

Chefsjustitieombudsmannen
Erik Nymansson

Datum
2023-05-31

Dnr
R 11-2023

1 (8)

Regeringskansliet
Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Yttrande över betänkandet Från delar till helhet – Tvångsvården som en del av en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja (SOU 2023:5)

(S2023/00440)

Riksdagens ombudsmän (JO) har beretts tillfälle att yttra sig över det rubricerade betänkandet. Utifrån de aspekter som JO i första hand har att beakta vill jag föra fram följande synpunkter.

Förslagen till ändringar i LPT samt upphävande av LVM

Inledning

Jag vill inledningsvis framhålla att jag är positiv till att det sker en reform av samhällets insatser till personer med den aktuella typen av samsjuklighet. Att sträva efter en sammanhållen och personcentrerad vårdkedja framstår som ändamålsenligt utifrån syftet med vårdinsatserna. Enligt de överväganden som presenteras i betänkandet kommer den föreslagna regleringen att leda till att perioderna av tvångsvård i många fall blir betydligt kortare än vad som i dag är fallet beträffande personer som vårdas med stöd av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Jag ser positivt på detta, liksom på ambitionen att öka fokus på det förebyggande arbetet samt de insatser som ska ges efter tvångsvårdens upphörande. Med detta sagt innebär flera av de föreslagna ändringarna i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) ändå risker och försämringar i rättssäkerhetshänseende, på sätt som kommer att framgå i det följande. Min uppfattning är att utredningen inte fullt ut har beaktat och övervägt de olika konsekvenser som uppstår vid en sammansmältning av de båda tvångslagstiftningarna. I flera avseenden kan det finnas behov av särreglering i LPT när det gäller den patientgrupp som i dag vårdas med stöd av LVM. Det är en brist att utredningen inte i tillräcklig grad har analyserat det behovet.

Allmänt om förändringarna i förhållande till LVM

Den nuvarande regleringen i LVM innehåller vissa rättssäkerhetsgarantier för den enskilde som inte har någon motsvarighet i LPT. En avgörande skillnad är att frågan om beredande av tvångsvård enligt LVM alltid ska avgöras av domstol.

Socialnämnden kan dock under vissa förutsättningar besluta om omedelbart omhändertagande, men beslutet ska underställas förvaltningsrättens prövning senast dagen därpå. Den enskilde förordnas ett offentligt biträde redan tidigt i den nuvarande processen (se 5, 15 och 42 §§ LVM). När det gäller vård enligt LPT kan chefsöverläkaren besluta om tvångsvård genom ett intagningsbeslut. Ett sådant beslut behöver inte underställas förvaltningsrättens prövning. Tvångsvården kan komma att pågå under fyra veckors tid utan att frågan om tvångsvård kommer under domstols prövning eller den enskilde förordnas ett offentligt biträde (se 6 b och 7 §§ LPT).

I de avseenden som nyss nämnts innebär den föreslagna regleringen en försämrad rättssäkerhet för den kategori av personer som i dag vårdas enligt LVM. Enligt min mening kan det ifrågasättas om det är motiverat med en så vidsträckt möjlighet till tvångsvård utan domstols inblandning, som en tillämpning av 6 b § LPT innebär i förhållande till denna patientgrupp. Även om patienten har möjlighet att överklaga intagningsbeslutet och på så sätt få till stånd en domstolsprövning, innebär förslaget att den enskilde förlorar den rättssäkerhetsgaranti som kravet på underställning enligt 15 § LVM innebär.

När det gäller återintagning till slutenvård konstaterar jag att regleringen i LPT är mer rättssäker för patienten i jämförelse med motsvarande bestämmelser i LVM. Ett beslut om återintagning enligt 26 a § LPT kan överklagas till domstol, medan ett beslut om att hämta tillbaka en person till LVM-hemmet enligt 27 § tredje stycket LVM inte får överklagas. I detta avseende innebär den föreslagna regleringen alltså en ökad rättssäkerhet för den patientgrupp som i dag vårdas enligt LVM, vilket jag välkomnar. Däremot har jag synpunkter på de ändringar som föreslås införas i 26 a § LPT. Jag återkommer till detta på s. 6, under rubriken Beslut om återintagning till slutenvård.

