



2012-11-15

Remissvar från Svenska Psykiatriska Föreningen på

## **Psykiatrin och lagen - tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd SOU 2012:17**

Svenska Psykiatriska föreningen tackar för möjligheten att lämna synpunkter på denna viktiga utredning.

Vi bedömer att det är önskvärt med en ny tvångsvårdslagstiftning och vill med vårt remissvar bidra till att det föreliggande förslaget kan utvecklas så att det blir möjligt att den nya lagen träder i kraft planenligt 2016. Vi ställer oss positiva till att ha en tvångsvårdslag istället för två. Utredningens förslag ger som vi ser det ökade möjligheter till tvångsvård vilket vi menar är en viktig värderingsfråga för politikerna i första hand att ta ställning till. Ur psykiatrisk synvinkel instämmer vi i att ett sådant behov finns vid enstaka tillfällen. Dock ställer vi oss negativa till den paternalistiska syn som genomsyrar förslaget. Vi befarar att patientens ställning försvagas avsevärt, och menar att förslaget går emot intentionerna i både HSL och nuvarande LPT.

Vi oroas också av att utredningens förslag riskerar att tillämpas väldigt olika beroende på resurser och kompetens i både kommunerna och i landstingen.

I flera delar av utredningen förvånas vi över att terminologin saknar stringens och att utredningen skapat nya begrepp som är oklart eller inte alls definierade ex psykisk funktionsförmåga och psykiska tillstånd. Skrivningarna kring utvecklingsstörning och autismspektrumstörningar är bitvis motsägelsefulla på ett oroväckande sätt.

Vi delar inte utredningens antagande att den nya lagen ger oförändrat vårdplatsbehov. Vår bedömning är att förslaget kommer att ge ett ökat behov av vårdplatser/vårdresurser. Vi bedömer att fler personer blir aktuella för tvångsvård och att vårdtiderna riskerar bli längre.

Vi motsätter oss förslaget till lag om särskilda skyddsåtgärder. Det är bra att lyfta frågan om skyddsbehov ur den psykiatriska tvångsvården. Men det är diskriminerande och stigmatiserande av patienter med psykisk störning att stifta en lag för att skydda sig mot eventuellt återfall i brottslighet från just dessa. Om en diskussion om införande av särskilda skyddsåtgärder ska föras måste den röra alla där risk för återfall i allvarlig brottslighet finns. Vetenskapligt stöd finns i så fall för att i första hand fokusera på andra riskfaktorer än psykisk störning.



Då det kan förväntas en generell ökning av personer med psykisk ohälsa inom kriminalvården, anser SPF det väsentligt att Kriminalvården stärker sin kompetens kring psykisk sjukdom/ohälsa och behandling.

SPF saknar resonemang och regelverk för tvångsåtgärder vid allvarlig somatisk sjukdom.

Nedan följer SPF:s kommentarer till de konkreta förslagen och till vissa bedömningar i utredningen. Kommentarererna följer samma numrering av förslagen/bedömningarna som i utredningen.

## **7.1 Allmänna utgångspunkter**

### **7.1.1 Regleringen av den psykiatriska tvångsvården samlas i *en* lag**

Vi instämmer i förslaget. Det är bra att den psykiatriska tvångsvården samlas i en lagstiftning. Även bra att lagen om besöksinskränkningar förs in här och inte finns i en särskild lag.

### **7.1.2 Övergripande principer för psykiatrisk tvångsvård**

Vi instämmer i att principerna ovan är viktiga och det är bra att de uttalas tydligt. Självklart skall huvudprincipen för all psykiatrisk vård vara att den ges med patientens samtycke. Att helt avvara tvångsvård är inte möjligt. Bra att det betonas i lagförslaget att det finns en skyldighet att se till att patienten får ett värdigt bemötande, optimal och rättssäker vård. Begreppen tvångsåtgärder, tvångsvård och tvång i texten ovan skulle behöva tydliggöras. Här används de nästan synonymt.

