58, 59, 62
frivillig bältesläggning 377
fullmakt 273
fördragskonform lagtolkning 34
förlängning 64, 65
förnedrande behandling 43
förnyad medicinsk bedömning 96
försändelse 439
försändelsekontroll 437
försöksutskrivning 307
förteckning 345
förtrolig försändelse 50, 51
förutsättning 131, 437
förvaltare 187
förvaltningsbesvär 101
förvaltningslagen 99
förvaltningsmyndighet 99
förvaltningsverksamhet 100

god man 187
god säkerhet 280
grundad anledning att anta 182, 187, 193

handläggning av ärende 100
hemlig avlyssning 51
hindra 349
HIV-infektion 152
humanitet 21
husrannsakan 50, 51, 450, 451
hypotetiskt samtycke 296
häkteslagen 411
hälsofarlig vara 426, 427, 432
hälso- och sjukvårdslagen 95
hämtning 57

information 69, 267
informationsfrihet 36
injektionsspruta 426, 430, 432
inledningsskede 296
inlåsning 351
inskriven 134, 171, 303
intagen 134, 152, 161, 163, 171, 257, 280, 303, 321
intagning 347
integritet 106
isolering 387

journalföring 344
jäv 222, 263

kamera 405
kamerafunktion 405
kameramobil 405
kanyl 426, 430, 432
konkludent beslut 101
kontradiktorisk 71
konvertering 185, 190, 230, 236, 261, 270
korrespondens 54
kriminalvård i anstalt 412
kroppsbesiktning 50, 342, 448
kroppsvisitation 50, 51, 53, 233, 242, 264, 421, 448
kvalificerat vårdbehov 147
kvalitetssystem 288
kvarhållning 230, 242, 264, 352
kvarhållningsrätt 190

laga befogenhet 365, 368
legalitetsprincipen 107, 166, 341
legitimerad 231
lex specialis 415
lika värde 105
likhetsprincipen 108
LVM 151

© Författaren och Studentlitteratur

LVU 152
långtidsverkande läkemedel 296
läkaranteckning 345
läkemedel 431

maximitid 244
medmänsklighet 21
missbruk 150
misshandel 50
mobiltelefon 234, 399, 404, 420
motsätta sig 182, 187, 189
muntlig förhandling 71, 116
myndighetsutövning 184, 228, 341, 346, 418, 423, 447
människovärdesprincipen 106

narkotika 426, 427, 432
narkotikaklassat läkemedel 428
neuroleptika 296
normbundenhet 107
närings- och vätsketillförsel 297
närstående 289
nöd 230, 296, 297, 362, 364, 368, 378, 394
nödbestämmelse 432
nödregler 238
nödvärn 230, 237, 364, 368, 378

objektivitetsprincipen 109
offentlig förhandling 81, 86
offentligt biträde 123, 124, 275
ofreda 356
olaga frihetsberövande 356
ombud 70, 102, 273
omgivningsskydd 210
omvårdnadsanteckning 345
omänsklig behandling 44
opartisk 70
ordningsregler 338, 400
oundgängligt behov 149
oundgängligt vårdbehov 147

paket 437, 439
part 187
partsställning 187
patientnämnd 267
permission 134, 152, 153, 158, 162, 252, 270, 280, 301, 347
permission, begreppet 301
persondator 399
personlig säkerhet 58
personligt förhållande 159, 164, 173
polishandräckning 220, 222, 253, 331
polismyndigheten 218
privat- och familjeliv 50
procedurregler 81
processbehörighet 187
proportionalitet 52, 63
proportionalitetsprincipen 39, 110, 286, 353, 403, 420, 441, 446, 453
proportionalitetsregel 288
proportionalitetsregeln 369, 375, 437
psykisk sjukdom 64, 136
psykiskt sjuk 62, 151
psykiskt tillstånd 138
påtvingat ingrepp 51
påtvingat kroppsligt ingrepp 16, 50, 297, 448

recept 431
receptfria läkemedel 428
restriktivitet 134
riskbedömning 216, 464
rumshållning 346, 392
rättsdogmatisk 18
rättshjälp 85
rättskällelära 18
rättslig handlingsförmåga 188
rättspsykiatrisk vård 97
rättsskydd 16
rättsstat 16, 28, 107, 108
rättssäkerhet 52