En betydande konsekvens av utredningens förslag är att de tvångsåtgärder som står till buds vid slutenvård enligt LPT (t.ex. fastspänning med bälte) kommer att vara tillämpliga även beträffande den tillkommande patientgruppen. Vid vård enligt LPT kan vården ges inom låsta avdelningar och en patient får hindras från att lämna vårdinrättningens område eller den del av inrättningen där han eller hon ska vistas (18 § LPT). Enligt nu gällande reglering i LVM är det endast i fall då vården ges i ett LVM-hem för särskilt noggrann tillsyn som den enskilde får hindras från att lämna hemmet och i övrigt underkastas den begränsning i rörelsefriheten som är nödvändig för att vården ska kunna genomföras. Under vissa förutsättningar kan det beslutas att den enskilde ska vårdas inom en låsbar enhet. Sådan vård får dock som utgångspunkt pågå under högst två månader i följd (34 § LVM). En annan betydande skillnad mellan de två lagstiftningarna är att det, vid vård enligt LPT, ytterst är chefsöverläkaren som beslutar om behandling. Om det är nödvändigt kan alltså behandlingen ges utan patientens samtycke (17 § tredje stycket LPT). Någon liknande befogenhet finns inte i LVM.

Enligt min mening kan det starkt ifrågasättas om en så ingripande tvångsåtgärd som fastspänning med bälte ska kunna tillgripas mot de patienter som i dag vårdas med stöd av LVM. Även i övrigt innebär den föreslagna regleringen betydande försämringar för den aktuella patientgruppen i fråga om t.ex. inlåsning och andra begränsningar i friheten, på sätt som beskrivits ovan. Utredningen har inte motiverat varför det finns behov av att kunna använda så långtgående tvångsåtgärder mot den tillkommande kategorin av patienter.

Den föreslagna regleringen innebär också att möjligheten att fatta konverteringsbeslut enligt 11 § LPT kommer att avse även den nya patientgruppen. En person som självmant söker vård för sitt skadliga bruk eller beroende riskerar alltså att hamna under psykiatrisk tvångsvård. Det kan i så fall finnas risk för att patienter med denna typ av problematik undviker att ta kontakt med sjukvården.

Som redan nämnts är det positivt om den föreslagna regleringen kan leda till att perioderna av tvångsvård blir kortare än vad som i dag är fallet beträffande patienter som vårdas med stöd av LVM. Det kan dock konstateras att regleringen i LPT i och för sig lämnar utrymme för längre vårdtider i jämförelse med nuvarande reglering i LVM. Vård enligt sistnämnda lag får som längst ges under sex månader, medan det för psykiatrisk tvångsvård inte finns någon lagstadgad begränsning i tid. Det finns alltså risk för att perioderna av tvångsvård i vissa fall blir längre för den nya patientgruppen. I fråga om personer som saknar bostad ser jag också en stor risk för att den slutna vårdformen kommer att användas under längre tid än vad som är nödvändigt. Denna problematik finns redan i dag beträffande personer som vårdas enligt nuvarande bestämmelser i LPT och enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV (jfr mitt beslut den 23 juni 2022, dnr O 1-2021). Betänkandet innehåller visserligen förslag som ska bidra till förbättring av den samordnade planeringen, men det är svårt att bedöma om de föreslagna åtgärderna kan råda bot på det problem som avsaknad av bostad många gånger anses utgöra i samband med övergång från sluten till öppen tvångsvård. Det är mycket angeläget att den slutna vårdformen, som är förenad med både frihetsberövande och ingripande tvångsåtgärder, inte används under längre tid än vad som är nödvändigt i det enskilda fallet.

