

Avsändarens tjänsteställe/handläggare

Område Rättspsykiatri
Magnus Kristiansson

Socialdepartementet

s.remissvar@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Handläggare/er beteckning
S2022/03212 (delvis)

Datum
2022-11-23

Dnr
22HSN2539

Sida
1(8)

Yttrande över remiss, betänkandet God tvångsvård – trygghet, säkerhet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOU 2022:40)

Region Västernorrland (RVN) har getts möjlighet att avge yttrande över remiss gällande betänkandet God tvångsvård - trygghet, säkerhet och rättssäkerhet vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOU 2022:40). Regionledningsförvaltningen har begärt in underlag till yttrandet från rättspsykiatriska regionkliniken, vuxenpsykiatriska kliniken och barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Västernorrland. Yttrandet har utformats och beretts av områdesdirektör Magnus Kristiansson och chefsöverläkare Fia Logan vid rättspsykiatriska regionkliniken, i samråd med klinikens specialitälkare. Samråd har även skett med områdesdirektör Kristina Mårtensson. Yttrandet inleds med en sammanfattning och kommenterar sedan vissa av utredningens förslag, företrädesvis de som berör rättspsykiatri och i vissa delar övriga kliniker.

Utredningens uppdrag har varit att göra en översyn av vissa frågor i syfte att ytterligare stärka barnrättsperspektivet samt stärka 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). I betänkandet finns en förtjänstfull översikt över den gällande lagstiftningen samt en detaljerad redogörelse för de överväganden man gjort under arbetet. Den nuvarande tvångsvårdslagstiftningen infördes för cirka trettio år sedan och under de senaste årtiondena har lagstiftningen kompletterats och skärpts på ett antal punkter. Bland annat har säkerheten på vårdavdelningarna skärpts, patienters möjlighet till delaktighet och inflytande har förbättrats och lagändringar har gjorts i syfte att stärka barns rättigheter inom tvångsvården. Utredningen tolkar utredningsdirektivet som ett uttryck för en ambition att ta ytterligare steg för ökad trygghet, säkerhet och rättssäkerhet för patienter i psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård. Utredningen påpekar också att tvångsvårdslagstiftningen är komplex till sin struktur och i behov av en helhetsöversyn.

Sammanfattning

Region Västernorrland (RVN) anser att den höjda ambitionsnivå avseende ökad trygghet, säkerhet och rättssäkerhet för tvångsvårdade patienter som utredningen eftersträvar i sig är av godo. Då den idag rådande tvångsvårdslagstiftningen i allt högre grad består av olika tillägg och är komplex, svåröverskådlig och delvis svärbegriplig till sin struktur, ser RVN dock ingen möjlighet att öka rättssäkerheten eller förbättra tvångsvården med mindre än att man reformerar den aktuella lagstiftningen i grunden.

RVN noterar också med oro att flera av förslagen i utredningen innebär en ökad administrativ börda och ökad arbetsbelastning för bland annat specialistläkare, en grupp som det redan råder brist på i den psykiatriska vården. Stadskontoret utkom nyligen med en rapport, [Administrativa kostnader i kommunsektorn – En analys av statens styrning av kommuner och regioner](#). I den konstateras det att den sammantagna statliga regleringen är den främsta källan till administration på vårdområdet, att staten ställer betydande krav på patientnära dokumentation inom vården och att det är främst den verksamhetsnära personalen som måste hantera dessa krav. I den sammanfattande bedömningen skriver Stadskontoret att rapportering av uppgifter till staten är en stor källa till administrativa kostnader, och den administration som verksamhetsnära personal utför är sammantaget allra mest kostsam av den administration som staten orsakar, samt att den sammantagna administrationen tränger undan ledning, planering och kärnverksamhet. Utifrån detta anser vi att man vid varje förslag till förändring av lagstiftning inom hälso- och sjukvårdsområdet noga beaktar hur ökad dokumentation och underrättelseskyldighet tar resurser från det patientnära arbetet, och inte bortser från behovet att tillse den ökning av eller omfördelning av resurser som krävs till följd av förslagen.

