God tvångsvård

– trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Betänkande av Utredningen om vissa tvångsvårdsfrågor

Stockholm 2022

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2022:40

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2022

ISBN 978-91-525-0424-6 (tryck)
ISBN 978-91-525-0425-3 (pdf)
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 20 maj 2021 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att göra en översyn av vissa frågor enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, samt analysera behovet av förändringar och förtydliganden av regelverket. Syftet med översynen är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet, rättssäkerheten och säkerheten i vården för de personer som tvångsvårdas med stöd av LPT och LRV.

Utredningen har antagit namnet Utredningen om vissa tvångsvårdsfrågor.

Ämnesrådet Martin Färnsten förordnades att från och med den 1 juli 2021 vara särskild utredare. Departementssekreteraren Madeleine Kaharascho Fridh, Arbetsmarknadsdepartementet och departementssekreteraren Andrea Larsson, Socialdepartementet förordnades att från och med den 1 juli 2021 vara sakkunniga i utredningen. Som experter från och med den 1 juli 2021 förordnades ordföranden Conny Allaskog, Nationell samling för psykisk hälsa (NSPH), verksamhetsledaren Louise Aronsson, Tilia, verksamhetsområdeschefen Jörgen Bragner, Region Sörmland (Karsuddens rättspsykiatriska klinik), juristen Johanna Gillström, Barnombudsmannen, chefsöverläkaren Malin Hamrén, vuxenpsykiatrin och rättspsykiatrin i Region Västerbotten, inspektören Gunnar Hägglund, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), chefsöverläkaren Håkan Jarbin, barn- och ungdomspsykiatrin i Region Halland och Lunds universitet, samordnaren Mikael Malm, Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) samt juristen Kristina Swiech, Socialstyrelsen.

Departementssekreteraren Madeleine Kaharascho Fridh entledigades från sitt uppdrag som sakkunnig den 28 februari 2022. Den 28 februari 2022 förordnades departementssekreteraren Christopher Carlson, Socialdepartementet som sakkunnig i utredningen. Den

10 maj entledigades departementssekreteraren Christopher Carlson, Socialdepartementet som sakkunnig i utredningen.

Juristen Åsa Levin anställdes från och med den 1 juli 2021 som sekreterare med en tjänstgöringsgrad på 50 procent i utredningen. Docenten Ewa Gustafsson anställdes den 1 januari 2022 som sekreterare med en tjänstgöringsgrad på 20 procent i utredningen.

När begreppet utredningen används i betänkandet avses den särskilde utredaren samt sekretariatet. Den särskilde utredaren svarar ensam för innehållet i betänkandet.

Utredningen överlämnar härmed betänkandet *God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* (SOU 2022:40). I och med detta betänkande är uppdraget slutfört.

Stockholm i juni 2022

Martin Färnsten

/Åsa Levin
Ewa Gustafsson

Innehåll

Sammanfattning **13**

1 Författningsförslag **25**

1.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård 25

1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård 31

1.3 Förslag till lag om ändring i fängelselagen (2010:610) 38

1.4 Förslag till lag om ändring i häkteslagen (2010:611) 39

1.5 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) 40

1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård 41

1.7 Förslag till förordning om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) 46

2 Utredningens uppdrag och genomförande **49**

2.1 Direktivet 49

2.2 Utredningens kommentarer till uppdraget 50

2.3 Uppdragets genomförande 53

2.4 Betänkandets disposition 54

3 Gällande rätt 55

3.1 Mänskliga fri- och rättigheter 55
3.1.1 Regeringsformen 55
3.1.2 Den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) 57
3.1.3 Europeiska konventionen till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning 58
3.1.4 FN:s konvention mot tortyr och annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning 59
3.1.5 FN:s konvention om barnets rättigheter 60

3.2 Hälso- och sjukvårdslagstiftningen 67
3.2.1 Definitioner 69
3.2.2 Organisation och ledningsuppgifter 69
3.2.3 God vård 70
3.2.4 Särskilda skyldigheter i fråga om barn 70
3.2.5 Regionens ansvar som huvudman 71

3.3 Tvångsvård 74
3.3.1 Lagen om psykiatrisk tvångsvård 74
3.3.2 Lagen om rättspsykiatrisk vård 75

3.4 Dokumentation 76

3.5 Hälso- och sjukvårdssekretess 78

3.6 Enskildas rättigheter 80
3.6.1 Målinriktade ramlagar 80
3.6.2 Rättighets- och skyldighetslagar 81
3.6.3 Patientens ställning i vården 84

4 Psykiatrisk tvångsvård – historik och nuläge 97

4.1 Kort om psykiatrins historia i Sverige 97

4.2 Den nuvarande tvångsvårdslagstiftningens framväxt 100

4.3 Psykiatrisk tvångsvård – några nyckeltal 103

4.3.1 Allmänt om psykiatri ur ett produktionsperspektiv ... 103
4.3.2 Patienterna i tvångvården ... 103
4.3.3 Användning av tvångsåtgärder ... 106

5 Barn och vuxna ska inte vårdas tillsammans ... 111

5.1 Utredningens uppdrag ... 111

5.2 Övergripande utgångspunkter och analys ... 112
5.2.1 Inledande kommentar ... 112
5.2.2 Hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen gäller även vid tvångsvård ... 113
5.2.3 Barnkonventionen ställer krav på vårdgivare som bedriver tvångsvård ... 115
5.2.4 Att barn tvångsvårdas tillsammans med vuxna är ovanligt, men förekommer ... 116
5.2.5 Tidigare kartläggningar av hur barn upplever att vårdas med tvång tillsammans med vuxna ... 118
5.2.6 Barns upplevelser av att vårdas i vuxenpsykiatrin – en analys av några olika situationer ... 119
5.2.7 Avvägning mellan det enskilda barnets bästa och andra barns bästa – ett exempel ... 123
5.2.8 Är det ändamålsenligt med en bestämmelse om var tvångsvårdade barn ska placeras? ... 124
5.2.9 Tvångsvårdade barns utsatthet ställer särskilda krav på vårdgivaren ... 126
5.2.10 Barnkonventionen är svensk lag men fortsatt transformering behövs ... 127
5.2.11 Skärpta krav på dokumentation kan förhindra olämpliga placeringar ... 128

5.3 Utredningens förslag ... 129
5.3.1 Att barn inte får tvångsvårdas tillsammans med vuxna ska vara huvudregel ... 129

6 Beslut om tvångsåtgärder ska kunna prövas av en oberoende instans 141

6.1 Utredningens uppdrag 141

6.2 Övergripande diskussion och analys 142
6.2.1 Liknande tvångsåtgärder överklagbara i socialtjänsten men inte i hälso- och sjukvården 143
6.2.2 Tvångsåtgärders olika syften 144
6.2.3 Om begreppen tvångsmedicinering och fasthållning 147
6.2.4 Aktuell rättsprocess om skadeståndskrav efter medicinering utan samtycke 152
6.2.5 Domstolsprövning eller utredning av IVO? 154
6.2.6 Kan en ny medicinsk bedömning öka patientens rättssäkerhet? 158

6.3 Utredningens förslag och bedömningar 161
6.3.1 Beslut om tvångsåtgärderför att upprätthålla ordning eller säkerhet ska kunna överklagas 161
6.3.2 IVO ska utreda klagomål på överklagbara beslut 172
6.3.3 Möjlighet att överklaga beslut om behandling utan samtycke – två alternativ 174
6.3.4 Patienter ska informeras om möjligheterna att få ett beslut om tvångsåtgärd prövat av en oberoende instans 183

7 Daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet 187

7.1 Utredningens uppdrag 187

7.2 Övergripande utgångspunkter och analys 187
7.2.1 Frågan har uppmärksammats och utretts tidigare 187
7.2.2 Bristande kunskap om tvångsvårdade patienters upplevelser av daglig utevistelse och daglig aktivitet 189
7.2.3 Daglig utevistelse och aktivitet – rättighet eller möjlighet? 191

7.2.4 Aspekter på frågan om en minimitid för utevistelsen ... 192
7.2.5 Vad är en utomhusvistelse? ... 195
7.2.6 Olika patientgruppers förutsättningar att delta i dagliga aktiviteter ... 200
7.2.7 Är rätt till daglig aktivitet och daglig utevistelse en förutsättning för god vård? ... 202

7.3 Utredningens förslag ... 203
7.3.1 En patient som vårdas enligt LPT eller LRV har rätt till dagliga aktiviteter och att vistas utomhus minst en timme varje dag ... 203

8 Allmän kontroll av försändelser och vid inpassering på LRV-inrättningar ... 211

8.1 Utredningens uppdrag ... 211

8.2 Övergripande utgångspunkter och analys ... 212
8.2.1 Bestämmelser om otillåtna föremål i LPT och LRV ... 212
8.2.2 Skärpta bestämmelser föreslogs av Socialstyrelsen 2018 ... 215
8.2.3 Är otillåtna föremål på LRV-inrättningar ett reellt problem? ... 216
8.2.4 Riskerar bestämmelser om allmän inpasseringskontroll och allmän försändelsekontroll på alla LRV-inrättningar att träffa andra personer än avsett? ... 219
8.2.5 Bör undantag kunna göras från allmän inpasseringskontroll och allmän försändelsekontroll? ... 221
8.2.6 Allmän kontroll eller individuell kontroll – vad är mest ändamålsenligt? ... 225
8.2.7 Är allmän kontroll en proportionerlig inskränkning i de grundlagsskyddade rättigheterna? ... 228

8.3 Utredningens förslag ... 231
8.3.1 Endast patienter som anges i 1 § andra stycket LRV får placeras på LRV-inrättningar ... 231

8.3.2 Allmän inpasseringskontroll möjliggörs på samtliga LRV-inrättningar ... 237
8.3.3 Allmän försändelsekontroll möjliggörs på samtliga LRV inrättningar ... 238

9 Register och andra kunskapskällor för tillsyn av psykiatrisk tvångsvård ... 251

9.1 Utredningens uppdrag ... 251

9.2 Övergripande utgångspunkter och analys ... 251
9.2.1 Om uppdraget att analysera gränsdragningar mellan LPT och HSL ... 251
9.2.2 Register och andra källor för kunskap om tvångsvård ... 252
9.2.3 Bör uppgifter i patientregistret kunna användas för tillsynsverksamhet? ... 257
9.2.4 Bör anmälningsskyldigheten till IVO:s säkerhetsregister omfatta fler uppgifter än i dag? ... 258
9.2.5 Utredningens bedömning och slutsats ... 259

9.3 Utredningens bedömningar och förslag ... 260
9.3.1 Utvidgad anmälningsskyldighet till IVO:s säkerhetsregister ... 260

10 Finansieringsförslag, kostnadsberäkningar och övriga konsekvensbeskrivningar ... 263

10.1 Utredningens skyldighet att redovisa kostnadsberäkningar och andra konsekvensbeskrivningar ... 263

10.2 Finansieringsförslag ... 264
10.2.1 Kostnadsökningar och kostnadsminskningar för staten ... 265
10.2.2 Kostnadsökningar och kostnadsminskningar för kommuner eller regioner ... 271
10.2.3 Förslagens konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 276

10.2.7 Konsekvensutredning enligt Förordning (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning ... 280

11 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser ... 283

12 Författningskommentar ... 285

12.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård ... 285

12.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ... 298

12.3 Förslaget till ändring i fängelselagen (2020:610) ... 306

12.4 Förslaget till lag om ändring i häkteslagen (2010:611) ... 306

12.5 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) ... 307

12.6 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ... 308

12.7 Förslaget till förordning om ändring i Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) ... 312

Referenser ... 313

Bilaga

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2021:36 ... 321

Sammanfattning

Om utredningsuppdraget

Den här utredningens uppdrag har varit att göra en översyn av vissa frågor i syfte att ytterligare stärka barnrättsperspektivet, rättssäkerheten och säkerheten i vården för personer som tvångsvårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). Uppdraget har omfattat frågor om barnets bästa vid placering av barn som tvångsvårdas, möjlighet till oberoende prövning av beslut om tvångsåtgärder, rätt till daglig utevistelse och daglig aktivitet, säkerhet på vårdinrättningar genom ökad kontroll vid inpassering och av försändelser samt utveckling av befintliga register för effektivare tillsyn och uppföljning.

Den nuvarande tvångsvårdslagstiftningen – LPT och LRV – infördes för cirka trettio år sedan. Brister och missförhållanden inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården har sedan dess återkommande uppmärksammats, vilket har ställt krav på en mer ändamålsenlig och moderniserad lagstiftning. Under de senaste årtiondena har lagstiftningen också kompletterats och skärpts vid ett antal tillfällen och på ett antal punkter. Bland annat har säkerheten på vårdinrättningarna skärpts, patienters möjligheter till delaktighet och inflytande har förbättrats och lagändringar har gjorts i syfte att stärka barns rättigheter inom tvångsvården. Utredningen tolkar direktivet till denna utredning som ett uttryck för en ambition att ta ytterligare steg för ökad trygghet, säkerhet och rättssäkerhet för patienter i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård – steg för att skapa en ”god tvångsvård.” Om de förslag som lämnas i betänkandet genomförs, skulle det enligt utredningens uppfattning förbättra villkoren för tvångsvårdade patienter i flera olika avseenden. Dock illustrerar såväl tidigare utredningar som detta utrednings-

direktiv att den nuvarande tvångsvårdslagstiftningen är komplex till sin struktur och i behov av en helhetsöversyn.

Utredningens förslag

Barn får inte tvångsvårdas tillsammans med vuxna

Det förekommer att barn som vårdas med stöd av LPT placeras tillsammans med vuxna. Utredningen föreslår en ny bestämmelse i LPT och LRV med innebörden att barn som vårdas enligt dessa lagar inte får placeras tillsammans med vuxna. Undantag får dock göras om det bedöms vara till barnets bästa. Bestämmelsen är i princip likalydande med artikel 37 c i barnkonventionen och det är viktigt med fortsatt transformering av barnkonventionen. En särskild bestämmelse möjliggör också att ställa särskilda dokumentationskrav i de fall vårdgivare ändå väljer att placera barn tillsammans med vuxna. Detta är viktigt för att följa upp och säkerställa att skälet till placeringen verkligen var barnets bästa och inte föranlett av exempelvis bristande resurser.

Samtidigt som en särskild bestämmelse om att barn inte får tvångsvårdas tillsammans med vuxna är väl motiverad, är det viktigt att bestämmelsen medger viss flexibilitet. Utredningen har tagit del av flera exempel på situationer då placering på en vuxenavdelning är till barnets bästa. Ett barn kan exempelvis ha ett vårdbehov som ställer krav på särskild specialistkompetens som endast finns på en vuxenavdelning. Vidare kan en barnpsykiatrisk avdelning vara placerad på ett långt geografiskt avstånd från barnets bostadsort och familj. Det kan då vara enligt barnets bästa att barnet i stället vårdas på en närliggande vuxenpsykiatrisk avdelning. Om flera unga patienter med liknande problematik vårdas tillsammans på en barnpsykiatrisk avdelning, kan situationen uppstå att de påverkar varandra och utvecklar destruktiva beteenden. Tillfrisknandet försvåras därmed och för att undvika en eskalering av ett akut tillstånd kan det vara till barnets bästa att flytta patienten till en vuxenpsykiatrisk avdelning.

För att möjliggöra en uppföljning av skälen till att barn undantagsvis placeras bland vuxna, föreslår utredningen att skälen till beslutet dokumenteras i patientens journal samt att Inspektionen för vård och omsorg utan dröjsmål underrättas om ett sådant beslut.

Beslut om tvångsåtgärder för att upprätthålla ordning eller säkerhet ska kunna överklagas

Ett antal av de särskilda tvångsåtgärder som får beslutas med stöd av bestämmelser i LPT och LRV är i dag inte möjliga att överklaga till allmän förvaltningsdomstol. I stället är patienten hänvisad till hälso- och sjukvårdens system för klagomål till patientnämnd och IVO samt till möjligheten att få en ny medicinsk bedömning.

Även om alla tvångsåtgärder i någon mening utgör en del av en vårdinsats, har vissa åtgärder uttryckligen till syfte att upprätthålla ordning och säkerhet, medan andra mer kan ses som rent medicinska behandlingsbeslut. Med utgångspunkt i denna distinktion föreslår utredningen att beslut om tvångsåtgärder som syftar till att upprätthålla ordning eller säkerhet för patienten själv eller någon annan, ska kunna överklagas. Tvångsåtgärder som exempelvis fastspänning, avskiljning, kroppsbesiktning och kroppsvisitation innebär mycket långtgående ingrepp i den enskildes personliga frihet och integritet. Att en patient i efterhand kan överklaga ett beslut om en tvångsåtgärd innebär högre krav på vårdgivaren att motivera beslutet, vilket kan bidra till att minska felaktig användning av tvångsåtgärder som innebär en alltför extensiv tillämpning av gällande bestämmelser.

Utöver de beslut som i dag är överklagbara innebär utredningens förslag att även följande beslut ska kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol:

- beslut om kvarhållning enligt 6 § första stycket LPT,
- beslut om att använda tvång bland annat för att hindra patienten att lämna vårdinrättningen enligt 6 § 1 stycket LPT,
- beslut om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning enligt 6 § andra stycket LPT,
- beslut om fastspänning och avskiljning under kvarhållande enligt 6 a § första stycket,
- beslut att använda tvång för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där denne ska vistas, för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården (18 § andra stycket LPT, 8 § LRV),
- beslut om kortvarig fastspänning med bälte eller liknande anordning (19 § LPT, 8 § LRV),

- beslut om kortvarig fastspänning med bälte av en patient som är under 18 år (19 a § LPT, 8 § LRV),
- beslut om att hålla en patient avskild från andra patienter (20 § LPT, 8 § LRV),
- beslut om att hålla en patient under 18 år avskild från övriga patienter (20 a § LPT, 8 § LRV),
- beslut om omhändertagande av teknisk utrustning (20 b § LPT, 8 § LRV),
- beslut om omhändertagande av egendom som kan skada patienten själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen (21 § 5 LPT, 8 § LRV),
- beslut om att undersöka försändelser till en patient, i syfte att kontrollera att försändelsen inte innehåller sådan egendom som nämns i 21 § (22 § LPT, 8 § LRV) samt
- beslut om kroppsvisitering och ytlig kroppsbesiktning (23 § LPT, 8 § LRV).

Prövning av beslut om behandling utan samtycke – två alternativ

Beslut om behandling utan samtycke enligt 17 § LPT och 6 § LRV är medicinska beslut som kan innebära exempelvis läkemedelstillförsel genom injektion, sondmatning eller ECT-behandling. Utredningens principiella uppfattning är att sådana medicinska behandlingsbeslut, även om de fattas utan samtycke, i första hand bör prövas inom ramen för hälso- och sjukvårdens system för tillsyn och klagomål samt genom patientens möjlighet att välja behandlingsalternativ och erbjudas ny medicinsk bedömning. Vårdens förutsättningar att bedriva en effektiv vård av god kvalitet i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet riskerar att försämras om enskilda beslut om vårdens medicinska innehåll kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Även om rätten, utöver journaldokumentation och kompletterande uppgifter från chefsöverläkaren, kan inhämta utlåtande från en medicinskt sakkunnig, är det i praktiken svårt för rätten att pröva om det medicinska beslutet i sak var riktigt. Detta ställningstagande kompliceras emellertid av att rättsläget i dag

är oklart när det gäller vårdens befogenheter att använda tvång vid behandling utan samtycke. Bestämmelserna om fastspänning medger inte uttryckligen att patienter får spännas fast för att möjliggöra exempelvis läkemedelstillförsel. Det finns inte heller någon bestämmelse som uttryckligen medger att patienten får hållas fast för att möjliggöra behandling. Ur rättssäkerhetssynpunkt är detta mycket otillfredsställande. Vidare bör den aktuella rättsprocess nämnas, i vilken det anförts att staten begått brott mot europakonventionen genom att inte tillse att en patient kunnat överklaga ett beslut om tvångsmedicinering och få det upphävt. Skulle utfallet av den processen bli att det utdöms ett skadestånd till patienten, kan det aktualisera ett behov av att förändra den svenska lagstiftningen.

Mot bakgrund av att det finns tungt vägande skäl såväl för som mot att göra det möjligt att överklaga beslut om behandling utan samtycke, har utredningen valt att redovisa två olika alternativ till fortsatt hantering av frågan. Det ena alternativet innebär att den nuvarande regleringen lämnas oförändrad såvitt avser överklagandemöjligheten, det vill säga ett beslut om behandling utan samtycke enligt 17 § LPT och 6 § LRV är inte möjligt att överklaga till allmän förvaltningsdomstol. I kombination med utredningens förslag om att ett beslut om fastspänning ska vara överklagbart, blir det då möjligt att exempelvis i en situation då läkemedelstillförsel skett när en patient varit fastspänd, överklaga själva beslutet om fastspänning för att få prövat om detta haft lagstöd. Själva beslutet om läkemedelsbehandlingen blir däremot inte möjligt att överklaga, av de skäl som redovisas ovan. Det andra alternativet är att en ny bestämmelse förs in i 32 a § LPT med hänvisning till LRV med innebörden att patienten till allmän förvaltningsdomstol får överklaga även ett beslut om behandling utan samtycke. Detta alternativ i kombination med övriga förslag innebär att såväl fastspänningen som beslutet om en viss medicinsk behandling blir möjliga att överklaga. Utredningen redovisar argument för respektive alternativ, men tar inte ställning till vilket som enligt utredningen bör väljas.

Rättsläget när det gäller tvång vid behandling utan samtycke behöver tydliggöras

Ett tydliggörande av rättsläget när det gäller vilket tvång som får användas för att genomföra behandling utan samtycke är angeläget. Regeringen bör därför tillsätta en utredning med uppdraget att analysera de rättsliga förutsättningarna för behandling med tvång inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt lämna nödvändiga författningsförslag som kan bidra till att tydliggöra vårdens befogenheter och patientens rättigheter när det gäller behandling utan samtycke. Utredningen bör i sitt arbete bland annat beakta hur tvångsvårdslagstiftningen är utformad i Norge och Danmark.

IVO ska utreda klagomål även på överklagbara beslut

I dag är IVO inte skyldig att utreda klagomål på beslut som är möjliga att överklaga. Om fler beslut om tvångsåtgärder enligt utredningens förslag blir möjliga att överklaga till allmän förvaltningsdomstol, skulle IVO:s skyldighet att utreda klagomål på dessa beslut upphöra. Utredningen har därför övervägt att lämna ett förslag med innebörden att IVO:s utredningsskyldighet ska gälla, oavsett om beslutet som klagomålet avser är möjligt att överklaga eller inte. En nackdel med detta skulle dock vara att både IVO och en domstol då kan komma att granska samma beslut. Detta är inte ett effektivt användande av offentliga resurser och riskerar dessutom att leda till motstridiga beslut av de respektive instanserna. Utredningen föreslår därför en utredningsskyldighet för IVO även för beslut som är möjliga att överklaga, dock inte om klagomålet rör ett beslut som redan har överklagats av patienten.

Patienter ska informeras om möjligheterna att få ett beslut om en tvångsåtgärd prövat av en oberoende instans

Som framgått finns det flera olika möjligheter för en patient att få beslut om tvångsåtgärder prövade av en oberoende instans. Utredningen anser att vårdgivarens skyldighet att informera om dessa bör skärpas. Utredningen föreslår att skyldigheten enligt 48 § LPT (30 § LRV) att upplysa en patient om sin rätt att överklaga vissa beslut,

anlita ombud eller biträde eller få biträde, ska kompletteras med en skyldighet att även upplysa om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning, välja behandlingsalternativ, vända sig till vårdgivaren och till en patientnämnd med klagomål samt anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vidare föreslås att, efter genomförd behandling utan samtycke enligt 17 § LPT (6 § LRV), ska chefsöverläkaren så snart patientens tillstånd tillåter det se till att patienten erbjuds ett uppföljningssamtal samt ges information enlighet 48 § LPT (30 § LRV).

En patient som vårdas enligt LPT eller LRV har rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och att vistas utomhus minst en timme varje dag

Tillgång till dagsljus, frisk luft och en möjlighet att röra på sig är grundläggande mänskliga behov. Det långtgående frihetsberövande som tvångsvård innebär ställer enligt utredningens uppfattning särskilda krav på att uttryckligen reglera vissa grundläggande skyldigheter för vårdgivaren när det gäller att säkerställa att patienter ges möjlighet att vara utomhus varje dag och att erbjudas meningsfulla aktiviteter. Sedan 2020 finns i LPT och LRV bestämmelser med innebörden att barn har rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och att vistas utomhus minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar mot det. Enligt utredningen bör detta även gälla vuxna patienter. Utredningen föreslår därför att åldersgränsen i de nuvarande bestämmelserna i 31 b § LPT och 8 § LRV tas bort. Innebörden av bestämmelserna blir därmed att en patient har rätt till dagliga aktiviteter och att vistas utomhus minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl, såväl somatiska som psykiatriska, talar mot det. Om en patient efter chefsöverläkarens beslut nekats daglig aktivitet eller daglig utomhusvistelse ska skälen till beslutet dokumenteras i patientens journal. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bör också cirka ett år efter lagens ikraftträdande ges i uppdrag följa upp tillämpningen av de nya bestämmelserna om daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet.

Endast patienter som anges i 1 § andra stycket LRV får placeras på LRV-inrättningar

Det förekommer att särskilt vårdkrävande patienter som vårdas med stöd av LPT placeras inom rättspsykiatrin. De fall som uppmärksammats under den senaste tioårsperioden har främst handlat om flickor och unga kvinnor med allvarligt självskadebeteende eller svår ätstörningsproblematik. Rättspsykiatriska vårdinrättningar måste generellt sett anses vara mycket olämpliga vårdmiljöer för dessa patienter. Utredningens förslag innebär ett förbud mot sådana placeringar. Utredningen föreslår en ny bestämmelse i LRV med innebörden att på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård får endast patienter placeras som anges i 1 § andra stycket LRV, vilket inte omfattar LPT-patienter. Undantag får dock göras om det finns en omedelbar fara för att en patient som vårdas enligt LPT allvarligt skadar någon annan. En sådan patient får då kortvarigt placeras på en LRV-inrättning.

Allmän inpasseringskontroll möjliggörs på samtliga LRV-inrättningar

Vårdinrättningar för rättspsykiatrisk vård ska vara säkra och trygga miljöer. Då patienter inom rättspsykiatrisk vård ofta har långa vårdtider innebär det att vårdinrättningen i praktiken blir dessa patienters hem i många år. I synnerhet mot den bakgrunden är det av största vikt att patienterna inte upplever miljön som otrygg och farlig för deras liv och hälsa. Det är vanligast att otillåtna föremål upptäcks på säkerhetsnivå 3. Några exempel som har getts på sådana föremål är tändare, rakhyvlar, vassa föremål, glasbitar, verktyg och sladdar. Näst vanligast är narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller hälsofarliga varor.

Utredningen föreslår att allmän inpasseringskontroll möjliggörs på samtliga sjukvårdsinrättningar eller avdelningar för sluten rättspsykiatrisk vård genom att kravet i 8 b § LRV på förhöjd säkerhetsklassificering tas bort. Bestämmelsen kompletteras med ett krav på att den allmänna inpasseringskontrollen ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan särskilt utsedd person som förordnats av vårdgivaren. Vårdgivaren får förordna en väktare i ett auktoriserat bevakningsföretag att genomföra kontrollen. En bestämmelse

om tystnadsplikt avseende väktare införs i fråga om sådant som väktaren, på grund av sitt uppdrag, fått veta om enskilds personliga förhållanden. En möjlighet för vårdgivaren att besluta att hälso- och sjukvårdspersonal ska undantas från den allmänna inpasseringskontrollen införs. Följdändringar med motsvarande innebörd såvitt avser vem som får utföra kontrollerna samt att undantag får beslutas föreslås göras i LPT. En bestämmelse föreslås också om att ett beslut om allmän inpasseringskontroll på en vårdinrättning eller avdelning med säkerhetsklass 3 gäller för en tid om högst sex månader.

Allmän försändelsekontroll möjliggörs på samtliga LRV-inrättningar

Av samma skäl som redovisas ovan avseende allmän inpasseringskontroll, föreslår utredningen en ny bestämmelse i LRV med innebörden att vårdgivaren får besluta att alla försändelser som kommer till en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård ska kontrolleras, om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid inrättningen eller avdelningen. Kontrollen får inte avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling. Den allmänna kontrollen av försändelser ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan särskilt utsedd person som förordnats av vårdgivaren. Vårdgivaren får besluta att vissa försändelser ska undantas från den allmänna kontrollen av försändelser. En försändelse till en patient från en svensk myndighet, advokat, patientens offentliga biträde eller ett internationellt organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål från enskilda får endast kontrolleras om det finns anledning att anta att uppgiften om försändelsens avsändare är oriktig eller om det kan antas att försändelsen innehåller egendom som en patient inte får inneha.

Utvidgad anmälningsskyldighet till IVO:s säkerhetsregister

Utvidgad anmälningsskyldighet till IVO:s säkerhetsregister genererar mer detaljerad information och därmed bättre förutsättningar för myndigheten att identifiera tillsynsbehov och att planera och bedriva sin tillsynsverksamhet på ett effektivt sätt. Utredningen föreslår därför att anmälningsskyldigheten för sjukvårdsinrättningar och enhe-

ter som avses i 7 kap. 7 § patientsäkerhetslagen, utöver nuvarande uppgifter, även ska omfatta uppgifter om antal vårdplatser inom barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och rättspsykiatri, beslut om allmän inpasserings- och försändelsekontroll samt kvadratmeteryta för utomhusvistelse på vårdinrättningen per vårdplats.

Finansieringsförslag

Domstolsverket föreslås tillföras 8 000 000 kronor årligen för ökade kostnader med anledning av förslaget att fler beslut som fattas med stöd av bestämmelser i LPT och LRV blir möjliga att överklaga till allmän förvaltningsdomstol. Medlen avser att täcka domstolarnas ökade handläggningskostnader samt kostnader för offentliga biträden. Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) föreslås tillföras 12 000 000 kronor årligen för ökade kostnader med anledning av förslaget att IVO:s utredningsskyldighet även ska omfatta beslut som kan överklagas. Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) föreslås tillföras 3 000 000 kronor för ett uppdrag att cirka ett år efter lagens ikraftträdande följa upp tillämpningen av de nya bestämmelserna om daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet. Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri.

Regionerna föreslås tillföras 5 000 000 kronor engångsvis samt 22 000 000 kronor årligen för kostnader med anledning av förslaget om allmän inpasseringskontroll och allmän kontroll av försändelser vid vårdinrättningar eller avdelningar för rättspsykiatrisk vård med säkerhetsnivå 3. Kostnaderna ska belasta anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri (Ramanslag), utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

Regionerna föreslås genom en överenskommelse mellan staten och SKR tillföras 100 000 000 årligen under en treårsperiod för att stimulera och påskynda en anpassning av befintliga vårdmiljöer för psykiatrisk tvångsvård med anledning av förslaget om ett krav på

daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet. Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri. Regionerna ska redovisa hur medlen använts inom ramen för den redovisning som sker till SKR av överenskommelserna mellan staten och SKR inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

Samtliga lagändringar föreslås träda i kraft den 1 juli 2023.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

dels att 17, 18 a, 23 b, 31 b, 32, 38 a och 48 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas två nya paragrafer, 2 c och 32 a §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	2 c § *Barn får inte vårdas tillsammans med vuxna. Undantag får göras, efter chefsöverläkarens beslut, om det bedöms vara till barnets bästa.* *Inspektionen för vård och omsorg ska utan dröjsmål underrättas vid beslut om undantag enligt första stycket.*
17 §[1] I fråga om behandlingen under vårdtiden ska samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd ska ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt. Behandlingsåtgärderna ska anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 § andra stycket. Om det är nödvändigt får patienten, efter chefsöverläkarens beslut, ges behandling utan samtycke.	

[1] Senaste lydelse 2017:369.

	Efter genomförd behandling utan samtycke ska 18 a § tillämpas.
18 a §[2]	
Chefsöverläkaren ska, så snart patientens tillstånd tillåter det, se till att patienten erbjuds ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd.	Chefsöverläkaren ska, så snart patientens tillstånd tillåter det, se till att patienten erbjuds ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd *och efter behandling utan samtycke enligt 17 § tredje stycket samt ges information enligt 48 §.*
23 b §[3]	
Om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård för vilken en förhöjd säkerhetsklassificering gäller, får vårdgivaren besluta att alla personer som passerar in i inrättningen eller på avdelningen ska kroppsvisiteras (allmän inpasseringskontroll). Syftet med kontrollen ska vara att söka efter *föremål* som en *intagen* inte får inneha enligt denna lag eller beslut som har meddelats med stöd av lagen. *Skriftliga meddelanden får inte granskas.*	Om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård för vilken en förhöjd säkerhetsklassificering gäller, får vårdgivaren besluta att alla personer som passerar in i inrättningen eller på avdelningen ska kroppsvisiteras (allmän inpasseringskontroll). Syftet med kontrollen ska vara att söka efter *egendom* som en *patient* inte får inneha enligt denna lag eller beslut som har meddelats med stöd av lagen. *Kontrollen får inte avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling.* *Den allmänna inpasseringskontrollen ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal eller annan av vårdgivaren förordnad person.*

[2] Senaste lydelse 2017:369.
[3] Senaste lydelse 2014:522.

Vårdgivaren får förordna en väktare i ett auktoriserat bevakningsföretag att genomföra kontrollen.

En väktare med ett förordnande enligt tredje stycket får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon på grund av sitt uppdrag fått veta om enskilds personliga förhållanden.

Vårdgivaren får besluta att hälso- och sjukvårdspersonal ska undantas från den allmänna inpasseringskontrollen.

Kroppsvisitation och undersökning av väskor och andra föremål ska ske genom användande av metalldetektor eller annan liknande anordning eller, om det finns särskilda skäl, på annat sätt.

Säkerhetskontroll vid domstolsförhandling på sjukvårdsinrättningen beslutas i enlighet med lagen (1981:1064) om säkerhetskontroll i domstol.

31 b §[4]

En patient *som är under 18 år* har rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och att vistas utomhus minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar mot det.	En patient har rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och att vistas utomhus minst en timme varje dag om inte, *efter chefsöverläkarens beslut,* medicinska skäl talar mot det.

32 §[5]

Patienten får till allmän förvaltningsdomstol överklaga chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård enligt 6 b, 11 eller 14 §. Ett sådant överklagande ska anses innefatta även en begäran om att tvångsvården ska upphöra.

Patienten får även överklaga chefsöverläkarens beslut enligt 26 a §. Ett sådant överklagande ska anses innefatta en begäran om att den slutna psykiatriska tvångsvården ska upphöra.

[4] Senaste lydelse 2020:354.
[5] Senaste lydelse 2020:354.

Innan förvaltningsrätten prövar ett överklagande enligt första eller andra stycket, ska rätten utan dröjsmål förelägga chefsöverläkaren att yttra sig i de hänseenden som anges i 7 § tredje stycket.

Patienten får till allmän förvaltningsdomstol överklaga ett beslut om inskränkning enligt 20 b § eller om övervakning enligt 22 a §.

32 a §

Patienten får till allmän förvaltningsdomstol överklaga beslut om

1. kvarhållning enligt 6 § första stycket,

2. användning av sådant tvång som avses i 6 § första stycket och 18 § andra stycket,

3. kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning enligt 6 § andra stycket och 23 §,

4. fastspänning enligt 6 a första stycket, 19 och 19 a §§,

5. avskiljande enligt 6 a första stycket, 20 och 20 a §§,

6. behandling utan samtycke enligt 6 a andra stycket och 17 § tredje stycket,

7. inskränkning enligt 20 b §,

8. undersökning av försändelser enligt 22 §,

9. övervakning av försändelser enligt 22 a §,

10. omhändertagande av egendom enligt 20 b § andra stycket och enligt 21 § 5.

Innan förvaltningsrätten prövar ett överklagande enligt första stycket, ska rätten utan dröjsmål förelägga chefsöverläkaren att yttra sig.

38 a §[6]

Offentligt biträde för den som åtgärden avser ska förordnas i mål hos allmän förvaltningsdomstol, om målet gäller

1. beslut om intagning för tvångsvård enligt 6 b, 11 eller 14 § och om beslutet har överklagats,

2. medgivande till fortsatt tvångsvård enligt 7, 9, 12 eller 14 §,

3. beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård enligt 26 a §,

4. avslag på en begäran om att tvångsvården ska upphöra,

5. beslut om *inskränkning enligt 20 b §, eller*

6. beslut om övervakning enligt 22 a §.

5. beslut om *tvångsåtgärder enligt 32 a §.*

Offentligt biträde ska dock inte förordnas, om det måste antas att det inte finns något behov av ett biträde.

48 §[7]

En patient som vårdas med stöd av denna lag *skall* så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt

1. att enligt 32 och 33 §§ överklaga vissa beslut,

2. att anlita ombud eller biträde *och*

3. att enligt 38 a § få offentligt biträde.

Denna lag *skall* finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna.

En patient som vårdas med stöd av denna lag *ska* så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt

1. att enligt 32, *32 a* och 33 §§ överklaga vissa beslut,

2. att anlita ombud eller biträde,

3. att enligt 38 a § få offentligt biträde,

4. att få en ny medicinsk bedömning enligt 8 kap. 1 § patientlagen (2014:821) samt 10 kap. 3 § hälso-och sjukvårdslagen (2017:30),

5. att välja behandlingsalternativ enligt 7 kap. 1 § patientlagen samt 10 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen,

6. att vända sig till vårdgivaren och patientnämnd med klago-

[6] Senaste lydelse 2020:354.
[7] Senaste lydelse 2000:353.

mål samt anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg enligt 11 kap. patientlagen.

Denna lag *ska* finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2023.

1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

dels att 6, 8 b, 18, 22 a och 30 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas två nya paragrafer, 1 a och 8 c §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	1 a § *På en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård får endast patienter som anges i 1 § andra stycket 1–4 placeras.* *Om det finns en omedelbar fara för att en patient som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård allvarligt skadar någon annan får patienten, efter chefsöverläkarens beslut, kortvarigt placeras på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård.* *Inspektionen för vård och omsorg ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt andra stycket.*
6 §[1]	
Rättspsykiatrisk vård ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en region. Den som ges öppen rättspsykiatrisk vård får vistas utanför en sådan sjukvårdsinrättning.	
Vid rättspsykiatrisk vård gäller 15 a–17 och 31 b §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.	Vid rättspsykiatrisk vård gäller *2 c*, 15 a–17 och 31 b §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

[1] Senaste lydelse 2020:355.

På en enhet för rättspsykiatrisk undersökning får rättspsykiatrisk vård ges åt den som genomgår undersökning.

8 b §[2]

Om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård *för vilken en förhöjd säkerhetsklassificering gäller*, får vårdgivaren besluta att alla personer som passerar in i inrättningen eller på avdelningen ska kroppsvisiteras (allmän inpasseringskontroll). Syftet med kontrollen ska vara att söka efter *föremål* som en *intagen* inte får inneha enligt denna lag eller beslut som har meddelats med stöd av lagen. *Skriftliga meddelanden får inte granskas.*

Om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård får vårdgivaren besluta att alla personer som passerar in i inrättningen eller på avdelningen ska kroppsvisiteras (allmän inpasseringskontroll). Syftet med kontrollen ska vara att söka efter *egendom* som en *patient* inte får inneha enligt denna lag eller beslut som har meddelats med stöd av lagen.

Kontrollen får inte avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling.

Den allmänna inpasseringskontrollen ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal eller annan av vårdgivaren förordnad person. Vårdgivaren får förordna en väktare i ett auktoriserat bevakningsföretag att genomföra kontrollen.

En väktare med ett förordnande enligt tredje stycket får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon på grund av sitt uppdrag fått veta om enskilds personliga förhållanden.

Vårdgivaren får besluta att hälso- och sjukvårdspersonal ska undantas från den allmänna inpasseringskontrollen.

[2] Senaste lydelse 2014:523.

På en inrättning eller avdelning utan förhöjd säkerhetsklassificering får ett beslut om allmän inpasseringskontroll gälla i högst sex månader.

Kroppsvisitation och undersökning av väskor och andra föremål ska ske genom användande av metalldetektor eller annan liknande anordning eller, om det finns särskilda skäl, på annat sätt.

Säkerhetskontroll vid domstolsförhandling på sjukvårdsinrättningen beslutas i enlighet med lagen (1981:1064) om säkerhetskontroll i domstol.

8 c §

Om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård får vårdgivaren besluta att alla försändelser som kommer till inrättningen eller avdelningen ska kontrolleras (allmän kontroll av försändelser). Syftet med kontrollen ska vara att söka efter egendom som en patient inte får inneha enligt denna lag eller beslut som har meddelats med stöd av lagen. Påträffas sådan egendom får den omhändertas.

Kontrollen får inte avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling.

Den allmänna kontrollen av försändelser ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal eller annan av vårdgivaren förordnad person. Vårdgivaren får förordna en väktare i ett auktoriserat bevakningsföretag att genomföra kontrollen.

En väktare med ett förordnande enligt tredje stycket får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon på grund av sitt uppdrag fått veta om enskilds personliga förhållanden.

Vårdgivaren får besluta att vissa försändelser ska undantas från den allmänna kontrollen av försändelser.

Den allmänna kontrollen av försändelser ska ske genom användande av röntgenutrustning eller annan liknande anordning. Kontrollen ska ske skyndsamt.

En försändelse till en patient från en svensk myndighet, advokat, patientens offentliga biträde eller ett internationellt organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål från enskilda får endast kontrolleras om det finns anledning att anta att uppgiften om försändelsens avsändare är oriktig, eller om det kan antas att försändelsen innehåller egendom som en patient inte får inneha enligt första stycket.

18 §[3]

Patienten får till allmän förvaltningsdomstol överklaga ett beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag som innebär

1. intagning enligt 3 c eller 3 d § för sluten rättspsykiatrisk vård,

2. intagning enligt 5 § för rättspsykiatrisk vård, varvid överklagandet ska anses innefatta en begäran om att vården ska upphöra,

3. avslag på en begäran om att den rättspsykiatriska vården ska upphöra i fall som avses i 13 eller 15 §,

[3] Senaste lydelse 2020:355.

4. avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, i fall som avses i 9 § eller 10 § fjärde stycket första meningen eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse,

5. återkallelse enligt 9 § eller 10 § fjärde stycket tredje meningen av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område,

6. förordnande om förstöring eller försäljning av egendom enligt 8 § denna lag jämförd med 24 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,

7. inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt 8 § denna lag jämförd med 20 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

8. övervakning av försändelser enligt 8 § denna lag jämförd med 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, eller

9. meddelande av villkor i samband med öppen rättspsykiatrisk vård enligt 12 a § tredje stycket eller 16 a § fjärde stycket.

7. inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster *och omhändertagande av teknisk utrustning* enligt 8 § denna lag jämförd med 20 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

8. övervakning av försändelser *från en patient* enligt 8 § denna lag jämförd med 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, eller

9. meddelande av villkor i samband med öppen rättspsykiatrisk vård enligt 12 a § tredje stycket eller 16 a § fjärde stycket,

10. tvångsåtgärder enligt 8 § denna lag jämförd med 32 a § 2, 3, 4, 5, 6, 8 eller 10 lagen om psykiatrisk tvångsvård i tillämpliga delar.

I övrigt får beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag inte överklagas. Chefsöverläkaren får inte överklaga rättens beslut enligt denna lag.

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, ska överklagandet ges in till förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten prövar om överklagandet har kommit in i rätt tid. Har överklagandet kommit in för sent, ska förvaltningsrätten avvisa det, om förseningen inte beror på att chefsöverläkaren har lämnat patienten en felaktig underrättelse om hur man överklagar. Överklagandet ska inte avvisas, om det har kommit in till chefsöverläkaren innan tiden för överklagande har gått ut. I ett sådant fall ska chefsöverläkaren omedelbart vidarebefordra överklagandet till förvaltningsrätten.

22 a §[4]

Offentligt biträde för den som åtgärden avser ska förordnas i mål hos allmän förvaltningsdomstol om målet gäller

1. medgivande till fortsatt vård enligt 3 c eller 12 a §,

2. upphörande av vård enligt 16 a §,

3. överklagande av beslut enligt 18 § första stycket 1, 2, 3, 7 *eller 8*, eller

3. överklagande av beslut enligt 18 § första stycket 1, 2, 3, 7, *8 eller 10*, eller

4. tillstånd eller återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område för den som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning.

Offentligt biträde ska dock inte förordnas, om det måste antas att det inte finns något behov av ett biträde.

30 §[5]

En patient som vårdas med stöd av denna lag *skall* så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt

En patient som vårdas med stöd av denna lag *ska* så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt

1. att enligt 18 § överklaga vissa beslut,

2. att ansöka enligt 16 § andra stycket om att den rättspsykiatriska vården *skall* upphöra,

2. att ansöka enligt 16 § andra stycket om att den rättspsykiatriska vården *ska* upphöra,

3. att ansöka enligt 10 eller 11 § om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område,

4. att anlita ombud eller biträde, och

5. att enligt 22 a § få offentligt biträde.

5. att enligt 22 a § få offentligt biträde,

6. att få en ny medicinsk bedömning enligt 8 kap. 1 § patientlagen (2014:821) samt 10 kap. 3 § hälso-och sjukvårdslagen (2017:30),

7. att välja behandlingsalternativ enligt *7 kap. 1 § patientlagen samt 10 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen.*

[4] Senaste lydelse 2008:416.
[5] Senaste lydelse 2000:354.

	8. att vända sig till vårdgivaren och patientnämnd med klagomål samt anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg enligt 11 kap. patientlagen.
Denna lag *skall* finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen eller undersökningsenheten, väl synlig för patienterna.	Denna lag *ska* finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen eller undersökningsenheten, väl synlig för patienterna.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2023.

1.3 Förslag till lag om ändring i fängelselagen (2010:610)

Härigenom föreskrivs i fråga om fängelselagen (2010:610)
att 9 kap. 2 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
9 kap.[1]	
2 §	
Bestämmelser om psykiatrisk tvångsvård för den som är intagen finns i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.	
Bestämmelserna i 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt bestämmelserna i 8 § andra och tredje styckena lagen om rättspsykiatrisk vård om befogenhet för Kriminalvården och regeringen att besluta om särskilda restriktioner för en viss intagen och i 8 a § ska tillämpas på en intagen som för frivillig psykiatrisk vård har förts över till en sådan sjukvårdsinrättning som avses i 6 § första stycket lagen om rättspsykiatrisk vård.	Bestämmelserna i 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt bestämmelserna i 8 § andra och tredje styckena lagen om rättspsykiatrisk vård om befogenhet för Kriminalvården och regeringen att besluta om särskilda restriktioner för en viss intagen och i 8 a *och 8 c* §§ ska tillämpas på en intagen som för frivillig psykiatrisk vård har förts över till en sådan sjukvårdsinrättning som avses i 6 § första stycket lagen om rättspsykiatrisk vård.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2023.

[1] Senaste lydelse 2014:524.

1.4 Förslag till lag om ändring i häkteslagen (2010:611)

Härigenom föreskrivs i fråga om häkteslagen (2010:611)
att 5 kap. 2 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
5 kap.[1]	
2 §	
Bestämmelser om psykiatrisk tvångsvård av den som är intagen finns i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.	
Om en intagen har förts över till en sjukvårdsinrättning eller en undersökningsenhet som avses i 6 § lagen om rättspsykiatrisk vård, gäller denna lag endast i fråga om restriktioner enligt 6 kap. När det gäller en undersökningsenhet inom Rättsmedicinalverket finns även bestämmelser i lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning.	
Bestämmelserna i 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och bestämmelserna i 8 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård om befogenhet för Kriminalvården att besluta om särskilda restriktioner för en viss intagen och i 8 a § ska tillämpas på en intagen som för frivillig psykiatrisk vård eller rättspsykiatrisk undersökning har förts över till en sjukvårdsinrättning eller undersökningsenhet inom hälso- och sjukvården.	Bestämmelserna i 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och bestämmelserna i 8 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård om befogenhet för Kriminalvården att besluta om särskilda restriktioner för en viss intagen och i 8 a *och 8 c §§* ska tillämpas på en intagen som för frivillig psykiatrisk vård eller rättspsykiatrisk undersökning har förts över till en sjukvårdsinrättning eller undersökningsenhet inom hälso- och sjukvården.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2023.

[1] Senaste lydelse 2014:815.

1.5 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetslagen (2010:659) att 7 kap. 11 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
7 kap.	
11 §[1]	
Inspektionen för vård och omsorg ska, om berörd vårdgivare har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter enligt 3 kap. 8 b §, utreda klagomål som rör	
1. kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård och som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit,	
2. tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård eller isolering enligt smittskyddslagen (2004:168), och	
3. händelser i samband med hälso- och sjukvård som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning.	
Inspektionen för vård och omsorg får utreda klagomål även om förutsättningarna i första stycket inte är uppfyllda.	
Klagomål enligt första stycket 2 behöver inte utredas om	
1. det är uppenbart att klagomålet är obefogat,	
2. klagomålet saknar direkt betydelse för patientsäkerheten och det saknas skäl att överväga åtalsanmälan enligt 23 eller 29 §, eller	
3. det rör ett beslut som *går att överklaga* med stöd av någon av de i första stycket 2 angivna lagarna.	3. det rör ett beslut som *överklagats* med stöd av någon av de i första stycket 2 angivna lagarna.
Inspektionen för vård och omsorg får avstå från att utreda klagomål om händelsen ligger mer än två år tillbaka i tiden.	

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2023.

---

[1] Senaste lydelse 2017:378.

1.6 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Härigenom föreskrivs i fråga om förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

att 2 och 16 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 §[1]	
Chefsöverläkaren ska svara för att en särskild förteckning förs över de patienter som avses i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Chefsöverläkaren ska också se till att journalen för en sådan patient, utöver vad som följer av patientdatalagen (2008:355) och föreskrifter meddelade med stöd av den lagen, innehåller	
1. vårdintyget eller kopia av det,	
2. uppgift om tidpunkten för patientens ankomst till sjukvårdsinrättningen,	
3. uppgift om beslut i fråga om tvångsvård enligt 6 b eller 11 § eller 14 § första stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller i fråga om rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken eller enligt 5 § lagen om rättspsykiatrisk vård,	
4. uppgift om huruvida patienten överklagat beslut som avses i 3 och om rättens beslut då överklagande skett,	
5. uppgift om ansökan enligt 7, 9, 12, 14 § andra stycket eller 26 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller om ansökan eller anmälan enligt 3 c, 3 d, 12 a eller 16 a § lagen om rättspsykiatrisk vård samt om rättens beslut med anledning av ansökan eller anmälan,	
6. vårdplanen,	
7. uppgift om samråd med patienten och dennes närstående enligt 16 eller 17 § lagen om psykiatrisk tvångsvård,	
8. uppgift om tvångsåtgärd enligt 6 eller 6 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård jämte skälen för åtgärden,	8. uppgift om *beslut om kvarhållning och* tvångsåtgärd enligt 6 § eller 6 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, *om behandling utan samtycke enligt 6 a § andra*

[1] Senaste lydelse 2022:36.

	stycket jämte skälen för åtgärden, *om patienten överklagat beslutet och rättens beslut med anledning av överklagandet,*
9. uppgift om	
a) tvångsåtgärd enligt 18–20 a eller 23 § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller enligt 8 § lagen om rättspsykiatrisk vård jämförd med nämnda bestämmelser, jämte skälen för åtgärden,	a) *behandling utan samtycke enligt 17 § tredje stycket och* tvångsåtgärd enligt 18–20 a eller 23 §§ lagen om psykiatrisk tvångsvård eller enligt 8 § lagen om rättspsykiatrisk vård jämförd med nämnda bestämmelser, jämte skälen för åtgärden*, om patienten överklagat sådant beslut och rättens beslut med anledning av överklagandet,*
b) underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg enligt 19, 19 a, 20 eller 20 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, och	b) underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg enligt *2 c,* 19, 19 a, 20 eller 20 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård *samt enligt 1 a § lagen om rättspsykiatrisk vård* och
c) tidpunkten när erbjudandet om sådant uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd som avses i 18 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård lämnades till patienten, patientens inställning till erbjudandet och, i förekommande fall, tidpunkten då samtalet genomfördes,	c) tidpunkten när erbjudandet om sådant uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd som avses i *17 § fjärde stycket och* 18 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård lämnades till patienten, patientens inställning till erbjudandet och, i förekommande fall, tidpunkten då samtalet genomfördes,
10. uppgift om tvångsåtgärd enligt 20 b eller 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller enligt 8 § lagen om rättspsykiatrisk vård jämförd med nämnda bestämmelser, jämte skälen för åtgärden samt om underrättelse till Inspek-	10. uppgift om tvångsåtgärd enligt 20 b eller 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller enligt 8 § lagen om rättspsykiatrisk vård jämförd med nämnda bestämmelser, jämte skälen för åtgärden, *om patienten överklagat sådant*

tionen för vård och omsorg enligt 22 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård,	*beslut, rättens beslut med anledning av överklagandet* samt om underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg enligt 22 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

11. uppgift om beslut om upphörande av sådan tvångsåtgärd som anges i 10,

12. uppgift om underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg enligt 22 c § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

13. uppgift om omhändertagande av egendom och om kontroll av försändelser,	13. uppgift om omhändertagande av egendom *enligt 20 b och 21 §§* och om kontroll av försändelser *enligt 22 § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller enligt 8 § lagen om rättspsykiatrisk vård jämförd med nämnda bestämmelser, jämte skälen för åtgärden, om patienten överklagat sådant beslut och rättens beslut med anledning av överklagandet*,
14. uppgift om *överförande till annan sjukvårdsinrättning, utan att beslut fattats om att tvångsvården eller den rättspsykiatriska vården ska upphöra*,	14. uppgift om a) *överförande till annan sjukvårdsinrättning, utan att beslut fattats om att tvångsvården eller den rättspsykiatriska vården ska upphöra*, *b) beslut att placera en patient som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård enligt 1 a § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård samt skälen för åtgärden*,

15. uppgift om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område och särskilda villkor i samband därmed och om medgivande enligt 10 a eller 10 b § lagen om rättspsykiatrisk vård samt återkallelse av ett sådant tillstånd eller medgivande,

16. uppgift om tvångsvårdens eller den rättspsykiatriska vårdens upphörande,

17. uppgift om avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område eller om medgivande enligt 10 a eller 10 b § lagen om rättspsykiatrisk vård eller om att tvångsvården eller den rättspsykiatriska vården ska upphöra,

18. uppgift om

a) huruvida patienten överklagat beslut som avses i 17 eller beslut om förstöring eller försäljning av egendom,

b) beslut om särskilda villkor i samband med vistelse utanför vårdinrättningens område,

c) återkallelse av tillstånd till sådan vistelse,

d) chefsöverläkarens beslut om villkor enligt 26 § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 12 a § tredje stycket eller 16 a § fjärde stycket lagen om rättspsykiatrisk vård,

e) chefsöverläkarens beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård enligt 26 a § första stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller om sluten rättspsykiatrisk vård enligt 3 c § första stycket lagen om rättspsykiatrisk vård, och

f) rättens beslut med anledning av överklagandet,

19. uppgift om

a) underrättelse enligt 26 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård till en patientnämnd,

b) anmälan till en sådan nämnd att det kan finnas skäl att utse en stödperson, och

c) nämndens beslut med anledning av anmälan,

20. uppgift om annat beslut av en patientnämnd som rör patienten,

21. uppgift om när patienten fått upplysningar enligt 30 § första stycket och 48 § första stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 26 § första stycket och 30 § första stycket lagen om rättspsykiatrisk vård,

22. uppgift om att målsäganden önskar få sådan underrättelse som sägs i 28 § lagen om rättspsykiatrisk vård samt om när sådan underrättelse har lämnats, och

23. uppgift om när rättens handlingar och beslut i mål om sluten vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård eller sluten vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård har överlämnats till patienten,

	24. skälen till beslut om att ett barn ska vårdas tillsammans med vuxna enligt 2 c § första stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 6 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård,
	25. skälen till beslut om att neka en patient daglig aktivitet eller daglig utomhusvistelse enligt 31 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 6 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård.
16 §[2]	
Inspektionen för vård och omsorg får meddela föreskrifter om hur chefsöverläkarens underrättelse- och uppgiftsskyldighet enligt 19 § tredje stycket, 19 a § tredje stycket, 20 § tredje stycket, 20 a § tredje stycket, 22 b § fjärde stycket, 22 c § och 49 § första stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård ska fullgöras.	Inspektionen för vård och omsorg får meddela föreskrifter om hur chefsöverläkarens underrättelse- och uppgiftsskyldighet enligt *2 c § andra stycket,* 19 § tredje stycket, 19 a § tredje stycket, 20 § tredje stycket, 20 a § tredje stycket, 22 b § fjärde stycket, 22 c § och 49 § första stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård *samt 1 a § tredje stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård* ska fullgöras.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2023.

[2] Senaste lydelse 2022:36.

1.7 Förslag till förordning om ändring i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)

att 2 kap. 1 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 kap.	
1 §	
En anmälan enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska innehålla uppgifter om	
1. verksamhetens inriktning,	
2. var verksamheten ska bedrivas,	
3. vem som är verksamhetschef,	
4. vem som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 5–7 §§ patientsäkerhetslagen,	
5. verksamhet enligt 7 kap. 2 § patientsäkerhetslagen som anlitas eller avses anlitas, och	
6. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten.	
När det gäller sjukvårdsinrättningar och enheter som avses i 7 kap. 7 § patientsäkerhetslagen, ska anmälan även innehålla uppgifter om	
1. chefsöverläkare och säkerhetsansvarig, *samt*	1. chefsöverläkare och säkerhetsansvarig,
2. säkerhetsanpassning och säkerhetsklassificering.	2. säkerhetsanpassning och säkerhetsklassificering,
	3. *antal vårdplatser inom barn- och ungdomspsykiatri*,
	4. *antal vårdplatser inom vuxenpsykiatri*,
	5. antal vårdplatser inom rättspsykiatri,
	6. beslut om allmän inpasseringskontroll,
	7. beslut inom allmän försändelsekontroll samt

8. kvadratmeteryta för utomhusvistelse på vårdinrättningen per vårdplats.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2023.

2 Utredningens uppdrag och genomförande

2.1 Direktivet

Utredningsuppdraget har varit att göra en översyn av vissa frågor enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, samt analysera behovet av förändringar och förtydliganden av regelverket. Syftet med översynen har varit att ytterligare stärka barnrättsperspektivet, rättssäkerheten och säkerheten i vården för de personer som tvångsvårdas med stöd av LPT och LRV. Uppdraget kan sammanfattas i följande fem deluppdrag:

Inom ramen för uppdraget ska utredningen analysera och ta ställning till om det ska införas ett krav på att barn som vårdas enligt LPT eller LRV, samt i förekommande fall med stöd av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, inte får vårdas tillsammans med vuxna eller endast får vårdas med vuxna om det kan anses vara för barnets bästa (1). Vidare ska utredningen utreda om det ska införas bestämmelser som innebär att de tvångsåtgärder som i dag inte kan överklagas enligt LPT och LRV ska vara överklagbara till allmän förvaltningsdomstol (2). Därutöver ska utredningen bedöma om det ska införas bestämmelser som tillförsäkrar även patienter över 18 år möjlighet till daglig utevistelse och dagliga aktiviteter på vårdinrättningarna (3). Utredningen ska också bedöma om bestämmelserna i LRV, med hänsyn tagen till grundläggande fri- och rättigheter, ska skärpas för att förhindra att otillåtna föremål förs in på vårdinrättningarna och för att förhindra att patienter utför straffbelagda handlingar mot medintagna eller hälso- och sjukvårdspersonal (4). Slutligen ingår det i uppdraget att analysera gränsdragningar mellan LPT och HSL och utreda därtill sammankopplade frågor såsom konsekvenser för inrapporteringen till patientregistret och underrättel-

seskyldigheten till Inspektionen för vård och omsorg (5). Utredningen ska lämna nödvändiga författningsförslag.

2.2 Utredningens kommentarer till uppdraget

Är god tvångsvård en paradox?

Uttrycket *god tvångsvård* som återfinns i betänkandets rubrik, kan vid en första anblick verka rymma en motsägelse. Kan verkligen exempelvis en så ingripande och i många fall integritetskränkande åtgärd som att spänna fast en person i en bältessäng mot dennes vilja eller tvinga en person att underkasta sig en läkemedelsbehandling, innebära god vård? Detta är en i grunden filosofisk fråga om vilka beslut som människor ska få fatta om sina egna liv innan det är motiverat att samhället griper in. Oavsett hur vi ser på denna etiskt komplexa fråga är det ett faktum att psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård i dag är en del av den svenska hälso- och sjukvården och i grunden styrs av hälso- och sjukvårdslagen. I Hälso- och sjukvårdslagen återfinns begreppet god vård i de inledande bestämmelserna och god vård är sedan ett antal år ett centralt begrepp för styrning och utveckling av svensk hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen har formulerat sex dimensioner av begreppet. Hälso- och sjukvården ska vara säker, individanpassad, kunskapsbaserad, jämlik, tillgänglig och effektiv.[1] De analyser och ställningstaganden som utredningen gjort med anledning av utredningsuppdraget när det gäller förutsättningarna och villkoren för att bedriva tvångsvård har synliggjort vikten av att även tvångsvården värnar de värden och principer som begreppet god vård omfattar. Även vård som ges med tvång kan – och ska – i allra högsta grad vara god vård. Därför har utredningen genomgående prövat sina ställningstaganden och avvägningar mot innebörden av begreppet god vård. Utredningens uppfattning är att det är först när styrning, utveckling och uppföljning av svensk psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård konsekvent och systematiskt sker med utgångspunkt i de sex dimensionerna av begreppet god vård, som vi kan nå det målet om en *god tvångsvård*.

[1] Socialstyrelsen. 2019. *Öppna jämförelser 2018. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat*, s. 10 ff.

Tvångsvårdslagstiftningen i behov av helhetsöversyn

Den nuvarande tvångsvårdslagstiftningen infördes för cirka trettio år sedan. Brister och missförhållanden inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården har återkommande uppmärksammats, vilket har lett till krav på skärpt och moderniserad lagstiftning. Under de senaste årtiondena har också lagstiftningen kompletterats vid ett antal tillfällen och på ett antal punkter. Bland annat har säkerheten på vårdinrättningarna skärpts, patienters möjligheter till delaktighet och inflytande har förbättrats och lagändringar har gjorts i syfte att stärka barns rättigheter inom tvångsvården. Utredningen tolkar direktivet till denna utredning som ett uttryck för en ambition att ta ytterligare steg för ökad trygghet, säkerhet och rättssäkerhet för patienter i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Detta är i grunden positivt. De förslag som lämnas i betänkandet skulle enligt utredningens uppfattning, om de genomförs, förbättra situationen för tvångsvårdade patienter i flera olika avseenden. Dock illustrerar såväl tidigare utredningar och efterföljande lagändringar som detta utredningsdirektiv, att den nuvarande tvångsvårdslagstiftningen är komplex till sin struktur och i stort behov av en helhetsöversyn. Detta är ett uppdrag som kräver en relativt lång utredningstid, uppskattningsvis två till tre år, och ett sekretariat med bred juridisk och medicinsk kompetens. Det finns dock vissa särskilda frågor som utredningen anser bör ges särskild prioritet och möjligen bör kunna hanteras separat och med förtur. Framför allt rättsläget när det gäller tvångsanvändning vid behandling utan samtycke skulle omgående behöva klargöras. Detta diskuterar utredningen särskilt i kapitel 6, där även en särskild bedömning avseende detta redovisas.

Om Samsjuklighetsutredningens tilläggsuppdrag

Regeringen tillsatte i juni 2020 en utredning om samordnade insatser vid samsjuklighet i form av missbruk och beroende och annan psykiatrisk diagnos eller närliggande tillstånd (dir. 2020:68). Utredningen, som antog namnet Samsjuklighetsutredningen, lämnade ett betänkande den 30 november 2021.[2]

[2] SOU 2021:93 *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*

Samsjuklighetsutredningen fick genom tilläggsdirektiv i oktober 2021 i uppdrag att lämna förslag på en gemensam lagstiftning för personer som vårdas utan samtycke enligt LVM eller LPT. Utredningen ska lämna förslag som gör tvångsvårdslagstiftningen mer flexibel i sin utformning, säkerställa att insatser ges utifrån den enskildes behov samt stärka rättssäkerheten och säkerheten i vården för de personer som ska vårdas med stöd av den gemensamma tvångslagstiftningen. Utredningen ska också ta ställning till och bedöma eventuella behov av förändringar i ansvarsfördelningen mellan de berörda huvudmännen som följd av föreslagna författningsändringar. Tilläggsuppdraget ska redovisas den 31 januari 2023.[3]

Samsjuklighetsutredningen och denna utredning har haft en kontinuerlig dialog och löpande informerat varandra om arbetets bedrivande och vissa preliminära analyser och slutsatser. Det faktum att Samsjuklighetsutredningen lämnar sitt förslag ett drygt halvår senare än denna utredning, har emellertid inneburit att någon egentlig koordinering av konkreta förslag inte varit möjlig. Om Samsjuklighetsutredningens förslag skulle innebära en gemensam lagstiftning för personer som i dag vårdas med stöd av LVM och personer som vårdas med stöd av LPT, kan det eventuellt få konsekvenser för genomförandet av vissa av de förslag som denna utredning lämnar. Mot den bakgrunden anser utredningen att regeringen bör överväga att i möjligaste mån samordna ett eventuellt beredningsarbete av de två betänkandena så att ett samlat förslag kan lämnas till riksdagen. Utredningen har valt att föreslå datumet 1 juli 2023 för ikraftträdande av lagändringarna i detta betänkande. Ikraftträdandet av vissa förslag kan dock, om det bedöms motiverat, senareläggas för att koordineras med förslag från Samsjuklighetsutredningen.

Fem olika deluppdrag inom skilda områden

Utredningen kan konstatera att direktivet omfattar ett antal olika och av varandra oberoende deluppdrag. Det deluppdragen har gemensamt är att de innebär att överväga behov av förändringar i LPT och LRV. De rör emellertid helt olika områden och fokuserar på så vitt skilda frågor som säkerheten på vårdinrättningarna, barnets bästa vid placering av tvångsvårdade barn, effektiva rättsmedel vid beslut om

[3] Kommittédirektiv 2021:96.

tvångsåtgärder och registerkvalitet för tillsyn och uppföljning. Deluppdragens olika fokus innebär att det för varje enskilt uppdrag har behövts en egen bakgrundsbeskrivning och problemanalys. En annan omständighet som påverkar genomförandet av uppdraget är att flera av frågorna relativt nyligen har varit föremål för tidigare utredning och beredning. Förslag när det gäller om barn ska tvångsvårdas tillsammans med vuxna lämnades 2017 och förslag om allmän inpasserings- och försändelsekontroll på LRV-inrättningar med säkerhetsklass 3 lämnades 2018, för att nämna några exempel. Detta har förvisso fördelen att det finns ett tidigare utredningsmaterial inklusive remissynpunkter att utgå från. En komplicerande omständighet är dock att det inte av direktivet fullt ut framgår vilket ytterligare beredningsunderlag som denna utredning förväntas generera i relation till befintligt underlag.

2.3 Uppdragets genomförande

Utredningen har sammankallat expert- och sakkunniggruppen vid fem tillfällen under utredningsarbetet. Gruppen har fått ta del av utkast till betänkandet kapitelvis under året samt hela betänkandet i utkastform på ett slutjusteringssammanträde. Därutöver har särskilda möten genomförts med Socialstyrelsen, IVO, Tilia och SKR. En särskild dialog har förts med Barnombudsmannen, Socialstyrelsen samt Socialdepartementet om barnkonsekvensutredningar. Utredningen har medverkat på möten med SKR:s nätverk för styrning och ledning av psykiatrin vid tre tillfällen samt vid ett webbinarium arrangerat av SKR. Utredningen har medverkat vid flera arrangemang av organisationen Nationell samling för psykisk hälsa (NSPH) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Utredningen har medverkat på arrangemanget Psykiatridagarna i maj 2022. Verksamhetsbesök har gjorts på rättspsykiatriska regionkliniken Karsudden, i Katrineholm, Region Sörmland, rättspsykiatriska kliniken Helix samt på universitetssjukhuset i Huddinge, Region Stockholm och på psykiatriska kliniken i Umeå, Region Västerbotten.

2.4 Betänkandets disposition

Utöver författningsförslag och författningskommentarer består betänkandet av en kort faktabakgrund om psykiatrisk tvångsvård, en redovisning av gällande rätt samt fem analys- och förslagskapitel. De fem analys- och förslagskapitlen utgår från de fem deluppdrag som direktivet innehåller. Sist i betänkandet återfinns ett kapitel om finansieringsförslag, kostnadsberäkningar och konsekvenser samt sedvanliga kapitel om ikraftträdande, referenser samt utredningsdirektivet i bilaga.

3 Gällande rätt

Detta kapitel innehåller en övergripande beskrivning av den lagstiftning och de internationella konventioner som är av relevans för utredningens uppdrag. Kapitlets innehåll är i huvudsak hämtat från Samsjuklighetsutredningens betänkande *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet* (SOU 2021:93). Skälet till detta är att Samsjuklighetsutredningens och denna utrednings uppdrag delvis rör samma lagstiftning och att utredningsarbetet har skett parallellt och i dialog mellan utredningarna.

3.1 Mänskliga fri- och rättigheter

3.1.1 Regeringsformen

1 kap. 2 § Regeringsformen, förkortad RF, är ett program- och målsättningsstadgande som ger uttryck för vissa särskilt viktiga mål för den samhälleliga verksamheten. Bestämmelsen ger däremot inte upphov till några rättigheter för medborgarna utan de rättsligt bindande rättighetsreglerna finns i 2 kap. RF.

Av 1 kap. 2 § första stycket RF framgår att den offentliga makten ska utövas med respekt för *alla människors lika värde* och för *den enskilda människans frihet och värdighet*.

Den enskildes personliga, ekonomiska och kulturella välfärd ska, enligt 1 kap. 2 § andra stycket, vara *grundläggande mål* för den offentliga verksamheten. *Särskilt* ska det allmänna *trygga rätten till arbete, bostad och utbildning* samt verka för social omsorg och trygghet och för goda förutsättningar för hälsa.

Det allmänna ska vidare främja en hållbar utveckling som leder till en god miljö för nuvarande och kommande generationer och verka för att demokratins idéer blir vägledande inom samhällets alla om-

råden samt värna den enskildes privatliv och familjeliv (2 § tredje och fjärde stycket).

Det allmänna ska, enligt 2 § femte stycket, verka för att alla människor ska kunna uppnå *delaktighet och jämlikhet* i samhället och för att *barns rätt* tas till vara. Det allmänna ska motverka diskriminering av människor på grund av kön, hudfärg, nationellt eller etniskt ursprung, språklig eller religiös tillhörighet, funktionshinder, sexuell läggning, ålder eller andra omständigheter som gäller den enskilde som person. Samiska folkets och etniska, språkliga och religiösa minoriteters möjligheter att behålla och utveckla ett eget kultur- och samfundsliv ska främjas (2 § sjätte stycket).

Av 2 kap. 6 § RF framgår att varje medborgare, gentemot det allmänna, är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp. Varje medborgare är även skyddad mot kroppsvisitation, husrannsakan och liknande intrång liksom mot undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse och mot hemlig avlyssning eller upptagning av telefonsamtal eller annat förtroligt meddelande. I andra stycket, samma bestämmelse, ges ett skydd mot betydande intrång i den personliga integriteten om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden.

Varje medborgare är vidare, enligt 2 kap. 8 § RF, skyddad mot frihetsberövande och är även i övrigt tillförsäkrad frihet att förflytta sig inom riket och att lämna detta. Om en annan myndighet än en domstol har berövat någon friheten med anledning av brott eller misstanke om brott ska han eller hon, enligt 2 kap. 9 § första stycket RF, kunna få omhändertagandet prövat av domstol utan oskäligt dröjsmål. Även den som av någon annan anledning än brott eller misstanke om brott har blivit omhändertagen tvångsvis, ska utan oskäligt dröjsmål kunna få omhändertagandet prövat av domstol.

Skyddet i ovan nämnda relativa rättigheter får enligt 2 kap. 20 § RF begränsas genom lag under förutsättning att det, enligt 2 kap. 21 § RF görs för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle, till exempel för att förebygga och beivra brott eller för att man i vissa fall ska kunna bereda personer erforderlig vård. Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte heller göras

enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning.

Av 2 kap. 19 § RF framgår att lag eller annan föreskrift inte får meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) som gäller som svensk lag.

3.1.2 Den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen)

Europakonventionen gäller sedan den 1 januari 1995 som svensk lag. Konventionen syftar till att förstärka de enskilda medborgarnas rättighetsskydd, vid sidan av svensk grundlag. För den enskilde medborgaren innebär detta att han eller hon omfattas av såväl grundlagens som av konventionens skydd. Skyddet är kumulativt vilket innebär att den enskilde kan åberopa den regel som i varje given situation ger det starkaste skyddet. I 2 kap. 19 § RF stadgas att lag eller föreskrift inte får meddelas i strid med Sveriges åtaganden på grund av Europakonventionen, vilket ger konventionen en starkare författningsmässig ställning än en vanlig lag.

Enligt konventionens artikel 5 har var och en rätt till frihet och personlig säkerhet. Ingen får berövas friheten utom i de fall som räknas upp i artikeln och i den ordning som lagen föreskriver, bland annat enligt artikel 5.1 d när en underårig genom ett lagligen meddelat beslut är berövad friheten för att undergå skyddsuppfostran eller för att inställas inför behörig rättslig myndighet och enligt artikel 5.1 e när någon är lagligen berövad friheten för att förhindra spridning av smittosam sjukdom eller därför att han är psykiskt sjuk, alkoholmissbrukare, missbrukare av droger eller lösdrivare. Var och en som har berövats friheten genom arrestering, eller på annat sätt, ska ha rätt att kräva att domstol snabbt prövar lagligheten av frihetsberövandet och beslutar om frigivande om frihetsberövandet inte är lagligt.

I artikel 8 stadgas att var och en har rätt till respekt för sitt privat- och familjeliv, sitt hem och sin korrespondens. Med korrespondens avses även kommunikation via till exempel telefon samt överförande av meddelanden med hjälp av radio och datorer. Skyddet för privat-

och familjeliv innebär också ett skydd mot åtgärder som kränker den fysiska integriteten såsom till exempel kroppsvisitation. Inskränkningar i rätten till privat- och familjeliv får endast göras genom lag och bara om det är nödvändigt bland annat med hänsyn till statens säkerhet, den allmänna säkerheten, förebyggande av oordning eller brott, till skydd för hälsa eller moral eller för andra personers fri- och rättigheter.

Enligt artikel 14 ska åtnjutandet av de fri- och rättigheter som anges i konventionen säkerställas utan någon åtskillnad såsom på grund av kön, ras, hudfärg, språk, religion, politisk eller annan åskådning, nationellt eller socialt ursprung, tillhörighet till nationell minoritet, förmögenhet, börd eller ställning i övrigt.

Enligt konventionens artikel 13 ska var och en vars fri- och rättigheter enligt konventionen har kränkts eller åsidosatts ha tillgång till ett effektivt rättsmedel inför en nationell myndighet. För att säkerhetsställa att förpliktelserna enligt konventionen följs, har en permanent europeisk domstol för de mänskliga rättigheterna, Europadomstolen, inrättats (artikel 19). Domstolen har rätt att pröva såväl mellanstatliga mål (artikel 33) som enskilda klagomål (artikel 34) samt att, under vissa omständigheter, avge yttranden i rättsfrågor som berör tolkningen av konventionen och dess principer (artikel 47).

3.1.3 Europeiska konventionen till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning

År 1987 anslöt sig Sverige till den europeiska konventionen till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (Europarådets tortyrkonvention). Konventionen syftar till att stärka frihetsberövade personers skydd genom att motverka att tortyr och annan dylik behandling eller bestraffning förekommer. Europarådets tortyrkommitté (CPT) har rätt till fullständig information om de platser i konventionsstaterna där personer sitter frihetsberövade och har i uppgift att, genom besök, undersöka hur frihetsberövade personer behandlas. Efter varje besök avger CPT en rapport till den stat som har granskats. I rapporten kan CPT påtala brister och föreslå hur skyddet för frihetsberövade personer kan förbättras. För att tillgodose tortyrkonventionens krav och i övrigt underlätta CPT:s arbete har den 1 februari 1989 införts en

särskild lag, lagen (1988:695) med anledning av Sveriges tillträde till den europeiska konventionen mot tortyr m.m. i samband med Sveriges tillträde till konventionen.

3.1.4 FN:s konvention mot tortyr och annan omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning

Den 10 november 1984 antog Förenta nationernas (FN:s) generalförsamling konventionen mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (även benämnd FN:s tortyrkonvention). Konventionen undertecknades av Sveriges den 4 februari 1985. Konventionen innehåller 33 artiklar och syftar till att förhindra tortyr och skapa ett system av garantier för att den som utför eller utfört tortyr bestraffas. I konventionen uppställs krav på staters skyldighet att vidta effektiva åtgärder för att förhindra tortyr m.m.

Den 18 december 2002 antog FN:s generalförsamling ett fakultativt protokoll till FN:s tortyrkonvention. Sverige undertecknade det fakultativa protokollet den 23 juni 2003. Protokollet syftar till öka frihetsberövade personers skydd mot tortyr m.m. samt att stärka tillämpningen av artikel 2 och 16 i FN:s tortyrkonvention, dvs. staters skyldighet att vidta effektiva åtgärder för att förhindra tortyr m.m. Genom protokollet skapades en internationell förebyggande besöksmekanism lik den som tillsattes av Europarådets tortyrkommitté (CPT) i enlighet med 1987 års Europeiska konvention till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning. Besöksmekanismen inrättades i form av en permanent underkommitté under FN:s tortyrkommitté (CAT). Staterna åtog sig även att på nationell nivå inrätta, utse eller upprätthålla ett eller flera besöksorgan för att förebygga tortyr m.m. (artikel 3).

Sedan den 1 juli 2011 har JO en enhet med uppgift att förebygga att människor som är frihetsberövade inte utsätts för grym, omänsklig, eller annan förnedrande behandling eller bestraffning. Arbetet baseras på 2002 års fakultativa protokoll till FN:s konvention mot tortyr och annan omänsklig behandling (Opcat) som Sverige anslöt sig till 2005. Protokollet kräver att staterna har ett nationellt system, National Preventive Mechanism (NPM) – på svenska kallat Nationellt besöksorgan – för att övervaka frågan. Hos JO finns en särskild enhet för detta, Opcat-enheten, som regelbundet inspekterar platser

där människor hålls frihetsberövade, rapporterar från besöken och deltar i det internationella samarbetet inom området. Opcatinspektionerna genomförs på uppdrag av justitieombudsmännen inom sitt respektive ansvarsområde.

3.1.5 FN:s konvention om barnets rättigheter

Allmänt

Barnkonventionen antogs av FN:s generalförsamling den 20 november 1989. Konventionen trädde för Sveriges del i kraft den 2 september 1990. Sedan dess har Sverige varit folkrättsligt förpliktad att följa konventionen.

Den 1 januari 2020 inkorporerades barnkonventionen i svensk rätt och artiklarna 1–42 i konventionen gäller då som svensk lag. Sverige var redan genom ratificeringen av konventionen, folkrättsligt förpliktad att följa densamma. Att konventionen får ställning som svensk lag innebär dock ett förtydligande av att rättstillämparna i mål och ärenden ska tolka svenska bestämmelser i förhållande till barnkonventionen. Med begreppet rättstillämpare avses de aktörer som ska tillämpa rätten dvs. omsätta rätten i praktiken. Rättstillämpare är därför inte bara domare utan också tjänstemän och beslutsfattare i offentlig verksamhet som tillämpar den svenska rätten i praktiken.[1]

Till barnkonventionen hör tre fakultativa protokoll som syftar till att tydliggöra och förstärka konventionen i olika delar. Att protokollen är fakultativa innebär att de stater som har ratificerat barnkonventionen inte är skyldiga att ratificera protokollen. De två första protokollen antogs av FN:s generalförsamling den 25 maj 2000. Det är dels det fakultativa protokollet om barnets rättigheter vid indragning av barn i väpnade konflikter, som Sverige ratificerade 2003, dels det fakultativa protokollet om försäljning av barn, barnprostitution och barnpornografi, som Sverige ratificerade 2007. Det tredje fakultativa protokollet till barnkonventionen om ett individuellt klagomålsförfarande antogs den 19 december 2011, men har inte ratificerats av Sverige.

[1] Ds 2019:23 *Vägledning vid tolkning och tillämpning av FN:s konvention om barnets rättigheter*, s. 7.

Enligt artikel 43 ska en kommitté för barnets rättigheter (barnrättskommittén) upprättas för att granska de framsteg som gjorts av konventionsstaterna i fråga om genomförandet av skyldigheterna enligt konventionen. I artiklarna 43–45 regleras barnrättskommitténs roll och mandat samt de förpliktelser konventionsstaterna har gentemot kommittén.

Barnrättskommittén avger bland annat landspecifika sammanfattande slutsatser och rekommendationer (Concluding Observations) och allmänna kommentarer (General Comments) som belyser olika artiklar och teman i konventionen. Barnrättskommitténs uttalanden är inte juridiskt bindande för konventionsstaterna men kan utgöra ett viktigt stöd och ge viss vägledning vid tolkning och tillämpning av barnkonventionen.[2]

Mänskliga rättigheter, som även gäller barn, finns också uttryckta i andra konventioner, däribland den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen) från 1950. Genom Lissabonfördraget som trädde i kraft den 1 december 2009 är numera skyddet av barnets rättigheter också ett av Europeiska unionens (EU) mål (se fördragets artikel 3). Vidare har EU:s stadga om de grundläggande rättigheterna genom det nya fördraget blivit rättsligt bindande i förhållande till EU:s egna institutioner och organ samt gentemot medlemsländerna när dessa tillämpar unionsrätten. I stadgan finns en särskild artikel om barnets rättigheter (artikel 24). Artikeln anger att barn har rätt till det skydd och den omvårdnad som behövs för deras välfärd. De ska fritt kunna uttrycka sina åsikter. Dessa åsikter ska beaktas i frågor som rör barnen i förhållande till deras ålder och mognad. Vidare anger artikeln att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, oavsett om de vidtas av offentliga myndigheter eller privata institutioner. Slutligen har varje barn rätt att regelbundet upprätthålla ett personligt förhållande till och direkta kontakter med båda föräldrarna, utom då detta strider mot barnets bästa. Det finns också andra artiklar i stadgan som rör barn, bland annat en artikel om förbud mot barnarbete (artikel 32).

[2] Se www.barnombudsmannen.se där barnrättskommitténs vägledande dokument finns publicerade.