Gränsdragning i förhållande till lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Det framstår som osäkert om de föreslagna ändringarna i LPT kommer att få några konsekvenser för den kategori av barn och ungdomar som i dag vårdas enligt LVU. Missbruk av beroendeframkallande medel kommer även fortsättningsvis att utgöra en sådan situation som kan föranleda vård enligt 3 § LVU. Vidare finns det redan i dag barn och ungdomar som vårdas inom den psykiatriska tvångsvården. När det gäller ungdomar mellan 18 och 20 år, föreskrivs i 1 § tredje stycket LVU att vård enligt LVU får ges om den med hänsyn till den unges behov och personliga förhållanden i övrigt är lämpligare än någon annan vård. Överväganden kring vilken vård som är bäst för den unge kommer att göras även i fortsättningen.

Utredningens bedömning är att förslaget kommer att medföra att vård med stöd av LPT i vissa fall kommer att ges i situationer där LVU tillämpas i dag. Det kan därför finnas skäl för en översyn även av bestämmelserna i LVU. Barn och unga får naturligtvis inte utsättas för mer ingripande tvång än vad som är nödvändigt utifrån vårdbehovet.

Begreppet allvarligt skadligt bruk eller beroende (3 § LPT)

Utredningen föreslår att ett nytt juridiskt begrepp, ”allvarligt skadligt bruk eller beroende”, införs som ny grund för tvångsvård. Det föreslås inte någon uppräknning i bestämmelserna avseende vilka typer av bruk eller beroenden som avses. Som exempel på vad som skulle kunna ligga till grund för tvångsvård nämns spel om pengar. Även nikotinberoende skulle kunna omfattas, men utredningen framhåller att ett sådant beroende ändå aldrig skulle kunna leda till tvångsvård eftersom ett oundgängligt behov av kvalificerad dygnetruntvård på en psykiatrisk vårdinrättning inte föreligger. Enligt förslaget ska bedömningen av om en patient lider av ett allvarligt skadligt bruk eller beroende göras utifrån patientens symtom och anamnes med ledning från vetenskap och beprövad erfarenhet, samt med stöd av internationellt och i svensk vård vedertagna diagnossystem som t.ex. ICD-10 eller DSM-5. Samtidigt nämns i utredningen att det kan finnas skillnader mellan olika diagnossystem. Detta är t.ex. fallet beträffande gaming som är en diagnos enligt ICD men inte enligt DSM.

Det är i och för sig välkommet att begreppet missbruk, som i dag används i LVM och som kan vara både svårdefinierat och stigmatiserande, inte tas in i LPT. Att införa ett helt nytt juridiskt begrepp som grund för tvångsvård ställer dock höga krav på tydlighet och avgränsning. I detta sammanhang finner jag skäl att nämna de invändningar som Lagrådet framförde i samband med 1988 års revision av LVM, vilka även utredningen har uppmärksammat. Vid nämnda revision ansåg regeringen att LVM borde omfatta även missbruk av icke narkotikaklassade medel. I lagrådsremissen förslogs därför att tvångsvård skulle beslutas vid ett fortgående missbruk av alkohol, narkotika eller annat ”beroendeframkallande medel”. Lagrådet hade invändningar mot sistnämnda begrepp och anförde bl.a. att det var oklart till sin innebörd och skulle kunna tolkas så vidsträckt att det innefattade t.ex. tobak. Trots att det knappast skulle falla någon in att tvångsvårda en storrökare, anförde Lagrådet att det inte var acceptabelt att i lagtexten använda sådana begrepp som formaliter kan tolka på nämnda sätt, vilket kan leda till minskad respekt för lagstiftningen.

Jag anser att ett liknande resonemang kan anläggas i fråga om det nu föreslagna begreppet ”allvarligt skadligt bruk eller beroende”. Även om t.ex. nikotinberoende sannolikt inte skulle kunna leda till tvångsvård, skulle det i och för sig falla inom lagens tillämpningsområde eftersom förslaget saknar avgränsning av vilka typer av bruk och beroenden som avses. Vidare skulle det faktum att det ibland finns diskrepanser mellan olika diagnossystem kunna leda till oklarheter i tillämpningen, eftersom det i betänkandet anges att bedömningen av vad som utgör ett allvarligt skadligt bruk eller beroende ska göras utifrån bl.a. sådana system.