Utredningens förslag och RVN's synpunkter

5.3.1 Att barn får inte tvångsvårdas med vuxna ska vara huvudregeln

Angående förslaget att barn som vårdas enligt LRV skulle kunna vårdas på egen enhet vid en regionklinik menar RVN att det med gällande lagstiftning inte går att ha en tvångsvårdad patient ensam på en avdelning på en klinik med andra patienter utan att det är att betrakta som avskiljning, vilket är en tvångsåtgärd som bara kan motiveras av ett från barnet aggressivt beteende. Med detta i åtanke anser vi att det kan vara svårt att på nationell eller regional nivå skapa en vårdavdelning specifikt för barn som vårdas enligt LRV, då antalet minderåriga patienter inom den rättspsykiatriska vården är mycket begränsat. Dock skulle en nationell avdelning med kompetens att behandla svårt utagerande eller våldsamma minderåriga med stöd av LPT, där det även finns möjlighet att placera minderåriga överlämnade till LRV, kunna vara en lösning. RVN menar inte att detta är en optimal lösning, men ändå något som kan diskuteras. Som anges i

utredningen är dock barnets närhet till sina vårdnadshavare av stor vikt och skapar tydliga hinder för att en sådan vårdenhet skulle kunna användas för annat än för mycket få patienter där den högspecialiserade vårdmiljön kan anses vara för barnets bästa.

RVN delar utredningens uppfattning att grundregeln ska vara att barn inte vårdas med vuxna. Som angivet är det viktigt att det finns möjlighet att göra undantag, men att det kräver specifik dokumentation och det är inte orimligt att det ska rapporteras till tillsynsmyndighet. Vad som är barnets bästa i situationen är dock en komplex fråga som kan vara svår att utreda i det individuella fallet. Det är lätt att identifiera situationer där olika syn på frågan står mot varandra, exempelvis då barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården anser att den inte kan erbjuda den säkerhet, kunskap och bemanning som krävs för att förhindra att barnet utövar våld men den vuxenpsykiatriska slutenvården anser att deras miljö är olämplig för barnet. Vem som har tolkningsföreträde i situationen är oklart.

Utifrån den föreslagna lagtexten, där enbart barnets bästa anges som undantagsskäl är det svårt att se att det finns utrymme för resonemanget i utredningen om att andra barns bästa kan väga tyngre än det placeringsaktuella barnets bästa. Det är också oklart hur ett sådant resonemang skulle dokumenteras, och i vilket barns journal.

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

I utredningen konstateras att det i nuvarande lagstiftning (syftande på LPT och LRV) finns utrymme att under särskilda förutsättningar vidta tvångsåtgärder, men att detta inte får innebära att patienternas trygghet till person och egendom eftersätts då det handlar om allvarliga ingrepp i den enskildes integritet. RVN finner att det i detta sammanhang finns ett behov att problematisera den nuvarande lagstiftningens uppbyggnad, där LRV vilar på LPT. Den rättspsykiatriska vården vårdar förvisso, liksom den psykiatriska tvångsvården, personer med en allvarlig psykisk störning, samtidigt står man även för frihetsberövandet av personer dömda för brottslighet tillräckligt allvarlig för att ha fängelse som påföljd, vilket ibland ställer andra krav på säkerheten. Detta kan stundom innebära att förslag som avser att förbättra vården för vissa patienter försämrar den för andra, då behoven ser så olika ut inom de olika vårdformerna. I utredningen konstateras det att de stora skillnader som föreligger mellan de olika patientkategorierna som vårdas enligt LPT respektive LRV ställer stora krav på flexibilitet och anpassning från vårdens sida. Detta belyser ytterligare behovet av ny lagstiftning.

