

2012-11-14

**Handläggare:** Åke Nilsson  
Hanna Schubert  
Jan-Olof Forsén

**Regeringen  
Socialdepartementet  
103 33 STOCKHOLM**

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

### **Inledning**

RSMH organiserar sedan mer än 40 år på demokratisk grund människor med olika former av psykisk ohälsa. Många av våra medlemmar är personer som har eller har haft en långvarig och allvarlig psykisk ohälsa, inte sällan i kombination med olika psykiska funktionsnedsättningar. Människor vars behov av vård, stöd och service inte alltid matchats från det allmänna på samma sätt som för övriga medborgare.

Det innebär att vi har stora erfarenheter av hur bl.a. sjukvårdssystemet fungerar för människor med psykisk ohälsa, inte minst med avseende på tillgänglighet, möjligheterna till ett mer eller mindre fritt val eller utrymmet att som patient/vårdtagare påverka vårdens innehåll och premisser. Många av våra medlemmar har på nära håll bevittnat de förhållanden och processer som föregått självmord och självmordsförsök. Vi representerar dessutom människor som i många fall inte alls har något fritt val utan tvingas till vård ironiskt nog ofta efter att dessförinnan förgäves sökt hjälp från det allmänna.

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, RSMH, har beretts möjlighet att yttra sig över ovan nämnda betänkande via remiss (S2012/2766/FS) 2012-05-15 respektive 2012-06-11.

Vi har redan för ett drygt decennium sedan, 2002-06-14, till regeringen avgett ett yttrande över den så kallade Psykansvarskommitténs betänkande *Psykisk störning, brott och ansvar (SOU 2002:3)* i vilket vår principiella inställning till många av de frågor som nu avhandlats i det aktuella betänkandet torde ha framgått med önskvärd tydlighet. I huvudsak kvarstår de synpunkter vi där presenterade oförändrade.

Vidare avser vi genom samverkansorganet Nationell samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) att tillsammans med övriga samverkansorganisationer inkomma med ett gemensamt yttrande över betänkandets förslag. Vi deltar även i Handikappförbundens beredning av ett yttrande över betänkandets förslag. Utöver de synpunkter som där kan komma att framföras vill dock RSMH, med stöd i våra medlemmars omedelbara erfarenheter, även här anföra följande.

**Vår grunduppfattning är klar. Fysiskt tvång i sig främjar inte psykisk hälsa. Våld och tvång är för den människa som utsätts en kränkning och ett trauma och för utövaren en brutalisering och dehumanisering. Att hävda att långsiktig och effektiv vård kan utövas i konstant konflikt med patienten är i våra ögon direkt verklighetsfrämmande. Den enda grund på vilken god vård som främjar psykisk hälsa kan byggas är och förblir dialog och delaktighet med respekt för både patientens och vårdgivarens personals integritet och människovärde. Kort uttryckt formeringen av en behandlingsallians under ömsesidig respekt.**

I vårt samhälle finns ett lagreglerat våldsmonopol för det allmänna kompletterat av en nöd- och nödvärnsrätt för enskilda. Huvudsyftet här är att skydda människor och i viss mån egendom. Ett problem uppstår dock då man vill skydda människor från deras eget beteende eller spekulerar kring en eventuell framtida farlighet.

Rätten att kränka en människa för att hjälpa henne är inte oproblematisk. När frågan om ett tvångsomhändertagande blir aktuell har den ofta föregåtts av psykiska och fysiska försvagningsprocesser hos individen. Men, när en akut livskris blir så uttalad att man överväger tvångsvård är det viktigt att inte tappa fokus. Målsättningen i ett akut omhändertagande måste vara att häva krisläget för att få en kontakt med människan och göra en behandlingsrelation på frivillig grund möjlig. Vården måste inriktas på att aktivera människans resurser så att hon blir i stånd att ta ansvar för sitt eget liv. Har tvångsinläggningen den utgångspunkten får det påtagliga konsekvenser för behandling och bedömning av tvångets funktion. Tvång är en kortsiktig lösning med stora inneboende problem. I denna uppfattning är RSMH inte ensam.

Att svensk rätt inte tydligt skiljer mellan vårdbehov som grund för tvångsvård respektive samhällsskydd som grund för frihetsberövande är problematiskt för såväl debattklimat och tillämpning. Är det individens vårdbehov som ligger till grund för tvångsvårdsingripande borde individens beslutskompetens vara avgörande för när tvång är legitimt. Är det däremot fråga om att skydda omgivningen från individen borde risken för våldsamma handlingar vara avgörande. I såväl nuvarande lagstiftning som i utredningens förslag smälter båda dessa grunder ihop i de bestämmelser som anger intagningskriterierna för psykiatrisk tvångsvård.

Här instämmer RSMH oreserverat i den offentliga kritik mot utredningens förslag som framförts av oberoende jurister som Anna Nilsson, doktorand i folkrätt med fokus på psykiatrisk tvångsvård, Juridiska fakulteten, Lunds universitet och Moa Kindström Dahlin, doktorand i allmän rättslära med fokus på psykiatrisk tvångsvård, Juridiska fakulteten, Stockholms universitet

Man gör inte bara ett antagande om att risken för att skada någon annan i sig innebär ett vårdbehov. Man tycks även göra det omvända antagandet att den som har ett vårdbehov riskerar att skada andra. Med en sådan reglering förstärker man fördomar om psykiskt sjukas farlighet och smyger in riskbedömningar om farlighet där det ser ut att handla om att bedöma vårdbehov.

Det finns tyvärr en tendens inom området för psykiatrisk tvångsvård att låta det framstå som att den medicinska professionen kan ge entydiga svar på när tvång är nödvändigt, när det finns risk för våldsamma handlingar eller när någon är kompetent att ta beslut om sin egen hälsa. Dessa frågor är emellertid oerhört komplexa och att så få beslut om tvångsvård går läkarna emot säger mer om bristerna i rättsprocessen än om kvaliteten i de underlag som presenteras som grund av ansvariga läkare.

Beträffande frågan om skilda lagar för rättspsykiatrisk och allmänpsykiatrisk tvångsvård anser vi, i likhet med utredningen, att det inte finns behov av en sådan åtskillnad, *förutsatt att frågan om behovet av vård helt förs bort från den straffrättsliga processen - eller m.a.o. att brottmålsdomstolen inte kan besluta om psykiatrisk vård som påföljd i något som helst avseende*. Däremot bör det regleras i särskild lagtext, under vilka särskilda villkor fängelsedömda personer skall beredas psykiatrisk tvångsvård/psykiatriskt tvångsomhändertagande, och att det bör ske på särskilda vårdinrättningar, skilda från de allmänpsykiatriska.