Barns rättigheter

Barnkonventionen består av en inledning (preamble) och tre avdelningar. I del I behandlas de rättigheter barn har enligt konventionen och i del II finns bestämmelser om efterlevnaden av konventionen, bland annat barnrättskommitténs uppdrag och staternas rapportering till kommittén. Slutbestämmelserna i del III tar bland annat upp regler kring ratificering och ikraftträdande av konventionen.

Rättigheterna i barnkonventionen gäller alla barn upp till 18 år, om inte barnet blir myndigt tidigare enligt den lag som gäller för barnet (artikel 1). Rättigheterna gäller samtliga barn inom ett lands jurisdiktion, utan åtskillnad av något slag, i enlighet med konventionens s.k. icke-diskrimineringsprincip i artikel 2.

Konventionen omfattar såväl medborgerliga och politiska rättigheter som sociala, ekonomiska och kulturella rättigheter. Till de medborgerliga och politiska rättigheterna hör bland annat artikel 8 om rätten till namn och medborgarskap, artikel 12 om rätten att uttrycka sina åsikter och bli hörd samt artikel 13 om rätten till yttrande- och informationsfrihet. Denna grupps rättigheter inkluderar också bland annat artikel 22 om statens skyldigheter när barnet är flykting och artikel 37 om förbud mot att utsätta barn för tortyr eller annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning samt barnets rättigheter vid frihetsberövande.

De sociala, ekonomiska och kulturella rättigheterna syftar till att säkerställa grundläggande behov hos barnet och genomförandet av dessa rättigheter är beroende av de resurser och förutsättningar som en stat har. Hit hör bland annat artikel 24 om rätten till hälso- och sjukvård, artikel 27 om rätten till en skälig levnadsstandard, artikel 28 om rätten till utbildning och artikel 31 om barnets rätt till vila, fritid, lek och rekreation samt deltagande i det kulturella och konstnärliga livet.

Det finns inte någon auktoritativ uppdelning av rättigheterna i dessa två kategorier. Enligt barnrättskommittén är rättigheterna ömsesidigt beroende av varandra och de ska tolkas i förhållande till varandra utifrån ett helhetsperspektiv.[3]

I konventionens del I finns 41 artiklar och fyra av dessa (artiklarna 2, 3, 6 och 12) är konventionens s.k. *grundprinciper*. De är vägledande för hur övriga rättigheter i konventionen ska tolkas men har

[3] CRC/GC/2003/5, p. 6 och 18.

också en självständig betydelse och ska vara utgångspunkt i beslut och åtgärder som kan röra enskilda barn eller grupper av barn. Barnrättskommittén har betonat vikten av att grundprinciperna återspeglas i den nationella lagstiftningen.[4]

Enligt artikel 2.1 – rätt till *icke-diskriminering* – ska konventionsstaterna respektera och tillförsäkra varje barn inom deras jurisdiktion de rättigheter som anges i konventionen utan åtskillnad av något slag, oavsett barnets eller dess förälders eller vårdnadshavares ras, hudfärg, kön, språk, religion, politiska eller annan åskådning, nationella, etniska eller sociala ursprung, egendom, funktionsnedsättning, börd eller ställning i övrigt.

Av artikel 3.1 framgår att vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beaktas vad som bedöms vara *barnets bästa*. Enligt artikel 3.2 åtar sig konventionsstaterna att tillförsäkra barnet sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd, med hänsyn tagen till de rättigheter och skyldigheter som tillkommer dess föräldrar, vårdnadshavare eller andra personer som har juridiskt ansvar för barnet, och ska för detta ändamål vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder och administrativa åtgärder.

Principen om barnets bästa har en bred tillämpning. Den medför en skyldighet för beslutsfattare att sätta barnets bästa i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn, och omfattar därför alla samhällsområden där barn kan vara berörda, på såväl nationell som regional och kommunal nivå. Bedömningen och fastställandet av barnets bästa är dock, enligt barnrättskommittén, av störst betydelse när det handlar om åtgärder som har en betydande inverkan på ett barn eller grupper av barn. Med begreppet åtgärder avses beslut men också alla andra handlingar, uppföranden, förslag, tjänster, förfaranden och andra åtgärder som rör barn. Även underlåtenhet att genomföra åtgärder omfattas.[5]

Principen om barnets bästa ska ses som ett *tillvägagångssätt i beslutsprocesser*. För att principen om barnets bästa ska förverkligas måste myndigheter och organisationer som fattar beslut som rör barn bedöma och fastställa barnets bästa genom barnanpassade förfaranden.[6]

[4] CRC/GC/2003/5, p. 22.
[5] CRC/C/GC/14, p. 17–20 och 35.
[6] CRC/C/GC/14, p. 85–99.

Enligt artikel 3.3. ska konventionsstaterna säkerställa att institutioner, tjänster och inrättningar som ansvarar för omvårdnad eller skydd av barn uppfyller av behöriga myndigheter fastställda normer, särskilt vad gäller säkerhet, hälsa, personalens antal och lämplighet samt behörig tillsyn.

Principen om barnets bästa ska tillämpas i förhållande till övriga grundprinciper i konventionen. Av dessa är artikel 12 av särskild vikt. Artikel 3 och 12 kompletterar varandra. Barnets åsikter är en viktig del i bedömningen av barnets bästa.

Genom den tredje grundprincipen i artikel 6 erkänns barnets inneboende *rätt till livet* och statens skyldighet att i största möjliga utsträckning säkerställa barnets *överlevnad och utveckling*. Denna rätt ska tolkas i förhållande till övriga grundprinciper och får också sitt innehåll genom specifika artiklar i konventionen.

Av artikel 12.1 – den fjärde grundprincipen – ska konventionsstaterna tillförsäkra det barn som är *i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa* i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad. Artikeln återspeglar det förhållningssätt till barnet som konventionen uttrycker, nämligen barnet som bärare av rättigheter som ska vara delaktig i och ha inflytande över sitt liv.[7] Rättigheten är absolut och gäller alla barn utan åtskillnad, i enlighet med icke-diskrimineringsprincipen i artikel 2. Staten är därmed skyldig att säkerställa att barnet kan utöva sin rätt. Det bör noteras att det är fråga om en rättighet, inte någon skyldighet för barnet att uttrycka sina åsikter. Barnrättskommittén avråder stater från att sätta åldersgränser som kan begränsa den rätt barn har att uttrycka sina åsikter och betonar att även mycket små barn kan bilda åsikter och att åsikter kan uttryckas på olika sätt. Små barn kan ge uttryck för sina åsikter genom till exempel kroppsspråk, ansiktsuttryck, lek och målningar. För att barnet ska vara i stånd att bilda en egen åsikt är det heller inte nödvändigt att barnet har utförlig kunskap om alla aspekter i frågan som påverkar barnet, men barnet ska ha tillräcklig förståelse för att kunna bilda sig åsikter i frågan. Staten är också skyldig att se till att barn som kan ha svårt att föra fram sina åsikter får förutsättningar att göra det, till exempel barn med funktionsnedsättningar och barn som inte behärskar språket i landet.[8] För att rätten i artikel 12.1 ska kunna

[7] CRC/C/GC/12, p. 18.
[8] CRC/C/GC/12, p. 20 och 21.

effektueras ska barnet, enligt artikel 12.2, i alla domstolsförfaranden och administrativa förfaranden som rör barnet, särskilt beredas möjlighet att höras, antingen direkt eller genom en företrädare eller ett lämpligt organ och på ett sätt som är förenligt med nationella procedurregler.

Av övriga artiklar av särskild relevans i förevarande sammanhang kan nämnas artikel 9.1 enligt vilken konventionsstaterna bland annat ska säkerställa att ett barn *inte skiljs från sina föräldrar* mot deras vilja utom i de fall då behöriga myndigheter, som är underställda rättslig prövning, i enlighet med tillämplig lag och tillämpliga förfaranden, bedömer att ett sådant åtskiljande är nödvändigt för barnets bästa. Enligt artikel 9.3 ska konventionsstaterna respektera rätten för det barn som är skilt från den ena av eller båda föräldrarna att regelbundet *upprätthålla ett personligt förhållande* till och direkta kontakter med båda föräldrarna, utom då detta strider mot barnets bästa. Vidare kan nämnas artikel 13 om rätt till *yttrandefrihet*, artikel 16.1 att inget barn får utsättas för godtyckliga eller olagliga ingripanden i sitt *privat- och familjeliv*, sitt hem eller sin korrespondens och inte heller för olagliga angrepp på sin heder och sitt anseende. Barnet har, enligt artikel 16.2, rätt till lagens skydd mot sådana ingripanden eller angrepp.

Konventionsstaterna ska också, enligt artikel 19.1, vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder, administrativa, sociala och utbildningsmässiga åtgärder för att skydda barnet mot alla former av *fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande*, inklusive sexuella övergrepp, medan barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavarens eller annan persons vård. Vidare ska, enligt artikel 20.1, ett barn som *tillfälligt eller varaktigt berövats sin familjemiljö*, eller som för sitt eget bästa inte kan tillåtas stanna kvar i denna miljö, ska ha rätt till *särskilt skydd och stöd från statens* sida. Konventionsstaterna ska, enligt artikel 20.2, i enlighet med sin nationella lagstiftning säkerställa alternativ omvårdnad för ett sådant barn. Av artikel 20.3 framgår att sådan omvårdnad bland annat kan innefatta placering i familjehem, adoption eller, om nödvändigt, placering i lämpliga *institutioner för omvårdnad* av barn. Då lösningar övervägs ska vederbörlig hänsyn tas till önskvärdheten av *kontinuitet* i ett barns uppfostran och till barnets etniska, religiösa, kulturella och språkliga bakgrund.

Av artikel 23.1 framgår att konventionsstaterna erkänner att ett barn med *fysisk eller psykisk funktionsnedsättning* bör åtnjuta ett fullvärdigt och anständigt liv under förhållanden som säkerställer värdighet, främjar tilltron till den egna förmågan och möjliggör barnets aktiva deltagande i samhället. Vidare, enligt 23.2, erkänns rätten till *särskild omvårdnad och stöd* för ett barn med funktionsnedsättning och, enligt 23.3, ska stödet syfta till att säkerställa att barnet har effektiv tillgång till och får utbildning, hälso- och sjukvård, rehabilitering och habilitering, förberedelse för arbetslivet och möjligheter till rekreation på ett sätt som bidrar till barnets största möjliga integrering i samhället.

Artikel 24 ger barnet rätt till *bästa möjliga hälsa* och *tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering*. Konventionsstaterna ska sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård. Vidare ger artikel 25 rätt för ett barn som har *omhändertagits* av behöriga myndigheter för omvårdnad, skydd eller behandling av sin fysiska eller psykiska hälsa till *regelbunden översyn av den behandling* som barnet får och alla andra omständigheter som rör barnets omhändertagande. Konventionsstaterna ska också, enligt artikel 26, erkänna varje barns rätt att åtnjuta *social trygghet*, inklusive socialförsäkring, och ska vidta nödvändiga åtgärder för att till fullo förverkliga denna rätt i enlighet med nationell lagstiftning.

Vidare kan nämnas artikel 28 om rätt till utbildning, artikel 31 om rätt till vila, fritid, lek och rekreation och artikel 33 enligt vilken konventionsstaterna ska vidta alla lämpliga åtgärder, inklusive lagstiftningsåtgärder, administrativa, sociala och utbildningsmässiga åtgärder, för att *skydda barn från olaglig användning av narkotika och psykotropa ämnen* såsom dessa definieras i tillämpliga internationella fördrag och för att förhindra att barn utnyttjas i den olagliga framställningen av och handeln med sådana ämnen.

Konventionsstaterna ska också, enligt artikel 37 (b) säkerställa att inget barn *olagligt eller godtyckligt berövas sin frihet*. Gripande, anhållande, häktning, fängslande eller annat frihetsberövande av ett barn ska ske i enlighet med lag och får endast användas som en sista utväg och för kortast lämpliga tid. Varje frihetsberövat barn ska behandlas humant och med respekt för människans inneboende värdighet och på ett sätt som beaktar behoven hos personer i dess ålder. Särskilt ska *varje frihetsberövat barn hållas åtskilt från vuxna*, om det

inte bedöms vara till barnets bästa att inte göra detta, och ska, utom i undantagsfall, ha rätt att hålla kontakt med sin familj genom brevväxling och besök (artikel 37 c).

Enligt artikel 4 ska konventionsstaterna vidta alla lämpliga lagstiftningsåtgärder, administrativa åtgärder och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen. I fråga om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter ska konventionsstaterna till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att vidta sådana åtgärder. Vid behov ska sådana åtgärder vidtas inom ramen för det internationella samarbetet.

3.2 Hälso- och sjukvårdslagstiftningen

Hälso- och sjukvårdregleringen är omfattande och förutom ett flertal lagar finns också ett betydande antal förordningar, föreskrifter och allmänna råd.

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, innehåller de grundläggande bestämmelserna för *all hälso- och sjukvård*. Den innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas och gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän (1 kap. 1 § HSL).

Målet med hälso- och sjukvården är, enligt 3 kap. 1 § första stycket HSL en *god hälsa* och en *vård på lika villkor* för hela befolkningen. Enligt 3 kap. 1 § andra stycket, ska vården ges med respekt för *alla människors lika värde* och för den *enskilda människans värdighet*. Den som har det största *behovet* av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Andra stycket återspeglar de s.k. människovärdes- och behovs-solidaritetsprinciperna som avses vara en etisk plattform för prioriteringar i vården.[9]

Av 3 kap. 2 § HSL framgår att hälso- och sjukvården *ska* arbeta för att *förebygga ohälsa* vilket ska ske genom såväl miljöinriktade som individinriktade åtgärder. De *miljöinriktade* åtgärderna kan åtgärderna kan enligt förarbetena huvudsakligen utföras genom hälso- och sjukvårdens medverkan i samhällsplaneringen vilket förutsätter samarbete med de kommunala organ som har det direkta ansvaret för utvecklingen inom andra samhällssektorer.[10] I *individinriktade* före-

[9] Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*, s. 21 och 46.
[10] Jfr 3 kap. 1 § SoL. Regeringens proposition 1981/82 :97 *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*, s. 110 f.

byggande åtgärder innefattas bland annat, enligt förarbetena, åtgärder för att *uppspåra hälsoproblem* liksom allmänna riktade hälsokontroller, vaccinationer, hälsoupplysning samt mödra- och barnhälsovård. Dessa verksamheter förutsattes i förarbetena utföras av regionerna och då ingå i skyldigheten att vidta förebyggande åtgärder. I övrigt ankommer det på huvudmännen och personalen att bedöma vilka förebyggande åtgärder som bör vidtas med hänsyn till befolkningens behov, den medicinska utvecklingen, ekonomiska förutsättningar m.m.[11]

Patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PsL, innehåller en rad bestämmelser om vårdgivarnas skyldigheter, bland annat vad gäller att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. PsL innehåller emellertid även bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter, bestämmelser om tillsyn, om Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och om olika åtgärder mot hälso- och sjukvårdspersonal.

En viktig lag på hälso- och sjukvårdsområdet är patientlagen (2014:821), förkortad PL, som trädde i kraft den 1 januari 2015. Den riktar sig till *patienter och deras närstående* men även till vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal. PL syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning och till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (1 kap. 1 § PL).

Förutsättningarna för *tvångsvård*, vilket är undantagsåtgärder inom hälso- och sjukvården, regleras bland annat i lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och i lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV.

Härutöver finns en rad andra lagar med specialföreskrifter. Särskilt kan nämnas patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, där det finns bestämmelser om att föra patientjournal och om hur informationshanteringen inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet.
I detta avsnitt redogörs främst för regleringen i HSL.

[11] Regeringens proposition 1981/82 :97 *om hälso- och sjukvårdslag, m.m.,* s. 110 f.

3.2.1 Definitioner

2 kap. HSL innehåller en rad definitioner. Sålunda avses med *hälso- och sjukvård* i HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, 2) sjuktransporter, och 3) omhändertagande av avlidna (2 kap. 1 §).

Enligt 2 kap. 2 § avses med *huvudman* i HSL den region eller den kommun som enligt lagen ansvarar för att *erbjuda* hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans geografiska område kan en eller flera vårdgivare bedriva verksamhet.

Med *vårdgivare* avses i HSL, enligt 2 kap. 3 §, statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som *bedriver* hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Enligt 2 kap. 4 § HSL avses med *sluten vård* i lagen hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning och med *öppen* vård avses, enligt 2 kap. 5 §, annan hälso- och sjukvård än sluten vård.

Med *primärvård* avses i HSL, enligt 2 kap. 6 § i dess lydelse fr.o.m. den 1 juli 2021,[12] hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

3.2.2 Organisation och ledningsuppgifter

Enligt 4 kap. 1 § HSL ska offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet vara organiserad så att den främjar *kostnadseffektivitet*. Där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det, enligt 4 kap. 2 §, finnas någon som svarar för verksamheten (*verksamhetschef*).

När det gäller verksamheter som har inslag av myndighetsutövning i förening med medicinska eller liknande bedömningar[13] ska, enligt 4 kap. 3 § första stycket HSL, ansvaret för *ledningsuppgifter* i fråga om *psykiatrisk tvångsvård* samt isolering enligt smittskyddslagen (2004:168) utövas av en *chefsöverläkare* med *specialistkompetens*. Av 3 § andra stycket framgår att är verksamhetschefen inte en läkare

[12] SFS 2020:1043.
[13] Prop. 1995/96:176 *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*, s. 103.

med specialistkompetens, ska ledningsuppgifterna fullgöras av en särskilt utsedd chefsöverläkare eller, i fråga om smittskydd, av en befattningshavare som har förordnats med stöd av smittskyddslagen.

3.2.3 God vård

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården *särskilt* ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,
2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,
4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och
5. vara lätt tillgänglig.

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det, enligt 5 kap. 2 § HSL finnas den *personal*, de *lokaler* och den *utrustning* som behövs för att god vård ska kunna ges.

Kvaliteten i verksamheten ska, enligt 5 kap. 4 § HSL, systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

3.2.4 Särskilda skyldigheter i fråga om barn

Enligt 5 kap. 6 § HSL ska, när hälso- och sjukvård ges till barn, *barnets bästa* särskilt beaktas.[14] Vad som är barnets bästa måste avgöras utifrån förhållandena i varje enskilt fall. Bedömningen ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och ska, beroende på barnets ålder och mognad, utgå från underlag från vårdnadshavare och det som barnet själv ger uttryck för. I vissa fall kan det även vara relevant att inhämta underlag från andra personer som har kunskap om barnet. Så långt som möjligt bör såväl långsiktiga som kortsiktiga *konsekvenser* av att exempelvis ge eller avstå från att ge barnet viss vård eller behandling beaktas. Med barn avses personer under 18 år.[15]

[14] Jfr. 1 kap. 8 § patientlagen (2014 :821).
[15] Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag,* s. 132.

Av 5 kap. 7 § HSL framgår att ett barns behov av *information*, *råd och stöd* ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. en allvarlig fysisk sjukdom eller skada,
3. har ett *missbruk* av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar, eller
4. utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp.

Detsamma gäller, enligt 5 kap. 7 § andra stycket, om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

Paragrafen ålägger hälso- och sjukvården en skyldighet att särskilt beakta behovet av råd, stöd och information till barn om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning, en allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller ett missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel. Samma skyldighet gäller om den vuxne oväntat avlider.

3.2.5 Regionens ansvar som huvudman

Enligt 7 kap. 1 § ska ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten i regionen utövas av en eller flera nämnder. För en sådan nämnd gäller det som är föreskrivet om nämnder i kommunallagen (2017:725). I paragrafen erinras om att bestämmelser om *gemensam nämnd* finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet.

Regionen ska, enligt 7 kap. 2 § planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård.[16] Vid planeringen ska beaktas den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

Hälso- och sjukvårdsverksamheten ska, enligt 7 kap. 2 a §, organiseras så att vården kan ges *nära befolkningen*. Om det är motiverat

[16] Se 8 kap. HSL.

av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt.

Enligt 7 kap. 3 § HSL ska regionen organisera *primärvården* så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (*vårdvalssystem*). Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen. Regionen ska, enligt tredje stycket, utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. Av 3 § tredje stycket framgår att när regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

För hälso- och sjukvård som kräver *intagning* vid vårdinrättning ska det, enligt 7 kap. 4 § HSL, finnas *sjukhus*.

Av 7 kap. 7 § HSL framgår att i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen *samverka* med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare. I frågor som berör flera regioner ska regionerna, enligt 7 kap. 8 §, samverka.

Regionen får vidare, enligt 7 kap. 9 § första stycket HSL, träffa *överenskommelser* med kommuner, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för regionens uppgifter enligt HSL samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Regionen ska bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får regionen delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård

Regionen ska, enligt 8 kap. 1 § HSL erbjuda en god hälso- och sjukvård bland annat åt den som är bosatt inom regionen. Av 8 kap. 6 § framgår att regionens ansvar inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom regionen har ansvar för enligt 12 kap. 1 § eller 14 kap. 1 §.

I 8 kap. regleras vidare regionens ansvar i fråga om icke bosatta personer (2, 3 och 4 §§), möjligheten att erbjuda läkemedel utan kost-

nad till den som får hemsjukvård (8 §) samt tillhandahållande av förbrukningsartiklar (9 §).[17]

Det finns särskilda bestämmelser om hälso- och sjukvård i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt *asylsökande* m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd (8 kap. 10 § HSL).

Vårdgaranti

Enligt 9 kap. 1 § HSL ska regionen erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 § (jfr 2 kap. 3 § PL). Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Den närmare innebörden av regionens skyldighet att erbjuda vårdgaranti regleras i 6 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80), förkortad HSF.

Av 9 kap. 2 § HSL framgår att om regionen inte uppfyller garantin enligt 1 § 3 eller 4, ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Val av behandlingsalternativ, val av hjälpmedel och ny medicinsk bedömning

Regionen ska, enligt 10 kap. 1 § HSL, ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ, att välja hjälpmedel och möjlighet att få en ny medicinsk bedömning i enlighet med vad som anges i 7 kap. 1 och 2 §§ PL, och 8 kap. 1 § PL.

[17] I 14 kap. regleras möjligheterna att överlåta ansvar bland annat vad avser hemsjukvård.

Val av behandlingsalternativ och val av hjälpmedel

Enligt 13 kap. 1 § HSL ska kommunen ska ge den enskilde möjlighet att välja behandlingsalternativ inom sådan hälso- och sjukvård som avses i 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § enligt vad som anges i 7 kap. 1 § PL. Kommunen ska vidare, enligt 13 kap. 2 §, ge den enskilde möjlighet att välja hjälpmedel enligt vad som anges i 7 kap. 2 § PL.

3.3 Tvångsvård

3.3.1 Lagen om psykiatrisk tvångsvård

I 1 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, stadgas att föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) gäller all psykiatrisk vård och att kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i LPT. Föreskrifter om psykiatrisk tvångsvård finns också i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Av 3 § LPT följer att tvångsvård får ges endast om patienten lider av en allvarlig psykisk störning och på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt 1. har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård (sluten psykiatrisk tvångsvård) eller 2. behöver iaktta särskilda villkor för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård (öppen psykiatrisk tvångsvård). En förutsättning för vård enligt LPT är att patienten motsätter sig sådan vård som sägs i första stycket, eller det till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans eller hennes samtycke.

Ett beslut om intagning på en sjukvårdsinrättning för tvångsvård får, enligt 4 § LPT, inte fattas utan att ett *vårdintyg* har utfärdats. Av detta ska det framgå att det finns sannolika skäl för att förutsättningarna för sluten psykiatrisk tvångsvård är uppfyllda. Vårdintyget ska grundas på en särskild läkarundersökning.

Enligt 6 b § LPT ska frågan om intagning för sluten psykiatrisk tvångsvård avgöras *skyndsamt efter undersökning* av patienten, senast 24 timmar efter dennes ankomst till vårdinrättningen. Ett beslut om

intagning får inte grundas på ett vårdintyg som är äldre än fyra dagar. Beslut om intagning fattas av en *chefsöverläkare* vid en enhet för psykiatrisk vård. Beslutet får *inte* fattas av den läkare som har utfärdat vårdintyget.

Om chefsöverläkaren finner att patienten bör ges tvångsvård *utöver fyra veckor* från dagen för beslutet om intagning, ska chefsöverläkaren före utgången av fyraveckorstiden ansöka hos *förvaltningsrätten* om medgivande till sådan vård (7 § LPT). Chefsöverläkaren ska även ansöka hos förvaltningsrätten om medgivande till fortsatt vård när han eller hon anser att den psykiatriska tvångsvården bör *övergå i öppen eller sluten form*. Rätten ska enligt 8 § besluta i frågan om fortsatt vård i form av sluten eller öppen psykiatrisk tvångsvård. Om rätten bifaller ansökan, får vården pågå under *högst fyra månader*, räknat från dagen för beslutet om intagning.

Den 1 juli 2020 trädde nya bestämmelser i kraft som innehåller en särreglering av tvångsåtgärderna fastspänning med bälte, avskiljande från andra patienter och inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster för patienter som är under 18 år. Ändringarna innebär att förutsättningarna för att använda dessa tvångsåtgärder skärps och att tiden för hur länge tvångsåtgärden får pågå förkortas samt ett tydliggörande av förutsättningarna för förlängning av en beslutad tvångsåtgärd. Förslaget innebär även nya bestämmelser om dels en särskild underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg om en patient som är under 18 år har blivit föremål för upprepade tvångsåtgärder under vårdperioden, dels att patienter som är under 18 år ska ha rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och att vistas utomhus under minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar emot det.

3.3.2 Lagen om rättspsykiatrisk vård

Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, gäller enligt 1 § den som

1. efter beslut av domstol ska ges rättspsykiatrisk vård,
2. är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning,
3. är intagen i eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt,

4. eller är intagen i eller ska förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken.

I 2 § LRV erinras om att föreskrifterna i HSL om skyldighet för en region att erbjuda hälso- och sjukvård även gäller rättspsykiatrisk vård.

Rättspsykiatrisk vård ges efter beslut av domstol om överlämnande till sådan vård enligt vad som framgår av 31 kap. 3 § brottsbalken. Sådan vård ges enligt 3 § LRV som sluten rättspsykiatrisk vård eller, efter sådan vård, som öppen rättspsykiatrisk vård. Vård som ges när patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning benämns *sluten rättspsykiatrisk vård*. Annan vård enligt lagen benämns *öppen rättspsykiatrisk* vård.

Enligt 6 § LRV ges rättspsykiatrisk vård på en sjukvårdsinrättning som drivs av en region. Den som ges *öppen* rättspsykiatrisk vård får vistas utanför en sådan sjukvårdsinrättning. Vidare framgår av 6 § LRV att vid rättspsykiatrisk vård gäller 15 a–17 LPT angående god säkerhet, upprättande av vårdplan och samråd med patienten i fråga om behandlingen och behandling utan samtycke, samt 31 b § LPT om dagliga aktiviteter och utomhusvistelse för patient som är under 18 år.

Av 8 § LRV framgår att vid *sluten* rättspsykiatrisk vård enligt LRV gäller, om inte annat anges i 8 a §, i tillämpliga delar bestämmelserna i 18–24 §§ LPT som reglerar olika tvångsåtgärder vid sluten psykiatrisk vård. Särskilda bestämmelser bland annat i fråga om den som är anhållen, häktad eller intagen i eller ska förpassas till kriminalvården regleras i 8 § andra stycket. I 8 a § finns särskilda bestämmelser om elektroniska kommunikationstjänster och i 8 b § om allmän inpasseringskontroll.

3.4 Dokumentation

Patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, innehåller bland annat bestämmelser om skyldigheten att föra patientjournal.

Enligt 3 kap. 1 § PDL ska vid vård av patienter föras patientjournal. En patientjournal ska föras för varje patient och får inte vara gemensam för flera patienter.

Syftet med att föra patientjournal är, enligt 3 kap. 2 § PDL, i första hand att bidra till en god och säker vård av patienten. Journalen är

även in informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag, samt forskning.

Skyldigheten att föra en patientjournal är, enligt 3 kap. 3 § PDL,

1. den som enligt 4 kap. PsL har legitimation eller särskilt förordnande att utöva ett vist yrke,
2. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför arbetsuppgifter som annars bara ska utföras av logoped, psykolog eller psykoterapeut inom den allmänna hälso- och sjukvården eller utför sådana arbetsuppgifter inom den enskilda hälso- och sjukvården som biträde åt legitimerad yrkesutövare, och
3. den som, utan att ha legitimation för yrket, utför samma slags arbetsuppgifter inom den allmänna hälso- och sjukvården som en hälso- och sjukvårdskurator, och
4. den som utför insatser enligt lagen (2019:1297) om koordineringsinsatser för sjukskrivna patienter.

Av 3 kap. 5 § PDL framgår att en patientjournal får innehålla *endast* de uppgifter som behövs för de *ändamål* som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2. Det innebär att personuppgifter får behandlas inom hälso- och sjukvården om det behövs för

1. att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter,
2. administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall.

Enligt 3 kap. 6 § PDL ska en patientjournal innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Om uppgifterna finns tillgängliga, ska en patientjournal alltid innehålla

1. uppgift om patientens identitet,
2. väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården,
3. uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder,
4. väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder,

5. uppgift om den information som lämnats till patienten, dennes vårdnadshavare och övriga närstående och om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ och om möjligheten till en ny medicinsk bedömning, samt
6. uppgift om att en patient har beslutat att avstå från viss vård eller behandling.

Patientjournalen ska, enligt 6 § andra stycket, innehålla uppgift om vem som har gjort en viss anteckning i journalen och när anteckningen gjordes.

I 6 kap. PDL regleras förutsättningarna för *sammanhållen journalföring*. Regleringen innebär att *vårdgivare*, under vissa förutsättningar, kan få *direktåtkomst till varandras elektroniska journalhandlingar* och andra personuppgifter för en samlad bild av vårddokumentationen.

Av 6 kap. 1 § PDL framgår sålunda att en vårdgivare får, under de förutsättningar som anges i 2 §, ha *direktåtkomst* till personuppgifter som behandlas av andra vårdgivare för ändamål som anges i 2 kap. 4 § första stycket 1 och 2. Det innebär bland annat att personuppgifter får behandlas inom hälso- och sjukvården om det behövs för 1) att fullgöra de skyldigheter som anges i 3 kap. och upprätta annan dokumentation som behövs i och för vården av patienter och 2) administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall.

Utlämnande genom direktåtkomst till personuppgifter är, enligt 5 kap. 4 § PDL, tillåten endast i den utsträckning som anges i lag eller förordning. Om en region eller en kommun bedriver hälso- och sjukvård genom flera myndigheter, får en sådan myndighet ha direktåtkomst till personuppgifter som behandlas av någon annan sådan myndighet i samma region eller kommun

3.5 Hälso- och sjukvårdssekretess

Inom *hälso- och sjukvården* gäller sekretess, enligt 25 kap. 1 § OSL, för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, *om det inte står klart* att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men. Bestämmelsen innehåller ett omvänt skaderekvisit som innebär att *sekretess är huvudregel* och uppgifter får inte röjas om det inte står klart att det kan ske

utan att någon lider men. Av 25 kap. 10 § OSL framgår att hälso- och sjukvårdssekretessen enligt 1 § *inte* gäller vissa beslut om frihetsberövande åtgärder.

Enligt 25 kap. 6 § OSL gäller sekretessen enligt 1–5 §§ i förhållande till *den vård- eller behandlingsbehövande själv* för uppgift om hans eller hennes hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av *synnerlig vikt* att uppgiften inte lämnas till honom eller henne. Huvudregeln är att sekretess inte gäller i förhållande till den enskilde själv och sekretessen kan som regel, helt eller delvis, efterges av patienten (12 kap. 1–2 §§ OSL).

Enligt 25 kap. 12 § OSL, hindrar inte hälso- och sjukvårdssekretessen i 1 §, 2 § andra stycket och 3–5 §§ att en uppgift om en enskild eller närstående till denne lämnas *från en myndighet inom hälso- och sjukvården* till en *annan sådan myndighet* eller till en *myndighet inom socialtjänsten*, om det behövs för att ge den enskilde nödvändig vård, behandling eller annat stöd och denne

1. inte har fyllt arton år,
2. fortgående missbrukar alkohol, narkotika eller flyktiga lösningsmedel, eller
3. vårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detsamma gäller, enligt 12 § andra stycket, uppgift om en *gravid* person eller någon närstående till denne, om uppgiften behöver lämnas för en nödvändig insats till skydd för det väntade barnet.

Av 25 kap. 13 § OSL framgår att om den enskilde på grund av sitt hälsotillstånd eller av andra skäl *inte kan samtycka* till att en uppgift lämnas ut, hindrar sekretess enligt 1 § inte att en uppgift om honom eller henne som behövs för att han eller hon ska få nödvändig vård, omsorg, behandling eller annat stöd lämnas från en myndighet inom hälso- och sjukvården till en annan myndighet inom hälso- och sjukvården *eller* inom socialtjänsten *eller* till en enskild vårdgivare *eller* en enskild verksamhet på socialtjänstens område.[18]

OSL gäller i all *offentlig verksamhet*. För privat hälso- och sjukvårdsverksamhet regleras tystnadsplikten i 6 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

[18] Se prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*, s. 160 ff. och s. 272.

3.6 Enskildas rättigheter

3.6.1 Målinriktade ramlagar

Både socialtjänstlagen (2001:453), förkortad SoL, och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, sägs vara målinriktade ramlagar. Ramlagstekniken har traditionellt ansetts vara det effektivaste sättet för regleringar som syftar till att uppnå välfärdsmålen eftersom det gör det möjligt att anpassa lagarna till nya behov och förändringar i samhället.

SoL anger vilka resultat som ska åstadkommas men i regel inte hur man ska uppnå detta. Kommunerna anses ha stor frihet att, inom ramarna, utforma sina insatser efter skiftande behov och önskemål. Tanken är att strukturella skillnader mellan kommunerna kan motivera vissa skillnader i socialtjänstens uppbyggnad och verksamhet.

HSL innehåller övergripande mål för verksamheten vilka också anses utgöra riktlinjer för den fortsatta utvecklingen av hälso- och sjukvården. Ramlagskonstruktionen motiverades utifrån tanken att en mycket detaljerad lag skulle försvåra möjligheten för huvudmännen att anpassa verksamheten efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Regioner och kommuner anses ha de bästa förutsättningarna att bedöma hur behoven av service på lokal nivå ska kunna tillgodoses. Vården måste dock ha en likvärdig kvalitet.

Både inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården präglas verksamheten av en helhetssyn och frivillighet och självbestämmande är vägledande principer. I förarbetena till 1982 års HSL anfördes bland annat att det är angeläget att en helhetssyn anläggs på patientens förhållanden varmed till exempel avsågs den sociala situationen och arbetsförhållanden. Det räcker ofta inte, anfördes det, att bara ställa en diagnos och behandla ett visst symptom. För att nå ett varaktigt resultat och för att förebygga att sjukdom eller skada inträffar på nytt är det inte så sällan av avgörande betydelse att personalen får en uppfattning om varför patienten har ett visst problem och varför en sjukdom eller skada har drabbat patienten.

Ramlagstekniken har kritiserats och det har uttryckts farhågor för att konstruktionen kan ge upphov till detaljföreskrifter och allmänna råd som i alltför hög grad skulle kunna begränsa kommuners och regioners handlingsfrihet. Ramlagskonstruktionen skulle också kunna leda till ojämnheter i standard mellan kommuner och regioner och osäkerhet i fråga om skyldigheter och rättigheter. Faktorer som

emellertid är tänkta att motverka en sådan utveckling är att varken SoL eller HSL medger åtgärder i strid mot den enskildes vilja, tillsynen över verksamheterna och, såvitt gäller socialtjänsten, möjligheten att överklaga socialnämndens beslut.

3.6.2 Rättighets- och skyldighetslagar

Socialtjänstlagen

Förutom att socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag brukar den även benämnas *rättighetslag*. Den som inte själv kan tillgodose sina behov, eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt, har *rätt till bistånd* av socialnämnden för sin försörjning (försörjningsstöd) och för sin livsföring i övrigt (4 kap. 1 § SoL). Det är denna bestämmelse som i någon mån gör det möjligt att benämna socialtjänstlagen som en *rättighetslag* – tillsammans med möjligheten att överklaga ett beslut till allmän förvaltningsdomstol. Rätten till bistånd är emellertid inte ovillkorlig utan den bedöms efter en individuell prövning av den enskildes behov. Biståndsrätten är subsidiär i den meningen att andra möjligheter att tillgodose behovet först ska vara uttömda. Syftet med rättighetsbestämmelser är att garantera enskilda människor det stöd som de är i behov av i de fall detta inte kan tillgodoses av dem själva eller någon annan.[19]

Det inte finns någon egentlig definition av vad en rättighetslag eller en skyldighetslag är. Ingen lag är heller enbart det ena eller andra. Vad det handlar om är regler i en lagstiftningsprodukt som reglerar en skyldighet eller en rättighet för något subjekt. Den skyldighet som regleras är ofta en huvudmans ansvar. I socialtjänstlagen finns till exempel regler om skyldigheter för kommunerna att bedriva vissa verksamheter för att tillgodose medborgarnas behov. Med denna utgångspunkt kan kommunen bestämma hur verksamheterna ska bedrivas. Kommunens frihet i detta avseende begränsas bara i den mån det i lagen finns bestämmelser som inskränker den. De kommunala beslut som grundas på en allmän skyldighet att bedriva viss verksamhet överklagas enligt bestämmelserna i kommunallagen.[20]

För att en lagbestämd social rättighet i juridiskt hänseende ska anses föreligga måste den uppfylla vissa krav. Rättigheten ska vara

[19] Prop. 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.*, s. 90.
[20] Prop. 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.*, s. 83.

noggrant *preciserad* både vad gäller innehåll och förutsättningar och den ska vara *utkrävbar*. För att vara utkrävbar fordras möjlighet till *överprövning* för att den enskilde genom ett domstolsutslag ska kunna hävda sin rätt mot den ansvarige huvudmannen. Ibland krävs också statlig *tillsyn och kontroll* av de myndigheter som har hand om förvaltningen.[21]

Biståndsbestämmelsen i SoL är förhållandevis vagt formulerad, även om försörjningsstödet i nu gällande lag avgränsats relativt väl (4 kap. 3 § SoL). Ramlagskonstruktionen, helhetssynen och svårigheterna att formulera författningsbestämmelser så att de täcker alla fall där en rätt till bistånd kan tänkas föreligga var ursprungligen skälet till bestämmelsens vaghet. Statens tillsyn och den enskildes rätt att överklaga med förvaltningsbesvär har dock ansetts ge den enskilde tillräckliga garantier för en ur rättssäkerhetssynpunkt betryggande ordning.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen – varmed i detta sammanhang främst avses HSL och patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PsL – är i första hand uppbyggd kring huvudmännens, vårdgivarnas och hälso- och sjukvårdspersonalens *skyldigheter*.

Frågan om en rättighetslagstiftning på hälso- och sjukvårdens område diskuterades av Prioriteringsutredningen liksom av HSU 2000.[22] I den senare utredningen hade man bland annat att ta ställning till är om det fanns anledning att frångå konstruktionen med skyldighetslagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet och i stället gå mot en lagstiftning som i stor utsträckning bygger på rättighetsbaserade principer så att patienten bland annat tillförsäkras en rätt till vård och behandling som kan bli föremål för rättslig prövning. Utredningen stannade för att lagstiftningen även fortsättningsvis bör bygga på skyldigheter för personal och sjukvårdshuvudmän.

Inte heller regeringen ansåg att det fanns skäl att frångå principen med skyldighetslagstiftning på området. Bland annat menade regeringen att problemen med att införa legala rättigheter på hälso- och sjukvårdsområdet är betydande. Hälso- och sjukvårdsförmåner låter

[21] Prop. 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.*, s. 83.
[22] SOU 1997:154, *Patienten har rätt.*

sig inte preciseras lika enkelt i lag som ekonomiska förmåner. Det är en komplicerad fråga att ta ställning till vilken medicinsk vård och behandling en viss patient behöver och att på ett meningsfullt sätt definiera de rättigheter som ska garanteras i lagen. En rättighetslagstiftning med vagt formulerade bestämmelser skulle innebära att det överlämnas till domstolarna att genom praxis ge lagen innehåll.[23]

Regeringen menade vidare att det andra kriteriet för en legal rättighet – att en förmån ska vara utkrävbar genom att den enskilde har möjlighet att överklaga ett avslagsbeslut för att på så sätt få ut sin rätt – inte heller är problemfritt på hälso- och sjukvårdsområdet. Bland annat ansågs tidsaspekten vara viktig om överprövningen ska ha något praktiskt värde för patienten. En efterhandsprövning som ger patienten rätt till en viss vårdinsats medför inte att patienten får den vård han eller hon behöver vid den aktuella tidpunkten. Detta problem är särskilt påtagligt vid akut vård, men torde även gälla i många andra vårdsituationer. Dessutom krävs kompetens att bedöma såväl rättsliga som medicinska frågor av det organ som ska överpröva beslut inom hälso- och sjukvårdsområdet.[24]

Även demokratiska skäl mot en rättighetslagstiftning anfördes. Det måste vara möjligt för sjukvårdshuvudmännen att planera för och utforma hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att det svarar mot befolkningens behov och önskemål inom ramen för tillgängliga resurser. En rättighetslagstiftning innebär att det ytterst skulle vara domstolarna som bedömer olika vårdbehov, avgör om åtgärder blivit riktigt utförda och väger behov i förhållande till nytta och resursutnyttjande och sliter tvister inom hälso- och sjukvården. I ett rättighetsbaserat system inskränks utrymmet för kommunalt fattade demokratiska beslut om prioriteringar i vården i förhållande till befintliga resurser. En övergång från ett system som bygger på skyldigheter för huvudmän och sjukvårdspersonal till ett system som i stor utsträckning bygger på rättighetsbaserade principer skulle därmed bli svårt att förena med sjukvårdshuvudmännens lagstadgade generella planeringsansvar för hälso- och sjukvården.[25]

Mot denna bakgrund har HSL fortfarande karaktären av en skyldighetslag. Det har emellertid från lagstiftaren framhållits att en skyldighetslagstiftning *inte* innebär att krav som den enskilde har rätt att

[23] Prop. 1997/98:189 *Patientens ställning*, s. 16.
[24] Prop. 1997/98:189 *Patientens ställning*, s. 16.
[25] Prop. 1997/98:189 *Patientens ställning*, s. 17.

ställa på hälso- och sjukvården inte måste respekteras. Det är i det fallet *ingen skillnad mellan en rättighetslagstiftning och en skyldighetslagstiftning*. Regioner och kommuner har oavsett lagstiftningens karaktär ett ansvar att tillämpa lagstiftningen på avsett sätt.[26]

Den 1 januari 2015 infördes patientlagen (2014:821), förkortad PL, vars syfte är att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (1 kap. 1 § PL). Patientmaktsutredningen, som föregick lagstiftningsärendet, konstaterade att man inte hade för avsikt att argumentera vare sig för eller emot en rättighetslagstiftning. I stället hänvisades till vad som sagts i Prioriteringsutredningen och i HSU 2000. Patientmaktsutredningen riktade i stället in sitt arbete på att tydliggöra patientens roll i sin egen vårdprocess med betoning på själv- och medbestämmande, information och delaktighet.[27]

3.6.3 Patientens ställning i vården

Inledning

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän (1 kap. 1 §). Bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter och ansvar för vården av patienter finns i patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PsL.

Genom åren har patientens ställning i vården förtydligats och stärkts i många avseenden. Lagstiftningen har emellertid i princip genomgående angett sjukvårdshuvudmännens, vårdgivarnas och personalens skyldigheter gentemot patienten i stället för att ange vilka möjligheter till inflytande och delaktighet patienten har. Det har varit svårt att få en tydlig bild av bestämmelserna på området därför att det inte funnits *en* lagstiftning som samlat beskrivit patientens ställning i vården. Mot denna bakgrund infördes patientlagen (2014:821), förkortad PL, den 1 januari 2015 vilket är föremålet för genomgången i detta avsnitt.

[26] Prop. 1997/98:189 *Patientens ställning,* s. 17.
[27] SOU 2013:2 *Patientlag,* s. 159.

Allmänt om patientlagen

Patientlagen syftar, enligt 1 kap. 1 § PL, till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet *stärka och tydliggöra patientens ställning* och till att främja patientens *integritet, självbestämmande och delaktighet* (1 kap. 1 § PL). Med *patient* avses den som på eget initiativ eller på annat sätt etablerat en kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen angående sitt eget hälsotillstånd.[28]

De flesta bestämmelserna i PL gäller inom *all* hälso- och sjukvårdsverksamhet, oavsett vem som är huvudman och vem som finansierar vården. Vissa bestämmelser är dock, enligt 1 kap. 2 § PL, enbart tillämpliga där regioner eller kommun är huvudman. Lagen omfattar *inte* tandvård enligt tandvårdslagen (1 kap. 3 § PL).
Med *hälso- och sjukvård* avses i PL dels åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, dels sjuktransporter (1 kap. 5 § PL).

I 1 kap. 6 § PL anges målet med hälso- och sjukvården vilket överensstämmer med vad som gäller enligt 3 kap. 1 § HSL. Enligt 1 kap. 7 § PL ska patienten få *sakkunnig och omsorgsfull* hälso- och sjukvård som är av *god kvalitet*[29] och som står *i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet*.[30]

När hälso- och sjukvård ges till barn ska *barnets bästa* särskilt beaktas (1 kap. 8 § PL). Vad som är barnets bästa måste avgöras utifrån förhållandena i varje enskilt fall. Bedömningen ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och ska, beroende på barnets ålder och mognad, utgå från underlag från vårdnadshavare och det som barnet själv ger uttryck för. I vissa fall kan det även vara relevant att inhämta underlag från andra personer som har kunskap om barnet. Så långt som möjligt bör *såväl långsiktiga som kortsiktiga konsekvenser* av att exempelvis ge eller avstå från att ge barnet viss vård eller behandling beaktas. Med barn avses personer under 18 år.[31]

---

[28] Prop. 1993/94:149 *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.,* s. 77, prop. 2013/14:106 *Patientlag,* s. 110.
[29] Jfr 5 kap. 1 § HSL.
[30] Jfr 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen enligt vilken hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten ska visas omtanke och respekt.
[31] Prop. 2013/14:106 *Patientlag,* s. 112.

Information till patient och närstående

Information är en nödvändig förutsättning för att patienten ska kunna utöva sin självbestämmanderätt och ta ställning till om han eller hon vill acceptera den vård som erbjuds. Det underlättar också för patienten att känna ökad kontroll över sin tillvaro genom att undanröja och minska ovisshet och möjliggöra planering. Det är lagstiftarens mening att ökad kunskap hos patienten är ett medel för att *stärka dennes makt och inflytande*. Patientens kunskaper om sitt eget hälsotillstånd är viktiga för att han eller hon ska kunna förhålla sig till sin vårdsituation och formulera sina behov och kunna ställa krav på hälso- och sjukvården. En informerad patient är också en förutsättning för en *effektiv vård*.[32]

Mot bakgrund av vad som nyss sagts har i 3 kap. PL införts en rad bestämmelser om information. Det handlar till exempel om information om vården och behandlingen såsom metoder, hjälpmedel, vård- och behandlingsförlopp och eftervård (3 kap. 1 § PL), om möjligheten att välja behandlingsalternativ och om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning (3 kap. 2 § PL).

En patient som *skrivs ut från sluten vård* ska också få sammanfattande information om den vård och behandling som getts under vårdtiden, om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso- och sjukvård eller den regionfinansierade öppna vården. Om information finns tillgänglig, ska patienten även få uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt, tidpunkt för när samordnad individuella planering avses genomföras och uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen (3 kap. 2 § PL).

Informationsplikten gäller också *barn*. Av 3 kap. 3 § PL framgår att när patienten är ett barn ska *även* barnets vårdnadshavare få information enligt 1 och 2 §§. Bestämmelsen innebär att barnets vårdnadshavare, i egenskap av ställföreträdare för barnet i personliga angelägenheter, *också* ska få information enligt 1 och 2 §§. Av 3 kap. 5 § PL följer dock generellt att information inte får lämnas om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.[33]

Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället, såvitt möjligt, lämnas till en *närstående* till denne (3 kap. 4 § PL).

[32] Prop. 2013/14 :106 *Patientlag*, s. 47.
[33] Särskilda bestämmelser om sekretess i förhållande till vårdnadshavare finns i 12 kap. 3 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL.

Vem som är närstående får avgöras från fall till fall, men i första hand avses familjen och andra anhöriga. Men även andra, som till exempel mycket nära vänner, kan i det enskilda fallet vara att anse som närstående.[34] Bestämmelsen i 4 § avser enbart fall där information inte kan lämnas till patienten. Även i fall där patienten är i stånd att ta emot information kan det dock vara lämpligt att närstående informeras om till exempel patientens hälsotillstånd. En skadeprövning enligt tillämpliga bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt ska dock alltid göras innan information lämnas till närstående. Som huvudregel gäller hälso- och sjukvårdssekretessen i 25 kap. 1 § OSL även i förhållande till närstående.

Av 3 kap. 6 § PL framgår att informationen ska *anpassas* till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra *individuella förutsättningar*. Bestämmelsen är inte enbart tillämplig i fråga om barn. Informationen kan exempelvis behöva anpassas med hänsyn till patientens individuella förutsättningar såsom utbildningsbakgrund, könsidentitet, religion, kognitiva och andra funktionsnedsättningar, *livssituation eller andra omständigheter* som kan påverka hur informationen bör ges.[35]

För att patientlagens bestämmelser om samtycke, delaktighet och valmöjligheter ska få genomslag i praktiken krävs en dialog som bara kan komma till stånd om mottagaren förstår den information som ges. I 3 kap. 7 § PL fastslås därför att den som ger informationen så långt som möjligt ska *försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av* den lämnade informationen. Informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om han eller hon ber om det.

I 3 kap. 8 § PsL framgår att vårdgivare har skyldighet att informera patienten i händelse av *vårdskada*.[36] Detta understryks ytterligare genom regleringen i 11 kap. 2 § PL där det räknas upp vad patienten ska informeras om.

Av 6 kap. 6 § PsL framgår att den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten och dennes närstående ges information enligt 3 kap. PL.

[34] Prop. 2013/14:106 *Patientlag,* s. 117.
[35] Prop. 2013/14:106 *Patientlag,* s. 118.
[36] Jfr 1 kap. 5 § PsL.

Samtycke

Att patientens självbestämmande och integritet ska respekteras framgår explicit i 4 kap. 1 § PL.[37]

I 4 kap. 2 § tydliggörs principen om att vård inte får ges utan patientens *samtycke* om inte annat följer av PL eller annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information enligt 3 kap. PL.

Av 4 kap. 4 § PL följer att patienten ska få den hälso- och sjukvård som behövs för att *avvärja fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa*, även om hans eller hennes vilja på grund av *medvetslöshet* eller av någon *annan orsak* inte kan utredas. Bestämmelsen utgör ett undantag från huvudregeln i 2 § och innebär att hälso- och sjukvårdspersonal i en *nödsituation*, med stöd av paragrafen, ska kunna ge hälso- och sjukvård till en patient som inte är i stånd att samtycka till vården. Det är enbart sådan vård som behövs för att avvärja en fara som akut och allvarligt hotar patientens liv eller hälsa som får ges utan patientens samtycke. Det ska vara fråga om sådan nödvändig vård som inte kan anstå tills en patient eventuellt själv kan ta ställning till åtgärden. Bestämmelsen gäller enbart i situationer där det handlar om att rädda patientens liv eller i övrigt för att undvika svåra konsekvenser för hans eller hennes hälsa.[38]

Andra orsaker till att patienten inte kan ge sitt samtycke än medvetslöshet kan vara att hon eller han är okontaktbar på grund av chock, är på väg in i medvetslöshet eller är påverkad av exempelvis narkotiska preparat. Bestämmelsen är även tillämplig när en person som mer varaktigt får anses sakna beslutsförmåga befinner sig i en nödsituation.[39]

Under den tid ett akut eller i övrigt nödvändigt omhändertagande pågår får en nödsituation anses vara för handen. När så inte längre är fallet kan vård inte längre ges med stöd av 4 §, även om patienten fortfarande inte är i stånd att uttrycka sin vilja. Bestämmelsen ska inte tillämpas för att till exempel fortlöpande kunna bereda en person som är varaktigt beslutsoförmögen hälso- och sjukvård som inte är av akut karaktär. I dessa fall torde stöd för vården få hämtas i den allmänna nödbestämmelsen i brottsbalken.[40]

---

[37] Jfr 5 kap. 1 § HSL.
[38] Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 120.
[39] Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 120.
[40] Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 121.

Patienten kan, enligt 4 kap. 2 § andra stycket PL, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden.[41]

Av 4 kap. 2 § tredje stycket framgår att patienten när som helst får *ta tillbaka sitt samtycke*. Om en patient avstår från viss vård eller behandling, ska han eller hon få information om vilka konsekvenser det kan medföra om vården därigenom inte kan genomföras. Informationen måste ges på ett hänsynsfullt sätt och med respekt för patientens självbestämmande och integritet.

När patienten är ett barn ska *barnets inställning* till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad (4 kap. 3 § PL). Paragrafen kompletterar bestämmelsen om samtycke i 2 § och har sin grund i 6 kap. 11 § föräldrabalken om att i takt med barnets stigande ålder och utveckling ta allt större hänsyn till barnets synpunkter och önskemål i frågor som rör barnets personliga angelägenheter.

Att barnets inställning ska klarläggas så långt som möjligt innebär att *även mycket små barn* kan ha en inställning till en åtgärd och det är viktigt att ge barnet utrymme att få uttrycka sin åsikt.[42] Vilken mognad som krävs för att ett barns inställning ska tillmätas betydelse måste utredas vid varje enskilt tillfälle och är beroende av den planerade vårdens art och angelägenhetsgrad. Som utgångspunkt är det vårdnadshavaren som har beslutanderätt i frågor som rör barnet. Det är dock inte nödvändigt att i alla situationer inhämta samtycke från vårdnadshavaren. Det centrala för bedömning av om barnet ska anses moget nog att ensamt få beslut om viss vård eller behandling är om barnet kan tillgodogöra sig relevant information och överblicka vilka konsekvenser som hans eller hennes beslut kan få. Det krävs enligt förarbetena en avsevärd mognad för att ett barn ska kunna ta ställning till mer omfattande behandlingar och ingrepp. Yngre barn kan däremot på egen hand i vissa fall samtycka till enklare åtgärder.[43]

[41] Bestämmelsen gäller inte i det fall det i speciallagstiftning ställs krav på viss form för samtycket.

[42] Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 120.

[43] Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 120.

Patientens och närståendes delaktighet

Av 5 kap. 1 § PL framgår att hälso- och sjukvården så långt som möjligt *utformas och genomföras i samråd* med patienten. Bestämmelsen motsvaras delvis av 6 kap. 1 § PsL enligt vilken vården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

Enligt 5 kap. 3 § PL ska patientens *närstående* få *möjlighet att medverka* vid utformningen och genomförandet av vården, om det är *lämpligt* och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.

En närståendes medverkan förutsätter att det anses *lämpligt* att han eller hon deltar och att bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt inte hindrar detta. Om *patienten motsätter sig* att en närstående medverkar bör det normalt inte anses lämpligt att involvera denne i vården. Detta gäller även om det ur sekretessynpunkt inte finns några hinder. I lämplighetsbedömningen ingår även att utröna om den närstående har *praktiska förutsättningar* för att medverka. Den närstående måste givetvis också uttrycka någon form av egen önskan om att få vara delaktig.

Som närstående räknas enligt förarbetena bland annat patientens vårdnadshavare, egna barn och övrig familj samt andra personer som patienten står nära, till exempel mycket nära vänner.[44]

Val av behandlingsalternativ

När det finns flera behandlingsalternativ som står i *överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet* ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat (7 kap. 1 § PL).

Bestämmelsen motsvarar regionens skyldighet att ge patienten möjlighet att välja behandlingsalternativ i 10 kap. 1 § HSL och kommunens motsvarande skyldighet enligt 13 kap. 1 § HSL. Av 6 kap. 7 § första stycket PsL framgår att den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska medverka till att patienten ges möjlighet att välja behandlingsalternativ respektive hjälpmedel för personer

[44] Prop. 2013/14 :106 *Patientlag*, s. 121.

med funktionsnedsättning enligt vad som anges i 7 kap. 1 och 2 §§ patientlagen.

Med *behandlingsalternativ* avses enligt HSL:s förarbeten åtgärder med *medicinskt innehåll* som erbjuds av legitimerade yrkesutövare. Som *exempel* nämndes kirurgiska ingrepp, läkemedelsbehandling, sjukgymnastisk behandling, rehabiliteringsmetoder, specifik omvårdnad, olika förlossningsmetoder och psykoterapeutiska insatser. I begreppet behandlingsalternativ inkluderas *inte* olika tänkbara alternativ inom området undersökning och diagnostik. Begreppet omfattar inte heller valet av vårdform om det inte följer av valet av behandlingsalternativ. Även hjälpmedel faller utanför begreppet.

Ny medicinsk bedömning

En patient med *livshotande* eller *särskilt allvarlig sjukdom eller skada* ska, enligt 8 kap. 1 § första stycket PL, få möjlighet att inom eller utom den egna regionen *få en ny medicinsk bedömning*.

Av samma bestämmelse andra stycket framgår att patienten *ska erbjudas* den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om 1) behandlingen står i överensstämmelse med *vetenskap och beprövad erfarenhet*, och 2) det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnader för behandlingen framstår som befogat.

Bestämmelsen motsvarar regionens skyldighet enligt 10 kap. 3 § HSL att ge patienten möjlighet att få en ny medicinsk bedömning. Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient har, enligt 6 kap. 7 § andra stycket PsL, skyldighet att medverka till att patienten får en ny medicinsk bedömning enligt vad som anges i 8 kap. 1 § PL.

Bestämmelsen i PL är avsedd att stärka patientens ställning. Det är möjligheten att konsultera en *ny läkare* som inte har färgats eller påverkats av den tidigare behandlande läkaren, bedömningen eller dialogen som avses med en ny medicinsk bedömning, och inte enbart att samma läkare ska ompröva sitt tidigare ställningstagande eller diskutera saken med en kollega.[45] Möjligheten att få en ny medicinsk bedömning kan bidra till att skapa trygghet för patienten i särskilt

[45] Prop. 2013/14:106 *Patientlag* s. 78 f. I förarbetena underströks att begreppet ny medicinsk bedömning inte ska förväxlas med begreppet second opinion som avser det praktiska arbetssättet att en läkare frågar en kollega om råd i ett visst fall.

svåra situationer, till exempel då patienten har förlorat tilltron till sin läkare eller då patienten fått besked om en särskilt svår diagnos. Om hälso- och sjukvården medverkar till en ny medicinsk bedömning kan patienten känna sig tryggare i att den diagnos som ställts och den behandling som föreslås är korrekt. Det har också en viktig funktion för att säkerställa att patienterna får vård som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet och uppfyller kraven på god kvalitet. En ny medicinsk bedömning kan också ha funktionen som ett metodutvecklande verktyg samt utgöra en trygghet och ett stöd för läkaren i beslut om behandling.[46]

En ny medicinsk bedömning kan komma i fråga vid *livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada.* Det torde vara för dessa patienter som en ny medicinsk bedömning har störst värde. Samtidigt har tydliggjorts i förarbetena att det i lagstiftningen inte finns något hinder för att i vissa fall medverka till att patienten får en ny medicinsk bedömning trots att villkoren för regionens skyldighet att medverka till detta inte är uppfyllda.[47] Patienten kan också på *eget initiativ* få möjlighet till ny medicinsk bedömning i en annan region (jfr 9 kap. 1 § PL, 8 kap. 3 § HSL).

Vilka tillstånd som kan betecknas som livshotande eller särskilt allvarliga får avgöras från fall till fall. Med livshotande avses situationer i ett kortare tidsperspektiv, således inte det förhållandet att till exempel vissa sjukdomar på längre sikt kan medföra en risk för att livet förkortas med något eller några år.[48]

Om den nya medicinska bedömningen leder till att patienten önskar ett annat behandlingsalternativ får detta önskemål prövas mot bestämmelserna om val av behandlingsalternativ i 7 kap. 1 § PL.

Bestämmelserna i HSL och PL gäller inom såväl somatisk som psykiatrisk vård och även inom den psykiatriska tvångsvården (1 § LPT).

[46] Prop. 2013/14:106 *Patientlag,* s. 79.
[47] Prop. 2013/14:106 *Patientlag,* s. 80.
[48] Prop. 1998/99:4 *Stärkt patientinflytande,* s. 48, prop. 2013/14:106 *Patientlag,* s. 81.

Klagomål på hälso- och sjukvården

Som framgått ovan har det från lagstiftarens sida inte ansetts ändamålsenligt att till domstol kunna överklaga beslut inom hälso- och sjukvården.[49] Bland annat har anförts att en efterhandsprövning som ger patienten rätt till en viss vårdinsats inte medför att patienten får den vård han eller hon behöver vid den aktuella tidpunkten vilket är särskilt påtagligt vid akut vård men även i andra situationer. Detta betyder emellertid inte att patienten är förhindrad att på annat sätt få sin sak prövad.

Systematiskt patientsäkerhetsarbete

Vårdgivarna har enligt 3 kap. PsL skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och bland annat vidta åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Vårdgivaren ska, enligt 3 kap. 4 § PsL, ge patienterna och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet, vilket även framgår av 11 kap. 4 § PL.

Enligt 3 kap. 3 § PsL ska vårdgivare utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet därmed är att så långt möjligt klarlägga händelseförloppet och vilka faktorer som har påverkat det, samt ge underlag för beslut om åtgärder för att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt. Vårdgivare har skyldighet att, enligt 3 kap. 8 § PsL, snarast informera en patient som drabbats av vårdskada. Informationen ska lämnas till en närstående till patienten, om patienten begär det eller inte själv kan ta del av informationen.

Vårdgivaren har också skyldighet att till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anmäla händelser som medfört eller hade kunnat medföra en *allvarlig* vårdskada (3 kap. 5 § PsL).

Patientklagomål

Enligt 3 kap. 8 a § PsL ska vårdgivaren, från patienter och deras närstående, ta emot klagomål mot och synpunkter på den egna verksamheten. Klagomål från patienter och deras närstående ska, enligt 8 b §,

[49] Här bortses från vissa beslut inom tvångsvården.

snarast besvaras på ett lämpligt sätt med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information. Vårdgivaren ska ge klaganden 1) en förklaring till vad som har inträffat, och 2) i förekommande fall, en beskrivning av vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.

Enligt 1 § lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården varje region och kommun ska det finnas en eller flera *patientnämnder* med uppgift att stödja och hjälpa patienter och deras närstående inom bland annat den hälso- och sjukvård enligt HSL som bedrivs av regioner eller kommuner och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen (2001:453) som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård.

Patientnämndernas huvudsakliga uppgift är, enligt 2 §, att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram klagomål till vårdgivare och att få klagomål besvarade av vårdgivaren. Vårdgivaren är, enligt 3 kap. 8 d § PsL, skyldig att bistå patientnämnden i den utsträckning som behövs för att nämnden ska kunna fullgöra sitt uppdrag.

I 11 kap. 1 § PL stadgas att patientnämnderna ska, enligt lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, 1) hjälpa patienter och deras närstående att föra fram klagomål och att få svar av vårdgivaren i enlighet med 3 kap. 8 b § PsL, 2) tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården och hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet, och 3) främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal.

Om en patient drabbats av en vårdskada ska han eller hon snarast informeras i enlighet med 11 kap. 2 § PL.

Av 11 kap. 2 a § PL framgår att vårdgivaren snarast ska besvara klagomål från patienter och deras närstående. Klagomålen ska besvaras på lämpligt sätt och med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information. Vårdgivaren ska ge klaganden 1) en förklaring till vad som har inträffat, och 2) i förekommande fall, en beskrivning av vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.

Klagomål till Inspektionen för vård och omsorg

I 11 kap. 3 § PL ges en upplysning om att Inspektionen för vård och omsorg (IVO), enligt vad som anges i 7 kap. 10–18 §§ PsL, efter anmälan ska pröva klagomål mot verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård och mot hälso- och sjukvårdspersonal.

Av 7 kap. 10 § PsL framgår att IVO efter anmälan ska pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Anmälan får göras av den patient som saken gäller eller, om patienten inte själv kan anmäla saken, en närstående till honom eller henne.

IVO ska, enligt 7 kap. 11 § första stycket PsL, om berörd vårdgivare har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter enligt 3 kap. 8 b §, utreda klagomål som rör

1. kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård och som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit,
2. tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård eller isolering enligt smittskyddslagen (2004:168), och
3. händelser i samband med hälso- och sjukvård som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning.

IVO får, enligt 11 § andra stycket, utreda klagomål även om förutsättningarna i första stycket inte är uppfyllda.

Klagomål enligt första stycket 2 behöver inte utredas om 1) det är uppenbart att klagomålet är obefogat, 2) klagomålet saknar direkt betydelse för patientsäkerheten och det saknas skäl att överväga åtalsanmälan, eller 3) det rör ett beslut som går att överklaga med stöd av någon av de i första stycket 2 angivna lagarna.

IVO får avstå från att utreda klagomål om händelsen ligger mer än två år tillbaka i tiden.

Klagomål bör, enligt 7 kap. 14 § PsL, anmälas skriftligen och innehålla uppgifter om den vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal som klagomålet riktar sig mot, den händelse som klagomålet avser, tidpunkten för händelsen, samt anmälarens namn och adress.

4 Psykiatrisk tvångsvård – historik och nuläge

4.1 Kort om psykiatrins historia i Sverige

Den psykiatriska vårdens historia är en berättelse om betydande medicinska framsteg och utveckling. Kunskapen om psykiska sjukdomar och hur de kan behandlas har ökat markant under de senaste hundra åren. Tyvärr är det också en historia om institutioner helt utan insyn, en förkastlig människosyn och regelrätta övergrepp på sjuka och utsatta patienter.

I historieskrivningen ses ofta tiden runt sekelskiftet 1800 som en brytpunkt för synen på psykisk sjukdom. Från och med då blev det medicinska perspektivet dominerande. Från att ha sett människor med psykisk sjukdom som besatta, syndiga och sämre människor började man sakta men säkert se psykisk ohälsa som sjukdomar som gick att bota. Enligt en stadga från 1823 skulle de sjuka till exempel inte längre kallas dårar utan patienter. Eftersom det hela tiden fanns ett samspel mellan politik och vetenskap i den historiska utvecklingen av mentalvården i västvärlden, innebar detta nya synsätt en radikal förändring i de politiska besluten på området. Nu ansågs det i västvärlden för första gången i historien rimligt att satsa pengar på vård och behandling. Dessutom fanns ekonomiska motiv, eftersom man hoppades att boten av sjuka skulle leda till mindre kostnader för de institutioner som ändå fanns.[1]

I och med etableringen av de första så kallade sinnessjukhusen i början av 1800-talet, började en massiv expansion av den vårdapparat som skulle ta hand om samhällets psykiskt sjuka människor. Expansionen pågick i mer än hundra år och tog sin början i mitten av 1850-

[1] Dahlström, C. *Psykiatrins historia – Sverige och mentalsjukhusens historia: från helgeandshus till öppenvård* https://vadardepression.se/psykiatrins-historia-sverige-och-mentalsjukhusens-historia-fran-helgeandshus-till-oppenvard/, uttag 2022-05-18.

talet. I Sverige fanns ungefär 1 000 intagna mentalpatienter år 1860. På bara 40 år nästan femdubblades det antalet till drygt 4 600 personer. Mentalsjukhus byggdes i Stockholm, Göteborg, Nyköping, Växjö, Härnösand, Kristinehamn, Piteå och Uppsala. Det var bland annat under den här perioden som mentalsjukhuset i Säter byggdes, ett sjukhus som under femtiotalet hade plats för nästan 1 600 intagna. Som jämförelse kan nämnas att orten Säter vid den tiden hade ungefär 25 00 invånare. Flera andra stora sjukhus byggdes under de här decennierna, bland andra Restas sjukhus i Vänersborg, Sankta Gertruds sjukhus i Västervik, Sundby sjukhus i Strängnäs och Sankta Maria sjukhus i Helsingborg.

På 1930-talet introducerades elbehandlingar, insulinchocker och lobotomier som behandlingar. Elbehandling, eller ECT som det också kallas, är den enda av de tre som finns kvar. Under perioden 1930 till 1970 hade expansionstakten av den svenska psykiatrin i relativa termer slagit av. Sett till antal intagna var det dock den kraftigaste ökningen genom tiderna – Sverige gick från 16 000 till nästan 40 000 intagna mentalpatienter. Det här var också den epok under vilken man byggde Sveriges tre största mentalsjukhus: Beckomberga i Stockholm, Lillhagens sjukhus på Hisingen i Göteborg och Ryhovs sjukhus i Jönköping.

Under femtiotalet inträffade det som blev början till slutet för mentalsjukhuseran i Sverige och resten av västvärlden. Då introducerades nämligen den moderna psykofarmakan. Det första neuroleptikumet hette klorpromazin. Det började säljas 1952 och kom att revolutionera behandlingen av psykotiska tillstånd. Lagstiftningen kring psykvården i Sverige börjar förändras under 60-talet för att öka rättssäkerheten för psykiskt sjuka. Man ville att psykiatrisk vård precis som somatisk vård skulle bygga på frivillighetsprincipen. De nya lagarna fick dock inte riktigt det genomslag som man ville, det var fortfarande mycket tvångsvård och obestämda vårdtider.[2]

Huvudmannaskapet övergick från staten till landstinget 1967 och sinnessjukhusen bytte namn till mentalsjukhus. Då fanns det ungefär 36 000 sängplatser inom den svenska psykiatrin. Det skulle dock dröja länge innan mentalsjukhusen fullt ut hade ersatts av psykiatriska kliniker vid allmänna sjukhus och psykiatrisk vård fått samma ställning som annan sjukvård.

[2] Ibid.

I slutet av 1970-talet skedde en så kallad sektorisering av psykiatrin. Patienterna flyttades från de stora sjukhusen till vårdenheter närmare bostadsorten och samarbetet mellan den landstingsdrivna vården och kommunernas socialtjänst utvecklades. Under 1970- och 1980-talen fanns det ett brett stöd för att reducera anstaltsvården, somliga ville till och med ta bort tvångsvården helt. Man ville minska det totala antalet patienter och samtidigt organisera om vården från sluten till öppen vård. Det var andemeningen i psykiatrireformen som påbörjades 1995. Kommunerna skulle också få ett ökat och tydligare ansvar. Olika typer av läkemedel skulle användas mer effektivt för att hjälpa patienterna att klara sig själva – patienterna skulle ges ett värdigt liv utanför anstalterna. I flera landsting fick myndigheterna emellertid problem med utskrivningarna. Många patienter var äldre, de ville inte skrivas ut och var ibland påtagligt institutionaliserade. I några landsting flyttades hela kategorier av patienter från en ”kolumn” till en annan. Senildementa kunde på så vis flyttas från sluten psykiatrisk vård till öppen somatisk vård. Att vårda någon utan dennes samtycke uppfattades som problematiskt – också för möjligheten att bli frisk. De allra flesta patienterna kunde själva bestämma när de ville ha vård och om de ville ha vård.[3]

Under 1990-talet halverades antalet tvångsvårdade patienter, bland annat till följd av den nya tvångsvårdslagstiftningen (LPT och LRV). Tvång skulle bara användas om det oundgängligen behövdes, och det var patientens eget behov av vård som skulle styra tvånget, inte hur den psykiska störningen tog sig uttryck. Liksom anstaltsutbyggnaden kan förstås som en del av den tidiga välfärdsstaten, kan också utskrivningarna och nedmonteringen av de stora mentalvårdsanstalterna ses som en del av den moderna och fördjupade demokratiseringen. Också psykiskt sjuka skulle uppvärderas, ges ett egenvärde och normaliseras.

Under 00-talet blev diskussionen om bristen på vårdplatser alltmer dominerande. Ett antal våldsdåd där det konstaterades att förövaren led av psykisk sjukdom fick stor uppmärksamhet och bidrog till att skapa ett politiskt tryck på en översyn av den psykiatriska vårdens och rättspsykiatrins resurser och organisation. Under 00-talet ökade också omfattningen av upphandlade (privata) psykiatriska verksamheter, främst i storstadsregionerna.

[3] SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*.

4.2 Den nuvarande tvångsvårdslagstiftningens framväxt

Dagens tvångsvårdslagstiftning, LPT och LRV, föregicks av lagen (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård, förkortad LSPV, från 1967. I LSPV fanns även bestämmelser om vård och behandling av psykiskt störda lagöverträdare som av domstol överlämnats för sluten vård. Beredningsunderlaget som låg till grund för införandet av LSPV utformades av Sinnessjuklagstiftningskommittén. Genom den nya lagen lämnades det synsätt som präglat den psykiatriska vården, nämligen att patienten skulle avlägsnas från sin vanliga miljö och placeras på geografiska isolerade institutioner. Vården skulle i möjligaste mån grundas på de grundläggande bestämmelser som gällde för sjukvården i övrigt. Även med den nya lagstiftningen kom psykiatrins tradition av förvaring, kontroll och tvång dock att prägla den psykiatriska vården.[4]

En tilltagande kritik mot den psykiatriska vården på 1970- och 1980-talen föranledde en arbetsgrupp inom Socialstyrelsen att göra en översyn av LSPV och lämna ett förslag till en ny lagstiftning 1977. Förslaget ledde emellertid inte till några större förändringar. År 1980 tillsattes därför Socialberedningen vars slutbetänkande Psykiatrin, tvånget och rättssäkerheten, ledde fram till införandet av nuvarande LPT och LRV.

Efter införandet av LPT och LRV fortsatte reformarbetet. År 1995 tillsattes Tvångspsykiatrikommittén i syfte att utvärdera den nya lagstiftningen. I sitt slutbetänkande Rättssäkerhet, vårdbehov och samhällsskydd vid psykiatrisk tvångsvård (SOU 1998:32) föreslogs att långvariga permissioner skulle ersättas med en ny vårdform – öppen vård med särskilda villkor. Det lagförslaget kom dock inte att genomföras. I stället kom regeringen att föreslå att reglerna för permission skulle ändras så att det bland annat inte längre blev möjligt att ge permission till vårdtidens slut. I samband med det föreslogs även vissa andra ändringar av lagen. Ett krav på tvåläkarprövning samt skärpt domstolsprövning (obligatorisk underställning av beslutet) föreslogs gälla för beslut om övergång från frivillig vård till tvångsvård. Vidare föreslogs att sakkunnig ska förordnas i förvaltningsdomstol vid muntlig förhandling om det inte är uppenbart obehövligt samt att ett förordnande som stödperson ska kunna kvarstå fyra veckor efter det

[4] Prop. 1990/91:58 *om psykiatrisk tvångsvård, m.m.*

att tvångsvården upphört.[5] Lagändringarna trädde i kraft den 1 juli 2000.

Bland annat med anledning av flera tragiska våldshandlingar i början av 00-talet, däribland mordet på utrikesminister Anna Lindh, tillkallade regeringen 2003 en Nationell psykiatrisamordnare med uppdrag att se över frågor som rör arbetsformer, samverkan, samordning, resurser, personal och kompetens inom vård, social omsorg och rehabilitering av psykiskt sjuka och psykiskt funktionshindrade. Psykiatrisamordnaren tillkallade i sin tur en kommitté som antog namnet Nationell psykiatrisamordning. Under sin uppdragstid lämnade psykiatrisamordningen löpande ett antal förslag till regeringen. Dessa förslag, som också genomfördes, rörde bland annat elektronisk kommunikation inom den psykiatriska tvångsvården och öppenvård med särskilda villkor.[6] Dessa förändringar trädde i kraft 2006 respektive 2008.

År 2008 tillsatte regeringen en utredning med uppdraget att göra en översyn av LPT och LRV samt lämna förslag till ny lagstiftning på området.[7] Utredningen, som antog namnet Psykiatrilagsutredningen, fick ett antal tilläggsdirektiv[8] och slutredovisade därför sitt arbete först 2012 i betänkandet Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd (SOU 2012:17).

Psykiatrilagsutredningens förslag ledde inte till någon genomgripande förändring av tvångsvårdslagstiftningen. I stället valde regeringen att ta omhand och utreda vissa enskilda frågor vidare. Detta ledde bland annat till en proposition om ordning och säkerhet vid Rättsmedicinalverkets rättspsykiatriska undersökningsenheter (prop. 2013/14:222) och innehöll förslag om förbättrade möjligheter för Rättsmedicinalverket att upprätthålla god ordning och hög säkerhet vid sina rättspsykiatriska undersökningsenheter.

Vidare utarbetades inom Socialdepartementet under 2013 promemorian Elektronisk kommunikation vid rättspsykiatrisk vård m.m. (Ds 2013:65) med förslag till vissa ändringar angående rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster och rörande kroppsvisitation. Förslagen genomfördes och lagändringarna trädde i kraft 2014. Delvis med utgångspunkt från Psykiatrilagsutredningens förslag utarbetades också inom Socialdepartementet promemorian Del-

[5] Prop. 1999/2000:44 *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.*
[6] SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd, del 1.*
[7] Kommittédirektiv 2008:93.
[8] Kommittédirektiv 2009:93, 2010:88 och 2011:107.

aktighet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård (Ds 2014:28). I promemorian lämnades olika förslag, bland annat lagförslag som syftar till att stärka patientsäkerheten och rättssäkerheten för den som vårdas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård. Förslagen genomfördes och lagändringarna trädde i kraft 2017.

När det gäller tvångsvård har mycket utvecklingsarbete gjorts av regionerna i samarbete med Sveriges kommuner och regioner (SKR). Under åren 2010–2012 drev SKL[9] projektet ”Bättre vård – mindre tvång” utifrån en överenskommelse med regeringen om ett systematiskt utvecklingsarbete inom den psykiatriska heldygnsvården. Utgångspunkten var att den vård som ges mot någons vilja måste vara planerad, allsidig och kunskapsbaserad. Socialstyrelsen utvärderade överenskommelsen 2013 och bedömde då att satsningen hade haft en positiv inverkan när det gällde att öka ambitionen, ansvarstagandet och engagemanget. Verksamheterna hade tagit fram rutiner och informationsmaterial för att stärka patientens delaktighet.

År 2013 tillsattes också Bergwallkommissionen med uppdraget att utreda och redovisa rättsväsendets och vårdens agerande i samband med de brottmålsprocesser som ledde till att Sture Bergwall dömdes för åtta mord. I kommissionens rapport (SOU 2015:52) lämnades inga förslag till förändrad lagstiftning. Däremot pekade kommissionen på behovet av förstärkt kunskapsförsörjning inom rättspsykiatrin och den psykiatriska tvångsvården.

År 2016 gavs den nationella psykiatrisamordnaren ett tilläggsdirektiv med uppdraget att göra en översyn av tvångsåtgärder mot barn. Uppdraget redovisades 2017 i betänkandet *För barnets bästa?* (SOU 2017:111) och ledde till vissa lagändringar i syfte att stärka barnrättsperspektivet i tvångsvårdslagstiftningen som trädde i kraft 2020.

[9] Numera SKR.

4.3 Psykiatrisk tvångsvård – några nyckeltal

4.3.1 Allmänt om psykiatri ur ett produktionsperspektiv[10]

Inom vuxenpsykiatrin var antalet individer i heldygnsvård 57 787 år 2020, att jämföra med 60 425 år 2016. Antal fastställda vårdplatser var 2 929 år 2020, jämfört med 3 036 år 2016. Det kan således konstateras att såväl antalet patienter som vårdplatsantalet har varit relativt konstant under den senaste femårsperioden. Antalet vårddagar har emellertid sjunkit successivt, från 1 062 760 dagar år 2011 till 890 907 dagar år 2020. Beläggningsgraden inom vuxenpsykiatrin var 87 procent år 2020, vilket är en minskning med 5 procentenheter sedan 2018. Medelvårdtiden i vuxenpsykiatrisk heldygnsvård var 8,9 dagar.

Inom barn- och ungdomspsykiatrin har antalet individer i heldygnsvården minskat under femårsperioden – från 3 348 år 2016 till 2 557 år 2020. Antal fastställda vårdplatser har ökat något, från 143 år 2016 till 148 år 2020. Beläggningsgraden inom barn- och ungdomspsykiatrin var 71 procent år 2020, vilket är en minskning med 2 procentenheter sedan 2018. Medelvårdtiden i barn- och ungdomspsykiatrisk heldygnsvård var 9,3 dagar.

Inom rättspsykiatrisk vård har antalet individer i slutenvården endast varierat marginellt under femårsperioden 2016–2020. Det handlar om cirka 2 000 patienter årligen. Även antalet fastställda vårdplatser har varit relativt konstant. Beläggningsgraden var 95 procent år 2020, vilket är en ökning med tre procent sedan 2018. Medelvårdtiden inom rättspsykiatrin avviker av lätt insedda skäl stort från övrig psykiatrisk slutenvård och har under senare år varit mellan 5 och 6 år.

4.3.2 Patienterna i tvångvården

Antal patienter under perioden 2011–2020

Enligt Socialstyrelsens öppna statistikdatabas baserad på uppgifter från patientregistret, vårdades 12 266 personer i slutenvård med stöd av LPT under 2020. Trenden under den senaste tioårsperioden har varit svagt ökande – år 2011 var motsvarande siffra 11 223. Det ökade

[10] Uppgifterna i avsnittet är hämtade från Uppdrag psykisk hälsas rapporter (2020), *Psykiatrin i siffror. Vuxenpsykiatri – Kartläggning 2020, Psykiatrin i siffror. Barn- och ungdomspsykiatri – Kartläggning 2020 och Psykiatrin i siffror. Rättspsykiatri – Kartläggning 2020.*

antalet personer kan ha sin grund i en ökad inrapportering till patientregistret av vård enligt LPT under tidsperioden. Det har dock inte gjorts några täckningsgradsjämförelser på den här vården specifikt under tidsperioden, eftersom en tillförlitlig källa att jämföra med saknas. Det har över tid varit ungefär lika många män som kvinnor som vårdats i nämnda vårdform. Flest patienter per 100 000 invånare fanns 2020 i Mälardalen (Stockholm, Södermanland, Västmanland) samt i norrlandslänen Västernorrland och Norrbotten. När det gäller öppen tvångsvård med stöd av LPT har det skett en markant ökning under den senaste tioårsperioden – från 957 patienter 2011 till 1 456 patienter år 2020. Ett stort trendbrott skedde 2017.

Antalet barn (0–17 år) som vårdades med stöd av LPT var 207 år 2011 och 352 år 2020, vilket alltså innebär en ökning med nästan 60 procent under tioårsperioden. Att barn vårdas i öppen tvångsvård med stöd av LPT är mycket ovanligt – antalet har varierat mellan 0 (2011, 2012, 2019) och 11 personer (2020).