## **7.2 Förutsättningar för intagning till psykiatrisk tvångsvård m.m.**

### **7.2.1 Allvarlig psykisk störning**

Vi instämmer i att begreppet allvarlig psykisk störning fungerar väl och bör behållas. Vi anser att missbrukares behov av vård ska tillgodoses av annan lagstiftning när missbruket bedöms vara den dominerande problematiken. När missbrukare har en allvarlig psykisk störning ska de psykiatriska verksamheterna ta sitt fulla ansvar även för denna grupp vilket också kan innefatta tvångsvård.

Vi anser också att Landstingen bör ha ett utökat behandlingsansvar för missbruksvård precis som "missbruksutredningen" föreslog 2011. Det är dock värt att påpeka att oavsett var man lägger gränssnittet mellan landstingets och kommunens ansvar, kommer samverkan och samordning att vara en kritisk framgångsfaktor.

### **7.2.2 Det särskilda undantaget för utvecklingsstörning**

SPF avvisar förslaget. Vi menar att utvecklingsstörning i sig inte kan vara tillräcklig grund för psykiatrisk tvångsvård. Vi vill understryka att utvecklingsstörning, demens och andra typer av kognitiv svikt inte ska utesluta möjligheten till tvångsvård men i sig inte vara ett tillräckligt kriterium. Symtom som tyder på allvarlig psykisk störning måste finnas.



För att nå det önskade syftet att kunna ge personer med utvecklingsstörning tvångsvård i vissa situationer vilket kan vara motiverat behöver grunden för detta formuleras om. Möjligen kan man tänka sig ett resonemang där man utgår från personens funktionsnedsättning som pga akuta psykiatriska symtom ex svår ångest i den aktuella situationen leder till ett så pass stort tillfälligt funktionshinder att tvångsvård är motiverat. Sammantaget blir detta en allvarlig psykisk störning i lagens mening just då. Då visas den extra omsorgen om personen utifrån funktionsnedsättningen som kan motiveras men utan att öppna för alltför lättvindlig tvångsvård.

SPF instämmer i utredningens bedömning att tillstånd inom autismspektrat idag diagnostiseras i större utsträckning. De diagnostiska svårigheterna i gruppen är fortfarande betydande både vad gäller grundproblematiken men också vad gäller den eventuella psykiatriska problematiken. Det diagnostiska behovet är till stor del ej tillgodosett idag vilket är en fråga som behöver hanteras med kompetensutveckling i både kommun och landsting.

SPF ser en risk att kunskapsbristerna såväl gällande omhändertagande som kring diagnostik av både utvecklingsstörning med och utan autistiska drag i sig och eventuell psykiatrisk samsjuklighet riskerar leda till akuta situationer där frågan om tvångsvård aktualiseras snarare utifrån beteende än utifrån att det finns en allvarlig psykisk störning.

Den ökade diagnostiken och kunskapen av dessa tillstånd har definitivt lett till ökade insatser av habiliterande slag via LSS. Dessa personer har väsentligen bättre förutsättningar idag att leva ett gott liv där deras funktionsnedsättning ej leder till så stort funktionshinder tack vare bl a LSS. Däremot är det sällan aktuellt och möjligt att ge någon form av "behandling" i psykiatrisk mening för själva utvecklingsstörningen med eller utan autism. Här behövs många gånger psykoedukativa och pedagogiska insatser vilka ofta är otillräckliga idag.

S 365 tredje stycket;

*"För personer med tillstånd inom autismspektrat kan komplicerade händelseförlopp skapa stor stress och krisreaktioner som ger upphov till symptom och beteende som kräver ett mer avancerat omhändertagande än vad som normalt sett kan tillhandahållas inom ramen för en LSS-insats."*

Beskrivningen ovan är helt riktig. Det kan uppstå sådana situationer. Dock är det i första hand en resurs- och prioriteringsfråga om denna otillräcklighet inom LSS ska motivera tvångsvård. Man påpekar här också vikten av att frivilliga insatser ska ha prövats. Detta är bra tankar men de frivilliga insatser som till allra största delen är verksamma för denna grupp faller inom LSS. Dvs psykiatrin har mycket små möjligheter att få insyn i vad som egentligen gjorts i hemmet ex LSS-boendet. Här vet vi att byte av personal, förändrade rutiner osv kan göra att personen med problematik inom utvecklingsstörningsområdet får en väsentligen försämrad möjlighet att hantera sina svårigheter/kompensera för sin funktionsnedsättning. Vi ställer oss negativa till att öppna möjligheten att lösa dessa akuta situationer med psykiatrisk tvångsvård på så sätt som förslaget är utformat nu.



