



Stockholm 2014-10-27

## Synpunkter på Delaktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård Ds 2014:28

Svenska Psykiatriska Föreningen, SPF, tackar för möjligheten att lämna synpunkter på rubricerade.

### Sammanfattande kommentar:

Det är att lappa på den gamla lagen, ofta genom tillägg och hänvisningar. Det som skulle behövas är en nyskriven lag. Vid genomläsning av nuvarande lag och även efter denna föreslagna revidering noteras att flera paragrafer tillförts text som kommer under a/ ibland även b/. Korshänvisningar som inte alltid är lyckade.

Som framgår i mina kommentarer till författningsförslaget så tycker jag att lagen blir mer omständlig och också delvis mer svårtolkad.

En annan viktig kritik är att denna revision i huvudsak innebär variationer av befintlig lagtext och sällan kommer med något nytt. Finns det paragrafer som helt saknas, kan vara en viktig fråga. I den norska lagen finns ett lagstöd för att hålla patienter ”kortvarig fastholding”. Det finns många situationer som jag bedömer att bältesläggning kunnat undvikas om vi haft denna möjlighet – kanske framförallt inom Barn- och Ungdomspsykiatri. Det saknas idag lagstöd för att med tvång hålla fast/om någon mot deras vilja.

I mina ögon har LPT blivit omodern såtillvida att den fortfarande även med föreslagna positiva ändringar i detta PM har för lite tryck i frågor om delaktighet samt etik – men det börjar smyga sig in.

### Mina synpunkter på författningsförslaget:

- 1 § Vi tycker det är bra att det i portalparagrafen uttalas att ett kvalitetssäkringsarbete *ska* ske i syfte att *minska behovet av tvångsåtgärder*
- 6 § Vi tycker det är bra att det tidigare ”*spänns fast med bälte eller liknande anordning*” som ingen riktigt begrep vad det stod för, byts till det klarare ”*får spänns fast med bälte eller mobilt bälte*”  
Jag är inte jurist och har därför svårt att förstå hänvisning till 18 b § att ”vid beslut enligt denna paragraf ska 18 b § tillämpas. Denna handlar om att tvångsåtgärder som rör barn endast får vidtas om det är ”förenligt med barnets bästa”. Står inte denna paragraf tillräckligt stark själv?”
- 7 § Hela 7 § handlar ganska ordrikt om att vid ansökan om öppen psykiatrisk tvångsvård ska en samordnad vårdplan upprättas. I ursprungstexten nämns inte patienten alls och nu vill man därför komplettera texten med ”*Så långt som möjligt ska vårdplanen utformas i samråd med patienten och, om det inte är olämpligt, med dennes närstående*”



Detta är väl gott och väl men i denna paragraf så används begreppen samordnad vårdplan i första meningen och sedan följd av bara ordet vårdplan. Ordet vårdplan finns också i 16 § ”En vårdplan ska upprättas snarast efter det att patienten har tagits in för tvångsvård.” Här avses inte en samordnad vårdplan utan en vårdplan som upprättas utan inblandning av kommunen.

Vi tycker det är tillräckligt krångligt ute i verksamheterna med dessa begrepp som ofta växlas samman – det finns ju även begreppet samordnad individuell vårdplan (SIP). Jag tycker man konsekvent ska skriva ut samordnad vårdplan när detta avses och bara ordet vårdplan när detta avses.

Sedan är det lite märkligt i sammanhanget att det är enbart i den samordnade vårdplanen inför prövning av öppen psykiatrisk tvångsvård där man förtydligar samrådet med patient. Denna skrivning finns inte när det gäller vårdplanen som upprättas när patienten läggs in för vård enligt LPT. I min värld är detta inkonsekvent.

En annan mindre anmärkning är, när det nu blir ett än större lappverk, att man i förslaget skriver att ”vårdplanen utformas i samråd med patienten och, om det inte är olämpligt, med dennes närstående” för att i meningen efter, som hänger kvar sedan tidigare, upprepa ”Vårdplanen ska utformas i samarbete mellan de enheter vid kommunen eller landstinget som svarar för insatserna”. Man ger intryck av att det är separata rum helt och hållet. Jag tror det är en effekt av att man lägger till något nytt och samtidigt låter en gammal mening stå kvar.