Därutöver vill vi påpeka att det dessutom uppstår en hel del bedömningsmässiga och humanitära problem om man istället för att arbeta allmänt förebyggande och ingripa vid och efter konkreta incidenter börjar försöka att på förhand identifiera potentiella förövare och enbart på denna grund utsätta dessa individer för våld, tvång och frihetsinskränkningar. Det är i dessa gränsmarker utredningen är ute och tassar. Med i våra ögon ytterst begränsad framgång.

## Sammanfattning

**RSMH:s grunduppfattning är klar. Fysiskt tvång i sig främjar inte psykisk hälsa. Våld och tvång är för den människa som utsätts en kränkning och ett trauma och för utövaren en brutalisering och dehumanisering. Att hävda att långsiktig och effektiv vård kan utövas i konstant konflikt med patienten är i våra ögon direkt verklighetsfrämmande. Den enda grund på vilken god vård som främjar psykisk hälsa kan byggas är och förblir dialog och delaktighet med respekt för både patientens och vårdgivarens personals integritet och människovärde. Kort uttryckt formeringen av en behandlingsallians under ömsesidig respekt.**

De begränsade direktiv som styr utredningens arbete har i praktiken gjort möjligheten att genomlysna och finna lösningen på de strukturella problem som den aktuella delen av psykiatrin brottas med nästintill omöjligt. Vilka konsekvenser de av utredningen föreslagna juridiska och organisatoriska förändringarna får för vårdens innehåll och förutsättningar är därför fortfarande efter mer än 1 000 sidors resonemang i

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-12008040	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

betänkandet ytterst oklart. Utan en mer fullödig konsekvensanalys av detta slag bör betänkandets förslag inte implementeras.

Tvång och restriktioner inom psykiatrin drabbar människor i en utsatt situation som sällan själva förmår framhålla och förespråka alternativ som de facto med framgång prövats annorstädes. Att göra så kan dessutom vara ett snabbspår till konvertering av frivillig vård till tvångsvård. Tvångsvårdade patienter utgör en av de mest maktlösa grupperna i samhället. De har få eller inga möjligheter att påverka vårdinnehållet och de får också ofta sina rättigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen kränkta.

RSMH föreslår därför inrättandet av en Psykiatriombudsman med den tidigare Handikappombudsmannen som förebild. Detta för att komplettera den vanliga tillsyn som sektorns ordinarie tillsynsmyndighet får antas bedriva. RSMH:s uppfattning är att ett sådant komplement behövs för att öppna upp den slutna värld psykiatrin och dess stödfunktioner alltjämt i stor utsträckning förblivit

Det förekommer, enligt vår erfarenhet, mer tvång och restriktioner än vad som är nödvändigt för god vård inom psykiatrin. Bidragande orsaker till detta är bristen på insyn, en svag patientgrupp, slentrian inom professionen och en lagstiftning och praxis som inte stödjer att alternativ till tvång och restriktioner främjas och i det individuella fallet görs tillgängliga. Vi uppfattar inte att utredningens förslag i avgörande grad möter upp i dessa problemområden.

Vidare är den fortsatta juridiska sammanblandningen mellan bedömningen av vårdbehov och en individs eventuella farlighet är olycklig och spär på fördomar om människor med psykisk ohälsa.

Psykiatrilagsutredningen föreslår flera olika förändringar som gör det lättare att omhänderta människor för psykiatrisk tvångsvård. RSMH:s uppfattning är att detta i sig är fullkomligt onödigt. Tidig hjälp är en rättighet som få skulle tacka nej till om den faktiskt generellt erbjuds människor med sviktande psykisk hälsa. Men, med de utdragna förlopp dagens verklighet ger alltför många exempel på blir till slut tvångsvård den "enda" lösningen när situationer och tillstånd tillåtits urarta bortom individens egen kontroll.

RSMH:s uppfattning är att i tvångsåtgärder mot patienter måste en tydlig skiljelinje finnas mellan begränsningar av frihet och fysisk autonomi och behandlingsinsatser med långsiktig effekt mot patientens vilja. Idag är det inte så och utredningens förslag löser inte heller problemet. Att alternativen till tvångsbehandling inte lyfts av utredningen ser vi som en allvarlig brist.

Avarten Öppen psykiatrisk tvångsvård (ÖPT) begränsar människors möjlighet att själv bestämma och ta ansvar för sitt liv på ett sätt som närmast är att betrakta som en kränkning av de mänskliga rättigheterna. Det saknas dessutom evidens för att öppenvårdstvånget bidrar till att öka samhällsskyddet. ÖPT bör, enligt RSMH inte utökas utan snarare avvecklas. Ett strukturerat utslussningsförfarande från slutet

psykiatrisk tvångsvård är dock nödvändigt och formerna härför kan definitivt utvecklas till det bättre.

Vi anser, som ett minimikrav, att villkoren vid ÖPT inom LPT ska kunna överklagas och att patienter själva ska kunna välja sluten tvångsvård om de upplever det som en bättre vårdform än öppen psykiatrisk tvångsvård.

RSMH välkomnar förslaget att tvångsåtgärder tydligt och specifikt ska regleras i lagstiftningen, men anser inte att en sådan specificerad uppräkningsnämnd eller liknande organ ska kunna utökas. Eventuella ytterligare kreativa tvångsåtgärder vinner i våra ögon inte av att hastas igenom informellt. Låt lag uttömmande reglera detta.

Förslaget om utökade rättigheter till förnyad medicinsk bedömning är bra och välkomnas av RSMH.

RSMH vill att oberoende stödperson alltid ska utses vid alla typer av tvångsvård om inte patienten tydligt säger nej till denna insats. Vi vill också att stödpersonen ska kunna följa med patienten vid överflyttning mellan olika vårdformer.

Beträffande frågan om skilda lagar för rättspsykiatrisk och allmänpsykiatrisk tvångsvård anser vi, i likhet med utredningen, att det inte finns behov av en sådan åtskillnad, *förutsatt att frågan om behovet av vård helt förs bort från den straffrättsliga processen - eller m.a.o. att brottmålsdomstolen inte kan besluta om psykiatrisk vård som påföljd i något som helst avseende*. Däremot bör det regleras i särskild lagtext, under vilka särskilda villkor fängelsedömda personer skall beredas psykiatrisk tvångsvård/psykiatriskt tvångsomhändertagande, och att det bör ske på särskilda vårdinrättningar, skilda från de allmänpsykiatriska.

RSMH finner det rimligt att ett klassisk tillräknelighetskriterium införs i svensk rätt för straffrättslig påföljd.

Ett förbättrat stöd och förstärkt rättssäkerhet vid domstolsprövningar bör tillförsäkras den som berörs av rättslig prövning om psykiatrisk vård under tvång. Inte minst genom reform av de regler som gäller juridiskt biträde.