Texten antyder också en oro för kompetensbrist i nuläget då personer med utvecklingsstörning inte blir aktuella för psykiatrisk tvångsvård när så borde vara fallet. Detta bör inte lösas med ändrad lagstiftning utan med ständigt pågående kompetensutveckling.

### **7.2.3 Samtycke till vård och överväganden om frivilliga vårdalternativ**

SPF instämmer i att det är viktigt att frivillig vård prövats. Dock blir det stor risk för variation i tolkningen av hur omfattande dessa försök ska ha varit. Det finns en uppenbar risk att bedömningen och insatserna påverkas av resursvariationen i både kommuner och landsting. Vi anser att kravet är viktigt men skulle vilja se en formulering som gör att det blir lätt och tydligt att göra en rättssäker enhetlig tillämpning.

### **7.2.4 Behov av psykiatrisk vård**

De föreslagna förändringarna i förutsättningarna för psykiatrisk tvångsvård innebär i flera delar en utökad möjlighet att ta in och vårda en patient med stöd av tvång. Avvägningen mellan respekt för den enskildes integritet och rätt till självbestämmande mot behovet av stöd till och omhändertagande av den med nedsatt autonomi är i slutändan ett politiskt beslut som kräver etisk analys.

Hela nuvarande lagstiftning både LPT och HSL bygger på att man betonar patientens autonomi och integritet. Här skulle vi gärna se ett bredare resonemang och en etisk analys från lagstiftaren.

Vi anser inte att det finns något generellt behov av eller rimlighet i att vidga indikationen för tvångsvård, vilket vi uppfattar att förslaget innebär i praktiken.

Vi ställer oss frågande till skrivningen; ”Psykiatrisk tvångsvård **ska** ges”. Vi kan inte se att det finns något resonemang som förklarar hur tolkning och gränsdragning av ”ska” ska ske. Frågan blir också vad som händer om tvångsvård ej ges. Vilka konsekvenser får det för läkaren som gjort bedömningen?

Vi är också undrande över begreppet ”psykiska funktionsförmåga”. Socialstyrelsen har definierat begreppen ”funktionsnedsättning” och ”funktionshinder”. Dessa begrepp har i patienternas vardag visat sig vara svåra nog för många att använda på ett korrekt sätt. Att nu föreslå ett helt nytt begrepp med snarlika ord utan en klar definition uppfattar vi riskerar skapa ytterligare otydlighet i terminologin och i förlängningen i tolkningen av lagen.

#### **7.2.4.1 Behandlingsrekvisitet**

Förändringen att det föreligger att ”Påtagligt behov av psykiatrisk tvångsvård” istället för ”Oundgängligt behov av psykiatrisk tvångsvård” innebär helt klart en vidgning av indikationen för tvångsvård. ”Påtagligt behov” innebär som vi tolkar det att man går tillbaka till att använda vissa indikationer som fanns i LSPV. I vissa situationer kan det vara indicerat men innebär helt klart en vidgning av indikationen för tvångsvård vilket enligt vår mening går emot intentionerna i FN konventionen om mänskliga rättigheter.



Vi delar utredningens uppfattning att det finns situationer där personer med allvarlig psykisk störning inte blir föremål för vård idag. Vår uppfattning är dock att det sällan handlar om att nuvarande lagstiftning är det största hindret. Det finns ofta möjligheter till att skapa förutsättningar för behandling på frivillig väg, i de fall detta inte är möjligt kan nuvarande tvångslagstiftning enligt vår uppfattning oftast tillämpas.