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

RVN anser att utredningens dikotoma indelning i tvång som syftar till att upprätthålla ordnings- och säkerhet respektive medicinska behandlingsinsatser utan samtycke är problematisk. När patienter lider av en allvarlig psykisk störning är den

beteendeproblematik som föranleder tvångsåtgärderna vanligen grundad i personens sjukdomstillstånd och måste då ses som ett uttryck för patientens symtombild. Tvångsåtgärder för att upprätthålla ordning och säkerhet bör fattas med detta i åtanke, och i vissa fall kan behandling utan samtycke behövas för att minska symtom och därtill hörande beteendestörningar för att kunna upprätthålla ordning och säkerhet. Av den anledningen krävs chefsöverläkarens medicinska kompetens för att fatta dessa beslut. I förlängningen skulle utredningens resonemang kring beslut om tvångsåtgärder som fattas av rent ordnings- och säkerhetsmässiga skäl också innebära en diskussion om vilken kompetens som krävs för att fatta dessa beslut. Om man inte anser att detta är medicinska beslut kan man diskutera om det då är chefsöverläkaren som ska fatta dessa, och se över möjligheten att de i stället får fattas av till exempel en säkerhetsansvarig person.

Gällande utredningens syn på tvångsåtgärder enligt 18 § LPT så finner RVN den problematisk. Av förarbetena till bestämmelsen framgår att patienten får hindras att lämna sjukvårdsinrättningen genom inlåsning eller på annat sätt, till exempel med hjälp av hälso- och sjukvårdspersonal (prop. 1990/91:58 s. 141). I de fall personal hindrar patienten att lämna vårdinrättningen vid till exempel ett rymningsförsök fattas av förklarliga skäl inget formellt beslut innan en åtgärd för att hindra patienten vidtas. Hindranden enligt 18 § LPT kan ta sig formen av bland annat fysiskt tvång, mildare hindrande, stark uppmaning och ledsagning av patient. Möjligheten att överklaga alla typer av hindranden torde kräva att hälso- och sjukvårdspersonalen dokumenterar även mildare hindranden som uppmaningar och ledsagningar. Det saknas i utredningen ett resonemang kring vilka hindranden som ska kunna överklagas och hur vårdgivaren ska hantera den dokumentations- och informationsskyldighet som får antas följa av ett sådant överklagbart hindrande, något som enligt RVN är mycket problematiskt.

6.3.2 Ivo ska utreda klagomål på överklagbara beslut

Rörande möjligheten att få klagomål utreda av både tillsynsmyndighet och domstol, ser RVN det som problematiskt att dessa kan komma till olika ställningstaganden baserat på deras olika uppdrag. Såsom RVN uppfattar utredningens förslag går det att få synpunkter och klagomål på vården utreda av Ivo och därefter fortfarande möjlighet att få ärendet prövat i domstol, även om detta förfarande inte är vad förslaget syftar till. Därmed ser vi en risk för att dessa instanser kan komma till olika slutsatser, vilket av förklarliga skäl skulle vara problematiskt.

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

RVN instämmer med utredningens uppfattning att det är svårt att definiera begreppet behandling utan samtycke, en mycket komplex fråga som ännu inte är till fullo utredd. Rättsläget är oklart gällande vilket tvång som får användas för att genomföra behandling

utan samtycke, vilket ytterligare komplicerar frågan. Detta gör att RVN inte kan ta specifik ställning till något av de två förslag som utredningen beskriver. RVN ser det dock som problematiskt att domstolen ska hantera dessa ärenden som är av rent medicinsk-psykiatrisk art och där det i dagsläget redan finns möjlighet att få detta prövat av tillsynsmyndighet med specifik kompetens för dessa frågor.

Förslaget om en bestämmelse enligt alternativ 1 saknar vidare vissa viktiga överväganden och reflektioner i fråga om konsekvenserna för den behandlande läkarens uppdrag i det fall domstolen upphäver ett behandlingsbeslut. Även om den behandlande läkaren, efter ett sådant upphävande, får antas vara fri att fatta ett nytt behandlingsbeslut så riskerar domstolens upphävande att påverka läkarens medicinska bedömning i det enskilda fallet. Alternativet väcker också frågor om hur det medicinska ansvaret vid vårdskador ska placeras när en av domstol prövad behandling har medverkat till en vårdskada. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och bär själva ansvaret för hur de fullgör sina arbetsuppgifter (6 kap. 1 och 2 § patientsäkerhetslag (2010:659), PSL. Den behandlande läkaren kan svårigen hållas ansvarig enligt PSL, och då i yttersta fall för tjänstefel enligt 20 kap. 1 § Brottsbalken, för en vårdskada som uppstått till följd av att en behandling uteblivit på grund av ett domstolsbeslut.