När det gäller sluten tvångsvård genom LRV syns en svagt ökande trend. År 2011 var antalet patienter i vårdformen 1 602. År 2020 var motsvarande siffra 1 845 patienter. När det gäller LRV är det betydligt fler män – mellan 83 och 85 procent under perioden 2011–2020. Flest patienter per 100 000 invånare finns i Kronoberg och Västernorrland. Antalet patienter i öppen tvångsvård med stöd av LRV har varierat något över tid, från 442 år 2011 till 550 år 2020. En kraftig ökning skedde 2014–2015 för att sedan återgå till ungefär samma nivå som i början av mätperioden. När det gäller barn rapporterades några få patienter under åren 2011 till 2014 (mellan 5 och 12 patienter). Efter 2014 har inga patienter under 18 år registrerats för vård enligt LRV i patientregistret. Dock bör påpekas att färre än 5 individer inte redovisas i registret av sekretesskäl.

Diagnoser

Beträffande diagnoser visar patientregistret att cirka 40 procent av LPT-patienterna under perioden 2015–2019 vårdades med schizofreni eller andra former av psykossjukdomar som huvuddiagnos. Drygt tre procent tvångsvårdades både för psykisk störning och för missbruk under perioden. Schizofreni var något vanligare bland män än bland kvinnor. Det var 43 procent av männen jämfört med 39 pro-

cent av kvinnorna som hade den typen av diagnos. Det näst vanligaste diagnosavsnittet bland män var psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser (F10–F19). Drygt en tredjedel (36 procent) hade den typen av diagnoser. Bland kvinnor var det i stället förstämningssyndrom (F30–F39) som var det vanligast förekommande diagnosavsnittet med drygt en tredjedel (35 procent) av det totala antalet vårdade kvinnor.

Sju av tio personer av de som har fått diagnoser som var relaterade till störningar orsakade av psykoaktiva substanser var män. Kvinnor dominerade i stället bland personer med vårdtillfällen som hade fått diagnosen personlighetsyndrom och beteendestörningar hos vuxna (F60–F69) där åtta av tio vårdade var kvinnor.

Vårdplan eller samordnad vårdplan vid tvångsvård

Antalet patienter som vårdas med stöd av LPT och för vilka en vårdplan eller samordnad vårdplan upprättats[11], har ökat betydligt över tid. År 2011 var antalet 3 708 och år 2020 var motsvarande siffra 7 415. En jämförelse med det totala antalet patienter under samma år visar att det är långt ifrån alla patienter som ges en vårdplan, men att andelen ökat från cirka en tredjedel till drygt hälften av patienterna.

Även inom rättspsykiatrin har det skett en fördubbling av antalet vårdplaner och samordnade vårdplaner under perioden – från 586 år 2011 till 1 130 år 2020.[12]

Uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd

Enligt 18 a § LPT och 8 § LRV ska chefsöverläkaren, så snart patientens tillstånd tillåter det, se till att patienten erbjuds ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd. Bestämmelsen har funnits sedan 2017.

Antalet inrapporterade tillfällen då uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd genomförts har under tioårsperioden ökat från 111 tillfällen år 2011 till 1 299 tillfällen år 2020. Även om det är en kraftig ökning

[11] Uppgiften avser dels vårdplan enligt 16 § lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) som ska upprättas snarast efter intagning, dels samordnad vårdplan vid öppen psykiatrisk tvångsvård enligt 7 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128).
[12] Socialstyrelsens hemsida. https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/psykiatrisk-tvangsvard/, uttag 2022-05-18.

innebär det att endast ett litet antal av tvångsåtgärderna som genomförs följs upp med ett samtal. Bara antalet fastspänningar och avskiljningar inom LPT-vård uppgick år 2020 till 6 644, vilket alltså kan jämföras med att det totala antalet uppföljningssamtal samma år var 1 299. Samma år beslutades dessutom om läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande 5 743 gånger.

4.3.3 Användning av tvångsåtgärder

Användning av tvångsåtgärder enligt verksamheterna själva

När Inspektionen för vård och omsorg (IVO) genomförde en tillsyn av 65 verksamheter som bedriver tvångsvård 2018, uppgav nära två tredjedelar av verksamheterna att antalet tvångsåtgärder har minskat under de senaste åren. Samma förhållande gäller oavsett om tvångsvården utförts med stöd av LPT eller LRV. I vissa verksamheter är minskningen marginell medan andra uppskattar att antalet minskat med upp till 70 procent. Verksamheterna uppger att orsaken till minskningen ibland är kopplad till organisatoriska förändringar, som att man numera köper vissa vårdplatser hos andra verksamheter eller att verksamheten har ett minskat antal patientplatser. Det finns dock flera exempel på åtgärder som bidragit till en minskad användning av tvångsåtgärder. Vanligast är åtgärder avseende bemanning och personalens kompetens, men även vårdmiljön och patienternas delaktighet omnämns. Endast fyra verksamheter uppger att antalet tvångsåtgärder ökat. I två av dessa verksamheter anges ett ökat antal patienter som orsak till ökningen och i en verksamhet anges att ökningen var kopplad till en enskild patient. En verksamhet anger att ökningen troligen beror på att man infört ett digitalt registreringssystem och att det sannolikt fanns en underrapportering av tvångsåtgärder då registrering skedde manuellt. Flera verksamheter uppger att antalet fastspänningar minskat men antalet avskiljningar ökat eller ligger på samma nivå. Många uppger också att det är enstaka patienter som står för en mycket stor del av antalet tvångsåtgärder.[13]

[13] Inspektionen för vård och omsorg. 2018. *Sammanställning av iakttagelser från nationell tillsyn av tvångsåtgärder inom psykiatrisk tvångsvård 2018.*

Användning av tvångsåtgärder enligt Patientregistret

Nedan redovisad statistik grundar sig på uppgifter från patientregistret och inkluderar uppgifter om de patienter som vårdats genom lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, samt vilka diagnoser och tvångsåtgärder som getts.

Kvaliteten i tvångsvårdsuppgifterna har förbättrats årligen sedan 2009 då Socialstyrelsen började ta in uppgifterna, men statistiken är fortfarande osäker. Trender eller jämförelser mellan län ska göras med försiktighet. Antalet patienter inom lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV, har ökat, men detta beror enligt Socialstyrelsen sannolikt inte på en reell ökning utan på en förbättring av inrapporteringen. Detsamma gäller tvångsåtgärder som ser ut att ha ökat dramatiskt, vilket antas bero på en bättre rapportering. Generellt sett så antas antalet patienter som vårdats inom LPT och LRV vara en mer tillförlitlig uppgift än antalet tvångsåtgärder. Båda uppgifterna ökar i antal varje år vilket tyder på en förbättrad inrapportering år för år.[14]

Fastspänning

Förutsättningarna för fastspänning av vuxna patienter regleras i 19 § LPT och i 8 § LRV samt för patienter som är under 18 år i 19 a § LPT och i 8 § LRV.

Antalet beslut om fastspänning inom vård enligt LPT har under tioårsperioden 2011–2020 varierat relativt stort. Under första halvan av den aktuella perioden ökade antalet fastspänningar från 2 882 per år till 4 304 per år. Därefter var trenden sjunkande, dock inte ner till de lägsta nivåerna. Antalet beslut var 2020 totalt 3 343, vilket är lägre än toppnoteringen men högre än den lägsta nivån. Mätt som antal patienter syns också en ökning – från 960 patienter år 2011 till 1 251 patienter år 2020. Långa fastspänningar, definierat som 72 timmar eller mer, förekom mellan åren 2011 och 2016 i en omfattning av några hundra tillfällen per år. Den högsta siffran uppmättes 2012 med 254 sådana långa fastspänningar. Fördelningen mellan kvinnor och män är relativt jämn över tid.

[14] Socialstyrelsens hemsida. https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/psykiatrisk-tvangsvard/, uttag 2022-05-18.

Antal inrapporterade beslut om fastspänning av barn (0–17) inom LPT-vård uppvisar en markant ökning över tid – från 134 år 2011 till 329 år 2020. Huruvida ökningen är reell eller beror på ökad inrapportering är dock svårt att fastställa.

Inom rättspsykiatrisk vård har antalet fastspänningar successivt minskat under tioårsperioden – från 385 år 2011 till 219 år 2020. Den tydligaste minskningen har skett sedan 2013. Det är lika många eller fler kvinnor som blir föremål för fastspänning inom rättspsykiatrin, vilken innebär att kvinnor är kraftigt överrepresenterade när det gäller dessa beslut, eftersom andelen kvinnliga patienter i rättspsykiatrisk vård totalt sett är endast cirka 15 procent.

Avskiljning

Förutsättningarna för beslut om att hålla en patient avskild från andra patienter regleras i 20 § LPT samt 8 § LRV för vuxna patienter och i 20 a § LPT samt 8 § LRV för patienter under 18 år.

Under perioden 2011–2020 har det skett en markant ökning av antalet beslut om avskiljning. År 2011 var antalet beslut 1 665 och år 2020 var motsvarande siffra 3301, vilket således innebär en fördubbling av användningen av denna åtgärd. Högst antal avskiljningar rapporterades 2019, därefter kan en viss minskning noteras. Det är fler män än kvinnor som avskiljs – 2020 var fördelningen 1 742 män och 1 559 kvinnor. Det kan även noteras en kraftig ökning av antalet patienter – från 475 år 2011 till 1 173 år 2020. I början av mätperioden var det något fler kvinnor men sedan 2015 är det fler män som avskiljs.

Antalet inrapporterade avskiljningar av barn (0–17) var år 2011 endast 20, att jämföra med 148 år 2020. I likhet med övrig statistik i patientregistret är det inte möjligt att säkerställa om ökningen är orsakad av ökad inrapportering eller av en faktisk ökad användning av tvångsåtgärden avskiljning.

Inom den rättspsykiatriska vården har utvecklingen också inneburit en ökning av antalet avskiljningar, dock inte lika påtaglig som inom psykiatrisk tvångsvård. Inom rättspsykiatrin har det skett en ökning från 891 rapporterade beslut 2011 till 1 068 beslut per år 2020. Det är klart fler män både mätt i åtgärder och antal patienter. Enligt Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister ökar andelen patienter

som blir föremål för avskiljning sakta medan andelen patienter som blir föremål för andra ingripande insatser som fastspänning och tvångsmedicinering minskar.[15]

Läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande

Förutsättningarna för behandling utan samtycke regleras i 17 § LPT samt 6 § LRV. Förutsättningarna för fastspänning av vuxna patienter regleras i 19 § LPT samt i 8 § LRV och för patienter som är under 18 år i 19 a § LPT samt i 8 § LRV. Inrapporteringen till patientregistret av uppgifter om läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande till patientregistret avser således situationer när vården kombinerar åtgärder som regleras i olika bestämmelser. Lagstödet för detta tillvägagångssätt diskuteras närmare i kapitel 6.

Inom den psykiatriska tvångsvården som bedrivs med stöd av LPT fattades under perioden 2011–2020 beslut om läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande i mellan drygt 3 000 och knappt 6 000 situationer per år. Tillämpningen av bestämmelserna på detta sätt har ökat från 3 171 tillfällen per år 2011 till 5 743 tillfällen per år 2020. Antalet patienter har under motsvarande period ökat från 1 452 beslut 2011 till 2 330 beslut 2020. Det var i genomsnitt något fler kvinnor än män som var föremål för sådana beslut. Motsvarande siffror för rättspsykiatrin är 126 inrapporterade tillfällen 2011 och 169 tillfällen 2020, vilket således är en inte obetydlig ökning över tioårsperioden.

Inskränkning av elektronisk kommunikation

Förutsättningarna för inskränkning av elektronisk kommunikation regleras i 20 b § LPT (8 § LRV).

År 2011 rapporterades 156 tillfällen då inskränkning av elektronisk kommunikation beslutats inom sluten tvångsvård med stöd av LPT. Motsvarande siffra för 2020 var 355, vilket innebär att det skett mer än en fördubbling av antalet sådana beslut under den senaste tioårsperioden. Motsvarande siffror för den rättspsykiatriska vården indikerar inte samma ökning – 110 tillfällen år 2011 jämför med 139 år 2020. Dock fanns det enstaka år under perioden med avsevärt

[15] RättspsyK, Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister. 2021. *Årsrapport 2020*.

högre användning inom rättspsykiatrin, exempelvis 2015 med totalt 183 tillfällen. Det bör också påpekas att det 2014 infördes bestämmelser om att bland annat patienter med särskild utskrivningsprövning på avdelning med förhöjd säkerhetsklass endast får använda elektroniska kommunikationstjänster som tillhandahålls av vårdgivaren.

5 Barn och vuxna ska inte vårdas tillsammans

5.1 Utredningens uppdrag

Regeringen anger i utredningsdirektivet att barnperspektivet eller barnrättsperspektivet inte återspeglas i tvångslagarna annat än indirekt eftersom det i 1 § LPT hänvisas till HSL och PL, i vilka barnrättsperspektivet finns reglerat. Vidare pekar regeringen på att Barnkonventionsutredningen i betänkandet *Barnkonventionen och svensk rätt* (SOU 2020:63) har konstaterat att svensk lagstiftning inte överensstämmer med artikel 37 c, eftersom den inte säkerställer att alla barn som hålls i förvar (utan en förälder) eller som tvångsvårdas med stöd av LPT eller LRV hålls avskilda från vuxna, såvida det inte bedöms vara till barnets bästa att inte göra detta. I syfte att stärka barnets rättigheter i samband med tvångsvården anser regeringen att det är angeläget med en analys av hur bestämmelserna i denna del kan genomsyras av ett barnrättsperspektiv. Utredningens uppdrag är mot denna bakgrund att analysera och ta ställning till om det ska införas ett krav på att barn som vårdas enligt LPT eller LRV, samt i förekommande fall med stöd av HSL, inte får vårdas tillsammans med vuxna eller endast får vårdas med vuxna om det kan anses vara för barnets bästa, och lämna nödvändiga författningsförslag.[1]

Utöver utredningsdirektivet kan propositionen 2019/20:84 *Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården* ge viss ytterligare vägledning om bakgrunden till uppdraget. I propositionen skriver regeringen att utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård (syftande på Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa, dir. 2016:106) föreslog att det skulle införas en bestämmelse om att barn inte får

[1] Kommittédirektiv 2021:36.

vårdas tillsammans med vuxna om det inte i det enskilda fallet bedöms vara förenligt med barnets bästa. Regeringen skriver att den anser att barn som är frihetsberövade inte ska vårdas tillsammans med vuxna, om det inte anses vara till barnets bästa. I utredningen saknades dock, enligt regeringen, resonemang om hur förslaget förhåller sig till hälso- och sjukvårdslagen (HSL). För att kunna gå vidare med förslaget krävs enligt regeringen ytterligare beredningsunderlag.[2] Det kan antas att behovet av ytterligare beredningsunderlag är skälet till att denna utredning fått uppdraget att åter utreda frågan.

5.2 Övergripande utgångspunkter och analys

5.2.1 Inledande kommentar

Utredningen har tolkat direktivet så att regeringen anser att nuvarande bestämmelser om barnets rättigheter i HSL, PL och konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen)[3], sammantaget inte är tillräckliga för att säkerställa att den psykiatriska tvångsvården genomsyras av ett barnrättsperspektiv. Den fråga som direktivet specifikt avser är huruvida barn som tvångsvårdas ska hållas åtskilda från vuxna. När det gäller den frågan tolkar utredningen direktivet så att regeringen inte anser att barnkonventionen är fullt ut transformerad in i relevant lagstiftning. Utredningen har mot denna bakgrund valt att analysera och därefter ta ställning till om det, utifrån målsättningen att stärka barnets rättigheter i tvångsvården, vore ändamålsenligt att införa en särskild bestämmelse i LPT och LRV som reglerar att tvångsvårdade barn inte ska placeras tillsammans med vuxna och hur en sådan bestämmelse i sådant fall skulle förhålla sig till övrig hälso- och sjukvårdslagstiftning, i första hand HSL.

[2] Prop. 2019/20:84 *Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården.*
[3] Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

5.2.2 Hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen gäller även vid tvångsvård

Även om det kan förefalla överflödigt vill utredningen inledningsvis understryka att psykiatrisk tvångsvård, i likhet med all annan vård, ska bedrivas med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen. Även regeringen har i tidigare sammanhang påpekat att en viktig utgångspunkt för lagstiftningen om psykiatrisk tvångsvård är att den ska utgöra ett komplement till den grundläggande regleringen i hälso- och sjukvårdslagen som är tillämplig på all psykiatrisk vård. Tvångsvårdslagstiftningen sätter således inte HSL:s grundregler ur spel. En tvångsföreskrift ger stöd för att tillämpningen av HSL:s vårdprinciper på visst sätt och i viss utsträckning begränsas. Den ska emellertid inte innebära att man därutöver frångår vad HSL ger uttryck för. Vården av tvångsintagna kan inte bedrivas med bortseende från kraven på samråd så långt det är möjligt samt på respekt för patientens självbestämmande och integritet.[4]

Tvångsvård innebär inte att kraven på en god vård upphör

HSL är en målinriktad ramlag, vilket betyder att den innehåller övergripande mål och riktlinjer för hälso- och sjukvården. Den ska inte detaljstyra verksamheten eftersom huvudmännen utifrån den kommunala självstyrelsen ska ha viss frihet att utforma insatserna efter lokala och regionala behov. Ett centralt begrepp i HSL är god vård. För att uppfylla kraven på en god vård ska hälso- och sjukvården särskilt vara

- av god kvalitet med god hygienisk standard,
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,
- vara lätt tillgänglig,
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen.

[4] Prop. 1990/91:58 *Om psykiatrisk tvångsvård, m.m.*, s. 75.

Där hälso- och sjukvård bedrivs ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. HSL ställer också krav på att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras.[5]

Patientlagen (PL) ska främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen bygger huvudsakligen på de skyldigheter som vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen har. Den innehåller bestämmelser som rör patientens möjlighet till inflytande i hälso- och sjukvården eller som har direkt betydelse för vårdens utformning. PL innehåller bland annat bestämmelser om tillgänglighet, information, samtycke, delaktighet, fast vårdkontakt och individuell planering. Vidare finns bestämmelser om bland annat val av behandlingsalternativ, ny medicinsk bedömning, synpunkter, klagomål och patientsäkerhet.[6]

Skyldigheten att särskilt beakta barnets bästa gäller även vid tvångsvård

Av 5 kap. 6 § HSL, framgår att när hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. En likalydande bestämmelse finns i 1 kap. 8 § PL. Regleringen i HSL och PL utgår från barnkonventionen. Regeringen har ansett att barnets bästa ska vara vägledande i de svåra ställningstaganden som behöver göras inom hälso- och sjukvårdens verksamheter. Avsikten med bestämmelserna är att framhålla att hälso- och sjukvårdens aktörer inom alla delar av vårdkedjan, även vid rent organisatoriska beslut, ska göra en bedömning av vilka konsekvenser besluten har för barn och vad som behövs för att barn ska ges hälso- och sjukvård på ett sätt som är anpassat till barnet. I bedömningen ska vad som är barnets bästa beaktas.[7] Som framgått ovan upphör inte bestämmelserna i HSL och PL om barnets bästa att gälla vid tvångsvård. Att dessa bestämmelser gäller all psykiatrisk vård, det vill säga även vid vård enligt LPT och LRV, framgår av 1 § LPT.

[5] 5 kap. 1, 2 och 4 §§ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30). [6] Patientlag (2014:821).
[7] Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag.*

5.2.3 Barnkonventionen ställer krav på vårdgivare som bedriver tvångsvård

Sedan den 1 januari 2020 gäller barnkonventionen som svensk lag.[8] Barnkonventionen antogs av FN 1989. Sverige anslöt sig 1990 och har sedan dess varit folkrättsligt bundet av konventionen och bestämmelserna i den. Syftet med att göra barnkonventionen till lag är att den ska få ett större genomslag i praktiken. Prövningar i domstol och annan rättstillämpning efter införandet kan förtydliga hur barnkonventionen som nationell lag kan komplettera annan lagstiftning, och vilken betydelse det kan få för verksamheter inom vård och omsorg.

Regeringen beslutade den 15 mars 2018 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att genomföra en kartläggning för att belysa hur svensk lagstiftning och praxis överensstämmer med FN:s konvention om barnets rättigheter. Utredningen redovisade sitt uppdrag i november 2020. Beträffande artikel 37 konstaterade utredningen att svensk lagstiftning inte säkerställer att alla barn som hålls i förvar (utan en förälder) eller som tvångsvårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) hålls avskilda från vuxna, såvida det inte bedöms vara till barnets bästa att inte göra detta. Detta överensstämmer inte med artikel 37 (c).

Barnkonventionsutredningen kommenterar innebörden av barnkonventionens krav på att varje barn ska hållas åtskilt från vuxna. Som ett led i kravet på en human behandling ingår principen om att varje frihetsberövat barn som huvudregel ska hållas åtskilt från vuxna. Om det bedöms vara till barnets bästa ska barnet däremot inte hållas åtskilt från vuxna. I artikeln ges ingen vägledning om när det kan vara. En bedömning av barnets bästa bör ske i varje enskilt fall. I förekommande fall ska även artikel 9.1, om ett barns åtskiljande från sina föräldrar, beaktas. Denna del av artikel 37 har sin motsvarighet i den internationella konventionen om medborgerliga och politiska rättigheter (artiklarna 10.2 [b] och 10.3). De bestämmelserna är emellertid mer långtgående än artikel 37 c och stadgar att ungdomsbrottslingar ska hållas åtskilda från vuxna och ges en efter deras ålder och rättsliga ställning anpassad behandling. Samtidigt är de mer begränsade, eftersom de endast omfattar unga lagöverträdare. Även Peking-

[8] Lagen (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.

reglerna (reglerna 13.4 och 26.3), som också rör unga lagöverträdare, innehåller liknande bestämmelser som de i artikel 37 i barnkonventionen.

Barnkonventionsutredningen skrev att den, när det gäller förvar, konstaterat att bestämmelsen om att ett barn som huvudregel ska hållas åtskilt från vuxna inte endast rör straffrättsliga förfaranden. Bestämmelsen är även tillämplig vid andra slags frihetsberövanden, såsom exempelvis sluten psykiatrisk tvångsvård.

Barnkonventionsutredningen ansåg att det bör framgå av lagstiftningen att ett barn som vårdas och frihetsberövats med stöd av LPT eller LRV inte ska vårdas tillsammans med vuxna, om det inte anses vara till barnets bästa, för att regleringen ska stämma överens med artikel 37 (c) i barnkonventionen. Barnkonventionsutredningen ansåg att lagstiftningen i denna del inte stämmer överens med konventionen, eftersom en sådan bestämmelse saknas.[9]

5.2.4 Att barn tvångsvårdas tillsammans med vuxna är ovanligt, men förekommer

Vad vet vi då om i vilken utsträckning det förekommer att barn tvångsvårdas tillsammans med vuxna i Sverige i dag? I mitten av 2010-talet uppmärksammades bland annat i media att det förekom att minderåriga flickor och unga kvinnor med grovt självskadebeteende placerades på vårdinrättningar för rättspsykiatrisk vård. Placeringarna ledde till en omfattande debatt och kritik. Enligt uppgifter till utredningen, bland annat från SKR:s nätverk för ledning och styrning i psykiatrin, har dessa placeringar minskat betydligt under senare år. Däremot förekommer det i enstaka fall att barn döms till rättspsykiatrisk vård och då placeras på en LRV-inrättning bland vuxna patienter.

Den nationella psykiatrisamordnaren skrev 2017 att nästan 20 procent av de drygt 300 barn som under 2016 vårdades med stöd av LPT var placerade tillsammans med vuxna.[10] När IVO genomförde en nationell tillsyn 2018 fick samtliga verksamheter som ingick i tillsynen redogöra för om barn tvångsvårdas tillsammans med vuxna. Tillsynen gjordes på 65 enheter. Enligt IVO:s rapport förekommer

[9] SOU 2020:63 *Barnkonventionen och svensk rätt.*
[10] SOU 2017:111 *För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård*, s. 219.

det i 15 regioner att barn tvångsvårdas tillsammans med vuxna även om många uppger att det sker mycket sällan. Hälften av de verksamheter (enheter) som ingått i tillsynen uppger att barn inte tvångsvårdas tillsammans med vuxna. I åtta verksamheter kan barn tvångsvårdas på en vuxenpsykiatrisk avdelning men då i en separat del av avdelningen. Många verksamheter uppger att BUP och vuxenpsykiatrin samverkar, i vissa fall finns också avtal och rutiner som reglerar samverkan. Hur samverkan ser ut varierar. Då en patient under 18 år tvångsvårdas på en vuxenpsykiatrisk avdelning kan en läkare från BUP i vissa fall fungera som konsult och i andra fall gör läkaren dagliga bedömningar. I vissa verksamheter följer personal från BUP med om behov och möjlighet finns, i andra verksamheter närvarar personal från BUP under hela vårdtiden. I en region uppger verksamheterna att det finns ett behov av att utveckla samarbetet mellan vuxenpsykiatrin och BUP. Ett samarbetsdokument kan finnas men det fungerar ändå inte alltid. Ett tiotal verksamheter uppger att man inte har någon särskild rutin och att personalen inte har någon särskild kunskap om att tvångsvårda barn.[11]

Enligt SKR:s publikation ”Psykiatrin i siffror 2020” vårdades 455 personer under 18 år med stöd av LPT under 2020. Som jämförelse var antalet patienter 0–17 år som vårdades med stöd av LPT enligt Socialstyrelsens patientregister 342. En ungefärlig uppskattning av antalet barn som vårdats med stöd av LPT under de senaste åren är således 350–450 individer per år. Enligt nämnda publikation från SKR var det 4 av 21 regioner som saknade slutenvårdsenheter för barn- och ungdomspsykiatri 2020. På frågan om barn- och ungdomspsykiatrin har möjlighet att använda platser inom vuxenpsykiatri svarade en majoritet av regionerna att detta var möjligt, men med lite olika förtydliganden. Särskilda och avskilda vårdplatser för barn på vuxenavdelningar är exempelvis en modell i flera regioner. Förutsatt att det finns barn- och ungdomspsykiatrisk kompetens att tillgå blir dessa platser i praktiken en form av slutenvårdsavdelningar för barn- och ungdomspsykiatri.

Socialstyrelsen har med stöd av data från patientregistret uppskattat hur många barn som har vårdats under år 2020 med en psykiatrisk huvuddiagnos och med stöd av LPT på en annan avdelning eller vårdinrättning än en BUP-klinik. Det handlar uteslutande om

[11] Inspektionen för vård och omsorg (IVO). 2018. *Sammanställning av iakttagelser från nationell tillsyn av tvångsåtgärder inom psykiatrisk tvångsvård 2018.*

barn mellan 10 och 17 år. Totalt 369 barn vårdades enligt sluten LPT med en psykiatrisk huvuddiagnos. 66 av dessa barn vårdades vid något tillfälle under året enligt LPT på en annan klinik än BUP.[12] Det kan till exempel ha varit på en beroendeklinik (där även Maria ungdom ingår enligt gällande klassificeringssystem för vårdenheter) eller på en vuxenpsykiatrisk klinik, som även kan vara en specialiserad ätstörningsklinik för patienter i alla åldrar, men där barnen har en egen avdelning. Därutöver bör påpekas att statistiken avser patienter som var minderåriga vid inskrivningstillfället, men som kan ha fyllt 18 år under det år som studerats. Sammanfattningsvis kan konstateras att det är svårt att, baserat på befintlig statistik och tillsynsrapporter,med säkerhet säga i vilken omfattning det förkommer att barn placeras bland vuxna i en sådan vuxenpsykiatrisk vårdmiljö där det finns risk att barnen upplever obehag eller otrygghet till följd av placeringen.

5.2.5 Tidigare kartläggningar av hur barn upplever att vårdas med tvång tillsammans med vuxna

För att få kunskap om hur barn upplever det att vårdas med tvång tillsammans med vuxna, i de fall det förekommer, har flera utredningar och myndigheter under den senaste tioårsperioden genomfört intervjuer med barn. Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård träffade exempelvis under 2017 barn med erfarenhet av vård på vuxenpsykiatrisk avdelning. Enligt barnen själva har skälet till placeringen varit att platser har saknats inom barn- och ungdomspsykiatrin, alternativt att barn- och ungdomspsykiatrin har bedömt att de inte kunnat hantera barnens utåtagerande beteende. Barnens upplevelse är enligt den utredningen att kulturen på de vuxenpsykiatriska enheterna är väsentligt hårdare än inom barn- och ungdomspsykiatrin och att det har varit svårt att anpassa sig till dessa förhållanden. Vården på de vuxenpsykiatriska vårdenheterna har inte sällan medfört obehag och rädsla, eftersom barnen tvingas vistas med patienter som är betydligt äldre och inte sällan med allvarlig psykisk sjukdom. Denna bild bekräftas i Barnombudsmannens (BO)

[12] Uppgifterna är hämtade från ett ännu ej publicerat material som Socialstyrelsen delgivit utredningen underhand.

rapport om samhällets stöd till barn vid psykisk ohälsa.[13] Inom ramen för granskningen träffade BO barn som vårdats inom vuxenpsykiatrin och som uttryckte att det var en källa till rädsla, frustration och ibland ilska att vårdas mot sin vilja tillsammans med vuxna patienter.

FN:s barnrättskommitté har uttalat att det finns gott om bevis för att placering av ett barn på anstalter för vuxna äventyrar barnets grundläggande säkerhet, välbefinnande samt förmåga att i framtiden hålla sig undan brott och återanpassas till samhället. Enligt kommittén bör undantaget från huvudregeln att barn ska vara åtskilda från vuxna tolkas snävt. Kommittén har i detta sammanhang uttalat att det som är lättast för en stat inte får väga tyngre än barnets bästa. Kommittén har även uttalat att bestämmelsen inte bör tolkas på så vis att ett barn så snart det fyllt 18 år ska flyttas till en institution för vuxna. En bedömning av vad som är det bästa för det enskilda barnet bör ske och vägas mot vad som är bästa för övriga barn på institutionen.[14]

5.2.6 Barns upplevelser av att vårdas i vuxenpsykiatrin – en analys av några olika situationer

Utredningen har under 2021 genom dialog med föreningen Tilia tagit del av berättelser och beskrivningar av typiska situationer då tvångsvård av barn skett på vuxenpsykiatriska avdelningar. I det följande beskrivs några sådana situationer, utifrån hur patienterna upplevt det. Mot bakgrund av att regeringen uttryckt att det i tidigare utredningsförslag i denna fråga saknats resonemang om förhållandet till HSL, har utredningen valt att även kommentera detta.

Ett första exempel handlar om ett äldre barn som snart ska fylla 18 år och som har behov av att successivt förbereda sig för vård inom vuxenpsykiatrin. Patienten vårdas därför, även med tvång, tillsammans med andra vuxna inom den vuxenpsykiatriska slutenvården och kan på detta sätt bygga upp en trygghet med den personal som arbetar där. Genom ett samarbete mellan BUP och vuxenpsykiatrin förbereds barnet på de ramar, förhållningssätt och den vårdmiljö som präglar den vuxenpsykiatriska slutenvården. I en sådan situation är

[13] Barnombudsmannen. 2014. *Bryt Tystnaden – barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa, årsrapport.*
[14] SOU 2020:63 *Barnkonventionen och svensk rätt*, volym 3, s. 1410.

den lösning som vården tillämpar i samverkan mellan olika enheter och i dialog med patienten, sannolikt mer i enlighet med HSL:s krav på god vård och barnets bästa än om patienten utan förberedelser skulle stannat på BUP och sedan flyttats den dag patienten uppnått den kronologiska åldern 18 år.

Ett annat exempel är ett äldre barn som lider av komplex problematik med gravt självskadebeteende. Patienten upplever själv att BUP-personalen inte har tillräcklig erfarenhet av patientens sjukdom och därmed inte kompetens att möta patientens behov. Brist på strategier att hantera svåra situationer leder till ökat utåtagerande från patientens sida och därmed fler tvångsåtgärder. Patienten upplever att personalen på den vuxenpsykiatriska avdelningen har större erfarenhet och kan utarbeta strategier i dialog med patienten, vilket minskar behovet av tvångsåtgärder. Även i detta exempel är det sannolikt mer i enlighet med god vård och barnets bästa att tvångsvårda patienten på en vuxenpsykiatrisk avdelning, även om det innebär en vårdmiljö där det också finns vuxna patienter. Dock bör påpekas att 5 kap. 2 och 4 §§ HSL föreskriver att det ska finnas *den personal*, de lokaler och den utrustning som behövs för god vård ska kunna ges samt att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och *säkras*. Om det förhåller sig på det sätt som patienten beskriver, det vill säga att personal på BUP saknar erfarenhet och strategier för att möta patientens behov, bör detta i första hand åtgärdas genom kompetensutvecklingsinsatser och/eller rekrytering av personal med relevant kompetens. Här krävs emellertid ett pragmatiskt förhållningssätt för att tillgodose barnets bästa i den enskilda situationen. Innan kompetensutvecklingsinsatser gjorts på BUP förefaller dock vård på en avdelning där personal med adekvat kompetens finns, vara mer i enlighet med barnets bästa än att upprätthålla en strikt princip om att barn inte ska vårdas tillsammans med vuxna.

Ett antal ytterligare exempel finns på patienter som vid återkommande inläggningar rutinmässigt skrivs in på BUP, trots att patienternas tillstånd dokumenterat försämras mer av vård på BUP än av vård på en vuxenpsykiatrisk avdelning. I några fall har önskemål om direkt inskrivning på en vuxenavdelning förts in i patientens vårdplan, vilket förändrat rutinen och därmed underlättat för patienten. Det finns också exempel där flera unga patienter med liknande problematik vårdats tillsammans på en BUP-avdelning, vilket försvårat

tillfrisknandet därför att patienterna påverkat varandra och utvecklat destruktiva beteenden på grund av att de vårdats tillsammans. Det finns exempel där det varit avgörande för resultatet av en patients vård att bli förflyttad till en vuxenpsykiatrisk avdelning när situationen motiverat beslut om tvångsåtgärder. Endast genom att patienten hindras att interagera med sina medpatienter på BUP-avdelningen, kan en eskalering av det akuta tillståndet undvikas. I ett av exemplen har patienten dock behållit sin kontakt med personal på BUP för att säkerställa kontinuitet och trygghet över tid. Även i dessa situationer bör bestämmelserna i HSL om god vård och barnets bästa kunna motivera en placering på en vuxenpsykiatrisk avdelning.

Dessa exempel beskriver patientupplevda vårdsituationer där tvångsvård av barn tillsammans med vuxna i praktiken utgör en förutsättning för att kunna uppfylla HSL:s krav på god vård och barnets bästa. Dock finns det också vittnesmål om det motsatta, det vill säga när placeringen inneburit att barn upplevt situationen som otrygg eller traumatisk. Ett exempel handlar om en flicka i sextonårsåldern som enligt patienten själv vårdats på vuxenpsykiatrisk avdelning på grund av platsbrist på BUP. En vårdmiljö med psykotiska vuxna manliga patienter som bankar och skriker, slår huvudet i väggarna och uppträder aggressivt och hotfullt, upplevs av patienten som mycket obehagligt. Patienten vägrar lämna sitt rum och upplevelserna grundlägger en rädsla för att söka sig tillbaka till vården. Förutsatt att skälet till placeringen var det som patienten i exemplet angav, är vårdgivarens beslut om placering uppenbart i strid med gällande lagstiftning. Den situation som uppstår på vuxenavdelningen kan inte anses uppfylla HSL:s krav på trygghet (god vård) och placeringen står av allt att döma i strid med såväl bestämmelser om barnets bästa i HSL och PL som artikel 37 c i barnkonventionen. Det bör påpekas att avvägningen som vårdgivaren i en sådan situation kan tvingas göra är att antingen placera barnet på en vuxenavdelning i regionen, eller placera barnet i en annan region där ledig kapacitet finns. Vad som är till barnets bästa i en sådan situation kan bero på en rad faktorer, såsom det geografiska avståndet, ett nytt sammanhang med ny personal, sämre möjligheter för föräldrar och närstående att besöka patienten med mera. Det kan dock konstateras att grundorsaken till att vårdgivaren tvingas välja mellan två alternativ som båda kan innebära otrygghet för patienten är resurs- och kapacitetsbrist. Regionen har därmed inte organiserat verksamheten i enlighet

med 5 kap. 4 § HSL som föreskriver att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för god vård ska kunna ges.

Ett ytterligare exempel är ett barn som vårdades på en vuxenavdelning med motiveringen att vårdbehovet ställde krav på särskild specialistkompetens som endast fanns på vuxenavdelningen. Barnet upplevde dock vistelsen som traumatisk. Barnet hade lång erfarenhet av vård på en BUP-avdelning med en barnanpassad vårdmiljö, inkludering av föräldrar och en mer barn- och ungdomsanpassad kultur avseende bemötande och kommunikation. Vårdmiljön och bemötandet på vuxenavdelningen var mycket annorlunda och kontrasten ledde till att patienten hade svårt att ta till sig såväl information som vårdinsatser. I en sådan situation kan en målkonflikt uppstå mellan de olika värden som tillsammans definierar innebörden av god vård. Socialstyrelsen har utvecklat nationella indikatorer för begreppet god vård. En god vård utmärks av att insatserna ska vara kunskapsbaserade och ändamålsenliga, säkra, patientfokuserade, effektiva och jämlika, samt att hälso- och sjukvård ska ges i rimlig tid. Att vården ska vara av god kvalitet kan i vissa situationer endast säkerställas genom att patienten placeras där specialistkompetens finns att tillgå. Samtidigt ska vården tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, vilket exemplet visar kan vara svårt att uppfylla när ett barn placeras på en avdelning med vuxna patienter.

Slutligen vill utredningen uppmärksamma en situation som enligt föreningen Tilia återkommande uppstår, nämligen att vuxna patienter vårdas på BUP-avdelning därför att den kan erbjuda en mer lämplig vårdmiljö. Det kan handla om unga vuxna i 18–20-årsåldern som har erfarenhet av barn- och ungdomspsykiatrin och som har en inarbetad relation till personal och känner en trygghet i vårdmiljön. Ställt på sin spets blir konsekvensen av en sådan placering dock att övriga barn på BUP-avdelningen vårdas tillsammans med en vuxen. Utredningen kan konstatera att sannolikt inte är en sådan situation där en ung vuxen person vårdas tillsammans med ett antal barn som barnkonventionens artikel 37 c tar sikte på. Detta exempel belyser ytterligare problemet med bestämmelser som utgår från kronologisk ålder. Med viss flexibilitet avseende patienternas kronologiska ålder kan vårdgivaren anpassa vårdmiljön till den enskilde patientens behov.

5.2.7 Avvägning mellan det enskilda barnets bästa och andra barns bästa – ett exempel

Utredningen har haft en dialog och inhämtat underlag från flera olika nätverk med verksamhetsföreträdare för psykiatrisk tvångsvård. Dialog har bland annat förts med SKR:s nätverk för ledning och styrning i psykiatrin och Nationellt nätverk för verksamhetschefer och chefsöverläkare inom vuxenpsykiatrin som leds av Region Halland. Ett exempel som delgivits utredningen handlar om en situation med en kraftigt utåtagerande patient i 16-årsåldern där polis tillkallats och där patienten var tvungen att handfängslas och förses med så kallad spotthuva. Vid tidpunkten saknades flera avgörande förutsättningar för att vårda patienten på en BUP-avdelning. Bedömningen gjordes att säkerheten inte kunde garanteras, att personal med erfarenhet av sådana patienter saknades samt att andra patienter på avdelningen (barn) skulle uppleva kontakten med den aktuella patientens som skrämmande. Patienten placerades därför något eller några dygn på en vuxenpsykiatrisk avdelning till dess att tillståndet stabiliserats. Enligt den region som beskrev fallet inträffar liknande situationer en till två gånger per år. Detta exempel belyser enligt utredningen komplexiteten i bedömningen av barnets bästa. Även Barnrättskommittén har pekat på behovet av viss flexibilitet.[15] När barnets bästa väl bedömts och fastställts kan det tänkas stå i konflikt med andra intressen eller rättigheter, till exempel andra barns. En bedömning av vad som är det bästa för det enskilda barnet bör ske och vägas mot vad som är bästa för övriga barn på institutionen. Även om den patient som i det aktuella fallet skulle placeras kan ha upplevt vårdmiljön på vuxenavdelningen som hårdare och mer repressiv än miljön på BUP, så måste en avvägning även göras av andra hänsyn, däribland andra barns bästa. Säkerhet och trygghet är centrala kriterier för god vård. Skulle patienten i det aktuella tillståndet placerats bland andra yngre barn, hade det sannolikt inte varit i enlighet med kravet att erbjuda dessa andra barn en god vård.

[15] SOU 2020:63 *Barnkonventionen och svensk rätt*, volym 3, s. 1709.

5.2.8 Är det ändamålsenligt med en bestämmelse om var tvångsvårdade barn ska placeras?

De exempel som redovisas i föregående avsnitt belyser enligt utredningen komplexiteten i frågan om tvångsvårdade barns placering. Att artikel 37 c i barnkonventionen inte transformerats till svensk lagstiftning genom en särskild bestämmelse i LPT och LRV har, som framgått, påtalats som en brist i olika sammanhang. Regeringen har tydligt tagit ställning för fortsatt transformering av barnkonventionen till svensk lagstiftning. Det kan i sig vara ett argument för att lämna ett sådant förslag. Dock bör ett ställningstagande för en sådan bestämmelse också bygga på slutsatsen att detta verkligen också i sak är ändamålsenligt för att stärka barnperspektivet och barnets rättigheter i tvångsvården. En bestämmelse om att hålla barn och vuxna åtskilda blir styrande för hur vårdgivaren väljer att organisera verksamheten, vilket också måste anses vara själva syftet. Frågan är då hur den bedömning som vårdgivaren är skyldig att göra av vad som är god vård och barnets bästa i den enskilda situationen, skulle påverkas av en sådan bestämmelse? Finns det en risk att bestämmelsen kan hindra vårdgivaren att organisera verksamheten på det mest ändamålsenliga sättet i relation till vad som föreskrivs i HSL och PL om god vård och barnets bästa? Exemplen i föregående avsnitt visar enligt utredningen att den möjlighet som enligt barnkonventionens artikel 37 c finns att göra avsteg från huvudregeln med hänvisning till barnets bästa, sannolikt skulle behöva åberopas relativt ofta. I dag är tvångsvårdslagstiftningen neutral i fråga om var patienter ska placeras. Ger detta bättre förutsättningar att anpassa vården till varje patients unika behov och önskemål? Eller behövs bestämmelsen för att säkerställa att barn aldrig vårdas med tvång tillsammans med vuxna av skäl som inte kan anses omfattas av undantaget och på ett sätt som skapar otrygghet och rädsla?

Något som ytterligare kan komplicera tillämpningen av en huvudregel om placering är att barn som vårdas frivilligt, det vill säga med stöd av HSL, och barn som periodvis tvångsvårdas med stöd av LPT, ofta är samma individer men där lagstödet för vården skiftar över tid. Det rör sig alltså inte om olika patientgrupper av unika individer. I normalfallet vårdas barn med psykiatriska diagnoser med stöd av HSL på en barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning. Om det hos ett barn uppstår ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård som barnet

inte kan förmås att frivilligt medverka till (och kraven för tvångsvård enligt LPT i övrigt är uppfyllda) kan vården ges med tvång. Andra patienter kan uppleva obehag och det tvångsvårdade barnet kan utgöra en säkerhetsrisk för såväl sig själv som för medpatienter och personal. Att i en sådan situation tillfälligt flytta barnet till en vuxenpsykiatrisk avdelning med andra säkerhetsrutiner, anpassade lokaler och tillgång till specialistkompetens kan sammantaget vara väl motiverat. Det behövs således flexibilitet i lagstiftningen för att i varje enskilt fall kunna fatta det beslut som är bäst för det enskilda barnet och för övriga barn som påverkas av beslutet/placeringen. Att detta skulle stå i strid med en bestämmelse som endast kan frångås genom hänvisning till ett särskilt undantag, kan uppfattas som omständligt och mindre ändamålsenligt.

Även ur ett förvaltningspolitiskt perspektiv av vad som bör vara statens respektive regionernas roll på hälso- och sjukvårdsområdet, kan diskuteras om det är ändamålsenligt att i lag reglera en organisatorisk fråga som var i verksamheten patienter ska vårdas. Enligt 4 kap. 1 § HSL ska offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Vidare följer av 5 kap 2 § i samma lag att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Lagstiftningen innebär inte någon närmare reglering av hur regionen ska organisera sin verksamhet. Hur regionen med beaktande av dessa bestämmelser väljer att organisera verksamheten är upp till varje region och vårdgivare. Att hälso- och sjukvårdslagstiftningen endast anger de övergripande ramarna och målen för verksamheten är ett uttryck för den svenska förvaltningsmodellen med den kommunala självstyrelsen som bärande princip. Det handlar också om relativt få patienter, vilket gör det svårt för varje enskild region att anpassa lokaler och resurser så att skilda vårdmiljöer kan tillskapas. Eftersom det är så få patienter det rör sig om, skulle särskilda och avskilda vårdplatser riskera att leda till en vårdsituation som i praktiken liknar vård i enskildhet/avskiljning.

5.2.9 Tvångsvårdade barns utsatthet ställer särskilda krav på vårdgivaren

Utredningen har ovan pekat på det faktum att hur vårdgivaren väljer att organisera verksamheten i enlighet med den kommunala självstyrelseprincipen är upp till varje region och vårdgivare och att det därmed skulle kunna anses olämpligt att i lag reglera var patienter i en viss kronologisk ålder ska placeras i verksamheten. När det gäller så ingripande åtgärder som att vårda någon mot dennes vilja ställs emellertid särskilda krav. Ett barn som vårdas med tvång befinner sig utan undantag i en mycket utsatt situation. Att inskränka ett barns grundläggande fri- och rättigheter genom beslut om tvångsvård och tvångsåtgärder ställer särskilda krav på vårdgivarens förfarande. Enligt barnkonventionen ska det vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa (artikel 3.1, 3.2 och 3.3.). En åtgärd omfattar även själva förfarandet. Det innebär att även själva förfarandet i de fall ett beslut fattas om frihetsberövande av ett barn eller under tiden som ett barn är frihetsberövat omfattas. För att ett barns rätt att få sitt bästa bedömt och beaktat ska kunna förverkligas måste man införa och följa vissa barnanpassade förfaranden. Barnanpassade förfaranden är av betydelse för varje frihetsberövat barn oavsett orsaken. Som exempel kan nämnas förfaranden som rör beslut om frihetsberövande av ett barn inom den psykiatriska tvångsvården, socialtjänsten eller på grund av ett avvisningsärende. Även förfaranden under tiden som ett barn är frihetsberövat bör vara barnanpassade, liksom förfaranden för tillsyn av de verksamheter som har frihetsberövade barn. Detta talar enligt utredningens uppfattning för att det, trots att det skulle innebära en reglering av hur vårdgivaren väljer att organisera sin verksamhet, skulle kunna vara motiverat att i tvångsvårdslagstiftningen reglera frågan om var barn får placeras i relation till vuxna patienter.

5.2.10 Barnkonventionen är svensk lag men fortsatt transformering behövs

Utredningen kan konstatera att regeringen uttalat sitt stöd för en tillämpning av barnkonventionens artikel 37 c inom psykiatrisk tvångsvård av barn, såväl i tidigare lagrådsremiss som i proposition. Huruvida regeringen anser att detta förutsätter en särskild bestämmelse i LPT/LRV, eller om frågan kan anses vara tillräckligt reglerad genom barnkonventionen som dessutom gäller som lag, framgår emellertid inte explicit. Regeringens formulering i propositionen 2019/20:84 om att det i tidigare utredningsförslag saknades resonemang om hur förslaget förhåller sig till HSL, skulle kunna tolkas så att frågan om eventuell dubbelreglering inte var tillräckligt belyst. Dock hänvisar regeringen i direktivet till denna utredning till Barnkonventionsutredningens ställningstagande i frågan, vilket kan tolkas så att regeringen delar Barnkonventionsutredningens uppfattning att det även bör framgå av tvångsvångslagstiftningen att ett barn som vårdas och frihetsberövats med stöd av LPT eller LRV inte ska vårdas tillsammans med vuxna, om det inte anses vara till barnets bästa, för att regleringen ska stämma överens med artikel 37 (c) i barnkonventionen. Regeringen har också i samband med beslutet om inkorporering 2018 tydliggjort sin uppfattning att valet av inkorporering som metod inte innebär att transformering inte ska ske, tvärtom ser regeringen dessa metoder som ömsesidigt förstärkande och tillsammans som det mest effektiva sättet för att barnkonventionen och barnets rättigheter ska få genomslag i rättstillämpningen. Lagstiftaren ska fortsatt se till att den inhemska rätten överensstämmer med barnkonventionen, även efter att den inkorporerats. En fortsatt transformering av konventionens bestämmelser inom olika rättsområden är enligt regeringen därför minst lika betydelsefull som inkorporering för att barnets rättigheter ska få genomslag. Genom transformering kan författningsbestämmelser tydliggöra vad rättigheterna innebär, vilket ökar förutsebarheten och ger rättstillämparen ytterligare stöd i tolkningen och tillämpningen av konventionen. Argumentet att en särskild bestämmelse i tvångsvårdslagstiftningen om att barn inte ska placeras tillsammans med vuxna, skulle innebära en oönskad dubbelreglering, förefaller således inte överensstämma med regeringens tidigare ställningstaganden.

5.2.11 Skärpta krav på dokumentation kan förhindra olämpliga placeringar

Utredningens kartläggning och analys av hur vårdgivare agerar när det gäller placering av barn som tvångsvårdas pekar på att skälen till var ett barn placeras varierar. Vidare är det utredningens bild att det också varierar i hur grundlig prövning och konsekvensbedömning av barnets bästa som görs i samband med beslut om var barnet ska erbjudas vård. Det är uppenbart att det förekommer att barn som placeras med vuxna upplever obehag, otrygghet och rädsla. I vissa av dessa fall har en konsekvensbedömning av vad som är till barnets bästa sannolikt gjorts, men det har inte varit möjligt att fullt ut förutse hur barnet skulle komma att reagera i vårdmiljön. I andra fall kan konsekvensbedömningen ha brustit eller helt enkelt inte gjorts. Det bör också påpekas att förutsättningarna för chefsöverläkaren att följa det tillvägagångssätt för en barnkonsekvensanalys som föreskrivs ibland kan saknas. Det kan handla om att beslut behöver fattas skyndsamt under jourtid då det kan vara svårt att samla den breda kompetens som anges i exempelvis Barnrättskommitténs rekommendationer.

Ett sätt att förhindra att barn till följd av att de placeras bland vuxna upplever otrygghet och obehag, eller att förutsättningarna att erbjuda dem god vård försämras, skulle kunna vara att ställa särskilda krav på dokumentation i samband med placeringsbeslutet. Psykiatrisamordnaren föreslog i betänkandet *För barnets bästa?* (SOU 2017:111) att om det efter övervägande i fråga om barnets bästa beslutats att ett barn eller en ung person under 18 år ändå ska vårdas tillsammans med vuxna, ska den myndighet som regeringen bestämmer underrättas om beslutet. Mottagare av underrättelsen skulle enligt psykiatrisamordnaren kunna vara den nya nämnd för utveckling och kontroll av psykiatrisk tvångsvård som samordnaren föreslog skulle inrättas. Detta förslag från psykiatrisamordnaren genomfördes emellertid inte.

5.3 Utredningens förslag

5.3.1 Att barn inte får tvångsvårdas tillsammans med vuxna ska vara huvudregel

Förslag: Barn som vårdas enligt LPT eller LRV får inte placeras tillsammans med vuxna. Undantag får efter chefsöverläkarens beslut göras om det bedöms vara till barnets bästa. Om beslut att placera barn som vårdas med tvång tillsammans med vuxna fattas, ska skälen till beslutet dokumenteras i patientens journal. Vidare ska Inspektionen för vård och omsorg utan dröjsmål underrättas om ett sådant beslut.

Skälen för utredningens förslag

Inte uppenbart ändamålsenligt med en särskild bestämmelse i LPT och LRV

Utredningen har i den föregående analysen pekat på det faktum att hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen, barnkonventionen som lag samt andra internationella konventioner, sammantaget måste anses innebära krav på vårdgivaren att inte placera ett barn som vårdas med tvång tillsammans med vuxna om det står i strid med innebörden av god vård och barnets bästa. Som framgått kan det emellertid finnas situationer då ett barn som tvångsvårdas kan placeras tillsammans med vuxna utan att det står i strid med befintlig lagstiftning eller internationella konventioner. Vissa beslut om placering av barn tillsammans med vuxna fattas tvärtom just för att uppfylla kraven i HSL på god vård genom att tillgodose barnets behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet eller som en direkt konsekvens av tillämpningen av bestämmelsen i HSL och PL om att särskilt beakta barnets bästa. De omständigheter som kan motivera tvångsvård av barn bland vuxna redovisas utförligare i föregående analys med ett antal exempel.

Det är enligt utredningens mening inte uppenbart hur en särskild bestämmelse i LPT och LRV med samma innebörd som artikel 37 c skulle påverka sådana situationer som exemplen i föregående avsnitt beskriver på ett sätt som i realiteten stärker barnrättsperspektivet. Dock har utredningen, efter övervägande, valt att lämna ett sådant förslag. Utredningen föreslår således att barn som vårdas enligt LPT

eller LRV inte får placeras tillsammans med vuxna. Undantag får dock göras om det bedöms vara till barnets bästa. Skälen till att utredningen, trots vad som anförts ovan, ändå lämnar detta förslag, kan sammanfattas enligt följande:

Viktigt med fortsatt transformering av barnkonventionen

För det första har Barnrättskommittén, som har till uppgift att granska staternas genomförande av barnkonventionen, både i sina allmänna kommentarer och i sina periodiska rekommendationer till bland annat Sverige, påpekat vikten av att relevanta lagar stämmer överens med barnkonventionen.[16] Lagstiftningen är statens främsta instrument för att garantera att barnets rättigheter tillgodoses i verksamheter, beslut och åtgärder som rör det enskilda barnet och barn som kollektiv. All lagstiftning som rör barn ska därför utformas i överensstämmelse med normerna i barnkonventionen och andra internationella traktat som reglerar barnets rättigheter. Det är viktigt att hela lagstiftningskedjan, från utredningsdirektiv till beslut i riksdagen, präglas både av ett barnperspektiv och ett barnrättsperspektiv. Regeringen har också, som redovisats i tidigare avsnitt i detta kapitel, uttalat att valet av inkorporering som metod inte innebär att transformering inte ska ske. Regeringen ser tvärtom dessa metoder som ömsesidigt förstärkande och tillsammans som det mest effektiva sättet för att barnkonventionen och barnets rättigheter ska få genomslag i rättstillämpningen. Regeringen anser att lagstiftaren fortsatt ska se till att den inhemska rätten överensstämmer med barnkonventionen, även efter att den inkorporerats. En fortsatt transformering av konventionens bestämmelser inom olika rättsområden är enligt regeringen därför minst lika betydelsefull som inkorporering för att barnets rättigheter ska få genomslag. Genom transformering kan författningsbestämmelser tydliggöra vad rättigheterna innebär, vilket ökar förutsebarheten och ger rättstillämparen ytterligare stöd i tolkningen och tillämpningen av konventionen.

Utredningen kan konstatera att i och med att lagstiftaren vid inkorporeringen valde att ge barnkonventionen status som vanlig lag, och inte grundlag som i flera av våra grannländer, ska rättstillämparen också vid en eventuell konflikt med annan lag avgöra konflikten med

[16] General Comments No. 5, 2003, se www.barnombudsmannen.se.

hjälp av allmänna rättsliga tolkningsprinciper. Dessa principer är bland annat att högre lag i normhierarkin går före lägre, speciallag går före allmän lag och ny lag går före äldre. Det är bland annat mot bakgrund av detta viktigt att transformeringen fortsätter så att rättigheter som framgår av barnkonventionen aldrig bortses från med hänvisning till de allmänna tolkningsprinciperna. Detta ställningstagande motiverar enligt utredningens uppfattning att även i tvångsvårdslagstiftningen föra in en bestämmelse som motsvarar artikel 37 c i barnkonventionen. Till detta kan läggas att flera statliga utredningar under de senaste tio åren förordat en särskild reglering av innebörden i artikel 37 c också i tvångsvårdslagstiftningen. Psykiatrilagsutredningen tog upp frågan 2012[17], Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård 2017[18] och Barnkonventionsutredningen 2020.[19]

Särskilda dokumentationskrav underlättas av en särskild bestämmelse i tvångsvårdslagstiftningen

För det andra menar utredningen att det behövs en särskild bestämmelse i tvångsvårdslagstiftningen för att kunna ställa skärpta krav på dokumentation. I 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355), förkortad PDL, föreskrivs att en patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. En patientjournal ska bland annat innehålla väsentliga uppgifter om bakgrunden till vården, uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder och väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder. Även om patientdatalagens krav på journaldokumentation innebär att placeringsbeslutet dokumenteras, är det inte tydligt reglerat att också motiven till placeringen tydligt ska framgå av journalen. Var patienten skrivs in är i normalfallet ett beslut som följer av patientens tillstånd och vårdbehov, tillgänglig kapacitet vid det aktuella tillfället och verksamhetens ordinarie riktlinjer och rutiner. Barn som är föremål för tvångsvård är dock i en särskilt utsatt situation och i vilken vårdmiljö de placeras kan därför vara av särskild vikt och kräva särskilt noggranna överväganden. Barnets bästa ska särskilt beaktas och kraven på god vård ska vara uppfyllda. När det gäller frågan om att

[17] SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd.*
[18] SOU 2017:111 *För barnets bästa? Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård.*
[19] SOU 2020:63 *Barnkonventionen och svensk rätt.*

på en avdelning blanda barn som tvångsvårdas med vuxna patienter kan ett sådant beslut, som framgått, antingen vara i enlighet med kraven i hälso- och sjukvårdens ramlagstiftning och barnkonventionen eller i strid med dessa. Vilka skäl till placeringsbeslutet som vårdgivaren kan redovisa är i detta avseende avgörande. Vårdgivaren kan se sig tvungen att placera barnet på en vuxenavdelning därför att det saknas barn- och ungdomspsykiatriska slutenvårdsplatser i regionen, av säkerhetsskäl och/eller på grund av knappa personalresurser. Om det då finns risk att barnet upplever vårdmiljön på vuxenavdelningen som otrygg eller skrämmande, eller om barnet av andra skäl uttrycker en ovilja till placeringen, kan det stå i strid gällande rätt att fatta ett sådant beslut. Enligt FN:s barnrättskommitté bör undantaget från huvudregeln att barn ska vara åtskilda från vuxna tolkas snävt. Kommittén har i detta sammanhang uttalat att det som är lättast för en stat inte får väga tyngre än barnets bästa. Kommittén har även uttalat att bestämmelsen inte bör tolkas på så vis att ett barn så snart det fyllt 18 år ska flyttas till en institution för vuxna. En bedömning av vad som är det bästa för det enskilda barnet bör ske och vägas mot vad som är bästa för övriga barn på institutionen. Detta innebär å andra sidan att, om beslut om placering på en vuxenavdelning, ger bäst förutsättningar att ge en god vård och/eller barnet självt önskar detta, kan detta motivera att fatta ett sådant beslut. Förutsättningarna för att kunna beakta barnets bästa kan således motivera undantag från huvudregeln. Om det ska finnas en huvudregel blir det mot den bakgrunden av avgörande betydelse att skälen till placeringen finns tydligt beskrivna och dokumenterade i det fall det görs undantag. Det krävs att vårdgivaren gör en noggrann bedömning av den särskilda situationen för att klargöra om huvudregeln kan frångås med hänvisning till undantaget.

Vad innebär det att bedöma och fastställa barnets bästa?

Bedömningen av vad som är barnets bästa är en process med flera steg. I förarbetena till PL och HSL har anförts att hälso- och sjukvårdspersonalen måste beakta vetenskap och beprövad erfarenhet samt, beroende på barnets ålder och mognad, inhämta underlag från vårdnadshavare. I relevanta sammanhang kan underlag även behöva inhämtas från andra yrkespersoner som har kunskap om barnet med

de begränsningar som kan finnas på grund av sekretess och tystnadsplikt. Vidare behöver hälso- och sjukvårdspersonalen beakta det som barnet själv ger uttryck för i enlighet med artikel 12 i barnkonventionen. Barnets bästa kan i princip inte utredas utan att vården tagit del av barnets inställning. Det ska inte heller finnas någon åldersgräns för vilka barn som tillåts lämna en åsikt. Grundprincipen ska vara att alla barn kan lämna en åsikt. Sedan är det upp till beslutsfattare att bedöma, dels vilken tyngd barnets åsikt kan tillmätas i ärendet (här kan bland annat barnets tillstånd vägas in) och i slutändan givetvis vad som är barnets bästa (som inte nödvändigtvis behöver vara det barnet gett uttryck för). Utgångspunkten i bedömningen av barnets bästa är respekten för barnets fulla människovärde och integritet.[20] I förarbetena understryks att processen att komma fram till barnets bästa kräver ett aktivt övervägande i det enskilda fallet. Barnets liv och hälsa måste skyddas, men barnets integritet, rätt att uttrycka sin åsikt och rätt till inflytande måste även beaktas vid en bedömning av vad som är det enskilda barnets bästa i den aktuella situationen.[21] Enligt artikel 3.1 i barnkonventionen ska, vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa.[22] Principen uttrycker både en individuell och en kollektiv rättighet. Det innebär att barnets bästa ska beaktas vid såväl åtgärder som rör ett enskilt barn som åtgärder som rör grupper av barn. När ett enskilt barn, en identifierad grupp av barn eller barn i allmänhet kommer att påverkas av ett beslut, måste beslutsprocessen innehålla en utvärdering av eventuella positiva eller negativa konsekvenser för barnet eller barnen. Dessutom måste beslutsmotiveringen visa att uttrycklig hänsyn har tagits till barnets bästa. Man ska således förklara hur man beaktat barnets bästa i beslutet, dvs. vad som har ansetts vara för det enskilda barnets bästa, vilka kriterier detta grundas på samt hur barnets intressen har vägts mot andra hänsynstaganden, antingen det handlar om övergripande policyfrågor eller enskilda fall.[23]

Begreppet barnets bästa är inte definierat i barnkonventionen. Barnrättskommittén har anfört att det är ett komplext begrepp och att dess innebörd måste avgöras från fall till fall. Genom att tolka och

[20] Prop. 2013/14:106 *Patientlag* s. 63.
[21] Ibid.
[22] Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter.
[23] CRC/C/GC/14, se www.barnombudsmannen.se

tillämpa artikel 3.1 tillsammans med konventionens övriga bestämmelser kan tillämparen klargöra begreppet och använda det konkret. Begreppet är alltså flexibelt och anpassningsbart. Det bör, anför kommittén, justeras och definieras individuellt utifrån det berörda barnets eller de berörda barnens specifika situation med hänsyn tagen till personliga sammanhang, situationer och behov. I beslut som rör ett enskilt barn måste barnets bästa bedömas och fastställas med utgångspunkt i barnets specifika omständigheter. I beslut som rör barn som kollektiv måste barns bästa bedömas och fastställas för den grupp av barn det gäller och för barn i allmänhet, i båda fallen med full respekt för rättigheterna i konventionen och dess fakultativa protokoll.[24] Att barnets bästa ska beaktas innebär, enligt barnkonventionen, att vid en avvägning av det enskilda barnets intresse mot andra intressen ska barnets intresse väga tungt, men det behöver inte vara avgörande. Barnrättskommittén har anfört att eftersom artikel 3.1 inte täcker alla situationer, finns behov av en viss flexibilitet vid dess tillämpning. När barnets bästa väl bedömts och fastställts kan det tänkas stå i konflikt med andra intressen eller rättigheter, till exempel andra barns, allmänhetens eller föräldrars. Eventuella konflikter mellan det bästa för ett enskilt barn och det bästa för en grupp barn eller barn i allmänhet måste lösas från fall till fall genom att alla parters intressen omsorgsfullt vägs mot varandra och en lämplig kompromiss nås. Samma gäller om andra personers rättigheter står i konflikt med barnets bästa.[25]

Bedömning och fastställande av barnets bästa ske i två steg. Det första steget är ”bedömningen av barnets bästa” och handlar om att utvärdera och väga allt som behövs för att fatta beslut i en specifik situation för ett enskilt barn eller en specifik grupp av barn. Detta görs av beslutsfattaren med personal – gärna en grupp med flera kompetenser representerade – och kräver barnets medverkan. Det andra steget utgörs av ”fastställandet av barnets bästa” och är den formella process, med noggrann kontroll av förfarandet vars syfte är att fastställa barnets bästa med bedömningen som grund.

Faktorer som Barnrättskommittén anser ska beaktas vid bedömning och fastställande av barnets bästa är bland annat följande:

[24] CRC/C/GC/14, se www.barnombudsmannen.se
[25] Ibid.

– Barnets åsikter.
– Barnets identitet.
– Bevarandet av familjemiljön och upprätthållandet av relationer.
– Omsorg om barnet och barnets skydd och säkerhet.
– Utsatta situationer.
– Barnets rätt till hälsa.

I vilka situationer kan barnets bästa utgöra skäl att frångå huvudregeln?

I vilka situationer kan resultatet av en barnkonsekvensanalys med bedömning och fastställande av barnets bästa då utgöra skäl för vårdgivare att frångå huvudregeln om att barn som vårdas med tvång inte ska placeras tillsammans med vuxna? Tidigare i detta kapitel ges ett antal exempel på situationer där det enligt utredningens bedömning bör vara till barnets bästa att det placeras på en vuxenavdelning. Det finns i avsnittet även exempel på motsatsen. Utöver dessa exempel baserade på verkliga situationer, vill utredningen peka på några ytterligare situationer där avvägningen av barnets bästa kan vara svår att göra för vården.

En första sådan situation är om vårdgivaren vill frångå huvudregeln och placera ett barn på en vuxenpsykiatrisk avdelning av omsorg om andra barns skydd och säkerhet på BUP-avdelningen. Om det har bedömts eller explicit framkommit att andra barn upplever otrygghet och rädsla i kontakter med det placeringsaktuella barnet, kan det förefalla vara en enkel lösning att flytta det enskilda placeringsaktuella barnet. Om det placeringsaktuella barnet upplever vårdmiljön på vuxenavdelningen som repressiv, hård och obehaglig blir avvägningen emellertid svår. Att barnets bästa ska komma i främsta rummet innebär att vid en avvägning av det enskilda barnets intresse mot andra intressen ska barnets intresse väga tungt, men det behöver inte vara avgörande. När barnets bästa väl bedömts och fastställts kan det tänkas stå i konflikt med andra intressen eller rättigheter, till exempel andra barns, allmänhetens eller föräldrars. Eventuella konflikter mellan det bästa för ett enskilt barn och det bästa för en grupp barn eller barn i allmänhet måste lösas från fall till fall genom att alla

parters intressen omsorgsfullt vägs mot varandra och en lämplig kompromiss nås. Trots att medpatienterna upplever obehag är det dock enligt utredningen mycket tveksamt om placeringen på vuxenavdelningen i en sådan situation skulle vara förenligt med den föreslagna lagstiftningen. Omsorgen om de andra barnen på BUP sker då på bekostnad av det enskilda barnet som riskerar att fara illa. Konsekvensen kan bli att det utvecklas en praxis där ”besvärliga” barn regelmässigt flyttas från BUP, trots att det innebär att de inte erbjuds vård utifrån sina individuella förutsättningar på en vuxenpsykiatrisk avdelning. I en sådan situation anser utredningen därför att vårdgivaren i första hand bör söka andra lösningar inom BUP-avdelningen, exempelvis genom att dela av utrymmen i mindre avdelningar utifrån olika barns behov och förutsättningar. Dock bör påpekas att det kan finnas enstaka situationer då andra barns bästa sammantaget måste anses väga tyngre än det placeringsaktuella barnet. Det skulle exempelvis kunna handla om ett äldre barn som agerar våldsamt och hotfullt. En sådan situation kan upplevas så skrämmande för andra barn på avdelningen att en annan placering kan vara motiverad.

En annan situation som utredningens skulle vilja uppmärksamma är om ett barn vårdas med stöd av LPT och remitteras till en specialistklinik, exempelvis en klinik för ätstörningssjukdomar. Tillgång till specialistvård är en central aspekt av god vård. En sådan specialistklinik har sällan formellt sett barn- och vuxenavdelningar. Majoriteten av patienterna är antingen äldre barn, eller unga vuxna och alla patienter har en liknande problematik, vilket gör att en uppdelning utifrån kronologisk ålder är svårt att motivera. I en sådan situation bör det vara i enlighet barnets bästa att erbjuda specialistvården, trots att det kan innebära att ett äldre barn placeras tillsammans med yngre vuxna patienter.

Dokumentation av situationer då huvudregeln frångås

När det gäller hur dokumentationen ska ske bedömer utredningen att patientens journal är den mest lämpliga formen för en sådan redovisning. Motsvarande information ska också enligt utredningens förslag utan dröjsmål lämnas till IVO genom en särskild underrättelse. Härigenom möjliggörs uppföljning och kontroll av hur huvudregeln respektive undantagen från huvudregeln tillämpas. Risken för att vård-

givaren fattar beslut om placering av barn som vårdas med tvång tillsammans med vuxna under sådana omständigheter att det inte kan anses förenligt med gällande lagstiftning minskar genom ett formaliserat dokumentations- och underrättelseförfarande.

Särskild reglering ställer krav på ändamålsenlig dimensionering av BUP

Ett ytterligare skäl till en huvudregel är att en tydligare bestämmelse i LPT och LRV kan stimulera regioner och vårdgivare att säkerställa en ändamålsenlig dimensionering av den barn- och ungdomspsykiatriska vårdkapaciteten och kompetensen över tid. De patientfall som beskrivits tidigare i detta avsnitt pekar på att olika typer av kapacitetsbrist har varit en omständighet som inte sällan bidragit till beslutet att placera ett barn på en vuxenpsykiatrisk avdelning. På sikt bör målsättningen vara att den situationen inte ska uppstå att nödvändig erfarenhet och specialistkompetens endast finns att tillgå på den vuxenpsykiatriska avdelningen, eller att en placering bland vuxna är det enda alternativet till att placera patienten i en annan region i en för patienten okänd, och därmed potentiellt otrygg miljö. Att otillräcklig vårdkapacitet inte ska kunna vara skäl till att frångå huvudregeln, har tidigare framförts av flera remissinstanser i samband med remissbehandlingen av betänkandet SOU 2017:111 *För barnets bästa?* Barnombudsmannen, Rädda Barnen, Funktionsrätt Sverige, RSMH med flera var tveksamma till, eller avstyrkte, förslaget om att undantag ska kunna göras från bestämmelsen om att barn inte ska tvångsvårdas tillsammans med vuxna. Exempelvis skrev Barnombudsmannen att bristande resurser aldrig ska kunna utgöra ett skäl för att vårda barn tillsammans med vuxna och att bedömningen av om ett barn ska få vårdas tillsammans med vuxna aldrig får göras schablonmässigt. Myndigheten skrev att, baserat på det barn och unga berättat om i av myndigheten arrangerade samtal, kan det aldrig kan anses förenligt med barnets bästa att vårda ett barn tillsammans med vuxna. Myndigheten menade att det alltid ska finnas tillgång till barnpsykiatrisk vård för de barn som är i behov av det. Utredningen kan på ett principiellt plan ha förståelse för dessa myndigheters och organisationers ståndpunkter. Dock är det utredningens bedömning att regioner och vårdgivare under överskådlig tid kommer att ha stora utmaningar när det gäller rekrytering av personal och allokering av

resurser till barn- och ungdomspsykiatrin. Så länge kapacitets- och resursbrist, tillfälligt eller över tid, påverkar barn- och ungdomspsykiatrins förutsättningar att erbjuda god vård och beakta barnets bästa, är det inte ändamålsenligt ur ett barnrättsperspektiv med ett ultimativt krav på var barn ska placeras. Detta riskerar tvärtom att äventyra barns rätt till en trygg och säker vård. Dock är det centralt att det är just uppfyllandet av kraven på god vård och/eller beaktande av barnets bästa som motiverat beslutet. Därför är det dokumentations- och underrättelsekrav som föreslås ovan viktigt för att undvika olämpliga placeringar som riskerar att bidra till otrygghet och rädsla hos barnet eller barnen.

Barn som dömts till rättspsykiatrisk vård

En särskild mycket liten patientgrupp som utredningen i sammanhanget vill uppmärksamma är barn som dömts till rättspsykiatrisk vård. Det är mycket ovanligt att straffmyndiga personer under 18 år döms till rättspsykiatrisk vård, men det förekommer. Det handlar om något enstaka fall per år och vissa år är det inga.[26] Enligt patientregistret har ingen patient under 18 år vårdats i sluten rättspsykiatrisk vård enligt LRV sedan 2015.[27] När det gäller denna uppgift bör dock påpekas att färre än fem patienter inte redovisas i patientregistret av sekretesskäl. Enligt uppgifter till utredningen från företrädare för rättspsykiatriska kliniker har det under senare år varit någon eller några patienter varje år som vårdats inom rättspsykiatrin och som är under 18 år. I de fall det sker placeras dessa barn tillsammans med vuxna, eftersom det inte finns särskilda barnavdelningar på LRV-inrättningar. Frågan är då hur rättspsykiatrin ska kunna efterfölja en lagstiftning som föreskriver att barn inte får placeras med vuxna? Hypotetiskt skulle en liten del av en rättspsykiatrisk klinik kunna avskiljas och barnet placeras isolerad från övriga patienter där. Frågan är emellertid om detta sammantaget skulle vara förenligt med barnets bästa. Det skulle i praktiken bli fråga om ett avskiljningsförfarande av den enskilde patienten. En annan möjlig lösning skulle kunna vara att landets LRV-inrättningar, exempelvis de sex regionklinikerna,

[26] *Dagens Nyheter* ”Överläkare: Väldigt ovanligt med rättspsykiatrisk vård för ungdomar”, 2019-11-18.
[27] Socialstyrelsens hemsida. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/resultat.aspx, uttag 2022-05-18.

gemensamt inrättade en särskild barn- och ungdomsavdelning vid någon av regionklinikerna och där respektive region betalade för en plats när behov uppstod. Även om antalet patienter på en sådan avdelning skulle vara få, skulle det ändå inte handla om en ensam patient. En nackdel med detta skulle kunna vara att vissa av dessa patienter skulle placeras på ett långt geografiskt avstånd från sin hemort, med sämre förutsättningar till kontakt med familj och andra nätverk som följd. FN:s Barnrättskommitté har anfört att ett frihetsberövat barn ska placeras på en anstalt som är så nära den egna familjens bostadsort som möjligt för att underlätta besök.[28]

Utredningens samlade bedömning är att LRV-inrättningar som står inför att fatta beslut om placering av ett barn tillsammans med vuxna, bör göra en bedömning av om en avskild placering är möjlig och kan göras utan att det står i strid med det enskilda barnets bästa. Om detta inte är möjligt bör vårdgivaren kunna motivera åberopande av undantagen i den föreslagna bestämmelsen och placera patienten tillsammans med vuxna. Dock är det i en sådan situation viktigt att anpassa vårdmiljön och kontakterna med andra patienter utifrån det enskilda barnets behov och förutsättningar.

[28] CRC/C/GC/24 p. 94 och 95.

6 Beslut om tvångsåtgärder ska kunna prövas av en oberoende instans

6.1 Utredningens uppdrag

Regeringen konstaterar i direktivet till denna utredning att det är ett grundläggande krav att beslut om inskränkningar i fri- och rättigheter ska kunna överprövas. Europakonventionen ger i artikel 13 var och en vars rättigheter kränkts rätten till ett effektivt rättsmedel. Regeringen konstaterar att både lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, ger lagstöd för att begränsa den enskildes fri- och rättigheter genom tvångsomhändertagandet i sig. I respektive lag ges även utrymme för att under särskilda förutsättningar vidta också annat tvång under frihetsberövandet. Det är fråga om viss användning av tvång bland annat för att upprätthålla ordningen eller säkerheten på vårdinrättningen, kortvarig fastspänning med bälte eller liknande anordning, avskiljning och inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster med mera. Regeringen anger vidare i direktivet att bestämmelserna har betydelse för att hälso- och sjukvården ska kunna bedriva en kvalificerad och effektiv och säker vård, men får inte innebära att patienternas trygghet till person och egendom eftersätts. Det handlar om allvarliga ingrepp i den enskildes integritet. Intresset av en ordning som tillfredsställer både kraven på effektivitet vid vårdens bedrivande och rättssäkerheten för den enskilde är därför stort. Regeringen skriver att det dock kan konstateras att bestämmelsernas relativa vaghet gör att det finns en klar risk för att effektivitetsintresset får väga över i tillämpningen, med konsekvensen att den enskildes integritet får stå tillbaka. Det behöver därför säkerställas att det finns kontrollmekanismer så att den enskildes

rättssäkerhet, där förutsebarhet och kontrollerbarhet är viktiga beståndsdelar, tas tillvara. Regeringen uttrycker i direktivet uppfattningen att en möjlighet att överklaga skulle kunna bidra till en ökad rättssäkerhet och till att, genom utveckling av praxis, skapa en enhetlig rättstillämpning och därmed vara till stöd för de bedömningar som ska göras vid sjukvårdsinrättningarna. Sammantaget är en översyn i denna del därför, enligt regeringen, påkallad. Utredaren ska därför utreda om det ska införas bestämmelser som innebär att de tvångsåtgärder som i dag inte kan överklagas enligt LPT och LRV ska vara överklagbara till allmän förvaltningsdomstol samt lämna nödvändiga författningsförslag.[1]

6.2 Övergripande diskussion och analys

Många av de tvångsåtgärder som avses i detta deluppdrag – det vill säga de som regleras i LPT och LRV och som inte är överklagbara i dag – är utan tvekan mycket ingripande. I såväl Regeringsformen (förkortad RF) som i Lag (1994:1219) om den europeiska konventionen angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen, förkortad EKMR), finns krav på legalitet i den offentliga maktutövningen och i vissa fall krav på att beslut som inkräktar på grundläggande fri- och rättigheter ska kunna prövas av domstol eller liknande (till exempel 2 kap. 9 § RF och artikel 5 och 6 EKMR). Vården har stor makt över patienterna och det är därför viktigt att det finns tillsynsmyndigheter och rättsvårdande myndigheter som tillgodoser kraven på rättssäkerhet. På ett principiellt plan kan det därför med fog argumenteras för att alla enskilda beslut om tvångsåtgärder i LPT och LRV borde vara möjliga att överklaga till domstol. Det finns även flera pragmatiska argument, varav några uttrycks i regeringens direktiv till denna utredning. Enligt regeringen kan överklagbarhet genom utveckling av praxis skapa en enhetlig rättstillämpning och därmed vara till stöd för de bedömningar som ska göras vid sjukvårdsinrättningarna.

Utredningen delar uppfattningen att en förstärkning av patienters rättsliga ställning och förbättrade möjligheter att få beslut om tvångsåtgärder prövade av en oberoende instans är eftersträvansvärt. Samtidigt ska varje patient också erbjudas en god vård i tid och i en-

[1] Kommittédirektiv 2021:36.

lighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är enligt utredningen inte uppenbart att just möjligheten att överklaga alla enskilda beslut till allmän förvaltningsdomstol är det mest ändamålsenliga tillvägagångssättet för att uppfylla dessa olika målsättningar. Utredningen diskuterar därför i detta analysavsnitt några omständigheter som enligt utredningen talar för respektive mot att utökade möjligheter överklaga beslut till allmän förvaltningsdomstol sammantaget skulle leda till att patienters rättigheter bättre än i dag kan tillgodoses inom den psykiatriska tvångsvården.

6.2.1 Liknande tvångsåtgärder överklagbara i socialtjänsten men inte i hälso- och sjukvården

En grundläggande fråga som inledningsvis kan ställas när det gäller överklagbarhet av beslut som innebär tvång, är varför samma eller liknande åtgärder är möjliga att överklaga inom vissa verksamheter men inte inom andra. Som exempel kan nämnas beslut om vård i enskildhet eller avskildhet, som enligt lag (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM kan överklagas, men som inte är överklagbara enligt LPT och LRV.

Socialtjänstlagen (2001:453) är en ramlag av rättighetskaraktär, enligt vilken enskilda klienter eller brukare utifrån vissa förutsättningar ges en rätt till bistånd. Det finns således tydligt formulerade rättigheter att utkräva. I konsekvens med denna utgångspunkt för ramlagstiftningen är ett stort antal beslut inom socialtjänstområdet möjliga att överklaga till allmän förvaltningsdomstol. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen skiljer sig från socialtjänstlagstiftningen genom att utgångspunkten för lagstiftningen är vårdgivarens skyldigheter snarare än patientens rättigheter. I konsekvens med detta är inte vårdbeslut i normalfallet överklagbara. I stället ges genom bestämmelser i patientsäkerhetslagen och patientlagen en möjlighet att klaga till en patientnämnd och därefter till IVO. Det finns också enligt både patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen en möjlighet att få en ny medicinsk bedömning vid livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom.[2]

En annan väsentlig skillnad mellan socialtjänstområdet och hälso- och sjukvården är formerna för beslutsfattande. Beslut som avser enskilda personer inom socialtjänsten fattas av en nämnd bestående av

[2] 10 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt 8 kap. 1 § patientlagen (2014:821).

politiskt förtroendevalda (socialnämnd), medan motsvarande beslut inom hälso- och sjukvården beslutas av medicinsk expertis – i första hand chefsöverläkare. Detta skulle kunna ses som motiv till att fler beslut inom socialtjänsten är möjliga för patienten att överklaga, eller omvänt, att medicinska beslut inom hälso- och sjukvården inte är det.

Även om tvångsvårdslagarna är speciallagar som i särskild ordning reglerar förutsättningarna för tvångsvård, är det utredningens bedömning att skillnaderna såvitt avser möjligheterna att överklaga, åtminstone delvis har att göra med socialtjänstlagens och hälso- och sjukvårdslagens olika utgångspunkter – rättighetsperspektivet respektive skyldighetsperspektivet. En mer pragmatisk förklaring kan emellertid vara den uppdelning som präglar utveckling, styrning och förvaltning av de respektive verksamheterna. Denna uppdelning genomsyrar hela förvaltningen där verksamheterna har olika huvudmän med skiftande historik och traditioner och där uppdelningen delvis ytterst upprätthålls av Socialdepartementets organisation med olika enheter och, historiskt sett, olika statsråd. Oavsett vilka historiska eller andra förklaringar som finns till skillnaderna när det gäller överklagbarhet kan det enligt utredningen finnas skäl att överväga att harmonisera lagstiftningen så att samma eller snarlika tvångsåtgärder kan överklagas, oavsett om de beslutas med stöd av tvångslagarna på socialtjänstområdet eller tvångslagarna som reglerar tvångsvård inom ramen för hälso- och sjukvård.