Patient och närstående är ju relativt ofta med vid den samordnade vårdplaneringen tillsammans med kommunen och varför är de inte omnämnda i det samarbetet? Kunde det inte vara enklare att stoppa in patient och närstående i det sammanhanget.

9 § Det är väl en bra komplettering att ”*patientens inställning till de särskilda villkoren och till insatserna i vårdplanen*” ska framgå av en eventuell ny ansökan om fortsatt öppen psykiatrisk tvångsvård. Naturlig följdfråga är självklart om det inte ska ingå i ansökan om förlängning av slutet vård enligt LPT. Återigen som jag ser det en effekt av lappande.

17 § Denna paragraf vill påminna om att samråd med patient och om möjligt med närstående ska ske om möjligt. HSL gäller ju även vid denna vård men man har valt att lyfta detta igen specifikt eftersom det bedöms centralt. För att ändå markera skillnaden mellan dessa lagar har man i nuvarande LPT lagt till ”*Frågor om behandlingen avgörs ytterst av chefsöverläkaren*”. Man föreslår att ersätta denna mening med ”*Om det är nödvändigt får patienten, efter chefsöverläkarens beslut, ges behandling utan samtycke*”. Detta för att åter stryka under detta med samtycke – att man försökt få till stånd samtycke men ej lyckats istället för den nuvarande textens mer patriarkala uttalande. Vi tycker det är helt OK.



- 18 a §      Här görs tillägget ”Chefsöverläkaren ska, så snart patientens tillstånd tillåter, se till att patienten erbjuds ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsbehandling”  
Vi är mycket glad över detta – ser det som en arbetsseger eftersom detta har framförts till Soc. Dep. på olika sätt och också är något som finns med i de ”Kliniska riktlinjer vid Psykiatrisk Tvångsvård” som SPK gett ut.  
I avdelningen ”Överväganden och förslag” som ger bakgrund används uppföljningssamtal och återkopplingsamtal om vartannat på ett synonymt sätt. Vi tycker inte det är samma sak. I lagtexten står uppföljningssamtal vilket Vi tycker är mer korrekt och borde användas konsekvent för att minska risk för missförstånd (vem återkopplar till vem – förmodligen den som kommer med initiativ till samtalet).
- 18 b §      Ett nytt tillägg ”Tvångsåtgärder som rör barn får vidtas endast om det är för barnets bästa”.  
Vi har lite svårt att förstå här. Att se till barnets bästa är ju alldeles utmärkt. Det tillför en etisk dimension som behövs mer av enligt min uppfattning. Frågan är ju förstas varför denna regel ska avgränsas till personer under 18 år. Min uppfattning är att detta skulle kunna vara ett viktigt steg även för vuxna tvångsvårdade. I ”Överväganden och förslag” utvecklas det hela lite grann. Bland annat skriver man ”På vilket sätt åtgärden anses förenlig med barnets bästa och hur det övervägandet har gjorts ska framgå av journalen”. Vi skulle gärna se denna skrivning omfatta alla tvångsvårdade. Varför ska denna utmärkta etiska dimension enbart omfatta tvångsvård till personer under 18 år?
- 19 §      Denna paragraf handlar om fastspänning/bätlesläggning. Här föreslås ganska stora förändringar. Först har man förslag på ett tillägg av ”och det är oundgängligen nödvändigt” för att stryka under att bätlesläggning inte ska användas annars än när det bedöms att inget annat alternativ är möjligt. Tidsgränsen 4 timmar specificeras – det har ju redan omsatts i praxis men kommer nu också i lagtexten,  
Sedan tillkommer detta med mobilt bälte som också omnämndes i 6 § som handlar om tvångsåtgärder innan intagningsbeslut. Man har gjort ett förtydligande att mobilt bälte får användas under högst 60 minuter. Anna Björkdahl en av de i landet som vet mest om mobila bälten har till mig framfört att hon tycker detta är längre än vad som ofta är nödvändigt och att trettio minuter skulle vara tillräckligt.  
Sedan har man också för barn halverat tiden för fastspänning från maximalt fyra timmar till två timmar. Sedan nytt ställningstagande och ev. nytt beslut om två timmar.  
  