Jag vill framhålla att LPT är en mycket ingripande tvångslagstiftning, vars tillämpningsområde bör bestämmas efter noggranna överväganden samt tydligt anges i lag. Rättssäkerhetsskäl talar emot en så vidsträckt tillämpning som det föreslagna begreppet ger utrymme för. För att säkerställa kravet på tydlighet i lagstiftningen och förbättra förutsägbarheten i den praktiska tillämpningen behöver förslaget omarbetas i det fortsatta lagstiftningsarbetet.

Ändrad grund för tvångsvård under vårdtidens gång

Enligt betänkandet ska det inte behövas något nytt vårdintyg och inte heller något nytt intagningsbeslut, om grunden för tvångsvården ändras under löpande vårdtid. Om t.ex. en patient inledningsvis tvångsvårdas till följd av ett allvarligt skadligt bruk, men förutsättningarna för detta senare upphör samtidigt som chefsöverläkaren bedömer att patienten behöver fortsatt vård därför att kriterierna för en allvarlig psykisk störning är uppfyllda, kan tvångsvården alltså fortlöpa utan vidare åtgärder enligt den slutsats som redovisas i betänkandet.

Jag instämmer inte i utredningens uppfattning och det framgår inte heller tydligt av de föreslagna författningsändringarna, att bestämmelserna i LPT fortsättningsvis skulle kunna tillämpas på det sätt som utredningen beskriver. Tvångsvård enligt LPT vilar på dels principen om en s.k. tvåläkarprövning, dels bestämmelser om att det är domstol som ska besluta om och pröva förutsättningarna för tvångsvård med undantag för den inledande fasen av vården. Om bestämmelserna tillämpas på det sätt som utredningen menar, kommer det att uppstå situationer där chefsöverläkaren ensidigt – utan vare sig tvåläkarprövning, domstolsbedömning eller möjlighet för den enskilde att yttra sig – kan besluta att förutsättningarna för tvångsvård är uppfyllda på en annan grund än den som initialt var anledningen till att vården beslutades. Av betänkandet framgår att innebörden av begreppet ”allvarlig psykisk störning” inte ska ändras utan att det nya begreppet ”allvarligt skadligt bruk eller beroende” är tänkt att särbehandlas, både i förarbeten och i kommande domstolsavgöranden. Det är alltså fråga om skilda begrepp, för vilka skilda bedömningar ska göras. I situationer då chefsöverläkaren under löpande vårdtid bedömer att den ursprungliga grunden för tvångsvård inte längre föreligger, bör utgångspunkten vara att tvångsvården ska upphöra (jfr 27 § LPT). Det finns dock en oklarhet i hur de föreslagna ändringarna i 3 § förhåller sig till bestämmelsen i 27 §.

Övergång från slutet till öppen tvångsvård inom fyra veckor (6 c § LPT)

Jag välkomnar utredningens förslag om att chefsöverläkaren, efter att ha beslutat om intagning enligt 6 b § LPT, ska kunna fatta beslut om övergång till öppen tvångsvård under de första fyra veckorna av tvångsvården. Ett sådant beslut innebär visserligen en ny form av tvångs-ingripande mot den enskilde – vilket skulle kunna tala för att frågan bör prövas av domstol – men samtidigt är det angeläget att den slutna vårdformen inte används under längre tid än vad som är nödvändigt. Förslaget innebär att tvångsvården kan övergå till öppen form så snart chefsöverläkaren anser att det finns förutsättningar för det, så länge det sker inom fyra veckor från dagen för intagningsbeslutet. Det kan konstateras att chefsöverläkaren

även i denna situation måste ansöka om medgivande till fortsatt tvångsvård, för det fall att vårdbehovet kvarstår vid utgången av fyraveckorstiden.

Beslut om återintagning till slutna tvångsvård (26 a § LPT)

Utredningen föreslår att bestämmelserna om återintagning till slutna tvångsvård i 26 a § LPT ska ändras i tre avseenden.