Att göra bedömningen om en persons ”*psykiska funktionsförmåga*” avsevärt kan förbättras eller avsevärt försämrats om vården uteblir är en kvalificerad uppgift för en psykiater. Denna bedömning är komplex och kräver i de allra flesta fall en bred kunskap om patienten ur både psykiatrisk, psykologisk och sociologisk synvinkel. Idag får det anses allmänt vedertaget att omfattningen av funktionshindret, fysiskt eller psykiskt, är beroende av omgivningen. För patienter som kan bli aktuella för tvångsvård kan detta tex innebära att en person som i sitt boende har ett gott stöd av boendestödjare och andra kommunala insatser samt en välfungerande psykiatrisk öppenvård får ett väsentligen mindre påtagligt funktionshinder trots att funktionsnedsättningen kvarstår med dessa optimala förutsättningar i närmiljön. Samma person med samma funktionsnedsättning kan få ett betydligt större funktionshinder om insatserna från kommun och psykiatri ej fungerar väl.

Förslaget ger denna uppgift till alla legitimerade läkare som kan skriva vårdintyg i motsats till LSPVs regelverk som krävde specialistkompetens. Även om en psykiater i ett senare skede kan avstå från att fatta intagningsbeslut så är det en uppenbar risk att många personer aktualiseras för tvångsvård på grunder som ej är rättssäkra och enhetliga. Detta kan leda till en negativ inställning till kontakt med sjukvården och större svårigheter att skapa behandlingsallians och därmed motverka lagens intentioner.

Ofta tolkas psykiatrisk vård som farmakabehandling, men hela LPT begreppet bygger ju på en vidare syn där man står på flera ben. Farmaka är ett av benen. I många fall räcker det långt med att få hjälp att återta dygnsrytm och ADL-funktioner dvs det som egentligen kommunens insatser skulle leda till.

#### **7.2.4.2 Farerekvisitet**

Vi ser stora risker i förslaget för att den med allvarlig psykisk störning som kan vara en fara för annan ska tvångsvårdas. Farlighetsbedömningar är mycket svåra att göra på individnivå. Många andra i samhället utgör en fara för andra t ex vissa kriminella. Det är visat att farlighet är tätare kopplat till missbruk än till psykossjukdom. Det är diskriminerande mot psykiskt störda att samhällsskyddet endast ska beaktas när det gäller dessa. Konsekvensen kan bli svårighet att avsluta vården på samma sätt som det idag kan vara svårt att avsluta rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning för den där en återfallsrisk i allvarlig brottslighet finns kvar. Vi ser också en uppenbar risk för stigmatisering av de psykiskt sjuka här.

Ur ett samhällsperspektiv behöver frågan ställas; hur många personer med psykisk sjukdom ska i onödan bli aktuella för tvångsvård för att en farlighetssituation ska undvikas?



#### **7.2.4.3**

*”S 372 Utöver skyddet för närstående och andra personer i den närmaste omgivningen, bör bestämmelsen, liksom för närvarande, även omfatta fara för den enskildes eget liv och hälsa. I nuläget beaktas främst risken för självmord men även när det finns en beaktansvärd risk för allvarlig självskada bör bestämmelsen vara tillämplig.”*

Visserligen ska en allvarlig psykisk störning vara grunden för tvångsvård men vi menar att detta i kombination med kravet i 7.2,4 om att ”tvångsvård ska ges” innebär en risk för att personer med t ex emotionellt instabil personlighetsstörning tvångsvårdas trots kunskap om att slutenvård endast i undantagsfall är ändamålsenlig för denna patientgrupp.

### **7.3 Övergång från frivillig psykiatrisk vård till psykiatrisk vård med tvång (konvertering)**

SPF anser att konvertering ska tillämpas restriktivt.

När utredningen nu föreslår utökad möjlighet till tvångsvård generellt men inte för konvertering uppstår en risk för alltför stor obalans mellan kraven för tvångsvård i olika situationer. Vi befärrar att en sådan skrivning skulle kunna leda till risk för överanvändning av vårdintyg ”för säkerhets skull”.