6.2.2 Tvångsåtgärders olika syften

När det gäller beslut med stöd av LPT och LRV som i dag inte är möjliga att överklaga, kan de flesta beskrivas som beslut syftande till att upprätthålla ordningen eller säkerheten på vårdinrättningen, medan några få mer kan ses som medicinska beslut inom ramen för en vård- och behandlingsinsats. Beslut om fastspänning, avskiljning, omhändertagande av egendom, undersökning av försändelser till en patient samt beslut om kroppsvisitering och ytlig kroppsbesiktning kan enligt utredningen ses som beslut i den förstnämnda kategorin. Beslut om behandling utan samtycke enligt 17 § LPT och 6 § LRV däremot, är enligt utredningens uppfattning, snarare att betrakta som beslut om själva vårdens innehåll, det vill säga medicinska beslut. Att göra en sådan distinktion utifrån åtgärdens syfte är emellertid inte oproble-

matisk. Samtidigt som det föreligger skillnader i det avseende som nämnts, måste vården och vårdinsatserna alltid ses som en helhet och grunden för tvånget är i någon mening alltid motiverat av medicinska skäl. Patientens behov av vård är själva förutsättningen för såväl frihetsberövandet i sig som för det tvång som får användas. Därför bör distinktionen mellan tvångsåtgärder i syfte att upprätthålla ordning och säkerhet och tvångsåtgärder i form av medicinsk behandling snarare ses som en tankemodell för att belysa tvångsåtgärders olika karaktär, än som en fullt ut konsekvent uppdelning.

Några av de mest ingripande tvångsåtgärderna som kan beslutas med stöd av LPT och LRV är fastspänning och avskiljning, vilka därför särskilt bör kommenteras. Fastspänning får, såvitt avser vuxna patienter, användas om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan (19 § LPT, 8 § LRV) och när det gäller barn, endast om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv (19 a §§ LPT, 8 § LRV). Avskiljning får, när det gäller vuxna, tillämpas endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna (20 § LPT, 8 LRV) och när det gäller barn endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga (20 a § LPT, 8 § LRV). Det bör i detta sammanhang erinras om lagens krav på att tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården endast får användas om patienten inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt medverka till vård. De får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patienten till detta (2 b § LPT, 2 b LRV). Tvångsåtgärder får användas endast om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Är mindre ingripande åtgärder tillräckliga, ska de användas. Tvång ska utövas så skonsamt som möjligt och med största möjliga hänsyn till patienten. (2 a § LPT, 2 a LRV). Avsikten är att bestämmelserna om avskiljning ska komma till användning endast i rena undantagssituationer och då främst i skyddssyfte.[3] Utifrån dessa rekvisit kan argumenteras för att åtgärdernas syfte är att säkerställa ordning och säkerhet, i synnerhet när det gäller avskiljning. Utredningen noterar att bestämmelserna om avskiljning inte över huvud

[3] Gylling Lindqvist, Cecilia, lagkommentar till 20 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, Karnov (JUNO).

taget tar sikte på säkerheten för, eller vårdbehovet hos, den enskilde patient som får avskiljas. Det förefaller endast vara risken för att vården av de andra patienterna försvåras som motiverat lagstiftaren att införa bestämmelsen. Utifrån ett rättighetsperspektiv måste detta anses vara mycket ingripande.

I de dialoger utredningen haft med företrädare för vården samt med patient- och brukarorganisationer framkommer att det förekommer att fastspänning med bälte eller fasthållning tillämpas när det bedöms vara en absolut förutsättning för att kunna genomföra en nödvändig vård- eller behandlingsinsats. Att detta förekommer bekräftas också av statistik från Patientregistret som visar att läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande har rapporterats mellan drygt 3 000 och knappt 6 000 gånger per år under åren 2011 till 2020.[4] Användningen av fastspänning och fasthållning i samband med behandling diskuteras utförligare senare i detta kapitel.

Distinktionen mellan en situation då patienten riskerar att skada sig själv, respektive en situation då patienten riskerar att skada andra är enligt utredningen principiellt viktig. Om beslut om fastspänning fattas därför att det är en absolut förutsättning för att kunna ge medicinsk behandling utan samtycke i syfte att rädda en patients liv eller undvika allvarlig självskada, skulle beslutet möjligen kunna ses som en del av vården och som ett beslut som fattats av medicinska skäl. Om skälet till fastspänningen däremot endast är att en patient ska hindras att skada andra, kan diskuteras om det verkligen är en del av vården av patienten. Utredningens samlade bedömning är att fastspänning oavsett vilket skäl som motiverar beslutet, inte är ett medicinskt beslut utan snarare tillhör kategorin tvångsåtgärder för att upprätthålla ordning och säkerhet. Detta även om åtgärden är en förutsättning för att möjliggöra en medicinsk behandling som syftar till att undanröja en omedelbar fara för att patienten kan skada sig själv, eller för att hindra patienten att på annat sätt skada sig själv eller andra.

Som berörts tidigare kan utredningen konstatera att framför allt en av de åtgärder som innebär tvång och som inte kan överklagas i dag skiljer ut sig i fråga om syftet, nämligen behandling utan samtycke med stöd av 17 § LPT (6 § LRV). Med stöd av bestämmelserna förekommer det att en patient ges exempelvis injektioner, sondmatas, ges elektrokonvulsiv terapi (ECT) med mera. Behandlingsåtgärderna enligt

[4] Socialstyrelsens hemsida. https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/psykiatrisk-tvangsvard/, uttag 2022-05-18.

17 § (6 § LRV) ska anpassas till syftet med tvångsvården enligt 2 § andra stycket. Även om sådana behandlingar utan samtycke är mycket ingripande i en patients integritet och självbestämmande, skiljer de sig från andra åtgärder genom att de kan ses som medicinska beslut. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Enligt patientlagen ska patienter få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En möjlig slutsats av detta skulle kunna vara att medicinska beslut som fattas i enlighet med dessa hälso- och sjukvårdens grundprinciper i första hand bör prövas utifrån kliniska och patientsäkerhetsmässiga aspekter. I konsekvens med detta kan argumenteras för att det första hand är IVO och inte en allmän förvaltningsdomstol som bör ha i uppgift att pröva om vårdgivaren brustit vid beslut som fattats med hänvisning till 17 § LPT (6 § LRV).

6.2.3 Om begreppen tvångsmedicinering och fasthållning

Som kommenterats tidigare får enligt 17 § tredje stycket LPT (6 § LRV) behandling, om det är nödvändigt, ges utan samtycke, såvitt ett beslut om intagning för tvångsvård enligt 6 b § LPT fattats och alla övriga förutsättningar är uppfyllda. Det framgår emellertid inte uttryckligen av LPT och LRV att *tvångsmedicinering* får ske. Begreppet tvångsmedicinering finns över huvud taget inte i lagstiftningen. Det kan förvisso sägas framgå implicit av 17 § tillsammans med proportionalitetsbestämmelsen i 2 b § och intagningsbestämmelsen i 6 b § LPT att visst tvång får användas. I den rättsvetenskapliga litteraturen har dock ifrågasatts om detta är tillräckligt då det är fråga om ett särskilt tvångsförfarande som avviker från vad som egentligen ska vara det normala, även vid tvångsvård. Genom att det inte uttryckligen framgår av lagen att tvångsbehandling får ske, ges den enskilde patienten inte någon möjlighet att förutse vilka beslut om åtgärder som kan fattas under tvångsvården.[5] Samtidigt ska vården enligt 16 § LPT och 6 § LRV planeras tillsammans med patienten i en vårdplan. Vården ska också som huvudregel enligt 17 § ges i samråd med patienten som ska ges möjlighet att vara delaktig i val av behandling och andra vårdbeslut. Behandlingsåtgärderna ska också anpassas till vad

[5] Gustafsson, Ewa (2010) *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet*, s. 300.

som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 § andra stycket.

Vad är då en adekvat definition av begreppet tvångsmedicinering? Av förarbetena till RF framgår att ett ingrepp är påtvingat i den mån det allmänna disponerar över maktmedel för att genomdriva åtgärden. Det kan till exempel vara fråga om direkt våldsanvändning från det allmännas sida, men det kan också vara fråga om att den enskildes motstånd bryts genom hot om någon sanktion.[6] Om en förutsättning för att med stöd av 17 § LPT (6 § LRV) kunna genomföra medicinering utan samtycke är att också besluta om fastspänning med stöd av 19 eller 19 a §§ LPT (8 § LRV), förefaller det uppenbart att medicineringen är ett påtvingat ingrepp – det vill säga att det är fråga om tvångsmedicinering. I detta sammanhang vill utredningen dock påpeka att rekvisiten för när fastspänning får användas inte uttryckligen omfattar ett medicineringstillfälle. För samtliga patienter gäller att fastspänning får användas om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv. För vuxna kan det även handla om en omedelbar fara för att skada någon annan. Den relativa vagheten i bestämmelsen är i sig ett argument för att det bör vara möjligt att överklaga beslut om fastspänning. Därigenom kan praxis utvecklas för hur fastspänning får tillämpas, bland annat i relation till medicinering eller annan behandling utan samtycke.

Enligt nämnda förarbeten är det även fråga om ett påtvingat ingrepp om vårdpersonalen verbalt eller på annat sätt genom sitt agerande, men utan fysisk kontakt med patienten, gör det tydligt för patienten att vården förfogar över maktmedel för att genomdriva åtgärden. Gränsen mellan legitima och otillbörliga påtryckningar är emellertid diffus och ett val mellan frivillig vård och tvångsvård är egentligen inte något val. Den enskilde samtycker till vård i vetskap om att vårdgivaren annars går andra vägar för att nå sitt mål. Frivilliga överenskommelser är alltså många gånger i hög grad tvungna.[7]

I spannet mellan, å ena sidan, den synnerligen ingripande tvångsåtgärden fastspänning och, å andra sidan, en verbal uppmaning till patienten att inte motsätta sig medicinering, finns ett antal mer eller mindre ingripande åtgärder som, i kombination med själva behandlingen utan samtycke, enligt utredningen måste anses utgöra tvångsmedicinering. En sådan åtgärd är fasthållning. Fasthållning som be-

[6] SOU 1975:75 *Medborgerliga fri- och rättigheter,* s. 199.
[7] Gustafsson, Ewa (2010) *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet*, s. 186.

grepp är inte heller reglerat i LPT och LRV. Även om fasthållning många gånger kan vara motiverat därför att det kan vara ett mindre ingripande tillvägagångssätt än fastspänning, kan diskuteras vilket lagstöd vårdgivaren i själva verket har för att tillgripa fasthållning i syfte att möjliggöra behandling utan samtycke enligt 17 § (6 § LRV). Det kan dessutom finnas patienter, exempelvis med erfarenheter av sexuella övergrepp, för vilka det kan upplevas som mer integritetskränkande att bli fasthållen av flera personer, än att läggas i bälte. Förvisso finns det, som nämnts, i 18 § LPT (8 § LRV) andra stycket en bestämmelse om att det tvång får användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där denne ska vistas, för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården. Även om rekvisitet *säkerheten i vården* skulle kunna ge stöd för att genom fasthållning förhindra att en patient allvarligt skadar sig själv eller andra, är det enligt utredningen tydligt, även av förarbetena, att bestämmelsen inte tar sikte på en specifik behandlingssituation.[8] Det kan därför diskuteras om det inte vore lämpligt att införa en särskild bestämmelse om fasthållning i LPT och LRV och att sådana beslut blev möjliga att överklaga. I betänkandet *För barnets bästa?* (SOU 2017:111) föreslogs just en sådan särskild paragraf i LPT med innebörden att ett barn skulle få hållas fast tillfälligt. I remissbehandlingen av betänkandet framfördes emellertid vissa invändningar mot förslaget. JO skrev att hon kunde förutse gränsdragningssvårigheter i den praktiska tillämpningen och därmed också svårigheter att avgöra när en skyldighet att fatta ett formellt beslut om åtgärden uppkommer. Det framstod också enligt JO som oklart hur den nya bestämmelsen var tänkt att förhålla sig till 18 § andra stycket LPT (8 § LRV), som redan i dag möjliggör ett fasthållande till exempel om en patient angriper personal eller andra patienter. Enligt JO:s bedömning behövde förslaget bearbetas ytterligare.[9]

Uppfattningen att bestämmelserna om fastspänning i 19, 19 a §§ LPT (8 § LRV) och tvång för hindrande i 18 § andra stycket LPT (8 § LRV), inte är avsedda att reglera tvångsanvändning vid behandling med stöd av 17 § tredje stycket LPT (6 § LRV), har också uttryckts av JO. JO skrev i ett yttrande så sent som i september 2021 att hon

[8] Prop. 1999/2000:44 *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* s. 114 och 117.
[9] Justitieombudsmannen. (2018). *Yttrande över betänkandet För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård* (SOU 2017:111), dnr R10-2018.

har förståelse för att det kan finnas behov av att använda visst våld eller tvång för att få till stånd behandling mot patientens vilja. JO skrev att det emellertid handlar om ingripande åtgärder och att det därför är otillfredsställande att lagstiftningen inte ger någon närmare vägledning om vilka tillvägagångssätt som kan komma i fråga.[10] Regeringen har 2019 uttryckt sin uppfattning i frågan om lämpligheten i att närmare reglera fasthållning. Mot bakgrund av den kritik som riktats mot förslaget i betänkandet *För barnets bästa?* (SOU 2017:111) ansåg regeringen att det med aktuellt beredningsunderlag inte var möjligt att gå vidare med lagstiftning i frågan.[11]

Det har inte ingått i denna utredningens uppdrag att lämna förslag till ytterligare tvångsåtgärder eller förslag till förändrade rekvisit för de åtgärder som finns reglerade i dag. Utredningen vill dock understryka att, när det gäller sådan tvångsbehandling som möjliggörs genom att kombinera beslut om fastspänning med beslut om behandling utan samtycke, skulle en tydligare reglering sannolikt öka rättssäkerheten för patienten och vara till stöd för chefsöverläkaren och den övriga vårdpersonalen. Detsamma gäller när olika former av fasthållning tillämpas i behandlingssituationer. Dock, ett uttryckligt stöd i lag för att kunna besluta om fastspänning eller fasthållning i samband med behandling utan samtycke, skulle sannolikt också öppna för en mer frekvent användning av tvångsåtgärder i samband med medicinsk behandling, något som påtalades i betänkandet *För barnets bästa?* (SOU 2017:111) och som regeringen också kommenterat.[12] Utredningen instämmer i att detta är en uppenbar risk och vill understryka att utgångspunkten alltid måste vara att tvång endast får användas restriktivt i undantagsfall när samtliga övriga handlingsalternativ är uttömda. Det är viktigt att förändrade bestämmelser i syfte att öka rättssäkerheten inte i praktiken leder till utvidgade möjligheter att använda tvångsåtgärder.

En möjlig väg för att tydliggöra vårdens befogenheter utan att det riskerar att leda till ökad tvångsanvändning skulle kunna vara att efterlikna den norska eller danska lagstiftningen. I Norge kan behandling utan samtycke såvitt gäller behandling som innebär ett allvarligt ingrepp endast komma i fråga i form av a) behandling med läkemedel eller b) som en del av behandlingen av patienter med svår ätstörning

[10] Justitieombudsmannen. (2021). *Uttalanden i vissa frågor om tvångsanvändning vid psykiatrisk heldygnsvård av underåriga patienter*, dnr 2782-2018.
[11] Prop. 2019/20:84 *Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården*, s. 35.
[12] Prop. 2019/20:84 *Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården.*

om det framstår som ett absolut nödvändigt behandlingsalternativ.[13] Beslut om läkemedelsbehandling utan eget samtycke kan inte fattas förrän efter en observationstid på fem dagar, såvida det inte föreligger en fara för en väsentlig hälsoskada. Beslut om behandling utan samtycke fattas av ansvarig läkare efter samråd med annan kvalificerad hälso- och sjukvårdspersonal. En noggrann dokumentation ska göras bland annat i fråga om hur de samlade tvångsåtgärderna förväntas påverka patienten och samarbetet i framtiden. Beslut om behandling utan samtycke kan överklagas till ”statsforvalteren”.[14] I Norge är förutsättningarna för behandling utan samtycke således tydligare reglerade än i Sverige. Också den danska psykiatrilagen innehåller tydligare reglering om tvångsmedicinering. Enligt kap. 4 § 12 i denna lag ska tvångsbehandling bara kunna användas i fråga om tvångsvårdade patienter, det ska användas beprövade läkemedel i sedvanlig dosering och med så lite biverkningar som möjligt. ECT får endast genomföras om patienten befinner sig i ett aktuellt eller potentiellt livshotande tillstånd. Beslut fattas av överläkare efter en lämplig betänketid, högst tre dagar, då patienten får möjlighet att överväga sitt eventuella samtycke till behandlingen. Ger patienten inte sitt informerade samtycke kan patienten behandlas mot sin vilja om det psykiska tillståndet utsätter patientens liv eller hälsa för väsentlig fara. Patienten kan klaga på användning av tvångsåtgärder och på beslut om tvångsbehandling vilket har suspensiv verkan, såvida det inte föreligger en väsentlig fara för patientens eller andras liv eller hälsa. Klagomål på tvångsbehandling och andra tvångsåtgärder behandlas av en nämnd för patientklagomål, vars beslut i sin tur kan överklagas till psykiatrisk överklagandenämnd (Ankenaevn). En reformering av den svenska tvångsvårdslagstiftningen med den norska och/eller danska lagstiftningen som förebild bör enligt utredningen övervägas.

Det som faller inom ramen för detta utredningsuppdrag och som kan innebära ett steg mot ökad rättssäkerhet och bättre stöd vid tillämpning av nuvarande bestämmelser, är som framgått utökade möjligheter att överklaga beslut, däribland beslut om fastspänning och tvångsanvändning vid hindrande enligt 18 § andra stycket LPT (8 § LRV) i form av fasthållning. Domstolsprövningar kan på sikt leda till utvecklande av en praxis som kan vara vägledande för rättstillämp-

[13] § 4–4 lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).
[14] § 4–4 a lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven).

ningen när det gäller hur fastspänning och fasthållning får användas i samband med behandling utan samtycke, även om själva det medicinska behandlingsbeslutet inte är överklagbart.

6.2.4 Aktuell rättsprocess om skadeståndskrav efter medicinering utan samtycke

Ett delvis annat sätt att närma sig frågan om hur begreppet tvångsmedicinering ska förstås i relation till hur tvångsvård och enskilda tvångsåtgärder är reglerade i LPT och LRV, illustreras av Justitiekanslerns (JK) argumentation i en dom från Växjö tingsrätt från januari 2022.[15] Göta Hovrätt undanröjde visserligen tingsrättens dom i mars 2022 på grund av brister i tingsrättens handläggning som utgör rättegångsfel enligt 50 kap. 28 § rättegångsbalken.[16], men även om domen är undanröjd, innehåller den principiellt intressanta resonemang. I målet anförde en patient som vid tidpunkten var föremål för rättspsykiatrisk vård att staten hade begått brott mot artikel 8 i EKMR genom att inte tillse att patienten kunnat överklaga beslutet om tvångsmedicineringen och få det upphävt. Patienten ansåg sig inte haft tillgång till ett effektivt rättsmedel och refererade till ett fall i Europadomstolen (X mot Finland) där domstolen slagit fast att tvångsmedicinering som inte kan överklagas eller prövas strider mot artikel 8 i EKMR. Tingsrätten ansåg att patienten inte hade ett adekvat rättsskydd mot den inblandning som tvångsmedicineringen innebar i hans rättigheter enligt artikel 8 EKMR och att hans rättigheter enligt samma artikel därmed blivit kränkta. I brist på andra rättsmedel ansåg rätten att skadestånd var nödvändigt för att gottgöra överträdelsen. Staten förpliktigades att utge skadestånd med 8 000 kronor till patienten.[17]

JK som företrädde staten i målet anförde att vid beslut om öppen rättspsykiatrisk vård ska rätten föreskriva de särskilda villkor som ska gälla för vården. De särskilda villkoren får exempelvis avse skyldighet att underkasta sig medicinering eller annan vård eller behandling (se 3 b § första stycket tredje punkten och 16 a § LRV och 26 § tredje stycket LPT). Den enskilde har också rätt att begära en prövning av om vården ska upphöra. Även frågan om i vilken form vården i före-

[15] Växjö tingsrätt, mål nr FT 2110-21.
[16] Göta hovrätt, mål nr FT 592-22.
[17] Ibid.

kommande fall ska fortsätta kan prövas av domstol. JK:s uppfattning var att utgångspunkten för behandling inom ramen för sluten rättspsykiatrisk vård är att personen lider av en allvarlig psykisk störning och har ett oundgängligt behov av vård på en sjukvårdsinrättning – vilket skulle inbegripa medicinering – som inte kan tillgodoses på annat sätt. Vidare menade JK att det också har betydelse att de medicinska besluten om medicinering kan anmälas till patientnämnder eller till Inspektionen för vård och omsorg och därigenom blir föremål för tillsyn.[18]

Utredningen tolkar JK:s resonemang så att lagstödet för att medicinera en patient mot denne vilja av JK bedöms utgöras av kombinationen av 6 b § LPT om intagning för tvångsvård och 17 § LPT om behandling utan samtycke. Huruvida tvångsmedicinering är nödvändig och proportionerlig bedöms då som en del av frågan om i vilken form vården ska bedrivas och om tvångsvården är erforderlig. Beslut om vård med stöd av LPT fattas initialt av chefsöverläkare vid enhet för psykiatrisk vård (6 b § LPT). Den enskilde har möjlighet, dels att omedelbart överklaga chefsöverläkarens beslut till länsrätten och därmed påkalla rättens prövning av frihetsberövandets laglighet (32 § LPT), dels att när som helst begära att vården ska upphöra och därvid överklaga ett nekande beslut. Sammantaget innebär detta, enligt JK, en möjlighet för den enskilde att (indirekt, utredningens anm.) överklaga tvångsmedicineringen som en del av tvångsvården i sig.[19]

Det kan enligt utredningen diskuteras om det nuvarande systemet ger tillräckliga rättssäkerhetsgarantier för den enskilde. Å ena sidan är det ett grundläggande krav att kriterierna i 3 § är uppfyllda, att det finns ett intagningsbeslut enligt 6 b §, att proportionalitetsreglerna iakttas, att samråd sker enligt 17 § första stycket och att det är fråga om nödvändig psykiatrisk behandling för att uppnå syftet i 2 § LPT. Att en patient vårdas med stöd av LPT innebär dock inte att behandling med någon automatik kan ges mot patientens vilja.[20] Å andra sidan kan argumenteras för att möjligheten att begära prövning av om tvångsvården ska upphöra eller i vilken form vården ska bedrivas i kombination med möjligheten att vända sig till patientnämnderna och till IVO med klagomål på vårdens innehåll, sam-

[18] Ibid.
[19] Ibid.
[20] Se bland annat prop. 2016/17:94 *Ökad patientmedverkan vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* s. 24 och Justitieombudsmannen (2021) *Uttalanden i vissa frågor om tvångsanvändning vid psykiatrisk heldygnsvård av underåriga patienter*, dnr 2782-2018 s. 19 f.

mantaget kan anses uppfylla EKMR:s krav på effektiva rättsmedel.[21] Som framgått tidigare i detta kapitel och av utredningens förslag, anser utredningen att det föreligger en skillnad mellan, å ena sidan beslut om tvångsåtgärder som syftar till att upprätthålla ordning och säkerhet och, å andra sidan, medicinska behandlingsbeslut som fattas inom ramen för tvångsvården. Att beslut i den första kategorin blir möjliga att överklaga, men inte beslut i den andra, skulle enligt utredningen kunna innebära en ändamålsenlig avvägning mellan patientens rättssäkerhet när det gäller vissa synnerligen ingripande tvångsåtgärder, och vårdens förutsättningar att utan en icke önskvärd juridifiering av medicinska beslut bedriva en effektiv vård av god kvalitet i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. I kombination med en möjlighet att överklaga fastspänning blir det med en sådan ordning möjligt att exempelvis i en situation då läkemedelstillförsel gjorts när en patient varit fastspänd, överklaga själva beslutet om fastspänning för att få prövat om detta haft lagstöd. Själva beslutet om läkemedelsbehandlingen blir däremot inte möjligt att överklaga, med argumentet att det är ett medicinskt beslut. Detta är ett av två alternativ som utredningen lämnar i avsnitt 6.3.3.

6.2.5 Domstolsprövning eller utredning av IVO?

Som påtalats tidigare är en central fråga när det gäller utökade överklagandemöjligheter vad en domstolsprövning i realiteten innebär jämfört med vad en utredning av ett enskilt klagomål till IVO innebär. En sådan jämförelse är enligt utredningen relevant, bland annat eftersom IVO:s skyldighet enligt 7 kap. 11 § PSL att utreda klagomål som rör tvångsvård samt händelser som påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning, inte gäller klagomål på beslut som går att överklaga. Införs en möjlighet att överklaga exempelvis beslut enligt 17 § LPT (6 § LRV) om behandling utan samtycke, skulle det detta enligt vad utredningen erfar, leda till att IVO rutinmässigt skulle avsluta inkomna klagomålsärenden rörande sådana beslut utan utredning med hänvisning till att beslutet går att överklaga. Myndigheten fokuserar på de klagomål där den har en ut-

[21] Artikel 13 i Europeiska konventionen för de mänskliga rättigheterna (EKMR) lyder enligt följande: Var och en, vars i denna konvention angivna fri- och rättigheter kränkts, skall ha tillgång till ett effektivt rättsmedel inför en nationell myndighet och detta även om kränkningen utförts av någon i offentlig ställning.

redningsskyldighet för att frigöra resurser till den egeninitierade tillsynen.[22]

Vad innebär då IVO:s skyldighet att utreda klagomål? Enskilda patienter, eller närstående till patienter, kan göra en anmälan till IVO och klaga på såväl verksamhet som personal inom hälso- och sjukvården. Som framgår ovan har IVO en skyldighet att utreda klagomål som rör tvångsvård samt händelser som påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning. När utredningen påbörjas skickar IVO anmälan till berörda vårdgivare och/eller hälso- och sjukvårdspersonal, tillsammans med en begäran om att få de handlingar som behövs för att utreda händelsen (exempelvis patientjournaler). Vårdgivaren och personalen får möjlighet att yttra sig. När IVO har fått begärda handlingar får patienten (eller i vissa fall anmälaren) möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i handlingarna. Ärendet avslutas med ett beslut. IVO upprättar först ett förslag till beslut som berörda får möjlighet att lämna synpunkter på. IVO skickar beslutet till patienten/anmälaren och till den eller de som blivit anmälda. Om ett klagomål har utretts, ska IVO enligt 7 kap. 18 § PSL i beslutet uttala sig om huruvida en åtgärd eller underlåtenhet av vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal strider mot lag eller annan föreskrift eller är olämplig med hänsyn till patientsäkerheten. Om IVO bedömer att verksamheten har brister som behöver åtgärdas relaterat till patientsäkerheten, kan IVO ta initiativ till ytterligare granskning av verksamheten eller personalen.[23]

Jämförelsen mellan en domstolsprövning och IVO:s uppgifter är också relevant när det gäller myndighetens handläggning av de underrättelser som vårdgivare är skyldiga att inkomma med till IVO när vissa tvångsåtgärder beslutas.[24] IVO granskar att läkarundersökning har genomförts av behörig läkare enligt gällande tidsintervall och att beslut om den särskilda tvångsåtgärden är motiverat utifrån klinisk bedömning samt gällande lagstiftning. Vidare kontrolleras att blankett i original inkommit utan dröjsmål samt att blanketten är underskriven av chefsöverläkare eller den som har chefsöverläkarens uppdrag att fatta dessa beslut. Underrättelserna granskas av inspektörer med olika bakgrund och kompetens, exempelvis jurist, psykiatrisjuk-

[22] Uppgifter från IVO som lämnats till utredningen via myndighetens expert i utredningen 2021-12-10.
[23] Inspektionen för vård och omsorgs hemsida. https://www.ivo.se/yrkesverksamma/jag-ar-anmald-vad-hander-nu/jag-utreds-av-ivo/, uttag 2022-05-22.
[24] 19, 19 a, 20, 20 b, 22 c §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

sköterska eller läkare. Om underrättelsen är ofullständig, begär IVO in nödvändiga kompletteringar från vårdgivaren. Om IVO finner brister tar myndigheten ställning till fortsatt utredning i ett särskilt ärende. Om det finns skäl till det kan IVO besluta om en utvidgad tillsyn (initiativärende). I sådana fall har IVO möjlighet att i beslut ställa krav på åtgärder men även att rikta föreläggande, med eller utan vite, mot aktuell verksamhet.

Vad innebär då en domstolsprövning? Det som kan prövas i domstol är, enkelt uttryckt, huruvida åtgärden haft lagstöd. Underlag för domstolens prövning utgörs i normalfallet av dokumentation i form av patientens journal samt i förekommande fall uppgifter som lämnas muntligen vid förhandlingen. Om det inte är uppenbart obehövligt ska förvaltningsrätten höra en lämplig sakkunnig vid den muntliga förhandlingen. Vid förhandlingen får den sakkunnige, i syfte att få upplysning om omständigheter som är av betydelse för dennes uppgift, ställa frågor till chefsöverläkaren och patienten (37 andra stycket § LPT, 21 b LRV). I förarbeten till bestämmelsen har regeringen uttalat att det måste vara en rättssäkerhetsgaranti för den enskilde att en annan läkare än den som har det yttersta behandlingsansvaret för honom eller henne får lämna sin uppfattning i målet. Det kan också vara så att vetskapen om att ytterligare en läkare kan komma att granska chefsöverläkarens ställningstagande i målet, gör att chefsöverläkaren överväger sin uppfattning i målet mer noggrant än om möjligheten att förordna om sakkunnig inte fanns. I förarbetena uttalar regeringen vidare att det vid en samlad bedömning finns övervägande skäl för att huvudregeln bör vara att sakkunnig ska förordnas i mål enligt LPT och LRV. Det måste dock finnas undantag från huvudregeln att länsrätten ska förordna sakkunnig. Länsrätten ska kunna underlåta att förordna sakkunnig till exempel i de fall när länsrätten nyligen har prövat samma fråga och inga nya omständigheter har tillkommit.[25]

Inom ramen för forskningsprojektet *Expertis, evidens och etik i beslut om psykiatrisk tvångsvård – det vetenskapsteoretiska gränslandet mellan juridik och medicin,* intervjuades ett antal domare i förvaltningsrätter om sin syn på psykiatrimål. Det konstateras i studien att många av de resonemang som domarna ger uttryck för bygger på och relaterar till medicinska faktorer, och förutsätter viss kunskap på psykiatrins område. Relationen mellan juridik och medicin i dessa

[25] Prop. 1999/2000:44 *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård* s. 104 f.

mål, liksom relationen mellan jurister och läkare, är emellertid komplicerad. En central diskussion i intervjuerna handlar om gränslandet mellan juridik och medicin under de muntliga förhandlingarna. Domarna uttrycker frustration över att det känner sig tvungna att lita på att det som läkarna anför i målet verkligen är sant (det vill säga vad som de facto inträffat innan och under vården). Dessutom framhålls att den egna bristande kunskapen gör att rätten inte har möjlighet att ifrågasätta medicinska bedömningar.[26]

Utredningens genomgång av domar i samtliga förvaltningsrätter under ett år (2019)[27], visar också att det är mycket ovanligt att domstolen bifaller överklaganden som avser intagningsbeslut. De granskade domarna avser fall då patienten klagat på ett beslut om intagning för psykiatrisk tvångsvård som fattats med stöd av 6 b, 11 eller 26 a §§. I dessa ärenden har domstolen prövat om förutsättningar för psykiatrisk tvångsvård förelåg vid tidpunkten för intagningsbeslutet, enligt 3 § LPT. Domstolen prövar om beslutet om intagning var riktigt och hade lagstöd. Ett sådant överklagande ska även anses innefatta en begäran om att tvångsvården ska upphöra. Domstolen gör alltså i dessa mål två bedömningar, dels om intagningsbeslutet var riktigt, dels om tvångsvården bör upphöra. Av de 891 domar som utredningen granskat, har domstolen i 12 fall bifallit överklagandet och upphävt intagningsbeslutet (det vill säga konstaterat att beslutet om intagning var felaktigt). Detta innebär att i endast 1,35 procent av fallen ”fick patienten rätt”. Det kan noteras att när sakkunnig och chefsöverläkare tycker olika, har domstolen gått på den sakkunniges linje. I två ärenden gick domstolen emot både chefsöverläkare och sakkunnig. När domstolen upphävde intagningsbesluten, ledde det till att patienten skrevs ut i 7 fall och i 5 fall hade tvångsvården redan upphört vid domstolsprövningen. I majoriteten av ärendena (8) bedömde domstolen att intagningsbeslutet var felaktigt eftersom patienten inte led av en allvarlig psykisk störning vid intagningstidpunkten. I två fall förelåg formellt fel, eftersom beslut om intagning fattades senare än 24 timmar från det att patienten kom till vårdavdelningen. I övriga ärenden ansåg domstolen att patienten inte hade ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, vilket är ett av rekvisiten i 3 § LPT.

[26] Kindström Dahlin, Moa, Radovic, Susanna & Eriksson, Lena (2017). ”*Juridiken måste gå ihop*” *– Domarens tillämpning av offentligrättsliga principer vid muntliga förhandlingar i psykiatrimål*, Nordisk Socialrättslig Tidskrift, nr 1–2, s. 43–80.

[27] Utredningen har valt år 2019 av det skälet att det är senaste året som inte påverkades av pandemin.

Organisationen Civil Rights Defenders undersökte 2017 samtliga domslut från förvaltningsrätterna i Luleå, Linköping och Malmö i syfte att utreda i vilken mån domstolarna gör en självständig bedömning av patienters behov av fortsatt tvångsvård eller övergång mellan sluten och öppen tvångsvård. Kartläggningen visade enligt organisationen att domstolarna i mycket stor utsträckning använder sig av standardformuleringar i domskälen i mål. Formuleringarna hänvisar genomgående till chefsöverläkarens bedömning eller till den medicinska utredningen som chefsöverläkaren presenterat, utan att närmare specificera vilka omständigheter som avses. Kartläggningen visade vidare att det är mycket ovanligt att förvaltningsrätten dömer mot chefsöverläkarens bedömning och mycket ovanligt att den medicinskt sakkunnige uttrycker en annan mening än chefsöverläkaren.[28]

Ett beslut om intagning enligt 3 § LPT är ett beslut som fattas utifrån en medicinsk bedömning såvitt gäller den omständigheten att det ska föreligga en allvarlig psykisk störning. Därutöver ska en rad andra förutsättningar vara uppfyllda; ett oundgängligt vårdbehov som inte kan tillgodoses på annat sätt än att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnetruntvård – eller behöver iaktta särskilda villkor – och att patienten motsätter sig sådan vård eller det finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med samtycke. Att endast drygt en procent av samtliga överklaganden om intagningsbeslut lett till bifall indikerar enligt utredningen att domstolen i princip måste förlita sig på att chefsöverläkarens beslut varit medicinskt motiverat och riktigt. Det kan diskuteras på vilket sätt en sådan domstolsprövning av ett medicinskt beslut innebär en reell förbättring av rättssäkerheten för den enskilde patienten jämfört med de möjligheter till oberoende prövning som erbjuds genom den övriga hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

6.2.6 Kan en ny medicinsk bedömning öka patientens rättssäkerhet?

I sitt remissvar på betänkandet *För barnets bästa?* (SOU 2017:111) skrev Justitieombudsmannen (JO) att det framstår som mycket angeläget med någon form av oberoende, ny bedömning av tillgängliga behandlingsalternativ så länge patienten inte erbjuds möjlighet till en

[28] Civil Rights Defenders/Riksförbundet för social och mental hälsa. 2020. *Inlåst – men inte utan rättigheter*, s. 71.

formell överprövning av den synnerligen integritetskränkande åtgärd som påtvingad behandling utgör.[29]

Enligt 10 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt 8 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska en patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada få möjlighet att inom eller utom den egna regionen få en ny medicinsk bedömning. Patienten ska erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat. Förarbetena till bestämmelserna ger inte någon närmare vägledning beträffande vad som kan anses vara en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada. Psykiatrilagsutredningen föreslog 2012 att regeringen skulle ge Socialstyrelsen i uppdrag att utforma anvisningar för vad som räknas som ”livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada”. I utredningen nämndes ECT-behandling och långvarig behandling med samma läkemedel utan att tillståndet förbättrats som exempel på behandlingar som borde kunna motivera en ny medicinsk bedömning. Utredningens förslag genomföres dock inte. Att lida av en så allvarlig psykisk störning och ha ett sådant oundgängligt behov av psykiatrisk vård att beslut om behandling med tvång aktualiseras, måste enligt utredningens uppfattning alltid anses uppfylla kriterierna för en särskilt allvarlig sjukdom. Några särskilda anvisningar när det gäller tvångsvårdade patienter torde därför inte behövas. När det gäller sondmatning mot en patients vilja eller medicinering för att mildra ett akut pågående självskadebeteende, handlar det bokstavligen om en livshotande sjukdom. Att patienter som vårdas enligt LPT eller LRV begär och erbjuds en ny medicinsk bedömning är emellertid, såvitt utredningen har kunnat utröna genom en dialog med verksamhetsföreträdare, mycket ovanligt. Omständigheterna inför, under och omedelbart efter en behandling som skett utan samtycke är ofta sådana att information om patientens rättigheter och vårdens skyldigheter kan vara svåra att förmedla. Den grundläggande premissen för situationen är att patienten har ett oundgängligt behov av vård, men att samtycke till vårdinsatsen inte är möjligt att inhämta. I den akuta situationen saknas sannolikt i regel förutsättningar för vårdgivaren att informera patienten om dennes

[29] Justitieombudsmannen. (2018). *Yttrande över betänkandet För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård* (SOU 2017:111), dnr R10-2018.

rättigheter enligt PL, däribland möjligheten till en ny medicinsk bedömning. Däremot ska vårdgivaren (chefsöverläkaren) enligt 18 a § LPT (8 § LRV), så snart patientens tillstånd tillåter det, se till att patienten erbjuds ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd. Av förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår att det i patientens journal ska anges tidpunkten när erbjudande om uppföljningssamtal lämnades till patienten, patientens inställning till erbjudandet och, i förekommande fall, tidpunkten då samtalet genomfördes. Det finns emellertid inte reglerat vilken information vårdgivaren ska lämna vid uppföljningssamtalet. Enligt 48 § LPT (30 § LRV) ska en patient så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt att överklaga vissa beslut, anlita ombud eller biträde och få offentligt biträde. Lagen ska också finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna.

Ett sätt att få ökat genomslag för bestämmelserna i HSL och PL om en ny medicinsk bedömning inom den psykiatriska tvångsvården skulle kunna vara att införa en skyldighet för vården att informera patienten om denna möjlighet. Det kan för övrigt vara motiverat att överväga om en sådan skyldighet bör omfatta samtliga möjligheter som patienten har att få beslutet om tvångsåtgärden prövad av en oberoende instans. Vilka dessa är varierar beroende på vilken bestämmelse i LPT och LRV som beslutet stöds på – vissa beslut kan överklagas till förvaltningsdomstol, andra efter klagomål utredas av IVO. Även om samlad information om patientens rättigheter och möjligheter lämnats i samband med inskrivningen och upprättandet av vårdplanen, finns det enligt utredningen anledning att överväga skärpta krav på vårdgivaren att informera om detta efter beslut om enskilda tvångsåtgärder eller, enligt 48 § LPT (30 § LRV), så snart patientens tillstånd medger det.

6.3 Utredningens förslag och bedömningar

6.3.1 Beslut om tvångsåtgärder för att upprätthålla ordning eller säkerhet ska kunna överklagas

Förslag: Beslut om tvångsåtgärder som syftar till att upprätthålla ordning eller säkerhet för patienten själv eller någon annan, ska kunna överklagas. Utöver de beslut som i dag är överklagbara innebär det att även följande beslut ska kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol:

- beslut om kvarhållning enligt 6 § första stycket LPT,
- beslut om användandet av tvång för att hindra patienten att lämna vårdinrättningen enligt 6 § första stycket LPT,
- beslut om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning enligt 6 § andra stycket LPT,
- beslut om fastspänning och avskiljning under kvarhållande enligt 6 a § första stycket,
- beslut att det tvång får användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där denne ska vistas, för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården (18 § andra stycket LPT, 8 § LRV),
- beslut om kortvarig fastspänning med bälte eller liknande anordning (19 § LPT, 8 § LRV),
- beslut om kortvarig fastspänning med bälte av en patient som är under 18 år (19 a § LPT, 8 § LRV),
- beslut om att hålla en patient avskild från andra patienter (20 § LPT, 8 § LRV),
- beslut om att hålla en patient under 18 år avskild från övriga patienter (20 a § LPT, 8 § LRV),
- beslut om omhändertagande av teknisk utrustning (20 b § LPT, 8 § LRV),

- beslut om omhändertagande av egendom som kan skada patienten själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen (21 § 5 p. LPT, 8 § LRV),
- beslut om att undersöka försändelser till en patient, i syfte att kontrollera att försändelsen inte innehåller sådan egendom som nämns i 21 § (22 § LPT, 8 § LRV) samt
- beslut om kroppsvisitering och ytlig kroppsbesiktning (23 § LPT, 8 § LRV).

Skälen för utredningens förslag: Utredningens uppfattning är att enskilda beslut om tvång enligt LPT och LRV som syftar till att upprätthålla ordning eller säkerhet ska kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol och lämnar i detta betänkande författningsförslag i enlighet med detta. Skälen till utredningens ställningstagande kan sammanfattas enligt följande.

För det första, tvångsåtgärder inom ramen för tvångsvård innebär betydande ingrepp i den enskildes personliga frihet och integritet. Därför är kravet på rättssäkerhet centralt. Rättssäkerhet avser förhållandet mellan det allmänna och den enskilde och detta förhållande ska vara förutsebart och kontrollerbart. Tillåts maktutövare, exempelvis vårdpersonal inom tvångsvård, att göra skönsmässiga bedömningar finns risk att detta görs på bekostnad av förutsebarheten. Godtyckliga bedömningar är således inte acceptabla och rättsreglerna ska tillämpas på ett för den enskilde förutsägbart vis. I såväl RF som i EKMR, finns därför krav på legalitet i den offentliga maktutövningen.[30] Vården har stor makt över sina patienter och det är därför ur rättssäkerhetssynpunkt viktigt att det finns oberoende instanser dit patienten kan vända sig för att få beslut prövade.

Ett andra argument är att en patients möjlighet att i efterhand överklaga ett beslut om en tvångsåtgärd innebär högre krav på vårdgivaren att motivera beslutet, vilket kan bidra till att minska slentrianmässig eller annan felaktig användning av tvångsåtgärder som innebär en alltför extensiv tillämpning av gällande bestämmelser. Högre ställda krav på att vårdgivaren ska motivera enskilda beslut som inne-

[30] Bull, Thomas, Sterzel, Fredrik (2015). *Regeringsformen – en kommentar* Legalitetsprincipen kan allmänt sägas innebära att all maktutövning ska vara grundad på lag eller annan föreskrift. Legalitetsprincipen kommer till uttryck i Regeringsformen 1 kap. 1 § tredje stycket, ”Den offentliga makten utövas under lagarna”. I Europakonventionen för mänskliga rättigheter är det artikel 7 som ger uttryck för legalitetsprincipen.

bär tvång och att dessa motiv finns tydligt dokumenterade, kan leda till att vårdgivaren fäster större vikt vid att säkerställa att de förutsättningar som måste vara uppfyllda vid tvångsvård också är det.

För det tredje kan utredningen konstatera att det inom sådan verksamhet som styrs av LVU och LSU finns möjlighet att besluta om vissa tvångsåtgärder av i princip samma slag som inom psykiatrisk tvångsvård. Det gäller vård i enskildhet eller avskildhet, kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning och övervakning brev och andra försändelser. Samtliga av dessa åtgärder är möjliga att överklaga enligt LVU och LSU, men inte inom psykiatrisk tvångsvård. Likaså är det enligt LVM möjligt att överklaga ett beslut om vård i enskildhet eller avskildhet. Även om hälso- och sjukvården och socialtjänsten skiljer sig åt i flera viktiga avseenden är det, enligt utredningen, svårt att motivera varför i princip samma åtgärder ska vara möjliga att överklaga när de tillämpas i en verksamhet, men inte i en annan. Patienter i den slutna psykiatriska tvångsvården har också ett beaktansvärt intresse att i efterhand få beslut om frihetsinskränkande åtgärder prövade.

Vidare kan som argument för utredningens förslag erinras om att överklagbara beslut ska motiveras och delges den enskilde med överklagandehänvisning. Även om detta inte behöver ske skriftligen, såvida inte den enskilde begär ett skriftligt beslut (jfr 33 § förvaltningslagen (2017:900), bör det av journalen framgå att så skett. I den meningen innebär ökade överklagandemöjligheter stärkt rättssäkerhet för den enskilde genom tydligare dokumentationskrav på vården.

En synpunkt som återkommande framförts, bland annat av SKR, när det gäller överklagbarhet av beslut inom hälso- och sjukvårdsverksamhet är att det skulle innebära en icke önskvärd juridifiering av medicinska beslut att en domstol prövar om ett enskilt beslut har laglig grund. Som utredningen pekat på i det föregående avsnittet kan beslut om tvångsåtgärder dock ha olika syften. Att göra en distinktion mellan sådana beslut som avser vårdens medicinska innehåll och sådana beslut som syftar till att skapa förutsättningar för att kunna ge vård, kan enligt utredningen vara vägledande när det gäller att ta ställning till vilka beslut som ska vara möjliga att överklaga. Att skapa förutsättningar för god vård handlar inom den psykiatriska tvångsvården ofta om säkerhet för den enskilde patienten eller för andra patienter och personal. Om det föreligger en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, är patienten i

regel i stort behov av vård. Ett beslut om fastspänning kan då vara en förutsättning för att kunna ge god vård, men är inte i sig att betrakta som ett medicinskt beslut på samma tydliga sätt som ett beslut om exempelvis läkemedelstillförsel. På samma sätt har en patient som avskiljs förvisso i normalfallet ett stort vårdbehov, men själva avskiljningen får endast tillämpas om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller, såvitt avser vuxna patienter, störande beteende, allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Det handlar således inte uttryckligen om ett medicinskt vårdbeslut rörande den enskilde patient som avskiljs. Även beslut om omhändertagande av viss egendom, kroppsvisitering och ytlig kroppsbesiktning samt undersökning av försändelser till en patient har det gemensamt att de syftar till att skapa förutsättningar för god vård genom att upprätthålla ordning och säkerhet. Mot denna bakgrund har utredningen kommit till slutsatsen att en möjlighet att överklaga sådana beslut om tvång som fattas i syfte att säkerställa ordning och säkerhet, inte innebär någon icke önskvärd juridifiering av medicinska beslut. Med hänsyn till att sådana tvångsåtgärder innebär mycket långtgående ingrepp i den enskildes personliga frihet och integritet, är det enligt utredningen motiverat att sådana beslut är möjliga att överklaga till allmän förvaltningsdomstol. Hälso- och sjukvårdens system för klagomål till patientnämnd och IVO samt möjlighet till ny medicinsk bedömning, kan förvisso fylla en viktig funktion även vid sådana beslut om tvång i syfte att säkerställa ordning och säkerhet, men torde generellt sett vara mer lämpligt för prövning och granskning av medicinska beslut och åtgärder.

Bestämmelserna som omfattas av utredningens förslag

En patient som hålls kvar enligt 6 § får kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning eller kortvarigt hållas avskild från de andra patienterna

Bestämmelsen i 6 a § LPT reglerar förutsättningarna för att kunna besluta om sådana tvångsåtgärder som regleras i 19, 19 a, 20, 20 a §§ LPT, även under en period då en patient hålls kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning har avgjorts. En närmare beskrivning och redovisning av motiven för utredningens förslag att beslut

om fastspänning och avskiljning ska vara möjliga att överklaga framgår av kommentarerna till huvudbestämmelserna nedan.

Även beslutet om kvarhållning, som avser en frihetsberövande åtgärd för vilken den enskilde åtnjuter ett skydd enligt 2 kap. 8 § RF, ska kunna överklagas, liksom användningen av sådant tvång som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningen och för att upprätthålla ordningen och tillgodose säkerheten i vården.

Det tvång får användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där denne skall vistas, för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården (18 § andra stycket LPT, 8 § LRV)

I 18 § första stycket LPT (8 § LRV) föreskrivs att en patient får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han ska vistas. Det kan exempelvis handla om att låsa dörrar och fönster. Utredningen föreslår inte att överklagandemöjligheten ska omfatta paragrafens första stycke, eftersom det svårligen kan preciseras vilket särskilt beslut som överklagandet skulle avse, exempelvis om det gäller ett låst fönster eller en dörr.

Av andra stycket framgår att det tvång får användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där denne ska vistas, för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården. Sådana tvångsåtgärder kan exempelvis handla om att fysiskt hindra en patient genom fasthållning. Beslut om sådant tvång ska enligt utredningens förslag vara möjligt att överklaga.

Det har diskuterats huruvida hindrande enligt 18 § LPT (8 § LRV) är att betrakta som en särskild tvångsåtgärd.[31] Det skulle kunna argumenteras för att det följer av ett beslut enligt 6 b § LPT om intagning för tvångsvård – och senare av beslut om förlängning av vårdtiden – att patienten får hindras från att lämna vårdinrättningen. Ett annat sätt att se på förhållandet mellan de olika bestämmelserna är att frihetsberövandet i form av intagning är en åtgärd som följer av chefsöverläkarens, och senare förvaltningsrättens beslut, medan ett hindrande är en särskild tvångsåtgärd som får vidtas därutöver. Utredningens

[31] Se bl.a. Gustafsson, Ewa (2010). *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet*, s. 349 f.

uppfattning är att den senare argumentationslinjen är den rimliga. Utredningen kan vidare konstatera att inte heller när det gäller beslut om att hindra en patient att lämna vårdinrättningen ställs några närmare krav på journaldokumentation utöver vad som föreskrivs i FPRV[32], vilket inte omfattar en uttrycklig redovisning av motiven till hindrandet. Beslut med stöd av 18 § LPT (8 § LRV) kräver inte heller underrättelse till IVO. Med tanke på den ytterst påtagliga frihetsinskränkning som hindrande enligt 18 § andra stycket LPT (8 § LRV) kan innebära, är det enligt utredningen motiverat att sådana beslut ska kunna överklagas. I sammanhanget bör påpekas att det, enligt vad utredningen erfar, förekommer att även frivilligt vårdade patienter hindras från att lämna psykiatriska vårdinrättningar. Varken HSL, LPT eller LRV medger ett sådant förfarande som dessutom strider mot såväl RF som EKMR. Det är också fundamentalt att dokumentationen är så tydlig att vårdpersonalen har klart för sig om det är fråga om en tvångsvårdad eller frivilligt intagen patient. I annat fall riskerar tvångsåtgärder att användas i fall där det inte är tillåtet. Det är en stor risk att patienter blir utsatta för tvångsåtgärder som inte är tillåtna när det på en och samma vårdinrättning vårdas patienter för vilka olika regelverk är tillämpliga.[33]

Om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar sig själv eller någon annan, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning (19 § LPT, 8 § LRV) Om det finns en omedelbar fara för att en patient som är under 18 år lider allvarlig skada och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga får patienten spännas fast med bälte (19 a § LPT, 8 § LRV)

I 19 § LPT regleras förutsättningarna för fastspänning av vuxna patienter och i 19 a § LPT för patienter som är under 18 år. I kommentarer till bestämmelsen påpekas att bestämmelsen främst tar sikte på hastigt uppkomna faresituationer som inte kan bemästras på något annat sätt än genom att patienten spänns fast med bälte. Det ska vara fråga om risk för en allvarlig fysisk skada.[34]

[32] Förordning (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

[33] Se bl.a. Gustafsson, Ewa (2010). *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet.*

[34] Se Gylling Lindqvist, Cecilia, lagkommentar till 19 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, Karnov (JUNO), uttag 2022-01-19.

Som utredningen kommenterat tidigare förekommer det relativt ofta att fastspänning tillämpas i syfte att möjliggöra en medicinsk behandling utan samtycke, exempelvis injektionsbehandling eller sondmatning. JO har, som tidigare nämnts, i ett initiativärende från september 2021 inom ramen för en granskning av vissa frågor rörande barns rättsliga ställning inom den psykiatriska heldygnsvården, gjort vissa uttalanden om detta.[35] JO konstaterar att det inte är närmare reglerat vilket tvång som vårdpersonalen har rätt att använda för att få till stånd en behandling utan samtycke med stöd av 17 § LPT. JO anser att det rättsliga stödet för den tvångsanvändning som faktiskt äger rum inom tvångsvården i dag kan ifrågasättas.

Det ingår inte i utredningens uppdrag att lämna förslag till förändringar av rekvisiten i 19 § och 19 a § LPT (8 § LRV) om fastspänning och bältesläggning. Dock delar utredningen JO:s uppfattning att det är tveksamt om alla situationer då fastspänning i praktiken används för att möjliggöra behandling utan samtycke, uppfyller lagens rekvisit om omedelbar fara. Mot bakgrund av bestämmelsens relativa vaghet och tvångsåtgärdens synnerligen ingripande karaktär, är det enligt utredningen motiverat att beslut som fattas med stöd av 19 och 19 a §§ LPT (8 § LRV) är möjliga att överklaga. Detta kan bidra till utvecklande av rättspraxis och därmed ökad rättssäkerhet för patienten. Utredningens uppfattning är dock att beslutet om fastspänning ska ses skilt från beslutet om den medicinska behandlingen. Som framgår av avsnitt 6.3.3 har utredningen valt att redovisa två olika alternativ när det gäller överklagbarhet av beslut om behandling utan samtycke enligt 17 § LPT (6 § LRV). Om lagstiftningen utformas i enlighet med utredningens förslag i detta avsnitt i kombination med alternativ 1 i avsnitt 6.3.3, innebär det att beslut om fastspänning kan prövas av en domstol, men inte beslutet om den medicinska behandlingen. Att tvångsåtgärden fastspänning kan överprövas av en juridisk instans medan det medicinska beslutet i stället prövas inom ramen för hälso- och sjukvårdens system för klagomål till IVO samt möjlighet till ny medicinsk bedömning skulle, enligt utredningen kunna vara en ändamålsenlig rollfördelning mellan de respektive oberoende instanserna.

[35] Justitieombudsmannen. (2021). *Uttalanden i vissa frågor om tvångsanvändning vid psykiatrisk heldygnsvård av underåriga patienter*, dnr 2782-2018.

En patient får hållas avskild från andra patienter (20, 20 a §§ LPT, 8 § LRV)

I 20 § LPT (8 § LRV) föreskrivs att en patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Avsikten är att bestämmelsen ska komma till användning endast i rena undantagssituationer och då främst i skyddssyfte. Avskiljning av personer under 18 år regleras i 20 § a (8 § LRV) och i den bestämmelsen har ett tillägg gjorts om att det måste vara uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga samt att störande beteende inte är ett rekvisit.[36]

Som utredningen kommenterat tidigare skiljer sig bestämmelserna om avskiljning från övriga bestämmelser om tvångsåtgärder på så vis att de inte överhuvudtaget förefaller ta sikte på den enskilde patientens (den som avskiljs) säkerhet eller förutsättningar att vårdas, utan endast på försvårandet av vården av andra patienter. Att isolera en patient endast med hänvisning till att det är en förutsättning för att kunna vårda andra patienter, måste anses vara en mycket ingripande inskränkning i dennes individuella fri- och rättigheter. Eftersom avskiljningen inte ska göras av omsorg om den patient som avskiljs, framstår det enligt utredningen som uppenbart att beslut om avskiljning inte är ett medicinskt beslut och att det därför är motiverat att det kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

En patient får inte inneha egendom som kan skada honom eller henne själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen. Påträffas sådan egendom ska den omhändertas (21 § 5 p. LPT, 8 § LRV)

Utredningen föreslår att det införs en möjlighet att överklaga beslut enligt den femte punkten i 21 § LPT (8 § LRV) som föreskriver att sådan egendom ska omhändertas som kan skada patienten själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen. Huvudskälet till att utredningen anser att sådana beslut ska vara överklagbara är att bestämmelsen ger utrymme för olika tolk-

[36] En patient som är under 18 år får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att han eller hon genom aggressivt beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga. (20 a § lagen [1991:1128] om psykiatrisk tvångsvård).

ningar, varför utvecklande av praxis vore önskvärt. I förarbetena till lagstiftningen (prop. 1990/91:58 s. 262) uttalades att ”annan egendom” som kan vara till skada för patienten eller till men för vården kan vara till exempel gamla läkemedel samt vapen och tillhyggen som kan innebära risker för såväl patienten som andra patienter och vårdpersonal. JO uppmärksammade i ett initiativärende från 2012 att en LRV-inrättning med hänvisning till 21 § LPT utfärdat generella ordningsregler som innebar förbud för patienterna att inneha vissa typer av dator- och tv-spel. Spel som kan spelas via en dator eller en tv omfattas enligt JO av den informationsfrihet som stadgas i 2 kap. 1 § RF. Enligt JO är det inte självklart att 21 § LPT, som den är utformad, innefattar en sådan i lag tillåten begränsning av den grundlagsskyddade informationsfriheten som avses i 2 kap. 20 § RF. JO ansåg att det kan finnas anledning att se över lagstiftningen i dessa avseenden. JO konstaterade vidare att beslut enligt 21 § LPT inte kan överklagas. Bestämmelsen är dock inte helt okomplicerad att tillämpa. Även i andra fall än det aktuella kan det vara svårt att bestämma vad som ingår i begreppet ”annan egendom”. En överklagandemöjlighet skulle kunna bidra till att, genom utveckling av praxis, skapa en enhetlig rättstillämpning och vara till stöd för de bedömningar som görs vid sjukvårdsinrättningarna. Det skulle även bidra till en ökad rättssäkerhet för dem som vårdas vid klinikerna.[37]

I ett senare ärende från 2020 återkom JO till frågan om den relativa vagheten i begreppet ”annan egendom”. JO kritiserade en vårdinrättning som förbjöd patienter att inneha sina egna journalhandlingar. JO skrev att det enligt myndighetens bedömning inte är givet att journalhandlingar kan anses utgöra ”annan egendom” som kan skada patienten själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen, i den mening som lagstiftaren avsett. JO skrev vidare att det samtidigt, med hänsyn till lagtextens utformning, inte är uteslutet att bestämmelsen skulle kunna anses omfatta även journalhandlingar Av rättssäkerhetsskäl är det emellertid viktigt att det klart framgår av lagen vilka tvångsåtgärder som får vidtas inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården. I ärendet konstaterade JO också att ett beslut enligt 21 § p. 5 LPT inte kan överklagas och uttalade att en överklagandemöjlighet bland annat skulle bidra till ökad rättssäkerhet. JO avslutade ärendet

[37] Justitieombudsmannen. (2014). *Initiativärende. Kritik mot Rättspsykiatriska kliniken i Örebro, Örebro läns landsting, för klinikens generella ordningsregler om dator- och tv-spel*, dnr 170-2012.

med att, i enlighet med 4 § lagen (1986:765) med instruktion för Riksdagens ombudsmän, väcka fråga om översyn av lagstiftningen i de hänseenden som berördes i ärendet.[38]

Utredningen delar JO:s uppfattning och anser att bestämmelsen om omhändertagande av allmän egendom är så allmänt formulerad att det kan innebära en rättssäkerhetsrisk för patienten att beslut i enlighet med bestämmelsen inte kan överklagas. Det kan också konstateras att vårdgivaren inte är skyldig att underrätta IVO efter beslut med stöd av 21 § LPT (8 § LRV). Möjligheten att vända sig till en patientnämnd och därefter till IVO med ett enskilt klagomål finns förvisso, men när det gäller en prövning av bestämmelsens tillämpning i relation till bland annat regeringsformen, torde en förvaltningsdomstol generellt sett vara en lämpligare oberoende instans än en tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård.

Vad beträffar beslut med stöd av övriga punkter i 21 § LPT (8 § LRV) är det utredningens bedömning att dessa inte bör kunna överklagas. Att vårdgivaren får omhänderta narkotika, alkohol, dopingmedel injektionssprutor och omhändertagande av andra föremål som är särskilt ägnade att användas för missbruk förefaller vara väl motiverat ur såväl ordnings- och säkerhetssynpunkt som av medicinska skäl. Det är relativt tydligt vilka föremål som avses och utredningen kan inte se tillräckliga skäl för varför en patient ska kunna få ett sådant omhändertagandebeslut prövat i domstol. Dessutom kan beslut om att förstöra eller sälja sådan egendom överklagas i enlighet med 24 § LPT.

Chefsöverläkaren får besluta att försändelser till en patient får undersökas för kontroll av att de inte innehåller sådan egendom som avses i 21 § (22 § LPT, 8 § LRV)

Utredningen redovisar i kapitel 8 förslag till skärpningar av vårdgivares möjligheter att tillse att otillåtna föremål inte tas in på LRV-inrättningar med säkerhetsnivå 3 genom allmän kontroll vid inpassering och av försändelser. När det gäller LPT-inrättningar inom allmänpsykiatrin föreslås inte motsvarande utökande av möjligheterna till allmän kontroll. Dock har vårdgivare genom nuvarande bestäm-

[38] Justitieombudsmannen. (2020). *Allvarlig kritik mot Rättspsykiatri Vård Stockholm, sektion Syd, för ordningsregler som innebär ett generellt förbud mot viss muntlig kommunikation och innehav av journalhandlingar. Även kritik för bristfällig dokumentation*, dnr 5634/2017.

melser en möjlighet att besluta att försändelser till en patient får undersökas. Syftet är att kontrollera att försändelser inte innehåller sådan egendom som avses i 21 § LPT. Rätten till förtrolig kommunikation skyddas av 2 kap. 6 § RF. Utredningen anser att en sådan granskning innebär en inte obetydlig inskränkning i den enskilde patientens fri- och rättigheter. Beslutet är inte av medicinsk karaktär och föranleder heller inte någon underrättelse till IVO. Patientens journal ska enligt 2 § 12 p. FPRV innehålla uppgift om omhändertagen egendom och om kontroll av försändelser, men det föreskrivs inte närmare om skälen till kontrollen ska framgå av journalen. Sammantaget innebär detta att det inte ställs några egentliga krav på vårdgivaren att motivera varför kontrollen gjorts och det blir därmed svårt att följa upp om beslutet haft lagstöd. Ur rättssäkerhetssynpunkt är det angeläget att en så ingripande åtgärd som att öppna en försändelse till en enskild patient kan prövas av en oberoende instans. Utredningen föreslår därför att ett beslut i enlighet med 22 § LPT (8 § LRV) ska vara möjligt att överklaga till allmän förvaltningsdomstol.

Chefsöverläkaren får besluta om att en patient ska kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas (23 § LPT, 8 § LRV)

I 23 § LPT (8 § LRV), som föreskriver att vårdgivaren (chefsöverläkaren) får besluta om att en patient ska kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas i syfte att kontrollera att han eller hon inte bär på sig sådan egendom som avses i 21 § eller, när det gäller en patient vars rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster är inskränkt, utrustning som avses i 20 b §. Var och en är enligt 2 kap. 6 § RF skyddad mot kroppsvisitation. Kroppsvisitering och ytlig kroppsbesiktning är ett ingrepp i den enskildes integritet i minst lika hög grad som kontroll av försändelser vilket motiverar att även beslut i enlighet med 23 § LPT bör vara möjliga att överklaga.

6.3.2 IVO ska utreda klagomål på överklagbara beslut

Förslag: Klagomål enligt 7 kap. 11 § första stycket patientsäkerhetslagen (2010:659) behöver inte utredas om det rör ett beslut som överklagats med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Skälen för utredningens förslag: Om beslut om tvångsåtgärder enligt §§ 18–23 LPT (8 § LRV) blir möjliga att överklaga till allmän förvaltningsdomstol, följer av 7 kap. 11 § patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, att IVO:s skyldighet att utreda klagomål på dessa beslut skulle begränsas. Enligt uppgifter till utredningen avslutas sådana klagomålsärenden rutinmässigt utan åtgärd av myndigheten. Att det förhåller sig på det viset bekräftas också av myndighetens interna vägledningsdokument, enligt vilket det framgår att myndigheten bestämt att den inte *ska* utreda klagomål på beslut som kan överklagas.[39] Det kan dock noteras att enligt lagens ordalydelse är det ingenting som hindrar att IVO utreder en fråga som enligt dagens lagstiftning *kan* överklagas, men myndigheten *behöver* inte göra det. Mot den bakgrunden kan ifrågasättas om en möjlighet att överklaga fler beslut i realiteten skulle innebära någon förstärkning av patientens rättssäkerhet, eftersom möjligheten att få ett klagomål utrett av IVO inte kompletteras, utan i praktiken ersätts, med en möjlighet att vända sig till en förvaltningsdomstol. De respektive instansernas utredningar är likartade i den meningen att de bygger på journaldokumentation, muntliga redogörelser och utlåtanden från patienten, företrädare för vården samt en medicinskt sakkunnig. Den juridiska kompetensen torde generellt sett vara högre i en förvaltningsdomstol, medan IVO generellt kan knyta en bredare och djupare medicinsk kompetens till sin utredningsverksamhet, än vad en enskild medicinskt sakkunnig i en domstol kan representera. Mot den bakgrunden är det utredningens bedömning att en allmän förvaltningsdomstol sammantaget är bättre lämpad än IVO att som oberoende instans pröva om beslut som avser ordning och säkerhet har fattats på laglig grund. Dock kan patientsäkerhetsaspekterna vara synnerligen viktiga även i sådana fall, varför det vore olyckligt om överklagandemöjligheten innebar att inga sådana tvångsåtgärder för-

[39] Inspektionen för vård- och omsorg, *Vägledning för handläggning och bedömning*, Delprocess 3.4.1 Klagomål enligt PSL, version 5, 2019-10-01.

anledde en utredning av IVO om en patient eller närstående framfört ett klagomål.

Utredningen har övervägt att lämna ett förslag till ändring i 7 kap. 11 § PSL med innebörden att IVO:s utredningsskyldighet ska gälla, oavsett om beslutet som klagomålet avser är möjligt att överklaga eller inte. En nackdel med detta skulle dock vara att både IVO och en domstol kan komma att granska samma beslut. Detta är inte ett effektivt användande av offentliga resurser och riskerar dessutom att leda till motstridiga beslut av de respektive instanserna. Efter att ha vägt för- och nackdelar med att kombinera utredningsskyldighet och överklagbarhet har utredningen valt att lämna ett förslag som innebär att IVO har en utredningsskyldighet även för klagomålsärenden som rör överklagbara beslut, dock inte om beslutet redan överklagats. Med en sådan ordning kompletterar de två instanserna varandra på ett sätt som sammantaget ger patienten goda möjligheter att få ett beslut prövat av en oberoende instans. IVO utreder frågor som inte primärt prövas av domstolen, exempelvis valet av medicinsk behandling (såvitt behandling utan samtycke inte blir möjligt att överklaga, vilket är ett av utredningens två alternativ) och om vårdgivaren fullgjort sina skyldigheter att informera patienten med mera. En möjlig nackdel med en sådan ordning är att patienten ställs inför ett val att antingen vända sig till IVO med ett klagomål, eller överklaga beslutet till domstol. Även om det utifrån ett systemperspektiv är rimligt att instanserna på detta sätt kompletterar varandra, är det viktigt att varje patient som vill få ett beslut prövat ges förutsättningar att fatta ett informerat beslut och förstår att valet av den ena möjligheten innebär att avsäga sig den andra.

Ansvaret för att identifiera de klagomålsärenden som gäller beslut som även har överklagats, bör enligt utredningen åligga IVO. Om det inte framgår av ärendet bör myndigheten, baserat på vilken vårdgivare och region som ärendet avser, relativt enkelt kunna kontrollera med berörd förvaltningsrätt om patienten även vänt sig dit.

När det gäller beslut om tvång som syftar till att upprätthålla ordning eller säkerhet bör påpekas att IVO också spelar en viktig roll genom sin uppgift att granska de underrättelser som utan dröjsmål ska skickas till IVO efter beslut om tvångsåtgärder som överstiger en viss tid. Detta innebär en möjlighet för IVO att granska patientsäkerhetsaspekter av besluten, även om utredningsskyldigheten upphört på grund av att patienten valt att överklaga beslutet. Genom ett

systematiskt arbete med underrättelserna kan IVO också följa användningen av tvångsåtgärder över tid, identifiera regionala skillnader och besluta om en utvidgad tillsyn (initiativärende).

6.3.3 Möjlighet att överklaga beslut om behandling utan samtycke – två alternativ

Bedömning och förslag: Det finns tungt vägande skäl både för och mot att ett beslut om behandling utan samtycke enligt 17 § LPT och 6 § LRV ska vara möjligt att överklaga till allmän förvaltningsdomstol. Utredningen har därför valt att redovisa två alternativ till fortsatt hantering av frågan:

Alternativ 1: Den nuvarande regleringen lämnas oförändrad såvitt avser överklagandemöjligheten, det vill säga ett beslut om behandling utan samtycke enligt 17 § LPT och 6 § LRV är inte möjligt att överklaga till allmän förvaltningsdomstol.

Alternativ 2: En ny bestämmelse förs in i 32 a § LPT med hänvisning till LRV med innebörden att patienten till allmän förvaltningsdomstol får överklaga ett beslut om behandling utan samtycke enligt 17 § LPT och 6 § LRV.

Eftersom alternativ 2 innebär förslag till en ny bestämmelse i LPT har utredningen utformat författningsförslag och författningskommentar för detta alternativ så att ett beredningsunderlag finns om detta alternativ väljs.

Bedömning: Ett tydliggörande av rättsläget när det gäller vilket tvång som får användas för att genomföra behandling utan samtycke är angeläget. Regeringen bör därför tillsätta en ny utredning med uppdraget att analysera de rättsliga förutsättningarna för behandling med tvång inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt lämna nödvändiga författningsförslag som kan bidra till att tydliggöra vårdens befogenheter och patientens rättigheter inom tvångsvården. Utredningen bör i sitt arbete bland annat beakta hur tvångsvårdslagstiftningen är utformad i Norge och Danmark.

Utredningens övergripande bedömning och slutsats

Utredningens principiella uppfattning är att medicinska behandlingsbeslut, även om de fattas utan samtycke, i första hand bör prövas inom ramen för hälso- och sjukvårdens system för tillsyn och klagomål samt genom patientens möjlighet att välja behandlingsalternativ och erbjudas ny medicinsk bedömning. Vårdens förutsättningar att bedriva en effektiv vård av god kvalitet i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet riskerar att försämras om enskilda beslut om vårdens medicinska innehåll kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol. En tillämpning av denna princip skulle innebära att ett beslut om behandling utan samtycke enligt 17 § LPT och 6 § LRV även fortsättningsvis inte ska vara möjligt att överklaga till domstol. Detta ställningstagande kompliceras emellertid av att rättsläget i dag är oklart när det gäller vårdens befogenheter att använda tvång vid behandling utan samtycke. Bestämmelserna om fastspänning medger inte uttryckligen att patienter får spännas fast för att möjliggöra exempelvis läkemedelstillförsel. Det finns inte heller någon bestämmelse som uttryckligen medger att patienten får hållas fast för att möjliggöra behandling. Ur rättssäkerhetssynpunkt är detta mycket otillfredsställande. Vidare bör den aktuella rättsprocess nämnas, i vilken det anförts att staten begått brott mot artikel 8 i EKMR genom att inte tillse att en patient kunnat överklaga ett beslut om tvångsmedicinering och få det upphävt (se avsnitt 6.2.4). Skulle utfallet av den processen bli att det utdöms ett skadestånd till patienten, kan det aktualisera ett behov av att förändra den svenska lagstiftningen.

Mot denna bakgrund är det utredningens slutsats att det principiella ställningstagandet att medicinska beslut i första hand bör prövas inom ramen för hälso- och sjukvårdens system och inte av en domstol måste ställas mot det mer pragmatiska ställningstagandet att, eftersom rättstillämpningen på det aktuella området inte är förutsebar och lagstödet delvis är oklart, behöver patientens rättssäkerhet omgående stärkas. Att införa en möjlighet att överklaga också beslut om behandling utan samtycke är ett sätt att, givet det oklara rättsläget och i avvaktan på ett förtydligande, stärka tvångsvårdade patienters rättssäkerhet.

Mot bakgrund av att det finns tungt vägande skäl såväl för som mot att göra det möjligt att överklaga beslut om behandling utan samtycke, har utredningen valt att redovisa två olika alternativ till fortsatt

hantering av frågan. Att utredningen har valt att benämna dem alternativ 1 respektive alternativ 2 är inte ett uttryck för utredningens preferens. Utredningen har valt att inte ta ställning för det ena eller andra alternativet.

Det första alternativet är att den nuvarande regleringen lämnas oförändrad såvitt avser överklagandemöjligheten, det vill säga ett beslut om behandling utan samtycke enligt 17 § LPT och 6 § LRV inte är möjligt att överklaga till allmän förvaltningsdomstol. Det andra alternativet är en ny bestämmelse i 32 a § LPT med hänvisning till LRV med innebörden att patienten till allmän förvaltningsdomstol får överklaga ett beslut om behandling utan samtycke enligt 17 § LPT och 6 § LRV.

Skälen för att inte införa en möjlighet att överklaga beslut om behandling utan samtycke (alternativ 1)

Skälen för att inte införa en möjlighet att överklaga beslut om behandling utan samtycke (alternativ 1) kan sammanfattas enligt följande.

För det första, hälso- och sjukvårdsverksamhet bygger på grundprincipen att patienterna ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Skyldigheten att tillhandahålla vård innebär inte att patienten själv kan bestämma om vården ska ges i den ena eller andra formen utan detta bestäms av patientens vårdbehov och andra omständigheter, till exempel tillgången till vårdplatser och prioriteringar i förhållande till andra vårdbehövande. Att få vård är således inte någon tydligt definierad och utkrävbar rättighet för den enskilde, utan innebär en skyldighet för vården att fatta de medicinska beslut som krävs för att uppnå nämnda mål. Av det skälet är en domstolsprövning med syfte att pröva den lagliga grunden för ett medicinskt behandlingsbeslut enligt detta sätt att argumentera mindre lämpligt. Även om rätten, utöver journaldokumentation och kompletterande uppgifter från chefsöverläkaren, kan inhämta utlåtande från en medicinskt sakkunnig, är det i praktiken svårt för rätten att pröva om det medicinska beslutet i sak var riktigt.[40] Bland annat av det skälet finns det andra system för att värna patientens

[40] Se till exempel Kindström Dahlin, Moa, Radovic, Susanna & Eriksson, Lena (2017). *”Juridiken måste gå ihop” – Domarens tillämpning av offentligrättsliga principer vid muntliga förhandlingar i psykiatrimål*, Nordisk Socialrättslig Tidskrift, nr 1–2, s. 43–80.

rätt, patientsäkerheten och möjligheten till ny medicinsk bedömning inom hälso- och sjukvården. Patientnämnderna, IVO:s utredningsskyldighet vid klagomål samt patientens möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt 7 kap. PL och till ny medicinsk bedömning enligt HSL och 8 kap. PL, ger sammantaget patienten goda möjligheter att få ett medicinskt beslut prövat av en oberoende instans.

Det bör också påpekas att det är en komplicerad fråga att ta ställning till vilken medicinsk vård och behandling en viss patient behöver i en viss situation och att på ett meningsfullt sätt definiera de rättigheter som ska garanteras i lagen. En legal rättighet innebär att det finns en förmån som är utkrävbar genom möjligheten att överklaga. Det är i det sammanhanget svårt att utforma adekvata sanktioner som är till nytta för den enskilde. Bland annat är tidsaspekten i allmänhet viktig om överprövningen ska ha något praktiskt värde för patienten.

Ett andra argument är att det måste vara möjligt för sjukvårdshuvudmännen att planera för och utforma hälso- och sjukvården på ett sådant sätt att det svarar mot befolkningens behov och önskemål inom ramen för tillgängliga resurser. En rätt att överklaga medicinska beslut innebär att det ytterst är domstolar som bedömer olika vårdbehov, avgör om åtgärder blivit riktigt utförda och väger behov i förhållande till nytta och resursutnyttjande. I ett sådant system inskränks utrymmet för kommunalt fattade demokratiska beslut om prioriteringar i vården i förhållande till befintliga resurser. En övergång från ett system som bygger på skyldigheter för huvudmän och sjukvårdspersonal till ett system som i stor utsträckning bygger på rättighetsbaserade principer blir därmed svårt att förena med sjukvårdshuvudmännens lagstadgade generella planeringsansvar för hälso- och sjukvård.

För det tredje har företrädare för verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård i dialog med utredningen pekat på risken att adekvat vård och behandling inte kommer ges i rätt tid, i den omfattning eller på det sätt som är medicinskt motiverat, om patienten ges möjlighet att överklaga det enskilda behandlingsbeslutet. Med andra ord kan förutsättningarna för att bedriva god vård äventyras. Behandlingen kan behöva avbrytas, vårdpersonal kan känna sig tvungen att avvakta med behandling med mera. Sammantaget riskerar detta att leda till sämre vårdresultat, längre vårdtider och därmed större lidande för patienterna. Det bör också i

sammanhanget påpekas att medicinska behandlingar kan innebära kortvariga men frekventa behandlingstillfällen. I förarbetena till bestämmelsen om behandling utan samtycke anges att avsikten inte är att beslut ska fattas vid varje tillfälle som patienten under en pågående behandlingsperiod ska ges en viss medicinering, utan tar sikte på mer övergripande behandlingsbeslut som ger befogenhet för övrig vårdpersonal att genomföra de vårdåtgärder som följer av ett sådant beslut.[41] Utredningen har dock i dialog med bland annat Socialstyrelsen informerats om att vissa regioner tolkar lagstiftningen så att det vid varje enskilt medicineringstillfälle krävs ett särskilt beslut i enlighet med 17 § LPT (6 § LRV). Detta får till följd att en möjlighet att överklaga varje sådant beslut kan innebära ett mycket stort antal överklaganden av enskilda beslut om medicinering och därmed en betydande belastning för domstolarna. En patient kan dessutom samtycka till det övergripande behandlingsbeslutet, men därefter motsätta sig en eller flera enskilda behandlingar. Detta komplicerar förutsättningarna för att genom en strikt juridisk prövning tillvarata patientens intresse.

Ett fjärde skäl till att ett beslut om behandling utan samtycke inte bör vara möjligt att överklaga handlar om IVO:s utredningsskyldighet. Enligt nuvarande bestämmelser i 7 kap. 11 § PSL är myndigheten inte skyldig att utreda beslut om åtgärder som *kan* överklagas. Av myndighetens vägledning för handläggning och bedömning framgår att myndigheten beslutat att myndigheten inte *ska* utreda sådana beslut. Myndigheten skriver ”IVO ska inte heller utreda klagomål rörande beslut som kan överklagas i domstol, till exempel beslut om intagning för tvångsvård, inskränkningar i patientens rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster och kontroll av försändelser.” Å andra sidan är det inget som hindrar att IVO utifrån dagens lagstiftning utreder även sådana klagomål, men man behöver inte göra det. Utredningen anser att det är otillfredsställande om utredningsskyldigheten inte skulle omfatta klagomål på beslut om tvångsåtgärder enligt 18–24 §§ LPT (8 § LRV), vilket skulle bli följden om dessa beslut blir överklagbara. Utredningen lämnar därför i avsnitt 6.3.2 nedan förslag till förändringar av PSL med innebörden att undantaget begränsas till klagomål som inkommit och där patienten även överklagat beslutet.

[41] Prop. 1990/91:58 *Om psykiatrisk tvångsvård, m.m.*, s. 257.

När det gäller behandling utan samtycke enligt 17 § LPT (6 § LRV) är det än viktigare att klagomål på sådana beslut utreds av IVO, eftersom det rör beslut om den medicinska vårdens innehåll och därmed patientsäkerhetsaspekter. Skulle beslut i enlighet med 17 § LPT (6 § LRV) bli överklagbara och undantaget i PSL utformas i enlighet med utredningens förslag ovan, skulle konsekvensen bli att sådana klagomål som inkommit till IVO och där patienten även överklagat beslutet, skulle lämnas utan åtgärd av IVO. Det finns skäl att anta att ett beslut som föranlett patienten att vända sig till både IVO och en förvaltningsdomstol, är av sådan allvarlig art att det vore olyckligt om det endast prövades av domstolen och inte av den myndighet med särskild expertis och uppgift att granska beslut inom hälso- och sjukvården. Möjligheten att överklaga till förvaltningsdomstol ersätter endast delvis den utredning IVO är skyldig att göra, eftersom domstolsprövningen är begränsad till i huvudsak en juridisk prövning. IVO:s utredning innebär en bredare granskning, bland annat av patientsäkerhetsaspekter. Om IVO, efter sin utredning kommer till slutsatsen att vårdgivaren brustit, kan myndigheten ålägga vårdgivaren att beakta beslutet i sitt fortsatta kvalitetsarbete. Klagomålet kan uppmärksamma IVO på missförhållanden och myndigheten kan då vidta långtgående åtgärder. Om IVO får kännedom om att någon har brutit mot en bestämmelse som gäller verksamhet som står under inspektionens tillsyn, ska myndigheten vidta åtgärder så att bestämmelsen följs och, om det behövs, göra anmälan till åtal. Om IVO finner att en vårdgivare eller enhet inte fullgör sina skyldigheter och om det finns skäl att befara att underlåtenheten medför fara för patientsäkerheten eller säkerheten för andra, ska inspektionen förelägga vårdgivaren eller enheten att fullgöra sina skyldigheter om det inte är uppenbart obehövligt. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite.

Vidare kan anföras att i förarbetena till 17 § anfördes i anslutning till frågan om en närmare reglering i lagstiftningen om behandlingsåtgärder att det inte bedömdes lämpligt att försöka författningsreglera frågan om arten eller omfattningen av den läkemedelsbehandling som ska kunna vidtas i skilda vårdsituationer. Bevakningen av behandlingsfrågor av detta slag tillhör tillsynsmyndighetens ansvarsområde, där uppgiften naturligen bör ges en mycket hög prioritet.[42]

[42] Prop. 1990/91:58 *Om psykiatrisk tvångsvård, m.m.*, s. 139.

Sammanfattningsvis kan utredningen konstatera att IVO:s befogenheter och möjligheter att vidta åtgärder mot vårdgivare som brister i sin tillämpning av gällande lagstiftning, är betydligt mer omfattande än vad som följer av en domstolsprövning. Domstolens beslut leder exempelvis inte till att vårdgivaren blir skyldig att vidta några åtgärder för att liknande situationer inte ska uppkomma igen. Även om möjligheten att överklaga till domstol har ett värde för den enskilde, ger möjligheten att klaga till IVO i kombination med IVO:s befogenheter att vidta åtgärder mot vårdgivare ett bättre skydd och en starkare ställning som helhet för patienter i psykiatrisk tvångsvård. Det är viktigt att enskilda klagomål bidrar till en effektivare tillsyn och till ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete inom den psykiatriska tvångsvården. I det avseendet är det särskilt viktigt att IVO:s utredningsskyldighet omfattar samtliga beslut och att inte beslut som också överklagats undantas.