© Författaren och Studentlitteratur

rättssäkerhetsbegrepp 93
rättssäkerhetsgaranti 17
rätt till liv 39

sakkunnig 118, 123, 206
samråd 286, 287
samtycke 182, 219, 290, 342, 406
samtyckesrekvisit 187
sannolika skäl 135, 221, 263
sekretess 119, 150, 221, 232, 283, 302, 347, 432
sjukvårdsinrättning 279
självbestämmande 106, 286, 288, 359
självbestämmande och integritet 95
självbestämmanderätt 183
skada andra 210
skadestånd 75, 83
skjutvapen 433
skriftligt meddelande 54
skyddshandskar 341
skyndsamhet 115
skälig anledning 135, 219, 263
skälig anledning att anta 218
smittskyddslagen 152
socialtjänst 150
socialtjänsten 218, 249, 281, 283, 331
solidaritet 21
somatisk sjukdom 296
somatisk vårdåtgärd 299
styrkt 135, 225
stödperson 267
syfte 67, 125, 163, 166, 178, 295
säkerhetsansvarig 281
särskilda villkor 170
särskild restriktion 98
särskild vårdplan 299
sökord 346, 397

teknisk utrustning 420
telefonera 399
tidsfrist 114
tillfälligt omhändertagande 218
tjänstefelsansvar 411
tolk 68, 69, 102
tortyr 43
tvåläkarprövning 217, 221, 225, 263, 330
tvång 21, 232, 362
tvångsarbete 49
tvångsinjektion 299
tvångsinjicering 292
tvångsmatning 46
tvångsmedicinering 245, 290, 293, 300
tystnadsplikt 267

underrättelse 67
underrättelse om beslut 103
underställning 265
underårig 187
uppföljning via öppenvården 304
upplysningsplikt 268
utskriven 161
utskrivning 347
utvecklingsstörning 132, 139

vapen 430
vapenlagen 433
vetenskap och beprövad erfarenhet 286
viljeförklaring 183
villkor 270, 306, 326
visitation 346
vittne 233
våld 353, 363
vållande till annans död 369
vårdbehov 149
vårdbehovsrekvisitet 312
vårdintyg 217, 252, 263, 330
vårdintygs funktion 223
vårdintygs giltighet 223
vårdlag 125
vårdplan 281, 311

© Författaren och Studentlitteratur

vårdplanering 285
vårdtid 243
välgrundad anledning 441
värdighet 105, 106
vätskestrejk 298

ytlig kroppsbesiktning 233, 242, 264, 421, 448
yttrandefrihet 36

åklagarrestriktion 99, 414, 432
återintagning 251, 354
återkallande 328
återkallelse 306
återkallning 347
återtagning 312, 328

äganderätt 81
ändamålsprincipen 341
ärende 225, 275

överklaga 270
överklagan 85, 228
övervaka försändelser 439

© Författaren och Studentlitteratur

STOCKHOLMS STADSBIBLIOTEK
STADSBIBLIOTEKET
SVEAVÄGEN 73

Ewa Gustafsson är doktor i offentlig rätt och knuten till Juridiska fakulteten vid Lunds universitet där hon i många år bedrivit forskning inom området för socialrätt och medicinsk rätt. Ewa Gustafsson disputerade år 2001 på avhandlingen "Missbrukare i rättsstaten" för vilken hon erhöll 2001 års Karnovpris. Ewa Gustafsson har medverkat i flera statliga utredningar, bl.a. som sekreterare på deltid i LVM-utredningen (SOU 2004:3), som tillsattes i spåren av avhandlingens resultat.

Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet

En rättsvetenskaplig monografi om LPT

All vård som meddelas inom hälso- och sjukvården är, som huvudregel, av frivillig karaktär och en patient har en i princip oinskränkt rätt att avstå från vård och behandling såväl inom den somatiska som den psykiatriska vården. Under särskilda förutsättningar som regleras i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) ges emellertid samhället befogenhet att ingripa med tvång och vårda en enskild person mot dennes vilja. Det är denna lag som är föremål för en genomgripande undersökning och beskrivning i boken.

LPT behandlas i sin helhet. Dels beskrivs lagens innebörd och dels redogörs, på grundval av ett omfattande rättsfalls- och journalmaterial, för hur lagen kommit att tillämpas i domstolar och i hälso- och sjukvården. Eftersom tvångsvård och andra tvångsåtgärder som kan förekomma under vårdtiden utgör ett ingrepp i det fri- och rättighetsskydd som var och en åtnjuter enligt den svenska grundlagen och Europakonventionen inleds boken med en beskrivning av vad detta skydd innebär för den enskilde patienten och för dem som har att tillämpa lagen.

Boken kan användas som kurslitteratur i utbildningen inom universitet och högskolor; den juridiska utbildningen, den psykiatriska och den sociala. Boken är också lämplig att använda av yrkesverksamma som kommer i kontakt med rättsliga frågor inom det aktuella området, t.ex. offentliga biträden och förvaltningsdomstolar liksom beslutsfattare och annan vårdpersonal i hälso- och sjukvården.

Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) behandlas endast summariskt. Flera regler i LPT är emellertid tillämpliga även vid vård [illegible] även vad gäller vård enligt

Vp Gustafsson, E. Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet 1 /2010

504 97 87 0002 3E

Art.nr 33287

ISBN 978-91-44-05350-9