För det första föreslås att kravet på att *rättens beslut om fortsatt vård inte kan avvaktas* ska tas bort, dvs. att chefsöverläkaren fortsättningsvis alltid ska kunna besluta om återintagning till slutna vård om förutsättningarna för detta är uppfyllda. Jag är kritisk till en sådan förändring eftersom den innebär en betydande försämring av rättssäkerheten. Det bör framhållas att det vid beslut om återintagning till slutna vård inte sker någon tvåläkarprövning. Chefsöverläkaren måste visserligen inom fyra dagar ansöka om medgivande till fortsatt tvångsvård, för det fall att den slutna vården behöver fortgå, men min uppfattning är att återintagning är en så ingripande åtgärd att kravet på att rättens prövning inte kan avvaktas bör kvarstå.

För det andra föreslår utredningen att *hänvisningen till bestämmelserna om slutna tvångsvård* ska tas bort. I stället anges som rekvisit för återintagning att patientens psykiska tillstånd eller personliga förhållanden i övrigt har förändrats på ett sådant sätt att behovet av psykiatrisk vård inte längre kan tillgodoses utanför sjukvårdsinrättningen. Jag ställer mig frågande till denna förändring. Ett grundläggande krav för att kunna tvångsvårda en patient i den slutna vårdformen är att de rekvisit som anges i 3 § första stycket 1 och andra stycket LPT är uppfyllda. Detta gäller förstas även vid återintagning, vilket utredningen också konstaterar. Enligt min mening behöver därför hänvisningen till bestämmelserna om slutna tvångsvård finnas kvar.

För det tredje föreslås ett *undantag från kravet på att ansöka om fortsatt slutna vård inom fyra dagar* räknat från beslutet om återintagning. Förslaget innebär att chefsöverläkaren i fall då fyraveckorstiden fortfarande löper inte behöver ge in någon ansökan till förvaltningsrätten, utan att den slutna tvångsvården i en sådan situation kan fortsätta till dess att fyraveckorsperioden har löpt ut. Jag är kritisk till detta och anser att kravet på att ansökan ska ges in inom fyra dagar bör gälla utan undantag. Ett beslut om återintagning till slutna vård är, som redan nämnts, en ingripande åtgärd som även kan förenas med polishämtning om patienten inte frivilligt återvänder till vårdinrättningen (se 47 § andra stycket 5 LPT).

Alkohol- och drogkontroll (23 c § LPT)

Utredningen föreslår att en ny bestämmelse införs i LPT – som genom hänvisning även kommer att gälla vid LRV-vård – enligt vilken en patient på begäran vid ankomsten till vårdinrättningen är skyldig att lämna prover för kontroll av om han eller hon är påverkad av bl.a. narkotika eller alkohol. Patienten får uppmanas att lämna prov endast om det finns anledning till det. Skyldigheten gäller också om det under vårdtiden kan misstänkas att den intagne är påverkad av sådan dryck, vara eller medel som anges i bestämmelsen. Motsvarande reglering finns i dag i 32 a § LVM.

Förslaget innebär att skyldigheten att lämna prover kommer att avse inte bara personer med ett allvarligt skadligt bruk eller beroende, utan hela den kategori av patienter som får sluten tvångsvård enligt LPT eller LRV. Som utredningen konstaterar utgör en åtgärd av aktuellt slag ett påtvingat kroppsligt ingrepp enligt 2 kap. 6 § regeringsformen (RF). Skyddet mot sådana ingrepp får begränsas genom lag, men begränsningen får aldrig gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till det ändamål som har föranlett den (2 kap. 20 och 21 §§ RF). Enligt min mening har utredningen inte tydliggjort att behovet av alkohol- och drogkontroll, när det gäller de patienter som i dag vårdas med stöd av LPT och LRV, är så starkt att det är motiverat att begränsa dessa personers skydd mot påtvingade kroppsliga ingrepp. Jag efterlyser särskilt ett resonemang kring om barn och unga bör omfattas av skyldigheten att lämna prover. Förslaget innehåller ingen nedre åldersgräns.