Utredningens samlade bedömning avseende alternativ 1 är mot denna bakgrund att medicinska behandlingsbeslut, även om de sker utan samtycke, i första hand bör prövas inom ramen för hälso- och sjukvårdens system för tillsyn och klagomål samt genom patientens möjlighet att välja behandlingsalternativ och erbjudas ny medicinsk bedömning. Vårdens förutsättningar att bedriva en effektiv vård av god kvalitet i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet riskerar att försämras om enskilda beslut om vårdens innehåll kan överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Med en sådan ordning blir det, såvitt utredningens övriga förslag genomförs, möjligt att exempelvis i en situation då läkemedelstillförsel gjorts när en patient varit fastspänd, överklaga själva beslutet om fastspänning för att få prövat om detta haft lagstöd. Själva beslutet om läkemedelsbehandlingen blir däremot inte möjligt att överklaga, med argumentet att det är ett medicinskt beslut.

Skälen för att införa en möjlighet att överklaga beslut om behandling utan samtycke (alternativ 2)

Utredningen har i tidigare analysavsnitt diskuterat vad som skulle kunna motivera att även beslut om behandling utan samtycke enligt 17 § LPT och 6 § LRV görs möjliga att överklaga till allmän förvaltningsdomstol. Nedan sammanfattas de främsta skälen för detta.

Ett första skäl är de krav på legalitet i maktutövningen som stadgas i RF och i Europakonventionen. Av 2 kap. 9 § RF följer att den som har blivit omhändertagen tvångsvis, ska kunna få omhändertagandet prövat av domstol utan oskäligt dröjsmål. Även om detta krav kan anses vara uppfyllt genom att beslutet om intagning för psykiatrisk tvångsvård är möjligt att överklaga till allmän förvaltningsdomstol, ger grundlagen uttryck för principen att den som är omhändertagen tvångsvis ska kunna få detta prövat av domstol. Ett beslut om behandling utan samtycke som sker med tvång är inte per automatik sanktionerat genom själva intagningsbeslutet. Med detta synsätt och mot bakgrund av fri- och rättighetsskyddet i 2 kap. 6 § RF och artikel 8 i EKMR bör en patient kunna få såväl beslutet om behandling utan samtycke som beslutet om tvång som tillämpats i samband med behandlingen prövat av domstol.

När det gäller Europakonventionen uttrycker artikel 13 rätten till ett effektivt rättsmedel inför en nationell myndighet när i konventionen angivna fri- och rättigheter kränkts. Det kan även i ljuset av denna bestämmelse diskuteras om möjligheten att endast överklaga själva intagningsbeslutet innebär att konventionens krav på effektivt rättsmedel är uppfyllt, eller om kravet ska ses i relation till varje enskilt beslut om tvång. Eftersom den svenska tvångsvårdslagstiftningen skiljer på, å ena sidan beslut om intagning och, å andra sidan de olika enskilda tvångsåtgärder som med stöd av lag får vidtas, är det enligt utredningen svårt att hävda att inte kravet på effektivt rättsmedel bör gälla varje enskilt beslut som innebär att grundläggande fri- och rättigheter kränks. Att medicineras mot sin vilja kan ses som en sådan kränkning. I det sammanhanget bör också erinras om den aktuella rättsprocess i Växjö tingsrätt/Göta hovrätt, i vilken det anförts att staten begått brott mot artikel 8 i EKMR genom att inte tillse att en patient kunnat överklaga ett beslut om tvångsmedicinering och få det upphävt (se avsnitt 6.2.4). Skulle utfallet av den processen bli att det utdöms ett skadestånd till patienten, kan det aktualisera ett behov av att förändra den svenska lagstiftningen.

För det andra är rättsläget i dag oklart när det gäller vårdens förutsättningar att använda tvång vid behandling utan samtycke. Bestämmelserna om fastspänning medger inte uttryckligen att patienter får spännas fast för att möjliggöra exempelvis läkemedelstillförsel. Det finns inte heller någon bestämmelse som uttryckligen medger att patienten får hållas fast för att möjliggöra behandling. Ur rätts-

säkerhetssynpunkt är detta otillfredsställande. Eftersom rättstillämpningen på det aktuella området inte är förutsebar och lagstödet delvis är oklart, behöver patientens rättssäkerhet omgående stärkas. Att införa en möjlighet att överklaga beslut om behandling utan samtycke är ett sätt att, givet det oklara rättsläget och i avvaktan på ett förtydligande, stärka tvångsvårdade patienters rättssäkerhet.

Ett tredje skäl, angränsande till det ovan, handlar om domstolsprövningens betydelse för att få till stånd en mer enhetlig, förutsebar och rättssäker tillämpning av befintlig lagstiftning. Att tydliggöra och precisera lagstiftningen så att utrymmet för större omotiverade variationer i tillämpningen minskar är, generellt sett, önskvärt. Detta är emellertid inte okomplicerat inom ett område som tvångsvård där varje patient är unik och beslut kan behöva fattas snabbt i hastigt uppkomna faresituationer. Bestämmelserna som reglerar hur och vad som får göras i en viss situation kan aldrig vara helt uttömmande och omfatta alla uppkomna situationer. Den praxis som utvecklas genom att tillämpningen av bestämmelserna prövas i domstol kan därmed utgöra ett viktigt stöd för vårdgivarna.

Behovet av en utredning om vårdens befogenheter och patientens rättigheter inom tvångsvården

Ett tydliggörande av rättsläget när det gäller vilket tvång som får användas för att genomföra behandling utan samtycke är angeläget. Utredningens bedömning är att ett sådant tydliggörande sannolikt innebär att nuvarande rekvisiten för vissa av de nuvarande tvångsåtgärderna kan behöva förändras. Det gäller i första hand beslut om kortvarig fastspänning med bälte eller liknande anordning (19 § LPT, 8 § LRV) samt beslut om kortvarig fastspänning med bälte av en patient som är under 18 år (19 a § LPT, 8 § LRV). Det kan också innebära att nya begrepp, och därmed i formell mening nya tvångsåtgärder, kan behöva föras in i lagstiftningen. Begreppet fasthållning är ett sådant begrepp. Därutöver kan innebörden av begreppet behandling i 17 § LPT och 6 § LRV behöva definieras och närmare preciseras så att det av lagstiftningen tydligt framgår vilka behandlingar som får ges utan samtycke. Slutligen bör förutsättningarna för vårdgivaren att kombinera olika tvångsåtgärder klargöras, exempelvis när fastspänning tillämpas för att kunna tillföra läkemedel. Inför sådana eventuella förändringar av lagstiftningen är det viktigt att beakta ris-

ken att tydligare och mer detaljerade bestämmelser tas som intäkt för ett ökat användande av tvång. Att göra den juridiska analys och utforma de författningsförslag som beskrivs ovan har inte varit möjlig att göra inom ramen för denna utrednings resurser och tidsram och har inte heller uttryckligen ingått i utredningens uppdrag. Regeringen bör därför tillsätta en ny utredning med uppdraget att analysera de rättsliga förutsättningarna för behandling med tvång inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt lämna nödvändiga författningsförslag som kan bidra till att tydliggöra vårdens befogenheter och patientens rättigheter inom tvångsvården. Utredningen bör i sitt arbete bland annat beakta hur tvångsvårdslagstiftningen är utformad i Norge och Danmark.

6.3.4 Patienter ska informeras om möjligheterna att få ett beslut om tvångsåtgärd prövat av en oberoende instans

Förslag: Skyldigheten enligt 48 § LPT (30 § LRV) att upplysa en patient om sin rätt att överklaga vissa beslut, anlita ombud eller biträde eller få biträde, ska kompletteras med en skyldighet att även upplysa om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning, välja behandlingsalternativ, vända sig till vårdgivaren och till en patientnämnd med klagomål samt anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Förslag: Efter genomförd behandling utan samtycke enligt 17 § LPT (6 § LRV) ska chefsöverläkaren så snart patientens tillstånd tillåter det se till att patienten erbjuds ett uppföljningssamtal samt ges information enlighet 48 § LPT (30 § LRV).

Skälen för utredningens förslag: Utredningen anser att vårdgivarens skyldighet att informera om de olika möjligheterna för en patient att få beslut om tvångsåtgärder prövade av en oberoende instans bör skärpas. Som framgått av tidigare avsnitt finns det flera olika möjligheter för en patient att få beslut om tvångsåtgärder prövade av en oberoende instans. Samtidigt upplever många patienter bristande information om dessa möjligheter. Enligt en enkät genomförd 2020 av organisationen Civil Rights Defenders och Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH) om mänskliga rättigheter inom svensk

tvångsvård, vittnar många patienter om bristande tillgång till information. Detta gäller såväl information om patienters rätt till ombud och till information om hur patienter kan klaga på vården eller överklaga beslut.[43]

Det är såvitt utredningen kunnat utröna mycket ovanligt att patienter som vårdas med stöd av LPT och LRV utnyttjar den möjlighet att få en ny medicinsk bedömning som ges genom 10 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt 8 kap. 1 § patientlagen (2014:821). En grundläggande förutsättning för att psykiatrisk tvångsvård ska kunna ges är att patienten lider av en allvarlig psykisk störning. Bestämmelsernas villkor att patienten ska ha en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom för att kunna få en ny medicinsk prövning torde därför i princip alla patienter som är föremål för tvångsvård eller beslut om enskild tvångsåtgärd uppfylla. Ett skäl till att möjligheten inte utnyttjas i någon nämnvärd utsträckning är sannolikt att omständigheterna i samband med tvångsåtgärden är sådana att det saknas förutsättningar att aktualisera frågan. Även patientens möjlighet enligt 7 kap. 1§ PL att, när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar, utnyttjas enligt vad utredningen erfar sällan inom tvångsvården.

En invändning mot att i LPT och LRV reglera en skyldighet att informera om möjligheten till ny medicinsk bedömning skulle kunna vara att detta skulle innebära en dubbelreglering i relation till 10 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt 8 kap. 1 § patientlagen (2014:821). Utredningen har övervägt denna synpunkt, men kommit till slutsatsen att förutsättningarna för tvångsvårdade patienter att hålla sig informerade och tillvarata sina rättigheter generellt sett är avsevärt sämre än för många andra patientgrupper. Att möjligheten till ny medicinsk bedömning tillämpas i så liten utsträckning ger också stöd för detta. Mot den bakgrunden är det enligt utredningen väl motiverat att i den speciallagstiftning som LPT och LRV utgör, särskilt reglera chefsöverläkarens informationsskyldighet när det gäller möjligheten till ny medicinsk bedömning, även om det också framgår av HSL och PL.

Sedan år 2000 finns i 48 § LPT (30 § LRV) en bestämmelse som föreskriver att en patient som vårdas med stöd av LPT och LRV så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkarens försorg ska

[43] Civil Rights Defenders (2020) *Resultat av 2020 års tvångsvårdsenkät*, s. 4.

upplysas om sin rätt att enligt 32 och 33 §§ överklaga vissa beslut (18 § LRV), att anlita ombud eller biträde och att enligt 38 a § få offentligt biträde (22 a § LRV). Lagen ska finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna.

Sedan 2017 finns i 18 a § LPT (8 § LRV) en skyldighet för chefsöverläkaren att, så snart patientens tillstånd tillåter det, se till att patienten erbjuds ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd. Med uppföljningssamtal avses sådana samtal som förs mellan en patient som varit föremål för en tvångsåtgärd och vårdpersonal. Erbjudandet om uppföljningssamtal och patientens inställning till erbjudandet ska dokumenteras i patientens journal. Detsamma gäller beträffande tidpunkten när samtalet genomfördes, se 2 § 9 c p. FPRV[44]. Uppföljningssamtalet är enligt utredningens uppfattning ett lämpligt tillfälle att informera patienten om möjligheten till en ny medicinsk bedömning. Vad uppföljningssamtalet ska innehålla finns inte närmare reglerat, men av förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård framgår att det av patientens journal ska framgå tidpunkten när erbjudandet om sådant uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd som avses i 18 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård lämnades till patienten, patientens inställning till erbjudandet och, i förekommande fall, tidpunkten då samtalet genomfördes. Utredningen bedömer att en skyldighet att informera om patientens möjlighet att få en ny medicinsk bedömning, välja behandlingsalternativ samt vända sig till vårdgivaren och till en patientnämnd med klagomål och anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (IVO), skulle kunna regleras i 48 § LPT (30 § LRV) och lämnar förslag i enlighet med detta.

När det gäller beslut om tvångsåtgärder som syftar till att upprätthålla ordning och säkerhet är vissa i dag, respektive föreslås vissa i denna utredning bli, möjliga att överklaga till allmän förvaltningsdomstol. Den möjlighet patienten har att få ett sådant beslut prövat av en oberoende instans är alltså inte primärt en ny medicinsk bedömning, utan att överklaga beslutet till allmän förvaltningsdomstol. Även efter en sådan tvångsåtgärd ska ett uppföljande samtal erbjudas patienten.

Utredningen bedömer att en ny medicinsk bedömning och val av andra behandlingsalternativ i första hand kan bli aktuellt efter beslut

[44] Se Gylling Lindqvist, Cecilia, lagkommentar till 18 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, Karnov, (JUNO), uttag 2022-01-04.

om tvång enligt 17 § LPT (6 § LRV). När det gäller behandling utan samtycke föreslår utredningen att efter genomförd behandling utan samtycke enligt 17 § LPT (6 § LRV) ska chefsöverläkaren så snart patientens tillstånd tillåter det se till att patienten erbjudas ett uppföljningssamtal samt upplysas i enlighet med 48 § LPT (30 § LRV).

Kombinationen av informationsskyldigheten enligt 48 § LPT (30 § LRV) och en skyldighet att erbjuda ett uppföljningssamtal även efter behandling utan samtycke skulle sammantaget innebära att patienten bättre än i dag informeras om vilka olika möjligheter som finns att få beslut som innebär tvång prövat av en oberoende instans.

7 Daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet

7.1 Utredningens uppdrag

I utredningsdirektivet uttrycker regeringen uppfattningen att alla patienter i samband med tvångsvård bör ges möjlighet till dagliga aktiviteter och daglig utomhusvistelse. Regeringen skriver vidare att det är angeläget att vårdtiden tas tillvara på ett meningsfullt sätt som dels syftar till att förbättra och stabilisera hur patienten mår, dels när det gäller LRV, syftar till att motverka återfall i brott. Möjligheter till sysselsättning motverkar också, enligt regeringen, passivitet och andra negativa följder av ett frihetsberövande. Som exempel på sådana insatser anges möjlighet till fysisk träning och utomhusvistelse, möjlighet att se på film- eller teaterföreställningar, delta i studiecirklar, danstillställningar, andakter eller frivillig kontaktverksamhet.

Utredaren ska mot denna bakgrund bedöma om det ska införas bestämmelser som tillförsäkrar även patienter över 18 år möjlighet till daglig utevistelse och dagliga aktiviteter på vårdinrättningarna samt lämna nödvändiga författningsförslag.[1]

7.2 Övergripande utgångspunkter och analys

7.2.1 Frågan har uppmärksammats och utretts tidigare

Det bör inledningsvis sägas att frågan om huruvida tvångsvårdslagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet ska innehålla bestämmelser om daglig aktivitet och daglig utevistelse ingalunda är ny. JO har vid flera tillfällen under den senaste tioårsperioden uttalat att utgångspunkten i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård bör vara

[1] Kommittédirektiv 2021:36.

att en patient ges möjlighet till minst en timmes daglig utomhusvistelse.[2] Liknande uttalanden har även gjorts av Europarådets kommitté för förhindrande av tortyr (CPT) i rapporter efter besök i Sverige. Även i Psykiatrilagsutredningens slutbetänkande från 2012 lämnades förslaget att det ska införas en rätt för en patient i den slutna psykiatriska tvångsvården att få vistas utomhus minst en timme varje dag, om det inte finns synnerliga skäl mot det.[3]

I betänkandet *För barnets bästa?* från 2017 föreslogs en bestämmelse om att barn ska ha möjlighet till daglig vistelse utomhus liksom till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen.[4] Förslaget genomfördes och sedan den 1 juli 2020 finns 31 b § LPT och 6 § LRV med innebörden att en patient som är under 18 år har rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och att vistas utomhus minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar mot det.

Mot bakgrund av utformningen av de nuvarande bestämmelserna avseende patienter under 18 år, tidigare utredningsförslag och de upprepade påpekandena från bland annat JO och CPT, kan det förefalla som en given slutsats att denna utredning bör lämna ett förslag med innebörden att åldersgränsen i nuvarande 31 b § LPT och 6 § andra stycket LRV, tas bort så att bestämmelsen gäller samtliga patienter oavsett ålder. Dock finns det enligt utredningens uppfattning skäl att diskutera nuvarande bestämmelser som gäller barn utifrån några principiella aspekter. Det handlar bland annat om huruvida lagstiftning på hälso- och sjukvårdsområdet bör formuleras som rättigheter för patienten eller som skyldigheter för vårdgivaren, om lämpligheten i att ange en minimitid på en timme för den dagliga utomhusvistelsen, utomhusvistelser och aktiviteter som en del av god vård samt om vård enligt LPT är jämförbar med kriminalvård såvitt avser möjligheter till dagliga utevistelser och aktiviteter. Vidare bör frågan om hur begreppet utomhus kan definieras kommenteras. I följande avsnitt utvecklar utredningen sin analys rörande dessa frågor.

[2] Se till exempel Justitieombudsmannens *Yttrande över betänkandet För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård* (SOU 2017:111), dnr R 10-2018.
[3] SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd.*
[4] SOU 2017:111 *För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård.*

7.2.2 Bristande kunskap om tvångsvårdade patienters upplevelser av daglig utevistelse och daglig aktivitet

Socialstyrelsen samlar in statistik om delar av den psykiatriska slutenvården med uppgifter om exempelvis diagnoser och utförda åtgärder för individer som vårdats inom psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård. Detta samlas i Patientregistret.[5]

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) granskar dels hur hälso- och sjukvården utförs, dels vilka förutsättningar som vårdens huvudmän har vad gäller att leverera en god vård. Myndigheten bedriver riskbaserad och egeninitierad tillsyn av verksamheter som bedriver tvångsvård. I den årliga rapporten Vad har IVO sett? redogörs för iakttagelser och åtgärder som gjorts under arbetet med tillsyn, anmälningar och klagomål.[6]

SKR genomför årligen en nationell kartläggning av den psykiatriska specialistvården omfattande öppen och heldygnsvård inom barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri samt rättspsykiatri. Syftet med kartläggningen är att möjliggöra jämförelser och uppföljning samt uppmuntra till förbättringsarbeten inom psykiatrisk specialistvård. Under senare år har uppföljningen haft en tonvikt på kvantitativa data som publicerats i rapporterna Psykiatrin i siffror.[7] Den nationella patientenkäten som genomförs av regionerna i samverkan innehåller enkäter till bland annat allmänpsykiatrisk slutenvård, rättspsykiatri och barn- och ungdomspsykiatrisk slutenvård.

JO:s Opcat-enhet granskar regelbundet verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård. I enhetens rapport för åren 2011–2014 tas vårdmiljöns särskilda betydelse upp.[8] I motsvarande rapport för åren 2015–2017 lyfts bland annat frågan om utevistelsers betydelse och stimulifattiga miljöer.[9] I en rapport från 2019 nämns vårdmiljöns betydelse för patientens trygghet. Det handlar bland annat om att kvinnliga patienter placerats på ett sätt att de inte känt sig trygga med att vistas i de gemensamma utrymmena, att vissa patientrum saknade

[5] Socialstyrelsens hemsida. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/val.aspx, uttag 2022-05-18.
[6] Inspektionen för vård och omsorg. 2022. *Vad har IVO sett 2021? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2021.*
[7] Uppdrag psykisk hälsa. 2022. *Psykiatrin i siffror. Vuxenpsykiatri – Kartläggning 2021, Psykiatrin i siffror. Barn- och ungdomspsykiatri – Kartläggning 2021 och Psykiatrin i siffror. Rättspsykiatri – Kartläggning 2021.*
[88] Justitieombudsmannen. 2016. *Nationellt besöksorgan – NPM rapport från Opcat-enheten 2011–2014.*
[9] Justitieombudsmannen. 2018. *Nationellt besöksorgan – NPM rapport från Opcat-enheten 2015–2017.*

möbler vilket medfört att patienter fick inta sina måltider i sängen eller på golvet. Åter påpekades vikten av vårdmiljön och att den har särskilt stor betydelse för frihetsberövade patienter.[10]

Utredningen kan konstatera att, med undantag för JO:s Opcat:s enhets granskningar, tar ingen av de nationella uppföljningarna eller enkätstudierna upp frågor eller uppgifter om den fysiska miljön, utevistelser eller daglig aktivitet. Kunskapsunderlaget när det gäller hur tvångsvårdade patienter upplever möjligheterna till daglig utevistelse och daglig aktivitet är därför bristfälligt. Viss kunskap genererades av Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård.[11] Utredningen inhämtade under sitt arbete 2016–2017 synpunkter och erfarenheter från barn på flera olika sätt. Det skedde genom referensgrupper som utredningen tillsatt, genom intervjuer med barn med egen erfarenhet och genom verksamhetsbesök på barn- och ungdomspsykiatriska kliniker. Barn som utredningen träffade upplevde att det ofta fanns begränsade möjligheter att vistas utomhus i samband med pågående heldygnsvård. Såväl de barn som har vårdats med tvång som de barn som har vårdats frivilligt hade erfarenheter av att inte få vistas utomhus dagligen. I ett par fall hade barnen nekats möjlighet till utevistelse under perioder av flera månader med hänvisning till barnets sjukdomstillstånd eller personalbrist. Barnen framhöll att möjligheten att vistas utomhus, få frisk luft eller en promenad är betydelsefullt för tillfrisknandet och en viktig faktor för att minska känslan av institutionalisering. Utredningens klinikbesök visade att flera vårdenheter vid den tidpunkten (2016–2017) saknade förutsättningar att erbjuda patienterna daglig utomhusvistelse, något som bekräftas av uppgifter från de professionsföreträdare som utredningen har träffat. En kombination av patienter med olika vårdformer (HSL/LPT) kan göra det svårt att erbjuda utevistelse för samtliga patienter, både av behandlings- och säkerhetsskäl, även om HSL-patienter i regel kan gå ut själva. En ansträngd bemanningssituation kan också innebära att vårdpersonalen saknar möjligheter att följa med patienterna på till exempel en promenad. De professionsföreträdare som utredningen har träffat har vidare framhållit att de lokalmässiga förutsättningarna inte alltid medger att vårdenheterna kan erbjuda barnen utevistelse, men om det till exempel finns en avgrän-

[10] Justitieombudsmannen. 2020. *Nationellt besöksorgan – NPM rapport från Opcat-enheten 2019.*
[11] Kommittédirektiv 2016:106.

sad yta i anslutning till vårdavdelningen som är inhägnad kan utevistelse möjliggöras utan förstärkt bemanning.[12]

7.2.3 Daglig utevistelse och aktivitet – rättighet eller möjlighet?

Utredningsförslaget som låg till grund för de nuvarande bestämmelserna i 31 b § LPT och 6 § andra stycket LRV om daglig aktivitet och utevistelse för patienter under 18 år, var formulerat så att barn ska ha *möjlighet till* daglig vistelse utomhus liksom till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen. I propositionen valde regeringen att göra vissa förändringar i relation till utredningsförslaget. Bland annat ändrades från *möjlighet till* till *rätt till*. Någon närmare motivering till förändringen lämnades inte i propositionen.[13] Utredningen kan konstatera att detta inte bara innebär en viss skärpning i förhållande till utredningsförslaget, utan även aktualiserar frågan om skillnaden mellan patienters rättigheter och vårdgivares skyldigheter inom hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdslagstiftningen i Sverige är uppbyggd kring vårdgivarens och vårdpersonalens skyldigheter och är därmed en så kallad skyldighetslagstiftning, det vill säga det framgår indirekt av lagtexten vad patienten kan förvänta sig av vården. LPT och LRV är speciallagar som kompletterar ramlagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet. Detta framgår redan i det inledande bestämmelserna i LPT som anger att föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821) gäller all psykiatrisk vård samt att kompletterande föreskrifter om psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång (tvångsvård) ges i denna lag.

När det gäller frågan om hur daglig aktivitet och utevistelser är reglerat i annan lagstiftning som avser frihetsberövande, bör påpekas att detta i såväl fängelselagen som häkteslagen är formulerat som *en möjlighet* som ska ges och inte som en rättighet för den intagne. Enligt 4 kap. 1 § fängelselagen (2010:610) ska en intagen *ges möjlighet* att vistas utomhus minst en timme varje dag, om det inte finns synnerliga skäl mot det. Enligt 2 § samma lag ska en intagen *ges möjlighet* att på lämpligt sätt ägna sig åt fysisk aktivitet och annan fritids-

[12] SOU 2017:111 *För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård.*
[13] Prop. 2019/20:84 *Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården.*

sysselsättning. Enligt 2 kap. 7 § häkteslagen (2010:611) ska en intagen ska *ges möjlighet* att vistas utomhus minst en timme varje dag, om det inte finns synnerliga skäl mot det.

I de sociala tvångslagarna LVU och LVM föreskrivs att den som vårdas vid en låsbar enhet ska *ges möjlighet* att dagligen vistas utomhus och ges möjlighet att ägna sig åt fysisk aktivitet eller någon annan fritidssysselsättning. (15 b § 2 st LVU, 34 § 3 st LVM). Bestämmelserna i LVU och LVM saknar minimitiden en timme förutomhusvistelsen.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det finns flera argument som talar för att en bestämmelse om utomhusvistelse och daglig aktivitet för personer som vårdas med stöd av LPT och LRV bör formuleras som *en möjlighet* för patienterna, snarare än en rättighet. Att patienten av vårdgivaren ska ges möjlighet till daglig aktivitet och daglig utevistelse, vore mer i enlighet med hur hälso- och sjukvårdslagstiftningen i övrigt är utformad och skulle dessutom bättre harmonisera med övrig lagstiftning som reglerar frihetsberövande, däribland fängelselagen och häkteslagen. Givet att *rätt till* ställer högre krav på vårdgivaren än möjlighet till, skulle emellertid den senare formuleringen innebära en försvagning av bestämmelsen för barn som infördes så sent som 2020. Dessutom, även om det saknas närmare motivering i förarbetena, får också antas att det var och alltjämt är regeringens uppfattning att patienten uttryckligen ska ha *rätt till* daglig utevistelse och aktivitet.

7.2.4 Aspekter på frågan om en minimitid för utevistelsen

Utredningsförslaget som låg till grund för de nuvarande bestämmelserna i 31 b § LPT och 6 § andra stycket LRV om daglig aktivitet och utevistelse för patienter under 18 år, innehöll ingen minimitid för den dagliga utevistelsen. I nuvarande bestämmelse framgår att utevistelsen ska vara minst en timme per dag. Utredningen uppfattar förarbetena (prop. 2019/20:84) så att regeringen valde att komplettera utredningens förslag med en minimitid, bland annat mot bakgrund av de påpekanden som gjorts av JO och CPT. Som framgått av tidigare avsnitt innehåller också fängelselagen och häkteslagen motsvarande bestämmelser om att den intagne ska ges möjlighet att vistas utomhus minst en timme.

När det gäller den rättspsykiatriska vården skulle det sannolikt inte vara något större problem att efterfölja en entimmesregel. De rättspsykiatriska inrättningarna har i normalfallet lokaler som möjliggör säker utomhusvistelse och som kan erbjuda dagliga aktiviteter. De fysiska förutsättningarna liknar i detta avseende mer kriminalvårdens anstalter än sjukvårdsinrättningar. Patienter inom rättspsykiatrin har ofta långa vårdtider och dagliga aktiviteter och utomhusvistelser blir en naturlig och viktig del i att skapa förutsättningar för en god vård och rehabilitering. Aktiviteterna och utomhusvistelserna kan också fylla en viktig funktion för att stärka vårdalliansen – relationen mellan personal och patienter – vilket förbättrar förutsättningarna för att bedriva en god vård i enlighet med de principer som uttrycks i hälso- och sjukvårdens ramlagstiftning. Utevistelsen kan motverka så kallad hospitalisering vid långa vårdtider och kan också bidra till att patienten upplever frihetsberövandet som mindre påfrestande. Det utgör också en viktig komponent i strävan att i största möjliga utsträckning ”normalisera” patientens förhållanden inom ramen för den rättspsykiatriska vården.

När det gäller patienter som vårdas med stöd av LPT inom allmänpsykiatrin ser vårdförlopp och vårdtider annorlunda ut än inom rättspsykiatrin. Antalet platser för sluten heldygnsvård är i många regioner begränsat, vilket får till följd att de patienter som är inskrivna i regel är mycketvårdkrävande. Det betyder dock inte att merparten av patienterna tvångsvårdas hela tiden eller under långa perioder. De flesta patienter som är inskrivna i psykiatrisk slutenvård vårdas frivilligt med stöd av HSL. När det gäller tvångsvårdade patienter kan situationen också ofta vara sådan att en patient ges vård med visst tvång initialt i samband med inläggning som sedan övergår i frivillig vård under en period och därefter eventuellt med tvång igen, om exempelvis ett psykotiskt tillstånd förvärras. Ett lagkrav på att dessa patienter varje dag, just under den period som de är föremål för tvångsvård, ska ges möjlighet att vara utomhus i minst en timme, kan vara svårt att förena med andra medicinska och vårdrelaterade hänsyn och överväganden. För den enskilde patienten kan exempelvis en femton minuters promenad om dagen under den första delen av en tvångsvårdsperiod, som sedan kan förlängas när tillståndet stabiliserats, vara det ur vårdsynpunkt mest lämpliga. Att vården skulle vara skyldig att erbjuda alla patienter som vårdas med tvång en timmes utevistelse varje dag, skulle i många fall kunna vara svårt att förena med kraven

i HSL och i PL, exempelvis 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821) som föreskriver att patienten ska få sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som är av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Visserligen är det möjligt att, med hänvisning till medicinska skäl anpassa utevistelsens längd till vad som är lämpligt ur vårdsynpunkt. Det riskerar dock att uppstå tolkningsproblem när det gäller tillämpningen av nämnda undantag. Om en patient exempelvis utifrån en medicinsk bedömning i det enskilda fallet och med hänsyn till patientens varierande dagsform, erbjuds 75 minuters utevistelse en dag och 45 minuter dagen därpå, ska den kortare utevistelsen dag två då ses som ett avsteg från bestämmelsen som kräver åberopande av undantag? Att reglera exakt hur lång tid som utevistelsen ska pågå förefaller präglat av ett synsätt mer hämtat från kriminalvården som är en verksamhet där frihetsberövandet pågår längre och inte ska kombineras med pågående medicinsk vård och behandling utifrån den enskilde patientens behov och förutsättningar.

En annan aspekt på frågan om lagkrav på en timmes utevistelse är förhållandet till den i HSL uttryckta behovsprincipen. I 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) föreskrivs att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Även i en hälso- och sjukvårdsverksamhet där det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges, måste med nödvändighet prioriteringar utifrån behovsprincipen göras. En sådan detaljreglering som det skulle innebära att införa en minimitid för daglig utevistelse riskerar att försämra förutsättningarna för verksamheten att kunna erbjuda hela patientkollektivet vård efter behov, eftersom utevistelser ofta är personalkrävande. Andra patienters större medicinska behov skulle kunna behöva åsidosättas för att uppfylla lagkravet på just utevistelser för en liten grupp tvångsvårdade patienter.

Utredningens bedömning är mot denna bakgrund att det finns flera skäl att inte införa en lagstadgad minimitid på en timmes utevistelse för alla patienter som vårdas med tvång. Utredningen kan också konstatera att regeringen i utredningsdirektivet valt att formulera uppdraget som att utreda om det ska införas bestämmelser som tillförsäkrar även patienter över 18 år möjlighet till daglig utevistelse och dagliga aktiviteter på vårdinrättningarna. Regeringen har alltså valt att inte precisera utevistelsens längd i direktivet, trots att det är så

nuvarande lagstiftning ser ut. Detta talar för att regeringen inte utgår från att den nuvarande minimigränsen på en timmes utevistelse för patienter under 18 år nödvändigtvis bör gälla om bestämmelsen utvidgas till att omfatta även patienter över 18 år.

Det finns emellertid också flera tungt vägande skäl för en minimigräns på en timme. Ett sådant är de återkommande påpekandena från JO och CPT. JO har i ett beslut den 31 maj 2011, med anledning av klagomål från en patient som genomgick rättspsykiatrisk vård och som under en tid så gott som helt vägrats utevistelse, konstaterat att det i LPT eller LRV inte finns några bestämmelser som uttryckligen ger en patient, som är föremål för sluten tvångsvård, en rätt till daglig vistelse utomhus.

Psykiatriutredningen lämnade 2012 förslag till en bestämmelse om att en patient som är föremål för sluten psykiatrisk tvångsvård ska ges möjlighet att vistas utomhus *minst en timme* varje dag, om det inte finns synnerliga skäl mot det. För en patient som kan anses representera en förhöjd säkerhetsrisk får utevistelsen begränsas till en för ändamålet särskilt avgränsad yta som fyller särskilda krav på säkerhet. Utredningens förslag genomfördes inte. Regeringen har dock, bland annat 2019, uttryckt uppfattningen att det är viktigt att i lag fastställa en tidsgräns omfattande minst en timmes daglig vistelse utomhus om inte medicinska skäl talar emot det.[14]

7.2.5 Vad är en utomhusvistelse?

Att i lag reglera möjligheten till utomhusvistelse aktualiserar frågor om vilken fysisk miljö på vårdinrättningen som kan anses uppfylla kravet på att erbjuda utomhusvistelse, eller enklare uttryckt – vad är egentligen utomhus? Eftersom det i annan lagstiftning finns liknande bestämmelser skulle förarbeten till dessa lagar kunna ge viss vägledning. Därutöver kan JO:s tidigare beslut och uttalanden ge visst stöd för ett försök att närmare precisera vad som i det aktuella sammanhanget avses med begreppet utomhus.

I propositionen 2019/20:84 redovisar regeringen motiven till införandet av 31b § LPT. Med att vistas utomhus avses enligt regeringen att patienten ges möjlighet att lämna den byggnad där sjukvårdsinrättningen eller avdelningen är inrymd. Det kan vara fråga om vistelse i

[14] Prop. 2019/20:84 *Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården* s. 48.

en inhägnad park eller gårdsplan i anslutning till inrättningen eller avdelningen.[15]

I 4 kap. 1 § Fängelselagen samt 2 kap. 7 § Häkteslagen föreskrivs att en intagen ska ges möjlighet att vistas utomhus minst en timme varje dag, om det inte finns synnerliga skäl mot det. I propositionen som låg till grund för lagarnas införande konstaterades att endast om synnerliga skäl talar mot det får utomhusvistelse vägras. Det kan till exempel avse en oförutsedd situation där det är nödvändigt att hålla de intagna avskilda från varandra och det till följd därav saknas praktiska förutsättningar att låta de intagna vistas utomhus.[16] Varken i propositionen eller i betänkandet som låg till grund för regeringens förslag, förs något resonemang om hur utomhus eller utomhusvistelse ska definieras. Dock görs i betänkandet en hänvisning till Art. 86 i de Europeiska fängelsereglerna som stadgar att varje fånge som inte är sysselsatt med utomhusarbete eller placerad på en öppen anstalt ska, om vädret så tillåter, ges möjlighet till åtminstone en timmes daglig promenad eller lämplig motion i friska luften, så vitt möjligt, i skydd för hårt väder. Frisk luft förefaller således vara ett definierande kriterium för utomhus.

Mot bakgrund bl.a. av de rekommendationer som CPT framlagt i sin slutliga rapport från besöket i Sverige 9–18 juni 2009, har JO funnit att det finns anledning att överväga om rätten till utomhusvistelser för patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV bör regleras.[17] I den nämnda rapporten rekommenderar CPT att alla patienter på de inspekterade avdelningarna (inspektion ägde bl.a. rum på Psykiatriska kliniken i Huddinge) ges möjlighet till vistelse eller motion utomhus minst en timme om dagen, försåvitt inte medicinska skäl talar emot det. JO har mot den bakgrunden sänt en kopia av sitt beslut till Socialdepartementet.

I det ovan nämnda ärendet inhämtade JO yttrande från Socialstyrelsen i fråga om bland annat patientens rätt till utevistelse. I det aktuella ärendet ansåg Socialstyrelsen att en möjlighet för patienterna att vistas på en balkong inte uppfyllde de krav som CPT ställde upp i sin rekommendation. Socialstyrelsen skrev att för att ytterli-

[15] Prop. 2019/20:84 *Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården* s. 60.
[16] Prop. 2009/10:135 *En ny fängelse- och häkteslagstiftning* s. 131.
[17] Justitieombudsmannen. 2011. *Kritik mot en rättspsykiatrisk vårdinrättning som vägrat en patient som vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård att vistas utomhus på grund av att han inte lämnat urinprov. Patientens behov av utomhusvistelse har inte ansetts tillgodosett genom vistelse på avdelningens balkong*, dnr 6823-2009 och 2196-2010.

gare ge eftertryck åt vikten av att patienter som ges vård inom den slutna psykiatriska tvångsvården får möjlighet till daglig utevistelse, i den utsträckning som patientens tillstånd medger det, föreslår myndigheten att det införs en rätt till utevistelse för dessa patienter. En sådan regeländring torde också, i huvudsak, efterkomma de rekommendationer som lämnats av Europarådets kommitté för förhindrande av tortyr (CPT) på detta område. JO anförde i ärendet att en utomhusvistelse som begränsas till att äga rum på en balkong inte kan anses tillgodose patientens behov. En sådan begränsning torde inte heller vara förenlig med CPT:s rekommendationer.[18]

JO har även tidigare gjort uttalanden om bland annat Kriminalvårdens rastgårdar. Enligt JO är en viktig utgångspunkt att Kriminalvårdens rastgårdar inte bara bör ha som syfte att möjliggöra för de intagna att få frisk luft. Utöver detta bör rastgårdarna vara konstruerade på sådant sätt att det är möjligt för de intagna att motionera. Därtill bör en vistelse på en rastgård vara ett miljöombyte som bidrar till att motverka de negativa konsekvenserna av frihetsberövandet. Den senare delen är särskilt viktig i fråga om de rastgårdar som används av intagna som inte får vistas i gemensamhet. Mot den bakgrunden är det enligt JO inte acceptabelt att avskildhetsrastgårdar utformas på ett sådant sätt att de blir som slutna rum med ett gallertak. Det är enligt JO tyvärr inte helt ovanligt att rastgårdar utformats på ett sådant sätt eller har försetts med sådana begränsningar att det för den intagne bara är möjligt att se delar av himlen. För att en rastgård ska fylla alla de funktioner som rimligen kan krävas måste det vara möjligt för de intagna att iaktta sin omgivning från rastgården.[19] Vidare har JO gjort följande uttalanden om Polismyndighetens rastgårdar, som även har relevans för Kriminalvårdens verksamhet. Vid övriga arrester som saknar rastgård ges de intagna möjlighet till rastning på annat sätt. Emellertid är syftet med rätten till utomhusvistelse bland annat att den enskilde ska få frisk luft. Det är därför inte godtagbart att det endast erbjuds rastning inomhus, till exempel i arrestintaget. Vid de inspektioner som JO har gjort har rastgårdarna inte sällan upplevts som alltför instängda och snarast varit att betrakta som rökrutor. För att syftet med utomhusvistelsen ska uppnås bör rastgårdarna ha ett ordentligt ljusinsläpp och frisk luft.[20]

[18] Ibid.
[19] Justitieombudsmannen. 2016. *Justitieombudsmännens ämbetsberättelse*, 2016/17:JO1 s. 198.
[20] Justitieombudsmannen. 2014. *Justitieombudsmännens ämbetsberättelse,* 2014/15:JO1 s. 115.

Vid en inspektion av JO:s Opcat–enhet på Rättspsykiatriska kliniken i Säter i oktober 2016 konstaterade JO att patienterna kan komma ut på inhägnade rastgårdar dit de har tillträde enhetsvis men att det händer att patienter som är avskilda inte får komma ut på rastgården varje dag.[21]

I januari 2021 besökte CPT allmänpsykiatriska och rättspsykiatriska kliniker i Sverige. Beträffande frågan om levnadsförhållanden konstaterar kommittén i rapporten efter besöket i Sverige att det på Norra Stockholm Psykiatri inte fanns särskilda, säkra utomhusytor för tvångsvårdade patienter, vilket fick till följd att dessa patienter inte alltid hade tillgång till daglig utevistelse. Kommittén ansåg att alla patienter ska ha daglig och obegränsad tillgång till frisk luft, om inte medicinska eller behandlingsskäl talar mot det. I den mån det saknas bör fritt tillgängliga och ändamålsenliga ytor förutomhusaktivitet skapas som är tillräckligt rymliga och utrustade med skydd för stränga väderförhållanden. Kommittén rekommenderade att en säker utomhusyta för tvångsvårdade patienter tillhandahålls på Norra Stockholm Psykiatri.[22]

Mot bakgrund av genomgången av dessa olika uttalanden och förarbeten kan utredningen konstatera att det inte förefaller finnas någon tydlig och vedertagen definition av en utomhusyta på en vårdinrättning eller en anstalt. De tre kriterierna frisk luft, ljusinsläpp och fri sikt är emellertid centrala och bör i varierande utsträckning kunna uppfyllas vid utformningen av utomhusytor. De bör också, enligt utredningens bedömning, värderas i nämnd ordning. Frisk luft bör ses som ett absolut krav för att en yta ska kunna definieras som utomhus. Även betydande ljusinsläpp bör i normalfallet krävas för att en yta ska betraktas som utomhus. Det tredje kriteriet – fri sikt – bör eftersträvas, men kan vara svårt att förena med säkerhetskrav på olika nivåer. Det kan också vara svårt att förena med den av integritetsskäl viktiga målsättningen att förbipasserande inte ska kunna se och identifiera vilka som vistas på vårdinrättningen.

Det är naturligt att de fysiska lokalerna ser olika ut beroende på vårdinrättningens säkerhetsklass. En avdelning, eller del av en avdelning, med mycket hög säkerhetsnivå (1) ska ha ett skal- och perimeter-

[21] Justitieombudsmannen. 2017. *Opcat-inspektion av Landstinget Dalarna, Rättspsykiatriska kliniken i Säter, den 18–20 oktober 2016*, dnr 5556-2016.
[22] Council of Europe. 2021. *Report to the Swedish Government on the visit to Sweden carried out by the European Committeé for The Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 18 to 29 January 2021.*

skydd som kan stå emot fritagningsförsök och kvalificerade rymningsförsök.[23] Detta torde förutsätta att en utomhusyta har någon form av horisontellt skydd, det vill säga ett gallertak eller liknande. Ett glastak har fördelen att det medger ljusinsläpp och fri sikt, men kan begränsa flödet av frisk luft. En takkonstruktion med nät/galler som medger ljusinsläpp, i princip fri sikt uppåt och ett flöde av frisk luft bör enligt utredningen kunna vara en ändamålsenlig avvägning mellan säkerhetskraven för säkerhetsklass 1 och vårdgivarens skyldighet att erbjuda en god vård.

En avdelning, eller del av en avdelning, med hög säkerhetsnivå (2) ska ha ett skalskydd som kan stå emot rymningsförsök.[24] Sådana avdelningar, bör såvitt utredningen kan bedöma, kunna skapa utomhusytor som är öppna horisontellt, det vill säga utan galler- eller glastak. Detta förutsätter emellertid att omslutande huskroppar, inklusive tak med mera, är utformade så att de inte är möjliga att forcera. När det gäller en avdelning, eller del av en avdelning, med godtagbar säkerhetsnivå (3) torde inte säkerhetskraven utgöra något hinder för att skapa ändamålsenliga utomhusmiljöer.

Utredningen har övervägt om det vore möjligt och lämpligt att lämna ett förslag på en legaldefinition av begreppet utomhusvistelse. Som framgått ovan ser förutsättningarna emellertid olika ut för olika verksamheter. På en vårdinrättning i säkerhetsklass 1 kan kriterier som fri sikt vertikalt och horisontellt vara svåra att uppfylla utan att säkerheten äventyras. På säkerhetsnivå 3 däremot, bör så öppna och fria ytor som möjligt eftersträvas. Risken med att fastställa en definition som fungerar på samtliga säkerhetsnivåer är att den kan tolkas som en godkänd lägstanivå i fråga om frisk luft och fri sikt med mera, vilket kan leda till sämre utomhusmiljöer än vad som vore möjligt att skapa på vissa vårdinrättningar. Målsättningen bör alltid vara att skapa så ljusa, öppna och generösa ytor som det är möjligt med hänsyn till säkerhetskrav och andra hänsyn. Mot den bakgrunden har utredningen valt att inte närmare definiera vad som är utomhus än vad som framgår av resonemanget i detta avsnitt.

[23] 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOFS 2006:9) om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning.
[24] Ibid.

7.2.6 Olika patientgruppers förutsättningar att delta i dagliga aktiviteter

Redan i förarbetena till 1991 års lag anförde regeringen att vårdmiljön bör utformas så att patienten inte passiviseras. Patienten bör när han eller hon ges psykiatrisk vård så långt det är möjligt ha ansvar för sina dagliga aktiviteter och behålla kontakten med samhället utanför vårdinstitutionen[25]. Regeringen har också senare, bland annat i direktivet till denna utredning, uttryckt uppfattningen att patienter i samband med tvångsvård bör ges möjlighet till dagliga aktiviteter och daglig utomhusvistelse. Det är angeläget att vårdtiden tas tillvara på ett meningsfullt sätt som dels syftar till att förbättra och stabilisera hur patienten mår, dels när det gäller LRV syftar till att motverka återfall i brott. Möjligheter till sysselsättning motverkar också passivitet och andra negativa följder av ett frihetsberövande. Sådana insatser kan till exempel innefatta möjlighet till fysisk träning och utomhusvistelse, möjlighet att se på film- eller teaterföreställningar, delta i studiecirklar, danstillställningar, andakter eller frivillig kontaktverksamhet.

I en kommentar till den bestämmelse om barn som infördes i LPT och LRV 2020, konstateras att med dagliga aktiviteter avses någon form av sysselsättning, till exempelfysisk rörelse. Det har framkommit att barnen upplever att utbudet av aktiviteter och sysselsättning under pågående tvångsvård är begränsat. Barnen upplever sjukhusvistelsen som innehållslös och den uppfattas mest som en förvaring. Det är regeringens uppfattning att vårdmiljön är av särskild betydelse för patienter som är föremål för psykiatrisk tvångsvård då patienten i praktiken har sin bostad på vårdinrättningen under en kortare eller längre tid. Viktiga faktorer förutom vårdmiljön är patienternas möjligheter att strukturera sin tid med en meningsfull sysselsättning och möjlighet till frisk luft och rörelse.[26] Rätten till aktiviteter får inte villkoras eller användas i bestraffningssyfte.[27]

När det gäller de förarbeten som berört dagliga aktiviteter till patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV, har behov och förutsättningar beskrivits som liknande de för andra frihetsberövade personer, framför allt intagna inom kriminalvården. Utgångspunkten för

[25] Prop. 1990/91:58 *Om psykiatrisk tvångsvård, m.m.*, s. 129.
[26] Prop. 2019/20:84 *Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården* s. 46 f.
[27] Gylling Lindqvist, Cecilia, lagkommentar till 31 b § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, Karnov (JUNO), uttag 2022-03-31.

argumentationen förfaller ha varit att patienterna är frihetsberövade långa perioder och att det därför är angeläget med meningsfulla aktiviteter som exempelvis deltagande i studiecirklar, teaterbesök eller fysisk träning. De patienter som skulle omfattas av en bestämmelse om rätt till dagliga aktiviteter i LPT och LRV är emellertid mycket heterogen. Som påtalas i avsnittet ovan om en minimitid, är det stora skillnader mellan rättspsykiatri och allmänpsykiatri såväl avseende vårdtider som när det gäller patienternas psykiska tillstånd och behov. För patienter inom rättspsykiatrin är parallellen till kriminalvården tydlig. Det är patienter med långa vårdtider där vårdinrättningen i praktiken blivit deras hem. Patienternas psykiska tillstånd är generellt sett stabilare och vårdbehovet generellt sett mindre akut. För dessa patienter är en möjlighet till dagliga och meningsfulla aktiviteter mycket viktigt. Enligt vad utredningen erfar kan också de rättspsykiatriska inrättningarna i regel erbjuda ett utbud av aktiviteter, såväl på vårdinrättningen som utanför densamma. De personer som vårdas med stöd av LPT inom allmänpsykiatrin befinner sig emellertid ofta i en helt annan situation. Det kan handla om patienter som tas in för tvångsvård akut, som efter en kort tid övergår i frivillig vård. Att dessa patienter under den period de vårdas akut med stöd av LPT skulle delta i exempelvis gemensamma utflykter eller teaterbesök är sällan aktuellt, än mindre att de skulle delta i studiecirklar. För dessa patienter kan korta promenader eller annan vistelse utomhus och eventuellt vissa sociala aktiviteter på vårdinrättningen vara möjliga. De stora skillnader som föreligger mellan de olika patientkategorierna ställer stora krav på flexibilitet och anpassning från vårdens sida. Det kan också finnas medicinska eller säkerhetsmässiga skäl att begränsa enskilda patienters aktiviteter. I likhet med frågan om en minimitid är det mot den bakgrunden viktigt att möjligheten till dagliga aktiviteter inte uppfattas som en absolut rätt för patienten att få delta i alla aktiviteter. I en kommentar till motsvarande bestämmelse i LVM anges att vilken typ av utevistelse, aktivitet eller fritidssysselsättning som den intagne ska ges möjlighet till måste bedömas i varje enskilt fall utifrån behandlings- och säkerhetsskäl.[28]

[28] Clevesköld, Lars, lagkommentar till 34 § lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, Karnov (JUNO).

7.2.7 Är rätt till daglig aktivitet och daglig utevistelse en förutsättning för god vård?

Som framgått av tidigare avsnitt har kriminalvården och häktesverksamheten stått som förebild i diskussioner om behovet av att reglera möjligheter till utevistelser och aktiviteter inom tvångsvården. Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård skiljer sig emellertid från dessa verksamheter i flera grundläggande avseenden. Ett sådant är det faktum att tvångsvård är hälso- och sjukvård och ska bedrivas med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen. Av de inledande bestämmelserna i 3 kap. 2 § HSL framgår att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Tillräcklig fysisk aktivitet är ett grundläggande mänskligt behov. I gruppen personer med psykossjukdom är en inaktiv livsstil mycket vanlig, med risk för följdsjukdomar och förkortad livslängd. Fysisk aktivitet som behandling tidigt i förloppet av psykossjukdom kan understödja återhämtning och skydda mot kognitiva problem. Även när det gäller schizofreni och schizofreniliknande tillstånd är fysisk aktivitet en viktig förebyggande åtgärd. På gruppnivå uppvisar individer med schizofreni och liknande tillstånd olika psykomotoriska svårigheter, vilket ökar skaderisken och påverkar rörelseförmågan samt motivationen till fysisk aktivitet negativt. Rörelseaktivitet som ger ett välbefinnande leder oftast till en ökad motivation att röra på sig. Att arbeta strukturerat för att minska stillasittande och främja rörelse och fysisk aktivitet kan ses som en del av vården och behandlingen av flera av de vanligaste psykiska sjukdomarna och sjukdomstillstånden. Som exempel kan nämnas att Socialstyrelsens nationella riktlinjer (NR) anger att hälso- och sjukvården kan erbjuda fysisk aktivitet till vuxna med lindrig till medelsvår depression (prioritet 6). Enligt FYSS bör personer med depression rekommenderas aerob eller muskelstärkande fysisk aktivitet för att minska depressiva symtom.[29]

HSL:s kriterier för god vård är centrala när det gäller att värdera betydelsen av att främja utomhusvistelse och daglig aktivitet som en del i hälso- och sjukvårdens uppdrag. God vård ska vara individanpassad. Hälso- och sjukvården ska bidra till att vården ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet.

[29] Uppgifterna är hämtade från https://www.vardochinsats.se/. Där redovisas Vård- och insatsprogrammen (VIP) som är en del av Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård. Vård- och insatsprogrammen tas fram av en nationell arbetsgrupp och fastställs av Nationellt programområde för psykisk hälsa (SKR), uttag 2022-05-30.

Individen ska ges möjlighet att vara delaktig. En patient som har behov av att vistas utomhus dagligen och att delta aktivera sig under sjukhusvistelsen bör således i enlighet med kriterierna för god vård erbjudas detta. Uppfattningen att möjlighet till utevistelse är nödvändigt för att uppfylla kraven på en god vård har också tidigare uttryckts av JO som i en kommentar om lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, har anfört att möjligheten för en patient att vistas utomhus, rent allmänt måste anses ligga inom ramen för vad som betraktas som god vård (JO 2006/07 s. 300 f.).

Sammanfattningsvis kan utredningen konstatera att daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet för patienter som tvångsvårdas med stöd av LPT eller LRV måste anses vara en förutsättning för att uppfylla hälso- och sjukvårdens uppdrag och HSL:s krav på en god vård.

7.3 Utredningens förslag

7.3.1 En patient som vårdas enligt LPT eller LRV har rätt till dagliga aktiviteter och att vistas utomhus minst en timme varje dag

Förslag: Åldersgränsen i den nuvarande bestämmelsen i 31 b § LPT (6 § LRV) tas bort. Innebörden av bestämmelsen blir därmed att en patient har rätt till dagliga aktiviteter och att vistas utomhus minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar mot det. Om en patient nekats daglig aktivitet eller daglig utomhusvistelse ska skälen till beslutet ska dokumenteras i patientens journal.

Bedömning: Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bör en tid efter lagens ikraftträdande ges i uppdrag följa upp tillämpningen av de nya bestämmelserna om daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet. Uppföljningen bör bland annat omfatta en kartläggning av i vilken omfattning det förekommer att patienter nekas utevistelse, antal patienter, vårdformer samt vilka skäl som anförts för nekandet.

Skälen till utredningens förslag

Utredningen lämnar i detta betänkande författningsförslag med innebörden att alla patienter som vårdas med stöd av LPT eller LRV har rätt till dagliga aktiviteter och att vistas utomhus minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar mot det. Skälen till utredningens förslag är följande:

Daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet är en del av god vård

För det första uttrycktes redan i förarbetena till tvångsvårdslagarna 1991 att vårdmiljön bör utformas så att patienten inte passiviseras. I propositionen angavs att patienten när han eller hon ges psykiatrisk vård så långt det är möjligt bör ha ansvar för sina dagliga aktiviteter och behålla kontakten med samhället utanför vårdinstitutionen.[30] Ur ett vård- och behandlingsperspektiv är möjligheten att vistas utomhus och att kunna delta i aktiviteter viktig. För flera av de vanligaste psykiska sjukdomarna och sjukdomstillstånden finns stöd för att fysisk aktivitet kan bidra till ett förbättrat hälsotillstånd. Som exempel kan nämnas att Socialstyrelsens nationella riktlinjer för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd innehåller rekommendationen att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda beteendepåverkande insatser för att främja fysisk aktivitet och hälsosamma matvanor till personer med schizofreni och schizofreniliknande tillstånd.[31] För personer med långa vårdtider är regelbunden daglig utomhusvistelse och dagliga aktiviteter i regel lättare att planera och genomföra, än för patienter som tvångsvårdas akut under några dagar. Som beskrivits i analysavsnittet ser förutsättningarna mycket olika ut. Dock är det även för den senare patientkategorin viktigt, såväl ur ett vård- och behandlingsperspektiv som ur ett rättighetsperspektiv, att möjligheten finns. Det kan emellertid ofta vara svårt för vården att motivera patienter till utomhusvistelse och fysisk aktivitet. Patienter med långa vårdtider blir inte sällan passiviserade och avstår från erbjudande om promenad eller liknande. I dessa situationer har vården en viktig roll att främja aktivitet och motverka stillasittande.

[30] Prop. 1990/91:58 *om psykiatrisk tvångsvård, m.m.,* s. 129.
[31] Socialstyrelsen. 2018. *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd – Stöd för styrning och ledning.*

Utredningen anser, i likhet med vad JO tidigare uttalat, att möjlighet till daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet är en förutsättning för god vård. Detta ställer krav på vårdgivaren att anpassa lokaler, personaltäthet och organisering av verksamheten på ett sätt så att detta är möjligt. Principiellt bör inte detta ses som något nytt eller utökat åtagande för vårdgivarna, eftersom det av 5 kap. 2 § HSL framgår att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Därmed inte sagt att det inte kan aktualisera ett behov av resursförstärkningar, framför allt till den allmänpsykiatriska slutenvården, men sannolikt på vissa håll även till rättspsykiatrin. Givet att daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet ses som en förutsättning för god vård, blir en naturlig följdfråga om det är nödvändigt med särskilda bestämmelser avseende detta i LPT och LRV. Det skulle kunna hävdas att vårdgivarna redan har denna skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen. En grundläggande skillnad, som enligt utredningen ändå motiverar bestämmelser i LPT och LRV, är det handlar om patienter som vårdas med tvång. Patienter som vårdas med stöd av HSL får inte hindras att lämna en vårdinrättning och kan vistas utomhus så länge och ofta som de själva önskar. För tvångsvårdade patienter ser situationen av uppenbara skäl annorlunda ut. Samtidigt är tillgång till dagsljus, frisk luft och en möjlighet att röra på sig grundläggande mänskliga behov. Det långtgående frihetsberövande som tvångsvård innebär ställer särskilda krav på att uttryckligen reglera vissa grundläggande skyldigheter för vårdgivaren. Enligt utredningen är det mot den bakgrunden motiverat att det av tvångsvårdslagstiftningen uttryckligen framgår vilket ansvar vårdgivaren har att säkerställa att patienterna kan vistas utomhus och delta i olika former av aktiviteter.

Brister har uppmärksammats vid granskningar av svensk tvångsvård

För det andra har nationella och internationella organ med uppgift att inspektera verksamheter där människor är frihetsberövade, återkommande uppmärksammat brister när det gäller tvångsvårdade patienters möjligheter till daglig utomhusvistelse och aktivitet i Sverige. CPT rekommenderade efter sitt besök på den rättspsykiatriska kliniken i Huddinge 2009 att patienter skulle ha tillgång till minst en

timmes utomhusmotion per dag, om inte det förelåg medicinska skäl mot detta samt att rastgårdar skulle ha skydd mot stränga väderförhållanden.[32] Efter ett besök i Sverige 2015 påtalade CPT brister på Växjö rättspsykiatriska klinik där patienter från flera avdelningar var hindrade att vistas utomhus.[33] I januari 2021 besökte CPT Stockholm Norra Psykiatri och skrev i sin rapport från besöket att det inte fanns särskilda, säkra utomhusytor för tvångsvårdade patienter, vilket fick till följd att dessa patienter inte alltid hade tillgång till daglig utevistelse. Av kommitténs rapport framgick att den ansåg att alla patienter ska ha daglig och obegränsad tillgång till frisk luft, om inte medicinska eller behandlingsskäl talar mot det. I den mån det saknas bör fritt tillgängliga och ändamålsenliga ytor för utomhusaktivitet skapas som är tillräckligt rymliga och utrustade med skydd för stränga väderförhållanden.[34] Även JO har återkommande påtalat att patienter som vårdas med tvång på psykiatriska vårdinrättningar bör ha möjlighet till utomhusvistelse minst en timme om dagen och aktiviteter på vårdinrättningen.[35]

Motsvarande bestämmelser finns i annan lagstiftning som reglerar frihetsberövande

Ett tredje argument för att i LPT och LRV reglera frågan om daglig utomhusvistelse och aktivitet är harmonisering med övrig lagstiftning som reglerar frihetsberövande. Motsvarande bestämmelse finns i såväl häkteslagen som fängelselagen (2 kap. 7 § häkteslagen [2010:611] och 4 kap. 1 § fängelselagen [2010:610]). En bestämmelse med samma innebörd finns även sedan 2018 i LVU och LVM. Den som vårdas vid en låsbar enhet ska ges möjlighet att dagligen vistas utomhus och ges möjlighet att ägna sig åt fysisk aktivitet eller någon annan fritidssysselsättning. (15 b § 2 st LVU, 34 § 3 st LVM).

---

[32] Council of Europe. 2009. *Report to the Swedish Government on the visit to Sweden carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 9 to 18 June 2009*, CPT/Inf 34.
[33] Council of Europe. 2016. *Report to the Swedish Government on the visit to Sweden carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 18 to 28 May 2015*, CPT/Inf (2016)1.
[34] Council of Europe. 2021., *Report to the Swedish Government on the visit to Sweden carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 18 to 29 January 2021, CPT/Inf (2021) 35.*
[35] Se till exempel Justitieombudsmannens *Yttrande över betänkandet För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård* (SOU 2017:111), dnr R 10-2018.

Närmare om bestämmelsernas utformning

Som framgått är utredningens förslag att åldersgränsen i nuvarande bestämmelse om daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet i 31 b § LPT (6 § LRV) tas bort. Därutöver föreslås vissa mindre justeringar samt kompletteringar av bestämmelsen.

Formuleringen om rätt till lämnas oförändrad

Utredningens principiella uppfattning är att det vore lämpligare att bestämmelsen om daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet uttrycktes som *en möjlighet* och inte som *rätt till*. Möjlighet till var det begrepp som föreslogs i betänkandet *För barnets bästa?* (SOU 2017:111) och möjlighet till är det begrepp som finns i övrig lagstiftning som reglerar detta. Dock, det faktum att regeringen så sent som 2019 – i propositionen som ligger till grund för nuvarande bestämmelse avseende barn – valde att frångå utredningsförslaget och i stället föreslå begreppet rätt till, indikerar att det är så regeringen anser att bestämmelsen ska formuleras. Mot bakgrund av regeringens nyliga ställningstagande i denna fråga, ser inte utredningen att ett förslag med begreppet en möjlighet skulle ha förutsättningar att vinna gehör i ett eventuellt kommande beredningsarbete i Regeringskansliet. Rätt till kan dessutom uppfattas som starkare i betydelsen mer förpliktande för vårdgivarna, vilket får till följd att en förändring skulle innebära en försvagning av nuvarande bestämmelse såvitt avser barn.

Kravet på utomhusvistelse minst en timme lämnas oförändrad

Som framgått av analysavsnittet anser utredningen att ett krav på minst en timmes utomhusvistelse kan vara svårt att tillgodose i den allmänpsykiatriska slutenvården, där personer ofta vårdas med stöd av LPT under korta perioder och ofta med svåra akuta sjukdomstillstånd. Samtidigt är behovet av en lagreglerad minimitid på en timme något som återkommande framförts vid inspektioner av tvångsvårdsinrättningar av nationella och internationella organ. Med hänsyn till att det dels är möjligt att dela upp utomhusvistelsen i flera korta tillfällen, dels är möjligt att göra undantag av medicinska skäl, anser utredningen att skälen för att bibehålla kravet på en timmes utomhusvistelse

överväger. Förhållandet att ett borttagande av entimmeskravet skulle innebära en försämring av villkoren för barn jämfört med nuvarande reglering, talar också för att behålla det.

Möjligheten att göra undantag av medicinska skäl lämnas oförändrad

I propositionen 2019/20:84 refererade regeringen till att JO och Socialstyrelsen i sina remissvar uttryckt att det kan finnas fall där patienten är i så dåligt psykiskt skick att en utevistelse inte kan äga rum. Även BUP Stockholm har påpekat att fysisk aktivitet kan vara direkt livshotande för en patient i grav svält.[36] Utredningen delar regeringens och nämnda remissinstansers uppfattning att sådana situationer motiverar att bibehålla en möjlighet att göra undantag från rätten till utomhusvistelse eller aktivitet av medicinska skäl. Utredningen har därutöver övervägt om det skulle vara motiverat att även införa säkerhetsmässiga skäl som motiv för undantag. En situation kan uppstå då patientens psykiska tillstånd innebär en risk för att patienten under utomhusvistelsen eller aktiviteten skadar sig själv, andra patienter eller personal. Även rymningsrisk skulle kunna ses som säkerhetsmässigt skäl att neka patienten utomhusvistelse eller aktivitet. Frågan är emellertid om det verkligen finns ett behov av att i lagstiftningen skilja på ett medicinskt skäl och ett säkerhetsmässigt skäl. Medicinska skäl kan härledas till såväl somatiska som psykiatriska sjukdomstillstånd, symtom eller andra uttryck för somatisk eller psykiatrisk sjukdom eller ohälsa. Föreligger det en risk för att en patient kan orsaka hot, våld, skada eller göra ett rymningsförsök, är det i någon mening orsakat av patientens psykiska sjukdomstillstånd. I en sådan situation bör medicinska skäl kunna åberopas för att få neka eller korta en planerad utomhusvistelse eller aktivitet. Något behov av att komplettera undantagsbestämmelsen med säkerhetsmässiga skäl finns därför enligt utredningens uppfattning inte.

[36] Prop. 2019/20:84 *Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården*, s. 48.

Krav på journaldokumentation om en patient nekats daglig aktivitet eller daglig utomhusvistelse

Ett viktigt syfte med bestämmelsen om rätt till minst en timmes daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet är att säkerställa att tvångsvårdade patienters grundläggande mänskliga behov av ljus, frisk luft och någon form av aktivitet inte åsidosätts på grund av faktorer som personalbrist, icke ändamålsenliga lokaler, organisatoriska eller andra omständigheter. Vårdgivarens ansvar enligt HSL för att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges är tydligt.[37] Samtidigt finns det, som framgått ovan, situationer då en patient bör kunna nekas utomhusvistelse eller aktivitet patient av medicinska skäl. Som JO också påpekat torde det dock höra till undantagsfallen att inte någon form av utomhusvistelse är möjlig att erbjuda.[38]

Det är enligt utredningen viktigt för möjligheten att följa upp efterlevnaden av den föreslagna bestämmelsen att upprepade undantag dokumenteras. Om en vårdgivare, en verksamhet eller en enskild avdelning som bedriver tvångsvård utmärker sig genom att genom chefsöverläkarens beslut återkommande neka patienter daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet kan det finnas anledning för IVO att närmare undersöka skälen till detta och eventuellt vidta åtgärder inom ramen för myndighetens uppgifter och uppdrag. Därför föreslår utredningen att det alltid ska dokumenteras i patientens journal när en patient nekats daglig utevistelse eller daglig aktivitet samt skälen till nekandet.

Skälen för utredningens bedömning

Utredningen har övervägt om det vore lämpligt med ett krav på underrättelse till IVO om en patient återkommande nekas daglig utomhusvistelse eller daglig aktivitet. Ett krav på att utan dröjsmål underrätta IVO skulle kunna bidra till att brister i efterlevnaden av bestämmelserna direkt uppmärksammas och kan följas upp. Dock är det förenat med vissa svårigheter att slå fast vid vilken frekvens nekandena kan anses ske återkommande. Det är också avgörande av vilka skäl som

[37] 5 kap. 2 § Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[38] Justitieombudsmannen. 2011. *Kritik mot en rättspsykiatrisk vårdinrättning som vägrat en patient som vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård att vistas utomhus på grund av att han inte lämnat urinprov. Patientens behov av utomhusvistelse har inte ansetts tillgodosett genom vistelse på avdelningens balkong,* dnr 6823-2009 och 2196-2010, s. 11.

utevistelsen nekas eller begränsas. Enligt uppgifter till utredningen har exempelvis en majoritet av patienterna som vårdas med stöd av LPT på BUP en ätstörning. Deras utevistelse kan behöva begränsas av medicinska skäl. Vanligt för dessa patienter är 2 × 15 minuters lugn promenad. Det är knappast meningsfullt att en sådan inskränkning i rätten till en timmes utevistelse varje gång ska föranleda en underrättelse till IVO. Det skulle innebära en ökad administrativ börda på vårdgivaren som inte står i proportion till nyttan med den information som inhämtas. Eftersom det enligt utredningens förslag ska finnas ett krav på journaldokumentation, kommer information om bestämmelsens efterlevnad ändå genereras via journalerna. Mot den bakgrunden är det utredningens bedömning att regeringen cirka ett år efter ikraftträdandet bör ge Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i uppdrag följa upp tillämpningen av de nya bestämmelserna om daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet. Uppföljningen bör bland annat omfatta att belysa i vilken omfattning det förekommer att patienter nekas utevistelse, vilka skäl som anförts för nekandet, antal patienter, patienternas ålder och kön samt vårdformer.

8 Allmän kontroll av försändelser och vid inpassering på LRV-inrättningar

8.1 Utredningens uppdrag

Regeringen skriver i utredningsdirektivet till denna utredning att patienternas trygghet i vården har en nära koppling till säkerhet. Särskilt vid sjukvårdsinrättningar där rättspsykiatrisk vård får ges är det fundamentalt att en god säkerhet kan upprätthållas och att vårdgivaren ges möjlighet att förhindra att egendom som kan vara till men för vården eller ordningen förs in på sjukvårdsinrättningen. Det är inte acceptabelt att det förekommer narkotika, vapen eller annan otillåten egendom vid vårdinrättningar som har till uppgift att ge vård och samtidigt upprätthålla ett samhällsskydd. Det kan medföra ordningsstörningar och skapa ett negativt socialt klimat som försvårar vård- och rehabiliteringsarbetet med patienten. Därtill kommer säkerhets- och arbetsmiljöproblem för personalen. Den rättspsykiatriska vården måste ges förutsättningar att effektivt förhindra att otillåtna föremål förs in på vårdinrättningar och avdelningar. En sådan reglering förutsätter dock noggranna proportionalitetsavvägningar i förhållande till regeringsformens och Europakonventionens rättighetsreglering. En utgångspunkt för förslagen ska därför vara att regleringen av skyddet för fri- och rättigheterna samt de höga krav på rättssäkerhet som måste ställas på lagstiftningen inom detta område respekteras samtidigt som förslagen inte ska syfta till en ökad inlåsning av patienterna. Mot denna bakgrund är uppdraget till utredningen formulerat som att bedöma om bestämmelserna i LRV, med hänsyn tagen till grund-läggande fri- och rättigheter, ska skärpas för att förhindra att otillåtna föremål förs in på vårdinrättningarna och för att förhindra att patienter utför straffbelagda handlingar mot medintagna

eller hälso- och sjukvårdspersonal och lämna nödvändiga författningsförslag.[1]

8.2 Övergripande utgångspunkter och analys

Är nuvarande lagstiftning tillräcklig eller kan LRV-inrättningar genom förändrad lagstiftning ges bättre förutsättningar att hindra införsel av otillåtna föremål, utan att det leder till oproportionerliga inskränkningar av det rättighetsskydd som följer av regeringsformen och europakonventionen? Detta ser utredningen som den övergripande frågeställning som bör ställas i en analys, givet hur utredningens uppdrag är formulerat. Mot den bakgrunden har utredningen valt att i följande avsnitt diskutera några centrala aspekter på nämnda frågeställning. Inledningsvis redovisas kortfattat bakgrunden till och innebörden av nuvarande bestämmelser om otillåtna föremål.

8.2.1 Bestämmelser om otillåtna föremål i LPT och LRV

I LPT och LRV har det sedan lagarnas tillkomst funnits bestämmelser som möjliggör viss kontroll vid inpassering till vårdinrättningar och av försändelser. Av förarbetena framgår att det ansågs att bestämmelser om kontroll och kvarhållande av försändelser enbart borde utformas med inriktning på att skydda patienternas hälsa och nå framgång med behandlingen. Utifrån det resonemanget togs möjligheten, som hade funnit enligt LSPV[2], att granska försändelser från en patient bort. När det gällde försändelser till en patient ansågs dock förutsättningarna vara andra. Det konstaterades att försändelser till en patient kan innehålla narkotika, alkohol, andra berusningsmedel, vapen eller annat som kan användas för att skada patienten själv eller andra. Det ansågs att behovet av att upprätthålla ordning och säkerhet på en vårdinrättning i detta hänseende torde sammanfalla med behandlingshänsyn för en enskild patient. Det ansågs därför att brev eller annan försändelse till en patient borde få öppnas och granskas för kontroll av att den inte innehåller sådan skadlig egendom. Däremot skulle

[1] Kommittédirektiv 2021:36.
[2] Lag (1966:293) om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall. Upphävd 1992-01-01.

det skriftliga innehållet inte få granskas, till skillnad från vad som hade gällt enligt LSPV.[3]

I LPT och LRV infördes också bestämmelser om att en patient får kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av om patienten innehar skadlig egendom. Av förarbetena framgår att avsikten inte var att sådana åtgärder skulle vidtas rutinmässigt, utan att det i det särskilda fallet alltid måste göras en bedömning av om kroppsvisitering eller ytlig kroppsbesiktning är befogad och att det således måste finnas en konkret anledning för att få genomföra åtgärden. Som exempel angavs att sådana åtgärder kunde bli aktuella om patienten nyligen tagit emot besök eller om missbruk förekommit på inrättningen.[4]

År 2013 utarbetades promemorian Elektronisk kommunikation vid rättspsykiatrisk vård m.m. (Ds 2013:65) inom Socialdepartementet. Promemorian låg till grund för proposition och riksdagsbeslut. Den nya lagstiftningen trädde i kraft den 1 oktober 2014. Lagändringarna innebar nya bestämmelser i syfte att skapa en trygg och säker vårdmiljö och motverka brottslighet vid sjukvårdsinrättningar för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Ett generellt förbud mot att inneha annan utrustning för elektronisk kommunikation än sådan som tillhandahålls av vårdgivaren infördes för en avgränsad patientgrupp genom en ny bestämmelse i LRV. Det är fråga om patienter som vårdas med stöd av LRV och som av domstol överlämnats till rättspsykiatrisk vård med särskild utskrivningsprövning, anhållna, häktade och patienter som är intagna i eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt. Det generella förbudet får för den avsedda patientgruppen endast förekomma på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för vilken en förhöjd säkerhetsklassificering gäller. Vidare infördes en ny bestämmelse som uttryckligen anger att beslut om inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster eller beslut om övervakning av försändelser från en patient genom nytt beslut får förlängas högst två månader vid varje tillfälle. Detta ansågs gälla även vid tidpunkten för lagändringarna, men eftersom det från rättssäkerhetssynpunkt är viktigt att en patient kan förutse vilka beslut som kan komma att fattas bör detta uttryckligen framgå av lagen. Lagändringar gjordes även så att patienter som vårdas frivilligt enligt dåvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), vid en sjuk-

[3] Prop. 1990/91:58 *Om psykiatrisk tvångsvård, m.m.,* s. 58.
[4] Ibid.

vårdsinrättning eller avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård inte får inneha sådan egendom som enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård inte får innehas av tvångsvårdade patienter. Chefsöverläkaren får besluta om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning även för dessa patienter under de förutsättningar som anges i lagen. Det är väsentligt att sådana åtgärder kan vidtas för att förhindra att egendom som kan vålla skada eller annars vara till men för vården eller ordningen förs in på sjukvårdsinrättningen.

Vidare infördes i LPT och LRV bestämmelser som ger vårdgivare möjlighet att fatta beslut om allmän inpasseringskontroll. Enligt 8 b § LRV samt 23 b § i LPT får vårdgivaren, om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård för vilken en förhöjd säkerhetsklassificering[5] gäller, besluta att alla personer som passerar in i inrättningen eller på avdelningen ska kroppsvisiteras (allmän inpasseringskontroll). Med undantag av dem som ska närvara vid domstolsförhandling på sjukvårdsinrättningen får åtgärden vidtas på patienter, utan avgränsning till någon särskild grupp, besökare och personal. Beslut om säkerhetskontroll vid domstolsförhandling på sjukvårdsinrättningen ska beslutas av domstolens chef eller någon annan lagfaren domare som han eller hon har delegerat beslutanderätten till, i enlighet med den särskilda lagen (1981:1064) om säkerhetskontroll i domstol. Om vårdgivaren fattar beslut om allmän inpasseringskontroll vid viss inrättning eller avdelning, får detta gälla tills säkerhetsnivån ändras till lägsta nivå. 23 § LPT och 8 § LRV reglerar kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning för kontroll att man inte innehar egendom som man inte får ha enligt 21 §, eller om rätten till elektronisk kommunikation är inskränkt, sådan utrustning som avses i 20 b § LPT. 8 a § LRV avser att man endast får använda utrustning som vårdgivaren tillhandahåller – annan utrustning får omhändertas och chefsöverläkaren får besluta om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning. Det finns således i dag möjlighet att såväl inom allmänpsykiatrin som inom rättspsykiatrin ha allmän inpasseringskontroll på säkerhetsnivå 1 och 2 samt möjlighet till kontroll av enskilda patienter efter särskilt beslut på säkerhetsnivå 3.

[5] Med förhöjd säkerhetsklassificering avses säkerhetsklass 1 eller 2 enligt Socialstyrelsens föreskrifter om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt vid enheter för rättspsykiatrisk undersökning (SOFS 2006:9).

Av 22 § LPT följer att chefsöverläkaren får besluta om att försändelser till patient får undersökas för kontroll av att det inte innehåller egendom som patienten enligt 21 § samma lag inte får inneha. Om en ankommande försändelse innehåller egendom som inte får innehas enligt 21 §, får egendomen omhändertas. Vidare får chefsöverläkaren enligt 22 a § LPT besluta att övervaka försändelser från en patient om det är nödvändigt med hänsyn till vården eller rehabiliteringen av patienten eller för att undvika att någon annan lider skada. För detta ändamål får chefsöverläkaren öppna, ta del av och kvarhålla försändelser till patienten.

8.2.2 Skärpta bestämmelser föreslogs av Socialstyrelsen 2018

En skrivelse inkom till regeringen 2016 från Samverkansforum för rättspsykiatriska vårdverksamheter på regionnivå (SARV)[6]. Skrivelsen innehöll en hemställan om förändrad lagstiftning avseende möjligheten att kontrollera inkommande försändelser till rättspsykiatriska vårdinrättningar inom den rättspsykiatriska vården för att kunna förhindra att farliga föremål kommer in på vårdenheterna. Bakgrunden var att det över tid förekommit att patienter smugglat in vapen, brandfarlig vätska, narkotiska preparat, internetdroger samt andra – för patientsäkerheten, samhällsskyddet och arbetsmiljön farliga föremål. Denna skrivelse utgjorde upprinnelsen till ett regeringsuppdrag som 2017 gavs till Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen redovisade regeringsuppdraget i rapporten *Otillåten egendom och hot inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården* (2018). Myndigheten föreslog ändringar i LRV, som bland annat innebär en skärpning av nuvarande bestämmelser om allmän inpasseringskontroll och en ny bestämmelse om allmän kontroll av försändelser.

Enligt Socialstyrelsens förslag om allmän inpasseringskontroll ska vårdgivare ges möjlighet att besluta om allmän inpasseringskontroll oavsett säkerhetsnivå inom den rättspsykiatriska vården. Förutsättningarna för och syftet med kontrollen ska vara samma som i dag gäller på säkerhetsnivå 1 och 2. Införandet av kontrollen ska emeller-

[6] Skrivelse från SARV (Samverkansforum för rättspsykiatriska vårdverksamheter på regionnivå angående) angående förändrad lagstiftning avseende möjligheten att kontrollera inkommande försändelser till rättspsykiatriska vårdinrättningar, 2016-11-07.

tid endast ske om det åtföljs av en utvärdering av dess konsekvenser för vårdmiljön i bred bemärkelse, såsom vårdrelationen, och patientens möjlighet till rehabilitering. Konsekvenserna ska utvärderas för såväl vuxna som barn som för kvinnor och män.

Enligt Socialstyrelsens förslag om allmän kontroll av försändelser ska vårdgivare ges möjlighet att besluta om att alla inkommande försändelser ska få kontrolleras om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård. Syftet med kontrollen ska vara att söka efter egendom som en patient inte får inneha enligt LRV eller beslut som har meddelats med stöd av lagen. Skriftliga meddelanden får inte granskas. Ett undantag från den allmänna kontrollen ska gälla för försändelser från en svensk myndighet, advokat, patientens offentliga biträde eller ett internationellt organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål från enskilda. Sådana försändelser får endast kontrolleras om det finns anledning att anta att uppgiften om avsändare av en sådan försändelse är oriktig. Den allmänna kontrollen av försändelser ska ske genom användande av röntgenutrustning eller annan liknande anordning. Den allmänna kontrollen av försändelser ska ske skyndsamt. Vid misstanke om att en försändelse innehåller egendom som en patient inte får inneha gäller bestämmelserna i 8 § LRV jämförd med 22 § LPT. Det ska således krävas beslut av chefsöverläkare för att få öppna en patients försändelse och otillåten egendom ska få omhändertas. Vårdgivarens beslut om att införa allmän kontroll av försändelser ska inte kunna överklagas. Det ska inte heller i enskilda fall vara möjligt att medge undantag från allmän kontroll av försändelser för en viss person.

8.2.3 Är otillåtna föremål på LRV-inrättningar ett reellt problem?

En första grundläggande fråga är om otillåtna föremål på LRV-inrättningar är ett reellt problem i dag och vilka möjligheter nuvarande lagstiftning ger att förhindra införsel av otillåtna föremål. Utredningen har inte haft tids- och resursmässiga förutsättningar att genomföra någon egen omfattande enkätundersökning, utan utgår i huvudsak från den kartläggning som Socialstyrelsen gjorde 2017–2018. Dock har utredningen genom verksamhetsbesök och dialoger med företrädare för allmänpsykiatri och rättspsykiatri haft möjlighet att få en

uppdaterad bild av situationen och ställa frågor om förekomsten av otillåtna föremål och vilka konsekvenser det får när otillåtna föremål finns på vårdinrättningen.

Inom ramen för arbetet med rapporten *Otillåten egendom och hot inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården* skickade Socialstyrelsen ut en enkät till verksamheter för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt till två enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Syftet med enkäten var främst att få en bild av i vilken utsträckning det förekommer att otillåtna föremål kommer in på vårdinrättningar och att patienter skickar försändelser med hot till en svensk myndighet, advokat, patientens offentliga biträde eller ett internationellt organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål. Utskicket gjordes till 105 verksamheter utifrån IVO:s säkerhetsregister. Till detta register ska verksamheter som bedriver vård enligt LPT och LRV samt enheter för rättspsykiatrisk undersökning anmäla sig. Eftersom säkerhetsregistret, på grund av bristfällig inrapportering, inte är uppdaterat har det inte har varit möjligt att garantera att samtliga verksamheter som bedriver vård enligt LPT och LRV har fått enkäten. Kritik mot den bristande inrapporteringen har påtalats tidigare, bland annat i betänkandet *För barnets bästa?* (SOU 2017:111). Av de 105 mottagarna var det totalt 50 verksamheter som besvarade enkäten, varav 35 uppgett att de bedriver vård enligt LPT och 14 att de bedriver vård enligt LRV (inklusive en enhet för rättspsykiatrisk undersökning). En verksamhet har uppgett att de bedriver lika mycket vård enligt LPT som LRV. Svarsfrekvensen för enkätundersökningen är 48 procent, bortfallet är således 52 procent. På grund av det höga bortfallet bör resultatet tolkas med försiktighet. Socialstyrelsen bedömer dock att resultatet av enkäten ändå kan ge viss vägledning.