### **7.4 Förfarandet vid intagning**

#### **7.4.1 Kravet på skyndsamhet och beslut om intagning inom 24 timmar**

Tiden patienten är kvarhållen är ett frihetsberövande som ur patientens synvinkel inte skiljer sig från det ett intagningsbeslut innebär. Men tiden före intagningsbeslut går inte att överklaga. Denna tid bör vara så kort som möjligt med beaktande av ett eventuellt behov av observation.

#### **7.4.2 Tidsfrist för chefsöverläkarens ansökan hos förvaltningsrätten om fortsatt psykiatrisk tvångsvård**

SPF tillstyrker förslaget.

### **7.5 Förfarandet i domstol**

SPF tillstyrker förslaget. Vi vill också passa på att föra fram att det bör tydliggöras att förhandlingarna ska hållas på sjukvårdsinrättningen. Det har på en del håll framförts önskemål om att förhandlingar ska flyttas till Förvaltningsrättens lokaler vilket ur patientens synvinkel i många fall skulle vara hindrande. Vidare vill vi också föra fram att dessa förhandlingar ska ske med fysisk närvaro ej ex via videolänk.

### **7.6 Tvångsåtgärder**

#### **7.6.1 Allmänna principer för användningen av tvångsåtgärder**

Bra att tillåtna tvångsåtgärder tydligt anges i lagen.



Vissa tvångsåtgärder kan beslutas av leg läkare efter kvarhållningsbeslut. Bland dessa bör även möjligheten att använda mobilt bälte enligt definierade riktlinjer finnas med.

Vi anser att beslut om tvångsåtgärder innan intagningsbeslut har fattats ska kopplas till krav på skyndsamt ställningstagande till intagningsbeslut.

SPF saknar resonemang och regelverk för tvångsåtgärder vid allvarlig somatisk sjukdom.

### **7.6.2 Patientens delaktighet i vården**

Viktigt och egentligen självklart att vi på olika sätt fortsätter att arbeta för att få patienten att känna sig delaktig och kunna medverka så långt som möjligt i sin egen vård!

SPF menar att man skulle kunna lyfta fram delaktighet tydligare på flera sätt. Det finns reglerat när det gäller upprättande av vårdplan men skulle kunna tillämpas på fler områden.

Ex. att öka patientens möjlighet till att ha synpunkter på vilket sätt tvångsåtgärden ska genomföras tex på vem som ska ge injektionen och var injektionen ska ges.

Så långt det är möjligt inom ramen för vad som ska utföras ge valmöjligheter. Det bör också tydliggöras patientens rätt till bra, anpassad och kontinuerlig information vid tvångsåtgärder.

Att icke skada understryker att tvångsåtgärden ska utföras med så stor delaktighet, valbarhet, information som möjligt. Vi menar att ex krav på obligatoriska ”eftersamtal” efter tvångsåtgärder skulle kunna vara ett sätt att förbättra patientens delaktighet i vården.

I Socialstyrelsens Nationella Riktlinjerna för Psykosociala insatser för patienter med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd framhålls ”Shared Decision Making” eller, på svenska, ”delat beslutsfattande” som ett högt prioriterat och evidensbaserat förhållningssätt vilket bör tillhandahållas av den psykiatriska vården. Effekter av insatsen är att patienten stannar i behandling, patientens autonomi och ansvar för sin egen behandling ökar och behandlaralliansen ökar. Dels bör framhållas att insatsen bör ha prövats innan beslut om tvångsvård effektueras men även under tvångsvård och i övergången till frivillig vård är insatsen underlättande.

### **7.6.4 Tvångsåtgärder i samband med läkemedelsbehandling**

SPF anser inte att det är rimligt att tvångsåtgärder i samband med läkemedelsbehandling ska rapporteras utan dröjsmål .

### **7.6.5 Elektrokonvulsiv behandling (ECT-behandling)**

ECT bör så långt som det är möjligt undvikas att utföras mot patientens vilja.