Av betänkandet framgår att skyldigheten att genomgå kontroll endast ska gälla personer som vårdas med tvång. Den föreslagna bestämmelsen föreskriver dock att en patient *vid ankomsten till vårdinrättningen* är skyldig att på begäran lämna prover för kontroll. Eftersom en patient kan ankomma till en vårdinrättning även på frivillig väg, bör formuleringen ses över.

I den föreslagna bestämmelsens andra stycke bör ordet ”patient” användas i stället för ”den intagne”, eftersom sistnämnda benämning inte används i bestämmelsen i övrigt. Utformningen av bestämmelsen förstärker intrycket av att regleringen har lyfts in från LVM till LPT utan en noggrann analys av vilka patienter som bör omfattas av skyldigheten att lämna prover.

Förslaget om att hälso- och sjukvården ska ansvara för personer som omhändertas på grund av berusning

Utredningen föreslår att personer som omhändertas för berusning som huvudregel ska komma under medicinsk övervakning och inte förvaras i en polisarrest. Jag välkomnar detta förslag, som ligger i linje med vad JO tidigare har fört fram (se JO 2018/19 s. 352). I det följande uppmärksammas vissa frågor som förslaget ger upphov till.

Det behöver förtydligas hur de föreslagna 3 och 4 §§ lagen (1976:511) om omhändertagande av berusade personer m.m. (LOB) förhåller sig till varandra samt att det finns en huvudregel och ett undantag från huvudregeln. Lagtextens utformning bör ses över så att intentionerna med utredningens förslag kommer till tydligare uttryck.

Jag konstaterar dock att de geografiska förutsättningarna skiljer sig åt i landet för att bereda en omhändertagen plats på en vårdinrättning. Jag ser en risk för att ett förvarstagande på vissa håll i praktiken inte kommer vara det undantag det är avsett som. Ur likabehandlingssynpunkt är detta otillfredsställande.

Det bör även analyseras närmare vilken roll förmansprövningen i 5 § LOB ska ha. Det är inte tydligt vilken beslutanderätt som ska tillkomma den enskilde polisen,

dennes förman respektive vårdinrättningen och vem som ska avgöra om den omhändertagne ska föras till en vårdinrättning eller tas i förvar i en polisarrest. Inom ramen för den analysen kan det även finnas skäl att beakta förslaget om att ordningsvakter ska få en större roll vid omhändertaganden enligt LOB (se prop. 2022/23:91).

Övrigt

Inrättande av en tvångsvårdskommission

Syftet med att inrätta en tvångsvårdskommission är gott, men samtidigt finns det redan i dag ett antal myndigheter som på olika sätt arbetar med de aktuella frågorna. Det är svårt att bedöma vilken position kommissionen skulle få i förhållande till t.ex. Inspektionen för vård och omsorg, Socialstyrelsen och Statens institutionsstyrelse. Jag instämmer i bedömningen att det finns behov av ökad rättssäkerhet, förstärkt utveckling av tvångsvården och ökad kunskap om vårdens bedrivande. Dock är jag inte övertygad om att detta bäst åstadkoms genom inrättandet av ytterligare en aktör på området. Målen skulle kunna uppnås genom utökade bemyndiganden eller uppdrag för de befintliga myndigheterna inom detta område.

Behov av följdändringar i andra författningar

Genom upphävandet av LVM uppstår ett behov av att ändra eller upphäva sådana bestämmelser i andra författningar som hänvisar till LVM. Som exempel kan nämnas 12 a § polislagen (1984:387), 1 § 1 lagen (1996:981) om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård, 18 § fjärde stycket 3 lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar samt 26 kap. 1 § andra stycket 2 och 35 kap. 20 § första stycket 2 offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Inför upprättandet av detta yttrande har jag samrått med justitieombudsmannen Thomas Norling, som har tillsyn över socialtjänsten, och justitieombudsmannen Per Lennerbrant, som har tillsyn över polisväsendet.

Erik Nymansson

Ärendet har föredragits av Emilia Franke. I beredningen av yttrandet har byråchefen Dan Johansson, enhetschefen Gunilla Bergerén och JO:s medicinske expert Ingemar Engström deltagit.