6.3.4 Skyldighet att informera patient om rätten till ny medicinsk bedömning

Utredningen föreslår under avsnitt 6.3.4 att chefsöverläkaren ska åläggas en skyldighet att informera patienter om deras rätt till en ny medicinsk bedömning enligt 8 kap. 1 § patientlagen (2014:821), PL. RVN delar inte utredningens slutsats om alla patienter som är föremål för tvångsvård uppfyller patientlagens (PL) villkor gällande vad som utgör en livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom och därmed ger rätt till att få en ny medicinsk prövning, utan menar att det föreligger en betydande skillnad mellan rekvisiten i 8 kap. 1 § (särskilt allvarlig sjukdom) PL och förutsättningarna för tvångsvård enligt 3 § LPT (allvarlig psykisk störning). I motsats till utredningen anser alltså RVN att det inte finns grund för uppfattningen att i princip alla allvarliga psykiska störningar kan betraktas som särskilt allvarliga sjukdomar, och därmed heller inte en grund för det aktuella förslaget.

RVN vänder sig även mot antagandet i utredningen om att ny medicinsk bedömning i första hand kan bli aktuellt efter beslut om tvång enligt 17 § LPT. En sådan informationsskyldighet skulle sannolikt framför allt medföra att patienter begär ny medicinsk bedömning av den diagnos som ligger till grund för tvångsvården. Om den nya medicinska bedömningen kommer fram till en annan slutsats gällande diagnos, som kanske inte faller inom begreppet allvarlig psykisk störning, kommer frågan uppstå huruvida tvångsvården då också ska upphöra.

Det kan dessutom sägas att tvångsvårdade patienters diagnoser redan omprövas med gällande lagstiftning. Detta genom den tvåläkarprövning som krävs för intagning enligt 6 b § LPT, den behandlande läkarens bedömning efter genomgången rättspsykiatrisk utredning där diagnos ställs och genom den sakkunnige läkarens bedömning när tvångsvården prövas i Förvaltningsrätten. Utifrån ovanstående resonemang anser RVN att utredningens förslag inte skulle tillföra något gällande god vårdkvalitet eller rättssäkerhet, men däremot öka den administrativa bördan i vården.

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

RVN har inga invändningar mot förslaget i sak, men utifrån den föreslagna skyldigheten att dokumentera i journal när daglig aktivitet eller utomhusvistelse nekas ser vi svårigheter med att det är odefinierat vad som kan anses utgöra en daglig aktivitet. Vi finner det dock inte orimligt att det lämnas till vårdgivaren att göra denna definiering. Inom RVN kommer kravet även att kräva anpassning av lokaler till en kostnad som inte bedöms som ringa.

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

RVN har inga invändningar mot förslaget och anser att det är positivt att förslaget ger utrymme för att patienter som vårdas enligt LPT i vissa undantagsfall kortvarigt får placeras inom rättspsykiatrin. Då det i mindre regioner kan vara svårt att upprätthålla kompetens och bemanning för att hantera akut våldsamma patienter finner vi det rimligt att de i undantagsfall vårdas inom rättspsykiatrin, och att det även kan vara i den enskilda patientens intresse med en sådan placering. Vi anser dock att ordvalet i förslaget: ”en omedelbar fara för att en patient som vårdas enligt LPT allvarligt skadar någon annan” är olyckligt då det är mycket likt formuleringarna i 19 § LPT som reglerar fastspänning, och implicerar att patienten ska återföras till hemkliniken i samma ögonblick som den omedelbara faran är över vilket skulle vara problematiskt.