Principiellt ser RSMH med skepsis på införandet av en skyddsreaktion – så kallade särskilda skyddsåtgärder – enbart för människor med allvarlig psykisk funktionsnedsättning (psykiskt störda med utredningens terminologi). Med tanke på i vilken liten omfattning dessa personer bidrar till den samlade våldsbrottsligheten i vårt samhälle ser vi få skäl för en särslagstiftning som enbart riktar sig mot människor med allvarlig psykisk funktionsnedsättning. Införs de föreslagna särskilda skyddsåtgärderna enbart för människor med allvarlig psykisk funktionsnedsättning (jfr utredningen och lagförarbetens definition av psykisk störning) är detta en otillåten form diskriminering och en kränkning av de berörda individernas grundlagsgaranterade mänskliga rättigheter.

I övrigt hänvisar vi till de mer utförligt redogjorda ståndpunkter som gives nedan.

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-12008040	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

## Övergripande synpunkter

Vårt perspektiv på utredningens överväganden och förslag är ställt från ett patient-, brukar- och anhörigperspektiv. RSMH är kritiska till att utredningens uppdrag begränsats till de juridiska och organisatoriska frågorna och inte samordnats med frågor som rör vårdmiljöer samt vårdens lokalisering, utformning och innehåll. Det förefaller som om man har försökt lösa kvalitetsproblem och brist på resurser med juridiska åtgärder.

Uppdragets tekniska begränsning gör det svårt att fullt ut överblicka vilka konsekvenser utredningens förslag kommer att få för patienter, brukare och anhöriga. Men, de omfattande juridiska och organisatoriska förändringar som föreslås ger all anledning att tro att vårdmiljöer samt vårdens lokalisering, utformning och innehåll kommer att påverkas. Därmed anser RSMH att en sådan fördjupad konsekvensanalys är nödvändig och ett *absolut förutsättning* för att ens överväga en implementering av utredningens förslag.

En iakttagelse från RSMH:s sida är att tillämpningen av nuvarande lagstiftning inte tycks ha varit helt konstant över tid. Snarare har psykiatrikernas bedömningar varierat ganska kraftigt under den tid som gått sedan lagen infördes 1992. I takt med att antalet vårdplatser generellt har minskat tycks kraven ha höjts för tvångsintagning och kraven ha sänkts för när man bedöms kunna skrivas ut. Motivtexterna till nuvarande LPT ger stöd för att lagstiftningen på senare år inte har tillämpas som det var tänkt från början. Detta innebär att personer som idag inte bedöms uppfylla kriterierna för tvångsvård hade kunnat tvångsvårdas på 90-talet och detta med stöd av lagstiftningens motivtexter. Detta skifte i faktisk tillämpning och praxis utan lagändring sätter en extra dimension i att yttra sig över det aktuella förslaget eventuella effekter.

Direktiven till utredningen innehåller vidare ett uppdrag värt att problematisera. Utredningen ska slå ihop lagstiftningen om hur samhället ska hantera psykiskt störda lagöverträdare med lagen om hur samhället ska tvångsvårda människor som inte har begått brott men som är i en akut psykisk kris. Ett sådant förslag har också tagits fram av utredningen. RSMH anser att det bör diskuteras i vilken utsträckning detta underblåser redan utbredda fördomar om att människor med psykiska sjukdomar eller funktionsnedsättningar är farliga, och vilka åtgärder som kan vidtas för att motverka en sådan utveckling.

RSMH frågar sig också om utredningen självt förmått strikt hålla sig till nedanstående refererade principförklaring vilken man menar måste ligga till grund för hur tvång inom psykiatrin ska utövas.

*Psykiatrisk tvångsvård ska alltid syfta till att sätta patienten i stånd att frivilligt medverka till nödvändig vård och att få honom eller henne att ta emot det stöd som han eller hon behöver. En tvångsåtgärd ska endast få vidtas om den står i rimlig proportion till syftet med en sådan åtgärd och under förutsättning att en*

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-12008040	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

*mindre ingripande åtgärd inte är tillräcklig. Tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten.*

*Psykiatri och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17) s. 35*

En garant för att principförklaringen ovan inte bara blir tomma ord skulle kunna vara inrättandet av en Psykiatriombudsman med den tidigare Handikappombudsmannen som förebild. Detta för att komplettera den vanliga tillsyn som sektorns ordinarie tillsynsmyndighet får antas bedriva. RSMH:s uppfattning är att ett sådant komplement behövs för att öppna upp den slutna värld psykiatri och dess stödfunktioner alltjämt i stor utsträckning förblivit.

Tvång och restriktioner inom psykiatri drabbar människor i en utsatt situation som sällan själva förmår framhålla och förespråka alternativ som de facto med framgång prövats annorstädes. Att göra så kan dessutom vara ett snabbspår till konvertering av frivillig vård till tvångsvård. Tvångsvårdade patienter utgör en av de mest maktlösa grupperna i samhället. De har få eller inga möjligheter att påverka vårdinnehållet och de får också ofta sina rättigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen kränkta.

Med andra ord så förekommer det mer tvång och restriktioner än vad som är nödvändigt för god vård inom psykiatri. Bidragande orsaker till detta är bristen på insyn, en svag patientgrupp, slentrian inom professionen och en lagstiftning och praxis som inte stödjer att alternativ till tvång och restriktioner främjas och i det individuella fallet görs tillgängliga. Vi uppfattar inte att utredningens förslag i avgörande grad möter upp i dessa problemområden.

Vi vill även här lyfta frågan om hur behovet av en samlad översyn av all lagstiftning som reglerar samhällets befogenheter att genomföra vård och omsorg mot den enskildes vilja ännu inte adresserats från riksdag och regering. Vi syftar primärt här då på Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, Smittskyddslagen (2004:168) och de nu aktuella Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Här kunde, enligt vår uppfattning, en bred parlamentarisk utredning vara på sin plats.

I den aktuella utredningen saknar vi en mer nyanserad diskurs kring hur förslaget kommer att interagera med Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga och Lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall samt de förslag som presenterades i betänkandet *Bättre insatser vid missbruk och beroende (SOU 2011:35)*. Likaså hur verksamhet vid landstingen, barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänsten och statens institutionsstyrelse rent praktiskt ska avgränsas sinsemellan behöver tydliggöras.

## Förslag till ny lag om psykiatrisk tvångsvård

### Förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-12008040	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

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

Det ska alltså principiellt sett inte vara enkelt att tvinga en person till vård. För några decennier sedan var dock Sverige ett av de länder som slentrianmässigt hade mest tvångsvård i världen med stöd av lagen (1966:293) om beredande av slutenvård psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV). Om en läkare bedömde att en patient behövde tvångsvårdas så blev det så. Men LSPV:s intagningskriterier utsattes för hård kritik. Den innehöll en gummiparagraf som innebar rättosäkerhet, godtycke och förmynderi.

1992 ersattes LSPV med Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och det ställdes hårdare krav på att man sakligt motiverade varför en patient skulle utsättas för tvångsvård. Sedan lagen infördes har dock antalet tillgängliga slutenvårdsplatser drastiskt skurits ned varför ett beslut om tvångsintagning idag ofta fattas mot bakgrund av om plats finns tillgänglig på ofta fullbelagda eller överbelagda vårdavdelningar snarare än med renodlat fokus på behov hos patient.