Av de verksamheter som besvarat enkäten bedrev 79 procent endast vård av vuxna och 21 procent främst av vuxna, ingen verksamhet vårdade endast barn. De flesta verksamheterna, 86 procent, hade avdelningar med säkerhetsnivå 2, medan 64 procent hade säkerhetsnivå 3 och 50 procent säkerhetsnivå 1. Verksamheterna har alltså ofta avdelningar med olika säkerhetsnivåer. Av de svarande uppgav 93 procent att de har upptäckt otillåtna föremål inne på vårdinrättningen eller avdelningen sedan den 1 januari 2015. Majoriteten, 54 procent, uppgav att sådana föremål upptäckts en eller flera gånger per månad,

medan 15 procent uppgav att otillåtna föremål upptäckts en eller två gånger i kvartalet.

Försändelser till en patient kan, som framgått, efter individuellt beslut granskas för kontroll av om de innehåller sådan egendom som avses i 21 § LPT. På förfrågan om verksamheten hade möjlighet att uppge hur många sådana beslut som fattats under 2015 svarade 57 procent att det var möjligt för år 2016 och dittills under år 2017 var motsvarande andel 64 procent. Av svaren om antal beslut framgår att antalet varierar väsentligt. Några verksamheter fattade mellan 1 och 14 beslut/år, en verksamhet fattade drygt 300 beslut/år och för en verksamhet hade antalet beslut ökat årligen och låg under 2017 på drygt 1 700 beslut vid svarstillfället. Enligt Socialstyrelsens redovisning av enkätundersökningen har verksamheterna tillfrågats om de känner till att patienter, personal eller besökare har fått somatisk hälso- och sjukvård vid den egna vårdinrättningen eller avdelningen på grund av skada, överdos eller liknande som orsakats av incident med otillåtna föremål. Av de svarande har 62 procent svarat ja på denna fråga. Totalt 31 procent av verksamheterna uppger dock att det nästan aldrig sker och 23 procent att det sker mer sällan än en gång per halvår. I de öppna svaren har såromläggning och vård på grund av drogpåverkan getts som exempel. Det har också enligt Socialstyrelsen framförts att det är vanligare att skador sker genom användning av tillåtna föremål, såsom pennor eller del av en galge.

Socialstyrelsen har genom Arbetsmiljöverket fått statistik över arbetsolyckor med sjukfrånvaro bland förvärvsarbetande som har anmälts till Försäkringskassan. För näringsgrenen specialiserad sluten psykiatrisk hälso- och sjukvård på sjukhus har totalt 102 arbetsolyckor anmälts under perioden 2012–2016. Av statistiken går det att utläsa att det under nämnda år endast har anmälts en arbetsolycka med sjukfrånvaro orsakad av ”kontakt med vass yttre faktor”. Det är okänt om det skett inom den slutna frivilliga vården eller inom den slutna psykiatriska tvångsvården eller den rättspsykiatriska vården. Statistiken från Arbetsmiljöverket säger dock inget om hur många arbetsolyckor som har inträffat med farliga föremål när skadan inte har lett till sjukfrånvaro eller när hot med ett föremål har skett men inte lett till en arbetsolycka. Det går inte heller av statistiken att ut-

läsa ifall några av incidenterna har inträffat under påverkan av exempelvis alkohol eller narkotika som har kommit in på inrättningen.[7]

Mot bakgrund av resultatet av Socialstyrelsens enkätundersökning samt information som under 2021 lämnats till utredningen från verksamheter som bedriver rättspsykiatrisk vård är det utredningens bedömning att otillåtna föremål och egendom förs in på vårdinrättningarna i en omfattning som måste anses utgöra ett problem för verksamhetens bedrivande.

8.2.4 Riskerar bestämmelser om allmän inpasseringskontroll och allmän försändelsekontroll på alla LRV-inrättningar att träffa andra personer än avsett?

Allmän kontroll vid inpassering och av försändelser utgör en betydande inskränkning av personers genom grundlagen och internationella konventioner skyddade grundläggande fri- och rättigheter. I remissbehandlingen av Socialstyrelsens rapport påpekades att skärpta bestämmelser riskerar att träffa patienter som vårdas med stöd av annan lagstiftning än LRV, eftersom det förekommer så kallade blandade avdelningar. Exempelvis saknade Justitieombudsmannen (JO) en diskussion om de konsekvenser de kan få för patienter vid så kallade blandade avdelningar, det vill säga där det bedrivs både sluten psykiatrisk tvångsvård och sluten rättspsykiatrisk vård. JO kunde föreställa sig svårigheter med att bedöma om en blandad avdelning ska anses vara av det ena eller andra slaget, samtidigt som denna bedömning blir avgörande för vilka regler som ska gälla. Även vissa patienter som vårdas enligt LPT kan därmed komma att träffas av de föreslagna bestämmelserna om allmän inpasseringskontroll respektive allmän kontroll av försändelser, trots att det inte är avsikten. Eftersom regleringen utgör en inskränkning av grundläggande fri- och rättigheter är det viktigt att bestämmelserna inte får ett vidare tillämpningsområde än vad som motiveras av det bakomliggande syftet. Även Sveriges Kommuner och Landsting (numera Sveriges kommuner och Regioner, förkortat SKR) efterlyste ett förtydligande av vad som ska gälla för blandade avdelningar.

Utredningen har i dialoger med företrädare för både allmänpsykiatriska och rättspsykiatriska avdelningar ställt frågan om hur van-

[7] Socialstyrelsen. 2018. *Otillåten egendom och hot inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården.*

ligt det är att patienter som inte ingår i någon av de kategorier som anges i 1 § LRV, placeras på en inrättning för rättspsykiatrisk vård. Frågan har också diskuterats vid de verksamhetsbesök som utredningen gjort på allmänpsykiatriska och rättspsykiatriska kliniker. Den bild som förmedlas är att det i dag är ovanligare än tidigare att andra än LRV-patienter placeras på rättspsykiatriska avdelningar, men att det förekommer. Det omvända är vanligare, det vill säga att en LRV-patient placeras på en allmänpsykiatrisk avdelning tillsammans med LPT-patienter. I den meningen finns det blandade avdelningar. Det blir således en fråga om vad vårdinrättningen eller avdelningen har för formell organisatorisk beteckning. Eftersom den organisatoriska beteckningen ”sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård” används i 8 b § LRV, skulle det enligt utredningen vara möjligt att ha särskilda bestämmelser om inpassering och försändelsekontroll för just sådana inrättningar eller avdelningar. Det skulle också vara möjligt att lagreglera vilka patienter som får placeras på dessa inrättningar eller avdelningar. Därigenom skulle det kunna undvikas att inskränkande bestämmelser får ett vidare tillämpningsområde än vad som motiveras av det bakomliggande syftet – det vill säga att ”fel” patienter drabbas av inskränkningar. Att det skulle vara svårt att bedöma om en avdelning ska anses vara av det ena eller andra slaget, är inte något som utredningen identifierat som ett problem, eller i vart fall inte något som inte skulle gå att klargöra inför beslut om allmän kontroll. Utredningens bild är att alla vårdinrättningar, avdelningar eller delar av avdelningar har en formell organisatorisk beteckning som anger huruvida det är den inrättning för rättspsykiatrisk vård eller för allmänpsykiatrisk vård.

Utöver LPT-patienter kan de patientkategorier som anges i 1 § LRV, punkterna 2–4 behöva kommenteras. Det gäller personer som är anhållna, häktade eller intagna på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning, personer som är intagna i eller ska förpassas till kriminalvårdsanstalt eller som är intagna i eller ska förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård. Dessa patienter kan vara placerade på en LRV-inrättning men är inte dömda till rättspsykiatrisk vård och vårdas därmed i juridisk mening med stöd av HSL. Skulle det då vara ett problem att dessa patienter träffas av bestämmelser om allmän inpasseringskontroll och allmän kontroll av försändelser? Utredningen kan konstatera att, eftersom dessa personer redan är frihetsberövade med stöd av annan lagstift-

ning[8] och deras fri- och rättigheter därmed redan är begränsade, bör det kunna accepteras att allmän inpasseringskontroll och allmän kontroll av försändelser vid en LRV-inrättning omfattar även dessa patienter. Enligt 8 § LRV får dessutom såväl regeringen som Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse i vissa fall fatta beslut om inskränkningar, bland annat i visa patienters rätt att skicka eller ta emot försändelser.

8.2.5 Bör undantag kunna göras från allmän inpasseringskontroll och allmän försändelsekontroll?

När det gäller frågan om vilka personer och vilka försändelser som skulle omfattas av allmän inpasseringskontroll och allmän kontroll av försändelser på LRV-inrättningar med säkerhetsklass 3, bör påpekas att bestämmelserna, om de ges samma utformning som nuvarande bestämmelser (23 b § LPT, 8 b § LRV) för säkerhetsklass 1 och 2, förutom patienter kommer att omfatta alla olika kategorier av personal samt besökare, liksom olika typer av leveranser till inrättningen. Detta sker i dag på rättspsykiatriska enheter med förhöjd säkerhetsklassificering. Kontrollen görs med stöd av bestämmelsen 8 b § LRV, av vilken det också framgår att kroppsvisitation och undersökning av väskor och andra föremål ska ske genom användande av metalldetektor eller annan liknande anordning eller, om det finns särskilda skäl, på annat sätt. Enligt företrädare för sådana inrättningar som utredningen träffat, däribland Helix i Huddinge och Karsudden i Katrineholm, upplever inte personalen generellt kontrollen som integritetskränkande. Däremot kan det vara praktiskt omständligt och tidskrävande, vilket ur arbetsmiljösynpunkt kan vara en nackdel. En fördel med denna typ av skalskydd som omfattar alla är en minskad risk för att personal eller besökare utsätts för påtryckningar att föra med sig otillåtna föremål in på kliniken. Nackdelen är, förutom de investerings- och driftskostnader som är förenade med ett sådant skalskydd, att det innebär inskränkningar i det rättighetsskydd som följer av regeringsformens och Europakonventionen för alla, inte enbart de patienter som är föremål för rättspsykiatrisk vård.

När nuvarande bestämmelser infördes 2014 skrev regeringen att en allmän inpasseringskontroll ska gälla samtliga som passerar in i

[8] Häkteslagen (2010:611), fängelselagen (2010:610) samt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård.

inrättningen eller på avdelningen dock med undantag av dem som ska närvara vid domstolsförhandling.[9] Regeringen pekade på att det finns en rad kategorier av personer som besöker en vårdinrättning. Det kan vara fråga om besökare till patienterna, patienterna själva, offentliga biträden, stödpersoner, personal, myndighetspersoner med flera. Regeringen hänvisade vidare till införandet av allmän inpasseringskontroll i då gällande lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt, förkortad KvaL, och att regeringens allmänna utgångspunkt då var att en reglering som syftar till att lösa ett problem har större förutsättningar att uppnå goda resultat ju vidare del av de tänkbara orsakerna bakom problemet som regleringen täcker. Å andra sidan ska en reglering inte göras mer långtgående än vad som är nödvändigt. Det går inte att utesluta risken att otillåtna föremål förs in, eller kan komma att föras in, av olika kategorier av personer som har tillträde till sjukvårdsinrättningarna. Regeringen anförde vidare att en reglering som inte tar fasta på detta, utan som bara siktar in sig på någon eller några av dessa grupper har sämre förutsättningar att bli effektiv. Regeringen ansåg mot den bakgrunden att det därför fanns skäl att eftersträva en reglering som syftar till att kunna tillämpas mot alla kategorier av personer som har tillträde till inrättningen eller avdelningen. En kontroll som omfattar alla blir enklare att tillämpa därför att bedömningar inte behöver göras i det enskilda fallet. En generell kontroll har också större förutsättningar att accepteras bland dem som ska kontrolleras då den inte pekar ut någon särskild person eller grupp som särskilt benägen att föra in otillåtna föremål.[10]

Mot de argument som regeringen anförde kan ställas att undantagande av exempelvis hälso- och sjukvårdspersonal som grupp rimligen inte behöver betyda att bedömningar måste göras i varje enskilt fall. Det behöver således inte vara fråga om att antingen tillämpa en allmän kontroll av samtliga som passerar in på vårdinrättningen, eller att behöva fatta beslut i varje enskilt fall. Det bör vara möjligt att undanta tydligt definierade personkretsar. De personer som ingår i en undantagen personkrets kan då antingen gå via den allmänna inpasseringskontrollen när den är bemannad och efter uppvisande av legitimation passera utan att kontrolleras, eller utanför bemannade tider använda en annan entré med kortläsare/kod eller liknande.

[9] Prop. 2013/14:119 *Elektronisk kommunikation och andra säkerhetsåtgärder vid psykiatrisk tvångsvård* s. 41.
[10] Ibid.

Ett annat argument är de praktiska och kostnadsmässiga konsekvenser som det skulle innebära att ha ett skalskydd på en rättspsykiatrisk vårdinrättning eller avdelning med säkerhetsklass 3 som är integrerad i en sjukhusmiljö. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska en avdelning, eller del av en avdelning, med godtagbar säkerhetsnivå (3) ha rutiner för en fortlöpande kontroll av var patienterna befinner sig. Till skillnad från de två högre säkerhetsnivåerna nämns inte begreppet skalskydd i beskrivningen av säkerhetsnivå 3. Med skalskydd avses skydd i form av en avdelnings fysiska gränser.[11] Skalskyddet utgörs av omslutande väggar, tak och golv med tillhörande byggnadsdetaljer och slussfunktioner. Om det blir möjligt med allmän inpasseringskontroll även på säkerhetsnivå 3 måste rimligen ett skalskydd i någon form upprättas även för dessa inrättningar och avdelningar. Genom att personal behöver passera in och ut vid olika tidpunkter på dygnet, förutsätter ett skalskydd bemannad inpasseringskontroll alla dagar och dygnets samtliga timmar. Det betyder också att lokaler behöver anpassas för ändamålet, med ibland omfattande ombyggnationer som följd. Sammantaget är detta sannolikt förenat med kostnader. En avvägning mellan värdet av att alla personer och alla typer av försändelser kontrolleras och de betydande praktiska konsekvenser detta kan medföra, behöver således göras av vårdgivaren. Om exempelvis vårdinrättningens hälso- och sjukvårdspersonal skulle undantas, minskar behovet av bemannad kontroll dygnet runt eftersom det i normalfallet endast är sådan personal som behöver kunna passera kontrollen på andra tider än dagtid. Det kan förvisso i undantagsfall behöva finnas en bemannad inpasseringskontroll på andra tider än dagtid, exempelvis om en patient återvänder sent från en permission. Att kunna undanta personal bör ändå generellt sett innebära ett mindre omfattande bemanningsbehov.

Riskerna med att undanta personal kan vara att enskilda personer som ingår i den undantagna gruppen för in otillåtna föremål på vårdinrättningen, antingen på eget initiativ eller på grund av påtryckningar från patienter eller personer utanför vårdinrättningen. Det bör också säga att även med skärpt kontroll, kommer det förekomma otillåtna föremål på vårdinrättningarna, exempelvis narkotika. Detta i kombination med en ordning där personalen är undantagen kontroll, skulle kunna leda till att personalen som grupp, eller enskilda personer bland personalen, upplever utsatthet och misstänkliggörande från såväl

[11] 2 kap. 1 § SOFS 2006:9.

arbetsgivare som från kollegor och patienter. Att alla personer underställs samma kontroll kan också bidra till att bestämmelsen ges öka legitimitet bland patienterna.

I sammanhanget bör påpekas att frågan om att i lag reglera möjligheten att undanta vissa personer eller kategorier av personer från allmän inpasseringskontroll har kommenterats av JO vid flera tillfällen. I remissvaret på Psykiatrilagsutredningens betänkande från 2012[12], vilket innehöll förslag om allmän inpasseringskontroll, skrev JO att hon ställer sig frågande till att det inte föreslås någon möjlighet att medge undantag från den allmänna inpasseringskontrollen i likhet med den föreslagna motsvarigheten i 5 kap. 27 § lagen om särskilda skyddsåtgärder och nuvarande 8 kap. 11 § fängelselagen (2010:610). JO återkom med samma synpunkt i remissvaret på departementspromemorian Elektronisk kommunikation vid rättspsykiatrisk vård m.m. (Ds 2013:65). JO skrev då att, i motsats till stadgandet om allmän inpasseringskontroll i 8 kap. 11 § fängelselagen (2010:610)[13], saknas i den föreslagna bestämmelsen i 23 b § LPT en möjlighet att medge undantag från en beslutad allmän inpasseringskontroll. Ett undantag som uttryckligen efterfrågades av JO avsåg personer som medverkar i domstolsförhandling. Ett sådant undantag infördes också genom att det i bestämmelserna 23 b § LPT och 8 b § LRV föreskrivs att säkerhetskontroll vid domstolsförhandling på sjukvårdsinrättningen beslutas i enlighet med lagen (1981:1064) om säkerhetskontroll i domstol Lag (2014:523). Det är domstolens chef som beslutar och det gäller för alla som ska närvara vid domstolsförhandlingen, men inte domstolens anställda med flera. Allmän inpasseringskontroll på vårdinrättningen får över huvud taget inte drabba dem som ska in på domstolsförhandlingen.[14] Dock kan utredningen konstatera att fängelselagen endast ger Kriminalvården möjlighet att i enskilda fall och om det finns särskilda skäl, medge undantag. Det är tveksamt om en motsvarande bestämmelse i LRV skulle kunna ge vårdgivaren möjlighet att undanta en hel personkrets, exempelvis hälso- och sjukvårdspersonal. För detta syfte bör bestämmelsen sannolikt formuleras annorlunda.

När det gäller allmän kontroll av försändelser syftar den skärpning som Socialstyrelsen föreslog till att kunna granska och öppna försän-

[12] SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*.
[13] Kriminalvården får i enskilda fall medge undantag från allmän inpasseringskontroll, om det finns särskilda skäl.
[14] Ds 2013:65 *Elektronisk kommunikation vid rättspsykiatrisk vård m.m.*

delser om är adresserade till en patient. Vårdgivare ska enligt förslaget ges möjlighet att besluta om att alla inkommande försändelser ska få kontrolleras om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård. Ett undantag föreslogs för försändelser från en svensk myndighet, advokat, patientens offentliga biträde eller ett internationellt organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål från enskilda.

Utredningen kan konstatera att den av Socialstyrelsen föreslagna bestämmelsen tar sikte på alla försändelser, det vill säga även olika typer av leveranser till vårdinrättningen. Leveranser av medicinsk utrustning, läkemedel, inventarier, mat, textil (tvätt) med mera skulle också omfattas. På de vårdinrättningar med förhöjd säkerhetsklassificering som i dag har ett skalskydd är detta i normalfallet inget problem. När det gäller vårdinrättningar med säkerhetsklass 3 som saknar skalskydd och som ligger integrerade i en sjukhusmiljö kan emellertid problem liknande de beträffande allmän inpasseringskontroll uppstå. Att kontrollera samtliga försändelser till en vårdinrättning kan vara praktiskt svårgenomförbart och kostnadskrävande. Detta ska emellertid ställas mot risken att ett undantag för vissa leveranser blir en möjlighet för personer med en relation till intagna patienter att föra in otillåtna föremål. Personal som ansvarar för eller genomför leveranserna kan utsättas för hot och påtryckningar från patienter eller personer med anknytning till patienter på vårdinrättningen.

8.2.6 Allmän kontroll eller individuell kontroll – vad är mest ändamålsenligt?

Som tidigare konstaterats utgör allmän kontroll vid inpassering och av försändelser ett inte obetydligt ingrepp i grundlagsskyddade rättigheter. Att detta är ett tungt vägande principiellt argument mot att införa sådana bestämmelser är uppenbart och diskuteras mer ingående i avsnittet 8.2.7 nedan. Ett delvis annat sätt att analysera frågan är att fokusera på vilken typ av bestämmelser som är mest ändamålsenliga utifrån syftet att skapa en säker vårdmiljö – möjlighet till allmän kontroll eller möjlighet till enskilda kontroller efter individuellt beslut.

Som redovisats i tidigare avsnitt finns det redan i dag möjligheter att, oavsett inrättningens säkerhetsnivå, undersöka om en patient bär

på sig otillåtna föremål samt undersöka försändelser till en patient. Av 22 § LPT, som genom hänvisning även gäller LRV, följer att chefsöverläkaren får besluta om att försändelser till en patient får undersökas för kontroll av att de inte innehåller egendom som patienten enligt 21 § samma lag inte får inneha. Om en ankommande försändelse innehåller egendom som inte får innehas enligt 21 § får egendomen omhändertas. Enligt 23 § LPT, som genom hänvisning även gäller LRV, får en patient, om det är nödvändigt kroppsvisiteras eller ytligt kroppsbesiktigas för kontroll av att han eller hon inte bär på sig sådan egendom som avses i 21 § eller, när det gäller en patient vars rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster är inskränkt, utrustning som avses i 20 b §. Om möjligt ska ett vittne närvara när åtgärden utförs. Chefsöverläkaren beslutar om kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning. Lag (2020:354).

Vad skulle då vinnas på att tillåta allmän kontroll? Ett argument för allmän kontroll är att de innebär en mer jämlik och mindre stigmatiserande handling än enskilda kontroller som innebär att man måste peka ut en specifik person som misstänkt för att föra in olämpliga föremål. Även utifrån ett integritetsperspektiv kan det vara lättare att acceptera allmänna kontroller framför att kontrollerna riktas sig mot viss person. Man kan möjligen jämföra med de allmänna säkerhetskontroller som genomförs på flygplatser och som inte verkar uppfattas som specifikt integritetskränkande, eftersom alla omfattas av dem.[15] En viktig skillnad mellan flygplatskontroller och inpasseringskontroll på tvångsvårdsinrättningar är emellertid att det i det förstnämnda fallet handlar om ett frivilligt val att nyttja flygtransport och därmed underställa sig en kontroll. Enligt Socialstyrelsens rapport från 2018 förefaller inte patienter generellt uppleva allmänna kontroller som problematiska, utan det är snarare andra grupper, exempelvis tillfälliga besökare som har problem med dessa.[16] Detta argument handlar emellertid främst om hur kontrollen skulle upplevas, inte vilken typ av kontroller som är mest ändamålsenliga utifrån syftet att hindra införsel av otillåtna föremål. Dock kan konstateras att en ordning där alla regelmässigt kontrolleras bör vara mer effektiv än en ordning med enskilda beslut på indikation.

[15] Socialstyrelsen. 2018. *Otillåten egendom och hot inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården*, *Etisk analys* av Lars Sandman (Bilaga).
[16] Ibid.

Ett andra argument för en möjlighet till allmän kontroll är den minskade administrativa börda som skulle följa av att inte behöva fatta beslut i varje enskilt fall. Det finns i dag rättspsykiatriska vårdinrättningar med säkerhetsklass 3 som systematiserat enskilda beslut om kontroll för att uppnå effekt av allmän kontroll, eftersom, det senare inte är förenligt med lagstiftningen. På den vårdinrättning som exemplet är hämtat från sker i genomsnitt cirka 50 inpasseringar per dag av patienter och då går det inte alltid att fatta enskilda beslut på indikation.[17] Samtidigt kan konsekvenserna av att det förs in narkotika, tändare eller andra otillåtna föremål bli mycket allvarliga. Den administrativa börda som det medför att chefsöverläkaren ska fatta ett femtiotal enskilda beslut varje dag skulle av lätt insedda skäl minska om det fanns en möjlighet till allmän inpasseringskontroll.

Ett argument mot allmän kontroll är kopplingen till förutsättningarna att bedriva god vård. De patienter som vistas på vårdenheter med säkerhetsnivå 3 ska förberedas för att slussas ut i samhället. Miljön ska därför vara mer hemlik och vården ska förbereda patienterna för att kunna hantera tillvaron i det omgivande samhället. Kontrollen i sig och den kontrolliknande miljön kan på olika sätt motverka detta. Det är alltså den utökade kontrollen med allmänna snarare än selektiva kontroller som uppfattas störa vårdsituationen och att den signalerar repressivitet och ett generellt bristande förtroende för alla patienter på enheten och att den gör situationen mindre hemlik. Det är viktigt att inte underskatta den problematiken och vi vet från andra sammanhang att den fysiska vårdmiljön påverkar patienters upplevelse av vården. Samtidigt, vilken påverkan en sådan utökad kontroll har på patienterna beror förmodligen dels på patientens egen inställning, dels på huruvida det på andra grunder finns en förtroendefull relation mellan vårdare och patienter. Om vårdrelationen eller vårdsituationen är så skör att en utökad kontroll i form av allmän inpasserings- och försändelsekontroll riskerar att kraftigt försämra denna i en utsträckning som inte uppvägs av ovan redovisade vinster med en sådan kontroll – då krävs nog framför allt andra åtgärder för att säkerställa en god vård.[18]

[17] Antalet inpasseringar varierar självfallet beroende på vårdinrättningens storlek. Uppgiften om 50 inpasseringar per dag lämnades i samband med ett verksamhetsbesök som utredningen gjorde på Huddinge sjukhus 2022-02-01.
[18] Socialstyrelsen. 2018. *Otillåten egendom och hot inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården*, *Etisk analys* av Lars Sandman (Bilaga).

Som argument mot allmän kontroll vid inpassering och av försändelser kan också anföras att det, för det fall vårdgivaren väljer att införa kontrollerna, skulle medföra behov av investeringar i utrustning för kontroll samt kostnader för bemanning av inpasseringskontrollerna. Om detta ställs mot den administrativa merkostnaden för att fatta enskilda beslut är det enligt utredningen inte uppenbart att ett allmänt kontrollförfarande skulle blir avsevärt billigare, åtminstone inte initialt.

8.2.7 Är allmän kontroll en proportionerlig inskränkning i de grundlagsskyddade rättigheterna?

Enligt 2 kap. 6 § RF är var och en gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp även i andra fall än som avses i 4 och 5 §§. Var och en är dessutom skyddad mot kroppsvisitation, husrannsakan och liknande intrång samt mot undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse och mot hemlig avlyssning eller upptagning av telefonsamtal eller annat förtroligt meddelande. Utöver vad som föreskrivs i första stycket är var och en gentemot det allmänna skyddad mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden. Av 2 kap. 20 § RF framgår att fri- och rättigheter enligt bland annat 2 kap. 6 § RF får begränsas, men att en sådan begränsning ska göras genom lag. Begränsningar enligt 20 § får göras endast för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle. Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsiktsbildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Tvångsvårdslagstiftningen är lagar genom vilka sådana begränsningar görs.

Centralt när begränsande åtgärder vidtas är att de ska vara proportionerliga, det vill säga stå i rimlig proportion till syftet med åtgärden. Rent allmänt innebär den förvaltningsrättsliga proportionalitetsprincipen, att om ett förvaltningsbeslut eller en annan myndighetsåtgärd är betungande för den enskilde, är det av vikt att nackdelarna för denne står i ett rimligt förhållande till den nytta för det allmänna som åtgärden syftar till och att åtgärden sålunda inte medför större uppoffringar för den enskilde än som motiveras av ett starkt allmänt

intresse. Även om en tvångsbefogenhet i och för sig behövs för att avsett resultat ska uppnås får större ingrepp än vad som är försvarligt med hänsyn till åtgärdens syfte och övriga omständigheter inte användas. En tvångsåtgärd ska sålunda, i fråga om art, styrka, räckvidd och varaktighet, stå i rimlig proportion till vad som är att vinna med åtgärden. I varje enskilt fall ska det ske en avvägning om tvångsmedlet över huvud taget behöver tillgripas med hänsyn till omständigheterna eller om syftet kan tillgodoses genom en mindre ingripande åtgärd. Vid denna avvägning utgår man i allmänhet från att ingrepp som enbart avser egendom eller ekonomiska intressen är mindre allvarliga än kränkningar av en persons frihet och integritet. I avvägningen ligger också ett val beträffande vilket av flera möjliga tvångsmedel som är rimligt att använda i det enskilda fallet, hur åtgärden ska genomföras och hur länge den ska bestå mot bakgrund av det resultat som är att förvänta.[19]

Enligt utredningens uppfattning bör proportionalitetsbedömningen avseende allmän kontroll göras i två steg. Det gäller oavsett om den allmänna kontrollen avser inpassering eller försändelser. Det första steget innebär att ta ställning till om den inskränkning i rättighetsskyddet som en möjlighet till allmän kontroll innebär i sig är proportionerlig i relation till den nytta för det allmänna som åtgärden syftar till att uppnå. I ett andra steg bör bedömas om tillvägagångssättet vid tillämpningen står i rimlig proportion till syftet med åtgärden.

När det gäller det första steget måste nyttan i form av ökad säkerhet för andra patienter, besökare samt personal värderas. Att miljön på den rättspsykiatriska vårdinrättningen är trygg och säker både för patienter och personal är instrumentellt viktigt för att kunna bedriva god vård, men också för att ingen ska behöva oroa sig för sitt liv eller sin hälsa när man befinner sig inom den rättspsykiatriska vården. För många patienter med långa vårdtider är vårdinrättningen patientens hem. HSL:s krav på god vård innebär att vården ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Även ur arbetsmiljösynpunkt finns långtgående krav på säkerhet. Enligt 2 § Arbetsmiljölagen (1977:1160) ska arbetsgivaren vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall. Sammantaget är säkerheten på vårdinrättningarna utan tvekan ett tungt vägande skäl för att minimera tillgången till olämpliga föremål, vare sig det rör exempelvis vapen eller narkotiska preparat. Om all-

[19] Ewa Gustafsson. 2010. *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet*, s. 110 f.

män kontroll kan bidra till detta förefaller nyttan för det allmänna vara så betydande, att begränsningen kan anses vara proportionerlig.

En central princip i hälso- och sjukvårdslagen är också att förebygga ohälsa, vilket bland annat framgår av 3 kap. 2 § som föreskriver att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa. Att patienter har tillgång till narkotika på vårdinrättningar är synnerligen allvarligt och försvårar avsevärt vårdens arbete med att förebygga och behandla psykisk ohälsa. Enligt Socialstyrelsens patientregister är diagnoskod *F10–F19 Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser*, den näst vanligaste inom den slutna rättspsykiatriska vården. Enligt kvalitetsregistret RättspsyK:s årsrapport framgår att år 2020 var 28 procent av kvinnorna och 51 procent av männen påverkade av någon drog eller alkohol vid de gärningar man begått. Missbrukshistorik fanns hos 52 procent av kvinnorna och 71 procent av männen.[20] I samband med ett verksamhetsbesök på Helix i Huddinge informerades utredningen om att cirka 70 procent av männen och cirka 50 procent av de kvinnliga patienterna på inrättningen har en missbruksproblematik. Droganvändning är en stor del i varför dessa patienter behöver vård. Att vårdmiljön är drogfri är mot den bakgrunden en avgörande förutsättning för att kunna förebygga ohälsa och bedriva en god vård. Bilden av att tillgång till droger är ett betydande problem på LRV-inrättningar bekräftades också i samtal som utredningen haft med ledningen för Karsuddens rättspsykiatriska klinik. Det påtalades att en majoritet av de akut eskalerande situationer som leder till användning av fasthållning, fastspänning och avskiljning kan kopplas till drogpåverkan. I det sammanhanget bör dock påpekas att metalldetektorer vid inpassering inte kan användas för att upptäcka narkotika. För att minska införsel av narkotika är försändelsekontrollen sannolikt viktigare. Dock går teknikutvecklingen fort när det gäller utrustning för kroppsskanning och det finns i dag utrustning som kan identifiera såväl narkotika som kevlar- och porslinsknivar.

Även om den inskränkning i rättighetsskyddet som en möjlighet till allmän kontroll vid inpassering eller av försändelser innebär bedöms vara proportionerlig, måste även nästa steg – tillämpningen i de enskilda fallet – uppfylla kravet på proportionalitet. I departementspromemorian från 2013 som låg till grund för införandet av allmän inpasseringskontroll, konstaterades att vid genomförandet av inpas-

[20] RättspsyK. 2021. *Årsrapport 2020 Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister.*

seringskontroll gäller proportionalitetsbestämmelserna i 2 a § LPT respektive LRV. Det innebär att kontrollen i många fall kan inskränka sig till undersökning med hjälp av en metalldetektor eller annan teknisk anordning till exempel larmbåge. Så som anfördes i förarbetena till nuvarande bestämmelser i LPT och LRV, med hänvisning till motsvarande bestämmelse i fängelselagen (2010:610), 8 kap. 11 §, och till Psykiatrilagsutredningen, måste en allmän inpasseringskontroll alltid genomföras på så sätt att den inte påverkar förutsättningarna för ett förtroendefullt förhållande mellan de intagna och till exempel läkare, advokater och präster. Särskild hänsyn behöver också visas barn som besöker inrättningen. Kontrollen bör i första hand, som även Psykiatrilagsutredningen framhållit, ske med hjälp av teknisk utrustning som exempelvis larmbåge, handmetalldetektor och röntgenmaskin. Manuell kroppsvisitation får endast förekomma om det finns särskilda skäl för det. En besökare som säger nej till att genomgå kontrollen får vägras inpassering.[21] Utredningens slutsats är att kravet på proportionalitet i det andra steget innebär att vårdgivaren behöver göra en bedömning vid varje enskilt kontrolltillfälle av vilket tillvägagångssätt som är minst integritetskränkande och som samtidigt uppfyller syftet att hindra införsel av otillåtna föremål. En allmän kontroll innebär således inte att alla patienter, besökare eller anställda ska behandlas på exakt samma sätt. Detta gäller emellertid i första hand inpassering. Kontroll av försändelser bör rimligen kunna göras mer rutinmässigt och enhetligt, utan att proportionalitetskravet åsidosätts.

8.3 Utredningens förslag

8.3.1 Endast patienter som anges i 1 § andra stycket LRV får placeras på LRV-inrättningar

Förslag: På en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård får endast patienter placeras som anges i 1 § andra stycket LRV, det vill säga den som

1. efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård,
2. är anhållen, häktad eller intagen på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning,

[21] Ds 2013:65, s. 54

3. är intagen i eller skall förpassas till kriminalvårdsanstalt eller
4. är intagen i eller skall förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. 5 § brottsbalken.

Om det finns en omedelbar fara för att en patient som vårdas enligt LPT allvarligt skadar någon annan, får patienten efter chefsöverläkarens beslut kortvarigt placeras på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård. Skälen till beslutet ska dokumenteras i patientens journal och Inspektionen för vård och omsorg ska utan dröjsmål underrättas om beslutet.

Skälen till utredningens förslag

Utredningen lämnar i detta betänkande förslag till en ny bestämmelse i LRV med innebörden att på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård får endast patienter placeras som anges i 1 andra stycket § LRV. Undantag får dock göras om det finns en omedelbar fara för att en patient som vårdas enligt LPT allvarligt skadar någon annan. En sådan patient får då kortvarigt placeras på en LRV-inrättning. Skälen till utredningens förslag kan sammanfattas enligt följande.

Ett syfte med inrättandet av två olika lagar var att patienter inte skulle föras samman

Som ett inledande argument bör erinras om hur regeringen 1990, i propositionen som låg till grund för införandet av LPT och LRV, argumenterade för att det behövdes två olika lagar – en om psykiatrisk tvångsvård och en om tvångsvård för psykiskt störda lagöverträdare. Regeringen skrev då att det var angeläget att försöka undvika att lagstiftningen genom sin grundläggande uppbyggnad bidrog till att vissa grupper av patienter med inbördes mycket olika vårdbehov fördes samman. Vidare skrev regeringen att det fanns vägande skäl att inte reglera vården av de psykiskt störda lagöverträdarna samlat med annan psykiatrisk tvångsvård. Detta hängde, enligt regeringen, främst samman med att omgivningsskyddet kräver särskilt beaktande i anslut-

ning till att psykiskt störda personer har begått vissa typer av brott. Regeringen skrev att inriktningen bör vara att reglera psykiatrisk tvångsvård som brottspåföljd i en särskild lag som anger bland annat hur vården ska utformas närmare, var vården ska bedrivas och vem som fattar beslut i olika avseenden.[22]

Det faktum att lagstiftarens avsikt att psykiskt störda lagöverträdare ska hållas åtskilda från andra personer med allvarlig psykisk störning, inte fullt ut har återspeglats i den praktiska tillämpningen, talar enligt utredningen för att ett förtydligande i lagstiftningen behövs. I sammanhanget bör dock påpekas att den bestämmelse som utredningen föreslår inte kommer att hindra vårdgivare från att blanda LPT-patienter och LRV-patienter på allmänpsykiatriska vårdinrättningar. För dessa inrättningar gäller LPT:s bestämmelser om allmän inpasseringskontroll enligt 23 b § LPT och om kontroll respektive övervakning av försändelser enligt 22 och 22 a §§ LPT. De LRV-patienter som eventuellt placeras där kommer således inte kunna kontrolleras på samma sätt som om de hade varit placerade på en LRV-inrättning. Utredningen vill i det sammanhanget understryka att det kan finnas behov av att genom lagändringar förbättra förutsättningarna för att hindra förekomsten av otillåtna föremål även på LPT-inrättningar. Även om patienter i den slutna allmänpsykiatrin inte är dömda lagöverträdare eller misstänkta för brott och därmed skiljer sig väsentligt från patienter inom rättspsykiatrin, kan det givetvis inte uteslutas att även dessa patienter kan vilja föra in otillåten egendom på vårdinrättningen. Vapen och vassa föremål kan också utgöra en allvarlig säkerhetsrisk även på dessa vårdinrättningar, då patienter till följd av sitt sjukdomstillstånd kan vara aggressiva och utåtagerande. Dock, eftersom uppdraget till denna utredning uttryckligen är begränsat till att gälla LRV-inrättningar, har utredningen valt att inte lämna några sådana förslag.

Behov av högre säkerhet motiverar särskilda bestämmelser för LRV-inrättningar

Ett andra skäl till att det inte ska vara tillåtet att placera andra patienter än de som omfattas av 1 § LRV på en LRV-inrättning, är behovet av att upprätthålla särskilt hög säkerhet på dessa inrättningar och det

[22] Prop. 1990/91:58 *Om psykiatrisk tvångsvård, m.m.*

behov av allmän kontroll som detta motiverar. Som framgår av utredningens förslag i avsnitt 8.3.2–8.3.3 föreslår utredningen att vårdgivare ska få besluta om allmän inpasseringskontroll och allmän kontroll av försändelser på LRV-inrättningar, oavsett säkerhetsnivå. Med hänsyn tagen till de synnerligen allvarliga konsekvenser som det kan medföra att patienter som vårdas på LRV-inrättningar har tillgång till narkotika, vapen eller andra farliga föremål, anser utredningen att en sådan inskränkning i rättighetsskyddet är proportionerlig. Detta förutsätter dock att bestämmelserna endast träffar de personer som motiveras av syftet med bestämmelserna. Att undanta enskilda patienter från allmän kontroll med hänvisning till att de vårdas med stöd av annan lagstiftning än övriga patienter är inte lämpligt, bland annat därför att det riskerar att bli stigmatiserande samt riskerar att utsätta dessa patienter för påtryckningar från andra patienter. Mot den bakgrunden anser utredningen att det inte ska vara tillåtet att placera andra patienter på en LRV-inrättning än de som anges i 1 § andra stycket 1–4 LRV. Det är alltså fråga om patienter som efter beslut av domstol ska ges rättspsykiatrisk vård (1), anhållna, häktade och intagna på en enhet för rättspsykiatrisk undersökning (2), patienter som är intagna i eller som ska förpassas till kriminalvårdsanstalt (3) patienter som är intagna i eller som ska förpassas till ett särskilt ungdomshem till följd av en dom på sluten ungdomsvård enligt 32 kap. brottsbalken (4). Häri innefattas även de som vårdas frivilligt på en psykiatrisk klinik i enlighet med 9 kap. 2 § fängelselagen (2010:610) och 5 kap. 2 § häkteslagen (2010:611).

Inte förenligt med god vård att vårda LPT-patienter inom rättspsykiatrin

Ett tredje skäl för utredningens förslag handlar om HSL:s krav på att varje patient ska erbjudas god vård i betydelsen att den ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Den bild som förmedlats till utredningen är att när patienter som vårdas med stöd av LPT placerats på en LRV-inrättning, har skälet ofta varit att allmänpsykiatrin inte haft resurser eller förutsättningar att garantera säkerheten för patienten själv eller andra patienter och personal. Det har handlat om mycket vårdkrävande utåtagerande patienter med ett betydande våldskapital. Det olämpliga i att blanda patientgrupperna uttrycktes i betänkandet *För barnets bästa?* (SOU 2017:111) samt i

JO:s remissvar på detsamma.[23] Allmänpsykiatrin behöver hitta andra sätt att erbjuda särskilt svårbehandlade patienter en trygg och säker vård än att nyttja rättspsykiatrins inrättningar. Detta ställer krav på allmänpsykiatrin när det gäller såväl de fysiska lokalerna som bemanning och kompetensutveckling. Ett förbud mot att placera LPT-patienter på LRV-inrättningar kan bidra till ett angeläget utvecklingsarbete i dessa avseenden.

Möjlighet att göra undantag vid omedelbar fara för att en patient som vårdas enligt LPT allvarligt skadar någon annan

De fall som uppmärksammats under den senaste tioårsperioden när det gäller placeringar av LPT-patienter på LRV-inrättningar, har främst handlat om flickor och unga kvinnor med allvarligt självskadebeteende eller svår ätstörningsproblematik.[24] Även om sådana placeringar under senare år minskat avsevärt, finns det enligt utredningen indikationer på att det skett så sent som 2021.[25] Utredningens uppfattning är att det inte ska vara tillåtet att placera dessa patienter på en LRV-inrättning. Vårdmiljön på en vårdinrättning avsedd för personer som är dömda för brott, eller vars gärningar är eller ska bli föremål för domstolsprövning, skiljer sig avsevärt från en allmänpsykiatrisk vårdinrättning för patienter med en allvarlig psykisk sjukdom. Sköra patienter vars sjukdomstillstånd och agerande endast utgör en fara för dem själva och inte för andra, bör allmänpsykiatrin kunna möta med adekvat specialistvård. Rättspsykiatriska vårdinrättningar måste generellt sett anses vara olämpliga vårdmiljöer för dessa patienter. I detta sammanhang bör också påpekas att Socialstyrelsen har beslutat att viss vård vid svårbehandlade ätstörningar ska utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivas vid vissa särskilda nationella enheter.[26] Dessa nationella enheter för högspecialiserad vård bör kunna ge allmänpsykiatrin ett stöd i att hantera vissa av dessa patienter.

---

[23] SOU 2017:111 *För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård* samt Justitieombudsmannen, dnr R 10-2018.

[24] Se t.ex. Åkerman, Sofia & Eriksson, Thérèse. 2014. *Slutstation Rättspsyk*.

[25] Arbetarbladet, 2021-10-11. *Självskadande Maja tvångsvårdas med mördare och våldtäktsmän: ”Jag känner mig så maktlös*.”

[26] Socialstyrelsen. 2020. *Beslut om nationell högspecialiserad vård – viss vård vid svårbehandlade ätstörningar*, dnr 13056/2019.

Även om det finns flera tungt vägande argument för ett absolut förbud mot att placera LPT-patienter på LRV-inrättningar, finns det situationer då en sådan placering kan vara nödvändig för att uppfylla de grundläggande krav på trygghet och säkerhet för alla patienter som god vård innebär. Det kan handla om hastigt uppkomna situationer då en patients agerande utgör en omedelbar fara för andra patienter eller för personal. En kraftigt utåtagerande och våldsam patient kan kortvarigt behöva placeras på en vårdinrättning med förhöjd säkerhetsklass och med personal som har kapacitet och kompetens att upprätthålla säkerheten i en sådan situation. Lagstiftningen ger förvisso även vårdgivare som bedriver allmänpsykiatrisk vård en möjlighet att inrätta avdelningar med förhöjd säkerhetsklassificering (säkerhetsklass 1 eller 2), men enligt uppgifter till utredningen förekommer detta inte.[27] Skälet är sannolikt att det rör sig om så ytterst få patienter att det är mer kostnadseffektivt att nyttja rättspsykiatrins resurser. Det bör också påpekas att det alltid ytterst finns en möjlighet för chefsöverläkaren att besluta om avskiljning av en LPT-patient om skälet är att en vuxen patient genom aggressivt eller störande beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna (20 § LPT, 8 LRV) och när det gäller barn om det är nödvändigt på grund av att patienten genom aggressivt beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga (20 a § LPT, 8 § LRV). Påpekas bör också att LRV-inrättningar formellt sett inte har fler eller mer ingripande tvångsåtgärder att tillämpa i dessa situationer. I ljuset av detta och av lagstiftarens ursprungliga intentioner att patientgrupperna ska hållas åtskilda, kan därför vissa principiella invändningar resas mot att placera även mycket svårbehandlade LPT-patienter inom rättspsykiatrin. Emellertid handlar det om två verksamheter med samma huvudman – en huvudman som också har det yttersta ansvaret för att garantera trygghet och säkerhet för samtliga patienter, personal, besökare och andra som vistas på vårdinrättningarna. Mot den bakgrunden och vid

[27] Utredningen vände sig 2022-04-12 till IVO med en förfrågan om antal verksamheter i respektive säkerhetsklass som bedriver vård enligt LPT respektive LRV. Enligt uppgifter från IVO:s säkerhetsregister skulle det finnas totalt 47 inrättningar eller avdelningar där det bedrivs vård enligt LPT med förhöjd säkerhetsklass. Detta motsägs emellertid av uppgifter från regionerna till SKR där ingen region uppger att de har en allmänpsykiatrisk vårdinrättning med säkerhetsklass 1 eller 2. De olika uppgifterna beror sannolikt på att en LRV-inrättning som även undantagsvis vårdar patienter enligt LPT rapporteras som en verksamhet som bedriver vård enligt LPT.

en sammanvägd bedömning kan det därför, enligt utredningen, i undantagsfall vara motiverat att frångå den föreslagna huvudregeln.

Utredningen föreslår därför att om det finns en omedelbar fara för att en patient som vårdas enligt LPT allvarligt skadar någon annan, får patienten efter chefsöverläkarens beslut kortvarigt placeras på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård. Skälen till beslutet ska dokumenteras i patientens journal och Inspektionen för vård och omsorg ska utan dröjsmål underrättas om beslutet. Rekvisitet omedelbar fara syftar till att begränsa möjligheten att tillämpa undantaget till akuta och hastigt uppkomna situationer. Att undantag endast får göras om faran gäller någon annan, innebär att LPT-patienter med exempelvis självskadebeteende, ätstörningssjukdom eller hög suicidrisk inte får placeras på en LRV-inrättning. Kortvarighetsrekvisitet, slutligen, innebär att placeringen endast får vara tillfällig. Enligt utredningen bör det tolkas som från något eller några dygn upp till som längst en vecka. Kravet på journaldokumentation och kravet på underrättelse till IVO syftar till att generera underlag för uppföljning och tillsyn av i vilken omfattning undantaget tillämpas och vilka skäl som motiverat beslutet.

8.3.2 Allmän inpasseringskontroll möjliggörs på samtliga LRV-inrättningar

Förslag: Allmän inpasseringskontroll möjliggörs på samtliga sjukvårdsinrättningar eller avdelningar för sluten rättspsykiatrisk vård genom att kravet i 8 b § LRV på förhöjd säkerhetsklassificering tas bort.

Bestämmelsen kompletteras med ett krav på att den allmänna inpasseringskontrollen ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan av vårdgivaren förordnad person. Vårdgivaren får förordna en väktare i ett auktoriserat bevakningsföretag att genomföra kontrollen. En bestämmelse om tystnadsplikt avseende väktare införs i fråga om sådant som väktaren, på grund av sitt uppdrag, fått veta om enskilds personliga förhållanden. En möjlighet för vårdgivaren att besluta att hälso- och sjukvårdspersonal ska undantas från den allmänna inpasseringskontrollen införs. Följdändringar med motsvarande innebörd såvitt avser vem som

får utföra kontrollerna samt att undantag får beslutas föreslås göras i LPT.

En bestämmelse införs om att ett beslut om allmän inpasseringskontroll på en vårdinrättning eller avdelning för vård enligt LRV med säkerhetsklass 3 gäller för en tid om högst sex månader.

8.3.3 Allmän försändelsekontroll möjliggörs på samtliga LRV inrättningar

Förslag: En ny bestämmelse införs i LRV med innebörden att vårdgivaren får besluta att alla försändelser som kommer till en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård ska kontrolleras (allmän kontroll av försändelser), om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid inrättningen eller avdelningen. Syftet med kontrollen ska vara att söka efter egendom som en patient inte får inneha enligt denna lag eller beslut som har meddelats med stöd av lagen.

Kontrollen får inte avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling. Den allmänna kontrollen av försändelser ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan särskilt utsedd person som förordnats av vårdgivaren. Vårdgivaren får besluta att vissa försändelser ska undantas från den allmänna kontrollen av försändelser.

Den allmänna kontrollen av försändelser ska ske genom användande av röntgenutrustning eller annan liknande anordning. Kontrollen ska ske skyndsamt. Vid misstanke om att en försändelse innehåller egendom som en intagen inte får inneha gäller 8 § denna lag jämförd med 22 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

En försändelse till en patient från en svensk myndighet, advokat, patientens offentliga biträde eller ett internationellt organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål från enskilda får endast kontrolleras om det finns anledning att anta att uppgiften om försändelsens avsändare är oriktig.

Skälen till utredningens förslag om allmän inpasseringskontroll och om allmän försändelsekontroll

Utredningen lämnar i detta betänkande förslag till nya bestämmelser i LRV med innebörden att vårdgivare ska få besluta om allmän inpasseringskontroll samt allmän kontroll av försändelser på sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård, oavsett säkerhetsnivå. Lagtekniskt innebär utredningens förslag vissa förändringar i nuvarande 8 b § LRV om allmän inpasseringskontroll samt en ny bestämmelse om allmän kontroll av försändelser. Utredningen har valt att redovisa huvudskälen för allmän inpasseringskontroll och allmän kontroll av försändelser samlat, eftersom skälen sammanfaller. I den mån specifika omständigheter och villkor rör endast den ena eller andra typen av kontroll redovisas detta särskilt nedan samt i författningskommentarerna.

Vårdinrättningar för rättspsykiatrisk vård ska vara säkra och trygga miljöer

Det första och mest grundläggande skälet till utredningens förslag är betydelsen av att vårdinrättningar och avdelningar för rättspsykiatrisk vård är säkra miljöer för patienter, personal och besökare. Det faktum att patienter inom rättspsykiatrisk vård ofta har långa vårdtider innebär att vårdinrättningen i praktiken blir dessa patienters hem i många år. I synnerhet mot den bakgrunden är det av största vikt att patienterna inte upplever miljön som otrygg och farlig för deras liv och hälsa. Olika typer av otillåtna föremål innebär av naturliga skäl olika typer av säkerhetsrisker. Förekomst av narkotika och andra droger utgör en säkerhetsrisk genom att narkotikaanvändning kan orsaka drogutlösta psykoser och hallucinatoriska tillstånd och leda till aggressivitet och utagerande. Att det finns narkotika och andra droger på vårdinrättningen kan bidra till konflikter mellan patienter och konflikter med personal. Mot bakgrund av att en stor andel av patienterna inom rättspsykiatrin har eller har haft ett missbruk eller en drogproblematik, försvårar tillgången till narkotiska preparat och andra droger den psykiatriska behandlingen. Användningen av tvångsåtgärder som fastspänning och avskiljning är också i många fall kopplad till att patienter är drogpåverkade. Att minimera förekomsten av narkotika på vårdinrättningarna blir därmed ett sätt också minska

användandet av tvångsåtgärder. Att vårdinrättningen är drogfri är således fundamentalt för möjligheterna att bedriva god rättspsykiatrisk vård och måste ses som ett absolut och grundläggande krav. Detta innebär att långtgående åtgärder måste kunna vidtas för att förhindra tillgången till droger – även sådana åtgärder som innebär betydande intrång i den personliga integriteten. En annan typ av otillåtna föremål som utgör en säkerhetsrisk är vapen eller föremål som på grund av sin beskaffenhet och utformning kan användas för att hota eller åsamka kroppslig skada. Det kan exempelvis handla om cigarettändare, knivar, rakblad eller andra vassa föremål. Förekomsten av sådana föremål kan utgöra livsfara för personer med ett gravt självskadebeteende.

Otillåtna föremål vanligast på inrättningar med säkerhetsnivå 3

Ett andra skäl till utredningens förslag om allmän kontroll är den dokumenterat höga förekomsten av otillåtna föremål på LRV-inrättningar med säkerhetsklass 3. I den enkätundersökning som Socialstyrelsens gjorde inom ramen för arbetet med sin rapport 2018 svarade 14 rättspsykiatriska enheter, inklusive en enhet för rättspsykiatrisk undersökning. Av de svarande uppgav 93 procent att de har upptäckt otillåtna föremål inne på vårdinrättningen eller avdelningen sedan den 1 januari 2015. Enligt enkätsvaren är det vanligast att otillåtna föremål upptäcks på säkerhetsnivå 3, som står för 73 procent av upptäckterna. Majoriteten, 54 procent, uppgav att sådana föremål upptäckts en eller flera gånger per månad, medan 15 procent uppgav att otillåtna föremål upptäckts en eller två gånger i kvartalet. Samtliga svarande har uppgett att de föremål som kommer in är sådana som kan skada patienten själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen. Några exempel som har getts på sådana föremål är tändare, rakhyvlar, vassa föremål, glasbitar, verktyg och sladdar. Näst vanligast är narkotika, alkoholhaltiga drycker, andra berusningsmedel eller hälsofarliga varor.[28] Dessa siffror indikerar enligt utredningen att förutsättningarna för vårdgivare att kontrollera personer vid inpassering samt försändelser till LRV-inrättningar med säkerhetsklass 3 behöver förbättras. Att endast kunna göra enskilda kontroller är uppenbart otillräckligt.

[28] Socialstyrelsen. 2018. *Otillåten egendom och hot inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården.*

Allmän kontroll på LRV-inrättningar är en proportionerlig inskränkning i rättighetsskyddet för de personer som berörs

Ett tredje skäl till att utredningen föreslår möjlighet till allmän kontroll vid inpassering och av försändelser på LRV-inrättningar oavsett säkerhetsklass, är att det enligt utredningen är förenligt med kravet på proportionalitet i 2 a § LPT respektive LRV och i RF. Genom att alla patienter kontrolleras vid inpassering innebär kontrollen inte något utpekande eller misstänkliggörande av en enskild person. Kontrollen görs i normalfallet med hjälp av teknisk utrustning. När det gäller försändelsekontrollen ska den ske skyndsamt. Även inpasseringskontrollen kan göras genom en enkel rutin som inte upplevs som omständlig och tidskrävande. Nyttan med allmän kontroll är, som redovisats ovan, att den kan bidra till att vårdinrättningen är en trygg och säker miljö för såväl patienter som personal och besökare. Detta måste sammantaget anses vara ett mycket starkt allmänt intresse. Nackdelarna för den enskilde står därmed i ett rimligt förhållande till den nytta för det allmänna som åtgärden syftar till. Åtgärden medför inte större uppoffringar för den enskilde än som motiveras av detta starka allmänintresse.

Om det förekommer att patienter som vårdas med stöd av LPT kortvarigt placeras på en LRV-inrättning med säkerhetsklass 3 kommer det med utredningens förslag endast kunna handla om patienter som genom sitt agerande utgör en omedelbar fara för att allvarligt skada någon annan. Att av säkerhetsskäl minimera risken för att dessa patienter, som i regel har ett betydande våldskapital, för in farliga föremål på vårdinrättningen måste anses utgöra ett starkt allmänintresse. Att även dessa patienter kommer att omfattas av den allmänna kontrollen vid inpassering och av försändelser är därför enligt utredningen en proportionerlig inskränkning i dessa patienters grundlagsskyddade fri- och rättigheter.

Närmare om villkoren för allmän inpasseringskontroll

Kontrollen får inte avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling

I Ds 2013:63 föreslogs att skriftliga meddelanden inte ska få granskas, vilket också blev en del av bestämmelsen i 8 b § LRV och gäller i dag. Dock angavs att en försändelse, i likhet med vad som gäller enligt fängelselagen (2010:610), får öppnas i syfte att granska om det finns något otillåtet föremål i den. Regeringen ställde sig bakom resonemanget i propositionen och skrev att en försändelse får öppnas i syfte att granska om det finns något otillåtet föremål i den, men skriftliga meddelanden får inte läsas. Bestämmelsen bör alltså tolkas så att om en försändelse innehåller ett skriftligt meddelande, exempelvis om försändelsen är ett brev, får försändelsen som sådan granskas, men inte det skriftliga meddelandet som finns i försändelsen. Att granska ett skriftligt meddelande förefaller, utifrån hur regeringen uttryckte sig i propositionen, alltså vara synonymt med att läsa meddelandet – och således inte tillåtet. Utredningen kan konstatera att bestämmelsen inte är helt lätt att tolka och föreslår att den formuleras om och får lydelsen ”Kontrollen får inte avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling.”

Reglering av vilka personer som får utföra den allmänna inpasseringskontrollen

I 12 kap. 4 § RF föreskrivs att överlämnade av förvaltningsuppgift som innefattar myndighetsutövning till enskilda, endast kan göras med stöd av lag. I nuvarande bestämmelser står att vårdgivaren får besluta om kontroll. I förarbetena till bestämmelserna nämns inte något om vilka som kan förväntas utföra kontrollerna. Detta bör tolkas som att det förutsätts att det är anställda vid vårdinrättningen som utför kontrollerna, det vill säga vårdgivarens egen personal. Samtidigt är det utredningens bild att det på vårdinrättningar med säkerhetsklass 1 och 2 och skalskydd ofta är väktare anställda vid auktoriserade bevakningsföretag som utför kontrollerna. Inpasseringskontroller regleras olika för olika sammanhang. Exempelvis regleras säkerhetskontroller i domstolar och vid politiska församlingar av särskild lagstiftning som direkt pekar ut vem (dvs. vilken yrkeskategori) som kan

utföra densamma. I 2 § lagen (2004:1100) om luftfartsskydd, exempelvis, framgår att säkerhetskontroll på flygplats ska utföras av en polisman eller av annan särskilt utsedd person som förordnats av polismyndigheten. I det fallet är det väktare som förordnas samtidigt som auktorisation i det särskilda syftet beviljas för de bevakningsföretag som anlitas för uppgiften. Det är således tydligt reglerat vem som kan ges befogenhet att utföra kontrollerna. Mot denna bakgrund anser utredningen att det är motiverat med ett tydliggörande i lagstiftningen när det gäller vilka personer som har befogenhet att utföra allmän inpasseringskontroller. Utredningen föreslår därför en bestämmelse som föreskriver att den allmänna inpasseringskontrollen ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan av vårdgivaren förordnad person. En definition av begreppet hälso- och sjukvårdspersonal återfinns i 1 kap. 4 § PSL.[29] Genomförandet av inpasseringskontroll innefattar myndighetsutövning. Ett överlämnande av sådana uppgifter till ett privat bevakningsföretag måste ha stöd i lag. Sålunda införs i bestämmelsen det författningsmässiga stödet för vårdgivaren att anlita auktoriserat bevakningsföretag att genomföra kontrollen.

Med hänsyn till att en väktare kan tänkas få kännedom om sekretesskyddade uppgifter vid genomförandet av inpasseringskontrollen införs även en bestämmelse om tystnadsplikt eftersom bevakningsföretag inte ansetts vara bundna av offentlighets- och sekretesslagens bestämmelser (prop. 1981/82:186 s. 41).

Följdändringar med motsvarande innebörd föreslås göras i LPT.

Hälso- och sjukvårdspersonal ska kunna undantas från allmän inpasseringskontroll

Som redovisats ovan föreslår utredningen att det uttryckligen ska framgå av lagen att hälso- och sjukvårdspersonal får undantas från allmän inpasseringskontroll. Som refererats till tidigare i kapitlet ansåg

[29] 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Med hälso- och sjukvårdspersonal avses
1. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården,
2. personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,
3. den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare,
4. apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar,
5. personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar, och
6. personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande.

regeringen vid införandet av den nuvarande lagstiftningen för inrättningar med förhöjd säkerhetsklass att en kontroll som omfattar alla blir enklare att tillämpa därför att bedömningar inte behöver göras i det enskilda fallet. En generell kontroll har också större förutsättningar att accepteras bland dem som ska kontrolleras då den inte pekar ut någon särskild person eller grupp som särskilt benägen att föra in otillåtna föremål. Samtidigt ska en ingripande reglering inte göras mer långtgående än vad som är nödvändigt.

Utredningen delar uppfattningen att ett system som pekar ut vissa grupper vid inpassering och försändelsekontroll skulle kunna undergräva legitimiteten i systemet och kunna uppfattas som stigmatiserande. Dock är det i detta avseende en fundamental skillnad mellan å ena sidan patienter och besökare till patienter och å andra sidan, den hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar på vårdinrättningen. Det handlar inte heller om att behöva göra bedömningar i varje enskilt fall, utan om att tydligt definierade personkretsar hanteras olika. Det bör därför enligt utredningen vara möjligt för vårdgivaren att tillämpa allmän inpasseringskontroll av patienter och besökare till patienter under de tider på dygnet som dessa grupper får röra sig i och ut ur inrättningen, men utan att för den skulle behöva upprätta och bemanna ett skalskydd för dygnets alla timmar. Vårdinrättningar för rättspsykiatrisk vård har olika storlek och flöden, arkitektoniska och byggnadstekniska lösningar samt olika fysiska förutsättningar. En inpasseringskontroll som innebär ett skalskydd kan vara tekniskt svår att skapa för en enskild avdelning på ett sjukhus. Om personal undantas från inpasseringskontrollen behöver kontrollen inte bemannas dygnets alla timmar, samtidigt som den sannolikt skulle minska risken att det förs in otillåtna föremål. Att patienter och hälso- och sjukvårdspersonal hanteras olika såvitt avser inpasseringskontroll bör inte vara svårt att få acceptans för i de respektive kategorierna.

En nackdel med att undanta personal är förvisso risken att de utsätts för påtryckningar att medföra exempelvis narkotika in på inrättningen. Skulle narkotika upptäckas eller en allvarlig incident med ett otillåtet föremål ske, skulle det kunna leda till att personalen som kollektiv pekades ut. Ett beslut att undanta personal från allmän inpasseringskontroll till en vårdinrättning bör därför i möjligaste mån fattas efter samråd med fackliga eller andra företrädare för personalen på arbetsplatsen. Även om det kan finnas utmaningar med ett system där personal undantas från allmän inpasseringskontroll, är det utredningens

sammanvägda bedömning att det kan underlätta införandet av allmän inpasseringskontroll på vårdinrättningar med säkerhetsklass 3 som ligger integrerade i en sjukhusmiljö och där de fysiska och arkitektoniska förutsättningarna att skapa ett skalskydd är sämre.

Följdändringar med motsvarande innebörd föreslås göras i LPT.

Ett beslut om allmän inpasseringskontroll på en vårdinrättning eller avdelning med säkerhetsklass 3 gäller för en tid om högst sex månader

Det är enligt utredningen angeläget att en allmän inpasseringskontroll inte används annat än då det är motiverat ur säkerhetssynpunkt. Ett beslut om allmän inpasseringskontroll är därför beroende av kontinuerlig prövning av säkerhetssituationen vid den aktuella inrättningen eller avdelningen. För att säkra att det sker omprövning av behovet av allmän inpasseringskontroll utifrån den aktuella situationen vid en viss vårdinrättning, ska ett beslut om åtgärden därför vara tidsbegränsat. Psykiatrilagsutredningen föreslog år 2012 att ett beslut om allmän inpasseringskontroll ska vara tidsbegränsat till sex månader för att säkra att det sker omprövning av behovet av sådan kontroll utifrån den aktuella situationen vid en viss vårdavdelning. Om det därefter finns ett fortsatt behov av åtgärden måste ett nytt beslut fattas.[30] Beslutet ska inte ha för lång tidsmässig räckvidd. Å andra sidan kan det ta en tid innan kontrollerna ger effekt och dessa effekter går att konstatera, vilket talar för att omprövning inte bör ske med för korta tidsintervaller. Utredningen anser att Psykiatrilagsutredningens förslag från 2012 var väl avvägt. Ett beslut ska därför enligt utredningens förslag gälla för en tid om högst sex månader. Om det därefter finns ett fortsatt behov av åtgärden måste ett nytt beslut fattas.

Socialstyrelsen föreslog i rapporten om otillåten egendom från 2018 att införandet av en möjlighet att allmän inpasseringskontroll på vårdinrättningar för rättspsykiatrisk vård med säkerhetsnivå 3 skulle åtföljas av en utvärdering av kontrollens konsekvenser för vårdmiljön, såsom vårdrelationen och patientens möjlighet till rehabilitering.[31] Utredningen delar myndighetens uppfattning att en uppföljning och utvärdering av konsekvenserna av ökad kontroll är angeläget. Att i lag reglera ett krav på att pröva beslutet var sjätte månad innebär en-

[30] SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd.*
[31] Socialstyrelsen. 2018. *Otillåten egendom och hot inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården.*

ligt utredningen att en sådan utvärdering sker kontinuerligt. Det utesluter emellertid inte att det en tid efter bestämmelsernas ikraftträdande kan vara motiverat med en mer omfattande uppföljning och utvärdering i enlighet med Socialstyrelsens förslag.

Tillvägagångssättet vid allmän inpasseringskontroll

Bestämmelsen om hur inpasseringskontrollen ska ske lämnas oförändrad jämfört med nuvarande lagstiftning. Kroppsvisitation och undersökning av väskor och andra föremål ska ske genom användande av metalldetektor eller annan liknande anordning eller, om det finns särskilda skäl, på annat sätt. Bestämmelsen är viktig bland annat därför att tillvägagångssättet kan påverka hur integritetskränkande kontrollen upplevs. Som utredningen diskuterat tidigare bör inte enbart bestämmelsen som allmän kontroll som sådan, utan även tillvägagångssättet, uppfylla kravet på proportionalitet. Det krävs exempelvis särskilda skäl för att inte använda metalldetektor eller liknande anordning, vilket gör att manuell kroppsvisitation som innebär direkt fysisk beröring i normalfallet inte ska förekomma.

Närmare om villkoren för allmän kontroll av försändelser

Kontrollen får inte avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling

Som anges ovan finns bestämmelsen om att skriftliga meddelanden inte får granskas såväl i 22 LPT och 8 b § LRV som i 8 kap. 11 § fängelselagen (2010:610) och i 4 kap. 11 § häkteslagen (2010:611). Utredningen föreslår att en bestämmelse med denna innebörd även ska gälla allmän kontroll av försändelser, men föreslår att lydelsen ska vara kontrollen får inte avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling.

Reglering av vilka personer som får utföra den allmänna kontrollen av försändelser

Utredningen föreslår att det av lagstiftningen uttryckligen ska framgå att den allmänna kontrollen av försändelser ska utföras av sjukvårdspersonal eller av annan särskilt utsedd person som förordnats av vårdgivaren. Vårdgivaren får även förordna en väktare i ett auktoriserat bevakningsföretag att genomföra kontrollen. Skälen till detta sammanfaller med skälen till motsvarande förslag avseende allmän inpasseringskontroll.

Kontrollen ska ske skyndsamt

Utredningen ställer sig bakom Socialstyrelsens förslag från 2018 om ett skyndsamhetskrav när det gäller försändelsekontroll. Ett skyndsamhetskrav finns i dag på föreskriftsnivå när det gäller kriminalvårdens granskning av en försändelse till eller från en intagen i häkte eller anstalt. Av Handboken om försändelser[32] framgår att skyndsamhetskravet innebär att granskning av inkommande post som huvudregel ska slutföras samma dag som posten kom in. Då försändelsen har granskats ska den lämnas ut till den intagne så snart som möjligt, dvs. om den inte ska omhändertas eller hållas kvar. Den intagne har också rätt till viss underrättelse om granskningen, såsom vilken typ av granskning som har genomförts och vem eller vilka som genomfört granskningen.[33]

Vissa försändelser får endast kontrolleras vid misstanke om oriktig avsändare

Socialstyrelsen föreslog att vissa försändelser skulle undantas från den allmänna kontrollen, nämligen försändelser från en svensk myndighet, advokat, patientens offentliga biträde eller ett internationellt organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål från enskilda. Myndigheten hänvisade till att motsvarande bestämmelser finns i 3 kap. 6 och 8 §§ fängelselagen (2010:611), förkortad HäL, samt 7 kap. 6 § fängelselagen (2010:610), förkortad FäL. Enligt

[32] Kriminalvården. 2015. *Handbok om intagnas försändelser i anstalt och häkte, 2015:2.*
[33] Se 3 kap. 19 § KVFS 2011:2 och 7 kap. 23 § KVFS 2011:1.

myndigheten är anledningen att försändelser från dessa avsändare får anses vara av särskild vikt för patientens möjlighet att tillvarata sina rättigheter, såsom att klaga på vården och behandlingen. Om det finns anledning att anta att uppgiften om avsändare av en sådan försändelse är oriktig ska den dock få kontrolleras. Utan ett sådant undantag skulle det vara relativt enkelt att undgå kontroll genom att felaktigt ange att avsändaren är en myndighet eller någon av de andra aktörerna som är undantagna från den allmänna kontrollen. Samtidigt bör understrykas att inga skriftliga meddelanden får granskas, i betydelsen läsas. Det kan därför diskuteras om det är rimligt att alla de ovan nämnda försändelserna regelmässigt undantas från kontroll eftersom de ändå inte får läsas. Genom att skriftliga meddelanden inte får granskas (läsas) torde kravet på att korrespondens mellan exempelvis myndigheter och advokater och patienten kan ske fritt och utan begränsningar. Mot bakgrund av att motsvarande bestämmelser finns i 3 kap. 6 och 8 §§ HäL samt 7 kap. 6 § FäL anser utredningen emellertid att bestämmelser i enlighet med Socialstyrelsens förslag ska finnas i LRV.

Vårdgivaren får besluta att vissa försändelser ska undantas från allmänna kontroll

Enligt utredningens förslag begränsas inte den allmänna försändelsekontrollen till enbart sådana försändelser som är adresserade till en patient, utan omfattar även andra försändelser till vårdinrättningen, inklusive leveranser av livsmedel, tvätt, mediciner, inventarier med mera. En sådan allmän kontroll kan sannolikt utan större problem göras på LRV-inrättningar som redan i dag har ett komplett skalskydd där samtliga försändelser passerar röntgenmaskiner eller motsvarande. På en vårdinrättning som utgör en del av en större sjukhusorganisation med gemensamma servicefunktioner med mera, kan kontroll av alla försändelser vara förknippat med vissa praktiska svårigheter. Skrymmande leveranser kan ske till andra ingångar än övriga försändelser et cetera. Placering av röntgenutrustning och annan teknisk utrustning för försändelsekontroll behöver finnas där post hanteras, vilket kan vara på annan plats än dit leveranser kommer. Mot denna bakgrund finns det enligt utredningens uppfattning skäl att bestämmelserna uttryckligen anger att vissa försändelser kan undantas. Syftet med att i lag ange att personal får undantas från inpas-

seringskontroll och vissa försändelser från försändelsekontroll, är att möjliggöra för anpassningar och flexibla lösningar som kan bidra till att minimera inflödet av otillåtna föremål, utan att det förutsätter omfattande investeringar och ombyggnationer samt kostnader för obligatoriska försändelsekontroller.

9 Register och andra kunskapskällor för tillsyn av psykiatrisk tvångsvård

9.1 Utredningens uppdrag

Enligt utredningsdirektivet ska utredningen analysera gränsdragningar mellan LPT och HSL och eventuella konsekvenser för inrapporteringen till patientregistret och underrättelseskyldigheten till Inspektionen för vård och omsorg. Vidare bör, enligt direktivet, behovet av en utökad anmälningsskyldighet i 2 kap. patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) avseende sjukvårdsinrättningar för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård analyseras. Frågor som bör övervägas är till exempel om anmälningsskyldigheten bör utvidgas och vilka uppgifter som i sådant fall bör komma i fråga. Att de uppgifter som ska lämnas är relevanta ur tillsynshänseende och att uppgiftslämnandet inte belastar vårdgivaren i onödan är en förutsättning för ett väl fungerande anmälningsförfarande och bör beaktas vid utformningen av eventuella förslag i denna del. Utredningen ska lämna nödvändiga författningsförslag.

9.2 Övergripande utgångspunkter och analys

9.2.1 Om uppdraget att analysera gränsdragningar mellan LPT och HSL

Frågan om gränsdragningar mellan LPT och HSL tas genomgående upp i analysavsnitten för de fyra deluppdragen om att vårda barn och vuxna tillsammans, om överklagbarhet av beslut om tvångsåtgärder, om otillåten egendom samt om daglig utevistelse och daglig aktivitet. Utredningen har dock svårt att se på vilket sätt en analys av gräns-

dragningar mellan LPT och HSL skulle få konsekvenser för inrapporteringen till patientregistret och underrättelseskyldigheten till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Inrapporteringen till patientregistret regleras i lagen (1998:543) om hälsodataregister och tillhörande förordning (2001:707). I lagen och förordningen regleras vilka uppgifter som får finnas i registret liksom skyldigheten att lämna uppgifter till patientregistret. Uppgifterna kan avse patienter som vårdas med stöd av LPT, LRV eller HSL. Underrättelseskyldigheten till IVO regleras i LPT och LRV och gäller beslut som fattas med stöd av dessa lagar. Anmälningsskyldigheten till IVO:s säkerhetsregister regleras i Patientsäkerhetslagen (2010:659) och tillhörande förordning (2010:1369). Data från patientregistret, IVO:s säkerhetsregister samt information som genereras genom underrättelserna till IVO, är relevanta ur tillsynshänseende. Detta handlar emellertid, såvitt utredningen kan bedöma, inte primärt om gränsdragningar mellan LPT och HSL. Utredningen har därför valt att i denna del av uppdraget koncentrera analysen på frågan om utveckling och samordning av olika typer av register och andra kunskapskällor för en effektiv tillsyn av psykiatrisk tvångsvård.

9.2.2 Register och andra källor för kunskap om tvångsvård

Den betydande inskränkning i grundläggande fri- och rättigheter som tvångsvård innebär, ställer särskilda krav på rättssäkerhet. Centralt för upprätthållandet av hög rättssäkerhet är att det finns oberoende organ som kan utöva kontroll i form av tillsyn och granskning av de verksamheter som bedriver tvångsvård. Tillsynsansvaret vilar på Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Vidare har Riksdagens ombudsmän (JO) en viktig roll genom möjligheten att efter anmälan eller på eget initiativ granska verksamheter. JO har också ett särskilt uppdrag som Nationellt besöksorgan (National Preventive Mechanism) vilket innebär att JO regelbundet inspekterar platser där människor hålls frihetsberövade. Arbetet bedrivs vid Opcat-enheten på myndigheten. Därutöver finns, när det gäller vissa beslut, en möjlighet att vända sig till allmän förvaltningsdomstol för en prövning.

För att tillsyn och granskning ska kunna bedrivas effektivt behövs data av god kvalitet som beskriver verksamheternas omfattning och innehåll i ett antal olika avseenden. Det finns i dag flera olika register

och kunskapsunderlag om tvångsvård, men också vissa begränsningar i hur de får användas samt vissa kvalitetsbrister. Nedan beskrivs några av dessa register och kunskapskällor kortfattat.

Vårdgivarregistret och Säkerhetsregistret

Enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, har den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn ett ansvar att anmäla detta till IVO. Uppgifterna samlas i ett automatiserat register – Vårdgivarregistret – och får användas för tillsyn och forskning samt för framställning av statistik. IVO ska också enligt 2 kap. 4 § PSL, andra stycket, föra ett automatiserat register över sjukvårdsinrättningar och enheter som bedriver vård enligt LPT, LRV och enheter för rättspsykiatrisk undersökning. Detta register – Säkerhetsregistret – får användas för tillsyn, forskning, framställning av statistik och för placering av patienter.

Patientregistret

Patientregistret är ett hälsodataregister som är reglerat i lagen (1998:543) om hälsodataregister och tillhörande förordning (2001:707). I lagen och förordningen regleras vilka uppgifter som får finnas i registret liksom skyldigheten för dem som bedriver hälso- och sjukvård att lämna uppgifter till patientregistret. Patientregistret administreras av Socialstyrelsen. Ändamålet för registret regleras i lagen om hälsodataregister, av vilken framgår att personuppgifter i ett hälsodataregister får behandlas för framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård, samt för forskning och epidemiologiska undersökningar. Det finns således inte uttryckligen angivet att registret får användas för tillsyn.

När det gäller psykiatrisk slutenvård, däribland tvångsvård, rapporterar vårdgivarna in åtgärder till Patientregistret med hjälp av Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) som är en av Socialstyrelsen förvaltad nationell klassifikation av åtgärder utförda inom hälso- och sjukvården. Det finns KVÅ-koder för ett stort antal åtgärder inom tvångsvården, exempelvis ECT-behandling, avskiljning, fastspänning, inskränkningar rörande kommunikation och försändelser, kvarhållning, konvertering, uppföljning av vårdplan, kroppsvisitation med mera.

Socialstyrelsen anger att kvaliteten i tvångsvårdsuppgifterna har förbättrats årligen sedan 2009 då myndigheten började ta in uppgifterna, men att statistiken fortfarande är osäker. Trender eller jämförelser mellan regioner ska enligt myndigheten göras med försiktighet. Antalet patienter inom lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, har ökat, men detta beror inte på en reell ökning utan på en förbättring av inrapporteringen. Generellt sett antas antalet patienter som vårdats inom LPT och LRV vara en mer tillförlitlig uppgift än antalet tvångsåtgärder. Båda uppgifterna ökar i antal varje år vilket tyder på en förbättrad inrapportering.

I och med att tvångsvårdsuppgifterna ingår i patientregistret kan det antas att samma typer av brister i kvaliteten som finns i övriga patientregistret även finns i delen som innehåller tvångsvård.[1] Socialstyrelsen har ett regeringsuppdrag att arbeta för att säkerställa en god kvalitet i patientregistret vad gäller statistik om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård så att statistiken på ett tillförlitligt sätt kan användas i uppföljningssyfte och som officiell statistik.[2]

Kvalitetsregister

I dag finns det åtta nationella kvalitetsregister som berör psykiatriområdet. Dessa är Qbup (Barn- och ungdomspsykiatri), Bättre beroendevård, BipoläR (bipolär affektiv sjukdom), ECT (Elektrokonvulsiv terapi), SibeR (Internetbaserad psykiatrisk behandling), PsykosR (Psykosvård), RättspsyK (Rättspsykiatrisk vård) samt Riksät (För behandling av ätstörning).

Enligt patientdatalagen (2008:255) är det huvudsakliga syftet för nationella kvalitetsregister att de ska användas till att utveckla kvalitet i vården på gruppnivå, men de får även användas till kvalitetssäkring, forskning och uppföljning samt för jämförelser på regional och nationell nivå. Socialstyrelsen har nyligen haft i uppdrag att beskriva, analysera och lämna förslag på hur regionernas och SKR:s arbete

[1] Socialstyrelsens hemsida. https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/psykiatrisk-tvangsvard/, uttag 2022-05-18.
[2] Regeringsbeslut 2021-01-28, *Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende Socialstyrelsen*, S2021/00823.

med nationella kvalitetsregister inom psykiatriområdet kan förbättras.[3] Myndigheten slutredovisade sitt uppdrag i april 2022.[4]

Socialstyrelsen konstaterar att det under de senaste 15 åren har genomförts ett flertal utredningar och satsningar, både på nationella kvalitetsregister i stort, och på några som enbart riktas mot kvalitetsregister inom psykiatriområdet. Många av de förbättringsbehov som har framkommit i tidigare utredningar om regionernas arbete med utveckling av registren finns fortsatt kvar. Till exempel så förekommer enligt myndigheten fortfarande dubbeldokumentation av uppgifter i stor utsträckning, det vill säga att vårdverksamheter registrerar samma uppgifter på flera olika ställen för olika syften. Många registreringar sker dessutom manuellt, vilket är både tidskrävande och resursineffektivt. Det har också framkommit att det finns svårigheter att engagera psykiatrin till registrering i registren. Skälet uppges vara att vårdpersonal och ledningsfunktioner för vården inte ser värdet i att använda registrens uppgifter till lokalt kvalitetsarbete, men också för att resurser behöver fördelas på annat än administrativa uppgifter. Det i sin tur leder till låga täckningsgrader och till att registren inte används. Dessa faktorer har bidragit till en minskad användarnytta och att kvalitetsregistrens huvudsakliga syfte ofta inte kan uppnås.

Utredningen kan konstatera att, trots de brister som Socialstyrelsen identifierat, innehåller kvalitetsregistren mycket information som skulle kunna användas för att följa upp utvecklingen på psykiatriområdet. Av förarbetena till bestämmelserna om patientregister framgår att det övergripande ändamålet för kvalitetsregistren ska vara kvalitetssäkring, det vill säga systematisk och fortlöpande utveckling och säkring av vårdens kvalitet. Det primära syftet ska vara att följa upp medicinsk och annan kvalitet i själva vårdinsatserna. Med vård avses individinriktad patientverksamhet, dvs. vård, undersökning och behandling inom hälso- och sjukvården.[5] Mot den bakgrunden förefaller det inte finnas några egentliga hinder mot att kvalitetsregister används för tillsynsändamål. Tillsyn handlar i hög grad som att säkra vårdens kvalitet. Enligt de uppgifter utredningen kunnat inhämta från IVO används emellertid inte kvalitetsregistren i myndighetens tillsynsarbete. I likhet med frågan om att utreda förutsättningarna

[3] Regeringsbeslut, 2021-01-21, dnr S2021/00581.
[4] Socialstyrelsen. 2022. *Översyn av kvalitetsregister inom psykiatriområdet, slutrapport*.
[5] Prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*, s. 179.

för att kunna använda patientregisterdata för tillsynsändamål, bör frågan om kvalitetsregistrens nytta i det avseendet enligt regeringens uppfattning övervägas av IVO inom ramen för det regeringsuppdrag myndigheter för närvarande har.[6]

Psykiatrin i siffror

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) inhämtar årligen uppgifter från regionerna om psykiatrisk verksamhet. Uppgifterna presenteras i tre rapporter med det gemensamma namnet Psykiatrin i siffror uppdelat på Allmän vuxenpsykiatrisk vård, Barn- och ungdomspsykiatrisk vård samt Rättspsykiatrisk vård. I rapporterna redovisas kvantitativa data på nationell nivå samt regionvis. Rapporterna ger genom jämförelser med föregående år en bild av tendenser och trender när det gäller vårdkapacitet, vårdplatser, medelvårdtid, beläggningsgrad med mera.