RVN anser dock att det bör klargöras vilken chefsöverläkare som är beslutfattare, och vilken klinik som har ansvaret för att underrätta Ivo. RVN föreslår att det är chefsöverläkaren på den klinik där patienten vårdas som står för beslut och underrättelse, utifrån att det är den chefsöverläkaren som bedömt att det föreligger ett behov av att placera patienten på en rättspsykiatrisk klinik. Det blir då också den klinik där patienten vårdas enligt LPT som blir ansvarig att efterhöra med en lämplig rättspsykiatrisk klinik om de kan bereda plats.

8.3.2 Allmän inpasseringskontroll möjliggörs på samtliga LRV-inrättningar

8.3.3 Allmän försändelsekontroll möjliggörs på samtliga LRV inrättningar

RVN välkomnar förslagen om allmän inpasseringskontroll och allmän försändelsekontroll i syfte att öka säkerheten vid de rättspsykiatriska sjukvårdsinrättningarna. En synpunkt som dock väcks är att den utrustning som används vid dessa åtgärder huvudsakligen identifierar större föremål som ger utslag på en metalldetektor respektive vid genomlysning med röntgenutrustning. Därmed missar man en stor del av de föremål som vanligen orsakar säkerhetsrisker vid vårdinrättningar, exempelvis narkotika, tändare och icke-metalliska tillhyggen med mera. Detta skulle kunna undvikas om inpasseringskontrollen motsvarande en kroppsvisitation innefattade de fysiska kontrollåtgärder som därvidlag är möjliga. På samma sätt kan narkotiska substanser ofta missas genom enbart genomlysning och det finns därför anledning att försändelser ska kunna öppnas för granskning.

RVN ser inte det som meningsfullt att rapportera beslut om allmän inpasseringskontroll till IVO var sjätte månad. Den nuvarande formuleringen i 8 b § LRV, utan tidsangivelse, gällande vårdinrättningar och avdelningar med förhöjd säkerhetsklass framstår som mer ändamålsenlig ur ett vårdgivarperspektiv. RVN anser att förslaget ger en ökade administrativ börda som inte är motiverad utifrån dess syfte.

9.3.1 Utvidgad anmälningsskyldighet till Ivo:s säkerhetsregister

RVN finner definitionen av utevistelseområde som kvadratmeteryta per vårdplats som märklig, då den utgår från att samtliga patienter vistas samtidigt på denna yta. Ur verksamhetens perspektiv schemalägger man vanligen utevistelser på ett sådant sätt att det nyttjas på ett mer ändamålsenligt sätt, exempelvis genom att en avdelning i taget nyttjar den för att skapa större känsla av frihet och rymd. Det kan också röra sig om patienter som har permissioner och inte alls utnyttjar området för utevistelser. RVN ser inte på vilket sätt det gagnar patienters vård att rapportera denna yta till IVO var sjätte månad, och anser därmed att den ökade administrativa bördan inte är motiverad.

10. Finansieringsförslag, kostnadsberäkningar och övriga konsekvensbeskrivningar

I utredningen anges att den uppskattade kostnadsökningen som förslaget om ökad överklagbarhet av tvångsåtgärder kan antas medföra är försumbar. I beräkningen utelämnas dock administrativa uppgifter som utförs av annan personal än chefsöverläkaren, till exempel medicinska sekreterares och offentliga biträden före och efter en muntlig förhandling. I kostnadsberäkningen har inte heller beaktats den tidsåtgång och de kostnader som följer av den ökade dokumentationsplikt som de föreslagna bestämmelserna skulle medföra. Det framstår inte heller som om de finansieringsförslag som finns avseende lokalanpassningar är tillräckligt utredda. RVN

kan därmed inte vitsorda kostnadsberäkningen utan anser att kostnaderna och finansieringsförslaget måste utredas vidare.

REGION VÄSTERNORRLAND

Elina Backlund Arab
Ordförande Hälso- och sjukvårdsnämnden

Åsa Bellander
Regiondirektör