RSMH:s grunduppfattning är att alla andra möjligheter att möta aktuella behov hos en människa med psykisk ohälsa ska ha prövats eller seriöst övervägts innan man från det allmänna tillgriper tvång för att ge vård. Med lätt tillgängliga och respektfulla vård- och stödinsatser till brukare och anhöriga, samt tillräckliga resurser inom psykiatrin skulle förutsättningarna för människor att slippa tvångsvård vara helt andra än idag.

Nu tvär samhället i någon mån sina händer till den punkt då individens psykiska hälsa försämrats till den grad att man hunnit bli somatiskt sjuk, hamnat i missbruk, blivit vräkt från sin lägenhet, hamnat i svåra konflikter med anhöriga eller begår brott.

Vi menar att utredaren åskådliggör ett grundläggande tankefel när han konsekvent fokuserar enbart på den enskilde individens aktuella psykiatriska tillstånd utan att vara intresserad av vad som har skett tidigare i patientens process. De flesta patienter som blir aktuella för psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård har tidigare – utan större framgång – försökt att ha kontakt eller etablera kontakt med psykiatrin. Lösningen på detta problem kan inte ensidigt vara att i efterhand utöva utökat tryck på den enskilda. Det finns gränser för hur aktiva och medvetna vårdkonsumenter är och tillåts vara; inte minst inom psykiatrin. Genom att ha ett så enögt fokus på den enskilde missar utredaren självklarheter i strukturell problemanalys.

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-12008040	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se



Psykiatrilagsutredningen föreslår två sänkningar av ribban för insättandet av tvångsvård. Den första sänkningen är att "oundgängligt behov" ersätts av "påtagligt behov" av tvångsvård. Den andra sänkningen är att det påtagliga behovet är uppfyllt om läkaren bedömer att det är sannolikt att patienten kan få sin funktionsförmåga avsevärt förbättrad genom att vård kommer till stånd eller avsevärt försämrad om vård uteblir. Det senare förslaget innebär en oacceptabel återgång till LSPV-tiden och öppnar för stort godtycke för när tvång kommer att användas. Läkare med olika synsätt på behandling och etik kommer att göra helt skilda bedömningar för när detta kriterium är uppfyllt. Den lokala utvecklingen av psykiatrins öppenvårdsarbete och av kommunens socialpsykiatri kommer att få en avgörande betydelse i sammanhanget.

Den uppfattning som nått RSMH från såväl våra brukarsakkunniga ute i våra föreningar som företrädare för professionen är att man inom professionen genom förslaget ges en lägre tröskel till att introducera tvångsvård för patienter med psykisk ohälsa.

Professionen, domstolar och myndigheter saknar dessutom idag underlag för att kunna göra uppföljningar. Konstruktionen att tillståndet avsevärt ska förbättras av (tvångs)vård är svårt att bedöma eftersom det inte går att jämföra med vad som skulle hända om den enskilde fått vård eller stöd på frivillig basis. Om patientens tillstånd inte avsevärt förbättras genom tvångsvården kan läkaren, utan att kunna motbevisas, alltid hävda att patienten skulle ha blivit ändå sämre i sin funktionsförmåga om han inte hade tvingats till vård. Förslaget att införa ett sådant kriterium går tvärt emot tankar om att vård ska kunna utvärderas och kvalitetssäkras.

Vår uppfattning är att de villkor för tvångsvård som nu föreslås kommer att vara negativa för patienternas relation och tillit till läkare och vårdpersonal. Utredningen föreslår att psykiatrikerna ska utrustas med mycket kraftfulla vapen, som fritt kan användas på alla patienter som bedöms ha en allvarlig psykisk störning. Intagningsbeslut kommer i första hand att stödja sig på läkarens subjektiva bedömning och inte på vetenskap och beprövad erfarenhet.

Tvångsvård leder inte alltid till att patienten avsevärt förbättras. Det finns också exempel på det motsatta – att tvångsvården leder till en försämrad funktionsförmåga. Patienten upplever sig kränkt, stigmatiserad, deprimerad och inlåst i en tröstlös evighetscirkel. Att inte tvingas till vård utan möta en person som ger hopp och tror på patientens egen kraft kan däremot upplevas som en positiv vändpunkt.

Här vill vi också lyfta behovet av strukturerat stöd i den krisprocess en patient som utsatts för ingripande tvång som exempelvis bältesläggning genomgår. Att få en motivering till varför tvånget i dess insatta former bedömdes som nödvändigt och inte bara få personalens bild utan även få ge sin egen tro vi är nödvändigt för att kunna söka återupprätta ett förtroende mellan vårdgivare och vårdtagare. En så pass enkel fråga – till patienten ! – som hur man som vårdtagare i efterhand hade önskat att de professionella skulle ha agerat i situationen som eskalerade till tvång och i förekommande fall fysiskt våld ställs alltför sällan inom psykiatrin idag. Bär man exempelvis

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-12008040	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

med sig erfarenheter av att ha utsatts för våld och/eller sexuellt våld kan att bli fasthållen och lagd i bälte få en extra dimension som utlöser ytterst starka reaktioner som drastiskt motverkar möjligheterna att tillgodogöra sig erbjuden vård.

Detta knyter an till diskussionerna kring det som brukar kallas vårdtestamente, nätverkskontrakt eller *Living Will* som är en på förhand formulerad viljeyttring om hur man som patient vill bli behandlad i de fall man av olika anledningar senare inte är i stånd att kommunicera detta. Denna typ av dokumentation och stöd till utövandet av god vård inom psykiatri är idag extremt underutnyttjat och styvmoderligt hanterat.

En liten ljuspunkt finns dock i Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) projekt *Bättre vård, mindre tvång* där man bland annat dynamiskt jobbar med s k Individuell samarbetsplan. Den återkoppling som presenterats från projektet och liknande satsningar visar med emfas att graden av tvång kan minskas drastiskt inom psykiatri.

### **Intagningsförfarandet**

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

Om en ändring kommer att föreslås vill vi ändå påpeka att kvarhållandet är ett frihetsberövande som inte går att överklaga. Denna tid bör vara så kort som möjligt med beaktande av ett eventuellt behov av observation. Det finns risk för att specialistbedömning av bekvämlighetsskäl eller på grund av rådande läkarbrist rutinmässigt uppskjuts till dagen efter kvarhållningen.

### **Konvertering**

RSMH är kritiska till konvertering som inte sällan används manipulativt – som ett hot – för att göra patienten följsam till den behandling som erbjuds. Andra psykiatriska verksamheter har en strategi som går ut på att man – istället för att konvertera – skickar iväg patienten och ordnar en vårdintygsbedömning. Det anses enklare än att konvertera. Vid verksamheter som ofta använder konvertering blir patienter ibland rädda för att frivilligt söka hjälp.