Information från underrättelser

De underrättelser som vårdgivare är skyldiga att inkomma med till IVO efter vissa beslut om tvångsåtgärder, utgör ett viktigt underlag för att få en bild av hur och i vilken omfattning tvångsåtgärder används i psykiatrisk tvångsvård. IVO ska utan dröjsmål underrättas om beslut att en patient ska hållas fastspänd med bälte eller en liknande anordning under en längre tid än fyra timmar. Om patienten är under 18 år ska IVO underrättas om han eller hon hålls fastspänd under en sammanhängande tid som överstiger en timme. Myndigheten ska även underrättas om en patient hålls avskild mer än åtta timmar i följd. Om patienten är under 18 år ska IVO underrättas om han eller hon hålls avskild under en sammanhängande tid som överstiger två timmar. Underrättelser ska göras på en särskild blankett, och om fastspänningen eller avskiljandet pågår längre tid ska en ny blankett lämnas in till IVO. Chefsöverläkaren ska fortlöpande lämna uppgifter till IVO om åtgärder som vidtagits enligt någon av de psykiatriska tvångsvårdslagarna. IVO får meddela föreskrifter om hur denna uppgiftsskyldighet ska fullgöras. Vidare ska myndigheten för varje kalenderår lämna uppgifter till Socialstyrelsen om bland annat

[6] Regeringsbeslut 2021-06-10, dnr S2021/04972 (delvis).

underrättelser om användning av fastspänning och avskiljande. Utöver nämnda skyldigheter föreslår utredningen i detta betänkande att underrättelseskyldigheten utvidgas till att även omfatta beslut om att placera barn tillsammans med vuxna.

Hanteringen av underrättelserna har kritiserats av JO, bland annat för att de inte handlagts på ett enhetligt sätt och för att det saknats en nationell överblick.[7] Även i betänkandet *För barnets bästa?* (SOU 2017:111) riktades kritik mot hur underrättelserna hanterades.[8] Under senare år har IVO enligt uppgift bedrivit ett digitaliseringsarbete när det gäller underrättelserna, vilket intensifierats med anledning av regeringens fleråriga uppdrag att förstärka och utveckla tillsynen av psykiatrisk tvångsvård.[9] I takt med att underrättelserna digitaliseras och sammanställs ökar nyttan sannolikt ur ett tillsynsperspektiv. På sikt bör underrättelserna kunna utgöra ett väsentligt och värdefullt kunskapsunderlag för IVO:s tillsynsarbete på tvångsvårdsområdet och därmed en garanti för den enskildes rättssäkerhet.

9.2.3 Bör uppgifter i patientregistret kunna användas för tillsynsverksamhet?

IVO har som nämnts fått regeringens uppdrag att under åren 2021 – 2025 förstärka och utveckla tillsynen av psykiatrisk tvångsvård. Uppdraget omfattar att utveckla verktyg och nödvändig datatillgång för att åstadkomma en utvecklad riskanalys och säkerställa tillförlitliga och ändamålsenliga register samt ändamålsenlig hantering av s.k. underrättelser om tvångsåtgärder som möjliggör en effektiv styrning, prioritering och uppföljning av tillsynsärenden. Automatiserad informationsöverföring är enligt regeringen av stor vikt för IVO:s fortsatta tillsyn och en viktig aspekt i utvecklingen av IVO:s it-system och register. I uppdraget ingår även att vidta insatser för att säkerställa en ändamålsenlig och regelbunden tillsyn inom tvångsvården avseende såväl rättssäkerhet som vårdinnehåll.[10]

Såvitt utredningen erfar förs inom ramen för arbetet med regeringsuppdraget en dialog mellan Socialstyrelsen och IVO om förutsätt-

[7] Justitieombudsmannen. 2021. *Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kritiseras för brister i myndighetens tillsyn över den psykiatriska tvångsvården*, dnr O 60-2019.
[8] SOU 2017:111 *För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård*, s. 287 ff.
[9] Regeringsbeslut 2021-06-10, dnr S2021/04972 (delvis).
[10] Ibid.

ningarna för att nyttja den information som finns i patientregistret för tillsynsverksamhet på ett ur personuppgiftshanteringssynpunkt lagenligt sätt. Av förarbetena till lagen (1998:543) om hälsodataregister framgår att ett sådant hälsodataregister som patientregistret inte får användas för tillsyn. Ett hälsodataregisters ändamål kan vara framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvården samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Till följd härav kan exempelvis inte hälsodataregister användas för myndigheters tillsynsfunktion. Uppgifterna i registret kan dock efter anonymisering föras över till ett annat register som kan användas i tillsynsarbete. Detta möjliggörs genom att det nya registret inte är att bedöma som personregister eftersom det har anonymiserats.[11]

Som tidigare påpekats är en förutsättning för att IVO ska kunna bedriva en effektiv tillsyn att myndigheten har tillgång till grundläggande uppgifter om tvångsvårdens bedrivande och tillämpningen av tvångsåtgärder i olika avseenden. Utredningen kan konstatera att patientregistret innehåller stora mängder för detta ändamål relevanta data. Att utreda förutsättningarna för att kunna använda anonymiserade uppgifter i patientregistret för tillsyn av psykiatrisk tvångsvård är därför angeläget. Eftersom ett sådant utredningsarbete enligt uppgift pågår inom ramen för IVO:s fleråriga regeringsuppdrag, ser inte utredningen att det i nuläget är motiverat att föregripa detta arbete och lämna författningsförslag på området. Om IVO skulle komma till slutsatsen att det behövs en förändring av ändamålsbeskrivningen i lagen (1998:543) om hälsodataregister för att möjliggöra nyttjande av uppgifter i patientregistret för tillsynsverksamhet, bör myndigheten hemställa till regeringen om att en sådan lagändring görs.

9.2.4 Bör anmälningsskyldigheten till IVO:s säkerhetsregister omfatta fler uppgifter än i dag?

Som redovisats ovan har den som avser att bedriva verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn ett ansvar att anmäla detta till IVO.[12] IVO ska också föra ett automatiserat register över sjukvårdsinrättningar och enheter som bedriver vård enligt LPT, LRV och enheter för rättspsykiatrisk undersökning. När det gäller dessa ska anmälan, utöver

[11] Prop. 1997/98: 108 *Hälsodata- och vårdregister*, s. 90.
[12] 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

de uppgifter som alla vårdgivare ska lämna, även innehålla uppgifter om chefsöverläkare och säkerhetsansvarig, samt säkerhetsanpassning och säkerhetsklassificering. Dessa utökade uppgifter ligger till grund för IVO:s säkerhetsregister. Utredningen har i uppdrag att ta ställning till om anmälningsskyldigheten för vårdgivare som bedriver psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård eller enheter för rättspsykiatrisk undersökning borde omfatta fler uppgifter. En fördel med detta skulle vara att IVO:s säkerhetsregister då skulle komma att innehålla mer detaljerad information och att myndigheten därmed ges bättre förutsättningar att identifiera tillsynsbehov och att planera och bedriva sin tillsynsverksamhet på ett effektivt sätt. Mot detta bör ställas den ökade administration det skulle innebära för vårdgivarna. Frågan hänger också delvis samman med frågan om nyttjande av patientregistret för tillsynsändamål samt om hur uppgifter som genereras av genom underrättelser till IVO kan nyttjas för tillsyn.

9.2.5 Utredningens bedömning och slutsats

Det är uppenbart att befintliga register som innehåller data om tvångsvård har olika syften och ändamål. I patientregistret och i kvalitetsregistren saknas sådana verksamhetsuppgifter som finns i vårdgivar- och säkerhetsregistret. Däremot finns detaljerade individdata med uppgifter om antal vårdtillfällen, antal beslut om tvångsåtgärder i olika kategorier med mera. Det förefaller alltså vara så att en kombination av information från patientregistret, kvalitetsregister och säkerhetsregistret, eventuellt efter en utvidgad anmälningsskyldighet, sammantaget skulle kunna ge IVO bästa möjliga förutsättningar att bedriva en effektiv tillsyn. Även den kunskap om tvångsvården som genereras genom IVO:s hantering av underrättelser torde kunna utgöra ett värdefullt underlag i detta avseende. Detta förutsätter emellertid att hanteringen av underrättelserna digitaliseras och samordnas nationellt, att uppgifter från patientregistret anonymiseras och ligger till grund för ett nytt register på IVO samt att dessa uppgifter samkörs med uppgifter från IVO:s övriga befintliga register. Om detta är inriktningen av det utvecklingsarbete som bedrivs på IVO med anledning av det fleråriga regeringsuppdraget, eller om andra vägar övervägs, kan utredningen inte bedöma i dagsläget. Myndigheten

inkom den 31 maj till regeringen med en redovisning av regeringsuppdragets genomförande, men denna redovisning har med hänsyn till tidpunkten för trycklov av detta betänkande inte varit möjligt för utredningen att beakta.

9.3 Utredningens bedömningar och förslag

9.3.1 Utvidgad anmälningsskyldighet till IVO:s säkerhetsregister

Förslag: Anmälningsskyldigheten för sjukvårdsinrättningar och enheter som avses i 7 kap. 7 § patientsäkerhetslagen, ska utöver nuvarande uppgifter även omfatta uppgifter om

- antal vårdplatser inom barn- och ungdomspsykiatri,
- antal vårdplatser inom vuxenpsykiatri,
- antal vårdplatser inom rättspsykiatri,
- beslut om allmän inpasseringskontroll,
- beslut om allmän försändelsekontroll samt
- kvadratmeteryta för utomhusvistelse på vårdinrättningen per vårdplats.

Den utvidgade anmälningsskyldigheten ska regleras i 2 kap. 1 § andra stycket patientsäkerhetsförordningen (2010:1369).

Skälen för utredningens förslag: Utredningen lämnar i det här betänkandet förslaget att anmälningsskyldigheten enligt 2 kap. patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) avseende sjukvårdsinrättningar för psykiatrisk tvångsvård, rättspsykiatrisk vård och enheter för rättspsykiatrisk undersökning ska utvidgas till att även gälla uppgifter om antal vårdplatser inom olika verksamheter, beslut om allmän inpasserings- och försändelsekontroll samt kvadratmeteryta för utomhusvistelse på vårdinrättningen per vårdplats. Skälen för utredningens förslag kan sammanfattas enligt följande:

Det nuvarande säkerhetsregistret innehåller förutom kontaktuppgifter till verksamheter och personer i ansvarig befattning även

bland annat uppgifter om namnet på tillsynsobjektet, lagrum för tillsynsobjektets verksamhet samt uppgifter om säkerhetsklass. Namnet på tillsynsobjektet kan ge viss vägledning om vilken verksamhet som bedrivs på vårdinrättningen. Någon formell registrering av om det bedrivs barn- och ungdomspsykiatrisk vård, vuxenpsykiatrisk vård eller rättspsykiatrisk vård på tillsynsobjekten sker inte. Inte heller antalet vårdplatser i respektive verksamhet framgår av säkerhetsregistret. Dessa uppgifter skulle kunna vara av stort värde för IVO, exempelvis när det gäller att identifiera behov av tillsyn av hur tvångsvård av barn bedrivs. Även granskning av i vilken utsträckning det förekommer att patienter som är dömda till rättspsykiatrisk vård och patienter som vårdas med stöd av LPT placeras på samma inrättningar, skulle kunna följas upp om dessa uppgifter fanns att tillgå. Det kan i sammanhanget nämnas att JO i sitt initiativärende avseende IVO:s tillsyn av psykiatrisk tvångsvård påtalat behovet av att det av säkerhetsregistret framgår vilka vårdinrättningar som vårdar patienter under 18 år liksom antalet vårdplatser i respektive säkerhetsklass på en avdelning eller enhet. Enligt JO är det mycket besvärande att det i Sverige inte har varit möjligt att få en tillförlitlig överblick över antalet vårdplatser och hur de är fördelade över landet.[13] Även i betänkandet *För barnets bästa?* (SOU 2017:111) påtalades denna brist.[14]

När det gäller allmän inpasseringskontroll och allmän kontroll av försändelser lämnar utredningen i detta betänkande förslag om att detta ska vara möjligt även på LRV-inrättningar med säkerhetsnivå 3. Om förslaget genomförs kommer allmän inpasseringskontroll och allmän kontroll av försändelser sannolikt tillämpas i större utsträckning än i dag. Eftersom kontrollerna innebär ett betydande ingrepp i grundlagsskyddade rättigheter och formerna för kontrollerna är reglerade i lag, är det angeläget att tillämpningen kan följas upp och tillsyn ske över hur kontrollerna görs. Mot den bakgrunden anser utredningen att det i säkerhetsregistret ska finnas uppgifter om vilka vårdinrättningar som tillämpar bestämmelserna om allmän inpasserings- respektive försändelsekontroll.

En ytterligare uppgift som enligt utredningen bör rapporteras till IVO är vilka ytor för patienters utomhusvistelser som finns på till-

[13] Justitieombudsmannen. 2021. *Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kritiseras för brister i myndighetens tillsyn över den psykiatriska tvångsvården,* Dnr O 60-2019, s. 21.
[14] SOU 2017:111 *För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård,* s. 278.

synsobjektet (vårdinrättningen). Utredningen föreslår i detta betänkande att patienter som tvångsvårdas ska ha rätt till daglig utomhusvistelse minst en timme. Om vårdgivare blir skyldiga att redovisa tillgången till utomhusmiljöer på vårdinrättningen för tvångsvårdade patienter kan IVO eller andra myndigheter och aktörer med uppgift att granska verksamheterna få en indikation på om utomhusmiljöerna är tillräckliga för att efterfölja lagkravet. Utredningen föreslår att uppgiften ska lämnas mätt som kvadratmeteryta för utomhusvistelse på vårdinrättningen per vårdplats. Det bör i sammanhanget sägas att kravet på utomhusvistelse självfallet i hög grad kan uppfyllas genom att promenader, utflykter med mera företas utanför vårdinrättningen. Någon uppgift om vilken kvadratmeteryta som finns att tillgå för detta är av lätt insedda skäl inte meningsfullt att redovisa. Syftet med anmälningsskyldigheten är att inhämta uppgifter som möjliggör en uppföljning av vilka ytor som finns att tillgå på vårdinrättningen för patienterna för utomhusvistelse som inte innebär en planerad promenad med personal.

10 Finansieringsförslag, kostnadsberäkningar och övriga konsekvensbeskrivningar

10.1 Utredningens skyldighet att redovisa kostnadsberäkningar och andra konsekvensbeskrivningar

Av 14 § kommittéförordningen (1998:1474) framgår att om förslagen i ett betänkande påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, regioner, företag eller andra enskilda, ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänkandet. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt, ska dessa redovisas. När det gäller kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner, ska kommittén föreslå en finansiering.

I 15 § i nämnda förordning föreskrivs vidare att om förslagen i ett betänkande har betydelse för den kommunala självstyrelsen, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

I 16 § i kommittéförordningen föreskrivs att om ett betänkande innehåller förslag till nya eller ändrade regler, ska förslagens kostnadsmässiga och andra konsekvenser anges i betänkandet. Konsekvenserna ska anges på ett sätt som motsvarar de krav på innehållet i konsekvensutredningar som finns i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Det här kapitlet inleds med en sammanfattning av utredningens förslag till finansiering i de fall utredningsförslagen förväntas leda till kostnadsökningar. Därefter redovisas de kostnadsberäkningar som ligger till grund för finansieringsförslaget. Sist i kapitlet redovisas övriga konsekvensbeskrivningar i enlighet med kommittéförordningen samt utredningsdirektivet.

10.2 Finansieringsförslag

Förslag med anledning av förväntade kostnadsökningar för staten

Förslag: Domstolsverket ska tillföras 8 000 000 kronor årligen för ökade kostnader med anledning av förslaget att fler beslut som fattas med stöd av bestämmelser i LPT och LRV blir möjliga att överklaga till allmän förvaltningsdomstol. Medlen avser att täcka domstolarnas ökade handläggningskostnader samt kostnader för offentliga biträden. Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri.

Förslag: Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska tillföras 12 000 000 kronor årligen för ökade kostnader med anledning av förslaget att IVO:s utredningsskyldighet även ska omfatta beslut som kan överklagas. Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri. Utredningen föreslår vidare att IVO en tid efter lagens ikraftträdande ges i uppdrag följa upp tillämpningen av de nya bestämmelserna om daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet och för uppdragets genomförande tillförs 3 000 000 kronor. Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri.

Förslag med anledning av förväntade kostnadsökningar för regionerna

Förslag: Regionerna ska tillföras 5 000 000 kronor engångsvis samt 22 000 000 kronor årligen för kostnader med anledning av förslaget om allmän inpasseringskontroll och allmän kontroll av försändelser vid vårdinrättningar eller avdelningar för rättspsykiatrisk vård med säkerhetsnivå 3. Kostnaderna ska belasta anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri (Ramanslag), utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

Förslag: Regionerna ska genom en överenskommelse mellan staten och SKR tillföras 100 000 000 kronor årligen under en treårsperiod för att stimulera och påskynda en anpassning av befintliga vårdmiljöer för psykiatrisk tvångsvård med anledning av förslaget om ett krav på daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet. Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri. Regionerna ska redovisa hur medlen använts inom ramen för den redovisning som sker till SKR av överenskommelserna mellan staten och SKR inom området psykisk hälsa och suicidprevention.

10.2.1 Kostnadsökningar och kostnadsminskningar för staten

Förslaget om att fler tvångsåtgärder ska kunna överklagas – konsekvenser för Domstolsverket

När fler beslut som fattas med stöd av bestämmelser i LPT och LRV blir möjliga att överklaga, blir konsekvensen sannolikt fler inkomna mål till landets förvaltningsrätter och i undantagsfall även högre instanser. För att uppskatta hur stor ökningen skulle kunna bli, har utredningen inhämtat uppgifter om sådana beslut som redan i dag är överklagbara. Antalet beslut totalt under ett år i relation till antalet överklaganden som rör sådana beslut ger en indikation på överklagandefrekvensen.

Utredningen har valt att studera år 2019 av det skälet att det är det senaste året där statistik finns att tillgå och som inte påverkades av pandemin. En sökning i rättsdatabasen JUNO/Karnov visar att intagningsbeslut (6 b § LPT), konverteringsbeslut (11 och 12 § LPT)

samt återintagningsbeslut (26 a §) överklagades 891 gånger under 2019. En uppskattning av hur många sådana beslut som fattades samma år kan göras med stöd av uppgifter i patientregistret. Antal vårdtillfällen i sluten tvångsvård genom LPT 2019 samt antal vårdtillfällen i öppen tvångsvård genom LPT 2019 är de uppgifter som bäst kan indikera hur många beslut som fattats med stöd av de tre bestämmelserna ovan. Det totala antalet vårdtillfällen uppgick 2019 till 22 864.[1] Om denna siffra sätts i relation till de 891 överklagandena samma år blir överklagandefrekvensen 3,89 procent.

Antalet mål i förvaltningsrätterna som avser överklagande av beslut om att inskränka rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster, enligt LPT, LRV, LVU, LVM och LSU var totalt 68 år 2019. Det totala antalet sådana beslut var år samma år 3 812. Det betyder att 1,78 procent av besluten överklagades.

En annat underlag för att uppskatta överklagandefrekvensen utgörs av den studie som redovisades i betänkandet *För barnets bästa?* av uppgifter från Statens institutionsstyrelse (SiS).[2] Dessa uppgifter är från 2016, men kan ändå ha ett värde som referensmaterial. Enligt studien fattades det år 2016 totalt 761 beslut om avskiljning enligt lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU, och 29 beslut enligt lag (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård, förkortad LSU. Det totala antalet beslut i dessa kategorier år 2016 uppgick således till 790. Enligt uppgift från SiS har fyra överklaganden registrerats, vilket motsvarar cirka 0,5 procent av besluten. Inom SiS fattades samma år 855 beslut om vård i enskildhet enligt LVU och 49 beslut enligt LSU, det vill säga totalt 904 beslut. Av dessa har SiS registrerat åtta överklaganden, vilket motsvarar ungefär 0,9 procent av besluten.[3]

Ett genomsnitt av överklagandefrekvensen baserat på dessa fyra uppgifter är 1,76 procent.[4] Avrundat kan alltså överklagandefrekvensen generellt uppskattas till cirka 1,8 procent.

Utredningen föreslår som framgått att ett antal olika beslut om åtgärder som i dag inte är överklagbara ska vara det. För flertalet av dessa finns uppgifter om antal beslut 2019, dock inte för alla. Uppgif-

[1] Uppgiften bygger på data från Patientregistret som 2022-04-12 sammanställts av Socialstyrelsen efter förfrågan från utredningen.
[2] SOU 2017:111 *För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård,* s. 309.
[3] Ibid.
[4] 3,89 + 1,78 + 0,9 + 0, 5 = 7,07 /4 = 1,7675.

ter finns om kvarhållning, kroppsvisitation, ytlig kroppsbesiktning, fastspänning, läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande, avskiljning samt övervakning av försändelser. Uppgifter finns inte om beslut om användning av tvång enligt 18 § andra stycket LPT, 8 § LRV och inte heller om beslut om omhändertagande av egendom enligt 21 § (22 § LPT, 8 § LRV). En summering av det totala antalet beslut som det finns uppgifter om, skulle därför kunna innebära en viss underskattning av antalet beslut som kan komma att bli överklagbara, eftersom vissa beslutskategorier saknas. Å andra sidan kommer beslutsfrekvensen för exempelvis kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning på LRV-inrättningar sannolikt minska avsevärt om allmän inpasseringskontroll på säkerhetsnivå 3 blir tillåtet. År 2019 fattades 9 351 sådana beslut inom den rättspsykiatriska vården, vilket kan förklaras av att vissa verksamheter fattar enskilda beslut vid inpassering i en sådan omfattning att effekten i praktiken blir allmän kontroll. En annan omständighet som kan ge ett högre värde vid en summering av sådana beslut som med utredningens förslag blir överklagbara, är att fastspänning och läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande rapporteras till patientregistret som två olika beslut, vilket innebär en risk för dubbelregistrering. Utredningen har i dialog med Socialstyrelsen informerats om att det inte tydligt framgår om koden för läkemedelstillförsel ska samrapporteras med en annan fastspänningskod eller inte. Det är inte ovanligt att koden för läkemedelstillförsel under fastspänning och en annan fastspänningskod återfinns på samma åtgärdsdatum. Det är då svårt att avgöra om uppgiftslämnaren menar att dessa koder avser samma fastspänning eller inte. För andra vårdtillfällen finns bara läkemedelstillförsel under fastspänning eller fasthållande och ingen annan fastspänningskod.

Eftersom beräkningarna endast ligger till grund för en relativt grov uppskattning, anser utredningen att det faktum att det saknas uppgifter om vissa beslut kan kompenseras av att andra beslut kan vara dubbelrapporterade (fastspänning) eller kommer minska avsevärt i frekvens till följd av andra föreslagna förändringar (kroppsvisitation eller kroppsbesiktning på LRV-inrättningar).

År 2019 var det totala antalet beslut med stöd av LPT eller LRV om kvarhållning 14 492, fastspänning 4 050, läkemedelstillförsel utförd under fastspänning eller fasthållande 6 289, avskiljning 4 883, enskilt beslut om kroppsvisitation 6 470, enskilt beslut om ytlig

kroppsbesiktning 3 261 och övervakning av försändelser 409.[5] Summan av samtliga beslut var 39 854. Med en överklagandefrekvens på 1,8 procent skulle det innebära 717 överklaganden under ett år. Den genomsnittliga styckkostnaden för ett mål i förvaltningsrätten[6] var år 2021 8 118 kronor.[7] En grov uppskattning av domstolarnas kostnadsökningar med anledning av utredningens förslag blir således cirka 5 800 000 kronor per år (717 × 8 118 = 5 820 606).

Utöver kostnader för handläggning i domstolarna tillkommer kostnader för offentliga biträden. Utredningen har i kontakter med några av landets förvaltningsrätter fått uppgiften att ersättning för cirka två timmar i enlighet med Domstolsverkets timkostnadsnorm per ärende är en vanlig ersättning vid sådana mål som avses här. Timkostnadsnormen är år 2022 1 442 kronor.[8] Det innebär att kostnaderna för offentliga biträden uppskattas till cirka 2 100 000 kronor (1442 × 2 ×717 = 2 067 828).

Utredningens förslag är mot denna bakgrund att Domstolsverket tillförs 8 000 000 kronor årligen för ökade kostnader med anledning av förslaget att fler beslut som fattas med stöd av bestämmelser i LPT och LRV blir möjliga att överklaga till allmän förvaltningsdomstol. Medlen avser att täcka domstolarnas ökade handläggningskostnader samt kostnader för offentliga biträden. Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri.

Förslaget att IVO:s utredningsskyldighet även ska omfatta klagomål på beslut som kan överklagas, om det inte överklagats

En uppskattning av kostnadsmässiga konsekvenser av förslaget att IVO:s utredningsskyldighet även ska omfatta klagomål på beslut som kan överklagas, kan göras med stöd av uppgifter om antal klagomålsärenden till IVO och i vilken utsträckning de utreds. På grund av att statistik för de två pandemiåren 2020 och 2021 riskerar att bli missvisande, har utredningen valt att utgå från uppgifter från 2019.

[5] Socialstyrelsens hemsida. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/val.aspx, uttag 2022-05-18.
[6] De domar i en förvaltningsrätt som överklagas och därmed innebär en handläggningskostnad för en kammarrätt eller högre instans, är såvitt utredningen kunnat utröna så få att kostnaderna är försumbara i en uppskattning av detta slag.
[7] Sveriges domstolar. 2022. *Årsredovisning 2021*.
[8] Sveriges domstolars hemsida. https://www.domstol.se/om-sveriges-domstolar/for-professionella-aktorer/rattshjalp-och-taxor/om-timkostnadsnormen-och-taxorna/, uttag 2022-05-18.

Av de sammanlagt 5 433 klagomål som IVO avslutade 2019, avslutades 71 procent utan utredning.[9] Anledningen till att IVO avslutar utan utredning är, i 49 procent av fallen, att klagomålet inte omfattas av kriterierna för IVO:s utredningsskyldighet. Av de 5 433 ärendena 2019 avsåg 17 procent psykiatrisk specialistsjukvård, vilket motsvarar 924 ärenden. Det är svårt att avgöra om andelen ärenden som avslutas utan utredning är färre eller fler i kategorin psykiatrisk specialistsjukvård, men att 49 procent avslutas därför att klagomålet inte omfattas av utredningsskyldigheten kan indikera hur många fler ärenden IVO skulle komma att behöva utreda om utredningsskyldigheten utvidgas enligt utredningens förslag. Baserat på uppgiften att 924 ärenden rörde psykiatrisk specialistsjukvård och att 49 procent av dessa avslutades utan utredning av skälet att de inte omfattades av utredningsskyldigheten, blir slutsatsen att 453 ytterligare ärenden under ett år skulle kunna behöva utredas med utredningens förslag. Enligt IVO är styckkostnaden för ett klagomålsärende som utreds cirka 80 000 kronor.[10] Baserat på dessa uppgifter skulle IVO:s kostnader hypotetiskt sett kunna öka med 36 000 000 kronor årligen. Dock är detta sannolikt en betydande överskattning av den förväntat ökade utredningsfrekvensen. Skälet till detta är att det finns andra undantag från utredningsskyldigheten än att ett ärende kan överklagas som alltjämt kommer att gälla. Undantag från utredningsskyldigheten får göras av tre skäl (punkterna 1–3 i 7 kap. 11 § 2 PSL) varav skälet att beslutet får överklagas utgör ett.[11] Utifrån antagandet att besluten fördelar sig jämnt över de tre punkterna skulle det innebära att som mest en tredjedel av de beslut som i dag avslutas med hänvisning till undantag från utredningsskyldigheten skulle bli föremål för utredning med utredningens förslag (151). De ökade kostnaderna för IVO skulle då uppgå till som mest 12 080 000 kronor (151 × 80 000 = 12 080 000). En ytterligare faktor är att utredningens förslag innebär att utredningsskyldigheten inte omfattar ett ärende som redan har överklagats. Detta bör minska antalet ärenden

[9] Inspektionen för vård och omsorg. 2020. *Årsredovisning 2019*, s. 17.
[10] Uppgift från IVO per e-post 2022-04-26.
[11] Enligt 7 kap. 11 § PSL (2010:659) behöver klagomål enligt första stycket 2 inte utredas om
1. det är uppenbart att klagomålet är obefogat,
2. klagomålet saknar direkt betydelse för patientsäkerheten och det saknas skäl att överväga åtalsanmälan enligt 23 eller 29 §, eller
3. det rör ett beslut som går att överklaga med stöd av någon av de i första stycket 2 angivna lagarna.
Inspektionen för vård och omsorg får avstå från att utreda klagomål om händelsen ligger mer än två år tillbaka i tiden. Lag (2017:378).

som behöver utredas med några enstaka ärenden. Utredningens uppskattning är mot denna bakgrund att IVO:s ökade kostnader med anledning av förslaget kan komma att uppgå till 12 000 000 kronor årligen.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tillförs 12 000 000 kronor årligen för ökade kostnader med anledning av förslaget att IVO:s utredningsskyldighet även ska omfatta beslut som kan överklagas. Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri.

Förslaget om att fler beslut ska kräva underrättelse till IVO

Utredningens förslag är att krav på underrättelse till IVO ska införas för beslut enligt två nya bestämmelser i LPT och LRV. Det gäller om chefsöverläkaren beslutar att placera ett barn som vårdas med tvång tillsammans med vuxna samt om chefsöverläkaren beslutar att placera en patient som vårdas med stöd av LPT på en LRV-inrättning Som redovisas i kapitel 5 har Socialstyrelsen med stöd av data från det nationella patientregistret uppskattat att 60–70 barn någon gång under ett år vårdas med en psykiatrisk huvuddiagnos med stöd av LPT på en annan avdelning eller vårdinrättning än BUP-klinik (2020). Om denna siffra skulle förbli oförändrad även efter den föreslagna bestämmelsens ikraftträdande skulle det således innebära att 60–70 underrättelser skulle inkomma till IVO varje år. När det gäller placeringar av LPT-patienter på LRV-inrättningar uppgick antalet enligt uppgift från regionerna till 65 patienter år 2021.[12] Mot bakgrund av att det redan finns etablerade rutiner på myndigheten för hantering av andra underrättelser och att hanteringen av underrättelser successivt blir alltmer digitaliserad och automatiserad, är det utredningens bedömning att de ökade kostnaderna för myndigheten är relativt små. Enligt myndigheten är styckkostnaden för handläggning av en underrättelse i dag 589 kronor.[13] Det innebär att kostnaden skulle bli drygt 75 000 kronor årligen (589 × 130 = 76 570). Detta är enligt utredningen en så liten kostnad för myndigheten att det inte motiverar något särskilt resurstillskott.

[12] SKR.2022. *Psykiatrin i siffror – rättspsykiatri. Kartläggning 2021*, s. 43.
[13] Uppgift från IVO per e-post 2022-04-26.

Förslaget om att IVO ska följa upp tillämpningen av de nya bestämmelserna om daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet

Utredningen föreslår att IVO en tid efter lagens ikraftträdande bör ges i uppdrag följa upp tillämpningen av de nya bestämmelserna om daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet. Uppföljningen bör bland annat omfatta en kartläggning av i vilken omfattning det förekommer att patienter nekas utevistelse, antal patienter, vårdformer samt vilka skäl som anförts för nekandet.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att IVO, cirka ett år efter bestämmelsernas ikraftträdande, ges nämnda uppdrag och för uppdragets genomförande tillförs 3 000 000 kronor. Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri.

10.2.2 Kostnadsökningar och kostnadsminskningar för kommuner eller regioner

Konsekvenser för regionerna av förslaget

Förslaget om att barn som tvångsvårdas inte får placeras tillsammans med vuxna

Förslaget kan medföra att vissa vårdgivare som i dag saknar barn- och ungdomspsykiatriska slutenvårdsavdelningar för tvångsvård behöver inrätta särskilda och avskilda sektioner av en avdelning med vårdplatser för barn. Avdelningars entréer, dagrum, besöksrum med mera kan behöva anpassas för att hålla patientgrupper åtskilda. De eventuella kostnaderna för sådana anpassningar är mycket svårbedömda. Dock bör understrykas att den aktuella bestämmelsen redan finns i barnkonventionen som gäller som svensk lag. Frågan om en eventuell ekonomisk kompensation från staten till regionerna bör därför, om det bedömts motiverat, ha aktualiserats i samband med beredningen av lagen om barnkonventionen som trädde i kraft 2020. Av 5 kap. 2 § HSL framgår också att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Utredningens förslag innebär således inte att nya obligatoriska uppgifter införs, att staten för över uppgifter till regionerna, att frivilliga uppgifter blir obligatoriska, att det kommunala ansvaret för uppgifter tas bort eller

avregleras eller att staten ändrar ambitionsnivåerna för befintlig verksamhet. Den kommunala finansieringsprincipen är därför inte tillämplig när det gäller detta förslag och några resursförstärkningar till regionerna är inte motiverade.

Förslaget om att fler tvångsåtgärder ska kunna överklagas

Förslaget belastar i första hand staten genom ökad handläggning av ärenden vid landets domstolar (se ovan). Dock innebär fler överklaganden även viss ökad administration för chefsöverläkaren samt tid för deltagande i domstolsförhandlingar. Genomsnittslönen för en chefsöverläkare var år 2020 50 700 kronor[14], vilket inklusive lönekostnadspåslag (LKP) innebär 78 000 kronor. Baserat på antagandet att en chefsöverläkare behöver avsätta en halv arbetsdag för de skyldigheter som följer av ett överklagande, skulle kostnaden uppgå till cirka 2000 kronor per överklagande.[15] Enligt uppskattningen ovan skulle antalet överklaganden med stöd av de nya bestämmelserna kunna uppgå till 717 per år. Detta innebär att regionernas ökade kostnader med anledning av förslaget skulle kunna uppgå till cirka 1 434 000 kronor per år (717 × 2000), eller knappt 70 000 kronor per region och år. Det är en kostnad som i sammanhanget måste anses försumbar. Dessutom, att enskilda arbetsuppgifter för olika yrkesgrupper i vården förändras som en konsekvens av förändrad lagstiftning innebär inte att regionerna ska ersättas för detta enligt den kommunala finansieringsprincipen. Utredningen lämnar därför inget finansieringsförslag med anledning av denna konsekvensberäkning.

Förslaget om allmän inpasseringskontroll och allmän försändelsekontroll på LRV-inrättningar med säkerhetsnivå 3

Utredningens förslag om att vårdgivare ska kunna besluta om allmän inpasseringskontroll och allmän kontroll av försändelser innebär en möjlighet för vårdgivarna att vidta åtgärder för att hindra att otillåtna föremål förekommer på inrättningar eller avdelningar för rättspsykiatrisk vård med säkerhetsnivå 3.

[14] Yrkeskollen.se. https://yrkeskollen.se/lonestatistik/chefsoverlakare-verksamhetsnara-chef/, uttag 2022-05-18.
[15] Beloppet bygger på beräkningen 78 000/ 160 = 487,50 × 4 = 1 950.

Socialstyrelsen konstaterade i sin rapport 2018[16] att om vårdgivare väljer att införa allmän kontroll av försändelser och allmän inpasseringskontroll uppstår investeringskostnader för utrustningen, eventuell ombyggnad av lokaler samt lönekostnader för den personal som krävs för att utföra kontrollen.

Socialstyrelsen skrev i sin rapport att enligt uppgift från en rättspsykiatrisk verksamhet som infört allmän inpasseringskontroll på säkerhetsnivå 1 och 2 kostar röntgenutrustning cirka 250 000–500 000 kronor, metalldetektorbåge cirka 55 000–75 000 kronor och handhållna metalldetektorer cirka 5 000–10 000 kronor. Kostnaderna varierar bland annat beroende på hur många anordningar som krävs utifrån verksamhetens omfattning och organisation. Om en verksamhet endast har allmän kontroll av försändelser behövs röntgenutrustning och eventuellt annan liknande anordning. En uppräkning av dessa belopp med Konsumentprisindex (KPI)[17] innebär att kostnaderna för motsvarande utrustning 2021 var 271 000–543 000 kronor för röntgenutrustning, 60 000–81 000 för metalldetektorbåge och 5 400–10 800 kronor för handhållna metalldetektorer.

Enligt uppgifter från kvalitetsregistret RättspsyK finns det i dag 12 enheter som bedriver vård enligt LRV på säkerhetsnivå 3. Denna siffra kan jämföras med att det enligt IVO:s säkerhetsregister finns 113 avdelningar eller inrättningar som bedriver vård enligt LRV på säkerhetsnivå 3. Varje enhet kan således vara indelad i ett stort antal avdelningar eller inrättningar. När det gäller funktioner för allmän inpasseringskontroll och allmän kontroll av försändelser är det utredningens bedömning att sådana kan inrättas på enhetsnivå. Av de 12 enheterna som bedriver vård enligt LRV på säkerhetsnivå 3 är det 3 enheter som enbart bedriver vård i säkerhetsnivå 3 och 9 enheter som bedriver vård i säkerhetsnivå 2 och 3. För den första kategorin kommer det sannolikt att innebära kostnader för nyinvesteringar av utrustning samt kostnader för bemanning. Den senare kategorin bör, åtminstone i viss utsträckning, kunna nyttja den befintliga utrustning och bemanning som används för inpasserings- och försändelsekontroll på säkerhetsnivå 2. Mot denna bakgrund anser utredningen att en rimlig uppskattning är att totalt cirka 10 enheter kommer att behöva göra nyinvesteringar i utrustning samt bekosta bemanning

[16] Socialstyrelsen. 2018. *Otillåten egendom och hot inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården*, s. 82.
[17] Statistikmyndighetens hemsida. www.scb.se. Enligt SCB:s statistikdatabas var KPI för 2016 316,43 och för 2021 343,19, uttag 2022-05-18.

av inpasserings- och försändelsekontroll. Om dessa 10 enheter skulle investera i röntgenutrustning, metalldetektorbåge samt handhållna metalldetektorer skulle den sammanlagda kostnaden uppgå till cirka 5 000 000 kronor i en investeringskostnad engångsvis.[18]

När det gäller personalkostnader för allmän kontroll på LRV-inrättningar med säkerhetsnivå 3, gjorde Socialstyrelsen 2018 bedömningen att det krävs fyra årsarbetskrafter för bemanning av en funktion för inpasserings- och försändelsekontroll. Lönekostnaden per år för en skötare uppskattas enligt utredningens beräkningar cirka 550 000[19]. Väktare har ett något lägre löneläge (cirka 25 000/mån[20]), men om väktare anlitas sker det sannolikt inom ramen för ett upphandlat avtal med ett bevakningsföretag. Om vårdgivarens kostnad därmed blir lägre eller högre är svårbedömt. Därför är det utredningens bedömning att beloppet 550 000 kronor kan användas oavsett vårdgivarens val av personalkategori för utförandet av kontrollerna. Detta innebär lönekostnader på 2 200 000 kronor per enhet. Utifrån antagandet ovan att 10 enheter behöver inrätta nya funktioner, skulle kostnaden totalt uppgå till 22 000 000 kronor. Den sammanlagda kostnaden för regionerna skulle i enlighet med dessa uppskattningar bli cirka 5 000 000 kronor i en engångskostnad för investering i utrustning samt 22 000 000 kronor permanent för ökade lönekostnader.

Det kan diskuteras om staten bör kompensera regionerna för dessa ökade kostnader i enlighet med den kommunala finansieringsprincipen. Å ena sidan införs eller överförs inte nya obligatoriska uppgifter. Bestämmelserna ger vårdgivaren en möjlighet att införa allmänna kontroller, det vill säga det handlar om frivilliga åtaganden. Å andra sida kan hävdas att staten genom lagändringarna markerar en tydlig intention och därmed ändrar ambitionsnivåerna för befintlig verksamhet. Mot bakgrund av vikten av att det vidtas åtgärder för att vårdinrättningar för rättspsykiatrisk vård ska vara säkra och trygga miljöer anser utredningen att det är motiverat att staten bidrar till finansiering av allmänna kontroller enligt utredningens förslag. Utredningen föreslår därför att regionerna tillförs 5 000 000 kronor en-

[18] Beräkningen är gjord genom att addera ett genomsnitt av det angivna kostnadsspannet för de tre utrustningarna på 2021 års prisnivå och multiplicera detta med 10. Summan blir då 4 850 000 kronor, vilket avrundats till 5 000 000 kronor.
[19] Statistikmyndighetens hemsida.www.scb.se. Uppskattningen är baserad på en genomsnittlig lön på 29 600 (för år 2020 enligt SCB) samt LKP inkl. semestertillägg på 53,9 procent.
[20] Vaktare.nu. https://vaktare.nu/lonetabell/, uttag 2022-05-18.

gångsvis samt 22 000 000 kronor årligen för kostnader med anledning av förslaget om allmän inpasseringskontroll och allmän kontroll av försändelser vid vårdinrättningar eller avdelningar för rättspsykiatrisk vård i säkerhetsnivå 3. Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri.

Förslaget om patienters rätt till dagliga utevistelse minst en timme samt daglig aktivitet

Vad gäller förslaget om daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet på vårdinrättningen delar utredningen den bedömning som gjordes i betänkandet *För barnets bästa?* (SOU 2017:111) från 2017, nämligen att det i regionernas grundläggande skyldighet enligt HSL ingår att se till så att hälso- och sjukvården bedrivs så att kraven på en god vård uppfylls. Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Av detta torde följa att utomhusvistelse och daglig aktivitet som regel redan i dag bör erbjudas patienterna under vårdtiden.[21] Inför ikraftträdandet av 31 b § LPT kompenserades regionerna dessutom genom att bidraget till en förstärkning riktad till barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) inklusive första linjens psykiatri i primärvården ökade med 100 miljoner kronor.[22]

Även om regionerna har en skyldighet att säkerställa att det finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges, kan de föreslagna bestämmelserna ändå innebära ökade kostnader. Kostnader kan uppstå på grund av att befintliga utomhusmiljöer på vårdinrättningar och avdelningar är otillräckliga för att kunna erbjuda utomhusvistelser i en sådan omfattning som den föreslagna bestämmelsen föreskriver, det vill säga för samtliga tvångsvårdade patienter minst en timme om dagen. Att erbjuda alla patienter som tvångsvårdas daglig utomhusvistelse minst en timme kan också innebära behov av personalförstärkningar eller personalförändringar. När det gäller daglig aktivitet kan vårdgivarna behöva göra anpassningar av lokaler och investera i utrustning och inventarier för att kunna erbjuda en meningsfull sysselsättning. Även skyl-

[21] SOU 2017:111 *För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård*, s. 315.
[22] Prop. 2018/19:1 *Budgetpropositionen för 2019*, UO 9, s. 51.

digheten att erbjuda aktiviteter kan innebära ökade personalkostnader för vårdgivarna.

Att kostnadsberäkna vårdgivarnas behov av ombyggnation, renovering, modernisering och anpassning av lokaler samt personalförstärkningar är mycket svårt. Utredningens bild efter dialog med företrädare för regionerna och verksamhetsbesök är att det i många regioner pågår eller planeras för nybyggnation och renovering av vårdinrättningar och att regionerna i det arbetet genomgående beaktar behovet av ändamålsenliga utomhusmiljöer och vårdmiljöer som möjliggör meningsfulla aktiviteter. Olika regioner och verksamheter befinner sig i olika faser vad gäller investeringar och moderniseringar av vårdmiljöer för psykiatrisk slutenvård. I grunden är detta regionernas ansvar och att staten skulle kompensera regionerna ekonomiskt för den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges är enligt utredningen inte rimligt. Däremot kan det under en övergångsperiod finnas behov av att stimulera och påskynda regionernas arbete med att modernisera och anpassa vårdmiljöerna samt säkerställa att det finns ändamålsenliga personalresurser.

Mot denna bakgrund föreslår utredningen att regionerna genom en överenskommelse mellan staten och SKR tillförs 100 000 000 kronor årligen under en treårsperiod för att stimulera och påskynda en anpassning av befintliga vårdmiljöer samt personella resurser med anledning av förslaget om ett krav på daglig utomhusvistelse och daglig aktivitet. Kostnaderna ska belasta det under utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg uppförda anslaget 1:8 Bidrag till psykiatri. Fördelningen av medlen bör baseras på en behovsinventering i varje region. Regionerna ska redovisa hur medlen använts inom ramen för den redovisning som sker till SKR av överenskommelser inom området Psykisk hälsa.

10.2.3 Förslagens konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

En diskussion om hur detaljerad lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet kan vara innan den inskränker regionernas självbestämmande på ett sådant sätt den kommunala självstyrelsens princip åsidosätts, är principiellt viktig. Utredningen vill med anledning därav kommentera några av utredningens förslag.

Det kan, enligt utredningens bedömning, innebära en marginell begränsning av regionernas självstyrelse att det i lag föreslås regleras var i vårdorganisationen barn som tvångsvårdas ska placeras. Hälso- och sjukvårdslagstiftningen anger endast de övergripande ramarna och målen för verksamheten och hur regionerna väljer att organisera verksamheten är i hög grad upp till varje region och vårdgivare i enlighet med den kommunala självstyrelseprincipen. Dock finns denna bestämmelse redan i svensk lagstiftning genom att barnkonventionen blev lag den 1 januari 2020. Att motsvarande bestämmelse förs in i LPT och LRV innebär således endast ett förtydligande och ingen formell förändring jämfört med det nuvarande rättsläget.

Förslaget att patienter som vårdas med stöd av LPT och LRV ska ha rätt till daglig utevistelse och daglig aktivitet innebär en relativt detaljerad reglering av hur vården ska bedrivas. Frågan är om förslaget innebär en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. I 14 kap. 3 § regeringsformen anges att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen. Det innebär att en proportionalitetsprövning ska göras under lagstiftningsprocessen. Det finns, i speciallagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet, många exempel på särskilda bestämmelser om formerna och villkoren för vårdens bedrivande. Detta innebär inte att den grundläggande kommunala självstyrelseprincip som kommer till uttryck i regeringsformen för den skull upphävs eller väsentligen åsidosätts. I Självstyrelsekommitténs betänkande från 1996 anfördes att den kommunala självstyrelsen aldrig kan vara total. Riksdagen avgränsar genom lag kommunernas och landstingens (i dag regionernas, utredningens anm.) uppgiftsområden. Riksdagen bestämmer också genom lag grunderna för kommunernas och landstingens organisation och verksamhetsformer samt grunderna för den kommunala beskattningen.[23] Regionernas självbestämmande såvitt avser lokalers utformning och vårdens innehåll begränsas något. Begränsningen är dock enligt utredningens uppfattning proportionerlig med hänsyn till att bestämmelsen syftar till att säkerställa frihetsberövade patientgruppers grundläggande mänskliga behov av frisk luft, ljus samt meningsfulla aktiviteter.

Slutligen vill utredningen kommentera förslaget om att patienter som vårdas med stöd av LPT inte får placeras på en LRV-inrättning. Detta innebär en viss begränsning av regionernas självbestämmande

[23] SOU 1996:129 *Den kommunala självstyrelsen och grundlagen*, s. 251 f.

avseende vårdens organisering och utförande. Dock indikerar det faktum att det finns olika lagar för de respektive patientgrupperna, liksom inrättningar för allmänpsykiatrisk tvångsvård respektive inrättningar för rättspsykiatrisk vård att lagtstiftarens avsikt varit att hålla dessa patientgrupper åtskilda. Dock kan det innebära att vårdgivare behöver säkerhetsanpassa delar av avdelningar samt göra vissa personella resursförstärkningar. Även kompetensutvecklingsinsatser för att säkerställa att allmänpsykiatrin har nödvändig kompetens för också de mest utagerande och vårdkrävande patienterna kan bli aktuellt. Regionernas ansvar för detta följer emellertid av 5 kap. 2 § HSL som föreskriver att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.

10.2.4 Förslagens betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

Förslaget att vårdgivare får besluta om allmän inpasseringskontroll samt allmän kontroll av försändelser på vårdinrättningar som bedriver vård enligt LRV i säkerhetsnivå 3, bedöms minska antalet brott som begås på vårdinrättningarna. De brott som kan antas minska är hot, misshandel och andra våldsbrott samt olika typer av narkotikabrott. Att genomföra allmän kontroll vid inpassering och av försändelser är i sig en viktig brottsförebyggande insats. Utredningens sammanvägda bedömning är således att förslagen har en positiv betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande området.

10.2.5 Förslagens betydelse för jämställdheten mellan kvinnor och män

I kapitlet med förslag om att barn som tvångsvårdas inte får placeras tillsammans med vuxna beskrivs bland annat flickors upplevelse av utsatthet och otrygghet när de placeras tillsammans med vuxna män på en vårdavdelning. Ett syfte med den föreslagna bestämmelsen är att sådana situationer inte ska kunna uppstå.

När det gäller tvångsåtgärderna fastspänning och fasthållning har flickor och kvinnor med erfarenhet av våld och sexuella övergrepp vittnat om att fastspännings- eller fasthållningssituationen upplevts

som mycket traumatisk. Fysisk fasthållning upplevdes som övergrepp därför att det för vissa patienter framkallade traumatiska minnen av sexuella eller våldsamma händelser.[24] Utredningens förslag att beslut om fastspänning (fasthållning) och avskiljning ska vara möjliga att överklaga till allmän förvaltningsdomstol stärker patienters rättssäkerhet kan genom utveckling av praxis bidra till att vården minskar användningen av vissa tvångsåtgärder på flickor och kvinnor med erfarenheter av sexuellt våld och övergrepp.

När det gäller patienter i psykiatrisk tvångsvård generellt är det en relativt jämn könsfördelning bland dem som har tvångsvårdats enligt LPT, både i öppen och i sluten form, med något fler män än kvinnor. Utöver vad som redovisats ovan bedömer utredningen därför inte att förslagen kommer att påverka jämställdheten mellan kvinnor och män i några väsentliga avseenden.

Bland personer som är dömda till rättspsykiatrisk vård enligt LRV är andelen män avsevärt högre än andelen kvinnor. De förslag som utredningen lämnar som endast avser LRV-inrättningar (allmän inpasserings- och försändelsekontroll) kommer därmed att ha betydelse för fler män än kvinnor. Dock bör påpekas att syftet med förslaget är att minska förekomsten av otillåten egendom som vassa föremål, narkotika med mera och därigenom bidra till tryggare och säkrare vårdmiljöer. Situationen för kvinnor som vårdas på LRV-inrättningar och som riskerar att utsättas för hot eller våld där otillåtna föremål används, kommer därmed att förbättras.

10.2.6 Förslagens betydelse för övriga områden som ska redovisas

Utredningen bedömer inte att förslagen påverkar sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags. Inte heller när det gäller det integrationspolitiska målet ser utredningen några väsentliga positiva eller negativa konsekvenser av förslagen.

[24] Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002) *Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK.* Journal of psychiatric and mental health nursing, 9: p. 465–473.

10.2.7 Konsekvensutredning enligt Förordning (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning

I 16 § i kommittéförordningen föreskrivs att om ett betänkande innehåller förslag till nya eller ändrade regler, ska förslagens kostnadsmässiga och andra konsekvenser anges i betänkandet. Konsekvenserna ska anges på ett sätt som motsvarar de krav på innehållet i konsekvensutredningar som finns i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Utredningens uppfattning är att de krav på konsekvensutredningar som ställs i den sistnämnda förordningen i allt väsentligt görs i analys- och motivtexter i betänkandets förslagskapitel. En beskrivning av problemet och vad man vill uppnå (6 § 1) framgår av respektive förslagskapitels analysavsnitt. En beskrivning av vilka alternativa lösningar som finns för det man vill uppnå och vilka effekterna blir om någon reglering inte kommer till stånd (6 § 2) framgår av analysavsnitten, men även i motivtexten till respektive förslag. Uppgifter om vilka som berörs av regleringen framgår av bakgrunds- och analysavsnitten samt av avsnitten 10.2.1–10.2.6 i detta kapitel (6 § 3). Uppgifter om de bemyndiganden som myndighetens beslutanderätt grundar sig på framgår bland annat av kapitlet om gällande rätt (6 §4). Uppgifter om vilka kostnadsmässiga och andra konsekvenser regleringen medför framgår av detta kapitel. En jämförelse av konsekvenserna för de övervägda regleringsalternativen är inte motiverat för detta uppdrag (6 § 5). Utredningen bedömer inte att regleringen går utöver de skyldigheter som följer av Sveriges anslutning till Europeiska unionen (6 § 6).

När det gäller 6 § 7 och kravet på en bedömning av om särskilda hänsyn behöver tas när det gäller tidpunkten för ikraftträdande och om det finns behov av speciella informationsinsatser, hänvisas till motivtexten i respektive förslagskapitel. 7 § i förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning avser effekter för företag och konkurrensförhållanden. Detta är inte relevant för de lagförslag som lämnas i denna utredning.

11 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslag: Författningsändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2023.

Bedömning: Några särskilda övergångsbestämmelser behövs inte.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: När det gäller ikraftträdandet av föreslagna bestämmelser har utredningen i kapitel 2 kommenterat det faktum att Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08) kan komma att lämna författningsförslag i januari 2023 som kan få konsekvenser för genomförandet av vissa av de förslag som denna utredning lämnar. Skulle detta ske bör regeringen överväga att i möjligaste mån samordna ett eventuellt beredningsarbete av de två betänkandena så att ett samlat förslag kan lämnas till riksdagen. Därmed kan ikraftträdandet av vissa förslag i detta betänkande behöva flyttas fram i tid. Dock, eftersom detta i nuläget är ovisst och eftersom det sannolikt inte skulle gälla alla förslag i detta betänkande, har utredningen valt att inte låta dessa omständigheter påverka förslaget till datum för ikraftträdande. Samtliga författningsändringar föreslås därför träda i kraft den 1 juli 2023.

När det gäller övergångsbestämmelser är förslagen enligt utredningens bedömning inte av sådan art att sådana behövs.

12 Författningskommentar

12.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

2 c §

Barn får inte vårdas tillsammans med vuxna. Undantag får göras, efter chefsöverläkarens beslut, om det bedöms vara till barnets bästa.

Inspektionen för vård och omsorg ska utan dröjsmål underrättas vid beslut om undantag enligt första stycket.

Paragrafen är ny och behandlas i kapitel 5. Av *första stycket* framgår att huvudregeln är att barn inte får vårdas tillsammans med vuxna. Undantag får göras om det bedöms vara till barnets bästa. Med barn avses personer under 18 år och bestämmelsen är tillämplig när barn tvångsvårdas med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV (jfr 6 § LRV).

Vårdgivaren kan tillämpa undantagsbestämmelsen och placera ett barn på en vuxenpsykiatrisk avdelning under förutsättningen att det bedöms vara till barnets bästa. Ett barn kan exempelvis ha ett vårdbehov som ställer krav på särskild specialistkompetens som endast finns på en vuxenavdelning. Vidare kan en barnpsykiatrisk avdelning vara placerad på ett långt geografiskt avstånd från barnets bostadsort och familj. Det kan då vara förenligt med barnets bästa att barnet i stället vårdas på en närliggande vuxenpsykiatrisk avdelning. Om flera unga patienter med liknande problematik vårdas tillsammans på en barnpsykiatrisk avdelning kan vidare den situationen uppstå att de påverkar varandra och utvecklar destruktiva beteenden. Tillfrisknandet försvåras därmed och för att undvika en eskalering av det akuta tillståndet kan det vara motiverat och till barnets bästa att flytta en patient till en vuxenpsykiatrisk avdelning.

Om chefsöverläkaren beslutar att placera ett barn som vårdas med tvång tillsammans med vuxna ska, enligt *andra stycket*, Inspektionen för vård och omsorg utan dröjsmål underrättas om detta. Vidare ska skälen till beslutet dokumenteras i patientens journal, enligt 2 § p. 24 förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

17 §

I fråga om behandlingen under vårdtiden ska samråd äga rum med patienten när det kan ske. Samråd ska ske också med patientens närstående, om det inte är olämpligt.

Behandlingsåtgärderna ska anpassas till vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården enligt 2 § andra stycket.

Om det är nödvändigt får patienten, efter chefsöverläkarens beslut, ges behandling utan samtycke.

Efter genomförd behandling utan samtycke ska 18 a § tillämpas.

Fjärde stycket är nytt och behandlas i kapitel 6. Stycket reglerar att 18 a § ska tillämpas efter genomförd behandling utan samtycke. 18 a § anger i gällande lag att chefsöverläkaren ska se till att patienten erbjuds ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd. Syftet med en hänvisning till 18 a § i här aktuell bestämmelse är att säkerställa att patienten får detta erbjudande även efter beslut om behandling utan samtycke. Se närmare kommentaren till 18 a §.

18 a §

Chefsöverläkaren ska, så snart patientens tillstånd tillåter det, se till att patienten erbjuds ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd och efter behandling utan samtycke enligt 17 § tredje stycket samt ges information enligt 48 §.

Förslaget behandlas i kapitel 6. Paragrafen reglerar chefsöverläkarens skyldighet att erbjuda patienten ett uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd. Vilka tvångsåtgärder som avses framgår av prop. 2016/17:94 s. 15 och 40.

Ändringen i denna bestämmelse innebär dels en hänvisning till *17 §* och syftet med hänvisningen är att säkerställa att en patient, även efter behandling utan samtycke, erbjuds ett uppföljningssamtal. Med uppföljningssamtal avses ett samtal mellan en patient som varit föremål för en tvångsåtgärd och vårdpersonal. Det saknas reglering om vilken information vårdgivaren ska lämna vid uppföljningssamtalet. I förarbetena (prop. 2016/17:94 s. 30 och 40) framhålls att ett av syftena med uppföljningssamtal är att främja patientens delaktighet i vården. Det är viktigt ur ett patientperspektiv att en patient som har varit föremål för en tvångsåtgärd får tillfälle att ge uttryck för sin upplevelse av situationen i efterhand. Samtalen är frivilliga för patienten. Chefsläkaren har en skyldighet att erbjuda ett uppföljningssamtal men en patient kan alltid avböja ett sådant erbjudande.

Vidare består ändringen av en hänvisning till *48 §*, som reglerar chefsöverläkarens *upplysningsplikt* till patienten. Som nämnts har en patient rätt att avböja ett uppföljningssamtal men chefsöverläkaren har ändå en skyldighet att ge information enligt 48 §. Denna bestämmelse anger att chefsöverläkaren ska informera patienten om möjligheterna att överklaga vissa beslut, anlita ombud eller biträde samt få offentligt biträde. Dessutom ska information ges till patienten att denne har en möjlighet att få en ny medicinsk bedömning, välja behandlingsalternativ, möjlighet att vända sig till vårdgivaren och patientnämnd med klagomål samt anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg. Lagen ska finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna. Syftet med en hänvisning till 48 § i aktuell bestämmelse är att säkerställa att patienten dels får kännedom om sina möjligheter att få ett beslut om tvångsåtgärd prövat av en oberoende instans, dels får information om sina övriga rättigheter.

23 b §

Om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten psykiatrisk tvångsvård för vilken en förhöjd säkerhetsklassificering gäller, får vårdgivaren besluta att alla personer som passerar in i inrättningen eller på avdelningen ska kroppsvisiteras (allmän inpasseringskontroll). Syftet med kontrollen ska

vara att söka efter egendom som en patient inte får inneha enligt denna lag eller beslut som har meddelats med stöd av lagen.

Kontrollen får inte avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling.

Den allmänna inpasseringskontrollen ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal eller annan av vårdgivaren förordnad person. Vårdgivaren får förordna en väktare i ett auktoriserat bevakningsföretag att genomföra kontrollen.

En väktare med ett förordnande enligt tredje stycket får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon på grund av sitt uppdrag fått veta om enskilds personliga förhållanden.

Vårdgivaren får besluta att hälso- och sjukvårdspersonal ska undantas från den allmänna inpasseringskontrollen.

Kroppsvisitation och undersökning av väskor och andra föremål ska ske genom användande av metalldetektor eller annan liknande anordning eller, om det finns särskilda skäl, på annat sätt.

Säkerhetskontroll vid domstolsförhandling på sjukvårdsinrättningen beslutas i enlighet med lagen (1981:1064) om säkerhetskontroll i domstol.

Ändringen behandlas i kapitel 8 och är en följd av förslag om ny reglering i 8 b § LRV. Se närmare kommentaren till den bestämmelsen.

31 b §

En patient har rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och att vistas utomhus minst en timme varje dag om inte, efter chefsöverläkarens beslut, medicinska skäl talar mot det.

Ändringen i denna paragraf innebär att åldersgränsen tas bort, vilket innebär att *samtliga patienter* har rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och att vistas utomhus minst en timme varje dag. Förslaget behandlas i kapitel 7.

I förarbetena framhålls att med *dagliga aktiviteter* avses någon form av sysselsättning, exempelvis fysisk rörelse, då patienten får möjlighet att engagera sig och fokusera på något annat än den pågående behandlingen (prop. 2019/20:84 s. 60).

Med att vistas *utomhus* avses enligt förarbetena att patienten ges möjlighet att lämna den byggnad där sjukvårdsinrättningen eller avdelningen är inrymd, exempelvis kan patienten vistas i en inhägnad park eller på en gårdsplan i anslutning till inrättningen eller avdelningen. Vilken typ av aktivitet eller vistelse utomhus som patienten ska ges möjlighet till måste bedömas i varje enskilt fall utifrån behandlings- och säkerhetsskäl (prop. 2019/20:84 s. 60).

Utredningen diskuterar i kapitel 7 att en yta, för att betraktas som utomhus bör erbjuda frisk luft, ljusinsläpp och fri sikt. Fri sikt bör eftersträvas men kan vara svårt att förena med de säkerhetskrav som gäller för vissa inrättningar. Vidare kan integritetsskäl medföra att kriteriet är svårt att uppfylla, eftersom förbipasserande inte ska kunna se och identifiera vilka som vistas på en vårdinrättning. Utomhusytan bör utformas så att patienterna har möjlighet att motionera. Utomhusvistelsen behöver inte vara under en sammanhängande timme utan det är möjligt att dela upp tiden i flera korta tillfällen.

Vårdgivaren har en möjlighet att besluta om *undantag* från rätten till utomhusvistelse eller aktivitet på vårdinrättningen på grund av medicinska skäl. I bestämmelsen föreslås ett förtydligande om att det är *chefsöverläkaren* som beslutar. Medicinska skäl kan vara såväl somatiska som psykiatriska sjukdomstillstånd. I förarbetena till nuvarande bestämmelse (prop. 2019/20:84 s. 48) framhålls bland annat att en patient kan vara i så dåligt psykiskt skick att en utevistelse inte kan äga rum, exempelvis en patient som är i grav svält. Utredningen menar att en patientens psykiska sjukdomstillstånd kan innebära en risk att patienten orsakar hot, våld, skada eller gör rymningsförsök. Även i dessa fall är det möjligt för vårdgivaren att neka dagliga aktiviteter och utevistelse. Personalbrist, icke ändamålsenliga lokaler eller andra organisatoriska omständigheter utgör inte skäl att tillämpa undantagsregeln. Vårdgivaren har ett ansvar att se till att det finns den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges, enligt 5 kap. 2 § hälso-och sjukvårdslagen (2017:30).

Om en patient nekats daglig aktivitet eller daglig utomhusvistelse ska skälen till det beslutet dokumenteras i patientens journal enligt 2 § p. 25 förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

32 §

Patienten får till allmän förvaltningsdomstol överklaga chefsöverläkarens beslut om intagning för tvångsvård enligt 6 b, 11 eller 14 §. Ett sådant överklagande ska anses innefatta även en begäran om att tvångsvården ska upphöra.

Patienten får även överklaga chefsöverläkarens beslut enligt 26 a §. Ett sådant överklagande ska anses innefatta en begäran om att den slutna psykiatriska tvångsvården ska upphöra.

Innan förvaltningsrätten prövar ett överklagande enligt första eller andra stycket, ska rätten utan dröjsmål förelägga chefsöverläkaren att yttra sig i de hänseenden som anges i 7 § tredje stycket.

Paragrafen är oförändrad bortsett från att sista stycket i nu gällande lag har flyttats till 32 a §.

32 a §

Patienten får till allmän förvaltningsdomstol överklaga beslut om

1. kvarhållning enligt 6 § första stycket,

2. användning av sådant tvång som avses i 6 § första stycket och 18 § andra stycket,

3. kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning enligt 6 § andra stycket och 23 §,

4. fastspänning enligt 6 a första stycket, 19 och 19 a §§,

5. avskiljande enligt 6 a första stycket, 20 och 20 a §§,

6. behandling utan samtycke enligt 6 a andra stycket och 17 § tredje stycket,

7. inskränkning enligt 20 b §,

8. undersökning av försändelser enligt 22 §,

9. övervakning av försändelser enligt 22 a §,

10. omhändertagande av egendom enligt 20 b § andra stycket och enligt 21 § 5.

Innan förvaltningsrätten prövar ett överklagande enligt första stycket, ska rätten utan dröjsmål förelägga chefsöverläkaren att yttra sig.

Paragrafen är ny och behandlas i kapitel 6. Ändringen innebär att fler beslut om tvångsåtgärder blir överklagbara. Varje vidtagen tvångsåtgärd innebär ett myndighetsbeslut och patienten ska så snart som

möjligt underrättas om beslutet och få information om hur det kan överklagas, vilket ska ske i varje enskilt fall. 32 och 33 §§ innehåller en uttömmande uppräkning av de beslut som patienten kan överklaga. I likhet med vad som gäller enligt 32 § ska nämndemän ingå i rätten vid handläggningen av dessa mål i förvaltningsrätt och kammarrätt, till skillnad vad som gäller överklagbara beslut enligt 33 § första stycket (jfr 38 § LPT och 18 § fjärde stycket 3 lagen [1971:289] om allmänna förvaltningsdomstolar).

Enligt *första punkten* får ett beslut om kvarhållning enligt 6 § första stycket överklagas. En förutsättning för ett sådant beslut är att det har utfärdats ett vårdintyg. Kvarhållningsbeslutet gäller endast fram tills det att frågan om intagning har avgjorts, vilket ska ske senast 24 timmar efter patientens ankomst till vårdinrättningen enligt 6 b §. I förarbetena (prop. 1990/91:58 s. 248) framgår att syftet med beslutet om kvarhållning är att säkerställa att intagningsläkaren ges rimlig möjlighet att i anslutning till undersökning av patienten göra en självständig bedömning av patientens psykiska tillstånd och behov av vård. Kompletterande uppgifter kan behöva inhämtas av den läkare som utfärdat vårdintyget och kontakter kan behövas tas med exempelvis anhöriga till patienten. Vidare anges det att eftersom ett beslut om kvarhållning kan behöva fattas under stark tidspress kan det inte krävas att ett sådant beslut föregås av någon mer ingående prövning. Ett vårdintyg och en förmodan att patienten inte frivilligt stannar kvar på vårdinrättningen tills frågan om intagning har avgjorts bör i princip kunna utgöra tillräcklig grund för beslut.

Av *andra punkten* framgår att användning av sådant tvång som avses i 6 § första stycket får överklagas. Enligt den bestämmelsen har vårdpersonalen rätt att, om andra åtgärder inte är tillräckliga, använda det tvång som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna den del av vårdinrättningen där patienten ska vistas, för att upprätthålla ordningen på inrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården. En förutsättning för denna tvångsåtgärd är att det har fattats beslut om *kvarhållning*. Vidare framgår av *andra punkten* att användning av sådant tvång som avses i 18 § andra stycket får överklagas. Den bestämmelsen anger att om andra åtgärder inte är tillräckliga, får det tvång användas som är nödvändigt för att hindra patienten att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där denne ska vistas, för att upprätthålla ordningen på vårdinrättningen eller för att tillgodose säkerheten i vården. En förutsättning för denna åtgärd är

att det har fattats beslut om *intagning*. Den tvångsåtgärd som avses i dessa två paragrafer kan exempelvis bestå av att vårdpersonalen fysiskt hindrar en patient genom fasthållning.

Att vårdpersonalen exempelvis håller fast en patient utgör liksom övriga tvångsåtgärder ett myndighetsbeslut. En patient ska så snart som möjligt underrättas om beslutet och få information om hur det kan överklagas, vilket ska ske i varje enskilt fall. Av bestämmelserna framgår inte vem som får fatta beslut om denna typ av åtgärd. Det är emellertid chefsöverläkaren som har det yttersta ansvaret för de åtgärder personalen vidtar. Vid ett överklagande av denna tvångsåtgärd har chefsöverläkaren därför ansvar för yttrandet.

Av 18 § första stycket framgår att en patient får hindras att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han ska vistas. Detta kan exempelvis ske genom att dörrar och fönster hålls låsta och dessa typer av åtgärder är inte möjliga att överklaga.

Tredje punkten reglerar att beslut om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning enligt 6 § andra stycket (efter beslut om kvarhållning) och 23 § (efter beslut om intagning) får överklagas. Syftet med åtgärderna är att kontrollera att patienten inte bär på sig sådan otillåten egendom som anges i 21 § eller, när det gäller en patient vars rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster är inskränkt, utrustning som avses i 20 b §. I förarbetena (prop. 1990/91:58 s. 263) uttalas att med kroppsvisitation avses undersökning av patientens kläder, väska eller något annat som patienten för med sig, däremot avses inte undersökning av kroppen. Med ytlig kroppsbesiktning avses en yttre granskning av kroppen. En patient kan uppmanas att ta av sig kläderna och stå upp, varefter den som utför besiktningen granskar de delar av kroppen som är synliga samt fotsulorna. Även huvudhåret och armhålorna får granskas.

Fjärde punkten anger att beslut om fastspänning med stöd av 6 a § första stycket (efter beslut om kvarhållning) och med stöd av 19 och 19 a §§ (efter beslut om intagning) får överklagas. 6 a § första stycket hänvisar till 19–19 a §§. 19 § avser *vuxna* patienter och anger att om det finns en omedelbar fara för att en patient allvarligt skadar *sig själv eller någon annan*, får patienten kortvarigt spännas fast med bälte eller liknande anordning. Det har i förarbetena (prop. 1990/91:58 s. 142 och 260) framhållits att bestämmelsen främst tar sikte på hastigt uppkomna faresituationer som inte kan bemästras på något annat sätt än genom att patienten spänns fast med bälte. Det ska vara fråga

om risk för en allvarlig fysisk skada. Fastspänning är en starkt integritetskränkande åtgärd, men lagstiftaren har utgått ifrån att det finns situationer då patienten löper större risk att få allvarliga skador om fastspänning inte sker än om detta medel används. 19 a § avser patienter *under 18 år* och anger att om det finns en omedelbar fara för att *en patient* lider allvarlig skada och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga får patienten spännas fast med bälte. Med fastspänning avses att patienten spänns fast med bälte i en säng. Fastspänning får endast ske med bälte, till skillnad från vad som gäller för vuxna patienter enligt 19 § där även ”andra liknande anordningar” är tillåtna (prop. 2019/20:84 s. 56). Fastspänning med bälte av en patient som är under 18 år får *endast*, till skillnad från vad som gäller vuxna patienter enligt 19 §, användas för att hindra att *patienten* lider allvarlig skada. Fastspänning får alltså inte tillgripas för att hindra att patienten skadar någon annan. Finns en fara att någon ur personalen, annan patient eller någon annan skadas får detta hanteras på annat sätt. Det ska vidare vara uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga. Detta innebär att beslutande läkare ska ha gjort bedömningen att andra mindre integritetskränkande åtgärder än fastspänning inte är tillräckliga för att förhindra den akuta faran (prop. 2019/20:84 s. 56). I förhållande till vuxna gäller proportionalitetsbestämmelserna i 2 a §.

Femte punkten reglerar att beslut om avskiljning med stöd av 6 a § första stycket (efter beslut om kvarhållning) och med stöd av 20 och 20 a §§ (efter beslut om intagning) får överklagas. 6 a § första stycket hänvisar till 20–20 a §§. 20 § avser *vuxna* patienter och anger att en patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att patienten genom *aggressivt eller störande* beteende allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. I förarbetena (prop. 1990/91:58 s. 261) framhålls att en patient kan hållas avskild från andra patienter antingen på det egna rummet eller i ett särskilt isoleringsrum. Åtgärden får användas i rena undantagssituationer och då främst i skyddssyfte. Det är inte tillåtet med rutinmässig isolering, exempelvis under natten och åtgärden får inte heller tillgripas i bestraffningssyfte. Det framhålls vidare att man alltid noga bör pröva möjligheterna att med personalinsatser uppnå det syfte som isoleringsåtgärden avser. Åtgärden är starkt integritetskränkande och avskiljningen ska avslutas så fort som möjligt. Det bör fortlöpande prövas om ett beslut om avskiljande kan hävas.

20 a § avser patienter *under 18 år* och anger att en patient får hållas avskild från andra patienter endast om det är nödvändigt på grund av att han eller hon genom *aggressivt beteende* allvarligt försvårar vården av de andra patienterna och det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga. Till skillnad från vad som gäller för vuxna patienter enligt 20 §, kan avskiljning av en patient som är under 18 år *inte* komma i fråga för *störande beteende*. I förarbetena framhålls att barn måste ha en möjlighet till en trygg och säker miljö när de vårdas i heldygnsvården. Samtidigt får tvångsåtgärder inte bli ett sätt att hantera barnens symtom, som ibland kan uttryckas som ett störande beteende (prop. 2019/20:84 s. 37). Med aggressivt beteende avses situationer då en patient agerar hotfullt eller våldsamt och det finns risk att hotet eller våldet har en sådan påverkan på personalen, andra patienter eller lokalen där vårdinrättningen är inrymd att beteendet allvarligt försvårar vården av de andra patienterna. Det ska vidare vara uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga. Detta innebär att den beslutande läkaren ska ha gjort en bedömning att andra mindre integritetskränkande åtgärder än avskiljande inte är tillräckliga för att säkerställa vården av de andra patienterna (prop. 2019/20:84 s 58). I förhållande till vuxna gäller proportionalitetsbestämmelserna i 2 a §.

Av *sjätte punkten* framgår, enligt utredningens *alternativ 2*, se kapitel 6, att behandling utan samtycke enligt 6 a § andra stycket (efter beslut om kvarhållning) och 17 § tredje stycket (efter beslut om intagning) får överklagas. Av 6 a § andra stycket framgår att om det har fattats ett kvarhållningsbeslut för en patient, får denne ges nödvändig behandling under förutsättningen att det finns en överhängande fara för patientens liv eller hälsa. (Se prop. 1999/2000:44 s. 58f och SOSFS 2008:18, 3 kap. 1 §.) Av 17 § tredje stycket framgår att om det är nödvändigt får patienten, efter chefsöverläkarens beslut, ges behandling utan samtycke. Samråd ska äga rum med patienten när det kan ske. Om det inte är olämpligt, ska samråd även ske med patientens närstående, enligt 17 § första stycket. I förarbetena (prop. 1990/91:58 s. 135) uttalas att om en patient uttryckligen motsätter sig en viss behandling bör det övervägas om det finns en alternativ behandlingsmetod att tillgå som patienten kan acceptera, under förutsättningen att den alternativa metoden står i överensstämmelse med kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet. Patientens önskemål ska beaktas så långt det är möjligt. Det är viktigt att hänsyn tas till patientens egna upplevelser av en viss behandling och att tvång

används så lite som möjligt. Behandlingsåtgärderna får inte vara mer ingripande än vad som krävs för att uppnå syftet med tvångsvården, det vill säga skapa en tillfredsställande behandlingskontakt så att det blir möjligt att ge fortsatt behövlig vård i frivilliga former, enligt 17 § andra stycket. Om enighet inte kan nås mellan vårdgivaren och patienten avseende viss behandling, får chefsöverläkaren besluta att behandling ska ges till patienten utan samtycke.

Ändringen i *sjunde punkten* är endast redaktionell avseende bestämmelsens placering.

Enligt *åttonde punkten* är beslut om undersökning av försändelser *till* en patient enligt 22 § möjligt att överklaga. Denna bestämmelse anger att chefsöverläkaren får besluta att försändelser till en patient får undersökas för kontroll av att de inte innehåller sådan egendom som avses i 21 §. Granskningen av en försändelse får inte avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling. Bestämmelsens syfte är att förhindra att det förs in otillåten egendom på vårdinrättningen. Det framgår inte av bestämmelsen under vilka förutsättningar en kontroll får ske. Däremot framgår av förarbetena att det är tillåtet att öppna alla brev och paket som kommer till en patient (prop. 1990/91:58 s. 262), dock med beaktande av proportionalitetsbestämmelsen i 2 a §. Kontrollen får endast vidtas i förhållande till en patient som vårdas i sluten psykiatrisk tvångsvård.

Ändringen i *nionde punkten* är endast redaktionell avseende bestämmelsens placering.

Tionde punkten reglerar att beslut om omhändertagande av egendom enligt 20 b § andra stycket och enligt 21 § 5 p. är möjligt att överklaga. Om chefsöverläkaren fattar beslut om att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster enligt 20 b §, får den *tekniska utrustning* som möjliggör användningen omhändertas under den tid beslutet gäller. Utrustningen ska återlämnas till patienten senast när beslutet om inskränkning upphör att gälla. Det ankommer på sjukvårdshuvudmannen att se till att det finns rutiner för omhändertagande och återlämning av utrustning (prop. 2005/06:195 s. 34). En patient får enligt 21 § 5 p. inte inneha *annan egendom* som kan skada honom eller henne själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen. Bestämmelsen ska tillämpas efter en bedömning i varje enskilt fall och ger inte stöd för att generellt inskränka patienters rätt att inneha viss egendom. I förarbetena (prop. 1990/91:58 s. 262) ut-

talas att ”annan egendom” kan utgöras av exempelvis gamla läkemedel, vapen och tillhyggen. Chefsöverläkaren kan besluta att låta förstöra eller sälja viss omhändertagen egendom med stöd av 24 § och ett sådant beslut kan överklagas enligt 33 § 2 p.

38 a §

Offentligt biträde för den som åtgärden avser ska förordnas i mål hos allmän förvaltningsdomstol, om målet gäller

1. beslut om intagning för tvångsvård enligt 6 b, 11 eller 14 § och om beslutet har överklagats,

2. medgivande till fortsatt tvångsvård enligt 7, 9, 12 eller 14 §,

3. beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård enligt 26 a §,

4. avslag på en begäran om att tvångsvården ska upphöra,

5. beslut om tvångsåtgärder enligt 32 a §.

Offentligt biträde ska dock inte förordnas, om det måste antas att det inte finns något behov av ett biträde.

I paragrafen regleras i vilka mål som ett offentligt biträde ska förordnas för patienten. Huvudregeln är att ett offentligt biträde ska förordnas men att undantag kan göras om det antas att det inte finns något behov av ett biträde.

Femte punkten anger att offentligt biträde ska förordnas om målet gäller beslut om tvångsåtgärder enligt 32 a §. Ändringen i bestämmelsen är en följd av att det föreslås att fler beslut om tvångsåtgärder ska vara möjliga att överklaga och förslaget behandlas i kapitel 6.

JO har uttalat (1999/2000:JO 1 s. 183) att en person, som är föremål för vård enligt LPT, i många fall inte har förmåga att tillvarata sin rätt eller ge uttryck för ett grundat ställningstagande beträffande sitt behov av vård. Det offentliga biträdet har därför en viktig funktion att fylla genom att tolka och framlägga patientens ståndpunkt – så långt detta är möjligt – och att tillvarata dennes rätt. Lagen ger domstolen ett visst utrymme att underlåta att förordna offentligt biträde åt en patient. Det föreligger dock en presumtion för att offentligt biträde ska förordnas.

48 §

En patient som vårdas med stöd av denna lag ska så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt

1. att enligt 32, 32 a och 33 §§ överklaga vissa beslut,

2. att anlita ombud eller biträde,

3. att enligt 38 a § få offentligt biträde,

4. att få en ny medicinsk bedömning enligt 8 kap. 1 § patientlagen (2014:821) samt 10 kap. 3 § hälso-och sjukvårdslagen (2017:30),

5. att välja behandlingsalternativ enligt 7 kap. 1 § patientlagen samt 10 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen,

6. att vända sig till vårdgivaren och patientnämnd med klagomål samt anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg enligt 11 kap. patientlagen.

Denna lag ska finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen väl synlig för patienterna.

Paragrafen reglerar chefsöverläkarens upplysningsplikt gentemot patienter som ges sluten psykiatrisk tvångsvård och föreslagna ändringar behandlas i kapitel 6.

Ändringen i *första punkten* är en följd av att fler beslut om tvångsåtgärder ska vara möjliga att överklaga.

Ändringarna i *andra och tredje punkten* är endast av redaktionell art.

Fjärde punkten är ny och innebär att en patient, så snart dennes tillstånd medger det, ska upplysas om möjligheten att få en ny medicinsk bedömning, vilket regleras i patientlagen samt i hälso- och sjukvårdslagen. Om den nya medicinska bedömningen leder till att patienten önskar ett annat behandlingsalternativ ska detta önskemål tillgodoses om den valda behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och om kostnaderna för behandlingen framstår som befogat, med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan. För patienter som är aktuella för en ny medicinsk bedömning, dvs. patienter med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada, bör toleransen för kostnadsökningar vara betydligt större än om det rör sig om mindre allvarliga tillstånd.

Bestämmelsen i *femte punkten* är ny och anger att en patient ska upplysas om möjligheten att välja behandlingsalternativ, med hänvisning till bestämmelser i patientlagen samt hälso- och sjukvårdslagen.

Av dessa bestämmelser framgår att när det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Den *sjätte punkten* är ny och av den framgår att en patient ska upplysas om möjligheten att vända sig till vårdgivaren och patientnämnd med klagomål samt upplysas om möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg.

12.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

1 a §

På en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård får endast patienter som anges i 1 § andra stycket 1–4 placeras.

Om det finns en omedelbar fara för att en patient som vårdas enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård allvarligt skadar någon annan får patienten, efter chefsöverläkarens beslut, kortvarigt placeras på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård.

Inspektionen för vård och omsorg ska utan dröjsmål underrättas om beslut enligt andra stycket.

Paragrafen är ny och förslaget behandlas i kapitel 8. Bestämmelsen anger att *endast* patienter som anges i 1 § andra stycket punkterna 1–4 får placeras på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård. Syftet med bestämmelsen är att förtydliga att de angivna patientgrupperna ska hållas åtskilda från andra personer med allvarlig psykisk störning. Bestämmelsen hindrar inte att patienter som avses i 1 § andra stycket punkterna 1–4 placeras på en allmänpsykiatrisk vårdinrättning.

Andra stycket reglerar att om det finns en omedelbar fara för att en patient som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård allvarligt skadar någon annan, får patienten efter chefsöverläkarens beslut kortvarigt placeras på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård. Denna undantagsbestämmelse får tillämpas i akuta och hastigt uppkomna situationer, då det finns en *omedelbar*

fara att en patients agerande utgör en risk för att andra patienter eller personal lider allvarlig fysisk skada. Att faran ska gälla någon *annan*, innebär att LPT-patienter med exempelvis självskadebeteende, ätstörningssjukdom eller hög suicidrisk inte får placeras på en LRV-inrättning. En placering på en LRV-inrättning enligt denna bestämmelse får endast vara *kortvarig*, det vill säga tillfällig. Detta menar utredningen innebär något dygn upp till som längst en vecka. Så snart det inte längre föreligger någon omedelbar fara för att patienten allvarligt skadar någon annan, ska patienten åter placeras på en LPT-inrättning.