### **7.6.6 Fastspänning med bälte**

#### **7.6.7 Våra överväganden och förslag**

Vi ställer oss positiva till förslaget att mobila bälten föreslås kunna användas med stöd av den nya lagen. Vi anser att mobilt bälte ska kunna användas även före intagningsbeslut. Det är också bra att det betonas att personalen skall ha särskild kompetens i användandet av mobila bälten. Vi menar att oavsett fastspänningsmetod bör dessa kompetenskrav vara uppfyllda.



Personal ska enligt vår uppfattning alltid närvara i rummet hos en fastspänd patient oavsett fastspänningsmetod och övervakning av vitalparametrar ska ske kontinuerligt.

### **7.6.8 Avskiljning**

SPF ställer sig tveksamma till att utöka möjligheterna till avskiljning. En självvald ensamhet bör respekteras men avskiljning som sker via inlåsning är psykiskt mycket påfrestande. Vi föreslår krav på persons närvarande vid avskiljning.

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

Bra att det i svåra situationer blir möjligt att vidta åtgärder utöver det som tillåts enligt lagtexten. Samtidigt måste svårigheterna beaktas att ha en nämnd som ska tillåta avsteg från gällande lag. Viss risk för byråkratisering kan befaras, alternativt att besluten i ”tvångsvårdsnämnden” blir en formalitet. Förslaget behöver utvecklas ytterligare.

### **7.6.10 Rätt till förnyad medicinsk bedömning i vissa fall**

SPF delar utredningens uppfattning att det ska finnas möjlighet till ”second opinion” även vid tvångsvård.

### **7.6.11 Tvångsåtgärder i den öppna psykiatriska tvångsvården**

Här används termen ”psykiska tillstånd”, i lagtexten står ”psykiska funktionsförmåga” är dessa synonyma? Jfr tidigare resonemang om terminologi. Tvångsåtgärder när en patient behandlas i öppenvård kan uppfattas som än mer integritetskränkande jämfört med om det sker i slutenvård. SPF anser inte att en patient utan prövning i annan instans ska kunna hämtas in till sjukvårdsinrättning och medicineras mot sin vilja. Begreppet ”sjukvårdsinrättning” uppfattar vi som alltför brett. Om det alls ska vara aktuellt med tvångsåtgärder i öppen vård så bör detta ske på den öppenvårdsmottagning som patienten har sin kontakt på.

Vår erfarenhet är att nuvarande reglering av den öppna tvångsvården i de allra flesta fallen är ändamålsenlig. En utökning av tvångsmöjligheterna riskerar att göra patienten mer negativ till vården och innebära en större integritetskränkning. Eventuell medicinering mot patients vilja bör inte kunna ske på privat driven vårdinrättning.

## **7.7 Öppen psykiatrisk tvångsvård**

### **7.7.1 Bakgrund**

SPF delar utredningens uppfattning att övergång till öppen psykiatrisk tvångsvård inte ska kräva förvaltningsrätts beslut. Med nuvarande lagstiftning har detta i vissa fall inneburit en onödig lång sluten tvångsvård. Vi menar att kravet på att samordnad vårdplanering ska göras före utskrivning bör kvarstå.

Vi anser att det strider mot patientens krav på integritetsskydd och sekretess att skicka inskrivningsmeddelande för alla patienter som skrivs in i sluten vård. Ett utökat samarbete med kommun och primärvård är angeläget men informationsöverlämnande utan patientens medgivande ska prövas omsorgsfullt i varje enskilt fall.





Det är bra att tidsfrist för betalningsansvar föreslås minskat, önskvärt är samma tidsfrist som för patienter med somatisk problematik. SPF anser dock inte att detta i grunden är en fråga för den aktuella utredningen.

#### **7.7.2.1 Tvångsvården behöver inte alltid inledas i den slutna formen**

SPF utgår från att det kommer att krävas ett vanlig vårdintygsförfarande med intagningsprövning förutom en samordnad vårdplanering för att påbörja denna tvångsvård.