### **Öppen psykiatrisk tvångsvård**

Öppen psykiatrisk tvångsvård för psykiskt störda lagöverträdare har i sin kontext fyllt en viktig funktion. Personer som verkställer fängelsestraff inom rättspsykiatri ges möjlighet att snabbare komma ut från institutionerna i öppnare och mer (re)habiliteringsinriktade vårdformer. Det ger också tidsutrymme och möjlighet att bygga goda relationer till de som erbjuder vård, stöd och service ute i samhället. En hel del av de konkreta tvångsregler som här har praktiserats har dock inte bara sak-

nat adekvat kausalitet till positivt behandlingsresultat utan även på ett alltför lättvindigt sätt ignorerat de berördas rätt till kroppslig integritet.

RSMH motsätter sig utifrån det positiva i en utslussningsmekanism som ovan inte absolut att öppen psykiatrisk tvångsvård kan ges till psykiskt störda lagöverträdare enligt utredningens förslag. Men, vårdformen är till sin natur ytterst tveksam och innehållsmässigt minst sagt problematisk. Vi motsätter oss därför bestämt att den får användas generellt.

De utvärderingar och rapporter som redan idag finns om öppen psykiatrisk tvångsvård inom LPT borde vara skäl nog för att starkt ifrågasätta vad denna vårdform fyller för funktion.

Ett resultat av öppenvårdstvånget är att det totala antalet patienter som tvångsvårdas ökar och ackumuleras varje år eftersom vårdtiderna är långa. Patienterna ser inga fördelar med öppenvårdstvånget och de flesta patienterna får så dålig information från vårdgivarna att de inte ens vet att de öppen-vårdas under tvång. Många patienter känner inte till något om de särskilda villkor som är förenad med vårdformen.

Öppenvårdstvånget begränsar människors möjlighet att själv bestämma och ta ansvar för sitt liv på ett sätt som närmast är att betrakta som en kränkning av de mänskliga rättigheterna. Flertalet patienter upplever sig leva under ständigt hot då de tror att de, om de till exempel hoppar över sin medicin eller tillfälligt brukar alkoholhaltiga drycker, kan hämtas av polisen till vårdavdelningen. Det finns dessutom ingen evidens för att öppenvårdstvånget bidrar till att öka samhällsskyddet.

Utredningen föreslår att en patient direkt skall kunna tas in i öppen psykiatrisk tvångsvård utan att först ha vårdats på en sluten verksamhet. Denna utökning av öppenvårdstvånget motiveras med ett cirkelresonemang om att man inte längre behöver inleda tvångsvård i sluten form eftersom lagtexten i kapitlet om förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård har ändrats. Man för också diffusa och dåligt underbyggda resonemang om att det skulle vara en modernare, lindrigare och humanare vårdform.

RSMH avvisar förslaget om direkt öppenvårdstvång då vi vet att de flesta patienter inte uppfattar vårdformen som en mer "human" form av tvångsvård utan snarare är rädda och upplever villkoren – framförallt möjligheten till tvångsmedicinering – som förödmjukande. Villkoret att kunna bli tvångsmedicinerad under öppenvårdstvång innebär att leva under permanent hot. Tvångsmedicinering är en form av tvångsåtgärd som inte kan diskuteras eller utvärderas i samråd med patienten som man skulle ha kunnat göra på en vård-avdelning. Det är ett tvång som utövas genom bedömningar på distans och där man saknar kontinuerlig dialog om effekter och biverkningar som kan ske på en vårdavdelning, vilket öppnar för andra alternativ. När tvångsmedicinering är inskrivet som villkor är därför risken stor för att den ligger fast under lång tid.

Vi anser att villkoren vid öppen psykiatrisk tvångsvård inom LPT ska kunna överklagas och att patienter själva ska kunna välja sluten tvångsvård om de upplever det som en bättre vårdform än öppen psykiatrisk tvångsvård.

För samhället är öppenvårdtvånget en kortsiktig billig vårdform om man inte kalkylerar med de negativa effekter den har på patientens möjligheter att tillfriskna, återhämta sig eller utvecklas. Att utsätta människor för generella och långvariga restriktioner och kränkningar främjar inte motivation, återhämtning, utveckling av egenmakt och möjligheten att tillgodogöra sig vård. Det skulle vara bättre för patienterna, vården och samhället att ta det merarbete det skulle innebära att tidsbegränsa öppenvårdstvånget och istället göra nya vårdintygsbedömningar och fatta nya intagningsbeslut när en utskrivna patient försämras.

### **Tvångsåtgärder och tvångsbehandling**

RSMH har vid två förbundskongresser – 2007 och 2011 – beslutat att verka för att begreppet tvångsvård slopas. Detta för att "tvångsvård" i sig är en motsägelse och för att möjliggöra olika bedömning och hantering av de två tvångsåtgärderna tvångsomhändertagande och tvångsbehandling.

Psykiatrisk vård ska som grundprincip alltid ske under frivilliga former, men i mycket allvarliga krissituationer ska tvångsomhändertagande kunna ske. RSMH anser att begreppet tvångsvård bör slopas i svensk lagstiftning och ersättas med de två begreppen tvångsomhändertagande och tvångsbehandling. Tvångsomhändertagande skall omgärdas med samma restriktiva reglering som enligt LPT gäller för tvångsvård.

Tvångsbehandling ska inte vara automatiskt tillåten för att man är tvångsomhändertagen. RSMH anser att begreppet tvångsvård i grunden är en motsägelse eftersom tvång och vård principiellt inte går att förena. En framgångsrik vård bygger, som RSMH vid upprepade tillfällen påpekat, på samverkan, förtroende och överenskommelser mellan patient och vårdgivare. Tvång däremot är alltid ett övergrepp och en kränkning. Därför måste tvångsomhändertagande och tvångsbehandling skiljas åt. Om en person mot sin vilja måste låsas in betyder det inte att han eller hon också självklart ska tvångsbehandlas. För att en person ska kunna tvångsbehandlas måste först alternativa lösningar på patientens problem ha prövats.

Görs bedömningen, från professionen sida, att tvångsbehandling måste sättas in krävs det, enligt vårt förmenande, att en rad andra åtgärder först har vidtagits och dokumenterats. Dessutom vore det i våra ögon mer rättssäkert om tvångsbehandling föregås av en särskild rättslig prövning där de vidtagna åtgärderna redovisas och tvångsbehandling befunnits nödvändig. Av dokumentationen måste då framgå att den psykiatriska vården gjort allt de kunnat för att finna andra behandlingsalternativ och försökt motivera patienten till att frivilligt ta emot behandling. Tvångsbehandling ska, enligt RSMH:s uppfattning, principiellt endast få förekomma vid akuta situationer och under kort tid.