Om chefsöverläkaren beslutar att placera en LPT-patient på en LRV-inrättning ska, enligt *tredje stycket*, Inspektionen för vård och omsorg utan dröjsmål underrättas om detta. Vidare ska skälen till beslutet dokumenteras i patientens journal, enligt 2 § p. 14 b förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

6 §

Rättspsykiatrisk vård ges på en sjukvårdsinrättning som drivs av en region. Den som ges öppen rättspsykiatrisk vård får vistas utanför en sådan sjukvårdsinrättning.

Vid rättspsykiatrisk vård gäller 2 c, 15 a–17 och 31 b §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.

På en enhet för rättspsykiatrisk undersökning får rättspsykiatrisk vård ges åt den som genomgår undersökning.

Ändringen i *andra stycket* är en följd av införandet av en ny bestämmelse i LPT rörande barn som även ska vara tillämplig om barn vårdas enligt LRV. Förslaget behandlas i kapitel 5.

8 b §

Om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård får vårdgivaren besluta att alla personer som passerar in i inrättningen eller på avdelningen ska kroppsvisiteras (allmän inpasseringskontroll). Syftet

med kontrollen ska vara att söka efter egendom som en patient inte får inneha enligt denna lag eller beslut som har meddelats med stöd av lagen.

Kontrollen får inte avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling.

Den allmänna inpasseringskontrollen ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal eller annan av vårdgivaren förordnad person. Vårdgivaren får förordna en väktare i ett auktoriserat bevakningsföretag att genomföra kontrollen.

En väktare med ett förordnande enligt tredje stycket får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon på grund av sitt uppdrag fått veta om enskilds personliga förhållanden.

Vårdgivaren får besluta att hälso- och sjukvårdspersonal ska undantas från den allmänna inpasseringskontrollen.

På en inrättning eller avdelning utan förhöjd säkerhetsklassificering får ett beslut om allmän inpasseringskontroll gälla i högst sex månader.

Kroppsvisitation och undersökning av väskor och andra föremål ska ske genom användande av metalldetektor eller annan liknande anordning eller, om det finns särskilda skäl, på annat sätt.

Säkerhetskontroll vid domstolsförhandling på sjukvårdsinrättningen beslutas i enlighet med lagen (1981:1064) om säkerhetskontroll i domstol.

Förslaget behandlas i kapitel 8. Ändringen i paragrafens *första stycke* innebär att en vårdgivare har möjlighet att besluta om *allmän inpasseringskontroll* vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård, *oavsett säkerhetsklassificering*. Syftet med kontrollen är att söka efter egendom som en patient inte får inneha enligt lagen eller enligt ett beslut som har meddelats med stöd av lagen. Detta kan exempelvis avse omhändertagen teknisk utrustning som patienten inte får inneha efter beslut om att inskränka en patients rätt att använda elektroniska kommunikationstjänster. Vilka föremål som bedöms som otillåtna och som en patient inte får inneha regleras i 21 § LPT och den bestämmelsen gäller även vid rättspsykiatrisk vård genom hänvisning i 8 § första stycket. En patient får exempelvis inte inneha narkotika eller annan egendom som kan skada patienten själv eller någon annan eller vara till men för vården eller ordningen på vårdinrättningen. I *första stycket* har ordet föremål ersatts med *egendom* eftersom egendom bättre beskriver sådant som en patient inte får inneha enligt 8 § LRV jämfört med 21 § LPT. Vidare har

ordet intagen ersatts med *patient* eftersom den som är intagen på en sjukvårdsinrättning benämns patient i övriga delar av lagen.

Ändringen i *andra stycket* är endast redaktionell. Av stycket framgår att kontrollen inte får avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling. Det är alltså inte tillåtet att läsa skriftliga meddelanden. En försändelse får dock, i likhet med vad som gäller enligt fängelselagen (2010:610), öppnas i syfte att granska om det finns något otillåtet föremål i den (prop. 2013/14:119 s. 55).

Tredje stycket är nytt och anger vem som får utföra den allmänna inpasseringskontrollen, hälso- och sjukvårdspersonal eller annan av vårdgivaren förordnad person. Begreppet hälso- och sjukvårdspersonal definieras i 1 kap. 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Bestämmelsen ger även lagstöd för vårdgivaren att förordna väktare i ett auktoriserat bevakningsföretag för att genomföra inpasseringskontrollen.

Fjärde stycket är nytt och innehåller bestämmelser om tystnadsplikt för väktare som inte omfattas av bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) (se prop. 1981/82:186 s. 41 f.).

Femte stycket är nytt. Vårdgivaren får besluta att hälso- och sjukvårdspersonal ska *undantas* från den allmänna inpasseringskontrollen.

Sjätte stycket är nytt och reglerar att ett beslut om allmän inpasseringskontroll på en inrättning eller avdelning *utan förhöjd säkerhetsklassificering*, det vill säga säkerhetsnivå 3, får gälla i högst sex månader. Om det på grund av säkerhetsläget finns behov av fortsatt kontroll när sex månader förflutit får ett nytt beslut om allmän inpasseringskontroll fattas.

Det är inte möjligt att överklaga vårdgivarens beslut om allmän inpasseringskontroll. Däremot kan enskilda beslut om kroppsvisitation eller ytlig kroppsbesiktning överklagas.

8 c §

Om det är nödvändigt för att säkerheten ska kunna upprätthållas vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård får vårdgivaren besluta att alla försändelser som kommer till inrättningen eller avdelningen ska kontrolleras (allmän kontroll av försändelser). Syftet med kontrollen ska vara att söka efter egendom som en patient

inte får inneha enligt denna lag eller beslut som har meddelats med stöd av lagen. Påträffas sådan egendom får den omhändertas.

Kontrollen får inte avse det skriftliga innehållet i brev eller annan skriftlig handling.

Den allmänna kontrollen av försändelser ska utföras av hälso- och sjukvårdspersonal eller annan av vårdgivaren förordnad person. Vårdgivaren får förordna en väktare i ett auktoriserat bevakningsföretag att genomföra kontrollen.

En väktare med ett förordnande enligt tredje stycket får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han eller hon på grund av sitt uppdrag fått veta om enskilds personliga förhållanden.

Vårdgivaren får besluta att vissa försändelser ska undantas från den allmänna kontrollen av försändelser.

Den allmänna kontrollen av försändelser ska ske genom användande av röntgenutrustning eller annan liknande anordning. Kontrollen ska ske skyndsamt.

En försändelse till en patient från en svensk myndighet, advokat, patientens offentliga biträde eller ett internationellt organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål från enskilda får endast kontrolleras om det finns anledning att anta att uppgiften om försändelsens avsändare är oriktig, eller om det kan antas att försändelsen innehåller egendom som en patient inte får inneha enligt första stycket.

Paragrafen är ny och förslaget behandlas i kapitel 8. *Första stycket* reglerar att en vårdgivare har möjlighet att besluta om *allmän kontroll av försändelser* vid en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård, *oavsett säkerhetsklassificering.* Förutsättningarna för och syftet med kontrollen är samma som dem som gäller för allmän inpasseringskontroll, se närmare kommentaren till 8 b §. Påträffas egendom som inte får innehas får den omhändertas.

Gällande *andra*, *tredje och fjärde stycket*, se kommentaren till 8 b §.

Av *femte stycket* framgår att vårdgivaren får besluta att vissa försändelser ska undantas från den allmänna kontrollen av försändelser. Vårdgivaren kan exempelvis besluta att leveranser av livsmedel, tvätt och inventarier inte ska kontrolleras.

Sjätte stycket anger att den allmänna kontrollen av försändelser ska ske genom användande av röntgenutrustning eller annan liknande anordning. Det framgår vidare att kontrollen ska ske skyndsamt, vilket innebär att kontrollen som huvudregel ska slutföras samma

dag som försändelsen kom in. Efter att försändelsen granskats ska den lämnas ut till patienten så snart som möjligt, om det inte beslutas att försändelsen ska omhändertas enligt förstastycket.

Av *sjunde stycket* framgår att en försändelse till en patient från en svensk myndighet, advokat, patientens offentliga biträde eller ett internationellt organ som har av Sverige erkänd behörighet att ta emot klagomål från enskilda endast får kontrolleras om det finns anledning att anta att uppgiften om försändelsens avsändare är oriktig eller om det kan antas att försändelsen innehåller sådan otillåten egendom som avses i förstastycket.

Vårdgivarens beslut om allmän kontroll av försändelser kan inte överklagas. Däremot är det möjligt att överklaga enskilda beslut om undersökning av försändelser.

18 §

Patienten får till allmän förvaltningsdomstol överklaga ett beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag som innebär

1. intagning enligt 3 c eller 3 d § för sluten rättspsykiatrisk vård,

2. intagning enligt 5 § för rättspsykiatrisk vård, varvid överklagandet ska anses innefatta en begäran om att vården ska upphöra,

3. avslag på en begäran om att den rättspsykiatriska vården ska upphöra i fall som avses i 13 eller 15 §,

4. avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område, i fall som avses i 9 § eller 10 § fjärde stycket första meningen eller meddelande av villkor i samband med en sådan vistelse,

5. återkallelse enligt 9 § eller 10 § fjärde stycket tredje meningen av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område,

6. förordnande om förstöring eller försäljning av egendom enligt 8 § denna lag jämförd med 24 § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård,

7. inskränkning i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster och omhändertagande av teknisk utrustning enligt 8 § denna lag jämförd med 20 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

8. övervakning av försändelser från en patient enligt 8 § denna lag jämförd med 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, eller

9. meddelande av villkor i samband med öppen rättspsykiatrisk vård enligt 12 a § tredje stycket eller 16 a § fjärde stycket,

10. tvångsåtgärder enligt 8 § denna lag jämförd med 32 a § 2, 3, 4, 5, 6, 8 eller 10 lagen om psykiatrisk tvångsvård i tillämpliga delar.

I övrigt får beslut av chefsöverläkaren enligt denna lag inte överklagas. Chefsöverläkaren får inte överklaga rättens beslut enligt denna lag.

När ett beslut av chefsöverläkaren överklagas, ska överklagandet ges in till förvaltningsrätten. Förvaltningsrätten prövar om överklagandet har kommit in i rätt tid. Har överklagandet kommit in för sent, ska förvaltningsrätten avvisa det, om förseningen inte beror på att chefsöverläkaren har lämnat patienten en felaktig underrättelse om hur man överklagar. Överklagandet ska inte avvisas, om det har kommit in till chefsöverläkaren innan tiden för överklagande har gått ut. I ett sådant fall ska chefsöverläkaren omedelbart vidarebefordra överklagandet till förvaltningsrätten.

I paragrafen regleras vilka beslut om tvångsåtgärder en patient får överklaga till allmän förvaltningsdomstol. Förslaget behandlas i kapitel 6.

Ändringen i *sjunde punkten* är en följd av det föreslås att även beslut om *omhändertagande* av teknisk utrustning ska vara möjligt att överklaga, se närmare kommentaren till 32 a § p. 10 LPT.

Ändringen i *åttonde punkten* är endast redaktionell. Syftet med ändringen är att förtydliga att överklagandemöjligheten avser beslut om övervakning av försändelser *från* en patient, eftersom det enligt p. 10 ska vara möjligt att överklaga beslut om undersökning av försändelser *till* en patient.

Ändringen i *tionde punkten* är en följd av införandet av en ny bestämmelse i LPT, som innebär att fler beslut om tvångsåtgärder är möjliga att överklaga, se vidare kommentaren till 32 a § LPT.

22 a §

Offentligt biträde för den som åtgärden avser ska förordnas i mål hos allmän förvaltningsdomstol om målet gäller

1. medgivande till fortsatt vård enligt 3 c eller 12 a §,

2. upphörande av vård enligt 16 a §,

3. överklagande av beslut enligt 18 § första stycket 1, 2, 3, 7, 8 eller 10, eller

4. tillstånd eller återkallelse av tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område för den som ges rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken med beslut om särskild utskrivningsprövning.

Offentligt biträde ska dock inte förordnas, om det måste antas att det inte finns något behov av ett biträde.

Paragrafen reglerar i vilka mål som ett offentligt biträde ska förordnas för patienten. Ändringen i *tredje punkten*, innebär att punkt 10 lagts till vilket är en följd av införandet av en ny bestämmelse i LPT som innebär att fler beslut om tvångsåtgärder är möjliga att överklaga. Förslaget behandlas i kapitel 6.

30 §

En patient som vårdas med stöd av denna lag ska så snart hans tillstånd medger det genom chefsöverläkarens försorg upplysas om sin rätt

1. att enligt 18 § överklaga vissa beslut,

2. att ansöka enligt 16 § andra stycket om att den rättspsykiatriska vården ska upphöra,

3. att ansöka enligt 10 eller 11 § om tillstånd att vistas utanför vårdinrättningens område,

4. att anlita ombud eller biträde, och

5. att enligt 22 a § få offentligt biträde,

6. att få en ny medicinsk bedömning enligt 8 kap. 1 § patientlagen (2014:821) samt 10 kap. 3 § hälso-och sjukvårdslagen (2017:30),

7. att välja behandlingsalternativ enligt 7 kap. 1 § patientlagen samt 10 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen,

8. att vända sig till vårdgivaren och patientnämnd med klagomål samt anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg enligt 11 kap. patientlagen.

Denna lag ska finnas anslagen inom sjukvårdsinrättningen eller undersökningsenheten, väl synlig för patienterna.

Förslaget behandlas i kapitel 6. *Punkterna 6–8* är nya och en följd av ändringar i LPT avseende chefsöverläkarens upplysningsplikt gentemot patienten, se vidare författningskommentaren till 48 § LPT.

12.3 Förslaget till ändring i fängelselagen (2020:610)

9 kap.

2 §

Bestämmelser om psykiatrisk tvångsvård för den som är intagen finns i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Bestämmelserna i 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt bestämmelserna i 8 § andra och tredje styckena lagen om rättspsykiatrisk vård om befogenhet för Kriminalvården och regeringen att besluta om särskilda restriktioner för en viss intagen och i 8 a och 8 c §§ ska tillämpas på en intagen som för frivillig psykiatrisk vård har förts över till en sådan sjukvårdsinrättning som avses i 6 § första stycket lagen om rättspsykiatrisk vård.

I *andra stycket* görs en följdändring med anledning av införandet av 8 c § i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, vilket behandlas i kapitel 8.

12.4 Förslaget till lag om ändring i häkteslagen (2010:611)

5 kap.

2 §

Bestämmelser om psykiatrisk tvångsvård av den som är intagen finns i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Om en intagen har förts över till en sjukvårdsinrättning eller en undersökningsenhet som avses i 6 § lagen om rättspsykiatrisk vård, gäller denna lag endast i fråga om restriktioner enligt 6 kap. När det gäller en undersökningsenhet inom Rättsmedicinalverket finns även bestämmelser i lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning.

*Bestämmelserna i 18–24 §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och bestämmelserna i 8 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård om befogenhet för Kriminalvården att besluta om särskilda restriktioner för en viss intagen och i 8 a och 8 c §§ ska tillämpas på en intagen som för frivillig psykiatrisk vård eller rättspsykiatrisk undersök-

ning har förts över till en sjukvårdsinrättning eller undersökningsenhet inom hälso- och sjukvården.

I *tredje stycket* görs en följdändring med anledning av införandet av 8 c § i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, vilket behandlas i kapitel 8.

12.5 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

7 kap.

11 §

Inspektionen för vård och omsorg ska, om berörd vårdgivare har fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter enligt 3 kap. 8 b §, utreda klagomål som rör

1. kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som uppkommit i samband med hälso- och sjukvård och som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit,

2. tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård eller lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård eller isolering enligt smittskyddslagen (2004:168), och

3. händelser i samband med hälso- och sjukvård som allvarligt och på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning.

Inspektionen för vård och omsorg får utreda klagomål även om förutsättningarna i första stycket inte är uppfyllda.

Klagomål enligt första stycket 2 behöver inte utredas om

1. det är uppenbart att klagomålet är obefogat,

2. klagomålet saknar direkt betydelse för patientsäkerheten och det saknas skäl att överväga åtalsanmälan enligt 23 eller 29 §, eller

3. det rör ett beslut som överklagats med stöd av någon av de i första stycket 2 angivna lagarna.

Inspektionen för vård och omsorg får avstå från att utreda klagomål om händelsen ligger mer än två år tillbaka i tiden

Förslaget behandlas i kapitel 6. Paragrafen reglerar Inspektionen för vård och omsorgs utredningsskyldighet avseende klagomål. Paragra-

fens andra stycke anger de situationer då myndigheten inte *behöver* utreda ett klagomål som rör psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård.

Ändringen i *andra stycket tredje punkten* innebär att Inspektionen för vård och omsorg har en utredningsskyldighet även för klagomålsärenden som rör överklagbara beslut, men den fråga som överklagandet avser behöver inte utredas om beslutet *har överklagats.* Inspektionen för vård och omsorg har ansvaret att utreda om ett visst beslut har överklagats eller inte.

12.6 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (1991:1472) om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

2 §

Chefsöverläkaren ska svara för att en särskild förteckning förs över de patienter som avses i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård. Chefsöverläkaren ska också se till att journalen för en sådan patient, utöver vad som följer av patientdatalagen (2008:355) och föreskrifter meddelade med stöd av den lagen, innehåller

1. vårdintyget eller kopia av det,

2. uppgift om tidpunkten för patientens ankomst till sjukvårdsinrättningen,

3. uppgift om beslut i fråga om tvångsvård enligt 6 b eller 11 § eller 14 § första stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller i fråga om rättspsykiatrisk vård enligt 31 kap. 3 § brottsbalken eller enligt 5 § lagen om rättspsykiatrisk vård,

4. uppgift om huruvida patienten överklagat beslut som avses i 3 och om rättens beslut då överklagande skett,

5. uppgift om ansökan enligt 7, 9, 12, 14 § andra stycket eller 26 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller om ansökan eller anmälan enligt 3 c, 3 d, 12 a eller 16 a § lagen om rättspsykiatrisk vård samt om rättens beslut med anledning av ansökan eller anmälan,

6. vårdplanen,

7. uppgift om samråd med patienten och dennes närstående enligt 16 eller 17 § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

8. uppgift om beslut om kvarhållning och tvångsåtgärd enligt 6 § eller 6 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård, om behandling utan samtycke enligt 6 a § andra stycket jämte skälen för åtgärden, om patienten överklagat beslutet och rättens beslut med anledning av överklagandet,

9. uppgift om

a) behandling utan samtycke enligt 17 § tredje stycket och tvångsåtgärd enligt 18–20 a eller 23 §§ lagen om psykiatrisk tvångsvård eller enligt 8 § lagen om rättspsykiatrisk vård jämförd med nämnda bestämmelser, jämte skälen för åtgärden, om patienten överklagat sådant beslut och rättens beslut med anledning av överklagandet,

b) underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg enligt 2 c, 19, 19 a, 20 eller 20 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård samt enligt 1 a § lagen om rättspsykiatrisk vård och

c) tidpunkten när erbjudandet om sådant uppföljningssamtal efter genomförd tvångsåtgärd som avses i 17 § fjärde stycket och 18 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård lämnades till patienten, patientens inställning till erbjudandet och, i förekommande fall, tidpunkten då samtalet genomfördes,

10. uppgift om tvångsåtgärd enligt 20 b eller 22 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller enligt 8 § lagen om rättspsykiatrisk vård jämförd med nämnda bestämmelser, jämte skälen för åtgärden, om patienten överklagat sådant beslut, rättens beslut med anledning av överklagandet samt om underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg enligt 22 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

11. uppgift om beslut om upphörande av sådan tvångsåtgärd som anges i 10,

12. uppgift om underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg enligt 22 c § lagen om psykiatrisk tvångsvård,

13. uppgift om omhändertagande av egendom enligt 20 b och 21 §§ och om kontroll av försändelser enligt 22 § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller enligt 8 § lagen om rättspsykiatrisk vård jämförd med nämnda bestämmelser, jämte skälen för åtgärden, om patienten överklagat sådant beslut och rättens beslut med anledning av överklagandet,

14. uppgift om

a) överförande till annan sjukvårdsinrättning, utan att beslut fattats om att tvångsvården eller den rättspsykiatriska vården ska upphöra,

b) beslut att placera en patient som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rätts-

psykiatrisk vård enligt 1 a § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård samt skälen för åtgärden,

15. uppgift om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område och särskilda villkor i samband därmed och om medgivande enligt 10 a eller 10 b § lagen om rättspsykiatrisk vård samt återkallelse av ett sådant tillstånd eller medgivande,

16. uppgift om tvångsvårdens eller den rättspsykiatriska vårdens upphörande,

17. uppgift om avslag på en begäran om tillstånd att vistas utanför sjukvårdsinrättningens område eller om medgivande enligt 10 a eller 10 b § lagen om rättspsykiatrisk vård eller om att tvångsvården eller den rättspsykiatriska vården ska upphöra,

18. uppgift om

a) huruvida patienten överklagat beslut som avses i 17 eller beslut om förstöring eller försäljning av egendom,

b) beslut om särskilda villkor i samband med vistelse utanför vårdinrättningens område,

c) återkallelse av tillstånd till sådan vistelse,

d) chefsöverläkarens beslut om villkor enligt 26 § andra stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 12 a § tredje stycket eller 16 a § fjärde stycket lagen om rättspsykiatrisk vård,

e) chefsöverläkarens beslut om sluten psykiatrisk tvångsvård enligt 26 a § första stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller om sluten rättspsykiatrisk vård enligt 3 c § första stycket lagen om rättspsykiatrisk vård, och

f) rättens beslut med anledning av överklagandet,

19. uppgift om

a) underrättelse enligt 26 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård till en patientnämnd,

b) anmälan till en sådan nämnd att det kan finnas skäl att utse en stödperson, och

c) nämndens beslut med anledning av anmälan,

20. uppgift om annat beslut av en patientnämnd som rör patienten,

21. uppgift om när patienten fått upplysningar enligt 30 § första stycket och 48 § första stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 26 § första stycket och 30 § första stycket lagen om rättspsykiatrisk vård,

22. uppgift om att målsäganden önskar få sådan underrättelse som sägs i 28 § lagen om rättspsykiatrisk vård samt om när sådan underrättelse har lämnats, och

23. uppgift om när rättens handlingar och beslut i mål om sluten vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård eller sluten vård enligt lagen om rättspsykiatrisk vård har överlämnats till patienten,

24. skälen till beslut om att ett barn ska vårdas tillsammans med vuxna enligt 2 c § första stycket lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 6 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård,

25. skälen till beslut om att neka en patient daglig aktivitet eller daglig utomhusvistelse enligt 31 b § lagen om psykiatrisk tvångsvård eller 6 § andra stycket lagen om rättspsykiatrisk vård.

Förslaget behandlas i kapitel 5, 6, och 7.

Ändringen i *punkten 8 och 9 a* är en konsekvens av att fler beslut om tvångsåtgärder ska vara möjliga att överklaga.

Ändringen i *punkten 9 b* är en konsekvens av en ny paragraf, 2 c § LPT, avseende barn som anger att barn som huvudregel inte får vårdas tillsammans med vuxna. Undantag får göras om det bedöms vara till barnets bästa. Om ett sådant beslut fattas, ska Inspektionen för vård och omsorg utan dröjsmål underrättas. Vidare är ändringen en följd av en ny paragraf, 1 a §, i lagen om rättspsykiatrisk vård. Denna bestämmelse reglerar att chefsöverläkaren under vissa förutsättningar får besluta att en patient som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård får placeras på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård. Om ett sådant beslut fattas, ska Inspektionen för vård och omsorg utan dröjsmål underrättas.

Ändringen i *punkten 9 c* är en konsekvens av förslaget att erbjudande om uppföljningssamtal även ska regleras i 17 § fjärde stycket LPT.

Ändringen i *punkten 10 och 13* är en följd av att fler beslut om tvångsåtgärder ska vara möjliga att överklaga.

Ändringen i *punkten 14 a* är endast av redaktionell art.

Ändringen i *punkten 14 b* är en konsekvens av en ny bestämmelse i lagen om rättspsykiatrisk vård (1 a § LRV) som anger att chefsöverläkaren under vissa förutsättningar får besluta att en patient som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård får placeras på en sjukvårdsinrättning eller avdelning för sluten rättspsykiatrisk vård. Om ett sådant beslut fattas, ska uppgift om beslutet och skälen för åtgärden dokumenteras i patientens journal.

Punkt 24 är ny och en konsekvens av en ny paragraf (2 c § LPT) avseende barn som anger att barn som huvudregel inte får vårdas till-

sammans med vuxna. Undantag får göras om det bedöms vara till barnets bästa. Om vårdgivaren beslutar att barn ska vårdas tillsammans med vuxna, ska skälen till det beslutet dokumenteras i patientens journal.

Punkt 25 är ny. En patient har rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och att vistas utomhus minst en timme varje dag. Undantag får göras på grund av medicinska skäl. Om vårdgivaren beslutar att neka en patient daglig aktivitet eller utevistelse, ska skälen till det beslutet dokumenteras i patientens journal.

16 §

Inspektionen för vård och omsorg får meddela föreskrifter om hur chefsöverläkarens underrättelse- och uppgiftsskyldighet enligt 2 c § andra stycket, 19 § tredje stycket, 19 a § tredje stycket, 20 § tredje stycket, 20 a § tredje stycket, 22 b § fjärde stycket, 22 c § och 49 § första stycket lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård samt 1 a § tredje stycket lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård ska fullgöras.

Bestämmelsen reglerar Inspektionen för vård och omsorgs föreskriftsrätt. Ändringen innebär att myndigheten har rätt att meddela föreskrifter om hur underrättelseskyldigheten enligt de föreslagna nya paragraferna 2 c § LPT och 1 a § LRV ska fullgöras.

12.7 Förslaget till förordning om ändring i Patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)

2 kap.

1 §

En anmälan enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska innehålla uppgifter om

1. verksamhetens inriktning
2. var verksamheten ska bedrivas,
3. vem som är verksamhetschef,
4. vem som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 5–7 §§ patientsäkerhetslagen,
5. verksamhet enligt 7 kap. 2 § patientsäkerhetslagen som anlitas eller avses anlitas, och
6. den patientförsäkring som tecknats för verksamheten.
När det gäller sjukvårdsinrättningar och enheter som avses i 7 kap. 7 § patientsäkerhetslagen, ska anmälan även innehålla uppgifter om
1. chefsöverläkare och säkerhetsansvarig,
2. säkerhetsanpassning och säkerhetsklassificering,
3. antal vårdplatser inom barn- och ungdomspsykiatri,
4. antal vårdplatser inom vuxenpsykiatri,
5. antal vårdplatser inom rättspsykiatri,
6. beslut om allmän inpasseringskontroll,
7. beslut om allmän försändelsekontroll samt
8. kvadratmeteryta för utomhusvistelse på vårdinrättningen per vårdplats.

Förslaget behandlas i kapitel 9. Ändringarna avser paragrafens *andra stycke* som reglerar vilka uppgifter de sjukvårdsinrättningar som bedriver psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård ska anmäla till Inspektionen för vård och omsorg, senast en månad innan verksamheten påbörjas.

Ändringarna i *första och andra punkten* är endast av redaktionell art.

Tredje punkten är ny och anger att anmälan ska innehålla uppgift om antal vårdplatser inom barn- och ungdomspsykiatri.

Fjärde punkten är ny och reglerar att anmälan ska innehålla uppgift om antal vårdplatser inom vuxenpsykiatri.

Femte punkten är ny och anger att anmälan ska innehålla uppgift om antal vårdplatser inom rättspsykiatri.

Sjätte punkten är ny och innebär att vårdgivaren ska redovisa om de beslutat om allmän inpasseringskontroll.

Sjunde punkten är ny och reglerar att vårdgivaren ska redovisa om de beslutat om allmän försändelsekontroll.

Åttonde punkten är ny och anger att anmälaren ska lämna uppgift om kvadratmeteryta för utomhusvistelse på vårdinrättningen per vårdplats.

Referenser

Tryckt material

Arbetarbladet (2021-10-11) *Självskadande Maja tvångsvårdas med mördare och våldtäktsmän: "Jag känner mig så maktlös"*.

Barnombudsmannen (2014). *Bryt Tystnaden – barn och unga om samhällets stöd vid psykisk ohälsa, årsrapport.*

Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N (2002). *Trauma for all: A pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK.* Journal of psychiatric and mental health nursing.

Civil Rights Defenders/Riksförbundet för social och mental hälsa (2020). *Inlåst – men inte utan rättigheter.*

Civil Rights Defenders/Riksförbundet för social och mental hälsa (2020) *Resultat av 2020 års tvångsvårdsenkät.*

Council of Europe (2009). Report to the Swedish Government on the visit to Sweden carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 9 to 18 June 2009, CPT/Inf 34.

Council of Europe (2016). Report to the Swedish Government on the visit to Sweden carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 18 to 28 May 2015, CPT/Inf (2016) 1.

Council of Europe (2021). *Report to the Swedish Government on the visit to Sweden carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 18 to 29 January 2021, CPT/Inf (2021) 35.*

CRC/GC/2003/5 *Barnrättskommitténs allmänna kommentarer nr 5* (2003). *Allmänna åtgärder för genomförandet av konventionen om barnets rättigheter.* FN:s kommitté för barnets rättigheter. 27 november 2003.

CRC/C/GC/14 *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 14* (2013) *om Barnets rätt att få sitt bästa satt i främsta rummet.* FN:s kommitté för barnets rättigheter. 29 maj 2013.

CRC/C/GC/12 *Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 12* (2009), *Barnets rätt att bli hörd.* FN:s kommitté för barnets rättigheter. 20 juli 2009.

Dagens Nyheter. ”*Överläkare: Väldigt ovanligt med rättspsykiatrisk vård för ungdomar*”, 2019-11-18.

Ds 2013:65 *Elektronisk kommunikation vid rättspsykiatrisk vård m.m.*

Ds 2019:23 *Vägledning vid tolkning och tillämpning av FN:s konvention om barnets rättigheter.*

Gustafsson, Ewa (2010) *Psykiatrisk tvångsvård och rättssäkerhet. En rättsvetenskaplig monografi om LPT. Lund: Studentlitteratur 2010.*

Göta hovrätt, mål nr FT 592 – 22.

Inspektionen för vård och omsorg (2018). *Sammanställning av iakttagelser från nationell tillsyn av tvångsåtgärder inom psykiatrisk tvångsvård 2018.*

Inspektionen för vård- och omsorg (2019). *Vägledning för handläggning och bedömning*, Delprocess 3.4.1 Klagomål enligt PSL,version 5 2019-10-01.

Inspektionen för vård och omsorg (2020). *Årsredovisning 2019.*

Inspektionen för vård och omsorg (2022). *Vad har IVO sett 2021? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2021.*

Justitieombudsmannen (2011) *Kritik mot en rättspsykiatrisk vårdinrättning som vägrat en patient som vårdas enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård att vistas utomhus på grund av att han inte lämnat urinprov. Patientens behov av utomhusvistelse har inte ansetts tillgodosett genom vistelse på avdelningens balkong*, dnr 6823 – 2009 och 2196 – 2010.

Justitieombudsmannen (2014). *Justitieombudsmännens ämbetsberättelse*, 2014/15:JO1.

Justitieombudsmannen (2014). *Initiativärende. Kritik mot Rättspsykiatriska kliniken i Örebro, Örebro läns landsting, för klinikens generella ordningsregler om dator- och tv-spel*, dnr 1170-2012.

Justitieombudsmannen (2016). *Justitieombudsmännens ämbetsberättelse*, 2016/17:JO1.

Justitieombudsmannen (2016). *Nationellt besöksorgan – NPM rapport från Opcat-enheten 2011–2014.*

Justitieombudsmannen (2017). *Opcat-inspektion av Landstinget Dalarna, Rättspsykiatriska kliniken i Säter, den 18–20 oktober 2016*, dnr 5556-2016.

Justitieombudsmannen (2018). *Nationellt besöksorgan – NPM rapport från Opcat-enheten 2015–2017.*

Justitieombudsmannen (2018). *Yttrande över betänkandet För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård* (SOU 2017:111), dnr R10-2018.

Justitieombudsmannen (2020). *Nationellt besöksorgan – NPM rapport från Opcat-enheten 2019.*

Justitieombudsmannen. (2020). *Allvarlig kritik mot Rättspsykiatri Vård Stockholm, sektion Syd, för ordningsregler som innebär ett generellt förbud mot viss muntlig kommunikation och innehav av journalhandlingar. Även kritik för bristfällig dokumentation*, dnr 5634/2017.

Justitieombudsmannen (2021). *Inspektionen för vård och omsorg (IVO) kritiseras för brister i myndighetens tillsyn över den psykiatriska tvångsvården*, dnr O 60-2019.

Justitieombudsmannen (2021). *Uttalanden i vissa frågor om tvångsanvändning vid psykiatrisk heldygnsvård av underåriga patienter*, dnr 2782-2018.

Kindström Dahlin, Moa, Radovic, Susanna & Eriksson, Lena (2017). *”Juridiken måste gå ihop” – Domarens tillämpning av offentligrättsliga principer vid muntliga förhandlingar i psykiatrimål*, Nordisk Socialrättslig Tidskrift, nr 1–2.

Kommittédirektiv 2008:93. *Översyn av den psykiatriska Tvångsvårdslagstiftningen.*

Kommittédirektiv 2009:93. *Tilläggsdirektiv till Utredningen om översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen (S 2008:09).*

Kommittédirektiv 2016:106. *Tilläggsdirektiv till Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa (S 2015:09).*

Kommittédirektiv 2010:88. *Tilläggsdirektiv till Utredningen om översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen (S 2008:09).*

Kommittédirektiv 2011:107. *Tilläggsdirektiv till Utredningen om översyn av den psykiatriska tvångsvårdslagstiftningen (S 2008:09).*

Kommittédirektiv 2021:36. *Översyn av vissa frågor gällande den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården.*

Kommittédirektiv 2021:96. *Tilläggsdirektiv till Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08).*

Kriminalvården, *Handbok om intagnas försändelser i anstalt och häkte*, 2015:2.

Prop. 1981/82 :97 *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*

Prop. 1990/91:58 *Om psykiatrisk tvångsvård, m.m.*

Prop. 1993/94:149 *Åligganden för personal inom hälso- och sjukvården m.m.*

Prop. 1995/96:176 *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.*

Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Prop. 1997/98:108 *Hälsodata- och vårdregister.*

Prop. 1997/98 :189 *Patientens ställning.*

Prop. 1998/99:4 *Stärkt patientinflytande.*

Prop. 1999/00:44 *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.*

Prop. 2007/08:126 *Patientdatalag m.m.*

Prop. 2009/10:135 *En ny fängelse- och häkteslagstiftning.*

Prop. 2013/14:106 *Patientlag.*

Prop. 2013/14:119 *Elektronisk kommunikation och andra säkerhetsåtgärder vid psykiatrisk tvångsvård.*

Prop. 2016/17:43 *En ny hälso- och sjukvårdslag.*

Prop. 2016/17:94 *Ökad patientmedverkan vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.*

Prop. 2018/19:1 *Budgetpropositionen för 2019.*

Prop. 2019/20:84 *Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården.*

Prop. 2000/01:80 *Ny socialtjänstlag m.m.*

Regeringsbeslut (2021-01-21). Dnr S2021/00581.

Regeringsbeslut (2021-01-28). *Regleringsbrev för budgetåret 2021 avseende Socialstyrelsen*, S2021/00823.

Regeringsbeslut 2021-06-10, dnr S2021/04972 (delvis).

RättspsyK, Nationellt rättspsykiatriskt kvalitetsregister (2021) *Årsrapport 2020*.

Samverkansforum för rättspsykiatriska vårdverksamheter på regionnivå (SARV) (2016). *Skrivelse angående förändrad lagstiftning avseende möjligheten att kontrollera inkommande försändelser till rättspsykiatriska vårdinrättningar.*

Socialstyrelsen (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd - Stöd för styrning och ledning.*

Socialstyrelsen (2018*). Otillåten egendom och hot inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården.*

Socialstyrelsen (2019). *Öppna jämförelser 2018. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat.*

Socialstyrelsen (2020). *Beslut om nationell högspecialiserad vård – viss vård vid svårbehandlade ätstörningar,* dnr 13056/2019.

Socialstyrelsen (2022). *Översyn av kvalitetsregister inom psykiatriområdet, slutrapport.*

SOU 1975:75 *Medborgerliga fri- och rättigheter.*

SOU 1995:5 *Vårdens svåra val.*

SOU 1996:129 *Den kommunala självstyrelsen och grundlagen*.

SOU 1997:154 *Patienten har rätt.*

SOU 2012:17 *Psykiatrin och lagen – tvångsvård, straffansvar och samhällsskydd*.

SOU 2013:2 *Patientlag.*

SOU 2017:111 *För barnets bästa? – Utredningen om tvångsåtgärder mot barn i psykiatrisk tvångsvård.*

SOU 2020:63 *Barnkonventionen och svensk rätt.*

SOU 2021:93 *Från delar till helhet – En reform för samordnade, behovsanpassade och personcentrerade insatser till personer med samsjuklighet.*

Sveriges domstolar (2022). *Årsredovisning 2021.*

Uppdrag psykisk hälsa (2020), *Psykiatrin i siffror. Vuxenpsykiatri – Kartläggning 2020.*

Uppdrag psykisk hälsa (2020), *Psykiatrin i siffror. Barn- och ungdomspsykiatri – Kartläggning 2020.*

Uppdrag psykisk hälsa (2020), *Psykiatrin i siffror. Rättspsykiatri – Kartläggning 2020.*

Uppdrag psykisk hälsa (2022), *Psykiatrin i siffror. Vuxenpsykiatri – Kartläggning 2021.*

Uppdrag psykisk hälsa (2022), *Psykiatrin i siffror. Barn- och ungdomspsykiatri – Kartläggning 2021.*

Uppdrag psykisk hälsa (2022), *Psykiatrin i siffror. Rättspsykiatri – Kartläggning 2021.*

Växjö tingsrätt, mål nr FT 2110 – 21.

Åkerman, S, Eriksson T (2014). *Slutstation Rättspsyk.*

Webbsidor och webbpublikationer

Dahlström, C. *Psykiatrins historia – Sverige och mentalsjukhusens historia: från helgeandshus till öppenvård* https://vadardepression.se/psykiatrins-historia-sverige-och-mentalsjukhusens-historia-fran-helgeandshus-till-oppenvard/, uttag 2022-05-18.

Inspektionen för vård och omsorgs hemsida. https://www.ivo.se/yrkesverksamma/jag-ar-anmald-vad-hander-nu/jag-utreds-av-ivo/, uttag 2022-05-22.

Nationella vård- och insatsprogram. https://www.vardochinsats.se/, uttag 2022-05-30.

Socialstyrelsens hemsida. Statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård, https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/val.aspx, uttag 2022-05-18.

Socialstyrelsens hemsida. Statistik om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård,

https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/psykiatrisk-tvangsvard/, uttag 2022-05-18.

Socialstyrelsens hemsida. Statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård, https://sdb.socialstyrelsen.se/if_tvangsvard/resultat.aspx, uttag 2022-05-18.

Statistikmyndighetens hemsida. www.scb.se, uttag 2022-05-18.

Svenska Dagbladets hemsida.

https://www.svd.se/a/70Gq34/sa-har-ser-det-ut-for-rattspsyk-i din-region, uttag 2022-05-23.

Sveriges domstolars hemsida. https://www.domstol.se/om-sveriges-domstolar/for-professionella-aktorer/rattshjalp-och-taxor/om-timkostnadsnormen-och-taxorna/, uttag 2022-05-18.

Vaktare.nu. https://vaktare.nu/lonetabell/, uttag 2022-05-18.

Yrkeskollen.se.https://yrkeskollen.se/lonestatistik/chefsoverlakare-verksamhetsnara-chef/, uttag 2022-05-18.

Kommittédirektiv 2021:36

Översyn av vissa frågor gällande den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården

Beslut vid regeringssammanträde den 20 maj 2021

Sammanfattning

En särskild utredare ska göra en översyn av vissa frågor enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, förkortad LPT, och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, förkortad LRV, samt analysera behovet av förändringar och förtydliganden av regelverket. Syftet med översynen är att ytterligare stärka barnrättsperspektivet, rättssäkerheten och säkerheten i vården för de personer som tvångsvårdas med stöd av LPT och LRV.

Utredaren ska bl.a.:

– analysera och ta ställning till om det ska införas ett krav på att barn som vårdas enligt LPT eller LRV, samt i förekommande fall med stöd av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, inte får vårdas tillsammans med vuxna eller endast får vårdas med vuxna om det kan anses vara för barnets bästa,

– utreda om det ska införas bestämmelser som innebär att de tvångsåtgärder som i dag inte kan överklagas enligt LPT och LRV ska vara överklagbara till allmän förvaltningsdomstol,

– bedöma om det ska införas bestämmelser som tillförsäkrar även patienter över 18 år möjlighet till daglig utevistelse och dagliga aktiviteter på vårdinrättningarna,

– bedöma om bestämmelserna i LRV, med hänsyn tagen till grundläggande fri- och rättigheter, ska skärpas för att förhindra att otillåtna föremål förs in på vårdinrättningarna och för att förhindra att patienter utför straffbelagda handlingar mot medintagna eller hälso- och sjukvårdspersonal,
– analysera gränsdragningar mellan LPT och HSL och utreda därtill sammankopplade frågor såsom konsekvenser för inrapporteringen till patientregistret och underrättelseskyldigheten till Inspektionen för vård och omsorg,
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 juli 2022.

Lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård

Fri- och rättighetsskyddet

I 2 kap. 8 § regeringsformen, förkortad RF, ges den enskilde skydd mot frihetsberövande och rätt till rörelsefrihet. Enligt 2 kap. 6 § RF är var och en gentemot det allmänna skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp, kroppsvisitation, husrannsakan och liknande intrång samt mot undersökning av brev eller annan förtrolig försändelse och mot hemlig avlyssning eller upptagning av telefonsamtal eller annat förtroligt meddelande. I samma bestämmelse ges var och en skydd mot betydande intrång i den personliga integriteten, om det sker utan samtycke och innebär övervakning eller kartläggning av den enskildes personliga förhållanden.

Vissa grundläggande fri- och rättigheter får, enligt 2 kap. 20 § RF, begränsas genom lag. Det gäller bl.a. yttrandefriheten, informationsfriheten, rörelsefriheten och skyddet mot kroppsvisitation och intrång i förtroliga försändelser. Begränsningarna får, enligt 2 kap. 21 § RF, endast göras för att tillgodose ändamål som är godtagbara i ett demokratiskt samhälle, t.ex. för att förebygga och beivra brott eller för att man i vissa fall ska kunna bereda personer erforderlig vård (prop. 1973:90 s. 195.) Begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den och inte heller sträcka sig så långt att den utgör ett hot mot den fria åsikts-

bildningen såsom en av folkstyrelsens grundvalar. Begränsningen får inte göras enbart på grund av politisk, religiös, kulturell eller annan sådan åskådning.

Skyddet för de grundläggande fri- och rättigheterna följer också av flera överenskommelser som Sverige har anslutit sig till inom ramen för det internationella samarbetet i FN, Europarådet och EU. Av särskild betydelse är den europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna (Europakonventionen), som gäller som lag i Sverige. Vidare bör i detta sammanhang, förutom Europakonventionen, FN:s konvention mot tortyr och annan grym, omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, den europeiska konventionen till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) och FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning nämnas.

Målet för barnrättspolitiken är att barn och unga ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande (prop. 2008/09:1, bet. 2008/09:SoU1, rskr. 2008/09:127). Målet grundar sig bl.a. på de åtaganden som Sverige gjort genom att ratificera barnkonventionen och syftar till att främja och skydda barnets rättigheter och intressen i samhället. Målet innebär att alla barn, oavsett bl.a. ålder, kön och funktionsnedsättning, ska få sina rättigheter tillgodosedda.

Den 1 januari 2020 blev barnkonventionen lag i Sverige (prop. 2017/18:186). Inkorporeringen av barnkonventionen i svensk rätt bidrar till att synliggöra barnets rättigheter och är ett sätt att skapa en grund för ett mer barnrättsbaserat synsätt i all offentlig verksamhet. I propositionen bedömer regeringen att det, för att barnkonventionen ska få genomslag, utöver inkorporering krävs bl.a. fortsatt transformering av konventionen. Detta ska göras genom att barnkonventionen fortsatt ska synliggöras i förarbeten till lagstiftning där barnets rättigheter kan vara relevanta. Genom transformering kan författningsbestämmelser tydliggöra vad rättigheterna innebär, vilket ökar förutsebarheten och ger rättstillämparen ytterligare stöd i tolkningen och tillämpningen av konventionen. Arbetet med att transformera annan lagstiftning som rör barnets rättigheter kan också antas leda till att eventuella luckor i lagstiftningen löpande identifieras. Regeringen konstaterar vidare att transformeringsarbetet

behöver fortsätta och bli mer systematiskt för att få en tydligare koppling till rättigheterna i konventionen. I det fortsatta transformeringsarbetet bör särskilt fokus ligga på principen om barnets bästa som ett tillvägagångssätt i beslutsprocesser samt barnets rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade (prop. 2017/18:186 s. 92 f.)

Närmare om LPT och LRV

Genom LPT och LRV ges lagstöd för att begränsa den enskildes grundläggande fri- och rättigheter. Genom lagarna möjliggörs i vissa fall frihetsberövande och tvångsåtgärder, såsom avskiljande, fastspänning, kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning samt inskränkningar i patientens möjlighet att använda elektroniska kommunikationstjänster och att skicka och ta emot försändelser. LPT gäller för patienter med en allvarlig psykisk störning, som efter beslut av läkare ges psykiatrisk tvångsvård, medan LRV bl.a. gäller för patienter med en allvarlig psykisk störning, som efter beslut av domstol ges psykiatrisk tvångsvård i form av rättspsykiatrisk vård. Flertalet regler i LPT är genom hänvisningar i LRV tillämpliga även vid rättspsykiatrisk vård.

En viktig utgångspunkt för LPT och LRV är att de utgör ett komplement till den grundläggande regleringen i HSL, vilket framgår av 1 § LPT (2 § andra stycket LRV). Syftet med bestämmelsen är att ge HSL:s principer ökat genomslag på området psykiatrisk tvångsvård. Genom stadgandet markeras att även tvångsvården omfattas av bestämmelserna i HSL och de grundläggande kraven på hälso- och sjukvården, bl.a. att vården ska vara av god kvalitet, vara lätt tillgänglig och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården (jfr 5 kap. 1 § HSL). Av 1 § LPT framgår också att patientlagen (2014:821), förkortad PL, är tillämplig vid vård enligt LPT och LRV. Utgångspunkten är alltså att samråd med och samtycke från patienten krävs, även i fråga om psykiatrisk tvångsvård. Lagstiftningen präglas således av en önskan om att minska tvånget i vården och göra patienten delaktig i så hög utsträckning som möjligt.

Samhället har ett stort ansvar för patienter som vårdas med stöd av tvångslagstiftningen. Samhället har i sådana situationer åtagit sig en särskild skyldighet för att se till att dessa personer får god vård och inte utsätts för inskränkningar i sin självbestämmanderätt som inte är absolut nödvändiga. Detta ansvar är särskilt tydligt i fråga om

barn och unga som befinner sig i samhällets vård. Enligt barnkonventionen har Sverige en plikt att tillgodose barns rättigheter, t.ex. när det gäller skyldigheten att vidta åtgärder för att skydda barn och barns rätt att uttrycka sina åsikter. Vidare måste andra konventioner om mänskliga rättigheter beaktas, bl.a. Europakonventionen som gäller som lag.

Behovet av en översyn

Möjligheten att ge tvångsvård i samband med psykisk sjukdom har funnits i svensk lagstiftning under en lång tid. En utgångspunkt för den nu gällande lagstiftningen är att samhället i vissa fall måste kunna ge hälso- och sjukvård till en person trots att han eller hon motsätter sig det, om personen på grund av sitt psykiska tillstånd inte har förmåga att se till sitt eget bästa eller är farlig för sig själv eller andra. Det har ansetts följa av grundläggande medmänsklighet att det behövs en sådan möjlighet att hjälpa människor i svårt utsatta situationer (prop. 1990/91:58 s. 65).

Den nuvarande lagstiftningen trädde i kraft 1992 och präglas i hög grad av den kunskap om vård och stöd till personer med psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning som fanns vid tidpunkten. Utvecklingen inom området liksom synen på personer med psykiska sjukdomar och funktionsnedsättningar har genomgått stora förändringar sedan dess. Patientens ställning i vården har stärkts och arbetet med att genomföra de bindande åtaganden som Sverige har gjort genom att ansluta sig till internationella överenskommelser om mänskliga rättigheter har intensifierats.

En viktig utgångspunkt är att säkerställa att lagstiftningen tillgodoser de grundläggande krav på rättssäkerhet som måste prägla en tvångsvårdslagstiftning. Under senare år har ett flertal lagstiftningsåtgärder vidtagits i syfte att stärka patienternas delaktighet och barnets rättigheter i tvångsvården. Genom ändringar som trädde i kraft den 1 juli 2017 stärktes patientens delaktighet i flera avseenden bl.a. genom krav på att en samordnad vårdplan ska utformas i samråd med patienten och, om det inte är olämpligt, med dennes närstående, samt att chefsöverläkaren ska se till att en patient, så snart patientens tillstånd tillåter, erbjuds uppföljningssamtal efter en genomförd tvångsåtgärd (prop. 2016/17:94).

Den 1 juli 2020 började bestämmelser att gälla som innebär att förutsättningarna för att använda vissa tvångsåtgärder har skärpts när det gäller patienter under 18 års ålder, och tiden för hur länge vissa tvångsåtgärder får pågå har förkortats. Genom förslagen har patienter under 18 år även getts rätten till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen och möjligheten att dagligen vistas utomhus under minst en timmes tid, såvida medicinska skäl inte talar emot det. Vidare ska en särskild underrättelse lämnas till Inspektionen för vård och omsorg om en patient som är under 18 år har blivit föremål för upprepade tvångsåtgärder under vårdperioden (prop. 2019/20:84). Några motsvarande bestämmelser av detta slag finns inte för vuxna patienter.

Regeringen har även träffat årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner i syfte att utveckla vården så att den bättre överensstämmer med bästa tillgängliga kunskap. Regeringen har därtill beslutat om ett flertal myndighetsuppdrag där utvecklingen av tvångsvården står i fokus. Även om tvångsvården har genomgått stora förändringar och patientens rättigheter i högre utsträckning än tidigare uppmärksammas i lagstiftningen, har en rad brister och problem identifierats. Det gäller brister i utformningen av lagstiftningen men också brister i säkerheten och i uppföljningen av vården, och flera instanser efterfrågar ett ytterligare stärkt rättighets- och rättssäkerhetsperspektiv.

Synpunkter från barn och unga, patientorganisationerna, Europarådets tortyrkommitté, Riksdagens ombudsmän och den nationella samordnaren inom området psykisk hälsa

Den nationella samordnaren inom området psykisk hälsa, som hade regeringens uppdrag att göra en översyn av bestämmelserna om tvångsåtgärder mot barn, överlämnade sitt slutbetänkande För barnets bästa? (SOU 2017:111) till regeringen i december 2017. I betänkandet uppmärksammas en rad brister inom området. Barn och unga som utredningen samtalat med upplever sig ofta rättslösa och uppger att de inte känner sig respekterade och lyssnade på. Vidare ger betänkandet uttryck för att rutiner och regler inte alltid är förenliga med barns och ungas rätt till integritet och ett respektfullt bemötande samt att inskränkningar i barns och ungas frihet inte alltid sker på ett rättssäkert sätt. Enligt utredningen har barn och unga som vårdats med vuxna och inom rättspsykiatrin upplevt obehag och rädsla.

Vidare konstateras att få barn och unga känner till sina rättigheter och att de inte vet vart de ska vända sig för att klaga på vården eller eventuella missförhållanden. Utredningens bedömning är att det rör sig om samma utmaningar i den psykiatriska tvångsvården för vuxna.

Barnombudsmannen (BO) har inhämtat barns och ungas synpunkter på och erfarenheter av den hjälp som finns att få när man är ung och mår psykiskt dåligt i rapporten Bryt tystnaden (2014). Granskningen visar att barn som vårdas med tvång befinner sig i en mycket utsatt position, där insynen är begränsad. Många barn beskriver hopplöshet och vanmakt, hur det känns att berövas information om vad som händer och vad som ska hända en, och om hur de ibland upplever behandlingen som bestraffning och övergrepp. En del barn är kritiska mot att de har blivit utsatta för ett stort antal tvångsåtgärder och tycker att det sker för lätt. Användning av tvångsåtgärder som inte är tillåtna finns också med i några av barnens berättelser. BO konstaterar också att barn som vårdats tillsammans med vuxna inom vuxenpsykiatrin eller rättspsykiatrin vittnar om hur obehagligt de upplevt detta. BO har mot denna bakgrund anfört att alla beslut om tvångsåtgärder ska gå att överklaga och att barn måste få anpassad information om sina rättigheter. BO har också påpekat att barn inte heller ska få vårdas tillsammans med vuxna.

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), som är en konventionskommitté under den europeiska konventionen till förhindrande av tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning, har i sina rekommendationer och slutsatser om Sveriges efterlevnad av konventionen från 2016, Report to the Swedish Government on the visit to Sweden carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 18 to 28 May 2015, uppmanat Sverige att säkerställa att alla patienter ska ges möjlighet att överklaga vidtagna tvångsåtgärder till ett fristående, oberoende organ samt att patienterna ska informeras om denna rättighet. CPT har även uttalat att patienter som vårdas med tvång på psykiatriska vårdinrättningar bör ha möjlighet till daglig utomhusvistelse och aktiviteter på vårdinrättningen. Detta har också betonats av Riksdagens ombudsmän (JO) som verkar som nationellt besöksorgan baserat på 2002 års fakultativa protokoll till FN:s konvention mot tortyr och annan omänsklig behandling (Opcat).

Även patientorganisationerna har vid flera tillfällen särskilt framhållit att patientens faktiska och rättsliga ställning inom tvångsvården alltjämt är låg samt att den rättsliga regleringen inte ger patienten adekvata möjligheter att få sin sak prövad i domstol. Det innebär, enligt patientorganisationerna, att det saknas möjligheter att i efterhand granska vården på ett sätt som gör att staten kan garantera att mänskliga rättigheter inte kränks. Patientorganisationerna framhåller att patienter inom tvångsvården har sämre kännedom om sina rättigheter än andra patienter, har mindre valfrihet (möjlighet till en ny medicinsk bedömning och alternativa behandlingsalternativ är ytterst begränsade) samt upplever inget eller mycket lite inflytande och makt över sin egen vårdsituation. Enligt patientorganisationerna är den utomstående insynen i vården liten och klagomålsrutinerna vid psykiatrisk tvångsvård fungerar inte som garanti för granskning eller kvalitetshöjande självreglering.

Synpunkter från representanter från den rättspsykiatriska vården

Representanter från de rättspsykiatriska verksamheterna har påtalat för regeringen att det finns en risk för att t.ex. vapen, narkotika och annan otillåten egendom, som kan vara till men för vården, ordningen och säkerheten vid sjukvårdsinrättningen, tas in på inrättningen av patienter eller besökare till dessa. De rättspsykiatriska vårdinrättningarna anser att gällande rätt inte är tillräcklig för att förhindra införsel av otillåtna föremål och att förändringar i lagstiftning vad gäller generell kontroll av patienter, personal och besökare och utökade åtgärder, genom exempelvis larmbåge, därmed får anses påkallade.

Tidigare rapporter och utredningar om tvångsvården

Frågan om ett stärkt fri- och rättighetsskydd och ett utvecklat barnrättsperspektiv samt insatser för att förbättra säkerheten i vården har, som framgår ovan, nyligen behandlats i betänkandet För barnets bästa? I betänkandet landade den nationella samordnaren i slutsatsen att barn som vårdas i tvångsvården inte ska få vårdas med vuxna om det inte kan anses vara för barnets bästa samt att en underrättelse ska skickas till Inspektionen för vård och omsorg varje gång ett barn

vårdas tillsammans med vuxna. Remissinstanserna var positiva till förslaget men påpekade att det behövdes en fortsatt analys om gränsdragningar mellan HSL och LPT. Betänkandets förslag behandlas i propositionen Förbättringar för barn inom den psykiatriska tvångsvården (prop. 2019/20:84). I propositionen anförde regeringen att barn som är frihetsberövade inte ska vårdas tillsammans med vuxna, om det inte anses vara till barnets bästa, men att det i utredningen saknades resonemang om hur förslaget förhåller sig till HSL. För att kunna gå vidare med förslaget bedömde regeringen att ytterligare beredningsunderlag krävs och att regeringen avsåg att återkomma i frågan. Den nationella samordnaren föreslog även flera andra åtgärder som berörde såväl vuxna som barn, t.ex. rätten till utevistelse och dagliga aktiviteter och möjligheter att överklaga tvångsåtgärder till allmän förvaltningsdomstol. Propositionen begränsades dock till frågor om barn, varför betänkandets förslag gällande vuxna patienter inte behandlades i propositionen.

I Socialstyrelsens rapport Otillåten egendom och hot inom den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården (S2017/01566) bedömde Socialstyrelsen att allmän kontroll av försändelser på säkerhetsnivå 1–3 inom den slutna rättspsykiatriska vården och allmän inpasseringskontroll på säkerhetsnivå 3 inom den slutna rättspsykiatriska vården står i rimlig proportion till syftet att upprätthålla en säker, trygg och god vård. Myndigheten föreslog därför att sådana kontroller införs. Rapporten har remissbehandlats. Några remissinstanser avstyrkte förslaget med hänvisning till fri- och rättighetsskyddet och de höga krav som måste ställas inom detta område medan andra remissinstanser menade att det inte hade presenterats tillräckligt underlag i fråga om åtgärdernas behov och lämplighet. Regeringen ansåg, mot bakgrund av remisinsatsernas synpunkter, att ytterligare beredningsunderlag är nödvändigt för att kunna gå vidare i ärendet.

Uppdraget

Människor som vårdas vid slutna institutioner är särskilt utsatta. Samhället har i sådana situationer åtagit sig ett särskilt ansvar för att se till att dessa personer får god vård och inte utsätts för inskränkningar i sin självbestämmanderätt som inte är absolut nödvändiga.

Barn i psykiatrisk tvångsvård är dubbelt utsatta eftersom de saknar eller har nedsatt autonomi och dessutom bedöms lida av en allvarlig psykisk störning. Enligt barnkonventionen har Sverige en skyldighet att tillgodose barns rättigheter, t.ex. när det gäller skyldigheten att vidta åtgärder för att säkerställa barns rätt att uttrycka sina åsikter. Därutöver är Sverige som stat folkrättsligt bundet av de andra internationella konventioner som har ratificerats vilket innebär en förpliktelse att genomföra respektive konvention och tillhörande tilläggsprotokoll.

Som ett led i regeringens strävan att utveckla den psykiatriska tvångsvården och den rättspsykiatriska vården, och med utgångspunkt i de brister och problem som uppmärksammats inom området, anser regeringen att det är angeläget med en analys av vissa bestämmelser i LPT och LRV och av vissa frågor som angränsar till dessa bestämmelser. När samhället griper in med tvingande åtgärder för att skydda personer som befinner sig i svårt utsatta situationer är det särskilt viktigt att de bestämmelser som reglerar insatserna är tydliga och konsekventa och beaktar den enskildes rättigheter och rättssäkerhet, samtidigt som de tillgodoser en rimlig säkerhetsnivå. Patienterna, men även allmänheten och andra aktörer, måste kunna ställa höga krav på rättssäkerheten och kvaliteten i insatserna och på att vården utförs på ett säkert sätt. Verksamheten måste hålla god kvalitet och bygga på bästa tillgängliga kunskap samtidigt som barn ska få sina rättigheter tillgodosedda i enlighet med barnkonventionen. Därutöver är det betydelsefullt med en effektiv och samordnad tillsyn som utgår ifrån ett tydligt barnrätts- och patientperspektiv. Såväl LPT som LRV är vårdlagar som kompletterar den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen som gäller för all hälso- och sjukvård, oavsett om den är frivillig eller ges med stöd av tvångslagstiftningen. I det sammanhanget måste det understrykas att bemötandet av en patient är centralt inom psykiatrin, inte minst för att motverka behovet av tvång.

Det är oroväckande att patienter i tvångsvården uppger att de inte har blivit lyssnade på och att deras synpunkter inte har tagits på allvar samt att de inte har känt till sina rättigheter. Samhällets ansvar för att säkerställa att individers rättigheter tillgodoses är särskilt tydligt i fråga om personer som befinner sig i samhällets vård. Lagstiftningen behöver ses över med sikte på att ytterligare stärka rättssäkerheten med patientens respektive barnets behov och rättigheter som ut-

gångspunkt. Som framgått finns det även frågor som berör både LPT och LRV där regeringen bedömer att det finns behov av en närmare analys.

Ett stärkt barnrättsrättsperspektiv i lagstiftningen

Alla insatser gentemot barn och unga ska präglas av respekt för barnets och den unges människovärde och integritet. Av artikel 3 i barnkonventionen framgår att vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller privata sociala välfärdsinstitutioner, domstolar, administrativa myndigheter eller lagstiftande organ, ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Av artikel 37 c framgår att varje frihetsberövat barn ska hållas åtskilt från vuxna, om det inte anses vara till barnets bästa att inte göra detta. Både LPT och LRV är, frånsett vad gäller beslut om vissa tvångsåtgärder, utformade så att de gäller för såväl barn som vuxna och de innehåller inga åldersgränser. Barnperspektivet eller barnrättsperspektivet återspeglas inte i tvångslagarna annat än indirekt eftersom det i 1 § LPT hänvisas till HSL och PL, i vilka barnrättsperspektivet finns reglerat. Barnkonventionsutredningen har i betänkandet Barnkonventionen och svensk rätt (SOU 2020:63) konstaterat att svensk lagstiftning inte överensstämmer med artikel 37 c eftersom den inte säkerställer att alla barn som hålls i förvar (utan en förälder) eller som tvångsvårdas med stöd av LPT eller LRV hålls avskilda från vuxna, såvida det inte bedöms vara till barnets bästa att inte göra detta. I syfte att stärka barnets rättigheter i samband med tvångsvården anser regeringen att det är angeläget med en analys av hur bestämmelserna i denna del kan genomsyras av ett barnrättsperspektiv.

Utredaren ska:

– analysera och ta ställning till om det ska införas ett krav på att barn som vårdas enligt LPT eller LRV, samt i förekommande fall med stöd av HSL, inte får vårdas tillsammans med vuxna eller endast får vårdas med vuxna om det kan anses vara för barnets bästa,
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Överprövning av tvångsåtgärder

Det är ett grundläggande krav att beslut om inskränkningar i fri- och rättigheter ska kunna överprövas. Artikel 37 d i barnkonventionen ställer krav på att varje frihetsberövat barn ska ha rätt att snarast få tillgång till såväl juridiskt biträde som annan lämplig hjälp och ha rätt att få lagligheten i sitt frihetsberövande prövad av en domstol eller annan behörig, oberoende och opartisk myndighet samt rätt till ett snabbt beslut i saken. Också Europakonventionen ger i artikel 13 var och en vars rättigheter kränkts rätten till ett effektivt rättsmedel.

Både LPT och LRV ger lagstöd för att begränsa den enskildes fri- och rättigheter genom tvångsomhändertagandet i sig. I respektive lag ges dock även utrymme för att under särskilda förutsättningar vidta också annat tvång under frihetsberövandet. Det är fråga om viss användning av tvång bl.a. för att upprätthålla ordningen eller säkerheten på vårdinrättningen, kortvarig fastspänning med bälte eller liknande anordning, avskiljning och inskränkningar i rätten att använda elektroniska kommunikationstjänster. De särskilda tvångsåtgärder i LPT och LRV som i nuläget kan överklagas är chefsöverläkarens beslut om inskränkningar att använda elektroniska kommunikationstjänster, övervakning av försändelser och förordnande om förstöring eller försäljning av egendom. Andra tvångsåtgärder kan inte överklagas.

Frågan om i vilken utsträckning beslut om tvångsmedicinering eller användning av tvångsåtgärder ska kunna överklagas togs upp i remissbehandlingen i 1991 års lagstiftningsärende (prop. 1990/91:58). Föredragande statsråd anförde då att det inte var lämpligt att en rad olika frågor angående vårdens innehåll ska kunna bli föremål för prövning av domstol bl.a. för att det skulle kunna medföra problem med gränsdragningen gentemot andra myndigheters uppgifter, t.ex. tillsynsmyndigheten. Ett visst avsteg från detta synsätt gjordes emellertid i fråga om läkarbeslut om särskilda villkor i samband med permission, som sålunda kan överklagas i enlighet med 33 § 3 LPT. Bestämmelsen infördes efter att Lagrådet påpekat att villkor av sådant slag ibland kan få betydelse under avsevärd tid och innebära kännbara begränsningar i patientens frihet (prop. 1990/91:58, s. 273). I ett senare lagstiftningsärende har det även införts en möjlighet att överklaga beslut om inskränkning i användningen av elektroniska kommunikationstjänster och beslut om försändelseövervakning. Detta har moti-

verats utifrån att sådana beslut skiljer sig från andra tvångsåtgärder eftersom de kan fattas inte endast utifrån behandlingshänsyn utan även för att undvika att någon annan lider skada samt att giltighetstiden för besluten är väsentligt längre än för andra tvångsåtgärder (prop. 2005/06:195 s. 31).

Ett avsteg ifrån detta har också gjorts i fråga om lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, förkortad LVM, och lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, förkortad LVU. Beslut om avskildhet enligt LVM eller LVU kunde initialt inte överklagas. Detta ändrades emellertid då den särskilda individuella vårdformen vård i enskildhet infördes, som innebär att den enskilde kan vårdas utan möjlighet att fritt träffa övriga intagna (prop. 2002/ 03:53 s. 204 f.). Bestämmelserna om rätt till att överklaga beslut om avskildhet infördes efter synpunkter från Lagrådet. Lagrådet lyfte fram ett sådant beslut är en frihetsinskränkande åtgärd och att den intagne kan ha ett berättigat intresse att få beslutet prövat av domstol även efter det att åtgärden upphört (jfr RÅ 81 2:44 och RÅ 1986 ref. 150).

En sådan prövning bidrar dessutom till att tydliggöra kriterierna för när avskildhet är befogad. På grund av detta instämde sålunda regeringen i Lagrådets bedömning att beslut om avskildhet borde tillföras de överklagbara föreståndarbesluten (prop. 2002/03:53 s. 100).

De särskilda tvångsåtgärder som regleras i 18–24 §§ LPT (8 § LRV) får vidtas i särskilda syften. Bestämmelserna medger att samhället genom hälso- och sjukvårdens försorg, förutom själva frihetsberövandet, ytterligare inkräktar på den enskildes person och det skydd man åtnjuter enligt grundlagen och internationella konventioner. Under förutsättning att rekvisiten är uppfyllda får vissa tvångsåtgärder också vidtas redan innan ett formellt beslut om intagning fattats (6 och 6 a §§ LPT). Bestämmelserna har betydelse för att hälso- och sjukvården ska kunna bedriva en kvalificerad och effektiv och säker vård, men får inte innebära att klienternas trygghet till person och egendom eftersätts. Det handlar alltså om allvarliga ingrepp i den enskildes integritet. Intresset av en ordning som tillfredsställer både kraven på effektivitet vid vårdens bedrivande och rättssäkerheten för den enskilde är därför stort. Det kan dock konstateras att bestämmelsernas relativa vaghet gör att det finns en klar risk för att effektivitetsintresset får väga över i tillämpningen, med konsekvensen att den enskildes integritet får stå tillbaka. Det behöver därför säkerställas att det finns kontrollmekanismer så att den enskildes rätts-

säkerhet, där förutsebarhet och kontrollerbarhet är viktiga beståndsdelar, tas tillvara. En möjlighet att överklaga skulle kunna bidra till en ökad rättssäkerhet och till att, genom utveckling av praxis, skapa en enhetlig rättstillämpning och därmed vara till stöd för de bedömningar som ska göras vid sjukvårdsinrättningarna. Sammantaget är en översyn i denna del därför påkallad.

Utredaren ska:

– utreda om det ska införas bestämmelser som innebär att de tvångsåtgärder som i dag inte kan överklagas enligt LPT och LRV ska vara överklagbara till allmän förvaltningsdomstol,
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Rätt till dagliga aktiviteter och utevistelse

Alla patienter bör i samband med tvångsvård ges möjlighet till dagliga aktiviteter och daglig utomhusvistelse. Det är angeläget att vårdtiden tas tillvara på ett meningsfullt sätt som dels syftar till att förbättra och stabilisera hur patienten mår, dels när det gäller LRV syftar till att motverka återfall i brott. Möjligheter till sysselsättning motverkar också passivitet och andra negativa följder av ett frihetsberövande. Sådana insatser kan t.ex. innefatta möjlighet till fysisk träning och utomhusvistelse, möjlighet att se på film- eller teaterföreställningar, delta i studiecirklar, danstillställningar, andakter eller frivillig kontaktverksamhet. Som framgår inledningsvis trädde den 1 juli 2020 vissa bestämmelser i kraft som tillförsäkrar patienter under 18 år, som vårdas med stöd av LPT eller LRV, möjlighet att dagligen vistas utomhus under minst en timme, såvida medicinska skäl inte talar emot det, samt rätt till dagliga aktiviteter på vårdinrättningen (31 b § LPT, 6 § andra stycket LRV). I LPT och LRV finns dock, bortsett från reglerna om permission, inga bestämmelser om att patienter över 18 år ska ha möjlighet till sådan utevistelse eller sådana aktiviteter. Redan i förarbetena till 1991 års lag anförde emellertid föredragande statsråd att vårdmiljön bör utformas så att patienten inte passiviseras. Patienten bör när han eller hon ges psykiatrisk vård så långt det är möjligt ha ansvar för sina dagliga aktiviteter och behålla kontakten med samhället utanför vårdinstitutionen (prop. 1990/91:58 s. 129). Detta har också påpekats av CPT samt av JO som har uttalat att patienter som vårdas med tvång på psykiatriska vård-

inrättningar bör ha möjlighet till daglig utomhusvistelse och aktiviteter på vårdinrättningen. En översyn i denna del är därför angelägen.

Utredaren ska:

– bedöma om det ska införas bestämmelser som tillförsäkrar även patienter över 18 år möjlighet till daglig utevistelse och dagliga aktiviteter på vårdinrättningarna,
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Insatser för en trygg och säker vård

Patienternas trygghet i vården har en nära koppling till säkerhet. Särskilt vid sjukvårdsinrättningar där rättspsykiatrisk vård får ges är det fundamentalt att en god säkerhet kan upprätthållas och att vårdgivaren ges möjlighet att förhindra att egendom som kan vara till men för vården eller ordningen förs in på sjukvårdsinrättningen. Det är inte acceptabelt att det förekommer narkotika, vapen eller annan otillåten egendom vid vårdinrättningar som har till uppgift att ge vård och samtidigt upprätthålla ett samhällsskydd. Det kan medföra ordningsstörningar och skapa ett negativt socialt klimat som försvårar vård- och rehabiliteringsarbetet med patienten. Därtill kommer säkerhets- och arbetsmiljöproblem för personalen. Den rättspsykiatriska vården måste ges förutsättningar att effektivt förhindra att otillåtna föremål förs in på vårdinrättningar och avdelningar. En sådan reglering förutsätter dock noggranna propotionalitetsavvägningar i förhållande till regeringsformens och Europakonventionens rättighetsreglering. En utgångspunkt för förslagen ska därför vara att regleringen av skyddet för fri- och rättigheterna samt de höga krav på rättssäkerhet som måste ställas på lagstiftningen inom detta område respekteras samtidigt som förslagen inte ska syfta till en ökad inlåsning av patienterna.

Utredaren ska:

– bedöma om bestämmelserna i LRV, med hänsyn tagen till grundläggande fri- och rättigheter, ska skärpas för att förhindra att otillåtna föremål förs in på vårdinrättningarna och för att förhindra att patienter utför straffbelagda handlingar mot medintagna eller hälso- och sjukvårdspersonal,
– lämna nödvändiga författningsförslag.

Gränsdragningar mellan LPT och HSL och vissa därtill sammankopplade frågor

Vissa andra frågor kräver också en fortsatt analys. Det gäller gränsdragningar mellan LPT och HSL och eventuella konsekvenser för inrapporteringen till patientregistret och underrättelseskyldigheten till Inspektionen för vård och omsorg. Vidare bör behovet av en utökad anmälningsskyldighet i 2 kap. patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) avseende sjukvårdsinrättningar för psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård analyseras. Frågor som bör övervägas är t.ex. om anmälningsskyldigheten bör utvidgas och vilka uppgifter som i sådant fall bör komma i fråga. Att de uppgifter som ska lämnas är relevanta ur tillsynshänseende och att uppgiftslämnandet inte belastar vårdgivaren i onödan är en förutsättning för ett väl fungerande anmälningsförfarande och bör beaktas vid utformningen av eventuella förslag i denna del.

Utredaren ska:

- analysera gränsdragningar mellan LPT och HSL och utreda därtill sammankopplade frågor såsom konsekvenser för inrapporteringen till patientregistret och underrättelseskyldigheten till Inspektionen för vård och omsorg,
- analysera eventuella behov av en utökad anmälningsskyldighet i 2 kap. patientsäkerhetsförordningen samt bedöma vilka uppgifter som i sådant fall ska komma i fråga,
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska särskilt redogöra för konsekvenserna för patienter, för barn och för vårdgivarna, inklusive administrativa och ekonomiska konsekvenser. Konsekvensbeskrivningen avseende jämställdhet ska innehålla en analys av om förslagen kan få olika utfall eller beröra flickor och pojkar eller kvinnor och män i olika omfattning. Utredaren ska därtill särskilt redovisa konsekvenserna av förslagen utifrån barnkonventionen. Om förslagen förväntas leda till kostnadsökningar för det allmänna eller för det offentliga, ska utredaren föreslå hur dessa ska finansieras. I 14 kap. 3 § regeringsformen anges att en inskränkning av den kommunala självstyrelsen inte bör gå ut-

över vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålen. Det innebär att en proportionalitetsprövning ska göras under lagstiftningsprocessen. Om något av förslagen i betänkandet påverkar den kommunala självstyrelsen ska därför, utöver dess konsekvenser, också de särskilda avvägningar som lett fram till förslaget särskilt redovisas.

Arbetets genomförande, kontakter och redovisning av uppdraget

Utredaren ska analysera samtliga frågeställningar i uppdraget med utgångspunkt i grundläggande fri- och rättigheter enligt regeringsformen och Europakonventionen. En utgångspunkt i arbetet, gällande patienter under 18 år, ska vara barnkonventionen. Vid genomförandet av uppdraget ska barnets eller den unges rätt att komma till tals och få sina synpunkter beaktade samt rätten till information särskilt beaktas. Utredaren ska vidare beakta de synpunkter som framförts av internationella organ som granskar efterlevnaden av konventioner om mänskliga rättigheter, bl.a. FN:s barnrättskommitté, FN:s CAT-kommitté samt europeiska kommittén mot tortyr och omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning (CPT). Vidare ska de slutsatser som har lämnats av den nationella samordnaren inom området psykisk hälsa i betänkandet För barnets bästa? samt av Barnkonventionsutredningen i betänkandet Barnkonventionen och svensk rätt särskilt uppmärksammas.

Det står utredaren fritt att ta upp även andra frågeställningar som aktualiseras under arbetets gång och lämna de förslag till författningsändringar och andra åtgärder som det finns anledning till.

Utredaren ska hålla sig informerad om och beakta relevant arbete som pågår inom Regeringskansliet och inom utredningsväsendet. Utredaren ska vid genomförandet av uppdraget inhämta synpunkter från berörda myndigheter och organisationer, Sveriges Kommuner och Regioner, regioner och berörda verksamheter. Utredaren ska även samråda med organisationer som företräder barn och unga samt patienter, brukare och anhöriga.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 juli 2022.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2022

Kronologisk förteckning

1. Förbättrade åtgärder när barn misstänks för brott. Ju.
2. En skärpt syn på brott mot journalister och utövare av vissa samhällsnyttiga funktioner. Ju.
3. Sveriges tillgång till vaccin mot covid-19 – framgång genom samarbete och helgardering. S.
4. Minska gapet. Åtgärder för jämställda livsinkomster. A.
5. Innehållsvillkor för public service på internet – och ordningen för beslut vid förhandsprövning. Ku.
6. Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga. Del 1 och 2. S.
7. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2022. Samhället, tekniken och etiken. M.
8. Rätt och rimligt för statligt anställda. Fi.
9. Avfallsbeskattning – En fråga om undantag? Fi.
10. Sverige under pandemin. Volym 1 Samhällets, företagens och enskildas ekonomi. Volym 2 Förutsättningar, vägval och utvärdering. S.
11. Handlingsplan för en långsiktig utveckling av tolktjänsten för döva, hörselskadade och personer med dövblindhet. S.
12. Startlån till förstagångsköpare av bostad. Fi.
13. Godstransporter på väg – vissa frågeställningar kring ett nytt miljöstyrande system. Fi.
14. Sänk tröskeln till en god bostad. Fi.
15. Sveriges globala klimatavtryck. M.
16. Ett förstärkt lagstöd för utlämnande av sekretesskyddade uppgifter till utlandet. Fö.
17. En modell för att mäta och belöna progression inom sfi. U.
18. EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – kompletteringar och ändringar i svensk rätt. Ju.
19. Utökade möjligheter att använda hemliga tvångsmedel. Ju.
20. Privatkopieringsersättningen i framtiden. Ju.
21. Rätt för klimatet. M.
22. Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram. S.
23. En oavvislig ersättningsrätt? Ju.
24. Materielförsörjningsstrategi. För vår gemensamma säkerhet. Fö.
25. Nya krav på betaltjänstleverantörer att lämna uppgifter. Fi.
26. Extraordinära smittskyddsåtgärder – en bedömning. S.
27. Begränsningar i möjligheterna för vissa aktörer att få tillstånd att bedriva öppenvårdsapotek. S.
28. Vår demokrati – värd att värna varje dag. Volym 1 och Volym 2, Antologin 100 år till. Ku.
29. Inkomstskatterapporter och några redovisningsfrågor. Ju.
30. Korttidsarbete under pandemin – en utvärdering av stödets betydelse. Fi.
31. Rätt och lätt – ett förbättrat regelverk för VAB. S.
32. Ko ihmisarvoa mitathiin. Tornionlaaksolaisitten, kväänitten ja lantalaisitten eksklyteerinki ja assimileerinki Då människovärdet mättes. Exkludering och assimilering av tornedalingar, kväner och lantalaiset. Ku.
33. Om prövning och omprövning – en del av den gröna omställningen. M.

34. I mål – vägar vidare för att fler unga ska nå målen med sin gymnasieutbildning. U.
35. Tryggare i vårdyrket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska. U.
36. Arbetslivskriminalitet – en definition, en inledande bedömning av omfattningen, lärdomar från Norge. A.
37. Stärkt arbete med att bekämpa bidragsbrott. Administrativt sanktionssystem och effektivare hantering av misstänkta brott. S.
38. Alla tiders föräldraskap – ett stärkt skydd för barns familjeliv. Del 1 och 2. Ju.
39. Ett register för alla bostadsrätter. Fi.
40. God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. S.

Statens offentliga utredningar 2022

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Minska gapet. Åtgärder för minskade livsinkomster. [4]

Arbetslivskriminalitet – en definition, en inledande bedömning av omfattningen, lärdomar från Norge. [36]

Finansdepartementet

Rätt och rimligt för statligt anställda. [8]

Avfallsbeskattning – En fråga om undantag? [9]

Startlån till förstagångsköpare av bostad. [12]

Godstransporter på väg – vissa frågeställningar kring ett nytt miljöstyrande system. [13]

Sänk tröskeln till en god bostad. [14]

Nya krav på betaltjänstleverantörer att lämna uppgifter. [25]

Korttidsarbete under pandemin – en utvärdering av stödets betydelse. [30]

Ett register för alla bostadsrätter. [39]

Försvarsdepartementet

Ett förstärkt lagstöd för utlämnande av sekretesskyddade uppgifter till utlandet [16]

Materielförsörjningsstrategi. För vår gemensamma säkerhet. [24]]

Justitiedepartementet

Förbättrade åtgärder när barn misstänks för brott. [1]

En skärpt syn på brott mot journalister och utövare av vissa samhällsnyttiga funktioner. [2]

EU:s förordning om terrorisminnehåll på internet – kompletteringar och ändringar i svensk rätt. [18]

Utökade möjligheter att använda hemliga tvångsmedel. [19]

Privatkopieringsersättningen i framtiden. [20]

En oavvislig ersättningsrätt? [23]

Inkomstskatterapporter och några redovisningsfrågor. [29]

Alla tiders föräldraskap – ett stärkt skydd för barns familjeliv. Del 1 och 2. [38]

Kulturdepartementet

Innehållsvillkor för public service på internet – och ordningen för beslut vid förhandsprövning. [5]

Vår demokrati – värd att värna varje dag. Volym 1 och Volym 2, Antologin 100 år till. [28]

Ko ihmisarvoa mitathiin. Tornionlaaksolaisitten, kväänitten ja lantalaisitten eksklyteerinki ja assimileerinki
Då människovärdet mättes. Exkludering och assimilering av tornedalingar, kväner och lantalaiset. [32]

Miljödepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2022. Samhället, tekniken och etiken. [7]

Sveriges globala klimatavtryck. [15]

Rätt för klimatet. [21]

Om prövning och omprövning – en del av den gröna omställningen. [33]

Socialdepartementet

Sveriges tillgång till vaccin mot covid-19 – framgång genom samarbete och helgardering. [3]

Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga. Del 1 och 2. [6]

Sverige under pandemin. Volym 1 Samhällets, företagens och enskildas ekonomi. Volym 2 Förutsättningar, vägval och utvärdering. [10]

Handlingsplan för en långsiktig utveckling av tolktjänsten för döva, hörselskadade och personer med dövblindhet. [11]

Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram. [22]

Extraordinära smittskyddsåtgärder – en bedömning. [26]

Begränsningar i möjligheterna för vissa aktörer att få tillstånd att bedriva öppenvårdsapotek. [27]

Rätt och lätt – ett förbättrat regelverk för VAB. [31]

Stärkt arbete med att bekämpa bidragsbrott. Administrativt sanktionssystem och effektivare hantering av misstänkta brott. [37]

God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet i pykiatrisk tvångsvård och rättspykiatrisk vård. [40]

Utbildningsdepartementet

En modell för att mäta och belöna progression inom sfi. [17]

I mål – vägar vidare för att fler unga ska nå målen med sin gymnasieutbildning. [34]

Tryggare i vårdyrket – en översyn av vissa frågor inom utbildning till sjuksköterska och barnmorska. [35]