Vi ställer oss bakom tanken att så långt möjligt eftersträva att så tidiga insatser som möjligt ska sättas in. Dock ser vi en risk för att den farmakologiska delen av behandlingen blir alltför ensam i fokus. Det är ställt utom allt tvivel att den farmakologiska behandlingen är en viktig grundbult i behandling av ex schizofreni. Men vi vet också att en del patienter inte har nytta av läkemedelsbehandling och att ytterligare andra som kan vara aktuella för tvångsvård har tillstånd där andra insatser kan göra stor skillnad vad gäller att öka livskvaliteten och minimera risken för återinsjuknande.

SPF ser också svårigheter med att inleda tvångsvården i hemmet vad gäller bedömning av två läkare och en korrekt genomförd vårdplanering. Frågan kan också ställas om det är etiskt försvarbart att besöka en patient i dennes hem och meddela beslut om tvångsvård när det sannolikt saknas någon person som kan stödja personen i situationen. Kan man i så fall införa att en stödperson motsvarande den som nu finns i LPT alltid utses och att denne kommer hem till patienten för att göra situationen mer begriplig? Här menar vi att ett förtydligande är nödvändigt

#### **7.7.2.4 En möjlighet att ge läkemedel med tvång**

Nackdelarna med kravet på återintagning i slutenvård för tvångsmedicinering så som det är nu, minskar i och med att det enligt förslaget inte krävs prövning i förvaltningsdomstol för att återgå i ÖPT.

#### **7.7.2.5 En möjlighet till drogkontroll och kroppsvsitation**

#### **7.7.2.6 Inskrivningsmeddelanden**

Se ovan.

#### **7.7.2.7 Samordnad vårdplan**

Bra att kraven på att samordnad vårdplanering alltid ska finnas, även när insatser från kommunen inte är aktuella.

#### **7.7.2.9 Patienternas delaktighet i vårdplaneringen**

En förbättrad patientdelaktighet i vårdplaneringen är angelägen. Vi anser att möjlighet till tvångsmedicinering under pågående öppenvård riskerar att motverka detta.

### **7.7.3 En rätt för patienten att vistas utomhus**

SPF ställer sig mycket positiva till förslaget.



## **7.8 Polismyndighetens befogenhet att omhänderta psykiskt störda personer och skyldighet att lämna biträde**

SPF finner det bra att möjlighet att begära biträde av polis förtydligas och utökas till att även gälla förflyttning av intagen patient. Förtydligandet av att detta endast ska komma ifråga när polisens särskilda befogenhet enligt polislagen behöver tillgripas är bra. Ett förtydligande av inom vilken tid ett biträde bör kunna lämnas vid t ex planerad förflyttning behövs. Regelverket som finns idag är inte tillfredsställande, detta gäller i synnerhet transport av patient kvarhållen med stöd av LVM.

### **7.8.6.4 Skyldighet att lämna uppgifter om patienten**

SPF tillstyrker förslaget.

### **7.8.6.5 Vårdpersonalens närvaro vid handräckningen**

SPF tillstyrker förslaget.

### **7.8.6.6 Polisens omhändertagande av den som kan antas lida av en allvarlig psykisk störning**

SPF tillstyrker förslaget.

### **7.8.6.8 Handräckning i samband med en rättspsykiatrisk Undersökning**

SPF tillstyrker förslaget.

## **8 Barns kontakter med den psykiatriska tvångsvården**

*Vårt förslag: Med utgångspunkt i Barnkonventionen ska följande grundläggande principer för barnets rättigheter föras in i lagstiftningen för den psykiatriska tvångsvården:*

- 1. När åtgärder enligt lagen rör ett barn ska barnets bästa särskilt beaktas.*
- 2. När en åtgärd rör ett barn ska barnet få relevant information och ges möjlighet att framföra sina synpunkter. Barnets synpunkter ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.*
- 3. Ett barn får som huvudregel inte vårdas tillsammans med vuxna patienter. Från det kravet ska det vara möjligt att göra undantag om det är motiverat utifrån barnets eget bästa.*

SPF tycker det är mycket bra att detta förtydligas i lagen.

## **För Svenska Psykiatriska Föreningen**

Kerstin Lindell  
Styrelseledamot

Lise-Lotte Risö Bergerlind  
Ordförande