Vår uppfattning är alltså att i tvångsåtgärder mot patienter måste en tydlig skiljelinje finnas mellan begränsningar av frihet och fysisk autonomi och behandlingsinsatser med långsiktig effekt mot patientens vilja. Idag är det inte så och utredningens förslag löser inte heller problemet. Att alternativen till tvångsbehandling inte lyfts av utredningen ser vi som djupt olyckligt.

Tvångsbehandling – med exempelvis ECT – bidrar till att människor upplever psykiatrin som något skrämmande och motverkar människors motivation att frivilligt söka vård. ECT är också en behandling som, inte helt sällan, tycks kunna ge allvarliga och bestående negativa biverkningar. Principiellt anser RSMH att ECT inte ska kunna ges som tvångsbehandling. Idag upplever brukare och anhöriga att man på vissa psykiatriska verksamheter försöker tvinga patienten att ta emot ECT oavsett om man vårdas under tvång eller frivilligt.

### **Inrättandet av ett särskilt dispensförfarande för frågor om tillåtande av vissa tvångsmedel m.m.**

Att det, som utredningen föreslår, i lag explicit ska regleras vilka tvångsmedel som får användas är visserligen ett fall framåt. Men, även om RSMH ser "listningen" i klartext av de tvångsmedel man som patient kan utsättas för som en förbättring anser vi att det föreslagna dispensförfarandet både i syfte och utformning utarmar patientens skydd mot professionens experimentella entusiaster. Nya kategorier tvångsmedel bör tillföras genom lag.

### **Förnyad medicinsk bedömning**

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska få i uppdrag av regeringen att utfärda närmare anvisningar om hur patientens rätt att i vissa fall få en förnyad medicinsk bedömning ska förstås och tillämpas inom den psykiatriska tvångsvården. Om denna skrivning innebär att patienten ska få utökade rättigheter till förnyad medicinsk bedömning ställer sig RSMH bakom detta. Vi ser dock helst att dessa utökade rättigheter även bör innefatta en ökad rättssäkerhet genom att patienter har rätt att begära detta från läkare utanför den vårdande kliniken.

Idag uppfattar få patienterna under vård inom psykiatrin att möjligheten till förnyad medicinsk bedömning överhuvudtaget finns. Detta är en angelägen fråga att arbeta vidare med både informationsmässigt och resursmässigt. Framförallt i det senare måste en uppstyrning från regeringen av saken innehålla ett säkerställande av att nödvändiga resurser ställs till förfogande av vårdgivarna.

### **Stödperson**

Rätten till stödperson infördes i tvångsvårdslagstiftningen 1992 och är en stödform som anses viktig av patienter, brukare och anhöriga. Särskilt vid vården av psykiskt störda lagöverträdare anses stödpersonen vara en viktig person som ofta står för kontinuiteten under de långa vårdtiderna. RSMH vill att stödpersonen alltid ska utses vid alla typer av tvångsvård men patienten ska givetvis ha rätt att tacka nej till denna

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-12008040	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

insats. Vi vill också att stödpersonen ska kunna följa med patienten vid överflyttning mellan olika vårdformer, exempelvis från rättspsykiatri till kriminalvård eller skyddsåtgärd. De organisatoriska svårigheter med olika huvudmän som uppstår kan undanröjas.

I sammanhanget vill RSMH påpeka att de flesta psykiatriska verksamheterna i landet faktiskt inte följer lagen i det här avseendet. Patientnämnderna har genom åren ackumulerat en ansevärd mängd information om ofta påfallande brister när det gäller hur stödperson erbjudits, tillsatts och fungerat utan att någon större reaktion från tillsynsmyndigheten tillstött.

### **Kontrollkommission**

En skillnad mellan den psykiatriska tvångsvården i Sverige och Norge är att den norska brukarrörelsen medverkar i Kontrollkommission som är ett system för insyn och tillsyn över det psykiatriska tvånget i Norge. Något som liknar detta finns inte i Sverige. RSMH anser att en modell för ett utvecklat brukar- och anhöriginflytande inom tillsynen av den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården bör utvecklas även i Sverige. Detta dock inte som en ersättning för domstolsprövning av till exempel beslut om tvångsomhändertagande och inläggning mot patientens vilja.

Kontrollkommissionen är ett statligt organ som inrättats under det norska Helse- og omsorgsdepartementet för att kontrollera att det inte sker felaktiga frihetsberövanden och användning av tvång och tvångsåtgärder. Det finns 57 kontrollkommissioner i landet med var sitt geografiskt ansvarsområde. En kommission består av fyra ledamöter, varav ordföranden är en jurist som har kvalifikationer att tjänstgöra som domare. Av övriga ledamöter är minst en läkare och minst en representant för brukar- eller anhörigorganisation.

Kontrollkommissionens huvuduppgift är att säkra den enskildes rättssäkerhet i mötet med den psykiatriska vården, och att kontrollera att regelverket används som det är tänkt. Det är också Kontrollkommissionen som man klagat till om man är oenig med läkaren om beslutet att man ska läggas in mot sin vilja. Kontrollkommissionens arbete består också i att bedriva tillsyn och behandla klagomål på de psykiatriska verksamheterna de har ansvar för. De talar med patienter som är inlagda och informerar dem om deras rättigheter. Kontrollkommissionen kommer både på oanmälda och planerade besök på psykiatriska vårdavdelningar. De ska se till att allt går rätt till och att sjuhuset följer lagar och regelverk.

Patient-, brukar och anhöriginflytandet i tvångsvård är dåligt utvecklat i Sverige och lever inte alls upp till de vackra honnörsord som ofta framförs av politiker, myndigheter och huvudmän. RSMH saknar ett patient-, brukar och anhöriginflytande som omfattar hela verksamheten och som inbegriper en övergripande tillsyns- och systemnivå. De kontrollkommissioner som finns i Norge är en bra förebild. De beskrivs ofta som hjärtat och motorn i utvecklingen av rättsäkerhet, kvalitet och patient-, brukar- och anhöriginflytande i den norska tvångsvården. Vi anser att ett sådant organ bör

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-12008040	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se

anpassas till svenska förhållanden och arbetas in i den psykiatriska tvångsvårdslagsstiftningen.

Tvångsvårdade patienter utgör en av de mest maktlösa grupperna i samhället. De har få eller inga möjligheter att påverka vårdinnehållet och de får också ofta sina rättigheter enligt hälso- och sjukvårdslagen kränkta. Detta har konstaterats såväl i Socialstyrelsens uppföljningar som i enskilda tillsynsärenden.

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

Det bör ställas höga krav på rättssäkerheten i en lagstiftning som så kraftigt och långvarigt griper in i människors liv. Domstolsprövningen och krav på att offentliga biträden förordnas vid dessa prövningar har tillkommit för att säkerställa rättssäkerheten. Idag fungerar detta i praktiken ofta mycket dåligt. Kvaliteten i de offentliga biträdenas insatser är mycket varierande. Huvudorsaken till detta kan sökas i att de ytterst sällan får tillräckligt med tid för att sätta sig in i individuella ärenden och hinna förbereda förhandlingarna. Patientens juridiska biträde får som regel inte ta del av journalhandlingar eller tillfälle att kalla in en egen sakkunnig. Detta innebär en varierande rättssäkerhet som är ovärdig ett rättssamhälle.