Vi tycker det är bra med detta förtydligande som är oklart formulerat i nuvarande lag ”kortvarigt”. Samtidigt blir det ordrikt och lite klyddigt som man säger i Skåne. Man har inte konkret nämnt efter hur lång tid fastspänning av barn får ske innan anmälan till IVO den enda tidsgräns som anges är mer än fyra



timmar och som det står formulerat nu så gäller det som Vi läser det även barnen – vilket nog inte är avsikten. Min gissning är att IVO ska/borde informeras om man fattar beslut om förlängning av fastspänning av barn det vill säga >2 timmar.

- 20 § Denna liknar ju 19 § men här gäller det avskiljning. Här skrivs tidsgränsen 8 timmar för vuxna ut samt nytt beslut om 8 timmar. Halva tiden gäller för barn. Samma inkonsekvens som Vi uppfattar det att anmälan till IVO regleras både för barn och vuxna till om ”*avskild mer än åtta timmar*”. Vi tror kanske att lagstiftaren har tänkt att barn som avskiljs mer än fyra timmar ska anmälas till IVO men det är inte det man skrivit.
- 20 a § Helt ny skrivning om möjlighet att vid ett ”*synnerligen aggressivt eller störande beteende utgör en fara för annan, får chefsöverläkaren besluta om långtidsavskiljning under högst fyra veckor*”  
Detta kommer förmodligen vara det mest kontroversiella i förslaget. Min uppfattning är detta är mest förekommande inom rättspsykiatri. Vi kan enbart påminna oss ett par patienter av de cirka 1000 LPT vårdade. Vi kan tycka att denna paragraf enbart ska finnas med i LRV (så länge vi nu ska ha två olika lagar). Kan ni själva påminna er att ni haft behov av fyraveckors avskiljning inom allmänpsykiatri?  
Sedan är det lite förvirrande och detta är en följd av lappverket som LPT nu blir än mer.  
20 a § i den nuvarande LPT handlar om att inskränka rätt till elektronisk kommunikationstjänst. Den måste om nu 20 a § i revideringen handlar om långtidsavskiljning döpas om till förmodligen 20 b §. Men det framkommer inte tydligt i författningsförslaget.
- 22 b § Denna § handlar om att beslut i 20 b § (detta måste avse elektronisk kommunikation) samt 22 a § som handlar om försändelser gäller i högst två månader. Det enda nya är namnbytet 20 a § till 20 b §
- 31 § Denna § handlar om när chefsöverläkaren alltid ska göra anmälan till nämnd om att utse stödperson. Till de tre nuvarande skälen  
”1. *Ansökan om medgivande till tvångsvård enligt 7, 12, 14 §*  
2. *patient som överklagar chefsöverläkarens beslut om intagning en. 6 b §*  
3. *överklagar beslut om begäran att tvångsvården ska upphöra*”  
nu foga en fjärde –  
”4. *chefsöverläkaren beslutat om långtidsavskiljning enligt 20 a §.*”  
Hela paragrafen är av lite säkerhetsbälteskaraktär. Med det menar Vi att man undantagslöst vill att dessa fyra olika fall ska anmälas oberoende av patientens åsikt och sedan ska nämnden via antingen kontakt med patienten direkt eller personal med god kännedom ta reda på förutsättningarna.  
Delvis kan Vi tycka att det är ett underkännande av det som borde fungera



bättre. Men samtidigt vet Vi hur dåligt det fungerar på många håll så det är svårt att ha invändningar.

- 32 § Detta är ju en paragraf som reglerar vad patienten får överklaga och här har man nu lagt till långtidsavskiljning. Inget konstigt.
- 38 § Liknande som ovan men här gäller det offentligt biträde. Att detta också ska utses om målet i förvaltningsdomstol inkluderar långtidsavskiljning som ju inte funnits tidigare.
- 39 § Ännu en likadan som de två ovan. Här handlar det om att chölen förutom det som funnits tidigare nu även kan uppdra åt erfaren läkare med specialistkompetens att fatta beslut om långtidsavskiljning.

Förslag om ändring i LRV kommenterar Vi inte. Dels är de till allra största delen identiska med förändringarna i LPT sedan tycker Vi också att det mer än uppgift för Rättspsykiatriska Föreningen.

**Tillägg (som inte berör detta PM):**

***De två allvarligaste som Vi tycker felen med vår tvångsvårdslag är:***

1. **LRV-SUP** dvs. att vi fortfarande har vårdpåföljd till brottslighet hos allvarligt psykiskt störda som regleras inte av vårdprofessionen och i flera fall inte heller av vårdbehov utan mer av samhällsskydd. Vi har sett många och även dokumenterat många patienter som fanns inom rättspsykiatri 2009-2010 pga. av antingen förvaltningsdomstols avslag av chefsöverläkares begäran om att vården ska upphöra eller i en del fall allmänna åklagarens avslag när både förvaltningsrätt och chefsöverläkare ansåg att vården skulle upphöra. Detta var ju som Vi bedömer en av de viktigaste skälen till utredningen "Psykiatri och Lagen" - att vi skulle likna övriga världen, eftersom vår lagstiftning på området (LRV-SUP) är nära nog världsunik.
2. Det har som Vi bedömer det också efter alla ändringar smugit sig in en **"bugg" i LPT** som man inte verkar ha uppfattat eller skrivit förslag om ändring. År 2000 fick vi möjlighet att både bälteslägga, medicinera och avskilja patienter i vissa lägen innan intagningsbeslut. Detta regleras i ett tillägg till paragraf 6 (6 a §). Innan dess var det ju nödvärn och polisbiträde som gällde. När lagen skrevs om, så med tanke på hur verkligheten ser ut på många akutmottagningar, så beslutades att en legitimerad läkare kan fatta dessa beslut. Det fanns sedan tidigare en paragraf 23 som reglerar kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. Det är enbart chefsöverläkaren som får fatta beslut i denna fråga och inte en legitimerad läkare. I paragraf 6 hänvisas beslut om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning till paragraf 23. Detta är som Vi ser det en bugg som innebär att i stort sett alla landets akutpsykiatriska mottagningar mycket frekvent gör sig skyldiga till lagbrott. Det är i praxis svårt att förstå att så pass allvarliga ingrepp i friheten som bältesläggning,



avskiljning och tvångsmedicinering kan fattas av legitimerad primärjour men inte det i mina ögon mindre inskränkande att få titta i väskor och fickor. Vi har under många hundra bakjourer *aldrig* blivit tillfrågad om ett beslut kring kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning (grundlagsskyddad rätt att slippa).

### **Ett annat viktigt principiellt problem:**

Det finns idag inte lagstöd för att frihetsberöva personer som har en gravt nedsatt autonomi eller allvarliga psykiska symtom till följd av demens, utvecklingsstörning, hjärnskada. Det som händer i praktiken är att dessa personer överförs till psykiatri med eller utan bifogat vårdintyg. Är läget väldigt bekymmersamt blir de ofta också föremål för vård enligt LPT trots avsaknad av psykisk sjukdom. Begreppet allvarlig psykisk störning är egentligen inte avsett att täcka dessa tillstånd men i en blandning av humanitet, praktik och pragmatism så händer det ganska ofta.

Det ställer till det på många olika sätt. Dessa personer hamnar i en felaktig vårdmiljö som varken är lämplig eller speciellt kunnig om dessa tillstånd. Det är inte så ovanligt att de om de bedöms utgöra en fara för sig själv eller andra kan bli föremål för tvångsåtgärder.

Många av dessa patienter är äldre och i behov av kommunala vårdinsatser. Den nuvarande Betalningsansvarslagen ger kommunen när patienten bedöms som utskrivningsklar 30 arbetsdagar innan de får betalningsansvar. Det har tyvärr på de flesta håll blivit regel att dessa 30 "fria" vardagar utnyttjas av kommunen innan ex. plats på kommunalt boende erbjuds. Detta är på många håll en kraftig bidragande orsak till den redan svåra platsproblematiken. Mitt intryck är också att det bidragit till att en del psykogeriatriska avdelningar har fått lägga ner då de snabbt fylldes med utskrivningsklara patienter.

Betalningsansvarslagen har 5 vardagar för somatisk vård innan betalningsansvar tas över när patienten är utskrivningsklar. Detta möjliggör ett helt annat flöde och i stort sett omöjliggör liknande för en psykogeriatrisk vårdavd.

Jag ansluter mig till dem som vill se en total översyn av tvångsvård vid gravt nedsatt autonomi – oberoende av vad denna kommer sig av.

**För Svenska Psykiatriska Föreningen**

Lena Flyckt  
ordförande