RSMH anser att varken den rådande lagstiftningen eller utredningens förslag garanterar den enskilde tillfredsställande hjälp och stöd för att utöva sin rättskapacitet under tvångsvården.

### **Krav på tillräknelighet för straffrättsligt ansvar**

RSMH finner det rimligt att en tillräknelighetsreglering införs i svensk rätt. För RSMH är principen att alla medborgare ska ha lika rättigheter och skyldigheter av utomordentlig betydelse. Den principen har också kommit till uttryck genom två stora reformer på nittioalet, införandet av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt införandet av den s.k. psykiatireformen. Dessa lagändringar har i stort gett människor med psykisk ohälsa/funktionsnedsättning förbättrade levnadsvillkor och motverkat utanförskap och stigmatisering.

Bärande för nittioalets förändringar var tanken att människor med psykisk ohälsa/funktionsnedsättning är medborgare på samma villkor som andra, både vad avser rättigheter och vad avser skyldigheter. Vi ser en risk för att införandet av en tillräknelighetsreglering där vissa lagöverträdare anses oansvariga för sina handlingar, skulle bromsa den utvecklingen.

Vi menar också att bedömningen av huruvida gärningsmannen saknat förmåga att inse gärningens innebörd, eller att anpassa sitt handlande efter en sådan insikt, kommer att bli mycket komplicerad. I vilka situationer och under vilka omständigheter vi kan styra våra handlingar är närmast en filosofisk fråga som inte besvaras med generaliserande föreställningar om psykisk ohälsa. Personer som själva hört röster eller haft andra extraordinära upplevelser säger inte sällan att de mycket väl kunnat stå emot t.ex. befallningar från rösterna vid dessa tillfällen. De menar också att för-

mågan att *"ta makten över psykotiska upplevelser"* går att träna upp genom självhjälpmetoder.

Andra beskriver istället situationer där de varit helt i händerna på en ångestfylld överklighet som de inte alls kunnat påverka. Enligt vår uppfattning kommer det vara svårt för domstolen att bedöma en persons förståelse och anpassningsförmåga i en viss situation. Risken är då överhängande att fördomar mot människor med psykisk ohälsa/funktionsnedsättning som helt oförmögna till ansvarstagande istället blir utslagsgivande.

RSMH menar emellertid att det också finns starka skäl som talar för en tillräknelighetsreglering. Det finns situationer, även om vi tror att dessa är få, där lagöverträdaren är så påverkad av sin psykiska störning att han eller hon inte haft någon möjlighet att välja mellan olika handlingssätt. I en sådan situation är det orimligt att tala om skuld eller ansvar. Den som kategoriskt avfärdar kravet på tillräknelighet riskerar därför att sätta ideologiska och principiella intressen framför hänsynen till de individer som kan bli föremål för det straffrättsliga regelsystemet.

Vi menar också att införandet av en tillräknelighetsreglering kan understryka den likabehandlingsprincip som vi ovan framhållit vikten av. Tillräknelighet beskrivs av kommittén som ett grundkrav för straffrättsligt ansvar. Detta gäller samtliga medborgare, inte bara människor med psykisk ohälsa/funktionsnedsättning. Även den som drabbas av en tillfällig sinnesförvirring ska vara fri från ansvar om han har saknat förmåga att inse gärningens innebörd eller att anpassa sitt handlande efter en sådan insikt. Med stöd av detta menar vi att kravet på tillräknelighet för straffrättsligt ansvar kan förenas med principer som normalisering och likabehandling.

Sammantaget anser vi därför att införandet av en tillräknelighetsreglering i den begränsade form som föreslås i betänkandet är rimligt.

### **Psykiskt störda lagöverträdare, samhällsskyddsåtgärder och otillräkneliga lagöverträdare**

RSMH finner det rimligt att vanliga påföljdsregler blir tillämpliga även för psykiskt störda lagöverträdare men anser att en absolut förutsättning för detta är kraftigt förbättrade möjligheter att erbjuda vård, stöd och (re)habilitering för dem som avtjänar fängelsestraff och har psykiatriska vårdbehov. Utgångspunkten bör vara att en lagöverträdare är tillräknelig och ansvarig för sina handlingar, även om ohälsa av olika slag kan bedömas som förmildrande omständigheter vid straffmätningen.

När en person överförs från psykiatrisk vård till fängelse måste krav ställas på kriminalvården att kunna erbjuda en individuellt anpassad vårdmiljö där den utveckling/rehabilitering som påbörjats inom rättspsykiatrin inte behöver avbrytas. Även om den enskilde inte bedöms ha fortsatt behov av psykiatrisk vård kvarstår oftast behov av omvårdnad, social rehabilitering och träning för att klara ett liv ute i samhället så att riskerna för återfall i brottslighet minskar. Att få kunskap och utveckla strategier för



återhämtning, självhjälp och egenmakt är viktiga ingredienser i det stöd som behöver finnas.

Kriminalvårdsanstalter utgör i allmänhet inte en god miljö för rehabilitering. Avdelningar är stora och inte byggda för att utgöra rehabiliterande miljöer. Till de negativa aspekterna hör risken för att missbruksbenägenheten och den kriminella identiteten förstärks under vistelsen i fängelset. Framför allt unga människor som egentligen är i behov av hög kontinuitet, goda förebilder samt en tolerant men gränssättande miljö utvecklas inte positivt i de miljöer som kriminalvården i allmänhet förfogar över idag.

RSMH vill lyfta fram vikten av att de resonemang som förs i kapitel 4.3 i utredningen vidareutvecklas i det fortsatta arbetet.

För oss är de aktuella vårdmiljöerna och vårdinnehållet i kriminalvården inte en fråga som får överlämnas till huvudmannen att ensam ta hand om. Det måste istället finnas ett tydligt reglerat och konsekvent upprätthållet samarbete mellan kriminalvård, hälso- och sjukvård, socialtjänst samt patient-, brukar- och anhörigorganisationer, om en satsning på sådana vårdmiljöer ska lyckas.

Kompetensutveckling, i form av specialutbildning som följs upp med kontinuerlig fortbildning och specialhandledning, är en nödvändighet för att kriminalvården ska lyckas med detta uppdrag. Även här behöver utbildningsinsatserna planeras och genomföras i samarbete med hälso- och sjukvården, socialtjänsten och patient-, brukar och anhörigorganisationer.

Det som sagts ovan gäller även vid utvecklandet av de slutna stödenheterna.

Kriminalvården måste skapa särskilda enheter för patienter som påbörjat en framgångsrik rehabilitering inom psykiatri och har ett fortsatt behov av en anpassad vårdmiljö. En viktig fråga att överväga är var sådana enheter skall vara lokaliserade. Idag finns de SRI-enheter vi känner till integrerade i anstalter med hög säkerhet. RSMH tror det är viktigt att ha balans mellan säkerhet och behandling och även utveckla separata enheter utanför anstalterna. Sådana enheter måste ha betydligt bättre ekonomiska resurser än vad som idag gäller för den vanliga kriminalvården. Vi tror annars att LPT-vård som övergår till och avslutas inom kriminalvården riskerar att bli ett misslyckande både för den enskilde och för samhället. En persons positiva utveckling inom den psykiatriska vården får inte avbrytas med förflyttning till en destruktiv fängelsemiljö.

RSMH ser ändå en risk för att så blir fallet om ekonomiska besparingar, strafftänkande, yttre säkerhet, hänsyn till mediala kampanjer och den allmänna opinionen blir tongivande argument i det fortsatta arbetet på bekostnad av humanitet och hänsyn till individens – och på sikt också samhällets bästa. Det humana synsätt och den ambition som varit en grund för den nuvarande rättspsykiatriska vården måste kunna fullföljas även då verkställigheten övergår till fängelsestraff.

Trots ovanstående farhågor anser vi att det är en bättre ordning att brottets straffvärde styr frihetsberövandets längd och att psykiatrisk vård blir tillämplig endast så länge det finns ett psykiatriskt vårdbehov.

### Särskilda skyddsåtgärder

Principiellt ser RSMH med skepsis på införandet av en skyddsreaktion – så kallade särskilda skyddsåtgärder – enbart för människor med allvarlig psykisk funktionsnedsättning (psykiskt störda med utredningens terminologi). Med tanke på i vilken liten omfattning dessa personer bidrar till den samlade våldsbrottsligheten i vårt samhälle ser vi få skäl för en särlagstiftning som enbart riktar sig mot människor med allvarlig psykisk funktionsnedsättning.

Det vore i så fall rimligare att låta alla i befolkningen som riskerade att återfalla i mycket grov brottslighet omfattas av en samhällsskyddslagstiftning. Men med hänsyn till Europakonventionen anses då detta, enligt utredningen, inte möjligt. Hur man förklarar de föreslagna särskilda skyddsåtgärderna mot människor med psykisk funktionsnedsättning med de diskrimineringsförbud som finns i svensk rätt och konventioner som Sverige tillträtt framgår dock, enligt vår mening, inte ur utredningens betänkande.

Bland de med psykisk ohälsa som kan tänkas riskera att få särskilda skyddsåtgärder i någon form finns alltså en absolut majoritet människor vars ohälsa konstituerar en psykisk funktionsnedsättning. Därmed blir exempelvis FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättningar relevant. Denna förtydligar principen om diskrimineringsförbud för nationell lagstiftning som bl.a. innebär att man inte får införa lagstiftning som otillbörligt missgynnar individer p.g.a. deras kön, etnicitet eller, som i det här fallet, funktionsnedsättning.

Om förslaget om särskilda skyddsåtgärder antas av riksdagen är risken uppenbar att vi får en diskriminerande lagstiftning då de antaganden som görs om förhöjd farlighet hos människor med psykisk ohälsa även kan göras för andra grupper med hänvisning till kända riskfaktorer som kön, ålder, tidigare brottslighet, missbruk osv. Dessa grupper kan dock inte frihetsberövas p.g.a. farlighet/risk. Även om utredningen berör dessa frågor ges inget svar på vilken grund man menar sig ha för att det föreslagna rättsinstitutet inte skulle stå i konflikt med Sveriges internationella åtaganden och nationella arbete mot diskriminering

**Införs de föreslagna särskilda skyddsåtgärderna enbart för människor med allvarlig psykisk funktionsnedsättning (jfr utredningens och lagförarbetens definition av psykisk störning) är detta en otillåten form diskriminering och en kränkning av de berörda individernas grundlagsgaranterade mänskliga rättigheter. Ska dessa skyddsåtgärder accepteras av människor med funktionsnedsättning får de inte exkludera majoriteten av potentiellt våldsbänagna människor i vårt samhälle.**

Enligt Psykiatrilagsutredningen förslag ska personer som dömts till fängelse efter att – under påverkan av allvarlig psykisk störning – ha begått ett brott där det föreskrivs ett straffminimum på 6 månader, kunna dömas till särskilda skyddsåtgärder, om det finns påtaglig risk för att de kan återfalla i allvarlig brottslighet mot liv eller hälsa.

Detta förslag kommer att leda till att personer med olika psykiatriska diagnoser kommer att riskera att dömas till särskilda skyddsåtgärder – inte beroende på hur stor risken bedöms vara för att de ska återfalla i brottslighet av allvarligt slag – utan beroende på om de utifrån diagnos och svårighetsgrad bedöms ha en allvarlig psykisk störning. Med andra ord: en person som bedöms som farlig och i stor risk för att återfalla i brottslighet kan dömas till särskild skyddsåtgärd endast om han eller hon har en psykisk störning som bedöms som allvarlig. Det innebär att personer med allvarlig psykisk störning kommer att negativt särbehandlas i förhållande till andra grupper där återfallsrisken är betydligt högre.

Enligt Psykansvarskommitténs förslag var förutsättningen för att en ansvarig gärningsman skall drabbas av en särskild skyddsåtgärd, att han gjort sig skyldig till ett synnerligen allvarligt brott. Han skall också tidigare ha dömts för ett sådant brott, och begått det nu aktuella brottet under påverkan av en psykisk störning. Dessutom skall det med hänsyn till hans psykiska tillstånd och övriga omständigheter föreligga påtaglig risk för att han återfaller i brottslighet av allvarligt slag. Detta skulle innebära att de ansvariga lagöverträdare som drabbas av tidsbestämda straff blir en mycket liten grupp där också mycket starka skäl för samhällsskydd föreligger.

RSMH förordar här Psykansvarskommitténs förslag och vill höja straffminimum till ett år om särskilda skyddsåtgärder trots vår grundläggande kritik införs.

Vi vill också varna för att regleringen får en mer extensiv tolkning än vad som är utredningens avsikt. Tillämpningen av institutet "särskild utskrivningsprövning" ger anledning till sådan oro. Sedan LRV infördes har andelen dömda som ansetts i behov av en sådan ytterligare frihetsinskränkning successivt ökat.

## Riksförbundet för Social och Mental hälsa

Jimmie Trevett  
Förbundsordförande

Bo Ardström  
Kanslichef

**CC: NSPH  
HSO  
SKL  
Socialstyrelsen  
Diskrimineringsombudsmannen**

POSTADRESS	TELEFON	TELEFAX	POSTGIRO	ORG.NR	E-POST
Instrumentvägen 10 126 53 Hägersten	08-12008040	08-772 33 61	40 62 92-3	802005-6985	rsmh@rsmh.se